

ROLUL MEDICULUI DE FAMILIE ÎN MANAGEMENTUL COPIILOR ȘI ADOLESCENȚILOR SUPRAPONDERALI ȘI OBEZI

The role of family doctor in management of overweight and obese children and adolescents

Asist. Univ. Dr. Mihaela Adela Iancu, Prof. Dr. Dumitru Matei, Asist. Univ. Dr. Gabriel Cristian Bejan
Disciplina Medicină de Familie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

REZUMAT

Obezitatea copiilor și adolescenților reprezintă una dintre cele mai importante probleme de sănătate publică. România, ca și celelalte țări europene se confruntă cu creșterea prevalenței obezității la copii și la adolescenți. Copiii și adolescenții supraponderali/obezi vor avea exces de greutate și în perioada de adult, precum și complicații cardiovasculare sau diabet zaharat. Majoritatea copiilor supraponderali sau obezi pot fi diagnosticați, monitorizați și tratați la nivelul medicului de familie. Scopul acestui articol este să ajute medicii de familie în vederea managementului copiilor cu exces de greutate prin oferirea unor sfaturi practice ce pot fi folosite în cabinet. Accentul este pus pe prevenție, pe creșterea exercițiilor fizice și pe îmbunătățirea dietei. Modificarea stilului de viață rămâne principala intervenție terapeutică în obezitatea copiilor. Medicul de familie trebuie să știe cum să prevină apariția complicațiilor obezității.

Cuvinte cheie: obezitatea copiilor, copil supraponderal, prevenție, monitorizare

ABSTRACT

The children and adolescents obesity is one of the most important public health problems. The prevalence of obesity among children and adolescents is increasing in our country as in other European countries. Overweight and obese children are likely to stay obese into adulthood and more likely to develop cardiovascular diseases or diabetes. The majority of the overweight and obese children can be diagnosed, monitored and treated by the family doctors. Our intended purpose is to help family doctors with practical tools for the identification and management of overweight and obese children. The most recent recommendations regarding prevention of childhood obesity focus on increased exercise and improved diet to prevent childhood obesity. Intensive lifestyle modification remains the primary treatment of the children obesity. The family doctors must know how to prevent the development of overweight and obese complications.

Keywords: children obesity, overweight diagnosis, prevention, obesity management

Obezitatea copilului și adolescentului reprezintă o provocare pentru medicii de familie, atât prin creștere accelerată a prevalenței din ultimii ani, prin consecințele asupra creșterii și dezvoltării copiilor și adolescenților, dar mai ales prin consecințele clinice, psihologice și sociale pe termen lung.

Monitorizarea copilului și adolescentului supraponderal/obez presupune, din partea medicului de familie, o atenție deosebită. Punctul de plecare este reprezentat, de fapt, de documentarea minuțioasă a medicului de familie asupra problematicei obezității

copilului și adolescentului și presupune examinare completă atât a copilului sau adolescentului, cât și a familiei și mediului familial.

Cele mai recente recomandări atât ale World Obesity Federation, cât și ale Childhood Obesity Task Force of the European Association for the Study of Obesity pun accent în diagnosticul obezității la copil și adolescent pe folosirea hărților de creștere adoptate în anul 2000 de National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (Fig. 1 și Fig. 2).

Adresa de corespondență:

Asist. Univ. Dr. Mihaela Adela Iancu, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, Str. Dionisie Lupu nr. 37, București
E-mail: adelaiancu@yahoo.com

Astfel, definim copilul normoponderal copilul între 2-18 ani, care are indexul de masă corporală (IMC = greutatea, exprimată în kilograme/înălțimea la pătrat, exprimată în metri) cuprins între percentila 5th și 85th, subponderal dacă are IMC sub percentila 5th, copilul supraponderal cel care are IMC între 85th și 95th, și copilul obez cel care are IMC peste percentila 95th. (1)

La primele modificări ale excesului de greutate, în raport cu înălțimea sesizate în urma anamnezei amănunțite și examenului clinic complet, medicul va plasa copilul sau adolescentul într-una din cele trei situații:

1. Copiii sau adolescenții cu suspiciune de obezitate asociată unui sindrom sau unei boli organice și care sunt trimiși la medicul specialist pentru investigații suplimentare (doar o mică parte sunt încadrați în această categorie – 2% dintre copii și adolescenți).

2. Copiii sau adolescenții supraponderali sau obezi cu suspiciune de complicații și care vor fi evaluați prin teste suplimentare de laborator, după confirmare vor fi monitorizați de către o echipă multidisciplinară (medici specialiști, medici de familie, psihologi).

3. Copiii sau adolescenții având probleme de greutate atât din cauza predispoziției genetice, cât și influenței factorilor de mediu. Această categorie este cea mai numeroasă și va beneficia din plin de măsurile preventive și intervenția precoce asupra modificării comportamentului alimentar și intensificarea efortului fizic zilnic. (2)

Factorii incriminați în apariția obezității sunt multipli, neinfluențabili și influențabili. (3) Medicul de familie poate interveni din timp în modificarea factorilor favorizanți ai obezității. Pe lângă celelalte sfaturi preconceptuale acordate viitorilor părinți, medicul de familie trebuie să acorde atenție și recomandărilor asupra menținerii greutății normale a părinților, în special a viitoarei mame. Câștigul ponderal al mamei în timpul sarcinii trebuie să fie corelat cu greutatea preconceptuală a mamei (Tabelul 1), pentru a evita atât complicațiile apărute în timpul sarcinii sau perinatal precoce, cât și pentru a reduce riscul apariției obezității în copilărie. (4)

Alte recomandări vizează dieta gravidei, care trebuie să fie echilibrată, consumul adecvat de lichide (cel puțin 2 l/zi), de preferință să nu fie sucuri îndulcite sau sucuri de fructe, la care s-a îndepărtat pulpa. Monitorizarea activă și continuă a sarcinii de către medicul obstetrician și de către medicul de familie reduce rata nașterilor premature și a copiilor cu greutate mică pentru vârsta gestațională. Copiii cu greutate mică pentru vârsta gestațională au risc

TABELUL 1. *Recomandările pentru câștigul ponderal în timpul sarcinii, în funcție de IMC preconceptual al mamei (valabile pentru sarcină unică)*

Nr. crt.	IMC preconceptual al mamei (kg/mp)	Câștigul ponderal în timpul sarcinii (kg)
1	Subponderale (IMC < 19)	12,7-18
2	Normoponderale (19 < IMC < 25)	11,3-15,8
3	Supraponderale (25 < IMC < 30)	6,8-11,3
4	Obeze (IMC > 30)	5-09

de a dezvolta obezitate în timpul copilăriei. (5) Foarte important în evoluția ulterioară a copiilor se menține rolul alăptării pe perioadă cât mai lungă (între 6 luni și un an), a diversificării corecte a alimentației sugarului, a monitorizării periodice a dezvoltării fizice în primul an de viață. (6) De asemenea, durata somnului în prima copilărie este strâns legată de riscul de a dezvolta ulterior obezitate. (7)

Apariția obezității în prima copilărie este legată de consumul de alimente cu conținut mare caloric, bogate în grăsimi și carbohidrați. Se va recomanda evitarea meselor dezordonate, micile gustări hiper-calorice în fața televizoarelor, calculatoarelor, tabletelor. Copiii vor fi sfătuiți să nu citească sau să se joace pe tabletă sau pe smart-telefon în timpul meselor, să consume cât mai multe fructe și legume. De asemenea, este de evitat mâncatul emoțional.

Trebuie încurajate activitățile în afara casei, în aer liber, antrenarea copiilor în efectuarea unor sporturi de echipă, reducerea sedentarismului, încurajarea mersului pe jos sau cu bicicleta. Durata minimă a activităților fizice trebuie să fie cel puțin o oră în fiecare zi.

Examenul clinic arată depunerea excesului de țesut adipos, de cele mai multe ori, la copil fiind generalizată, cu predominanță abdominală, rar mai pronunțată la nivelului trenului inferior. Se remarcă creșterea circumferinței abdominale prin depunere de țesut adipos. Măsurarea circumferinței abdominale se face la nivelul taliei, copilul fiind în picioare, cu abdomenul relaxat, cu membrele superioare lângă corp. Copiii sau adolescenții care au circumferința abdominală peste percentila 90th au risc crescut de boli cardiovasculare și insulinorezistență. (8) Prezența adipozității din regiunea mamară – adipoginecomastie – este prezentă la ambele sexe, dar la băieți uneori dezvoltă complexe psihologice.

La inspecție observăm frecvent striuri roșii la nivelul abdomenului, brațelor sau chiar al coapselor. Se urmărește prezența acneei juvenile la nivelul feței, toracelui sau a brațelor. Se urmărește prezența hirsutismului. De ce mai multe ori apare pilozitate patologică la nivelul feței, obraților, anterior de pavilionul urechii. La nivelul antebrățelor și gam-

belor apare pilozitate în exces. Se asociază, uneori la distanță de debutul excesului ponderal, acanthozis nigrans (mai frecvent la nivelul toracic posterior, cervical posterior, fața posterioară a articulației cotului) marker pentru insulinorezistență, diabetul zaharat tip II, dar și pentru obezitate.

Copiii se plâng de simptome legate de supraîncărcarea mecanică ca oboseala, dispnee, polipnee, edemele membrelor inferioare, dureri articulare, dureri la nivelul membrelor inferioare, dureri lombare. La nivelul plicilor cutanate tegumentele sunt iritate prin fricțiune sau hipersudorație, se observă intertrigo, prurit sau abcese. În general, tegumentele au un aspect mai uscat.

Se notează diferite tulburări nespecifice, ca vertij, cefalee, flatulență, constipație. Trebuie observată și notată apariția caracterelor sexuale secundare folosind pentru evaluare stadializarea Tanner. Organele genitale externe, în special la băieți, sunt mai mici decât vârsta copilului și de cele mai multe ori mașonate de țesut adipos. Fetele prezintă tulburări menstruale (hipomenoree, flux menstrual neregulat).

Problemele psihologice legate de prezența obezității în copilărie sunt anxietatea, depresia, lipsa încrederii în sine, tendințe de automutilare, tentative de suicid. Un copil sau un adolescent cu obezitate are și probleme emoționale, frica de a ieși cu colegii, teama de insulte din partea colegilor. Toate acestea duc la absențe școlare frecvente, uneori chiar abandon școlar. Părinții copilului obez pot îmbunătăți stima de sine a copilului prin sublinierea punctelor forte ale copilului și calităților sale pozitive, mai degrabă decât să se focalizeze pe problema greutateii.

La luarea în evidență, orice copil obez va fi monitorizat pentru tensiunea arterială, glicemie a jeun (și apoi anual), determinarea TTGO, profil lipidic, enzime hepatice, electrocardiograma, ecografie abdominală, ecografie tiroidiană.

Măsurarea tensiunii arteriale trebuie efectuată la fiecare control medical, după minimum 10 minute de repaus, în poziție șezând, respectând condițiile de raport lățime-lungime al manșetei tensiometrului. Se definește hipertensiunea arterială (HTA) la copii prin valori ale TA sistolice și/sau diastolice mai mari sau egale cu percentila 95th pentru vârstă, sex și înălțimea copilului, la cel puțin 3 determinări în zile diferite.

La toți copiii care au avut inițial TTGO/HbA1 în valori normale se va monitoriza anual glicemia a jeun. Dacă copiii obezi au valori normale la luarea în evidență ale glicemiei a jeun, dar au rude de gra-

dul I cu DZ tip 2, sau au semne de insulinorezistență sau stări asociate acestora (acanthosis nigrans, dislipidemie, hipertensiune arterială, steatoză hepatică, ovare polichistice sau aparțin unei etnii cu risc crescut de DZ), se va monitoriza TTGO anual.

Asocierea tot mai crescută între un IMC peste percentila 85th și ficatul gras non-alcoolic impune determinarea de rutină a alaninaminotransferazei (ALT) și aspartataminotransferazei (AST). Sudiile arată menținerea disfuncției hepatice și la vârsta de adult, dacă creșterea IMC a fost înregistrată la vârsta școlară. (9)

Profilul lipidic se monitorizează anual la toți copiii supraponderali sau obezi.

Se remarcă creșteri ale trigliceridelor, ale colesterolului total și scăderi ale HDL-colesterolului. De asemenea, copiii care prezintă semne ale pubertății precoce vor fi monitorizați endocrinologic (prin determinarea estradiolului, testosteronului, hormonului luteinizat, hormonului foliculostimulant). S-a remarcat asocierea pubertății precoce cu un IMC peste percentila 95th.

De asemenea, copiii care prezintă semne ale pubertății precoce vor fi monitorizați endocrinologic (prin determinarea estradiolului, testosteronului, hormonului luteinizat, hormonului foliculostimulant). Dacă este necesar, se vor efectua testări ale funcției tiroidiene (FSH, FT4, FT3, ATPO) sau cortisolul liber urinar. S-a remarcat asocierea pubertății precoce cu un IMC peste percentila 95th.

În cazul prezenței sindromului de apnee în somn la copiii obezi, indicația principală de tratament nu este cea chirurgicală, chiar dacă îndepărtarea amigdalelor și a vegetațiilor adenoide aduce o ușoară ameliorare a respirației. În astfel de situații, este indicată scăderea ponderală și o atență igienă a somnului. (10)

Prezența timp îndelungat a obezității la copil are repercusiuni asupra stării de sănătate a adultului. Pot apărea următoarele complicații, manifestate la adolescent sau în perioada de adult:

- la nivelul aparatului cardiovascular (hipertensiune arterială – HTA, cardiopatie ischemică, hipertrofia ventriculului stâng, cord pulmonar, cardiomiopatie asociată obezității, ateroscleroză accelerată, hipertensiune pulmonară, varice ale membrelor inferioare, edeme limfatice sau venoase declive);
- la nivelul sistemului nervos central (stroke, hipertensiune intracraniană idiopatică);
- la nivel gastrointestinal (colecistită, colelitiază, steatoză hepatică nonalcoolică, reflux gastroesofagian);

- la nivelul aparatului respirator (apnee obstructivă în somn, sindromul de hipoventilație asociată obezității, hiperreactivitate bronșică, creșterea predispoziției pentru infecții respiratorii, creșterea incidenței astmului bronșic);
- la nivel metabolic (rezistență la insulină, hiperinsulinism, diabet zaharat de tip 2, dislipidemie prin creșterea trigliceridelor și scăderea HDL-colesterol, hiperuricemie);
- la nivelul aparatului reproducător (la fete: anovulație, infertilitate, hiperandrogenism, sindromul ovarului polichistic; la băieți: hipogonadism hipogonadotrofic, pubertate precoce);
- la nivel endocrinologic (hipotiroidie, tiroidită autoimună, sindrom Cushing);
- la nivel cutanat (intertrigo – bacterii, fungi –, acanthosis nigricans, hirsutism, celulită, acnee juvenilă, prurit, rash);
- la nivel osteoarticular (osteoartrită, coxa vera, boala Blount și boala Legg-Calvé-Perthes –

necroză aseptică de cap femural, lumbago cronic, scăderea mobilității, edeme și dureri ale membrelor inferioare după ortostatism prelungit);

- oncologice (cancer endometrial, prostatic, al veziculei biliare, mamar, colonic);
- psihologice (respect de sine scăzut, imagine negativă asupra propriei persoane, sentimente de inferioritate și respingere din partea copiilor de aceeași vârstă, izolare, abandon școlar, anxietate, depresie, automutilare, tendință suicidală).

Medicul de familie este cel care trebuie să ia decizia inițială în evaluarea și tratarea obezității copilului și adolescentului, dar și să inițieze consilierea specifică. Medicul de familie trebuie să cunoască și să caute semnele și simptomele corespunzătoare pentru evoluția spre complicații a obezității, să ia decizia pentru diagnosticul, monitorizarea și tratamentul copilului sau adolescentului cu exces de greutate.

BIBLIOGRAFIE

1. August G.P., Caprio S., Fennoy I., Freemark M., Kaufman F.R., Lustig R.H., Silverstein J.H., Speiser P.W., Styne D.M., Montori V.M. Prevention and treatment of pediatric obesity: an endocrine society clinical practice guideline based on expert opinion. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93:4576-4599.
2. Bakera J.L., Farpour-Lambert N.J., Nowickac P., Pietrobellid A., Weisse R. Evaluation of the Overweight/Obese Child – Practical Tips for the Primary Health Care Provider: Recommendations from the Childhood Obesity Task Force of the European Association for the Study of Obesity *Obes Facts* 2010;3:131-137
3. Matei D. Esențialul în medicina de familie, Editura Medicală Amaltea, Bucuresti, 2010
4. Troung Y.N., Yee L.M., Caughey A.B., Cheng Y.W. Weight gain in pregnancy: does the Institute of Medicine have it right? *Am J Obstet Gynecol* 2015 Mar, 212(3), 362
5. Stout S.A., Espel E.V., Sandman C.A., Glynn L.M., Davis E.P. Fetal programming of children's obesity risk, *Psychoneuroendocrinology* 2015 Mar, 53 29-39
6. Woo Baidal J.A., Criss S., Goldmann R.E., Perkins M., Cunningham C., Taveras E.M. Reducing Hispanic Children's Obesity Risk Factors in the First 1000 Days of Life: A Qualitative Analysis, *J Obes* 2015, Mar, 945918- 8
7. Hart C.M., Carkandon M.A., Considine R.V., Fava J.L., Lawton J., Raynor H.A., Jelalian E., Owens J., Wing R. Changes in children's sleep duration on food intake, weight, and leptin, *Pediatrics*, 2013, Dec; 132(6) e 1473-80
8. Bassali R., Waller J., Gower B., Allison J., Davis C. Utility of waist circumference percentile for risk evaluation in obese children, *Int J Pediatr Obes* 2010; 5(1) 97-101
9. Nobili V., Alkhoury N., Alisi A., Della Corte C., Fitzpatrick E., Raponi M., Dhawan A. Nonalcoholic fatty liver disease: a challenge for pediatricians, *Jama Pediatr* 2015 Febr 169(2) 170-6
10. Katz E.S. Moore RH, Rosen C.L. Growth after adenotonsillectomy for obstructive sleep apnea: an RCT *Pediatrics* 2014 Aug; 134(2):282-9.