

Dieet bij zwangerschapsdiabetes

Twee tot vijf procent van alle zwangere vrouwen krijgt zwangerschapsdiabetes. Dit betekent voor Nederland 3.500- 9.000 vrouwen per jaar. Dieettherapie is een belangrijk onderdeel van de behandeling. Mariet Reijnders geeft in dit artikel de belangrijkste aandachtspunten en handige tips voor de diëtist.

Zwangerschapsdiabetes wordt ook wel Diabetes Gravidarum of Gestational Diabetes Mellitus (GDM) genoemd. Zwangerschapsdiabetes wordt gedefinieerd als 'elke vorm van koolhydraatintolerantie die voor het eerst ontstaat of ontdekt is in deze zwangerschap'. Het is hierbij dus niet belangrijk of insuline al dan niet nodig is en of de diabetes na de bevalling nog aanwezig is. Meestal wordt GDM in de tweede helft van de zwangerschap ontdekt.

In 2010 heeft de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) de Richtlijn Diabetes Mellitus en Zwangerschap (Lips, 2010) aangepast, met name wat betreft de manier van screenen (zie kader). Mariet Reijnders-Klink is diëtist-onderzoeker in Gelre ziekenhuizen Apeldoorn en lid van de werkgroep diabetes en zwangerschap van Stichting Diabetes and Nutrition Organization (DNO). Zij vertelt: "De aanpassingen zorgden voor een grote toename van het aantal vrouwen dat naar ons diabetesteam (diëtist, diabetesverpleegkundige en internist) verwezen werd. Vanaf medio 2011 hebben we de werkafspraken in ons ziekenhuis veranderd. Voor vrouwen die geen sterk verhoogde OGTT hebben (we hanteren hiervoor $\geq 9,5$ mmol/l na 2 uur, dit is vrij arbitrair gekozen) wordt binnen een week alleen een afspraak bij de diëtist en verloskundige gemaakt. Als na één tot twee weken de uitslagen nog steeds afwijkend zijn, wordt doorverwezen naar de diabetesverpleegkundige en internist. De andere vrouwen worden wel direct door het gehele diabetesteam gezien."

Retrospectief dossieronderzoek

Mariet Reijnders en een collega hebben in Gelre ziekenhuizen Apeldoorn een retrospectief dossieronderzoek gedaan over de periode oktober 2011-maart 2012 ($n = 63$) (Reijnders, 2013). Hieruit bleek dat in eerste instantie 46 vrouwen eerst alleen naar de diëtist verwezen werden. Binnen één tot twee weken bereikten 36 van hen (78%) adequate glucosewaarden. Zij werden dus niet (onnodig) doorverwezen naar di-

abetesverpleegkundige en internist. De behandeling was voor hen daardoor minder intensief en minder belastend. Slechts 4 van de 63 vrouwen liepen door deze werkwijze maximaal één à twee weken vertraging op in de behandeling met insuline. Mariet: "Nader onderzoek is nodig, maar tot op dit moment (najaar 2015) volgen wij deze werkwijze naar tevredenheid. Onze zorg is hierdoor kwalitatief goed en goedkoper, maar het is wel heel belangrijk dat er duidelijke afspraken zijn, en korte lijnen binnen het team."

Consult diëtist

De meeste vrouwen bij wie GDM gediagnosticeerd is, zijn heel gemotiveerd om een dieet te volgen. Het is belangrijk dat de diëtist bij de voedingsanamnese duidelijk navraagt wat de zwangere vrouw voor de diagnose at en dronk en of en wat zij al veranderd heeft nadat zij de diagnose gekregen heeft. Het komt namelijk vaak voor dat vrouwen al (minder



*Mariet Reijnders-Klink,
diëtist-onderzoeker in Gelre
ziekenhuizen Apeldoorn.*



Veel vrouwen met zwangerschapsdiabetes zijn gemotiveerd om een dieet te volgen.

wenselijke) veranderingen in hun voeding hebben aangebracht. Er bestaan ook nog vele mythen en fabels over het dieet bij zwangerschapsdiabetes, zoals over het gebruik van suiker en suikervrije producten. Doorvragen is dus gewenst (Reijnders, 2013). Mariet Reijnders: "Het valt me tijdens de anamnese op dat veel vrouwen met GDM royaal snel opneembare koolhydraten gebruiken in de vorm van bijvoorbeeld suiker in koffie of thee, frisdranken, vruchtensappen, snoep en koek. Ook de smoothies op basis van vruchten zijn de laatste jaren erg populair. Veel vrouwen denken dat vruchtensappen veel gezonder zijn dan kunstmatig gezoete dranken. Bovendien rapporteren veel vrouwen een frequent gebruik van pizza, patat en snacks. Ik zie ook veel vrouwen

Veel vrouwen denken dat vruchtensappen gezonder zijn dan kunstmatig gezoete dranken.

van buitenlandse afkomst. We voeren het gesprek soms in het Engels of maken gebruik van een tolk (vaak een familielid of bekende) of tolkentelefoon. Bij deze vrouwen is goed doorvragen extra belangrijk om een advies op maat te kunnen geven."

Mariet vervolgt: "Uit ons onderzoek blijkt dat de gemiddelde BMI voor de zwangerschap van onze onderzochte populatie 28 kg/m² was. In mijn advisering streef ik een gezonde(re), volwaardige voeding na. Vaak komt afvallen ook ter sprake (zie onder het kopje 'na de bevalling'). Ik geef mijn patiën-

ten met GDM een persoonlijk dieetadvies bestaande uit een voorbeeld dagmenu met koolhydraatdeclaratie, een koolhydraatvariatieboekje, informatie over diabetes en koolhydraatapps, en algemene informatie over voeding tijdens de zwangerschap. Ik adviseer om snel opneembare koolhydraten te beperken en koolhydraatpieken te voorkomen. In het dagmenu let ik er op dat de koolhydraten goed over de dag gespreid zijn en adviseer daartoe drie hoofdmaaltijden en twee tot vier tussenmaaltijden. Wat het lichaamsgewicht en de bloeddruk betreft geef ik de adviezen die ook voor zwangere vrouwen zonder diabetes gehanteerd worden. Ook vraag ik het gebruik van supplementen na en indien van toepassing geef ik hier advies over. Uiteraard communiceer ik dit alles via een elektronisch patiëntendossier met de andere betrokken zorgverleners."

Het dieet

Doel van de behandeling is het bereiken van normoglykemie (HbA_{1c} < 53 mmol/mol (7%)) en het voorkomen van ernstige hypoglykemie en ketose. Uitgangspunt is het gebruik van een gezonde voeding bij zwangerschap.

Vrouwen die insuline gebruiken, hebben een bloedglucosemeter. Mariet Reijnders: "Ik adviseer hen een eetdagboek bij te houden om inzicht te krijgen in de relatie tussen koolhydraten en bloedglucosewaarden. Vooral de bloedglucose voor en één tot twee uur na de maaltijden zijn belangrijk. In de loop van de zwangerschap kan de insulineresistentie toenemen. Het kan daarom zinvol zijn om regelmatig het bijhouden van het dagboek te herhalen. Omdat met name 's morgens de hormoonspiegels verhoogd zijn, kan dit in de ochtend hyperglykemie veroorzaken. Een beperking van de hoeveelheid koolhydraten (15-30 gram) bij het ontbijt kan dan zinvol zijn."

Het standpunt van de DNO werkgroep diabetes en zwangerschap over het laagkoolhydraatdieet voor deze vrouwen is duidelijk: niet doen. Mariet: "Het is begrijpelijk dat de neiging bestaat om de hoeveelheid koolhydraten te beperken om energiebeperking en lagere glucosewaarden te bereiken, maar we houden een minimumgrens van ongeveer 175 gram koolhydraten per dag aan voor een goede foetale hersenontwikkeling en om ketose te voorkomen (Reijnders, 2013). Ik monitor overigens wel het lichaamsgewicht van de vrouwen; ze moeten zich iedere week wegen en zo nodig passen we de energie-inname aan. Na 30 weken worden meer groei-echo's gemaakt, en als er aanleiding toe is laten we een nieuwe dagcurve maken."

Na de zwangerschap

Na de bevalling kan de vrouw stoppen met glucoseverlagende medicatie. Net als bij vrouwen zonder diabetes, is het goed om het geven van borstvoeding te stimuleren. Aangeraden wordt zes weken na de bevalling een nuchtere glucosebepaling te doen om persisterende hyperglykemie uit

Zwangerschapsdiabetes

Zwangerschapsdiabetes wordt ook wel Diabetes Gravidarum of Gestational Diabetes Mellitus (GDM) genoemd. Zwangerschapsdiabetes wordt gedefinieerd als 'elke vorm van koolhydraatintolerantie die voor het eerst ontstaat of ontdekt is in deze zwangerschap'. Het is hierbij dus niet belangrijk of insuline al dan niet nodig is en of de diabetes na de bevalling nog aanwezig is. Meestal wordt GDM in de tweede helft van de zwangerschap ontdekt (Tack, 2012).

Kernelementen van GDM zijn insulineresistentie en (relatieve) insulinedeficiëntie. Vrouwen bij wie diabetes in de eerste graad van de familie voorkomt of te zwaar zijn, hebben dan ook een hoger risico op het krijgen van GDM. Ook een belaste verloskundige voorgeschiedenis, een eerdere GDM of gestoorde glucose-intolerantie, een eerder kind met geboortegewicht boven de P95 of 4500 gram of polycysteus ovariumsyndroom (PCOS) verhogen het risico, evenals een afkomst uit Afrika, Zuid-Azië of Midden Oosten (bijvoorbeeld Turkije, Marokko, Pakistan, Suriname, Ghana of de Antillen).

Screening

Volgens de richtlijn van de NVOG (Lips, 2010) wordt bij de eerste prenatale controle gescreend met een random, maar bij voorkeur met een nuchtere glucosebepaling. Als deze afwijkend is, volgt een orale glucosetolerantietest (OGTT). Bij vrouwen met GDM in de voorgeschiedenis wordt een OGTT bij 16 weken geadviseerd, die bij een normale uitslag bij 24-28 weken herhaald dient te worden.

75 grams OGTT	veneus plasma (mmol/l)	capillair volbloed (mmol/l)
nuchter	≥ 7,0	≥ 6,1
na 2 uur	≥ 7,8	≥ 7,8

De diagnose GDM wordt gesteld bij ten minste één afwijkende waarde.

Er is voor gekozen om in ieder geval vrouwen met de hierboven genoemde risicofactoren tussen de 24e en 28e zwangerschapsweek te screenen. Als grens voor het gewicht wordt BMI > 30 kg/m² bij de eerste prenatale controle gehanteerd.

Medicatie

Wanneer binnen één tot twee weken na de start met het dieet de streefwaarden (nuchter glucose ≤ 5,3 mmol/l, de postprandiale een-uurswaarde ≤ 7,8 mol/l en/of de twee-uurswaarde ≤ 6,7 mmol/l, capillair) niet bereikt zijn, wordt glucoseverlagende medicatie voorgeschreven. In de praktijk wordt meestal gekozen voor een intensief insulineschema (combinatie van lang- en kortwerkende insuline). Het komt ook voor dat alleen langwerkende of alleen bij (bepaalde) maaltijden kortwerkende insuline gebruikt wordt.

Complicaties

GDM geeft een verhoogde kans op complicaties. De kinderen van vrouwen met zwangerschapsdiabetes hebben vaker macrosomie (een te hoog geboortegewicht voor de duur van de zwangerschap). Macrosomie kan onder andere leiden tot schouderdystocie (de voorste schouder van het kind blijft tijdens de bevalling steken achter het schaambeent van de moeder) en neonatale hypoglykemie en hyperbilirubinemie.

te sluiten. ZDM veroorzaakt voor de moeder een verhoogd risico van 50 procent op het ontwikkelen van een verhoogd nuchtere glucose in de volgende drie jaar met een verwachte incidentie van 2 procent per jaar voor diabetes type 2 (Perez, 2015). Een jaarlijkse controle op diabetes is daarom geïndiceerd. Mariet Reijnders: "Vaak zijn tijdens de zwangerschap afvallen en lichaamsbeweging al ter sprake gekomen bij vrouwen met een hoog gewicht, want leefstijl is een aandachtspunt. Het is belangrijk hier na de bevalling (en eventueel borstvoedingsperiode) mee aan de slag te gaan. Als er een wens is voor een volgende zwangerschap, kan dit een extra motivatie betekenen."

Referenties

Lips J.P. et al., 2010, Richtlijn Diabetes Mellitus en zwangerschap, Ned. Vereniging voor obstetrie & gynaecologie (NVOG)

Reijnders-Klink M.G.J. et al., 2013, Effectiviteit van de behandeling door de diëtist van patiënten met diabetes gravidarum, DNO Nieuws, Jaargang 15, pag. 4-8

Tack C.J., et al., 2012, Handboek Diabetes Mellitus, vierde druk, De Tijdstroom, Utrecht, pag. 390-396

Reijnders-Klink M.G.J., D.M. Eijpe, 2014, Informatorium voor Voeding en Diëtetiek, Hoofdstuk 4, Diabetes Mellitus en zwangerschap

Pérez-Ferre N et al., Diabetes mellitus and abnormal glucose tolerance development after gestational diabetes: A three-year, prospective, randomized, clinicalbased, Mediterranean lifestyle interventional study with parallel groups; Clinical Nutrition 2015; 34: 579-585

Corien Maljaars

 eLEARNING

Aan dit artikel is een kennistoets verbonden. Ga naar de website www.voeding-visie.nl en meld u aan. Accreditatie voor 1 studiepunten is aangevraagd bij de Stichting ADAP.