

Alkoholrelaterade problem i samband med överviktskirurgi

Fetmakirurgi verkar inte öka risken att utveckla missbruks- eller beroendeproblem. Däremot tycks sådana problem generellt vara vanligare i denna patientgrupp. Före ingreppet bör patienterna ha varit fria från missbruk i ett å två år. De ska informeras om att de efter operationen inte kommer att kunna dricka lika mycket alkohol eller på samma sätt som tidigare.

Bariatrisk kirurgi är en framgångsrik behandling av sjuklig övervikt som har ökat mycket i Sverige. Tidigare användes flera olika operationsmetoder men på senare år har laparoskopisk gastrisk bypass blivit den helt dominerande tekniken. Personer med ett kroppsmasseindex (BMI) på över 35 eller 40 (beroende på landsting) som misslyckats med vikt-reducerade behandling kan komma ifråga för överviktsoperation.

Efter en gastrisk bypass kan patienterna inte längre äta stora mängder mat, vilket leder till en kraftig och bestående viktminskning [1]. Förutom ökad livskvalitet kan operationen medföra förbättring i typiska följsjukdomar till övervikt, såsom förhöjt blodtryck, typ 2-diabetes och obstruktiv sömnapné, samt långsiktigt minskad dödlighet [2]. Till nackdelarna hör risken för medicinska komplikationer i samband med ingreppet, problem med överskottshud samt metaboliska störningar och bristsjukdomar.

Överviktsopererade patienter upple-

ver dessutom ofta en ökad känslighet för alkohol. Vid gastrisk bypass kopplas huvuddelen av magsäcken och tolvfingertarmen förbi så att födointaget leds direkt in i tunntarmen. Vid alkoholkonsumtion blir konsekvensen av detta en minskad förstapassagemetabolism, vilket ger högre promillehalt i blodet [3, 4]. Alkoholeffekten upplevs därmed vara både snabbare och kraftigare än förut. Den reducerade kroppsvikten innebär dessutom att etanolens »distributionsvolym« minskar varför personerna generellt tål alkohol mycket sämre efter ingreppet.

Förutom en förändrad etanolmetabolism har överviktsopererade personer påstått löpa ökad risk att utveckla missbruk eller beroende av alkohol och andra droger. Trots avsaknad av entydigt vetenskapligt stöd [5-7] har detta uppmärksammats mycket i massmedierna. Som en enkel förklaring har ofta angivits att »ett missbruk helt enkelt ersätts med ett annat«.

ANDERS HELANDER

adjungerad professor, Alkoholab, institutionen för laboratoriemedicin, Karolinska institutet och Karolinska universitetslaboratoriet, Stockholm
anders.helander@ki.se

KATARINA LUNNER

fil dr, institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet; överviktsenheten, Akademiska sjukhuset, Uppsala; Bariatric Center, Sophiahemmet, Stockholm

ANDERS LEIFMAN

statistiker

STEFAN BORG

docent, verksamhetschef; båda vid Beroendecentrum Stockholm

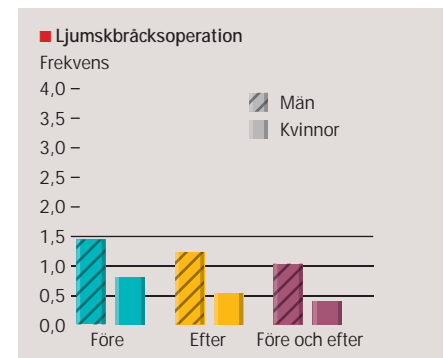
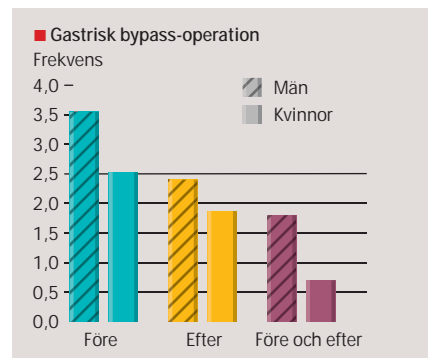


Överviktsopererade tål alkohol mycket sämre efter operationen.

Foto: Colourbox

Vid en rundfrågning bland personal inom Beroendecentrum Stockholm (BCS) identifierades ett antal patienter med problem relaterade till alkohol, läkemedel eller illegala droger och som hade genomgått överviktsoperation. I några fall var dock patienterna kända redan före ingreppet, och i andra fanns även en psykisk sjukdom.

För att få en bättre uppfattning om det föreligger något samband mellan överviktsoperation och risk för alkohol- och drogberoende gjorde vi en sökning i Stockholms läns landstings databas för uppföljning och analys av vårdkonsumtion (»VAL-databasen«) för tidsperioden 2000–november 2010. Vi studerade hur många gastrisk bypass-patienter (»gastrisk bypass« och »laparoskopisk gastrisk bypass«; N = 5 068) som hade besökt BCS samt om första kontakten hade infallit före eller efter operationstillfället. Även antalet patienter som hade varit i kontakt med BCS både före och efter ingreppet noterades. Som



Figur 1. Relativ andel av gastrisk bypass-opererade och ljustjumsbräckopererade patienter som varit i kontakt med Beroendecentrum Stockholm före, efter eller både före och efter operation. Resultaten baseras på Stockholms läns landstings databas för uppföljning och analys av vårdkonsumtion för perioden 2000–november 2010.

jämförelsegrupp användes patienter som hade opererats för ljustskräck. Signifikantstest av skillnader utfördes separat för kvinnor och män.

Resultaten visade att en statistiskt signifikant högre andel av gastrisk bypass-opererade patienter hade varit i kontakt med BCS såväl före som efter ingreppet (Figur 1). Bland kvinnliga gastrisk bypass-patienter var det mer än tre gånger så vanligt ($P < 0,001$), och bland manliga ungefär dubbelt så vanligt ($P < 0,01$), som bland ljustskräck-opererade patienter. För dem som varit i kontakt med BCS både före och efter operationen var resultaten signifikant skilda endast för männen. Båda studiegrupperna uppvisade konsekvent högre prevalenssiffror före operationen, vilket förklaras av att observationsperioden i de flesta fall är avsevärt längre före än efter ingreppet. Medelåldern för gastrisk bypass-patienterna var drygt 40 år och för ljustskräckpatienterna drygt 50 år, men merparten (92 procent) av gastrisk bypass-operationerna hade utförts under den senaste femårsperioden. Dock var det något fler kvinnor än förväntat (signifikant, $P = 0,03$) som hade kontaktat Beroendecentrum efter överviktsooperation, jämfört med könsfördelningen i övriga grupper (Figur 1).

Sammanfattningsvis indikerar resultaten från sökningen i VAL-databasen inte någon markant ökad risk för att

utveckla missbruks- eller beroendeproblem efter en överviktsooperation. Där emot verkar prevalensen för sådana problem generellt vara högre hos denna patientkategori.

Noteras bör att de prevalenssiffror som nämns gäller patienter som varit i kontakt med BCS, dvs de »allvarligaste« fallen. Andra studier har indikerat att alkoholöverkonsumtion är betydligt vanligare [7]. Personlighetsstörning, ätstörning, ADHD eller missbruk som manifesteras genom impulsivitet [8-10] och självmedicinering med mat och alkohol är komplicerande faktorer i samband med överviktsooperation.

I enlighet med »Nationella indikationer för obesitaskirurgi« [11] bör alkohol- och drogmissbruk utvärderas före kirurgi. Det kan dock vara svårt att upptäcka alkoholproblem på grund av att anamnesupptagning vanligen sker via screeningformulär [12] med trolig underrapportering som följd. Därför är det lämpligt att även utnyttja känsliga och specifika alkoholmarkörer som kan påvisa såväl aktuellt intag (EtG och EtS i urinprov) som kronisk överkonsumtion (CDT och PEth i blodprov) [13].

Överviktsooperation behöver inte uteslutas om missbruket upphört. Däremot rekommenderas patienterna att genomgå missbruksbehandling och vara drogfria i 1-2 år före ingreppet. Följaktligen är det viktigt att överviktsklinikerna söker identifiera patienter med alkohol- och drogproblem i god tid före operationen, inte minst med tanke på den ökade

riskerna för komplikationer (t ex blödningar, lunginflammation och sepsis) som detta annars innebär [14, 15], samt följer upp riskpatienter efter ingreppet. Dessutom ska patienterna tydligt informeras om att operationen kommer att innebära en ökad känslighet för alkohol och att de därför inte kan dricka samma mängder eller på samma sätt som tidigare.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Padwal R, Klarenbach S, Wiebe N, Birch D, Karmali S, Manns B, et al. Bariatric surgery: a systematic review and network meta-analysis of randomized trials. *Obes Rev*. doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00866.x. Epub 28 mars 2011.
4. Woodard GA, Downey J, Hernandez-Boussard T, Morton JM. Impaired alcohol metabolism after gastric bypass surgery: a case-crossover trial. *J Am Coll Surg*. 2011;212:209-14.
5. Ertel TW, Mitchell JE, Lancaster K, Crosby RD, Steffen KJ, Marino JM. Alcohol abuse and dependence before and after bariatric surgery: a review of the literature and report of a new data set. *Surg Obes Relat Dis*. 2008;4:647-50.
6. Saules KK, Wiedemann A, Ivezaj V, Hopper JA, Foster-Hartsfield J, Schwarz D. Bariatric surgery history among substance abuse treatment patients: prevalence and associated features. *Surg Obes Relat Dis*. 2010;6:615-21.
15. Tonnesen H, Nilsen PR, Lauritzen JB, Møller AM. Smoking and alcohol intervention before surgery: evidence for best practice. *Br J Anaesth*. 2009;102:297-306.

Läs mer Fullständig referenslista
Läkartidningen.se

apropå! Ett tevereportage från Libyen

Hur ska jag annars orka påskhandla?

Jag har precis sett ett reportage på tevekanalen som jag inte kan skaka av mig. Två brittiska reportrar hade tagit sig in i den belägrade staden Misrata i norra Libyen och rapporterade från rebellernas försöksningar. Hela tiden hördes skott runt omkring.

En cancerkirurg tittade desperat in i kameran och sa: »Jag är inte utbildad för det här, men vad ska jag göra?« I nästa skakiga klipp sprang kameramannen; luften var dammig. En granat hade slagit ner i en lekpark. Vi fick se

en pappa planlöst gå runt med sin son hängande över axeln. Pojken hade träffats av granaten och fått vänster ben avslitet. Han såg förvånad ut. Filten pappan svept in honom i dolde skadorna högre upp på ryggen. De hann aldrig till cancerkirurgen.

När inslaget var över skulle Pia berätta om påskvädret. Illamående stängde jag av. Tårarna välldes upp i ögonen. Hur kan vi titta på vädret, i våra röda trähus, i våra dyra jeans, laga lammstek i lergryta, sätta potatis i trädgårds-

landet, behandla huvudvärk – när små barn slits i stycken av granater? Precis samtidigt. Den enda skillnaden mellan dem och oss är att de är där och vi här.

Plötsligt är mitt skydd mot omvärlden tunt. Patienten som dog där vi ställde fel diagnos kommer tillbaka. Småtjeerna som ligger och sover verkar orimligt privilegierade. Vi som är störst, bäst och starkast på jorden, vi använder vårt kunnande, vår avancerade teknik, våra kroppar och vår fria vilja till att förintavandra. Hur ska vi kunna

överleva oss själva? Vad kan jag göra?

Frågorna får förstas inget svar. Några timmar senare skriver jag det här. Den värsta chocken har lagt sig. När jag vaknar i morgon kommer det att kännas nästan som vanligt igen, jag kommer att ha förskjutit de här tankarna till en mer undanskymd plats. Jag hoppas i alla fall det. För hur ska jag annars orka påskhandla?



Jonatan Salzer
ST-läkare i neurologi,
Umeå
jonatan.salzer@
neuro.umu.se