

# Fedme – kan sundhedspersonale løse problemet?

Dette temanummer om behandling af fedme viser med al tydelighed, at vi igennem årtier har haft et kendt problem, som vi ikke har evnet at løse. Problemet begyndte så småt i 1960'erne og 1970'erne og er vokset støt siden. Som med som så mange andre udviklinger startede den i USA og bredte sig siden til resten af den vestlige verden. Sammenhængen mellem øget velstand og fedmeepidemi synes at være klar. Med øget velstand sker der en ændring i både omfanget af fysisk bevægelse og kalorieindtag. Desværre går begge disse ændringer i en retning, der øger tendensen til overvægt. Cykler eller gang bliver erstattet med biler, og sund mad med mange grøntsager bliver erstattet med kalorietæt fastfood. Samtidig med at fedmeepidemien udbredes til resten af verden, ser den desværre ikke ud til at være toppet i oprindelseslandet USA. Ifølge Centers of Disease Control and Prevention er 36% af de voksne amerikanere fede og har et *body mass index* (BMI) > 30 kg/m<sup>2</sup>. I Danmark ligger andelen ifølge Sundhedsstyrelsen på 13%. Det svarer til ca. 520.000 personer i alderen 18-65 år. Et skræmmende højt tal i betragtning af den øgede risiko for sygdom, der er blandt stærkt overvægtige. Det er derfor ikke underligt, at der er sat mange ressourcer ind på at løse problemet. Desværre med et pauvert resultat for befolkningen som helhed, som beskrevet i artiklerne i dette nummer af Ugeskrift for Læger.

Den eneste metode, der syntes at have succes i behandlingen af fedme, er kirurgi [1]. Men den er heller ikke ukompliceret. Der har været forsøgt mange forskellige operationstyper, og vi har formentlig slet ikke set den sidste. I 1970'erne blev jejunioileobypass, hvor en meget stor del af tyndtarmen blev shuntet ud, anset for at være en stor succes. Mange patienter blev opereret med store vægttab til følge. Desværre viste gevinsterne sig i forbindelse med den inducerede malabsorption ikke at stå mål med komplikationerne. I 1980'erne forsøgte man sig med gastroplastikoperation til at indsnævre ventrikelvolumen. Men succesen var heller ikke her stor. De opererede fandt hurtigt ud af at spise sig gennem suturerne i ventrikklen. Denne mangel på succes medførte en pause med fedmekirurgi i Danmark frem til efter årtusindskiftet. Her blev først gastrisk *banding* og siden gastrisk bypass introduceret. Baggrunden var bl.a. den store succes, som man i Sverige havde haft med det berømte Swedish Obese Subjects [2].

Det er dog påfaldende, at den succes, der blev dokumenteret med gastrisk *banding* i Sverige, ikke blev opnået i Danmark. Derfor blev gastrisk bypass den altdominerende operationsform. Siden er der kommet yderligere et operationstilbud til, nemlig gastrisk *sleeve*. Om den er langtidsholdbar, står endnu hen i det uvisse. Endnu et nyt eksotisk tilbud er indførelsen af den såkaldte »knap« i ventrikklen. Her udtømmes den spiste føde.

Hvordan man tolker bivirkningsfrekvensen efter operation er meget forskelligt. Personligt synes jeg, at den er høj [3]. Specielt hvis der ikke er komplikationer i forbindelse med fedmen. Men uanset om man mener det ene eller det andet om komplikationerne, kan fedmeepidemien under ingen omstændigheder løses kirurgisk, skønt en del patienter sagtens kan have gavn af en operation. Specielt hvis de har diabetes eller andre komplikationer i forbindelse med fedmen.

Som beskrevet i artikelserien ser hverken medicinsk behandling eller diætbehandling lovende ud. Den medicinske behandling synes at være meget lidt effektiv [4] og har formentlig en meget høj pris.

Hvis fedmeepidemien skal løses, skal der helt andre midler til. Fedme er ikke et individuelt problem. Fedme skal forebygges med samfundsændringer. Fedme skal forebygges ved start i børnehaven. Og også ændringer i voksnes levevis er nødvendige. Men der er mange, der ikke har interesse i ændringer. *Jørgensen et al* [5] har meget fint beskrevet den lobbyisme, der var fra »fedtindustrien« mod fedtafgiften i Danmark. Man så det samme mønster i New York, hvor sukkerindustrien med held modarbejdede borgmesterens forsøg på at begrænse sodavandsstørrelsen. Fedmeepidemien kan ikke løses hverken kirurgisk eller medicinsk. Men desværre er der ingen lette løsninger. Store interesser vil modarbejde ændringer. Løsningen ligger hos politikerne.

## LITTERATUR

1. Kristensen SD, Hjørne F, Helgstrand F. Fedmekirurgiens udvikling og metoder. Ugeskr Læger 2016;178:V06160452.
2. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD et al. Effect of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. N Engl J Med 2007;357:741-52.
3. Gribsholdt SB, Pedersen AM, Svensson E et al. Prevalence of self-reported symptoms after gastric bypass surgery for obesity. JAMA Surg 2016;151:504-11.
4. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K et al. A randomized, controlled trial of 3.0 mg liraglutide in weight management. N Engl J Med 2015;373:11-22.
5. Jørgensen T, Pisinger C, Toft U. Tax on saturated fat – does it work? Eur J Clin Nutr 2016;70:867-8.

## LEDER

Torben Mogensen

Ugeskr Læger  
2016;178:V68755

## KORRESPONDANCE:

Torben Mogensen.  
E-mail:  
torben.mogensen@  
hotmail.com

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