

Gäller för: Östra sjukhuset, Verksamhet Obstetrik, Barnmorskemottagning och gynekologi

Giltig från: 2025-09-22

Giltig till: 2027-09-22

Innehållsansvar: Anna Hagman, (annha67), Överläkare

Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad

Godkänd av: Flera godkännare finns - se eftersättsblad

Handläggning av gravida, på barnmorskemottagning, som genomgått överviktskirurgi

Förändringar sedan föregående version
Ny regional rutin för barnmorskemottagningar i VGR.

Innehållsförteckning

Bakgrund och syfte	2
Inledning.....	2
Utförande.....	3
Ansvar	7
Relaterad information	7
Arbetsgrupp	8

Bakgrund och syfte

Obesitas är en alltmer förekommande åkomma bland unga personer, varför det bland gravida idag inte är ovanligt att patienter redan före graviditet genomgått en överviktsoperation. Rutinen syftar till att ge en översiktlig information om operationen och vad den innebär under graviditet.

Inledning

Gastric Bypass (GBP) är det vanligaste ingreppet. Efter GBP leds maten direkt till tunntarmen och passerar inte magsäcken eller tolvfingertarmen. 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.

Sleeve Gastrectomy (Sleeve) är en operationstyp som ökat på senare år. Vid denna operation tas ca 75 % av magsäcken bort. Istället för det normala säckliknande utseendet får magsäcken formen av ett rör. 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. Det finns en ökad risk för refluxsjukdom (sura uppstötningar) efter Sleeve.

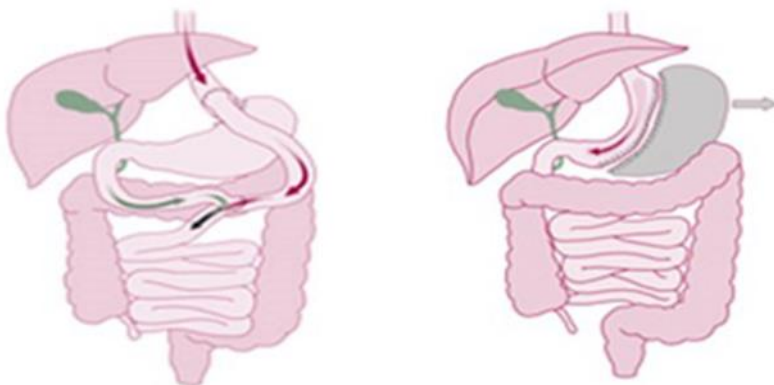


Bild 1. Gastric Bypass. Bild 2: Sleeve Gastrektomi

Utförande

Överviktskirurgi och graviditet

- Patienterna följs ca två år på enheten där de opererats och därefter rekommenderas årliga kontroller på vårdcentralen med provtagning och förskrivning av kosttillskott.
- 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. Graviditet tidigare än 12 månader efter operation är dock inte ovanligt på grund av ökad fertilitet efter viktnedgång, varför det är viktigt att förskriva ett effektivt preventivmedel redan innan överviktskirurgi genomförs.
- Positiva effekter av överviktskirurgi:
 - lägre risk för graviditetskomplikationer (graviditetsdiabetes, högt blodtryck, stora foster/barn)
 - barn som är födda efter mammans operation utvecklar inte övervikt/fetma i lika hög grad som syskon födda före överviktskirurgi
- Negativa effekter av överviktskirurgi, **ökad risk för:**
 - näringsbrist
 - tarmvred som kräver akut handläggning
 - tillväxthämning av fostret/barnet (efter GBP)
 - för tidig förlossning (efter GBP)

Kosttillskott

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 förbikoppling av första delen av tunntarmen och magsäcken samt minskad syrasekretion. Livslång behandling med vitaminer och mineraler rekommenderas därför efter

överviktsoperationer (både GBP och Sleeve). Inför och under graviditet bör kvinnan behandlas med:

- **Multivitamin- och mineraltablett**
T ex Mitt val Kvinna® eller ACO Gravid® **1 x 1**
- **Vitamin B 12**
T ex T. Behepan® 1mg **1 x 1**
- **Kalcium + vit D3**
T ex Calcichew-D3® **1 x 2**
(Calcium 500 mg, D3 800 IE = 20 µg)
- **Järn 100 mg**
T e x Duroferon® **1 x 1**
Tas i samband med middagsmålet - och inte samtidigt som Kalcium-D3, för optimalt upptag.
- **Folsyra** kosttillskott 4–500 ug **1 x 1**

Risk för allvarlig tiaminbrist (Wernicke-Korsakoffs syndrom) måste beaktas vid uttalade 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.

Kontroll av näringsstatus sker på vårdcentral

Överviktsopererade kvinnor är väl kontrollerade avseende nutritionsstatus via opererande enhet de första två åren. Däremot visar erfarenheterna att uppföljning på vårdcentral därefter inte alltid sker. Överviktsopererade kvinnor ska därför i tidig graviditet uppmanas att själva kontakta sin vårdcentral och berätta om graviditeten, för provtagning och förskrivning av tillskott enligt ovan.

Vid inskrivning på barnmorskemottagning (BMM) tas enbart prover enligt basprogram. Ordination av järntillskott och anemiutredning enligt respektive riktlinje.

Vid misstanke på annan näringsbrist särskild bedömning på vårdcentral.

Att äta efter en överviktsoperation

- Förmågan att äta och omfattningen av viktnedgången är individuella, bland annat eftersom den fysiologiska effekten av operationerna varierar.
- Ett flertal mekanismer medför förändringar av kostintaget och ätbeteendet, bland andra hormonella förändringar med ökad insöndring av mättnadshormoner, minskad belönings effekt av energität mat, smakförändringar och måltidsrelaterade symtom.
- Ofta sker ett förändrat livsmedelsval med minskat fettintag och ökat frukt- och grönsaksintag.
- Portionsstorleken är individuell. Några månader efter operationen kan de flesta dock äta en normalstor, eller något mindre, portion, vilket innebär 75–125 gram kött/kyckling/fisk/vegetariskt alternativ samt 1–2 potatisar och grönsaker i relativt obegränsade mängder.
- Möjligheten att ganska snart efter operation äta normalstora portioner medför att behovet av mellanmål inte är självklart - studier har visat att ständigt småätande är relaterat till sämre viktförlust.
- Överviktsopererade rekommenderas att äta långsamt och tugga väl.

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 kärlsammandragande symtom (t ex hjärtklappning).
- DS har ofta beskrivits som en komplikation efter GBP. En annan tolkning är att DS snarare ska ses som en önskvärd egenskap efter operationen då det medför en negativ feedbackmekanism efter intag av energitäta livsmedel, stora portioner eller hög äthastighet.

- De flesta lär sig snabbt var gränserna för matintag går, men cirka 10 % har bestående dumpingbesvär, framför allt trötthet och illamående efter maten.

Så kallad ”sen dumping”, eller reaktiv hypoglykemi, är betydligt allvarligare än DS och beror på att maten levereras direkt i tunntarmen med snabb blodsockerstegring och en oproportionerligt stor insulinfrisättning (se även ”Glukosbelastning”, nedan). Reaktiv hypoglykemi kan vara mycket obehagligt och behandlas i första hand med undvikande av ”snabba” kolhydrater och med regelbunden måltidsordning.

Exempel på måltidsrelaterade symtom efter Sleeve är reflux och kräkningar.

Risk för tarmvred efter GBP

- Risken för tarmvred ökar efter GBP och ökar ytterligare under graviditet.
- Typiska symtom är knipsmärter 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.

Vägning

Patienter som genomgått överviktskirurgi vägs enligt basprogram.

Ultraljud viktskattning

Eftersom studier har visat ökad risk för tillväxthämning efter överviktskirurgi (endast GBP) skrivs remiss av BM för viktskattning efter RUL. Ultraljudsmottagningen beslutar vilken vecka patienten ska kallas. Patient som efter tidigare GBP op fött normalstort barn behöver ej tillväxtkontroll i kommande graviditeter.

Glukosbelastning (OGTT) utförs inte på överviktsopererade

Glukosomsättningen efter GBP är avvikande eftersom mat och dryck levereras direkt i tarmen. Detta medför att en överviktsopererad person inte kan genomgå glukosbelastning, eftersom den snabba blodsockerstegringen följs av en oproportionerligt stor insulinfrisättning, vilket kan resultera i reaktiv hypoglykemi ca 2 timmar efter intaget. Därför är en glukosbelastning både riskabel och svår att bedöma. Vid indikation för glukosbelastning görs i stället tredagars glukosprofil, enligt lokal rutin för graviditetsdiabetes på BMM. Patienter som opererats med gastric sleeve kan genomföra OGTT.

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 utökat psykosocialt stöd.

Ansvar

Mödrahälsovårdsöverläkare ansvarar för innehållet i riktlinjen.

Områdeschefer och enhetschefer ansvarar för att riktlinjen implementeras och efterlevs.

Relaterad information

- Skandinaviska riktlinjer för kosttillskott efter fetmakirurgi:
[Nordiska riktlinjer för monitorering och supplementering med vitaminer/mineraler samt uppföljning efter obesitaskirurgi](#)
- [Beslutstöd fetma och övervikt - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen](#)

Arbetsgrupp

Innehållsansvarig

Anna Hagman, mödrahälsovårdsöverläkare, Centralt mödrahälsovårdsteam, Regionhälsan.

Innehållsgranskare

Karin Jerhamre Sundh, mödrahälsovårdsöverläkare, Centralt mödrahälsovårdsteam, Regionhälsan.

Anna Trollstad, mödrahälsovårdsöverläkare Centralt mödrahälsovårdsteam, Regionhälsan.

Antje Johannsmeyer, mödrahälsovårdsöverläkare Centralt mödrahälsovårdsteam, Regionhälsan.

Anna-Karin Broman, mödrahälsovårdsöverläkare, Centralt mödrahälsovårdsteam, Regionhälsan.

Godkännare

Anneli Falk, verksamhetschef, Obstetriken, SU.

Maria Gjertsen, Regionområdeschef, barnmorskemottagningar och gynekologi, Regionhälsan.

Hans Axelsson, sektionschef, ÖGI-sektionen, SU/Östra.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Östra sjukhuset, Verksamhet Obstetrik,
Barnmorskemottagning och gynekologi

Innehållsansvar: Anna Hagman, (annha67), Överläkare

Granskad av: Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare, Anna
Trollstad, (anntr1), Överläkare, Anna-Karin Broman, (annbr25),
Överläkare, Antje Johannsmeyer, (antjo1), Överläkare

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef, Maria
Gjertsen, (marem2), Regionområdeschef, Hans Axelsson,
(hanax5), Sektionschef

Dokument-ID: RHS9927-391389789-118

Version: 4.0

Giltig från: 2025-09-22

Giltig till: 2027-09-22