

«Den siste utvei»

– ny fedmeoperasjon for de mest overvektige

AVDELINGSOVERLEGE ROBIN GAUPSET INTERVJUET AV JANNIKE REYMERT

Vi har fått med oss hvordan de har det, pasientene fra tidligere tiders fedmeoperasjoner. Få av oss fristes til å anbefale våre mest overvektige pasienter kirurgiske løsninger av fedme problemet deres. Nå har kirurgene tatt i bruk en ny metode, men fremdeles sitter skepsisen langt inne: å tukle med folks mage-tarmtraktus må vel skape like mange (eller flere?) problemer som de løser? Utposten har likevel valgt å gi kirurgene en sjanse, la dem få presentere operasjonsmetoden sin, ny kunnskap om hva metoden egentlig går ut på kan jo endre vårt syn på saken!

Avdelingsoverlege Robin Gaupset stiller gjerne opp til et intervju, ikke minst for å avlive myten om at dette er nok et uttrykk for at operasjonskåte kirurger nå herjer fritt i buken til våre mest overvektige pasienter. Robin Gaupset er spesialist i gastrokirurgi på Sykehuset Namsos. Sykehuset er et lite sykehus som dekker akuttbehovet til ca 40000 nordtrøndere. Sykehuset har satset offensivt for å gjøre det attraktivt for kirurger å jobbe på et så lite, perifert sykehus ved å la de yngste utdanne seg innen laparoskopisk kirurgi og i dag er sykehuset i front på dette området. Samarbeidet innad i Helse Midt-Norge går knirkefritt og med velsignelse fra «storebror» St. Olavs hospital dekker de norddelen av regionen på dette feltet.

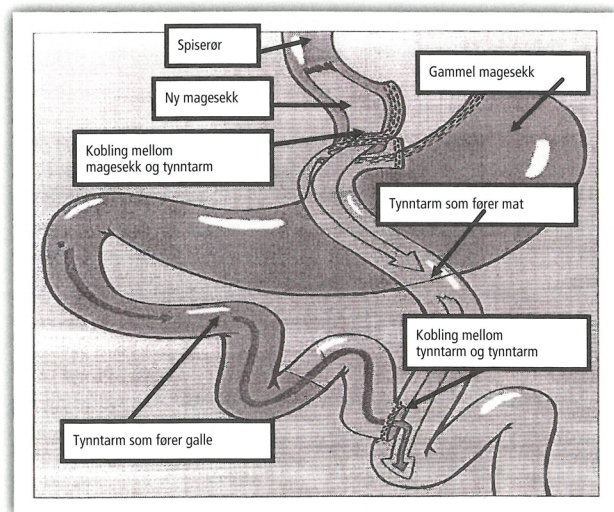
UTPOSTEN: Kan du fortelle litt om den nye metoden dere har tatt i bruk på fedmeoperasjoner?

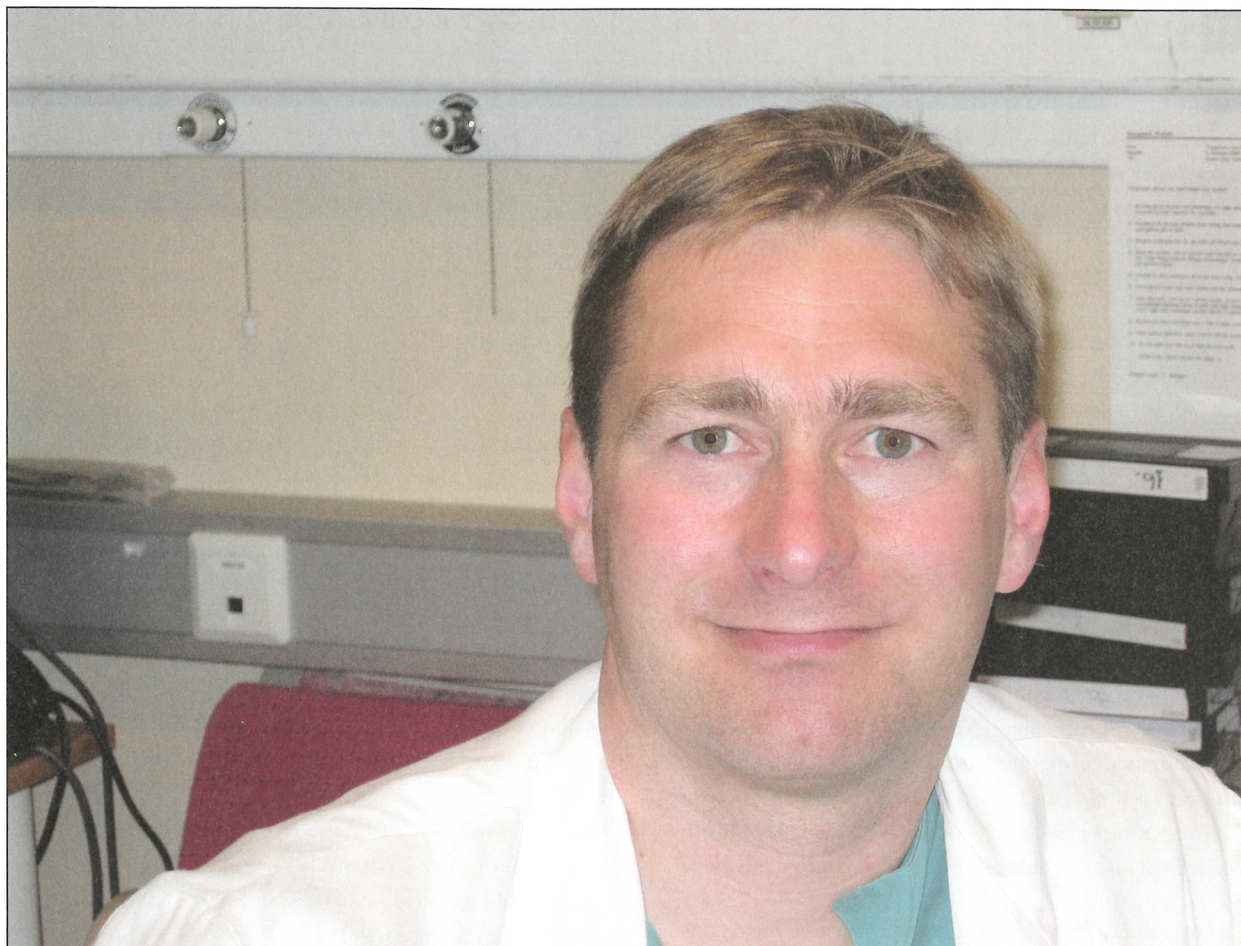
RG: Gastic bypass (GBP) er en operasjon som foretaes laparoskopisk ved at man kobler ut en stor del av magesekken samt tolvfingertarmen ved å sy en liten del av magesekken direkte på tynntarmen. (Se bildet, red. anm.). Dette tvinger pasientene til å spise mindre porsjoner mat samt at matvarer med høyt fett- og sukkerinnhold tolereres relativt dårlig og pasienten dermed foretrekker et sunnere kosthold. Denne metoden er derfor mer fysiologisk enn tidligere ti-

ders tynntarmshunting eller banding av magesekken og er i ferd med å bli førstehandsvalg på alle norske sykehus selv om den bare er brukt her i landet i to år. I USA opereres ca 100000 pasienter med denne metoden årlig og amerikanerne holder på at denne metoden har minst komplikasjoner og dessuten mest varig effekt. I USA er snart 25 prosent av innbyggerne (altså 50 millioner mennesker!) kvalifisert for operativt inngrep etter WHO's kriterier. I Norge har vi i løpet av de siste ti årene hatt den samme negative vektutvikling som de har brukt tredve år på i USA. Tro det eller ei: Det er ikke lenge før vi tar dem igjen!

UTPOSTEN: Hvilke pasienter tilbyr dere denne operasjonen?

RG: Vi følger internasjonale inklusjonskriterier der pasientene må være mellom 18 og 60 år og ha en BMI over 40, eventuelt 35 ved komorbiditet (hypertoni, diabetes mm) som har vært tilstede i minst tre år. Pasientene må ha prøvd strukturerte slankeprogrammer uten å lykkes, være psykisk stabile uten rusmisbruk og de må ikke lide av ube-





handlete endokrine lidelser. Det er svært viktig for oss å sikre oss at pasienten forstår at den kirurgiske delen av behandlingstilbudet bare er en liten del av et større, tverrfaglig behandlingstilbud for å hjelpe pasienten til å mestre den livsstilsendringen som må til for at dette skal lykkes. De må også forstå at et kirurgisk inngrep kan ha uheldige sidevirkninger som de må leve med etter det operative inngrepet.

Jeg vil på det sterkeste understreke at dette er et tverrfaglig behandlingstilbud. Både i utredningsfasen, i forbindelse med inngrepet og ikke minst i etterforløpet har vi koblet inn ernæringsfysiolog, fysioterapeut, psykolog og indremedisiner som samarbeider tett for å sikre at «de rette pasientene» får dette tilbudet og at de så får så godt tilbud som mulig. Det kirurgiske inngrepet er faktisk bare som et «dytt i ryggen» for å nå målet med varig BMI under 30.

UTPOSTEN: Noen norske overvektspasienter sendes til Ebeltoft i Danmark og får der et strukturert slanketilbud over mange uker. Har man sammenliknet resultatet av disse behandlingstilbudene med GBP?

RG: Den såkalte Ebeltoftmodellen har gode resultater, men det viser seg at de aller fleste pasientene ikke klarer å holde på vektreduksjonen over år. Jeg tror disse behandlingstilbudene svikter fordi de ikke har tett nok oppfølging. Det et faktum at ingen ikke-operative metoder har vist varig vektreduksjon for pasienter med utgangsverdi BMI over 40.

Studier fra USA viser at også pasienter som er operert med GBP går opp i vekt etter fem år, og igjen tror jeg det er manglende oppfølging som forårsaker dette. I vår modell tenker vi derfor at pasienten må ha livslang oppfølging. Vi var faktisk de første i landet med å lage et gruppebasert oppfølgingstilbud til våre pasienter! Kanskje kan de fungere autonomt etter en tid. Vi vet nemlig at mange av disse pasientene med sitt skjebnefellesskap har tett kontakt med hverandre og føler stor trygghet i å holde kontakten med dem som «forstår dem best» – medpasientene!

UTPOSTEN: Livslang oppfølging – det høres ambisiøst ut! Hvem skal stå for denne delen av behandlingen?

RG: Vi mener at håndtering av fedme er et nasjonalt problem som krever at kommunene tar mer fatt i befolkningens helseproblemer. Vi prøver nå å etablere et samarbeide med kommunene fordi sykehuset ikke har kapasitet til dette når årene går og vi etter hvert får mange GBP-opererte i distriktet. Igjen viser dette at samarbeide er nødvendig får å få til et helhetlig tilbud til disse pasientene. Kommunene bør forresten også på banen for å forebygge så alvorlig overvekt at pasientene må tilbys operativt inngrep. Det er med forebygging vi har mest å hente!

UTPOSTEN: Hvilke resultater kan pasienten så forvente av dette behandlingstilbudet?

RG: Pasientene taper ca to tredjedel av sin overvekt det første året etter det operative inngrepet. Ti prosent får kom-

plikasjoner som krever fornyete kirurgiske inngrep og dødeligheten er på en prosent. Med denne metoden blir ingen pasienter for tynne i motsetning til banding-metoden hvor det var en reell komplikasjon.

UTPOSTEN: *Overvekt rammer ikke tilfeldig, det er vel mye psykisk lidelse gjemt bak alle kiloene hos mange overvektige? Hva gjør dere med denne delen av lidelsen?*

RG: Vi vet at over 50 prosent av de alvorlig overvektige har en psykisk lidelse, mange har opplevd overgrep i yngre år og sliter med mye skam- og skyldfølelse som de «gjemmer» i sine overflødige kilo. Om personlighetsproblematikk kan sies å være «årsak» til overvekt er vanskelig å si, men man kan vel på mange måter se på alvorlig overvekt som en spiseforstyrrelse. Ca femti prosent av våre pasienter blir vurdert av psykolog før inngrepet, men få blir avvist på grunn av psykiske problemer. Noen får psykiske problemer i etterkant av det operative inngrepet, det kan være tøft å se sitt eget speilbilde endre seg så radikalt på kort tid, selv om det jo egentlig er en ønsket endring! Få pasienter får mer alvorlige psykiske problemer etter det operative inngrepet.

UTPOSTEN: *Hvilken rolle skal allmennlegen ha i dette opplegget?*

RG: Vi er avhengige av gode henvisninger der hele pasientens sykehistorie kommer frem. Misbruksproblematikk og psykiske vansker kjenner jo dere mye bedre til enn oss, og slike forhold kan ha stor betydning for forløpet i utredningen. Det kan f.eks være at pasienter presser på for et operativt inngrep der dere mener pasienten ikke vil tåle det krevende opplegget vi tilbyr. Da er det svært viktig med en ærlig henvisning der fakta legges fram sammen med allmennlegens vurdering av situasjonen.

Vi ønsker også at allmennlegen er informert om hva behandlingen går ut på, hva som kreves av utredning og ikke minst oppfølging i etterkant av operasjonen slik at fastlegen kan ta hånd om eventuelle forhold som dukker opp hos dem som har gjennomgått dette opplegget.

UTPOSTEN: *Dere er nå i en oppbyggingsfase, hvordan ser fremtiden ut på dette feltet?*

RG: I år skal vi operere ca seksti pasienter fra Nord-Trøndelag (som har et innbyggertall på ca 100 000). Det vil nok være mange pasienter som henvises den første tida, så kommer vi vel inn i en steady-state-situasjon med noe mindre operasjoner pr år. På den andre siden øker jo antall overvektige kraftig i Norge som i Vesten for øvrig, så hva som er situasjonen om ti til tjue år kan jeg ikke si. Det er jo opplagt at man på nasjonalt plan snarest bør ta tak i overvektsepidemien for å forhindre at så mange trenger et operativt inngrep, men det er vel ikke en jobb vi kirurger skal utføre!

Avslutningsvis vil jeg si at vi er stolte av det vi har oppnådd. Vi har fått til et svært godt tverrfaglig tilbud som gjør at pasientene føler at de treffer mange som bryr seg om dem og deres problemer. Vi legger vekt på å se helheten i pasientens lidelse og liv, og har som mål å lage et unikt tilbud både på nasjonalt og internasjonalt plan. Som ledd i oppbyggingen av et helhetlig behandlingstilbud til disse pasientene satser vi nå på å tilby ulike plastiske operasjoner for å gi pasienten en kropp som passer til deres nye kroppsvekt. Det er ikke bare buk- og mammapastikk som da er aktuelt, for disse pasienter vil ofte ha betydelige mengder overflødig hud på armer, rygg, lår og i natesområdet. Disse er ofte så omfattende at plastiske operasjoner ikke kan anees som kosmetiske inngrep, men som nødvendige operasjoner for at pasientene skal klare å opparbeide god nok selvfølelse til å oppleve at de har fått et godt totaltilbud fra oss.

Vi legger ikke skjul på at vi har fått til dette takket være stor lokal entusiasme. Størrelsen på sykehuset vårt har nok også en del av æren for dette, et så lite sykehus kan tillate seg å være mer fleksibelt enn de store sykehusene og det har gjort at vi på kort tid har klart å bygge opp et nytt behandlingstilbud. Jeg tror at denne «nisekirurgien» er svært viktig for å bevare små lokalsykehus som vårt. Vi har også klart å etablere et godt samarbeidsklima med St. Olavs hospital som selv ser nytten av at flere kirurger i helseforetaket behersker ulike laparoskopiske teknikker. For mange tilstander er dette beste behandlingstilbudet vi kan gi våre pasienter. For oss er det en tillitserklæring at helseforetaket legger forholdene til rette for en så desentralisert kompetanseheving.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på jannike.reymert@ntebb.no