

# Bäst behandling vid fetma och obstruktivt sömnapné syndrom är viktning

■ Under rubriken »Obstruktivt sömnapné syndrom – diagnostik och behandling« [1] refererar författarna en, enligt metodbeskrivningen, »systematisk litteratursökning avseende det vetenskapliga kunskapsläget kring diagnostik och behandling av obstruktivt sömnapné syndrom«. Genomgången har gjorts gemensamt nordiskt av SBU och dess systerorganisationer. Det fullständiga resultatet finns publicerat på engelska, och det är ingen tvekan om att SBU önskar att resultaten ska vägleda kliniker som möter dessa patienter.

Författarna ställer bl a upp följande krav för vetenskaplighet: »För effektstudier av alla tänkbara behandlingsmetoder krävdes randomiserade, kontrollerade försök med minst 20 patienter, en uppföljningstid om minst fyra veckor samt dagtrötthet som primärt resultatmått.«

Med denna uppfattning om vetenskaplighet sorterar man sedan bort fetmakirurgi – ingen studie uppfyllde dessa kriterier varför de inte ens tycks ha blivit granskade. En studie om regelbundet didgeridospelande tycks däremot ha uppfyllt inklusionskriterierna och blivit granskad, dock utan att påvisa positiv effekt. I referatet ägnas den därmed också mer utrymme än fetmakirurgi.

**Den första beskrivningen** av sambandet mellan sjuklig fetma och sömnapné syndrom manifesterar sig som excessiv dagtrötthet är förvisso en fallbeskrivning [2, 3], men senare har sambandet entydigt bekräftats i bättre och större studier [4]. Detta samband nämns endast som att sömnapnépatienterna »... ofta har flera riskfaktorer, t ex fetma«.

Kirurgi mot sjuklig fetma görs för att bota fetman. Re-

sultaten i form av viktning är otvetydigt positiva, vilket SBU själv konstaterat [5]. Några större moderna studier med randomisering finns inte, och kommer knappast heller att göras – överlägsenheten gentemot annan behandling är alltför uppenbar.

**Ingen patient frågar efter** operation mot fetma för att bli av med sin sömnapné, däremot är sjukdomen vanligt förekommande hos patienter med fetma där body mass index (BMI) överstiger 35. Vi har ofta anledning misstänka det utifrån anamnesen och remitterar regelbundet för utredning, som i sin tur påfallande ofta verifierar misstanken. Obstruktiv sömnapné har ofta påtagliga sociala konsekvenser bland annat i form av olämplighet att (yrkesmässigt) köra bil – körkortssindragning kan bli aktuell. Syndromet är en tämligen vanlig förtursindikation vid prioritering av patienter för fetmakirurgi.

När det gäller av kirurgi inducerad bestående viktning och dess effekt på obstruktivt sömnapné syndrom finns utmärkt vetenskapligt stöd för att en majoritet av de överviktsopererade blir friska och för att nästan alla blir bättre, både i artiklar som SBU har haft tillgång till [6-8] och i senare publicerade [9-11]. Vad som härmed ifrågasätts är när grundkravet för vetenskaplighet blev satt till studier som innefattar randomisering.

**Vad menar SBU?** Vi har här patienter som uppfyller gängse kriterier (SBU) för kirurgi mot fetma. Ska vi randomisera dessa till kirurgi eller inte utifrån effekten på en (nog så viktig) komplikation till fetman? I så fall borde det samma rimligtvis gälla även

andra komplikationer till fetman – diabetes, som vi ofta botar, polycystiskt ovarialsyndrom med infertilitet, »idiopatisk« intrakraniell hypertoni med mera.

För samtliga finns studier av hög kvalitet, huvudsakligen med patienter som sina egna kontroller, som visar klar och tydlig positiv effekt av obesitaskirurgi. Resultat i närheten av dessa har ingen kunnat visa med andra behandlingsmodaliteter, och det är påtagligt ont även om fallrapporter som beskriver spontanregress av typ 2-diabetes, eller för den delen obstruktivt sömnapné syndrom. För de flesta komplikationer till fetman är erfarenheten så pass stor att man vet att effekten går parallellt med viktning, desto bättre effekt [12].

**En väl genomförd** randomiserad, kontrollerad studie har naturligtvis stort vetenskapligt värde. Men, SBU – icke-randomiserade studier där

patienterna är sina egna kontroller är också vetenskap.

För patienter med sjuklig fetma och samtidigt obstruktivt sömnapné syndrom är kirurgisk åstadkommen viktning den enda behandling som ger utsikt till bestående bot. Alla önskar inte, eller är inte lämpliga för, fetmakirurgi. För dessa är nattlig andningsmask med kontinuerligt positivt luftvägstryck (CPAP) en utmärkt symtomlindrande behandling.

Vad har patienten med CPAP-masken på bild i SBU-artikeln [1] för BMI? Om det är över 35, har man i så fall diskuterat kurativ behandling med honom?

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**Mikael Ekelund**

specialistläkare, med dr  
mika.elund@skane.se

**Sven Frederiksen**

biträdande överläkare;  
båda vid kirurgiska kliniken,  
Universitetssjukhuset i Lund

## REFERENSER

- Franklin KA, Rehnqvist N, Axelsson S. Obstruktivt sömnapné syndrom – diagnostik och behandling. Systematisk litteratursökning från SBU. Läkartidningen. 2007;104:2878-81.
- Dickens C. The posthumous papers of the Pickwick Club. London: Chapman and Hall; 1837.
- Bickelmann AG, Burwell CS, Robin ED, Whaley RD. Extreme obesity associated with alveolar hypoventilation; a Pickwickian syndrome. Am J Med. 1956;21:811-8.
- de Sousa AG, Cercato C, Mancini MC, Halpern A. Obesity and obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. Obes Rev. 2008;9:340-54.
- SBU. Fetma – problem och åtgärder. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2002.
- Dixon JB, Schachter LM, O'Brien PE. Sleep disturbance and obesity: changes following surgically induced weight loss. Arch Intern Med. 2001;161:102-6.
- Guardiano SA, Scott JA, Ware JC, Schechner SA. The long-term results of gastric bypass on indexes of sleep apnea. Chest. 2003;124:1615-9.
- Rasheid S, Banasiak M, Gallagher SF, Lipska A, Kaba S, Ventimiglia D, et al. Gastric bypass is an effective treatment for obstructive sleep apnea in patients with clinically significant obesity. Obes Surg. 2003;13:58-61.
- Fritscher LG, Canani S, Mottin CC, Fritscher CC, Berleze D, Chapman K, et al. Bariatric surgery in the treatment of obstructive sleep apnea in morbidly obese patients. Respiration. 2007;74:647-52.
- Haines KL, Nelson LG, Gonzalez R, Torrella T, Martin T, Kandil A, et al. Objective evidence that bariatric surgery improves obesity-related obstructive sleep apnea. Surgery. 2007;141:354-8.

**LÄS MER** Fullständig referenslista  
<http://lartarkiv.lakartidningen.se>