

Laparoskopická plikace žaludku – nová naděje v léčbě závažné obezity

doc. MUDr. Pavol Holéczy, CSc.¹, MUDr. Martin Bolek¹, MUDr. Petr Fojtík, Ph.D.², MUDr. Júlia Chripková², MUDr. Jozef Krištof¹, Jindřiška Ševčíková¹

¹Chirurgické oddělení Vítkovické nemocnice a. s., Ostrava-Vítkovice

²Gastroenterologické oddělení Vítkovické nemocnice a. s., Ostrava-Vítkovice

Bariatrická-metabolická chirurgie je dnes plně akceptovanou terapeutickou modalitou v léčbě závažné obézních pacientů. Neexistuje ale výkon, který by mohl být nazván zlatým standardem. Proto pokračuje hledání a v současnosti se začíná popularizovat metoda, která byla prezentována v r. 2007 a nazývá se laparoskopická plikace velké křivatury žaludku (z angličtiny LGCP – laparoscopic greater curvature plication). Jde o objem redukující výkon, kde se redukce objemu žaludku dosáhne zanořením velké křivatury žaludku. Autoři v práci prezentují kazuistiku – první operaci tohoto druhu na jejich pracovišti. Popisují operační techniku a dokumentují i endoskopický pohled v průběhu operace.

Klíčová slova: laparoskopie, bariatrie, plikace žaludku.

Laparoscopic gastric plication – new chance in the treatment of severe obesity

Bariatric-metabolic surgery is nowadays fully accepted therapeutic modality in the treatment of severe obese patients. There is no procedure to be called the gold standard. Therefore the search continues. Recently starts gaining popularity procedure, first presented in 2007, called LGCP (laparoscopic greater curvature plication). It is volume reductive procedure. The volume reduction is made by greater curvature plication. The authors present case report- the first one in their department. The description of operative technique and endoscopic view is presented.

Key words: laparoscopy, bariatric surgery, gastric plication.

Endoskopie 2011; 20(1): 17–19

Úvod

Bariatrická-metabolická chirurgie je dnes plně akceptovanou terapeutickou modalitou v léčbě závažné obezity. K tomu přispěli především excelentní práce Buchwalda a Rubina (1, 2), které prokázaly jak významný efekt na komorbiditu, tak hormonální změny, které provázejí bariatrické výkony. I když jsou precizně definována pravidla bariatrické chirurgie, stále neexistuje výkon, který by mohl být nazván zlatým standardem (3). Proto nadále pokračuje hledání optimální operace.

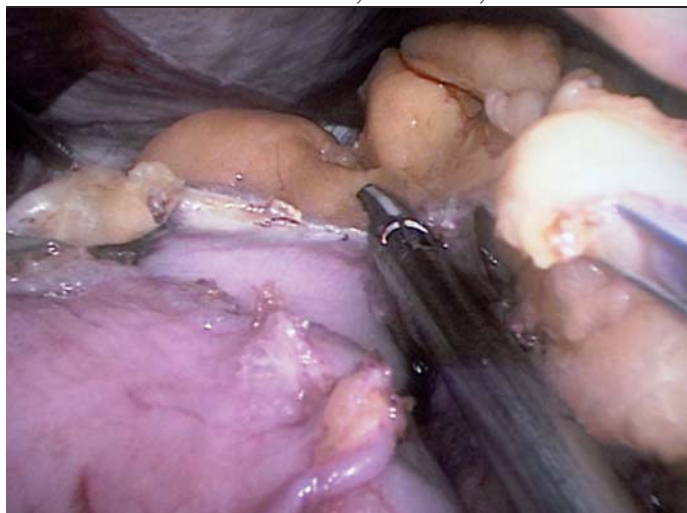
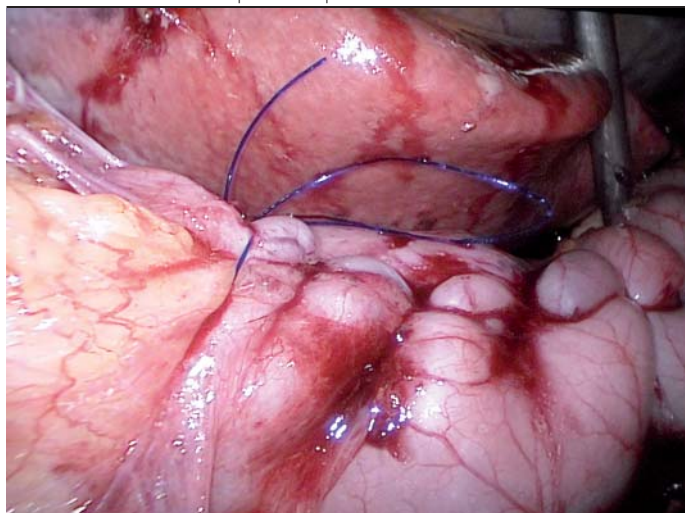
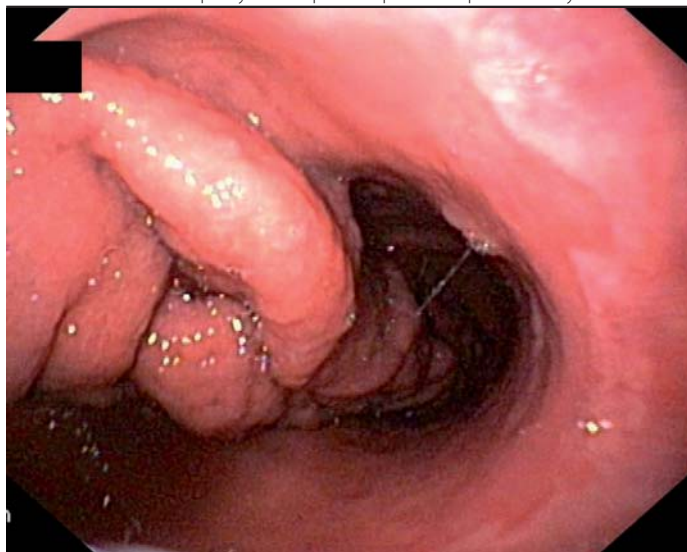
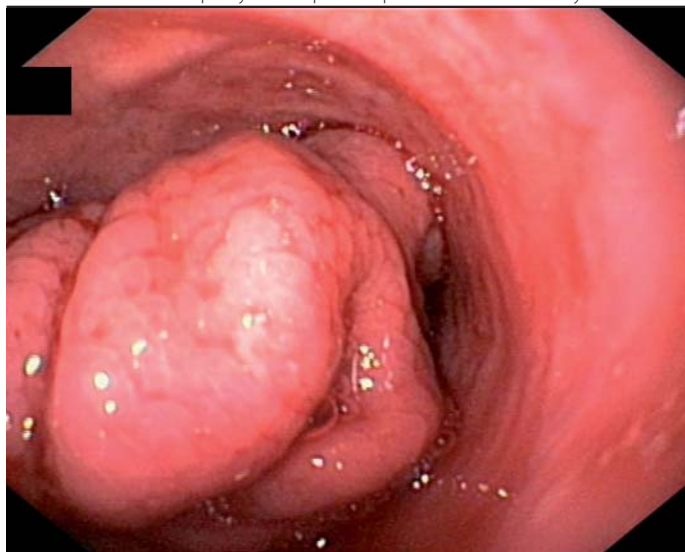
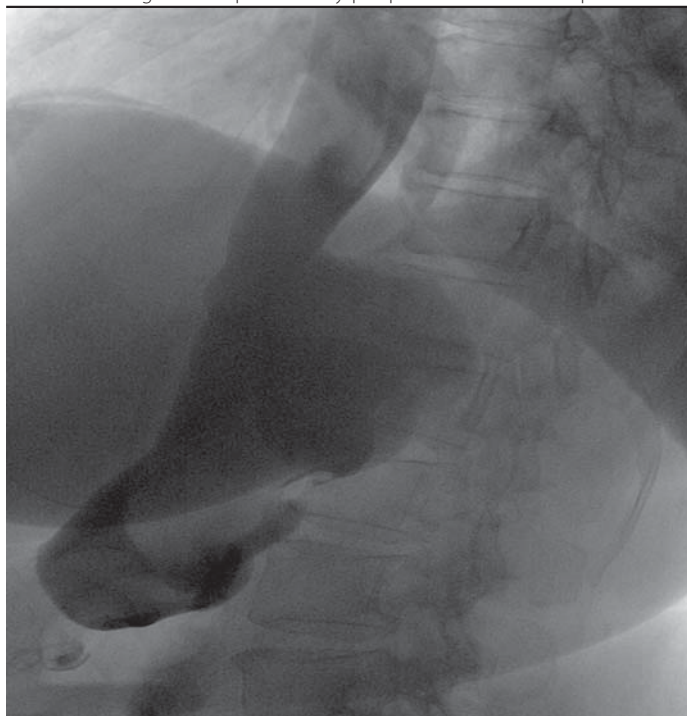
V roce 2007 se objevila publikace Thalebpoura (4), který prezentoval novou metodu, při které se dosahuje redukce objemu žaludku plikací velké křivatury žaludku. Redukce hmotnosti v horizontu 18 měsíců byla srovnatelná s redukcí po sleeve gastrektomii (tubulizaci). V r. 2010 prezentovali svoje zkušenosti i renomovaní autoři z Brazílie a USA (5, 6). Po přípravě, včetně nabytí teoretických i praktických znalostí na 1. evropském workshopu o LGCP na OB klinice v Praze u prof. Frieda, jsme na našem pracovišti provedli první operaci dne 17. 1. 2011 ve spolupráci chirurgů a gastroenterologů – endoskopistů.

Popis případu

Jednašedesátiletá pacientka s dlouhodobou anamnézou obezity, které prolongovaná konzervativní léčba včetně medikamentózní nepřinesla trvalejší efekt, byla indikována k operaci po absolvování kompletního předoperačního diagnostického algoritmu. Předoperačně jsme zaznamenali BMI 46, pacientka se léčí na hypertenzi nemoc a má diabetes II. typu na léčbě perorálními antidiabetiky. Původně byla pacientka indikována k tubulizaci žaludku, ale po opakované konzultaci jsme se rozhodli provést LGCP. Operaci předchází standardní předoperační příprava včetně podání nízkomolekulárního heparinu v předvečer operace.

Poloha pacientky na operačním stole a umístění pracovních portů (trokárů) se neliší od tubulizace žaludku, o které jsme v minulosti referovali (7). Výkon začíná gastroskopickým vyšetřením žaludku, které neshledalo patologický nálezy. Po inspekci dutiny břišní pokračujeme ve výkonu mobilizací velké křivatury žaludku pomocí ultrazvukového disektoru. Tu začínáme 4 cm od pyloru a pokračujeme až do Hissova úhlu, tak abychom identifikovali levé raménko bráničního hiátu (obrázek 1). Je důležité dostatečně

mobilizovat fundus žaludku, aby tam nevzniklo nežádoucí depo. Následuje první vrstva plikace, kterou provádíme pokračujícím stehem neresorbovatelným monofilamentózním vláknem s jehlou velikosti 37 (obrázek 2). Stehy jsou vedeny seromuskulárně, zabírají zadní i přední stěnu žaludku a jednotlivé vpichy jsou od sebe vzdáleny 2 cm. Jedním stehem šijeme cca polovinu délky mobilizované křivatury, na druhou polovinu používáme další steh. Důvodem je minimalizovat následky eventuální ruptury stehu. Následuje endoskopická kontrola (obrázek 3), která prokázala zmenšení lumenu žaludku. Plikaci dokončíme suturou ve druhé vrstvě identickým způsobem. Provedeme opět endoskopickou kontrolu, která potvrzuje další zmenšení lumenu žaludku (obrázek 4) a volný průnik endoskopu do antra a pyloru. Peroperační endoskopie není bezpodmínečně nutná, zkušený bariatrický chirurg je schopen při respektování anatomických hranic provést plikaci bez ní. Navíc prodlužuje operační čas. Operaci končíme zavedením Redonova drénu do subhepatální oblasti vlevo, drén zavádíme portem z epigastria. Porty a nástroje extrahujeme pod kontrolou zraku, rušíme pneumoperitoneum a suturujeme operační rány.

Obrázek 1. Mobilizace velké křivatury ultrazvukovým disektorem**Obrázek 2.** První vrstva plikace – pokračovací steh**Obrázek 3.** Endoskopický obraz plikace po našíetí první vrstvy**Obrázek 4.** Endoskopický obraz plikace po našíetí druhé vrstvy**Obrázek 5.** Rtg obraz – pasáž druhý pooperační den – boční pohled

Po operaci jsme pacientku přeložili na JIP našeho oddělení a na třetí pooperační den byla přeložena na standardní oddělení. Důvodem delší hospitalizace na JIP byla počínající komplikující viróza. Druhý pooperační den byla provedena rtg pasáž jícnem a žaludkem (obrázek 5), která vykazuje zpomalení pasáže kontrastu žaludkem, jinak normální pooperační nález. O velikosti reziduálního objemu žaludku rtg obraz neposkytuje přesnou informaci, jde spíše o ilustraci, jaký vlastně rtg obraz je. Klinicky je pacientka bez potíží a po edukaci o způsobu stravování ji dimitujeme 7. pooperační den.

Diskuze

Bariatrická-metabolická chirurgie je dnes obecně akceptovaná jako efektivní metoda léčby závažné (morbidní) obezity. Na našem pracovišti provádíme bariatrické operace od roku 2005 a postupně jsme k bandáži žaludku přiřadili tubulizaci žaludku v r. 2006 a Roux-Y bypass žaludku v r. 2008. Do konce roku 2010 jsme provedli celkem 229 bariatrických operací. Bandáž žaludku nyní rezervujeme pro pacienty s nejlepší compliance, tubulizaci doporučujeme pacientům, u kterých předpoklady spolupráce nejsou ideální a gastrické bypassy indikujeme u pacientů s vyšším BMI, s diabetes mellitus, nejčastěji obtížně kompenzovatelným a/nebo jako reoperaci po selhání restriktivních výkonů. Nová metoda – LGCP – má předpoklady nabýt popularity, protože nepoužívá cizorodý

materiál, tudíž eliminuje rizika eroze, jak tomu bývá u bandáží, není u ní žádná resekční linie, ani anastomóza, kde může dojít k leaku a/nebo ke krvácení, a má předpoklad být vratnou, i přes adheze, které se na žaludeční stěně vytvoří. Dalším významným faktem je podstatně nižší ekonomická náročnost ve srovnání třeba s tubulizací žaludku (5). Nevýhodou je, že zkušenosti jsou pouze krátkodobé. Historie nás učí, že krátkodobé výsledky u všech operací bývají slibné, ale rozhodující je efekt po pěti a více letech. Je zajímavé, jak citlivě vnímají pacienti skutečnost, že metoda je vratná, a pro mnohé je právě tato vlastnost rozhodujícím faktorem při preferenci té které metody.

Závěr

Laparoskopická plikace žaludku je novou a slibnou miniinvasivní metodou v léčbě závaž-

né obezity. Zdá se, že její nevýhody jsou menší než její výhody a její ekonomický efekt může být silným argumentem nejenom v méně rozvinutých zemích. Je brzy hodnotit význam této operace z našeho pohledu. Naším příspěvkem jsme chtěli jenom prezentovat nový typ operace, který se postupně dostává na světlo světa. Technicky jde o výkon jednodušší, než je tubulizace a určitě méně rizikový. Na potvrzení výhod budou potřebné prospektivní randomizované studie s dlouhodobým sledováním pacientů včetně monitorování hormonálních změn.

Literatura

1. Buchwald H, Estok R, Fahrenbach K, et al. Trends in mortality in bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Surgery* 2007; 142: 621–632.
2. Rubino F. Bariatric surgery: effects on glucose homeostasis. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2006; 9: 497–507.

3. Fried M, Hainer V, Basdevant A, et al. Inter-disciplinary European guidelines on surgery of severe obesity. *Int J Obes* 2007; 31: 569–577.

4. Thalebpour M, Amoli BS. Laparoscopic total gastric vertical plication in morbid obesity. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2007; 17: 793–798.

5. Ramos A, Galvao NM, Galvao M, et al. Laparoscopic greater curvature plication: initial results of an alternative restrictive bariatric procedure. *Obes Surg* 2010; 20: 913–918.

6. Brethauer SA, Hartus JL, Kroh M, Schauer PhR. Laparoscopic gastric plication for treatment of severe obesity. *Surg Obesity Relat Dis* 2011; 7: 15–22.

7. Holéczy P, Bolek M, Fojtík P, et al. Laparoskopická tubulizace žaludku – dvouleté zkušenosti. *Endoskopie* 2008; 17: 55–58.

doc. MUDr. Pavol Holéczy, CSc.

Chirurgické oddělení
Vítkovská nemocnice a. s.
Zalužanského 1192/15, 703 84 Ostrava
pavol.holeczy@nemvitkovice.cz



Laparoskopická plikace žaludku – nová naděje v léčbě závažné obezity

Komentář ke článku doc. MUDr. Pavola Holéczyho, CSc.

MUDr. Michal Čierny, CSc.

Chirurgická ambulance Dr. J. Vašíčka, Brno

Téma pionýrského článku od doc. Holéczyho a kolektivu z Nemocnice Vítkovice je vysoce aktuální. Význam bariatrie roste v důsledku epidemického šíření obezity zejména v dětské populaci, naprostého selhávání preventivních opatření a konzervativní léčby, a především v důsledku úzkého spojení obezity s mnoha chronickými, život ohrožujícími nemocemi. Medicínské opodstatnění radikálních léčebných postupů, včetně operačních zákroků na zdravých orgánech často nekoreluje plně s psychologickým postojem postižených pacientů a bohužel ani medicínsky vzdělané veřejnosti.

To, že neexistuje zlatý standard ideální a univerzální operace pro obezitu, vede k existenci velkého počtu různých bariatrických operačních výkonů.

V ČR i v Evropě vedl zejména důraz na bezpečnost k širokému rozšíření adjustabilní gastrické bandáže. Její podíl na bariatrii podle průzkumů u nás klesá, ale zkušenosti s pozdními pooperačními problémy s implantovaným materiálem narůstají. Popsaná LGCP má za těchto okolností základní předpoklady k tomu, aby se rozšířila.

Na základě našich dosavadních zkušeností s prvními desítkami pacientů po LGCP v Nemocnici Břeclav lze předpokládat, že za předpokladu partnerského vztahu pacienta s lékařem bez nežádoucích limitujících vstupů ze strany ZP by se LGCP stala nejžádanějším a nejrozšířenějším typem restriktivní bariatrické operace. Má k tomu všechny předpoklady. Při srovnání s gastrickou bandáží jsou přednostmi LGCP zejména: absence implantovaného cizorodého materiálu se všemi svými dlouhodobými riziky, nižší ekonomické náklady operační i v následné ambulantní péči, velice dobrá tolerance, výrazné supresivní efekt na pocit hladu, ale také širší použitelnost u pacientů s nízkým compliance a s nejistou spoluprací. Ve srovnání se sleeve resekci žaludku (tubulizací) je silným argumentem ve prospěch LGCP předpoklad nižšího rizika časných operačních komplikací. Jedinou hypotetickou nevýhodou LGCP je v případě nedostatečného hubnutí komplikovanější následná reoperace a konverze na gastrický bypass, zejména našití gastroenteroanastomózy na plikovaný žaludek s nepravidelně změněnou stěnou.

Nutno podtrhnout, že i když se při LGCP jedná o jednoduchý operační zákrok s nízkými riziky komplikací, neměla by se operační léčba obezity rozšiřovat na všechna chirurgická pracoviště, aby byla zachována odborná profilace a bariatrická specializace, erudice. Posouzení míry plikace není exaktní ani pomocí rtg ani endoskopicky, zkušenost operátora je nejdůležitější. Dolní hranice pro udržení erudice v bariatrii se uvádí 50 operací ročně. Léčbu obezity je nutno chápat komplexně, operace je jedním z mnoha kroků, byť dosahuje těch nejlepších dlouhodobých výsledků. Právě u nového zákroku, jako je LGCP, nejsou dlouhodobé výsledky ještě dostatečně známé, a to podtrhuje nutnost trvalé bariatrické dispenzarizace, jakou poskytují týmy ve specializovaných centrech.

MUDr. Michal Čierny, CSc.

Bariatrická ambulance,
Nemocnice Břeclav p. o.
U Nemocnice 1, 690 74 Břeclav
michal@cierny.cz

