

»Inför nytt system för bedömning av mortalitets- och morbiditetsrisk vid obesitas«

BMI och midja för snäva mått

En hälsobedömning av obesa patienter baserad enbart på BMI/midjeomfång är otillräcklig och bör kompletteras med det så kallade Edmonton obesity staging system (EOSS), eller med motsvarande andra analyser.

Traditionellt sett är body mass index (BMI, kg/m²) och midjeomfång (waist circumference, WC) de vanligaste sätten att mäta grad av övervikt och fetma. WHO definierade redan 1997 övervikt som BMI 25–29,9 samt obesitas grad 1=BMI 30–34,9 kg/m², grad 2=BMI 35–39,9 kg/m² och grad 3=BMI ≥40 kg/m² som indirekta mått på ökande obesitasrelaterad sjukdomsrisk [1] och som det viktigaste urvalskriteriet vid prioritering av obesitasbehandling.

På populationsnivå är BMI och midjeomfång av stort värde, men på individnivå finns stora begränsningar då sjukligheten (graden av obesitasrelaterade sjukdomar, livskvalitet, funktionellt och psykiskt status) kan variera betydligt vid samma BMI/midjeomfång.

Flera alternativa bedömningsskalor av mortalitets- och morbiditetsrisken har nu presenterats. Edmonton obesity staging system (EOSS), som nyligen utvärderades i en stor studie [2], innefattar stadierna 0–4:

- Stadium 0: Inga uppenbara obesitasrelaterade riskfaktorer. Inga fysiska symtom, ingen psykopatologi eller fysisk funktionsnedsättning.
- Stadium 1: Subkliniska obesitasrelaterade riskfaktorer (exempelvis gränsförhöjt blodtryck, prediabetes etc). Lindriga fysiska symtom. Lättare psykopatologi och inskränkt fysiskt funktionsgrad.
- Stadium 2: Etablerade obesitasrelaterade kroniska sjukdomstillstånd (så-

som hypertoni, typ 2-diabetes etc). Medelsvår inskränkning av fysisk och psykisk funktionsgrad och nedsett välbefinnande.

- Stadium 3: Svårare obesitasrelaterade sjukdomstillstånd med organskada, såsom hjärtinfarkt och stroke. Signifikant fysisk och/eller psykisk funktionsnedsättning.
- Stadium 4: Mycket svår (närmast terminal) funktionsnedsättning/invaliditet på grund av obesitasrelaterade kroniska sjukdomstillstånd. Mycket svår psykopatologi och fysisk funktionsnedsättning.

I denna valideringsstudie används data från National Health and Human Nutrition Examination Surveys (NHANES), en databas som anses spegla en representativ kohort av USA:s befolkning. Mortalitetsdata länkades sedan till ovanstående klassifikation. Deltagarna

var alla överviktiga eller obesa vuxna som graderades enligt EOSS genom poäng i nio subkategorier för obesitasrelaterad sjukdom samt en subkategori för fysisk funktionsgrad. Alla studiedeltagarna blev dessutom indelade i BMI-klasserna enligt WHO.

Resultaten visade att EOSS var en klart bättre prediktor av ökad mortalitetsrisk än BMI (Figur 1), midjeomfång och diagnosen metabola syndromet.

Även om tolkningen av resultaten i denna studie får göras försiktigt, då data är baserade på retrospektiva analyser i en befintlig databas, belyser ändå studien på ett tydligt sätt begränsningarna av BMI och midjeomfång som urvalskriterier för obesitasbehandling. Trots att bedömningen av psykisk hälsa, livskvalitetsparametrar och hälsokostnader inte utfördes i valideringsstudien visade EOSS bättre än BMI på risken att dö i förtid.

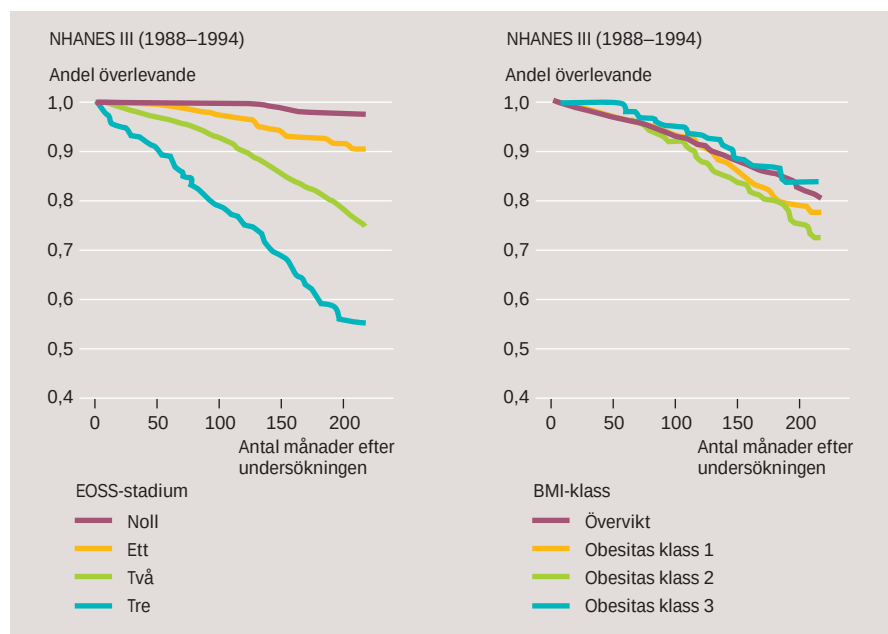
Vilka mål har vi egentligen med obesitasbehandling? I de flesta studier diskuteras viktreduktion som det primära syftet med behandlingen. Då vikt och BMI/midjeomfång uppenbarligen är alltför trubbiga instrument för att mäta hälsan borde vi kanske i stället införa begreppet »hälsoförbättring« som



JOANNA UDDÉN HEMMINGSSON
överläkare, med dr, Obesitascentrum, Capio St Görans sjukhus/ Karolinska institutet, Stockholm
joanna.udden@capio.se



STEPHAN RÖSSNER
professor emeritus, Karolinska institutet, Stockholm



Figur 1. De fyra stadierna i Edmonton obesity staging system, EOSS, har visats vara en klart bättre prediktor av ökad mortalitetsrisk än BMI.

behandlingsmål [3]. I EOSS används ju följsjukdomar men även psykisk hälsa och fysisk funktionsgrad för att bedöma överviktens/fetmans påverkan på individen. Vänder vi på resonemanget blir många av våra obesa patienter tämligen stigmatiserade och skuldbelagda av sjukvården, där olika krämpor avfärdas såsom obesitasorsakade, trots låg EOSS-skattning.

Valet till obesitasbehandling baseras i dagsläget framför allt på BMI-graden. Obesitaskirurgi har indikationen BMI ≥ 35 , medan specialiserad medicinsk obesitasvård sällan längre är tillgänglig i landet, oavsett BMI-nivå. Primärvården förväntas i större utsträckning ansvara för medicinsk obesitasbehandling – men mäktar inte med detta. Den udda konsekvensen är att det nu kan vara lättare att få kirurgisk än medicinsk specialistvård! Denna vårdprioritering görs trots att även en modest viktreduktion på 5–10 procent ger signifikanta hälsovinster [4].

»Vi anser att EOSS kan bli ett bra komplement vid prioritering och behandling av obesitas.«



Foto: Colourbox

Många individer med BMI ≥ 35 mår bra och skattar lågt på EOSS. Trots detta är de i dag givna kandidater för kirurgi. Omvänt finns individer med BMI < 35 som blir utan obesitasvård, trots betydande fetmarelaterade hälsoproblem.

Sammanfattningsvis framstår en hälsobedömning av obesa patienter baserad enbart på BMI/midjeomfång som otillräcklig. Vi anser att EOSS kan bli ett bra komplement vid prioritering och behandling av obesitas och efterlyser nu motsvarande svenska analyser.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Prospective Studies Collaboration, Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*. 2009;373(9669):1083–96.
2. Padwal RS, Pajewski NM, Allison DB, Sharma AM. Using the Edmonton obesity staging system to predict mortality in a population-representative cohort of people with overweight and obesity. *CMAJ*. 2011;183(14):E1059–66.
3. Aylwin S, Al-Zaman Y. Emerging concepts in the medical and surgical treatment of obesity. *Front Horm Res*. 2008;36:229–59.
4. Unick JL, Beavers D, Jakicic JM, Kitabchi AE, Knowler WC, Wadden TA, et al. Look AHEAD Research Group. Effectiveness of lifestyle interventions for individuals with severe obesity and type 2 diabetes: results from the Look AHEAD trial. *Diabetes Care*. 2011;34(10):2152–7.
5. Pories WJ, Dohm LG, Mansfield CJ. Beyond the BMI: the search for better guidelines for bariatric surgery. *Obesity (Silver Spring)*. 2010;18(5):865–71.

Fler debattinlägg på sidan 2662.

Läsarkommentarer från webben

Här har vi saxat ur läsarkommentarer på Lakartidningen.se.

■ Nästa år får Stockholm 40 nya AT-block. Om detta rapporterade vi på sidan 2557 i LT 49/2011 och i en längre version på Lakartidningen.se.

På tal om kvalitet

På plussidan är onekligen att väntetiden till AT förkortas. Men bortsett från detta kan det vara svårt att se något positivt. Gunnar Berglund

måtte vara oerhört ironisk när han säger: »Om till exempel Kiruna vill ha AT-läkare får de höja utbildningskvaliteten«. För det är väl inte insiktslöshet som ligger till grund för ett dylikt uttalande? Själv blir jag mörkrädd och lätt illamående när jag pratar med Stockholmsplacerade AT-kollegor. Arbetssituationen där verkar vara helt oacceptabel och utbildningskvaliteten under all kritik, i det närmaste obefintlig på vissa kliniker.

Daniel Fröjd
AT-läkare, Falun



Illustration: Colourbox

Att skapa ett överskott av läkare kan främja politiska poäng, men det är samtidigt naivt patetiskt, anser Anton Wisman.

Det ska produceras

Som svar till tidigare inlägg i debatten: det ska produceras. Det främjar politiska poäng att säga »titta, vi kommer att ha ett överskott av läkare om 10 år, då behöver vi inte vinstuktande vikarier på vårdcentralerna«, vilket befolkningen också tyvärr köper

med hull och hår. Gemene man har ingen aning vad en AT-läkare är, än mindre sambandet handledare–utbildningsdoktor. Det är så naivt patetiskt att jag inte orkar kommentera mer...

Anton Wisman
GP, England
+ andra länder