

Indicații pentru Chirurgia Bariatrică și Metabolică 2023

Recomandările Societății Române pentru Chirurgie Metabolică

Introducere

Ghidurile privind indicațiile pentru chirurgia bariatrică și metabolică recomandate de Societatea Română pentru Chirurgie Metabolică (SRCM) sunt aliniate celor asumate de *American Society for Bariatric and Metabolic Surgery* (ASMBS) și de *International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders* (IFSO) publicate în 2022¹, precum și ghidurilor de practică publicate de *Asociația Europeană pentru Chirurgie Endoscopică* (*The European Association for Endoscopic Surgery EAES*) împreună cu *European Chapter of the International Federation for the Surgery of Obesity (IFSO-EC)*, *the European Association for the Study of Obesity (EASO)* and *the European Society for Perioperative Care of the Obese Patient (ESPCOP) în 2020 și 2022.*^{2,3}

SRCM recomandă realizarea intervențiilor chirurgicale de chirurgie bariatrică și metabolică în centre specializate.

Indicațiile SRCM pentru Chirurgia Bariatrică și Metabolică:

1. Chirurgia bariatrică și metabolică (CBM) este recomandată persoanelor cu indice de masă corporală (IMC) $> 35 \text{ kg/m}^2$, indiferent de prezența sau absența comorbidităților;
2. Chirurgia bariatrică și metabolică (CBM) poate fi luată în considerare pentru persoanele cu boală metabolică (diabet zaharat de tip 2) și IMC 30-34,9 kg/m^2 care nu realizează în mod substanțial și durabil pierderea în greutate sau îmbunătățirea patologiilor co-existente prin metode non-chirurgicale;
3. Chirurgia bariatrică și metabolică (CBM) poate fi recomandată pacienților adulți care îndeplinesc condițiile de mai sus, fără a considera o limitare superioară a vârstei. Se impune o evaluare atentă a comorbidităților și a fragilității datorate

4. vârstei, realizată și asumată de către o echipă multidisciplinară, într-un centru de specialitate chirurgie bariatrică;
5. Chirurgia bariatrică și metabolică (CBM) poate fi recomandată pentru tratamentul obezității patologice la pacienții care au nevoie de alte intervenții chirurgicale de specialitate, cum ar fi artroplastia articulară, repararea herniilor de perete abdominal sau transplantul de organe. Se impune o evaluare atentă a comorbidităților și a fragilității datorate vârstei realizată și asumată de către o echipă multidisciplinară, într-un centru de specialitate chirurgie bariatrică;
6. Chirurgia bariatrică și metabolică (CBM) poate fi recomandată pacienților cu obezitate patologică, considerați cu risc anestezico-chirurgical crescut. Pacienții din această categorie vor fi atent selecționați, și evaluați de către o echipă multidisciplinară, într-un centru de specialitate chirurgie bariatrică;
7. Chirurgia bariatrică și metabolică (CBM) poate fi recomandată copiilor / adolescenților cu $IMC > 120\%$ din percentila 95 și comorbiditate majoră sau un $IMC > 140\%$ din percentila 95, ar trebui luați în considerare pentru CBM după ce sunt evaluați de către o echipă multidisciplinară într-un centru de specialitate.

Precizări:

- **Indicele de masă corporală (IMC)** este definit ca raportul dintre masa corporală, exprimată în kilograme, împărțită la pătratul înălțimii, exprimată în metri. Formula are ca rezultat o cantitate exprimată în kg/m^2 ;
- **Cele mai frecvente boli asociate obezității** sunt: diabetul zaharat de tip 2, hipertensiune arterială, dislipidemia, apneea obstructivă în somn, bolile cardiovasculare (de exemplu, boală coronariană, insuficiență cardiacă, fibrilația atrială), astmul bronșic, boala ficatului gras și steatohepatita non-alcoolică, boala cronică de rinichi, sindromul de ovar polichistic, infertilitatea, boala de reflux gastroesofagian, pseudotumor cerebri, etc. și nu în ultimul rând psihică.
- Ameliorarea semnificativă, respectiv atingerea stării de remisie, au fost documentate după scăderea ponderală obținută prin CBM. Studiile clinice randomizate demonstrează că **CBM este mai eficientă** decât intervențiile medicale și/sau ale modificării stilului de viață în remisia diabetului, controlul glicemiei și scăderea ponderală.

- Datele actuale privind rezultatele obținute pe termen lung (de ani) susțin **siguranța, eficacitatea și durabilitatea CBM** și superioritatea acesteia în tratamentul obezității severe și a bolilor asociate acesteia față de metodele non-chirurgicale, cu o mortalitate scăzută și morbiditate acceptabilă. În plus, beneficiile durabile ale CBM pentru persoanele cu obezitate clasa $> 35 \text{ kg/m}^2$ se reflectă într-o mortalitate generală mai scăzută în ani după intervenții chirurgicale bariatrice.
- Pragurile de IMC trebuie ajustate în **populația asiatică**, astfel încât $\text{IMC} > 25 \text{ kg/m}^2$ să sugereze obezitate clinică, iar persoanelor cu $\text{IMC} > 27,5 \text{ kg/m}^2$ să li se ofere CBM.
- **O pierdere în greutate de cel puțin 15%** din excesul de greutate (%EWL), este recunoscută ca având un efect semnificativ asupra instalării unei ameliorări marcate a tulburărilor metabolice la majoritatea pacienților supuși CBM.
- Rezultatele pe termen lung privind pierderea în greutate după CBM sunt durabile, fiind raportate în mod constant la peste 60% EWL cu unele variații în funcție de operația specifică efectuată.
- **Pacienții considerați cu risc mai mare** pentru o intervenție chirurgicală, cu $\text{IMC} > 60 \text{ kg/m}^2$, atent selecționați, pot beneficia de CBM, inclusiv la pacienții cu ciroză sau insuficiență cardiacă compensate.
- Obezitatea este asociată cu un risc crescut de diverse tipuri de cancer, inclusiv esofag, sân, colorectal, uter (endometru), al vezicii biliare, stomac, rinichi, ovar, pancreas, ficat, tiroidă, mielom multiplu și meningiom. **CBM poate duce la a reducerea semnificativă a incidenței cancerului** asociat obezității și mortalitatea legată de cancer, în comparație cu persoanele obeze care nu au suferit o intervenție chirurgicală. Beneficiile au fost documentate și pentru incidența unor cancere specifice, cum ar fi cancerule gastrointestinale și hepatobiliare, cancerule genito-urinale și cancerule ginecologice.
- Obezitatea patologică este o boală cronică recidivantă, multifactorială, care necesită un **tratament multimodal pe termen lung după CBM primară**, cu monitorare clinică și paraclinică pe viață, inclusiv intervenții chirurgicale ulterioare de revizie sau altă terapie adjuvantă pentru a obține sau menține efectul dorit pe termen lung.

Chirurgia revizională

Odată cu creșterea numărului de operații CBM și cu recunoașterea obezității ca o boala cronică, se observă o creștere a intervențiilor chirurgicale de revizie. Indicațiile pentru chirurgia revizională variază în funcție de pacient, dar includ:

- recâștigul în greutate sau pierderea în greutate inițială insuficientă;
- îmbunătățirea insuficientă a bolilor asociate;
- gestionarea complicațiilor (de exemplu, refluxul gastroesofagian).

Revizia chirurgicală poate lua forma conversiei de la un tip de operație CBM la altul, sporind efectul unei operații specifice, tratarea unor posibile complicații ale operației inițiale, sau restabilirea anatomiei normale atunci când este posibil.

Complexitatea intervenției chirurgicale CBM de revizie este mai mare decât cea inițială, dar este eficientă în suplimentarea scăderii ponderale ulterioare și îmbunătățirea bolilor asociate la pacienții selecționați, cu rate acceptabile de complicații și rate scăzute de mortalitate.

Evaluarea pacientului cu obezitate candidat la CBM

- Pacienții candidați pentru CBM sunt evaluați de către o **echipă multidisciplinară cu expertiză chirurgicală, medicală pluridisciplinară (endocrinologie, pneumologie, cardiologie, etc), psihologică și nutrițională**;
- **Endoscopia digestivă superioară** preoperatorie este recomandată de rutină;
- **Evaluarea multidisciplinară** este de importanță majoră pentru pacientul bariatric având în vedere complexitatea obezității ca boală;
- **Echipa multidisciplinară** efectuează o analiză pertinentă asupra raportului risc/beneficiu în cazul pacientului candidat la CBM;
- **Înțelegerea de către pacient a modificărilor survenite post CBM** de-a lungul vieții este esențială;
- **Abordarea multidisciplinară** evaluează și aplică managementul factorilor de risc modificabili ai pacientului cu scopul de a reduce riscul complicațiilor perioperatorii și de a îmbunătăți rezultatele CBM; decizia pentru indicația chirurgicală și momentul operator ar trebui determinate în primul rând de către chirurg;
- **Starea nutrițională** a pacienților eligibili pentru CBM este importantă și se impune a fi evaluată. De asemenea, se impun corectarea deficitelor micronutriționale înainte de CBM,

educația nutrițională preoperatorie precum și managementul nutrițional postoperator al pacienților care pot prezenta intoleranțe alimentare, tulburări de absorbție, deficite micronutriționale sau recâștig ponderal;

- **Evaluarea psihologică** de către un specialist cu cunoștințe și experiență în sănătatea comportamentală este importantă pentru evaluarea psihopatologiilor și determinarea capacității candidatului de a face față adversității intervenției chirurgicale, schimbarea imaginii corporale și a modificărilor stilului de viață necesare după CBM. **Depresia și binge eating-ul** precum și abuzul de substanțe, sunt prezente cu o frecvență superioară în rândul candidaților la CBM în raport cu populația generală. Psihologi/psihiatri cu experiență în CBM au rolul de a evalua pacienții și a determina capacitatea lor de a înțelege efectele CBM, precum și schimbarea consecutivă a stilului de viață;

- În acest sens, evaluarea pre-operatorie are rolul de a optimiza rezultatele chirurgicale și de a aplica metode de management a tulburărilor de alimentație, a bolilor mintale severe necontrolate sau a abuzului de substanțe active.

Aceste ghiduri au fost redactate sub îndrumarea Dr. Cristian Boru, Prof. Dr. Florinela Cătoi-Galea și Prof. Dr. Cătălin Copăescu.

Bibliografie

1. Eisenberg D, Shikora SA, Aarts E, Aminian A, Angrisani L, Cohen RV, et al. 2022 American Society of Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. *Obes Surg.* 2023 Jan;33(1):3-14. doi: 10.1007/s11695-022-06332-1. Erratum in: *Obes Surg.* 2022 Nov 29;:
2. Di Lorenzo N, Antoniou SA, Batterham RL, Busetto L, Godoroja D, Iossa A, et al. Clinical practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery

3. (EAES) on bariatric surgery: update 2020 endorsed by IFSO-EC, EASO and ESPCOP. *Surg Endosc.* 2020 Jun;34(6):2332-2358. doi: 10.1007/s00464-020-07555-y.
4. Carrano FM, Iossa A, Di Lorenzo N, Silecchia G, Kontouli KM, Mavridis D, et al; EAES Bariatric Surgery Guidelines Group. EAES rapid guideline: systematic review, network meta-analysis, CINeMA and GRADE assessment, and European consensus on bariatric surgery-extension 2022. *Surg Endosc.* 2022 Mar;36(3):1709-1725. doi: 10.1007/s00464-022-09008-0.
5. Kaplan L. *J Gastrointest Surg.* 2003;7(4):proceeding;443-451.
6. “Adult Obesity Facts | Overweight & Obesity | CDC.” *Centers for Disease Control and Prevention*, 5 Mar. 2018, www.cdc.gov/obesity/data/adult.html. Accessed 16 Apr. 2018.
7. Weiner, R. A., et al. (2010). *Indications and principles of metabolic surgery.* U.S. National Library of Medicine. 81(4) pp.379-394. Accessed from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20361370>
8. *The Effectiveness and Risks of Bariatric Surgery: An Updated Systematic Review and Meta-analysis*, 2003-2012 Accessed from: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/1790378>
9. Sjöström. L., et al. (2007). *Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects.* *New England Journal of Medicine.* 357 pp. 741-752 Accessed October 2013 from <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa06625>.
10. Adams, T. D., et al. (2007). *Long-term mortality after gastric bypass surgery.* *New England Journal of Medicine.* 357 pp. 753-761. Accessed from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa066603>

11. Wittgrove, A. C., et al. (2000). *Laparoscopic gastric bypass, roux-en-y: 500 patients: technique and results, with 3-60 month follow-up. Obesity Surgery. 10(3) pp. 233-239. Accessed from http://www.lapbypass.com/pdf/LapGBP_500Patients.pdf*
12. Aminian, A., et al. (2015). *How safe is metabolic/diabetes surgery? Diabetes Obesity Metabolism. Feb;17(2):198-201. doi: 10.1111/dom.12405 Accessed from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25352176>.*
13. Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, Wolski K, Aminian A, Brethauer SA, et al; STAMPEDE Investigators. Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes - 5-Year Outcomes. *N Engl J Med. 2017 Feb 16;376(7):641-651. doi: 10.1056/NEJMoa1600869.*