

Ska typ 2-diabetes behandlas kirurgiskt?

Vi blir allt fetare, och med det följer en ökning av följsjukdomar till fetma som typ 2-diabetes. I USA beräknas ca 30 procent av befolkningen vara feta, och fetman har som konsekvens prediabetes eller diabetes [Diabetes Care. 1996;29:1263-8]. Det finns ett flertal arbeten som visat att kirurgiskt inducerad vikttnedgång har positiv effekt vad gäller typ 2-diabetes.

Ett av de bästa exemplen på detta är den svenska SOS-studien, där 2 000 opererade feta jämfördes med 2 000 matchade feta som inte opererats och som behandlats i öppenvård. I den opererade gruppen förelåg en mortalitetsreduktion och färre nyinsjuknanden i typ 2-diabetes [N Engl J Med. 2004;351:2683-93; N Engl J Med. 2007;357:741-52]. SOS-studien har av vissa ifrågasatts då den inte var randomiserad, men detta tilläts inte av de dåvarande etikkommittéerna. Studien genomfördes i stället med noggrann matchning.

Nu finns en randomiserad studie som bekräftar SOS-studiens resultat vad gäller diabetes. I en nyligen publicerad artikel i JAMA jämfördes en kirurgisk metod för behandling av övervikt (laparoscopic adjustable gastric banding, LAGB) med konventionell behandling av feta (n=60, BMI 30–40 kg/m²) med typ 2-diabetes (duration kortare än två år). Efter två års

uppföljning var 73 procent av patienterna i den kirurgiska gruppen i remission från sin typ 2-diabetes, jämfört med 13 procent i den konventionellt behandlade gruppen. I den kirurgiska gruppen var vikttnedgången 20,7 procent, jämfört med 1,7 procent i den konventionellt behandlade gruppen, efter två år. Förbättringen i typ 2-diabetes var korrelerad med vikttnedgången. Författarnas slutsats är att kirurgiskt behandlade patienter med typ 2-diabetes hade högre sannolikhet att uppnå remission av sin typ 2-diabetes än konventionellt behandlade. Resultaten behöver bekräftas i en större patientgrupp, och resultat över lång tid behöver utvärderas.

Arbetet är intressant ur flera aspekter. Ska patienter med typ 2-diabetes med ett BMI mindre än 35 kg/m² erbjudas kirurgi framför konventionell diabetesbehandling? Och i så fall, vilken kirurgisk metod ska man använda? LAGB har i Sverige haft dåliga resultat, och i dag är gastrisk bypass den dominerande operationsmetoden. Gastrisk bypass-ope-

ration ger bättre vikttnedgång än LAGB. Dessutom sker en förändrad frisättning av olika gastrointestinala peptidhormoner, som glukagonlik peptid-1 (GLP-1), efter gastrisk bypass-operation. GLP-1-nivåerna är högre efter en måltid efter operationen än före. GLP-1 har en inkretorisk effekt med insulinfrisättning, vilket kan bidra till förbättrad glukoskontroll efter gastrisk bypass-operation än efter LAGB. Å andra sidan har LAGB relativt få svåra komplikationer, och den perioperativa mortaliteten är lägre än efter gastrisk bypass-operation, som ligger på 0,1–0,2 procent i Sverige [egna icke-publicerade data].

Det finns anledning för Sverige att fundera på att upprepa SOS-studien men nu som en randomiserad studie, där kirurgi jämförs med konventionell behandling av patienter med typ 2-diabetes. Arbetet av Dixon och medarbetare i JAMA är ytterligare ett viktigt arbete som visar på de goda effekter som överviktskirurgi har på morbiditet associerad med övervikt.

Erik Näslund

professor, överläkare, enheten för kirurgi, Danderyds sjukhus, Stockholm

»Det finns anledning för Sverige att fundera på att upprepa SOS-studien men nu som en randomiserad studie ...«

Dixon JB, et al. Adjustable gastric banding and conventional therapy for type 2 diabetes: a randomized controlled trial. JAMA. 2008;299:316-23.

Kortison vid septisk chock ifrågasatt

Kortisonbehandling vid chock som kräver vasoaktiva läkemedel har åter studerats, nu i en randomiserad, dubbelblindad, placebokontrollerad multicenterstudie. Patienterna, ca 500, inkluderades om de hade systoliskt blodtryck <90 mm Hg trots adekvat volymtillförsel och/eller behov av vasoaktiva läkemedel under minst en timme samt tecken på hypoperfusion eller septiskt betingad organ dysfunktion. Placebo eller hydrokortison, i en dos av 200 mg/dygn, gavs i fem dagar med en successiv nedtrappning av dosen under sex dagar.

Resultaten visade ingen skillnad i 28-dagars-, intensivvårds- eller sjukhusmortalitet, däremot innebar kortisonbehandling fler superinfektioner, högre blodsocker och hypernatremi. Andelen där chocken hävdades var lika mellan grupperna, medan tiden till det att chocken hävdades var signifikant kortare hos de kortisonbehandlade. Det förelåg inte heller någon skillnad i 28-dagarsmorta-

litet, 39 vs 36 procent, för dem som inte svarat normalt på kortikotropintest (knapp 50 procent av patienterna) eller hos dem med normalt svar på kortikotropintest, 29 procent i båda grupperna. Chockens varaktighet före inklusionen hade ingen inverkan på mortaliteten i någon av grupperna.

Dessa resultat står i bjärt kontrast till resultaten i den studie [JAMA. 2002;288:862-71] som tidigare visat gynnsam effekt av hydrokortison och som därmed legat till grund för expertutlåtanden att behandla med hydrokortison vid septisk chock som krävt vasoaktiva läkemedel. I den studien förelåg signifikant minskad mortalitet, dock bara hos dem utan svar på kortikotropintest och företrädesvis hos dem med samtidig akut svår andningsinsufficiens (ARDS).

Det bör dock påpekas att det föreligger skillnader mellan den tidigare studien och den nu aktuella avseende demografi,

kliniska utgångsdata och i protokollens utformning. Olyckligtvis avslutades av olika skäl den nu aktuella studien i förtid. Även om studien därmed inte hade tillräcklig statistisk styrka att säkert visa gynnsam klinisk effekt för det primära effektmåttet, 28-dagarsmortalitet, är det inte givet att en än större studie visat annorlunda resultat.

Data från denna studie har presenterats på kongresser och förstås skapat funderingar kring kortisonbehandling vid septisk chock. Konsensus är inte given, men många experter menar att hydrokortison bör ges först när höga doser vasoaktiva läkemedel krävs och då i tidigt skede eller vid dåligt svar på vasoaktiva.

Hans Blomqvist

överläkare, anestesikliniken, Capio S:t Görans sjukhus, Stockholm

Sprung CL, et al. Hydrocortisone therapy for patients with septic shock. N Engl J Med. 2008;358:111-24.