

Co nowego w chirurgii bariatrycznej i metabolicznej?

Opracował: dr hab. med. Mariusz Wyleżół prof. WIML

Zgodnie z wytycznymi zarówno światowymi jak i europejskimi, w tym opracowanymi przez członków EASO (European Association for the Study of Obesity) wskazaniem do chirurgicznego leczenia otyłości jest zaawansowanie choroby określane mianem otyłości olbrzymiej (BMI > 40) <sup>1</sup>. W przypadku chorych ze wskaźnikiem masy ciała przekraczającym wartość 35 i powikłaniami otyłości postępowanie takie jest także uzasadnione. Oczywiście dotyczy to tych chorych, u których nie jesteśmy w stanie uzyskać redukcji masy ciała na drodze leczenia zachowawczego. Jedyne pytanie jakie się rodzi, to jak długo mamy podejmować próby leczenia niezabiegowego otyłości zanim uznamy, że mamy do czynienia z chorym, u którego takim postępowaniem nie jesteśmy w stanie uzyskać trwałej redukcji masy ciała. Z praktycznego punktu widzenia warto chyba przyjąć zasadę, że każdy wzrost masy ciała powyżej wartości wyjściowej z jaką chory zgłasza się do nas pierwotnie, należy uznać za nieskuteczność takiego postępowania. Z drugiej strony warto pamiętać, że w szczególnie zaawansowanych postaciach choroby wstępna redukcja masy ciała przyczynia się do zmniejszenia częstości występowania powikłań okołoperacyjnych. Stąd też wydaje się uzasadnione, ażeby u takich chorych rozważać leczenie operacyjne równoległe z wdrażanym leczeniem zachowawczym. Zasadność takiego postępowania wynika nie tylko z osobistych obserwacji chirurgów, ale przede wszystkim z wyników badań naukowych opublikowanych w ostatnim dziesięcioleciu. Wskazują one na fakt, że leczenie chirurgiczne otyłości przyczynia się do zmniejszenia ryzyka zgonu w obserwacji odległej w tej grupie chorych <sup>2 3 4</sup>. Chirurgiczne leczenie otyłości nie zastępuje leczenia zachowawczego, ale stanowi jego uzupełnienie. Jeżeli przyjrzymy się wynikom badań epidemiologicznych, to leczeniem zachowawczym nadmiernej masy ciała powinna być objęta połowa populacji osób dorosłych

naszego kraju. Postępowanie chirurgiczne natomiast należy wdrożyć zaledwie u niewielkiego odsetka tych chorych. Warto jednak pamiętać, że skuteczność leczenia zachowawczego zmniejsza się wraz ze stopniem otyłości, współczesna medycyna nie dysponuje farmakoterapią zwiększającą tą skuteczność, dlatego zasadne jest wdrożenie w tej grupie chorych postępowania chirurgicznego. Takie stanowisko znalazło zresztą odbicie w przyjętych przez EASO wytycznych programu certyfikującego ośrodki leczenia otyłości na terenie Europy (EASO Collaborating Centres for Obesity Management - COMs), w którym współpraca pomiędzy ośrodkiem prowadzącym leczenie zachowawcze i leczenie chirurgiczne otyłości jest niezbędnym warunkiem przyznania certyfikatu<sup>5 6</sup>.

Konieczności zacieśniania współpracy w opiece nad pacjentem otyłym pokazały warsztaty, które odbyły się w Monachium w dniach od 5 do 6 grudnia 2011 roku, a które zostały zorganizowane przez EASO i Europejski Oddział Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego Leczenia Otyłości i Zaburzeń Metabolicznych (European Chapter of the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders – IFSO-EC)<sup>7</sup>. W trakcie powyższych warsztatów uczestnicy mieli możliwość wysłuchania wykładów poświęconych kluczowym zagadnieniom w poszczególnych specjalnościach. Ponadto odbyły się robocze spotkania w kilkunastoosobowych grupach wypracowujące zasady wielospecjalistycznej opieki nad pacjentami chorującymi na otyłość olbrzymią. Raport z powyższych warsztatów jest w trakcie opracowania i niewątpliwie przyczyni się do dalszego wzrostu skuteczności i bezpieczeństwa leczenia tej grupy chorych. Niewykluczone, że w kolejnym biuletynie będę mógł Państwa poinformować o jego opublikowaniu.

Rola chirurgii bariatrycznej w leczeniu otyłości jest współcześnie dobrze udokumentowana i powszechnie uznana, o czym wspomniano już wcześniej. Aktualnie coraz większą uwagę przykładana się do roli tych zabiegów operacyjnych w ustępowaniu powikłań otyłości, a w szczególności cukrzycy typu 2. Potwierdzają to wyniki licznych badań publikowanych od

połowy lat 90, które wykazały, że większości chorych poddanych operacjom bariatrycznym zostaje wyleczona z cukrzycy typu 2. Natomiast wyniki ostatnich badań pokazują, że nie jest to spowodowane wyłącznie redukcją masy ciała, ale także zmianami wydzielania hormonów przewodu pokarmowego, dzięki czemu ustępowanie cukrzycy typu 2 po operacjach bariatrycznych obserwuje się już kilka dni po przeprowadzonym zabiegu. Wykazano również, że do ustępowania cukrzycy typu 2 u pacjentów poddanych operacji bariatrycznej we wczesnym okresie pooperacyjnym przyczynia się głównie zmniejszenie insulinooporności, a w późniejszym okresie poprawa w funkcjonowaniu komórek  $\beta$  wysp trzustkowych<sup>8</sup>.

Pewnym paradoksem w chirurgii bariatrycznej jest obniżenie stężenia krążącej insuliny we wczesnym okresie pooperacyjnym i jednocześnie ustępowanie cukrzycy typu 2<sup>9</sup>. Badanie powyższe, jak i dogłębna analiza uzyskanych wyników, a także wyciągnięte przez badaczy wnioski są o tyle istotne, że ten sposób leczenia może wpłynąć na zmniejszenie liczby pacjentów wymagających insulinoterapii, która często u chorych z otyłych mimo stosowania dużych dawek insuliny nie przynosi wyrównania cukrzycy i mimo jej stosowania dochodzi do rozwoju powikłań. Liczne wyniki badań poświęconych roli chirurgii bariatrycznej w ustępowaniu cukrzycy typu 2 przyczyniły się niewątpliwie do opracowania i opublikowania w 2011 roku wytycznych w tym zakresie przez International Diabetes Federation w skład, którego wchodzi między innymi Polskie Towarzystwo Diabetologiczne i Stowarzyszenie Diabetyków Polskich<sup>10</sup>. Zgodnie z powyższym opracowaniem chirurgia bariatryczna powinna mieć charakter priorytetowy („*prioritised*”) w leczeniu chorych z cukrzycą typu 2 w przypadku kiedy jest powikłaniem otyłości olbrzymiej ze wskaźnikiem masy ciała powyżej 40, podobnie jak u chorych ze wskaźnikiem BMI > 35, kiedy leczeniem zachowawczym nie udaje się obniżyć poziomu hemoglobiny glikowanej poniżej 7,5% lub kiedy obserwujemy przyrost masy ciała. W przypadku chorych ze wskaźnikiem masy ciała powyżej 35 i powyżej 30 (przy braku kontroli leczeniem zachowawczym, lub przyroście masy ciała) postępowanie

chirurgiczne zostało uznane za wskazane („eligible”). Pozostaje mieć nadzieję, że powyższe opracowanie przygotowane przez największe światowe autorytety diabetologiczne zostanie dostrzeżone także przez diabetologów w naszym kraju.

- 
1. Tsigos C, Hainer V, Basdevant A, Finer N, Fried M, Mathus-Vliegen E, Micic D, Maislos M, Roman G, Schutz Y, Toplak H, Zahorska-Markiewicz B, Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity: Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines. *Obesity Facts* 2008;1:106–116.
  2. Christou N.V., Sampalis J.S., Liberman M., Look D. i wsp.: Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use in morbidly obese patients. *Ann. Surg.* 2004; 240: 416–23.
  3. Adams T.D., Gress R.E., Smith S.C., Halverson R.C. i wsp.: Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N. Engl. J. Med.* 2007; 357: 753–61.
  4. Sjostrom L., Narbro K., Sjostrom C.D., Karason K. i wsp.: Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N. Engl. J. Med.* 2007; 357: 741–52.
  5. <http://www.easo.org/coms>
  6. Tsigos C, Hainer V, Basdevant A i wsp. Criteria for EASO-Collaborating Centres for Obesity Management. *Obes Facts* 2011; 4: 329–33.
  7. <http://www.easo.org/medico-surgical-workshop>
  8. Umeda LM, Silva EA, Carneiro G i wsp. Early improvement in glyceimic control after bariatric surgery and its relationships with insulin, GLP-1, and glucagon secretion in type 2 diabetic patients. *Obes Surg* 2011; 21: 896-901.
  9. Reed MA, Pories WJ, Chapman W i wsp. Roux-en-Y gastric bypass corrects hyperinsulinemia implications for the remission of type 2 diabetes. *J Clin Endocrinol Metab* 2011; 96: 2525-31.
  10. Dixon JB, Zimmet P, Alberti KG i wsp. Bariatric surgery: an IDF statement for obese Type 2 diabetes. *Diabet Med* 2011; 28: 628-42.