

KOMPLIKACIONET E SHTATZANISE NE GRA ME OBEZITET MORBOZ

EDLIRA BYLYKBASHI, ILIR BYLYKBASHI, AFERDITA MANAJ*

Summary

PREGNANCY COMPLICATIONS IN MORBID OBESE GRAVIDAS

Objective: Obesity is a raising concern in public health now days. The aim of our study was to assess a correlation between obesity and the evolvement of pregnancy complications.

Materials and methods: This is a retrospective study, of a group of 488 women, followed in our clinics during a 10 years experience. 5 were excluded because were diagnosed with Diabetes Mellitus in the first visits of pregnancy (6 -12 weeks of gestation). The remaining 483 women chosen to be part of the study, had no conditions such as Diabetes or diagnosed endocrine diseases. The group was divided in 2 major categories. Considerably obese women, with BMI ≥ 35 and women with BMI between 18.5 – 25.

Results: 120 women were considered morbid obese vs. 463 considered to have a normal BMI. 31/120 (26%) developed Gestational Diabetes within 24 – 28 weeks of gestation vs. 22/463 (4.9%) of the normal BMI group ($p=0.004$). The percentage of Preeclampsia was 36.7% in the obese group vs. 4.3% in the other group. The elective cesarian rate also was higher in the morbid obese group 15.1% vs. 8.5% in the normal group, although there was no evidence of changes in the APGAR test score of the newborns.

Conclusion: The experience of our clinics, shows a strong correlation between morbid obesity and pregnancy complications. Therefore, weigh loss should seriously be considered, better before conceiving.

Keywords: obesity, pregnancy complications

Pesha e tepert, eshte kthyer ne nje nga problemet madhore te shendetit publik ne vendet e zhvilluara. Per vite me rradhe obeziteti eshte quajtur epidemik.. Fatkeqesisht, sot gjendemi perpara nje endemie, jo me thjesht nje epidemie. Obeziteti eshte kthyer ne nje gjetje te zakonshme, e prezente per nje kohe te gjate tashme.

Politikat ambientale, apo ndryshimet e shoqerise ne pergjithesi jane kontribues themelor ne rritjen e shpejte te obezitetit ne pak dekada, sidomos ne vendet ne zhvillim e ne ato te zhvilluara. Mbi keto te fundit ka mjaft te dhena te qarta per sa i perket identifikimit te faktoreve ambiental e social qe kane ndikuar ne zhvillimin e kesaj endemie, dhe ne kete menyre jane me te qarta hallkat ku duhet nderhyre, por kjo nuk eshte fort e qarte per sa i takon vendeve ne zhvillim.

Gjate periudhes se tranzicionit prevalenca e obezitetit eshte dyfishuar dhe shifrat po shkojne edhe me larg se kaq. Popullsia ne plakje, urbanizimi, rritja e sasise totale te kalorive te marra dhe ulja e aktivitetit fizik jane disa nga faktoret present ne popullaten shqiptare, qe po ushqejne rritjen e vazhdueshme te obezitetit, edhe pse shume faktore te tjere mund te numerohen.

Edhe shkalla e komplikacioneve te lidhura me obezitetin fatkeqesisht po njej rritje.

Nese ketij terreni obeziteti ne i shtojme edhe nje shtatzani, gjerat behen edhe me te komplikuar.

Obeziteti amtar, ka nje impakt te konsiderueshem ne metabolizmin e nenes dhe te femijes. Rezistenca insulinike, homeostaza e glukozes, oksidimi i yndyrnave dhe sinteza e amino acideve, pesojne

ndryshime ne prezence te obezitetit te nenes, duke ndikuar direkt ne metabolizmin amtar dhe fetal.

Ndryshimi i stilit te jeteses eshte nje strategji intervenuese shume efektive per permiresimin e metabolizmit amtar dhe atij fetal, e per te evituar ne kete menyre pasojat negative.

Obeziteti, eshte nje shtate ku masa e shtuar dhjamore akumulohet dhe tenton te shtohet, e kjo con ne rritje te risqeve per efekte anesore ne organizem e ne shendet, duke ulur prithshmerine e jetegjatesise dhe/ose duke shtuar problemet shendetesore. BMI-ja, nje matje qe krahason peshen dhe gjatesine, klasifikon njerezit si mbi peshe (pre-obeze) nese BMI eshte ndermjet 25 dhe 30 kg/m², dhe obeze nese eshte me e madhe se 30 kg/m².

Lidhja ndermjet obezitetit amtar dhe pasojave ne shtatzeni eshte kompleks. Obeziteti amtar njihet se lidhet me rritje te shkalles se komplikacioneve ne shtatzani sikurse jane lindjet parakohe, lindjet cesariane, diabeti gestacional apo dystocia e shpatulles.

Lindjet parakohe mund te vijne si rezultat i fillimit te aktivitetit te lindjes se parakoheshme apo si rrjedhoje e procedurave elective. Preeklampsia, eshte nje nder shkaqet se pse shtatzenite ne keto raste zgjidhen me nje lindje elektive cesariane, qe perbejne deri ne 40% te rasteve.

Synimi yne eshte te percaktojme nje lidhje ndermjet obezitetit dhe komplikacioneve ne shtatzani sikurse jane Preeklampsia, diabeti gestacional dhe nderhyrja cesariane elektive.

Materiali dhe metoda

Ky eshte nje studim retrospektiv i bazuar ne te dhena te grumbulluara nga disa kartela klinike te shtatzenite te ndjekura ne klinikat tona gjate disa viteve. Te gjitha shtatzenite qe zgjodhem te perfshinim ne studim, ishin shtatzenite me nje fetus.

Ne studim u perfshi nje grup prej 488 gravidash.

Ne viziten e pare te zhvilluar ne klinikat tona, te gjitha femrat qe u paraqiten per kujdes prenatal, iu nenshtruan disa ekzaminimeve. Te dhenat e marra, perfshinin gjatesi, peshe, screening biokimik, analiza urine, tampone vaginale dhe te dhena te tjera.

Me interes per studimin jane te dhenat qe perfshijne peshen, gjatesine dhe screening-un biokimik. Te gjitha gravidave iu kalkulua BMI -ja. MBI ndermjet 18.5 dhe 25 u konsiderua normal. Grupi tjetër me BMI \geq me 35 u konsiderua si grupi me obezitet morboz.

Hapi tjetër ishte depistimi per diabet, i cili u krye dy here gjate ndjekjes se shtatzenise.

Nje glicemi esell prej $>$ se 126 mg/dl, ose nje nivel glukoze random prej \geq 200 mg/dl plotesonin kriterin per diabet. Bazuar ne Udherrfyesit per Diagnozen e Diabetit Gestacional, ne zgjodhem screening-un e meposhtem per jave e 24t te gravidances.

Teknika me nje matje

Kryhet nje test oral i tolerances se glukozes (OGTT), qe eshte kosto - efektiv, dhe konsiston ne marrjen e 75 gr apo 100 gr glukozes. Pa kryer fillimisht testin esell dhe pastaj ate me ngarkese.

Teknika me dy matje

Kryhet fillimisht nje screening me matjen e glukozes pas ngarkeses me 50 gr ngarkese. Ato paciente qe kalojne kufirin e niveleve te pranuar te glukozes prej 140 mg/dl, identifikojne perreth 80% te femrave me Diabet gestacional. Ato qe kalojne vleren prej 130 mg/dl identifikojne perreth 90% te atyre qe kane Diabet gestacional.

5 nga pacientet tona, u perjashtuan nga studimi pasi nuk kaluan proven e OGTT dhe iu referuan nje diabetologu per ndjekje paralele

Rezultate

Pasi u kalkulua BMI, grupi u nda ne dy nengrupe, se cileve iu referuam si grupi me BMI normale dhe grupi me obezitet morboz. 120 u konsideruan me obezitet morboz perkundrejt 463 me BMI normale.

Sikurse u permend me siper, te gjitha pacientet iu nenshtruan te njejtave skema. 31 nga 120 pacientet e konsideruara obeze morboze, zhvilluan diabet gestacional Brenda 24-28 jave te shtatzenise, duke perbere 26% krahasuar me 4.9% te gravidave me BMI normale qe zhvilluan diabet gestacional, pra rreth 7 here me i shpesht ne grupin me obezitet morboz.

Diagnoza u vendos nepermjet testit OGTT:

- Glicemia e mature sell, e"95 mg/dl (5.33 mmol/L).

- Glicemia pas 1 ore e"180 mg/dl (10 mmol/L).

- Glicemia pas 2 oresh e"155 mg/dl (8.6 mmol/L).

- Glicemia pas 3 oresh e"140 mg/dl (7.8 mmol/L)

(Sipas kritereve te Shoqates amerikane te Diabetit), dhe u pasua nga nje test me stripe per te detektuar glukozurine, edhe pse u mendua se ai nuk ishte shume i efektshem. Rritja e filtracionit glomerular gjate zhtatzenise, kontribuon ne prezencen e glukozes ne urinen e gravidave dhe te gjitha ne nje moment te caktuar te shtatzenise mund te rezultojne me glukozuri ne testin e stripeve urinare. Sensitiviteti i glukozurise

ne diabetin gestacional ne dy tremujoret e pare eshte vetem rreth 10% dhe vlera positive parashikuese rreth 20%.

Preeclampsia u zhvillua ne 36.7% ne grupin e femrave obeze krahasuar me vetem 4.3% ne grupin e femrave me BMI normale.

Kjo eshte nje perqindje shume e larte, krahasuar me shifrat e preeklampsise ne te gjitha shtatzenite boterisht.

Nderhyrjet elektive cesariane ishin 2 here me te larta ne grupin e femrave obeze krahasuar ne grupin me BMI normale.

Perfundime

Te dhenat e mbledhura nga klinikat, tregojne nje rritje te rendesishme ne riskun per te zhvilluar komplikacione qe arrijne nivele shume te larta, ne terma perqindjesh, krahasuar me pjesen tjeter te populates qe konsiderohet te kene nje BMI normale ($p = 0.004$)

Ne besojme se keto komplikacione mund te prevenohen nese veprohet ne kohe ne humbjen e peshes se teperme e nese propozohet nje stil i shendetshem jetese tek i cili te mbeshtetemi.

Diskutimi

Gjetja kryesore e studimit tone, eshte nje korrelacion i forte, ndermjet obezitetit morboz dhe komplikacione te shtatzenise. Ne nje kohe kur obeziteti konsiderohet te jete jo me thjesht epidemik, por a marre permasa te endemie te vertete dhe ne terren te mungeses se te dhenave te qarta per rritjen e obezitetit ne venden ne zhvillim, ne vendosem te fokusoheshim ne kete patologji, jo thjesht duke e pare ate te pranishem tek femijet apo adultet por ne nje kategori me rendesi te vecante sikurse eshte obeziteti i integruar ne shtatzeni.

Shifrat jane alarmuese. Komplikacione te tilla si diabeti gestacional dhe preeclampsia, qe vendosin ne risk te larte si nenen dhe femijen, jane te dyja ne perqindje ekstremisht te larta krahasuar me grupin e konsideruar me BMI normale. Shifrat e nderhyrjeve cesariane elektive gjithashtu priren te jene dy here apo me shume te larta krahasuar me popullaten me BMI normale.

Ky studim, nga ana tjeter, nuk arriti te evidentonte ndonje ndryshim ne piket e testit APGAR, ne dy grupet e krahasuar. Por si studim i pare i kesaj natyre ne vendin tone, per aq sa jemi ne ne dijeni, dhe duke pasur parasysh qe grupi i zgjedhur nuk eshte shume i madh, ne nuk mund te themi asgje te sigurte mbi rezultatet e pikeve te testit APGAR.

Ne te ardhmen, shpresojme t'a ripropozojme kete studim, me grupe me te medha dhe perpunime me te detajuara statistikore.

Per momentin ne jemi te mendimit se obeziteti eshte nje patologji, qe ka nevojte te kurohet perpara se te nise nje shtatzeni. Nje diete e shendetshme, nje stil jetese shendetshem duhet te jene nderhyrjet e para ne femrat obeze qe planifikojne te nisin nje shtatzeni.

BIBLIOGRAFIA

1. Nelson SM, Matthews P, Poston L.: "Maternal metabolism and obesity: modifiable determinants of pregnancy outcome" (2010).
2. WHO 2000 p.6.
3. Haslam DW, James WP: "Obesity". *Lancet* 366 (9492): 1197-209, (2005)..
4. Little RE, Weinberg CR. Risk factors for antepartum and intrapartum stillbirth. *Am J Epidemiol.* 1993; 137:1177-1189.
5. Brost BC, Goldenberg RL, Mercer BM, et al. The Preterm Prediction Study: association of cesarean delivery with increases in maternal weight and body mass index. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;177:333-337.
6. Cedergrén MI. Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome. *Obstet Gynecol.* 2004;103:219-224.
7. Hendler I, Goldenberg RL, Mercer BM, et al. The Preterm Prediction Study: association between maternal body mass index and spontaneous and indicated pre-term birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:882-886.
8. American Diabetes Association Clinical Practice Recommendations 2007 Diabetes Care January 2007 Adapted from the State of Missouri Screening Guidelines for Prediabetes and Diabetes in a Medical Setting 2005 Developed by Northern Michigan's Diabetes Outreach Network – TIPDON June 2007.
9. Rhode MA, Shapiro H, Jones OW 3rd. Indicated vs. routine prenatal urine chemical reagent strip testing. *J Reprod Med* 2007; 52(3): 214-9.
10. Alto WA. No need for glycosuria/proteinuria screen in pregnant women. *J Fam Pract* 2005; 54(11): 978-83.
11. Ritterath C, Siegmund T, Rad NT, Stein U, Buhling KJ. Accuracy and influence of ascorbic acid on glucose-test with urine dip sticks in prenatal care. *J Perinat Med* 2006; 34(4): 285-8.