Fedmekirurgi ved ekstrem overvekt

Biliopankreatisk avledning med duodenal omkobling gir større vektreduksjon enn gastrisk bypass, men operasjonen er forbundet med økt risiko for vitaminmangel. Det viser to nye artikler med norske førsteforfattere.

Det er gjort få kontrollerte sammenlikninger av ulike fedmeoperasjoner, men for første gang er gastrisk bypass og biliopankreatisk avledning med duodenal omkobling evaluert i en randomisert studie (1). Den er resultatet av et samarbeid mellom Oslo universitetssykehus, Aker, og Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

Gastrisk bypass regnes ofte som gullstandard innen fedmekirurgi, særlig ved kroppsmasseindeks (BMI) i området 35–50 kg/m².

Såkalt biliopankreatisk avledning med duodenal omkobling er en teknisk vanskeligere operasjon, og er ofte anbefalt ved spesielt høy kroppsmasseindeks. Når det gjelder dem med BMI på 50–60 kg/m², er det ingen konsensus om hvilken operasjonstype som bør velges.

60 pasienter ble randomisert til laparoskopisk gastrisk bypass eller laparoskopisk biliopankreatisk avledning med duodenal omkobling og fulgt i ett år. Kroppsmasseindeksen ble redusert fra 54,8 kg/m² til 38,5 kg/m² etter gastrisk bypass og fra 55,2 kg/m² til 32,5 kg/m² etter duodenal omkobling (1). Sikkerheten, vurdert ut fra komplikasjoner og reinnleggelser, var akseptabel for begge typer inngrep.

Pasientene fikk et standardisert regime med vitamintilskudd (2). De som hadde fått duodenal omkobling, hadde signifikant

lavere nivåer av vitamin A, D og B₁ etter operasjonen sammenliknet med dem hadde fått gastrisk bypass. Det kan altså være risiko for klinisk betydningsfull vitaminmangel etter duodenal omkobling. Oppfølgingen etter operasjonen bør derfor trolig tilpasses inngrepet som er utført.

Torgeir T. Søvik

t.t.sovik@medisin.uio.no
Gastrokirurgisk avdeling
Oslo universitetssykehus, Aker

Litteratur

1. Søvik TT, Taha O, Aasheim ET et al. Randomized clinical trial of laparoscopic gastric bypass versus laparoscopic duodenal switch for superobesity. Br J Surg 2010; 97: 160–6.
2. Aasheim ET, Björkman S, Søvik TT et al. Vitamin status after bariatric surgery: a randomized study of gastric bypass and duodenal switch. Am J Clin Nutr 2009; 90: 15–22.

Skjev rekruttering til legeyrket

I flere land har man observert skjev sosial rekruttering til medisinstudiet. Det gjelder også i Danmark, ifølge en ny studie (Ugeskr Læger 2010; 172: 206–10). Den omfattet 446 personer som ble tatt opp ved medisinstudiet i København i 2006–07 (71 % kvinner).

81 % tilhørte sosialgruppe 1 og 2, 41 % av studentene hadde foreldre med lang utdanning og 17 % hadde minst én forelder som var lege. Tallene var stort sett uendret fra en tilsvarende undersøkelse i 1992. Også i Norge er det vist at rekrutteringen til medisinstudiet er svært sosialt skjev og at skjevheten er stabil over tid (Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2213–5).

Etnisk ulikhet i dødfødsel

Det er stor overdødelighet i fosterlivet og i første leveår hos noen få etniske minoriteter. Det viser en ny dansk studie (Ugeskr Læger 2010; 172: 30–3). Studien omfattet alle fødsler i Danmark i perioden 1981–2003. Data fra medisinsk fødselsregister ble koblet med bl.a. dødsårsaksregisteret.

For kvinner med tyrkisk, pakistansk og somalisk opprinnelse var det økt risiko for at barnet skulle dø under fødselen, og i forhold til majoritetsbefolkningen var det også økt risiko for spedbarnsdød. Ifølge forfatterne var det bemerkelsesverdig at andre minoritetsgrupper ikke hadde økt dødelighet.

Administrasjonen eser ut ved fusjoner

Store forskningsinstitusjoner har forholdsmessig langt flere ansatte i støttefunksjoner enn mindre forskningsenheter.

Data fra 49 skandinaviske og ti ikke-skandinaviske forskningsenheter ble analysert, deri innbefattet alle norske, svenske og danske universiteter (1). Analysen viste at store institusjoner hadde svært mange ansatte i støttefunksjoner – et universitet med ti ganger flere ansatte enn et annet hadde 20 ganger flere ansatte i støttefunksjoner.

– Små forskningsenheter har mange flere vitenskapelig ansatte enn antall ansatte i støttestaben, mens de største universitetene har like mange eller flere teknisk-administrativt ansatte som forskere, sier førsteforfatter og professor Bjørn Jamtveit ved Universitetet i Oslo.

– Ved Københavns Universitet, med over 7 800 ansatte, er det nesten 4 000 i støttefunksjoner. Jeg stiller meg tvilende til at sammenslåing av høyskoler og universiteter vil gi særlige stordriftsfordeler. Som regel vil slike sammenslåinger innebære økte kostnader til administrasjon og dyrere forskning og undervisning, selv om det kan være faglige og strategiske årsaker til fusjonen. I tillegg risikerer mindre fagmiljøer å miste faglig profil og identitet ved

Illustrasjon © Images.com/Corbis/SCANPIX

sluke vekstprosesser. Mye tyder på at det samme skjer ved sammenslåing av sykehus, sier han.

– Veksten i antall ansatte i støttefunksjoner er en naturlig konsekvens av måten offentlige organisasjoner vokser på. Når flere enheter slår seg sammen, beholdes støtteapparatet fra de mindre enhetene. I tillegg får man et nytt nivå med administrasjon som skal administrere både forskerne og støttestaben fra de opprinnelige enhetene, sier Jamtveit.

Åslaug Helland

aslaug.helland@gmail.com
Tidsskriftet

Litteratur

1. Jamtveit B, Jettetuen E, Mathiesen J. Scaling properties of European research units. Proc Natl Acad Sci USA 2009; 106: 13160–3.