**Kliiniline küsimus nr. 5:** Kas enne kirurgilist ravi kasutada patsiendi psüühilise seisundi hindamise meetodeid vs mitte kasutada, et sõeluda välja kirurgiliseks raviks mittesobivad patsiendid?

**Tulemusnäitajad:** *Liigse kehakaalu ja KMI langus 5 ja enam aastat pärast bariaatrilist*

*operatsiooni (excess weight loss), patsiendi rahulolu raviga/tulemusega, kvaliteetselt*

*elatud eluaastate lisandumine (QALY), hilisemate kirurgiliste ja mittekirurgiliste tüsistuste esinemissagedus.*

**Kokkuvõte:**

* Kõik rahvusvahelised ravijuhised (USA, SIGN, NICE, AUS) soovitavad kasutada psühholoogilist hindamist, mille käigus peaks välja sõeluma psühhiaatrilised patsiendid, kellele kirurgiline sekkumine oleks vastunäidustatud ning määratlema ka psühhosotsiaalsed tegurid (psühhosotsiaalne distress; keskkondlikud, sotsiaalsed ja perekondlikud faktorid), mis võivad ravitulemusi ohustada. Häirunud söömiskäitumine, ülesöömistüüpi söömishäired (*bulimia nervosa*, liigsöömishäire), depressioon ja psühhoaktiivsete ainete kuritarvitamine ei ole vastunäidustused kirurgiliseks sekkumiseks, aga nende raviga tuleb alustada preoperatiivselt. Psühhootilised häired, raske depressioon, isiksus- ja söömishäired, alkoholi kuritarvitamine ja sõltuvus psühhoaktiivsetest ainetest mõjutavad operatsioonijärgset ravisoostumust. Eelkõige söömishäired komplitseerivad ravitulemust, peamiselt liigse kehakaalu ja KMI langust.

**Soovitused:**

Psüühikahäireid (eelkõige psühhootilisi häireid, meeleolu-, ärevus- ja söömishäireid ning sõltuvust psühhoaktiivsetest ainetest) on soovitav operatsioonieelselt hinnata standardiseeritud ja valideeritud hindamisvahenditega ning nende mõju kirurgilise sekkumise eelselt ja pärast arvesse võtta.

**Kokkuvõte tõendustest:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Kokkuvõtted ülevaateartiklitest**
 | **Viide** |
| * Söömishäired ei ole vastunäidustused operatsiooniks, aga võivad komplitseerida ravitulemust (liigse kehakaalu langus), ning sellest tuleks patsienti informeerida. (tõenduspõhisuse tase C).
* Öise söömise sündroom ja emotsionaalne söömine ei ole vastunäidustused operatsiooniks, aga võivad komplitseerida ravitulemust (tõenduspõhisuse tase D).
* Alkoholi või psühhoaktiivsete ainete kuritarvitamise ja sõltuvuse mõjust ravitulemusele ei ole piisavalt tõendeid, ent käesolev alkoholi või psühhoaktiivsete ainete kuritarvitamine ja sõltuvus võib komplitseerida ravitulemust (tõenduspõhisuse tase D).
 | Greenberg, I., Sogg, S., & Perna, F.M. (2009). Behavioral and Psychological Care in Weight Loss Surgery: Best Practice update. *Obesity* 17, 880-884. |
| * Psühhootilised häired, raske depressioon, isiksus- ja söömishäired, alkoholi kuritarvitamine ja sõltuvus psühhoaktiivsetest ainetest mõjutavad operatsioonijärgset ravisoostumust (tõenduspõhisuse tase C).
* Söömishäired seostuvad väiksema liigse kehakaalu languse ja hilisema kaalutõusuga (tõenduspõhisuse tase C).
* Kahe või enama psühhiaatrilise häire esinemine vähendab liigse kehakaalu langust (tõenduspõhisus B).
 | Fried, M., Yumuk, V., Oppert, J.M., Scopinaro, N , Torres, A. Weiner R., Yashkov, Y., Frühbeck, G. (2014). Interdisciplinary European Guidelines on Metabolicand Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 24, 42-55.  |
|  - Psühhiaatrilised häired (v.a tõsised seisundid) ja psühhosotsiaalne stress ei tähenda absoluutset vastunäidustust, eeldusel, et psühholoogiline nõustamine on operatsiooni eelselt ja järgselt võimalik.- Liigse kaalu vähenemine seostus kõrgema enesehinnangu, madalama rigiidsuse, kõrgema enesekriitilisuse ja aktiivsete toimetulekuoskustega. - Häirunud söömiskäitumine (näksimine, kõrge kalorsusega toitude ja jookide tarbimine) ennustab väiksemat kaalulangust. | van Hout, G.C.M., Verschure, S.K.M. / van Heck, G.L. (2005). Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 15, 552-560. |
| - Operatsioonijärgselt paraneb psühhosotsiaalne funktsioneerimine ja elukvaliteet (tõenduspõhisuse tase B) - Operatsioonijärgselt vähenevad meeleoluhäired (tõenduspõhisuse tase B) - Liigsöömishäire korral liigsöömishood vähenevad, aga püsib ülesöömine ja sellest tulenevalt toidu väljutamine (tõenduspõhisuse tase B) | Herpertz, S. et al. (2003). Does surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *International Journal of Obesity*, 27, 1300-1314. |

1. **Empiirilised uuringud, mida ravijuhised ei kajastanud**

|  |  |
| --- | --- |
| Kontrollides demograafilisi ja biomeditsiinilisi faktoreid, esines kahe või enama psühhiaatrilise diagnoosiga patsientidel üks aasta pärast operatsiooni sagedamini kaalutõusu (OR = 6.4, 95% CI = 1.3-12.4) võrreldes nendega, kel puudus psühhiaatriline häire või esines üks psühhiaatriline häire (tõenduspõhisuse tase C). | 1. Rutledge, T., Groesz, L.M., Savu, M. (2011).Psychiatric factors and weight loss patterns following gastric bypass surgery in a veteran population. Obesity Surgery, 21, 29-35.
 |
| Psühhiaatrilised patsiendid võtsid kaalus juurde 9.4% esialgsest liigsest kehakaalu kaotusest vahemikul 18-36 kuud pärast operatsiooni, vastupidiselt mittepsühhiaatrilistele patsientidele, kel samal vahemikul kaalutõus oli 0,2%. Grupid erinesid märkimisväärselt hilisemate tüsistuste määras: 52.9%-l psühhiaatrilistest patsientidest oli vähemalt üks hilisem tüsistus võrrelduna 19.6% mittepsühhiaatriliste patsientidega (tõenduspõhisuse tase C). | 1. Botella Romero, F., Alfaro Martínez, J.J., Molina Pacheco, E., Lomas Meneses, A., Salas Saiz, M.A., García Gómez, A., García Arce, L. (2010). Influence of previous psychiatric disorders on postoperative course in patients undergoing bariatric surgery. Endocrinología Y Nutrición [Endocrinol Nutr] 57, 9-15.
 |
| Kirurgilise ravi eelne psühholoogiline hindamine ei seostunud 2 a pärast sekkumist liigse kehakaalu langusega, aga aitas määratleda faktoreid, mis ennustasid kvaliteetselt elatud eluaastate lisandumist ja psühhosotsiaalset funktsioneerimist. | 1. van Hout, G.C.M., Hagendoren CA, Verschure, S.K.M., van Heck, G.L. (2009). Psychosocial predictors of success after vertical banded gastroplasty. *Obesity Surgery*, 19, 701-707.
 |
| Ei leitud seoseid psühhiaatrilise diagnoosi esinemise ja operatsiooni järgse liigse kehakaalu languse ning vaime tervise seisundi vahel 5,7 a pärast operatsiooni (tõenduspõhisuse tase C) | 1. Powers, P.S., Rosemurgy, A., Boyd, F., Perez, A. (1997). Outcome of gastric restriction procedures: weight, psychiatric diagnoses, and satisfaction. Obesity Surgery, 7, 471-477.
 |

1. **Ravijuhendid**

Kõik ravijuhised (USA, SIGN, NICE, AUS) soovitavad kasutada mingis vormis psühholoogilist hindamist, ent ükski neist ei anna juhiseid selle kohta, milliseid hindamismeetodeid kasutada. Kokkuvõtvalt järeldub neist, et psühholoogilise hindamise käigus peaks määratlema ka psühhosotsiaalsed tegurid, mis võivad ravitulemusi ohustada, mitte ainult välja sõeluma psühhiaatrilised patsiendid, kellele kirurgiline sekkumine oleks vastunäidustatud. Kolm ravijuhist annavad spetsiifilisi soovitusi, mida hinnata:

* Häirunud söömiskäitumine, ülesöömistüüpi söömishäired, depressioon ja psühhoaktiivsete ainete kuritarvitamine (AUS, USA). Need häired ei ole vastunäidustused kirurgiliseks sekkumiseks, aga nende raviga tuleb alustada preoperatiivselt (tõenduspõhisuse tase C).
* Söömiskäitumine, psühhosotsiaalne distress ja keskkondlikud, sotsiaalsed ja perekondlikud faktorid (NICE, 2006)