
Gastroskopi etter langsgående ventrikkelseksjon for sykelig overvekt

FRA FAGMILJØENE

TOM MALA

tommenmala@gmail.com

Tom Mala er dr.med., spesialist i generell og gastroenterologisk kirurgi, overlege ved Avdeling for barne- og gastrokirurgi ved Oslo universitetssykehus og professor II ved Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TORGEIR T. SØVIK

Torgeir T. Søvik er ph.d., spesialist i generell og gastroenterologisk kirurgi og overlege ved Avdeling for barne- og gastrokirurgi ved Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JON KRISTINSSON

Jon Kristinsson er dr.med., spesialist i generell og gastroenterologisk kirurgi og overlege og seksjonsleder ved Seksjon for sykelig overvekt ved Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Studier viser øket forekomst av gastroøsofageal refluks, øsofagitt og muligvis også Barretts øsofagus etter langsgående ventrikkelseksjon. Gastroskopi bør være en del av langtidsoppfølgingen.

Omkring 2 500 pasienter opereres hvert år i Norge for sykelig overvekt. Langsgående ventrikkelseksjon (også kalt *gastrisk sleeve*) og gastrisk bypass er de vanligste metodene.

Gastroøsofageal refluks

Fedme er en risikofaktor for gastroøsofageal refluks. Studier antyder imidlertid øket forekomst av refluks etter langsgående ventrikkelseksjon, selv etter vektreduksjon (1, 2). I en norsk studie ble 12 % av pasientene behandlet for reflukssymptomer før langsgående ventrikkelseksjon og 35 % fem år etter, og tilsvarende er vist i andre studier (1, 3). Forekomsten av refluks og øsofagitt etter operasjonen varierer betydelig. I en metaanalyse utviklet 20 % refluks etter langsgående ventrikkelseksjon (1). Det foreligger imidlertid begrenset dokumentasjon fra langtidsstudier, og betydningen av refluks etter langsgående ventrikkelseksjon er kontroversiell. Konvertering til gastrisk bypass på grunn av refluks er rapportert hos omkring 4 % av pasientene (1).

Forekomsten av gastroøsofageal refluks etter langsgående ventrikkelseksjon avhenger av lengden på oppfølgingen og seleksjonen av pasienter til kirurgi. Enkelte beskriver refluks på bakgrunn av symptomer og medikasjon, andre etter gastroskopi og pH-målinger. Det er derfor betydelig heterogenitet i datagrunnlaget. Gastroøsofageal refluks og øsofagitt etter langsgående ventrikkelseksjon kan være asymptomatisk (2).

Øket trykk i ventrikkelrøret, glidning gjennom diafragma, vridning og stenose kan bidra til refluks. Dysfunksjonell motilitet og sfinkterfunksjon i øsofagus er vist i noen studier. Variasjoner i kirurgisk teknikk kan også bidra.

Gastroøsofageal refluks er en risikofaktor for utvikling av Barretts øsofagus, hvor plateepitelet erstattes av sylinderepitel (metaplasti). Forekomsten i normalpopulasjonen er 1–2 %. I to metaanalyser hadde hhv. 8 % og 11,5 % av pasientene Barretts øsofagus etter langsgående ventrikkelseksjon (1, 4). Barretts øsofagus er en risikofaktor for utvikling av dysplasi og adenokarsinom. Generelt anslås livstidsrisiko for kreftutvikling til omkring 3–5 %. Betydningen av Barretts øsofagus etter langsgående ventrikkelseksjon er imidlertid ikke etablert.

Anbefalinger

American Society for Metabolic and Bariatric Surgery anbefaler gastroskopi tre år etter langsgående ventrikkelseksjon selv uten symptomer, og deretter hvert femte år. International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders og en nylig internasjonal konsensuskonferanse anbefaler også regelmessig gastroskopi.

Mange pasienter avslutter oppfølgingen i spesialisthelsetjenesten etter fem til ti år. Pasientene er ofte unge (< 40 år) og kan ha lite symptomer tross utvikling av øsofagitt. Inntil kunnskapsgrunnlaget om gastroøsofageal refluks etter

langsgående ventrikkelseksjon er styrket, bør gastroskopi være del av langtidsoppfølgingen.

REFERENCES

1. Yeung KTD, Penney N, Ashrafiyan L et al. Does Sleeve Gastrectomy Expose the Distal Esophagus to Severe Reflux?: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Surg* 2020; 271: 257–65. [PubMed][CrossRef]
2. Lorentzen J, Medhus AW, Hofsø D et al. Sleeve Gastrectomy Confers Higher Risk of Gastroesophageal Reflux Disease Than Gastric Bypass: A Randomized Controlled Trial From the Oseberg Reflux Working Group. *Gastroenterology* 2021; 161: 2044–2046.e4. [PubMed][CrossRef]
3. Flølo TN, Andersen JR, Kolotkin RL et al. Five-Year Outcomes After Vertical Sleeve Gastrectomy for Severe Obesity: A Prospective Cohort Study. *Obes Surg* 2017; 27: 1944–51. [PubMed][CrossRef]
4. Qumseya BJ, Qumsiyeh Y, Ponniah SA et al. Barrett's esophagus after sleeve gastrectomy: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 2021; 93: 343–352.e2. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 22. april 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0056

Mottatt 19.1.2022, første revisjon innsendt 4.2.2022, godkjent 15.3.2022.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 13. juni 2026.