حقائق حول جراحة البدانة:

بقلم الدكتور أنس العظمة

اختصاصي الجراحة التنظيرية و جراحة البدانة

١- العلاج الجراحي هو الحل الوحيد المثبت القادر على إنقاص وزن الأشخاص البدينين، وعلى المحافظة عليه لمدة طويلة.
٢- خطر استمرار البدانة على الحياة أكبر بكثير من خطر العلاج الجراحي للبدانة (نسبة الوفيات تصل ٨٩% في حالات البدانة المرضية غير المعالجة جراحياً).
٣- إنَ عدم خضوع المريض لأية محاولة علاجية (حمية – رياضة – أدوية) لإنقاص الوزن بإشراف طبي يعد مضاد إستطباب للجراحة، ولا يجوز إجراء الجراحة قبل التأكد من عدم فعالية هذه الطرق وفشلها.
٤- العلاج الجراحي للبدانة يبعد عنك المضاعفات المرضية الناتجة عنها ويقلل من خطر الوفاة قبل الأوان.
٥- إن اختيار الجراحة المناسبة هو مهمة الطبيب بالدرجة الأولى، ولا بد من مشاركة المريض في هذا الاختيار بعد تفهُّمه للاستطبابات ومضادة الإستطباب ومعرفة مشاكل كل عملية ونتائجها، وما هو مناسب لوضعه الصحي وعاداته الغذائية ودرجة بدانته.
٦- بما أن البدانة من المشاكل المتعددة الأسباب، فهي تشمل نوعية الحياة والعادات الغذائية، وكذلك الوراثية التي تزيد قابلية الشخص للبدانة، فالطفل المولود لأب وأم بدينين يعاني في الغالب من مرض البدانة في سن مبكرة لذلك يجب على مريض البدانة أن يضع نصب عينيه أنه يحتاج إلى حل جذري وليس حل مؤقت، وأن الحل الجذري يتطلب جهداً متواصلاً للمحافظة على الوزن الجديد بعد الجراحة مما يجنبه مشاكل ومخاطر البدانة.

ينطبق على ما سبق اقتناع بعض المرضى بمبدأ الخضوع لجراحة يمكن العودة عنها في المستقبل، وهذا في الحقيقة مبدأ خاطئ لأنه ومع تقدم العمر تصبح قدرة الجسم على الاستقلاب أقل كما أن حركة الإنسان ونشاطه تصبح محدودة ، وبالتالي يكون معرضاً للإصابة بالبدانة مرة أخرى وبنسبة أعلى.

لذلك على المريض اختيار العمليات الجراحية الأكثر فعالية ومن ثم ضمان فائدة هذه العملية لأطول فترة ممكنة. علماً أن معظم العمليات الجراحية الحديثة لعلاج البدانة يمكن

معاكستها و إلغاؤها بعمل جراحي جديد و يجرى ذلك في حالات نادرة و لضرورة طبية ملحة.

ملاحظة هامة جداً:

إنَّ الحلَّ الجراحي وبخلاف ما يظن الكثير من الناس ليس الحل الأسهل لعلاج البدانة، إنما هو حل نهائي نلجأ إليه في حالات محددة تحمل البدانة فيها خطر على الحياة آنياً أو مستقبلياً ولا تستطب الجراحة إلا بعد فشل كافة الوسائل الأخرى للتخلُّص من البدانة. إنّ صعوبة الحل الجراحي بالنسبة للمريض لا تكمن في الجراحة نفسها وما حولها، إنما في التغير الجذري في حياة المريض بكافة جوانبها من جهة،وضرورة التزامه بمجموعة التعليمات والتوصيات بعد العمل الجراحي والتي يرتبط نجاح الجراحة على المدى البعيد والقريب بمدى هذا الالتزام.

لمن يجرى العمل الجراحي

الجراح المختص هو الذي يقرر مدى حاجة المريض البدين للجراحة وفق الشروط التالية:

١. - *مشعر كتلة الجسم أكثر من ٤٠%.*

٢. - مشعر كتلة الجسم ٣٥% أو أكثر مع مشكلة صحية مرتبطة بالبدانة كالسكري وارتفاع شحوم الدم أو توقف التنفس أثناء النوم أو العقم.. الخ.

١. - محاولات سابقة فاشلة لإنقاص الوزن بإشراف طبي (حمية، رياضة، أدوية).

٢. - عدم وجود اضطرابات أخرى مسؤولة عن زيادة الوزن (اضطرابات هرمونية).

٣. - التزام واستعداد المريض للالتزام بالتعليمات والإرشادات الطبية كالتغذية والتمارين الرياضية والمراقبة الطبية والمراجعة بعد العمل الجراحي.

٤. - عدم وجود أية مشكلة تحول دون إجراء التخدير العام أو إجراء الجراحة.

٥. - عدم وجود قصة إدمان على الكحول أو المخدرات.

٦. - الإقلاع عن التدخين قبل الجراحة بـ٦ أسابيع على الأقل.

٧. - عدم وجود مرض خطير مهدد للحياة غير قابل للشفاء (سرطان، قصور كلوي مزمن... الخ).

كم يتوقع أن ينقص الوزن بعد الجراحة:

يعتمد على عدّة عوامل:

-العمر.

- الوزن قبل الجراحة.

- الحالة الصحية بشكل عام.

- نوع العمل الجراحي المقرر.

- القدرة على الالتزام بالرياضة.

- الالتزام بالنظام الغذائي بعد الجراحة.

- قوّة الإرادة ودعم الأهل والأصدقاء.

أنواع الجراحات

تعمل الجراحة على التخلص من الوزن بالطرق التالية:

- الإقلال من تناول الطعام من خلال عمليات تصغير المعدة.
- الإقلال من تناول الطعام وامتصاصه أيضاً من خلال عمليات تصغير المعدة والحد من الامتصاص.

- تناول الطعام بشكل معتدل مع امتصاص جزء منه فقط، من خلال عمليات الحد من الامتصاص الصرف.

بالرغم من أن غالبية هذه العمليات قديمة ومعروفة، فإن تفاقم مشكلة البدانة في الآونة الأخيرة وظهور تقنية الجراحة التنظيرية جعل انتشار هذه الجراحات وتقبلها من مرضى البدانة أكبر كثيراً من السابق. كما خفض نسبة المضاعفات المصاحبة لهذه العمليات عشرات المرات، بحيث أصبحت أقل كثيراً من المضاعفات الناتجة عن البدانة نفسها.

تحويل الأمعاء **R.Y Gastric Bypass**

وهو الإجراء الجراحي الأكثر شيوعاً ونجاحاً لإنقاص الوزن في معظم دول أوربا و أمريكا.

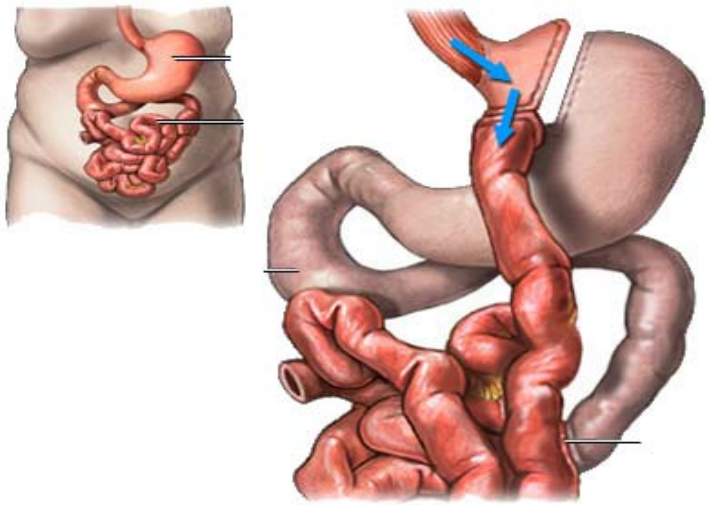
يتم إنشاء معدة صغيرة وذلك بعزل جزء صغير من المعدة وهذا هو الجزء التحديدي من التحويل، ثم يوصل جزء من الأمعاء الدقيقة بالحقيبة المعدية الجديدة للسماح للطعام بالمرور بعيداً عن الإثني عشر. وهذا الإجراء يسبب نقص الامتصاص بنسبة تعتمد على طول الجزء المعزول من الأمعاء .

تعدُّ عملية تحويل المعدة عملية مشتركة بين التصغير والحد من الامتصاص وتعمل على:

-إقلال كمية الطعام في الوجبة الواحدة.

- امتصاص جزء من الطعام المتناول (الكم).

- تجنُّب المواد السكرية والدسم والتخلص منها بعدم الامتصاص (النوع).



المزايا:

- ❖ التحكم بشكل كبير في دخول الطعام وكميته.
- ❖ يكون فقدان الوزن أكبر وبصورة منتظمة.
- ❖ الحفاظ على الوزن يكون في أفضل حالاته.
- ❖ يتمتع المريض بحياة جديدة فيما يخص الطعام وطريقة الحياة، حيث لا يسبب التقيؤ مشكلة مزمنة للمريض كما هو الحال في الإجرائين السابقين.
- ❖ الحاجة أقل إلى نظام حمية صارم بعد الجراحة.
- ❖ تتميز بالشعور المبكر بالشبع و الإقلال من الشهية الزائدة للطعام، وذلك بسبب دخول الطعام مباشرة إلى الجزء القاصي من الأمعاء. وهذا يؤدي إلى نقص الرغبة في تناول الطعام مترافقاً مع شعور المريض بالرضا.
- ❖ قابل للعكس بالكامل (مما يعني إرجاع المعدة إلى وضعها الأصلي وإلغاء الإجراء كاملاً) و ذلك في حالات استثنائية و لضرورة طبية ملحة.

العيوب:

١. فشل خط التدبيس (نادر جداً، وخاصة في الطريقة التنظيرية).

٢. تقرحات (٢-٣%) ويمكن معالجتها بسهولة، وذلك باستعمال الأدوية المناسبة.

٣. تضيق أو انسداد مخرج المعدة (نادر جداً) ويمكن علاجه بالتوسيع بواسطة المنظار عن طريق الفم.

٤. التقيؤ في حالة عدم مضغ الطعام جيداً أو تناول الطعام بسرعة كبيرة في أول ٣ أشهر بعد الجراحة.

هل العملية مناسبة لأجلك؟
(تحويل المعدة)

تناسب هذه العملية:

١-المريض الذي لا يرجى إنقاص وزنه بالطرق غير الجراحية (مؤشر كتلة الجسم ٤٠ أو أكثر). مع فشل الوسائل الطبية سابقاً.

٢-المرضى الذين يعانون من الأمراض المصاحبة للبدانة (مثل: السكري، ضغط الدم، توقف التنفس أثناء النوم) وإن كان مؤشر كتلة الجسم أقل من ٤٠.

٣-كل المرضى الذين تزيد كتلة الجسم لديهم عن٤٥-٥٠%.

٤-الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية تؤثر على إمكانية إنقاص الوزن لديهم Bulimia.

٥-كل المرضى المحبين للسكريات حيث ثبت فشل الجراحات الأخرى لديهم.

٦-المرضى الذين أجريت لهم جراحات سابقة لإنقاص الوزن ثم فشلت في إنقاص الوزن، أو حدثت زيادة وزن شديدة بعد الجراحة (حلقة المعدة – تدبيس المعدة الطولي-قطع المعدة الكمي).

يسمى هذا الإجراء (العملية الذهبية للبدانة) حيث أثبتت وعلى مدى أكثر من خمسين عاماً نجاحها وبشكل كبير جداً، و هي تعدُّ أفضل من العمليات الأخرى، وخاصة العمليات التحديدية السابق ذكرها وخاصة في البلاد العربية والشرق الأوسط، حيث يكثر أكل السكريات مثل: التمور بأنواعها، الشوكولا، والحلويات الأخرى التقليدية للمنطقة وشرب الشاي بسكر عالي التركيز، كما يتكون الطعام عامة من تركيز عالٍ من المواد الدهنية والدسمة.

النتائج:
يفقد المريض بعد هذه الجراحة معظم الوزن الزائد ٧٧% خلال سنة من الجراحة تصل إلى ٨٠-٨٥% خلال سنة ونصف إلى سنتين.

ويحافظ المريض على فقدان وزنه خلال ١٠-١٤ سنة بمعدل ٦٠-٧٠% ولا تزيد نسبة زيادة الوزن خلال ٥ سنوات عن ٢%.

وتفيد في التخلص من المشكلات الصحية المرتبطة بالبدانة وخاصة (المتلازمة الإستقلابية) بنسبة كبيرة جداً ومنها: الداء السكري، وارتفاع شحوم الدم، وارتفاع ضغط الدم، وتوقف التنفس أثناء النوم

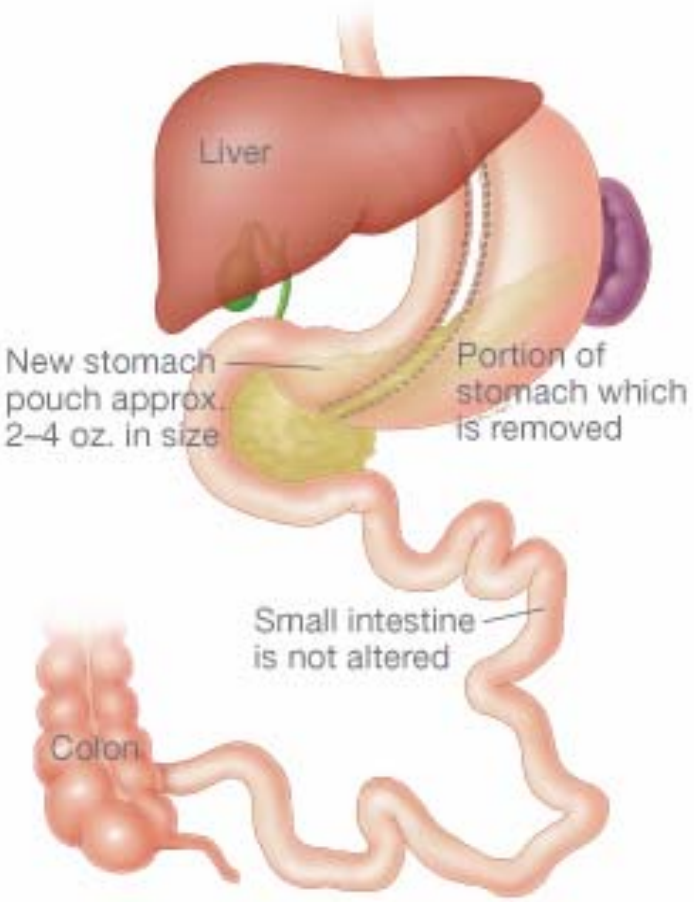
عمليات جراحية حديثة

استئصال المعدة الطولي (بشكل الكم)

Sleeve Gastrectomy

ما تزال العملية الأحدث قيد الاختبار في عدة مراكز عالمية و لم تقيم نتائجها بعيدة المدى من حيث نسبة عودة الوزن و المحافظة على الوزن الهدف. و تعد (الاستئصال الكمي الطولي) عملية مرحلية تجرى كمرحلة أولى من عمل جراحي ذو مرحلتين و ذلك في حالات خاصة لدى بعض مرضى الأوزان الشديدة مع خطورة تخديرية عالية أو عند وجود صعوبات تقنية تمنع إجراء العمل الجراحي المقرر(تحويل المعدة أو سكوبينارو). حيث تؤدي خلال عدة أشهر أو سنوات إلى فقد جزء

مهم من الوزن الزائد مما يسمح بإجراء العمل الجراحي النهائي في مرحلة تالية. و ما زالت معظم الدراسات المبدئية المنشورة تشير إلى نسبة عالية من زيادة الوزن بعد الجراحة (حوالي ٥٠%) و نسبة اختلاطات عالية حول العمل الجراحي (تسريب خياطة المعدة حوالي ٥-٦%).



<u>و حددت الاستطبابات المبدئية للاستئصال الكمي الطولي للمعدة (كعملية مرحلية أحيانا و نهائية نادراً) بما يلي</u>:

١-مشعر كتلة الجسم أكثر من ٦٠%.

٢-أمراض خطيرة مرافقة (قلبية – رئوية – كبدية).

٣-الأعمار المتقدمة (أكتر من ٦٠ سنة).

٤-الداء الالتهابي المعوي (داء كرون).

٥-الحاجة للعلاج الدوائي الفموي الدائم (أدوية الروماتيزم – أدوية المناعة في زرع الأعضاء).

٦-الحاجة لمراقبة دائمة لمخاطية المعدة (بوليبات ....الخ).

٧-ضخامة كبدية شديدة أثناء الجراحة (صعوبة تقنية).

٨-التصاقات معوية شديدة .

٩-اجتماع عاملين أو أكثر مما سبق.

و ما تزال النتائج النهائية في العديد من الدراسات و خاصة بعيدة المدى مرتقبة لتحديد الاستطبابات النهائية لهذه الجراحة.

الأعراض الجانبية:

١-قلس معدي مريئي ربما يكون شديد و هو معند على العلاج.

٢-حس ثقل بعد الطعام.

٣-اقياءات متكررة .