

Diabetes mellitus en zwangerschap

Deze folder geeft u informatie over diabetes mellitus en zwangerschap. Het is goed u te realiseren dat voor u persoonlijk de situatie anders kan zijn dan beschreven.

Het hebben van diabetes mellitus is voor vrouwen geen medische reden om af te zien van en zwangerschap. De kans om zwanger te raken wordt door de diabetes niet beïnvloed, mits de glucoseregulatie goed is. Een goede voorbereiding en intensieve controle voorafgaande en tijdens de zwangerschap zijn wel noodzakelijk. In deze folder leest u hier meer over.

Voor de zwangerschap

Heeft u diabetes mellitus type 1 of 2 (DM1 of DM2), dan is het belangrijk een zwangerschap goed voor te bereiden. Uw diabetesverpleegkundige/ internist zal hier regelmatig tijdens de controle naar vragen. Ook kan er een adviesgesprek bij de gynaecoloog plaatsvinden.

Scherpe glucoseregulatie is van belang om het risico op aangeboren afwijkingen te verkleinen. Als u een half jaar tot een jaar van tevoren begint, heeft u genoeg tijd om tot een stabiele en goede glucoseregulatie te komen. In de hele zwangerschap is goede glucoseregulatie belangrijk. In het derde trimester is het risico op zwangerschapsvergiftiging en vroeggeboorte wat groter. Kinderen van moeders met diabetes zijn over het algemeen zwaarder dan van moeders zonder diabetes.

Foliumzuur en Vitamine D

We raden alle vrouwen die zwanger willen worden aan om dagelijks 400-500 mcg foliumzuur te gebruiken, te beginnen vier weken voor de verwachte bevruchting, tot tien weken erna. Het is niet erg als u eerder begint of later stopt, maar daarvan is geen meerwaarde aangetoond. Ook wordt het gebruik van Vit D aangeraden, een tekort aan Vit. D vergroot de kans op zwangerschapsvergiftiging en is goed voor een stevig skelet, zowel voor de moeder als het kind.

Medicijngebruik in de zwangerschap

Sommige vrouwen, met name vrouwen met DM2, gebruiken tabletten om de glucosewaarde te verlagen, Van sommige medicijnen weten we dat ze schadelijk kunnen zijn voor de baby, en van veel medicijnen weten we niet of ze eventueel schadelijk kunnen zijn. Deze medicijnen moeten allemaal voor de zwangerschap worden gestaakt. Van de medicijnen waarvan het aannemelijk is dat ze niet schadelijk zijn proberen we een zo laag mogelijke dosis voor te schrijven.

Kans op diabetes

Kinderen van vrouwen met diabetes type 1 hebben een iets groter risico om ook diabetes type 1 te krijgen. De kans dat het diabetes krijgt is hoger als de vader (en niet de moeder) diabetes type 1 heeft:

- Moeder heeft DM1: kind heeft 1-4% kans om tijdens zijn of haar leven diabetes type 1 te ontwikkelen.
- Vader heeft DM1: kind heeft 3-8% kans om tijdens zijn of haar leven diabetes type 1 te ontwikkelen.
- Beide ouders hebben DM1: kind heeft mogelijk tot 30% kans om tijdens zijn of haar leven diabetes type 1 te ontwikkelen.

Kinderen van moeders met diabetes type 2 hebben een hogere kans DM2 te ontwikkelen. Gewicht is naast erfelijkheid de belangrijkste risicofactor voor het ontwikkelen van DM2. Het is daarom voor kinderen van ouders met:

- Dm2extra belangrijk om een gezond gewicht te hebben.
- Moeder heeft DM2: kind heeft 10-20% om diabetes te ontwikkelen.^{[1][2]} Als beide ouders DM2 hebben: kind heeft 20-

40% om diabetes te ontwikkelen.

*Deze cijfers zijn overgenomen van www.erfelijkheid.nl.

'Groen licht'

Als u een stabiele goede bloedglucosecontrole bereikt hebt, liefst een HbA1c lager dan 48-50 mmol/mol (6,5-6,8%), u foliumzuur gebruikt, en u geen medicijnen gebruikt die mogelijk schadelijk kunnen zijn in de zwangerschap, krijgt u van uw internist 'groen licht' om zwanger te worden. Tot die tijd is het belangrijk goede anticonceptie maatregelen te nemen.

Gedurende de zwangerschap

Alle vrouwen met diabetes worden tijdens de zwangerschap door een gynaecoloog of verloskundige in de tweede lijn gecontroleerd en de bevalling vindt plaats in het ziekenhuis. De diabetescontrole is tijdens de zwangerschap intensiever dan daarbuiten. Met name bij vrouwen met DM2 helpen dieetadviezen om de glucoseregulatie te verbeteren. Als dit voor u van toepassing is, wordt u vroeg in de zwangerschap verwezen naar een diëtiste.

In het eerste trimester neemt de insulinebehoefte af waarbij er meer kans is op hypoglykemie. Ze zijn voor u vervelend, en als u de hypo niet goed aanvoelt kunnen ze tot gevaarlijke situaties leiden. Het is lastig, soms onmogelijk, om een scherpe regulatie te bereiken zonder dat er een hypo optreedt. De internist en de diabetesverpleegkundige zullen u helpen om het aantal hypo's tot een minimum te beperken.

Wat verder in de zwangerschap neemt de behoefte aan insuline toe, vooral tussen de 16^e en de 35^e week. Na de 35^e week kan de behoefte aan insuline weer afnemen. Om tijdens de hele zwangerschap een scherpe bloedglucoseregulatie te handhaven moet de hoeveelheid insuline die u nodig hebt dan ook steeds worden aangepast. Vrouwen met DM1 en DM2 hebben een grotere kans op een kindje met een hoog geboortegewicht. De kans op een keizersnede of een kunstverlossing is daardoor iets groter. Ook het inleiden van de bevalling bij 38 weken kan een wat hoger risico op een keizersnede geven. Hoe beter de glucoseregulatie in het tweede en derde trimester van de zwangerschap, hoe kleiner de kans op problemen rondom de bevalling.

Streefwaarden

Tijdens de zwangerschap wordt gestreefd, de bloedglucose stabiel te houden met waarden tussen 4 en 10 mmol, het is belangrijk om de variabiliteit niet te groot te laten worden. Intensieve controle hiervoor dan ook noodzakelijk.

In individuele gevallen kan er in overleg met uw diabetesverpleegkundige of internist voor gekozen worden hiervan af te wijken.

Extra controle bij oogarts

Met name als de glucoseregulatie snel verbeterd is, bijvoorbeeld bij een onvoorbereide of ongeplande zwangerschap, is er risico op oogschade in de zwangerschap. In principe gaan alle zwangere vrouwen met diabetes in het eerste en derde trimester van de zwangerschap voor een extra controle naar de oogarts.

Wat te doen bij misselijkheid en/of braken

Adviezen bij misselijkheid

- Ochtendmisselijkheid vermindert soms door een cracker of beschuit te eten voor het opstaan. Blijf nog een half uur liggen en sta dan pas rustig op om klachten te voorkomen.
- Het nemen van een klein tussendoortje, wanneer u 's nachts wakker wordt kan ervoor zorgen dat u de volgende ochtend bij het wakker worden niet zo misselijk voelt.
- Misselijkheid kan worden veroorzaakt of verergeren door een lege maag. Neem om de twee à drie uur iets kleins te

eten. Dit kan een cracker zijn of een (halve) boterham, maar ook een beetje vla of yoghurt.

Adviezen bij braken

- Continue braken/niks binnen houden: overleg met uw diabetesverpleegkundige.
- Braken na het eten en u heeft al insuline gespoten/gebolust: probeer alsnog iets te eten/drinken met koolhydraten.
- Soms stijgt de bloedglucosewaarde juist na het braken en soms daalt deze, dit is per persoon verschillend. Daarom is het belangrijk contact te houden met uw diabetesverpleegkundige.

De bevalling

Bij vrouwen met diabetes zal de bevalling doorgaans vóór de uitgerekende datum ingeleid worden. Meestal gebeurt dit bij een zwangerschapsduur van 38 weken. Tijdens de bevalling kan de bloedglucosewaarde schommelen. Bevallen is topsport! De glucosewaarden kunnen snel dalen tijdens de bevalling. Ook zult u tijdens de bevalling niet veel zal eten. Tijdens de bevalling krijgt u een insulinepomp die de bloedglucose tijdens de bevalling regelt. De glucosewaarde wordt elk uur gecontroleerd, indien mogelijk door uzelf, door uw partner of door de afdelingsverpleegkundige. Het bedienen van uw eigen insulinepomp kan niet door de afdelingsverpleegkundige overgenomen worden. De conditie van de baby wordt tijdens de bevalling gecontroleerd door bewaking van het hartritme (cardiotocogram, CTG).

Na de bevalling

Na de bevalling neemt de insulinebehoefte direct af. Voor de bevalling bespreekt u met de diabetesverpleegkundige uw insulineschema voor na de bevalling. Meestal is dit het schema van voor de zwangerschap.

Omdat de glucosewaarde bij het kindje na de geboorte kan dalen, wordt na de bevalling bij het kindje ook de glucosewaarden gecontroleerd. Overigens gelden bij kinderen andere normaalwaarden dan bij volwassenen, u kunt de glucosewaarden van uw kindje dus niet goed vergelijken met uw eigen glucosewaarden! Als de kinderarts de glucosewaarde van uw kindje te laag vindt kan hij of zij adviseren het kindje bij te voeden met kunstvoeding of eventueel een glucose-infuus te geven. Zo nodig moet het kindje even ter observatie opgenomen worden. Vrouwen met diabetes kunnen gewoon borstvoeding geven. Informeer vooraf wel of alle medicijnen die u gebruikt veilig zijn tijdens de borstvoeding.

Contact

Diabetespoli:

T: 088 1254695 op werkdagen van 9.00 - 10.00 uur

E: diabetespoli@adrz.nl

Gynaecologie:

T: 088 1257320