

Bariatrična kirurgija v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec

Bariatric surgery in the Slovenj Gradec General Hospital

Brane Breznikar

Oddelek za splošno in abdominalno kirurgijo, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec

Avtor za dopisovanje (*correspondence to*):

Brane Breznikar, dr. med, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Gosposvetska cesta 1, 2380 Slovenj Gradec; elektronski naslov: b_breznikar@hotmail.com

Prispelo/Received: 18.3.2007

Abstract

Introduction. *The beginnings of bariatric surgery in the Slovenj Gradec General Hospital and its basic principles are described.*

Patients and methods. *Approximately 100 bariatric operations have been carried out so far. The most common procedure is gastric banding involving exposure of the angle of Hiss and introduction of the »goldfinger« instrument through the pars flaccida. The band is pulled behind the stomach and closed in front of it. It is fixed with suture of the fundus to the left crus and gastric pouch. The reservoir is fixed on the fascia under the left rib arc. The first filling is carried out at six weeks after surgery, and later when needed. The patients are instructed to have small meals and to eat more frequently throughout the day. The first series of 50 bands is presented.*

Results. *In our series, the weight loss was 12.9 kg after the first three months, 22.9 kg after six months and 26.6 kg in one year. Eight patients were followed up for one year, 15 for six months and 48 for three months. Two bands had to be removed, and in one case sleeve gastrectomy was done later on. No patient died. There were no stomach wall lesions, pneumothorax or haemorrhage.*

Conclusion. *Gastric banding is a procedure reserved for selected obese patients. Other bariatric operations, including sleeve gastrectomy and gastric by-pass, were therefore introduced in this hospital.*

Key words. *Bariatric surgery, team work, operative methods, complications.*



Izvleček

Uvod. Opisani so začetki bariatrične kirurgije v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec in njeni osnovni principi.

Bolniki in metode. Do zdaj smo operirali okrog sto bolnikov. Večinoma smo delali želodčno prevezavo s prilagodljivim trakom, pri katerih izprepariramo Hissov kot in skozi pars flacida uvedemo t.i. zlati prst (»gold finger«), s katerim potegnemo trak za želodcem in ga spnemo pred njim. S šivi fundusa na levi krus oz. na proksimalni del želodca trak pričvrstimo na svoje mesto. Rezervoar pričvrstimo na fascijo pod levi rebarni lok. Prvič polnimo čez 6 tednov, kasneje po potrebi, raje večkrat po malem. Bolnike spremljamo enkrat mesečno v Klubu operiranih zaradi bolesterne debelosti. Obdelali smo prvih 50 želodčnih prevezav.

Rezultati. V prvih treh mesecih so osebe shujšale povprečno za 12,9 kg, v šestih za 22,9 in v enem letu za 26,6. Leto dni spremljamo 8 bolnikov, pol leta 15, 48 pa tri mesece. Dvema bolnikoma smo morali trak odstraniti, eni smo kasneje naredili gastrektomijo Sleeve in uspešno hujša. Oboperativne smrtnosti ni bilo, prav tako ne poškodbe želodca, pnevmotoraksa ali krvavitve.

Zaključek. Za vse trak ni primeren. Zato smo tudi začeli z gastrektomijami Sleeve in želodčnimi obvodi.

Ključne besede. Bariatrična kirurgija, timsko delo, operativne metode, zapleti.

Uvod

Bariatrična kirurgija je kirurgija debelosti. Lahko je restrikcijška, malabsorbcijska ali kombinirana (1). Prva zmanjša vnos hrane (npr. želodčna prevezava), druga pa povzroči malabsorbcijsko s tem, da del črevesa izključi iz prebave. Indicirana je, če je indeks telesne mase (ITM, angl. BMI) večji kot 40 oz. večji kot 35 pri soobolevnosti. Najmanj obremenjujoča operacija je želodčna prevezava s prilagodljivim trakom (angl. gastric banding). Ni trajnih sprememb, zapletov je najmanj, zahteva pa veliko zavzetost terapevtov in bolnikov. Ker mora biti bolnik sposoben bistveno spremeniti svoje prehranjevalne navade, metoda ni primerna za vsakogar. Manj zavzetosti zahevajo malabsorbcijske in kombinirane metode, kot je želodčni obvod (by pass). Zmanjšanje telesne mase je še izdatnejše (2). Primerne so za obsesivne jedce (binge eaters), sladkosnedne (sweet eaters) in izrazito pretežke. Zapletov je več kot pri želodčni prevezavi in bolj so bolniki debeli, tem težji so. Zato delajo vse več začasnih resekcij (sleeve gastrectomy) in po letu ali več, če se začne bolnik rediti, še obvod.

Bolnika ustno in pisno poučimo o operaciji. Potem ko opravi predpisane preglede, pride na drugi pogovor h kirurgu. Takrat se dogovorimo o vrsti

operacije in podrobnostih, ki bolnika zanimajo. Imeti mora izvid endokrinologa, psihologa, pogovor z dietetičarko, gastrokopijo (če se že na prvem sestanku lahko odločimo za trak, gastrokopija ni nujna) Pred posegom opravi še pregled pri anesteziologu, s fizioterapevtom pa vadi dihanje (forsiran inspirij) ... Po operaciji priporočamo mesečne obiske v Klubu operiranih zaradi bolesterne debelosti. Tistim, ki imajo trak, po potrebi prilagajamo njegovo prostornino. Prvo polnitev opravimo po šestih tednih, naprej pa se dogovarjamo mesečno v Klubu. Praviloma polnimo po malem, zato pa večkrat. Prvič skoraj nikoli ne napolnimo več kot 2 ml, nato pa odvisno od bolnikovega občutka in rentgenskih meril od 1 do 4 ml. Če bolnik navaja, da z lahkoto je, polnimo, dokler prehoda ne zapremo zadosti, to pa pomeni, da se en požirek izprazni v dveh peristaltičnih valih. Videti moramo značilno obliko čebule (glava je vsebina v krnu pred trakom, nato je zožitev in v želodcu »rep«). V Klubu psihologinja vodi sejo po vzoru klubov drugih zasvojenosti. Prisotni so še drugi sodelavci (kirurgi, dietetik, medicinska sestra ...). Če bolnik želi, mu pokažemo in komentiramo njegovo operacijo (vse imamo posnete).



Bolniki in metode

Statistično smo obdelali 50 bolnikov, pri katerih smo naredili želodčno prevezavo s prilagodljivim trakom. Spremljamo jih od treh mesecev do enega leta. Delamo s štirimi troakarji, izjemoma dodamo petega. 10-milimetrski troakar za optiko je nad popkom levo, 5-milimetrski sestavljivi retraktor za jetra je pod desnim rebrenim lokom, medialno pa še en 5-milimetrski – delovni troakar. Pod levim rebrenim lokom je 15-milimetrski; tu kasneje pritrđimo rezervoar. Z Veresovo iglo pod levim rebrenim lokom naredimo pnevmo-peritonej, nato z optičnim troakarjem vstopimo v abdomen. Izprepariramo Hissov kot med ezofagusom in želodcem, odmerimo 5 cm od ezofagusa in na tej razdalji skozi pars flacida za želodcem uvedemo gibljivi zlati prst («gold finger»). Nanj v Hissovem kotu zapnemo trak, ga potegnemo za želodcem in ga spnemo pred njim (3). Če je maščevja preveč in je trak pretesno zapet, se s še enim manevrom z zlatim prstom na mali krivini izognemo maščevju. Naredimo še preizkus tesnosti z zlatim prstom, nato pa rezervoar fiksiramo na fascijo rektusa pod levi rebreni lok. Tekočo mast, ki se nabere po manipulaciji z rezervoarjem, temeljito posrkamo.

Od prvih 50 operiranih jih ima trak še danes 48. Dvema smo morali trak odstraniti. Enkrat smo ga preveč zadržnili, drugič pa je šlo za dietetni prekršek po 5 tednih. Slednji bolnici smo kasneje naredili resekcijo Sleeve in zdaj uspešno hujša. Operirali smo 3 moške in 47 žensk, starih od 21 do 67 let, ITM 35 do 53, povprečno 41,62. Pet jih je imelo sladkorno bolezen. Dva sta imela inzulinsko zdravljenje, dva tablete in ena dieto. Tudi bolnica, ki smo ji odstranili trak, je imela sladkorno bolezen z dieto. Nekaj bolnikov je imelo še občasno zdravljenje zaradi povišanega krvnega tlaka in holesterola. Bilo je še nekaj drugih manj pomembnih pridruženih boleznih, predvsem ortopedskih.

Rezultati

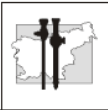
Po treh mesecih so v operiranci povprečju shujšali za 12,9 kg ali 4,3 kg na mesec. V pol leta so bili povprečno lažji za 22,9 kg ali 3,8 kg na mesec. Po letu dni je bila njihova teža manjša v povprečju za 26,6 kg ali 2,2 kg na mesec, pri tem pa so v povprečju izgubili 59,9 % odvečne telesne mase

(razpon 25,8 % – 94,3 %). Leto dni smo spremljali 8 bolnikov, pol leta 15 bolnikov in 48 bolnikov 3 mesece. Od petih diabetikov štirje nimajo več inzulinskega zdravljenja, eden pa je bistveno znižal odmerek inzulina. Oboperativnih zapletov nismo imeli. Zapletov, ki jih navaja literatura (4), nismo imeli. (Miller navaja smrtnost 0-2,1 %, lezije želodca 0-3,5 %, pnevmotoraks 0-0,2 %, krvavitev 0,5-2,0 % ...). Tudi okužb ran, ki bi zahtevale kirurški poseg, do zdaj nismo imeli. De Jong poroča o 30 % ponovnih operacij med prvimi 50 operiranimi (pri nas 4 %) in do 13 % v naslednjih 47. V prvem letu so vsi shujšali.

Razpravljanje

V zadnjih desetletjih je postala debelost resen problem. Predvidevajo, da bo v enaindvajsetem stoletju zaradi debelosti umrlo več ljudi kot zaradi kajenja, ki je na prvem mestu po vzroku smrti, ki jo je mogoče preprečiti. Stroški zdravljenja soobolevnosti so astronomski. Bariatrična kirurgija je dokazala, da je le z operacijo mogoče doseči sprejemljiv (v 95 %) dolgoročni rezultat, medtem ko so druge metode dolgoročno (študije s spremljanjem nad 14 let) uspešne v manj kot 5 % (4). Sem spada tako redukcija telesne mase kot tudi zdravljenje pridruženih boleznih.

Pomembno vprašanje v bariatrični kirurgiji je kakovost storitve. Obravnava mora biti timska. To ne pomeni, da različni sodelavci v izvidu zapišejo svoje videnje problema ali celo nagovarjajo bolnika za kako metodo. Bolnik naj ne dobi več različnih mnenj. Če je karkoli vprašljivega, mora to tim rešiti znotraj tima, bolnik pa naj dobi eno mnenje. Če pa različni strokovnjaki komunicirajo le preko izvidov, naj bo izvid predvsem odgovor na vprašanje na napotnici. Tako naj psiholog odgovori, v kolikšni meri je bolnik sodelujoč in kolikšna je obsesivna komponenta pri hranjenju. Če ne bo sodeloval, ni primeren za trak, če je obsesivnost problem, ki se poslabšuje, bomo razmišljali o obvodu ... Psihologova dolžnost ni, da prepričuje bolnika, da bo shujšal, če bo hodil k njemu na privatno obravnavo. In zelo neprimerno bi bilo, če bi nato kirurg pojasnjeval bolniku, da sicer shujšal bo, a se bo spet zredil ... da je kandidat za operacijo, ker izpolnjuje vsa zahtevana merila ... Endokrinolog naj odgovori na vprašanje, ali gre za endokrinološko motnjo, ki jo je možno odpraviti brez operacije. Pojasnje-



vati bolnici, da je premlada (ob tem pa ne poznati meril) in da bo v nosečnosti imela težave (ob tem pa ne poznati operacije in neškodljivosti za nosečnost) je nestrokovno. Zapisovati v izvide, da je po operaciji (ne ve pa, katera operacija bo) treba nadomeščati vitamine in minerale celo v natančno navedenih odmerkih in natančno določenih presledkih, pri tem pa ne vedeti, da nekatere operacije nadomeščanja ne rabijo, nekatere pa morda, je neznanje, ki škodi. Tim je skupina, ki sodeluje. Ne smemo prepričevati bolnika, prepričati moramo drug drugega! Dietetik mora dobro poznati različne operacije, sicer so tudi njegova navodila lahko zgrešena.

Nekatere študije obravnavajo varnost v bariatrični kirurgiji. Flum (5) ugotavlja 2,0 odstotno 30-dnevno smrtnost pri vseh operiranih zaradi morbidne debelosti (povprečno stari 47,7 let), pri tistih nad 65 let pa 4,8. Številke se zdijo visoke, treba pa je upoštevati, da gre tudi za najbolj ogrožene. Na drugi strani pa poročajo o 0,2–0,5 % smrtnosti (6). Poleg tega poročajo o manjši smrtnosti in obolevnosti v centrih odličnosti, kjer naredi kirurg več kot sto operacij letno. Ekspertna skupina »The Bariatric Scientific Collaborative Group«, sestavljena iz priznanih strokovnjakov iz celega sveta, je izdelala priporočila za bariatrično kirurgijo. Govorijo o indikacijah, lontra-indikacijah, bariatrični kirurgiji v otroštvu in starosti, o predoperativni evalvaciji bolnikov in pooperativnem sledenju, centrih odličnosti, ponovnih operacijah pri napakah ... V centrih odličnosti, ki se ukvarjajo z bariatrično kirurgijo, so priporočila sprejeta.

Zaključek

Analiza prvih 50 primerov želodčnih prevezav s prilagodljivim trakom pokaže zadovoljivo zmanjšanje telesne mase in malo zapletov. Odstranili smo le dva traka. Ta metoda za vsakogar ni primerna, zato smo začeli delati tudi Sleeve gastrektomije in obvod.

Literatura

1. Buchvald, Avidor, Braunwald, Jensen, Pories, Fahrbach, Schoelles. Bariatric Surgery. JAMA, 2004 - Vol. 292, No 14
2. W. Cellen, J. Waeder, A. Cordon, K. Van Renterghem, U. Hesse, M. El Malt, P. Pattin-

Surgical treatment of Severe Obesity, Annals of Surgery, Vol. 237, No 1, 10 -16

3. R. Steffen, L. Biertho, T. Ricklin, G. Piec, F. Horber. Laparoscopic SAGB: A Five –Year Prospective Study. Obesity Surgery, 13, 404 – 411
4. K. Miller- Laparoscopic Bariatric Surgery in the treatment of Morbid Obesity. Endoscopic Rev, Vol 10, No 24, Oct. 2005
5. Flum DR, Salem L, Elrod JAB, et al: Early mortality among Medicare beneficiaries undergoing bariatric surgical procedures. JAMA 294:1903, 2005 [PMID 16234496]
6. Zingmond DS, McGory ML, Ko CY: Hospitalization before and after gastric bypass surgery. JAMA 294:1918, 2005 (PMID 16234498)