

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTVG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTVG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Een gezond gewicht tijdens de zwangerschap

Een dynamisch advies

Paulien R. de Mulder en Roland Devlieger

Onlangs concludeerden Amerikaanse onderzoekers dat een te kleine gewichtstoename tijdens de zwangerschap leidt tot een verhoogd risico op perinatale sterfte en ernstige neonatale morbiditeit. In de praktijk is juist een te grote gewichtstoename bij vrouwen met overgewicht of obesitas veel vaker aan de orde, met een licht verhoogd risico op maternale sterfte en morbiditeit als gevolg. Wat moeten we zwangere vrouwen nu eigenlijk adviseren?

Een gezonde gewichtstoename tijdens de zwangerschap is essentieel voor de gezondheid van moeder en kind. De ideale gewichtstoename tijdens de zwangerschap is geen statisch cijfer en een correct advies over de gewichtstoename is gebaseerd op gedegen patiëntenkennis.

De gevolgen van een overmatige gewichtstoename tijdens de zwangerschap zijn rampzalig. De moeder heeft een verhoogd risico om het gewicht na de zwangerschap vast te houden en heeft een verhoogd risico op obesitas. Ook heeft de moeder een verhoogd risico op chronische aandoeningen, zoals arteriële hypertensie en diabetes mellitus type 2. Voor kinderen van wie de moeder een overmatige gewichtstoename had tijdens de zwangerschap geldt een verhoogd risico op obesitas op de kindereleeftijd.

Richtlijnen voor gewichtstoename tijdens de zwangerschap

Onlangs is in de Verenigde Staten een retrospectief onderzoek verricht naar het verband tussen gewichtstoename tijdens de zwangerschap en de sterfte en ernstige morbiditeit bij moeder en kind.¹ Opmerkelijk is de steekproefgrootte die elk voorgaand onderzoek overtreft (n = 722.839). Het percentage vrouwen met een overmatige gewichtstoename (68%) is vergelijkbaar met de resultaten van eerdere westerse onderzoeken,²⁻⁴ wat verklaard kan worden doordat in deze onderzoeken dezelfde richtlijnen van het Institute of Medicine (IOM) werden gebruikt (tabel).⁵ In deze richtlijnen wordt een gewichtstoename tijdens de zwangerschap aanbevolen op basis van de BMI-categorie van de vrouw voorafgaand aan de zwangerschap. Zo wordt bij vrouwen met een BMI < 18,5 een gewichtstoename van 12,5-18 kg aanbevolen; bij vrouwen met een BMI van 18,5-24,9 een gewichtstoename van 11,5-16 kg; bij vrouwen met een BMI van 25-29,9 een gewichtstoename van 7-11 kg en bij vrouwen met een BMI ≥ 30 een gewichtstoename van 5-9 kg.

Hoewel deze richtlijnen in de meeste onderzoeken en landelijke richtlijnen worden gehanteerd, is er ook veel kritiek. Zo houden deze richtlijnen inderdaad weinig rekening met etnische diversiteit en zijn de aanbevelingen voornamelijk gericht op lagere BMI-categorieën. De richtlijnen geven dan ook geen specifiek advies per obesitasklasse (klasse I: BMI 30,0-34,9; klasse II: BMI 35,0-39,9; klasse III: BMI ≥ 40,0). Verder zijn de richtlijnen voornamelijk gericht op de preventie van onvoldoende gewichtstoename.

gewicht vóór de zwangerschap	BMI	aanbevolen gewichtstoename in kg
ondergewicht	< 18,5	12,5-18,0
normaal gewicht	18,5-24,9	11,5-16,0
overgewicht	25,0-29,9	7,0-11,5
obesitas	≥ 30,0	5,0-9,0

Tabel
Aanbevolen gewichtstoename tijdens de zwangerschap volgens de richtlijnen van het Institute of Medicine⁵

Etniciteit

In het Amerikaanse onderzoek worden de aanbevelingen van het IOM gehanteerd. De onderzoekers komen deels tegemoet aan de beperkingen ervan door de etniciteit van de vrouwen te beschrijven. Zij concludeerden dat Afro-Amerikaanse vrouwen een

verhoogd risico hebben op een te kleine gewichtstoename, terwijl blanke vrouwen een verhoogd risico hebben op een overmatige gewichtstoename. Aziatische vrouwen waren ondervetegenwoordigd in de studie. Deze ondervetegenwoordiging kan de resultaten hebben beïnvloed, omdat het bekend is dat slechts een laag percentage van de Aziatische vrouwen een overmatige gewichtstoename tijdens de zwangerschap heeft.⁶ De vraag is dan ook of de aanbevolen gewichtstoename per BMI-categorie van toepassing is op alle vrouwen, ongeacht de etniciteit.

Risico's van te kleine of te grote gewichtstoename

In essentie laat de Amerikaanse studie een verhoogd risico op perinatale sterfte en ernstige neonatale morbiditeit zien bij een te kleine gewichtstoename tijdens de zwangerschap, ongeacht de BMI van de moeder vóór de zwangerschap. Vrouwen die vóór de zwangerschap ondergewicht hadden, hebben het grootste relatieve risico (oddsratio: 1,92) op een te kleine gewichtstoename. Daarentegen wordt een overmatige gewichtstoename het meest gezien bij vrouwen met overgewicht. Opvallend is dat juist bij de vrouwen met overgewicht en een overmatige gewichtstoename geen statistisch significant verband met het risico op ernstige morbiditeit of sterfte werd aangetoond. Dit resultaat staat in contrast met de resultaten van eerder onderzoeken.

Advies op maat voor vrouwen met obesitas

De Amerikaanse onderzoekers beklemtonen het belang van gewichtsadvies op maat voor vrouwen met obesitas. Een overmatige gewichtstoename tijdens de zwangerschap bij vrouwen met obesitas leidt tot een licht verhoogd risico op maternale morbiditeit en sterfte, terwijl het risico op neonatale sterfte hierdoor juist afneemt. Gezien deze ogenschijnlijk tegenstrijdige resultaten pleiten de Amerikaanse onderzoekers er voor om de richtlijnen van het IOM te herzien en daarin een specifiek gewichtsadvies per obesitasklasse op te nemen.

Ook adviseren de Amerikaanse onderzoekers om meer aandacht te besteden aan de risico's van een te kleine gewichtstoename tijdens de zwangerschap, maar een specifiek gewichtsadvies geven zij niet. De meeste andere studies adviseerden juist een kleinere gewichtstoename dan de huidige richtlijnen van het IOM.^{7,8} Ook in Vlaanderen zagen wij een verlaagde prevalentie van perinatale complicaties bij vrouwen met overgewicht of obesitas die minder in gewicht toenamen dan door het IOM wordt aanbevolen.⁸

Neonatale uitkomstmaten

Het Amerikaanse onderzoek heeft beperkingen als het gaat om de neonatale uitkomstmaten. De onderzoekers keken enkel naar de neonatale sterfte en levensbedreigende morbiditeit. Zij deden geen uitspraken over het geboortegewicht, de incidentie van een sectio caesarea, inductie van de partus en vroeggeboorte. Deze uitkomstmaten werden in andere studies wel opgenomen.⁶⁻⁸

Componenten van gewichtstoename

Wat betekenen de resultaten van het Amerikaanse onderzoek nu voor de zorgverlener? De uitdaging in de praktijk blijft de vertaling van een maatschappelijk gericht advies of internationale richtlijnen naar een individu zonder in stigmatisering of onverschilligheid te vervallen. Gewichtstoename in de zwangerschap omvat een waaier van componenten waarbij de verhouding waarin die componenten aanwezig zijn per patiënt verschilt. Naast groei van de foetus en de placenta, vindt tijdens de zwangerschap ook maternale vetopstapeling plaats en nemen de inter- en intravasculaire bloedvolumes en de hoeveelheid amnionvocht toe. De individuele invloed van deze componenten op zwangerschapsuitkomsten is helaas onvoldoende onderzocht. Het advies over gewichtstoename is daardoor niet specifiek gericht op een of van deze componenten, maar op de totale gewichtstoename. Desalniettemin besteed de kritische arts aandacht aan elke component en houdt dus rekening met bijvoorbeeld macrosomie of oligohydramnion.

Gewicht vóór de zwangerschap

De belangrijkste determinant blijft de BMI die de moeder vóór de zwangerschap had, maar het is niet de enige determinant van het ideale zwangerschapsgewicht. Om een patiëntgericht advies te kunnen geven is het nodig om bijkomende beïnvloedende factoren te identificeren. De Amerikaanse onderzoekers denken hierbij hardop aan een algoritme waarmee de optimale gewichtstoename kan worden berekend op basis van demografische kenmerken als de pariteit en of de patiënt wel of niet rookt. De onderzoekers corrigeerden niet voor de zwangerschapsduur, hoe een eerdere partus verliep (spontaan of geïnduceerd, vaginaal of via een keizersnede), middelengebruik, zwangerschapshypertensie en zwangerschapsdiabetes. Er werd wel een secundaire analyse voor à terme zwangerschappen uitgevoerd. Toch gaat cruciale informatie verloren wanneer geen volwaardige stratificatie van de onderzoeksgegevens wordt uitgevoerd. Er moet daarom verder onderzoek gedaan worden naar de variabelen die een negatieve zwangerschapsuitkomst voorspellen. Op basis van die gegevens kan vervolgens een kwalitatief algoritme worden uitgewerkt

waarmee een individueel gewichtadvies kan worden berekend.

Individueel advies

De relevantie van dit onderwerp voor de dagelijkse praktijk is onmiskenbaar. Gezien de toenemende prevalentie van overgewicht en obesitas bij jonge vrouwen, zijn een hoog zwangerschapsgewicht en de geboorte-uitkomsten die daarmee gepaard, gaan steeds relevanter. Het is daarom het belangrijkste dat vrouwen op een gezond gewicht zijn voordat zij zwanger worden.⁷ Daar kan het beste naar worden gestreefd met adviezen over voldoende lichaamsbeweging en gezonde voeding, aangepast aan de individuele leefomstandigheden van de zwangere.

Tot slot

De BMI die aan het begin van de zwangerschap wordt berekend moet de basis zijn van een gesprek over de te verwachten en aan te raden gewichtstoename. Zwangere vrouwen moeten minimaal bij elke prenatale controle worden gewogen om de curve van gewichtstoename te kunnen bepalen en samen met de zwangere te interpreteren. Er moet extra aandacht worden besteed aan vrouwen met obesitas, aangezien gewichtsveranderingen bij hen sneller onopgemerkt blijven. In de Nederlandse richtlijnen voor routinezorg bij zwangeren wordt echter niet geadviseerd om bij elke zwangerschapscontrole het gewicht te bepalen.^{9,10}

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D5047
- UZ Gent, afd. Gynaecologie en Verloskunde, Gent: dr. P.R. de Mulder, arts-specialist in opleiding, UZ Leuven, afd. Gynaecologie en Verloskunde, Leuven: prof.dr. R. Devlieger, gynaecoloog-verloskundige.
- Contact: P.R. de Mulder (paulien.demulder@ugent.be)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 23 april 2020
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D5047

Literatuur

1. Ukah UV, Bayrampour H, Sabr Y, Razaz N, Chan WS, Lim KI, et al. Association between gestational weight gain and severe adverse birth outcomes in Washington State, US: A population-based retrospective cohort study, 2004-2013. *PLoS medicine*. 2019;16:e1003009. [doi:10.1371/journal.pmed.1003009](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003009). [Medline](#)
2. Kominiarek MA, Saade G, Mele L, Bailit J, Reddy UM, Wapner RJ, et al. Association between gestational weight gain and perinatal outcomes. *Obstetrics and gynecology*. 2018;132:875-81. [doi:10.1097/AOG.0000000000002854](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002854). [Medline](#)
3. Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, Misso M, Boyle JA, Black MH, et al. Association of gestational weight gain with maternal and infant outcomes: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2017;317:2207-25. [doi:10.1001/jama.2017.3635](https://doi.org/10.1001/jama.2017.3635). [Medline](#)
4. Deputy NP, Sharma AJ, Kim SY, Hinkle SN. Prevalence and characteristics associated with gestational weight gain adequacy. *Obstetrics and gynecology*. 2015;125:773-81. [doi:10.1097/AOG.0000000000000739](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000739). [Medline](#)
5. In: Rasmussen KM, Yaktine AL, red. *Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines*. Washington (DC): The National Academies Collection; 2009.
6. Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, Misso ML, Boyle JA, Harrison CL, et al. Gestational weight gain across continents and ethnicity: systematic review and meta-analysis of maternal and infant outcomes in more than one million women. *BMC medicine*. 2018;16:153. [doi:10.1186/s12916-018-1128-1](https://doi.org/10.1186/s12916-018-1128-1). [Medline](#)
7. Voerman E, Santos S, Inskip H, Amiano P, et al. Association of gestational weight gain with adverse maternal and infant outcomes. *JAMA*. 2019;321:1702-15. [doi:10.1001/jama.2019.3820](https://doi.org/10.1001/jama.2019.3820). [Medline](#)
8. Kiel DW, Dodson EA, Artal R, Boehmer TK, Leet TL. Gestational weight gain and pregnancy outcomes in obese women: how much is enough? *Obstetrics and gynecology*. 2007;110:752-8. [doi:10.1097/01.AOG.0000278819.17190.87](https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000278819.17190.87). [Medline](#)
9. Devlieger R, Ameye L, Nuyts T, Goemaes R, Bogaerts A. Reappraisal of gestational weight gain recommendations in obese pregnant women. A population based study in 337.590 births. *Obes Facts*. 2020;13:333-48. [doi:10.1159/000508975](https://doi.org/10.1159/000508975). [Medline](#)
10. [Basis prenatale zorg](#). Utrecht: Nederlandse vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie; 2015.