

Polskie rekomendacje w zakresie chirurgii bariatrycznej

Mariusz Wyleżół, Krzysztof Paśnik, Stanisław Dąbrowiecki, Stanisław Głuszek, Maciej Michalik, Janusz Strzelczyk, Zbigniew Wierzbicki, Andrzej Kwiatkowski, Edward Stanowski

Zarząd Sekcji Chirurgii Bariatrycznej i Metabolicznej Towarzystwa Chirurgów Polskich

Videosurgery and other miniinvasive techniques 2009; 4 (Suppl 1): S31–S34

W dzisiejszych czasach nadwaga i otyłość osiąga ją rozmiar epidemii. Niewątpliwie dotyczy to także naszego kraju. Wyniki badań przeprowadzonych w Polsce w reprezentatywnej dla całego społeczeństwa grupie wykazały, że wskaźnik masy ciała powyżej 40 kg/m² cechuje około 1% osób dorosłych, co przekłada się na liczbę około 300 tysięcy chorych w kraju [1]. W badaniach prowadzonych w grupie chorych w wieku powyżej 30 lat zaobserwowano, że odsetek chorych ze wskaźnikiem masy ciała większym niż 40 kg/m² wynosi 1,9% [2]. W wybranych populacjach wiejskich odsetek ten zwiększa się do 2,8%, a w wielkomiejskich – nawet do 3% [3, 4]. Otyłość powoduje rozwój licznych chorób towarzyszących. W badaniach przeprowadzonych w naszym kraju odnotowano, że wśród zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego z powodu otyłości olbrzymiej zespół metaboliczny rozpoznano u 53,3% chorych [5]. Wyniki tych samych badań wykazują, że w grupie chorych ze wskaźnikiem masy ciała większym niż 50 kg/m² częstość zespołu metabolicznego zwiększa się do 79,5%!

W związku z nieskutecznością leczenia zachowawczego otyłości olbrzymiej próby jej terapii na drodze chirurgicznej podjęto już w latach 50. XX wieku. Obecnie technika chirurgiczna pozwala na redukcję masy ciała poprzez wprowadzenie zmian w obrębie przewodu pokarmowego, które prowadzą do ograniczonego spożycia pokarmów bądź ograniczenia ich trawienia i wchłaniania. Coraz częściej podkreśla się wpływ zmian wprowadzonych w przewodzie pokarmowym na hormony osi mózgowo-jelitowej regulującej odżywianie i metabolizm organizmu. W konsekwencji oznacza to, że chirurg bariatryczny wykonuje operacje

o charakterze endokrynologicznym, a jedynie niedoskonałość współczesnej wiedzy medycznej w zakresie znajomości tych mechanizmów sprowadza ją do roli czysto anatomicznej zmiany wpływającej „jedynie” na spożycie pokarmu i jego wchłanianie z przewodu pokarmowego.

Postęp wiedzy, który dokonał się na przestrzeni kilkudziesięciu lat, pozwolił na określenie precyzyjnych wskazań do zastosowania tej metody leczenia otyłości. Pierwsze opracowanie powstało wprawdzie w 1978 roku, ale to kolejne z 1991 roku odegrało przełomową rolę i było podstawą kwalifikacji chorych przez kilkanaście następnych lat [6]. Za wskazanie do chirurgicznego leczenia otyłości uznano wówczas stan, w którym wskaźnik masy ciała przekracza wartość 40 kg/m² (otyłość III^o) lub gdy wskaźnik ten przewyższa wartość 35 kg/m² (otyłość II^o) i jednocześnie występują dodatkowe choroby zależne od otyłości.

Powyższy konsensus zakładał, że u chorego zgłaszającego się po raz pierwszy do leczenia otyłości olbrzymiej należy rozważyć w pierwszej kolejności leczenie zachowawcze uwzględniające ograniczenia dietetyczne, ćwiczenia fizyczne i zmianę stylu życia. Operacja powinna być rozważana u dobrze poinformowanych i zmotywowanych chorych. Kwalifikację do operacji powinien przeprowadzić wielospecjalistyczny zespół, którego trzon stanowią: chirurg, internista, psychiatra oraz dietetyk. Większość z powyższych zasad kwalifikacji nadal obowiązuje.

Zwiększenie liczby otyłych, jakie nastąpiło w ostatnich dekadach, poszerzenie wiedzy o konsekwencjach otyłości i rozwój laparoskopowej techniki operacyjnej spowodowały skokowe zwiększenie liczby

Adres do korespondencji:

doc. dr hab. n. med. Krzysztof Paśnik, Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologii i Torakochirurgii, CSK MON WIM, ul Szaserów 128, 00-909 Warszawa, e-mail: kpasnik@gmail.com

operacji bariatrycznych. Technika laparoskopowa wymusiła także wprowadzenie do chirurgii narzędzi i sprzętu, które dodatkowo przyczyniły się do dalszego postępu w zakresie bezpieczeństwa leczenia [7]. Laparoscopia jako technika małoinwazyjna doprowadziła do większej akceptacji interwencji chirurgicznej wśród chorych. Także bezpieczeństwo okołoperacyjne chorych znacznie się zwiększyło dzięki wdrożeniu profilaktyki przeciwzakrzepowej, jednak dalsze badania w tym zakresie są niezbędne w celu określenia standardów w tej grupie osób [8].

Kolejne badania kliniczne były źródłem wiedzy o leczeniu chirurgicznym otyłych dzieci i młodzieży, osób w wieku podeszłym czy też chorych ze wskaźnikiem masy ciała poniżej 35 kg/m². Powyższe czynniki stanowiły podstawę zwołania kolejnej konferencji uzgodnień, która odbyła się w 2004 roku, pod patronatem Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgii Bariatrycznej (*American Society for Bariatric Surgery* – ASBS) [9]. W podsumowaniu powyższej konferencji znalazły się między innymi następujące stwierdzenia:

- chirurgia bariatryczna jest obecnie najskuteczniejszym sposobem leczenia otyłości olbrzymiej i prowadzi do poprawy bądź ustępowania patologii towarzyszących otyłości,
- wśród zalecanych metod leczenia operacyjnego wymieniono: pionową opaskową plastykę żołądka, dostosowywalne opasanie żołądka, wyłączenie żołądkowe i żółciowo-trzustkowe,
- przeprowadzenie operacji techniką zarówno klasyczną, jak i laparoskopową uznano za równouprawnione,
- pacjenci przed zakwalifikowaniem do leczenia operacyjnego nie wymagają przebycia sformalizowanego leczenia zachowawczego,
- przed zakwalifikowaniem do operacji u chorego powinny być wykonane wyczerpujące badania laboratoryjne i obrazujące, natomiast diagnostyka specjalistyczna (kardiologiczna, psychiatryczna, psychologiczna itp.) nie jest wymagana rutynowo, jednak powinna być prowadzona, jeżeli są do tego wskazania,
- chirurgiczne leczenie otyłości olbrzymiej u dzieci powinno odbywać się w wyspecjalizowanych ośrodkach,
- istnieją podstawy, aby rozważać leczenie chirurgiczne u chorych z otyłością I° (wskaźnik masy ciała 30–34,9 kg/m²) i stwierdzanymi patologiami towarzyszącymi, w przypadku których redukcja masy ciała prowadzi do ich poprawy lub ustąpienia,

- koszty związane z przeprowadzeniem operacji są rekompensowane zmniejszonym zapotrzebowaniem na leki w związku z ustępowaniem patologii, będących wynikiem otyłości przed upływem 4. roku po operacji,
- chirurgia bariatryczna umożliwia prowadzenie badań z zakresu regulacji spożycia pokarmów, patofizjologii otyłości i innych zaburzeń metabolicznych.

Dynamiczny wzrost liczby osób chorujących na otyłość w Europie, a także różnice między społecznością USA i Europy doprowadziły do zorganizowania konferencji uzgodnień pod patronatem Europejskiego Stowarzyszenia Chirurgii Endoskopowej (*European Association for Endoscopic Surgery* – EAES). Wytyczne opracowane w trakcie powyższej konferencji zostały opublikowane w 2005 roku na łamach *Surgical Endoscopy* i stały się podstawą kwalifikowania i leczenia otyłości metodami chirurgicznymi w krajach europejskich [10]. Wytyczne te szeroko omówiono także w polskim piśmiennictwie [11], a ich zarys przedstawia się następująco:

- chirurgiczne leczenie otyłości powinno być rozważane u dorosłych chorych ze wskaźnikiem masy ciała powyżej 40 lub 35 kg/m² z towarzyszącymi patologiami,
- chorego do operacji powinien przygotować wieloprofilowy zespół,
- w kwalifikacji do operacji standardowe badania powinny być uzupełnione spirometrią, badaniem ultrasonograficznym jamy brzusznej oraz endoskopią (bądź badaniem radiologicznym górnego odcinka przewodu pokarmowego),
- inne, dodatkowe badania oraz konsultacje (np. ocena psychologiczna, badanie polisomnograficzne) przeprowadza się w przypadku wcześniejszego stwierdzenia wskazań do ich wykonania,
- wśród uznanych metod operacyjnych wymieniono: dostosowywalne opasanie żołądka, pionową opaskową plastykę żołądka, wyłączenie żołądkowe i żółciowo-trzustkowe,
- podkreślono, że powyższe metody różnią się spodziewanymi wynikami i możliwymi powikłaniami, a metoda leczenia powinna być dobrana indywidualnie,
- uznano, że dostęp laparoskopowy jest korzystniejszy w przypadku opasania żołądka, pionowej opaskowej plastyki żołądka, wyłączenia żołądkowego i prawdopodobnie wyłączenia żółciowo-trzustkowego,
- podkreślono rutynowy charakter profilaktyki przeciwzakrzepowej i przeciwbakteryjnej,

- określono także harmonogram kontroli pooperacyjnych, które powinny odbywać się od 3 do 8 razy w pierwszym roku po operacji, od 1 do 4 razy w drugim roku i raz lub 2 razy w kolejnych latach,
- ocena wyników leczenia powinna obejmować nie tylko redukcję masy ciała i stan odżywienia, ale także ich wpływ na towarzyszące patologie i jakość życia.

Dynamiczny postęp wiedzy w zakresie chirurgii bariatrycznej zaowocował kolejnym opracowaniem europejskim, które ukazało się w 2007 roku na łamach *Obesity Surgery* [12]. Wytyczne te przetłumaczono na język polski i są publikowane w aktualnym wydaniu czasopisma *Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne*. W przeciwieństwie do poprzedniego opracowania, było one przygotowane nie tylko przez chirurgów, ale także wielospecjalistyczny zespół ekspertów i zostały oparte na zasadach *Evidence Based Medicine*. Uwzględniając powyższe, Zarząd Sekcji Chirurgii Bariatrycznej i Metabolicznej Towarzystwa Chirurgów Polskich rekomenduje powyższe opracowanie jako wytyczne leczenia operacyjnego otyłości także w naszym kraju. W stosunku do poprzednich opracowań uzupełniają one przedstawione powyżej wytyczne o kilka istotnych aspektów:

- przy ocenie wskazań do operacji uwzględnia się największą osiągniętą przez chorego masę ciała,
- ewentualna redukcja masy ciała uzyskana na drodze leczenia zachowawczego nie jest przeciwwskazaniem do leczenia operacyjnego otyłości olbrzymiej,
- wskazaniem do leczenia operacyjnego otyłości jest również sytuacja, w której chorujący na otyłość olbrzymią uzyskał znaczącą redukcję masy ciała w wyniku leczenia zachowawczego, a dochodzi do ponownego jej zwiększenia,
- leczenie operacyjne otyłości wśród dzieci i młodzieży jest uzasadnione, przy czym wymaga zachowania szczególnych zasad kwalifikacji i leczenia,
- zwrócono także uwagę na indywidualne podejście do chorych w wieku powyżej 60 lat, podkreślając, że ewentualna operacja w tej grupie wiekowej ma głównie na celu poprawę ich jakości życia, a ewentualne wydłużenie okresu przeżycia ma znaczenie drugoplanowe.

Jak już wspomniano, powstanie powyższych opracowań było możliwe dzięki wynikom badań oceniających wpływ chirurgii bariatrycznej na redukcję masy ciała, patologie towarzyszące, jakość życia, a przede wszystkim czas przeżycia chorych. Ostatni z aspektów jest niewątpliwie najważniejszym kryterium ostatecznej oceny wartości chirurgicznego leczenia

otyłości. Już od wielu lat dyskutuje się o wpływie chirurgii bariatrycznej na czas przeżycia chorych, także w aspekcie ewentualnych powikłań związanych z przeprowadzeniem operacji. Autorom powyższego opracowania nie były jeszcze znane wyniki badań, które zostały opublikowane w 2007 roku, w lipcowym wydaniu czasopisma *The New England Journal of Medicine*. Mowa tu o wynikach badania przeprowadzonego przez Adamsa [13], a przede wszystkim o wynikach badania *Swedish Obese Subjects* [14]. W pierwszym z cytowanych badań, w którym objęto grupę blisko 20 000 chorych obserwowanych średnio przez ponad 7 lat, wykazano o 40% większe ryzyko zgonu w grupie osób niepoddanych leczeniu operacyjnemu względem leczonych metodą wyłączenia żołądkowego. Powyższe ryzyko dotyczyło zgonów spowodowanych chorobą wieńcową serca, cukrzycą, a także – co szczególnie interesujące – nowotworami. Z kolei wyniki drugiego z powyższych badań wykazały, że ryzyko zgonu po 10-letniej obserwacji w grupie osób poddanych leczeniu zachowawczemu otyłości było blisko 1,5 raza większe względem grupy poddanej leczeniu operacyjnemu. Korzystny wpływ chirurgii bariatrycznej na czas przeżycia chorych wynika przede wszystkim z ustępowania patologii towarzyszących. Zarówno wyniki poszczególnych badań, jak i ich metaanaliza potwierdzają te obserwacje. We wspomnianym wcześniej badaniu prowadzonym w naszym kraju wykazano ustąpienie zespołu metabolicznego wśród 70,4% chorych poddanych leczeniu operacyjnemu otyłości olbrzymiej [5].

Z badań przeprowadzonych w Polsce wynika, że wprawdzie liczba operacji bariatrycznych systematycznie zwiększa się z roku na rok, jednak nadal jest niewystarczająca, gdyż mniej niż jeden na stu chorych był leczony operacyjnie z powodu otyłości olbrzymiej [15, 16]. Jedną z przyczyn powyższej sytuacji jest niewątpliwie poziom finansowania chirurgicznego leczenia otyłości, w wielu przypadkach nieadekwatny do kosztów przeprowadzenia operacji. Niemniejsze znaczenie ma brak przekonania do tej metody terapii wielu lekarzy, którzy na co dzień leczą osoby cierpiące na otyłość lub z innymi chorobami, towarzyszącymi tej patologii.

Wyniki badań potwierdzają znaczenie chirurgii bariatrycznej. Nie jest to metoda alternatywna do leczenia zachowawczego (całkowicie nieskutecznego w tej grupie chorych), lecz jedynie właściwe postępowanie w terapii otyłości olbrzymiej. Należy podkreślić, że w świetle wyników powyższych badań leczenie zachowawcze

wawcze otyłości olbrzymiej zwiększa ryzyko zgonu chorego i dlatego wybór takiego postępowania należy uznać za zaniechanie podjęcia właściwego leczenia.

Opracowanie powstało przy aktywnym współudziale członków Sekcji Chirurgicznego Leczenia Otyłości Towarzystwa Chirurgów Polskich: Andrzej Budzyński (Kraków), Jacek Cywiński (Łódź), Włodzimierz Gniłka (Bydgoszcz), Marek Glück (Zabrze), Agata Frask (Wejherowo), Hady Razak Hady (Białystok), Przemysław Janczak (Łódź), Tomasz Jaworski (Lublin), Krzysztof Kaseja (Szczecin), Jan Kazanowski (Wrocław), Krzysztof Kołomecki (Łódź), Tomasz Lewandowski (Ełk), Tomasz Koziarski (Warszawa), Wojciech Lisik (Warszawa), Wojciech Makarewicz (Gdańsk), Marek Najdecki (Warszawa), Michał Nowicki (Łódź), Michał Orłowski (Wejherowo), Rafał Paluszkiwicz (Warszawa), Magdalena Podlecka (Ełk), Wiesław Pesta (Olsztyn), Norbert Sławeta (Kielce), Tomasz Szewczyk (Łódź), Tomasz Szydłowski (Wejherowo), Dariusz Szymański (Łódź), Olga Szyroki-Gniazdowska (Szczecin), Marek Umiński (Szczecin).

Piśmiennictwo

1. Dostępne na: www.natpol.pl.
2. Mastej M, Józwiak J, Lukas W i wsp. Czy współistnienie nadciśnienia i innych metabolicznych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego zwiększa chorobowość populacji? Badanie LIPIDOGRAM 2004. *Probl Med Rodz* 2007; 9: 92-95.
3. Babińska Z, Trzeciak BG, Bandosz P i wsp. Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości w populacji wiejskiej – Program „Kiełpino”. *Fam Med Prim Care Rev* 2006; 8: 569-571.
4. Zejda JE, Zahorska-Markiewicz B. Epidemiologia nadwagi i otyłości w populacji aglomeracji katowickiej. *Med Metabol* 2004; 8: 22.
5. Kwiatkowski A, Paśnik K. Wpływ operacji bariatrycznych na zespół metaboliczny u chorych z otyłością. *Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa* 2008.
6. Gastrointestinal surgery for severe obesity. National Institutes of Health Consensus Development Conference Draft Statement. *Obes Surg* 1991; 1: 257-266.
7. Buchwald H, Estok R, Fahrback K i wsp. Trends in mortality in bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Surgery* 2007; 142: 621-632.
8. Rocha AT, de Vasconcellos AG, da Luz Neto ER i wsp. Risk of venous thromboembolism and efficacy of thromboprophylaxis in hospitalized obese medical patients and in obese patients undergoing bariatric surgery. *Obes Surg* 2006; 16: 1645-1655.
9. Buchwald H; Consensus Conference Panel. Consensus conference statement bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals, and third-party payers. *Surg Obes Relat Dis* 2005; 1: 371-381.
10. Sauerland S, Angrisani L, Belachew M i wsp.; European Association for Endoscopic Surgery. Obesity surgery: evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES). *Surg Endosc* 2005; 19: 200-221.
11. Stanowski E, Paśnik K. Chirurgiczne leczenie otyłości – aktualny stan wiedzy. *Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne* 2008; 3: 71-86.
12. Fried M, Hainer V, Basdevant A i wsp.; Bariatric Scientific Collaborative Group Expert Panel. Interdisciplinary european guidelines for surgery for severe (morbid) obesity. *Obes Surg* 2007; 17: 260-270.
13. Adams TD, Gress RE, Smith SC i wsp. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N Engl J Med* 2007; 357: 753-761.
14. Sjöström L, Narbro K, Sjöström D i wsp.; Swedish Obese Subjects Study. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med* 2007; 357: 741-752.
15. Wyleżoł M, Zwirska-Korczała K, Paśnik K. Bariatric surgery in Poland from 1993 to 2003. *J Physiol Pharmacol* 2005; 56 (Suppl 6): 109-115.
16. Stanowski E, Wyleżoł M, Paśnik K. Laparoscopia w chirurgii bariatrycznej w Polsce – stan aktualny. *Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne* 2007; 2: 18-23.