

Chirurg jako preventivní kardiolog: bariatrická chirurgie v léčbě metabolických onemocnění

**Komentář k Interdisciplinárním evropským závazným doporučením
pro chirurgickou léčbu těžké obezity**

Petr Sucharda

*Česká obezitologická společnost, Česká lékařská společnost J. E. Purkyně,
Praha, Česká republika*

První chirurgický výkon pro těžkou obezitou – resekci tenkého střeva – provedl Henriksson v Göteborgu před více než půlstoletím v roce 1952. Následovala téměř tři desetiletí jejunoileálních bypassů, kterých bylo jen v USA provedeno více než 100 000, a to přesto, že pokles hmotnosti o desítky kilogramů byl zaplacen závažnými vedlejšími účinky, zejména trvalými průjmy, minerálovou dysbalancí, nefrolitiázou a jaterním selháním. Zásadní pokles hmotnosti ovšem vedl k úpravě metabolických odchylek, spojených s obezitou, byť z té doby nemáme tak průkazné studie jako z nedávnější minulosti.

V tehdejší Československu nebyly výkony na tenkém střevě prováděny prakticky vůbec, zejména proto, že případů těžké obezity zde bylo do osmdesátých let velmi málo. Díky dvěma vynikajícím osobnostem – internistovi prof. Jiřímu Šonkovi a chirurgce prof. Marii Peškové – byl v první polovině 80. let zachycen trend restričních výkonů na žaludku, zahájený v roce 1965 Masonem a Item z univerzity v Iowa City. Žaludeční bypass, vycházející z principu Billrothovy resekce žaludku II. typu, je dosud jedním ze dvou nejčastějších způsobů, jak dosáhnout signálů o naplnění žaludku již po požití velmi malého množství potravy. Druhý typ, bandáž žaludku, se vyvinul z gastroplastiky (poprvé provedené opět Masonem v roce 1971), když prošívat žaludku bylo nahrazeno stažením bandáží, původně fixní, záhy pak adjustabilní.

Účinnost bariatrických* výkonů se od začátku poměřovala poklesem tělesné hmotnosti. Brzy bylo zřejmé, že příznivé důsledky hubnutí nezáleží na způsobu

redukce, ale na jejím rozsahu a dosaženém trvání. Přestože úbytky po výkonech na žaludku byly nerosvratelně větší než při konzervativních postupech, tak zásadní zlepšení metabolických odchylek bylo překvapením. Švédská studie, výstižně nazvaná SOS study (Swedish Obese Subjects), přinesla mimo jiné pro internisty poněkud šokující zjištění, že nejúčinnější léčbou diabetu 2. typu je adjustabilní žaludeční bandáž!⁽¹⁾ A výsledky dlouhodobého sledování těchto pacientů (kterých bylo přes 4 000), publikované zcela nedávno, ukázaly, že jak adjustabilní žaludeční bandáž, tak žaludeční bypass dlouhodobě snižují celkovou mortalitu, resp. mortalitu na diabetes, kardiovaskulární onemocnění a maligní nádory.^(2,3) Ve zcela recentním vydání renomovaného časopisu Diabetes Care (únor 2008) je přehledný článek o bariatrické chirurgii nadepsán „Diabetes 2. typu – operabilní střevní nemoc?“ s podtitulkem „Provokativní, a přece rozumná hypotéza“.⁽⁴⁾ Jeden z nestorů světové obezitologie, prof. George A. Bray, klade v editoriale v New England Journal of Medicine následující otázku: Jestliže úmyslné snížení [nadměrné] tělesné hmotnosti prodlužuje délku života, neměly by být současné požadavky na hodnoty BMI změněny? A odpověď je podle něj „zvučné ano“.⁽⁵⁾

Předkládaná doporučení tak daleko nejdou a zůstávají u hodnot BMI 40, resp. 35, při již existujících komplikacích. Zdůrazňují nicméně, že rozhodující je nejvyšší dosažený BMI, nikoli jeho aktuální hodnota v době zvažování operace. Indikace chirurgické léčby obezity se za 20 let, které uplynuly od prvního českého sdělení na toto téma,⁽⁶⁾ vlastně nezměnily. Již tehdy platilo, že bariatrické výkony nejsou záležitostí pouze nejtěžších případů obezity. Jsou indikovány i u obezity 2. stupně s komplikacemi metabolickými, kardiorespiračními i pohybovými; nyní nově také se závažnými psychologickými problémy, u nichž se předpokládá zlepšení po snížení hmotnosti. Současná doporučení směřují k přesnějšímu časování bariatrické operace v průběhu komplexní obezitologické péče

Adresa: MUDr. Petr Sucharda, CSc., III. interní klinika, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, U nemocnice 1, 128 08 Praha 2, Česká republika, e-mail: petr.sucharda@lf1.cuni.cz

*Bariatrie neznamená nic jiného než obezitologie – obor, věnující se těžkým (tedy obezním) pacientům. V praxi však je vyhrazen pro chirurgické léčení obezity.

a poprvé kodifikují bariatrické výkony u dospívajících a také u osob po 60. roce věku. Rovněž nově jsou zpracovány specifické kontraindikace výkonů, z nichž je třeba zdůraznit jak neexistenci předcházející obezitologické péče, tak neschopnost pacienta být dlouhodobě sledován.

Doporučení se nezabývají chirurgickými technikami; jejich hlavní přednost spočívá ve skutečně širokém interdisciplinárním pohledu. Velká pozornost je věnována předoperační přípravě, která je chápána neobvykle široce a odpovídá moderním požadavkům na poučeného a plně kompetentního pacienta. Zkušený obezitolog jistě posuzuje jak motivaci, tak náhled na reálné možné výsledky operace zcela automaticky, ale rozhodně by standardním postupem mělo být vyšetření psychologem, specializovaným na problematiku obezity a dobře obeznámeným s prováděnými bariatrickými výkony. Stejná pozornost je věnována pooperačnímu sledování po jednotlivých výkonech, včetně spektra a intervalů biochemických vyšetření.

V závěru doporučení jsou zmíněna témata, jimž se panel BSCG (The Bariatric Scientific Collaborative Group) chce věnovat v budoucnu. K nim patří problematika kvalifikace bariatrických chirurgů a definice tzv. center excellence. Prezident IFSO (Mezinárodní federace bariatrických chirurgů) John Melissas již předložil návrh,⁽⁷⁾ podle kterého by v každém centru mělo být provedeno nejméně 100 bariatrických výkonů ročně a bariatrický chirurg by měl operovat alespoň padesátkrát ročně. Návrhy pochopitelně obsahují i požadavky na jejich odbornou přípravu.⁽⁸⁾

Při této příležitosti musím zdůraznit naprostou výjimečnost situace, kdy prvními dvěma autory mezinárodních (evropských) doporučení jsou dva čeští odborníci. Postavení české obezitologie a její chirurgické (bariatrické) větve je v evropském i mezinárodním srovnání mimořádné a pravděpodobně nemá – alespoň mezi interními obory – obdoby. Prof. Martin Fried je celosvětově uznávaným odborníkem v chirurgii obezity, a to nejen kvůli prioritnímu provedení laparoskopické bandáže žaludku; doc. Vojtěch Hainer je současným prezidentem Evropské společnosti pro léčbu a výzkum obezity (EASO). Česká obezitologie je (přinejmenším v Evropě) ceněna právě pro svůj interdisciplinární přístup a úzkou, nekonfliktní spolupráci mezi obezitology-internisty a bariatrickými chirurgy. Přesto nejsou možnosti bariatrie v Česku zdaleka využívány. V posledních letech je u nás prováděno 500 až 650 operací pro obezitu ročně. To je mimo jiné výsledkem malé poptávky, protože podle průzkumu prof. Frieda je praktickými lékaři doporučeno k vý-

konu pouhé 1 % indikovaných osob. Pětinasobnou potřebu bariatrických výkonů proti stávajícímu počtu je nutno považovat spíše za podhodnocenou; reálný by mohl být až desetinásobný vzestup počtu výkonů.

Interdisciplinární evropská závazná doporučení pevně zakotvují chirurgickou léčbu obezity v současném spektru standardních terapeutických možností. I když indikace konkrétního pacienta ke konkrétnímu výkonu zůstává v kompetenci zkušeného obezitologa, je povinností všech lékařů tyto možnosti léčby obezity znát a *po vyčerpání* konzervativních možností (počínaje kurzy snižování hmotnosti a nutričními poradnami) závažně obézní s touto možností seznámit a odeslat do příslušného centra. Současnou epidemií obezity nezvládneme ani přehlížením, ani planým moralizováním, ani neadekvátními požadavky na zhubnutí bez jasné a srozumitelné pomoci a podpory. Každý může alespoň trochu změnit své stravovací a pohybové návyky, ale naprostá většina obézních je obětí nikoli soustavného přejídání, ale obezitogenního prostředí, které k nekonečné nabídce energeticky bohaté stravy neposkytuje přiměřenou nutnost tělesné námahy. Obezita je daní za fyzicky pohodlný způsob života a odsuzovat obézní pacienty je stejně naivní jako odsuzovat automobily nebo atomové elektrárny.

LITERATURA

1. Sjöström CD, Lissner I, Wedel H, et al. Reduction in incidence of diabetes, hypertension and lipid disturbances after intentional weight loss induced by bariatric surgery: the SOS Intervention Study. *Obes Res* 1999;7: 477–84.
2. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish Obese Subjects. *New Engl J Med* 2007;357:741–52.
3. Adams TD, Gress RE, Smith SC, et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *New Engl J Med* 2007;357:753–61.
4. Rubino F. Is type 2 diabetes an operable intestinal disease? A provocative yet reasonable hypothesis. *Diab Care* 2008;31:S290–S296.
5. Bray GA. The missing link – lose weight, live longer. *New Engl J Med* 2007;357:818–20.
6. Sucharda P, Šonka J, Pešková M. Indikace chirurgické léčby obezity. *Čas Lék čes* 1987;126:844–6.
7. Melissas J. IFSO guidelines for safety, quality and excellence in bariatric surgery (proposal). *E-mailové sdělení k dispozici u autora*.
8. Miller K. IFSO-certified and recommended bariatric surgery training centers (TC) guidelines (proposal). *E-mailové sdělení k dispozici u autora*.