

Vårdprogram för **Bariatrisk kirurgi**

Region Sörmland



REGION
SÖRMLAND

Innehåll

1. Orsaker	3
2. Följsjukdomar	3
3. Levnadsvanor	3
3.1 Mindre energiintag än energiförbrukning	3
3.2 Fysisk aktivitet	4
3. Bariatrisk kirurgi som behandling av obesitas	5
3.1 Vilka skall opereras?	5
3.2 Obesitassektionen	5
3.3 Innan operation	6
3.4 Operationsmetoder	7
3.5 Efter operation	7
4. Bukplastik	8

1. Orsaker

Dagens livsstil kan ibland orsaka obesitas där energiintaget överstiger energiförbrukningen. Ökad tillgänglighet på läsk, godis och snabbmat samt ökat intag av alkohol bidrar till större kaloriintag. Samtidigt är människor idag mer stillasittande än förr.

Andra saker som kan öka risk för obesitas är stress, sömnbrist och psykisk ohälsa. Vissa sjukdomar och även läkemedel, såsom hormonsjukdomar eller läkemedel mot epilepsi kan också påverka vikten. Gener har såklart också stor betydelse för anlag gällande obesitas.

2. Följsjukdomar

Utifrån att obesitas är en sjukdom som medför ökade sjukdomsrisker, minskad livskvalitet och ökade samhällskostnader är det angeläget att man arbetar professionellt och på ett respektfullt sätt bemöter de drabbade.

Obesitas kan orsaka många sjukdomar och besvär. Ju mer övervikten ökar desto större är risken för följsjukdomar. Flera cancersjukdomar är vanligare vid obesitas, exempelvis: cancer i livmoder, bröst, äggstockar, gallblåsa, bukspottkörtel, lever, njurar och prostata. Andra samsjukdomar som är vanligare vid obesitas är gallbesvär, fettinlagring i levern, astma, diabetes, högt blodtryck etc. Obesitas medför även ofta besvär från rygg och leder, framför allt de viktbärande lederna höft och knä. Sömnapné, alltså andningsstopp i sömnen, förekommer hos cirka 10% av personer med obesitas.

Psykosociala problem är också vanligare hos personer med obesitas. Livskvaliteten vid kraftig obesitas kan vara lika låg som hos patienter med svåra och livshotande sjukdomar som till exempel avancerad cancersjukdom. Obesitas i sig orsakar ofta mindre svårigheter för patienten jämfört med de psykologiska problem som uppstår genom reaktioner från omgivningen.

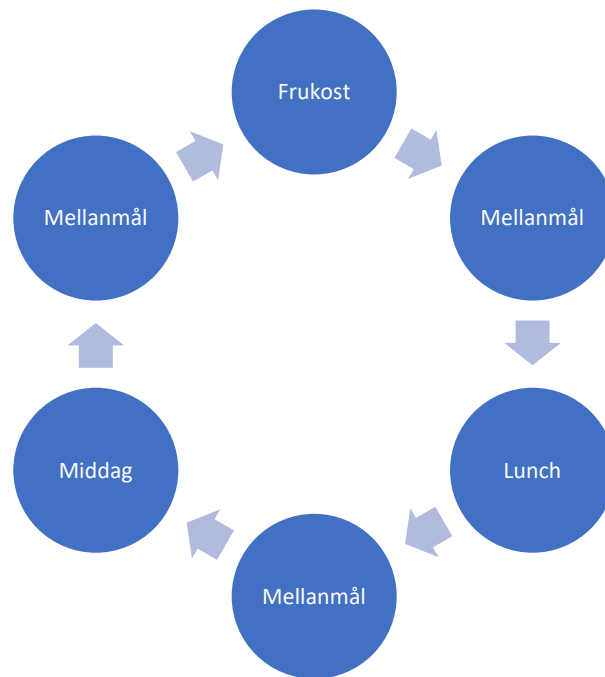
3. Levnadsvanor

Hitta hälsosamma mat- och rörelsevanor som fungerar för dig.

3.1 Mindre energiintag än energiförbrukning

Grundprincipen är att viktreduktionen i första hand bör utgöras av kroppsfett och så lite som möjligt av muskelmassa, detta på grund av att den största delen av basalmetabolismen är koncentrerad till muskelvävnaden.

Energiintaget bör fördelas jämnt över dagen för att minska småätande och sug efter annat än mat. Rekommenderat är tre huvudmål och tre mellanmål samt att dessa skall innehålla mindre energi än vad som förbrukas samtidigt som det täcker näringsbehovet.



Tallriksmodellen är ett pedagogiskt och bra hjälpmedel för att förmedla svensk näringsrekommendation (SNR) på fördelning av energigivarna vid måltiderna. Öka fiberrika livsmedel såsom grönsaker, rotfrukter, frukt och bär samt fullkornsprodukter av bröd och spannmålsprodukter.

Minska intaget av fett, rent kött och chark. Mjölkprodukter med låg fetthalt bör användas. Ett tunt lager lättmargarin på brödet, flytande margarin och oljor till matlagning och bakning samt ett ökat intag av fisk (även fet fisk) gör att intaget av omättat fett blir bättre.

Tallriksmodellen vid viktnedgång

- Grönsaker/rotfrukter på 50% av tallriken
- Potatis/pasta/bulgur/ris/bröd till maten på 25% av tallriken
- Kött/fisk/ägg/baljväxter på 25% av tallriken
- Frukt/bär är bra som mellanmål!
- OBS! Tallriksmodellen ser likadan ut oberoende av portionsstorleken. Det behöver inte alltid vara "lagad mat".

Släck alltid törsten med vatten eller mineralvatten. Undvik energirika drycker såsom saft, juice, läskedrycker, light drycker och alkoholhaltiga drycker. Drink före eller mellan måltiderna.

Alkoholkonsumtionen har betydelse för hälsan samt är kaloririkt och kan påverka viktminskningen. En hög alkoholkonsumtion kan leda till långsiktig påverkan på kroppens organ. Känsligheten är individuell och enligt en studie finns en ökad risk för alkoholberoende efter bariatrisk kirurgi.

3.2 Fysisk aktivitet

Målet är att vara fysiskt aktiv minst 30 minuter per dag. Vardagsmotionen är en viktig del av den regelbundna fysiska aktiviteten. För att kunna bli aktuell för operation krävs utöver ökad vardagsmotion att patienten bedriver regelbunden konditionsträning sedan flera månader.

Träningen måste förstås vara anpassad till patientens fysiska förmåga, exempel på träningsformer är simning, cykling/spinning. Det kan vara bra att få hjälp av fysioterapeut inom primärvården för att komma i gång med lämplig motionsform. Föreskrivning av fysisk aktivitet på recept (FaR) kan

underlätta processen.

Patienter som inte påbörjat aktivt motionerande, kommer inte att få tid för obesitaskirurgi i Region Sörmland.

Om patienten med ett ursprungligt BMI>35 med hjälp av träning skulle gå ner i vikt så att BMI hamnar <35, kommer det i så fall inte att förhindra kirurgi.

3. Bariatrisk kirurgi som behandling av obesitas

Att genomföra en bariatrisk operation är ett stort beslut som ska vara noggrant genomtänkt. Det är ett ingrepp som inte går att få ogjort och som kommer att påverka vad och hur hen kan äta, under resten av livet.

3.1 Vilka skall opereras?

Kirurgi är reserverad för behandling av grav obesitas, BMI $\geq$ 35, och utebliven varaktig viktnedgång via konservativ behandling. Det krävs också en egen önskan från patienten samt att denne är motiverad till att göra bestående förändring av levnadsvanor och känner ett eget ansvar att göra livslånga förändringar.

För att få komma till Obesitassektionen i Nyköping skall patienten:

- Ha ett BMI>35 eller ha ett BMI>30 samt diabetes typ 2, högt blodtryck eller sömnapné
- Vara 18-60 år, upp till 65 år kan godkännas vid individuell bedömning
- Ha fått professionellt ledd konservativ behandling enligt Socialstyrelsens riktlinjer utan bestående effekt på vikten. Detta innebär viktgrupp, dietist, ev. psykolog alternativt kurator, ev. läkemedelsbehandling och tät läkarkontakt på vårdcentral
- Standardremiss ska vara ifylld, se remisskriterier enligt vårdöverenskommelse på Samverkanswebben
- Ha eget önskemål om att bli opererad
- Vara rökfri längre än tre månader innan operation och det innefattar även e-cigarett och vattenpipa, bör starta avslut redan vid inremiss
- Avråds från snusning
- Förståelse för ingreppet och livslång måltids-, kost- och livsstilsförändring

Vidare skall patienten ej ha:

- Obehandlad psykisk sjukdom
- Pågående missbruk (alkohol, narkotika, läkemedel)
- Obehandlad cancer eller behandlad cancer med mer än fem års recidivfri uppföljning
- Pågående leversjukdom
- Utröna eventuell ätstörning och då även behandling av denna
- Vid eventuella avvikelser angående prover så skall dessa åtgärdas innan remiss för bariatrisk kirurgi

3.2 Obesitassektionen

Första besöket på Obesitassektionen är alltid en obligatorisk gruppinformation med sjuksköterska, dietist och kurator. Där delges en "hemläxa" som skall fullföljas genom att lämna vikt på vårdcentral en gång i månaden i minst tre sammanhängande månader och leva med etablerade måltids- och träningsrutiner. De lämnade vikterna ska visa på viktnedgång eller viktstabilitet.

Först därefter får patienten själv kontakta Obesitassektionen för ett återbesök till läkare. Där tas beslut om patienten är aktuell för operation eller ej samt vilken operationsmetod som är lämpligast i samråd med patientens önskemål.

Väntetider som kan uppstå beror ofta på patienten själv, om patienten ej är tillräckligt motiverad och inget utförs från patientens sida inom cirka sex månader avslutas patienten och återremitteras

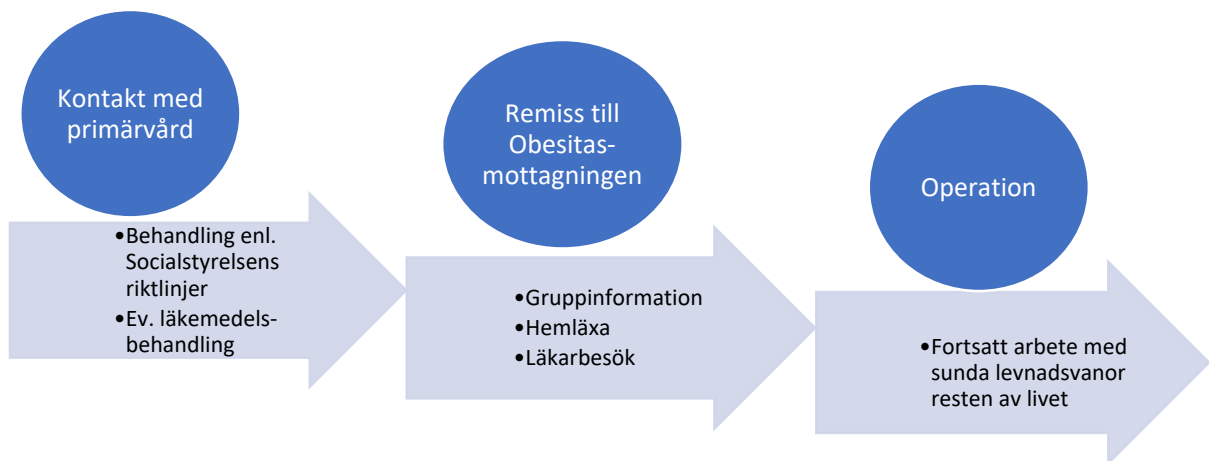
till primärvården.

Om patienten blir godkänd för operation får patienten träffa en dietist kopplad till Obesitassektionen inför operationen. Dessförinnan är det dietisten på vårdcentralen som har all kontakt med patienten för undervisning och kostrådgivning vid viktreducerande operation bl.a. information om lågkaloridiet (LCD/VLCD) och kostrehabilitering efter operation.

Samtliga opererade patienter registreras i ett nationellt kvalitetsregister benämnt SOReg (Scandinavian Obesity Surgery Registry).

Vårdtiden postoperativt är en till två dagar och uppföljning sker enligt följande:

- Till sjuksköterska efter två veckor
- Till dietist efter sex till åtta veckor
- Uppföljning med hälsoformulär efter tre månader och kontakt med sjuksköterska om behov finns
- Telefonuppföljning till dietist efter sex månader
- Uppföljning med hälsoformulär efter ett år med provtagning, viktkontroll, kontrollerar eventuella bristtillstånd samt även kontakt med sjuksköterska eller dietist om behov finns
- Brevuppföljning med provtagning efter två år och därefter utremittering till vårdcentral
- Det sker sedan en brevuppföljning, enl. SOREGs riktlinjer, trots utremittering vid fem, tio och femton år efter operation



3.3 Innan operation

Under tiden fram till operationen är det viktigt med förberedelser och påbörjade livsstilsförändringar. En viktnedgång före operationen minskar risken för komplikationer och påskyndar återhämtningen efter operationen. Rådet är att äta regelbundet; frukost, lunch och middag samt två-tre mellanmål. Viktigt att äta långsamt, låta huvudmåltiderna ta 20-30 minuter. Tugga maten väl och följa ovanstående rekommendationer gällande näringsinnehåll. Angeläget är det också att försöka röra på sig minst 30 minuter/dag.

Det krävs rökstopp för att bli anmäld för operationen. Rökstopp minskar riskerna för lungkomplikationer, ärrbräck, blodpropp och ger försämrad sårhäkning. Sex till åtta veckors rökstopp inför operation minskar komplikationsrisken betydligt och sårhäkningen förbättras. Slembildningen i lungorna ökar i början efter rökstoppet, under själva återhämtningen.

Patienter bör också vara försiktiga med alkohol före operationen. Ett större intag ger en klart ökad

risk för blödning, sämre hjärtfunktion och sårhäkning samt längre sjukhusvistelse. Det tar upp till tre månader för normalisering!

3.4 Operationsmetoder

Den vanligaste operationsmetoden i Sörmland är laparoskopisk sleeve gastrektomi (LSG). Operationen innebär att ca 70% av magsäcken tas bort och kvarvarande del görs om till en smal tub. Tarmarna påverkas inte vid denna operation. Vissa som opereras med LSG behöver äta syrahämmande medicin för att undvika halsbränna och sura uppstötningar. De flesta patienter får ett gott resultat efter ett till två år.

Laparoskopisk gastric bypass (GBP) är den vanligaste och mest studerade operationsmetoden för övrigt idag. Magsäcken delas av, strax under matstrupen, så att endast en liten magsäcksficka blir kvar som rymmer ca 30 ml. Första tredjedelen av tunntarmen kopplas om och den lilla magsäcksfickan kopplas till tarm längre ner i tarmkanalen. Metoden innebär att mat passerar förbi en stor del av magsäcken och tarmen (bypass) men man tar inte bort något.

Magsafter och enzymer blandas med maten vid den nedre kopplingen, så att energi och näring kan absorberas. Däremot försämras upptaget av vissa vitaminer och mineraler på grund av att tarmen, där maten passerar, är förkortad. Dumping förekommer hos flera GBP opererade, d.v.s. ökad känslighet för kolhydratrik och fettrik mat, vilket i sin tur underlättar en viktminskning.

Gastric sleeve (LSG)

Innebär att större delen av magsäcken tas bort för att endast lämna ett "rör" kvar.

Gastric bypass (GBP)

Innebär att större delen av magsäcken stängs av med hjälp av en suturmaskin så att reservoarkapaciteten på normalt 1500-2000 ml reduceras till 20-30 ml. Från denna övre magsäcksficka tömmer sig sedan födan via en öppning (anastomos) direkt till tunntarmen.

3.5 Efter operation

Efter en bariatrisk operation kan patienten inte äta lika stora portioner. Dessutom sker en omställning i signaleringen mellan hunger och mättnad vilket gör det lättare att begränsa matintaget. Många blir dessutom känsligare för kolhydratrik och fettrik mat. Utöver detta upplever en del smakförändringar som underlättar hälsosammare livsmedelsval.

Under det första halvåret går i regel viktnedgången som snabbast för att sedan successivt planas ut. Det är vanligt med så kallade "viktplatåer". Det innebär att vikten står still en period för att sedan fortsätta nedåt. Patienten kan inte räkna med att bli normalviktig efter en bariatrisk operation och det går inte att i det enskilda fallet förutse hur mycket varje person kommer att gå ner i vikt. Hur

snabbt och hur mycket viktnedgång det blir är individuellt och operationens effekter varierar mellan olika personer. Alla har olika förutsättningar! Däremot ska varje person göra vad den kan för att optimera sin viktnedgång genom att välja bra mat, äta regelbundet och vara fysiskt aktiv.

En bariatrisk operation minskar risken för sjukdomar kopplade till obesitas men det finns inga garantier för ett bättre psykiskt välmående. En del upplever att det kan vara svårt att hänga med i den snabba viktnedgången. Andra kan ha svårt att se att de har tappat i vikt även om så är fallet. Bilden av sig själv kan ta tid att förändra! Ibland kan omgivningen reagera på ett negativt sätt efter operationen. Det kan bero på okunskap, oro, avundsjuka eller andra faktorer. Om patienten använder mat som en dämpare av ångest, nedstämdhet, stress eller ilska är det viktigt att dessa problem bearbetas innan operation. Fortsätter detta beteende efter en operation kan det leda till komplikationer och sämre viktnedgång.

Vid medicinering med Levaxin bör sköldkörtelnivåerna kontrolleras på vårdcentral efter operationen för att förvissa sig om att nivåerna ligger rätt. Anledningen är att tillskotten med kalcium och järn försämrar upptaget av Levaxin i kroppen. Efter operationen förbättras eller normaliseras ofta blodsocker, blodtryck och blodfetter. Viktigt att ta kontakt med vårdcentralen för hjälp med medicinjustering.

Det avråds från graviditet under det första året efter operationen. Orsaken är att den snabba viktminskningen kan göra att näringstillförseln till fostret blir otillräcklig. Dessutom kan det första året också vara påfrestande kroppsligt och mentalt. När viktnedgången stannat av och patienten känner att en stabil anpassning till det nya livet, går det bra att genomgå en graviditet. Vid en graviditet är det viktigt att blodvärdena är bra redan från graviditetens början och att mödravården får veta att patienten genomgått bariatrisk kirurgi.

Var uppmärksam på att p-piller inte alltid absorberas till 100% efter en viktoperation. Det är därför viktigt att använda kompletterande skydd under det första året efter operationen.

Efter en bariatrisk operation ökar risken att utveckla brist på viktiga vitaminer och mineraler. Det beror huvudsakligen på förbi passeringen av första delarna av tunntarmen (GBP) men även på grund av en minskad magsäck med minskad produktion av saltsyra och proteinet IF som följd (LSG och GBP). Brister på vitaminer och mineraler kan leda till bl.a. blodbrist, nervskador och benskörhet. Därför är det viktigt att noggrant följa kostråden efter operation och att dagligen ta vitamin- och mineraltillskott, under resten av livet.

4. Bukplastik

Behovet av eventuell bukplastik bedöms av operatören tidigast två år efter operationen. För att bli beviljad operation ska patienten ha hudbesvär under hudvecket, hänghud på minst tre cm, ett BMI <25, vara rökfri samt varit viktstabil i minst sex månader.

Övriga eventuella plastikkirurgiska ingrepp bekostas ej av regionen.

Hur man mäter överskottshud på magen:

Mätning görs i stående position med armarna hängandes längs sidorna. OBS! Dra inte ut överhänget utan låt det hänga fritt vid mätning.

Mät där buköverhänget är som störst.

Det är måttet mellan botten inne i vecket vid överhängets undre kant som avses. Utan tryck eller drag ska detta mått vara minst tre cm.