

Flere kan ha nytte av fedmekirurgi

Fedmekirurgi er mer enn kirurgisk behandling av overvekt. Den gunstige effekten på fedmerelatert sykdom er sentral og blir stadig bedre kartlagt. Nasjonalt og internasjonalt diskuteres nå bruk av fedmekirurgi hos pasienter med metabolsk sykdom og mindre uttalt fedme.

Økt fysisk aktivitet og kostholdsveiledning er første behandlingstilnærming til pasienter med sykkelig fedme. Behandlingseffekt over tid er ikke godt dokumentert, men tilnærmingen synes for de fleste ikke å sikre langvarig vekttap (1). Dette kan til dels gjenspeile fysiologiske og kanskje individuelle mekanismer som beskytter mot vektreduksjon i miljø med rikelig tilgang til næring. Kirurgisk behandling av sykkelig fedme synes for mange å føre til langvarig og klinisk relevant vektreduksjon. Det er godt dokumentert at behandlingen har positive helse- og livskvalitetseffekter (2–5). Dette kan være relatert til vekttapet isolert og/eller sammen med de fysiologiske endringene som induseres ved operasjonen. Vi mener at enkelte pasienter med mildere grad av fedme og metabolske følgesykdommer også kan ha nytte av denne kirurgien, selv om de ikke tilfredsstillende kriteriene for fedmekirurgi som benyttes i dag.

Metabolske effekter av fedmekirurgi

Fedmekirurgi er assosiert med forbedringer av metabolske følgesykdommer til fedme, som dyslipidemi, type 2-diabetes og hjerte- og karsykdom. Studier beskriver blant annet remisjon av type 2-diabetes hos over 60 % av pasientene etter gastrisk bypass, normalisering av blodtrykk hos 30–40 % og normalisering av lipidprofiler hos mer enn 60 % av pasientene (2, 3). Tilsvarende funn er beskrevet i en norsk studie fem år etter gastrisk bypass (6).

For å understreke denne effekten av behandlingen benytter mange begrepet *metabolsk kirurgi* i stedet for fedmekirurgi. Navnet på den amerikanske fedmekirurgiske foreningen, The American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS), illustrerer dette poenget. Det gjør også navnet på den internasjonale foreningen for fedmekirurgi: The International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO).

Utvidet indikasjonsstilling

Gjeldende anbefalinger for bruk av fedmekirurgi i mange vestlige land, inkludert Norge, er kroppsmasseindeks $> 35 \text{ kg/m}^2$ med fedmerelatert følgesykdom, eller kroppsmasseindeks $> 40 \text{ kg/m}^2$. Disse anbefalingene er basert på en konsensus fra The National Institutes of Health (NIH) fra 1991 (7). Effekten av fedmekirurgi på fedmerelaterte følgesykdommer har ført til at enkelte de senere årene også har benyttet fedmekirurgi i behandlingen av pasienter med

mildere grad av fedme. Flere argumenterer nå for å se nærmere på bruken av fedmekirurgi i et bredere metabolsk perspektiv, og spesielt hos pasienter med kroppsmasseindeks $30\text{--}35 \text{ kg/m}^2$ og type 2-diabetes. Det gjelder også for visse etniske grupper, som individer med asiatisk opprinnelse (8). Disse synes å tolerere fedme dårligere enn vestlige individer. Fettfordelingen er trolig mer avgjørende for risiko for utvikling av metabolsk sykdom hos pasienter med fedme enn kroppsmasseindeksen isolert (9, 10).

Det er dokumentert at pasienter med type 2-diabetes med dårlig glykemisk kontroll og kroppsmasseindeks lavere enn 35 kg/m^2 ,

«Metabolsk sykdom bør trolig i større grad enn kroppsmasseindeks isolert stå sentralt i indikasjonsstillingen»

kan oppnå remisjon eller bedring av type 2-diabetes etter fedmekirurgi (11). Det er imidlertid behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget for effekten av fedmekirurgi hos denne pasientgruppen (12).

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i England og The American Society for Metabolic and Bariatric Surgery i USA har kommet med nye anbefalinger om at pasienter med kroppsmasseindeks $30\text{--}35 \text{ kg/m}^2$ og type 2-diabetes kan vurderes for kirurgi (8, 13). Tilsvarende vurderinger gjør også The International Diabetes Federation og anbefalinger fra The Diabetes Surgery Summit Consensus (14, 15). En diskusjon om eventuelt utvidet indikasjon for bruk av fedmekirurgi hos pasienter med type 2-diabetes vil bli interessant også for norske forhold.

Vi mener det vil være hensiktsmessig å reevaluere eksisterende anbefalinger for bruk av fedmekirurgi også i Norge (7, 9). Kunnskapsgrunnlaget for effekt av kirurgien er betydelig styrket siden 1991, ikke minst effektene på følgesykdommer. I tillegg benyttes til dels andre kirurgiske metoder i dag, og den kirurgiske tilgangen er som hovedregel laparoskopisk, som er assosiert med lavere risiko for perioperative komplikasjoner og kortere liggetid enn

åpen kirurgi. Det argumenteres nå for retningslinjer som i større grad tar hensyn til andre forhold enn kroppsmasseindeks i indikasjonsstillingen til kirurgi (16). Generelt gjelder likevel at dokumentasjonen av spesielt langtidsresultater etter fedmekirurgi bør styrkes (3,17).

Hvem bør opereres?

I en norsk studie hadde 80 % av pasienter som ble operert med gastrisk bypass metabolsk syndrom før kirurgi (18). Enkelte som søker kirurgi og som tilfredsstillende kroppsmassekriteriene for kirurgi har imidlertid normal metabolsk profil og lite helse-relaterte begrensninger av sin sykkelige fedme. Vi mener at noen av disse pasientene kanskje ikke trenger å bli prioritert til kirurgi. For den enkelte pasient kan imidlertid redusert livskvalitet og fysiske begrensninger forårsaket av fedme være av betydning, og disse aspektene må tas med i vurderingen. Vi mener også, i tråd med enkelte internasjonale anbefalinger, at det kan være riktig å vurdere individuelt enkelte pasienter med metabolsk sykdom som ikke oppfyller dagens kriterier for fedmekirurgi. Det kan gjelde pasienter med dårlig regulert type 2-diabetes og kroppsmasseindeks $30\text{--}35 \text{ kg/m}^2$ som ikke responderer tilfredsstillende på konvensjonell behandling. Sistnevnte gruppe har i dag ikke tilbud om fedmekirurgi i det offentlige helsevesenet i Norge.

Prioritering til fedmekirurgi må balanseres opp mot potensiell nytteeffekt og risiko for komplikasjoner og bivirkninger. Metabolsk sykdom bør trolig i større grad enn kroppsmasseindeks isolert stå sentralt i indikasjonsstillingen (9). I dag opplever vi iblant det omvendte for enkelte pasienter.

Tom Mala
tom.mala@netcom.no
Torgeir T. Søvik
Jon A. Kristinsson

Tom Mala (f. 1968) er spesialist i generell kirurgi og i gastroenterologisk kirurgi og overlege ved Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst og Avdeling for gastro- og barnekirurgi, Oslo universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

>>>

Torgeir T. Søvik (f. 1973) er lege i spesialisering i gastroenterologisk kirurgi ved Avdeling for gastro- og barnekirurgi, Oslo universitetssykehus.

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

Jon A. Kristinsson (f. 1959) er spesialist i generell kirurgi og i gastroenterologisk kirurgi, overlege og avdelingsleder ved Senter for sykelig overvekt i Helse Sør-Øst, Oslo universitetssykehus.

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

Litteratur

1. Franz MJ, VanWormer JJ, Crain AL et al. Weight-loss outcomes: a systematic review and meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up. *J Am Diet Assoc* 2007; 107: 1755–67.
2. Adams TD, Davidson LE, Litwin SE et al. Health benefits of gastric bypass surgery after 6 years. *JAMA* 2012; 308: 1122–31.
3. Puzifferri N, Roshek TB 3rd, Mayo HG et al. Long-term follow-up after bariatric surgery: a systematic review. *JAMA* 2014; 312: 934–42.
4. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004; 292: 1724–37.
5. Kolotkin RL, Davidson LE, Crosby RD et al. Six-year changes in health-related quality of life in gastric bypass patients versus obese comparison groups. *Surg Obes Relat Dis* 2012; 8: 625–33.
6. Aftab H, Risstad H, Søvik TT et al. Five-year outcome after gastric bypass for morbid obesity in a Norwegian cohort. *Surg Obes Relat Dis* 2014; 10: 71–8.
7. Gastrointestinal surgery for severe obesity. Consensus development conference panel. *Ann Intern Med* 1991; 115: 956–61.
8. Obesity: Identification, assessment and management of overweight and obesity in children, young people and adults. NICE clinical guideline nr. 189. London: National Institute for Health and Care

Excellence, 2014: 31–2. www.nice.org.uk/guidance/cg189/resources/guidance-obesity-identification-assessment-and-management-of-overweight-and-obesity-in-children-young-people-and-adults-pdf [26.2.2015].

9. Livingston EH. Pitfalls in using BMI as a selection criterion for bariatric surgery. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2012; 19: 347–51.
10. Després JP, Moorjani S, Lupien PJ et al. Regional distribution of body fat, plasma lipoproteins, and cardiovascular disease. *Arteriosclerosis* 1990; 10: 497–511.
11. Müller-Stich BP, Senft JD, Warschkow R et al. Surgical versus medical treatment of type 2 diabetes mellitus in nonseverely obese patients – a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg* 2015; 261: 421–9.
12. Hofmann B, Hjelmæsæth J, Søvik TT. Moral challenges with surgical treatment of type 2 diabetes. *J Diabetes Complications* 2013; 27: 597–603.
13. ASMBS clinical issues committee. Bariatric surgery in class I obesity [body mass index 30–35 kg/m². *Surg Obes Relat Dis* 2013; 9: e1–10.
14. Dixon JB, Zimmer P, Alberti KB et al. Bariatric surgery; an IDF statement of type 2 diabetes. *Surg Obes Relat Dis* 2011; 7: 433–47.
15. Rubino F, Kaplan LM, Schauer PR et al. The Diabetes Surgery Summit consensus conference: recommendations for the evaluation and use of gastrointestinal surgery to treat type 2 diabetes mellitus. *Ann Surg* 2010; 251: 399–405.
16. Cummings DE, Cohen RV. Beyond BMI: the need for new guidelines governing the use of bariatric and metabolic surgery. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2014; 2: 175–81.
17. Giske K, Lauvrat V, Elvsåas I-K Ø et al. Langtidseffekter etter fedmekirurgi. www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/langtidseffekter-etter-fedmekirurgi [26.2.2015].
18. Søvik T, Irandoust B, Birkeland KI et al. Type-2 diabetes før og etter gastrisk bypass. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130: 1347–50.

Mottatt 11.2. 2015, første revisjon innsendt 26.2. 2015, godkjent 26.2. 2015. Redaktør: Hanne Støre Valeur.

Publisert først på nett.

Byråkrater og medisinske termer

Når leger skal ordlegge seg overfor byråkrater, er jeg redd viktige ting kan gå byråkratene hus forbi.

Som pårørende har jeg erfart at det brukes en mengde medisinske termer som i hvert fall jeg har måttet google for å finne ut hva er. Og det er da jeg blir betenkt. Forstår byråkrater som for eksempel sitter og fordeler sykehjemsplasser disse termene? De har muligens et medisinsk leksikon liggende, men jeg tviler sterkt på om de bruker

«Hadde det vært en idé for dere leger å beflitte dere på å bruke mest mulig norsk?»

det i særlig utstrekning. Hvor blir pasient-sikkerheten av da? Jeg nevner i fleng en del av termene jeg har måttet finne ut av: hyperparatyroidisme, meningeom, caput-nekrose, dyspné, fleksjonskontraktur, kyfose, atrofi, kakektisk.

Nå vet jeg omsider hva de betyr, men hadde det vært en idé for dere leger å beflitte dere på å bruke mest mulig norsk istedenfor alle de latinske uttrykkene? De er nok veldig presise, men kanskje man i hvert fall kan gi en kortfattet oppsummering på norsk om hva det handler om? Mange menneskeskjebner avhenger av at legens utsagn blir forstått.

Vesla Skage
helgabet@online.no

Vesla Skage er pårørende.
Ingen oppgitte interessekonflikter

Mottatt 17.2. 2015 og godkjent 25.2. 2015. Redaktør: Hanne Støre Valeur.

Publisert først på nett.