

Protocol Diabetes Gravidarum (GDM)

Definitie

Diabetes gravidarum (GDM) is elke vorm van hyperglykemie die tijdens de zwangerschap wordt ontdekt, onafhankelijk van het feit of deze afwijking na de zwangerschap weer verdwijnt.

Achtergrond

GDM komt in ongeveer 3-5% van alle zwangerschappen voor. Daarnaast zijn er zwangeren bij wie voor de zwangerschap al Diabetes Mellitus (type 1 of 2 bestond)

Het geeft een verhoogde kans op perinatale en maternale complicaties, zoals macrosomie, schouderdystocie, neonatale hypoglykemie en neonatale hyperbiliruinemie. Vrouwen met een doorgemaakte GDM hebben 50% kans om binnen 5 tot 10 jaar diabetes type 2 te ontwikkelen. Behandeling van GDM verlaagt de kans op ernstige perinatale complicaties.

De risicofactoren voor GDM zijn:

- Eerdere GDM in de voorgeschiedenis;
- BMI >30 (kg/m²) bij de eerste prenatale controle;
- Eerder kind met een geboortegewicht >p95 of >4500 gram;
- Eerstegraads familielid met diabetes mellitus;
- Etnische groepen waarin diabetes veel voorkomt (Zuid-Aziaten, Hindoestanen, Afro-Caribiërs, vrouwen uit het Midden Oosten, Marokko en Egypte);
- Onverklaarbare IUVD in de voorgeschiedenis;
- Polycysteus ovarium syndroom.

Screening en diagnostiek

Zwangere vrouwen met bovenstaande risicofactoren worden in het eerste trimester gescreend met een random, bij voorkeur nuchtere, glucose en in het tweede trimester door middel van de 75grams OGTT.

Diagnostiek naar DGM wordt verricht door middel van de 75grams OGTT bij de volgende indicaties:

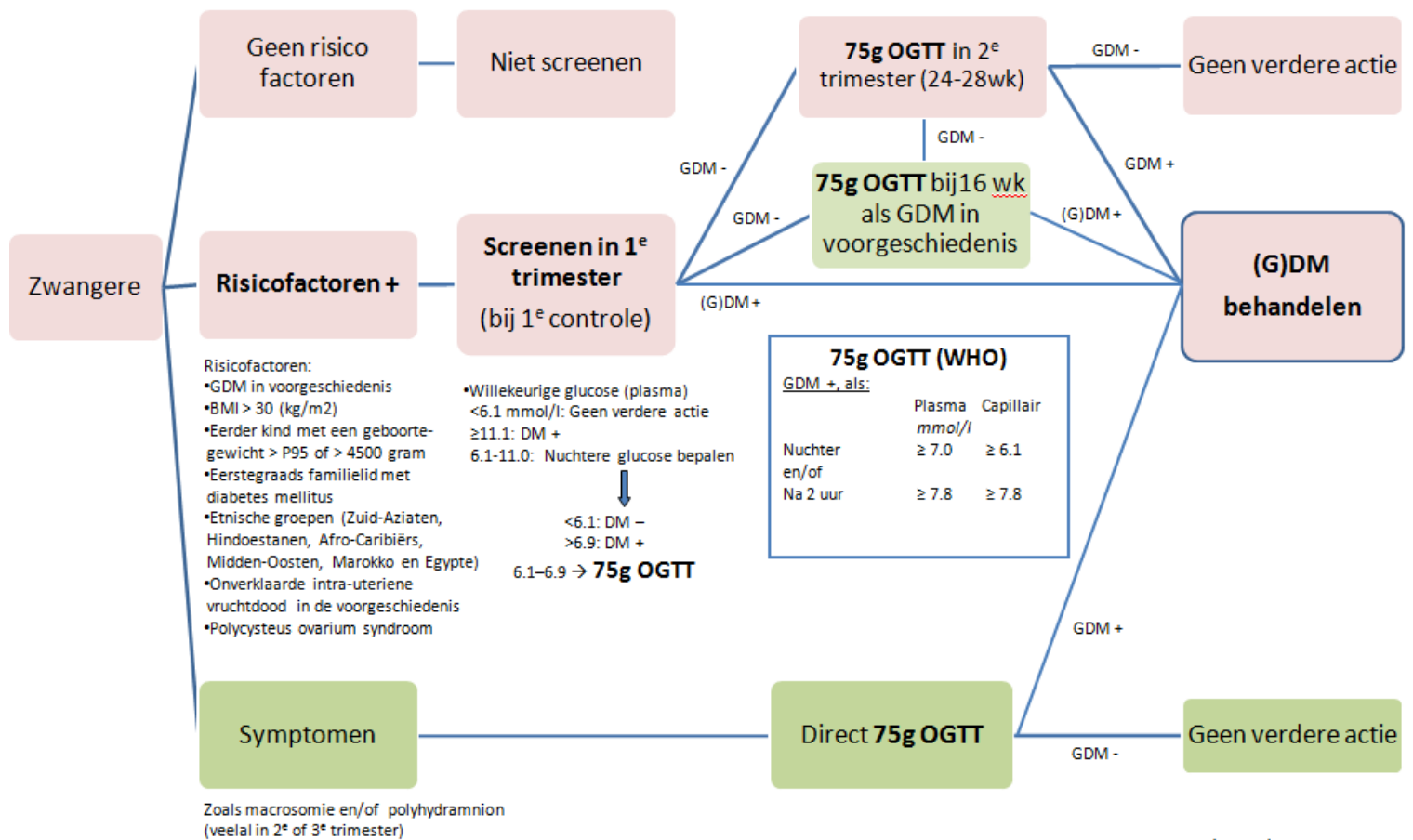
- polyhydramnion (AFI >20 of diepste pocket >8 cm);
- macrosomie (EFW of AC >p90);
- klachten als bv polydipsie.



OGTT

Patiënten die in aanmerking komen voor een OGTT krijgen voor de test een informatiefolder mee van hun verloskundige of gynaecoloog (zie bijlage 1) en een labformulier

Zorgpad Diabetes Gravidarum (GDM) – Screening en diagnostiek



Behandeling GDM

Indien screening of diagnostiek GDM uitwijst, wordt mevrouw verwezen naar de gynaecoloog (voor een intake met groeiecho en beleidsadvies) en naar de diabetesverpleegkundige/internist (voor begeleiding van de GDM). Verwijzing vindt plaats via fax of zorgmail aan de poli gyn. Mevrouw wordt binnen 3 dagen door de diabetesverpleegkundige gezien en binnen 5 dagen door de gynaecoloog.

Diabeteszorg

De behandeling van de GDM door de internist en diabetesverpleegkundige vindt plaats in de 2^e lijn, ook bij het uitblijven van insulinebehandeling.

Behandeling van GDM begint altijd met een dieetadvies en het prikken van dagcurven. De diabetesverpleegkundige verwijst eventueel naar de diëtist, geeft patiënte de glucosemeter en geeft instructies over het prikken van de dagcurven. Wanneer het dieet na 1-2 weken niet leidt tot een verbetering van de glucoseregulatie, moet glucose verlagende medicatie worden voorgeschreven.

Bij goede glucosewaarden is er wekelijks mailcontact tussen diabetesverpleegkundige en patiënte. Bij afwijkende waarden is er vaker contact.

De internist is eindverantwoordelijk voor de glucoseregulatie. Deze ziet patiënte binnen 2 weken na het consult bij de diabetesverpleegkundige, maakt beleid voor zwangerschap, partus en kraambed en koppelt dit terug naar de gynaecoloog.

Obstetrische zorg

Alle patiënten met GDM worden voor intake gezien bij de klinisch verloskundige (inclusief groeiecho) en gynaecoloog.

Na 2-4 weken (afhankelijk van de termijn) wordt patiënte opnieuw gezien door de klinisch verloskundige en gynaecoloog.

Vervolgens:

- *Obstetrische zorg 1^e lijn + diabetesteam 2^e lijn*

Indien glucosewaarden met dieet onder de referentiewaarden blijven, kan de zwangere worden terugverwezen naar de 1^e lijn, mits de echoscopische groeiconroles normaal blijven.

Groeiecho's vinden plaats a 4 weken in de 1^e lijn (24) -28 -32-36 weken) De verloskundige controleert iedere prenatale controle de dagcurven; verwijzing naar de 2^e lijn (diabvplk en gyn) vindt plaats als er sprake is van afwijkende glucosewaarden, ook als dit slechts 1 waarde betreft. (Verloskundige 1^e lijn stuurt een verwijzing aan de gynaecoloog met zwangerschapsgegevens)

Partus; poliklinisch, medium risk olv 1^e lijn

- Obstetrische zorg 2e lijn + diabetesteam 2^e lijn

Indien de glucosewaarden met dieet niet onder de referentiewaarden blijven en/of er is sprake van een EFW >p90 of AC meting >p90, dan blijft de zwangere in de 2^e lijn onder controle.

Bij een glucose <3,5 of > 12 en een amenorroeduur van 26 wk of meer wordt een CTG gedaan.

In geval van sterk schommelende glucosewaarden in het 3^e trimester foetale bewaking en opname op C-0.

Bij starten Insuline door de diabetesverpleegkundige stuurt de diabetesverpleegkundige de gynaecoloog een consult (EZIS)

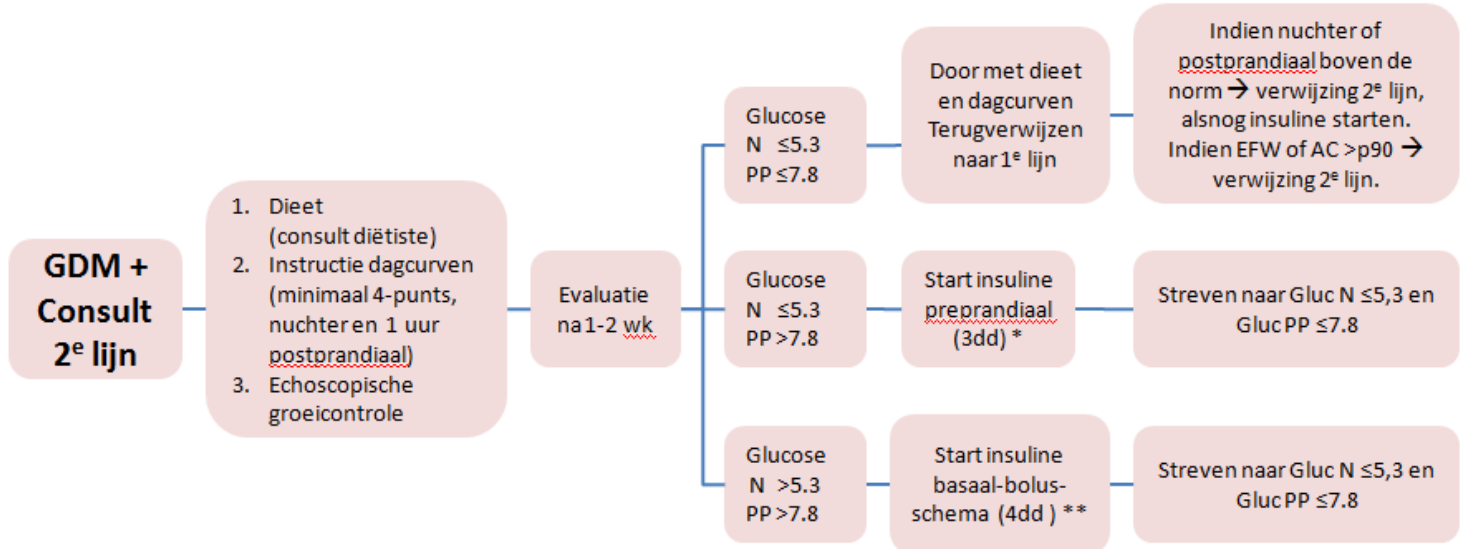
Bij GDM en insuline: inleiding 38-39 weken.

Bij GDM met alleen dieet; geen reden meer voor inleiding. Zelfde beleid als voor niet diabetische vrouwen

Beleid durante partu ten aanzien van diabetes gravidarum staat beschreven in de schriftelijke terugkoppeling van de behandelend internist. (In de 1^e lijn niet nodig)



Zorgpad Diabetes Gravidarum (GDM) - *Behandeling*



Algemeen

- Controle HbA1c 1x per 4-6 wk
- Controle Diabetespolikliniek 1x per 3-4 wk
- Tussendoor frequent contact t.a.v. de dagcurves

Obstetrie

- Echoscopische controle foetale groei
- Inleiding vanaf 38 weken bij insuline behandeling
- Bij sterk schommelende glucoses in 3^e trimester foetale bewaking en opname overwegen

*Bij voorkeur met een kortwerkend Insuline analogon

**Toevoeging van middellangwerkend NPH insuline

-Indicatie tot behandeling mede afhankelijk van foetale groei en zwangerschapstermijn

-In uitzonderingsgevallen vanaf het 2^e trimester orale medicatie i.p.v. insuline (glibenclamide, evt. metformine)



Beleid postpartum

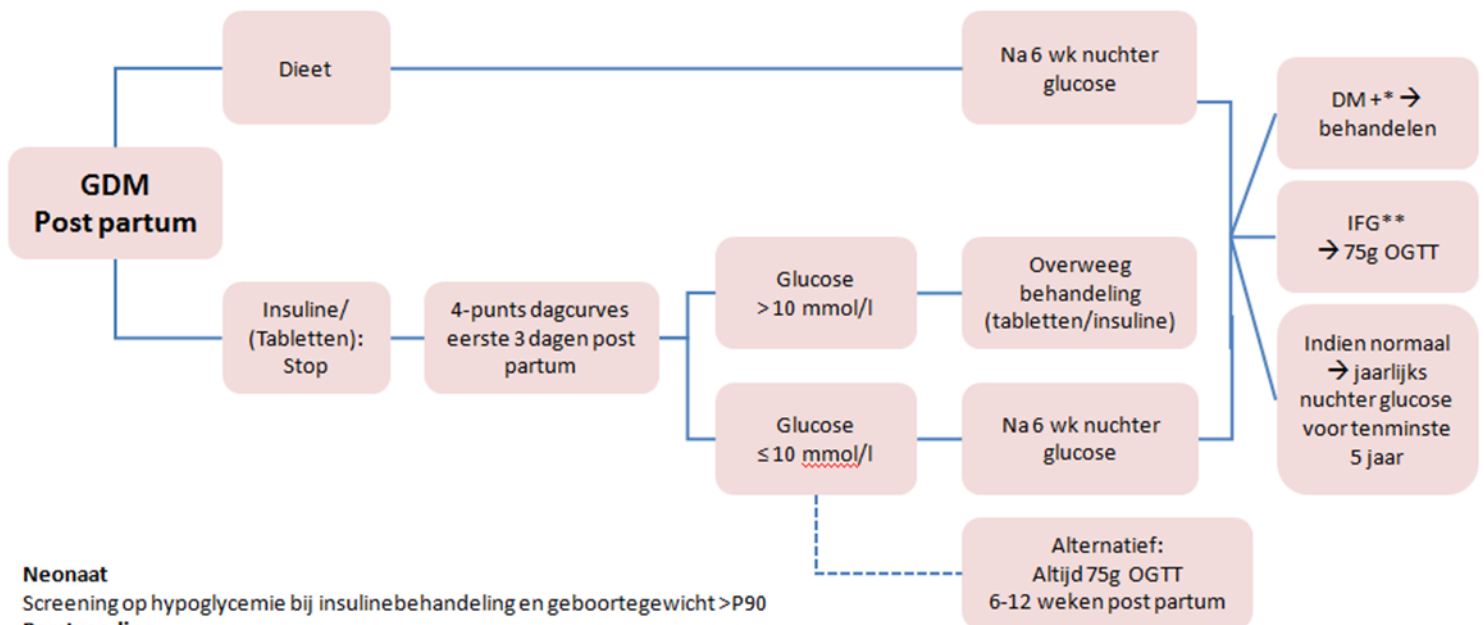
Bij GDM met insulinegebruik en/of GDM en een geboortegewicht >p90:

Post partum screening op neonatale hypoglykemie en consult kinderarts (zie protocol neonatale hypoglykemie)

Vrouwen met GDM kunnen post partum hun glucose verlagende medicatie staken. Verdere zorg verloopt via onderstaand zorgpad.

Het advies is om 6 weken post partum en daarna jaarlijks een glucosecontrole te verrichten (via de huisarts). Leefstijladviezen en eventuele preconceptionele adviezen zijn standaard onderdeel van de follow up door de internist.

Zorgpad Diabetes Gravidarum (GDM) – Nazorg (post partum)



Neonaat

Screening op hypoglycemie bij insulinebehandeling en geboortegewicht >P90

Borstvoeding

Metformine en glibenclamide toegestaan

Leefstijl adviezen

Vrijwel altijd aangewezen. Tevens inventarisatie en vervolg overige cardiovasculaire risicofactoren gewenst.

Bij nieuwe zwangerschapswens:

- Preconceptionele beoordeling glucoseregulatie en obstetrie
- Tijdens zwangerschap glucosecontrole 1^e trimester en 75g OGTT bij 16 wk

*Diabetes mellitus, indien nuchter glucose Plasma ≥ 7.0 mmol/l, Capillair ≥ 6.1 mmol/l

**IFG = Impaired fasting glucose Plasma 6.1-6.9 mmol/l Capillair 5.6-6.0 mmol/l

Bronnen

NVOG richtlijn diabetes en zwangerschap versie 2.0, 2010

NDF zorgstandaard zwangerschapsdiabetes, 2012

Protocol diabetes gravidarum VSV Zwolle en omstreken, 2011

Protocol diabetes gravidarum VSV Gelderse Valei, 2014

Powerpointpresentatie refereeravond WZA zwangerschapsdiabetes, 2011

Powerpointpresentatie SCEM symposium Diabetes en Zwangerschap, 2014

Powerpointpresentatie Regioavond UMCG Endocrinologische aandoeningen in de Zwangerschap, 2014

[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/diabetes en zwangerschap/startpagina dm en zwangerschap.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/diabetes%20en%20zwangerschap/startpagina%20dm%20en%20zwangerschap.html)

BIJLAGE 1 Patiëntenfolder Procedure OGTT