

Strokovni prispevek/Professional article

KIRURŠKO ZDRAVLJENJE ČEZMERNE DEBELOSTI

SURGICAL TREATMENT OF MORBID OBESITY

Brane Breznikar

Oddelek za splošno in abdominalno kirurgijo, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Gosposvetska 1,
2380 Slovenj Gradec

Prispelo 2006-07-18, sprejeto 2006-09-08; ZDRAV VESTN 2006; 75: 813–5

Ključne besede *debelost; bariatrična kirurgija; prilagodljivi obroč*

Izvleček

Izhodišča *Predstavljena je problematika čezmerne debelosti in možnosti zdravljenja. Opisana so navodila za bolnike pred operacijo in pregled naših rezultatov operacije zažetja želodca s prilagodljivim obročem (ZZPO).*

Bolniki in metode *Od maja do decembra 2005 smo laparoskopsko ustavili 10 prilagodljivih trakov pri 7 ženskah in 3 moških, starih od 23 do 56 let z indeksom telesne mase (ITM) od 38 do 48,5. Dva sta imela spremljajočo bolezen (diabetes).*

Rezultati *Bolnike smo spremljali od enega do osmih mesecev. Shujšali so od 5 do 28 kg, povprečno 4,3 kg na mesec.*

Zaključki *Bariatrična kirurgija je uspešna metoda zdravljenja debelosti, a zahteva multidisciplinarni pristop. Poleg kirurga odločajo o indikacijah še endokrinolog, gastroenterolog in psiholog. V kasnejšem spremljanju pa imata pomembno vlogo tudi dietetik in splošni zdravnik.*

Key words *obesity; bariatric surgery; adjustable band*

Abstract

Background *In the article we present a morbid obesity and treatment options. We describe instructions for patients before operation and our results for operation with adjustable band.*

Patients and methods *Between May and December 2005 we operated 10 morbidly obese patients, 7 female and 3 male, aged 23 to 56, body mass index (BMI) between 38 and 48.5 (laparoscopically inserted adjustable band). Two had comorbidity (diabetes).*

Results *We followed the patients' status between 1 and 8 months. They reduced their body weight from 5 to 28 kg, on average 4.3 kg per month.*

Conclusions *Bariatric surgery is successful method for morbid obesity treatment. It demands multidisciplinary approach. Beside surgeon, endocrinologist, gastroenterologist, psychologist and others take part in the decision for the operation. During subsequent treatment dietetics and general physician play an important role.*

Uvod

Izraz bariatrični prihaja iz grščine in vsebuje besedi, ki pomenita »težo« in »zdravljenje«. Pod izrazom bariatrična kirurgija razumemo vse posege, ki bodisi omejijo vnos hrane (z restrikcijo oziroma zožitvijo želodca, npr. zažetje želodca s prilagodljivim obročem – ZZPO), bodisi povzročijo malabsorpcijo (s prekinitvijo tankega črevesa in reanastomozo), lahko tudi s kombinacijo obojega (1, 3). Začetki bariatrične kirurgije segajo v leto 1950 v ZDA, ko je bil za namen malabsorpcije prvič narejen in opisan bypass med jejunumom in ileumom (2). Od takrat je bariatrična kirurgija dosegla nesluten razvoj, kar je posledica epidemioloških razsežnosti čezmerne debelosti predvsem v razvitem svetu, torej tudi pri nas (3). Z razvojem in uvedbo laparoskopije (zaradi minimalno invazivnega pristopa) je bila pridobitev še večja. Indikacije za poseg so danes jasno izdelane, saj temeljijo na dolgoletnih izkušnjah. Osnovno merilo, sprejeto leta 1991, ostaja indeks telesne mase (ITM), ki predstavlja maso na enoto površine (kg/m^2) in mora biti večji od 40, pri spremljajočih boleznih pa večji od 35 (1, 3). K spremljajočim boleznim prištevamo: sladkorno bolezen, zvišan krvni tlak, apneja v spanju, ortopedske težave, astma, venski zastoj, zvišana koncentracija holesterola in/ali trigliceridov v krvi ter gastroezofagealni refluks.

Zaenkrat v naši bolnišnici zdravimo po restriktivni metodi – ZZPO. Bolnike ustno in pisno poučimo o operaciji. Razložimo jim, kaj je debelost in možne načine kirurškega zdravljenja. Poleg izpolnjevanja osnovnega merila – ITM > 40 oziroma 35, morajo biti visoko motivirani, ker bodo morali bistveno spremeniti način prehranjevanja. Tudi sicer morajo pred posegom vsaj 1 leto poskušati shujšati s pomočjo nekirurških metod. Pred posegom jih morajo pregledati endokrinolog, psiholog in anesteziolog. Narediti morajo gastroskopijo, pogovorijo se z dietetikom. Sladkosnedni (angl.: »sweet eaters«), obsesivni jedci (angl.: »binge eaters«) in skrajno debeli (angl.: »super obese«, BMI > 50) niso primerni za restriktivne metode (kot je prilagodljivi trak), ampak za eno od malabsorpcijskih (kot je npr. bypass). Prav tako za trak niso primerni bolniki, ki jemljejo veliko zdravil, nezdravljeni psihotiki in bolniki s patologijo želodca (4–6). Zato bolnike po natančni anamnezi in multidisciplinarnem kliničnem pregledu razvrstimo v operacijske kategorije, na podlagi katere kirurg bolniku sugerira metodo operacije. Če je bolnik primeren za ZZPO, mu razložimo podrobnosti.

Prilagodljivi obroč z endoskopsko metodo namestimo okrog želodca tik pod kardijo in ga kasneje polnimo preko rezervoarja v podkožju tako, da je prehod skozi želodec primeren – v obliki peščene ure ali čebule. To kontroliramo z gastrografijo. Trak da hitreje občutek sitosti (onemogoča hitro in preobilno hranjenje), metoda je ponovljiva in ne poškoduje organov. Če je potrebno, trak lahko odstranimo in s tem vzpostavimo prvotno stanje. Ključno je sodelovanje bolnika in terapevtov. Kar 90 % bolnikov lahko pričakuje redukcijo čezmerne telesne teže za 55–70 %, medtem ko je uspeh konzervativnih metod le 3 % (7).

Prve štiri dni po operaciji pijejo bolniki le vodo, v prvem mesecu pa uživajo le tekočine. Kasneje je osnovni princip v tem, da jedo zelo počasi in hrano dobro prežvečijo. Dobijo tudi pisna navodila. Redno se posvetujejo z dietetikom.

Bolniki in metode

Doslej smo bolnike, primerne za prilagodljivi trak, izbirali. Operirali smo 10 bolnikov, 7 žensk in 3 moške, stare od 23 do 56 let, povprečno 40,3 leta. ITM je bil med 38 in 48. Dva sta imela eno spremljajočo bolezen (sladkorna bolezen).

Operacijo smo naredili z uporabo 4 troakarjev (delovnih kanalov). Najprej smo spreparirali Hissov kot med požiralnikom in veliko krivino želodca in nato skozi »pars flaccida« malega omentuma z upogljivim inštrumentom (»gold fingerjem«) povlekli trak za želodcem in ga s primerno ohlapnostjo speli pred njim ter tako formirali obroč. Obroč smo fiksirali na svoje mesto z 2–3 šivi (fundus na proksimalni del želodca oz. na levi krus diafragme).

Rezultati in zapleti

Perioperativnih zapletov nismo imeli. Ena bolnica je naredila dietni prekršek (v prvem mesecu je jedla meso, ko bi morala uživati le tekočo hrano), zato smo ji pet tednov po operaciji morali obroč odstraniti. Še pri enem bolniku smo morali odpeti obroč 14 dni po posegu, ker smo ga preveč zadržali. V povprečju so bolniki shujšali 4,3 kg na mesec (5 do 28 kg v 1 do 8 mesecih). Oba sladkorna bolnika ne potrebuje več diabetičnega zdravljenja.

Razpravljanje

Mehanizem sitosti je kompleksen fiziološki mehanizem in še ni popolnoma razjasnjen. Pomembno vlogo igra mediator nevrotenzin, ki se izloča iz celic N v začetnem delu tankega črevesa. Pri čezmerno debelih so vrednosti nevrotenzina v krvi znižane, po bariatrični operaciji pa se zvišajo (8).

Z razvojem in uvedbo laparoskopije v abdominalno kirurgijo (tako tehnologije kot tudi tehnike operiranja) je zelo pridobila tudi bariatrična kirurgija, saj je minimalna invazivnost laparoskopskega pristopa v primerjavi z laparotomijo pri zelo debeli trebušni steni velika prednost. Bolniki, primerni za operativni poseg, morajo skozi sito predoperativnih pregledov in posvetov pri specialistih različnih področij; predvsem morajo pred kirurškim zdravljenjem z dietnimi režimi poskušati hujšati vsaj eno leto. Tako pripravljen bolnik bo tudi veliko lažje sprejel režim hranjenja po operaciji, kar je nujno za uspeh. Na podlagi randomiziranih študij daje dolgoročne rezultate pri čezmerno debelih le kirurško zdravljenje, dietni režimi pa so se izkazali neučinkoviti (9, 10). Poleg tega se z operacijo zmanjša pojavnost bolezni, ki pogosto spremljajo debelost, ali pa take bolezni izzvenijo, če so že bile prisotne. Največ je opisanih primerov tako ozdravljenih sladkornih bolnikov in hipertonicov (11).

Metoda oz. način operacije morata biti skrbno izbrana. Pri mladih, dobro sodelujočih in motiviranih bolnikih z ITM < 50 se je za najprimernejšo izkazala operacija ZŽPO. Ta metoda je povezana z majhno peri- in pooperativno obolevnostjo, dolgoročni rezultati pa so dobri. Manj sodelovanja bolnikov je potrebnega pri malabsorpcijskih metodah, pri katerih dolgoročno opisujejo še boljše rezultate (12, 13). Vendar s posegom organizem okvarimo, česar največkrat ne moremo popolnoma odpraviti. Malabsorpcijska (ali kombinirana) metoda (npr. želodčni obvod z različno dolgo vijugo) je še vedno možna pri bolnikih, kjer gre za trdovratne težave ali zaplete po restriktijski metodi operacije, kadar gre za skrajne oblike čezmerne debelosti (več kot 90 kg odvečne teže). Odločitev za poseg pa je odvisna tudi od kirurgove izkušnosti (13). Pri naših bolnikih, operiranih po metodi ZŽPO, razen opisanega nismo imeli kratkoročnih pooperativnih zapletov. V literaturi je pri metodi ZŽPO opisanih več možnosti zapletov: dislokacija obroča, prestenotična dilatacija želodca, penetracija obroča v želodec, ki pa so po več kot petletnem sledenju na velikem številu bolnikov redke (3, 14). Dolgoročno je v več študijah opisana možnost pojava žolčnih kamnov, kar je posledica hitre izgube telesne teže. V tem primeru predlagajo profilaktični odmerek 500 mg ursodeoksikolne kisline za 6 mesecev neposredno po operaciji (15, 16).

Zaključki

Ob upoštevanju vseh priporočil je metoda laparoskopskega zažetja želodca s prilagodljivim obročem sorazmerno varna in daje dobre rezultate. Ugotavljamo, da so bolniki zadovoljni tako z zmanjšanjem teže kot tudi s subjektivnim občutkom sitosti, razveseljivo pa je tudi prenehanje soobolevnosti.

Literatura

1. Barnett D, et al. Guidance on the use of surgery to aid weight reduction for people with morbid obesity. National Institute for clinical excellence. No. 46. 2002 Jul.
2. Salameh JR. Bariatric Surgery: past and present. *Am J Med Sci* 2006; 331: 194–200.
3. Pleskovič A. Bariatrična kirurgija. In: Omejc M, Repše S. Kirurgija želodca – standardi in novosti. Zbornik simpozija kirurške šole; 2005 Okt, Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, 2005.
4. Buchvald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fairbach K, Schoelles K. Bariatric surgery. *JAMA* 2004; 292: 1724–37.
5. Cullen W, Waeder J, Cordon A, Van Renterghem K, Hesse U, El Malt M, Pattin P. Surgical treatment of severe obesity. *Ann Surg* 237: 10–6.
6. Steffen R, Biertho L, Ricklin T, Picc G, Horber F. Laparoscopic SAGB: A five-year prospective study. *Obesity Surgery* 13: 404–11.
7. Miller K. Laparoscopic bariatric surgery in the treatment of morbid obesity. *Endoscopic Rev* 2005; 10.
8. Christ-Crain M, Stoeckli R, Ernst A, Morgenthaler NG, Bilz S, Korbonits et al. Effect of gastric bypass and gastric banding on pro-neurotensin levels in morbidly obese patients. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; Epub ahead of print.
9. Colquitt J, Clegg A, Sidhu M, Royle P. Surgery for morbid obesity. *Cochrane database. Syst Rev* 2005; CD003641.
10. O'Brien PE, Dixon JB, Laurie C, Skinner S, Proietto J, McNeil J, et al. Treatment of mild to moderate obesity with laparoscopic adjustable gastric banding or an intensive medical program: a randomised trial. *Ann Intern Med* 2006; 144: 625–33.
11. Pontiroli AE, Folli F, Paganelli M, Micheletto G, Pizzocri P, Vedani P, et al. Laparoscopic gastric banding prevents type 2 diabetes and arterial hypertension and induces their remission in morbid obesity: a 4-year case-controlled study. *Diabetes Care* 2005; 28: 2703–9.
12. Suter M, Giusti V, Worreth M, Hraief E, Calmes JM. Laparoscopic gastric banding: a prospective, randomised study comparing the lapband and the SAGB: early results. *Ann Surg* 2005; 241: 55–62.
13. Weber M, Müller MK, Michel JM, Belal R, Horber F, Hauser R, Clavien PA. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass, but not rebanding, should be proposed as rescue procedure for patients with failed laparoscopic gastric banding. *Ann Surg* 2003; 238: 827–33.
14. Ablassmaier B, Opitz I, Jacobi CA, Müller JM. Intra-gastric penetration of an adjustable gastric band. *Chirurg* 2001; 72: 838–43.
15. Miller K, Hell E, Lang B, Lengauer E. Gallstone formation prophylaxis after gastric restrictive procedures for weight loss: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Ann Surg* 2003; 238: 697–702.
16. Kiewiet RM, Durian MF, Van Lersum M, Hesp FL, Van Vliet AC. Gallstone formation after weight loss following gastric banding in morbidly obese Dutch patients. *Obes Surg* 2006; 16: 592–6.