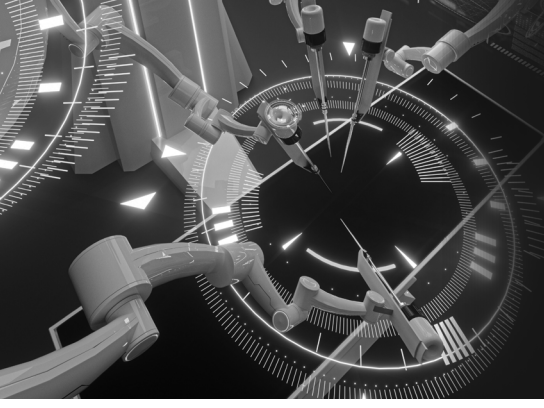




Bölüm

46

BARIATRİK CERRAHİDE YENİ YÖNTEMLER

İksan TAŞDELEN¹

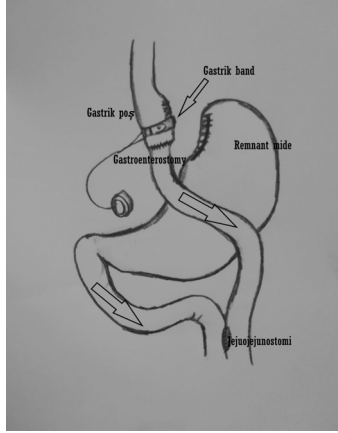
GİRİŞ

Bariatrik sözcüğünün kökeni Yunanca'da kiloyu ifade eden 'bar' kelimesinden gelmektedir. Tedaviyi ifade eden '-iatria' kelimesi ile birleşmesiyle bariatrik sözcüğü oluşmuştur(1). Bariatrik cerrahi, yani cerrahi prosedürler ile kilo vermeye yardımcı işlemler ilk olarak 1950'li yıllarda tanımlanmıştır. Dr. Richard Varco kilo verme amaçlı ilk jejunoileostomi ameliyatını 1953 yılında Minnesota Üniversitesi'nde gerçekleştirmiş olup, bunu 1954 de Kremen ve Linner tarafından yapılan jejunoileal bypass takip etmiştir(2). Biyomedikal teknolojinin gelişimiyle birlikte yıllar içerisinde bariatrik cerrahi teknikleri çeşitlenmiş ve daha sağlıklı sonuçlar elde edilmiştir(3).

Bariatrik cerrahi uygulamaları temelde emilim bozucu (malabsorbtif) ve kısıtlayıcı (hacim küçültücü-restriktif) teknikler olarak ayrılmış olsa da günümüzde kombine yöntemler de sıkça kullanılmaktadır. İlk bariatrik cerrahi prosedürler daha çok emilim bozucu yöntemleri içermekteydi. Emilim bozukluğunun neden olduğu metabolik yan etkiler daha sonraları kısıtlayıcı yöntemlerin tercih edilmeye başlanmasına sebep oldu. Kısıtlayıcı cerrahi teknikler; Vertikal Band Gastropласти (VBG), Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band (LAGB), Laparoskopik Sleeve Gastrektomi'dir (LSG). Emilim bozucu cerrahi teknikler; Biliopankreatik Diversiyon (BPD) ve Jejunoileal Bypass(JIB). Kombine cerrahi teknikler ise Duedonal Switch (DS), Roux en Y Gastrik Bypass (RYGB) ve Mini

¹ Uzm. Dr., Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, mftasdelen@gmail.com

tespit edilir. Operasyon esnasında band şişirilmez ve cilt altı portu midklaviküler hatta batın ön duvarına tespit edilir. Hastanın takiplerinde kilo kaybı durduğunda ya da tekrar hasta kilo almaya başladığında hastaya revizyon işlemi yapmadan band şişirilmesi devreye sokularak 15-20 ml'lik mide poşu oluşturulur ve gıda alımı kısıtlanabilir. Bu tekniğin uzun dönem sonuçlarında hastalar fazla kilolarının %70-80'ninden kurtulur ve hastaların %84'ünde tip-2 diyabette remisyon sağlanır(24-25).



Resim 3. Banded Gastrik Bypass

SONUÇ

Obezitenin tüm dünyada yaygın bir sağlık sorunu haline geldiği günümüzde bariatrik cerrahiden beklentiler artmıştır. Özellikle bariatrik cerrahi sonrası yeterli kilo kaybı sağlanamaması ve tekrar kilo alımı cerrahi prosedürlerin sorgulanmasına sebep olmuştur. Teknolojinin de gelişmesi ile birlikte daha etkin ve daha güvenli cerrahi prosedürler geliştirilmeye çalışılmaktadır. Revizyonel cerrahiye ihtiyaç duyulmayacak; etkili kilo kaybını sağlayacak, komorbid hastalıkları remisyona sokacak ve vitamin/mineral eksikliğine neden olmayacak mükemmel bir bariatrik cerrahi tekniği yoktur. Bu nedenle cerrahinin başarısında belirleyici olan hastaya uygun cerrahi tekniğin belirlenmesidir. Farklı bileşenlerle oluşturulan yeni teknikler bariatrik cerrahinin geleceği adına umut vadetmektedir.

KAYNAKLAR

1. Berdanier C.D., Dwyer J.T., Feldman E.B. Handbook of Nutrition and Food. Boca Raton, London, New York: CRC press, p.1247, 2007
2. Buchwald H. Buchwald's Atlas of Metabolic and Bariatric Surgical Techniques and Procedures, Fildelfiya, Elsevier, p.370, 2011.

3. O'Brien P. Bariatric surgery: mechanisms, indications and outcomes, *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 25(8), 1358-65, 2010
4. Bariyatrik Cerrahi Kılavuzu, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara, Miki Matbaacılık, p.95, 2018
5. Mohit Bhandari, M. A. L. Fobi, Jane N. Buchwald, and the Bariatric Metabolic Surgery Standardization (BMSS) Working Group. Standardization of Bariatric Metabolic Procedures: World Consensus Meeting Statement. *Obesity Surgery* (2019) 29 (Suppl 4):S309–S345
6. Sjostrom L, Lindroos AK, Peltonen M, et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med* 2004;351:2683–93
7. Kremen A.J., Linner J.H., Nelson C.H. An experimental evaluation of the nutritional importance of proximal and distal small intestine. *Annals of Surgery*. 140(3), 439, 1954
8. Singh D., Laya A.S., Clarkston WK., Allen M.J. Jejunoileal bypass: a surgery of the past and a review of its complications, *World Journal of Gastroenterology*, 15(18), 2277-2279, 2009
9. Scopinaro N., Gianetta E., Civalieri D., Bonalumi U., Bachi V. Biliopancreatic bypass for obesity: II. Initial experience in man. *British Journal of Surgery*, 66, 618-620, 1979.
10. Lee WJ, Yu PJ, Wang W, et al. Laparoscopic Roux-en-Y versus mini-gastric bypass for the treatment of morbid obesity: a prospective randomized controlled clinical trial. *Ann Surg*. 2005;242(1):20-8.
11. Lee WJ, Ser KH, Lee YC, et al. Laparoscopic Roux-en-Y vs. mini-gastric bypass for the treatment of morbid obesity: a 10-year experience. *Obes Surg*. 2012;22(12):1827-34
12. Ruano A, Sa'nchez-del Pueblo C, Sa'nchez-Pernaute A, Torres A: Single Anastomosis Duodenal Switch (SADI-S). In: R. Lut et al. (editors), *Global Bariatric Surgery*. Springer International Publishing AG, part of Springer Nature 2018
13. Brown WA, Ooi G, Higa K, et al. Single-anastomosis duodenalileal bypass with sleeve gastrectomy / one anastomosis duodenalswitch (SADI-S/OADS) –IFSO Position Statement. *Obes Surg*.2018;28(5):1207–16
14. Sanchez-Pernaute A, Rubio MA, Conde M, et al. Single-anastomosis duodenoileal bypass with sleeve gastrectomy(SADI-S) for obese diabetic patients. *Surg Obes Relat Dis*.2015b;11(5):1092–8
15. Ramos-Levi AM, Sanchez-Pernaute A, Marcuello C, et al.Glucose variability after bariatric surgery: is prediction of diabetesremission possible? *Obes Surg*. 2017;27(12):3341–3.
16. Kim J, American Society for Metabolic and Bariatric SurgeryClinical Issues Committee. American Society for Metabolic andBariatric Surgery statement on single-anastomosis duodenalswitch. *Surg Obes Relat Dis*. 2016;12(5):944–5.
17. Santoro S, Velhote MCP, Malzoni CE, et al. Digestive adaptationwith intestinal reserve: a new surgical proposalfor morbidobesity.*Rev Bras Videocir*. 2004;2:130–8
18. Santoro S, Castro LC, Velhote MC, et al. Sleeve gastrectomy withtransit bipartition: a potent operation for metabolic syndrome andobesity. *Ann Surg*. 2012;256(1):104–10
19. Yan Y, Sha Y, Gao G, et al. Roux-en-Y gastric bypass vs medicaltreatment for type 2 diabetes mellitus in obese patients: a system-atic review and meta-analysis of randomized controlled trials.*Medicine (Baltimore)*. 2016;95(17):e3462
20. DeMaria EJ, Schauer P, Patterson E, Nguyen NT, Jacob BP, Inabnet WB, Buchwald H: The optimal surgical management of the super-obese patient: the debate. Presented at the annual meeting of the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons, Hollywood, Florida, USA, April 13-16, 2005. *Surg Innov* 2005, 12(2):107-121
21. Angrisani L, Lorenzo M, Borrelli V: Laparoscopic adjustable gastric banding versus Roux-en-Y gastric bypass: 5-year results of a prospective randomized trial. *Surg Obes Relat Dis* 2007, 3(2):127-132, discussion 132- 133.
22. Dapri G, Cadiere GB, Himpens J: Laparoscopic placement of nonadjustable silicone ring for weight regain after Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg* 2009, 19(5):650-654

23. Dillemans, B., Van Cauwenberge, S., Agrawal, S., Van Dessel, E., & Mulier, J.-P. (2010). Laparoscopic adjustable banded roux-en-y gastric bypass as a primary procedure for the super-super-obese (body mass index > 60 kg/m²). *BMC Surgery*, 10(1)
 24. Awad W, Garay A, Martinez C. Ten years experience of banded gastric bypass: does it make a difference? *Obes Surg*. 2012;22:271–8.
 25. Buchwald H, Buchwald JN, McGlennon TW. Systematic review and meta analysis of medium-term outcomes after banded Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg*. 2014;29(9):1536–51
- Brown WA, Ooi G, Higa K, et al. Single-anastomosis duodenal ileal bypass with sleeve gastrectomy / one anastomosis duodenal switch (SADI-S/OADS) –IFSO Position Statement. *Obes Surg*.