

Zwangerschap & diabetes



INHOUD

VOORWOORD	5
VERANDERINGEN IN DE STOFWISSELING TIJDENS DE ZWANGERSCHAP	6

Deel 1	
ZWANGERSCHAP BIJ DE VROUW MET DIABETES	9

Deel 2	
ZWANGERSCHAPSDIABETES	33

DIABETES EN
ZWANGERSCHAP

ZWANGERSCHAP
EN DIABETES

Verklarende woordenlijst

macrosomie: te groot kind

insulineresistentie: ongevoeligheid voor insuline

placenta: moederkoek

foetus: ongeboren kind

pancreas: alvleesklier

hydramnion: te veel vruchtwater

trimester: periode van 3 maanden

cardiotocografie: hartregistratie van de foetus en baarmoederactiviteit

micro albuminurie: uitscheiding van geringe hoeveelheid eiwit in de urine

HbA1c = Glyc.Hb: maat voor de diabetesregulatie – 2 à 3 maanden

fructosamine: maat voor de diabetes regulatie – 2 à 3 weken

neonatoloog: kinderarts gespecialiseerd in pasgeborenen

Deze brochure is bedoeld voor elke vrouw met diabetes in de vruchtbare periode en voor wie diabetes kreeg tijdens de zwangerschap.

Misschien schrikt een zwangerschap je af wegens je diabetes. Tegenwoordig kan praktisch elke vrouw met diabetes even gezonde kinderen ter wereld brengen als vrouwen zonder diabetes. De kans dat een vrouw met diabetes met een man zonder diabetes een kind zou baren dat later diabetes zou krijgen is relatief klein. Wanneer beiden diabetes hebben, is de kans heel wat groter en bedraagt dit ongeveer 20%. Ook als een vorige zwangerschap slecht afliep of je een miskraam had, betekent dit geenszins dat je van verdere zwangerschappen moet afzien. De zwangerschap vraagt wel meer aandacht en een dubbele inspanning om je bloedglucose vóór en gedurende de zwangerschapsperiode normaal te houden.

Sinds het invoeren van de insulinetherapie in 1922 overleefde de vrouw met diabetes meestal een zwangerschap, maar was de kindersterfte enorm hoog. Het verbeterde inzicht in diabetes en de behandeling ervan heeft de kindersterfte teruggebracht tot nagenoeg het niveau dat gezien wordt bij vrouwen zonder diabetes.

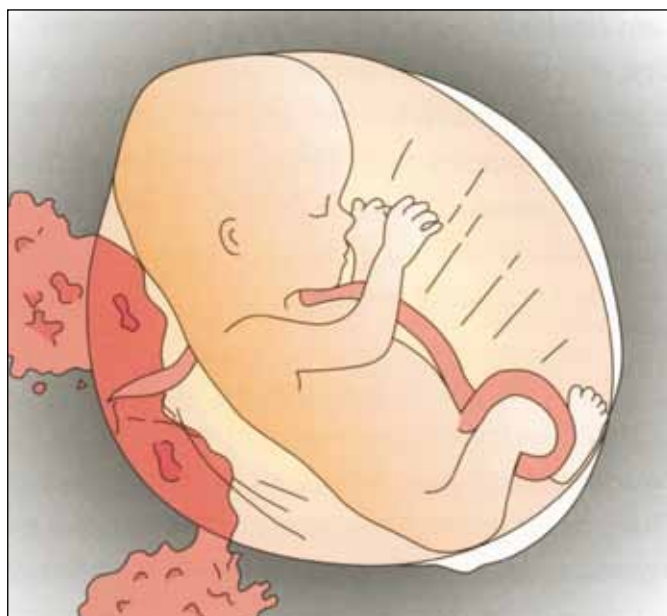
VERANDERINGEN IN DE STOFWISSELING TIJDENS DE ZWANGERSCHAP

De stofwisseling verandert grondig tijdens de zwangerschap.

DE EERSTE DRIE ZWANGERSCHAPSMAANDEN

Het ongeboren kind heeft energie nodig.

Bloedglucose en andere voedingsstoffen van de moeder gaan via de moederkoek (= placenta) naar het ongeboren kind (Vetten en insuline kunnen niet door de moederkoek heen). Hierdoor daalt het bloedglucosegehalte bij de moeder. De bloedglucose vóór de maaltijden is bij de moeder dus lager dan buiten de zwangerschap. De foetus heeft ook 's nachts voortdurend glucose nodig. 's Ochtends is de bloedglucose bij de moeder het laagst.



Zwangerschap is net een toestand van langdurig vasten. De foetus is voor zijn energie volledig van de moeder afhankelijk. Hij verbruikt al de brandstof. De moeder eet af en toe, maar het ongeboren kind eet voortdurend.

Bij langdurig vasten verbrandt het lichaam vetten in plaats van koolhydraten. Hierbij komen ketonen (= zuurlichamen) vrij die schadelijk kunnen zijn voor het kind. Ketonen komen o.a. in de urine terecht onder vorm van aceton. Dit noemt men acetonurie. Dit kan wijzen op een tekort aan koolhydraten als ook op een ontregeling van de bloedglucose. Tijdens de zwangerschap is er meer neiging tot acetonvorming.

HET TWEEDE ZWANGERSCHAPSTRIMESTER

Vanaf het begin van het tweede zwangerschapstrimester tot aan het einde van de zwangerschap maakt de moederkoek meer hormonen aan (met een maximum bij 32 weken), die zorg dragen voor voldoende aanbod van brandstof aan het kindje. Deze hormonen werken insuline tegen. Hierdoor stijgt na de maaltijd de bloedglucose hoger dan buiten de zwangerschap. De alvleesklier (= pancreas) reageert hierop door méér insuline aan te maken. De insulinebehoefte stijgt.

VERANDERINGEN IN DE STOFWISSELING TIJDENS DE ZWANGERSCHAP

Indien de alvleesklier niet meer in staat is om voldoende insuline aan te maken, blijft de bloedglucose te hoog. Ook bij een vrouw die buiten de zwangerschap geen diabetes heeft, kan dit verschijnsel optreden. Er ontstaat **zwangerschapsdiabetes**.

Naarmate de zwangerschap vordert, neemt de insulinebehoefte door de insuline tegenwerkende hormonen toe. Het ongeboren kindje heeft meer glucose nodig. Wanneer de voeding te weinig koolhydraten bevat of bij insulinegebrek, worden de eigen vetreserves snel aangesproken en worden zoals reeds vermeld zuren gevormd.

NA DE BEVALLING

Na de bevalling van de moederkoek, verdwijnen deze insuline tegenwerkende zwangerschapshormonen. De insulinebehoefte daalt tot ongeveer het niveau van vóór de zwangerschap. Bij diabetes die tijdens de zwangerschap ontstaat, ook zwangerschapsdiabetes genoemd, wordt de glucosestofwisseling na de bevalling meestal heel snel weer normaal.

ZWANGERSCHAP BIJ DE VROUW MET DIABETES

deel

1

JEZELF

Je diabetes beïnvloedt het verloop van de zwangerschap.

Naast de ongemakken die je diabetesregulatie voor jezelf meebrengt, heb je méér kans op een verhoogde bloeddruk en vochtophoping. Te veel vruchtwater (= hydramnion) kan het breken van de vliezen uitlokken en vroegtijdig de weeën doen starten.

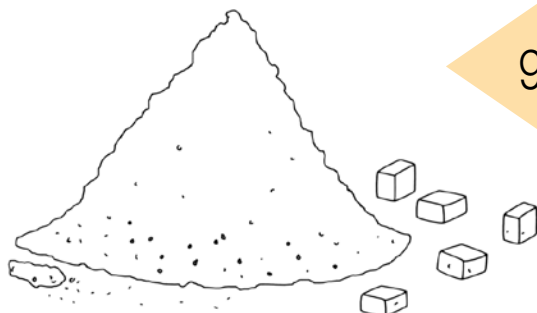
JE KIND

De eerste drie maanden

Wanneer bij type 1 of insuline-afhankelijke diabetes de bloedglucose verhoogd is, krijgt het ongeboren kind vanaf het prille begin teveel glucose. Het kind kan tijdens de eerste drie zwangerschapsmaanden nog geen eigen insuline aanmaken om de verhoogde bloedglucose te normaliseren. Je eigen insuline kan niet door de moederkoek om hierbij te helpen.

Gedurende de eerste zes weken

worden de organen van het kind, zoals beenderstelsel, hart, hersenen en ruggenmerg gevormd.



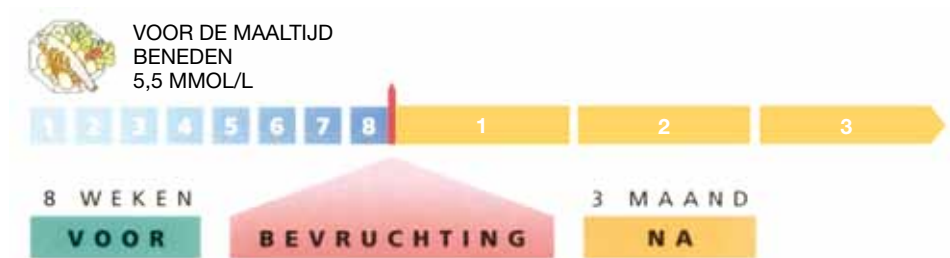
9

ZWANGERSCHAP BIJ DE VROUW MET DIABETES

Door een te hoge bloedglucose van de foetus, kunnen ernstige aangeboren misvormingen ontstaan!

Dit kan voorkomen worden door je bloedglucosespiegel vóór de bevruchting (zes tot acht weken ervoor) en tijdens de eerste drie maanden van de zwangerschap normaal te houden. Dit betekent bloedglucosewaarden voor de maaltijd lager dan 5,5 mmol/l en na de maaltijd zo mogelijk lager dan 7 mmol/l.

BLOEDGLUCOSE



10

Na twaalf weken

Na ongeveer 12 weken is de alvleesklier van het ongeboren kindje gevormd en is deze in staat zelf insuline aan te maken.

Bij zwangerschapsdiabetes is de bloedglucose tijdens deze eerste maanden normaal, want bij zwangerschapsdiabetes bestond voordien geen bloedglucoseverhoging.

Aangeboren misvormingen komen daar niet méér voor dan bij vrouwen zonder diabetes. Wat hierna volgt over zware baby's, geldt zowel voor diabetes type 1 en 2 als voor zwangerschapsdiabetes.

PROBLEMEN

Zware baby's

Bij een verhoogde bloedglucose moet het ongeboren kindje extra insuline aanmaken.

Het teveel aan bloedglucose wordt dan in de cellen van zijn weefsels gebracht en verbrand tot energie of omgezet in vet.

Het kind groeit te snel; hierdoor en door andere factoren komt het dat kinderen van moeders met diabetes, groot en zwaar kunnen worden. Het optreden van "macrosomie" kan worden voorkomen door een strikte regulatie van de diabetes. Soms kan het ook optreden bij een goede regulatie.

Te grote kinderen kunnen de bevalling bemoeilijken. Ze krijgen gemakkelijker hypo's bij de geboorte.

Dit wordt veroorzaakt doordat na de bevalling de glucosetoevoer via de navelstreng naar de baby wegvalt, terwijl er nog hoge insulinespiegels bij het kind aanwezig zijn.

Bij het bestaan van macrosomie wordt de bevalling soms iets vroeger ingeleid. Indien de bloedvaten of nieren van de aanstaande moeder aangetast zijn, kan dit de toevoer van voedingsstoffen naar het kind in gevaar brengen. Dit kan een te laag geboortegewicht tot gevolg hebben. Al deze problemen kunnen vaak worden vermeden door een goede zwangerschapsbegeleiding.



LICHAAMSGEWICHT BABY!



Vroeggeboorte brengt bij de bevalling ook een aantal problemen mee voor het kind:

- ademhalingsmoeilijkheden als de longen onvoldoende ontwikkeld zijn.
- geelzucht tijdens de eerste levensweken, ten gevolge van een minder goede leverfunctie.
- een te laag glucosegehalte tijdens de eerste drie levensdagen kan de ontwikkeling van de hersenen van de baby schaden.

PRAKTISCHE TIPS VOOR EEN GEPLANDE ZWANGERSCHAP

► Met je endocrinoloog ◀

Bespreek vooraf je zwangerschapswens met je **endocrinoloog** of **diabetesverpleegkundige**. Zo kom je te weten of er bij jou reeds complicaties van diabetes bestaan en kunnen deze tijdig en vóór de zwangerschap deskundig “behandeld” worden. Ernstige oogproblemen, zoals nieuwgevormde kleine, broze bloedvaten die gemakkelijk bloeden, kunnen tijdens de zwangerschap



toenemen indien ze niet behandeld worden. Tijdens de bevalling kunnen bij het persen oogbloedingen optreden. Eventuele oogproblemen moeten dus vóór de zwangerschap gestabiliseerd worden b.v. door lasertherapie. Controle door de oogarts vóór en tijdens de zwangerschap is dan ook een vereiste.

Bij ernstige nieraantasting of vaatproblemen zijn de risico's voor het kindje groter. Echter, zelden hoeft een zwangerschap afgeraden te worden.

De bloeddruk moet normaal zijn d.w.z. maximaal 130/80 mmHg. Bij nieraantasting of bij hoge bloeddruk zal de toestand van je hart nagekeken worden.

Stel dus een zwangerschap niet te lang uit.

Zorg ervoor dat rond het tijdstip van een mogelijke bevruchting je algemene conditie en je bloedglucosewaarden optimaal zijn. Zoniet dan kun je een zwangerschap beter uitstellen. Start voor de conceptie met foliumzuur (0,5 mg per dag). Zo verlaag je de kans op eventuele aangeboren misvormingen die enkele weken na de bevruchting kunnen ontstaan.

Was je vóór je zwangerschap scherp gereguleerd dan zul je tijdens deze eerste zwangerschapsmaanden vaak een afname van de insulinebehoefte bemerken. Deze aanpassing vergt nauwgezette controles van de bloedglucosewaarden. Tot op heden heeft men geen enkel nadeel van kortdurende hypoglycaemieën kunnen aantonen. Langdurig, ernstige hypo's zijn niet zonder gevaar en moeten zoveel mogelijk

ZWANGERSCHAP BIJ DE VROUW MET DIABETES

worden voorkomen. Bij een slechte diabetescontrole is zwangerschap af te raden. Maar als je toch zwanger zou worden bij onvoldoende regulatie, zal je alles op alles moeten zetten om je instelling zo snel mogelijk op het gewenste niveau te krijgen. Dit uiteraard in nauw overleg met de endocrinoloog en diabetesverpleegkundige.

► Met je gynaecoloog ◀

Er wordt contact opgenomen met de **gynaecoloog**. Het is belangrijk dat je het juiste tijdstip van de bevruchting kent. Zo kan later de groei van de foetus beter gevolgd worden. Omdat er kans bestaat dat je vroeger zal bevallen, is kennis van de juiste zwangerschapsduur vereist.



Het verdere verloop van je zwangerschap vereist een regelmatige controle bij **je endocrinoloog, je diabetesverpleegkundige en je gynaecoloog.**

Dit wil zeggen tot 30 weken om de 2 à 4 weken, nadien elke 1 à 2 weken. Uiteraard zal de controlefrequentie naar behoefte worden aangepast.

Tijdens het eerste en in het begin van het tweede zwangerschapstrimester zal de gynaecoloog regelmatig echografisch onderzoek doen.

Sommige misvormingen kan hij zo uitsluiten.

Hiervoor wordt ook soms een vruchtwaterpunctie toegepast bij eventuele verdenkingen op een open ruggetje (neurale buis defect).

Later volgt hij echografisch de groei van het kind. Iets te veel vruchtwater komt vaak voor en is niet zo erg. Als er hoge bloeddruk of eiwitverlies in de urine is, wordt dit in het algemeen op dezelfde manier behandeld als bij een zwangere vrouw zonder diabetes. Soms betekent dit bedrust en nauwgezette controle tijdens de opname in het ziekenhuis.

Vanaf 32 weken worden om de 1 à 2 weken de harttonen van het kindje gevolgd; bij vaataandoeningen gebeurt dit vroeger.

Vanaf 36 weken worden de harttonen éénmaal per week gecontroleerd, eventueel door middel van cardiotocografie (hartregistratie van de foetus en baarmoederactiviteit).

Indien zou blijken dat je kindje onvoldoende blijft groeien, moet er rekening gehouden worden met het vroegtijdig beëindigen van de zwangerschap.

Tussen de 36^{ste} en 37^{ste} zwangerschapsweek is het kindje “voldoende rijp” om buiten de baarmoeder te kunnen groeien. Toch wordt er naar gestreefd de normale zwangerschapsduur te voltooien.

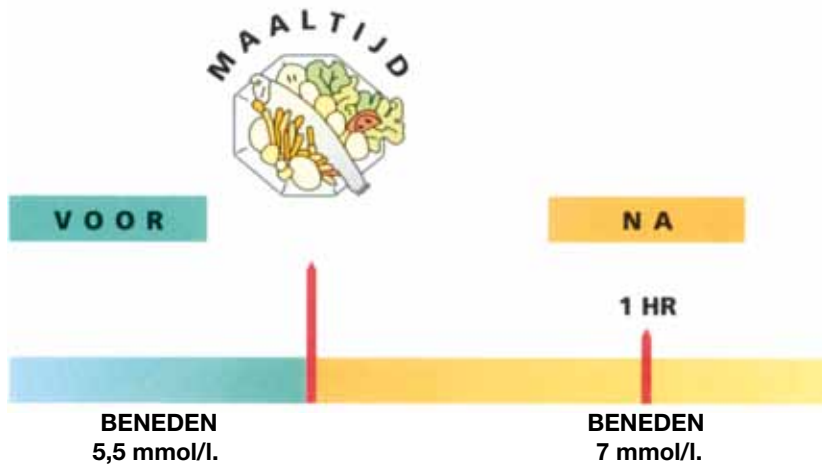
Als je zwangerschap méér toezicht zou vergen, of als je niet zo goed te reguleren bent, kan het gebeuren dat je de laatste zwangerschapsweken in het ziekenhuis moet doorbrengen.

DIABETESCONTROLE TIJDENS DE ZWANGERSCHAP

De diabetesregeling tijdens de zwangerschap verschilt niet noemenswaardig van de regeling vóór de zwangerschap.

De kansen voor je kind zijn beter naarmate je bloedglucoseregeling beter is. Dit betekent dat je bloedglucose voor elke maaltijd liefst lager moet zijn dan 5,5 mmol/l en een uur na de maaltijd zo mogelijk lager dan 7 mmol/l.

REGELING BLOEDGLUCOSE



Heb je af en toe een meting die hoger ligt, dan hoef je daarover niet onmiddellijk ongerust te zijn. Hogere bloedglucosewaarden vóór de maaltijden spuit je onmiddellijk weg.

Enkele aspecten vragen echter meer toelichting.

ZELFCONTROLE

Je zal nu zes tot acht maal per dag, nl. vóór elke maaltijd en één uur na de maaltijd en voor het slapengaan, je bloedglucose meten. Voor het kunnen aanpassen van de dosering insuline voor de nacht zal je ook regelmatig 's nachts rond 3 à 4 uur moeten controleren. Het tijdstip is afhankelijk van het toegepaste insulineschema.

Eiwit in je urine, micro-albuminurie genaamd, alsook je HbA_{1c} en/of fructosamine zullen regelmatig nagekeken worden.

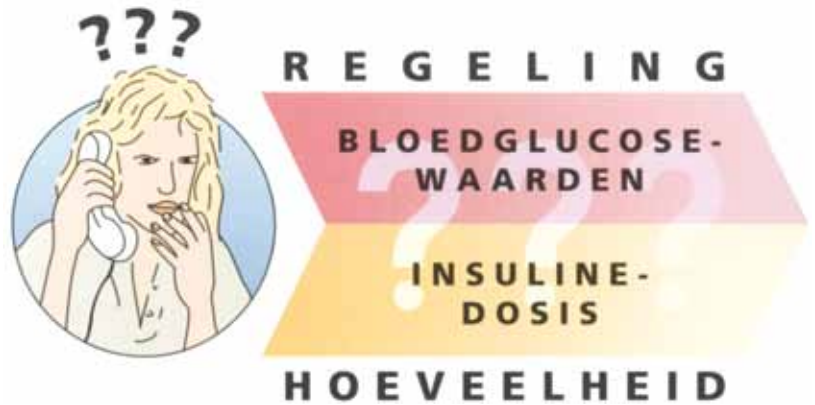
INSULINETHERAPIE

Meestal slaag je erin een goede bloedglucoseregulatie te handhaven met meerdere insuline-injecties per dag. De diabetes kan ook goed geregeld worden met een insulinepomp.

De keuze voor een pomp of meerdere insuline-injecties per dag moet worden gemaakt in overleg met de endocrinoloog en diabetesverpleegkundige.



Tijdens het **eerste zwangerschapstrimester**, gekenmerkt door een hoger risico op hypo's, kan je de insulinedosis zelfs verlagen. Je voelt je hypo's meestal even goed, maar soms anders aan dan buiten de zwangerschap.



Tijdens het tweede trimester stijgt de insulinebehoefte. Vandaar de noodzaak van frequentere controles om je **insulinedosis** aan te passen.

Aan het einde van de zwangerschap moet je vaak 2 tot 3 maal meer insuline inspuiten dan buiten de zwangerschap.

Wanneer je niet goed weet hoeveel je moet inspuiten, of als je de bloedglucose niet goed geregeld krijgt, aarzel dan niet om je endocrinoloog of diabetesverpleegkundige telefonisch om advies te vragen.



ENDOCRINOLOOG

ZWANGERSCHAP EN VOEDING

Tijdens de zwangerschap zul je in overleg met je diëtiste of behandelend geneesheer je maaltijdplan aanpassen om problemen met te lage of te hoge bloedsuikers te voorkomen.

Als je te veel weegt bij het begin van de zwangerschap, tracht dan niet te vermageren. Spreek met je diëtiste of geneesheer af hoeveel je mag bijkomen tijdens de zwangerschap. Je gewicht zal worden opgevolgd.

Bij een normaal gewicht in het begin van de zwangerschap kom je gemiddeld tussen de 12 kg en 16 kg bij.

Ben je te mager dan zal je zelfs meer moeten bijkomen.

Bij overgewicht in het begin van de zwangerschap zal je in overleg met je diëtiste je gewichtstoename trachten te beperken tot ongeveer 8 kg tot 12 kg.

Zwangerschapsbraken kan een probleem zijn omdat de opgenomen hoeveelheid koolhydraten dan wisselvallig is. Overleg met je diëtist(e) over eventuele alternatieven die je wel kan verdragen. Neem dan nadien koolhydraatrijk voedsel, zoals bv. haveremoutpap, zodat je ongeveer dezelfde hoeveelheid koolhydraten inneemt als normaal. Neem ook voldoende rust.

Vermijd **alcohol** tijdens je zwangerschap. Zoals bij elke zwangerschap is roken sterk af te raden. De bloedvaten trekken dan samen en het transport van voedingsstoffen door de placenta naar de foetus verloopt minder vlot.

tweede en derde trimester



LICHAAMSBEWEGING

Regelmatig wandelen of matige sportbeoefening is gezond.

ZWANGERSCHAP EN WERK

Zolang je goed geregeld bent, is er geen reden om je werk te onderbreken.

DE LANG VERWACHTE DAG

Wanneer het ogenblik van de bevalling is aangebroken, moet je naar het ziekenhuis.

Thuis bevallen is voor een vrouw met diabetes te riskant.

Diabetes is een indicatie voor een ziekenhuisbevalling.

De bevalling kan veelal spontaan gebeuren. Als je baby te groot is, zal een keizersnede wellicht nodig zijn. Maar diabetes hebben, betekent niet automatisch een keizersnede.

BEVALLEN MET EEN NORMAAL

BLOEDGLUCOSEGEHALTE

Tijdens de bevalling krijg je een glucosebevattend infuus en wordt volgens de frequent gemeten bloedsuikers



snelwerkende insuline via een regelbare infuus pomp toegediend.

De bloedglucose moet goed blijven.

Hierdoor heeft de pasgeborene minder kans op hypoglycemie.

Verder verloopt de bevalling zoals bij iemand zonder diabetes.

IS DE BABY GEZOND?

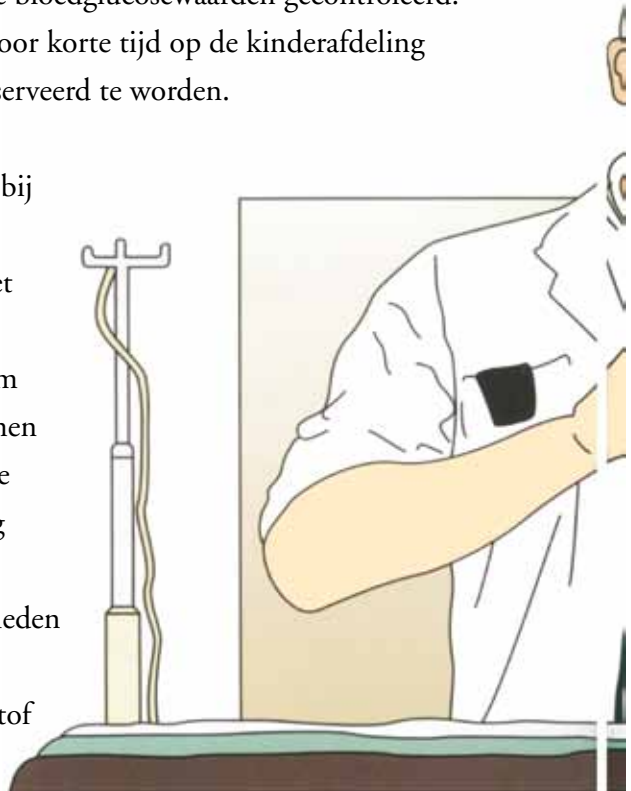
Onmiddellijk na de bevalling kijkt de kinderarts of neonatoloog (dit is de kinderarts gespecialiseerd in pasgeborenen) je kindje na.

Routinegewijs wordt zijn of haar bloedglucosewaarde bepaald. Er wordt vroegtijdig met voeding gestart. Bij te lage bloedglucosewaarden wordt een glucose-infuus gegeven.

Regelmatig worden de bloedglucosewaarden gecontroleerd.

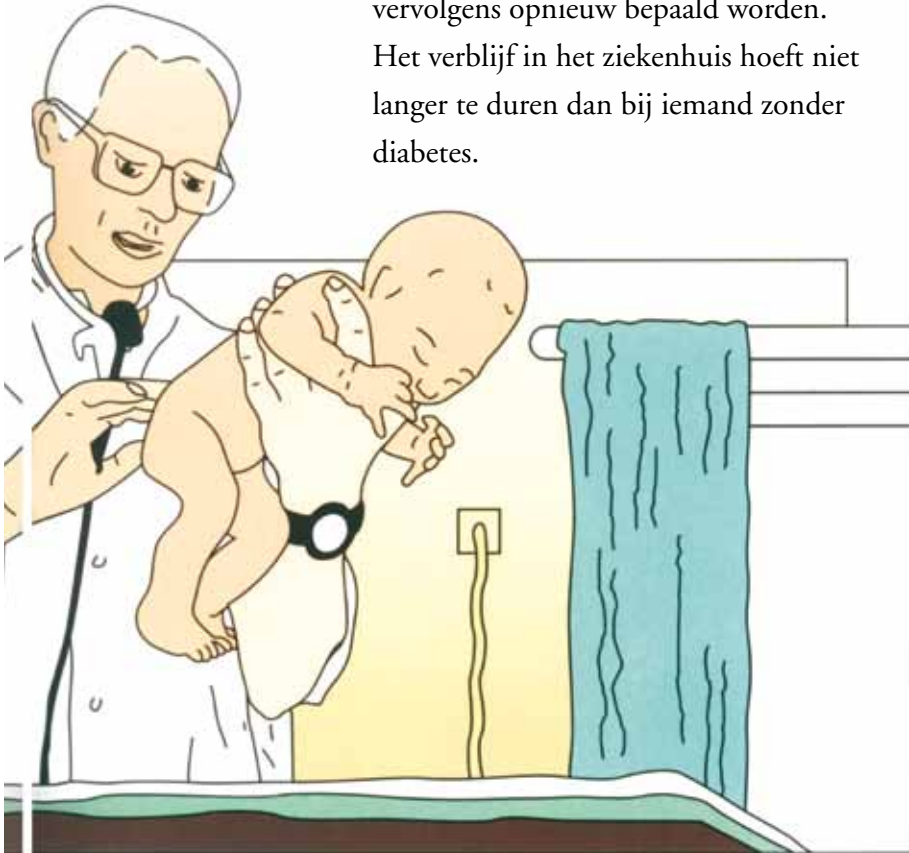
Vaak wordt de baby voor korte tijd op de kinderafdeling opgenomen om geobserveerd te worden.

Bij **vroeggeboorte** of bij een duidelijk te laag geboortegewicht, moet de baby tijdelijk in de couveuse verblijven om het kind beter te kunnen begeleiden. Het kindje wordt dan kunstmatig gevoed. Bij eventuele ademhalingsmoeilijkheden door onvoldoende longrijpheid zal zuurstof toegediend worden.



Daarom kun je het best bevallen in een ziekenhuis dat over een neonatologische afdeling beschikt, ofschoon dit niet betekent dat je baby daar zeker terecht zal komen.

Na de bevalling zal je de insulinedosis van vóór je zwangerschap weer gaan spuiten. De juiste dosis moet vervolgens opnieuw bepaald worden. Het verblijf in het ziekenhuis hoeft niet langer te duren dan bij iemand zonder diabetes.



BORSTVOEDING

Is ook voor jou aan te raden.

Bij borstvoeding heb je ongeveer 700 kCal per dag méér nodig.

Je zal minder insuline moeten spuiten.

Wees niet ongerust als je kindje de eerste levensdagen wat meer gewicht verliest dan een kind van een moeder zonder diabetes.



Dit is het gevolg van vochtverlies.

Wanneer je pasgeborene op de neonatologische afdeling zou verblijven kan de moedermelk afgekolfd worden of kan je de baby daar zelf gaan voeden.



NA DE BEVALLING

Een eventuele volgende zwangerschap dient eveneens gepland te worden.

Betrouwbare geboortebeperking is belangrijk.

Wanneer er geen kinderwens meer is, kun je sterilisatie overwegen.

ZWANGERSCHAPS- DIABETES

deel 2

In het eerste deel vernam je dat diabetes ook kan ontstaan tijdens de zwangerschap bij vrouwen die voordien nooit een verhoogde bloedglucose hadden. Zwangerschapsdiabetes is een gevolg van een beperkte alvleesklierfunctie. De voortdurend stijgende hoeveelheid zwangerschapshormoon kan bij deze vrouwen een te grote belasting zijn voor de alvleesklier. De alvleesklier kan niet aan de grote insulinebehoefte voldoen. Hierdoor ontstaat een tekort aan insuline met als gevolg een stijging van de bloedglucose. Belangrijk nog is dat deze hormonen het lichaam ongevoeliger maken voor insuline (insulineresistentie). De bloedglucosestijging wordt niet meer tegengegaan.

Dit komt voor bij minstens 2,4% van alle zwangerschappen en méér bij vrouwen waar diabetes reeds in de familie voorkomt; moeders van kinderen met een geboortegewicht van meer dan 4 kg; vrouwen die eerder zwangerschapsdiabetes hadden of bij vrouwen met overgewicht.

GEVOLGEN VOOR MOEDER EN KIND

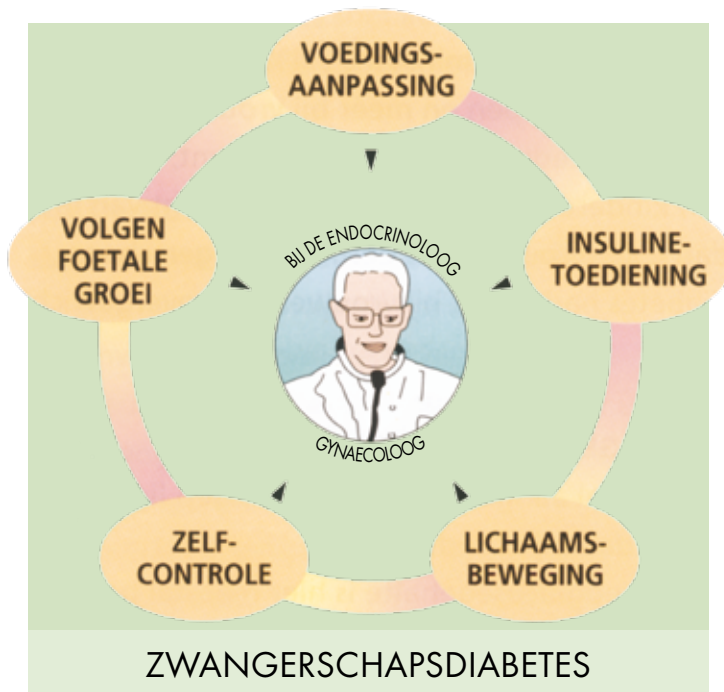
Het aantal aangeboren misvormingen ligt niet hoger dan bij moeders die geen diabetes hebben.

ZWANGERSCHAPSDIABETES

Het bloedglucosegehalte is hier meestal pas na de 20^{ste} week te hoog.

De organen van het kind zijn dan reeds gevormd.

Wanneer de foetus tijdens de latere zwangerschapsperiode te veel glucose krijgt, reageert hij op dezelfde manier als de foetus van een moeder die reeds voor de zwangerschap diabetes had, dus met een te snelle groei (macrosomie).



Ook hier is een tijdige behandeling nodig.

De behandeling is dezelfde als die van een zwangere vrouw met diabetes vóór de zwangerschap.

Nuchter en één uur na de maaltijd moet de bloedglucose normaal zijn.

Ook hier is een nauwkeurige controle door de endocrinoloog nodig, omdat vaak de behandeling bestaat uit het geven van insuline.

Dit betekent dus zelfcontrole en voedingsadvies.

De groei van de baby wordt eveneens gevolgd.

Dit om uiteindelijk met normale bloedglucosewaarden te bevallen. Behandeling met tabletten is niet mogelijk, omdat deze ook werken op de alvleesklier van het kind.

De **diabetesverpleegkundige** kan je hierover uitvoerig informeren.

Na de geboorte kan de baby ernstige hypo's hebben. De verhoogde bloedglucosetoevoer van de moeder is dan gestopt en de eigen alvleesklier blijft nog grote hoeveelheden insuline aanmaken.

Ernstig glucosetekort kan hersenbeschadiging tot gevolg hebben. Dit kan voorkomen worden door een goede regulatie.

Wanneer **na de geboorte** van de moederkoek de alveesklierbelastende zwangerschapshormonen verdwenen zijn, **verdwijnt deze vorm van diabetes**. Bij ongeveer 5% blijft diabetes bestaan. Het insuline spuiten kan dan gestopt worden. Vrouwen die zwangerschapsdiabetes gehad hebben, moeten na de bevalling regelmatig gecontroleerd worden om vroegtijdig het optreden van diabetes te kunnen vaststellen.



Zelden blijft diabetes bij de moeder bestaan. Er is wel iets meer dan 50% kans om **later** ooit type 2 of niet-insuline afhankelijke diabetes te krijgen.

Door na de zwangerschap een gezonde voedingswijze te behouden, te zorgen voor voldoende lichaamsbeweging en een normaal lichaamsgewicht na te streven, verklein je de kans om latere diabetes te krijgen.

Na de zwangerschap is bij hormonale geboortebeperving een laag gedoseerde anticonceptiepil aan te raden. Een groot aantal zwangerschappen is af te raden. De kans om bij een volgende zwangerschap weer diabetes te ontwikkelen is ongeveer 30-50%.

ZWANGERSCHAPSDIABETES UITSLUITEN

Zwangerschapsdiabetes dient systematisch te worden opgespoord. Zeker bij eerdere zwangerschapsdiabetes, een te zwaar kind, overgewicht van de zwangere vrouw, diabetes bij een eerste graads familielid, een te sterke uitzetting van de baarmoeder in deze zwangerschap en bij een glucoseverlies in de urine. De bloedglucoseverhoging ten gevolge van onvoldoende werking

ZWANGERSCHAPSDIABETES

van een overbelaste alvleesklier, uit zich pas in de tweede helft van de zwangerschap.

Daarom moet bij een risico-zwangere het bestaan van diabetes worden nagegaan. Dit kan op verschillende manieren. De meest toegepaste screeningstest is de glucose-challenge test waarbij 50 gram glucose wordt ingenomen en 1 uur later de bloedglucose wordt gemeten.

CONTROLE OP DE ZWANGERSCHAPSDIABETES



38

Zwangerschapsdiabetes dient ernstig genomen te worden. Een intensieve begeleiding van zowel moeder als kind is noodzakelijk.

Later zal blijken dat deze zwangerschapsperiode een van de meest vreugdevolle momenten van je leven zal zijn geweest.

Deze brochure werd samengesteld door Dr. Herman J.A.M. BECQ, afdeling endocrinologie-metabole ziektes van het Sint-Augustinusziekenhuis te Antwerpen (Wilrijk), in samenwerking met de afdelingen verloskunde en neonatologie.

Deze brochure werd bewerkt voor Nederland door Dr. J.W.F. Elte, Internist, St. Franciscus Gasthuis, Rotterdam en Prof. Dr. R.J. Heine, Diabetoloog, Vrije Universiteit, Amsterdam alsmede door A.S.M. Nuijten, Gynaecoloog, St. Franciscus Gasthuis, Rotterdam, alsmede Hans P.F. GOOSSENS, diabetesverpleegkundige in het Bosch Medicentrum te 's Hertogenbosch.

Andere beschikbare brochures:

- Leven met diabetes
- Voeten, preventieve verzorging
- Hypoglycemie
- Hyperglycemie
- Keuze van de injectieplaats
- Denk twee keer na voor u tweemaal gebruikt
- 10 vragen over lipodystrofie
- Mijn diabetes ontregeld door een lipo
- Praktische tips bij het injecteren

Bezoek ook onze website www.bddiabetes.nl



Becton Dickinson BV
Postbus 2130
4800 CC Breda, Nederland
K.v.K 28065261
BTW NL 001126751B01

Tel : 020/582.94.22
Fax : 020/582.94.23
www.bddiabetes.nl