

KIRURGJIA BARIATRIKE, SI TRAJTIM BASHKËKOHOR I OBEZITETIT DHE KOMORBIDITETEVE TË TIJ

Floren Kavaja^{1,2}, Enida Kavaja³, Elda Kavaja³, Emira Lleshi³

¹ Profesor ² Specialist i Kirurgjisë së Përgjithshme-Kirurgjisë Abdominale, ³ Student i Mjekësisë

Abstrakti

Në dekadat e fundit obeziteti është konsideruar zyrtarisht një sëmundje, e cila nuk manifestohet vetëm me një shtim në peshë, por edhe me praninë e komorbiditeteve të ndryshme jetë-kërcënuese. Gjatë dekadave të fundit u zhvilluan forma të ndryshme të trajtimit dhe menaxhimit të obezitetit. Megjithatë, këto qasje shpesh kërkojnë përpjekje afatgjate nga pacienti, rezultatet e të cilave shfaqen gradualisht dhe jo gjithmonë janë të qëndrueshme. Në vitin 1991, pas përcaktimit të kriterëve nga National Institutes of Health (NIH), kirurgjia bariatrike u pranua si një metodë më e shpejtë dhe më efikase për trajtimin e obezitetit, sidomos tek pacientët me obezitet të rëndë ose të shoqëruar me komorbiditete serioze. Në këtë artikull fokus i veçantë do t'i jepet metodës së "Gastric Sleeve", duke përfshirë procedurën operative si dhe ndikimin në humbje të peshës dhe në menaxhimin e komorbiditeteve.

Hyrje

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 metra). 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. Kjo kategori ndahet më tej në klasën I (BMI 30,0-34,9), klasën II (BMI 35,0-39,9) dhe klasën III (BMI ≥ 40,0), duke përfaqësuar në mënyrë progresive nivele të rënda të obezitetit dhe rrezik të shtuar të komplikimeve të lidhura me obezitetin.

NHS, në vitin 1991 përcaktoi kirurgjinë bariatrike si trajtim të domosdoshëm të obezitetit tek individët me BMI ≥ 40 kg/m² ose BMI ≥ 35 kg/m² me të paktën një komorbiditet serioz të lidhur me obezitetin (p.sh. diabet mellitus tip 2, hipertension, apnea obstruktive e gjumit), në rastet kur ndërhyrjet jo-kirurgjikale kishin dështuar të siguronin humbje të qëndrueshme në peshë.

Më pas, udhëzimet e përditësuara nga American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) dhe International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) në vitin 2022 e zgjeruan këtë kriter duke rekomanduar kirurgjinë bariatrike edhe për pacientët me BMI 30-34,9 kg/m² që vuajnë nga sëmundje metabolike si diabeti tip 2, duke e pozicionuar atë si opsion trajtimi të linjës së parë në raste të zgjedhura.

Metodat e punës dhe rezultatet

Në këtë punim fokusi kryesor është vendosur tek sleeve gastrectomy, apo i njohur si Gastric Sleeve, një nga format më të përdorura dhe më të suksesshme të kirurgjisë bariatrike në praktikën bashkëkohore. Gjatë procedurës Gastric Sleeve, reduktohet madhësia e lukthit për 65-75%, gjë që rezulton në një humbje peshe për shkak të zvogëlimit të volumit të lukthit, duke kufizuar sasinë e ushqimit që mund të konsumohet dhe duke çuar në uljen e marrjes së kalorive.

Hapi i parë i procedurës së operacionit Gastric Sleeve është realizimi i gastroskopisë. Ky hap është kritik për të vlerësuar anatominë e lukthit si dhe për të zbuluar praninë e ndonjë patologjie në lukth që paraqet kontraindikacion për realizimin e këtij intervenimi. Pasi të bëhet vlerësimi i gjendjes së pacientit përmes endoskopisë, vazhdohet me realizimin e ndërhyrjes.

Gjatë procedurës së operacionit Gastric Sleeve, hyrja në kavitetin abdominal realizohet nga kuadranti i sipërm i majtë, me insuflacion të abdomenit deri në presion prej 17 mmHg dhe eksplorim vizual me laparoskop. Portat vendosen sipas planit standard: një portë 5 mm në kuadrantin e sipërm të majtë në vijën sjetullore të përparme (porta ndihmëse), një portë 5 mm në vijën mesklavikulare paramediane të sipërme të majtë (porta e kamerës), një portë 5 mm në vijën mesklavikulare paramediane të sipërme të djathtë, një portë 15 mm mbi ose djathtas kërthizës (paralel me curvatura gastrica minor) dhe një retractor i mëlçisë në zonën subksifoide. Pas vendosjes së portave dhe retraktimit të mëlçisë, pacienti pozicionohet në Trendelenburg të kundërt. Mobilizimi fillon me lirin e Curvatura Gastrica Major nga omentumi, duke u nisur nga pylorusi deri te ligamentum gastrophrenicum. Më pas, vendoset tubi orogastrik si orientim për prerjen gjatësore të lukthit, e cila kryhet me stapler endoskopik duke filluar rreth 5 cm nga pylorusi dhe paralel me curvatura gastrica minor. Vijat e staplerit fiksohen me klipa dhe bëhet testi me blu methylene për të kontrolluar integritetin e linjës së reseksionit. Pas konfirmimit të mungesës së rrjedhjeve, portat hiqen dhe hapjet abdominale mbyllen. Procedura përfundon me reseksionin e afërsisht 65-75% të stomakut, duke ruajtur vijën gastrike si lumen funksional.

Zakonisht pacientët pas operacionit humbin 15-20 kg brenda muajit të parë. Megjithatë, është e domosdoshme që pacientët të ndjekin një dietë ushqimore

pas operacionit si dhe të angazhohen në aktivitet fizik, për të maksimizuar rezultatet dhe për të ruajtur suksesin afatgjatë të humbjes së peshës.

Obeziteti patologjik ndërlidhet ngushtë me diabetin mellitus tip 2 (DM2), hipertension arterial, dislipidemi, steatoza hepatike jo-alkoolike (NAFLD) dhe apne të gjumit (OSA). Megjithëse ndërhyrjet konservative janë thelbësore, te një pjesë e madhe e pacientëve dështojnë të sigurojnë humbje të qëndrueshme peshe dhe kontroll metabolik. Kirurgjia bariatrike rekomandohet gjithashtu edhe për përmirësimin e këtyre komorbiditeteve nga udhëzimet e përditësuara të ASMBS (American Society for Metabolic and Bariatric Surgery) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) (2022) edhe për BMI 30-34.9 kg/m² me DM2 të pakontrolluar, duke reflektuar rolin e saj si trajtim metabolik, jo thjesht restriktiv në kalori.

Përveç kufizimit të marrjes së ushqimit, sjell edhe ndryshime neurohormonale. Ul hormonin e Ghrelinës (oreks-stimuluese), rrit GLP-1 dhe PYY, modifikon rrjedhën biliare dhe mikrobiotën; faktorë që përmirësojnë ndjeshmërinë ndaj insulinës, lipolizën dhe presionin arterial pavarësisht humbjes absolute të peshës. Këta mekanizma shpjegojnë pse përmirësimet glikemike shpesh shfaqen herët pas operacionit.

Sa i përket menaxhimit të diabetit të tipit II, studimet e fundit sugjerojnë se Kirurgjia Bariatrike është superiore ndaj terapive mjekësore standarde për kontrollin dhe përmirësimin e DM2. Në një studim kontrolli të randomizuar me përcjellje afatgjate, kirurgjia bariatrike prodhoi përmirësim më të madh të HbA1c dhe reduktim të nevojës për barna krahastar me menaxhimin jo-kirurgjikal. Udhëzimet e ASMBS/IFSO e pasqyrojnë këtë duke zgjeruar indikacionet për pacientët me DM2. Krahastar me bypass-in Roux-en-Y, një meta-analizë e vitit 2024 gjeti se RYGB ka avantazh modest për përmirësim të DM2 në 5 vite, por gastric sleeve ofron morbiditet më të vogël peri-operator. Megjithatë, të dyja procedurat ofrojnë kontroll të qëndrueshëm metabolik në 10 vite, siç tregojnë RCT-ja SleevePass.

Meta-analizat e studimeve të kontrolluara të randomizuara sugjerojnë se kirurgjia bariatrike redukton në mënyrë të theksuar presionin sistolik dhe diastolik dhe ul ngarkesën medikamentozë krahastar me trajtimet jo-kirurgjikale. Studime të mëtejshme tregojnë përmirësim më të lartë të hipertensionit pas kirurgjisë sesa

me terapi standarde dhe faktorë parashikues si kohëzgjatja më e shkurtër e hipertensionit dhe humbje më e madhe peshe. Në analizat krahasuese, diferencat e drejtpërdrejta SG-RYGB për remisionin e HTA janë të vogla ose jo të qëndrueshme; rezultatet varen nga profili bazal i pacientit.

Në një meta-analizë 5 vjeçare, RYGB arriti rezultate më të mira në uljen e nivelit të dislipidemisë në krahasim me gastric sleeve, ndoshta për shkak të efekteve malabsorbative dhe ndikimit në metabolizmin e acideve biliare; sidoqoftë, edhe Gastric Sleeve e përmirëson ndjeshëm profilin lipidik si pjesë e rikonstruksionit metabolik. Rezultatet 10-vjeçare të SLEEVEPASS konfirmojnë se të dyja procedurat ofrojnë përfitime të qëndrueshme metabolike, me diferenca të moderuara në favor të RYGB për disa nën-parametra lipidikë.

Apnea obstruktive e gjumit, paraqet gjithashtu një ankesë të shpeshtë tek personat obezë. Humbja e peshës pas kirurgjisë bariatrike ul indeksin apnea-hipopnea dhe shkallën e OSA-së simptomatike. Një përditësim sistematik tregon reduktim domethënës të ashpërsisë së OSA pas kirurgjisë, ndërsa një analizë krahasuese sugjeron se remisioni i OSA mund të jetë pak më i ulët pas SG sesa pas RYGB; ndoshta për shkak të diferencave në humbjen totale të peshës dhe rifunksionalizimit neuro-hormonal. Në studime të dedikuara për Gastric Sleeve, përmirësimi klinik dhe polisonografik pas 12 muajsh është i theksuar.

Gastric sleeve shoqërohet me përmirësime të qëndrueshme histologjike të steatozes hepatike jo alkoolike përmes uljes së yndyrës viscerale, modulimit të GLP-1/PYY dhe sinjalizimit të acideve biliare. Studimet afatgjate raportojnë rezolucion të steatozes hepatike jo alkoolike dhe regresion të fibrozës të një pjesë e konsiderueshme e pacientëve. Përfitimet hepatike shfaqen edhe kur kontrollohen për shkallën e humbjes së peshës, duke sugjeruar efekte "përtej kilogramëve".

Diskutimi dhe përfundimet:

Kirurgjia Bariatrike përfshin intervenime të ndryshme që janë efektive në trajtimin e obezitetit. Intervenimet më të njohura janë: Bypassi Gastrik, 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 e zgjedhjes së komorbiditeteve, efikasitetin për një periudhë më të gjatë kohore, si dhe komplikimet gjatë operacionit dhe ato pas tij.

Bypass-i Gastrik shoqërohet me një humbje rapide të peshës brenda një viti, përmirësim apo trajtim të sëmundjeve komorbide si hipertensioni arterial, diabeti tipit II dhe apnea obstruktive gjatë gjumit. Kjo metodë duhet të përmendet se shoqërohet me disa mundime postoperatore si shkak i kalimit të menjëhershëm të ushqimit në zorrën e hollë, me simptoma klinike si të vjella, mundim dhe diarree pas marrjes së ushqimit, e njohur si Dumping Sindroma. Edhe komplikimet dhe rreziku kirurgjikal është më i lartë krahasuar me intervenimet e tjera.

Ndryshe nga Bypass-i Gastrik, kemi intervenimin Gastric Sleeve. Ruajtja e strukturës anatomike të traktit gastrointestinal, si dhe niveli më i ulët i komplikimeve operator dhe postoperatore e favorizojnë atë ndaj intervenimit të Bypass-it Gastrik. Reseksioni i lukthit shkakton edhe një ndryshim hormonal që kontribuon në uljen e ndjenjës së urisë, gjegjësisht çon në reduktimin e marrjes së ushqimit. Deri sa Bypass-i 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 shihen përgjatë kohës.

Metodë tjetër që hyn në grupin e intervenimeve të kirurgjisë bariatrike është vendosja e Balonit Gastrik. Kjo metodë është më pak invazive dhe e reversibile, ndryshe nga metodat e përmendura më lart. Në krahasim me metodën e Bypass-it dhe Gastric Sleeve, është metodë më pak efektive në humbjen e peshës, si dhe pesha e humbur mund të rikthehet shumë më lehtë. Përderisa ndryshimi hormonal në operacionin e Gastric Sleeve 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 rrëshqitjes së balonit.

Përfundimi:

Kirurgjia Bariatrike paraqet një metodë që çdo ditë e më shumë po përdoret si trajtim i obezitetit dhe komorbiditeteve jetë-kërcënuese që kjo sëmundje shkakton. E kjo e gjitha për shkak të rezultateve të shpejta dhe shumë premtuese edhe në humbje të peshës si dhe në përmirësimin dhe trajtimin e sëmundjeve kronike që shkakton obeziteti.

Referencat:

1. Brethauer SA, Kothari S, Sudan R, Williams B, English WJ, Brengman M, et al. Systematic review on reoperative bariatric surgery: American Society for Metabolic and Bariatric Surgery revision task force. *Surg Obes Relat Dis.* 2014 Sep;10(5):952-72.
2. National Institutes of Health. Gastrointestinal surgery for severe obesity: NIH Consensus Development Conference Statement. *Am J Clin Nutr.* 1992;55(2 Suppl):615S-19S. doi:10.1093/ajcn/55.2.615S.
3. Dayeh BK, Bazerbachi F, Vargas EJ, Sharaiha RZ, Thompson CC, Thaemert BC, et al. Endoscopic sleeve gastroplasty for treatment of class 1 and 2 obesity (MERIT): a prospective, multicentre, randomised trial. *Lancet.* 2022 Aug 6;400(10350):441-51.
4. 2022 American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2022;18(12):1345-1356. doi:10.1016/j.soard.2022.10.002.
5. Peterli R, et al. Sleeve gastrectomy causes weight-loss-independent improvements in metabolic homeostasis. *Obes Surg.* 2021;31(5):2162-2172. doi:10.1007/s11695-021-05259-8.
6. Han Y, Jia Y, Wang H, Cao L, Zhao Y. Comparison of the effect of laparoscopic sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass on weight loss and comorbidities: a systematic review and meta-analysis. *BMC Surg.* 2020;20:30. doi:10.1186/s12893-020-00705-x.
7. Salminen P, et al. Effect of laparoscopic sleeve gastrectomy vs Roux-en-Y gastric bypass on weight loss, comorbidities, and reflux at 10 years in adult patients with obesity: the SLEEVEPASS randomized clinical trial. *JAMA Surg.* 2022;157(8):656-666. doi:10.1001/jamasurg.2022.2229.
8. Salminen P, et al. Ten-year outcomes of sleeve gastrectomy and gastric bypass in a randomized clinical trial (SLEEVEPASS). *JAMA Surg.* 2022;157(8):656-666.