

Indikace a kontraindikace k operaci

Současné indikace pro bariatrickou chirurgii jsou BMI (Body Mass Index) $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ nebo BMI $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ a komorbidita související s obezitou, u které lze očekávat zlepšení/vyléčení udržováním úbytku hmotnosti po operaci. Tyto indikace byly stanoveny na konsenzuálním setkání v roce 1991 a následně potvrzeny novějšími doporučeními (11, 12). Zásadní doplněk k indikacím pro bariatrickou či spíše metabolickou chirurgii přinesla mezinárodní konsenzuální konference Diabetes Surgery Summit v roce 2007, která doporučila použití bariatrické a metabolické chirurgie k léčbě diabetu mellitu 2. typu (T2D), včetně jedinců s obezitou I. stupně. Společné prohlášení mezinárodních diabetologických organizací z roku 2016 doporučuje zvážit metabolickou chirurgii jako možnost léčby diabetu 2. typu u pacientů s obezitou 1. stupně (BMI 30,0–34,9 kg/m^2) a s nedostatečně kontrolovanou hyperglykemií navzdory optimální medikamentózní léčbě (13) (Tab. 2).

Komentář PS: Koncem roku 2022 vydaly dvě společnosti (The American Society for Metabolic and Bariatric Surgery – ASMBS, a International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders – IFSO) nová doporučení pro indikace pro bariatrické operace. Indikováni jsou pacienti s obezitou II. stupně (BMI $> 35 \text{ kg/m}^2$) bez ohledu na přítomnost, nepřítomnost nebo závažnost přidružených onemocnění. Dále jsou indikováni pacienti s obezitou 1. stupně (BMI 30,0–34,9 kg/m^2) s metabolickým onemocněním (diabetem 2. typu (T2D)). Indikace k operaci by měla být zvažována u jedinců s BMI 30–34,9 kg/m^2 , kteří nedosahují podstatného nebo trvalého úbytku hmotnosti nebo zlepšení komorbidit pomocí nechirurgických metod (14). Nové indikace tak posouvají hranice BMI níže o jeden stupeň obezity.

Předoperační optimalizace

Odvykání kouření a alkoholu

Ukončení kouření alespoň 4–8 týdnů před operací snižuje pooperační komplikace po nebariatrických operacích, zejména ranné a kardiovaskulární komplikace. U bariatrické chirurgie bylo kouření spojeno se zvýšeným rizikem vředů v anastomóze, se zvýšením infekčních a respiračních komplikací. Optimální načasování přerušování kouření zůstává nejasné. Intervence, která začíná minimálně 4 týdny před operací a zahrnuje jednou týdně pohovor a používání přípravků na snížení závislosti na nikotinu, je pravděpodobně nejvíce úspěšným přístupem, jak ovlivnit komplikace a dlouhodobě přerušit kouření. Navzdory nejlepší snaze se jeví dosažení odvykání jako obtížné, zvláště z dlouhodobého pohledu (Tab. 2).

Vysoká konzumace alkoholu může zvýšit riziko pooperačních komplikací – především infekčních a souvisejících s hojením ran. Účinek předoperačního odvykání alkoholu byl řešen v Cochranově přehledu zahrnujícím tři RCT (randomized control trial, randomizovaná kontrolovaná studie) s celkovým počtem 140 pacientů, kteří podstoupili kolorektální nebo ortopedickou operaci. Souhrnný odhad z těchto studií naznačil významné snížení rizika (RR 0,62, 95% CI 0,40–0,96) pooperačních komplikací po předoperačním poradenství a krátké, ale intenzivní intervenci u pacientů se zvýšenou konzumací. Komplexní povaha povinných změn chování v kombinaci se zvýšeným rizikem

pooperační nadměrné konzumace alkoholu a závislosti, zejména u pacientů s předchozím abúzem návykových látek, je základem pro současná doporučení 1–2letého období dokumentované alkoholové abstinence pro pacienty s dřívější závislostí. Úroveň důkazů pro toto doporučení zůstává nízká (Tab. 2).

Komentář PS: Pracovní skupina si plně uvědomuje negativní vliv nikotinu ve všech jeho formách na celkový zdravotní stav pacienta i na hojení střevních anastomóz. Zároveň si je ale vědoma omezených možností kontroly lékařem na přerušování užívání tabákových výrobků pacientem. Skupina se tak shoduje na důležitém předoperačním doporučení přerušování kouření minimálně 4 týdny před operací a na edukaci pacienta o negativních vlivech nikotinismu na případné pooperační komplikace.

Předoperační hubnutí

Na rozdíl od předoperačního programu povinného hubnutí je před bariatrickou operací obvykle doporučována nízkokalorická dieta (1 000–1 200 kcal/d) nebo výrazně nízkokalorická dieta (800 kcal/d). Tento režim ukázal, že snižuje objem jater, a tak usnadňuje chirurgický přístup. Navíc je výrazně nízkokalorická dieta spojena se celkovým zvýšením inzulinové senzitivity. Tento efekt může být výraznější u pacientů s vyšším BMI. Výsledky studií ale zůstávají rozporné.

Z observačních studií je patrné výraznější pooperační snížení hmotnosti u pacientů, kteří předoperačně zhubli. Účinek předoperačního úbytku hmotnosti byl také hodnocen v nastavení ERAS, které prokázalo zkrácení operačního času a také zlepšený pooperační úbytek hmotnosti. Zdá se také, že dochází k výraznějšímu pooperačnímu snížení hmotnosti u pacientů, kteří dosáhnou předoperačního snížení hmotnosti $> 10 \%$.

Obecně se dá konstatovat, že existuje vysoká úroveň důkazů, že 2–4 týdny nízkokalorické nebo výrazně nízkokalorické diety vedou ke snížení objemu jater. Dále existuje střední úroveň důkazů o snížení pooperačních komplikací a nízká kvalita důkazů ohledně vlivu na pooperační ztrátu hmotnosti (Tab. 2).

Komentář PS: Doporučení předoperační nízkokalorické (low caloric diet, LCD) nebo výrazně nízkokalorické diety (very low caloric diet, VLCD) by mělo být součástí optimalizace v předoperačním období. Přes nízkou compliance by mělo být pacientům doporučeno zvláště zdůrazněno v případech zjištění hepatomegalie nebo u pacientů s BMI nad 40. Vhodná je i kombinace nízkokalorických diet s užíváním antiobezitik. Snížení hmotnosti před plánovanou bariatrickou operací a také nápodobu pooperačních změn v pocitech hladu a chutí lze navodit použitím zejména GLP-1 (glucagon-like peptid) analog. Nástup účinku antiobezitik trvá 3–5 týdnů, vlastní efekt – tedy redukce alespoň 5 % hmotnosti – okolo 12. týdne od zahájení léčby. Samotné rozhodnutí k bariatrické operaci předchází vlastnímu operačnímu výkonu obvykle 2–4 měsíce. Proto případné zahájení léčby antiobezitikem na vstupním vyšetření u chirurga či obezitologa zajistí dostatek času k redukci hmotnosti. Z antiobezitik jsou v České republice dostupná kombinace naltrexon + bupropion (Mysimba®) a liraglutid (Saxenda®). Dále je EMA (European Medicines Agency) schválen semaglutid (Wegovy®) a FDA (Food and Drug Administration) schválen tirzepatid (Mounjaro®), které zatím nejsou k dispozici (15).