

## KIRURGJIA BARIATRIKE - METODA GASTRIC SLEEVE



Floren Kavaja

Profesor Asistent

Specialist i Kirurgjisë së  
Përgjithshme - Kirurgjisë  
Abdominale

Në dekadat e fundit obeziteti është klasifikuar si një shqetësim kritik i shëndetit globalisht, duke prekur individë të të gjitha moshave dhe prejardhjeve. E përcaktuar si një gjendje e karakterizuar nga akumulimi i tepërt i yndyrës trupore, obeziteti jo vetëm që paraqet rreziqe të konsiderueshme për shëndetin trupor, por gjithashtu edhe për atë mental. Në vitin 2022 sipas WHO, 2.5 bilion të rritur kanë qenë mbipeshë, kjo që na vërteton rrezikshmërinë e përhapjes dhe rritjes në numër të rasteve. Obeziteti përcaktohet përmes Indeksit të Masës Trupore (BMI), një masë e llogaritur duke pjesëtuar peshën e individit (në kilogram) me katrorin e gjatësisë së tyre (në metër). Kjo metrikë shërben si një mjet kontrolli i pranuar gjerësisht për të klasifikuar individët në kategori të ndryshme peshe. Rezultati i BMI mbi 30, klasifikon individin në grupin e obezitetit. Me rritjen e vlerës së BMI do të rritet klasifikimi edhe në gradë të obezitetit. Kjo kategori ndahet më tej në klasën I (BMI 30,0-34,9), klasën II (BMI 35,0-39,9) dhe klasën III (BMI  $\geq$  40,0), duke përfaqësuar në mënyrë progresive nivele të rënda të obezitetit dhe rrezik të shtuar të komplikimeve të lidhura me obezitetin

Obeziteti rrjedh nga një ndërveprim kompleks i faktorëve gjenetikë, mjedisorë dhe të sjelljes. Predispozitat gjenetike mund të ndikojnë në ndjeshmërinë e një individ ndaj shtimit të peshës dhe akumulimit të yndyrës, me disa variante gjenesh që kontribuojnë në efikasitetin metabolik dhe ruajtjen e yndyrës. Faktorët mjedisorë, të tillë si qasja e lehtë në ushqime me kalori të lartë, mënyra e jetesës së ulur dhe urbanizimi, nxisin të ngrënit e tepërt dhe uljen e aktivitetit fizik, të cilat të dyja kontribuojnë në shtimin e peshës. Për më tepër, faktorët socio-ekonomikë, duke përfshirë të ardhurat më të ulëta dhe aksesin e kufizuar në ushqime me vlera ushqyese, mund të përkeqësojnë rrezikun e obezitetit. Faktorët psikologjikë si stresi, depresioni dhe ngrënia emocionale gjithashtu luajnë një rol në promovimin e zakoneve jo të shëndetshme të të ngrënit. Pasojat e kësaj epidemie janë të thella, duke filluar nga rritja e rrezikut të sëmundjeve kronike si diabeti, sëmundjet kardiovaskulare dhe disa lloje

kanceri deri te ulja e cilësisë së jetës dhe pakësimi i jetëgjatësisë.

Duke parë rritjet e rasteve çdo herë e më shumë, ka qenë e nevojshme të merren masa të shpejta dhe efikase. Këtu bëhet fjalë për zgjedhjen e ofruar nga Kirurgjia Bariatrike, specifikkisht intervenimin e mëngës gastrike apo ndryshe të njohur si Gastric Sleeve. Intervenimi i mëngës gastrike, e njohur gjithashtu si gastrektomia e mëngës, është një procedurë kirurgjikale e krijuar për të ndihmuar në humbjen e peshës për individët që luftojnë me obezitetin. Gjatë procedurës, një pjesë e konsiderueshme e lukthit hiqet, duke lënë pas një lukth më të vogël në formë të mëngës. Ky reduktim në madhësi të lukthit kufizon sasinë e ushqimit që mund të konsumohet, duke çuar në uljen e marrjes së kalorive dhe humbjen e mëvonshme të peshës. Ndërhyrja e mëngës gastrike ka fituar popullaritet për shkak të efektivitetit të saj në promovimin e humbjes së konsiderueshme të peshës dhe shkallës së komplikimeve relativisht të ulëta në krahasim me operacionet e tjera bariatrike.

Procedura kirurgjikale

Endoskopia

Hapi i parë i procedurës së operacionit Gastric Sleeve është realizimi i endoskopisë.

Endoskopia para operacionit të zvogëlimit të lukthit është kritike për të vlerësuar anatominë e lukthit, për të zbuluar herninë hiatale, dhe përcaktuar kushtet e tjera si gastriti dhe ezofagiti përpara operacionit. Ajo mundëson vlerësimin e ezofagut dhe lukthit për të identifikuar çdo komplikim potencial. Ky vlerësim para-operacionit siguron pacientin dhe mundëson identifikimin dhe trajtimin e problemeve të mundshme që mund të ndikojnë në rezultatin dhe rikuperimin pas operacionit të zvogëlimit të lukthit.

Pasi që bëhet vlerësimi i gjendjes së pacientit përmes endoskopisë, atëherë vazhdohet me hyrjen në regjionin e abdomenit.

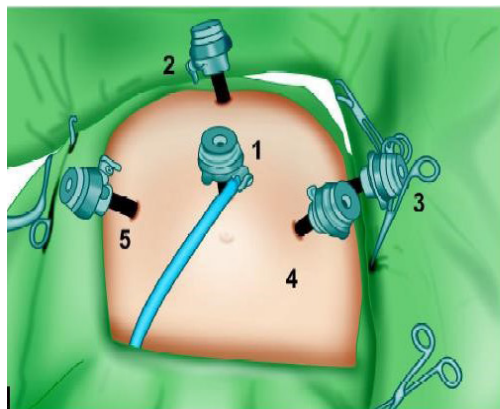


Figura 1. Vendosja e portave laparoskopike

Korrespondenca:  
fkavaja@hotmail.com

## Hyrja dhe konfigurimi

Hyrja në regjionin abdominal fillon në kuadratin e sipërm të majtë. Abdomeni fryhet në një presion prej 17 mmHg, dhe eksplorohehet vizualisht me laparoskop.

Vendosja e portave do të jetë si më poshtë:

Porta 5 mm në kuadratin e sipërm të majtë, vija sjetullore e përparme (porta ndihmëse)

Porta 5 mm në vijën mesklavikulare paramediane të sipërme të majtë (porta e kamerës)

Porta 5 mm në vijën e sipërme të djathtë paramedikale midklavikulare

Porta 15 mm e vendosur në ose vetëm sipër dhe në të djathtë të kërthizës (duhet të jetë paralel me lakimin më të vogël të stomakut)

Retraktori i mëlçisë i vendosur në zonën subxiphoide.

Dy portat 5 mm në anën e majtë do të përdoren nga asistenti, dy portat e anës së djathtë (15 mm dhe 5 mm paramediani i djathtë) do të përdoren nga kirurgu kryesor. Pasi të gjitha portat janë futur dhe mëlçia tërhiqet, pacienti vendoset në Trendelenburg të kundërt.

### Mobilizimi i Curvatura Major

Procedura fillon duke e liruar Curvatura Gastrica Major nga Omentum Majus. Lirimi i kthesës së madhe të lukthit fillon nga pylorusi e deri te lirimi i ligamentit gastrico-phrenic.

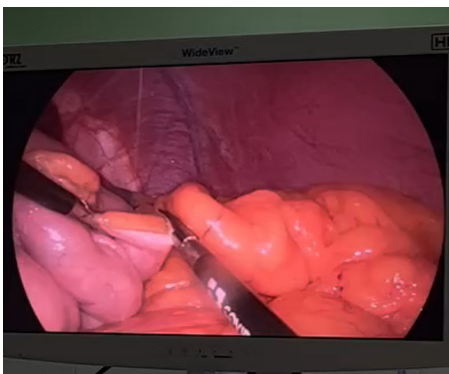
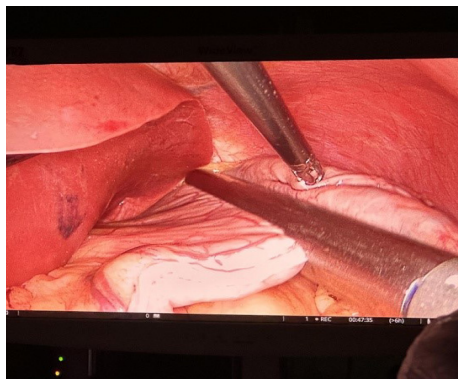


Figura 2. Lirimi i Curvatura Major nga Omentumi

Hapi tjetër përfshin vendosjen e tubit orogastrik si pikë orientuese për prerjen gjatësore të lukthit.

Për prerjen gjatësore të lukthit përdoret një stapler endoskopik 60 mm i gjatë. Prerja fillon në një pikë afërsisht 5 cm afër pilorit përgjatë tubës orogastrike dhe me një kënd që është paralel me curvatura gastrica minor.

Figura 3. Prerja gjatësore e lukthit



Pasi që realizohet prerja gjatësore e lukthit, kjo prerje fiksohet me vendosjen e klipave përreth vijës gjatësore.

### Prova e blu-methylene

Për të testuar kalueshmërinë e lukthit dhe eventualisht insuficiencën e vijës së reseksionit pasi që ndodh prerja atëherë përdoret prova e blu-methylenit.

Nëse kjo provë rezulton pozitive atëherë inspektohet abdominali për ndonjë rrjedhje eventuale. Pas sigurimit që gjithçka në brendësi qëndron e qetë, mund të fillojmë largimin e portave abdominale dhe qepjen e vrimave që krijohen nga ato.

Kjo procedurë siguron reseksionin e  $\frac{3}{4}$  të lukthit.

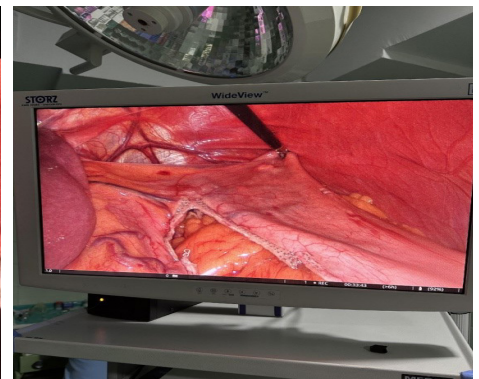
Kjo procedurë siguron reseksionin e  $\frac{3}{4}$  të lukthit.



Figura 4. Reseksioni i  $\frac{3}{4}$  të lukthit

### Procedura post-operative

Në këtë fazë, pacientët zakonisht monitorohen me kujdes nga ekipi i tyre shëndetësor për të siguruar shërimin dhe adaptimin e duhur në ndryshimet në sistemin e tyre tretës. Fillimisht, pacientët mund të përjetojnë disa dhimbje, prandaj preferohet zbatimi i një diete të lëngshme, ndërsa gradualisht kalohet në ushqime të ngurta. Takimet e rregullta me doktorin janë esenciale për të monitoruar progresin e



humbjes së peshës, për të vlerësuar statusin ushqimor dhe për të adresuar çdo shqetësim ose komplikim që mund të dalë. Pacientët mund t'i kthehen rutinës së tyre për një kohë të shkurtër rreth 2-4 javë. Pacientët gjithashtu inkurajohen të adoptojnë zakone të shëndetshme të jetesës, duke përfshirë ushtrimet e rregullta dhe konsumin e ushqimeve me kujdes, për të optimizuar suksesin afatgjatë të procedurës. Me kujdes të duhur pas operacionit pacientët mund të arrijnë një humbje të konsiderueshme të peshës dhe të përjetojnë përmirësime në shëndetin e përgjithshëm dhe cilësinë e jetës.

### Rezultatet

Zvogëlimi i lukthit (Gastric Sleeve) ka treguar efikasitet të shkëlqyeshëm në promovimin e humbjes së peshës së konsiderueshme në një kohë të shkurtër për shumë pacientë. Kjo procedurë kirurgjikale jo vetëm ndihmon në reduktimin e peshës, por gjithashtu shpesh çon në përmirësime të konsiderueshme të parametrave të analizave biokimike dhe hematologjike. Pacientët që i nënshtrohen operacionit gastric sleeve shpesh përjetojnë rezultate të favorshme, duke përfshirë reduktimin e faktorëve të rrezikut të lidhur me obezitetin si diabeti melit, hipertensioni, apnea e gjumit etj.

Rezultatet e paraqitura bazohen në një analizë të hollësishme të të dhënave të mbledhura nga një grup i madh i pacientëve.

Zakonisht pacientët humbin 15-20 kg brenda muajit të parë pas operacionit të zvogëlimit të lukthit. Megjithatë, është e domosdoshme që pacientët të ndjekin një dietë ushqimore pas operacionit dhe regjim ushtrimesh për të maksimizuar rezultatet dhe për të ruajtur suksesin afatgjatë të humbjes së peshës.

Gjatë përcjelljes së gjendjes së pacientëve në një interval kohor deri në 6 muaj, kemi arritur të konkludojmë se nuk kemi ndryshim negativ në vlerat e parametrave hematologjik dhe biokimik të pacientët tanë.

### Diskutimi

Kirurgjia Bariatrike përfshin intervenime të ndryshme që janë efektive në humbje më të shpejtë të obezitetit. Intervenimet më të njohura janë: Bypassi Gastrik, Intervenimi i mëngës gastrike apo Gastric Sleeve si dhe Baloni Gastrik. Nëse e realizojmë një krahasim mes metodave të kirurgjisë bariatrike, duhet të kemi një fokus të qartë në qëllimin parësor të intervenimit, efektin në zgjedhjen e sëmundjeve tjera shoqëruese komorbide, efikasitetin për një periudhë më të gjatë kohore, si dhe komplikimet gjatë operacionit dhe ato pas.

Bypassi Gastrik shoqërohet me një humbje rapide të peshës brenda një viti, resolucion të sëmundjeve komorbide si hipertensioni arterial, diabeti i tipit II dhe apnea obstruktive gjatë gjumit. Kjo metodë duhet cekur se shoqërohet me disa mundime post operative si shkak i kalimit të menjëhershëm të ushqimit në zorrë e hollë, me simptoma klinike si të vjella, mundim dhe diarre pas marrjes së ushqimit. Edhe komplikimet dhe risku kirurgjikal është më i lartë ndaj intervenimeve të tjera.

Ndryshe nga Bypassi Gastrik kemi Intervenimin e mëngës gastrike apo të njohur si Gastric Sleeve. Simpliciteti dhe niveli më i ulët i komplikimit operator dhe postoperator e favorizojnë ndaj intervenimit të Bypass-it Gastrik. Reseksioni i lukthit shkakton edhe një ndryshim hormonal që kontribuon në uljen e ndjenjës së urisë, gjegjësisht na shpie në reduktimin e marrjes së ushqimit. Deri sa Bypassi Gastrik shkakton ndryshim anatomik të traktit gastrointestinal, Gastric Sleeve ruan strukturën anatomike të traktit gastrointestinal. Humbja e peshës shkon në mënyrë graduale, si dhe zgjedhja e komorbiditeteve shihet përgjatë viteve.

Metodë tjetër që hyn në grupin e intervenimeve të Kirurgjisë Bariatrike është vendosja e Balonit Gastrik. Kjo metodë është më pak invazive dhe reversibile ndryshe nga metodat e përmendura më lartë. Në krahasim me metodën e Bypass dhe Gastric Sleeve është metodë më pak efektive në humbjen e peshës si dhe pesha e humbur mund të rikthehet shumë më lehtë. Përdërisa ndryshimi hormonal në operacionin e

Gastric Sleeve na siguron një mbajtje më konstante dhe të kontrolluar të peshës. Rrezikshmëria e vendosjes së balonit gastrik gjithashtu nuk mungon për shkak të ndryshimeve erozive, intolerancës apo rëshqitjes së balonit gastrik.

#### Konkluzioni

Përzgjedhja e procedurës bariatrike më të përshtatshme kërkon shqyrtim të kujdesshëm të karakteristikave individuale të pacientit, preferencave dhe faktorëve të rrezikut. Ndërsa bypass-i gastrik, gastric sleeve dhe vendosja e balonit gastrik ofrojnë secila avantazhe dhe disavantazhe unike, qëllimi përfundimtar është arritja e humbjes së qëndrueshme të peshës dhe përmirësimi i sëmundjeve shoqëruese të lidhura me obezitetin duke minimizuar rreziqet kirurgjike dhe komplikimet afatgjata.

Tabela 1. Vlerat e disa parametrevë hematologjik pre dhe postoperative

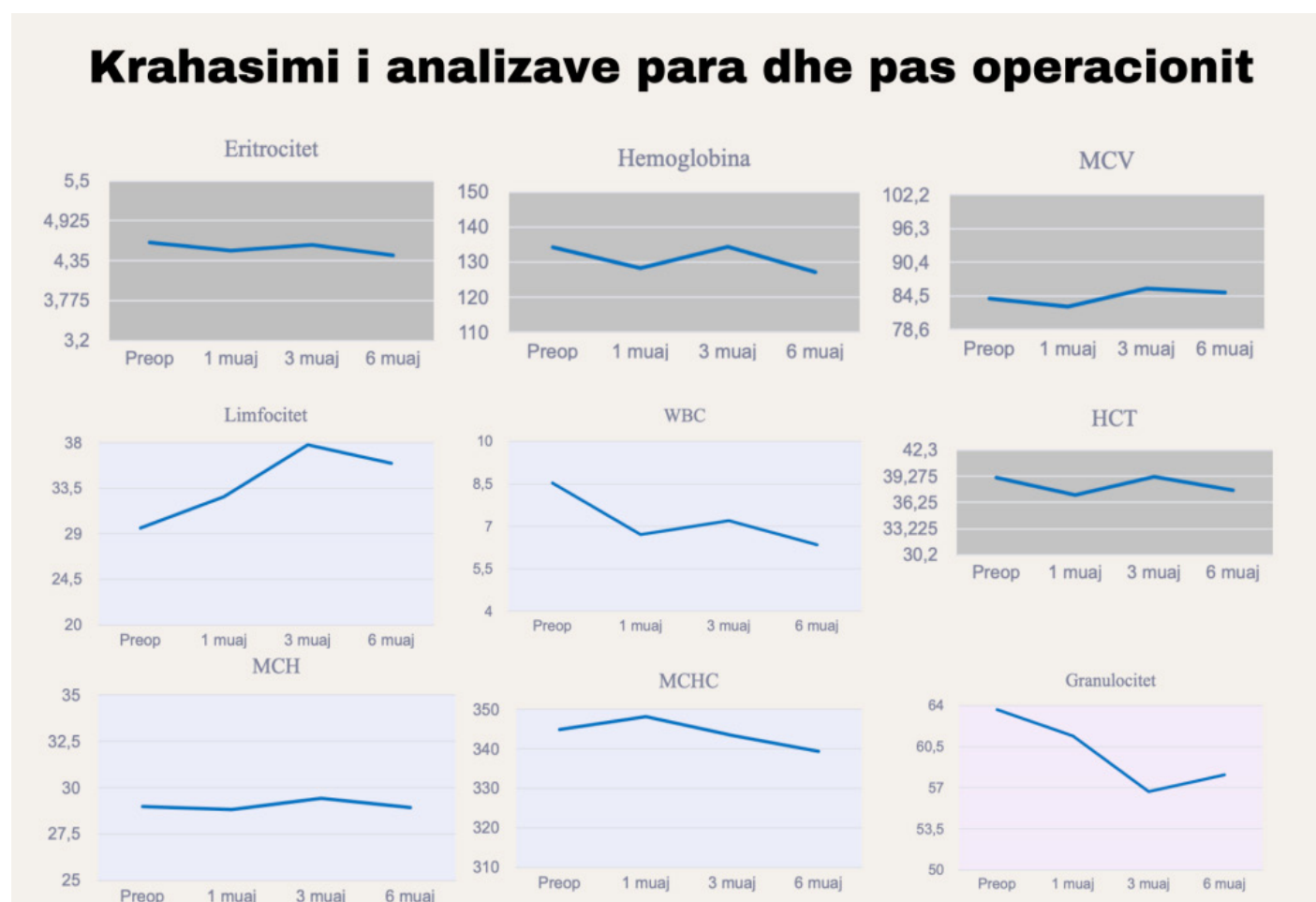




Tabela 2. Vlerat e disa parametrave hematologjik dhe biokimik pre dhe postoperative

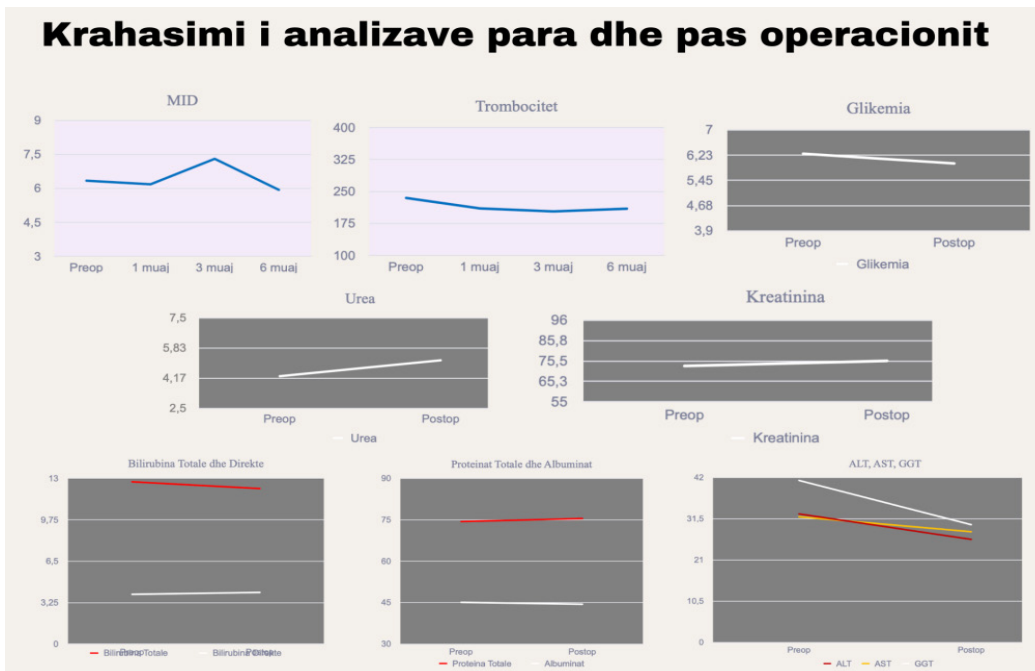


Tabela 3. Nivelet e triglicerideve dhe kolesterolit pre dhe postoperative



**Referencat:**

- Mazzeo F. Current concept of obesity. *Sport Science*. 2016;9(2):42-8.
- Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, Mullany EC, Biryukov S, Abbafati C, Abera SF, Abraham JP. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. 2014 Aug 30;384(9945):766-81.
- Popkin BM, Gordon-Larsen P. The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. *International journal of obesity*. 2004 Nov;28(3):S2-9.
- Hales CM, Fryar CD, Carroll MD, Freedman DS, Aoki Y, Ogden CL. Differences in obesity prevalence by demographic characteristics and urbanization level among adults in the United States, 2013-2016. *Jama*. 2018 Jun 19;319(23):2419-29.
- World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation*.
- Zhang J, Wolfram D. A visualization analysis of health customer search behavior in obesity area. *Proceedings of the American Society for Information Science and Technology*. 2008;45(1):1-3.
- Hu FB. Descriptive epidemiology of obesity trends. *Obesity epidemiology*. 2008 Mar 21:15-25.
- Bukhari S. *Obesity: The Association between Obesity and Quality of Life* (Doctoral dissertation, The Chicago School of Professional Psychology).
- Dayyeh BK, Bazerbachi F, Vargas EJ, Sharaiha RZ, Thompson CC, Thaemert BC, Teixeira AF, Chapman CG, Kumbhari V, Ujiki MB, Ahrens J. Endoscopic sleeve gastropasty for treatment of class 1 and 2 obesity (MERIT): a prospective, multicentre, randomised trial. *The Lancet*. 2022 Aug 6;400(10350):441-51.
- Brethauer SA, Kothari S, Sudan R, Williams B, English WJ, Brengman M, Kurian M, Hutter M, Stegemann L, Kallies K, Nguyen NT. Systematic review on reoperative bariatric surgery: American society for metabolic and bariatric surgery revision task force. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2014 Sep 1;10(5):952-72.
- Eisenberg D, Bellatorre A, Bellatorre N. Sleeve gastrectomy as a stand-alone bariatric operation for severe, morbid,