

Livsstilsbehandling av sykelig fedme

Vektreduserende kirurgi kan være god behandling for sykelig fedme, men kan også medføre alvorlige komplikasjoner. Siden mellom 50 000 og 100 000 nordmenn kan være sykelige fete, er det klart at de færreste kan bli operert. Fagmiljøet må nå kritisk diskutere hvilke pasienter som kan ha best nytte av vektreduserende kirurgi og bidra til at det utvikles gode alternative behandlingsstrategier. Nylig publiserte studier styrker kunnskapsgrunnlaget for livsstilsbehandling av sykelig fedme. Endring av livsstil er en viktig del av alle tiltak mot fedme, i tillegg til medikamentell behandling og fedmekirurgi.

Oppgitte interessekonflikter: Se til slutt i artikkelen

Jøran Hjelmesæth

joran.hjelmeseth@siv.no
Senter for sykelig overvekt i Helse Sør-Øst
Sykehuset i Vestfold
Postboks 2168
3103 Tønsberg

Dag Hofsvold

Martin Handeland
Line Kristin Johnson
Rune Sandbu

Senter for sykelig overvekt i Helse Sør-Øst

Hver femte nordmann er fet (BMI ≥ 30 kg/m²) (1), og hver 50. nordmann kan være sykelig fet (BMI ≥ 40 kg/m² eller ≥ 35 kg/m² med følgesykdom) (2, 3). Dette betyr at 600 000 voksne (20–70 år) nordmenn er fete, hvorav 60 000 er sykelig fete. Sykelig fedme er en kronisk sykdom som assosiert med spesielt høy risiko for diabetes mellitus, søvnapné, hjerte- og karsykdom og tidlig død (2, 4).

Behandlingsmålsettingen er derfor først og fremst å redusere risikoen for og skadevirkningen av disse følgesykdommene. Dette kan oppnås ved livsstilsendring (alltid), medikamentell behandling eller fedmekirurgi (bariatrisk kirurgi). Hovedhensikten med denne kronikken er å diskutere kunnskapsgrunnlaget for livsstilsbehandling av sykelig fedme i lys av nylig publiserte studier.

Bariatrisk kirurgi er nylig omtalt i Tidsskriftet (2, 5). Det planlegges totalt 1 000 bariatriske inngrep i Norge i 2007, hvilket innebærer en tredobling i forhold til i 2005. Sykelige fete pasienter kan innen få år utgjøre den mest ressurskrevende pasientgruppen ved flere av landets gastrokirurgiske avdelinger. Bariatrisk kirurgi kan medføre alvorlige komplikasjoner og har sterk innvirkning på den generelle fysiske

og psykososiale helsetilstand (2, 5). Det er derfor viktig at fagmiljøet kritisk diskuterer hvilke pasienter som kan ha best nytte av fedmekirurgi, og at det utvikles gode alternative behandlingsstrategier.

Helhetlig tverrfaglig behandling

En nasjonal arbeidsgruppe har anbefalt at hver helseregion etablerer et regionalt senter med ansvar for helhetlig og likeverdig behandling av pasienter med sykelig overvekt (3). Disse kompetansesentrene skal ivareta behandling, opplæring av pasienter og pårørende, forskning og undervisning. Det understrekes at behandling av sykelig overvekt krever en tverrfaglig tilnærming, og at det er nødvendig med høy faglig kompetanse og store organisatoriske ressurser. Videre anbefales det at man etablerer et behandlingsforløp i tre trinn: forberedelse, behandlingstiltak og oppfølging. Først må pasienten informeres om fordeler og ulemper ved de ulike behandlingstilbudene og deretter gis anledning til å delta i beslutningsprosessen om valg av behandling. I prinsippet foreligger tre (ikke gjensidig utelukkende) valg for behandlingsstrategi: livsstilsendring (uansett), medikamentell behandling og fedmekirurgi. Endringer i livsstil vil oftest kreve oppfølging over lang tid.

Arbeidsgruppen understreker også viktigheten av at det etableres samhandlingsprosjekter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten både i det aktive behandlingsforløpet og det langsiktige oppfølgingsprogrammet (3). Den interregionale arbeidsgruppen vil implementere anbefalinger for behandling av sykelig overvekt hos barn/ungdom i spesialisthelsetjenesten i en revidert rapport (under arbeid).

Livslang endring av livsstil

Varig endring av livsstil er fundamentet og fellesnevneren i all fedmereduserende behandling, enten det gjelder forebyggende tiltak, atferdsterapi, medikamentell behandling eller fedmekirurgi.

Intensiv livsstilsbehandling i form av døgn- eller dagbasert rehabilitering (kurs-senter) prøves ut flere steder i Norge, men eventuell helsegevinst på sikt har til nå ikke vært dokumentert. Derfor ble alle som fikk et slikt behandlingstilbud i Norge i 2006 inkludert i prosjekter eller studier der man har til hensikt å dokumentere korttids- og langtidseffekter på livskvalitet, arbeidsførhet, glukosetoleranse, blodtrykk, søvnapné og vekt.

Langtidseffekt av intensiv livsstilsbehandling

To helt nylig publiserte studier der man har undersøkt langtidseffekten av livsstilsbehandling hos fete høyrisikopasienter (6, 7), styrker vårt kunnskapsgrunnlag for livsstilsbehandling av sykelig fedme. I begge disse studiene var vedlikehold av initialt oppnådd vektreduksjon primært endepunkt.

I en retrospektiv undersøkelse av 249 svært fete personer (gjennomsnittlig BMI 47,5 kg/m², vekt 142 kg) som hadde gjennomført et behandlingsopplegg ved Ebeltoft kurs-senter i Danmark, undersøkte man primært hvor stor andel av klientene som hadde opprettholdt et tilfredsstillende vekttap ($\geq 10\%$) henholdsvis to og fire år etter behandling (6). Ett tverrfaglig team bestående av psykolog, fysioterapeut og dietetiker var ansvarlig for behandlingen. Den varte i 21 uker og besto av en lavenergidiett (15 kcal/kg kroppsvekt/d), strukturert intensiv fysisk aktivitet og atferdsterapi. Nordiske retningslinjer for ernæring ble fulgt, og det ble lagt spesiell stor vekt på fysisk trening – minst to timer daglig. Det var ingen systematisk oppfølging eller behandling etter kurs-senteroppholdet. Det gjennomsnittlige vekt-tapet umiddelbart etter avsluttet behandling var 15% (22 kg), mens opprettholdt vekt-tap var 5% etter 2–4 år. Etter fire år hadde 29% opprettholdt et vekt-tap på $\geq 10\%$. De som hadde lyktes med dette, var mer fysisk aktive etter oppholdet enn de som mislyktes.

En nordisk multisenterstudie inkluderte 383 høyrisikopasienter (BMI 37,5 kg/m², vekt 111 kg), som alle gjennomførte en åtteukers betydelig energireduert diett (600–800 kcal/d). De totalt 309 personene

som gikk ned $\geq 5\%$, ble så randomisert til livsstilsintervensjon i tre år, kombinert med orlistat 120 mg tre ganger daglig eller placebo (7). Livsstilsrådene ble gitt av dieteriker eller ernæringsfysiolog hver måned de første 18 månedene, deretter hver tredje måned. Det gjennomsnittlige vekttalet etter åtte ukers intensiv behandling var på 13 % (14 kg), opprettholdt vekttalet etter tre år var 6 % (7 kg) i placebogruppen og 8 % (9 kg) i orlistatgruppen. Andelen pasienter som hadde opprettholdt en vektreduksjon på $\geq 10\%$, var 34 % i orlistatgruppen og 29 % i placebogruppen.

Generaliserbarheten av resultatene fra Ebeltoft-studien begrenses spesielt av studiens retrospektive design. Det er problematisk at kun 249 (70 %) av 354 personer som tilfredsstilte inklusjonskriteriene ble etterundersøkt, hvilket kan ha gitt en skjevhet henimot inklusjon av pasienter med spesielt gode resultater (seleksjonsskjevhet). For å bøte på dette ble det også utført en «verste fallanalyse» der forfatterne antok at ingen av de 105 personene som hadde falt fra hadde opprettholdt et tilfredsstillende vekttalet ($\geq 10\%$). Denne analysen viste at 20 % opprettholdt et tilfredsstillende vekttalet, sammenliknet med 29 % i den opprinnelige analysen.

Siden det ble lagt så stor vekt på fysisk aktivitet (> 2 t daglig), savnes en registrering av helsegevinster relatert til økt fysisk aktivitet og kapasitet (8). Langtidseffekten på vektreduksjon (5 %) var muligens noe skuffende, men omtrent like god som i intervensjonsarmen i XENDOS-studien (5 %) (9) og placeboarmen i den nordiske studien (6 %) (7). Den sistnevnte studien viste at en åtte ukers sterkt energireduert diett etterfulgt av regelmessig oppfølging hos ernæringsfysiolog også kan gi betydelig vektreduksjon på kort sikt samt tilfredsstillende langtidseffekt også uten orlistat.

Hvordan unngå jojoslanking?

En av de største utfordringene i behandling av fedme er å stabilisere vekten best mulig etter vellykket vektreduksjon. I kurscenterstudien inngikk ingen systematisk oppfølging etter oppholdet, og pasientene opprettholdt omtrent en tredel av det initiale vekttalet (6). I lavenergidiettstudien ble imidlertid begge gruppene fulgt tett opp, og pasientene opprettholdt henholdsvis to tredeler (orlistat) og halvparten (placebo) av det initiale vekttalet (7).

Viktigheten av kontinuerlig oppfølging og støtte for å opprettholde vekttalet ble nylig dokumentert i en randomisert studie med 314 personer som hadde gått ned minst 10 % i vekt (gjennomsnittlig 19 kg) de siste to årene (10). Deltakerne ble randomisert til en ansikt-til-ansikt-intervensjonsgruppe (gruppevis og individuell terapi), en Internett-basert intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Målsettingen var å forebygge vektøkning ($< 2,3$ kg) i løpet av 18

måneder. Deltakerne i intervensjonsgruppene rapporterte vekten en gang ukentlig, og de fikk umiddelbart en forhåndsprogrammert tilbakemelding basert på en fargeskala for vektøkning. De som hadde opprettholdt vekten (grønn sone $< 1,4$ kg) fikk positiv tilbakemelding, mens de i gul (1,4–2,2 kg) eller rød sone ($> 2,2$ kg) fikk råd om hva som skulle til for at de skulle komme tilbake i grønn sone. Kontrollgruppen fikk tilsendt skriftlig informasjon om kost, mosjon og vektkontroll hver 3. måned. Det var lavest vektøkning i ansikt-til-ansikt-gruppen (2,5 kg) sammenliknet med Internett-gruppen (4,7 kg) og kontrollgruppen (4,9 kg).

Vår egen erfaring tilsier at de pasienter som klarer å gjennomføre om lag en times moderat til intensiv aktivitet per dag og samtidig inntar regelmessige måltider (tre hovedmåltider og 2–3 mellommåltider) ofte lykkes med å stabilisere vekten.

Vektreduksjon og fysisk aktivitet gir bedre helse

10 % vekttalet er assosiert med bedring i risikofaktorer for hjerte- og karsykdom og død (11). Effekten av intensiv livsstilsintervensjon på forekomsten av nyoppstått kardiovaskulær sykdom og død evalueres nå i en stor amerikansk randomisert studie med ca. 5 000 fete personer med type 2-diabetes (12). Over halvparten av deltakerne er sykelige fete (gjennomsnittlig BMI 36 kg/m²). Det kan ta mange år før hovedresultatene blir presentert, men ettårsresultatene

var oppmuntrende og viste at intensiv livsstilsintervensjon førte til signifikant vektreduksjon (8 %), bedring av kondisjon (21 %) samt bedring i kardiovaskulære risikofaktorer. Fysisk aktivitet kan bidra til vekttalet og opprettholdelse av vekttalet, men minst like viktig er den uavhengige helsegevinsten av fysisk aktivitet og høyere kapasitet på faktorene livskvalitet, sykdom og død (8).

Forebygging av diabetes

Vi har registrert at én av fire personer med sykkelig fedme har type 2-diabetes (208 av 892 pasienter, D. Hofsvø, personlig meddelelse). Behandling og forebygging av diabetes er derfor viktige elementer i livsstilsstrategien. En finsk studie har vist at intensiv livsstilsbehandling av fete personer med høy risiko for diabetes reduserte fireårsinsidensen av sykdommen med nærmere 60 % (11 % versus 23 %) (13), til tross for en gjennomsnittlig vektreduksjon på bare 3–4 %. Nye data viser at den forebyggende effekten holdt seg godt i sju år (14). Livsstilsgruppen fikk råd om et kosthold der under 30 % energiinntaket skrev seg fra fett og under 10 % fra mettet fett, de ble anbefalt å øke fiberinntaket til minst 15 g per 1 000 kcal og skulle bedrive moderat fysisk aktivitet i minst 30 minutter daglig.

Konklusjoner

Livsstilsendring er fundamentet og fellesnevneren i all fedmereduserende behandling



Illustrasjon Kari Stai, Patron

– det kan være forebyggende tiltak, atferds-terapi, medikamentell behandling eller fedmekirurgi. Systematisk organisert livsstils-behandling ved sykkelig fedme gir vektreduksjon på kort sikt, og nye studier tyder på at godt organisert oppfølging og motivasjon kan gi tilfredsstillende langtidsresultater. Det er imidlertid fortsatt behov for dokumentasjon av tiltak som kan gi varig helsegevinst. Det er også viktig å huske at endring i livsstil kan gi helsegevinst uavhengig av vektreduksjon, f.eks. bedre livskvalitet, lavere dødelighet og forebygging av diabetes og hjerte- og karsykdom.

Kunnskapsgrunnlaget i dag burde være godt nok til at behandling av sykkelig fedme bør inkludere hjelp til varig endring i livsstil, god oppfølging og støtte samt medikamentell behandling etter behov. Fedmereduserende kirurgi bør forbeholdes pasienter som har gjennomført slike tiltak uten å lykkes og som er motivert for kirurgi og aksepterer mulige komplikasjoner. Primærhelsetjenesten bør styrke sin kompetanse på behandling av sykkelig fedme, og samhandlingen mellom første- og annenlinjetjenesten må videreutvikles.

Addendum

En helt nylig publisert observasjonsstudie bekrefter at intensiv livsstilsintervensjon kan ha god behandlingseffekt. En av fem sykkelig fete pasienter (BMI 52,7 kg/m²,

vekt 160 kg) hadde et gjennomsnittlig vekttap på 61 kg (40 %) i løpet av ett år, og opprettholdt vekttap etter fem år var 30 kg (20 %) (15).

Oppgitte interessekonflikter: *Jøran Hjelmesæth har mottatt honorar fra Sanofi-Aventis for deltakelse i et rådgivningsutvalg [advisory board] i forbindelse med lanseringen av et fedmereduserende medikament i 2006 og Rune Sandbu har fått støtte fra Ethicon og Tyco til kongresser og studieturer til utenlandske sykehus. De andre forfatterne har ingen oppgitte interessekonflikter.*

Litteratur

1. Ulset E, Undheim R, Malterud K. Er fedmeepidemien kommet til Norge? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 34–7.
2. Hjelmesæth J. Sykelig fedme på alvor. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 14.
3. Behandling av sykkelig overvekt hos voksne. Rapport fra en nasjonal arbeidsgruppe. www.helsemidt.no/upload/4882/page.html (12.12.2006).
4. Engeland A, Bjorge T, Selmer RM et al. Height and body mass index in relation to total mortality. Epidemiology 2003; 14: 293–9.
5. Aasheim TE, Mal T, Søvik TT et al. Kirurgisk behandling av sykkelig fedme. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 38–42.
6. Christiansen T, Bruun JM, Madsen EL et al. Weight loss maintenance in severely obese adults after an intensive lifestyle intervention: 2- to 4-year follow-up. Obesity 2007; 15: 413–20.
7. Richelsen B, Tonstad S, Rossner S et al. Effect of orlistat on weight regain and cardiovascular risk factors following a very-low-energy diet in abdominally obese patients: a 3-year randomized, placebo-controlled study. Diabetes Care 2007; 30: 27–32.

8. Anderssen SA, Strømme SB. Fysisk aktivitet og helse – anbefalinger. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2037–41.
9. Torgerson JS, Hauptman J, Boldrin MN et al. XENical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) study: a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. Diabetes Care 2004; 27: 155–61.
10. Wing RR, Tate DF, Gorin AA et al. A self-regulation program for maintenance of weight loss. N Engl J Med 2006; 355: 1563–71.
11. Haslam D, Sattar N, Lean M. ABC of obesity. Obesity – time to wake up. BMJ 2006; 333: 640–2.
12. Look AHEAD Research Group, Pi-Sunyer X, Blackburn G, Brancati FL et al. Reduction in weight and cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes: one-year results of the look AHEAD trial. Diabetes Care 2007; 30: 1374–83.
13. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG et al, Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001; 344: 1343–50.
14. Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. Lancet 2006; 368: 1673–9.
15. Anderson JW, Conley SB, Nicholas AS. One hundred-pound weight losses with an intensive behavioral program: changes in risk factors in 118 patients with long-term follow-up. Am J Clin Nutr 2007; 86: 301–7.

Manuskriptet ble mottatt 29.4. 2007 og godkjent 25.6. 2007. Medisinsk redaktør Michael Bretthauer.