

Medicinske komplikationer i forbindelse med bariatrisk kirurgi

Den eneste effektive behandling af svær overvægt er bariatrisk kirurgi, der i Danmark hovedsageligt udføres som *Roux-en-Y*-gastrisk bypasskirurgi, der medfører et vægttab på 40-50 kg. Det store vægttab har sammen med ændringerne i frisætningen af tarmhormoner, der har betydning for appetitreguleringen og insulinsekretionen, en markant effekt på fedmens komorbiditeter, inklusive remission af type 2-diabetes, søvnapnø, metabolisk syndrom, nonalkoholisk fedtlever, belastningssmerter fra knogler og muskler samt hos kvinder en reduktion i risikoen for at få kræftsygdomme. Mange patienter har fået et nyt liv med en bedre livskvalitet efter gastrisk bypasskirurgi, men operationen er også associeret med medicinske komplikationer, som beskrevet i dette nummer af Ugeskrift for Læger [1-5].

Patofysiologien bag de medicinske problemer efter gastrisk bypasskirurgi kan forklares med den anatomiske ændring af mave-tarm-kanalen, hvor føden føres uden om ventriklen og duodenum og direkte ned i den distale del af tyndtarmen. Der opstår malabsorption for bestemte vitaminer og næringsstoffer, der normalt optages i ventriklen eller duodenum, eller hvor f.eks. syrer eller *intrinsic factor* er nødvendige for at de kan optages [1, 2]. Derfor skal patienterne livslangt have folinsyre, calcium og D-vitamin, forskellige A- og B-vitaminer, jern, sporstoffer og B₁₂-injektioner.

Det største medicinske problem er anæmi, som 20-25% får i de første to år efter operationen pga. af jernmangel. Det er specielt præmenopausale kvinder, der er i risiko for at få anæmi. Intravenøs behandling med jern kan være nødvendig, og hormonspiral kan være indiceret for at imødegå udvikling af anæmi pga. menstruationsblødninger [2, 3]. Hvis patienten følger rekommandationerne om indtagelse af D-vitamin og calcium, er risikoen for sekundær hyperparatyroidisme og osteoporose lille. Specielt graviditet efter gastrisk bypass kræver øget opmærksomhed på rådgivning, screening for malabsorption og korrektion af mangel på næringsstoffer inden [2].

Dumpingsyndrom efter gastrisk bypass opstår ved indtagelse af simple kulhydrater [4]. Tilstanden er karakteriseret ved abdominalia, *flushing*, takykardi, svedtendens og svaghedsfølelse. Dumpingsyndrom forklares ved den hurtige transit af føden ud

i tyndtarmen, hvilket kan forårsage en forskydning af væskebalancen mellem blodet og tarmlumen, der initierer en aktivering af det autonome nervesystem. Tilstanden behandles ved at omlægge kosten og specielt undgå hurtigt absorberbare kulhydrater [4]. Enkelte patienter vil få postprandial hypoglykæmi efter gastrisk bypass med lave blodglukosekoncentrationer 1-2 timer efter et måltid [4]. Dette skyldes et misforhold mellem personens insulinfølsomhed og insulinresponsen på føden. Tilstanden kan være meget vanskelig at behandle som beskrevet i [4]. Andre sjældne medicinske komplikationer efter gastrisk bypass er perifer neuropati formentlig på grund af malabsorption af næringsstoffer og oxalatnefropati [5].

Gastrisk bypasskirurgi har været udført i Danmark siden 2005. Hvor mange der får medicinske komplikationer i forbindelse med operationen i Danmark er ukendt. Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning for opfølgning efter gastrisk bypasskirurgi skal patienterne følges på specialiseret niveau livslangt og som minimum i to år efter operationen herefter i almen praksis eller på et lokalt sygehus, f.eks. en gang årligt, hvor der skal screenes for mangelsygdomme. Hvem der p.t. følger de mange tusind opererede patienter er uafklaret, og hvordan kvaliteten af den livslange opfølgning og substitutionsbehandling postoperativ er i Danmark er ukendt.

Artiklerne i Ugeskrift for Læger [1-5] illustrerer vigtigheden af, at patienten udviser en meget høj grad af kompliance ved ambulant kontrol og ved at følge substitutionsbehandlingen efter operationen. Slutfacit skulle nødtigt blive, at patienterne helbredes for fedmens komorbiditeter, men i stedet for får alvorlige mangelsygdomme.

LITTERATUR

1. Hasanbegovic E, Ahm Sørensen J. Malabsorption efter fedmekirurgi kan øge komplikationsraten ved efterfølgende plastikkirurgisk korrektion. Ugeskr Læger 2014;176:V01140051.
2. Johannsen EC, Milman N, Wieland HB. Jernmangel og graviditet efter gastrisk bypassoperation. Ugeskr Læger 2014;176:V01130076.
3. Gribsholt SB, Nielsen JB, Ström Melén CJ et al. Svær jernmangel efter gastrisk bypass. Ugeskr Læger 2014;176:V12130734.
4. Nielsen JB, Gribsholt SB, Pedersen MH et al. Hypoglykæmi efter gastrisk bypass er en diagnostisk og behandlingsmæssig udfordring. Ugeskr Læger 2014;176:V12130737.
5. Gribsholt SB, Thomsen IM, Marcussen N et al. Nyresvigt på grund af oxalatnefropati efter gastrisk bypass. Ugeskr Læger 2014;176:V01140009.

LEDER

Sten Madsbad

Ugeskr Læger

2014;176:V66044

KORRESPONDANCE:

Sten Madsbad,
Endokrinologisk Afdeling,
Hvidovre Hospital,
Kettegård Alle 30,
2650 Hvidovre. E-mail:
sten.madsbad@regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:
ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk