

Norsk forskning. Er du i ferd med å publisere eller har du nylig publisert i et internasjonalt tidsskrift? Tips oss erlend.hem@medisin.uio.no



Torgeir T. Søvik (til høyre) og Erlend T. Aasheim, studiens første- og andreforfatter. Foto SCANPIX/Jon Eeg

Hvilken fedmeoperasjon bør utføres ved ekstrem fedme?

Ved ekstrem fedme gir duodenal omkobling større vektreduksjon enn gastrisk bypass, men ikke nødvendigvis større helsegevinster.

Forekomsten av overvekt og fedme har økt kraftig de siste tiårene, og særlig urovek-kende er økningen i ekstreme former for fedme. Omtrent en av fem pasienter som opereres for fedme i Norge har en kropps-masseindeks (BMI) > 50 kg/m².

Gastrisk bypass er den vanligste fedme-operasjonen, men ved enkelte sentre brukes duodenal omkobling ved ekstrem fedme. Sammen med svenske forskere har vi nå for første gang sammenliknet gastrisk bypass med duodenal omkobling i en ran-domisert studie, blant pasienter med BMI 50–60 kg/m² (1).

– Vår hypotese var at duodenal omkob-ling ville gi større vektreduksjon enn gast-risk bypass, og dermed ytterligere helse-gevinster i form av bedret kardiovaskulær risikoprofil og livskvalitet, sier førstepor-fatter Torgeir T. Søvik ved Senter for sykelig overvekt i Helse Sør-Øst, Oslo universitetssykehus, Aker.

– Studien ga klare svar. For det første var prosentvis vektreduksjon mye større etter duodenal omkobling enn etter gastrisk bypass, med henholdsvis 45 % og 31 % kroppsvekttap etter to år. Dette innebærer at pasienter med ekstrem overvekt ofte vil ha betydelig fedme selv etter en gastrisk bypassoperasjon. Imidlertid førte begge operasjonene til store, og sammenliknbare, forbedringer i kardiovaskulære risikofak-torer. Unntaket var blodlipider der duodenal omkobling ga størst forbedringer. Til tross

for den store forskjellen i vektreduksjon, var livskvaliteten betydelig bedret etter begge operasjonene. Duodenal omkobling medførte imidlertid flere komplikasjoner og flere ernæringsforstyrrelser.

– Ved ekstrem fedme gir fedmekirurgi store helsegevinster og bedret livskvalitet, men ikke nødvendigvis normalisert vekt. Duodenal omkobling kan kanskje tilbys utvalgte pasienter, men er forbundet med en større risiko enn gastrisk bypass, sier Søvik.

Forskning på sykelig fedme

Artikkelen er skrevet av Torgeir T. Søvik, Erlend T. Aasheim, Osama Taha, My Engström, Morten W. Fagerland, Sofia Björkman, Jon Kristinsson, Kåre I. Birkeland, Tom Mala og Torsten Olbers. Søvik er lege i spesialisering og er i ferd med å avslutte sitt doktorgradsarbeid med Tom Mala som veileder. Studien er et sam-arbeid mellom Senter for sykelig overvekt i Helse Sør-Øst, Oslo universitetssykehus, Aker og Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

Erlend Hem
erlend.hem@medisin.uio.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Søvik TT, Aasheim ET, Taha O et al. Weight loss, cardiovascular risk factors, and quality of life after gastric bypass and duodenal switch: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2011; 155: 281-91.

Ordforklaringer

Sykelig fedme: BMI > 40 kg/m² eller > 35 kg/m² med alvorlig vektrelatert tilleggssykdom, f.eks. type 2-diabetes eller obstruktiv søvnapné.

Gastrisk bypass: Øvre del av magesekken stiftes av til en lomme på ca. 25 ml. Jejunum deles og den distale delen av jejunum kobles til magesekkslommen. Magesekksresten og proksimale jejunum kobles til tynntarmen lenger distalt.

Duodenal omkobling: Store deler av mage-sekken fjernes og tynntarmen kobles om slik at næringsopptaket reduseres kraftig.



Artikkelen ble publisert 6.9. 2011 i *Annals of Internal Medicine* (www.annals.org) som regnes som en av de «fem store» innen medisinsk publisering ved siden av *New England Journal of Medicine*, *JAMA*, *BMJ* og *The Lancet*