

Fedmereduserende kirurgi gir effektiv vektreduksjon, men det mangler studier der slik behandling blir sammenliknet med intensive konservative behandlingsregimer

Sykelig fedme på alvor

Fysisk inaktivitet og økt kaloriinntak forklarer hvorfor verden nå opplever en fedmeepidemi som kan bli dette århundrets største helsetrussel. Fedme gir økt dødelighet og risiko for følgesykdommer som type 2-diabetes, høyt blodtrykk, hjerte- og karsykdom, nattlige pustestopp og enkelte kreftsykdommer.

I dette nummer av Tidsskriftet publiseres flere artikler om sykkelig overvekt hos voksne. Elisabeth Ulset og medarbeidere viser at hver femte nordmann per definisjon er fet, dvs. har en kroppsmasseindeks (BMI) på 30 kg/m² eller mer (1), og nærmere én av 50 er antakelig sykkelig fet (BMI \geq 40 kg/m² eller \geq 35 kg/m² pluss minst én følgesykdom) (2). Frem til 2004 fantes det intet offentlig organisert helhetlig tilbud ved sykkelig fedme i Norge. En interregional arbeidsgruppe anbefalte i mai 2005 å etablere et regionalt kompetansesenter for behandling av sykkelig overvekt i hver helseregion med ansvar for å tilby en helhetlig og likeverdig behandling (2). Slike sentre skal i tillegg prøve ut og forske på ulike former for behandling, slik som læring, mestrings tiltak, livsstilsendring, medikamentell behandling og fedmereduserende kirurgi. Ettersom fedme er en kronisk sykdom, er livslang oppfølging og god samhandling mellom første- og annenlinjetjenesten svært viktig.

I to artikler rapporterer to sykehus, et offentlig og et privat, om sine første erfaringer med fedmereduserende kirurgi (3, 4). Aker universitetssykehus rapporterer om ett dødsfall og 15 alvorlige postoperative komplikasjoner, slik som lekkasje fra ventrikkeltarm, blødning og abscess, mens Alerisssykehuset anfører kun én alvorlig komplikasjon (ulcus perforans). Det er flere mulige forklaringer på denne forskjellen. For det første kan pasientseleksjonen være forskjellig. Aker universitetssykehus inkluderte i sitt materiale 14 pasienter operert med biliopankreatisk avledning med duodenal omkobling (switch), og denne metoden kan være beheftet med flere komplikasjoner enn gastrisk bypass. Likevel har flere sykehus gode erfaringer med denne teknikken, blant annet sykehuset i Førde; etter de første 125 operasjonene der har kun to pasienter hatt lekkasje fra ventrikkeltarm, og det er ikke registrert noen dødsfall 90 dager etter operasjon (Villy Våge, personlig meddelelse). Dessuten kan pasienter som betaler operasjonen selv, være spesielt ressurssterke. Færre pasienter ved Alerisssykehuset enn ved Aker universitetssykehus hadde søvnapné. Det er også dokumentert at læringskurven ved denne type kirurgi er bratt, og kirurgene på Alerisssykehuset har lang erfaring fra fedmekirurgi på Island. Begge sentrene understreker viktigheten av grundige preoperative forberedelser, et sterkt tverrfaglig team og et tilstrekkelig operasjonsvolum for å sikre kvaliteten.

Serena Tonstad og medarbeidere presenterer sine resultater fra en retrospektiv journalgjennomgang med 78 pasienter fulgt i minst ett halvt år etter biliopankreatisk avledning med duodenal omkobling (5). Selv om analysen svekkes noe av manglende informasjon om ernæringsstatus før operasjon og varierende datatilgang under oppfølgingen, bekrefter den tidligere rapporten om at operasjon kan medføre alvorlig underernæring hos noen pasienter. Forfatterne setter spørsmålsteget ved selve metoden og antyder at aktuelle pasienter bør motiveres til andre typer fedmereduserende kirurgi. Dette spørsmålet kan kun avklares gjennom randomiserte, prospektive studier med direkte sammenlikninger av helsegevinst og bivirkninger av forskjellige operasjonsmetoder (6).

Mange har urealistiske forventninger om normalisering av vekten. Helsepersonell burde i større grad understreke helsegevinster av moderat vektreduksjon, slik som bedring av livskvalitet, arbeidsevne og metabolske parametere. Ved et moderat vekt tap (5–10 %) reduseres først og fremst mengden intraabdominalt fett. 10 % vekt tap er assosiert med betydelig bedring i både blodtrykk, blod-sukternivå, insulinfølsomhet, blodlipidverdier og leveutsikter (7). Det er derfor grunn til å vurdere helsegevinsten av ytterligere vekt tap. Det er ikke publisert kliniske studier der man sammenlikner helseeffekten av intensiv livsstilsintervensjon og fedmereduserende kirurgi. Slike studier pågår nå i regi av Helse Midt-Norge og Helse Sør. De primære endepunktene er endringer i vekt, livskvalitet, glukosetoleranse, søvnapné, blodtrykk og lungefunksjon. De første resultatene forventes publisert i slutten av 2008.

På verdensbasis er forekomsten av fedme høyere hos kvinner enn hos menn (8), og i USA er andelen kvinner med sykkelig fedme mer enn dobbelt så høy som andelen menn med slik fedme (9). Denne forskjellen gjenspeiles også i artiklene om forholdene i Norge. Av om lag 900 pasienter med sykkelig overvekt vurdert ved Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør de siste to årene, er nesten tre firedeler kvinner (upubliserede data). Det har vært fremsatt flere forklaringer på dette. Finnes det «kvinnespesifikke» årsaker til fedme? Kvinner legger på seg ved svangerskap, flere kvinner enn menn lider av spiseforstyrrelser, og kvinner er oftere enn menn utsatt for seksuelt misbruk. Arvelige faktorer og økonomi kan også være av betydning.

Sykkelig fedme er en kronisk sykdom som nå tas på alvor av spesialisthelsetjenesten. Fedmereduserende kirurgi har på kort tid fått en viktig plass i Norge, men det er viktig å få bedre dokumentasjon av effekten av slik behandling, særlig i forhold til medikamentell behandling og livsstilsintervensjon. Dessuten må primærhelsetjenestens plass i behandlingkjeden avklares, og ikke minst må behandlingstilbudet til barn bli bedre.

Jøran Hjelmesæth
joran@online.no

Jøran Hjelmesæth (f. 1957) er dr.med. og spesialist i indremedisin og i nyresykdommer. Han er leder for Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatteren har mottatt honorar fra Sanofi-aventis for deltakelse i et rådgivningsutvalg ved lanseringen av et fedmereduserende medikament.

Litteratur

- Ulset E, Undheim R, Malterud K. Er fedmeepidemien kommet til Norge? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 34–7.
- Behandling av sykkelig overvekt hos voksne. Rapport fra en nasjonal arbeidsgruppe. www.helse-midt.no/upload/4882/page.html (12.12.2006).
- Gislason H, Ræder J, Bergland A et al. Laparoskopisk gastrisk bypass ved ekstrem overvekt ved et privatsykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 43–6.
- Søvik TT, Aasheim ET, Kristinsson J et al. Laparoskopisk kirurgi ved sykkelig fedme ved et regionalt senter. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 47–9.
- Tonstad S, Sundfør T, Myrvoll EA. Ernæringsstatus etter operativ behandling for fedme. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 50–3.
- Aasheim ET, Mala T, Søvik TT et al. Kirurgisk behandling av sykkelig fedme. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 38–42.
- Haslam D, Sattar N, Lean M. ABC of obesity. Obesity – time to wake up. BMJ 2006; 333: 640–2.
- Haslam DW, James WP. Obesity. Lancet 2005; 366: 1197–209.
- Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR et al. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999–2004. JAMA 2006; 295: 1549–55.