

Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2022;184:V205087

Kirurgisk fedmebehandling: nye veje?

Peter Funch-Jensen

Ugeskr Læger 2022;184:V205087

Fedme er en kronisk tilstand, og succesfuld intervention kræver derfor ændringer med varig effekt. Livsstilsintervention giver ofte gode resultater på kort, men ikke på lang sigt. Det samme er tilfældet med endoskopisk ballonbehandling. Medicinsk behandling er et område i stor udvikling, men også her er der recidiv, når behandlingen ophører, samt ikke ubetydelige bivirkninger. Den eneste metode, der i dag giver et langvarigt og stort vægttab, er kirurgi.

Der har gennem tiden været anvendt forskellige kirurgiske procedurer, og der har været forskellige hypoteser om, hvordan deres effekt udøves. I mange år har man ment, at det væsentligste var restriktion og malabsorption. I dag er det blevet klart, at den vigtigste mekanisme er hormonelt betinget [1], specielt med forøget og tidlig frisætning af mæthedshormoner. I takt med denne forståelse kan man stille spørgsmålet, om ikke malabsorption mere er en bivirkning end en virkning. Malabsorption er ikke kun nedsat optagelse af ernæring, men også af vigtige næringsstoffer, sporstoffer, vitaminer og mineraler. Derfor har de kendte procedurer med stor malabsorptiv komponent da også vist sig at føre til mangeltilstande, der ikke altid er nemme at behandle, og som ultimativt har ført til alvorlige medicinske komplikationer. Herudover er risikoen for kirurgiske komplikationer stor ved disse ekstensive indgreb. Selv ved gastrisk bypass er der ganske mange medicinske komplikationer med mangeltilstande og hypoglykæmi [2].

Med gastrisk sleeve er der mindre risiko for medicinske mangeltilstande og lavere risiko for kirurgiske komplikationer [3]. Samtidig viser flere randomiserede kliniske undersøgelser nu, at sleeve og bypass stort set er ligeværdige, hvad angår både vægttab og virkning på fedmerelaterede sygdomme. Det er derfor naturligt, at denne procedure er blevet den foretrukne, ikke kun i Danmark.

I dette nummer af Ugeskrift for Læger argumenterer *Schucany et al* [4] for, at man sonderer mellem patienter med fedme og patienter med ekstrem fedme i valget af operationsprocedure, og der peges på en »ny og lovende« behandlingsmetode hos patienter med BMI > 50 kg/m², nemlig den såkaldte single anastomosis sleeve ileal bypass (SASI)-metode, hvor man foruden sleeve anlægger anastomose mellem ileum og antrum. Med andre ord føjes en malabsorptiv komponent til sleeve-resektion. Der er i litteraturen fremkommet andre alternativer hertil, f.eks. den såkaldte single anastomosis duodeno-ileal bypass, men det må medgives, at der er en række teoretiske

argumenter til gunst for SASI frem for andre nye metoder. Men omvendt kan man stille spørgsmålet, om ikke det er et tilbageskridt nu igen at revitalisere en malabsorptiv procedure. Forfatterne har ret i, at det er usandsynligt, at en patient med BMI > 50 kg/m² bliver normalvægtig med de gængse metoder, men er normalvægt målet for disse patienter, og hvilken pris må i givet fald accepteres? Denne diskussion har man allerede haft vedrørende de kendte ekstensive malabsorptive procedurer, og udviklingen har vist, at prisen var for høj: Et beskedent forøget vægttab og beskeden virkning på fedmerelateret komorbiditet til gengæld for flere kirurgiske komplikationer og flere medicinske mangeltilstande har ført til et fald – og nær afskaffelse – af disse ekstensive procedurer.

De resultater, der foreligger efter SASI, er anekdotiske og omfatter i skrivende stund kun få opgørelser med kort observationstid. En egentlig vurdering af metoden er derfor ikke – som *Schucany et al* også anfører – mulig. Man må dog medgive, at den tilsyneladende meget høje remission af type 2-diabetes er interessant. I fremtidige studier må man afdække, om dette vitterlig er sandt, og om en sådan gevinst er omkostningsfri, dvs. uden forøgelse af kirurgiske komplikationer og medicinske mangeltilstande. Indtil sådanne opgørelser foreligger, må vi glæde os over, at det i Danmark er lykkedes at organisere fedmekirurgien på en måde, der har medført langvarige vægttab, høj rate af forbedring eller remission af komorbiditet, forbedret livskvalitet og lav kirurgisk komplikationsrate med en 30-dages mortalitet < 0,1% [5]. Der er ikke plads til en forringelse heraf, specielt ikke med udsigten til forbedret medicinsk behandling med eller uden kombination med kirurgi.

Korrespondance: *Peter Funch-Jensen*, Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitetshospital og Aleris-Hamlet Privathospital. E-mail: funchjensen@gmail.com,

Interessekonflikter Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på ugeskriftet.dk

Referencer

Miras AD, le Roux CW. Mechanisms underlying weight loss after bariatric surgery. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2013;10:575-84.

Gribsholt SB, Pedersen AM, Svensson E et al. Prevalence of self-reported symptoms after gastric bypass surgery for obesity. *JAMA Surg* 2016;151:504-11.

Arterburn D, Gupta A. Comparing the outcomes of sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass for severe obesity. *JAMA* 2018;319:235-7.

Schucany A, Helgstrand F, Kristensen SD. Abdominalkirurgisk behandling af ekstrem overvægt. *Ugeskr Læger* 2021;183:V11200868

Dansk Fedmekirurgiregister. Årsrapport 2019 og 2020.

https://www.sundhed.dk/content/cms/22/14022_dk_fedmekirurgiregister_aarsrapport_2019_2020_endelig.pdf (26. okt).