
Fedmekirurgi er effektivt, men gir mange bivirkninger

FRA ANDRE TIDSSKRIFTER

ØYVIND STOPLE SIVERTSEN

Tidsskriftet

Kirurgi er bedre enn medisinsk behandling ved sykelig overvekt med diabetes og hypertensjon, men gir økt risiko for komplikasjoner.



Forfattergruppen (fra venstre): Morten Lindberg, Rune Sandbu, Gunn Signe Jakobsen, Jøran Hjelmæsæth og Dag Hofso. Ikke til stede: Jens K. Hertel, Milada Småstuen og Njord Nordstrand. Foto: Privat

I en norsk studie som nylig er publisert i tidsskriftet *JAMA*, ble pasienter som hadde blitt behandlet for sykelig overvekt, fulgt i inntil ti år etter fedmekirurgi eller spesialisert medisinsk behandling (1). 92 % av operasjonene var av typen gastrisk bypass. Etter en median oppfølgingstid på 6,5 år hadde pasienter med diabetes og hypertensjon som gjennomgikk fedmekirurgi høyere remisjonsrater enn gruppen som

fikk medisinsk behandling. Kirurgi ga imidlertid også økt risiko for psykologiske, medisinske og kirurgiske komplikasjoner. De opererte pasientene hadde også større sannsynlighet for å bruke medisiner mot depresjon, søvnløshet, angst og smerter.



Jakobsen og medarbeidere publiserte en originalartikkel i JAMA 16. januar 2018.

– Utover disse hovedfunnene vil jeg fremheve at gruppen som valgte kirurgisk behandling i stor grad også unngikk utvikling av hypertensjon, diabetes og dyslipidemi, sier Gunn Signe Jakobsen, ph.d.-stipendiat ved Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst, Sykehuset i Vestfold og Universitetet i Oslo, og artikkelens førsteforfatter.

– Det motsatte var tilfelle for depresjon, angst og søvnforstyrrelser. De som valgte kirurgisk behandling, hadde oftere nye mage-tarm-inngrep, jernmangel og magesmerter som førte til behandling i spesialisthelsetjenesten. Denne studien viser dermed både «forsiden og baksiden av medaljen» ved fedmekirurgi, sier Jakobsen.

– Som ved mange andre sykdommer har den mest effektive behandlingen også mest negative konsekvenser, og hver pasient må i samråd med sin lege vurdere om behandlingen er verdt det, poengterer hun.

Studien utgår fra Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst ved Sykehuset i Vestfold. Jens Kristoffer Hertel, som er seksjonsleder og forskningsleder, fremhever senterets integrerte forskning gjennom hele behandlingsforløpet og at samarbeidet mellom medisin og kirurgi skjer sømløst på tvers av klinikkstrukturen.

– Alle pasienter som blir henvist til den regionale poliklinikken, blir tilbudt førstegangskonsultasjon hos lege for utredning. Deretter får pasienten time hos en av de andre i det tverrfaglige teamet – sykepleier, ernæringsfysiolog eller fysioterapeut. Når den tverrfaglige utredningen er gjort, legger lege og pasient i samråd en plan for videre oppfølging, livsstilsbehandling eller kirurgi, forteller Hertel.

700–800 nye pasienter henvises hvert år til senteret, der det gjennomføres over 8 000 polikliniske konsultasjoner.

– Siden oppstarten i 2004 har pasientene hatt stor innflytelse på hvilken type behandling som velges, det vil si behandling og oppfølging på senteret, opphold på rehabiliteringssenter eller fedmekirurgi. Om lag halvparten av pasientene har vektreduserende kirurgisk behandling som sitt førstevalg. Et tett samarbeid mellom medisinsk og kirurgisk klinikk har vært en forutsetning for etableringen av behandlingsforløpene og sentralt i det daglige og langsiktige strategiske arbeidet, sier Hertel.

LITTERATUR

1. Jakobsen GS, Småstuen MC, Sandbu R et al. Association of bariatric surgery vs medical obesity treatment with long-term medical complications and obesity-related comorbidities. JAMA 2018; 319: 291 - 301. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 17. september 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0528

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 30. august 2026.