

Datum definitief: 05-05-2021  
Betreft: Richtlijn Diabetes Gravidarum

Regionale commissie richtlijnen ACM:  
M. Westerhuis; gynaecoloog - perinatoloog  
C. van de Donk; PA-klinisch vke  
J. Oudenaarden, E. Brakke, L. Kat; 1<sup>e</sup> lijns vke

Geboortezorg



Anna, Catharina, Máxima

---

## Diabetes Gravidarum (Gestational Diabetes Mellitus, GDM)

### Doelstelling:

- Het op uniforme wijze screenen van zwangeren op diabetes gravidarum
- Het op uniforme wijze diagnosticeren van diabetes gravidarum
- Het op uniforme wijze behandelen van diabetes gravidarum

### Uitvoerenden:

- 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn verloskundigen
- Gynaecologen
- Diëtisten
- Diabetesverpleegkundigen
- Internisten

### DEFINITIE DIABETES GRAVIDARUM (GDM)

Elke vorm van hyperglycemie die tijdens de zwangerschap wordt ontdekt, onafhankelijk van het feit of deze afwijking na de zwangerschap weer verdwijnt.

Indien er tijdens het eerste trimester hyperglycemie vastgesteld wordt, is het onderscheid tussen diabetes gravidarum en een pre-existente diabetes mellitus niet te maken. Er dient dan echter wel sterk rekening gehouden te worden met een pre-existente diabetes mellitus.

In de literatuur zijn diverse criteria voor de diagnose diabetes gravidarum in omloop. In deze richtlijn worden de WHO-criteria 2013 aangehouden, idem aan de NVOG richtlijn (zie ook *bijlage 1*: NVOG-brief over WHO-criteria, gebruik 3-punts OGTT en deelname TANGO-DM studie)

### INCIDENTIE

- 7-10 % van alle zwangerschappen, volgens WHO-criteria 2013.
- 60% herhalingskans in volgende zwangerschap.
- Sterk verhoogde kans op diabetes mellitus binnen 5 tot 10 jaar

Zwangerschappen gecompliceerd door GDM worden gekenmerkt door een hogere kans op perinatale en maternale complicaties, zoals sectio, macrosomie, schouderdystocie, perineumletsel, neonatale hypoglycemie en neonatale hyperbilirubinemie.

## **RISICOFACTOREN VOOR GDM**

- GDM in voorgeschiedenis
- BMI > 30 (kg/m<sup>2</sup>) bij de eerste prenatale controle
- Eerder kind met geboortegewicht ≥ p95 of ≥ 4500 gram
- Eerstegraads familielid (ouders, broers, zussen) met diabetes mellitus type 1 of 2  
NB: GDM bij moeder of zus zonder DM type 2 op latere leeftijd, is géén risicofactor.
- Etnische groepen waarbij diabetes veel voorkomt:
  - > Zuid-Aziaten (India, Pakistan, Bangladesh, Hindoestanen)
  - > Afro-Caribiërs
  - > Midden-Oosten (Turkije, Saudi-Arabië, Arabische Emiraten, Irak, Iran, Israël, Jemen, Jordanië, Syrië, Oman, Palestina, Qatar, Koeweit, Libanon, Bahrein, Verenigde Arabische Emiraten)
  - > Noord-Afrika (Marokko en Egypte)
- Onverklaarde IUVD in anamnese
- Polycysteus Ovarium Syndroom (PCOS)
- Meerlingzwangerschap
- Bariatrische chirurgie in de voorgeschiedenis

## **SCREENING EN DIAGNOSTIEK**

### **1<sup>e</sup> trimester (< 16 weken):**

Screening in het 1<sup>e</sup> trimester vindt enkel plaats bij zwangeren met één of meer risicofactoren voor GDM. Het doel is het uitsluiten van pre-existente diabetes.

Screening vindt plaats door middel van een nuchtere glucose (veneus).

### **Afkapwaardes nuchtere glucose (mmol/l): 1<sup>e</sup> trimester (veneuze waarden):**

< 6,1	Geen GDM
≥ 6.1	GDM

### ***Uitzondering 1:***

Een zwangere met GDM in anamnese en/of PCOS in anamnese wordt tussen AD 14 en 16 weken gescreend door middel van een 75g OGTT (afkapwaarden WHO 2013 criteria). Indien deze OGTT niet afwijkend is, wordt deze herhaald tussen AD 24 en 28 weken. Een zwangere met tevens bariatrische chirurgie in de anamnese heeft een contra indicatie voor OGTT (zie *uitzondering 2*).

### **Afkapwaardes 75g OGTT (mmol/l) 1e trimester (veneuze waarden):**

Diagnose GDM wordt gesteld bij tenminste één afwijkende waarde.

Nuchter	≥ 5,1
1 uur na inname 75 gram glucose	≥ 10
2 uur na inname 75 gram glucose	≥ 8,5

### *Uitzondering 2:*

Een zwangere met GDM en/of PCOS in anamnese EN met bariatrische chirurgie in anamnese (sleeve en/of gastric bypass) heeft een contra indicatie voor OGTT i.v.m. kans op dumping. Zij wordt gescreend door middel van een nuchtere glucose en een HbA1c-bepaling. Indien 1<sup>e</sup> trimesterscreening normaal is (nuchtere veneuze glucose < 6.1 mmol/L en HbA1c <47 mmol/mol) dan volgt screening in het 2<sup>e</sup> trimester(AD 24-28 weken) door middel van een dagcurve, zie aldaar.

Indien in het 1<sup>e</sup> trimester diabetes gravidarum wordt vastgesteld voor (AD 16 weken), vindt overname door 2<sup>e</sup> lijn plaats omdat het onderscheid met pre-existente diabetes mellitus niet te maken is.

### **2<sup>e</sup> trimester (24-28 weken):**

Screening in het 2<sup>e</sup> trimester vindt enkel plaats bij zwangeren met één of meer risicofactoren voor GDM (zie hierboven) en mits er nog geen GDM is aangetoond.

Er wordt een 3-punts 75g-glucose-tolerantie-test (OGTT) verricht tussen 24 en 28 weken AD. Bij contra-indicatie voor een OGTT (bijv. na bariatrische chirurgie) of bij weigering of mislukken van de OGTT kan er een dagcurve worden geprikt.

### **Afkapwaardes 75g OGTT (mmol/l) 2<sup>e</sup> trimester (WHO 2013) (veneuze waarden)**

Diagnose GDM wordt gesteld bij tenminste één afwijkende waarde.

Nuchter	≥ 5,1
1 uur na inname 75 gram glucose	≥ 10,0
2 uur na inname 75 gram glucose	≥ 8,5

Bij contra-indicatie voor een OGTT, kan er een dagcurve gedaan worden. Bij voorkeur wordt deze dagcurve gedaan bij het laboratorium in het ziekenhuis of bij DVU (eigen voeding meenemen). Het betreft dan veneuze waarden, waarbij de afkapwaardes van de OGTT in het 2<sup>e</sup> trimester (WHO 2013) aangehouden kunnen worden.

## **DIAGNOSE**

De diagnose GDM wordt gesteld bij tenminste één afwijkende waarde binnen de nuchter waarde, HbA1c, OGTT of dagcurve.

Indien er tijdens de zwangerschap sprake is van symptomen die kunnen passen bij diabetes gravidarum (bijv. polyhydramnion met SDP > 8cm, macrosomie met FAC > p90 of EFW > p90), dan dient er gericht onderzoek plaats te vinden, o.a. naar diabetes gravidarum. Dit wordt in deze richtlijn buiten beschouwing gelaten.

## **BIJ DEELNAME TANGO-DM STUDIE**

### **TANGO-DM studie :**

De TANGO-DM studie (effectieve behandelings volgens nieuwe criteria zwangerschaps Diabetes Mellitus) onderzoekt of behandeling van de groep zwangeren die volgens de nieuwe WHO-criteria uit 2013 wel GDM heeft, maar volgens de WHO-criteria uit 1999 niet, effectief is.

Uitkomstmaten zijn o.a. het voorkomen van macrosomie (primaire uitkomstmaat), modus partus, maternale en perinatale morbiditeit en mortaliteit. Daarnaast wordt er gekeken naar het aantal interventies, de kosten en de beleving van de zwangere.

#### Inclusie-criteria

Eenling  
> 18 jaar  
AD > 16+0 en < 32+0  
Getekend informed consent

#### Exlusie-criteria

Preëxistente diabetes  
Congenitale/chromosomale afwijkingen  
Significant medische of psychisch co-morbiditeit  
Onvermogen tot getekende informed consent

<b>OGTT</b>	<b>Afkapwaarden WHO 2013 mmol/l</b>	<b>Afkapwaarden WHO 1999 mmol/l</b>	<b>Intermediaire waarden &gt; TANGO-DM mmol/l</b>
<b>Nuchter</b>	≥ 5,1	≥ 7,0	<b>5,1 – 6,9</b>
<b>Na 1 uur</b>	≥ 10,0	n.v.t.	<b>≥ 10,0</b>
<b>Na 2 uur</b>	≥ 8,5	≥ 7,8	<b>7,8 – 8,4</b>

Na vaststelling diabetes gravidarum wordt de zwangere verwezen naar de tweede lijn. Aldaar kan een zwangere met intermediaire waarden gecounseld worden voor TANGO-DM studie.

Het is van de kliniek afhankelijk of deelname aan TANGO-DM studie mogelijk is.

## Counseling en logistiek TANGO-DM studie

Tango-DM	Afkapwaarden mmol/l	WHO	Beleid
<b>Glucose nuchter</b>	<b>5.1-6.9</b>	WHO (1999) <b>geen</b> DG  WHO(2013) <b>wel</b> DG	PIF* meegeven en counselingsgesprek.  <b>WEL deelname TANGO-DM studie</b> > randomisatie wel/geen GDM + behandeling  Indien <i>wel behandeling</i> zie hieronder.  Indien <i>geen</i> behandeling, standaard zorg.
<b>Na 1 uur</b>	<b>≥ 10.0</b>		<b>GEEN deelname TANGO-DM studie</b> > beschouwen GDM (cf. WHO 2013). Behandeling zie hieronder.
<b>Na 2 uur</b>	<b>7.8-8.4</b>	WHO (1999) <b>wel</b> DG  WHO(2013) <b>geen</b> DG	PIF* meegeven en counselingsgesprek.  <b>WEL deelname TANGO-DM studie</b> > randomisatie wel/geen GDM + behandeling  Indien <i>wel behandeling</i> zie hieronder.  Indien <i>geen</i> behandeling, standaard zorg.  <b>GEEN deelname TANGO-DM studie</b> > <b>geen</b> GDM/behandeling.

\*Patiënt informatie folder

## **BEHANDELING GDM**

De behandeling streeft naar het beperken van hyperglycemie bij de zwangere en daarmee beperken van foetale macrosomie.

- Een zwangere met GDM wordt naar de gynaecoloog verwezen.
- De diagnose GDM, het ziektebeeld, de behandeling en de mogelijke gevolgen voor moeder en kind worden met de zwangere besproken. De folder 'diabetes en zwangerschap' wordt overhandigd. Er wordt een biometrie verricht en de hoeveelheid vruchtwater wordt beoordeeld.  
Indien er sprake is van intermediaire glucose waarden (zie hierboven), kan op dit moment counseling TANGO-DM studie plaats vinden. (VSV Máxima en Catharina)
- De behandeling begint met een dieetadvies. De zwangere krijgt dit dieetadvies en geschreven instructies van de poli assistente c.q. diëtiste afhankelijk van lokaal protocol in de verschillende ziekenhuizen. Daarnaast wordt aan de zwangere een glucosemeter en bijbehorend materiaal verstrekt.
- Na starten van het dieet wordt de zwangere verzocht gedurende twee tot drie dagen glucose dagcurven bij te houden.
  - 4-punts dagcurve: nuchter, 1 uur na begin van elke maaltijd.  
Afkapwaarden: nuchter  $\leq 5,3$  mmol/L, 1u na begin maaltijd  $\leq 7,8$  mmol/L.
- De zwangere wordt erop geattendeerd dat beweging (minimaal 30 minuten per dag) een glucose verlagende werking heeft.
- Het is de bedoeling dat streefwaarden binnen maximaal 2 weken na start dieet bereikt zijn. Lokaal beleid bepaalt of de zwangere hiervoor direct naar de diëtist verwezen wordt of in 2<sup>e</sup> instantie na 1 week volgen dieet (met instructie dieet vanuit poli verloskunde) waarbij streefwaarden niet bereikt zijn.  
Indien de streefwaarden niet bereikt worden met behulp van een dieet, wordt de zwangere verwezen naar de diabetes verpleegkundige en internist voor medicamenteuze behandeling.  
Hier kan zij, conform lokaal protocol, starten met medicatie en eventueel gecounseld worden voor de Sugardip studie.  
Deze patiënten worden besproken in gezamenlijk MDO overleg obstetrie-interne geneeskunde, conform lokale structuur in ziekenhuis.
- Adviseer zwangeren met type 2 diabetes mellitus of GDM met een nuchtere glucose  $>7$  mmol/L en/of en niet-nuchtere glucose  $> 11$  mmol/L direct te starten met insuline.
- Indien de streefwaarden wel binnen maximaal 2 weken bereikt worden met een dieet, wordt de zwangere verzocht 1 keer per week een glucose dagcurve bij te houden.
  - 4-punts dagcurve: nuchter, 1 uur na begin van elke maaltijd.  
Afkapwaarden: nuchter  $< 5,3$  mmol/L, 1u na begin maaltijd  $< 7,8$  mmol/L.
- Met tevens een normale groei en hoeveelheid vruchtwater, wordt de zwangere terugverwezen naar de eerste lijn (indien zij initieel ook door 1<sup>e</sup> lijn verwezen was).
- Voor het VSV Anna en het VSV MMC geldt dat de zwangere de glucose dagcurve waarden doorgeeft aan de diëtiste. Als de streefwaarden niet bereikt zijn, informeert de diëtist de internist, de diabetesverpleegkundige en de gynaecoloog en wordt nieuw behandel beleid gemaakt. De eerstelijns verloskundige wordt door de gynaecoloog geïnformeerd.
- Voor het CZE geldt dat de zwangere de glucose dagcurve waarden doorgeeft aan de gynaecoloog of klinisch verloskundige. Deze beslist dan of patiënte nog verwezen moet worden naar de diëtist.
- Voor 1<sup>e</sup> lijns zwangeren van VSV Catharina geldt dat de wekelijkse dagcurve waarden met de 1<sup>e</sup> lijns verloskundige besproken dienen te worden. (zie volgende bullit)

- De verloskundig zorgverlener besteedt bij elke controle aandacht aan de glucose dagcurven. Indien de glucose streefwaardes niet bereikt worden met dieet, of er sprake is van macrosomie of polyhydramnion, volgt overname door de tweede lijn.
- Er wordt tot 36-37 weken zwangerschapsduur om de 3 weken een echo gemaakt ter controle biometrie en hoeveelheid vruchtwater.

## **VERWIJSBELEID BIJ BEHANDELING GDM**

### **GDM gediagnostiseerd voor AD 16 weken:**

- Zorg in 2<sup>e</sup> lijn.
- Grote kans op pre-existente diabetes.
- Overweeg consult lactatiekundige
- GUO1
- Verwijzing naar diëtist.
- Echo biometrie en vruchtwater elke 2 a 3 weken vanaf 20 weken.
- Indien normale foetale groei en goede glucose monitoring met dieet, streef naar partus tussen AD 38 en 39 weken, niet langer expectatief dan AD 40 weken.

### **GDM met dieet en glucose binnen streefwaarden, zonder tekenen van foetale macrosomie en zonder polyhydramnion ( echo FAC vlg. Verburg en/of EFW < p90 vlg. Hadlock-3):**

- Retour 1<sup>e</sup> lijn (indien zij initieel ook door 1<sup>e</sup> lijn verwezen was).
- Controle wekelijkse dagcurve door hoofdbehandelaar en vastleggen in dossier.
- Seriële echo's biometrie en hoeveelheid vruchtwater à 3 weken door gecertificeerd zorgverlener. Wees alert op het ontstaan van macrosomie indien AC > HC (disproportionele groei) en/of bij een groeisput (> 30 percentielen) en overweeg dan een consult 2<sup>e</sup> lijn.
- Eerstelijns partus (bij voorkeur poliklinisch).
- Afwachten tot maximaal 41+0 weken. Consult 2<sup>e</sup> lijn < 41 weken voor planning inleiding bij 41+0 weken.
- Postpartum glucose controles neonaat indien onverwacht geboortegewicht > p90 (vlg. PRN).

### **GDM met dieet en glucose binnen streefwaarden, met verdenking foetale macrosomie en/of polyhydramnion (echo FAC vlg. Verburg en/of EFW ≥ p90 vlg. Hadlock-3 en/of disproportionele groei):**

- Overname 2<sup>e</sup> lijn.
- Controle dagcurve minimaal 1x/week door 2<sup>e</sup> lijn (cf lokaal protocol i.o.m. diëtiste) en vastleggen in dossier.
- Seriële echo's biometrie en hoeveelheid vruchtwater à 2-3 weken door gecertificeerd zorgverlener.
- Inleiding aanbieden tussen 38 en 39 weken. Afwachten tot maximaal 40 weken.
- Postpartum glucose controles en consult kinderarts indien geboortegewicht > P90(vlg. PRN) en/of na polyhydramnion tijdens de zwangerschap.

### **GDM met glucose verlagende medicatie of onvoldoende ingesteld met dieet na 36 wkn**

- Overname 2<sup>e</sup> lijn.
- Wees terughoudend met glucose verlagende medicatie indien FAC (Verburg) of EFW (Hadlock-3) < P30
- Denk aan Sugardip studie (randomisatie mogelijk tot 34 weken) indien indicatie voor medicamenteuze behandeling.

- Controle effect medicamenteuze therapie door internist en/of diabetesverpleegkundige.
- Seriële echo's biometrie à 2 weken.
- Inleiding aanbieden tussen 38 en 39 weken. Afwachten tot maximaal 40 weken. Hierbij de foetale groei, de instelling van de glucose en de hoeveelheid medicamenteuze therapie meewegen.
- Glucoseverlagende medicatie stoppen durante partu tenzij door internist anders voorgeschreven.
- Postpartum altijd consult kinderarts.
- Postpartum glucose controles neonaat indien:
  - moeder glucose verlagende medicatie heeft gebruikt en/of
  - geboortegewicht > p90(vlg. PRN).

## **VOEDINGSBELEID PASGEBORENE**

Borstvoeding is de meest geschikte voeding voor pasgeborenen van moeders met diabetes gravidarum. Het voeden op verzoek hoeft niet aangepast te worden aan eventuele glucose controles van de neonaat. Overweeg antepartum een consult Lactatiekundige om de voor- en nadelen van het wel of niet geven van borstvoeding op de neonaat en de moeder, specifiek in relatie tot diabetes problematiek, te bespreken.

## **POST PARTUM**

- Stop glucose-controle bij behandeling met enkel dieet.
- Stoppen met dieet en medicatie. **Cave:** medicatiebeleid post partum iom internist en diabetesverpleegkundige bij diabetes gravidarum met zeer hoge medicatie behoefte.
- 6 weken postpartum nuchtere glucose ter uitsluiting van een persisterende DM type 2 door hoofdbehandelaar ten tijde van partus.
  - > 6,0 maar < 7,0 : gestoorde glucose tolerantie
  - ≥ 7,0 : diabetes mellitus type II.
 Verder beleid via huisarts.
- Counseling over sterk verhoogde kans (50%) op DM type 2 binnen 5 à 10 jaar, daarom jaarlijks controle via huisarts.
- Terugkoppeling over GDM aan huisarts door hoofdbehandelaar ten tijde van partus.
- Vrouwen na een zwangerschap met GDM worden gewezen op het belang van aanpassing van del leefstijl en een preconceptioneel consult bij nieuwe zwangerschapswens.

## **EVALUATIE**

Deze richtlijn zal in januari 2022 geëvalueerd worden. Er zal gekeken worden of de kwaliteit van implementatie van de huidige richtlijn voldoende is. Indien dit zo is, kan gekeken worden naar mogelijkheden voor revisie van de richtlijn ten aanzien van welke zorg integraal door wie en op welke plek verleend kan worden.

## **KWALITEITSCONTROLE**

Elk VSV is verantwoordelijk voor de evaluatie van de zorg rondom zwangeren met zwangerschapsdiabetes. De regionale werkgroep ACM stuurt deze evaluatie aan en geeft aan op welke punten geëvalueerd moet worden. Te denken valt aan harde uitkomsten als aantal vrouwen met medicatie, geboortegewicht en modus partus, letsel moeder of kind, maar ook aan correcte richtlijn implementatie en patiënt tevredenheid.



## Referenties:

- 1 KNOV-richtlijn  
(<https://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/265-3/diabetes/hoofdstuk/394/diabetes>)
- 2 NVOG-richtlijn Diabetes mellitus en zwangerschap 01-09-2018  
([https://richtlijnen database.nl/richtlijn/diabetes\\_en\\_zwangerschap/startpagina\\_dm\\_en\\_zwangerschap.html](https://richtlijnen database.nl/richtlijn/diabetes_en_zwangerschap/startpagina_dm_en_zwangerschap.html) )
- 3 Nederlandse diabetes federatie, zorgstandaard addendum diabetes en zwangerschap 2018
- 4 NICE guideline CG063, 2008, Diabetes in pregnancy
- 5 Werner E, Screening for gestational diabetes mellitus. Are the criteria proposed by the International association of the diabetes and pregnancy study cost-effective? Diabetes Care 2012;35:529-35
- 6 Falavigna M, Effectiveness of gestational diabetes treatment: a systematic review with quality of evidence assessment. Diabetes research and clinical practice, <http://dx.doi.org/10/1016/j.diabres.2012.09.002>
- 7 Folder diabetes en zwangerschap  
<https://www.dvn.nl/Portals/0/Downloads/Behandelaren%20en%20onderzoek/DVN-zorgwijzer-Diabetes-en-Zwangerschap.pdf?ver=2019-07-26-145708-000>
- 8 HAPO study cooperative research group, Hyperglycemia and Adversed Pregnancy outcome (HAPO) study. Associations with neonatal anthropometrics. Diabetes 2009;58:453-9
- 9 Van Leeuwen M, Diabetes gravidarum. Behandeling vermindert kans op complicaties. NTVG 2011;155:A2291
- 10 Coustan D, The HAPO study: Paving the way for new diagnostic criteria for GDM. AJOG 2010;202:654
- 11 Horvath K, Effects of treatment in women with gestational diabetes: systematic review and meta-analysis. BMJ 2010;340:c1395
- 12 Hong JU, Fetal macrosomia and pregnancy outcomes. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2009;49:504-509
- 13 Landon M, A multicenter, randomized trial of treatment for mild gestational diabetes. NEJM 2009;361:1
- 14 SUGAR – DIP  
(<https://www.zorgevaluatienederland.nl/evaluations/sugar-dip> )

15 Takacs Witkop C, Active compared with expectant management of labor in women with gestational diabetes. OG 2009;113:206-217

16 Tango-DM

(<https://www.zorgevaluatienederland.nl/evaluations/tango-dm>)

17 Benhalima K, Screening and Management of Gestational Diabetes Mellitus after Bariatric Surgery. PMC 2018: doi 10.3390/nu10101479

(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6213456/?report=classic>)

## Bijlage 1: NVOG brief



T.a.v. betrokkenen bij de TANGO-DM studie

Betreft: TANGO-DM studie

Utrecht, 28 november 2018

POSTADRES NVOG  
POSTBUS 28075  
3502 LB UTRECHT

BEZOEKADRES NVOG  
MERCATORLAAN 1288  
6E ETAGE, S-ZUIDE  
3528 BL UTRECHT

T +31 (0)30 28 23 812  
E [INFO@NVOG.NL](mailto:INFO@NVOG.NL)  
W [WWW.NVOG.NL](http://WWW.NVOG.NL)

KVK 4053298  
ING BANK 21.20.70  
IBAN NL79INGB0600312070  
BIC INGBNL2A  
BTW NL0055.66.647881

Geachte heer/mevrouw,

De NVOG heeft in januari 2016 een kennisagenda en wetenschappelijke meerjarenplan opgesteld, dat als doel heeft het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Het thema "Management diabetes gravidarum (GDM) diagnose volgens WHO-criteria 1999 versus 2013" is bij de 10 meest urgente thema's geprioriteerd. De nieuwe GDM WHO 2013 criteria zijn inmiddels in grote delen van de Westerse wereld geïmplementeerd, en ook in een deel van de Nederlandse ziekenhuizen. Trial 'evidence' over effectiviteit en eventuele 'harms' van het behandeling van GDM volgens de 2013 WHO-criteria ontbreekt en wordt momenteel in de TANGO-DM studie verzameld.

Een belangrijk verschil tussen de 1999 en 2013 WHO-criteria voor GDM, is de overgang van een veneuze 2-punts curve (1999) naar een veneuze 3-punts curve (2013). Hangende de uitkomsten van TANGO-DM, is implementatie van de nieuwe 2013 WHO-criteria in de NVOG-richtlijn 'Diabetes en Zwangerschap' bewust uitgesteld. Zonder de TANGO-DM uitkomsten is landelijke invoering van de 2013 WHO-criteria waarschijnlijk onafwendbaar.

De NVOG is dan ook van mening dat het uitvoeren van een veneuze 3-punts curve om de diagnose GDM te stellen, als normale zorg kan worden beschouwd. De komende drie jaar zal de noodzaak van het handhaven van een 3-punts curve beoordeeld worden aan de hand van de TANGO-DM studie.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd, echter indien er nadere vragen zijn dan vernemen wij dat graag van u.

Met vriendelijke groet,  
Namens de werkgroep Kwaliteitscirkel

dr. Astrid Vollebregt, voorzitter