

52

Bariatrik Cerrahi
Komplikasyonları

A. ENDOSKOPIK YAKLAŞIM

İsmail TAŞKIRAN
Hakan ŞENTÜRK

GİRİŞ

Sağlığı olumsuz etkileyen kompleks ve multifaktöriyel bir hastalık olarak kabul edilen obezite, günümüzde önlenebilir ölümlerin sigaradan sonra gelen ikinci en önemli nedenidir. Obezite başta tip 2 diyabet ve prediyabet olmak üzere kalp-damar hastalıkları hipertansiyon, hiperlipidemi, serebrovasküler hastalık, çeşitli kanserler, obstruktif uyku-apne sendromu, non-al-kolik karaciğer yağlanması, gastroözofageyal reflü, safra yolları hastalığı, polikistik over sendromu, infertilite, osteoartroz ve depresyon gibi birçok sağlık sorununa neden olarak sağlık harcamalarını arttırmaktadır. 2016 yılı Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Türkiye’de obezite prevalansı %29,5 ile Avrupa’da obezitenin en sık görüldüğü ülkedir. Vücut kitle indeksinin (VKİ) $\geq 40\text{kg/m}^2$ olması veya VKİ’nin $\geq 35\text{kg/m}^2$ yanında tip 2 DM, hipertansiyon, dislipidemi vb en az bir komorbiditenin eşlik ediyor olması bariatrik cerrahi endikasyonudur (1).

Tipik bariatrik cerrahi prosedürleri Roux-en-Y gastrik bypass (RYGB), biliyopankreatik diversiyon ve duodenal switch (BPD-DS), laparoskopik ayarlanabilir gastrik band (LAGB) ve sleeve gastrektomi (SG) dir. Cerrahi girişimlerin, cerrahi olmayan yaklaşımlara göre 5 yıllık takiplerde kalıcı kilo azaltımı, düşük insidanda tip 2 DM ve lipid profili iyileşmesinde bariz bir üstünlüğü mevcuttur (2). Bu cerrahi girişimler tüm dünyada ciddi obezitede standart uygulanan prosedürlerdir. Bariatrik cerrahinin perioperatif veya geç postoperatif komplikasyonları (anastomoz kaçağı, kanama, striktür, marjinal ülser, gastrojejunal anastomoz veya gastrik poş dilatasyonu ve band erozyonu) giderek artmakta, hızlı bir şekilde müdahale edilmediğinde yaşamı tehdit eden bir boyuta ulaşmaktadırlar. Bu komplikasyonlara cerrahi yaklaşımlar, ciddi komorbiditelerin eşlik ediyor olması ve yüksek cerrahi risk nedeni ile ciddi bir klinik yüküdür. Bu nedenle bariatrik cerrahinin postoperatif komplikasyonlarına endoskopik yaklaşımlar hem güvenli hem de kolayca ulaşılabilir önemli bir alternatiftir.

bant endoskopik olarak dışarı çıkarılabilir. Endoskopik olarak bant midede görülemiyorsa özofagus alt uca 1-2 hafta kalacak şekilde takılacak tam kapalı metalik stent duvar gerilimini arttırarak mide içine bant migrasyonunu sağlayacaktır. Stent çıkarımı sonrası yukarıda anlatılan işlem ile bant dışarı alınabilir.

KAYNAKLAR

1. TEMD, *Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu* 2019
2. Courcoulas AP, Yanovski SZ, Bonds D, et al. Long-term outcomes of bariatric surgery: a National Institutes of Health symposium. *JAMA Surg.* 2014;149(12):1323-1329.
3. Almahmeed T, Gonzalez R, Nelson LG, Haines K, Gallagher SF, Murr MM. Morbidity of anastomotic leaks in patients undergoing Roux-en-Y gastric bypass. *Arch Surg.* 2007;142(10):954-957.
4. Aurora AR, Khaitan L, Saber AA. Sleeve gastrectomy and the risk of leak: a systematic analysis of 4,888 patients. *Surg Endosc.* 2012;26(6):1509-1515.
5. Bludau M, Hölscher AH, Herbold T, Leers JM, Gutschow C, Fuchs H, Schröder W. Management of upper intestinal leaks using an endoscopic vacuum-assisted closure system (E-VAC). *Surg Endosc.* 2014 Mar;28(3):896-901.
6. El Mourad H, Himpens J, Verhofstadt J. Stent treatment for fistula after obesity surgery: results in 47 consecutive patients. *Surg Endosc.* 2013;27(3):808-816.
7. Southwell T, Lim TH, Ogra R. Endoscopic therapy for treatment of staple line leaks post-laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG): Experience from a large bariatric surgery centre in New Zealand. *Obes Surg.* 2016;26(6):1155-1162.
8. Aly A, Lim HK. The use of over the scope clip (OTSC) device for sleeve gastrectomy leak. *J Gastrointest Surg.* 2013;17(3):606-608.
9. Da Costa M, Mata A, Espinós J, et al. Endoscopic dilation of gastrojejunal anastomotic strictures after laparoscopic gastric bypass. Predictors of initial failure. *Obes Surg.* 2011;21(1):36-41.
10. Parikh A, Alley JB, Peterson RM, et al. Management options for symptomatic stenosis after laparoscopic vertical sleeve gastrectomy in the morbidly obese. *Surg Endosc.* 2012;26(3):738-746.
11. Puig CA, Waked TM, Baron TH Sr, Wong Kee Song LM, Gutierrez J, Sarr MG. The role of endoscopic stents in the management of chronic anastomotic and staple line leaks and chronic strictures after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2014;10(4):613-617.
12. Bakhos C, Alkhoury F, Kyriakides T, Reinhold R, Nadzam G. Early postoperative hemorrhage after open and laparoscopic roux-en-y gastric bypass. *Obes Surg.* 2009;19(2):153-157.
13. Heylen AM, Jacobs A, Lybeer M, Prosst RL. The OTSC®-clip in revisional endoscopy against weight gain after bariatric gastric bypass surgery. *Obes Surg.* 2011;21(10):1629-1633.
14. Egberts K, Brown WA, O'Brien PE. Systematic review of erosion after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg.* 2011;21(8):1272-1279.