

Lunch med DRF – 18 mars 2021 – svar på frågor vi inte hann med

Svaren kommer från Sektionen för bariatrisk kirurgi

1. Finns materialet på fler språk än svenska?

Svar: Nej men vi planerar att få patientbrochyrerna översatta.

2. Hur ser ni på läkemedel i kombination med kostbehandling för att hindra viktrecidiv?

Svar: Det hade varit bra om läkemedel hade kunnat användas i större utsträckning än i dagsläget men eftersom de ännu inte ingår i högkostnadsskyddet har långt ifrån alla patienter möjlighet att bekosta dessa.

3. Förändringar av mättnadshormoner och aptitökande hormon sker vid all omfattande viktminskning, oberoende viktminskningsmetod, men är lättare att behålla vid bariatrisk kirurgi.

Svar: Ökning av mättnadshormoner och minskning av hungerhormon är bara en av många mekanismer efter bariatrisk kirurgi. Förändringar av mättnad- och hungerhormon tillsammans med minskning av matens belöningseffekt, smakförändringar, dumpingsyndromet och bibehållen energiförbrukning gör det lättare att bibehålla viktminskning efter bariatrisk kirurgi än efter konventionell behandling.

4. Jobbar i primärvården och träffar i stort sett bara patienter som har gått upp till ursprungsvikt igen trots lyckad operation. Har man några hypoteser om vilka patientgrupper där operation inte är lämpligt? Vilka patienter är det som man lyckats följa under lång tid? Finns det risk att de mer lyckade resultaten är de som svarar på uppföljningsförfrågan?

Svar: Det är ytterst svårt att prediktera utfallet av bariatrisk kirurgi, det har gjorts ett otal studier utan att det kunnat leda till konsensus.

Man vet att nära genetiskt relaterade bara har en viktvariation postoperativt på 10 % medan par utan genetisk relation som bor tillsammans har en viktvariation på 25-30%. Varken preoperativ viktskola, motivation, psykisk sjuklighet (allt från depression till psykosjukdom) eller hetsättningsstörning har kunnat uppvisa några samband med viktutfall. Däremot har man sett att kvinnor efter menopaus, diabetiker och patienter med mycket höga BMI-nivåer inte uppnår samma procentuella viktning som övriga.

Man har också försökt att korrelera preoperativa måltidsrelaterade mättnadshormoner till postoperativ viktnedgång men inte sett något samband.

SOREg arbetar hela tiden med att öka täckningsgraden och har ett projekt pågående för att göra data mer lätt-tillgänglig för den enskilda patienten vilket kan öka motivationsgraden till att komma på kontrollerna och därmed registreras i SOReg.

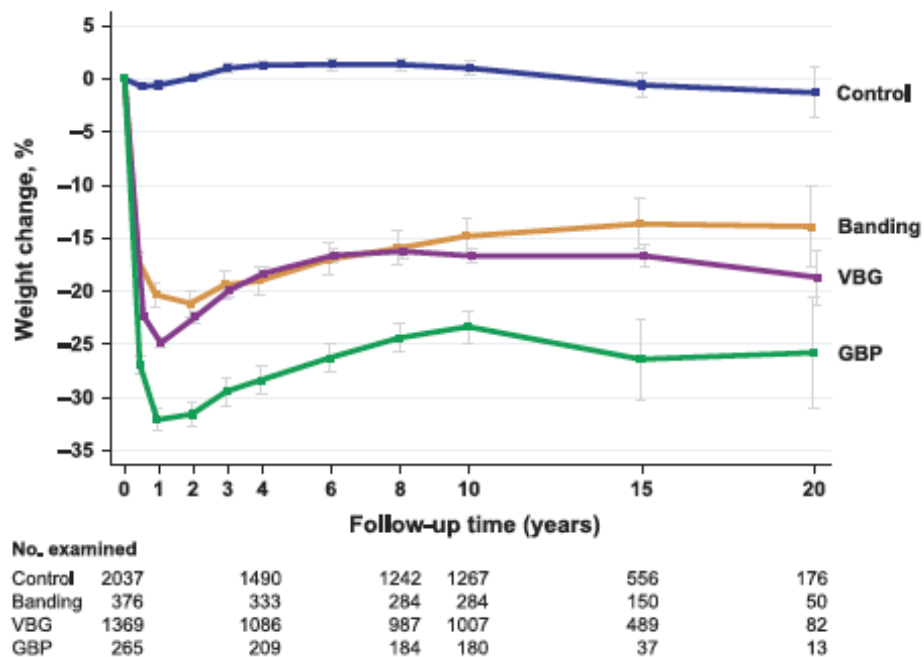
Just nu är täckningsgraden för hela landet:

- 80% efter 1 år
- 61% efter 2 år
- 39% efter 5 år

Läs gärna årsrapporterna från SOReg som bl.a. undersöker detta,

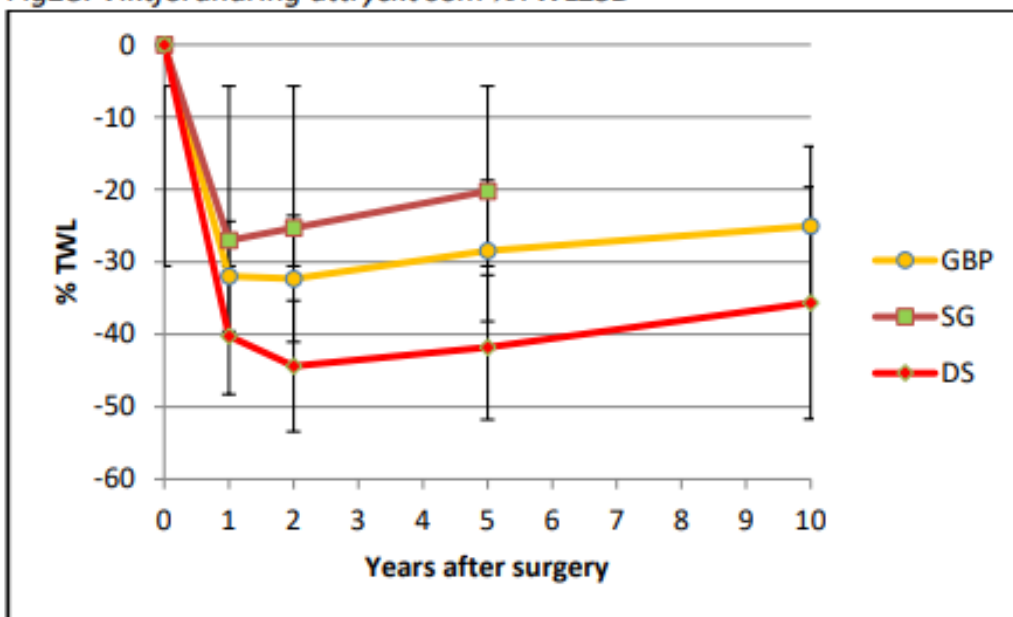
<https://www.ucr.uu.se/soreg/arsrapporter/arsrapporter>

Ser man på 20-årsuppföljningen av gastric bypass i SOS-studien Fig 1. (grön linje) som har en mycket hög uppföljningsgrad (87.1% vid 10 år) är vikt kurvorna identiska med SOReg's vikt kurvor för gastric bypass upp till 10 å, Fig. 2 (gul linje). Därför tror vi inte att man bara fångar de med en bra viktutveckling i SOReg. Dock hade få gastric bypasspatienter nått 20-årskontrollen i SOS när denna rapport publicerades, så denna siffra ska tolkas med försiktighet. (Banding och VBG används inte längre i Sverige).



Figur 1. Sjöström L. Review of the key results from the Swedish Obese Subject (SOS) trial – a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. J Intern Med, 2013; 273: 219-234.

Fig28: Viktförändring uttryckt som %TWL±SD



Figur 2. SORegs Årsrapport 2019 del 2. Uppföljning, viktförändringar, förändring av samsjuklighet, långsiktiga komplikationer, revisionskirurgi och kvalitetsindikatorer på kliniknivå <https://www.ucr.uu.se/soreg/arsrapporter/arsrapporter>