

<https://helda.helsinki.fi>

Miksi Suomessa tehdään liian vähän lihavuuskirurgisia leikkauksia

Salminen, Paulina

2019

Salminen , P , Juuti , A & Nuutila , P 2019 , ' Miksi Suomessa tehdään liian vähän lihavuuskirurgisia leikkauksia ' , Duodecim , Vuosikerta. 135 , Nro 16 , Sivut 1490-1492 . <
<https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo15058> >

<http://hdl.handle.net/10138/305800>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

Paulina Salminen, Anne Juuti ja Pirjo Nuutila

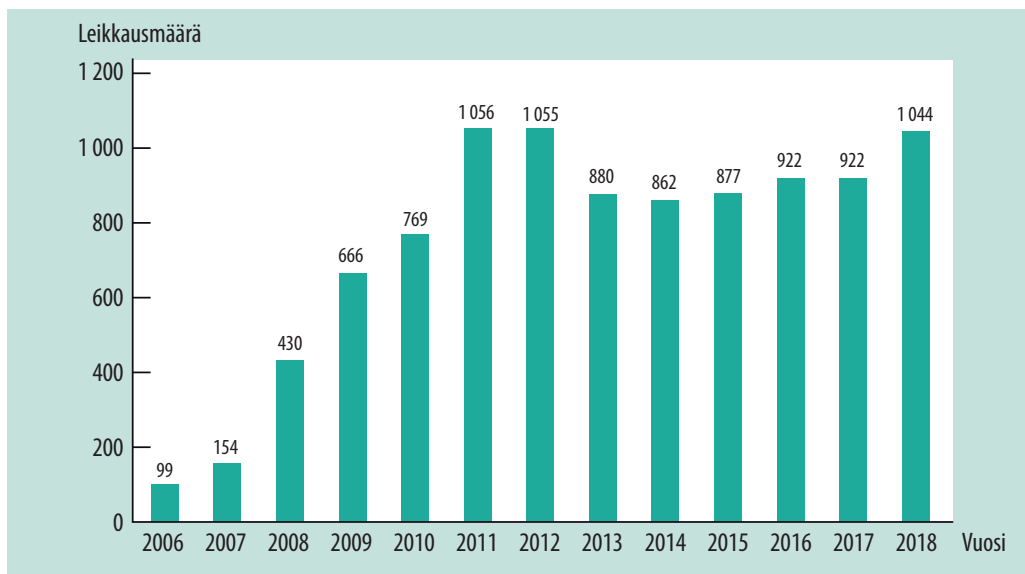
Miksi Suomessa tehdään liian vähän lihavuuskirurgisia leikkauksia?

Lihavuusepidemia on jatkunut jo yli kolme vuosikymmentä, ja tänä aikana lihavuuden esiintyvyys on käytännössä kaksinkertaistunut ja siihen liittyvä sairaustaakka merkittävästi kasvanut. Vuonna 2015 maailmassa arvioitiin olevan 604 miljoonaa ylipainoista aikuista ja 108 miljoonaa ylipainoista lasta (1). Suomalaisista aikuisista yli puolet on ylipainoisia tai lihavia (painoindeksi $\geq 25 \text{ kg/m}^2$) ja viidesosa lihavia ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$), ja vaikeasta tai sairaalloisesta lihavuudesta ($\geq 35 \text{ kg/m}^2$) kärsii 5 % miehistä ja 7 % naisista (2).

Lihavuuskirurgian avulla voidaan saada aikaan merkittävä ja pitkäaikainen painon väheneminen ja konservatiivista hoitoa tehokkaammin estää, parantaa tai lievittää lihavuuden liitännäissairauksia (3–5). Lihavuuskirurgialla

ei voida hoitaa globaalia lihavuusepidemiaa, mutta oikein valituille potilaille lihavuuskirurgia on sairaalloisen lihavuuden erittäin hyvä ja tehokas hoito. Potilaan itsensä saaman merkittävän hyödyn lisäksi lihavuuskirurgia on myös kansantaloudellisesti kannattavaa (6, Juuti ym. tässä numerossa).

Lihavuusepidemian myötä lihavuuskirurgisten leikkausten määrä maailmassa on kahdenkymmenen viime vuoden aikana lähes kaksikymmenkertaistunut: vuonna 1998 maailmassa tehtiin noin 40 000 lihavuuskirurgista toimenpidettä ja vuonna 2016 vastaavasti lähes 686 000 leikkausta (7). Suomessa lihavuuskirurgia alkoi yleistyä vasta vuodesta 2006 lähtien, ja viime vuosina Suomessa on leikattu noin 900–1 000 potilasta vuodessa (KUVA).



KUVA. Lihavuusleikkausmäärät Suomessa vuosina 2006–2018.



TAULUKKO. Pohjoismaiden lihavuuskirurgisten leikkausten määrät vuonna 2017 suhteutettuna asukasluukuun (Paulina Salminen, 5th Nordic and Baltic Bariatric Surgery Meeting, Kööpenhamina 7.–8.3.2019).

Maa	Asukasluuku vuonna 2017	Leikkausmäärä (n)	Leikkausmäärä (n/100 000 asukasta)
Suomi	5,503 milj.	922	17
Ruotsi	9,995 milj.	5 347	53
Norja	5,258 milj.	2 738	52
Tanska	5,749 milj.	1 050	18
Islanti	338 349	332	98

Suomessa lihavuusleikkausten määrä väestöön suhteutettuna on Länsi-Euroopan pienimpiä ja yhdessä Tanskan kanssa merkittävästi vähäisempää muihin Pohjoismaihin verrattuna, kun leikkausmäärää arvioidaan 100 000 asukasta kohti (**TAULUKKO**) (Suomen Lihavuus- ja metabolisen kirurgian yhdistys, Ruotsin lihavuusleikkausrekisteri SOREG).

Suomen leikkaustarpeen on arvioitu olevan noin 2 000 vuosittaista leikkausta, eivätkä kaikki lihavuuskirurgiasta mahdollisesti tai todennäköisesti hyötyvät potilaat pääse Suomessa lihavuuskirurgiseen leikkausarvioon (6).

Lihavuusleikkaus sopii useimmille potilaille, jotka ovat onnistuneet jonkin verran laihtumaan konservatiivisin keinoin mutta eivät ole saavuttaneet pysyvää painon vähenemistä ja joiden leikkauriski ei ole lihavuuden liitännäissairauksien tai muiden sairauksien takia merkittävästi suurentunut. Lihavuusleikkauksen ja vähintäänkin leikkausarvion pitäisi olla kaikkien vaikeasti tai sairaalloisesti lihaviin potilaiden saatavilla. Potilaat, joilla todetaan lihavuuteen liittyviä aineenvaihduntasairauksia, kuten tyyppiin 2 diabetesta, dyslipidemiaa, rasvamaksaa ja kohonnutta verenpainetta, hyötyvät sairastuvuuden ja kokonaiskuolleisuuden kannalta leikkauksesta todennäköisesti eniten (8).

Lihavuuskirurgian tulosten ja tutkimusnäytön myötä sen indikaatiot myös laajenevat, ja erityisesti diabetekseen hoidon tuoreimman tutkimusnäytön perusteella on vaadittu kansainvälisten lihavuuskirurgian kriteerien uudistamista. Yhdysvaltain ja Euroopan diabe-

tesjärjestöjen yhteisen diabeteksen hoitosuosituksen mukaan lihavuuskirurgiaa kannattaa harkita diabeetikoille, joiden painoindeksi on 30,0–34,9 kg/m² ja jotka eivät saavuta hoitavoitetta suun kautta otettavilla tai pistettävillä diabeteslääkkeillä (9,10, Soinio ym. tässä numerossa).

Miten Suomessa päästäisiin riittäviin ja uusien aiheiden myötä myös lisääntyviin lihavuuskirurgian leikkausmääriin? Erittäin tärkeässä asemassa lihavuusleikkauksen hoitokokonaisuudessa ovat potilaan lihavuuden mukana kehittyneet aineenvaihduntasairaudet, kun esimerkiksi dia-

betesta hoitaa yleislääkäri tai työterveyslääkäri. Leikkausarvioon pääsy Suomessa edellyttää Käypä hoito -suosituksen mukaan painonhallinnan yksilö- tai ryhmäohjaukseen osallistumista puolen vuoden ajan. Muissa pohjoismaissa edellytetään potilaan vakaata motivaatiota leikkaukseen sekä sitoutumista pysyvään elintapa- ja syömismuutokseen, mutta vastavaa puolen vuoden osallistumispakkoa painonhallintaohjaukseen ei ole. Ovatko liian tiukat leikkausta edeltävät painon vähentämisen vaatimukset osaltaan este lihavuuskirurgiasta hyötyvien potilaiden leikkaushoittoon pääsyyllä?

Lähte kirurgisen hoidon arvioon voidaan tehdä perusterveydenhuollossa sen jälkeen, kun potilasta hoitava lääkäri yhdessä potilaan kanssa arvioi lihavuusleikkauksen potilaille mahdollisesti sopivaksi hoitomuodoksi. Samalla perusterveydenhuollossa ohjeistetaan potilas aktiiviseen konservatiiviseen laihduttamiseen, jonka onnistuminen voidaan todeta erikoissai-

raanhoidossa potilaan lihavuuskirurgisen hoitopolun alkaessa.

Mikäli nuori tai varhaiskeski-ikäinen potilas on sairaalloisen lihava, mistä jo aiheutuu metabolinen sairaus, tai hänen liitännäissairausriskinsä on merkittävästi suurentunut ja hän on kiinnostunut lihavuusleikkauksesta, se on hänelle todennäköisesti erittäin hyödyllinen ja myös kansantaloudellisesti kannattava. Yli 65-vuotiaiden lihavuusleikkaukset tulee arvioida yksilöllisesti sellaisessa yksikössä, jossa tunnetaan lihavuuskirurgian hyödyt ja haitat tässä ikäryhmässä.

Vaikean ja sairaalloisen lihavuuden taustalla on useita siihen mahdollisesti altistavia tekijöitä, joita ei vielä riittävän hyvin tunneta. Näihin lukeutuvat geneettiset tekijät, suoliston mikrobiomi, suoliston ja aivojen yhteys sekä aivojen

toiminnalliset tekijät. Vaikean ja sairaalloisen lihavuuden yhteydessä ohje ”syö vähemmän ja liiku enemmän” ei toimi samoin kuin vain lievästi ylipainoisille ihmisille annettuna, vaan potilaan sitoutumisen lisäksi hoidossa tarvitaan muita apukeinoja. Lihavilla mielihyvää ja nautintoa säätelevien välittäjäaineiden määrä vähenee, mikä altistaa ylensyönnille ja mielialan huononemiselle. Lihavuusleikkaus korjaa tehokkaasti myös lihavuuden aiheuttamia aivojen rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia sekä siten toimintakykyäkin (Nummenmaa ja Nuutila tässä numerossa).

Lääkäreiden on tärkeää kiinnittää asiallisesti aktiivista huomiota potilaan lihavuuteen ja harvita nykyistä herkemmin vaikeasti tai sairaalloisesti lihavan potilaan lähettämistä lihavuuskirurgiseen arviointiin. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Collaborators GBDO, Afshin A, Forouzanfar MH, ym. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *N Engl J Med* 2017;377:13–27.
2. Männistö S LT, Harald K, Borodulin K, ym. Työikäisten ylipainon ja lihavuuden kasvu näyttää hidastuneen. Kansallisen FINRISKI-terveysstudion tuloksia. *Suom Lääkäril* 2015;70:969–75.
3. Adams TD, Davidson LE, Litwin SE, ym. Weight and metabolic outcomes 12 years after gastric bypass. *N Engl J Med* 2017; 377:1143–55.
4. Puzifferri N, Roshek TB, 3rd, Mayo HG, ym. Long-term follow-up after bariatric surgery: a systematic review. *JAMA* 2014; 312:934–42.
5. Sjostrom L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial: a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *J Intern Med* 2013; 273:219–34.
6. Ikonen TS AH, Gylling H, toim. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 16/2009.
7. Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, ym. IFSO worldwide survey 2016: primary, endoluminal, and revisional procedures. *Obes Surg* 2018;28:3783–94.
8. Mingrone G, Panunzi S, De Gaetano A, ym. Bariatric-metabolic surgery versus conventional medical treatment in obese patients with type 2 diabetes: 5 year follow-up of an open-label, single-centre, randomised controlled trial. *Lancet* 2015; 386:964–73.
9. Davies MJ, D’Alessio DA, Fradkin J, ym. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care* 2018;41:2669–701.
10. Rubino F, Nathan DM, Eckel RH, ym. Metabolic surgery in the treatment algorithm for type 2 diabetes: a joint statement by International Diabetes Organizations. *Diabetes Care* 2016;39:861–77.



PAULINA SALMINEN, kirurgian professori, kirurgian ja gastroenterologisen kirurgian erikoislääkäri, ylilääkäri
Turun yliopisto, kirurgia, Turku
Satasairaala, Pori
TYKS Vatsalinkirurgian ja urologian klinikka

SIDONNAISUODET

Paulina Salminen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Merck, Orion)
Anne Juuti: Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Covidien, Johnson & Johnson, Kebomed), muut sidonnaisuudet (Barivita Oy)
Pirjo Nuutila: Apuraha (Astra-Zeneca, tutkimusrahoitus sopimus), luontopalkkio/asiantuntijapalkkio (Suomen MSD), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Suomen MSD, AstraZeneca)

ANNE JUUTI, dosentti, kirurgian ja gastroenterologisen kirurgian erikoislääkäri, osastonylilääkäri
HYKS Vatsakeskus, Helsinki

PIRJO NUUTILA, professori, ylilääkäri
Kliininen laitos, PET-keskus, Turun yliopisto
TYKS, endokrinologian vastuualue