

Giv agt – gravide bariatrisk opererede forude!

LEDER

Per Glud Ovesen

Ugeskr Læger
2018;180:V69519

Forekomsten af overvægt og fedme er stigende i hele verden inklusive Danmark, hvor stigningen har været markant i de seneste årtier, specielt hos unge og kvinder. I perioden 2005-2013 steg andelen af overvægtige eller svært overvægtige danske kvinder fra 39% til 44% (BMI ≥ 25 kg/m²) og andelen af svært overvægtige (BMI ≥ 30 kg/m²) fra 13% til 15% [1].

Overvægt og fedme hos gravide kan have alvorlige konsekvenser for både mor og barn. Maternel overvægt er associeret med 2-3 gange øget risiko for graviditets- og fødselskomplikationer, neonatale komplikationer samt øget sygelighed hos mor og barn på længere sigt [2].

Selvom livsstilsændringer er førstevalgsbehandling for fedme, resulterer de sjældent i vellykket langtidsvarende vægttab. Bariatrisk kirurgi betragtes efterhånden som den mest vellykkede behandling for personer med morbid fedme (BMI > 35 kg/m²). Bariatrisk kirurgi fremmer vægttab via restriktion, malabsorption eller en kombination af begge.

Den 1. januar 2011 skærpede Sundhedsstyrelsen kriterierne for fedmekirurgi, hvilket resulterede i et stort fald i antallet af bariatriske operationer [3]. I Sundhedsstyrelsens nye rekommandationer, der trådte i kraft den 1. juli 2017, er man stort set gået tilbage til de gamle kriterier, hvor personer med BMI > 40 kg/m² uden følgesygdomme samt personer med BMI > 35 kg/m² med fedmerelaterede sygdomme kan tilbydes bariatrisk kirurgi. Samtidig er aldersgrænsen nu sænket fra 25 til 18 år [4].

I Danmark anvendes der p.t. to operationstyper: gastrisk bypass og gastrisk *sleeve*, mens gastrisk *banding* stort set ikke anvendes mere i Danmark. Gastrisk bypass-operation er stadig den bedst dokumenterede teknik, men andelen, der bliver opereret med gastrisk *sleeve* er støt stigende. Således var fordelingen i 2016 sådan, at 60% af alle fedmeoperationer var gastisk bypass, og 40% var gastrisk *sleeve* [3].

Tre fjerdedele af alle bariatrisk opererede i Danmark, er kvinder, og af dem er to tredjedele i den fertile alder [4]. Kvinder i den fertile alder, som før operationen havde et uhonoreret graviditetsønske, vil ofte få regelmæssig menstruation efter operationen som tegn på normal ovariefunktion. Da fedme hæmmer ovariefunktionen, tilbyder man som noget nyt fedmeoperation til kvinder, som har et BMI > 35 kg/m² og er infertile, mhp. at nedsætte morbiditet og mortalitet for mor og barn i forbindelse med graviditet og fødsel. Det er derfor vigtigt, at klinikere, der har med bariatrisk opererede at gøre, er opmærk-

somme på, at en stor del af de opererede kvinder potentielt kan blive gravide.

Kjær et al beskriver de nyeste rekommandationer for bariatrisk opererede gravide [5]. Det er en relevant og aktuell statusartikel, da der utvivlsomt vil ske en stigning i antallet af gravide kvinder, der har fået foretaget bariatrisk kirurgi.

Den største bekymring i forbindelse med en graviditet efter bariatrisk kirurgi er den gravides ernæring. Manglen på næringsstoffer kan variere afhængigt af typen af operation, hvor gastrisk *sleeve*-operationen formentlig ikke hæmmer optagelsen af næringsstoffer så meget som gastrisk bypass-operationen. Generelt er der en tendens til at flere børn bliver født med en lavere gennemsnitlig fødselsvægt i graviditeter efter bariatrisk kirurgi. Hvis et fald i fødselsvægt er associeret med et for stort tab af kalorier, vigtige vitaminer og sporstoffer hos moderen, kunne det øge risikoen for fremtidige komplikationer hos den nyfødte. Det er dog muligt, at de rapporterede ændringer i fødselsvægten repræsenterer en omfordeling af den materielle ernæring til det normale. Det er dog vigtigt at sikre kvinders næringsstatus før og under graviditeten. Yderligere undersøgelser er nødvendige for at bestemme de langsigtede konsekvenser for børn, som er født af mødre, der har gennemgået en graviditet efter bariatrisk kirurgi.

Et specielt problem er risikoen for intern herniering med ileus, som især gastrisk bypass-operationen medfører. Risikoen er øget i forbindelse med graviditet, hvor den forstørrede uterus displacerer tarmen. I Sundhedsstyrelsens nyeste rekommandationer anbefales det under den primære operation at lukke de slidser (de kirurgisk operativt skabte huller i bughulen), der giver risiko for, at der kan opstå herniering, mhp. nedsætte risikoen.

LITTERATUR

1. Matthiessen J, Stockmarr A. Flere overvægtige danske kvinder. DTU Fødevarerinstitution nr. 2, 2015. www.food.dtu.dk/-/media/Institutter/Foedevareinstituttet/Publikationer/Pub-2015/E-artikel-Flere-overvaegtige-danske-kvinder-endaelig.ashx?la=da
2. Ovesen P, Rasmussen S, Kesmodel U. Effect of prepregnancy maternal overweight and obesity on pregnancy outcome. *Obstet Gynecol* 2011;118:305-12.
3. Sundhedsdatastyrelsen. www.sundhedsdata.dk.
4. National Klinisk Retningslinje for Fedmekirurgi. Sundhedsstyrelsen, 2017. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/-/media/F012C263031D411BA45982CB13B19589.ashx>
5. Kjær MM, Andersen LL, Damm P et al. Graviditet efter bariatrisk kirurgi. *Ugeskr Læger* 2018;180:V05170349

KORRESPONDANCE:

Per Glud Ovesen, Institut for Klinisk Medicin – Gynækologisk-obstetrisk Afdeling Y, Aarhus Universitet. E-mail: per.ovesen@clin.au.dk

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på [Ugeskriftet.dk](http://ugeskriftet.dk)