

Stor utmaning att informera om risker med fetma under graviditet

38 procent av gravida kvinnor i Sverige är överviktiga eller feta



ANNA-KARIN WIKSTRÖM, docent, överläkare, kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala; kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet

anna-karin.wikstrom@kbh.uu.se



OLOF STEPHANSSON, docent, överläkare, Karolinska universitetssjukhuset; Karolinska institutet, Stockholm

Marie Blomberg beskriver i en översiktsartikel i detta nummer av Läkartidningen hur feta kvinnor jämfört med normalviktiga har ökad risk för missbildningar hos barnet, gestationsdiabetes, preeklampsi och intrauterin fosterdöd. Såväl modern som barnet har dessutom ökade risker under förlossning och nyföddhetsperiod.

Dessa fynd har kunnat verifieras i många olika länder och populationer, och i stort sett all litteratur pekar entydigt på farorna med förhöjt BMI i samband med graviditet och förlossning.

I dag är enligt Medicinska födelseregistret 38 procent av kvinnorna som föder barn i Sverige överviktiga eller feta i tidig graviditet [1]. Bland kvinnor i åldern 16–29 år har andelen överviktiga eller feta dubblats sedan slutet av 1980-talet (enligt Statistiska centralbyråns ULF-undersökningar) [2].

Det ideala vore primär prevention för att på så vis stoppa den pågående fetmaepidemin. Våra erfarenheter visar att kvinnan och hennes partner ofta är motiverade till livsstilsförändringar vid barnönskan och under pågående graviditet. Exempelvis har enligt Medicinska födelseregistret andelen rökare under graviditet minskat från 32 procent i början på 1980-talet till 7 procent år 2013 [1], vilket är en dramatisk reduktion.

Många känner till att fetma kan ge svårigheter att bli gravid, men konsekvenserna under graviditet och förlossning är mindre kända.

Vi inom professionen måste nu ta ett större ansvar för att sprida kunskapen

om fetmans negativa konsekvenser i vårt dagliga arbete med patienter, kollegor och allmänhet. Vi behöver sprida denna information för att motivera och stödja överviktiga och feta kvinnor att redan före graviditet göra livsstilsförändringar som leder till viktning.

Patienten har en rättighet att bli informerad om de medicinska överrisker hon har, i synnerhet om dessa är påverkbara. Samtidigt är ämnet ofta känsligt, och även objektiv information kan upplevas som kränkande av patienten.

Vad innebär det för oss som läkare och barnmorskor när vi träffar överviktiga och feta patienter inom mödrhälsövård, specialistmödravård och på förlossnings- och BB-avdelningar? De flesta kliniker har i dag pm för hur vi ska handlägga gravida kvinnor med fetma, vilket ofta inkluderar ökat antal barnmorskebesök, rådgivning hos dietist, glukosbelastning och speciell uppmärksamhet på blodtryckssjukdom och viktuppgång under graviditeten.

Många, men långt ifrån alla dessa interventioner har testats systematiskt beträffande effekt. Vi har därför nu all anledning att systematiskt utvärdera vilka av de insatser vi gör i dag som faktiskt har någon effekt och vad vi ytterligare skulle kunna göra för denna växande patientgrupp. Här behövs stora populationsbaserade randomiserade studier av god kvalitet.

I och med våra kvalitetsregisters framväxt finns här nu en möjlighet att faktiskt klara av uppdraget.

Ett gott exempel är kvalitetsregistret för kranskärlsjukdom, Swedeheart. På kort tid och med begränsad budget lyckades man randomisera en stor andel av de patienter som sökte för hjärtinfarkt i Sverige och fann att manuell trombaspersion vid perkutan koronarintervention inte påverkade mortaliteten på kort eller längre sikt [3, 4]. Två studier har publicerats i NEJM, och en registerbaserad randomiserad klinisk prövning – RRCT – har skapats.

Genom att randomisera kvinnor med förhöjt BMI till intervention eller placebo/ingen intervention i det nystartade



Foto: Colourbox

Det ideala vore primär prevention för att stoppa den pågående fetmaepidemin.

Graviditetsregistret [5] har vi möjlighet att göra randomiserade studier i stor skala på gravida.

Innan vi får resultat från stora randomiserade studier har vi möjlighet att börja prata med våra patienter om risker associerade med förhöjt BMI. Det kan vara startskottet för vår största utmaning i arbetet med reproduktion och mödrhälsa-, förlossnings- och BB-vård.

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Sveriges officiella statistik. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Artikelnr 2014-12-19.
2. Samuelsson C, Hagman A. Vi växer på bredden. Artikel 2012:104. Statistiska centralbyrå. 3 okt 2012. http://www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Artiklar/Vi-vaxer-pa-bredden/
3. Frobert O, James SK, Group TR. Thrombus aspiration during myocardial infarction. N Engl J Med. 2014;370(7):675-6.
4. Frobert O, Lagerqvist B, Olivecrona GK, et al. Thrombus aspiration during ST-segment elevation myocardial infarction. N Engl J Med. 2013; 369(17):1587-97.
5. Graviditetsregistret. <https://www.medscinet.com/GR/default.aspx>

■ SAMMANFATTAT

I dag är 38 procent av kvinnor som föder barn i Sverige överviktiga eller feta i tidig graviditet. Jämfört med normalviktiga har de ökad risk för en rad graviditets- och förlossningskomplikationer.

Tiden vid barnönskan och graviditeten är perioder i livet då många kvinnor är motiverade till livsstilsförändringar.

Stora populationsbaserade randomiserade studier av god kvalitet som testar interventioner för att förbättra graviditetsutfallen hos feta kvinnor är angelägna. Det nystartade nationella Graviditetsregistret kan vara en utmärkt plattform för sådana studier.