



National klinisk retningslinje for fedmekirurgi

Quick guide

BMI og aldersgrænser ved fedmekirurgi

Giv patienter med BMI over 40 kg/m² mulighed for tilbud om fedmekirurgisk vurdering.

Det bemærkes, at evidensgrundlaget er fra patienter med fedmerelaterede sygdomme, primært type 2 diabetes, men det vurderes at en gavnlig effekt på vægttab og øget fysisk livskvalitet kan overføres til overvægtige uden komorbiditet.

Stærk anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

At tilbyde fedmekirurgi til patienter med BMI over 40 kg/m² forudsætter, som ved al anden kirurgi, en nøje individuel vurdering af patienten i forhold til, om der er mulige kontraindikationer svarende til gældende retningslinjer (sygdomme i, eller tidligere større operationer på spiserør, mavesæk eller tyndtarm, sværere psykiatriske lidelser, spiseforstyrrelser, misbrugsproblemer, alvorligere sygdomme som i væsentlig grad øger den operative risiko). Det forudsættes, at patienten har forsøgt konventionel livsstilsintervention herunder vægttabsforløb uden succes.

Fedmekirurgi er forbundet med både kirurgiske og medicinske komplikationer, som patienterne nøje skal oplyses om forud for en eventuel indstilling til operation. Det er nødvendigt med systematisk opfølgning efter operationen med henblik på at forebygge eller behandle eventuelle komplikationer tidligt, hvilket i Danmark foregår i hospitalsregi op til 2 år efter operationen og derefter årligt hos egen læge, hvis der ikke er problemer.

I forbindelse med de store vægttab, som mange patienter opnår efter fedmekirurgi, vil der i en del tilfælde være et ønske om plastikkirurgisk fjernelse af overskydende hud.

Giv patienter med BMI over 40 kg/m² i alderen 18 og 25 år mulighed for tilbud om fedmekirurgisk vurdering.

Det bemærkes, at evidensgrundlaget er fra patienter med fedmerelaterede sygdomme, primært type 2 diabetes.

Stærk anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020



At tilbyde fedmekirurgi til patienter med BMI over 40 kg/m² forudsætter, som ved al anden kirurgi, en nøje individuel vurdering af patienten i forhold til, om der er mulige kontraindikationer svarende til gældende retningslinjer (sygdomme i, eller tidligere større operationer på spiserør, mavesæk eller tyndtarm, sværere psykiatriske lidelser, spiseforstyrrelser, misbrugsproblemer, alvorligere sygdomme som i væsentlig grad øger den operative risiko). Det forudsættes, at patienten har forsøgt konventionel livsstilsintervention herunder vægttabsforløb uden succes.

Fedmekirurgi er forbundet med både kirurgiske og medicinske komplikationer, som patienterne nøje skal oplyses om forud for en eventuel indstilling til operation. Det er nødvendigt med systematisk opfølgning efter operationen med henblik på at forebygge eller behandle eventuelle komplikationer tidligt, hvilket i Danmark foregår i hospitalsregi op til 2 år efter operationen og derefter årligt hos egen læge, hvis der ikke er problemer.

I forbindelse med de store vægttab, som mange patienter opnår efter fedmekirurgi, vil der i en del tilfælde være et ønske om plastikkirurgisk fjernelse af overskydende hud.

Ikke-alkoholisk fedtleverbetændelse og fedmekirurgi

Det er ikke god praksis rutinemæssigt at tilbyde fedmekirurgi til patienter med svær overvægt og samtidig ikke-alkoholisk fedtleverbetændelse (ikke-alkoholisk steatohepatitis, NASH) og leverfibrose på grund af manglende evidens.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Patienter med mistanke om leversygdom bør udredes for denne, før de eventuelt tilbydes fedmekirurgisk vurdering. Dette skyldes, at patienter med skrumpeliver (cirrose) har en øget risiko for komplikationer i forbindelse med et fedmekirurgisk indgreb i forhold til patienter uden leversygdom.

Graviditet og fedmekirurgi

Overvej at tilbyde fedmekirurgi til kvinder med BMI over 35 kg/m², der er infertile, med henblik på at nedsætte morbiditet og mortalitet for mor og barn i forbindelse med graviditet og fødsel.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Alle gravide, som er gastrisk bypass-opereret, bør følges af både endokrinolog, obstetriker og gerne diætist under graviditeten. Der bør være fokus på risiko for anæmi, svangerskabsdiabetes, mulig intern herniering, graviditets- og



fødselsproblemer og den gravide bør informeres om mulige identificerede komplikationer i forbindelse med graviditet og fødsel.

Operationsmetode

Overvej at tilbyde Roux-en-Y Gastrisk Bypass operation frem for Sleeve Gastrektomi operation til voksne patienter, som er visiteret til fedmekirurgi.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

På lang sigt (mere end 3 år efter operation) ses muligvis større vægttab efter RYGB end efter SG. Der er en klart større andel af patienter med type 2 diabetes, der opnår bedring eller helt remission af deres diabetes efter RYGB end efter SG. Hypoglykæmi kan opstå ved begge operationer, hvorfor der bør være fokus på dette i opfølgningen efter operationen. For begge operationstyper er der dokumenteret gavnlige effekter på blodtryk og lipider, men studierne har ikke undersøgt effekten på kardiovaskulære events. Det kunne dog forventes, at en reduktion af blodtryk og lipider på sigt vil medføre en reduktion i antallet af kardiovaskulære events. I andre sammenhænge har reduktion af blodtryk og lipider vist sig at have en gavnlig effekt på kardiovaskulære events, men det er ikke direkte undersøgt på denne patientgruppe.

Studier har vist, at gastroesophageal reflux syndrom (GERD) kan opstå eller forværres efter SG. Ingen af de inkluderede studier opgjorde forekomsten af nytillkommet GERD efter RYGB i forhold til SG. Arbejdsgruppens klare kliniske erfaringer sammenholdt med resultater af studier(49), som ikke er inkluderet i evidensen til dette fokuserede spørgsmål gør, at det anbefales, at man for patienter med GERD primært kan overveje at tilbyde RYGB frem for SG.

Valg af operationstype bør foretages ud fra en individuel vurdering i samarbejde mellem læge og patient og efter oplysning om mulige fordele og komplikationer ved operationstyperne.

Overvej at lukke slidser (de kirurgisk operativt skabte huller i bughulen) under den primære, laparoskopiske, antegastriske, antekoliske Roux-en-Y Gastrisk Bypass operation.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Der er risiko for, at slidserne, på trods af lukning ved det primære indgreb kan gendannes efterfølgende. Interne hernier kan derfor forekomme senere selv ved lukning af slidserne ved det primære indgreb.



Opfølgende undersøgelser

Det er ikke god praksis rutinemæssigt at tilbyde psykologisk vurdering efter fedmekirurgi på grund af manglende evidens.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Svarende til gældende anbefalinger bør alle patienter, som har fået foretaget fedmekirurgi, tilbydes individuel opfølgning i hospitalsregi i to år efter fedmekirurgi af et tværfagligt fedmeteam (bestående af læge, diætist og sygeplejerske). Det er god praksis at planlægge mere intensive postoperative forløb for patienter med særlige medicinske, ernæringsmæssige, psykologiske eller kirurgiske udfordringer.

Det er ikke god praksis rutinemæssigt at tilbyde Dual energy X-ray absorptiometry (DXA)-scanning til patienter efter fedmekirurgi med henblik på at forebygge osteoporose på grund af manglende evidens.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Der bør ske en individuel vurdering af, hvilke patienter, der har fået foretaget fedmekirurgi, som vil have gavn af DXA-scanning. Det er god praksis på baggrund af blodprøver og øvrige individuelle risikofaktorer for osteoporose at overveje at tilbyde DXA-scanning efter RYGB operation på samme indikation som for andre patientgrupper. Osteoporose blandt patienter, som har fået foretaget fedmekirurgi, bør behandles svarende til de kriterier, som gælder for resten af den danske befolkning.



Om quick guiden

Quick guiden indeholder de centrale anbefalinger i den nationale kliniske retningslinje for fedmekirurgi

Retningslinjen er udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen.

Fokus for den nationale kliniske retningslinje er kirurgisk behandling af fedme.

Den nationale kliniske retningslinje indeholder anbefalinger for udvalgte dele af området, og kan ikke stå alene, men skal ses i sammenhæng med øvrige retningslinjer, vejledninger, forløbsbeskrivelser mv. på området.

Yderligere information fra Sundhedsstyrelsen

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.sst.dk) kan man tilgå den fulde version af den nationale kliniske retningslinje inklusiv en detaljeret gennemgang af den bagvedliggende evidens for anbefalingerne.

Om de nationale kliniske retningslinjer

Denne nationale kliniske retningslinje er en af de nationale kliniske retningslinjer (NKR), der blev udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i perioden 2013-2016. I perioden 2017-2020 er de nationale kliniske retningslinjer blevet vurderet for behov for opdatering.

Uddybende materiale om emnevalg, metode og proces ligger på www.sst.dk