

OBEZITETI PEDIATRIK: STRATEGJITË E TRAJTIMIT



Ardit Bislimaj

Doktor i Mjekësisë

Abstrakt

Obeziteti pediatrik paraqet një sfidë shëndetësore madhore globale, me ndikim afatgjatë në mirëqenien fizike, psikologjike dhe sociale të fëmijës. Për shkak të komplikimeve të cilat e shoqërojnë obezitetin, sidomos obezitetin e rëndë si dhe për shkak të natyrës së tij progresive, trajtimi sa më i hershëm i tij përbën një interes të veçantë. Përmes këtij punimi është përpjekur që të arrihet një përmbledhje e të dhënave më të fundit rreth opsioneve të menaxhimit, ku përfshihen ndryshimi i stilit të jetesës, farmakoterapia dhe kirurgjia bariatrike.

Fjalët kyçe: obeziteti pediatrik, farmakoterapia, stili i jetesës, kirurgjia bariatrike, BMI.

Hyrje

Obeziteti paraqet një sëmundje komplekse, kronike dhe të stigmatizuar. Ai karakterizohet me grumbullimin e masës së tepërt dhjamore, e cila mund të dëmtojë shëndetin ose të rrisë rrezikun e komplikimeve mjekësore dhe mund të reduktojë kualitetin e jetës dhe të zvogëlojë jetëgjatësinë e fëmijëve. (1)

OBSH e definon obezitetin tek fëmijët dhe adoleshentët varësisht nga mosha, si më poshtë:

1.Për fëmijët < 5 vjeç, obeziteti definohet si pesha për gjatësi 3 devijime standarde mbi medianën e standardit të rritjes (WHO Child Growth Standards median). (2)

2.Për fëmijët 5 - 19 vjeç, obeziteti definohet si vlere > 2 devijime standarde mbi medianën e referencës së rritjes (WHO Growth Reference median). (3)

Përderisa vetëm 2% e fëmijëve dhe adoleshentëve të moshave 5-19 vjeç ishin obezë në vitin 1990 (31 milionë), në vitin 2022 kjo shifër arriti në 8% (160 milionë). Ekspertët parashikojnë që numri global i fëmijëve dhe adoleshentëve mbipeshë dhe obezë do të arrijë 294.1 milionë deri në vitin 2030. (4) (5) (Tabela 1)

Literatura identifikon së paku tre faktor madhor si arsye kryesore pse obeziteti të fëmijët dhe adoleshentët është problematikë kaq urgjente, ku përfshihen: ndikimi i tij madhor epidemiologjik me gati përmasa pandemike, ndërlikohet e obezitetit me një sërë çrregullimesh metabolike (toleranca e çrregulluar e glukozës dhe diabeti, dislipidemia, hipertensioni, steatohepatiti jo-alkoolik) dhe

Tabela 1. Prevalenca e vlerësuar dhe e parashikuar e mbipeshës dhe obezitetit në mesin e fëmijëve dhe adoleshentëve, si dhe numri i individëve të prekur.

(Burimi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240072671>)

Indikator	2000	2020	2030
Fëmijët nën 5 vjeç me mbipeshë	5.4 %, 33.3 milionë	5.7%, 38.9 milionë	5.9%, 40.1 milionë
	2000	2016	2030
Fëmijët 5-19 vjeç me obezitet	2.9%, 52.3 milionë	150 milionë	254 milionë

jometabolik (bullizimi dhe vetëbesimi i ulët, depresioni, problemet ortopedike dhe respiratore, stigmatizimi rreth peshës etj.) si dhe reduktimi i jetëgjatësisë së pritur të rinjve me obezitet. (6)

Udhërrëfyesi më i fundit klinik i Akademisë Amerikane Pediatrike (AAP) liston një numër të madh të faktorëve kontribues në obezitet, sikurse: marketingu i ushqimeve të pashëndetshme, qasja e lehtë në "ushqimet e shpejta", shprehjet e prindërve në ushqyerje, pijet e sheqerosura, madhësia e porcioneve, koha e shpenzuar para ekraneve digjitale, stresi psikosocial, kualiteti i gjumit, përdorimi i hershëm i antibiotikëve, ndërprerja e hershme e gjdhënies dhe ushqyerjes me formulë, diabeti gestacional i nënës etj. (7)

Materiali dhe metodologjia

Ky punim paraqet një rishikim të detajuar të literaturës, i cili është punuar duke mbledhur, analizuar, krahasuar dhe vlerësuar të dhëna të marra nga punime të publikuara në databaza shkencore si: PubMed, Google Scholar, Scopus dhe Embase.

Menaxhimi i obezitetit pediatrik

Megjithëse trajtimi etiologjik i obezitetit është më i thjeshtë, ai shpesh nuk është i mundur për arsye se në më shumë se 90% të rasteve shkak-tari specifik i tij nuk dihet. Në këto raste një qasje praktike e trajtimit është të mirëmbahet një balancë energjetike negative për një periudhë afatgjate, me qëllim të zvogëlimit të masës dhjamore. Në anën tjetër në më pak se 10% të rasteve kur obeziteti shkaktohet dytësisht nga sëmundjet e tjera, sikurse çrregullimet endokrine, medikamentet, çrregullimet psikiatrike dhe psikologjike, menaxhimi orientohet në trajtimin e sëmundjes bazë. (6)

Për momentin, ekzistojnë tre opsione trajtimi për fëmijët dhe adoleshentët me obezitet: ndryshimi i stilit të jetesës, farmakoterapia dhe kirurgjia bariatrike.

1.Ndryshimi i stilit të jetesës

Programet multidiciplinore për ndryshimin e stilit të jetesës që fokusohen në nutricion, aktivitet fizik dhe ndryshimet në sjellje janë opsioni fillestar dhe më i shpeshtë që aplikohet në trajtimin e obezitetit. (6)

Kjo qasje trajtimi ka treguar efikasitet të kufizuar te adoleshentët me obezitet të rëndë kundrejt fëmijëve më të vegjël, duke theksuar nevojën për

OBEZITETI PEDIATRIK: STRATEGJITË E TRAJTIMIT



Rina Skeraj

Doktor i Mjekësisë

fillim sa më të hershëm të trajtimit. (8)

Nutricioni - Fokusi kryesor sa i përket nutricionit është kufizimi i kalorive, gjë e cila mund të arrihet përmes dietave me energji të ulët, dietave me sasi të vogël të karbohidrateve, dietës ketogjenike etj. (9)

AAP dekurajon konsumin e pijeve energjike dhe atyre të sheqerosura. Po ashtu dekurajon edhe zëvendësimin e frutave me lëngje të frutave për shkak të përmbajtjes së lartë të sheqerit dhe kalorive. (7)

Si pjesë e edukimit nutritiv, fëmijët duhet të inku-rajohen të provojnë ushqime të reja si dhe së bashku me familjet e tyre të zhvillojnë aftësi në përgatitjen e shujtave të shëndetshme. (10)

Aktiviteti fizik - OBSH rekomandon që fëmijët 0 - 4 vjeç të mos qëndrojnë pasiv për më shumë se 1 orë njëherësh. Fëmijët parashkollor (3 - 5 vjeç) pavarësisht BMI-së duhet të përfshihen në së paku 180 minuta aktivitet fizik të çfarëdo intensiteti, prej të cilave 60 minuta të jenë aktivitet fizik i moderuar/vigoro, i shpërndarë gjatë tërës ditës. Fëmijët dhe adoleshentët (6-17 vjeç) duhet të akumulojnë së paku 60 minuta aktivitet fizik të moderuar/vigoro gjatë ditës (11). AAP gjithashtu rekomandon moskonsum të media-s nën moshën 18 muajore. (7)

Ndryshimet në sjellje - Strategji të ndryshme si terapia biheviore, terapia kognitive biheviore dhe edukimi terapeutik i pacientit sugjerohen si metoda shtesë për të rritur adherencën në dietë dhe aktivitet fizik. (12)

2. Farmakoterapia

Në rast se modifikimet e stilit të jetesës nuk janë të mjaftueshme për të arritur humbjen e dëshiruar të peshës, atëherë farmakoterapia është hapi i radhës, shtesë në menaxhimin obezitetit. (13)

Indikacion për farmakoterapi të obezitetit pediatrik janë pacientët e moshës ≥ 12 vjeç me BMI $\geq$

percentili i 95-të dhe me komorbiditete që lidhen me peshën ose BMI $\geq 120\%$ e percentilit të 95-të pavarësisht komorbiditeteve, të cilët nuk kanë pasur rezultate të dëshiruara vetëm me modifikimet e stilit të jetesës. (14)

Llojet e medikamenteve

GLP-1 agonistët - sikurse liraglutidi, eksenatidi, dulaglutidi, dhe semaglutidi, të cilët ulin ndjenjën e urisë duke e ngadalësuar zbrazjen gastrike si dhe duke vepruar në SNQ.

Liraglutidi është aprovuar për trajtim të obezitetit në fëmijët e moshës 12-17 vjeç (me peshë prej $>60\text{kg}$ dhe BMI $>30\text{ kg/m}^2$ në pajtim me standardet internacionale / percentili i 95-të) si nga FDA (Food and Drug Administration) po ashtu edhe nga EMA (European Medicines Agency). Një RCT nga Kelly me bp. mbi efektin e liraglutidit në trajtimin e obezitetit te adoleshentët konkludoi se përdorimi i liraglutidit (3.0mg) bashkë me dietën kalori-deficitare dhe aktivitetin fizik rezultoi në reduktim sinjifikant më të lartë të BMI-së krahasuar me placebon bashkë me ndryshimet e stilit të jetesës. (15)

Semaglutidi, është një tjetër GLP-1 agonist, së fundmi i aprovuar nga FDA për pacientët pediatrik ≥ 12 vjeç. Studimi (STEP) TEENS, i cili hulumtoi efektin e semaglutidit një herë në javë, për 68 javë në total, te adoleshentët me obezitet, konkludoi që doza njëjavore prej 2.4 mg e semaglutidit bashkë me ndryshimet e stilit të jetesës rezultoi në reduktim më të lartë të BMI-së, se sa ndryshimi i stilit të jetesës si i vetëm (16.1 vs 0.6% respektivisht). (16)

Inhibitorët e lipazës - sikurse orlistati, është aprovuar nga FDA për trajtimin afatgjatë të obezitetit te adoleshentët e moshave ≥ 12 vjeç. Duhet theksuar se ky medikament nuk është ende i aprovuar nga EMA. Ky vepron duke inhibuar lipazën gastrike dhe pankreatike dhe kështu e ul absorbimin e lipideve. (17)

Tabela 2. Kriteret për kirurgji bariatrike dhe metabolike

(Burimi: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/151/2/e2022060640/190443/Clinical-Practice-Guideline-for-the-Evaluation-and>)

Kriteri i peshës	Kriteri i komorbiditeteve
Klasa 2 e obezitetit, BMI $\geq 35\text{ kg/m}^2$ ose 120% e percentilit të 95-të për moshën dhe gjininë, cilado që është më e ulët	Sëmundje klinike sinjifikante; shembujt përfshijnë, por nuk limitohen në: Diabetin mellit tip 2, hipertensionin intrakranial idiopatik, steatohepatitin jo-alkoolik, sëmundjen Blount, rrëshqitjen epifiziale të kokës femorale, sëmundjen e refluksit gastroezofageal, apnenë obstruktive të gjumit (AHI >5), rreziqet nga sëmundjet kardiovaskulare (Hipertensioni, hiperlipidemia, rezistenca insulinike), kualitetin e ulët të jetës.
Klasa 3 e obezitetit, BMI $\geq 40\text{ kg/m}^2$ ose 140% e percentilit të 95-të për moshën dhe gjininë, cilado që është më e ulët	Nuk kërkohen, por zakonisht janë prezente.

Në studimin e Chanoine me bp. ku morën pjesë 539 adoleshentë obezë, të cilët morën dozën prej 120mg orlistat ose placebo tri herë në ditë për një vit, u vërejt që BMI u reduktua për 0.55 kg/m² me orlistat, ndërsa u rrit për 0.31kg/m² me placebo. (18)

Biguanidet - Metformina e cila primarisht përdoret për kontroll glikemik është aprovuar nga FDA për trajtimin e diabetit mellit tip 2 te fëmijët ≥ 10 vjeç, gjithashtu përdoret "off-label" për humbje të peshës te fëmijët. Dozat e rekomanduara sillen ndërmjet 500 dhe 2000 mg, dy herë në ditë. Masarwa me bp. sugjeroi se përdorimi i metforminës ka efekte modeste por të dëshirueshme në peshë dhe rezistencë insulinike, dhe gjithashtu profil të sigurt. Po ashtu metformina është treguar efektive në përmirësimin e rrezikut kardiovaskular dhe biomarkerëve inflamator te fëmijët dhe adoleshentët obezë. (17) (19)

3.Kirurgjia bariatrike

Si zgjidhje e fundit për trajtimin e obezitetit te adoleshentët, atëherë kur asnjë modalitet tjetër i trajtimit nuk ka rezultuar mjaftueshëm i suksesshëm, si dhe atëherë kur hasen komplikime serioze, vjen në konsideratë kirurgjia bariatrike. (6)

Në një metanalizë nga Qi me bp. ku janë përfshirë 49 studime me 3,007 adoleshentë ndërhyrjet më të shpeshta të performuara ishin bypass-i gastrik Roux-en-Y (RYGP), lidhja gastrike laparoskopike (LYGP), dhe "sleeve" gastrektomia laparoskopike. Në përcjelljen me kohëzgjatjen më të lartë (prej 12 deri në 120 muaj), kirurgjia bariatrike rezultoi në një reduktim të përgjithshëm të BMI-së prej 31%. 12 muaj pas ndërhyrjes u vërejtën përmirësime sinjifikante në metabolizmin e glukozës dhe lipideve. Shkalla e remisionit të dislipidemisë ishte 55%, 70% dhe 95% në 1,3 dhe 5 viteve pas kirurgjisë. (20)

Komiteti Pediatrik i Shoqatës Amerikane për Kirurgji Metabolike dhe Bariatrike dhe AAP së fundmi ka përditësuar rekomandimet për kirurgjinë metabolike dhe bariatrike te moshat e reja duke hequr kështu kufizimet e mëhershme për ndërhyrje bazuar në pjekurinë pubertale dhe skeletale. (6)

Kriteret për kirurgji bariatrike dhe metabolike te pacientët pediatrik gjenden në tabelën 2.

Diskutimi dhe përfundimi

Obeziteti pediatrik si një problematikë gjithnjë në rritje thekson nevojën për hartimin e strategjive konkrete të trajtimit. Modifikimi i stilit të jetesës paraqet shtyllën kryesore të trajtimit të obezitetit si dhe të përmirësimit të shumë faktorëve të rrezikut dhe komorbiditeteve të tjera. Megjithatë për shkak të vështirësive në adherencë shpesh nevojitet shtimi i farmakoterapisë në përpjekje për të ngadalësuar shtimin në peshë. Së fundmi medikamente të reja janë aprovuar për përdorim, që janë raportuar si të sigurta dhe efikase në reduktimin e konsiderueshëm të peshës trupore, me një fleksibilitet në zgjedhjen e barit, ngase asnjëri nuk rekomandohet para tjetrit.

Pas një vlerësimi multidiciplinor dhe të person-

alizuar për secilin pacient, mund të vjen në konsideratë edhe kirurgjia bariatrike, mirëpo duhet të balancohet nga rreziqet potenciale që ajo bart. Hulumtime të mëtejshme duhen bërë me përcjellje afatgjate, që të vlerësohet nëse humbja e peshës ende qëndron pas një kohe.

Referencat:

- 1.Ball GDC, Merdad R, Birken CS, Cohen TR, Goodman B, Hadjiyannakis S, et al. Managing obesity in children: a clinical practice guideline. *CMAJ*. 2025 Apr 14;197(14):E372-89.
- 2.Group WMGRS, de Onis M. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr*. 2006;95(S450):76-85.
- 3.de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ*. 2007 Sep;85(9):660-7.
- 4.Obesity and overweight [Internet]. [cited 2025 Aug 14]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- 5.A primary health care approach to obesity prevention and management in children and adolescents: policy brief [Internet]. [cited 2025 Aug 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789240072671>.
- 6.Maffei C, Olivieri F, Valerio G, Verduci E, Licenziati MR, Calcaterra V, et al. The treatment of obesity in children and adolescents: consensus position statement of the Italian society of pediatric endocrinology and diabetology, Italian Society of Pediatrics and Italian Society of Pediatric Surgery. *Ital J Pediatr*. 2023 Jun 8;49:69.
- 7.Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity | Pediatrics | American Academy of Pediatrics [Internet]. [cited 2025 Aug 14]. Available from: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/151/2/e2022060640/190443/Clinical-Practice-Guideline-for-the-Evaluation-and>
- 8.Danielsson P, Kowalski J, Ekblom Ö, Marcus C. Response of Severely Obese Children and Adolescents to Behavioral Treatment. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012 Dec 1;166(12):1103-8.
- 9.Alman KL, Lister NB, Garnett SP, Gow ML, Aldwell K, Jebeile H. Dietetic management of obesity and severe obesity in children and adolescents: A scoping review of guidelines. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. 2021 Jan;22(1):e13132.
- 10.Matson KL, Fenn NE. Obesity management in the pediatric patient. *Am J Health Syst Pharm*. 2025 Apr 17;82(8):392-402.
- 11.Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020