

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ
ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Το πρόβλημα

Η παχυσαρκία, η υπερβολική δηλαδή αύξηση του σωματικού βάρους και του λίπους, είναι μία **επιδημία**, που έχει πάρει εκρηκτικές διαστάσεις και θεωρείται βασική αιτία πολλών ασθενειών, του σύγχρονου υπερκαταναλωτικού δυτικού κόσμου. Στην Ελλάδα το 20-25% του πληθυσμού υπολογίζεται ότι είναι παχύσαρκοι.

Παγκόσμια οι παχύσαρκοι ξεπερνούν το 1 δισ. άτομα. Υπολογίζεται ότι σε 15 χρόνια, το 50% των κατοίκων στις ανεπτυγμένες χώρες θα είναι παχύσαρκοι. Δυστυχώς το πρόβλημα έχει μετακινηθεί και στις μικρές ηλικίες, με δραματική αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας στον κόσμο αλλά και στην Ελλάδα.

Η παχυσαρκία είναι νόσος

Δεν επιτρέπεται να θεωρείται ένα απλά αισθητικό πρόβλημα. Στην Ελλάδα 7000 άτομα το χρόνο θα πεθάνουν από αίτια που σχετίζονται με την παχυσαρκία. Υπολογίζεται ότι ένα παχύσαρκο άτομο ($BMI > 40$) χάνει 10 χρόνια ζωής, σε σχέση με ένα φυσιολογικό άτομο.

Παθήσεις που συνοδεύουν την παχυσαρκία

Υπέρταση

Σακχαρώδης διαβήτης (τύπου II)

Δυσλιπιδαιμία (αύξηση της "κακής" και μείωση της "καλής" χοληστερόλης)

Υπνική άπνοια

Δρ. Θεόδωρος Κ. Κότσιφας
Γενικός Χειρουργός

Λιπώδης διήθηση του ήπατος

Οστεοαρθρίτιδα

Χολολιθίαση

Δερματικά προβλήματα

Στεφανιαία νόσος

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Στυτική δυσλειτουργία και υπογονιμότητα (στον άνδρα)

Υπογονιμότητα και διαταραχές εμμήνου ρύσεως (στη γυναίκα)

Καρκίνος (παχέος εντέρου, προστάτη, μαστού, τραχήλου μήτρας, ουροδόχου κύστης)

Κατάθλιψη

Μεταβολικό Σύνδρομο (η συνύπαρξη αυξημένης περιφέρειας μέσης, με δυσλιπιδαιμία, υπέρταση, διαβήτη)

Αίτια παχυσαρκίας

Γενετικοί παράγοντες:

Ευθύνονται σε πολύ μεγάλο ποσοστό για την προδιάθεση του ατόμου να εμφανίσει παχυσαρκία.

Περιβαλλοντικοί παράγοντες:

Τρόπος ζωής - διατροφή - άσκηση

Ψυχολογικοί παράγοντες:

Αρνητικά συναισθήματα - κατάθλιψη

Ασθένειες:

Υποθυροειδισμός - κατάθλιψη - νευρολογικές παθήσεις

Φάρμακα:

Στεροειδή - αντικαταθλιπτικά

Δρ. Θεόδωρος Κ. Κότσιφας
Γενικός Χειρουργός

Δεν μπορούμε να αλλάξουμε τον γενετικό μας κώδικα, μπορούμε όμως να αλλάξουμε τον τρόπο ζωής (διατροφή - άσκηση)

Πού οφείλεται αυτή η επιδημία

Τρώμε πολύ περισσότερο, απ' όσο τρώγαμε πριν 50 χρόνια.

Ζούμε μια καθιστική καθημερινότητα χωρίς άσκηση

Μας εκβιάζουν σχεδόν να φάμε τις πιο διαδεδομένες εθιστικές ουσίες στον κόσμο: λίπος και ζάχαρη.

Οι εταιρείες τροφίμων ξοδεύουν τεράστια ποσά, για να προωθήσουν ένα δικό τους μοντέλο διατροφής.

Ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας

Ο παχύσαρκος ασθενής έχει έντονα αρνητική εικόνα του σώματός του. Παρουσιάζει συχνά κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση. Η κατάσταση επιβαρύνεται από τη στάση της κοινωνίας απέναντί του, η οποία στις δυτικές κοινωνίες είναι γενικά αρνητική, ιδιαίτερα στα μεσαία και ανώτερα κοινωνικά στρώματα.

Σαν αποτέλεσμα, ο παχύσαρκος βιώνει την κοινωνική απόρριψη, με λιγότερες πιθανότητες να βρει και να μείνει στην εργασία του, να κάνει φίλους, να παντρευτεί, ακόμα και να αντιμετωπιστεί ισότιμα από το ιατρικό και παραϊτρικό προσωπικό.

Που βρίσκεται το λάθος στην αντιμετώπιση του προβλήματος

Ο παχύσαρκος αισθάνεται **ένοχος**.

Εδώ βρίσκεται το **λάθος** και από εδώ ξεκινάει ο αγώνας της **ανατροπής**.

Δρ. Θεόδωρος Κ. Κότσιφας
Γενικός Χειρουργός

Το πρόβλημα της παχυσαρκίας δεν είναι ατομικό, αλλά κατ' εξοχήν κοινωνικό.

Και αυτό φαίνεται ξεκάθαρα στο τεράστιο πρόβλημα που έχουν κυρίως οι πλούσιες χώρες της Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής, με πρωτοπόρο της ΗΠΑ.

Ο δυτικός τρόπος ζωής, το όνειρο της ανθρωπότητας, μετατρέπεται τελικά σε καταστροφή.

Τι πρέπει να κάνει ο παχύσαρκος;

- Να διώξει τα αισθήματα ενοχής.
- Να πιστέψει ότι για το πρόβλημα υπάρχει επιστημονική λύση.
- Να ζητήσει βοήθεια και συμπαράσταση σε ανθρώπους **με γνώση, εμπειρία και ευαισθησία στο πρόβλημα.**

Ποια είναι η βασική συντηρητική αντιμετώπιση

- Αλλαγή τρόπου ζωής
- Σωστή διατροφή με τη βοήθεια διαιτολόγου
- Ψυχολογική υποστήριξη ενδεχομένως από ψυχολόγο
- Άσκηση
- Φάρμακα

Χειρουργική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας

Όταν αποτύχουν οι συντηρητικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση του προβλήματος, έρχεται η ώρα της χειρουργικής.

Η χειρουργική αποτελεί σήμερα τη μόνη αξιόπιστη, ασφαλή και με σταθερά αποτελέσματα σε βάθος χρόνου, λύση του προβλήματος της πολύ σοβαρής παχυσαρκίας.

Δρ. Θεόδωρος Κ. Κότσιφας
Γενικός Χειρουργός

Ποιοι θα πρέπει να υποβληθούν σε επέμβαση

Όσοι έχουν Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ ή BMI) > 40.

Όσοι έχουν ΔΜΣ > 35 αλλά έχουν κάποιες από τις παθήσεις που συνοδεύουν την παχυσαρκία.

Να έχουν αποτύχει επανειλημμένα οι συντηρητικές προσπάθειες (δίαιτα κ.λ.π.)

Να μην υπάρχει βαρύ ψυχιατρικό πρόβλημα ή αλκοολισμός.

Να έχει προηγηθεί ικανοποιητική ενημέρωση για τις δυνατότητες, τους περιορισμούς και τις επιπλοκές της επέμβασης.

Να γίνεται αποδεκτός ο εγχειρητικός κίνδυνος.

**Πώς υπολογίζουμε το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ)
ή Body Mass Index (BMI)**

$$\Delta\text{Μ}\Sigma = \frac{B \text{ (kgr)}}{Y^2 \text{ (m)}}$$

B = Βάρος σε χιλιόγραμμα

Y = Ύψος σε μέτρα

ΔΜΣ	Κατάταξη
< 18	Ελλιποβαρής
18-25	Φυσιολογικός
25-30	Υπέρβαρος
30-35	Παχύσαρκος
35-40	Σοβαρή παχυσαρκία
> 40	Πολύ σοβαρή παχυσαρκία

Δρ. Θεόδωρος Κ. Κότσιφας
Γενικός Χειρουργός

Σύγχρονες επεμβάσεις χειρουργικής παχυσαρκίας

ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Γαστρικός Δακτύλιος "Δακτυλίδι"	Επιμήκης Γαστρεκτομή "Μανίκι"	Γαστρική Παράκαμψη Γαστρικό Bypass	Χολοπαγκρεατική παράκαμψη
Adjustable Gastric Banding	Sleeve Gastrectomy	Roux-en-Y Gastric By Pass	Biliopancreatic Diversion

Στόχος της Βαριατρικής Χειρουργικής δεν είναι απλά και μόνο να μειώσουμε το βάρος,
αλλά να θεραπεύσουμε, να βελτιώσουμε, ή να προλάβουμε, τα προβλήματα και τις αρρώστιες
που συνοδεύουν την παχυσαρκία.

Γαστρικός Ρυθμιζόμενος Δακτύλιος (Δακτυλίδι)

Laparoscopic Adjustable Gastric Banding (LAGB)

Πώς γίνεται η επέμβαση

Σ' αυτή την επέμβαση τοποθετούμε ένα μαλακό δακτύλιο σιλικόνης, γύρω από το πάνω μέρος του στομάχου, που παίρνει ένα σχήμα κλεψύδρας. Έτσι δημιουργείται ένας μικρός θύλακος στομάχου πάνω από το δακτύλιο (15-30 ml περίπου), που αφήνει μία μικρά δίοδο προς το υπόλοιπο στομάχι κάτω από το δακτύλιο. Ο δακτύλιος έχει εσωτερικά ένα διατασσόμενο μπαλόνι, που συνδέεται με ένα λεπτό σωληνάκι, που καταλήγει σε μια βαλβίδα ρύθμισης, την οποία τοποθετούμε κάτω από το δέρμα. Από εδώ μπορούμε προσθέτοντας ή αφαιρώντας λίγο υγρό, να αυξάνουμε ή να μειώνουμε το μέγεθος του μπαλονιού του δακτυλίου, μεταβάλλοντας την ποσότητα τροφής και την ταχύτητα με την οποία μπορεί να περάσει από το δακτύλιο.

Η επέμβαση γίνεται λαπαροσκοπικά με γενικά νάρκωση.

Διαρκεί μία ώρα περίπου.

Η κινητοποίηση γίνεται την ίδια μέρα.

Η παραμονή στην κλινική είναι 12-24 ώρες.

Η επάνοδος στις καθημερινές δραστηριότητες γίνεται το πολύ σε μία εβδομάδα.

Η διατροφή για τον πρώτο μήνα περιορίζεται αρχικά σε υγρά και στη συνέχεια σε πολτώδεις τροφές.

Πώς γίνεται η ρύθμιση του δακτυλίου

Η ρύθμιση του δακτυλίου είναι απλή, γρήγορη και ανώδυνη. Γίνεται στο ιατρείο ή την κλινική. Η πρώτη ρύθμιση γίνεται ένα μήνα μετά την επέμβαση.

Δρ. Θεόδωρος Κ. Κότσιφας
Γενικός Χειρουργός

Στη συνέχεια θα γίνουν 3-4 ρυθμίσεις συνολικά σε συνεννόηση με το γιατρό σας σε διάστημα μερικών μηνών.

Πώς λειτουργεί ο δακτύλιος

Στη διάρκεια του γεύματος μια μικρή ποσότητα τροφής θα γεμίσει γρήγορα το μικρό θύλακο του στομάχου, πάνω από το δακτύλιο και θα φέρει αμέσως ένα αίσθημα κορεσμού, που διαρκεί περισσότερο.

Η τροφή αυτή θα περάσει αργά-αργά από τη μικρή δίοδο του δακτυλίου και θα προχωρήσει στο υπόλοιπο στομάχι.

Με αυτό τον τρόπο μια μικρή ποσότητα τροφής, δημιουργεί αίσθημα κορεσμού, με αποτέλεσμα να τρώμε λιγότερο και έτσι να χάνουμε βάρος.

Πλεονεκτήματα της επέμβασης

- Είναι ελάχιστα επεμβατική διαδικασία, με μικρή νοσηλεία (12-24 ώρες) και γρήγορη ανάρρωση
- Έχει ελάχιστες σπάνιες επιπλοκές κατά την εγχείρηση
- Ο δακτύλιος μπορεί εύκολα να αυξομειωθεί σε μέγεθος ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς
- Δεν υπάρχει γραμμή συρραφής στο στομάχι
- Η επέμβαση είναι αναστρέψιμη, δηλαδή ο δακτύλιος μπορεί να αφαιρεθεί αν υπάρξει λόγος

Μειονεκτήματα της επέμβασης

- Ο ασθενής μπορεί να "ξεγελάσει" την επέμβαση, καταναλώνοντας διαρκώς τρόφιμα ή ποτά, πλούσια σε θερμίδες και λιπαρά, οπότε η επέμβαση δεν θα έχει το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Δρ. Θεόδωρος Κ. Κότσιφας
Γενικός Χειρουργός

- Η απώλεια βάρους είναι μικρότερη απ' ό,τι με άλλες επεμβάσεις.
- Βασικό μειονέκτημα είναι η ύπαρξη ενός ξένου σώματος στον οργανισμό, που μπορεί να δημιουργήσει δυσάρεστες καταστάσεις και γι' αυτό θα πρέπει να αφαιρεθεί

Επιπλοκές της επέμβασης

Έχει τις λιγότερες άμεσες και τις περισσότερες απώτερες επιπλοκές από κάθε άλλη επέμβαση παχυσαρκίας. Ο αριθμός των επιπλοκών εξαρτάται άμεσα από την εμπειρία και ικανότητα του χειρουργού. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης, αν και εξαιρετικά σπάνιες, αναφέρονται διάτρηση στομάχου-οισοφάγου, αιμορραγία καθώς και οι διάφορες επιπλοκές που συνοδεύουν οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση, από τα διάφορα συστήματα του οργανισμού (αναπνευστικό - καρδιαγγειακό - ουροποιητικό κλπ). Μετεγχειρητικά ο δακτύλιος μπορεί να "γλιστρήσει" από τη θέση του, να διαβρώσει ή και να τρυπήσει το στομάχι, οπότε πρέπει να αφαιρεθεί.

Επίσης η βαλβίδα ρύθμισης, μπορεί να παρουσιάσει διάφορα μικρά τεχνικά προβλήματα στη λειτουργία της ή φλεγμονή και θα πρέπει να αντικατασταθεί.

Αποτελέσματα της επέμβασης

Η απώλεια βάρους αναμένεται στατιστικά να είναι 50-60% του πλεονάζοντος βάρους, στα πρώτα 1-2 χρόνια. Η απώλεια αυτού του βάρους μπορεί να διατηρηθεί για πολλά χρόνια.

Οι συνοδές παθήσεις που ενδεχομένως υπάρχουν (Σακχαρώδης Διαβήτης, Υπέρταση, Κατάθλιψη, Πόνοι κλπ) είτε εξαφανίζονται είτε βελτιώνονται μετά την επέμβαση.

Λαπαροσκοπική Επιμήκης Γαστρεκτομή

Γαστρικό "Μανίκι"

Laparoscopic Sleeve Gastrectomy (LSG)

Είναι η πιο πρόσφατη επέμβαση που εφαρμόζεται για την παχυσαρκία και η πλέον δημοφιλής, με συνεχώς αυξανόμενα ποσοστά εφαρμογής διεθνώς. Αν και εφαρμόστηκε αρχικά από τον Jamieson (1993) σήμερα εκτελούμε τη μέθοδο όπως την τελειοποίησε και περιέγραψε ο Gagner (2001) στη Νέα Υόρκη.

Πώς γίνεται η επέμβαση

Με την Επιμήκη Γαστρεκτομή αφαιρούμε ένα μεγάλο μέρος του στομάχου (θόλου και σώματος), αφήνοντας τελικά στην ανατομική του θέση το υπόλοιπο, που παίρνει τη μορφή ενός επιμήκους σωλήνα (σαν μανίκι).

Δεν υπάρχει ξένο σώμα (όπως στο δακτύλιο), δεν υπάρχει παράκαμψη του εντέρου (όπως στη γαστρική παράκαμψη), η ανατομική συνέχεια του στομάχου και του εντέρου παραμένει φυσιολογική.

Η επέμβαση γίνεται λαπαροσκοπικά.

Η γνώση, η ικανότητα και η εμπειρία του χειρουργού στη Γενική Χειρουργική, τη Λαπαροσκοπική Χειρουργική και τη Χειρουργική της Παχυσαρκίας, παίζουν τεράστιο ρόλο στη σωστή εκτέλεση της επέμβασης

Η επέμβαση γίνεται με γενική νάρκωση.

Διαρκεί 1-2 ώρες.

Δρ. Θεόδωρος Κ. Κότσιφας
Γενικός Χειρουργός

Η κινητοποίηση του αρρώστου γίνεται την ίδια ημέρα.

Η παραμονή στην κλινική είναι 2-3 ημέρες συνήθως.

Η επάνοδος στις καθημερινές δραστηριότητες γίνεται σε μία εβδομάδα.

Η διατροφή για τον πρώτο μήνα είναι περιορισμένη αρχικά σε υγρά και στη συνέχεια σε πολτώδεις τροφές.

Πώς λειτουργεί η επέμβαση

Η επέμβαση λειτουργεί με δύο τρόπους:

1. Αφαιρώντας ένα μεγάλο μέρος του στομάχου, αυτό που παραμένει έχει μικρή χωρητικότητα (80-120ml) και έτσι περιορίζεται η δυνατότητα πρόσληψης τροφής (περιοριστικού τύπου επέμβαση).
2. Από μελέτες έχει βρεθεί ότι στο θόλο του στομάχου εκκρίνεται μια ορμόνη, η γρελίνη, η οποία αυξάνει την όρεξη.

Αφαιρώντας το θόλο του στομάχου, περιορίζουμε αισθητά, το αίσθημα της πείνας. Εδώ βρίσκεται και η εξήγηση, γιατί αυτή η επέμβαση έχει καλύτερα αποτελέσματα από το δακτύλιο.

Με αυτούς τους δύο τρόπους έχουμε από τη μια μεριά μικρότερη ποσότητα τροφής και από την άλλη μειωμένη όρεξη για φαγητό. Αυτό οδηγεί στη σταδιακή απώλεια βάρους.

Πλεονεκτήματα της επέμβασης

- **Δεν υπάρχει ξένο σώμα** όπως στο δακτύλιο, άρα δεν υπάρχουν επιπλοκές στο μέλλον.
- **Δεν διακόπτεται η συνέχεια του στομάχου** (όπως στη γαστρική παράκαμψη), οπότε αν στο μέλλον υπάρξει οποιοδήποτε πρόβλημα από άλλη αιτία, αυτό μπορεί να ελεγχθεί με ακτινογραφίες ή γαστροκόπηση.

Δρ. Θεόδωρος Κ. Κότσιφας
Γενικός Χειρουργός

- **Δεν υπάρχει παράκαμψη του εντέρου** όπως στη γαστρική παράκαμψη (γαστρικό By Pass) οπότε περιορίζονται οι άμεσοι κίνδυνο από την ένωση του στομάχου με το έντερο , όπως διαφυγή, αιμορραγία, στένωση, αλλά και απώτεροι κίνδυνοι, όπως η δημιουργία έλκους (αναστομωτικό έλκος), οι έμμετοι και άλλα συμπτώματα (σύνδρομο Dumping) κλπ.
- Για τον ίδιο λόγο **δεν παρατηρούνται διαταραχές στη θρέψη** (αναιμία, έλλειψη βιταμινών, ασβεστίου, λευκωμάτων), αφού η απορρόφηση των διαφόρων ουσιών γίνεται φυσιολογικά.
- Δεν λειτουργεί απλά σαν περιοριστική επέμβαση, αλλά περιορίζοντας τη γρελίνη **ελαττώνει την όρεξη** και αυτό την ξεχωρίζει από τις άλλες επεμβάσεις.
- Μετά τον πρώτο μήνα **δεν υπάρχουν πρακτικά περιορισμοί στο είδος της διατροφής**
- **Είναι τεχνικά λιγότερο απαιτητική** από το Γαστρικό By Pass σε έμπειρα χέρια.
- Έχει **καλύτερα αποτελέσματα** από το δακτύλιο, συγκρίσιμα με το γαστρικό By Pass.
- **Δεν έχει επιπλοκές στο μέλλον**, όπως ο δακτύλιος και το γαστρικό By Pass.
- Σε περίπτωση αποτυχίας **μπορεί να μετατραπεί** σε άλλο είδος επέμβασης (γαστρικό By Pass, χολοπαγκρεατική παράκαμψη).

Επιπλοκές της επέμβασης

Η απώλεια βάρους αναμένεται στατιστικά να είναι 70% περίπου του πλεονάζοντος βάρους σε 1-2 χρόνια. Η απώλεια αυτού του βάρους διατηρείται ικανοποιητικά τουλάχιστον για τα χρόνια που έχει μελετηθεί. Οι συνοδές

Δρ. Θεόδωρος Κ. Κότσιφας
Γενικός Χειρουργός

παθήσεις που ενδεχομένως υπάρχουν (Σακχαρώδης Διαβήτης, Υπέρταση, Κατάθλιψη, Πόνοι κλπ) εξαφανίζονται ή βελτιώνονται μετά την επέμβαση.

Επιπλοκές της επέμβασης

Επιπλοκές από τα διάφορα συστήματα του οργανισμού όπως σε κάθε επέμβαση (Αναπνευστικό - Καρδιαγγειακό κλπ). Επιπλοκές όπως σε κάθε επέμβαση του πεπτικού, που είναι η αιμορραγία και η διαφυγή. Οι επιπλοκές αυτές αντιμετωπίζονται συνήθως με συντηρητικά μέσα, ενώ σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί χειρουργική αντιμετώπιση.

Λαπαροσκοπική Γαστρική Παράκαμψη

Γαστρικό By Pass

Laparoscopic Roux-en-Y Gastric By Pass (LRYGBP)

Η Γαστρική Παράκαμψη είναι η παλαιότερη επέμβαση από αυτές που γίνονται και σήμερα.

Πώς γίνεται η επέμβαση

Αρχικά με τη διατομή ψηλά του στομάχου, δημιουργείται ένας μικρός γαστρικός θύλακος κεντρικά (30ml), ενώ το υπόλοιπο στομάχι παραμένει στη θέση του απομονωμένο όμως από την κυκλοφορία των τροφών. Στη συνέχεια κόβεται το λεπτό έντερο και το περιφερικό κομμάτι συνδέεται με το μικρό γαστρικό θύλακο, ενώ το κεντρικό κομμάτι συνδέεται πιο χαμηλά με το υπόλοιπο έντερο.

Έτσι δημιουργείται ένα πολύ μικρό στομάχι και παρακάμπτεται ένα μέρος του λεπτού εντέρου και το Δωδεκαδάκτυλο.

Η επέμβαση γίνεται Λαπαροσκοπικά αλλά η τεχνική είναι περισσότερο απαιτητική.

Διαρκεί μερικές ώρες (3-4).

Η κινητοποίηση του αρρώστου είναι γρήγορη, την πρώτη ημέρα, αλλά η παραμονή στο Νοσοκομείο είναι μεγαλύτερη (5-7 ημέρες).

Η επάνοδος στις δραστηριότητες γίνεται μετά 1-2 εβδομάδες.

Πώς λειτουργεί η επέμβαση

Δρ. Θεόδωρος Κ. Κότσιφας
Γενικός Χειρουργός

Η επέμβαση είναι συνδυασμός περιοριστικής και δυσαπορροφητικής διαδικασίας.

Μειώνεται η ποσότητα τροφής που μπορεί να καταναλωθεί.

Απορροφάται μικρότερη ποσότητα τροφής λόγω της παράκαμψης.

Παράλληλα παρατηρείται δυσανεξία σε βλαβερές τροφές (λίπος-ζάχαρη).

Πλεονεκτήματα της επέμβασης

- Οδηγεί σε μεγάλη απώλεια βάρους (τουλάχιστον 70%) σταθερή σε βάθος χρόνου.
- Ο άρρωστος δεν μπορεί να παρακάμψει (να ξεγελάσει) την επέμβαση τρώγοντας βλαβερές τροφές (λίπος-ζάχαρη)
- Βελτιώνει τη γαστροοισοφαγική παλλινδρόμηση, αν υπάρχει.

Μειονεκτήματα της επέμβασης

- Είναι βαρύτερη επέμβαση με περισσότερες επιπλοκές.
- Προκαλεί σύνδρομο δυσαπορρόφησης βιταμινών, ιχνοστοιχείων.
- Υπάρχει κίνδυνος ανάπτυξης πεπτικού έλκους.
- Το μεγάλο μέρος του στομάχου, που μένει εκτός κυκλοφορίας τροφών, δεν μπορεί να ελεγχθεί με ακτινογραφίες ή γαστροσκόπηση αν χρειαστεί.

Αποτελέσματα της επέμβασης

Η απώλεια του πλεονάζοντος βάρους είναι 70% περίπου.

Η απώλεια αυτή είναι σταθερή σε βάθος χρόνου.

Οι συνοδές παθήσεις που ενδεχομένως υπάρχουν εξαφανίζονται ή βελτιώνονται μετά την επέμβαση.

Δρ. Θεόδωρος Κ. Κότσιφας
Γενικός Χειρουργός

Επιπλοκές της επέμβασης

Προερχόμενες από τα διάφορα συστήματα του οργανισμού (Αναπνευστικό - Καρδιαγγειακό κλπ).

Αιμορραγία - Διαφυγή από τις αναστομώσεις.

Εσωτερικές κήλες - ειλεοί.

Πεπτικό έλκος.

Δυσκολία ή αδυναμία να πάρουν αντιφλεγμονώδη φάρμακα.

Επιπλοκές από τη δυσαπορρόφηση ουσιών που θα χρειαστούν φάρμακα (Σίδηρος, Βιταμίνη B12).

Χολοπαγκρεατική Παράκαμψη
Biliopancreatic Diversion

Είναι η περισσότερο απαιτητική τεχνικά επέμβαση με τις περισσότερες εγχειρητικές επιπλοκές, με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, αλλά και η περισσότερο αποτελεσματική στην απώλεια βάρους, στη διατήρησή του σε βάθος χρόνου και στη θεραπεία των συνοδών παθήσεων.

Η μεγάλη δυσαπορρόφηση που δημιουργεί, προκαλεί διαταραχές (διάρροιες, πόνους) στην κοιλιά και αναγκάζει τον άρρωστο να παίρνει διαβίου συμπληρώματα διατροφής (βιταμίνες, ασβέστιο, σίδηρο, φερρίνη).

Η κλασσική επέμβαση χολοπαγκρεατικής παράκαμψης (Scorinago) είναι η επέμβαση με τη μεγαλύτερη απώλεια βάρους και τις βαρύτερες απώτερες διατροφικές διαταραχές.

Η τροποποίησή της από το Marceau (επιμήκης γαστρεκτομή + δωδεκαδακτυλική εκτροπή + μακρύτερο (100cm) κοινό κανάλι) έχει βελτιώσει αισθητά τις ανεπιθύμητες επιπλοκές.

Η Λαπαροσκοπική εκτέλεση της επέμβασης (LBPD + DS) από το Gagner παρ' ότι εξαιρετικά απαιτητική τεχνικά έχει εξαιρετικά αποτελέσματα ιδιαίτερα στους super παχύσαρκους ασθενείς.