

Protocol VSV Zeeland

Bariatrische chirurgie

Datum invoering:

Datum revisie:

Inleiding en achtergrond:

Obesitas is een van de snelst groeiende gezondheidsproblemen in de Westerse wereld. Bariatrische chirurgie wordt in Nederland steeds meer toegepast bij patiënten met morbide obesitas om een blijvende gewichtsreductie te realiseren, zo ook bij jonge vrouwen in de fertiele levensfase. Bijna 50% van alle bariatrische ingrepen worden uitgevoerd bij vrouwen in de vruchtbare levensfase. Toekomstige zwangerschap is voor 30% van deze vrouwen een reden om bariatrische chirurgie te ondergaan. De meest gangbare ingrepen zijn momenteel een gastric bypass operatie en een gastric sleeve operatie. Het plaatsen van een maagband wordt steeds minder gedaan.

Doel:

Het doen van aanbevelingen voor een uniform beleid tijdens de zwangerschap, baring en kraamperiode van vrouwen met bariatrische chirurgie in de anamnese en daarmee de kans op complicaties verlagen en de zwangerschapsuitkomsten verbeteren.

Toepassingsgebied:

Obstetrie

Definitie:

Bariatrische chirurgie wordt ingezet bij de behandeling van patiënten met een BMI > 40 kg/m² of een BMI > 35 kg/m² i.c.m. een comorbiditeit zoals diabetes. Er zijn verschillende operatieve behandelingen te onderscheiden:

- **Maagband:** Bij een maagband operatie wordt een siliconen ring geplaatst juist onder de gastro-oesofageale overgang van de kleine curvatuur naar de hoek van Hisz (zgn pars flaccida techniek). Een kleine pouch (15cc) wordt gevormd waardoor de hoeveelheid voedsel die ingenomen kan worden, beperkt wordt. Moderne maagbanden hebben een ballon aan de binnenzijde van de ring, waardoor de stoma diameter kan worden aangepast aan de intake van de patiënt. *Patiënt valt af door reductie maagcapaciteit.*
- **Gastric bypass:** : In het proximale deel van de maag wordt een pouch gecreëerd. De continuïteit van de tractus digestivus wordt hersteld door middel van een Roux-Y lis. *Patiënt valt af door zowel reductie maagcapaciteit als veranderde absorptie van voedingsstoffen.*

- Gastric sleeve: sleeve resectie van de maag. Werd eerder alleen in onderzoeksverband gedaan vanwege hoge kans op heroperatie, in richtlijn Ned ver Heelkunde 2013 wordt aangegeven dat het een 1e keuze behandeling kan zijn.

Algemene opmerkingen/ risico's:

Buikklachten

Buikklachten tijdens de zwangerschap kunnen een gevolg zijn van de bariatrische ingreep. Ongeveer 5% van de zwangeren ontwikkelt complicaties, waarvan de interne hernatie het meeste voorkomt. Dit wordt veroorzaakt door de verhoogde intra abdominale druk en obstructie door druk van de uterus tegen de darm. Andere beschreven complicaties zijn volvolus, stricturen, maagband migratie en maagzweren.

Zwangerschapsdiabetes, zwangerschapshypertensie en pre-eclampsie

Uit de meeste onderzoeken blijkt dat vrouwen die zwanger zijn geworden na een gastric bypass operatie, een gereduceerd risico hebben op het ontwikkelen van zwangerschapsdiabetes en zwangerschapshypertensie in vergelijking met een populatie obese zwangeren. Echter, in relatie met zwangeren met normaal gewicht is het risico nog steeds hoger op het ontwikkelen van zwangerschapsdiabetes. De reden hiervoor is hoogst waarschijnlijk dat een deel van de vrouwen die bariatrie hebben ondergaan, nog steeds overgewicht hebben.

Geboortegewicht

Er is een lineair verband tussen de maternale "pre-pregnancy" BMI en het gemiddelde geboortegewicht. Uit meerdere studies blijkt dat er na bariatrische chirurgie een daling gezien wordt in het geboortegewicht (en dus minder macrosomen worden geboren). Opvallend is dat er een toename lijkt te zijn van pasgeborenen met een "intra-uterine growth restriction" (IUGR) en "small for-gestational-age" (SGA). Enkele studies laten ook een verhoogd risico zien op premature bevallingen na bariatrie.

Dumpingklachten tijdens zwangerschap

Patiënten die een gastric bypass operatie hebben ondergaan, lopen het risico om dumpingklachten te ontwikkelen. Dumpingklachten zijn het gevolg van een te snelle maagontleding. Een OGTT wordt afgeraden omdat deze hevige dumpingklachten kan veroorzaken.

Voeding

Tijdens de zwangerschap worden er hogere eisen gesteld aan de voeding van de moeder. Uit onderzoek blijkt dat 1-5 jaar na een gastric bypass operatie er kans is op een tekort aan: zink, calcium, magnesium, ijzer, bètacaroteen, vitamine B12 en vitamine D. In een ander onderzoek wordt bij 16,1% van de zwangeren een foliumzuur tekort gerapporteerd en bij 10,3% een eiwit tekort. Soms wordt ook een vitamine K tekort gerapporteerd.

Werkwijze:

Werkwijze

- Preconceptioneel advies is om niet zwanger te worden binnen jaar na operatie en preconceptioneel bloedonderzoek te laten verrichten om mogelijke deficiënties op te sporen en die te behandelen alvorens zwanger te worden.
- Bij zwangerschap meer dan één jaar na bariatrische chirurgie begeleiding in de eerste lijn.
- Bij zwangerschap binnen één jaar na de ingreep of bij nog in afvalproces zitten begeleiding in de tweede lijn met verwijzing naar diëtist.
- Bij ernstige complicaties, zoals IUGR en ernstige voedingsdeficiënties, begeleiding door een multidisciplinair team bestaande uit: gynaecoloog, chirurg, MLD, endocrinoloog, kinderarts, psycholoog en diëtist.
- Indien de zwangere een maagband heeft, dan is het advies om vroeg in de zwangerschap een bariatrisch chirurg te consulteren, zodat de (zwangerschaps-)klachten en de inhoud van de maagband op elkaar afgestemd kunnen worden. Bij eerstelijns zorg verwijzing door huisarts.
- Bij alle post-bariatriepatiënten vanaf 16 weken glucosecontrole om zwangerschapsdiabetes of juist lage glucoses ten gevolge van de bariatrische ingreep vroegtijdig op te sporen d.m.v. dagcurve. Geen OGTT vanwege kans op dumping syndroom.
- Bij zwangerschap vaststellen voedings- en vitaminestatus: vitamine B12, foliumzuur, ijzer en vet oplosbare vitamines (A,D,E en K). Controles à 3 maanden, indien suppletie nodig controles à 1 maand. Controles worden uitgevoerd door chirurg of huisarts.
- Eenmalig bepalen magnesium, zink, calcium en albumine.
- Biometrie echo's.

Beleid

- Standaard multivitaminerepreparaat voor zwangeren adviseren. Bij deficiëntie, suppletie afhankelijk van de aanwezige tekorten.
- GDC bij AD 24-28 weken
- Biometrie AD 28-32-36 weken
- Bij klachten van obstipatie kan worden gestart met Movicolon.
- Bij BMI > 30 zie ook VSV protocol obesitas

Aandachtpunten (laten staan of weghalen?)

- Cave obstructie darm (volvulus, herniatie, stricturen).
- Bij gastro-intestinale klachten/buikklachten laagdrempelig overleg met de chirurg.
- Tijdens de zwangerschap kunnen belangrijke voedings- en vitaminedeficiënties ontstaan.
- Eventueel consult lactatiekundige.
- Verhoogd risico op vroeggeboorte en groeivertraging.

Nazorg:

- Vitaminestatus controleren 3-4 maanden na de bevalling. Door chirurg of huisarts.
- Overweeg om gedurende de gehele lactatieperiode elke 3 maanden de vitaminestatus van de moeder te controleren.

- Indien nodig consult diëtist om nogmaals een voedingsanalyse uit te laten voeren en voedingsadviezen te geven.
- Adviseren en stimuleren tot het geven van borstvoeding.

Literatuur:

NHG standaard: Obesitas

NVOG richtlijn: Zwangerschap bij obesitas

LUMC: Regionaal Protocol Bariatrische Chirurgie

Advies richtlijn: Zwangerschap na bariatrische chirurgie, Nederlandse Obesitas Kliniek

Richtlijn Morbide Obesitas: Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, 2011

KNOV- standaard Anemie in de Verloskundige praktijk

Bijlagen:

Bijlage 1: Normaalwaarden vitamines en mineralen

Auteurs:

Julia Zanders, 1^e lijns verloskundige Veere

Maarten Hofland, gynaecoloog

Judith Verhage, 2^e lijns verloskundige

Bijlage 1: Normaalwaarden vitamines en mineralen

	Normaalwaarden
Vitamine B12	150 - 700 pmol/L
Foliumzuur	10 - 39 nmol/L
Vitamine A	0,7 - 2,6 umol/L
Vitamine D	50 – 250 nmol/L
Vitamine K	0,8 – 5,3 nmol/L
Hemoglobine	6,8 – 8,7 mmol/L*
Ferritine	20 - 150 µgram/L
Magnesium	0,7 – 1,10 mmol/L
Zink	Plasma: 10 - 18 mmol/L Volbloed: 70 – 130 mmol/L
Calcium	2,15 – 2,55 mmol/L
Albumine	34 - 48 g/L

* Zie: KNOV-standaard Anemie in de verloskundige praktijk, voor referentiewaarden bij specifieke amenorroeduur.