
Operativ behandling av sykelig overvekt

REDAKSJONELT

HAFFNER JFW

LØVIG T

I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Fanneløp og medarbeidere et materiale fra Kristiansand (1) som gjør det aktuelt å ta opp diskusjonen om operativ behandling av overvekt på nytt, og å drøfte hvilke inngrep som ev. bør benyttes.

Overvekt medfører helseproblemer når vekten er mer enn 30% over den normale. Pasienter med sykelig overvekt (definert som mer enn 100% overvekt) har 12 ganger så høy dødelighet som normalvektige og betydelig økt forekomst av bl.a. diabetes, hypertensjon, hyperlipidemi, lungesyntomer, belastningssykdommer og psykososiale problemer. Nyere forskning kan tyde på at sykelig overvekt skyldes gendefekter som forårsaker forstyrrelser i hypothalamus med leptinmangel og muligens forstyrrelser i neuro-endokrine transmittorsubstanser. Siden årsak og patogenese er usikker, er nesten all behandling rettet mot kaloriinntak og absorpsjon.

ULIKE BEHANDLINGSMETODER

Det er dessverre slik at ingen annen behandling enn den kirurgiske gir varig vektreduksjon hos det store flertall av pasienter med sykelig overvekt. Diettregimer gir ofte god vektreduksjon umiddelbart, men det viser seg at knapt 5% greier å holde vekttapet lenger enn to år. Det har til og med vist seg at vekten etter diettbehandling kan bli høyere enn før (jojoeffekten). Selv om pasienten følger en lavkaloridiett og får ukentlig oppfølging i flere år, klarer ikke mer enn ca. 20% å holde vekten. I en sammenliknende studie var kostnad per kilo tapt vekt ved slik medisinsk behandling større enn kostnadene ved kirurgi etter seks år (2).

Kirurgisk behandling av sykelig overvekt har vært benyttet siden jejunum-ileal bypass ble lansert av Kremen og medarbeidere i 1954. Forskjellige modifikasjoner av tarmshunt (utsjalling av storparten av tynntarmen) ble benyttet ved mange kirurgiske avdelinger i Norge helt frem til slutten av 1970-tallet. Metoden er i dag forlatt på grunn av alvorlige bivirkninger hos opptil 50% av de opererte. Det dreier seg om alvorlig diaré med væske- og elektrolyttforstyrrelser, leveraffeksjon, forstyrrelser i immunsystemet, urolithiasis (oksalat) og osteomalasi.

I 1966 introduserte Mason gastric bypass. Man lager en liten proksimal ventrikkellomme som blir anastomosert til tynntarm. Denne operasjonen gir både tidlig metthetsfølelse og nedsatt absorpsjon ved at ventrikkelinnholdet ledes forbi distale del av ventrikkelen og duodenum. Det er senere blitt introdusert en rekke andre ventrikkelinngrep som er mindre omfattende. Man sørger for tidlig metthetsfølelse ved at maten samles opp i en avgrenset proksimal lomme, utenat distale ventrikkel og duodenum sjaltes ut.

Gastric wrapping, som er benyttet i Kristiansand, vil si at man anlegger en ikke-utvidbar proksimal ventrikkellomme ved hjelp av et kunststoffnett. Dette er en relativt omfattende kirurgisk prosedyre som først ble introdusert av Wilkinson og Peloso i 1981.

Den kirurgiske metoden som er mest brukt i dag er sannsynligvis "Masons vertical banded gastroplasty"; anleggelse av en proksimal lomme i ventrikkelen i forlengelse av oesophagus ved hjelp av en vertikal rad med stifter og innsnevring av utløpet av lommen med et bånd.

I Norge var gastric banding (anleggelse av en proksimal lomme ved hjelp av et bånd rundt ventrikkelens øvre del), som ble lansert av Bø i 1981, den mest brukte metode frem til slutten av 1980-tallet. Siden da har svært få pasienter vært operert for sykkelig overvekt i vårt land pga. dårlige langtidsresultater (3). I andre land, bl.a. Sverige, har man fortsatt med ventrikkelinngrep, men i økende grad gjort dem laparoskopisk (4-6).

BØR PASIENTER MED SYKELIG OVERVEKT TILBYS OPERATIV BEHANDLING?

Alle de kirurgiske metodene som er brukt opp gjennom årene har gitt et godt initialt vekttap, men etter 2-3 år har vektøkningen kommet, enten pga. svikt i metoden (utvidelse av ventrikkellommen eller utløpet fra lommen) eller fordi pasientene har endret kostholdsvaner for å få i seg flere kalorier.

Det er dessverre svært få materialer i litteraturen som viser hvordan det går med pasientene når det er gått fem år eller mer siden operasjonen. Den metoden som har vist seg å være best på lengre sikt er gastric bypass, som er et relativt omfattende inngrep og som medfører at distale del av ventrikkelen ikke lenger blir tilgjengelig med gastroskop. Selv denne operasjonen gir et akseptabelt resultat hos bare litt over halvparten av pasientene i de fleste langtidsmaterialer, men opptil 89% vellykket resultat har vært rapportert (2).

Kristiansands-materialet illustrerer flere forhold vedrørende resultatene av slankeoperasjoner: Det ble oppnådd en vektreduksjon som iallfall varte i gjennomsnittlig fire år. Bivirkningene etter operasjonene var så omfattende at seks av 25 pasienter trengte reoperasjon. Pasienter hvor en tidligere slankeoperasjon ble konvertert til gastric wrapping, beholdt eller økte sitt vekttap. Også i andre materialer har det vist seg at konvertering av en slankeoperasjon til en annen er nødvendig for å opprettholde vekttapet; mens reversering av prosedyren gjør at pasientene innen relativt kort tid igjen kommer opp i samme vekt som før slankeoperasjonen.

Det har vist seg at slankeoperasjonene ikke bare gir vektreduksjon, men at de også har effekt på ikke-insulinkrevende diabetes (7), hypertoni, hyperlipidemi og respirasjonsproblemer forbundet med sykkelig overvekt (8). Som et resultat av dette var det konsensus i USA i 1991 om at det fortsatt var berettiget å utføre slankeoperasjoner, men at behandlingen fordrer nøyaktig utvelgelse av pasienter og langvarig oppfølging (9, 10).

Vi har ikke noe godt behandlingstilbud til pasienter med sykkelig overvekt i Norge, så kanskje er tiden kommet for å arrangere en tilsvarende konsensuskonferanse hos oss.

Jon Haffner
Torgeir Løvig

LITTERATUR

1. Fanneløp TO, Aune S, Woxholt G, Michelsen JB. Kirurgisk behandling av overvekt. Er gastric wrapping et alternativ? Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2166-9.
2. Martin LF, Tan TL, Horn JR, Bixler ED, Kauffman GL, Becker DA et al. Comparison of the costs associated with medical and surgical treatment of obesity. Surgery 1995; 118: 599-606.
3. Løvig T, Haffner JFW, Kaaresen R, Nygaard K, Stadaas JO. Gastric banding for morbid obesity: five year follow-up. Int J Obes Relat Metab Disord 1993; 17: 453-7.
4. Lonroth H, Dalenback J, Haglind E, Lundell L. Laparoscopic gastric bypass. Another option in bariatric surgery. Surg Endosc 1996; 10: 636-8.
5. Lonroth H, Dalenback J, Haglind E, Josefsson K, Olbe L, Fagevik-Olsen M et al. Vertical banded gastroplasty by laparoscopic technique in the treatment of morbid obesity. Surg Laparosc Endosc 1996; 6: 102-7.
6. Belachew M, Legrand MJ, Defechereux TH, Burtheret MP, Jacquet N. Laparoscopic adjustable silicone gastric banding in the treatment of morbid obesity. Surg Endosc 1994; 8: 1354-6.
7. Pories WJ, Swanson MS, MacDonald KG, Long SB, Morris PG, Brown BM et al. Who would have thought it? An operation proves to be the most effective therapy for adult-onset diabetes mellitus. Ann Surg 1995; 222: 339-50.
8. Benotti PN, Forse RA. The role of gastric surgery in the multidisciplinary management of severe obesity. Am J Surg 1995; 169: 361-7.
9. National Institute of Health Consensus Development Conference Statement, Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity. March 25-27, 1991. Obesity Surgery 1991; 1: 257-65.
10. Brolin RE. Update: NIH consensus conference. Gastrointestinal surgery for severe obesity. Nutrition 1996; 12: 403-4.

Publisert: 10. juni 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. september 2026.