

## **OBESITA' E GRAVIDANZA: GESTIONE DELLA DONNA OBESA IN OSTETRICIA**

Autori: Ciccarelli Maristella\* , Lugini Sonia\* , Mussi Patrizia\* , Pascoli Irene\* , De Virgilio Antonella\* , Busato Enrico\*

\*U.O.C. Ginecologia e Ostetricia, Ospedale Ca' Foncello, Treviso

### **RAZIONALE**

L'obesità è una condizione clinica caratterizzata da un eccessivo accumulo di tessuto adiposo, sia in sede sottocutanea che viscerale (1). Come criterio per la valutazione dell'obesità si utilizza l'Indice di Massa Corporea (IMC o BMI, Body Mass Index) (2). L'IMC ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) si calcola dividendo il peso dell'individuo (espresso in kg) per il quadrato della sua altezza (espressa in metri).

Si distinguono 3 diverse classi di obesità:

- IMC tra 30 e 34,99  $\text{kg}/\text{m}^2$ : obesità classe 1
- IMC tra 35 e 39,99  $\text{kg}/\text{m}^2$ : obesità classe 2
- IMC  $\geq 40$   $\text{kg}/\text{m}^2$ : obesità classe 3

L'obesità può inoltre influire negativamente sulla funzione riproduttiva e sulle eventuali gravidanze. Si stima che più della metà delle donne gravide sia sovrappeso o obesa (3).

### **OBIETTIVO**

Il presente studio si propone di indagare il fenomeno "obesità in gravidanza" presso l'U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale di Treviso ed elaborare un protocollo specifico per la gestione delle pazienti affette da obesità.

### **METODI**

Nel periodo che intercorre tra l'1 Gennaio 2016 e il 30 Giugno 2017 è stato condotto uno studio epidemiologico analitico caso-controllo retrospettivo su due gruppi di pazienti:

- Gruppo 1: 61 donne con BMI  $\geq 30$   $\text{kg}/\text{m}^2$
- Gruppo 2: 61 donne con BMI  $\geq 18,5$   $\text{kg}/\text{m}^2$  e  $\leq 29,9$   $\text{kg}/\text{m}^2$

I criteri di inclusione sono i seguenti: Gravide (multipare o nullipare), epoca gestazionale  $\geq 37$  S.G., BMI  $\geq 18,5$   $\text{kg}/\text{m}^2$ , età  $\geq 18$  anni e  $\leq 40$  anni, gravidanza singola.

Sono state escluse dalla popolazione in studio pazienti con: gravidanza gemellare, patologie croniche (diabete mellito, ipertensione), patologie della gravidanza, donne che hanno subito pregressa chirurgia uterina.

### **RISULTATI**

Per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche della popolazione esaminata abbiamo dimostrato che l'aumento di peso era significativamente inferiore nelle gravide obese rispetto alle normopeso.

Tuttavia considerando le raccomandazioni dell'Institute of Medicine Americano (IOM) (4) è emerso che il 42,6% del Gruppo 1 non presentava incrementi ponderali nei range raccomandati (5 -

9 Kg), rispetto al 16,4% del Gruppo 2 (il cui range raccomandato per l'aumento ponderale è 11,5 – 16 kg).

Ciò quindi mette in evidenza come la nostra popolazione di donne obese non fosse adeguatamente seguita né con appropriato counselling nutrizionale nel periodo periconcezionale né con supplementazione di micronutrienti durante la gravidanza, rispetto invece alle pazienti con BMI pregravidico nella norma.

Per quanto riguarda invece le modalità del parto, dallo studio è stato confermato quanto presente in letteratura circa la maggiore incidenza di Tagli Cesarei non programmati, eseguiti quindi in situazioni di urgenza/emergenza (5).

- Num. 10 pazienti del Gruppo 1 sono state sottoposte a TC urgente/emergente (26,4%)
- Num. 2 pazienti del Gruppo 2 sono state sottoposte a TC urgente/emergente (3,3%)

In particolare le indicazioni al Taglio Cesareo nel Gruppo 1 sono risultate essere:

- 40% Arresto della progressione della parte presentata
- 30% Alterazioni cardiocografiche
- 20% Fallimento dell'induzione del travaglio di parto
- 10% Distocia dinamica

I dati ottenuti non supportano una politica di programmazione routinaria di Tagli Cesarei come modalità del parto nelle pazienti obese. Infatti il 73,6% delle pazienti obese espleta il parto per via vaginale.

Ricordiamo inoltre che il Taglio Cesareo è un intervento chirurgico maggiore, e come tale espone maggiormente chi è sottoposto ad esso a rischi tromboembolici nel post partum, accentuato ulteriormente nelle condizioni di obesità.

## CONCLUSIONI

Lo studio ha dimostrato che:

- quasi la metà delle pazienti gravide obese che afferiscono all'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Treviso non rispettano i range di incremento ponderale raccomandati in gravidanza dall'Institute of Medicine americano (IOM)
- l'obesità materna correla ad un maggior numero di Tagli Cesarei urgenti/emergenti

Tutto ciò evidenzia la necessità di un supporto adeguato e specifico alla donna dal momento pre-concezionale fino al puerperio, da parte di un'equipe multidisciplinare.

Per tali motivazioni è stato pianificato ed elaborato un documento per il *management* delle utenti gravide affette da obesità che afferiscono all'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale Ca' Foncello di Treviso.

L'assistenza alla donna implica quindi l'utilizzo di risorse differenziate che richiedono le competenze di un team con un intento comune: il benessere psico-fisico della diade madre-neonato. Il protocollo quindi diventa un mezzo utile per educare e prendersi cura della persona, in linea con le competenze fondamentali di un buon operatore sanitario.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Flier, Maratos-Flier. Obesity In: Kasper, Braunwald, Fauci, et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. McGraw-Hill, 16th edition, 2007.
- 2) Caballero B. The global epidemic of obesity: an overview. *Epidemiol Rev*, 2007.

- 3) ACOG. Obesity in Pregnancy. Committee Opinion. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2013.
- 4) Siega-Riz AM, Laraia B. The implications of maternal overweight and obesity on the course of pregnancy and birth outcomes. *Matern Child Health*. 2006 Sep.
- 5) CMACE/RCOG JOINT GUIDELINE. Management of Women with Obesity in Pregnancy. J Modder MRCOG, CMACE and KJ Fitzsimons Ph.D, CMACE, 2010 March.