Upprättare: Eva Karin B Molinder

Fastställare: Elisabeth Wicklén

ÖGI - Obesitaskirurgi- indikationer, utredning, behandling och uppföljning - vårdprogram, VO Kirurgi

Innehåll

1. Syfte och omfattning 2
2. Ansvar Primärvården 2
2.1. Indikationer 2
2.2. Kontraindikationer 3
2.3. Rökstopp 4
2.4. Fysisk aktivitet 4
3. Beskrivning 4
3.1. Remiss 4
3.1.1. Provtagning inför nybesök 5
3.2. Gruppinformation/nybesök. 5
3.3. Operationsmetoder 5
3.4. Poliklinisk inskrivning (1-2v preoperativt) 6
3.4.1. Läkemedelslista 7
3.4.2. Narkosläkarbedömning 7
3.4.3. Gruppinformation före op 7
3.4.4. Fysioterapiinformation 7
3.5. Perioperativa vårdtillfället 7
3.5.1. Före operation 7
3.5.2. Operation 7
3.5.3. Efter operation, UVA 8
3.5.4. Avdelning 8
3.6. Postoperativ uppföljning 8
3.6.1. Kirurgmottagningen 8
3.6.2. Dietistmottagning 9
3.7. Åter primärvården 9
3.8. Hud-och mjukdelsöverskott (hängbuk) efter obesitaskirurgi 9
3.9. Graviditet och menstruation 9
3.10. Fysisk aktivitet 10
3.11. Kvalitetssäkring 10
3.12. Patient som genomgått obesitaskirurgi 10
4. Dokumentinformation 10
Bilaga 1, Remiss till Obesitasmottagning 11
Bilaga 2, Uppföljning via Primärvården efter obesitaskirurgi 12

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

1. Syfte och omfattning

Länsgemensamma riktlinjer för öppenvården och slutenvården i Landstinget Gävleborg, inklusive länsgemensam väntelista för nybesök och till operation.

2. Ansvar Primärvården

2.1. Indikationer

Huvudsyftet med obesitaskirurgi är de uttalat positiva hälsoeffekterna på lång sikt och själva viktnedgången som medföljer är också viktig men ändå sekundär.

Utredning inför obesitaskirurgi.
Indikation för remiss till utredning inför eventuell obesitaskirurgi i Landstinget Gävleborg är för närvarande följande:
Hos patienter med eget välinformerat samtycke föreligger indikation för obesitaskirurgi

– hos vuxna patienter under 60 år med ett BMI >35 kg/m^2. Patienten har en övertygad vilja att opereras samt att patienten har full insikt och acceptans av de förändringar i levnadssättet som en operation leder till.

Indikationen för obesitaskirurgi stärks

– hos vuxna patienter under 60 år med ett BMI ≥ 35 kg/m^2 om patienten också har diabetes mellitus typ 2, hyperlipidemi samt hypertoni (metabolt syndrom) svår sömnapné, eller uttalade ledbesvär i höft, knä eller ankel (viktbärande leder), samt hos fertila kvinnor med en önskan att bli gravid

Hos patienter med eget välinformerat samtycke föreligger indikation för obesitaskirurgi

– hos vuxna patienter över 60 år med ett BMI ≥ 35 kg/m^2, med svåra besvär i viktbärande leder, där viktreduktion är absolut nödvändig för att möjliggöra en elektiv ledprotesoperation.

Om ovanstående kriterier är uppfyllda kan remiss skrivas (remissmall, bilaga 1) till Obesitasmottagningen, Kirurgkliniken vid Gävle Sjukhus alternativt Hudiksvalls sjukhus (beroende på var patienten bor).

Om känd medicinsk åkomma (t ex hjärtkärl- respektive lungsjukdom, diabetes osv) föreligger eller misstanke om att sådan finns, är det viktigt att denna är utredd och välreglerad innan remiss utfärdas.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Sömnapnésyndrom är speciellt viktigt att påvisa och sätta in CPAP preoperativt. Varför vi önskar att Primärvården remitterar för snarkregistrering (Medicinklinik i Hudiksvall respektive Lungklinik i Gävle) och eventuell utprovning av CPAP.

2.2. Kontraindikationer

Kontraindikationer indelas enklast i generella och de som är specifika för obesitaskirurgi. I de flesta fall är kontraindikationerna inte *absoluta* utan *relativa*. Det är därför mycket viktigt med en individuell bedömning av varje patient och en noggrann preoperativ bedömning även av en ansvarig anestesiolog och intensivvårdsläkare med erfarenhet att söva och postoperativt vårda denna typ av patienter.
Vid ställningstagande till eventuell obesitaskirurgi hos patienter över 60 års ålder är det viktigt att beakta att överlevnadsvinsterna, liksom även de metabola effekterna till följd av operationen, sannolikt är av mindre betydelse och att komplikationsfrekvensen är högre än hos yngre patienter. Däremot kan livskvalitetsrelaterade problem orsakade av belastningsskador på de stora viktbärande lederna spela en relativt större roll.
Till generella kontraindikationer hör nyligen genomgången eller svår kronisk hjärtsjukdom samt svår lungsjukdom. Patienter med tidigare tromboembolisk sjukdom tillhör också en grupp med relativ kontraindikation.

Till absoluta kontraindikationer för obesitaskirurgi hör

- patient med dålig insikt om konsekvenserna för den framtida levnadsstilen efter genomgången fetmaoperation
- patient som saknar övertygad vilja att ändra sitt ätbeteende efter fetmaoperation
- patient med pågående missbruk av alkohol eller narkotiska preparat eller tidigare känt missbruk utan dokumenterad drogfrihet i minst 2 år

Av ovan framgår att det är mycket viktigt att patienten noggrant informeras om konsekvenserna av fetmakirurgin för sin levnadsstil och ätbeteende innan han/hon accepterar en operativ åtgärd.

Till relativa kontraindikationer som är specifika för obestitaskirurgi hör

- patient utan tidigare dokumenterat allvarligt menade bantningsförsök
- patient med svår mental sjukdom som inte är stabilt medicinskt kontrollerad
- patient med portal hypertension och gastriska varicer

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

2.3. Rökstopp

Ett krav för att få genomgå laparoskopisk gastric bypass är rökstopp 6 v preoperativt följt av 4 v postoperativt. Gäller tobaksrök men inte annan nikotinanvändning.
Enligt två svenska doktorsavhandlingar från 2008 kan ett rökstopp halvera risken för komplikationer.
Ett relativt krav är också definitivt rökstopp och detta gäller framförallt gastric bypass-patienter som annars har stor risk för att få terapiresistent magsår i ventrikelfickan. Förutom alla andra hälsofördelar ett livslångt rökstopp medför.

Vi rekommenderar därför allmänt om att informera patienten om detta tidigt i utredningen. Om patienten röker har vi också en rutin med standardremiss åter inremitterande läkare för rökavvänjning. Detta sistnämnda sker efter ”gruppinformation obesitas” och innan det enskilda läkarbesöket på obesitasmottagningen.

2.4. Fysisk aktivitet

Vi rekommenderar att familjeläkare eller annan läkare redan innan utredning inför ev. obesitaskirurgi informerar patienten om betydelsen av att komma igång med någon typ av motion eller aktivitet som kräver fysisk ansträngning.

För denna patientgrupp är det viktigt med regelbunden träning och motion efter operationen för att kroppen snabbare ska återhämta sig och för att uppnå goda resultat på lång sikt. Viktnedgång efter operation orsakas inte enbart av nedbrytning av fett utan beror också på minskad muskelmassa. Det är därför mycket viktigt att snabbt komma igång med träning när vikten minskar. Patienten bör äta proteinrikt för att behålla så mycket som möjligt av sin muskelmassa.

Vår erfarenhet är att det är klart enklare att motivera denna patientgrupp att genomföra livsstilsförändringar som ex rökstopp, börja motionera och äta viss diet både före och efter obesitaskirurgi.

3. Beskrivning

3.1. Remiss

Primärvården skickar vanlig remiss inklusive remissmall obesitas. Vid ofullständigt ifylld remiss återsändes remissen till remittenten.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

I första hand remitteras patienter boende i Gästrikland till Gävle och patienter boende i Hälsingland till Hudiksvall. Remissbedömning enligt egna rutiner på orten.
I praktiken innebär detta att patienten kallas till nybesök eller operation i första hand utifrån placering i väntelistan oavsett ort.
Om patienter väntat lika länge eller väntetiden understiger kömiljard/vårdgaranti får orttillhörighet avgöra.

3.1.1. Provtagning inför nybesök

Obesitassköterska skickar ut provtagningsremisser, enligt nedan, till patienten när patienten har fått tid.
Om provsvar avviker från normalt referens intervall ska ansvarig kirurg underrättas.

Blodstatus (Hb, TPK, LPK)
Njurprofil (Na, K, krea, Ca, korrCa, albumin)
Leverprofil (bilirubin, ASAT, ALAT, GT, ALP)
Lipidprofil
Thyroideastatus
Fe status (fs-Fe, ferritin, kobalamin, folat)
PTH (D-vitamin, s-insulin)
HbA1C, fp-glukos

3.2. Gruppinformation/nybesök.

Läkarinformation ca 45 min
Dietist och fysioterapeut information ca 45 min
Patienten återgår till hemmet med skriftlig information. Patienten kontaktar själv kirurgmottagningen om denne önskar läkarbesök samt beslut om operation.

Observera! Det är viktigt att informera patienten om att graviditet avråds första postoperativa året.

3.3. Operationsmetoder

Vi erbjuder två operationsmetoder att välja mellan vid obesitaskirurgi.

Gastric bypass
Vid en gastric bypassoperation blir en stor del av magsäcken och en del av tunntarmen frånkopplad (ingenting tas bort). Kirurgerna skapar en liten ficka (ca 15-20 ml) av den ursprungliga magsäcken och kopplar resten av tunntarmen till den ”nya magsäcken”. Detta gör

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

att man får en tidig och långvarig mättnadskänsla. Efter gastric bypassoperationen är magsäcken mycket liten, och man måste äta små och regelbundna måltider. När man är nyopererad är det förhållandevis trångt i kopplingen mellan den lilla magsäcksfickan och tarmen. Allt eftersom utvidgas denna, och det blir enklare att öka storleken på portionerna något. Vilken typ av mat man föredrar förändras ofta efter operationen, speciellt den första tiden. Detta beror på att tarmen måste anpassa sig till kaloritillförsel direkt till tarmslemhinnan. Toleransen för fett och socker minskar och tarmen tar till sig mindre näring från maten. Gastric bypassoperationen medför också förändring i nerv- och hormonsystemen, vilket leder till att hungerkänslorna och tendensen att vilja ”överäta” minskar också.
-Bevisad långtidseffekt på viktnedgång och mot följdsjukdomar (ex DM)
-Oftast bättre vid högt BMI
-Förenat med fler komplikationer på kort och lång sikt (ex läckage, tarmvred, magsår, alkoholism osv)
-Bättre vid medelsvår/svår refluxsjukdom (halsbränna/sura uppstötningar)
-Funnits länge, välbeprövat

Gastric sleeve
Gastric sleeve är ett kirurgiskt ingrepp som enbart omfattar magsäcken, och inte involverar tarmen. Vid operation avlägsnas 75 % av magsäcken så att den resterande magsäcken får formen av ett rör eller en ärm – därav namnet ”sleeve”. Delen av magen som opereras bort, tas ut ur bukhålan. Den smala rörformade magen som återstår staplas (”häftas ihop”) med kirurgiska instrument. När den förminskade magsäcken fylls, skapas det tryck som ger tidig och relativt långvarig mättnadskänsla. Intag av för stora mängder mat, eller om man äter för snabbt, medför obehag och i värsta fall illamående och kräkningar. Operationen ger en hormonell effekt, som leder till att hungerkänslorna också minskar. Metoden är icke reversibel (kan inte återställas).
-Mindre och lite mer skonsamt ingrepp än GBP
-Fortsatt kontinuitet i magtarmsystemet
-Färre komplikationer
-Ganska nytt ingrepp
-Oftast lämpligt vid lägre BMI
-Ej vid svår refluxsjukdom (halsbränna/sura uppstötningar)
-Saknas långtidsresultat
-Bra alternativ när GBP inte är lämpligt (ex IBD, bukadherenser, tidigare psykisk sjukdom och/eller missbruk, smärtproblematik osv)

3.4. Poliklinisk inskrivning (1-2v preoperativt)

Obesitassköterska/ansvarig sköterska har i patientkallelsen informerat om operationsdatum och när preoperativ svältkost enligt LCD skall påbörjas.

Kopiera giltigt ej längre efter utskriftsdatumet

Patient erhåller operationstid och när han/hon ska infinna sig på dagkirurgen i Hudiksvall eller ”Operationsmottagningen i Gävle” och ta med eventuell CPAP vid SAS (sömnapnésyndrom).
Patienten får en påse med Omeprazol 20 mg som tas kvällen innan operation samt Eusaprim forte x1 på operationsdagens morgon. Blodförtunnande(Fragmin) ges på operationsdagen (kvällen).

3.4.1. Läkemedelslista

Läkemedelslista via ordinationsmall samt patientens egna fasta mediciner, samtliga recept enligt recept vid utskrivning finns nu tillgängliga.

3.4.2. Narkosläkarbedömning

Narkosläkarbedömning, information om narkos, narkosläkaren bestämmer vilka läkemedel patienten får respektive inte får ta dagarna innan operation.

3.4.3. Gruppinformation före op

Ny gruppinformation ges före operation i detalj om det perioperativa vårdförloppet samt repetition om fördelar, nackdelar på kort och lång sikt. Ett enskilt läkar- patientmöte om det gått för lång tid efter nybesök, inaktuellt status eller nytillkommen komorbiditet.

3.4.4. Fysioterapiinformation

Fysioterapiinformation ges, muntligt och skriftligt, om preoperativ träning motsvarande en timmes pulshöjande träning dagligen fyra veckor preoperativt samt minst fyra veckor postoperativt.
Syftet är att minska risk för DVT/lungemboli per/postoperativt, öka möjligheten till bestående beteendeförändring avseende en mer aktiv livsstil(var god se punkt 2.4).

3.5. Perioperativa vårdtillfället

3.5.1. Före operation

Hibiscrub x 2, dagkirurgen. Premedicinering enligt läkemedels modul + anestesijournal.

3.5.2. Operation

Vid gastric bypass-operation ska, på förekommen anledning, skall alltid v-sond avlägsnas ur patienten innan delning av magsäck påbörjas. Det är alltid operatörens skyldighet att säkerställa att sonden är avlägsnad innan delning av magsäck sker.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

3.5.3. Efter operation, UVA

Smärtlindring ges enligt läkemedelsmall frikostigt, snabb mobilisering, miktion. Pulsoxymetri varje timme, om puls > 120 i mer än en timme varaktig kontakt med operatör och ställningstagande till åtgärd.
Patienten dricker vatten/kaffe/te, max 1 liter fram till morgonen efter operation.
Blåsa i PEP 10 x 2 1ggr/timme.

3.5.4. Avdelning

Laboratorieprover postoperationsdag 1, Hb CRP, Lpk, Na K krea.

Fortsatt pulsregistrering varje till varannan timme t o m följande morgon. Om puls > 120 i mer än en timme, varaktig eller i övrigt annan allmänpåverkan, tas kontakt med operatör och ställningstagande till relaparoskopi, kan vara enda tidiga tecknet på ett läckage.

Full mobilisering är oerhört viktigt. Ingen mat/dryck vid sängen.
Patienten skall hämta ut recept och erhålla instruktion om hur att ge sig själv subkutant Fragmin i hemmet.

Kost postoperativt dag 1
Frukost 1,5 dl osötad yoghurt/fil/mjölk. Lunch 1,5 dl varm soppa. Eventuell middag 1,5 dl varm soppa. Mellanmål som frukost, mjukkost i 2 v ABSOLUT inget svårsmält! Från och med postoperationsvecka 3, vanlig kost.

Läkare, fysioterapeut respektive dietist har varsitt utskrivningssamtal i grupp. Checklista recept på Fragmin x1 i tio dagar, T Omeprazol x1 i 6 v. Clipstagning sårinformation duschning, sjukskrivning 4 v. Informeras om symtom på sårinfektion/djupabscess, ileussymtom, hur patienten skall agera.
Påbörja livslång substitutionsmedicinering med start 4 veckor postoperativt:
T Calcichew D3 1x2, T Behepan 1x1, T Duroferon 1x1 varannan dag (både män och kvinnor) och receptfritt multivitamin T Apoteket kvinna.

Fortsatt daglig motion i minst fyra veckor och sedan fortsatt regelbunden daglig motion resten av livet (se punkt 2.4.)
Besök hos dietist efter 6 v och efter 6 månader i Hudiksvall, efter 3 månader samt efter 12 månader i Gävle.

3.6. Postoperativ uppföljning

3.6.1. Kirurgmottagningen

Besök hos obesitassköterska efter 6 v (lab elektrolytstatus, Hb) respektive 12 månader, (enligt prover vid 1 år punkt 3.1.1 + Zink men ej PBNP)+ insulin, gäller både i Gävle och i Hudiksvall.

Kopian giltighetsgarantera endast utskriftsdatumet

Vid per- postoperativ komplikation återbesök till läkare/operatör.

3.6.2. Dietistmottagning

Besök hos dietist efter 6 v och efter 6 månader i Hudiksvall, efter 3 månader samt efter 12 månader i Gävle.

3.7. Åter primärvården

Vid årskontroll hos sjuksköterska tas laboratorieprover, återremiss till öppenvården.
Receptförnyelse T Behepan 1x1, T CalcichewD3 1x2, Duroferon 1x1 varannan dag och receptfritt T Apoteket kvinna 1x1. Samtliga vitaminer och mineraler ska tas livslångt.
Kontroll av längd, vikt, BMI och midjemått.

Standard brevremiss skickas med bifogade riktlinjer till Primärvården för fortsatt årliga kontroller med provtagningar och receptförnyelse på substitutions-medicineringar.

3.8. Hud-och mjukdelsöverskott (hängbuk) efter obesitaskirurgi

Efter obesitaskirurgi får många patienter hud- och mjukdelsöverskott på buken och andra lokaler. De flesta har dock inga uttalade funktionella besvär, utan framförallt kosmetiska.
Vår grundinställning är att vi generellt inte erbjuder bukplastik eller andra plastikoperationer efter obesitaskirurgi.

För indikationer för korrigerings-plastikkirurgi, var god se separat vårdprogram för plastikkirurgi.

3.9. Graviditet och menstruation

Viktigt att patient som genomgått överviktsoperation inte blir gravid under de första 18 månaderna pga förväntad och önskad svält efter själva operationen men sekundärt stora negativa effekter för ev foster och patienten själv eftersom denne måste försöka inta mer näring än vad som är bra efter just en överviktsoperation. Alltså viktigt att patienten förstår detta och planerar och ordnar säker preventivmetod första 12-18 månaderna.
Likaså gäller för patient med rikliga menstruationer (menorragier) som medför stor risk för järnbristanemi efter överviktsoperation. Alltså viktigt att åtgärda ev. menorragi redan innan en överviktsoperation för att undvika detta.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

3.10. Fysisk aktivitet

Patienterna har fått information om betydelsen av fysisk aktivitet efter sin överviktsoperation av sjukgymnast vid flera tillfällen, före och efter operationen. Det är viktigt med regelbunden träning och motion efter operationen för att kroppen snabbare ska återhämta sig och för att uppnå goda resultat på lång sikt. Viktnedgång efter operation orsakas inte enbart av nedbrytning av fett utan beror också på minskad muskelmassa. Det är mycket viktigt att snabbt komma igång med träning när vikten minskar. Patienten bör äta proteinrikt för att behålla så mycket som möjligt av sin muskelmassa.

3.11. Kvalitetssäkring

SOreg är ett nationellt kvalitetsregister, vi har deltagit sedan starten 2007, från och med år 2012, deltar samtliga 45 opererande enheter i Sverige.

Hudiksvall och Gävle kommer att registreras som Kirurgkliniken Gävleborg (registerhållare i Örebro Johan Ottosson håller på med detta).
Alla opererade patienter registreras i SOreg, basregistrering, operationsregistrering, 6 v, 1 år, 2 år och 5 år och 10 år. År 2 och 5 via brev + tele självskattad vikt, midjemått, laboratorieprover enligt punkt 3.1.1, via Primärvården.

3.12. Patient som genomgått obesitaskirurgi

Om GBP opererad söker akut skall i första hand GBP operatör kontaktas, under jourtid telefonkonsultation. Någon i länet skall alltid finnas till hands vid behov.

Kvalitetsmålen för denna verksamhet utgår ifrån reviderade riktlinjer enligt NIOK från 2011 samt morbiditets och mortalitetsstatistik från SOregistret.

4. Dokumentinformation

Redigering av dokument samt granskare Jennie Wickenberg, specialistläkare, Laszlo Kosztyu VEC läkare Hudik, slutgranskare Eva-Karin Molinder kvalitetssamordnare och fastställare Elisabeth Wicklén verksamhetschef.

Kontrollera giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Bilaga 1, Remiss till Obesitasmottagning

Gävle Sjukhus
Obesitassektionen
Kirurgmottagningen -58-
801 87 GÄVLE

Hudiksvalls Sjukhus
Obesitassektionen
Kirurgmottagningen -742-
824 81 HUDIKSVALL

För att underlätta vårt arbete är vi tacksamma för att remiss innehåller följande:

Arbete/sysselsättning? Sjukskrivning/pension? Utbildningsnivå (grundskola, gymnasiet osv)?

Vid vilken ålder debuterade övervikten?
Aktuell kroppslängd?
Aktuell vikt?
Aktuellt BMI (kg/m2)?

Rökning? (om rökare är det bra att initiera rökstopp/rökavvänjning omgående)

Vilka metoder för viktnedgång har prövats?
Viktväktarna (motsvarande), dietist- respektive familjeläkarkontakt, farmakologisk behandling (eventuellt preparat?), operation, terapi, annat??

Har patienten genomgått några bukoperationer?

Graviditet/förlossning/kejsarsnitt?

Har patienten komorbiditet till sin fetma?
Diabetes, hypertoni, hjärt-kärlsjukdom, sömnapné syndrom, gastroesofagal reflux?

Känd psykisk sjukdom (depression, ångest, psykos?), aktuellt/tidigare missbruk?

Har patienten rimlig följdsamhet/compliance och förmåga samt vilja/motivation att förstå och följa ordinationer och instruktioner?

Aktuella mediciner?
Allergi (framförallt pc, NSAID osv)?

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Bilaga 2, Uppföljning via Primärvården efter obesitaskirurgi

Bäste kollega.

Det första året efter obesitaskirurgin har patienten gått hos oss på Obesitasmottagningen för kontroller. Detta är bra eftersom patienten ej sällan har många frågor den första tiden och huvudproblemen efter operationen oftast uppstår under denna period. Var god se bifogade journalanteckningar.

Det nu dags att remittera ut denna patient till Er för fortsatt uppföljning.

Skälen för fortsatta kontroller är flera.

- Fortsatt viktregistrering. Förbättrar möjligheterna för patienten att vidmakthålla den livsstils- och beteendeförändring som operationen syftar till.
- Risk för malabsorption och bristsjukdomar. Framförallt B12-brist, anemi och benskörhet/bisköldkörtelrubbning.
- Många patienter har komorbiditet relaterat till sin fetma. Den blir vanligtvis bättre av viktnedgången men detta behöver då följas.

För närvarande rekommenderar vi följande preparat för substitution:

- Multivitamin-tablett (Apoteket Kvinna 1 x 1 receptfritt)
- Kalk och D-vit (Calcichew D3 500 mg/400 mg IE 1 x 2)
- B12-vitamin (Behepan 1 mg 1 x 1)
- Järn (Duroferon 100 mg 1 x 1 varannan dag).

Vi rekommenderar också årlig kontroll av följande labprover: Hb, ferritin, calcium, alb-korrigerat calcium, kobolamin/B12 och folat.

För övrigt hänvisar vi till vårdprogrammet ”Obesitaskirurgi inom Region Gävleborg.

Med vänlig hälsning
Obesitassektionen, ÖGI

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet