

Aspiremetoden i Blekinge 2015

En genomgång av erfarenheter och implementeringsstrategier

Innehåll

Bakgrund	2
Risker med övervikt.....	3
Kostnad för fetma i Blekinge	3
Blekinge – först i Europa med Aspiremetoden	5
Erfarenheter i Blekinge av Aspiremetoden	5
Komplikationer som har uppstått vid användandet av Aspiremetoden.....	6
Kirurgresurser som åtgår för Aspiremetoden	6
Aspiremetoden – hur kan vi införa denna i vården i vårt län Blekinge?	6
Utomlänspatienter som vill starta med Aspiremetoden.....	7
Kostnad per patient för Aspirebehandling.....	7
Indikation för Aspire.....	8
Resultat i Blekinge	8
Avslut av behandlingen	11
Väntelista för Aspire	11
Sammanfattning.....	11
Referenser	11
Bilagor.....	12

Bakgrund

Övervikt och fetma ökar kraftigt i Sverige och är det största hotet mot framtida folkhälsa. Fetma, eller obesitas, definieras enligt WHO som ett Body Mass Index (BMI) över 30 kg/m² och är en svårbehandlad sjukdom i dagens sjukvård. Fetma medför sänkt livslängd och ökad sjuklighet. Viktreduktion efter livsstilsförändringar eller med olika farmakologiska preparat har i många undersökningar inte gett bestående långtidsresultat. Överviktskirurgi har hittills varit det enda sättet för att uppnå bestående viktnedgång. Under 1980-talet utfördes restriktiva ingrepp, t.ex. vertikal bandad gastroplastik (VBG) med bra men tyvärr övergående effekt. Sedermera utvecklades den nu förhärskande Gastric Bypass Procedure (GBP) som idag görs med titthålsteknik och är en kombinerad restriktiv och malabsorptiv förändring av magtarmkanalens anatomi.

GBP är idag standardmetod i klinisk praxis för operativ behandling av sjuklig övervikt (dvs. BMI över 35). GBP är ett ingrepp som inte är reversibelt och som medför vissa per- och postoperativa risker. GBP ger snabbt en kraftig viktreduktion och också tillbakagång av diabetes mellitus typ 2. Vid GBP är nästan hela magsäcken bortkopplad och inte nåbar för diagnostik av exempelvis magsår, blödningar, tumörer eller gallgångssten. Tyvärr kan ingreppet ge upphov till livslång malabsorption och behov av vitamin- och mineraltillskott.

Swedish Obese Subjects-studien (SOS) som utgick från Göteborg var den första kontrollerade interventionsstudien av överviktiga individer och även kirurgklinken vid Blekingesjukhuset deltog i studien. Ca 4000 patienter inkluderades varav hälften blev opererade, den andra hälften behandlades optimalt, men utan kirurgi. Patienterna har följts i 10-20 år. Den totala dödligheten var 24 % lägre i den opererade gruppen.

Aspiremetoden

En ny alternativ metod till överviktskirurgi, AspireAssist™ Aspiration Therapy System (CE godkänd), kommer från USA och vid denna metod tömmer individen ut nedsvald föda från magsäcken. Perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG) har använts internationellt sedan början av 1980-talet för nutritionsbehandling vid stroke eller cancer. Vid en gastroskopi sätts en slang mellan magsäcken och bukväggen och näring ges via slangen direkt in i magsäcken.

Vid aspirationsbehandling med AspireAssist™ (Aspiremetoden) tömmer istället överviktiga individer ut mat från magsäcken efter varje måltid för att gå ned i vikt. Med hjälp av en ventilmekanism och tillhörande dränerings slang och pumpblåsa tömmer individen ut nedsvald föda i toaletten 20 minuter efter varje måltid och då förloras ungefär 30 % av kaloriintaget i födan. Fördelen med metoden är att den är helt reversibel och individen som inte önskar tömma magsäcken längre kan få röret till magsäcken avlägsnad. En förutsättning för att tömning av födan ska kunna genomföras, är att patienten tuggar sin mat så att ingenting som sväljs ned är större än innerdiametern på slangen. Detta nya sätt att äta på, är essensen med Aspiremetoden. De fysiska delarna i metoden är verktyget som ger patienten förutsättningen att kunna lära sig detta nya ätbeteende. I ett senare skede av behandlingen måste patienten också börja bearbeta beteendeförändringarna på ett psykiskt plan. För detta ändamål ingår också ett användande av en helt ny webbaserad plattform innehållande dietist, psykolog och träningsråd. Denna plattform kallas eObeat och ingår för samtliga patienter de tre första åren.

Aspiremetoden leder inte till några bestående förändringar av anatomin och därmed inte till någon förutsättning för de allvarliga interna bråck som GBP tyvärr någon gång är behäftad med. Sårinfektion förekommer i ca 9 % av fallen när man anlägger PEG på patienter med cancer eller stroke. Sårinfektioner är behandlingsbara med antibiotika i tablettform och är mycket sällan att betrakta som en allvarlig komplikation. Rutinmässigt ges antibiotika i samband med PEG-

inläggning. Mycket ovanlig komplikation är läckage i samband med inläggning av PEG och risken att skada på bukorgan i samband med PEG-insättning är ytterst liten.

Nära hälften av alla svenskar har idag (2015) fetma eller övervikt. Statistik från nationella folkhälsoenkäten som genomförs av Folkhälsomyndigheten visar att fetma (BMI >30) har ökat mellan åren 2004 och 2013 med 3 procentenheter och att andelen personer med fetma nu uppgår till 14 procent. Det finns ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan män och kvinnor (Källa Folkhälsomyndigheten). För Blekinge betyder detta att mer än 20000 har ett BMI över 30.

En enorm fetmaepidemi väntar Europa, visar Världshälsoorganisationen WHO:s rapport 2015. År 2030 kommer var fjärde man i Sverige vara överviktig, dvs. 26 % har ett BMI över 30 vilket för Blekinge betyder drygt 40000 individer som blir feta.

Ca 4000 Blekingar är idag överviktiga med ett BMI över 35 och bör erbjudas omgående behandling av sin övervikt för att undvika komplikationer. Dessa ger kostnader för landstinget Blekinge, samhället och för individen. Endast ca 100 (2,5 %) individer kan opereras i Blekinge varje år och ca 97,5 % får således inte någon adekvat behandling för sin fetma. Övervikt leder till olika följsjukdomar såsom diabetes, hjärtinfarkt, högt blodtryck, cancersjukdom, förslitningsskador och övrig sjukvård och sjukskrivningar pga. övervikt. T.ex. är kostnad för byte av två knän enligt DRG (år 2015) 149,940, för höftplastik på båda sidor 160,400 kr, hjärtinfarkt upptill 50,000 samt PCI vid infarkt 64,288 kr.

Risker med övervikt

Relativ risk för olika sjukdomar bland individer med fetma (BMI \geq 30) jämfört med normalviktiga:

Sjukdom	Relativ risk
Typ 2-diabetes	5–10
Hjärt- och kärlsjukdom	2
Stroke	2-3
Högt blodtryck	3–5
Gallsten	3–4
Artros	2–3
Andningsbesvär inklusive sömnapné	3–4
Cancer	1,4

Källa: Socialstyrelsen – Folkhälsorapport 2009

Kostnad för fetma i Blekinge

Hjärtinfarkt

Kostnad för en hjärtinfarkt varierar mellan 180,000-250,000 enligt KPP (kostnad per patient vid ett vårdtillfälle) databasen SKL, som för år 2013 innehåller 1 065 000 somatiska vårdtillfällen vilket är drygt 70 % av samtliga vårdtillfällen inom den svenska somatiska slutenvården.

Incidens av hjärtinfarkt är 400 per 100000 invånare (Socialstyrelsen hjärtinfarkt databas 2013). Enligt ovan torde lågt räknat överviktiga (80 individer) kosta pga. hjärtinfarkt enligt KPP mer 7

miljoner per år och då har i beräkningarna inte den relativa riskökningen som är 2 tagits med. Räknas riskökningen med torde 160 drabbas av hjärtinfarkt till en årlig kostnad på 14 miljoner kr. I dessa beräkningar ingår PCI vid infarkt med DRG 64,288, koronar bypass 196,010 och hjärtinfarkt med kardiell komplikation 35,244.

Hypertoni

Sekundär hypertoni till övervikt är vanlig och enligt KPP databasen är kostnaden totalt 48,349 kr.

Stroke

Stroke får 300 per 100000 invånare och ca 60 med BMI >30 får stroke per år och beräknat på riskökning enligt ovan blir det 150 individer. Varje trombolys kostar 9,599 och rehabilitering efter stroke 165,822 enligt DRG 2015. För 60 överviktiga som erhållit rehabilitering blir kostnaden 9,9 miljoner per år. Som jämförelse anger KPP databasen en kostnad i genomsnitt vid stroke på 68,288 kr.

Arthros

Vid förslitningsskador i knä opererades 2014 i Blekinge totalt 238 knä till en DRG kostnad (DRG kodlista 2015) på 74,970 och minst 14 % torde ha ett BMI >30 till en kostnad av 2,5 miljoner kr. År 2014 utfördes 250 höftplastikoperationer i Blekinge med DRG kostnad 80,200 och 14 % överviktiga torde kosta 2,8 miljoner per år. Sannolikt är kostnaden högre eftersom det är vanligt att överviktiga får förslitningsskador med en relativ riskökning på 2-3 enligt ovan tabell. Amerikanska studier visar också att överviktsbehandling före höftplastik minskar risk och kostnad pga. kortare sjukhusvård och mindre komplikationer. I USA har man funnit att nästan 50 % av de som behöver operation med höftplastik är överviktiga. DRG kostnad ovan har beräknats på att det inte har förelegat ett komplicerat ingrepp, föreligger sådant ökar DRG med ytterligare 17,500 kr vid höftplastik. Enligt KPP databasen från SKL är kostnad för ospecificerad höftledsförslitning 58,782 kr och för knäförslitning 56,532 kr.

Diabetes

Diabetes typ 2 drabbar 6000 per 100000 invånare och omräknat blir det 1200 för de med BMI > 30 och DRG kostnaden för dess är 28,328 och sammanlagt minst 34 miljoner utan hänsynstagande att överviktiga har en ökad risk för diabetes på 5-10 gånger. Även KPP databasen anger vid ej insulinberoende diabetes utan komplikationer en kostnad på 32,892 kr.

Produktionsbortfall

Förutom allt lidandes som patienten drabbas av pga. övervikt blir kostnad för produktionsbortfall stor. En svensk undersökning visade att cirka 10 procent av de totala kostnaderna för produktionsbortfall på grund av sjukskrivning och sjukersättning hos kvinnor kan relateras till fetma och fetmarelaterad sjuklighet (Narbro K, Jonsson E, Larsson B, Waaler H, Wedel H, Sjostrom L. Economic consequences of sickleave and early retirement in obese Swedish women. International journal of obesity and related metabolic disorders. 1996 Oct; 20(10):895–903)

Merkostnad för landstinget Blekinge vid övervikt bygger på ovan uppskattade beräkningar eftersom KPP inte ännu har införts i landstinget Blekinge. Vid beräkningarna har det utgått från att 14 % är överviktiga i Blekinge, känd riskökning vid övervikt och DRG eller KPP kostnader. Som jämförelse kan nämnas att SBU beräknar att totala kostnaden för övervikt är ungefär 100 miljoner kr per år för landstinget Blekinge. Sammanfattning på beräknad potential för kostnadsbesparing pga. minskad sjuklighet vid övervikt:

	Miljoner kr
Hjärtinfarkt	7-14
Stroke	9,9
Arthros	5,3
Diabetes	34
Hypertoni	?
Sjukskrivning	?
Produktionsbortfall	?
Minskad cancerfrekvens	?
Summa	56,2-63.2

Om vi behandlar alla 4000 i Blekinge med BMI över 35 (utan hänsynstagande till ev. nytillskott av överviktiga) med Aspire eller GBP under 5 år skulle den totala kostnaden bli 225 miljoner kr. Den årliga kostnaden bli då ca 45 miljoner kr per år och ska sättas i relation till vad merkostnaden för övervikt är på 56-63 miljoner eller snarare 100 miljoner kr per år enligt SBU.

Blekinge – först i Europa med Aspiremetoden

Aspiremetoden har utvecklats av 3 läkare i USA och senare av Aspire Bariatrics Ltd till en funktionell metod och en första studie gjordes i USA och Mexico (1).

Redan 2012 startade kirurgkliniken i Blekinge studier med Aspiremetoden. Blekinge har genomfört kliniska studier som redan fått de första resultaten publicerade i vetenskapliga tidskrifter (2-9). Dr Erik Norén, på kirurgkliniken, har också redovisat dessa resultat på en större vetenskaplig kongress i Montreal 2014 (7).

Förutom USA, där det pågår en större klinisk studie sedan 2014 av Aspiremetoden, är kirurgkliniken i Blekinge det centra som har störst erfarenhet av Aspiremetoden. Allt arbete genomfört med hög vetenskaplig standard av docent Henrik Forssell tillsammans med doktor Erik Norén.

Sedan januari 2015 behandlas överviktiga i Danmark med Aspiremetoden. även i Malmö erbjuds Aspiremetoden till de patienter som anser att de själva har råd att genomföra behandlingen. Flera överviktscentra i Europa har också tagit upp Aspiremetoden som en alternativ behandling till bariatrisk kirurgi.

Erfarenheter i Blekinge av Aspiremetoden

År 2012 – den första studien startade för att skaffa erfarenhet av metoden och säkerställa att den inte utsätter patienterna för någon risk. Resultatet blev att redan det första året gick patienterna ner i genomsnitt 20 kilo. Viktnedgången har därefter fortsatt i långsammare tempo. Vi visade också att inga rubbningar av saltbalansen i kroppen uppstår vid användande av Aspiremetoden. Inga allvarliga komplikationer har uppstått på någon patient.

År 2014 – andra studien startas där vi jämför 50 Aspirepatienter med 50 patienter som opereras med den redan etablerade metoden Gastric Bypass (GBP).

Mycket preliminära resultat visar i den andra studien att effekten av Aspiremetoden är ungefär lika bra som GBP och inga allvarliga komplikationer har setts, se nedan.

Komplikationer som har uppstått vid användandet av Aspiremetoden

Erfarenheten av Perkutan Endoskopisk Gastrostomi (PEG) är 35 år och man vet vilka riskerna är när man anlägger en PEG. Vanligtvis är de patienter som får en PEG svårt sjuka, ofta med nedsatt immunförsvar. Våra patienter är överviktiga men i övrigt inte så svårt sjuka.

Alla patienter som startar med Aspiremetoden börjar med 4 veckors VLCD-kost (Very Low Calory Diet (6)) för att tekniskt underlätta inläggning av PEG. Infektion vid insticksstället kan uppstå. Behandling med antibiotika har varit framgångsrik.

Buksamrör förekommer efter gastroskopi. Några få (ca 6 %) kan få luftläckage med bukhinneretning vid insättningen av PEG, vilket är en känd komplikation. Behandling vid initialt luftläckage är konservativ behandling med fasta, vätskedropp och övervakning på sjukhus i några dagar. Det har inte förekommit några komplikationer som krävt akut operation. Så kallad burried bumper då gastrostomikatetern delvis har glidit ut har hittills förekommit hos 2 på 75 (2,7 %) patienter. Behandling har varit ny poliklinisk gastroskopi med inläggning av G-tub. Efter 4-5 veckor en ny gastroskopi och byte till ny Aspire A-tub.

I övrigt har inga allvarliga komplikationer konstaterats. Efter 1 år med Aspire sågs ingen blodbrist och inte heller elektrolytrubbningar i blodet. Istället fann vi att leverprov och blodsockervärden normaliserades. När patienten uppnådde sin målvikt efter ca 1 år kunde frekvensen magsäckstömningar minska och då reducerades ytterligare risken för eventuella komplikationer.

Kirurgresurser som åtgår för Aspiremetoden

Vid anläggandet av Aspire A-tuben åtgår tid för gastroskopi på en av kirurgmottagningen i Blekinge. Vi har konstaterat att det tar knappt 1 timme per patient att genomföra Aspire sättningen varav själva gastroskopin har tagit ca 15 minuter.

Kontroll efter sedering med Midazolam kan kräva viss övervakning under halv till en timme i en vilohytt på kirurgmottagningen. Ingen tid på operationsavdelning åtgår för normal PEG-sättning och inte heller plats på postoperativ övervakningsenhet.

Två kirurgläkare, varav en med gastroskopikunskap och en till två sjuksköterskor behövs.

Rimligen borde de två läkarna som är engagerade i PEG sättningen kunna handha 2 patienter i timmen om instrument, lokal och ytterligare två sjuksköterskor kan erhållas.

Aspiremetoden – hur kan vi införa denna i vården i vårt län Blekinge?

Aspiremetoden bör delas upp i en kirurgidel och en omvårdnads-/uppföljningsdel i primärvården. Kirurgkliniken ska endast vara inkopplad på anläggandet av A-tuben (gastroskopi).

Flödesschema för patient som vill genomgå en Aspirebehandling kan se ut så här:

1. Patient går till vårdcentral (VC) och meddelar att han/hon är intresserad av hjälp för behandling av sin sjukliga övervikt. Informeras av distriktsläkaren (DL) om GBP och Aspiremetoden och att patienten har dessa att välja mellan.
2. DL skickar en remiss till kirurgkliniken där det framgår att patienten önskar genomgå en Aspirebehandling.
3. Kirurgkliniken samlar ihop ett antal Aspirekandidater och genomför ett informationsmöte kring metodens för och nackdelar. Där får patienterna också träffa ett par patienter som redan använder Aspiremetoden.
4. Ett datum bestäms för möte med kirurgläkare.
5. Datum för gastroskopi och A-tubssättning bestäms. Remissvar till DL med instruktioner i hur patienten ska hanteras före och efter A-tubssättningen.
6. DL får reda på patientens VLCD-kost innan gastroskopin och vikten som ska förändras 5-10% nedåt för att ingreppet ska genomföras.
7. Samtidigt ombeds VC att informera sig om skötsel av Aspirepatienten. Lämpligen via MINA Medical AB, syster Birgitta Vallin.
8. Lämplig sköterska på VC utses som ansvarig för dessa patienter, lämpligen diabetessköterskan.
9. MINA Medical AB sköter utbildningen av personal på VC och stöttar dessa i handhavandet av Aspirepatienterna.
10. Sedvanliga kontroller sker sedan regelbundet på VC enligt schema som tagits fram av docent Henrik Forssell och dr. Erik Norén. KBT ingår och sker i första hand genom en internetbaserad applikation, eObat.
11. Åtterrapporering från DL till kirurgkliniken sker efter 6 veckor, 1 år, 2 år samt 5 år. Detta för att SOREG registreringen ska kunna skötas ordentligt och av kirurgkliniken.

Utömlänspatienter som vill starta med Aspiremetoden

1. Remiss kommer från läkare utanför Blekinge till kirurgkliniken.
2. Remissvar med instruktioner om hur patienten ska skötas före och efter A-tubssättningen, enligt samma schema som gäller i Blekinge.
3. Remitterande klinik ombeds ta kontakt med MINA Medical AB för utbildning och support av handhavandet av Aspirepatienterna.
4. Tidpunkt för A-tubssättande delges i remissvaret.
5. Patienten kommer för A-tubssättning och går hem igen samma dag.
6. Landstinget Blekinge skickar faktura till patientens hemlandsting för Aspirebehandling, förslagsvis 60,000 kronor (inklusive administrativ kostnad, se för övrigt nedan).
7. Åtterrapporering från remitterande klinik till kirurgkliniken sker efter 6 veckor, 1 år, 2 år samt 5 år. Detta för att SOREG registreringen ska kunna skötas ordentligt och av kirurgkliniken.

Kostnad per patient för Aspirebehandling

Kostnaderna bör fördelas mellan kirurgklinik och primärvården. Vi tror att följande uppdelning skulle fungera

Kirurgkliniken: 52, 654 inkluderande material och arbete inklusive gastroskopi

Primärvården: 3,566 inklusive material och arbete, läkare-, sköterskebesök och programmet eObeat för KBT. Sammanlagt blir det upptill 6 sköterskebesök och 1-2 läkarbesök

TOTALT 56 220 -1300 (patientavgifter) blir **54 920 för 2 år med Aspire** (samtliga delar, priser och antal finns i separat bilaga inklusive tre års användning av eObeat, ett webbaserat stödverktyg för överviktiga som inkluderar dietistråd, träningsråd och KBT) det sistnämnda kan även användas av de som opereras med GBP, Sleeve eller försöker via överviktsmottagning att gå ner i vikt på egen hand.

Indikation för Aspire

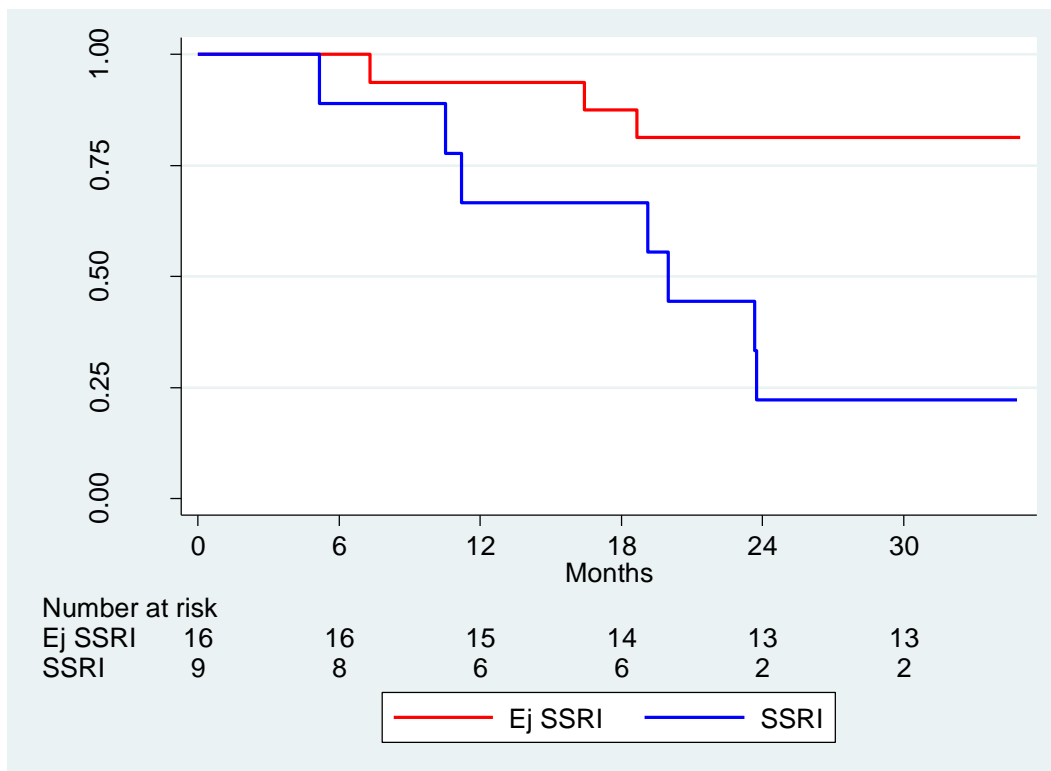
Ungefär hälften av befolkningen i Blekinge är överviktiga med ett BMI större än 25 och ungefär 14 % har ett BMI över 30 vilket för Blekinges del motsvarar att nästan 20000 individer som är feta. Ca 4000 har ett BMI över 35 som anses vara en gräns för kirurgisk behandling. I Blekinge sker för närvarande kirurgisk behandling i en omfattning på ca 100 överviktsoperationer per år. Detta betyder att merparten av patienter inte får adekvat behandling. Enligt SBU kostar övervikt pga. olika och ofta svåra komplikationer såsom hjärtkärlsjukdomar, förslitningsskador, diabetes och ökad risk för olika cancerformer landstinget 100 miljoner per år. En aktiv behandling av överviktiga kommer därför att bli kostnadseffektivt med besparingar för landstinget Blekinge.

Indikationer för Aspire är:

- Svår sjuklig övervikt med andra allvarliga sjukdomar (t.ex. hjärtsjukdom) som omöjliggör överviktsbehandling med kirurgi (dvs. alltför stor risk att genomföra narkos)
- Överviktiga med BMI > 35 som tvekar, inte vågar eller vill bli opererade med överviktsoperation (GBP eller Sleeve)
- Överviktiga infertila kvinnor som önskar att få barn
- Överviktiga patienter som inte kan bli opererade för t.ex. sina förslitningsskador eller bukväggsbräck pga. svår övervikt

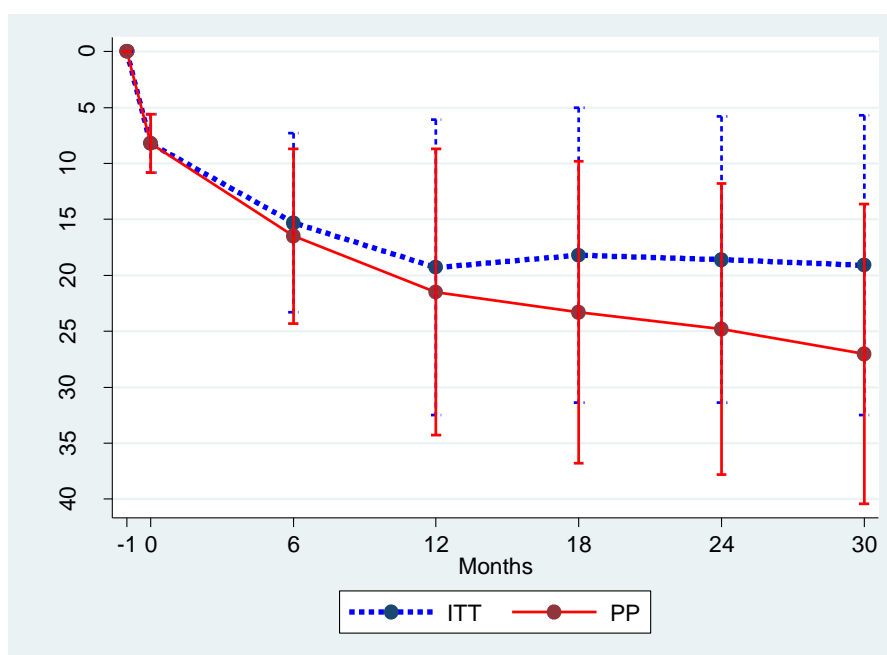
Resultat i Blekinge

Sex månaders resultat är publicerade (8) och 2 års resultat artikel är inskickad till tidskrift (9). Till sommaren har vi 3 års resultat på den första studien på 25 patienter. Vi har funnit att de patienter som vid inklusion stod på SSRI hade svårare att genomföra Aspiremetoden (5,7 ggr ökad risk enligt Coxregression) och hade sämre uthållighet enligt följande s.k. överlevnadskurva:



Några patienter har således valt att avsluta behandlingen med Aspire men dessa har ändå haft glädje att vara med i studien. Aspire är således en reversibel metod och ändrar inte bukoragnens anatomi. Vid GBP som är en icke reversibel metod är stora delar av magsäcken bortkopplad.

Vi har nu 2,5 års resultat och de 14 patienter som finns kvar (Per Protokollberäkning (PP), dvs. de som har följt forskningsprotokollet hela tiden) har följande viktreduktion:



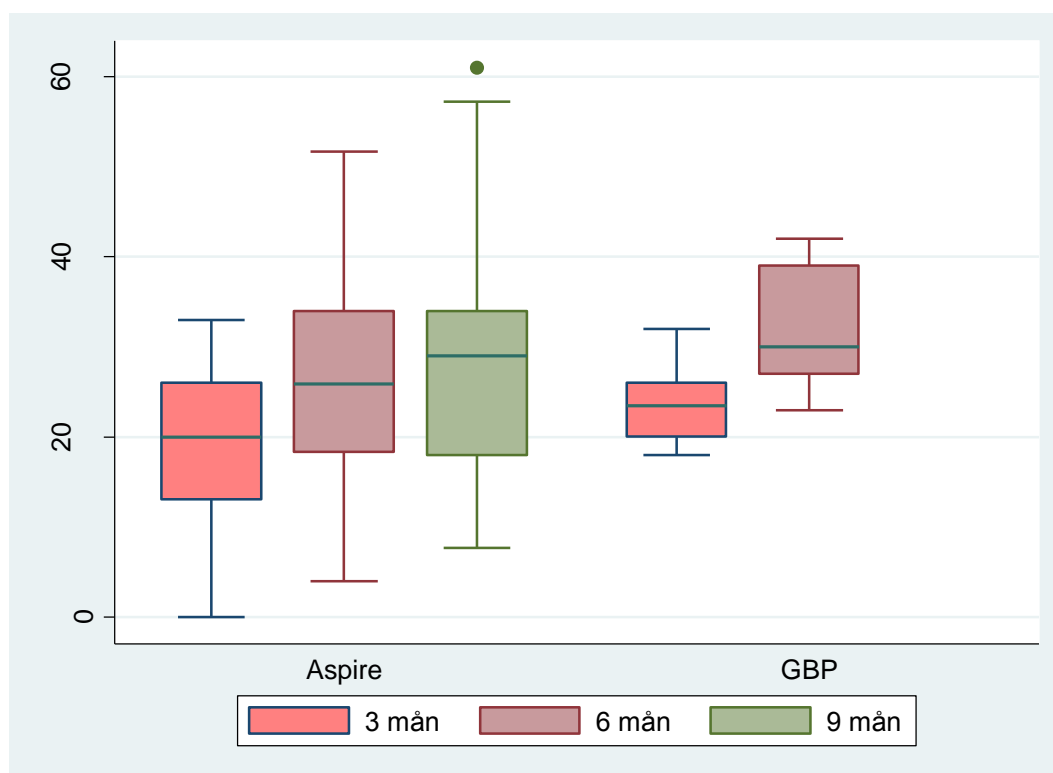
Efter 2 år har en patient avslutat Aspire efter att ha nått sin målvikt och varit viktstabil. De andra 10 har avslutat sin behandling vid olika tidpunkter: 20 var kvar vid 1 års kontroll och vid 2 år 15

patienter. I ovan bild är ITT, Intention To Treat, åskådliggjort med s.k. last value carried forward teknik.

Avsikten med första studien med 25 patienter, som egentligen skulle fortgå endast 1 år, var att undersöka om det kunde uppkomma några allvarliga långsiktiga komplikationer. Några PEG relaterade komplikationer har uppträtt såsom hudirritation och hos några en behandlingsbar sårinfektion. Inga patologiska elektrolytrubbningar har konstaterats i vare sig blod- eller urinprov. Vi fann istället att blodvärdet var oförändrat, leverprov blev bättre och blodsocker samt HbA1C förbättrades. Flera av de som hade diabetes eller hypertoni kunde sluta med sina mediciner. Livskvaliteten för våra patienter förbättrades signifikant under första året.

För 2 års resultat, inklusive undersökning av livskvalitet, se bilaga.

I den nya jämförande studien mellan 50 Aspire och 50 GBP patienter som startade sommaren 2014 börjar resultat att komma. Efter 3 månader var viktreduktionen omkring 20 kg i båda grupperna:



I ovan figur är det efter 3 månader 33 Aspire patienter med en median viktreduktion på 20 kg och 14 GBP patienter med en median viktändring på 23,5 kg. En patient i Aspiregruppen har vid 3 månader ingen viktreduktion pga. än så länge dålig tömningsfrekvens. Vid 6 månader har 27 patienter i Aspiregruppen minskat sin vikt med 25,9 kg och 10 GBP patienter 30 kg. Femton Aspire patienter har vid 9 månaders kontroll en viktminskning på median 29 kg. Notera att en patient har gått ned drygt 60 kg efter 9 månader med Aspire. Inga patienter i GBP gruppen har ännu uppnått 9 månaders kontroll.

Avslut av behandlingen

Aspiremetoden syftar till att patienten ska uppnå sin målvikt, företrädesvis mellan BMI 25-30 eller EWL % \geq 50. Detta tar i de flesta fall 12-18 månader men kan ta längre tid. Efter uppnådd målvikt ska patienten minska frekvensen av tömningarna och börja med att inte spola ut efter frukost. Patienten ska vara viktstabil under tiden spolningarna minskas och när patienten inte spoljar alls så ska viktstabiliteten vara kvar under minst ett år, troligtvis 2 år. Därefter kan man ta beslutet att avlägsna A-tuben och helt avsluta sin behandling. Vår erfarenhet talar för att detta förfarande tar rätt lång tid och att många gärna har kvar sin A-tub som en extra säkerhet för att kunna hålla sin vikt över tid, vilket inte ska ses som ett misslyckande.

Väntelista för Aspire

Till och med idag (2015-05-15) har det inkommit över 180 förfrågningar/remisser för Aspire behandling.

Av dess är det 63 individer boende i Blekinge och 119 remisser/önskemål om Aspire från andra landsting.

Sammanfattning

Övervikt är en folksjukdom och övervikt med dess olika komplikationer kostar Blekinge ungefär 100 miljoner per år. År 2030 kommer enligt WHO var fjärde Blekinge vara överviktig, dvs. har ett BMI över 30 vilket för Blekinge betyder att vi kommer att ha drygt 40000 individer som är feta. Dessa problem med tilltagande fetma i Sverige har föranlett region Skåne att satsa 14 miljoner på ett nytt vårdprogram och specialiserade överviktsenheter.

Ungefär 4000 individer finns idag i Blekinge med ett BMI över 35 och dessa behöver redan nu en aktiv överviktsbehandling med antingen kirurgi eller Aspire. För närvarande opereras med GBP ca 100 patienter årligen (2,5 %) och resten får ingen bra terapi. Genom aktiv behandling med Aspire av överviktiga torde vi kunna spara flera miljoner av kostnaden för övervikt. På sikt rekommenderas att man upprättar ett överviktscentrum men redan nu bör Aspire införas.

Referenser

1. Sullivan S et al. Aspiration therapy for treating obesity: a randomized controlled trial of a novel endoscopic therapy. The Obesity Society: October 3, 2011.
2. Forssell H, Norén, E. Aspirationsbehandling vid obesitas, preliminära resultat. Svensk Kirurgi 2013 (poster).
3. Norén E, Forssell H. Aspirationsbehandling av obesitas ger inte hypokalemi. Svensk Kirurgi 2013 (poster).
4. Forssell H, Norén, E. Behandling med Aspire vid obesitas, 1 års resultat. Svensk Kirurgi 2014 (poster).

5. Norén E, Forssell H. Ett års resultat: Aspirationsbehandling vid obesitas ger inga elektrolytrubbningar. Svensk Kirurgi 2014 (poster).
6. Norén E, Forssell H. Very low calorie diet without aspartame in obese subjects: improved metabolic control after 4 weeks treatment. Nutrition Journal 2014, 13:77
<http://www.nutritionj.com/content/13/1/77>.
7. Norén E, Forssell H. AspireAssist, an endoscopic procedure for treatment of obesity, 1 year results. IFSO Montreal 1014, föredrag.
8. Forssell H, Norén E. A novel endoscopic weight loss therapy using gastric aspiration: results after 6 months Endoscopy 2015; 47: 68-71.
9. Norén E, Forssell H. Aspiration therapy for obesity; Two year outcome - Overweight halved, improved quality of life, no serious adverse events. To be submitted.

Bilagor

1. Publicerad artikeln, 6 månaders resultat
2. Artikel som ska publiceras med 2 års resultat
3. Kostnadsberäkning för Aspire i Blekinge
4. Health Technology Assessment. Har inlämnats tidigare till verksamhetschefen på kirurgkliniken.