

Tyypin 2 diabetes – konservatiivinen vai kirurginen hoito?

Tyypin 2 diabetes on krooninen, etenevä ja yleensä parantumattomana pidetty sairaus. Lukuisat tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että laihtumalla, etenkin kirurgian keinoin, diabetes häviää (Kashyap ym. 2013). Metabolisesta kirurgiasta on sen vuoksi innostuttu laajemminkin. Maailmalla on jopa tehty lihavuusleikkauksia lupaavin tuloksien tyypin 2 diabeetikoille, jotka eivät ole lihavia (Li ym. 2012). Toisaalta on muistutettu aiheellisesti, että diabeteksen parantumisen sijaan pitäisi ennemmin puhua remissiosta. Ruotsalaisessa SOS-tutkimuksessa kahden vuoden kuluttua leikkauksesta remissiosta oli 72 % diabeetikoista, mutta kymmenen vuoden päästä vain puolet tästä eli 36 % (Sjöström ym. 2004). Painokin oli alkanut jälleen nousta: laskua oli kahden vuoden jälkeen 20–25 % ja kymmenen vuoden kuluttua 15 % lähtöpainosta. Tämä osoittaa, että lihavuusleikkaus lisää oireettomia vuosia ja vähentää tilapäisesti lääkkeiden tarvetta, mutta se ei poista elinikäisen seurannan ja konservatiivisen hoidon tarvetta. Myös painoa on tarkkailtava edelleen.

Diabeteksen hoito on merkittävä kansanterveydellinen ja -taloudellinen ongelma. Lihavuusleikkauksen aiheuttamia kustannussäästöjä on arvioitu aiemminkin (Ikonen ym. 2009), mutta suoraa näyttöä tyypin 2 diabeetikoiden lääkekustannusten vähentymisestä ei Suomessa ole saatu. Tässä lehdessä esitellään asiasta uutta tietoa. Sanen ym. selvityksessä tutkittiin takautuvasti kahden vuoden aikaista lääkkeiden tarvetta ja lääkekustannusten muutoksia lähes sadan valikoimattoman peräkkäisen lihavuusleikkauksella hoidetun diabetespotilaan aineistossa. Kahden vuoden kuluttua leikkauksesta noin 44 % potilaista tuli toimeen ilman lääkkeitä, ja diabeteslääkkeiden kustan-

nukset olivat vähentyneet 79 %. Luvut ovat suuria, mutta täysin lääkkeitä selviytyvien osuus oli pienempi kuin aiemmissa tutkimuksissa (50–80 %) (Buchwald ym. 2009). Tämä voi johtua suomalaispotilaiden eroista aiempiin tutkimuspotilaisiin nähden (mm. taudin pitempi kesto) tai siitä, että metformiini jätettiin peruslääkkeeksi varsin hyvässäkin hoitotasapainossa oleville suomalaisdiabeetikoille. Painonlasku oli hämmästyttävän samankaltaista kuin useissa aikaisemmissa tutkimuksissa (noin 25 %).

Lihavuusleikkauksen ajoituksesta tyypin 2 diabeetikon hoidossa on esitetty kaksi erilaista näkökantaa. Toisen mukaan diabeetikko kannattaa leikata varhain, koska tauti pysyy tällöin remissiosta pitempään ja on todennäköistä, että vaikeilta elinkomplikaatioilta vältytään tehokkaammin. Varhain leikattu potilas saa myös nauttia useammista kevyistä vuosista. Toisaalta meillä ei ole näyttöä siitä, miten paljon tuolloin säästetään kustannuksissa. Mainitussa Sanen ym. tutkimuksessa pelkästään metformiinilla hoidetun potilaan vuosittainen lääkesäästö (142 euroa) ei ole merkittävä lyhytaikainen kustannusperuste, sillä leikkauksen hintaa (12 000 euroa) sillä ei pysty potilaan elinaikana maksamaan. Voi toki olettaa, että diabetes etenee ja metformiinin oheen tarvitaan piankin muita lääkkeitä. Lisäksi lääkekustannukset ovat vain pieni osa diabeteksen kokonaiskustannuksista ja lihavuusleikkaus ehkäisee tai parantaa myös muita



Katso myös Timo Sanen ym. artikkeli "Maha-laukun kavennus- ja ohitusleikkauksen vaikutus tyypin 2 diabeetikon lääkkeiden käyttöön ja kustannuksiin – kahden vuoden seuranta-tutkimus" sivulla 1590.

hoitoa ja lääkitystä vaativia tiloja. Sen sijaan insuliinia käyttävän diabetespotilaan osalta lääkekustannussäästö on vuositasolla hyvinkin merkittävä (1 668 euroa), ja yksin tällä säästöllä leikkaus maksaa itsensä takaisin seitsemässä vuodessa.

HUS-alueella on noin 100 000 tyyppin 2 diabeetikkoa (Tiinamajja Tuomi, henkilökohtainen tiedonanto). Puolet heistä ei tosin tiedä sairastavansa tautia. Vaikka lihavuusleikkauksmääriä lisättäisiin selvästi, ei 50–100 vuositaisella lihavuusleikkauksella aivan hetkessä päästä diabetesongelmasta eroon. Tällaisista laskelmista (”kestää tuhat vuotta leikata kaikki nykyiset diabeetikot”) tehdään herkästi päätelmä, että leikkaushoito ei kannata, koska siitä ei ole lihavuus- ja diabetesepidemian selittäjäksi. Samalla logiikalla olisi mahdollista sanoa, että munuaisten vajaatoiminnan hoidosta voidaan poistaa dialyysimahdollisuus, koska hoito on kallista ja koskettaa vain pientä osaa potilaista eikä sillä ole suurta kansanterveydellistä merkitystä.

Jos lihavuuden hoidon saatavuusarvioita käytetään munuaisten vajaatoimintaa koske-

vaan esimerkkiin, viisi tuhannesta diagnosoidusta potilaasta saisi hoitoa: neljä hoidettaisiin konservatiivisesti ja yksi olisi dialyysissä (Pietiläinen ym. 2010). Minkä tahansa muun kroonisen taudin tapauksessa varmasti mietittäisiin ankarasti, mitä tulisi tehdä hoidon tarjoamiseksi 995:lle hoidotta jääneelle potilaalle, mutta kun kyseessä on lihavuus, asia ei ole juuri aiheuttanut ihmetystä. Vuonna 2010 kysyimme HUS:n toiminnankehittämishankkeessa alueen terveydenhoitajilta, mikä estää hoitamasta lihavuutta, ja vastaus oli sika-influenssa (Pietiläinen ym. 2010). Vuonna 2012 sanottiin, että aika kuluu puhelimessa (takaisinsoittojärjestelmä).

Lihavuuden konservatiivisen hoidon piti saada uutta potkua lihavuuskirurgian yleistymisestä. Näin ei ole käynyt, ja nyt konservatiivisen hoidon tarjonnan riittämättömyys uhkaa näivettää myös hyvin alkanutta kasvua kirurgisella puolella. Motivoitunutta terveydenhoitohenkilöstöä on. Porkkanat on kuorittu ja puukot teroitettu, pitää vain saada mahdollisuus käyttää niitä. ■



KIRSI PIETILÄINEN, apulaisprofessori, ylilääkäri

HYKS, medisiininen tulosyksikkö, endokrinologian klinikka, lihavuustutkimusyksikkö HY, tutkimusohjelmayksikkö, Diabetes ja lihavuus -tutkimusohjelma ja Suomen molekyyli lääketieteen instituutti FIMM

SIDONNAISUUDET

Apuraha (Novo Nordisk Foundation, Excellence Programme -apuraha), luentopalkkio (Lilly, MSD, Novartis, Novo Nordisk), koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (MSD)

KIRJALLISUUTTA

- Buchwald H, Estok R, Fahrback K, ym. Weight and type 2 diabetes after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis. *Am J Med* 2009;122:248–56.
- Ikonen T, Anttila H, Gylling H, ym. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Raportti 16. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2009.
- Kashyap SR, Bhatt DL, Wolski K, ym.

Metabolic effects of bariatric surgery in patients with moderate obesity and type 2 diabetes: Analysis of a randomized control trial comparing surgery with intensive medical treatment. *Diabetes Care*, julkaistu verkossa 25.2.2013.

- Li Q, Chen L, Yang Z, Metabolic effects of bariatric surgery in type 2 diabetic patients with body mass index <35 kg/m². *Diabetes Obes Metab* 2012;14:262–70.

- Pietiläinen KH, Suojanen L, Sane T, Nieminen MS. Lihavuuden hoidon nykytila perusterveydenhuollossa HUS-kuntayhtymän alueella. Toiminnankehittämishanke M9095K0246, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2010.
- Sjöström L, Lindroos A-K, Peltonen M, ym. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med* 2004;351:2683–93.