



Bariatrik ve metabolik cerrahide yeni açılımlar ve HİPER-1 çalışması

New developments in bariatric and metabolic surgery and HIPER-1 study

Alper Çelik

Sayın Editör,

Metabolik Sendrom ve bu sendromun en önemli bileşeni olan tip 2 diyabet, tüm dünya ülkeleri için bir sorun teşkil edecek pandemik oranlara ulaşmış durumdadır (1). Global sağlık harcamalarının yaklaşık %8-10'u obezite için yapılmakta olup; bu oran ve sayılar her geçen gün katlanarak artmaktadır (2). Günümüz beslenme ve çevre koşulları göz önünde bulundurulduğunda obezitenin yakın gelecekte çok daha ciddi bir sağlık sorunu olacağı da aşîkârdır (3).

Obezitenin öncelikli tedavisinin beslenme ve yaşam tarzı değişikliği olduğu pek çok kılavuzda ifade ediliyor olmasına rağmen; hastaların büyük bir çoğunluğunda bu tedavi ile istenilen sonuçların elde edilmesi mümkün olmamaktadır (4). Hatta insülin direncine sahip prediyabet ve morbid obez olmayan bireylerde dahi, bu yaklaşım tarzı klinik hedeflere ulaşmaktan uzak kalmaktadır (5).

Şu an için obezite tedavisinde uzun vadeli ve en etkin sonuçlar Bariatrik ve Metabolik Cerrahi ile elde edilebilmektedir (6). Bariatrik cerrahi uygulamaları sadece obeziteyi değil, uygulanan yönetime göre değişmekle beraber, kilo kaybından bağımsız nöro-hümöral mekanizmalar sayesinde –özellikle- tip 2 diyabet gibi eşlik eden diğer hastalıkların tedavisinde de medikal tedaviye göre daha başarılı sonuçlar sağlamaktadır (7, 8).

Ne var ki, bizleri bu başarıya ulaştıran yolların nerelerden geçtiğini hala tam olarak bilmiyoruz. Kalori alımında kısıtlama, değişen bağırsak-beyin eksen, emilim değişiklikleri, mikrobiyotadaki değişim kısmen bildiğimiz faktörlerden bazıları olup; özellikle ince bağırsak kaynaklı hormonların ne düzeyde değiştiği, kimde değişmesi gerektiği, hangi ameliyatın ne ölçüde değiştirebildiği gibi sorular halen bir yanıt beklemektedir. Oysa cerrahi camia olarak bizler yanıtları bulmuş; ama sorunun ne olduğunu unutmuş bir tutum içindeyiz ve bu tutumun gelecekte sancılı sonuçları olacağı endişesi, her cerrahın uygulamalarını gözden geçirmesini gerektirmektedir. Bu endişenin en önemli gerekçelerine ait işaretler yakın geçmişte kendilerini yazılı, sosyal ve görsel basında belli etmişlerdir. Son 3 aylık dönem zarfında tüm medya organlarında obezite ameliyatlarına ait olumsuz sonuçlar ve ölüm haberleri yer etmiş ve camiamız bu durumdan etkilenmiştir.

Bu ameliyatların kimler tarafından, hangi koşullarda ve hangi eğitimler sonrasında yapılması gerektiği başka bir tartışmanın içeriği olmakla beraber; neden sadece obezite ameliyatlarına ait olumsuz sonuçların medyada kendine yer bulmakta olduğu düşündürücüdür.

Obezitenin dinamik, psikojenik temelli, çok bileşenli ve heterojen bir rahatsızlık olması sebebiyle çok sayıda cerrahi, medikal ve paramedikal yöntemler ile tedavi edilmeye çalışıldığı günümüz klinik pratiğinde doğal olarak disiplinler arası uyumsuzluklar ve hatta tartışmalar olacaktır. Ancak, bu durum hiçbir şekilde bir tedavi yöntemine ait olumsuzlukların medya organlarında çığırkanlık derecesinde duyurulmasını gerekli kılmaz. Bizlerin bu durumdan çıkarması gereken ders ise; uygulamakta olduğumuz tedaviye ait olası olumsuz durumlarda, sonuçların nereye varacağını gözden geçirmektir. Çünkü asıl problem; bugün ameliyat ettiğimiz bireyler yakın gelecekte tekrar kilo almaya ve kurtulduklarını düşündükleri hastalıklar tekrar kendilerini belli etmeye başladıklarında ortaya çıkacaktır.

Şu an yaşanmakta olan sorunlar buzdağının sadece suyun üstünde görülen parçası olup; asıl mesele yapmakta olduğumuz tedavinin düşündüğümüz kadar etkili olmadığı iddia edildiğinde ortaya çıkacaktır. Bu sorunla mücadele kapsamında hiçbir cerrahın “kilo alırsa tekrar küçültürüm” veya “kilo alırsa bypass” yaparım gibi bir beklenti içinde olmaması gerekir. Zira her başarısız medikal tedavi hasta uyumunu nasıl etkiliyorsa, her cerrahi uygulamaya ait olumsuz sonuçlar da hastaların ameliyat ile ilgili uyum ve beklen-

Türkiye Metabolik Cerrahi Vakfı,
Yönetim Kurulu, İstanbul, Türkiye

Address for Correspondence
Yazışma Adresi

Alper Çelik
e-mail: doktoralper@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 04.09.2015
Kabul Tarihi / Accepted: 26.10.2015

©Telif Hakkı 2016
Türk Cerrahi Derneği
Makale metnine
www.ulusalcerrahidergisi.org
web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2016
by Turkish Surgical Association
Available online at
www.ulusalcerrahidergisi.org

tilerini o derecede olumsuz etkilemektedir. Daha da önemlisi ilk ameliyat sonrası ortaya çıkan bazı anatomik değişiklikler o hasta için uygun olan ilave cerrahi tekniğin yapılabilmesini imkânsız hale getirebilir. En önemlisi ise emilim bozucu işlemleri bir kurtarıcı olarak görmek bizlerin konu ile ilgili çaresizliğini ifade etmekten daha uzağa gitmemektedir. Bu kısıtlılığın nedenlerinden ilki, emilim bozukluğu yani malabsorpsiyon'un Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanmış bir hastalık olmasıdır. İkincisi, emilim bozukluğunu "hediye ettiğimiz" hastaların mevcut eser element, kalsiyum ve özellikle demir eksikliği nedenleri ile egzersiz kapasitelerinin kısıtlanarak kendilerini tekrar ameliyat öncesi kısır döngünün içinde, hatta daha kötü bir halde bulacak olmalarıdır.

Bariatrik ve Metabolik Cerrahi konusunda hizmet vermekte olan her hekimin şu sorunun yanıtını araması gerekmektedir: "Nasıl oluyor da 30 mL poş yaptığımız gastrik bypass hastaları ile 100-150 mL hacme sahip sleeve gastrektomi hastalarının uzun dönem kilo kaybı oranları eşdeğer olabiliyor ve neden bu hastalar 3. yıldan sonra tekrar kilo almaya başlıyorlar?" Sırf bu sorunun yanıtı bile uzun vadeli başarının mekanik kısıtlama ile mümkün olamayacağını gösteriyor olmalıdır.

Orta ve uzun vadeli (5 ve >10 yıl) verilere baktığımızda etkin ve kalıcı kilo kaybının ileumu proksimalize eden; uzun vadede biliopankreatik diversiyon (BPD) ve duodenal switch (DS), orta vadede ileal transpozisyon (İT) ve transit bipartisyon (TB) gibi tekniklerle mümkün olduğunu hepimiz literatürden takip etmekteyiz (9-11). Bu ameliyat tekniklerinden BPD ve daha az olmakla beraber DS ciddi bir emilim bozukluğuna neden olmakta iken İT için bu risk kabul edilebilir, TB için ise minimal düzeydedir. Bizlerin hangi hastaya, hangi koşullarda ve hangi ameliyatın yapılması gerektiği konularını acil olarak aydınlatması gerekmektedir.

Bu sorunların üstesinden gelme adına Vakfımız bünyesinde uluslararası katılımlı (Türkiye, Avustralya, Hollanda, A.B.D.), çok merkezli ve prospektif bir çalışma yapılması planlanmıştır. "HİPER-1" (Human Intestinal Peptides Evaluation & Research) başlıklı çalışma hem sağlıklı erişkinlerde, hem farklı metabolik sorunlara sahip ameliyat olmamış bireylerde, hem de birbirinden farklı ameliyatlara olmuş hastalarda ince bağırsak kaynaklı nöropeptidlerin aktivitelerini ölçme ve bunu temel alan bir derecelendirme sistemi oluşturma prensibi üzerine inşa

edilmiştir. Gerekli düzenlemeleri yapılan ve Amerikan Federal Hükümeti'nin resmi klinik araştırma veritabanı olan Clinical Trials'a (www.clinicaltrials.gov) kayıt işlemleri tamamlanan çalışmamız ile ilgili detaylı ve güncel bilgiler vakfımızın internet sitesinden paylaşılabilecektir. Uzun vadeli olarak devam etmesi planlanan bu çalışmanın ilk ayağı HİPER-1 olarak adlandırılmış olup, ilk ve daha sonra takip edecek aşamaların cerrahi camianın katkıları ile tamamlanacağı inancındayız. Bu ve benzeri çalışmalar sayesinde birlikte hareket ederek hem hastalarımıza ve klinik uygulamalarımıza, hem de Bariatrik ve Metabolik Cerrahi'nin geleceğine çok önemli katkılar sağlayabiliriz.

KAYNAKLAR

1. Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health 2009; 9: 88-111. [\[CrossRef\]](#)
2. Berrington de Gonzalez A, Hartge P, Cerhan JR, Flint AJ, Hannan L, MacInnis RJ, et al. Body-mass index and mortality among 1.46 million white adults. N Engl J Med 2010; 363: 2211-2219. [\[CrossRef\]](#)
3. Berghofer A, Pischon T, Reinhold T, Apovian CM, Sharma AM, Willich SN. Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. BMC Public Health 2008; 8: 200-215. [\[CrossRef\]](#)
4. Kaplan LM, Seeley RJ, Harris JL. Myths associated with obesity and bariatric surgery. Bariatric Times 2012; 9: 5-7.
5. The Diabetes Prevention Program (DPP). Description of lifestyle intervention. Diabetes Care 2002; 25: 2165-2171. [\[CrossRef\]](#)
6. Buchwald H, Estok R, Fahrenbach K, Banel D, Jensen MD, Pories WJ, et al. Weight and type 2 diabetes after bariatric surgery: systematic review and meta analysis. Am J Med 2009; 122: 248-256. [\[CrossRef\]](#)
7. Ochner CN, Gibson C, Shanik M, Goel V, Geliebter A. Changes in neurohormonal gut peptides following bariatric surgery. Int J Obes (Lond) 2011; 35: 153-166. [\[CrossRef\]](#)
8. Vetter ML, Cardillo S, Rickels MR, Iqbal N. Narrative review: effect of bariatric surgery on type 2 diabetes mellitus. Ann Intern Med 2009; 150: 94-103. [\[CrossRef\]](#)
9. Marceau P, Biron S, Marceau S, Hould F, Lebel S, Lescelleur O, et al. Long-term metabolic outcomes 5 to 20 years after biliopancreatic diversion. Obes Surg 2015; 25: 1584-1593. [\[CrossRef\]](#)
10. Cho EY, Kemmet O, Frenken M. Biliopancreatic diversion with duodenal switch in patients with type 2 diabetes mellitus: is the chance of complete remission dependent on therapy and duration of insulin treatment? Obes Facts 2011; 4: 18-23.
11. DePaula AL, Stival AR, DePaula CC, Halpern A, Vencio S. Surgical treatment of T2DM: Mid-term outcomes of LII-SG for the treatment of T2DM patients with BMI below 35. Analysis of 202 cases. J Gastrointest Surg 2012; 16: 967-976. [\[CrossRef\]](#)