Preconception Health and Care Conference, Leuven, Belgien i september 2024

*Af Anne Marie Jensen*

EPCHC er en international konference, hvor forskere fra hele verden samles og fremlægger deres forskning inden for Preconception Health and Care (”før-undfangelses-sundhed og omsorg”). Overordnet handler konferencen og forskning i sammenhængen mellem forældrenes sundhedsstilstand på det tidspunkt, hvor de beslutter sig for at forsøge at blive gravid/undfanger og:

* hvilke udfordringer parret får med at opnå den ønskede graviditet
* hvor lang tid det tager at blive gravide (time-to-pregnancy-tid)
* hvilke udfordringer parret møder i graviditeten - f.eks. graviditetstab, svangerskabsforgiftning eller gestationel diabetes
* eventuelle fødselskomplikationer - f.eks. for tidlig fødsel
* efterfødselsreaktioner
* og ikke mindst barnets sundhed

Et af hovedemnerne i år var sammenhængen mellem den voksende fedme-epidemi og den faldende fertilitetsrate i hele verden. Forskellige studier har set nærmere på, hvordan BMI både hos mor og far påvirker fekunditeten (altså evnen til at få en positiv graviditetstest) og risikoen for graviditetstab. Andre studier har undersøgt sammenhængen mellem overvægt, fysisk aktivitet, indtagelse af ultra processeret kost, tarmmikrobiomet og mangel på mikronæringsstoffer og på, hvordan sådanne ubalancer påvirker det kommende barns sundhed.

Ca. 40% af alle gravide i vestlige lande har nu en BMI over normalen.

Der er bred konsensus om at overvægt hos mor og far før og under en graviditet, har negativ effekt på både mors og barnets sundhed. Samtidig kan vægttabs medikamenter ikke anbefales til par, der aktivt forsøger at blive gravide aht barnets sundhed. Livsstilsændringer er afgørende.

Flere af de fremlagte studier studier havde undersøgt, hvilke kosttilskud, vi fremover bør anbefale de unge kommende forældre, og om det er relevant at teste for flere mikronæringsstoffer, som f.eks. folsyre, d-vitamin, jod, jern og DHEA, inden parret aktivt begynder at forsøge at blive gravide. Ny forskning viser f.eks. af jod-mangel i 1. trimester, kan være årsag til at børn fødes med lavere IQ og senere vil opleve læsevanskeligheder. Mangel på folsyre er både årsag til udfordringer med at opnå graviditet og at børn fødes med neuralrørsdefekter. D-vitamin-mangel i graviditeten giver øget risiko for at mor udvikler graviditetssukkersyge og insulinresistens, svangerskabsforgiftning, for højt BMI og fødselsdepression og at barnet fødes for tidligt og med for lav fødselsvægt og senere udvikler astma, overvægt, lav sædkvalitet og rakitis (engelsk syge).

Der er konsensus om at anbefale tilskud af folsyre og D-vitamin i 0. trimester (altså før graviditeten indtræffer), men ikke hvor høj dosis for D-vitamin-tilskuddet bør være. Der er konsensus om at anbefale kalk- og jerntilskud i graviditeten. Det diskuteres om vi snart også skal teste for jod eller anbefale alle tilskud af jod. Der blev ligeledes fremlagt forslag om at teste for eller anbefale alle tilskud af B-vitaminer, myo-inositol, beta-carotene og zink. Pga. internationale uenigheder er der på nuværende tidspunkt ikke konsensus i WHO om at udvide anbefalingerne.

Da flere og flere studier gennem de senere år, har vist at mors og fars sundhedstilstand ved undfangelsestidspunkt er afgørende for graviditetens forløb og det kommende barns sundhed, har flere forskere nu undersøgt, hvordan vi bedst formidler denne viden til både sundhedspolitikkere og til de unge kommende forældre.

Skal viden om reproduktiv sundhed formidles allerede i folkeskolen? F.eks. i forbindelse med uge 6? Er det blevet mere vigtigt at formidle viden om, hvordan vi passer på vores fertilitet og vores kommende børns sundhed end hvordan, vi undgår at blive uønsket gravide?

Eller skal de praktiserende læger fange de unge, inden de starter på at stifte familie og sørge for at de har en sundhedsmæssig tilstand, der er god for både mor og barn? Har den praktiserende læge overhovedet kontakt med de unge lige før undfangelsen? Et studie fra Australien viser at unge kvinder i den fødedygtige alder i gennemsnit kontakter egen læge 2-3 gange årligt i gennemsnit. Altså rig mulighed for samtale om forberedelse til graviditet.

Eller er det mere effektivt, hvis staten iværksætter landsdækkende sundhedskampagner? Hvordan skal en sundhedskampagne i så fald formuleres og har sådanne kampagner overhovedet nogen effekt? Danmark fremhæves flere gange på konferencen, som det land i verden, der har haft den mest aggressive fertilitets-kampagne. I husker måske ”Tæl dine æg” og ”Svømmer de for langsomt?”-kampagnen. Effekten kan faktisk godt måles i statistikken, men kun meget kortvarigt. Der kan ikke måles langsigtet effekt af ”Tæl-dine-æg”-kampagnen.

Stadig mange unge har et for højt forbrug af alkohol, partydrugs, smertestillende præparater eller psykofarmaka ved undfangelsestidspunktet. Ifølge et belgisk studie drikker 12,9% af de unge gravide alkohol i første trimester. 7% har stadig et alkoholforbrug i 3. trimester og 82,2% af alle unge par i Belgien drikker alkohol i året frem til undfangelsestidspunktet. Dette forbrug ses såvel hos lavt- som højtuddannede og der er grund til at formode at tallene er endnu højere i Danmark.

Et studie havde adspurgt unge par i den fødedygtige alder, hvad de synes var vigtigst, for at de kunne føle sig klar til at stifte familie. De fleste svarede økonomi, uddannelse og bolig, før de nævnte sundhed. Det er måske medårsag til at flere og flere kvinder/par i Europa er fyldt 40, før de aktivt planlægger deres første graviditet. Sandsynligheden for at en kvinde får sit første barn efter, hun er fyldt 35 år, stiger meget lidt med fertilitetsbehandling. Efter 3. IVF-forsøg vil succesraten falde til ca. 6% pr IVF-forsøg med egne æg. Altså efter 4., 5. og 6. IVF-forsøg forventes ca. 18% af parrene at blive gravide. Det er kun et lidt højere tal, end hvis de selv forsøgte naturligt. I Spanien får 0,15% af kvinder deres første barn efter de er fyldt 48 år. De er primært blevet gravide med donoræg. Andelen af kvinder, der går i overgangsalder umiddelbart efter deres fødsel, er stigende i Europa.

Her til sidst vil jeg gå lidt mere i dybden med det studie fra konferencen, som jeg fandt mest relevant for fysioterapeuter.

**“Preconception Physical Exercise Is Associated with Phenotype-Specific Cardiovascular Alterations in Women at Risk for Gestational Hypertensive Disorder”,** *Dreesen et al, 2024*

I dette studie fra Belgien, har forskere undersøgt effekten af fysisk træning for 40 ikke-gravide kvinder, der var i højrisiko for at udvikle Gestationel Hypertensive Disorder (GHD). Det kan både være for højt og for lavt blodtryk. Kvinderne fik undersøgt deres hjerte, arterier og vener med doppler sound, cardiografi og bioelektrisk impedansanalyse (BIA) (=måling af den biologiske vævs modstand mod strømmen af en lavspændingsstrøm) og alle baseline resultater blev noteret før interventionen.

Herefter blev kvinderne bedt om at udføre aerob træning i 30-50 min 3 gange ugentligt i 4-6 måneder. Det kunne være gang, løb, cykling eller svømning, men også gerne anden form for træning f.eks. styrketræning. Hovedsagen var, at kvinderne brød med den stillesiddende livsstil minimum 3 x ugentligt.

33 af disse 40 kvinder havde tidligere oplevet komplikationer med en graviditet, de havde et gennemsnitligt BMI på 22 (altså et nogenlunde normalt BMI), 12 var i forvejen i behandling for hypertension og 2 havde forhøjet kolesterol. 40% var arveligt disponerede for CVD (cardio vascular disorder).

Efter de 4-6 måneder med regelmæssig træning, blev kvinderne igen indkaldt til grundig undersøgelse af hjerte, arterier og vener.

Det diastolske blodtryk var faldet fra i gennemsnit 92 til til 88 mmg. CO (cardiac output= volumen af blod der pumpes gennem hjertet) var normaliseret. TPR (total periferal resistance= trykmodstanden i kar og vener) var normaliseret.

Konklusionen på studiet var derfor:

*“This study illustrates that preconception physical exercise shifts high or low CO and/or TPR towards the normal midrange, allowing women at risk for GHD to start a subsequent pregnancy with a more gestation-adaptable cardiovascular system.”*

Ved at tilbyde fysisk træning eller grundig træningsvejledning til kvinder før, de undfanger, kan vi altså medvirke til at forebygge graviditetsdiabetes.

*”* *Ved graviditetsdiabetes er der en øget risiko for, at barnet både under fødslen og senere i livet kan få komplikationer: Gulsot hos den nyfødte. Lavt blodsukker hos den nyfødte i perioden lige efter fødslen. Overvægt senere i livet.” (citat fra diabetesforeningens hjemmeside).*

Kan vi som fysioterapeuter bidrage med til at formidle viden om reproduktiv sundhed, når vi møder de unge på klinikkerne? Er tiden inden til at tilbyde motionsvejledning eller holdtræning for visse grupper af både kvinder og mænd, før de f.eks. starter i fertilitetsbehandling eller forsøger sig hjemme med naturlig befrugtning? KRAM-faktorerne er måske vigtigere lige før undfangelse end på noget andet tidspunkt i livet. Hvis vi kan bidrage til at forebygge overvægt, forhøjet blodtryk, insulin resistens, mangel på mikronæringsstoffer mm., kan vi gøre en stor forskel for de kommende børns sundhed.

Konferencen kan varmt anbefales, hvis du interesserer dig for reproduktiv sundhed og herunder sundhed i graviditeten.

Næste EPCHC- konference finder sted i Rotterdam i 2026.

Mvh

Anne Marie