

MODİFİYE TÜP MİDE

2013 yılında Dünya Obezite Cerrahisi Derneği eski başkanı Catalilin Copaescu ile beraber çalıştığım dönemden beri standart tüp mide ameliyatı yerine modifiye tüp mide ameliyatı tercih ediyorum.

Standart tüp mide ameliyatı ile tekrar kilo alma oranlarının yüksek çıkması, diyabetin düzelme olasılığının düşük olması gibi sebepler ile 2010'lu yılların başında teknik geliştirildi.

Ben de 2013 yılından itibaren bu tekniği tercih ediyorum. Kendi verilerime göre Modifiye Tüp Mide uyguladığım hastalarda tekrar kilo alma oranım %3 civarındadır. Yandaş hastalık düzelme oranlarım da %90'nın üzerindedir.

MODİFİYE TÜP MİDE AMELİYATI NEDİR?

Yemek borusu ile mide bileşkesinden başlayarak mide çıkışının 6-8 cm önüne kadarlık mide dokusu yaklaşık 1,5 cm çapında olacak şekilde kesilerek çıkartılması ameliyatıdır. Midenin yaklaşık %65'lik kısmı çıkartılır. *Modifiye tüp mide ameliyatında ise yemek borusu ile mide bileşkesinden başlayarak mide çıkışının 2 cm önüne kadarlık mide dokusu yaklaşık 1,5 cm çapında olacak şekilde kesilerek çıkartılması ameliyatıdır.* Midenin yaklaşık %85'lik kısmı çıkartılır. *Uzun dönem kilo verim oranlarının daha iyi olması ve tekrar kilo alım oranlarının çok daha az olması* nedeniyle ben teknik olarak modifiye tüp mide ameliyatını tercih etmekteyim ve bundan sonraki kısımlarda tüp mide ameliyatı ile ilgili bahsederken modifiye tüp mide ameliyatını kastedeceğim.

TÜP MİDE AMELİYATINDA NASIL KİLO VERİLİR?

1-) Midenin büyük kısmı çıkarılır ve tüp şeklinde bir mide geriye kalır. Geriye kalan ortalama mide hacmi genellikle 100 cc'nin altındadır. Hastaların bir öğünde aldıkları gıda miktarı daha az olur ve aldıkları kalori miktarı azalır.

2-) Özellikle midenin cep şeklindeki üst kısmı (fundus) çıkartılması önem arz etmektedir. Ghrelin hormonu salgılayan hücrelerin yaklaşık %85'i bu bölgededir. Ghrelin hormonu öncelikle açlık hormonu olarak bilinmekle beraber esasında asıl görevi kan şekerini yükseltmektir. Yani diyabetojenik bir hormondur. Genellikle diyetlerde başarısızlığın sebebi olan bir hormondur. Diyete başladıktan sonra altınca hafta itibari ile aşırı derecede salgılanarak oluşturduğu yeme isteği genellikle diyetin bozulmasına ve tekrar kilo alımına neden olur. Bu bölgenin dikkatli bir şekilde çıkartılması bu yüzden çok önemlidir. İştah hormonu salgılayan kısmı çıkartılması ile öğünler arasında açlık hissini azaltarak tekrar yemenizi önlemektedir.

3-) Mide kesilip çıkartılırken bağırsak sistemini etkileyen sinirlerin bir kısmı kesilmektedir. Bunun sonucunda gıdalar mideden geçtikten sonra kalın bağırsağa kadar olan seyahati hızlanmaktadır. Transit süresi üçte birine düşer. Gıdalar ince bağırsakta daha az zaman geçirdiği için daha az sindirime uğrar ve alınan kalori miktarı azalarak kilo vermeye katkı sağlar.

4-) Gıdaların transit süresi kısaldığı için ince bağırsakların son kısmına sindirilmemiş gıdalar daha fazla miktarda gelir. İnce bağırsakların son 200 cm'lik kısmı hormon aktif olarak kabul edilmektedir ve 200'e yakın hormon (ör: GLP-1, PYY, TGR5, PTP1B, FXR, FGFR4, FXR) salgılanmaktadır. Bu bölgede salgılanan kilo veriminde ve yandaş hastaların düzelmesinde ve tekrar kilo alma olasılığında düşüşte baş rolü oynamaktadır. Bu hormonlar özellikle sindirilmemiş gıdaların varlığı ile tetiklenir. Diyabetin düzelmesinde, karaciğer yağlanmasının düzelmesi, hipertansiyonun düzelmesi, kanser riskinin azalması direkt olarak bu hormonlar ile ilişkilidir. Tüp mide kilo verici ameliyatlar arasında bu hormon salgısını uyarmakta en az etkin ola-

nıdır. Bu yüzden daha ağır şişmanlığı olan veya diyabet gibi daha metabolik hastalığı olanlarda tüp mide ameliyatına biraz şüphe ile yaklaşmak ve gerekirse daha metabolik bir ameliyat yapmak gerekir.

KİMLER TÜP MİDE AMELİYATI OLMALI KİMLER TÜP MİDE AMELİYATI OLMAMALI?

Tüp mide ameliyatının faydalarından bahsetmeden önce özellikle şunu belirtmem gerekir ki tüp mide ameliyatından başarılı sonuçlar elde etmek istiyorsanız uygun hastaya yapılması çok önemlidir. Tüp mide ameliyatının etkinliğinin düştüğü durumları çok iyi tespit etmek önemlidir.

- **Vücut kitle indeksi:** VKİ 50'nin üzerindeki hastalarda tüp mide ameliyatı sonrası 5. yılda tekrar kilo alma oranları %60'a kadar çıkmaktadır.
- **Diyabet:**
 - VKİ 45'in üzerindeki hastalarda diyabet varsa tüp mide ameliyatı sonrası 5. yılda tekrar kilo alma ve diyabetin tekrar ortaya çıkma oranı %50'ye kadar çıkmaktadır.
 - VKİ 35'in üzerindeki hastalarda insülin kullanımı gerektirecek kadar diyabet varsa tüp mide ameliyatı sonrası 5. yılda tekrar kilo alma ve diyabetin tekrar ortaya çıkma oranı %50'ye kadar çıkmaktadır.
- **Yüksek kalorili sıvı gıda:** Tüp mide ameliyatı olanlarda sıvı gıdalar istedikleri kadar kullanılabilir. Sıvılar çok rahat bir şekilde akar gider ve miktar kontrolü yapılamaz. Yüksek kalorili sıvılar ve alkol kullanımı ile yüksek miktarlarda kalori alınarak kilo kaybı miktarında azalma hatta tekrar kilo alımı görülebilir. Bu tür alışkanlıkları olan kişilerde bypass'lı ameliyatlar tercih edilmelidir. Bu tür ameliyatı olanlarda oluşan "dumping sendromu komplikasyonu" hastaların aşırı kalorili sıvı gıdaları almasının önüne geçer.

TÜP MİDENİN GENEL SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ

1. Fazla kilo kaybı oranları (EWL%) yaklaşık %80.
2. Oral antidiyabetik ilaç kullanan ve vücut kitle indeksi 45'in altında olanlarda diyabet düzelme oranı yaklaşık %70.
3. Hipertansiyon (%50-80), hiperlipidemi (>%90), uyku apne (>%70), yağlı karaciğer hastalığı (>%90) gibi ciddi sağlık sorunlarında da iyileşme sağlar.
4. Fiziksel aktivite, üretkenlik, iyilik hali, kendine güvende iyileşme
5. Diğer obezite cerrahisi tekniklerine göre daha kısa bir ameliyat süresi, daha kısa süre hastanede kalış süresi
6. Ortalama hayat süresinde ameliyat sonrası uzama

AVANTAJLARI VE DEZAVANTAJLARI

AVANTAJLAR

- Anlamli miktarda kilo kaybı (fazla kilo kaybı oranları %80). Modifiye tp mide ameliyatı ile daha yüksek oranda kilo kaybı var.
- Tekrar kilo alma olasılığı yaklaşık %3.
- Obezite ilişkili yandaş hastalıklarda %90'a kadar düzelme olasılığı
- Bypass ameliyatında olduğu gibi sindirim sisteminde değişiklikler yok.
- Hormonal değişiklikler iştahı azaltır ve metabolizmayı hızlandırır.
- Dumping sendromuna neden olmaz
- Hasta seğimi uygun şekilde yapılırsa başarı oranları %90'a kadar çıkıyor, modifiye tp mide ile bu oran gastrit bypass cerrahisine benzer oranda.
- Tekrar kilo alınması halinde revizyon cerrahisi basit.

DEZAVANTAJLARI

- Geri dönüşümsüz bir ameliyattır. Ameliyattan sonra mideni geri istersen ne yazık ki imkansız
- Ameliyattan uzun uygun bir beslenme programı ve egzersiz programına hayat boyu devam edilmelidir.
- Vitamin eksikliklerine neden olabilir. Özellikle ilk yılda bu eksikliklerin görülme olasılığı daha yüksektir. Bu yüzden ameliyattan sonra ilk yıl kesinlikle protein ve vitamin desteği alınmalıdır. Ameliyattan sonra 1 yıl 3 ay ara ile vitamin seviyeleri yakından takip edilmelidir. Mide asidi salgılayan midenin büyük kısmı çıkartıldığı için vitaminler özel formlarda olmalıdır.
- Yüksek kalorili sıvı gıda ve alkol kullanımı yetersiz kilo kaybı hatta tekrar kilo alımına neden olabilir.
- Diyabet varlığında tekrar kilo alma olasılığı daha yüksektir.

OLASI KOMPLİKASYONLAR

Şişmanlık ile ilişkili komplikasyonlar (Bu komplikasyonlar obez bireylerde hangi ameliyat yapılırsa yapılsın görülmesi olası komplikasyonlardır)

- Derin venöz tromboz: Bacak damarlarında görülen pıhtılardır. Önlenmesi için ameliyattan önce özel emboli çorapları giydirilmelidir. Ameliyat sırasında bacakların katlanmasını engelleyecek önlemler alınmalıdır. Ameliyattan sonra kan sulandırıcı ilaçlar kullanılmalıdır.
- Pulmoner emboli: Bacaklarda oluşabilecek pıhtıların akciğere gitmesinden kaynaklanır. Ani başlangıçlı solunum sıkıntısı ile kendini gösterir. Ameliyattan sonra kan sulandırıcı kullanımı hayati önem arz eder.
- Yara yeri enfeksiyonları: Laparoskopik cerrahi olmasına rağmen %30'lara kadar görülme olasılığı vardır.
- Akciğer komplikasyonları: Akciğer atelettazisi (akciğer alveollarının çökmesi) şişman insanların ameliyatlarında en sık gözükten komplikasyonlardan birisidir. Ameliyattan önce solunum fonksiyon testi ile hastaların değerlendirilmesi ve kritik eşik altındaki değerleri olan hastaların ameliyatlarının ertelenmesi en iyi tedavi seçeceğidir. Ameliyattan sonra hastaların erken dönemde hareket ettirilmesi ve erken dönemde solunum egzersizlerinin yaptırılmaya başlanması hayatidir.
- İnsizyonel herni: Yara yerlerinde fıtık oluşmasıdır. Önlemek için ilk 3 aylık dönemde ağırlık kaldırmanın önüne geçmek önemlidir.

Obezite cerrahisi ile ilişkili komplikasyonlar (Bu komplikasyonlar sadece obezite cerrahisi olan şişman hastalarda gördüğümüz komplikasyonlardır)

- Kanama Hastaların %3 ila %5'inde görülür. Kan sulandırıcı ilaçlara bağlı olabilir, anastomoz hatında kanama olabilir, ameliyat sonrasında ortaya çıkan hipertansif atağa bağlı olabilir. Hastaların %95-99'unda kan ve kan ürünlerinin verilmesi ile kendiliğinden durur.
- Kaçak: Midenin kesilen kısımlarında oluşan açıklığa bağlı olarak yenilen gıdaların karın içine kaçmasıdır. Yeni teknoloji ürünler (üç sıra zimba teknolojisi kullanımı) ile görülme olasılığı <%0,1. İlk 1 hafta içerisinde gelişen kaçaklar hayati tehdit oluşturabilir. Erken tanısı hayat kurtarıcıdır. Bu yüzden dren kullanımı hayati önem arz etmektedir. Kaçak oluştuktan sonra ilk 24 saat içinde tespit edilirse tedavi edilebilme olasılığı çok yüksektir. Genellikle endoskopik stent yerleştirilmesi, endoskopik içe drenaj teknikleri, endoskopik klip kullanımı, gastrit bypass cerrahisine çevirme gibi teknikler kullanılabilir.
- Reflü: Mide asidinin yemek borusuna kaçmasıdır. Mide fıtığı olan hastalarda tüp mideden kaçınmak en iyi tedavisidir.

RİSKLER

Obezite ve metabolik cerrahi güvenli bir cerrahidir. Safra kesesi ameliyatı gibi diğer cerrahi işlemler kadar güvenlidir. Deneyimli obezite ve metabolik cerrahi uzmanlarınca obezite cerrahisine bağlı yaşam riski yaklaşık %0,13 iken, obez bir bireyde safra kesesi ameliyatının yaşam riski %0,4'tür.

Tüm cerrahi yöntemler riskler içerir. Bu riskler kiloya, yaşa ve eşlik eden hastalıklara göre değişir. Her hastanın özel bir risk değerlendirmesi olmalıdır. Hasta ve hekim bir araya gelip

ön değerlendirme görüşmesi ve muayene değerlendirmesi yapmadan daha net bir yorum yapılamaz.

Ancak güvenli cerrahi üç ana nokta üzerine kuruludur.

1. Ameliyat Öncesi Değerlendirme: Bu, rutin kan testleri, ultrasonografi, endoskopik muayene, göğüs hastalığı değerlendirmesi ve kardiyoloji değerlendirmesini içerir. Yara iyileşmesini etkileyen eksiklikler (diyabet kontrolü, demir eksikliği, vitamin B12 eksikliği, vitamin D eksikliği) giderilmeden hasta ameliyat edilmemelidir. Sigara bırakılmalıdır. Ameliyat öncesi diyet uygulanmalıdır.

2. Cerrahi: Hastaya uygun cerrahi prosedür seçilmelidir. Cerrahi deneyim gereklidir. Ameliyat sırasında en güncel zımba teknolojisi kullanılmalıdır. Ameliyathanede pıhtılaşmayı önleyici tedbirler alınmalıdır.

3. Postoperatif: Ameliyat sonrası iyi bir takip komplikasyon yönetimi için çok önemlidir.