

تأثیر عمل جراحی کوچک کردن معده با حلقه قابل تنظیم در کاهش وزن بیماران مبتلا به چاقی مفرط

کرم اله طولابی^۱، محمد رضا فرهمند^۲

۱- استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران (گروه جراحی)

۲- رزیدنت جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران

یافته / دوره هفتم / شماره ۱ / بهار ۸۴ / مسلسل ۱۴

چکیده

دریافت مقاله: ۸۳/۹/۱۷، پذیرش مقاله: ۸۳/۱۱/۱۹

*** مقدمه:** چاقی مفرط دارای عوارض زیادی از جمله مشکلات جسمی، اجتماعی و روانی است و شیوع آن در جامعه به افزایش است. چاقی مفرط یکی از علل مرگ و میر زودرس است. برای درمان چاقی مفرط روش‌های مختلف طبی و جراحی با نتایج متفاوت وجود دارد.

در این مطالعه اثرات و نتایج درمان چاقی مفرط به روش کوچک کردن حجم معده با باند قابل تنظیم از طریق لاپاروسکوپی بررسی شده است.

*** مواد و روش‌ها:** این تحقیق یک مطالعه مداخله‌ای آینده نگر بود که روی بیماران مبتلا به چاقی مفرط ($BMI > 40$) و با $BMI > 35$ همراه با عوارض) که فاقد بیماری هیپوتیروئیدی، هیپرکورتیزولیسم و بیماری شناخته شده روانی بوده اند انجام شد. تعداد بیماران ۳۲ بیمار (۲۷ زن و ۵ مرد) با متوسط سن ۳۴ سال (بین ۲۱ تا ۵۶ سال) بود. متوسط وزن بیماران قبل از عمل ۱۱۷ کیلوگرم (بین ۹۲ تا ۱۵۹ کیلوگرم) و متوسط شاخص توده بدنی (BMI) بیماران قبل از عمل ۴۳/۴ کیلوگرم / متر مربع (بین ۳۴ تا ۵۶) بوده است. متوسط دوره پیگیری بیماران پس از عمل ۱۲ ماه (بین ۶ تا ۱۸ ماه) می‌باشد.

*** یافته‌ها:** متوسط کاهش وزن اضافی بیماران سه ماه بعد از عمل ۲۹٪ (بین ۸ تا ۶۲٪) شش ماه بعد از عمل ۴۶٪ (بین ۱۸ تا ۹۰٪) نه ماه بعد از عمل ۶۰٪ (بین ۲۶ تا ۹۲٪) و یک سال بعد از عمل ۷۵٪ (بین ۳۶ تا ۹۸٪) بوده است ($p < 0.001$). متوسط زمان عمل جراحی ۵۵ دقیقه (بین ۲۵ تا ۱۲۵ دقیقه) و متوسط زمان بستری در بیمارستان ۲۴ ساعت (بین ۱۲ تا ۷۲ ساعت) بود. تهوع، استفراغ و ریزش مو شایع‌ترین عوارض زودرس پس از عمل بود که در ۱۲ بیمار (۳۸٪) دیده شد. از عوارض دیررس عفونت پورت در ۲ بیمار (۶/۳٪) عفونت باند در ۱ بیمار (۳/۱٪) و جایگزینی اشتباه باند در ۱ بیمار رخ داد. در یک بیمار به علت آناتومی غیر طبیعی و عمل جراحی همزمان جراحی به نوع باز تبدیل شد. مرگ و میر در این مطالعه وجود نداشت.

*** نتیجه‌گیری:** با وجود این که این مطالعه جزء اولین تجرب در درمان چاقی مفرط به روش کوچک کردن حجم معده با باند قابل تنظیم از طریق لاپاروسکوپی بود؛ ولی نتایج بسیار خوبی در کاهش وزن بیماران با حداقل عوارض به دست آمد. در این مطالعه بیماران در مقایسه با سایر مطالعات، کاهش وزن بیشتر و سریع‌تری داشته‌اند که شاید علت آن مربوط به نحوه تغذیه بیماران ایرانی باشد و لذا نیاز به مطالعات تکمیلی بیشتری در این زمینه وجود دارد.

جراحی به روش کوچک کردن حجم معده با باند قابل تنظیم یک روش مؤثر و کم‌خطر در درمان چاقی مفرط است.

واژه‌های کلیدی: چاقی مفرط، باند قابل تنظیم معده، کاهش وزن، لاپاروسکوپی

آدرس مکاتبه: تهران، انتهای بلوار کشاورز، بیمارستان امام (ره)، بخش جراحی لاپاروسکوپی

مقدمه

کوچک کردن معده با باند قابل تنظیم و مقایسه آن با سایر مطالعات ارائه شده است.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع مداخله ای آینده نگر است که روی ۳۲ بیمار مبتلا به چاقی مفرط از اردیبهشت ۸۲ تا مهر ۸۳ در بیمارستان میلاد تهران انجام شد. منظور از مبتلایان چاقی مفرط، بیمارانی بودند که شاخص توده بدنی (*BMI*) آنها مساوی یا بیشتر از ۴۰ و یا *BMI* مساوی یا بیشتر از ۳۵ همراه با یک عارضه ناتوان کننده^۱ باشد. بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید و کم کاری غده فوق کلیوی و مبتلایان به بیماری های روانی از مطالعه خارج شدند. روش جراحی در تمام بیماران کوچک کردن معده با باند قابل تنظیم (*Laparoscopic Adjustable Gastric Banding*) با *MID_BAND* بوده و متوسط طول مدت پیگیری بیماران پس از عمل جراحی ۱۲ ماه (بین ۶ تا ۱۸ ماه) بود.

روش جراحی

برای کلیه بیماران یک جراح لاپاروسکوپیست آموزش دیده جراحی *Laparoscopic Adjustable Gastric Banding* (با ند *MID-BAND*) را انجام داد. در این روش پس از گذاشتن پنج تروکار و قرار دادن رترکتور کبد، امتوم کوچک در محل اتصال معده به مری دیسکسیون می شود و از آنجا باند به دور معده چرخانده و ثابت می شود. سپس معده با یک بخیه به دیافراگم فیکس می شود. مخزن باند (*Port*) در زیر پوست قرار می گیرد و پس از اتمام جراحی هیچ تزریقی داخل مخزن انجام نمی شود. بعد از هوشیاری کامل مایعات شفاف شروع و در صورت تحمل روز بعد از عمل بیمار مرخص می شود. بیمار یک هفته پس از عمل می تواند غذای معمولی میل کند. بیماران ماهیانه ویزیت و کاهش وزن آنها در پرونده ثبت می شود. اولین تزریق شش هفته بعد از عمل جراحی انجام می شد (۱۵).

چاقی یک مشکل بهداشتی و رو به افزایش در سطح جهان است (۱). بیماران چاق مستعدنا توانایی های فیزیکی، روانی و اجتماعی هستند. این ناتوانایی ها شامل بیماری عروق کرونر (۲) فشار خون (۳) مشکلات تنفسی، دیابت نوع دو (۴)، بیماری های تخریبی مفصلی و خطر بالای سرطان های رحم، تخمدان، کولون، پروستات و پستان است (۵). این افراد از افسردگی رنج می برند و با مشکل اشتغال مواجه هستند. درمان قطعی این بیماران دشوار است؛ ولی کاهش وزن پایدار این بیماران باعث بهبودی شایان توجه در ناتوانایی های فوق، افزایش کیفیت زندگی و افزایش طول عمر می شود (۶).

اقدامات غیر جراحی از جمله رژیم درمانی، داروهای ضد اشتها، تمرینات ورزشی و رفتار درمانی نتوانسته اند در درازمدت کاهش وزن قابل قبول و پایداری در بیماران مبتلا به چاقی مفرط ایجاد کنند. از طرفی اعمال جراحی اگرچه قادر به کاهش وزن محسوس و پایداری شده اند ولی بدون عوارض و خطرات نبوده اند (۷). اعمال جراحی در درمان چاقی مفرط به دو دسته جراحی های محدود کننده و جراحی های کاهش دهنده جذب از دستگاه گوارش تقسیم می شوند. در حال حاضر هر دو روش جراحی با زولاپاروسکوپی انجام پذیر است. جراحی های محدود کننده با توجه به عوارض کمتر مقبولیت بیشتری دارند. جراحی کوچک کردن معده با باند تنظیم شونده جزء جراحی های محدود کننده است و عمدتاً برای افرادی که شیرینی خور نیستند و عادت به خوردن غذا های حجیم با کالری پایین دارند پیشنهاد می شود. با توجه به این که در ایران هم اکثر افراد غذا های پر حجم و کم کالری مصرف می کنند، جراحی کوچک کردن معده با باند قابل تنظیم روش مناسبی در درمان بیماران چاقی مفرط است.

در این مطالعه آینده نگر که روی ۳۲ بیمار مبتلا به چاقی مفرط انجام شده است، میزان کاهش وزن بعد از جراحی

1. comorbidity

روشهای آماری

اطلاعات بدست آمده با استفاده از آزمونهای آماری توصیفی و استنباطی آزمون *t* در گروههای همتا و آزمون فریدمن جهت مقایسه وزن بعد از عمل در زمانهای مختلف استفاده شد. نرم افزار آماری مورد استفاده SPSS نسخه ۱۱/۵ بود.

یافته ها

افراد مورد پژوهش ۳۲ بیمار (۲۷ زن و ۵ مرد) مبتلا به چاقی مفرط با میانگین سنی ۳۴ سال (بین ۲۱ تا ۵۶ سال) بودند. میانگین وزن و شاخص توده بدنی (*BMI*) قبل از عمل بیماران ۱۱۷ کیلوگرم (بین ۹۲ تا ۱۵۷ کیلوگرم) و ۴۳/۴ کیلوگرم/مترمربع (بین ۳۴ تا ۵۶) بوده است. بیماریهای همراه در ۱۶ بیمار (۵۰٪) وجود داشت از جمله فشار خون بالا در ۳ بیمار (۹٪)، بیماریهای انسدادی مزمن ریه در ۳ بیمار (۹٪)، دیابت نوع دو در ۵ بیمار (۱۵٪) و اپنه خواب در ۵ بیمار (۱۵٪). ۹ بیمار (۲۷٪) سابقه جراحی قبلی مانند کله سیستکتومی، آپاندکتومی و هیستریکتومی داشتند. در یک بیمار (۳/۲٪) به دلیل اناتومی غیر طبیعی و داشتن جراحی همزمان دیگر، جراحی به نوع باز تبدیل شد. متوسط زمان عمل جراحی ۵۵ دقیقه (بین ۲۵ تا ۱۲۵ دقیقه) و متوسط زمان بستری در بیمارستان پس از جراحی ۳۶ ساعت (بین ۱۲ تا ۷۲ ساعت) بود.

تمام بیماران ماهیانه مورد معاینه می شدند و میزان کاهش وزن آنها در پرونده ثبت می شد. متوسط دوره پیگیری بیماران ۱۲ ماه (بین ۶ تا ۱۸ ماه) بود. همه بیماران در دوره پیگیری کاهش وزن داشتند. میزان متوسط از دست دادن وزن اضافی در پایان ۳، ۶، ۹ و ۱۲ ماه بعد از جراحی ۲۹٪ (بین ۸ تا ۴۶٪)، ۴۶٪ (بین ۱۸ تا ۹۰٪)، ۶۰٪ (بین ۲۶ تا ۹۲٪) و ۷۵٪ (بین ۳۶ تا ۹۸٪) بود ($p < 0.001$).

عوارض کوتاه مدت (طی چهار هفته اول بعد از عمل) در ۱۲ بیمار (۳۸٪) دیده شد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی عوارض کوتاه مدت پس از جراحی کوچک کردن معده با باند قابل تنظیم با لاپاروسکوپی

عوارض کوتاه مدت (۴ هفته اول)	تعداد	درصد
۱. تهوع و استفراغ	۱۰	۳۲٪
۲. دیسترس تنفسی	۱	۳/۲٪
۳. هپاتیت دارویی	۱	۳/۲٪
۴. بدون عوارض	۲۰	۶۱/۶٪
جمع	۱۲	۱۰۰٪

شایع ترین آنها تهوع و استفراغ بود که در ۱۰ بیمار (۳۳٪) وجود داشت و همگی با درمان طبی بهبود یافتند. عوارض بلند مدت (بعد از ۴ هفته از عمل جراحی) در ۴ بیمار (۱۳٪) دیده شد (جدول شماره ۲).

در این مطالعه هیچ مورد مرگ و میر وجود نداشت.

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی عوارض دراز مدت پس از جراحی کوچک کردن معده با باند قابل تنظیم با لاپاروسکوپی

عوارض دراز مدت (بعد از ۴ هفته)	تعداد	درصد
۱- عفونت باند	۱	۳/۲٪
۲- عفونت پورت	۲	۶/۴٪
۳- جابجایی باند	۱	۳/۲٪
۴- بدون عوارض	۸	۸۷/۲٪
جمع	۴	۱۰۰٪

تمام بیماران ماهیانه مورد معاینه قرار می گرفتند و میزان کاهش وزن آنها در پرونده ثبت می شد. متوسط دوره پیگیری بیماران ۱۲ ماه (بین ۶ تا ۱۸ ماه) می باشد. همه بیماران در دوره پیگیری کاهش وزن داشتند. میزان متوسط از دست دادن وزن اضافی در پایان ۳، ۶، ۹ و ۱۲ ماه بعد از جراحی ۲۹٪ (بین ۸ تا ۴۶٪) و ۴۶٪ (بین ۱۸ تا ۹۰٪) و ۶۰٪ (بین ۲۶ تا ۹۲٪) و ۷۵٪ (بین ۳۶ تا ۹۸٪) بوده است ($p < 0.001$).

بحث

چاقی یک معضل رو به افزایش در جوامع امروزیست که مشکلات بهداشتی و هزینه های اقتصادی فراوانی به دنبال دارد. در حال حاضر روش های غیر جراحی نتوانسته اند کاهش وزن مفید و مداومی را ایجاد نمایند و تنها درمان

جراحی مجدد با لاپاروسکوپ در ۲ بیمار به علت عفونت با ند و سر خوردن با ند انجام شد؛ ولی در ۲ بیمار دیگر که عفونت پورت داشتند پورت به صورت سریایی و با بی حسی موضعی، خارج شد و با درمان آنتی بیوتیکی بهبود یافتند. با ند در یک بیمار به علت عفونی شدن با لاپاروسکوپ خارج شد. در سایر مطالعات هم میزان جراحی مجدد بین ۳/۶ تا ۱۵٪ گزارش شده است که علت آن سر خوردن با ند و اتساع حفره با قیما نده معده^۷ بوده است (۱۱). نکته جالب توجه این که هر دو بیمار مورد مطالعه که نیاز به جراحی مجدد داشتند به وسیله لاپاروسکوپ درمان شده و نیازی به جراحی باز نداشتند.

در برخی مطالعات شیوع نسبتاً زیاد (۹/۳٪) جدا شدن تیوپ از پورت گزارش شده است؛ ولی ما در این مطالعه هیچ موردی از جدا شدن تیوپ نداشتیم (۱۲).

نکته قابل توجه در این مطالعه کاهش وزن درخشان بیمار را ن مبتلا به چاقی مفرط بعد از جراحی است به طوری که میزان متوسط کاهش وزن اضافی بیمار را^۸ در پایان یک سال پس از جراحی ۷۵٪ بوده است. دیگوکسین و همکاران^۹ در مطالعه خود که روی ۲۷۴ بیمار مبتلا به چاقی مفرط انجام داده میزان کاهش وزن اضافی بیمار را ۴۹٪ در پایان یک سال بعد عمل جراحی و ۶۳٪ در دو سال بعد عمل بیان کرده اند (۶). مطالعه دیگری که روی ۵۶ بیمار دارای چاقی مفرط که با استفا ده از با ند سوئدی^{۱۰} انجام شده است، کاهش وزن یک ساله ۶۰٪ را گزارش کرده اند (۱۰). در مطالعه دیگری که روی ۱۵۸ بیمار که *BMI* قبل عمل آنها به طور متوسط 46 kg/m^2 بوده انجام شده است *BMI* آنها یک سال بعد عمل به 34 kg/m^2 و بعد دو سال

مؤثر در کاهش وزن بیمار را ن مبتلا به چاقی مفرط جراحی است. کاهش وزن مداوم در بیمار را ن چاقی مفرط باعث بهبودی بیماری های همراه، کیفیت زندگی، اعتماد به نفس و امید به زندگی بیشتر در بیمار را ن می شود (۶). به نظر می رسد که روش های جراحی در کاهش وزن و تداوم آن نسبت به روشهای مدیکال از نظر اقتصادی^۱ مقرون به صرفه تر می باشند (۷). هر چند در تمام روش های جراحی عوارضی وجود دارد.

امروزه جراحی کوچک کردن معده با با ند قابل تنظیم از طریق لاپاروسکوپی مورد توجه اکثر پزشکان و بیمار را ن قرار گرفته است چون روشی با حداقل تهاجم بوده و از نظر آنا تومی حداقل دستکاری روی بیمار انجام می شود ضمن آنکه کاملاً برگشت پذیر است. در بررسی مطالعات مختلف مؤثر بودن و بی خطر بودن این روش توسط جراحان با تجربه ثابت شده است. در مطالعه ما یک بیمار لوب چپ کبدی بزرگ داشت که باعث ایجاد اشکال در زمان جراحی شد. بلاچو^۲ و همکاران او نیز همین مشکل را در ۲ بیمار از ۳۰۰ بیمار خود داشتند که به دلیل لوب چپ بزرگ مجبور به تبدیل جراحی به نوع باز شدند (۸). به طور مشابه چللا^۳ و هنکاران هم اشکال آنا تومی در هیاتوس را در ۱۱ بیمار از ۱۸۵ بیمار (۶٪) گزارش کرده اند که منجر به تبدیل به جراحی باز شده است (۹). میزان تبدیل به جراحی باز در مطالعه ما ۳/۲٪ (در یک بیمار) بود که علت آن هم آنا تومی غیر طبیعی، جراحی هم زمان و طولانی شدن زمان عمل بوده است. رایت^۴ و همکاران میزان تبدیل به جراحی باز بالایی را در بیمار ان اولیه خود داشتند به طوری که در ۲۵ بیمار اول ۵۲٪ و در ۲۵ بیمار بعدی ۲۰٪ تبدیل به جراحی باز را گزارش کرده اند. این موضوع نشان می دهد که او در مرحله آموزش^۵ بوده است (۱۰).

در مطالعه ما ۴ بیمار (۱۳٪) دچار عوارض دیررس شدند که شامل عفونت با ند، عفونت پورت و سر خوردن باند^۶

1. Cost-effective

2. Belachew

3. Chelala

4. Wright

5. Learning Curve

10. Swedish Adjustable Gastric Banding

6. Band Slippage

7. Pouch Dilatation

8. Excess Weight Loss

9. Dixon et al

مطلوب ثابت نگه داشتن و حتی در برخی شرایط مانند حاملگی و یا بیماری‌های شدید، می‌توان محدودیت حجم معده را از بین برد.

نتیجه‌گیری

جراحی کوچک کردن حجم معده با باند قابل تنظیم به روش لاپاروسکوپی یک روش مؤثر در درمان بیماران مبتلا به چاقی مفرط است. این روش در بیماران که غذای پر حجم و کم‌کالری مصرف می‌کنند احتمالاً باعث کاهش وزن بیشتر و سریع‌تر می‌شود. ضمن آنکه جراحی کوچک کردن معده با لاپاروسکوپی نسبت به روش جراحی باز دارای عوارض کمتر و مدت بستری کوتاهتری است.

بنابراین قبل از آنکه این روش به عنوان روش معمول در درمان چاقی مفرط توصیه شود نیاز به مطالعه و تحقیقات بیشتر در زمینه نتایج درازمدت کاهش وزن، تداوم و عوارض دیررس آن دارد.

به 30 kg/m^2 و در پایان ۳۶ ماه به 28 kg/m^2 رسیده است (۱۳). کاهش وزن قابل توجهی که در این مطالعه به دست آمده احتمالاً به دلیل نحوه تغذیه در بیماران ایرانی است؛ زیرا اکثر این بیماران غذاهای با حجم زیاد و کالری کم مصرف می‌کنند. از آنجایی که جراحی کوچک کردن معده با باند تنظیم‌شونده جزء جراحی‌های محدودکننده است^۱، نتایج بسیار درخشانی در کاهش وزن این‌گونه بیماران دارد.

میزان کاهش وزن در روش کوچک کردن معده با باند در هر دو روش جراحی لاپاروسکوپی و جراحی باز تقریباً یکسان است ضمن آنکه در روش جراحی با لاپاروسکوپی میزان عوارض بعد از عمل کمتر است و به دلیل تنظیم متناوب باند، کنترل بیشتری در کاهش وزن وجود دارد (۱۴). از مهم‌ترین مزایای جراحی کوچک کردن معده با باند قابل تنظیم به روش لاپاروسکوپی تنظیم و کنترل حجم باقی‌مانده معده است. از این‌رو می‌توان بیماران را در یک وزن

References

1. Seidall JC. Obesity in Europe: scaling an epidemic. *Int J Obesity* 1999; 19:S1-4
2. Manson JE, Colditz GA, Stampfer MJ. A prospective study of obesity and risk for coronary artery disease in women. *N Engl J Med* 1990; 322: 882-889
3. Huang Z, Willett WC, Manson JE. Body weight, weight change and risk for hypertension in women. *Am J Epidemiol* 1999; 128: 81-88
4. Colditz GA, Willett WC, Rotnitaky A, Manson JE, Weight gain as a risk factor for clinical diabetes in women. *Ann Intern Med* 1995; 122: 481-486
5. Garfinkel L, Overweight and cancer. *Ann Intern Med* 1985, 103: 1034-1036
6. Dixon JB, Chapman LO, Brien P. Marked improvement in asthma after Lap-Band surgery for morbid obesity. *Obes Surg* 1999; 9: 385-389
7. Martin LF, Tan T, Horn J. Comparison of the cost associated with medical and surgical treatment of obesity. *Surgery* 1995; 118: 599-607.
8. Belachew M, Legrand M, Vincent V. Laparoscopic adjustable gastric banding. *World J Surg* 1998; 22: 955-963
9. Chelala E, Cadriere GB, Favretti F. Conversions and complications in 185 laparoscopic adjustable silicone gastric banding cases. *Surg Endosc* 1997; 11: 268-271.
10. Wright TA, Kow L, Wilson T, Toouli J. Early results of laparoscopic Swedish adjustable gastric banding for morbid obesity. *Br J Surg* 2000; 87: 363
11. Niville, Dams A. Late pouch dilation after laparoscopic adjustable gastric and esophagogastric banding: incidence, treatment, and outcome. *Obes Surg* 1999; 9: 381-384
12. Weiss H, Nehoda H, Labeck B. Gastroscopic band removal after intragastric migration of adjustable gastric band: a new minimal invasive technique. *Obes Surg* 2000;10: 167-170
13. O'Brien PE, Brown WA, Smith A. Prospective study of a laparoscopically placed, adjustable gastric band in the treatment of morbid obesity. *Br J Surg* 1999; 96: 113-118
14. Hell E, Miller KA, Moorehead MK, Norman S, Evaluation of health status and quality of life after bariatric surgery: comparison of standard Roux-en-Y gastric bypass, vertical banded gastroplasty and laparoscopic adjustable silicone gastric banding. *Obes Surg* 2000; 10: 214-219
15. Souba F, Jurkovich K, Pearce P. *Acs surgery principle and practice*. webmd. 2004: 438-440