

Operacje bariatryczne: częste pytania

Kathryn E. Macias, BS, RD, LD, Gretchen A. Benson, BA, RD, LD, CDE, Angie M. Humble, BS, RD, LD, Jennifer L. Beaudette, BS, Heidi M. Schmidt, BS, RD, LD

Często stwierdza się, że chirurgia bariatryczna jest najskuteczniejszą metodą redukcji masy ciała w przypadku skrajnej otyłości.¹ W ciągu ostatniej dekady nastąpił spektakularny wzrost liczby wykonywanych zabiegów tego typu. W porównaniu z latami 1999-2001 liczba operacji przeprowadzonych w latach 2002-2004 w Stanach Zjednoczonych zwiększyła się ponad 9-krotnie, osiągając wartość 100 000 zabiegów rocznie.²

W kilku badaniach wykazano korzyści z operacji bariatrycznych w chorobach towarzyszących otyłości, w tym nadciśnieniu tętniczym, hiperlipidemii i cukrzycy.³ W miarę coraz lepszego poznawania korzyści zdrowotnych związanych z operacjami bariatrycznymi, zwłaszcza odnoszących się do cukrzycy typu 2, osoby prowadzące edukację diabetologiczną będą coraz częściej proszone o udzielanie odpowiedniego wsparcia chorym zarówno przed, jak i po operacji. W tym artykule przedstawiono niektóre częste pytania zadawane przez chorych podczas takich kontaktów, a także odpowiedzi oparte na dowodach z badań naukowych.

Pytanie: Czy wysiłek fizyczny i redukcja masy ciała przed operacją bariatryczną są korzystne?

Odpowiedź: Kwestia, czy należy zachęcać pacjentów do zmniejszenia masy ciała przed operacją bariatryczną lub też nawet tego wymagać, pozostaje dyskusyjna. Najnowsze badania wskazują jednak na dodatkowe korzyści z niewielkiej redukcji masy ciała u otyłych osób przed operacją.

Jeżeli chodzi o samą operację, to korzyści z wcześniejszego zmniejszenia masy ciała obejmują zmniejszenie rozmiarów wątroby i skrócenie czasu operacji. Skrajna otyłość wiąże się często z powiększeniem i stłuszczeniem wątroby. Te zwiększone rozmiary wątroby sprawiają trudności technicz-

ne, ponieważ ograniczają chirurgowi widoczność i możliwości manipulacji, zwłaszcza w czasie zabiegów laparoskopowych.⁴ Fris⁵ ocenił związek między przedoperacyjną redukcją masy ciała i wielkością wątroby, stwierdzając silną korelację między zmniejszeniem masy ciała a zmniejszeniem rozmiarów wątroby. Dodatkowo z niektórych badań wynika, że przedoperacyjne zmniejszenie masy ciała może prowadzić do skrócenia czasu trwania operacji.^{6,7} W jednym z badań stwierdzono, że redukcja masy ciała przed operacją o >5% spowodowała skrócenie czasu operacji o 36 minut.⁷

Chorzy, którzy chudną przed operacją, mogą też bardziej chudnąć po operacji.⁶ Alvarado i wsp.⁷ badając 90 osób stwierdzili, że zmniejszenie początkowej masy ciała przed operacją o 1% korelowało z dodatkowym zmniejszeniem masy ciała o 1,8% rok po operacji. Również Still i wsp.⁶ zaobserwowali, że u chorych, którzy przed operacją stracili więcej niż 10% nadmiaru masy ciała, prawdopodobieństwo ostatecznego zmniejszenia nadmiaru masy ciała o 70% było dwukrotnie większe.⁶

Zwiększenie aktywności fizycznej przyczynia się do redukcji masy ciała przed operacją i poprawia wydolność fizyczną, co może prowadzić do zmniejszenia częstości powikłań chirurgicznych oraz skrócenia czasu rekonwalescencji.⁸ Łączenie wysiłków aerobowych z treningiem siłowym ułatwi chorym redukcję masy ciała zarówno przed operacją, jak i po niej, a także późniejsze utrzymanie zmniejszonej masy ciała. Z przeprowadzonych badań wynika, że osoby, które już są aktywne fizycznie lub rozpoczną program ćwiczeń przed operacją, prawie dwukrotnie częściej kontynuują ćwiczenia po operacji niż osoby, które nie ćwiczą przed operacją.^{9,10}

Pytanie: Jakie jest uzasadnienie wyeliminowania napojów gazowanych (nawet niezawierających cukru) oraz kawy?

Odpowiedź: Większość zespołów chirurgicznych zaleca, aby chorzy unikali napojów gazowanych i kofeiny w celu zapobiegania podrażnieniu żołądka i nietolerancji.¹¹ Nie ma zbyt wielu dowodów naukowych potwierdzających słuszność tego postępowania. Te zalecenia oparte są głównie na kazuistycznych danych i obserwacjach chorych. Przyszłe badania pozwolą na ustalenie, czy te zmiany sposobu odżywiania są konieczne. Obecnie wskazane jest, aby chorzy postępowali zgodnie z zaleceniami poszczególnych chirurgów.

Do alternatywnych napojów, zwykle dozwolonych (oprócz wody), należą herbata i kawa bezkofeinowa, niesłodzone napoje niegazowane oraz niesłodzone wody smakowe. Należy też zachęcać chorych do zwracania uwagi na informacje na etykietach produktów oraz picia jedynie napojów bez dodatku cukru, aby uniknąć spożycia nadmiaru kalorii pozbawionych wartości odżywczych.

Pytanie: Jak zmieni się u mnie leczenie cukrzycy po operacji bariatrycznej?

Odpowiedź: Redukcja masy ciała wiąże się z poprawą kontroli glikemii i zmniejszeniem umieralności wśród chorych na cukrzycę.^{12,13} Operacje bariatryczne są skuteczną metodą zmniejszania masy ciała u otyłych osób, a ponadto wykazano, że poprawiają one wyniki leczenia u chorych na cukrzycę.^{3,14-17} Różnice wyników zależą głównie od typu wykonanej operacji. Buchwald i wsp.³ stwierdzili, że operacja omięcia żołądka powodowała ustąpienie cukrzycy u około 84% chorych, a wśród poddanych laparoskopowemu zabiegowi założenia regulowanej opaski na żołądek cukrzyca ustępowała po operacji u około 48% chorych. Całkowite ustąpienie cukrzycy powoduje, że chorzy mogą przerwać przyjmowanie leków przeciw cukrzycy-

wych, a mimo to utrzymuje się u nich dobra kontrola glikemii. Jeśli nawet nie uzyskano całkowitego ustąpienia cukrzycy, to pewną poprawę obserwowano u 86% chorych podawanych operacjom żołądka niezależnie od rodzaju wykonanego zabiegu.

Właściwe leczenie cukrzycy rozpoczyna się już przed operacją. W ośrodku wykonującym operacje bariatryczne wykonuje się u chorych odpowiednie badania laboratoryjne, a pacjenci powinni przed operacją prowadzić szczegółowe dzienniczki stężenia glukozy we krwi. Wyniki badań laboratoryjnych oraz dokumentacja dotycząca glikemii są podstawą, która ułatwia leczenie cukrzycy po operacji. Schemat leczenia ustala się indywidualnie w szpitalu lub przychodni dla chorych poddawanych operacjom bariatrycznym,¹⁸ ale u większości chorych na cukrzycę dawkowanie leków doustnych lub insuliny modyfikuje się bezpośrednio po operacji. Po wypisie ze szpitala leczenie cukrzycy wymaga częstych kontroli w ciągu pierwszych 6-8 tygodni. Później w ciągu pierwszego roku, w miarę stabilizacji ilości przyjmowanych pokarmów, poziomu aktywności fizycznej oraz masy ciała, potrzebna jest indywidualizowana kontrola.¹⁸ Chorzy powinni również pamiętać o tym, że po operacji bariatrycznej możliwy jest pewien przyrost masy ciała,¹⁹ a ostateczny wynik pod tym względem może wpłynąć na potencjalną poprawę kontroli glikemii po operacji.²⁰ Chorzy powinni odpowiednio współpracować z zespołem prowadzącym leczenie bariatryczne, w tym zgłaszać się na wymagane wizyty kontrolne, aby możliwe było uzyskanie długotrwałego zmniejszenia masy ciała.²¹

Pytanie: Jak będę zaspokajać zapotrzebowanie na białko po operacji bariatrycznej?

Odpowiedź: Odpowiednie spożycie białka po operacji bariatrycznej ma zasadnicze znaczenie jako środek zapobiegający utracie masy mięśniowej i zachowaniu tłuszczu trzewnego.¹¹ Białka pełnowartościowe zawierają wszystkie dziewięć niezbędnych aminokwasów oraz odpowiednie substraty do wytwarzania pozostałych 11 aminokwasów. Dla organizmu najlepszymi substratami do syntezy nowych białek są kazeina oraz białka soi i serwatki (w postaci jajek, soi oraz mleka)²² i powinny to być główne źródła białka w diecie. Inne zwierzęce i roślinne źródła białek, mimo że nie uważa się ich za równie wartościowe, mogą ułatwić pacjentom zaspokojenie zapotrzebowania na aminokwasy, jeżeli stanowią element zróżnicowanej diety.¹¹ Aby zaspokoić zapotrzebowanie na białko po operacji bariatrycznej chorzy powinni podczas każdego posiłku jeść najpierw białko. Najlepiej tolerowane są wilgotne produkty

białkowe spożywane w małych kęsach i przeżuwane do konsystencji papki.

Zapotrzebowanie na białko można ustalać indywidualnie w przedziale 1,0-1,5 g/kg należnej masy ciała u chorych po operacji omińnięcia żołądka lub założenia opaski.¹¹ Ze względu na zaburzenia wchłaniania białka w przypadku wyłączenia żółciowo-trzustkowego spożycie białka należy zwiększyć o około 30%. Oznacza to spożycie około 60-80 g/24 h po operacji omińnięcia żołądka lub założenia opaski oraz 90 g/24 h po zabiegu wyłączenia żółciowo-trzustkowego.²³

W okresie bezpośrednio po operacji w celu zaspokojenia zapotrzebowania na białko większość zespołów chirurgicznych zaleca stosowanie płynnych suplementów białek lub preparatów białkowych w proszku.²⁴ Mimo że pokarmy stałe uważa się za idealne źródło białka ze względu na zapewnienie długotrwałej sytości, płynne suplementy białek odgrywają ważną rolę w ciągu pierwszego roku. Należy również oceniać faktyczne spożycie, aby mieć pewność, że jako źródła białka pacjenci rzeczywiście wybierają kazeinę, soję lub białka serwatki.

Pytanie: Dlaczego należy uczęszczać na spotkania grup wsparcia po operacji bariatrycznej?

Odpowiedź: Uczestnictwo w spotkaniach grup wsparcia po operacji bariatrycznej jest cennym elementem dalszego leczenia. Uzyskano dowody wskazujące na istotną różnicę redukcji masy ciała po roku od operacji między chorymi, którzy uczęszczali na spotkania grup wsparcia a nieuczęszczającymi w takich spotkaniach.^{25,26} Grupy wsparcia mogą mieć tradycyjną strukturę usystematyzowanych lub nieformalnych spotkań grupowych, a także zrzeszać osoby komunikujące się przez internet.

Grupy wsparcia mogą zapewnić chorym poczucie łączności z osobami znajdującymi się w takiej samej sytuacji, motywując do przestrzegania zaleceń terapeutycznych w ramach programu redukcji masy ciała, większą odpowiedzialność, wzajemne wspomaganie, a także możliwość wzajemnej edukacji.²⁵ Wyrażono również pogląd, że grupy wsparcia mogą zastąpić obserwację kliniczną u chorych, którzy mają poczucie winy z powodu nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych.²⁷ Uczestnictwo w spotkaniach grupy wsparcia może pomóc tym chorym w powrocie na właściwą drogę przed kluczowymi ponownymi spotkaniami ze specjalistą prowadzącym leczenie bariatryczne. Jest to istotne, ponieważ niezgłaszanie się na wizyty kliniczne wiąże się z gorszymi odległymi wynikami leczenia pod względem redukcji masy ciała.²⁸

W miarę zwiększania się liczby wykonywanych operacji bariatrycznych opieka nad chorymi będzie coraz częściej sprawowana przez klinicystów działających poza tradycyjnymi zespołami prowadzącymi leczenie bariatryczne. Specjaliści w edukacji diabetologicznej mogą udzielić chorym wsparcia i dostarczyć wskazówek w okresie przygotowań do operacji bariatrycznej, a potem dalej służyć im pomocą po zabiegu. Znajomość aktualnych, opartych na dowodach z badań naukowych zaleceń dotyczących leczenia bariatrycznego ułatwi klinicystom optymalne leczenie tej coraz liczniejszej populacji chorych.

Diabetes Spectrum, Vol. 22, No. 2, 2009, p. 110. Weight Loss Surgery: Common Questions.

Piśmiennictwo

- 1 Latifi R, Kellum JM, DeMaria EJ, Sugerman HJ: Surgical treatment of obesity. In Handbook of Obesity Treatment. 3rd ed. Wadden TA, Stunkard AJ, Eds. New York, Guilford Press, 2002, p. 339-356
- 2 National Center for Health Statistics: Health, United States, 2006. With Chartbook on Trends in the Health of Americans. Hyattsville, Md., National Center for Health Statistics, 2006
- 3 Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrback K, Schoelles K: Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. JAMA 292: 1724-1737, 2004
- 4 Tarnoff M, Kaplan LM, Shikora S: An evidence-based assessment of preoperative weight loss in bariatric surgery. Obes Surg 18: 1059-1061, 2008
- 5 Fris RJ: Preoperative low energy diet diminishes liver size. Obes Surg 14: 1165-1170, 2004
- 6 Still CD, Benotti P, Wood GC, Gerhard GS, Petrick A, Reed M, Strudel W: Outcomes of preoperative weight loss in high-risk patients undergoing gastric bypass surgery. Arch Surg 142: 994-998, 2007
- 7 Alvarado R, Alami RS, Hsu G, Safadi BY, Sanchez BR, Morton JM, Curet MJ: The impact of preoperative weight loss in patients undergoing laparoscopic roux-en-Y gastric bypass. Obes Surg 15: 1282-1286, 2005
- 8 American Society of Bariatric Surgeons Public/Professional Education Committee: Bariatric surgery: postoperative concerns [article online]. Available from http://www.asbs.org/html/pdf/asbs_bspc.pdf
- 9 Bond DS, Phelan S, Wolfe LG, Evans RK, Meador JG, Kellum JM, Maher JW, Wing RR: Becoming physically active after bariatric surgery is associated with improved weight loss and health-related quality of life. Obesity 17: 78-83, 2009
- 10 Welch G, Wesolowski C, Piepuls B, Kuhn J, Romanelli J, Garb J: Physical activity predicts weight loss following gastric bypass surgery: findings from a support group survey. Obes Surg 18: 517-524, 2008
- 11 Aills L, Blankenship J, Buffington C, Furtado M, Parrott J: Bariatric nutrition suggestions for the surgical weight loss patient. Surg Obes Rel Dis 4 (5 Suppl.): S73-S108, 2008
- 12 Norris S, Zhang X, Avenell A, Gregg E, Bowman B, Serdula M, Brown T, Schmid C, Lau J: Long-term effectiveness of lifestyle and behavioral weight loss interventions in adults with type 2 diabetes: a meta-analysis. Am J Med 117: 762-774, 2004
- 13 Williamson DF, Thompson TJ, Thun M, Flanders D, Pamuk E, Byers T: Intentional weight loss and mortality among overweight individuals with diabetes. Diabetes Care 23: 1499-1504, 2000
- 14 Maggard MA, Shugarman LR, Suttrop M, Magliione M, Sugerman HJ, Livingston EH, Nguyen NT, Li Z, Mojica WA, Hilton L, Rhodes S, Morton SC, Shekelle PG: Metaanalysis: surgical treatment of obesity. Ann Intern Med 142: 547-559, 2005
- 15 Rubino F: Is type 2 diabetes an operable intestinal disease? A provocative yet reasonable hypothesis. Diabetes Care 31 (Suppl. 2): S290-S296, 2008