

# Regional riktlinje för val av operations- metod vid fetma

---

Riktlinjer för utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne. Regionala riktlinjer har tagits fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Riktlinjerna är fastställda av hälso- och sjukvårdsdirektören.

# Innehållsförteckning

Förord.....	3
Dokumentinformation .....	4
Bakgrund .....	5

## Förord

Vid operation av fetmasjukdom dominerar, nationellt och internationellt, gastric bypass och sleeve gastrektomi. De senaste åren har det skett en tämligen snabb ökning av andelen sleeveoperationer. Detta dokument skall vara ett stöd i valet mellan dessa två metoder. För enstaka patienter kan även andra metoder vara aktuella, de berörs inte här.

2021-02-12



Pia Lundbom

Hälso- och sjukvårdsdirektör

## Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
Huvudförfattare	Sven Frederiksen	Läkare, kirurgiska kliniken, Skånes universitetssjukhus	<a href="mailto:Sven.Frederiksen@skane.se">Sven.Frederiksen@skane.se</a>
	Hjörtur Gislason	Chefskirurg, GB Obesitas Skåne	
Fastställt av	Pia Lundbom	Hälso- och sjukvårdsdirektör	<a href="mailto:Pia.Lundbom@skane.se">Pia.Lundbom@skane.se</a>
Sakkunniggrupp	Expertgruppen Obesitas		
Kontaktperson Koncernkontoret	Hannele Tuovinen	Medicinsk rådgivare	<a href="mailto:Hannele.Tuovinen@skane.se">Hannele.Tuovinen@skane.se</a>
Administrativ kontaktperson	Carina Åkesson	Publicerare	<a href="mailto:Carina.I.Akesson@skane.se">Carina.I.Akesson@skane.se</a>

## Giltighet

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2014-09-10	2015-09-30	Hjörtur Gislason Peter Funch-Jensen Mikael Ekelund
Revidering	2016-10-24	2018-12-31	Sven Frederiksen Hjörtur Gislason
Revidering	2021-02-01	2022-12-31	Carl-Magnus Broden, GB Obesitas
Revidering			
Revidering			

## Sökord


## Bakgrund

De två numera helt dominerande operationstyperna vid bariatrisk kirurgi är gastric bypass och gastric sleeve-resektion. Båda utförs i princip uteslutande med laparoskopisk teknik. Det finns betydligt längre erfarenhet av, och uppföljning efter, gastric bypass.

Med den kunskap vi har idag verkar gastric bypass ge en något bättre viktnedgång efter 5 år. Effekten på diabetes och annan samsjuklighet är god efter båda ingreppen, men litet bättre efter gastric bypass. För prospektiv jämförelse av de två operationsmetoderna pågår nu BEST-studien (Bypass Equipoise Sleeve Trial), där även Region Skåne deltar via GB Obesitas.

Stor hänsyn måste tas till patientens önskemål, läkarens ansvar är att vägleda och i vissa speciella situationer i enlighet med denna riktlinje avslå patientens begäran. Det är viktigt att föra ett balanserat resonemang med patienten och i den mån det är medicinskt rimligt respektera specifika önskemål. Patienten bör också göras medveten om att man under pågående operation kan tvingas ändra metod beroende på fynd som inte var kända före operation.

### **GASTRIC BYPASS**

Nackdelar med gastric bypass är framförallt risken för inre bråck, även om den har minskat betydligt när uppkomna mesenteriella slitsar nu alltid försluts vid operationen. Kvarvarande urkopplad del av magsäcken, duodenum och proximal tunntarm är i princip oåtkomliga för endoskopisk undersökning/intervention.

#### **För gastric bypass talar:**

1. Refluxproblem.
2. Stort hiatushernia.
3. Omfattande samsjuklighet, t.ex. förekomst av metabolt syndrom.
4. Högt BMI.

### **GASTRIC SLEEVE / SLEEVE GASTREKTOMI**

Det allvarligaste problemet med gastric sleeve-resektioner är att en del av patienterna drabbas av gastrooesophageal reflux, ibland av sådan grad att behandling med protonpumpshämmare inte hjälper. För dessa patienter blir reoperation till gastric bypass enda utvägen. Risken för viktuppgång på sikt är sannolikt också större efter en sleeve-resektion.

Risken för vitaminbrist av olika slag är mindre efter gastric sleeve-resektion, detta kan vara viktigt om långtidsuppföljning inte kan påräknas fungera optimalt. Gastric sleeve-resektion ger en litet större ”slarvmarginal”, man blir inte lika dålig av att bryta mot reglerna. Priset för detta är å andra sidan den genomsnittligt något sämre viktnedgången. Båda dessa aspekter kan hållas i åtanke om man väljer att operera patienter med olika typer av funktionsutmaningar.

**För gastric sleeve talar:**

1. Inflammatorisk tarmsjukdom – Crohns sjukdom och ulcerös colit.
2. Utbredda adherenser som är kända innan eller upptäcks under operationen.
3. Bukväggsbräck med risk för inklämning.
4. Kroniskt smärtsyndrom – buksmärtor.
5. Sjuklighet med behov av stabil läkemedelssituation.
6. BMI i det lägre området.