

LAPAROSKOPIK SLEEVE GASTREKTOMİ + TRANSİT BİPARTİSYON

Diğer ameliyat tekniklerine göre nispeten daha yeni ortaya çıkan bir ameliyattır. Onlarca ameliyat tekniğinin aktif olarak kullanılması teknik olarak gerçek her şeyi ile mükemmel bir ameliyat tekniğinin olmadığı göstermektedir. Bu yüzden yeni ameliyat teknikleri arayışı halen devam etmektedir. Ameliyatın çıkış stratejisi diğer ameliyat tekniklerinde artıların ve eksilerin bir araya getirilerek daha etkin ve daha az komplikasyonu olan bir ameliyat tekniği ortaya koymaktır. Yüksek vücut kitle indeksli hastalarda kötü sonuçlar, yeniden kilo alma olasılığı, diyabeti olan hastalarda etkinsizliği, kaçak riski, yüksek kalorili sıvı gıda tüketenlerde yetersiz sonuçlar gibi sleeve gastrektominin yetersiz kaldığı konuları iyileştirmek istemektedir. Ayrıca, ömür boyu protein ve vitamin desteği ihtiyacı, diyabeti olan hastalarda etkinsizliği, revizyon ameliyatının çok komplike bir cerrahi olması gibi gastrit bypass ameliyatının yetersiz kaldığı konuları iyileştirmek istemektedir. Bu yüzden ameliyat bir miktar sleeve gastrektomi içerir ve bir miktar gastrit bypass ameliyatını içermektedir. 5 yıllık sonuçlarına baktığımız zaman ise bunu büyük oranda başardığını görmekteyiz.

SLEEVE GASTREKTOMİ + TRANSİT BİPARTİSYON 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 çıkartılmasına ek olarak, ince bağırsakların son 150 ila 250. cm'si (bu mesafe hastalığın ciddiyetine ve diyabetin varlığına göre değişiyor) ile mide arasında 2-3 cm'lik birleştirme içermektedir. Yani hastaya standart bir tüp mide ameliyatı yapıp üzerine mideye yapılan bir duodenal switch ameliyatı yapılmaktadır. Bu ameliyat ile gıdaların 2/3'ü ince barsakların 2/3'ünü bypass ederek duodenal switch (ya da distal gastrik bypass) ameliyatı gibi davranırken gıdaların 1/3'ü oniki parmak bağırsağı yolunu kullara tüp mide gibi davranmaktadır.

Bunların getirdiği avantaj ise şunlardır:

- İnce bağırsakların son kısmı sindirilmemiş gıdalar ile daha fazla uyardığı için metabolik yanıt ve diyabet iyileşmesinde daha iyi sonuçlar.
- Tüp mide ameliyatında ortaya çıkan yüksek mide içi basınç bağırsaklar ile yapılan birleştirme sayesinde düşer ve kaçak oranları daha düşük olur.
- Yüksek kalorili sıvı gıda kullanımı sonrası ortaya çıkan dumping sendromu ile bu gıdaların kullanımını engeller.
- Duodenal yolun da kullanılması nedeniyle ömür boyu protein ve vitamin desteği ihtiyacı yok.
- Çıkartılmamış ve ulaşamayan bir mide dokusu olmadığı için enfeksiyon, atlanmış mide kanseri, safra yollarına ulaşamama gibi problemler ortadan kalkar.

SLEEVE GASTREKTOMİ + TRANSİT BİPARTİSYONDA NASIL KİLO VERİLİR?

1-) Midenin %65'lik kısmı çıkarılır ve tüp şeklinde bir mide geriye kalır. Geriye kalan ortalama mide hacmi genellikle 150cc'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. Diyet 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-) Alınan gıdaların üçte birlik kısmında 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. Alınan gıdaların üçte ikisi ince bağırsakların üçte ikisini bypass ettiği için bu bölümlerde sindirim olmaz ve malabsorpsiyon yaratılır.

4-) Alınan gıdaların üçte ikisi ince bağırsakların son üçte birlik kısmına sindirime uğramadan direkt olarak 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 yağlanması düzelmesi, hipertansiyonun düzelmesi, kanser riskinin azalması direkt olarak bu hormonlar ile ilişkilidir. Ameliyatın bu metabolik etkisi hem tüp mide hem de gastrik bypass'ın metabolik etkisinde çok daha fazladır.

KİMLER SLEEVE GASTREKTOMİ + TRANSİT BİPARTİSYON AMELİYATI OLMALI?

Ameliyat tercihi yaparken en basitten en komplekse doğru tercih listesi vardır. Öncelikli sorumuz en basit ameliyat olan sleeve gastrektomi bu hastanın şişmanlığı ve diğer yandaş hastalıkları tedavi etmeye olanak sağlayacak mı olacaktır. Cevabımız evet ise daha kompleks bir cerrahi yapmaya gerek yoktur. Burada cevap hayır olduğunda daha kompleks bir cerrahiyi bu hasta kaldırabilir mi sorusu sorulur. Eğer cevap hayır ise öncelikle tüp mide ameliyatı yapılır, ameliyat sonrası hastanın genel durumu toparladıktan sonra hasta tekrar kilo almadan hemen revizyon cerrahisi yapılır. Eğer cevabımız evet ise elimizde iki seçenek vardır, birincisi gastrik bypass ikincisi sleeve gastrektomi + transit bipartisyondur. Modifiye sleeve gastrektominin sonuçlarının gastrik bypass ile benzer olduğunu bildiğimizden burada öncelikli tercihimiz sleeve gastrektomi + transit bipartisyon olmaktadır.

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.

Bu yukarıda belirtilen durumlarda sleeve gastrektomi + transit bipartisyon ameliyatını yapmak daha doğru bir stratejik yaklaşım olacağına inanmaktayım. Bir üst basamak ameliyat olan biliyopankreatik diversiyon + duodenal switch ameliyatını vücut kitle indeksi 50'nin üzerinde olup >10 yıldır diyabeti olup >10 yıldır insülin kullanan hastalarda tercih ediyorum.

SLEEVE GASTREKTOMİ + TRANSİT BİPARTİSYONUN GENEL SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ

1. Fazla kilo kaybı oranları (EWL%) yaklaşık % 80-90
2. Oral antidiyabetik ilaç kullanan ve vücut kitle indeksi 45'in üzerinde olanlarda diyabet düzelme oranı yaklaşık %100.
3. İnsülin kullanan ve vücut kitle indeksi 35 üzerinde olan hastalarda diyabetin düzelme oranı yaklaşık %80
4. Hipertansiyon (%70-80), hiperlipidemi (>%90), uyku apne (>%70), yağlı karaciğer hastalığı (>%90) gibi ciddi sağlık sorunlarında da iyileşme sağlar.
5. Fiziksel aktivite, üretkenlik, iyilik hali, kendine güvende iyileşme
6. Diğer obezite cerrahisi tekniklerine göre daha kısa bir ameliyat süresi, daha kısa süre hastanede kalış süresi
7. Ortalama hayat süresinde ameliyat sonrası uzama

SLEEVE GASTREKTOMİ VE TRANSİT BİPARTİSYON CERRAHİSİNİN AVANTAJLARI VE DEZAVANTAJLARI

AVANTAJLARI

- Mide içerisinde basınç düşük olduğu için midede kaçak görülme olasılığı daha azdır.
- Mide içerisinde basınç düşük olduğu için küçültülmüş midenin hacminin tekrardan büyümesi olasılığı düşüktür.
- Malabsorptif etkisi yüksek olduğu için sleeve gastrektomi ve gastrik bypass'a göre daha fazla kilo kaybına neden olur.
- Uzun süreli fazla kilo kaybı oranları daha belirgindir (EWL % 80-90)
- Obezite ilişkili hastaların iyileşmesi oranları daha yüksektir (Türüne, süresine ve meydana geldiği organdaki hasara bağlı olarak komorbiditelerin %85 ila 90'ı)
- Diyabetin düzelme oranları hem sleeve gastrektomiden hem de gastrik bypass'tan daha iyidir.
- Gastrik bypass ile kıyaslandığında makro ve mikro-nütrisyonel eksikliğe bağlı komplikasyonlar daha az sıklıkta görülür. Antrumi pilot ve duodenumun korunması nedeniyle hayat boyu vitamin desteği ihtiyacı yoktur.
- Diyabetin şiddetine bağlı olarak mide ile yapılan ince barsak birleştirme seviyesi ayarlanabilir.
- Bir öğünde alınan gıda miktarı azalmıştır.
- Hormonal değişikliklere bağlı olarak açlık duyusu azalmıştır ve sleeve gastrektomi ile kıyaslandığında metabolizmada artış daha yüksektir.
- Tekrar kilo alınması halinde revizyon cerrahisi gastrik bypass'a göre daha basittir.
- Endoskopi ile erişilemeyen bir mide dokusu yoktur.
- Oniki parmak bağırsağı ve safra yollarına erişim vardır.

DEZAVANTAJLAR:

- Hayat boyu uygun bir beslenme programı ve egzersiz programına devam edilmelidir.
- Transit bipartisyon cerrahisi sleeve gastrektomiye göre daha kompleks bir cerrahidir.

- Vitamin ve mineral eksikliği görülebilir ancak genellikle hayat boyu vitamin, mineral ve protein desteği gerekmez.
- Dumping sendromu komplikasyonuna bağlı olarak bazı gıdaların tüketilmesine izin verilmez.
- Bu hastalarda yağlı dışkılama görülebilir. Özellikle şiddetli diyabeti olan hastalarda daha uzak mesafe ile birleştirme yapıldığında görülür.
- Mide ve ince barsak arasında bir birleştirme olduğu için zaman zaman kötü nefes kokusuna neden olabilir.

OLASI KOMPLİKASYONLAR

- Obezite ile ilişkili (Ameliyattan bağımsız olarak her obez hastada herhangi bir ameliyat yapılırken olası komplikasyonlar)
 - Derin venöz tromboz (bacak venlerinde pıhtı oluşması)
 - Pulmoner emboli (akciğer damarlarına pıhtı atması)
 - Yara yeri enfeksiyonu
 - Akciğer enfeksiyonu
 - Antestezi komplikasyonları
 - İnsizyonel herni
- Cerrahi ile ilişkili (Bu ameliyata özgü komplikasyonlar)
 - Kanama (%3-5). Anastomoz hattında, diğer karın içi organlarda ya da kan sulandırıcılara bağlı olarak görülebilir. %99'u kan ve kan ürünlerinin verilmesi ile kendiliğinden durur.
 - Kaçak (<%0,1)
 - Vitamin, protein ve mineral eksikliği (hastaların en az 2 yıl süre ile protein ve vitamin takviyesi alması önerilir)
 - Dumping sendromu (karbonhidrattan zengin içerikli gıdaların tüketilmesi halinde görülen bulantı, kusma ve karın ağrısı)
 - Ülser

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.

