

Svær overvægt hos børn og unge – en tilstand uden effektiv behandling?

I en statusartikel i dette nummer af Ugeskrift for Læger diskuteres fedmekirurgi hos børn og unge [1]. Forekomsten af fedme, og herunder svær fedme, blandt de nævnte aldersgrupper har været stigende, og i dag er omkring 25% af børn og unge overvægtige, og de har en større risiko for at blive overvægtige voksne, end normalvægtige børn og unge har. Endvidere har fedme fra ungdomsårene en kumulativ effekt på risikoen for at få type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdomme senere i livet [2]. Mange livsstilssygdomme grundlægges derfor allerede i barn- og ungdommen. Overvægtige børn og unge har færre venner end normalvægtige og har ofte psykosociale problemer og nedsat livskvalitet. Der er derfor et stort behov for en effektiv behandling specielt af gruppen, der har svær overvægt kompliceret med komorbiditeter.

Hvordan skal vi så behandle disse børn og unge, og er det muligt at opnå et klinisk relevant og langvarigt vægttab. Klare evidensbaserede retningslinjer mangler. Alle kan blive enige om, at livsstilsintervention i kombination med en målrettet psykosocial indsats, der omfatter hele familien, bør være hjørnesteinen i behandlingen, men studier viser, at behandlingsresultaterne er dårlige i relation til både det vægttab, der opnås, og varigheden heraf, hvilket ikke er tilfredsstillende for patienten. Ofte er behandlingen kun vægtstabiliserende. Den farmakologiske behandling af overvægt i dag er orlistat, der kun medfører et mindre vægttab (2-4 kg). Liraglutid, en glukagonlignende peptid 1-receptoragonist, er afprøvet hos yngre patienter og kan sammen med livsstilsintervention inducere et gennemsnitligt vægttab på 8-10 kg [3]. Et vægttab af denne størrelse har effekt på fedmens komorbiditeter, men vil i mange tilfælde være mindre end det, patienten ønsker. Det er problematisk, at når behandlingen stopper, vil patienten hurtigt tage på i vægt.

Den eneste effektive behandling af svær overvægt er bariatrisk kirurgi, og der er nogen erfaring hos børn og yngre, som det diskuteres i statusartiklen [1]. Mest oplagte operation er gastrisk *banding*, da operationen er reversibel og i mindre grad end de øvrige metoder er forbundet med bivirkninger. Ved operationen lægges der et bånd omkring den øverste del af ventriklen, hvilket besværliggør fødeindtagelse, samtidig med at båndets stramning om ventriklen inducerer nerveimpulser, der påvirker appetitregulerin-

gen [4]. Resultaterne efter gastrisk *banding* hos børn og yngre har været varierende, måske fordi et godt resultat kræver tætte kontroller og god kompliance [4]. Gastrisk bypass har i mange år været den foretrukne operation, men den er irreversibel og forbundet med malabsorption, hvorfor den normalt ikke kan anbefales før 18-årsalderen, når personen er næsten udvokset. I et studie fra Sverige tabte den opererede gruppe (13-18 år) 15 *body mass index*-enheder (fra 45 til 30 kg/m²), mens kontrolgruppen, der blev behandlet konservativt, ikke tabte i vægt over to års opfølgning. Det store vægttab havde en markant effekt på komorbiditeter og forbedrede livskvaliteten, inklusive selvværdet. Substitutionsbehandling og tæt opfølgning er afgørende for at undgå følgesygdomme efter operationen, hvorfor korrekt udvælgelse af patienter til operation er afgørende for succes [5]. Gastrisk *sleeve*, hvor en del af den store kurvatur fjernes, og ventriklen herefter ligner en banan, er mere skånsom, men erfaring hos børn og yngre mangler.

De etiske problemer vedrørende informeret samtykke til en operation og den unges oplevelse af bariatrisk kirurgi år efter operationen er dårligt belyst.

For at bedre behandlingen af de svært overvægtige børn og unge bør der i journalen indgå en beskrivelse af psykosociale problemer samt fæno- og genotype, så vi får erfaring med, hvilken behandling der passer bedst til den enkelte patient. Behandlingen bør være trinvis, som ovenfor skitseret, og forankret i en intensiv livsstilsintervention, hvor familien, skolen og kommunen er inddraget. Sidste trin kan hos få udvalgte patienter, hvor overvægten er livstruende, være bariatrisk kirurgi. Behandlingen af svær fedme bør samles på få centre, således at de fornødne resurser og den fornødne viden er til stede, men også for at nye behandlinger kan afprøves i et videnskabeligt program.

LITTERATUR

1. Hansen B, Gøgenur I, Støckel M. Fedmekirurgi hos børn og unge. Ugeskrift for Læger 2014;176:V02140098.
2. Charakida M, Khan T, Johnson W et al. Lifelong patterns of BMI and cardiovascular phenotype in individuals aged 60-64 years in the 1946 British birth cohort study: an epidemiological study. *Lancet Diabet Endocrin* 2014;2:648-54.
3. Klein DJ, Battelino T, Chatterjee DJ et al. Liraglutide's safety, tolerability, pharmacokinetics, and pharmacodynamics in peripartur type 2 diabetes: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Diabet Technol Therap* 2014;16:1-9.
4. O'Brien PE, Sawyer SM, Laurie C et al. Laboroscopic adjustable gastric banding in severely obese adolescent: a randomized trial. *JAMA* 2010;303:519-26.
5. Madsbad S. Medicinske komplikationer til bariatrisk kirurgi. Ugeskr Læger 2014;177:1449.

LEDER

Sten Madsbad

Ugeskr Læger
2015;177:V66783

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