

Laparoskopowa mankietowa resekcja żołądka – *sleeve gastrectomy*

Krajowy Instytut Zdrowia oraz Światowa Organizacja Zdrowia potwierdziły, że chirurgia bariatryczna jest skuteczną metodą leczenia otyłości. W ostatnim czasie rozwój laparoskopowej chirurgii bariatrycznej w większości przypadków opierał się głównie na dwóch technikach: laparoskopowym wykonaniu ominięcia żołądkowo-jelitowego (*laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass* – LRYGB) oraz na laparoskopowym założeniu regulowanej opaski żołądkowej (*laparoscopic adjustable gastric band* – LAGB). Takich procedur w Stanach Zjednoczonych w 2005 r. zostało wykonanych 150 000. Pomimo że LRYGB może wpływać długoterminowo na utratę masy ciała, może również mieć działania niepożądane w postaci anemii z niedoboru żelaza, osteoporozy, osteomalacji w wyniku zaburzeń wchłaniania wapnia, brzeźnych owrzodzeń oraz powstawania przepuklin wewnętrznych. Nasilenie zaburzeń wchłaniania jest większe po operacji odwrócenia żółciowo-trzustkowego (*biliopancreatic diversion* – BPD), co ograniczało możliwości powszechnego stosowania tej metody. Procedura LAGB wymaga wprowadzenia ciała obcego, które może naruszać ciągłość ściany żołądka lub ulegać ześlizgnięciu, co wymaga operacji. Potrzeba częstej regulacji opaski żołądkowej oraz zazwyczaj mniejsza utrata masy ciała (w porównaniu z LRYGB) ograniczają pełną skuteczność LAGB.

Metodą alternatywną jest laparoskopowa mankietowa resekcja żołądka (*sleeve gastrectomy*). Mechanizm utraty masy ciała w tej metodzie opiera się przede wszystkim na zmniejszeniu przyjmowanych kalorii poprzez zmniejszenie pojemności żołądka. W aspekcie utraty masy ciała, resekcja mankietowa jest mniej efektywna niż *gastric bypass*, ale ta pierwsza metoda nie wywołuje tylu działań niepożądanych co druga. Naturalna ciągłość przewodu pokarmowego jest zachowana, w wyniku czego zmniejsza się ryzyko zaburzeń wchłaniania. Dodatkowo wykazano, że dochodzi do zmniejszenia nasilenia wydzielania hormonu – ghreliny oraz zmniejszenia odczucia głodu przy wykonaniu mankietowej resekcji żołądka, co ma pozytywny wpływ na efekt ubytku masy ciała. Domniemany wpływ hormonalny może mieć istotne znaczenie przy podejmowaniu decyzji o wyborze metody pomiędzy mankietową resekcją żołądka, pionową plastyką żołądka oraz operacją Magenstrasse i Mill. Pomimo że nie posiadamy pełnych danych długoterminowych, wygląda na to, że laparoskopowa mankietowa resekcja żołądka może skutkować podobną, jeśli nie większą utratą masy ciała, co LAGB. Niektórzy chirurdzy, którzy wykonują operację mankietowej resekcji żołądka, mogą rozważać

tę procedurę u wybranych pacjentów (np. u pacjentów z superotyłością) jako metodę z wyboru. Są jednak dostępne badania potwierdzające skuteczność laparoskopowej resekcji mankietowej jako metody chirurgicznego leczenia otyłości.

WSKAZANIA DO OPERACJI

Początkowo mankietowa resekcja żołądka była stosowana jako składowa część operacji BPD. Operowanie pacjentów ze wskaźnikiem masy ciała (*body mass index* – BMI) większym niż 60 kg/m² wiązało się ze zwiększoną śmiertelnością niż tych z BMI mniejszym niż 60 kg/m², co skłoniło do etapowego wykonywania tych operacji. W pierwszym etapie wykonano mankietową resekcję żołądka, a następnie, gdy BMI uległo zmniejszeniu, dalszy etap BPD. Stało się jednak oczywiste, że znaczną utratę masy ciała można uzyskać, stosując samą mankietową resekcję. Obecnie wskazaniami do *sleeve* resekcji są: BMI powyżej 60 kg/m², występowanie poważnych chorób współistniejących (niewydolność układu krążeniowo-oddechowego lub marskość wątroby), zapalenie stawów, zależne od stostowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych (w celu uniknięcia choroby wrzodowej w przypadku LRYGB) i konwersji po nieudanej LAGB. Niektórzy pacjenci wybierają mankietową resekcję żołądka w celu uniknięcia długoterminowych powikłań związanych z LRYGB. Dodatkowo chirurg może podjąć się wykonania tej procedury w razie obawy powstania licznych litych zrostów w jamie brzusznej, utrudniających ewentualne kolejne zabiegi operacyjne.

KWALIFIKACJA PRZEDOPERACYJNA, TESTY I PRZYGOTOWANIE DO OPERACJI

Kwalifikacja do laparoskopowej mankietowej resekcji żołądka jest taka sama jak w LRYGB. Pacjenci ze zwiększonym sercowym czynnikiem ryzyka lub BMI powyżej 60 kg/m² powinni być poddani testowi wysiłkowemu; konieczna może być u nich ocena wydolności oddechowej. Badanie endoskopowe wykonuje się rutynowo w celu wykluczenia przełyku Barretta, wrzodów lub nowotworów, które mogą zmienić internistyczne lub chirurgiczne leczenie tych pacjentów. Pacjenci z zaawansowaną chorobą refluksową przełyku nie powinni być kwalifikowani do resekcji