

Overvægtige gravide - komplikationer ved graviditet og fødsel

Overvægt blandt gravide er et tiltagende problem i den vestlige verden. I 2006 var 32% af alle fødende kvinder i Danmark overvægtige og 12% svært overvægtige (1). Det er veldokumenteret, at overvægt i graviditeten er forbundet med en lang række alvorlige komplikationer for både mor og barn (2,3), og det udgør en ressourcemæssig belastning i samfundet.

Christina Vinter



Charlotte Wolff



Berit Knold



Overvægt klassificeres ud fra Body Mass Index (BMI). Overvægt i graviditeten defineres ud fra præ-graviditetsvægten, som er den vægt, der er målt umiddelbart inden, kvinden blev gravid. Hvis denne værdi ikke kendes, anvendes alternativt vægten ved første graviditetsundersøgelse hos egen læge.

Andelen af fødende, der er overvægtige, ser ud til fortsat at stige. Der er store regionale forskelle på de fødendes BMI i Danmark, således at Viborg Amt gennemsnitligt i perioden 2004-2006 var det amt, som med mere end 40% havde den største andel overvægtige. Frederiksberg kommune har den mindste andel af overvægtige fødende, nemlig 2,5 gange mindre i forhold til Viborg, se figur 1.

KOMPLIKATIONER TIL OVERVÆGT

Infertilitet og abort

Svær overvægt er forbundet med øget risiko for infertilitet. Dette kan til dels forklares ved øget forekomst af hormonelle forstyrrelser hos overvægtige kvinder, bl.a. det såkaldte polycystisk ovariesyndrom. Forekomsten af spontane aborter i første tredjedel af graviditeten er endvidere øget sammenlignet med normalvægtige kvinder (4).

Svangerskabssukkersyge

Svangerskabssukkersyge, også betegnet gestational diabetes mellitus (GDM), er defineret ved varierende sværhedsgrad af glukoseintolerans, som diagnosticeres første gang i forbindelse med en graviditet. GDM forekommer i ca. 2% af alle graviditeter. Risikoen for GDM stiger kraftigt med stigende overvægt hos moderen (5). GDM er forbundet med øget børnedødelighed omkring fødslen (perinatal mortalitet). I graviditeten er GDM associeret med øget risiko for svangerskabsforgiftning, for tidlig fødsel, fødsel af store børn, fastsiddende skuldre og kejsersnit. Glukosetolerancen normaliseres ofte spontant få døgn efter fødslen hos langt hovedparten af GDM-patienterne. På lang sigt er GDM forbundet med øget risiko for at udvikle type 2 diabetes. Også for barnet er der langtidsstudier, der tyder på øget risiko for fedme og diabetes i voksenalderen.

Svangerskabsforgiftning og forhøjet blodtryk

Svangerskabsforgiftning (præeklamps) er defineret ved graviditetsbetinget forhøjet blodtryk (blodtryk > 140/90) og proteinuri. Tilstanden forekommer ved 3-5% af alle graviditeter og er associeret med øget sygelighed og dødelighed for både mor og barn. Ved svangerskabsforgiftning risikerer fosteret intrauterin væksthæmning, og moderen risikerer vekslende grader af organpåvirkning og i sjældne tilfælde kramper (eklamps). Overvægt i graviditeten er associeret med 2-4 gange øget risiko for udvikling af forhøjet blodtryk og svangerskabsforgiftning (6).

Kejsersnit

Risikoen for at fødslen ender med et akut kejsersnit øges med stigende BMI hos moderen (7). Forekomsten af såvel planlagte og akutte kejsersnit er ca. fordoblet for gravide med BMI > 30 sammenlignet med normalvægtige. Dette er af særlig interesse, idet antallet af komplikationer er forøget i forhold til normalvægtige, bl.a. mht. narkosekomplikationer, øget blodtab og infektioner i efterfølgende.

Fødselsvægt

Forekomsten af nyfødte med høj fødselsvægt i forhold til graviditetslængde (large for gestational age), herunder børn med fødselsvægt > 4000 gram, stiger med stigende BMI hos moderen. Jo større fødselsvægt desto flere komplikationer under fødslen, fx

fastsiddende skuldre, neurologiske skader på barnet (Duchenne Erbs paralysie) og beskadigelse af endetarmsmuskulaturen hos moderen (sphincterruptur). Høj fødselsvægt er også relateret til øget risiko for senere udvikling af overvægt for barnet (8).

Indlæggelse på neonatal afdeling

Risikoen for at børn af svært overvægtige mødre indlægges på neonatalafdeling er øget i forhold til børn af normalvægtige mødre. De overvægtige føder oftere børn med lav Apgar-score, det vil sige børn, som ud fra en samlet vurdering af barnets tilstand efter fødslen ikke har det optimalt. Risikoen for at den nyfødte udvikler lavt blodsukker er øget ved høj fødselsvægt og specielt for børn af gravide med svangerskabssukkersyge. Svær overvægt er endvidere forbundet med øget risiko for at føde børn med misdannelser – specielt rygmarvsbrok. Dette kan til dels forklare, at der blandt børn af svært overvægtige mødre ses en let forhøjet dødelighed.

LIVSSTILSÆNDRINGER

Fysisk aktivitet

Det er velbeskrevet, at fysisk aktivitet øger insulinfølsomheden og den insulinstimulerede glucoseoptagelse i musklerne. Flere undersøgelser har vist, at fysisk træning i graviditeten påvirker den gravide, fødselens forløb og den nyfødte i gunstig retning. Dette var gældende både for kvinder, der i forvejen motionerede og for tidligere inaktive kvinder, som i forbindelse med graviditeten påbegyndte et moderat træningsprogram (9). Risikoen for svangerskabssukkersyge reduceres væsentligt ved fysisk aktivitet før og under graviditeten, også blandt svært overvægtige (10). I 2004 udgav Sundhedsstyrelsen håndbogen "Graviditet og fysisk aktivitet" indeholdende officielle anbefalinger om motion til gravide. Heri anbefales alle raske gravide kvinder at dyrke mindst 30 minutters motion dagligt (11).

Kost og vægtstigning i graviditeten

Under graviditeten er det ekstra vigtigt at spise sundt og varieret, idet kosten skal dække både moderens og fosterets ernæringsmæssige behov. I Danmark anbefales gravide kvinder at følge de otte kostråd i kostkompasset.

Fra udenlandske undersøgelser vides det, at 30-40% af alle gravide overstiger de anbefalede retningslinjer for vægtstigning i gra-

viditeten. Jo flere kilo gravide tager på i graviditeten, desto større er risikoen for blivende vægtstigning og deraf sundhedsmæssige problemer på sigt.

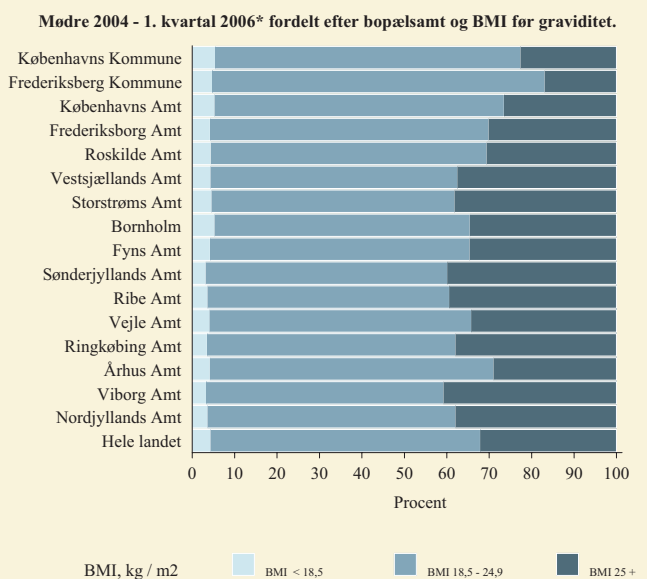
For normalvægtige gravide tilrådes en vægtstigning på 10-15 kg i løbet af graviditeten. For overvægtige gravide er de danske anbefalinger i dag at begrænse vægtstigningen til otte kg (12). Der foreligger nyere data, der tyder på, at yderligere begrænsning i vægten, for i forvejen svært overvægtige gravide, formentlig kan sænke antallet af komplikationer (13). Der er dog på nuværende tidspunkt endnu ikke videnskabeligt belæg for at ændre i de generelle retningslinjer herfor.

Projekt LIVSSTIL OG GRAVIDITET

I efteråret 2007 startede en videnskabelig undersøgelse om livsstilsintervention til svært overvægtige gravide i Danmark. Undersøgelsen "LIVSSTIL OG GRAVIDITET" foregår i samarbejde mellem læger, jordemødre, diætister, fysioterapeuter og sygeplejersker på Odense Universitetshospital og Århus Universitets-

Figur 1. (1)

Kilde: Nye Tal, Sundhedsstyrelsen 2006.



hospital, Skejby. Formålet er at undersøge effekten af livsstilsændringer i graviditeten hos svært overvægtige kvinder, målt ved antallet af komplikationer under graviditet, fødsel og hos det nyfødte barn. Undersøgelsen er randomiseret og kontrolleret og vil i løbet af projektperioden omfatte i alt 360 overvægtige gravide kvinder. Undersøgelsen foregår ved, at kvinderne efter lodtrækning kommer i en behandlingsgruppe eller en kontrolgruppe. Behandlingen består i diætvejledning, som nærmere beskrevet nedenfor, samt motionstilbud.

Diætvejledning

Målet med diætvejledningen er at motivere patienten til at begrænse vægtstigningen til maks. fem kg i graviditeten, samt at opnå vægttab efter fødslen. Desuden er det målet at sikre sufficient ernæring i henholdsvis graviditet og ammeperiode.

Opfyldelse af målene sker på baggrund af en vurdering af kostanamnesen og efterfølgende vejledning i relevante energireducerede kostråd/De 8 kostråd samt råd i øvrigt ved graviditet.

Der foretages individuel beregning af energibehov i graviditeten og der udarbejdes diætplan med en reduktion på ca. 30% i forhold til estimeret energibehov (14,15). Energiforbruget i forbindelse med amning reduceres med minimum 2000 kJ pr. dag. Dog anbefales minimum 7500 kJ/dag (16).

Energifordelingen er følgende; 20 E% protein (1,1 g/kg normal legemsvægt), 50 E% kulhydrat, 30 E% fedt, hvor de essentielle fedtsyrer udgør minimum 5 E%, heraf 1 E% n-3 fedtsyrer, jf. Nordic Nutrition Recommendations (17).

Der foretages en vurdering af vitamin/mineralindtag og anbefaling af relevant tilskud.

Når de gravide kvinder møder til samtalerne, er de overordnede mål som beskrevet ovenfor, dog er det vigtigt at vurdere den enkeltes behov, hvorfor det kan være nødvendigt at justere målene og vejlede i det emne, den gravide på det pågældende tidspunkt har behov for.


Der er i projektet planlagt fire individuelle samtaler med diætist. Under samtaleforløbene udleveres forskellige materialer vurderet ud fra et individuelt behov, herunder individuelt dagskostforslag med variationslister til mellemmåltider, pjecen "Gode råd om mad og motion når du er gravid", indkøbsguide, generel information om gode råd til en sund livsstil, grønsager og tilbehør til salatbar, frugt, drikkevarer samt gode ideer til snacks. Endvidere opskrifter som fx "Gi' madpakken en hånd", "Grøntsagsguf og frugtfiduser", "Gør kål på knoldene", pjece om kost og amning samt pjecen "Kostkompasset".

Motion

Gravide i behandlingsgruppen får et gratis medlemskab til et fitnesscenter og opfordres til øget fysisk aktivitet. Herudover foregår motionstræningen ugentligt ved en erfaren fysioterapeut på et lukket hold for gravide. Motionen er tilrettelagt efter Sundhedsstyrelsens retningslinjer og i træningen indgår både konditions-, styrke- og bækkenbundstræning. Endvidere bliver de gravide sammensat i mindre coachinggrupper, som mødes én gang månedligt med fokus lagt på fysisk aktivitet. Behandlingsgruppen udstyres med skridttællere for at øge motivationen til den daglige fysiske aktivitet.

Referencer

1. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. 2006:14.
2. Rode L, Nilas L, Wøjdemann K, Tabor A. Obesity-related complications in Danish single Cephalic term pregnancies. *Obstet Gynecol* 2005;105:537-42.
3. Sebire NJ, Jolly M, Harris JP, Wadsworth J, Joffe M et al. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287.213 pregnancies in London. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25:1175-82.
4. Wang JX, Davies MJ, Norman RJ. Obesity increases the risk of spontaneous abortion during infertility treatment. *Obes Res.* 2002 Jun;10(6):551-4.
5. Chu SY, Callaghan WM, Kim SY, Schmid CH, Lau J, England LJ, Dietz PM. Maternal obesity and risk of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 2007;30(8):2070-6.
6. O'Brien TE, Ray JG, Chan WS. Maternal body mass index and the risk of preeclampsia: a systematic overview. *Epidemiology.* 2003 May;14(3):368-74.
7. Bergholt T, Lim LK, Jørgensen JS, Robson MS. Maternal body mass index in the first trimester and risk of cesarean delivery in nulliparous women in spontaneous labor. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(2):163.e1-5.
8. Aarup M, Sokolowski I, Lous J. Prævalens af overvægt og fedme blandt trærgæ i Aalborg Kommune samt beskrivelse af risikofaktorer *Ugeskr Læger.* 2008;170(6):452-6.
9. Clapp JF, Kim H, Burcio B, Lopez B. Beginning regular exercise in early pregnancy: Effect on fetoplacental growth. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:1484-8.
10. Dempsey JC, Sorensen TK, Williams MA, Lee IM, Miller RS, Dashow EE, Luthy DA. Prospective study of gestational diabetes mellitus risk in relation to maternal recreational physical activity before and during pregnancy. *Am J Epidemiol* 2004;159:663-70.
11. Sundhedsstyrelsen. 2004. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling.
12. Kost til gravide - Det videnskabelige grundlag for råd om kost i forbindelse med graviditet. Ernæringsrådet, 2005.
13. Jensen DM, Ovesen P, Beck-Nielsen H, Mølsted-Pedersen L, Sørensen B, Vinter C, Damm P. Gestational weight gain and pregnancy outcomes in 481 obese glucose tolerant women. *Diabetes Care* 2005;9:2118-22.
14. Gunderson EP. Gestational diabetes and nutritional recommendations. *Current Diabetes Reports* 2004;4 (5):377-386.
15. Connor H et al. The implementation of nutritional advice for people with diabetes. *Diabetes UK. Diabetic Medicine,* 2003;20,786-807
16. Reader Dand Franz M J. Lactation, Diabetes and Nutritional Recommendations: *Current Diabetes Reports.* 2004, 4: 370-376.
17. Nordic Nutrition Recommendations 2004 – integrating nutrition and physical activity. 4th edition. Nordisk Ministerråd; København; Nord: 13; 2005.



Nyere forskning peger på, at betingelser og miljøpåvirkning i fosterlivet har betydning for senere udvikling af overvægt og livsstilssygdomme i voksenalderen – den såkaldte Barker-hypotese. Med den stigende forekomst af svært overvægtige gravide og den velkendte forhøjede risiko for komplikationer for både mor og barn, står vi i dag overfor store udfordringer set ud fra både et sundhedsmæssigt og et samfundsøkonomisk synspunkt. På denne baggrund er det vigtigt, at information om komplikationer til overvægt i graviditeten formidles til kvinder i fertil alder. Et vægttab før graviditet synes hensigtsmæssigt. Igangværende interventionsstudier kan forhåbentlig give viden om, hvorvidt livsstilsændringer i graviditeten blandt svært overvægtige kan reducere risikoen for komplikationer.

c.vinter@dadlnet.dk

Yderligere information om projektet kan ses på hjemmesiden www.livsstiloggraviditet.dk, hvor resultaterne også vil blive offentliggjort efter undersøgelsens afslutning.

FaKD mener...

I en tid, hvor sundhedsfremme og forebyggelse konstant er til debat, kan det undre, at vores ministerier ikke koordinerer med hinanden.

På den ene side arbejder Fødevareministeren for at fremme sundhed på arbejdspladserne og bl.a. derfor er mange gode tiltag sat i gang for at forbedre kantinemaden. På den anden side forsøger Skatteministeren at øge momsen på kantine mad, hvilket vil fordyre maden for medarbejderne.

FaKD mener, at moms på kantine mad er en dårlig idé, hvis vi og regeringen mener det alvorligt med sundhedsfremme og forebyggelse, da tiltagene lige nu modarbejder hinanden.

Læs i næste nummer

I forbindelse med debatten om sundhedsfremme og forebyggelse omtales fødevare momsen ofte som et muligt redskab til at motivere danskerne til at spise sundere.

Hvordan det eventuelt skal gøres, er der flere bud på, men hvordan ligger det egentlig med evidensen for differentieret fødevare momsen?

Er der videnskabelig evidens for differentieret moms, eller er det noget, vi mere føler og fornemmer, kan være en mulig vej at gå i vores bestræbelser for at fremme sundheden?

I næste nummer ser vi kritisk på dette.