

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΠΙΜΗΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΠΙΜΗΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ (Sleeve Gastrectomy)

Ευάγγελος Νάνος

Η Λαπαροσκοπική Επιμήκης Γαστρεκτομή είναι μια νέα χειρουργική μέθοδος αδυνατίσματος που μπορεί να γίνει είτε σαν μόνη μέθοδος θεραπείας σε άτομα με Νοσογόνο Παχυσαρκία, είτε σαν το πρώτο στάδιο μιας χειρουργικής θεραπείας δύο σταδίων σε ασθενείς με πάρα πολλά κιλά πάνω από το ιδανικό βάρος (Υπερνοσογόνος Παχυσαρκία).

Η επέμβαση γίνεται εξ' ολοκλήρου λαπαροσκοπικά με γενική αναισθησία και διαρκεί από 1 ½ έως 2 ½ ώρες. Για την πραγματοποίηση της ο στόμαχος διατέμνεται επιμήκως από τον πυλωρό έως την καρδιοοισοφαγική συμβολή και το μεγαλύτερο τμήμα του στομάχου – αυτό που ευρίσκεται προς το μείζον τόξον και ο θόλος – αφαιρείται. Παραμένει μια στενή λωρίδα στομάχου κατά μήκος του ελάσσονος τόξου χωρητικότητας περί τα 100 κυβικά εκατοστά. Διατηρείται επίσης ο πυλωρικός σφιγκτήρας έτσι ώστε η κένωση του στομάχου να εκτελείται φυσιολογικά και σταδιακά.

Ο ασθενής αδυνατίζει πρώτον επειδή τρώει περιορισμένη ποσότητα φαγητού, λόγω του περιορισμού της χωρητικότητας του στομάχου. Δεύτερον επειδή μαζί με το τμήμα του στομάχου, αφαιρούνται και τα περισσότερα κύτταρα που εκκρίνουν την ορμόνη γρελίνη, η οποία όταν εκκρίνεται προκαλεί αίσθημα πείνας ενώ όταν δεν εκκρίνεται, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της γαστρεκτομής, κυριαρχεί το αίσθημα της ανορεξίας. Επίσης μια ακόμη ορμόνη η ΡΥΥ η οποία υπερεκκρίνεται μετά από την επέμβαση αυτή προκαλεί ευκολότερα το αίσθημα του κορεσμού. Τέλος σαν ένας ακόμη παράγων αδυνατίσματος δρα και η ταχεία κένωση του στομάχου που παρατηρείται μετά από την Επιμήκη Γαστρεκτομή.

Η επέμβαση συνιστάται σε ασθενείς με Δείκτη Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ.= βάρος /ύψος²) άνω των 55 Kgr/m², σαν πρώτο βήμα όπως προαναφέρθηκε. Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα ο ασθενής μπορεί να έχει χάσει πολλά κιλά ώστε ο Δείκτης Μάζας Σώματος να κατέβει περί το 30 Kgr/m², οπότε δεν χρειάζεται τίποτε άλλο. Αν ο Δ.Μ.Σ. παραμένει υψηλός (πάνω από 35 Kgr/m²) μπορεί να υποβληθεί με πολύ μεγαλύτερη ασφάλεια και ευκολία σε δεύτερη επέμβαση λαπαροσκοπικά (όπως Γαστρική Παράκαμψη, Χολοπαγκρεατική Παράκαμψη ή Γαστρικό Δακτύλιο). Η επέμβαση μπορεί να εφαρμοσθεί επίσης σε ολιγότερο παχύσαρκους ασθενείς με Δ.Μ.Σ. 35 -45 Kgr/m² σαν μοναδική μέθοδος

θεραπείας με πολύ καλά αποτελέσματα. Στην τελευταία περίπτωση η απώλεια των κιλών είναι ικανοποιητική και συνήθως δεν απαιτείται δεύτερη συμπληρωματική επέμβαση.

Αναλυτικά οι ενδείξεις της Επιμήκουσ Γαστρεκτομής φαίνονται στον Πίνακα 1.

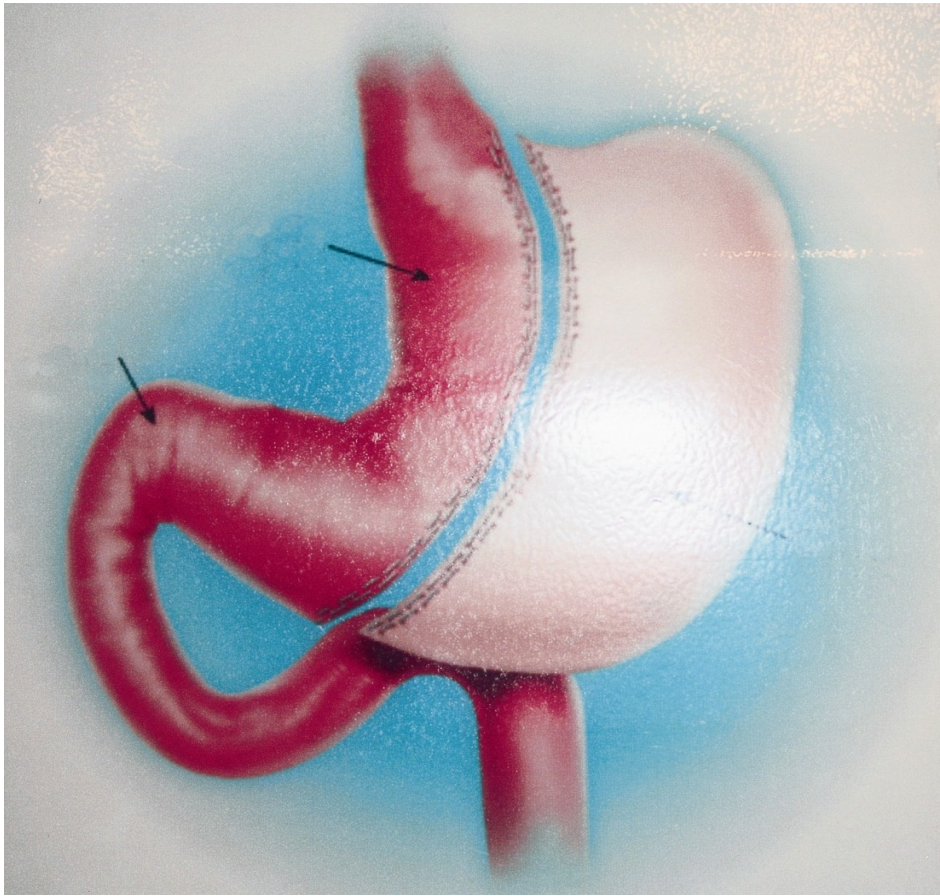
<i>Πίνακας 1</i> Λαπαροσκοπική Επιμήκουσ Γαστρεκτομή Ενδείξεις
1. Υπερ-παχύσαρκοι ασθενείς με Δείκτη Μάζας Σώματος $>55 \text{ kg/m}^2$ σαν το 1 ^ο στάδιο της Χολοπαγκρεατικής Παράκαμψης η οποία θα εκτελεσθεί σε 2 στάδια (το 2 ^ο στάδιο γίνεται σε μελλοντικό χρόνο)
2. Ασθενείς με Νοσογόνο Παχυσαρκία αλλά με πολλά συνοδά προβλήματα (αυξημένου κινδύνου)
3. Ασθενείς με χαμηλό σχετικά Δείκτη Μάζας Σώματος ($35-45 \text{ kg/m}^2$) που εμπίπτουν στις ενδείξεις Ρυθμιζόμενου Γαστρικού Δακτυλίου που έχουν ήπιες κρίσεις βουλιμίας και δεν μπορούν να ακολουθούν διαιτητικές εντολές και χρόνια παρακολούθηση
4. Αποτυχία Ρυθμιζόμενου Γαστρικού Δακτυλίου
5. Πολύ μικρές ηλικίες (8-12 ετών)
6. Πολύ μεγάλες ηλικίες (>65 ετών)
7. Ασθενείς με Νοσογόνο Παχυσαρκία και κίρρωση ήπατος

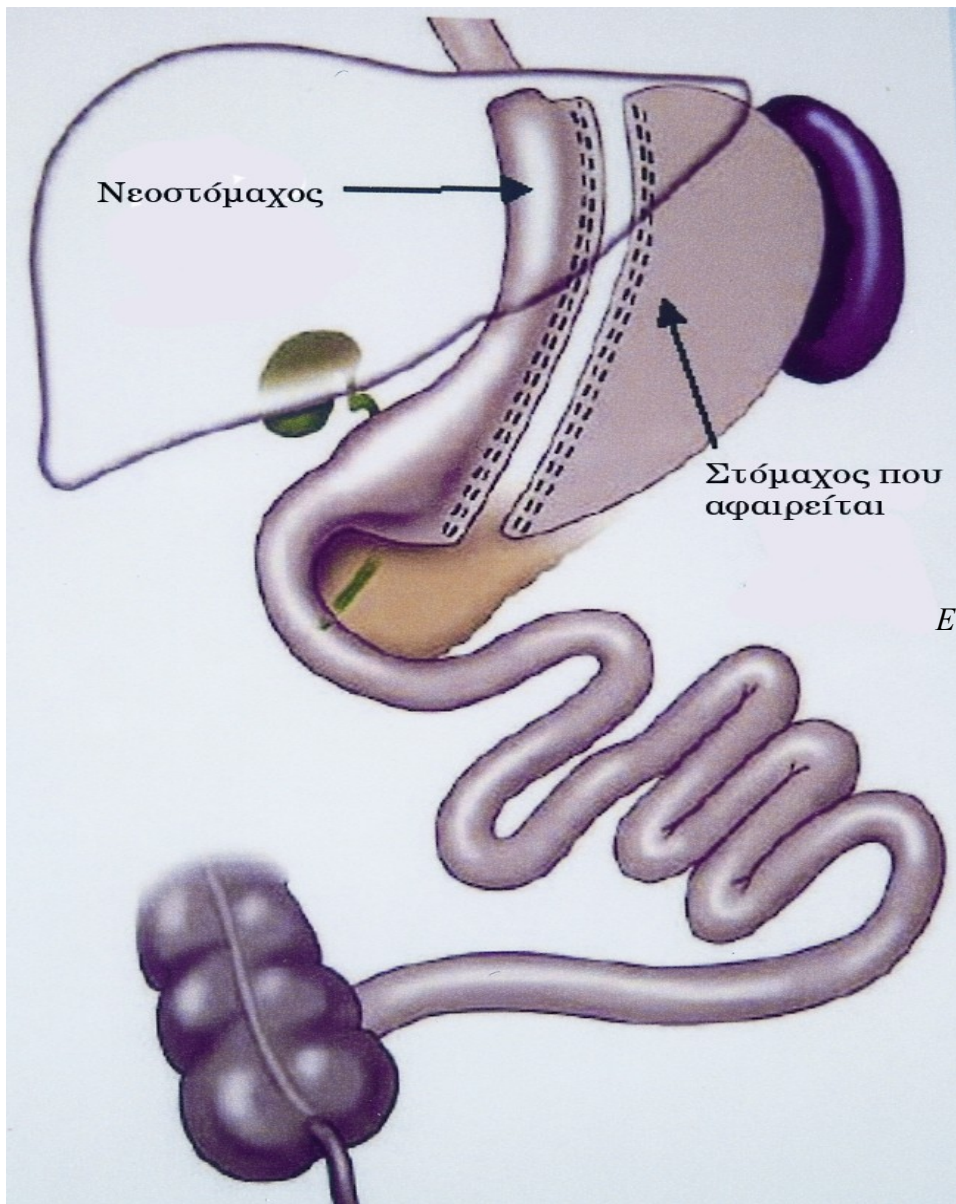
Οι ασθενείς με κρίσεις βουλιμίας, πολυφαγίας και αυξημένο αίσθημα πείνας έχουν καλύτερη ανταπόκριση στη μέθοδο απ' ότi στις περιοριστικές επεμβάσεις όπως ο Γαστρικός Δακτύλιος και η Κάθετη Διαμερισματοποίηση του Στομάχου λόγω της ορμονικής δράσης της μεθόδου όπως προαναφέρθηκε.

Πέντε χρόνια μετά την επέμβαση το 90% των ασθενών έχουν απωλέσει πάνω από το 75% του υπερβάλλοντος βάρους. Οι ασθενείς που υποβάλλονται στη μέθοδο αυτή δεν έχουν σημαντικές απώτερες επιπλοκές όπως έλκη, οστεοπόρωση, έλλειψη βιταμίνης B12, διάρροιες και υπολευκωματιναιμία που συνοδεύουν σε κάποια ποσοστά τη Γαστρική Παράκαμψη. Επειδή έχουν χαμηλότερα ποσοστά έλκους μπορούν να πάρουν, αν χρειαστεί, ευκολότερα αντιφλεγμονώδη, και γενικότερα φάρμακα, από το στόμα. Τέλος δεν έχουν κάποιο ξένο σώμα στο στόμαχο και συνήθως, ούτε συμπτωματολογία δυσφαγίας ή εμέτων.

Κατά την επέμβαση δεν παρακάμπτεται τμήμα του εντέρου. Δεν είναι αναστρέψιμη. Η επέμβαση είναι μικρού εγχειρητικού κινδύνου ακόμη και για εκείνους τους ασθενείς που είναι υπερβολικά παχύσαρκοι και συνοδεύονται από επιπλοκές όπως άπνοια ύπνου, υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη και εκφυλιστικές παθήσεις των αρθρώσεων. Το ποσοστό επιπλοκών είναι χαμηλό επίσης. Δύο είναι οι κυριότερες επιπλοκές που μπορεί να συμβούν: Η Διεγχειρητική ή Μετεγχειρητική Αιμορραγία και η Διαφυγή από τη γραμμή συρραφής του στομάχου. Οι επιπλοκές μπορεί να παρατείνουν το χρόνο νοσηλείας χωρίς να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς κατά κανόνα. Ο χρόνος νοσηλείας είναι από δύο έως τέσσερις ημέρες και η ανάρρωση διαρκεί από 1-2 εβδομάδες.

Κατά τις πρώτες 6-8 εβδομάδες απαιτείται ειδικό διαιτολόγιο και φαρμακευτική αγωγή. Απαιτείται επίσης συστηματική επανεξέταση του ασθενούς κάθε 2-4 μήνες για τα πρώτα 2-3 χρόνια μετά την επέμβαση.





Ευάγγελος Νάνος