

FOLIA PHARMACOTHERAPEUTICA JUNI
2026

Voor u gelezen

Gewichtstoename tijdens de zwangerschap en zwangerschapsuitkomsten na stoppen van GLP-1-analoog

Na stoppen van een GLP-1-analoog neemt het gewicht snel toe. Wat betekent dit voor vrouwen die het GLP-1-analoog stoppen vóór de zwangerschap, zoals wordt aanbevolen? Een observationele studie in JAMA onderzocht de gewichtstoename tijdens de zwangerschap en zwangerschapsuitkomsten bij vrouwen die een GLP-1-analoog (dulaglutide liraglutide, semaglutide, tirzepatide) waren gestopt vóór of in de vroege zwangerschap in vergelijking met vrouwen die geen GLP-1-analoog hadden gebruikt.

Kernboodschappen

- Een retrospectieve cohortstudie onderzocht de gewichtstoename en een aantal zwangerschapsuitkomsten bij vrouwen die een GLP-1 analoog gebruikten en stopten vóór of in de vroege zwangerschap, in vergelijking met niet-gebruiksters. In beide groepen had meer dan 70% van de vrouwen obesitas en meer dan 15% diabetes.
- De vrouwen die vóór of in de vroege zwangerschap een GLP-1-analoog hadden gebruikt, kwamen tijdens de zwangerschap gemiddeld **3,3 kg extra** bij in vergelijking met niet-gebruiksters. “Overmatige” gewichtstoename tijdens de zwangerschap, premature geboorte, zwangerschapsdiabetes en hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap traden vaker op bij de vrouwen die een GLP-1-analoog hadden gebruikt.
- **Conclusie van het BCFI:** Deze studie suggereert dat stopzetting van een GLP-1-analoog vóór of in de vroege zwangerschap leidt tot grotere gewichtstoename tijdens de zwangerschap en tot ongunstige zwangerschapsuitkomsten. Dit is een signaal om in overweging te nemen, ook al heeft de studie belangrijke beperkingen. De studie vraagt voorzichtigheid in afwachting van andere studies. Onze bron voor zwangerschap Lareb beveelt aan om de gewichtstoename in de zwangerschap na stoppen van een GLP-1-analoog extra goed te monitoren.

Waarom is deze studie belangrijk?

Diabetes en obesitas zijn bekende risicofactoren voor zwangerschapscomplicaties en voor metabole aandoeningen bij het kind op langere termijn. Oppuntstelling van de diabetes [zie Repertorium 5.1. > “Zwangerschap en borstvoeding” en Folia december 2020] en gewichtscntrole vóór de zwangerschap worden daarom sterk aanbevolen.¹⁻³

GLP-1-analogen (dulaglutide, liraglutide, semaglutide, tirzepatide) worden meer en meer gebruikt bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd, voor de behandeling van diabetes of voor gewichtscntrole. Omdat er onvoldoende gegevens zijn over hun veiligheid tijdens de zwangerschap, wordt aanbevolen om het GLP-1-analoog te stoppen vóór de zwangerschap (in verband met de aanpak van diabetes tijdens de zwangerschap, zie Rep.5.1.; in verband met de veiligheid van de (GIP)/GLP-1-analogen tijdens de zwangerschap bij diabetes resp. obesitas, zie de rubrieken “Zwangerschap en borstvoeding” in Rep.5.1.7. en 5.1.8. resp. Rep.5.2.1. en Rep.5.2.2.; zie ook ons artikel in Folia juli 2025 over meldingen van ongeplande zwangerschappen bij vrouwen behandeld met een (GIP)/GLP-1-analoog).

Talrijke gegevens wijzen er op dat na stoppen van een GLP-1-analoog het gewicht snel opnieuw toeneemt [zie Folia mei 2026]. Overmatige gewichtstoename tijdens de zwangerschap gaat gepaard met een verhoogd risico op zwangerschapsdiabetes en zwangerschapshypertensie. Vraag is wat dit betekent bij vrouwen die een GLP-1-analoog stoppen vóór of in de vroege zwangerschap. Een observationele studie in JAMA onderzocht daarom de gewichtstoename tijdens de zwangerschap en een aantal zwangerschapsuitkomsten bij vrouwen die een GLP-1-analoog waren gestopt vóór of in de vroege zwangerschap, in vergelijking met niet-gebruiksters.^{1,2} In beide groepen had meer dan 70% van de vrouwen obesitas bij de aanvang van de zwangerschap.

Opzet van de studie

- **Studiedesign:** retrospectieve cohortstudie (periode 2016-2025, USA)¹
- **Doel van de studie:** opvolgen van de gewichtstoename tijdens de zwangerschap en van een aantal negatieve zwangerschapsuitkomsten bij vrouwen die een GLP-1 analoog hadden gebruikt en dit waren gestopt vóór of in de vroege zwangerschap, in vergelijking met vrouwen die geen GLP-1 analoog hadden gebruikt.
- **Populatie:** 448 vrouwen die een GLP-1-analoog gebruikten en stopten vóór of in de vroege zwangerschap (= **blootgestelde groep**; gemiddelde BMI vóór de conceptie 36,1; 84% met BMI \geq 30; 14% met BMI 25-29,9; 23% had diabetes) versus 1 344 vrouwen die geen GLP-1 analoog gebruikten vóór hun zwangerschap (= **controlegroep**, gemiddelde BMI vóór de conceptie 36,3; 73% met BMI \geq 30; 16% met BMI 25-29,9; 17% had diabetes).
- **Blootstelling:** minstens één voorschrift voor een GLP-1-analoog tussen 3 jaar vóór en 90 dagen na conceptie. Onderzochte GLP-analogen: semaglutide (45%), liraglutide (26%), dulaglutide (21%), tirzepatide (7%).
- Elke GLP-1 gebruikster werd gematcht met 3 niet-gebruiksters. Dit gebeurde aan de hand van propensity score matching waarbij rekening werd gehouden met mogelijke beïnvloedende factoren zoals BMI vóór de zwangerschap, voorafbestaande diabetes of chronische hypertensie, pariteit en sociale factoren.
- **Primair eindpunt:** gewichtstoename tijdens de zwangerschap.
- **Secundaire eindpunten:**
 - “overmatige” gewichtstoename tijdens de zwangerschap (gedefinieerd volgens de richtlijnen van het Amerikaanse *Institute of Medicine*)
 - uitkomsten met betrekking tot het geboortegewicht: geboortegewichtpercentiel, een te hoog of te laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur, lengte bij geboorte
 - zwangerschapsuitkomsten: vroeggeboorte, keizerssnede, zwangerschapsdiabetes, hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap.

Resultaten in het kort

Primair eindpunt: gewichtstoename tijdens de zwangerschap: + 13,74 kg in de blootgestelde groep versus + 10,49 kg in de controlegroep. Dus een **verschil van + 3,26 kg**, statistisch significant (95%-BI van + 2,28 tot + 4,23)*

NB * de resultaten waren zeer gelijkaardig na subanalyse bij de vrouwen die maximum 6 maand vóór de conceptie een voorschrift voor een GLP-1-analoog hadden gekregen, en na sensitiviteitsanalyse met correctie voor BMI en voorafbestaande diabetes.

Secundaire eindpunten:

- volgende uitkomsten traden vaker op in de blootgestelde groep dan in de controlegroep:
 - **“overmatige” gewichtstoename tijdens de zwangerschap:** 65% vs 49% (risk ratio [RR] 1,32; 95%-BI van 1,19 tot 1,47)
 - **premature geboorte:** 17% vs 13% (RR 1,34; 95%-BI van 1,06 tot 1,69)*
 - **zwangerschapsdiabetes** (in deze analyse waren de vrouwen met vooraf bestaande diabetes uitgesloten): 20% vs 15% (RR 1,30; 95%-BI van 1,01 tot 1,68)*
 - **hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap** (in deze analyse waren de vrouwen met vooraf bestaande hypertensie uitgesloten): 46% vs 36% (RR 1,29; 95%-BI van 1,12 tot 1,49)*.
- Het gemiddeld geboortegewichtpercentiel was licht hoger in de blootgestelde groep dan in de controlegroep: 58,4% vs 54,8% (verschil van 3,6%; 95%-BI van 0,2% tot 6,9%)**.

NB

* Na sensitiviteitsanalyse met correctie voor BMI waren de verschillen niet meer statistisch significant.

** Na sensitiviteitsanalyse met correctie voor BMI, voorafbestaande diabetes en chronische hypertensie was het verschil niet meer statistisch significant.

Beperkingen van de studie

In dit retrospectief onderzoek kunnen residuele bias en confounding niet worden uitgesloten. Hoewel de gemiddelde periconceptionele BMI's in beide groepen vergelijkbaar waren, was het aandeel vrouwen met obesitas hoger in de blootgestelde groep (84% versus 73%), wat mogelijk heeft geleid tot residuele confounding.

De BMI bij de start van de studie is de BMI onder behandeling met een GLP-1-analoog. De BMI vóór de start van het GLP-1-analoog is niet bekend. Hierdoor kan deze studie niet beantwoorden of het starten van een GLP-1-analoog, met als doel de zwangerschap in te gaan met een lager gewicht, leidt tot netto voordelen of risico's. Om dit goed te kunnen beoordelen,

zouden de groepen gematcht moeten worden op basis van de BMI vóór de start van het GLP-1-analoog.

Commentaar van het BCFI

Deze studie suggereert dat gebruik van een GLP-1-analoog met stopzetting voor of in het begin van de zwangerschap leidt tot grotere gewichtstoename tijdens de zwangerschap en tot een aantal ongunstige zwangerschapsuitkomsten ten opzichte van geen gebruik. Dit is een signaal om in overweging te nemen, ook al heeft de studie belangrijke beperkingen. De studie vraagt voorzichtigheid in afwachting van andere studies, met meer basisgegevens over de blootgestelde vrouwen (bv. over hun lichaamsgewicht vóór starten van de GLP-1-analoog), en meer informatie over de reden en duur van gebruik. Onze bron voor zwangerschap Lareb beveelt aan om de gewichtstoename in de zwangerschap na stoppen van een GLP-1-analoog extra goed te monitoren.

Over welke specialiteiten gaat het?

- Dulaglutide: Trulicity® (indicatie diabetes, zie Repertorium)
- Liraglutide: Victoza® (indicatie diabetes, zie Repertorium); Saxenda® (indicatie obesitas, zie Repertorium)
- Semaglutide: Ozempic®, Rybelsus® (indicatie diabetes, zie Repertorium); Wegovy® (indicatie obesitas, zie Repertorium)
- Tirzepatide: Mounjaro® (indicaties diabetes en obesitas, zie Repertorium)

Bronnen

- 1 Maya J, Pant D, Fu Y et al. Gestational Weight Gain and Pregnancy Outcomes After GLP-1 Receptor Agonist Discontinuation. *JAMA*. 2025;334(24):2186-2196. (doi:10.1001/jama.2025.20951)
- 2 Cesta CE, Hutcheon J et Johansson K. Editorial: Guiding Obstetric Care and Treatment Decisions for Women With Prior GLP-1 Receptor Agonist Use. *JAMA* 2025;334:2168-70 (doi:10.1001/jama.2025.19841)
- 3 NHG-Standaard Preconceptie zorg. Gepubliceerd juni 2011, laatste aanpassing juni 2011.

Colofon

De *Folia Pharmacotherapeutica* worden uitgegeven onder de auspiciën en de verantwoordelijkheid van het *Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie* (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique), vzw erkend door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG).

De informatie die verschijnt in de *Folia Pharmacotherapeutica* mag niet overgenomen worden of verspreid worden zonder bronvermelding, en mag in geen geval gebruikt worden voor commerciële of publicitaire doeleinden.

Hoofdredactie: (redactie@bcfi.be)

T. Christiaens (Universiteit Gent) en
Ellen Van Leeuwen (Universiteit Gent).

Verantwoordelijke uitgever:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.