

MM

MALÁ  
MONOGRAFIE

Martin Fried

---

# MODERNÍ CHIRURGICKÉ METODY LÉČBY OBEZITY



GRADA

## Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

*Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.*





Copyright © Grada Publishing, a.s.

**Doc. MUDr. Martin Fried, CSc.**

## **MODERNÍ CHIRURGICKÉ METODY LÉČBY OBEZITY**

Část „Diagnostika a vyšetření obezity z hlediska internisty- obezitologa“  
zpracovala MUDr. Marie Kunešová, CSc.

### **Recenze:**

Prof. MUDr. Marie Pešková, DrSc.

Doc. MUDr. Adolf Gryga, CSc.

© Grada Publishing, a.s., 2005

Cover Photo © Corel Photos, 2005

Vydala Grada Publishing, a.s.,

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 2168. publikaci

Odpovědná redaktorka Eva Jungwirthová

Ilustrace doc. MUDr. Martin Fried, CSc.

Sazba a zlom Josef Lutka

Počet stran 132

Vydání první, Praha 2005

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.,

Husova 1881, Havlíčkův Brod

Součástí knihy je CD-ROM, který vznikl za spolupráce a podpory  
společnosti ETHICON ENDO-SURGERY a Johnson&Johnson company.

Knihu významně podpořila společnost ETHICON ENDO-SURGERY a Johnson&Johnson company.

*Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.*

*Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevplývají žádné právní důsledky.*

*Všechna práva vyhrazena. Tato kniha ani její část nesmí být žádným způsobem reprodukována, ukládána či rozšiřována bez písemného souhlasu nakladatelství.*

**ISBN 80-247-0958-9** (tištěná verze)

ISBN 978-80-247-6049-0 (elektronická verze ve formátu PDF)

© Grada Publishing, a.s. 2011

Úvod ( <i>M. Fried</i> ) .....	7
<b>I. KONZERVATIVNÍ LÉČBA OBEZITY</b> ( <i>M. Fried</i> ) .....	<b>9</b>
<b>II. BARIATRICKÁ CHIRURGIE</b> ( <i>M. Fried</i> ) .....	<b>11</b>
<b>1 Obecný úvod</b> .....	<b>12</b>
1.1 Historie vývoje chirurgických metod léčení obezity .....	12
1.2 Indikace pacientů k bariatrickým výkonům .....	22
1.3 Kontraindikace k bariatrické chirurgii .....	24
1.4 Předoperační posouzení nemocných .....	24
1.5 Základní vybavení pro laparoskopické bariatrické výkony .....	26
1.6 Předoperační edukace nemocného .....	32
1.7 Výsledky chirurgického léčení morbidní obezity .....	33
<b>2 Bariatrické operace</b> .....	<b>35</b>
2.1 Obecná charakteristika .....	35
2.2 Předoperační chirurgická příprava nemocného .....	38
<b>3 Nejčastější bariatrické výkony</b> .....	<b>40</b>
3.1 Gastrické bypassy .....	40
3.1.1 Vývoj metody a indikace k výkonu .....	41
3.1.2 Stručný operační postup .....	41
3.1.3 Komplikace výkonu .....	42
3.2 Biliopankreatická diverze .....	44
3.2.1 Indikace k výkonu .....	44
3.2.2 Stručný operační postup .....	45
3.2.3 Komplikace výkonu .....	46
3.2.4 Váhové úbytky .....	47
3.3 Bandáž žaludku .....	48
3.3.1 Historie a vývoj metody .....	48
3.3.2 Neadjustabilní bandáž žaludku .....	49
3.3.3 Indikační kritéria pro neadjustabilní gastrickou bandáž žaludku .....	51
3.3.4 Základní pravidla operace neadjustabilní gastrickou bandáží .....	53

3.3.5	Laparoskopie a neadjustabilní bandáž žaludku	54
3.3.6	Dietní režim po operaci	63
3.3.7	Komplikace	64
3.3.8	Adjustabilní bandáž žaludku	72
3.3.9	Operační postup	75
3.3.10	Klasická SAGB	77
3.3.11	Nový typ QuickClose SAGB	80
3.3.12	Pooperační péče o nemocné	83
3.3.13	Dietní režim po operaci, komplikace	87
3.3.14	Komplikace a jejich řešení	92
3.3.15	Fyzikální princip bandáží	96
3.3.16	Dlouhodobé výsledky léčení SAGB	99

<b>4</b>	<b>Robotika v bariatrické a v miniinvazivní chirurgii</b>	<b>100</b>
----------	---	------------

<b>III. DIAGNOSTIKA A VYŠETŘENÍ OBEZITY Z HLEDISKA INTERNISTY-OBEZITOLOGA</b>	<i>(M. Kunešová)</i>	<b>105</b>
---	----------------------	------------

<b>1</b>	<b>Stanovení složení těla</b>	<b>106</b>
----------	-------------------------------	------------

1.1	Metody měření složení těla	107
1.1.1	Váha, hmotnostní indexy	107
1.1.2	Ovlivnění hodnocení BMI věkem	108
1.1.3	Antropometrie	108
1.1.4	Metody založené na vodivosti těla	109
1.1.5	Referenční metody	110
1.1.6	Metody měření rozložení (distribuce) tukové tkáně	111
1.1.7	Antropometrické metody	112

<b>2</b>	<b>Zobrazovací metody stanovení distribuce tuku</b>	<b>114</b>
----------	---	------------

2.1	Stanovení složek energetické rovnováhy	114
2.2	Charakteristika jídelního chování	116
2.3	Měření výdeje energie	116
2.4	Klidový energetický výdej	117
2.5	Postprandiální termogeneze a fyzická aktivita	118
2.6	Celkový energetický výdej	118

<b>3</b>	<b>Schéma vyšetření v obezitologii</b>	<b>119</b>
----------	--	------------

<b>4</b>	<b>Rejstřík</b>	<b>122</b>
----------	-----------------	------------

Morbidní obezita se v posledních desetiletích stává vážným lékařským, psychologickým, sociálním a ekonomickým problémem. Onemocnění dříve postihující především populaci ekonomicky rozvinutých států Evropy a USA se rychle šíří celým světem. Výskyt morbidní obezity má veskrze vzestupnou tendenci a postihuje téměř všechny sociálně ekonomické skupiny obyvatelstva a svými komplikacemi, především metabolickými a kardiovaskulárními, ohrožuje životy zejména mladých lidí. I proto Světová zdravotnická organizace (WHO) vyhlásila obezitu epidemií 21. století.

Léčba morbidní obezity není ani jednoduchá, ani krátkodobá. Jde totiž o multifaktoriálně podmíněný stav a onemocnění s hereditární, biochemickou, hormonální, behaviorální a etnicko-sociální složkou. Již dávno neplatí dříve rozšířený názor, že obezita je způsobena nedostatečnou vůlí jedince nebo jeho návykem na potravu.

Obezitu lze zjednodušeně definovat jako nadměrné hromadění tuku, respektive tukové tkáně, v organismu spojené se signifikantně zvýšeným rizikem vzniku závažných přidružených chorob. Mezi takové choroby patří například: diabetes mellitus II. typu, hypertenze, některé hyperlipoproteinemie, srdeční selhávání z přetížení pravé i levé komory, zhoršení pulmonálních funkcí, syndrom spánkové apnoe, dysbalance gonadálních hormonů a poruchy fertility, předčasná artróza nosných kloubů, deprese, neurózy a další onemocnění, která negativně ovlivňují nejen kvalitu, ale i délku života.

Při praktické aplikaci definice obezity často narážíme na dva základní problémy: určení množství tukové tkáně v těle a stanovení normálních hodnot. V průběhu let bylo vypracováno mnoho metodik, o kterých bude pojednáno v následující kapitole.

Základním orientačním ukazatelem zůstává tělesná váha.

V druhé polovině devatenáctého století Broca použil jako první tzv. „index normální hmotnosti“, který srovnává zjištěnou hodnotu s hodnotou „ideální“:

$$\text{Brocův index (BI)} = \frac{\text{váha (kg)}}{\text{tělesná výška (cm)} - 100}$$

Brocův index tedy vyjadřuje relativní váhu, tzn. míru odchylky od žádoucí, většinou tabulkové hodnoty (32).

Velké populační studie zahájené v 60. letech dvacátého století ve Spojených státech k posouzení rizikových faktorů kardiovaskulárních chorob si vyžádaly kritické zhodnocení indexů tělesné hmotnosti. Požadavkům nejlépe vyhovoval Queteletův index, vytvořený tímto belgickým matematikem a statistikem v roce 1869, vyjadřující poměr mezi tělesnou váhou a čtvercem tělesné výšky. Keys v roce 1972 využil právě Queteletův index k hodnocení a diagnostice otylosti a pod označením Body Mass Index (BMI) tento vzorec vytlačil z používání jiné indexy tělesné hmotnosti a byl doporučen k diagnostice nadváhy dospělých v USA i v jiných zemích (31, 33).

$$\text{Queteletův index (BMI)} = \frac{\text{tělesná váha (kg)}}{\text{tělesná výška (m)}^2}$$

Jinou z relativně často používaných metod je stanovení váhy (v procentech), přesahující ideální tělesnou váhu (Ideal Body Weight – IBW) určenou podle příslušných národních tabulkových hodnot nebo podle Metropolitních výškových a váhových tabulek publikovaných v roce 1983. Tyto tabulky vznikly na základě statistických údajů Metropolitní pojišťovací společnosti – která stanovila kategorii ideální tělesné váhy (IBW) spojené s nejdelší předpokládanou délkou života – shromážděných od 4,2 milionů pojištěnců v průběhu 17 let (viz část III.).

Je mi ctí, že mohu na tomto místě vzpomenout a poděkovat alespoň některým, bez nichž by tato publikace nikdy nevznikla.

Poděkování patří především vážené paní profesorce MUDr. Marii Peškové, DrSc., od které jsem se měl možnost, po více než dvě desetiletí, chirurgii učit a která mě zasvětila i do bariatrie. Nikdy jsem nepřestal obdivovat její chirurgické umění.

Chtěl bych vzpomenout i na kolegy ve Skotsku, kde jsem více než tři roky působil na chirurgických pracovištích a získal řadu neocenitelných zkušeností.

Velmi si vážím i dlouholeté pomoci a důvěry přátel a kolegů z IFSO (International Federation for the Surgery of Obesity) a Obesity Surgery journal.

V neposlední řadě bych chtěl poděkovat také svým blízkým za neustálou trpělivost, podporu a porozumění.



# **I. Konzervativní léčba obezity**

## **Přehled možností nechirurgické (konzervativní) léčby obezity**

Základním postupem při léčbě lehčích forem obezity je snížení denního energetického příjmu a zvýšení energetického výdeje. Děje se tak nejčastěji omezením celkového množství potravy, změnou skladby jídelníčku směrem ke kaloricky méně vydatným pokrmům neobsahujícím zejména nadměrné množství tuků a přiměřeným zvýšením pohybové aktivity jedince.

Farmakoterapie představuje podpůrnou metodu k omezení příjmu potravy, změně jídelníčku a pohybové aktivitě. V dnešní době jsou nejčastěji užívány preparáty na bázi orlistatové (tetrahydrolipstatin), nebo sibutraminové (sibutramini hydrochloridum). Účinek orlistatu spočívá v tom, že aktivně brání vstřebávání tuků – snižuje jej až o 30 % tím, že se aktivně váže na lipázu střevní. Sibutramin působí jako centrální anorektikum tím, že inhibuje re-uptake především noradrenalinu, méně pak serotoninu a dopaminu do CNS. Jeho užívání má přispívat jak ke snížení množství přijímané potravy, tak i k prodloužení pocitů sytosti.

Ve stadiu časných klinických zkoušek jsou i některá další farmaka, například topiramát (sulfamátový derivát fruktózy), užívaný při léčbě některých druhů epilepsie. U tohoto preparátu se zkoumá jeho potenciální centrální účinek ovlivňující chuť k jídlu.

U závažnějších forem obezity však nemá většího účinku a i u nižších stupňů obezity dochází po jejím vysazení často k relapsům nadváhy. Podobné zkušenosti jsou i s akupunkturou.

Hladovění, spolu s velmi nízkokalorickými dietami, je určeno pro vybrané a hospitalizované nemocné, za pečlivého monitorování biochemických parametrů. U těžších forem obezity bývá však účinnost těchto konzervativních postupů především z dlouhodobého hlediska velmi nízká a více než 80 % pacientů není schopno dlouhodobě udržet ani 10% redukci váhy.

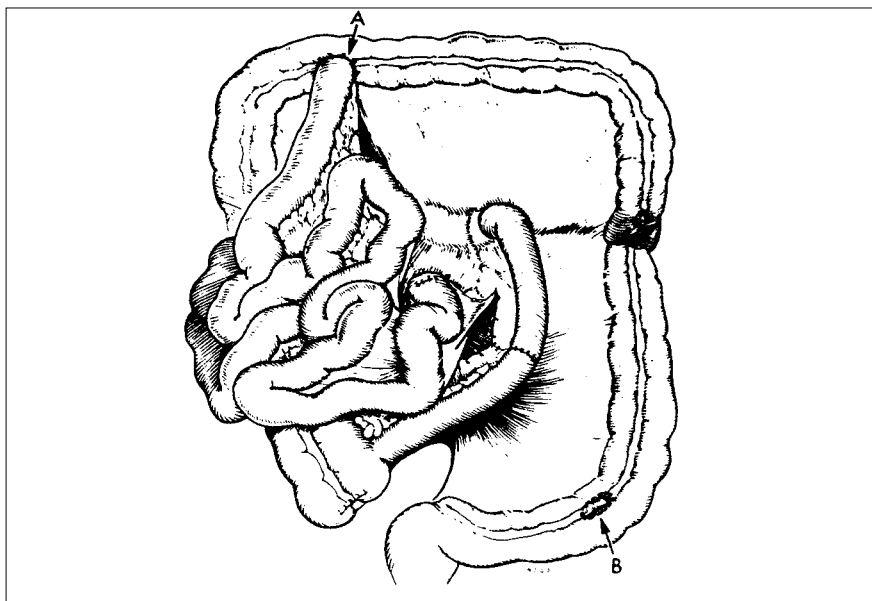
Vysoký stupeň ohrožení, zvláště morbidně obézních nemocných s nejrůznějšími závažnými komplikacemi, spolu s velkou incidencí relapsů nadváhy u konzervativně léčených pacientů, vymezuje zcela jistě oprávněné a velmi důležité místo v léčbě těchto nemocných i chirurgickým metodám. Je prokázáno, že bariatrická chirurgie nabízí jeden z nejefektivnějších způsobů léčby jak morbidní obezity samotné, tak i profylaxe a léčby závažných komplikací přidružených k obezitě.

## **II. Bariatrická chirurgie**

# 1 OBECNÝ ÚVOD

## 1.1 Historie vývoje chirurgických metod léčení obezity

Počátky chirurgických snah o ovlivnění morbidní obezity sahají do poloviny minulého století, kdy v roce 1952 Henriksson provedl resekci části tenkého střeva k ovlivnění závažného stupně obezity. Henrikssonova resekce střeva byla později upravena (Payne a Scott 1957) do tak zvaných jejunoileálních bypassů (obr. 1), kdy se část střeva neresekovala, ale pouze vyřazovala z pasáže potravy tak, aby se omezilo vstřebávání. V té době bylo například jen v USA operováno metodou střevního bypassu na 5000 nemocných a také u nás se prováděly tyto výkony na řadě pracovišť. Pro velmi častý výskyt pooperačních metabolických komplikací (například oxalátových ledvinových kamenů při malabsorpci tuků, neovlivnitelných průjmů, syndromu slepé kličky a jaterního selhávání) se od bypassových výkonů nakonec ustoupilo.

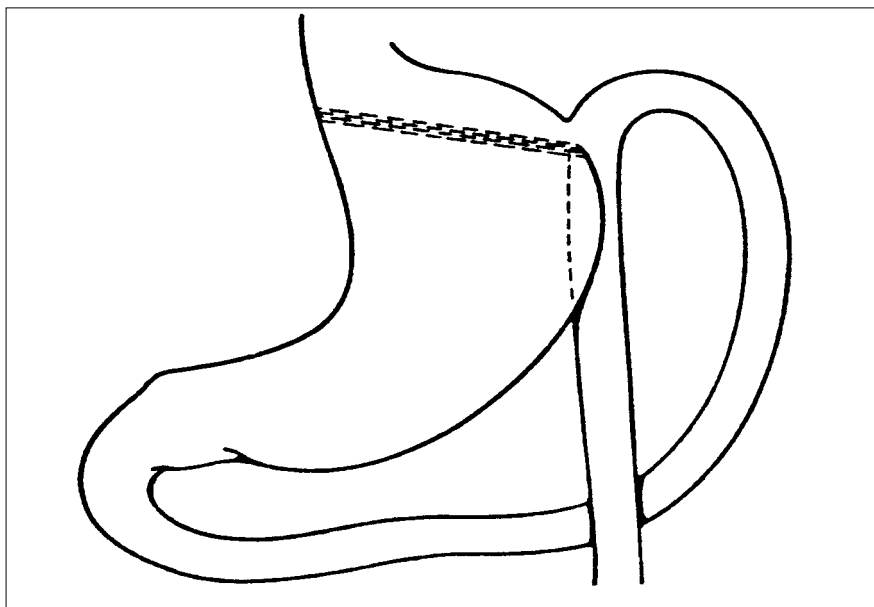


**Obr. 1** Jejuno-ileální bypass (Payne, Scott)

Poté se, ve snaze o omezení množství přijímané potravy, obrátila pozornost chirurgů k žaludku a k možnostem zmenšení jeho objemu jako rezervoáru potravy.

Přispěla k tomu pozorování, že u pacientů po resekcích žaludku II. typu podle Billrotha často dochází k pooperačním váhovým úbytkům. Předpokládalo se proto, že i u obézních nemocných by mohl podobný výkon, avšak bez resekce distální části žaludku, způsobit totéž.

Tak byla v roce 1966 Masonem (dnes emeritním profesorem chirurgie na univerzitě v Iowě, USA) zahájena éra gastrických bypassů (obr. 2). Tato metoda se stala velmi populární, neboť dosahované redukce váhy po operaci byly podstatné.



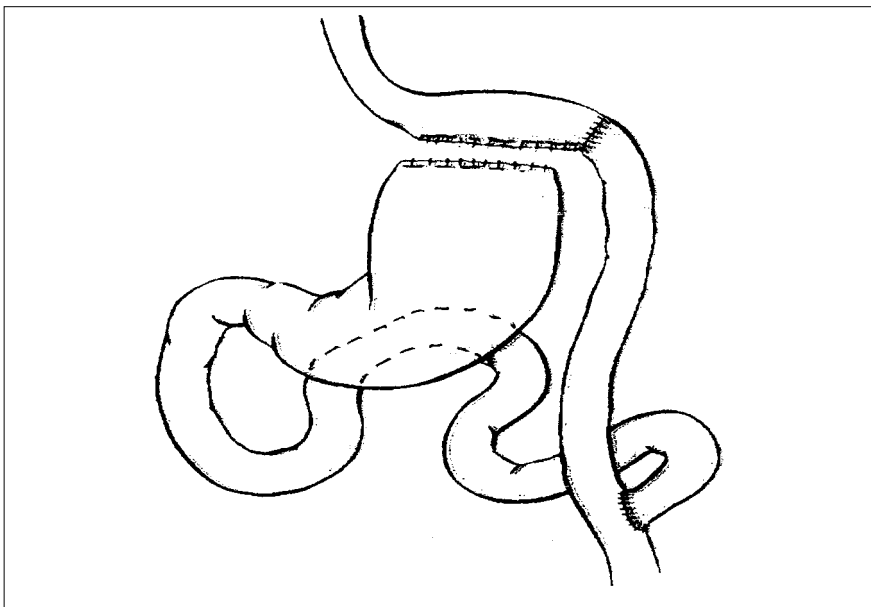
**Obr. 2** Gastrický bypass (Mason)

Výkon se svými důsledky rovnal subtotální resekci žaludku se všemi jejími riziky, možnými časnými i pozdními komplikacemi z oblasti gastrojejuno-anastomózy (její insuficience nebo pozdější dilatace, provázená přibýváním na váze, dumping syndromem a dalšími). Relativně častými komplikacemi po

gastrickém bypassu byly i peptické vředy v kličce jejunu, zvětšení horního oddílu žaludku, popř. dehiscence dělicí linie, jestliže žaludek nebyl zcela přerušen.

Takový bariatrický výkon navíc znemožňoval kontroly dolního oddílu žaludku, vzhledem k možnosti vzniku vředu či nádoru.

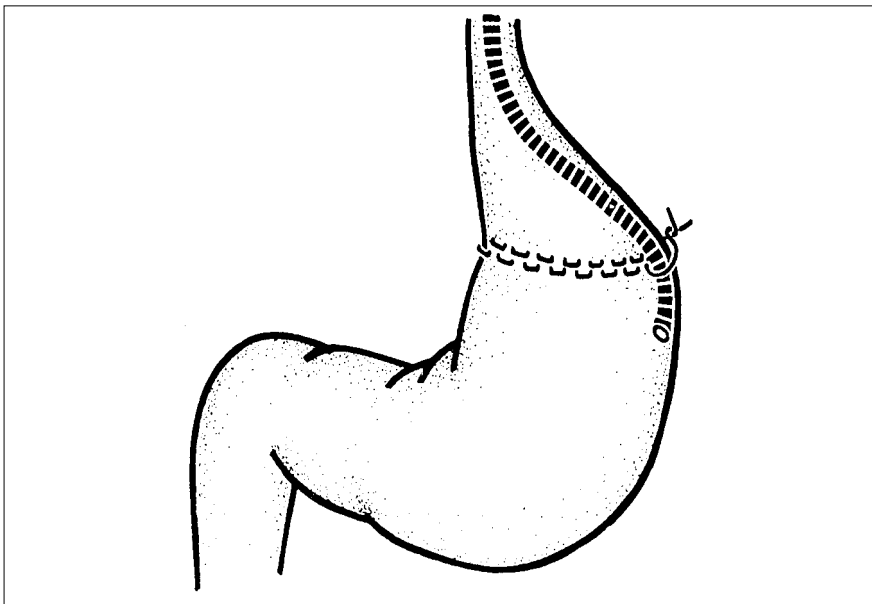
Pro relativně velkou složitost a agresivitu gastrického bypassu se hledaly další, méně komplikované cesty zmenšení objemu žaludku. I přesto je však gastrický bypass v různých modifikacích (Roux-Y klička našitá na horní část žaludku, různé délky ramen Roux-Y kličky a další) (obr. 3) dosud oblíben jak pro výrazné váhové úbytky dosahované po výkonu bez nutnosti přísné dietní spolupráce pacienta, tak i pro možnost jeho laparoskopického provedení. Tato kombinovaná malabsorpční a restriční operace je dodnes rozšířeně používána především v USA, ale i v některých státech Evropy.



**Obr. 3** Roux-Y gastrický bypass

Od roku 1973 Printen a Mason referují o prvních gastroplastikách horizontálních, při nichž se rozděluje žaludek prošíáním tak, že spojovací kanál zůstává

při jeho velkém zakřivení (obr. 4). Během krátkého období se však zjistilo, že po horizontálním prošíání žaludku dochází brzy k dilataci žaludeční stěny v oblasti fundu a s tím spojenému rozšíření stomatu a roztržení linie prošíání žaludku. To vše vedlo k nedostatečným váhovým úbytkům u pacientů s horizontálními gastroplastikami.

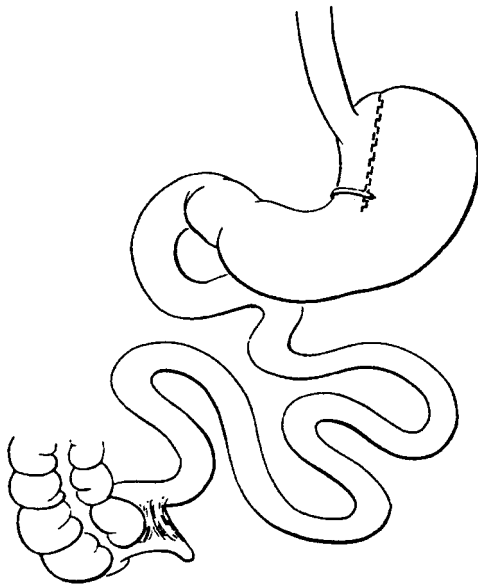


**Obr. 4** Horizontální gastroplastika (Printen, Mason)

Již v roce 1980 opět Mason přichází s možností vertikálního prošíání žaludku tak zvanou vertikální gastroplastikou (obr. 5).

Jejím principem je vytvoření vertikálně (podél malého zakřivení žaludku) probíhajícího úzkého kanálu. V těchto místech je žaludeční stěna silnější než v oblasti fundu. To mělo zamezit, spolu se zesílením místa stomatu silikonovým kroužkem, dilataci žaludečního rezervoáru a opětovnému přibývání na váze.

Wilkinson v roce 1976, ve snaze o co nejšetrnější zmenšení objemu žaludku, provedl jeho podélné zabalení a stažení do tubulizovaného tvaru pomocí marlexové sítky. Tento výkon, byť záhy opuštěný pro řadu závažných komplikací,

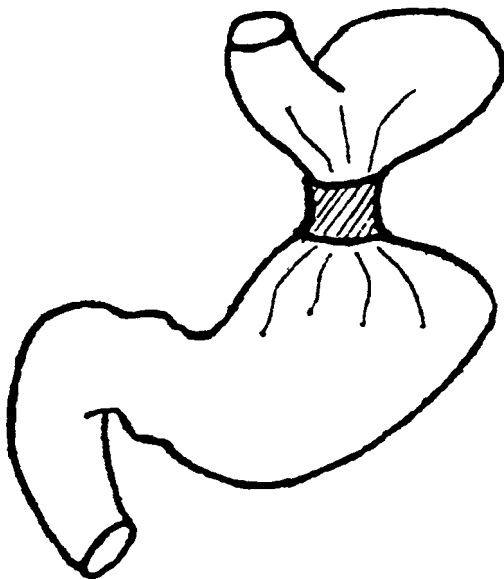


**Obr. 5** Vertikální gastroplastika (Mason)

položil základ gastrickým bandážím, jejichž principem je stažení horní části žaludku pomocí zevně kolem žaludku zavedené úzké manžety do tvaru přesýpacích hodin (obr. 6). První operaci tohoto druhu provedl opět Wilkinson v USA v roce 1978. Od té doby se ke stažení žaludku začaly používat různé druhy materiálů, na začátku osmdesátých let dakronové cévní protézy, později vystřídané polytetrafluoroetylenovými (PTFE, Gore-Tex) a dalšími – Molina v USA, Kolle v Norsku. Největší nevýhodou, tohoto jinak celkem velmi šetrného a účinného bariatrického výkonu, bylo jeho úzké terapeutické rozpětí omezené především neměnností průměru vytvořeného stomatu. Jak potvrdily různé studie, rozdíl pouhých několika milimetrů v průměru stomatu vedl u některých pacientů k opakovanému zvracení, u jiných zase umožnil nadměrný příjem potravy a nedostatečné váhové úbytky. To byl jeden z hlavních důvodů, proč výzkum v oblasti gastrických bandáží a redukce objemu žaludku pokračoval rychle dál.

V roce 1979 Miller v experimentu a Wilkinson v klinické praxi zkoušeli – ve snaze o zmenšení objemu žaludku zevnitř – použití gastrických balonů. Ty





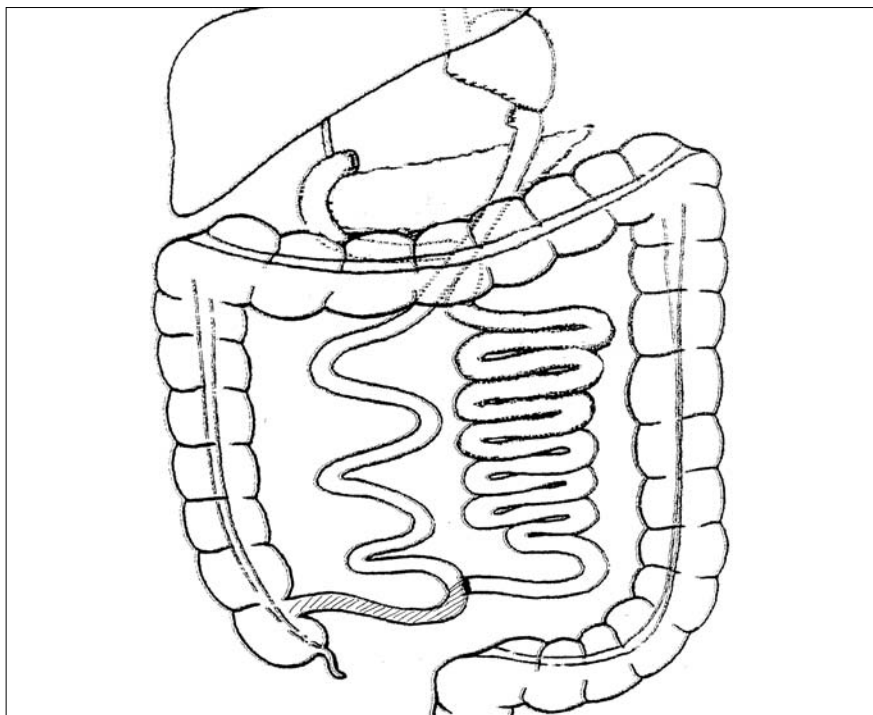
**Obr. 6** *Neadjustabilní bandáž žaludku (Wilkinson)*

byly zaváděny do žaludku pacienta různými způsoby, nejčastěji připevněné na tenké nazogastrické sondě, která byla vyvedena nosem a ponechána k doplňování tekutiny nebo vzduchu do balonku. K tomuto účelu se používaly nejrůznější tvary a materiály balonků, nejprve prosté dětské nafukovací, později silikonové kopírující tvarem odlitek lumen žaludku, či sférické. Určitou dobu se k redukci objemu žaludku zkoušelo i zavádění silikonových prsních implantátů. Pro různé komplikace, jako erozivní gastritidy, ileózní stavy, vznik velkých žaludečních bezoárů, neovlivitelné zvracení a další, se dnes používají pouze speciálně k tomuto účelu vyrobené, měkké, silikonové gastrické balony jen u zvláště indikovaných nemocných, jako krátkodobá (3–6 měsíců) přípravná fáze napomáhající váhové redukci, před jiným plánovaným bariatrickým zákrokem. Balony se zavádějí i odstraňují ambulantně gastrofibroskopicky.

Krátce se v léčbě obezity zkoušela i mezičelistní, mandibulo-maxilární fixace dráty, jinak běžně užívanými ke stabilizaci mandibulárních fraktur. I tato metoda byla spojena s celou řadou komplikací (nemožnost řádně udržovat ústní

hygienu, nebezpečí aspirace při zvracení, obtížná léčba respiračních infekcí apod.). Po odstranění mezičelistní fixace navíc docházelo u naprosté většiny nemocných k opětovnému rychlému přibývání na váze.

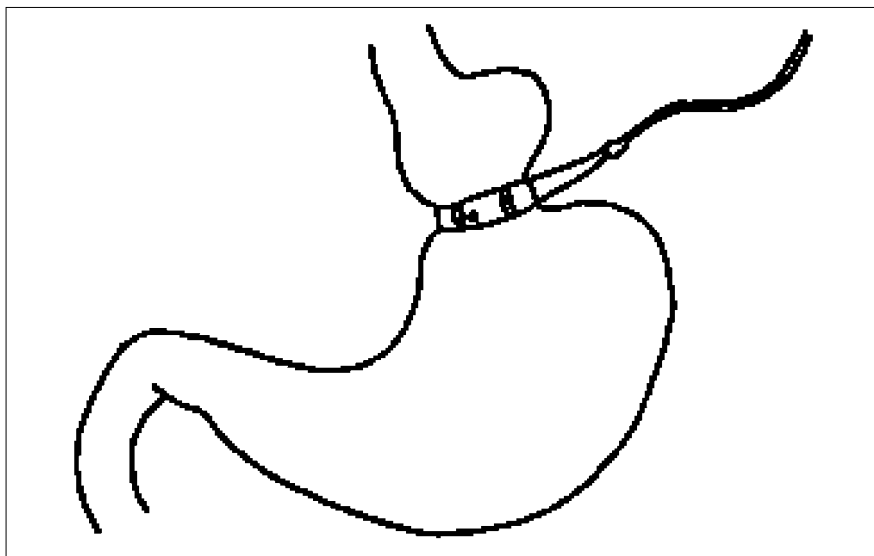
Na konci sedmdesátých let minulého století referuje Scopinaro na janovské univerzitě v Itálii o další bariatrické operaci – biliopankreatické diverzi, jejíž princip spočívá v resekcí distální části žaludku a rozdělení tenkého střeva ve tvaru Roux Y kličky. Její proximální, přívodná (aferentní) klička, délky cca 250 cm je spojena anastomózou koncem ke straně asi 50 cm od ileocékálního přechodu s distální částí tenkého střeva. Distální přívodná klička (alimentární) je spojena anastomózou s resekovanou částí žaludku tak, že vlastní trávení potravy se odehrává až v konečných 50 cm společné části tenkého střeva (společná klička) (obr. 7). Tento výkon se dodnes provádí u pečlivě indikovaných nemocných, především v Itálii a v USA.



**Obr. 7** Biliopankreatická diverze (Scopinaro)

Od roku 1983 se u některých nemocných experimentálně zkoušela metoda tzv. gastroklipu spočívající v zavedení tuhého klipu skládajícího se ze dvou navzájem spojených čelistí kolem horní části žaludku. Klip ponechával, i po sevření obou branží, prostor pro lumen (12 mm) spojující oba oddíly žaludku a na jiném místě i pro průchod levé gastrické arterie. Pro velký počet komplikací byla tato metoda opuštěna ve stadiu klinických experimentů.

V roce 1985 se objevila první gastrická silikonová adjustabilní bandáž, vyba-vená na své vnitřní ploše nafukovacím balonkem spojeným tenkou hadičkou s podkožně uloženou komůrkou typu Port-katétru. Vstříkovaním nebo odsá-váním kapaliny přes tento systém do balonku bandáže je možné plynule re-gulovat průměr spojovacího stomatu mezi oběma oddíly předděleného žaludku a předejít tak některým nežádoucím komplikacím známým u neadjustabilních bandáží. Techniku adjustabilní bandáže vyvinuli a použili nezávisle na sobě v roce 1985 Hallberg a Forsell ve Švédsku a v roce 1986 Kuzmak v USA. Již v té době vznikla ve Švédsku velmi úspěšná koncepce bandáže s velkým, měkkým vnitřním balonem, pracujícím na velkoobjemovém a nízkotlakém fyzikálním principu, známá pod zkratkou SAGB (Swedish Adjustable Gastric Band) (obr. 8, 19).



**Obr. 8** *Adjustabilní bandáž švédského typu (SAGB)*