

Ökad risk för graviditetskomplikationer och fosterdöd hos överviktiga kvinnor

■ Övervikt är ett ökande problem i västvärlden, och sedan 1980-talet har andelen överviktiga i Sverige ökat dramatiskt [1]. Den största ökningen ses hos kvinnor i fertil ålder, där prevalensen av överviktiga (BMI ≥ 25) nästan dubblades från 1980 till 1997. 1997 var 12,9 procent av kvinnor i åldrarna 16–24 år överviktiga. Motsvarande siffra för kvinnor i åldrarna 25–44 år var 25,9 procent.

Att kvinnors reproduktiva hälsa påverkas av övervikt är välkänt [2]. Menstruationsrubbingar och infertilitet är vanligare hos överviktiga än hos normalviktiga. Även måttlig övervikt under graviditet innebär ökad risk att få graviditetsdiabetes och blodtrycksförhöjning [3]. I en kohortstudie inkluderande kvinnor som förlöstes under åren 1992–93 i Sverige fann Cnattingius och medarbetare att risken för sen intrauterin fosterdöd ökade proportionerligt med pregravid vikt, främst hos förstföderskor [4]. Ett oväntat fynd var att även normalviktiga kvinnor hade en ökad risk för intrauterin fosterdöd jämfört med underviktiga. I år har det kommit ytterligare två arbeten som sökt klarlägga riskerna för graviditetskomplikationer vid övervikt och betydelsen av viktökning under graviditet. Det ena arbetet är en fall-kontroll-studie från Sverige av Olof Stephansson och medarbetare [5] och det andra en kohortstudie från USA av Jared M Baeten och medarbetare [6].

Övervikt och intrauterin fosterdöd

I Stephanssons studie [5] inkluderades 649 förstföderskor med intrauterin fosterdöd efter 28 fulla graviditetsveckor. Kontrollgruppen bestod av 690 förstföderskor förlösta samma år och på samma sjukhus som de 649 fallen med intrauterin fosterdöd. Förlossningarna ägde rum på 25 sjukhus i Mellansverige mellan 1987 och 1996. Endast enkelbörder inkluderades, och data inhämtades från mödrahälsovårds- och förlossningsjournaler. Kvinnorna indelades i förhållande till BMI-klasser (underviktiga: BMI $\leq 19,9$; normalviktiga: BMI 20,0–24,9; överviktiga: BMI 25,0–29,9; kraftigt överviktiga: BMI ≥ 30) enligt vikt vid första besöket på mödravårdscentralen. I likhet med tidigare studier [2–4] konstaterades en högre risk för intrauterin fosterdöd hos överviktiga och kraftigt överviktiga. Oddskvoten var 2,1 (95 procents konfidensintervall 1,4–3,1) för de överviktiga respektive 2,4 (1,4–4,2) för de kraftigt överviktiga. Som i Cnattingius studie [4], där även en del av kvinnorna i denna studie ingick, hade normalviktiga jämfört med underviktiga en lätt ökad risk (oddsquot

SAMMANFATTAT

Risken att drabbas av perinatal död och allvarliga graviditetskomplikationer är större hos överviktiga än hos normalviktiga kvinnor.

För att ändra på detta måste åtgärder för att förebygga övervikt hos fertila kvinnor vidtas.

Erfarenheterna från insatserna mot rökning under graviditet har varit goda, och likartade insatser mot övervikt bör tillämpas.

1,2) för intrauterin fosterdöd. Skillnaden var dock inte statistiskt säkerställd (95 procents konfidensintervall 0,9–1,7). Genom att ha tillgång till journaldata var det möjligt att kartlägga betydelsen av viktökning under graviditet, och man fann att viktökningen var ganska lika för olika viktklasser, cirka 0,5 kg per vecka. Viktökningen var något mindre i den tidigare delen av graviditeten, framför allt hos de kraftigt överviktiga kvinnorna. Det förelåg inget samband mellan viktökning och intrauterin fosterdöd.

Övervikt och graviditetskomplikationer

Baeten och medarbetare [6] studerade i en populationsbaserad studie sambandet mellan övervikt och en rad graviditetskomplikationer och graviditetsutfall. I studien inkluderades drygt 1 59 000 förstföderskor som förlöstes under åren 1992–1996 i staten Washington. Kvinnorna indelades i samma BMI-klasser som i den svenska studien [5]. Hos 39 procent av kvinnorna var det inte möjligt att beräkna BMI. Risken för graviditetsdiabetes, preeklampsi och eklampsi ökade i takt med BMI. Oddskvoten för graviditetsdiabetes var 5,2 (95 procents konfidensintervall 4,3–6,2) hos kraftigt överviktiga jämfört med underviktiga kvinnor. För preeklampsi var oddskvoten 3,3 (95 procents konfidensintervall 3,0–3,7). Överviktiga och kraftigt överviktiga kvinnor hade en ökad risk för prematur förlossning och kejsarsnitt. Risken att få ett barn med födelsevikt över 4 000 gram var dubbelt så stor för överviktiga som för underviktiga kvinnor. Barn till kraftigt överviktiga kvinnor hade en fördubblad risk, oddskvot 1,9 (95 procents konfidensintervall 1,2–2,8), att dö under första



FOTO: STIG HAMMARSTEDT/PRESSENS BILD

Risken för intrauterin fosterdöd på grund av övervikt hos en gravid kvinna kan i siffror mätas sig med den riskökning som har rapporterats vid rökning. Eftersom det är kvinnans aktuella övervikt i tidig graviditet, och inte viktökningen under graviditeten, som är avgörande för det försämrade graviditetsutfallet måste insatserna mot övervikt börja före graviditeten.

levnadsåret jämfört med barn till normal- och underviktiga kvinnor.

Viktökning under graviditet

Institute of Medicine i USA har angivit riktlinjer för viktökning under graviditet i förhållande till BMI-klass [7]. Den rekommenderade viktökningen under graviditet är 7,5 till 20 kg, vilket motsvarar en viktökning på 0,2 till 0,5 kg/vecka. Den lägsta rekommendationen gäller för kraftigt överviktiga kvinnor. I Baetens studie [6] var det drygt 40 procent av de normal- och underviktiga kvinnorna som följde dessa rekommendationer. Motsvarande siffra för överviktiga och kraftigt överviktiga kvinnor var 25 procent. En majoritet av de överviktiga och kraftigt överviktiga kvinnorna uppvisade viktökningar över den rekommenderade nivån. Den rekommenderade viktökningen under graviditet har dock kritiserats för att vara för lågt satt, och det har visats att kvinnor med högre viktökning hade ett bättre graviditetsutfall än de som höll sig inom den rekommenderade nivån [8]. Man måste ha i åtanke att en stor viktökning under den senare delen av graviditeten oftare är tecken på ödem med risk för utveckling av preeklampsi än pålagring av fett. Dietföreskrifter med syfte att kontrollera viktökning under graviditet verkar därför inte vara lönt eller medicinskt motiverat.

Varför har överviktiga kvinnor ett sämre graviditetsutfall?

Både Stephansson och Baeten [5, 6] spekulerar över biologiska förklaringar till det sämre graviditetsutfallet hos överviktiga kvinnor, med ökad risk för perinatal död. Utveckling av graviditetsdiabetes och preeklampsi med efterföljande hyperlipidemi och dålig placentafunktion kan möjligen förklara en del av den ökade risken. En förhöjd risk kvarstod dock efter exklusion av kvinnor med graviditetsdiabetes och preeklampsi, vilket talar för att andra faktorer spelar in. En annan möjlig faktor är fostermissbildningar, som utgör en relativt stor andel av perinatale dödsfall. Överviktiga kvinnor har rapporterats ha en ökad risk för fostermissbildningar som neuralrörsdefekter och hjärntmissbildningar [9, 10]. I ingen av de två refererade studierna [5, 6] exkluderades missbildade barn. Betydelsen av ökad förekomst av missbildningar hos barn till överviktiga kvinnor rörande risken för perinatal död går därför inte att bedöma.

Socioekonomiska faktorer kan också bidra till den ökade risken för graviditetskomplikationer hos överviktiga kvinnor. Dessa faktorer kan tänkas påverka både risken för övervikt

och perinatal död. Övervikt är omvänt relaterat till social status [1], men paradoxalt nog ökar både utbildningsnivån och antalet överviktiga i Sverige. Hur kombinationen av en generell högre utbildningsnivå och flera överviktiga påverkar risken för perinatal död är svårt att bedöma. Ännu en viktig orsaksfaktor, som tyvärr inte berörs i de två arbetena [5, 6], är svårigheterna för fosterövervakning på överviktiga kvinnor under graviditet och förlossning. Att på en överviktig kvinna mäta symfys-fundus-mått är svårt när fundus uteri och fosterläge knappt kan palperas. Ultraljud penetrerar fettvävnad dåligt, vilket innebär att diagnostik av fostermissbildningar och tillväxtkontroller med ultraljud samt CTG-registrering försvåras och behäftas med stor osäkerhet.

Tidiga preventiva åtgärder – ett måste

Den ökade risken för graviditetskomplikationer hos överviktiga kvinnor är ett problem som vi, med den begynnande »överviktsepidemin«, sannolikt bara har sett början av. Risken för intrauterin fosterdöd på grund av övervikt hos en gravid kvinna kan i siffror mätas sig med den riskökning som har rapporterats vid rökning [4]. Eftersom det är kvinnans aktuella övervikt i tidig graviditet, och inte viktökningen under graviditeten, som är avgörande för det försämrade graviditetsutfallet måste insatserna mot övervikt börja före graviditeten. Ett sätt är att ge kost- och motionsråd till familjer med överviktiga barn och tonåringar. En åtgärd som med fördel kan bedrivas i ett samarbete mellan mödra-, barn- och skolhälsovård.

Referenser

1. Lissner L, Johansson SE, Qvist J, Rossner S, Wolk A. Social mapping of the obesity epidemic in Sweden. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000;24(6):801-5.
2. Norman RJ, Clark AM. Obesity and reproductive disorders: a review. *Reprod Fertil Dev* 1998;10(1):55-63.
3. Galtier-Dereure F, Boegner C, Bringer J. Obesity and pregnancy: complications and cost. *Am J Clin Nutr* 2000;71 Suppl5:1242-8.
4. Cnattingius S, Bergström R, Lipworth L, Kramer MS. Prepregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 1998;338(3):147-52.
5. Stephansson O, Dickman PW, Johansson A, Cnattingius S. Maternal weight, pregnancy weight gain, and the risk of antepartum stillbirth. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184(3):463-9.
6. Baeten JM, Bukusi EA, Lambe M. Pregnancy complications and outcomes among overweight and obese nulliparous women. *Am J Public Health* 2001;91(3):436-40.
7. Institute of medicine subcommittee on nutritional status and weight gain during pregnancy. *Nutrition during pregnancy*. Washington DC: National Academy Press; 1990.
8. Bracero LA, Byrne DW. Optimal maternal weight gain during singleton pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 1998;46(1):9-16.
9. Waller DK, Mills JL, Simpson JL, Cunningham GC, Conley MR, Lassman MR, et al. Are obese women at higher risk for producing malformed offspring? *Am J Obstet Gynecol* 1994;170(2):541-8.
10. Moore LL, Singer MR, Bradlee ML, Rothman KJ, Milunsky A. A prospective study of the risk of congenital defects associated with maternal obesity and diabetes mellitus. *Epidemiology* 2000;11(6):689-94.