

Graviditet efter fetmakirurgi

Inledning

Gastric Bypass (GBP) är än så länge det vanligaste ingreppet för grav fetma i Sverige. Efter GBP leds maten direkt till tunntarmen och passerar inte magsäcken eller första delen av tunntarmen (tolvfingerarmen). GBP har använts i stor omfattning sedan 80-talet. Ingreppet leder till en genomsnittlig viktnedgång på ca 1/3 av kroppsvikten, vilken hos de flesta blir bestående. Ökad risk för tarmvred och vitaminbrist, huvudsakligen beroende på de omkopplingar som gjorts på tunntarmen tillhör de negativa långtidseffekterna. För bild se längst ner i PM.

Sleeve Gastrectomy (Sleeve) är en operationstyp som ökar på senare år. Denna operation har dock blivit nu dominerande operation i världen och det blir snart så även i Sverige. Vid denna operation tas ca 75 % av magsäcken bort. Istället för det normala säckliknande utseendet får magsäcken formen av ett rör och anatomisk kontinuitet av magtamkanalen är bevarad. Denna operation leder till en liknande viktnedgång som efter GBP de första åren efter kirurgin. Risken för tarmvred anses mindre, men långtidseffekterna beträffande vikten och vitaminbrist är inte lika väldokumenterade som efter GBP. Generellt anses att man ska ta samma vitaminer och mineraler efter sleeve operation som efter gastric bypass operation. Det finns en ökad risk för refluxsjukdom (sura uppstötningar) efter Sleeve. För bild, se längst ner i Pm.

- Patienterna följs ca fem år på en kirurgisk enhet och därefter rekommenderas årliga kontroller på vårdcentralen med provtagning och förskrivning av kosttillskott. Ibland vårdcentraler har inga resurser för uppföljning av opererade patienter varför man måste vara mån om sina vitamin- och mineral tabletterna.
- Det finns en allmän rekommendation om att vänta med att bli gravid i minst 12 månader efter operation, eftersom man befarar negativa konsekvenser avseende fostertillväxt om graviditet sammanfaller med period av snabb viktnedgång. I studier är man dock inte helt överens om det är någon skillnad i obstetriskt eller perinatalt utfall vid operations-konceptionsintervall <12 mån resp >12 mån. Sheiner et al (1) menar på att det inte är någon skillnad i utfallet medans en annan

studie publicerad i JAMA visade att ett kortare intervall än 2 år visade ökad risk för prematuritet, behov av neovård och SGA (2). Erfarenhetsmässigt ser man dock mer ”besvärliga” graviditeter med mer illamående, mag-tarmbesvär, svårt att äta, trötthet och sjukskrivningar. Uppnådd graviditet tidigare än 12 månader efter operation är dock inte ovanligt på grund av ökad fertilitet efter vikttnedgång, varför det är viktigt att planera för ett bra preventivmedel redan innan överviktskirurgi genomförs.

Det är vanligt att personer med fetma lider av vitaminbrist redan före överviktsoperation. Vanligast är brist på vitamin D. Efter överviktsoperation försämras upptaget av flera vitaminer och mineraler på grund av förbi-koppling av första delen av tunntarmen, magsäcken samt minskad syrasekretion. Livslång behandling med vitaminer och mineraler rekommenderas därför efter överviktsoperationer (både GBP och sleeve).

Positiva effekter av överviktskirurgi:

- lägre risk för graviditetskomplikationer (graviditetsdiabetes, högt blodtryck, stora foster/barn) **(3,5)**
- barn som är födda efter mammans operation utvecklar inte övervikt/fetma i lika hög grad som syskon födda före mammans överviktsoperation

Negativa effekter av överviktskirurgi, ökad risk för näringsbrist

- tarmvred som kräver akut handläggning
- tillväxthämning/SGA av fostret/barnet (efter GBP) **(4,5)**
- för tidig förlossning (efter GBP) **(4)**

Måltidsrelaterade symtom

- Dumpingsyndromet (DS) är en välkänd följd av övre gastrointestinal kirurgi, framför allt GBP.
- DS inträffar 10–30 minuter efter måltid och omfattar både mag-tarmsymtom (t ex illamående) och kärksammandragande symtom (t ex hjärtklappning)

Handläggning på MVC

Kosttillskott

Inför och under graviditet bör kvinnan behandlas med:

- **Multivitamin- och mineraltablett**

T ex Mitt val Kvinna® eller ACO Gravid® 1 x 1 (Folsyra kosttillskott 4-500 ug 1 x 1 ingår)

- **Vitamin B 12**

T ex T. Behepan® 1mg 1 x 1 alternativt inj Behepan® var tredje månad

- **Kalcium + vit D3**

T. Calcichew-D3® 1 x 2 (500 mg Ca / 800 UI D3)

- **Järn 100 mg**

T. Niferex® 1 x 1 eller mer efter påvisat behov (sedvanlig ferritin-screening). Tas i samband med middagsmålet - och inte samtidigt som Kalcium-D3, för optimalt upptag.

Ofta ordinerat sedan tidigare av patientens läkare, annars ordinerar det vid visning/besök hos MVC-läkare.

- **Vid inskrivningsbesöket och v 32-34:**

- blodstatus, S-kobolamin, S-ferritin och fS-folat, P-25-OH Vitamin D, S-protein/albumin, B/S-Calciumjon pH 7,4
- Visning till MVC-läkare vid avvikande värden.
- Vid komplicerat förlopp eller graviditet inom 1 år efter operation information och ev tid till MVC läkare. Eventuellt kontakt med VC-läkare eller annan ordinarie läkare efter op.

- **Dietist** På Lasarettets Rehab / dietistmottagningen CLV/LL finns dietist knuten till de patienter som har genomgått GBP. Vid anamnes och/eller prover som tyder på ett bristande intag kan remiss skickas till dietist i Ljungby eller Växjö beroende på var patienten är skriven.

- **Vägning** Patienter som genomgått överviktskirurgi vägs enligt basprogram.
- **Tillväxtkontroll v 32 bokas efter RUL**

Utredning för graviditetsdiabetes görs enl riktlinjer Graviditesdiabetes och OGTT men OGTT utförs dock inte på överviktsopererade.

- **HbA1c** ska tas i v 10-12
- **faste P-Glucos i 3 dagar i rad omkring v 28.**
- Viktigt: ett normalt HbA1c uteslutar inte GDM men ett positiv svar kan diagnostisera en diabetes.

Övrig medicinering – t.ex. Levaxin®, blodtryckstabletter m.m.

Endast ett fåtal studier har undersökt inverkan av överviktskirurgi på farmakokinetiken och/eller biotillgänglighet för läkemedel och stora individuella variationer är påvisade. Inga särskilda rekommendationer gäller därför, patienten skall ta ordinerade läkemedel som vanligt.

Psykosocialt omhändertagande

Det är lämpligt att i början av graviditeten diskutera patientens känslor inför den viktuppgång som hör samman med graviditet och vid behov erbjuda utökad psykosocialt stöd.

Tiaminbrist (Wernicke-Korsakoffs syndrom)

Risk för allvarlig brist måste beaktas vid allvarliga graviditetskräkningar i kombination med inadekvat intag av kosttillskott. Tidiga symtom på tiaminbrist är nedsatt aptit, försämrad koncentrationsförmåga, trötthet och irritabilitet. Senare tillkommer också viktnedgång, förstoppning och motoriska störningar i extremiteterna. Behandling sker på sjukhus.

Risk för tarmvred efter GBP

Risken för tarmvred ökar efter GBP och ökar ytterligare under graviditet. Typiska symtom är **knipsmärtor i övre delen av buken**, men patienten uppvisar, till skillnad från andra ileuspatienter, inga/sparsamma kräkningar. Eftersom obehandlade tarmvred kan leda till omfattande tunntarmsnekros kräver tillståndet

snabb handläggning, inklusive CT buk. Vid misstanke om denna komplikation remitteras eller hänvisas patienten omgående till kirurgakuten.

Ytterligare information

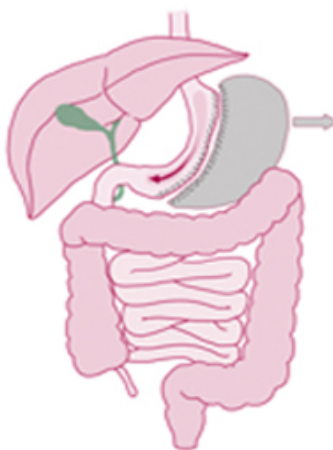
- Det nationella kvalitetsregistret över fetmaopererade (SOReg) SOReg's hemsida: <http://www.ucr.uu.se/soreg/om-registret/moten>

- Skandinaviska riktlinjer för kosttillskott efter fetmakirurgi:

<http://www.ucr.uu.se/soreg/om-registret/nyheter/124-skandinaviska-riktlinjer-foer-mineral-vitaminsupplementering-och-uppfoeljning-efter-obesitaskirurgi>



Gastric bypass



Sleeve gastrektomi

Referenser

1. **Sheiner et al**, Pregnancy outcome of patients who conceive during or after the first year following bariatric surgery, *AJOG*. 2011;204:50.e1-6.

2. **Parent et al**, Bariatric Surgery in Women of Childbearing Age, Timing Between an Operation and Birth, and Associated Perinatal Complications, *JAMA Surg.* 2017;**152**(2):1-8
3. **Kjaer et al**, Pregnancy after bariatric surgery – a review of benefits and risks, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*
4. **Galazis et al**, Maternal and neonatal outcomes in women undergoing bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*
5. **Johansson et al**, Outcomes of pregnancy after bariatric surgery, *N Engl J Med*, 2015 Feb 26;372(9):814-24

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare