

## För vårdgivare

### Bakgrund

Fetmakirurgins plats i dagens sjukvård kommer av att konservativ behandling av etablerad övervikt tyvärr ej är långsiktigt effektiv: Odds för en patient med mångårig övervikt att själv kunna banta ner sig till normalvikt och hålla denna i fem år är 3-5%. Övriga patienter går successivt upp i vikt till åtminstone utgångsvikten. Detta beror inte på den överviktiges "dåliga vanor", utan har biologisk orsak; kroppens svälthormoner (ghreliner) motverkar svält (=bantning).

Fetmakirurgi minskar svälthormonpådraget, patienten blir mindre hungrig efter operation, trots uttalad svält/viktnedgång.

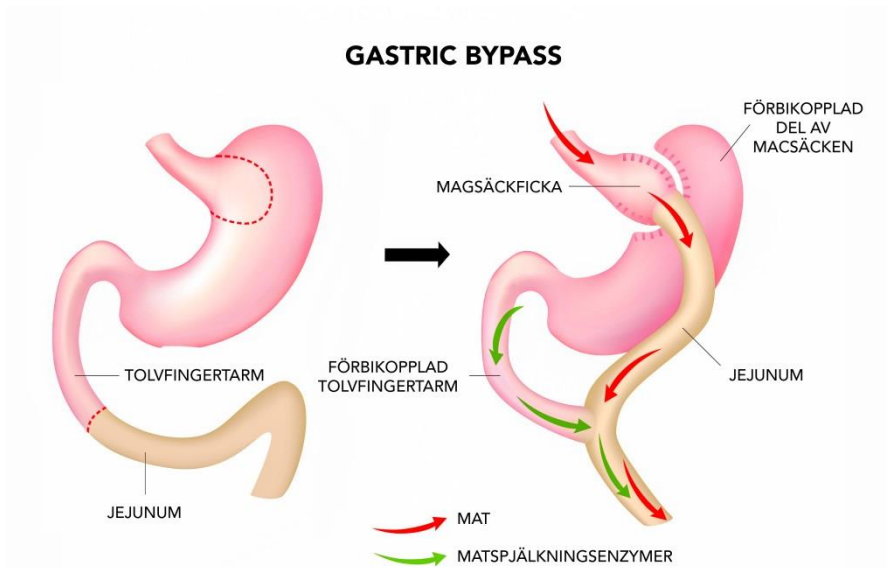
### Vår verksamhet

Modern fetmakirurgi är idag ett laparoskopiskt ingrepp, med kort sövnings- och immobiliseringstid. Detta minimerar de perioperativa komplikationerna. Vårt team optimerar detta ytterligare i alla led; vi har medicinsk gastroenterolog, dietist och specialiserade sköterskor kopplade till den preoperativa mottagningen; ett mycket erfaret kirurgteam med stora operationsvolym, två kirurgoperatörer i såret vid varje operation, specialiserad anesthesi-/op- och postoperativ personal. Vi har mycket låg komplikationsfrekvens samt Sveriges kortaste genomsnittliga operationstid (33 minuter). Våra centra bedriver aktiv klinisk forskning samt rapporterar till nationella kvalitetsregistret SOReg.

### Vem är aktuell för kirurgi

Patienter med fetma som ej svarar på konservativ behandling, i synnerhet vid samtidig fetmarelaterad sjuklighet. Exempel på detta är typ 2 diabetes, hypertoni, hyperlipidemi, sömnapnesyndrom, artros, m.m. Enbart BMI är ett trubbigt verktyg för patienturval, vi lägger stor tonvikt vid såväl comorbiditeter (enligt ovan) som personlig lämplighet. Exempelvis kan kirurgi vid typ 2 diabetes vara aktuellt från BMI 30 (primärt metabol kirurgi snarare än "fetmakirurgi"). Viktigt är egen motivation, förmåga till god compliance med postoperativa rutiner.

## Operationerna gastric bypass (GBP) och gastric sleeve (SG)



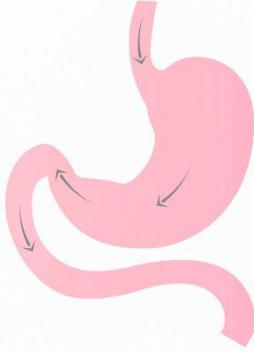
GBP innebär att man av den översta delen av magsäcken skapar en liten ficka till vilken tunntarmen kopplas (se bild till höger). Till denna ficka passerar maten, medan resten av magsäcken är urkopplad. Magsaft och galla passerar via tolvfingertarm till tunntarmen. Viktnedgången har tre mekanismer: liten magficka (restriktivt), urkopplad tarm (malabsorption) samt mindre ghrelinpådrag/hunger (hormonell effekt). Operation med GBP leder i genomsnitt till en reduktion av 75-80% av övervikten, d.v.s. av vikt över BMI 25. Hälsovinster för patienten är stora (se bild nedan).

Gastric sleeve (SG) är en ren magsäcksförminskande operation, man kopplar ej om tarmen. Man går ned 50-80% av sin övervikt efter SG, dock är långtidsdata mer osäkra än vid GBP. Viktnedgången har två mekanismer vid SG: liten sleeve mage (restriktivt) samt mindre ghrelinpådrag (hormonell effekt). SG är något mindre effektiv för viktning än GBP och lämpar sig generellt bäst vid BMI 30-40.

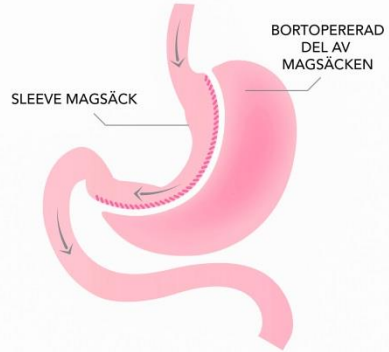
### Vardagsrutiner vid GBP och SG

- äta regelbundna små måltider 6 ggr per dag
- ej dricka vätska till maten och 30 minuter efter måltid
- dricka mellan måltiderna, ca. 1500 ml vatten per dygn
- ta vitaminstyning dagligen, livet ut
- regelbunden vardagsmotion

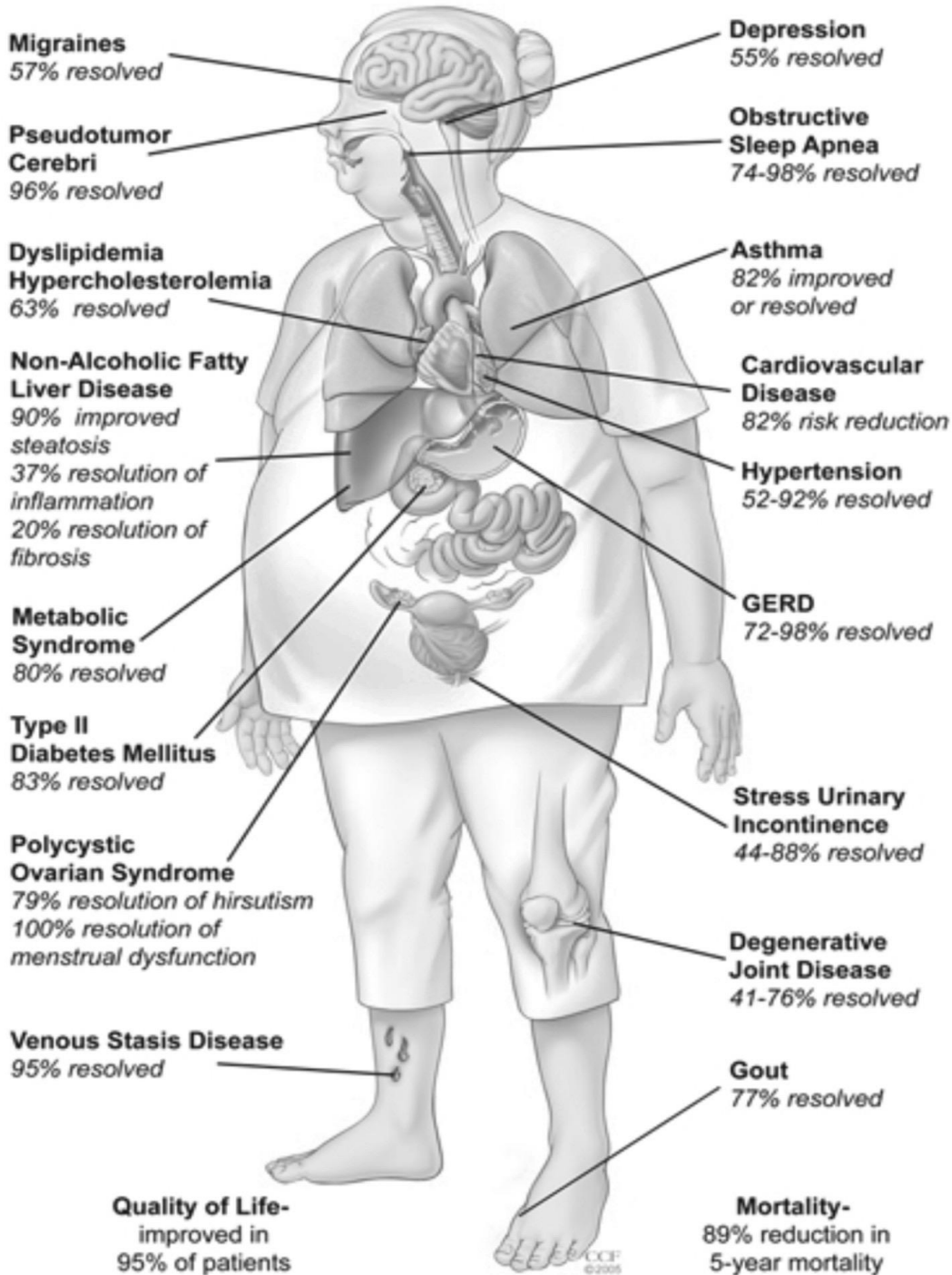
FÖRE  
**GASTRIC SLEEVE**  
ÖVERVIKTSOPERATION



EFTER  
**GASTRIC SLEEVE**  
ÖVERVIKTSOPERATION



## Hälsovinster efter fetmakirurgi



## Komplikationer och besvär som kan inträffa efter GBP/SG samt åtgärder

Symptom	Komplikation	Förslag till åtgärd från Primärvården
Buksmärtor vid måltid	Äter för snabbt? Gallsten?	-Äta långsammare, 20-30 minuter per måltid -Handlägges som vanlig gallstenspatient
Kraftiga buksmärtor	Ileus/intern herniering?	-Kontakta kirurgklinik alt. remittera för akutvård (Gäller endast GBP, frekvens hos oss 0,8% )
Buksmärtor, dyspepsi	Stomalt ulcus, dyspepsi?	-Syrahämmande/PPI, ev. rökstopp! Om kvarstående symtom rekommenderas gastroskopi.
Diarré		-Äter för fet mat? Kostanamnes/dietistkontakt. -Vid behov laktosfri kost -Ev. försök Loperamid, Creon
Förstoppning		-Adekvat vätskeintag 1500 ml? Dricka ifatt! -Bulkmedel i form av Laktulos eller Movicol. (Ge ej bulkmedel i form av fibergranulat.)
Trötthet	Anemi? Intorkning? Näringsbrist? Svälteffekt?	-Järns substitution efter provtagning. Gynkonsult? -Dricker 1500 ml? Dricka ifatt! -Äter för sällan? -Övergående första året.
Obehag vid matintag, yrsel, illamående, hjärklappning, trött	Dumping?	-Dumping kan undvikas genom att äta långsamt, minska portionsstorleken, undvika söta och feta livsmedel samt undvika dryck till måltid.
För stor viktnedgång(?)  Successiv senare viktuppgång		-kontrollera BMI (ofta "falskt alarm"), N 18-25. -ökad mängd styrketräning (öka muskelmassan) -dietistkontakt -v.b. prover, gastroskopikontroll  -kontrollera rutinerna: antal måltider, måltidsstorlek, dricker till maten? Träning? Alkohol? Sötsug? -återgång till goda rutiner ger förnyad viktnedgång!
Eksem, svamp eller sår i hudveck	Hud/mjukdels- överskott	Remiss till plastikkirurg, tidigast efter 1,5-2 år. Viktstabilitet i >6 månader på slutvikten. Rökstopp. Gärna regelbunden styrketräning före.

### Graviditet

Många kvinnliga patienter har ofrivillig barnlöshet som främsta operationsindikation. Viktnedgång medför normaliserade hormoncykler, fertiliteten ökar. Viktigt är att inte bli gravid första 12 månaderna, d.v.s. under mest uttalade svältfasen efter operation. Vi informerar patienterna om detta.

Vid graviditet första året rekommenderas kontakt med specialistmödravården.