

Endokrinolojide Monolog

Endocrinology in Monologues

Alper Çelik

Türkiye Metabolik Cerrahi Vakfı

Metabolik Sendrom ve bunun en önemli iki bileşeni olan obezite ve tip 2 diyabet son birkaç dekatlık dönem zarfında bütün dünyayı tehdit eden küresel bir pandemi haline dönüşmüştür. Artan dünya nüfusu, organik tarımdan uzak beslenme, rafine gıda teknolojisi ve hareketsiz yaşam tarzı bizi bu tehdit ile karşı karşıya bırakmış durumdadır.

Metabolik Sendrom ve özellikle obezite pek çok biyolojik nedeni olan komplike ve kronik bir hastalık olup, tek başına diyet ve egzersiz ile tedavisi mümkün görünmemektedir. Bu sıkıntıya sahip hastaların çoğu uygun tedavi, eğitim ve bilinçlendirme ile ilk birkaç ay zarfında kilo verecek ancak hastaların %80-95'i bu kiloları aynı süre zarfında fazlasıyla geri alacaklardır¹. Bunun en önemli nedeni hastalar diyet ile kilo verme süreci boyunca kendi endojen hormonları ile bir mücadele verecekler ve azalan kalori alımının tetiklediği çok sayıda mekanizma (hayatta kalma içgüdülerinin de etkisiyle) harekete geçerek kalori girdisini artıracaktır².

Bu biyolojik adaptasyon mekanizmaları çoğu zaman bireyin ulaştığı vücut profilini korumak üzere kalori alımı ve yağ depolanmasını artırmaya yönelik hareket edeceklerdir. Yağ kaybetme zaafına karşı bir savunma yöntemi üstlenmiş olan bu mekanizmaları zorlamak, özellikle de 21. yüzyılın çevre uyaranları da dikkate alındığında genellikle başarısızlıkla sonuçlanacaktır. Hatta morbid obez olmayan prediyabet aşamadaki hastalarda dahi yaşam tarzı değişiklikleri erken dönemde kilo kontrolü sağlayacak ancak uzun vadede bu fark plasebo grubu ile aynı etkinliğe sahip olacaktır³⁻⁶. Pek çok hekimin obezite ve metabolik sendromun oluşum ve gelişme mekanizmalarını bilmeden veya görmezden gelerek tedavi uygulamalarını sadece davranış modifikasyonu üzerine temellendirmeleri uzun vadede başarısızlık ile sonuçlanacak ve bizler metabolik sendrom ile verilen bu mücadelede kaybeden tarafta yer almaya ne yazık ki

devam edeceğiz. Tüm medikal camianın cerrahların zaten çok net bir şekilde görebildiği mucizevi sonuçları araştırmaları, okumaları ve cerrahi uygulamalara ait sonuçları en azından yepyeni bir araştırma sahası olarak görmeleri gerektiği halde uzak durmaları sadece bilimsel endişelerden kaynaklanıyor olabilir mi? Bu sorun da metabolik sendromun kendisi gibi küresel bir problem olarak tıp literatüründeki yerini almıştır⁷.

Bugüne kadar davranış terapileri ve yaşam tarzı değişiklikleri dışında obezitenin medikal tedavisinde çok sayıda ilaç ve minimal invaziv girişimler kapsamında vagal sinir blokajı gibi pek çok yöntem denenmiş ancak bunların hiç birisi istenilen düzeyde başarı elde edememiştir. Sadece sindirim sistemi anatomisini değiştiren (mide kelepçesi dışındaki) yöntemler, uygulama tekniğine göre değişen seviyelerde efektif kilo kontrolü sağlamıştır. Bugün IDF (International Diabetes Federation = Uluslararası Diyabet Federasyonu) dahi tip 2 diyabet tedavisinde cerrahi uygulamalarını öncelmiş ve hatta klas 1 obez (VKİ=30-35 kg/m²) olup, istenilen tedavi hedeflerini yakalayamayan hastalarda cerrahi tedavinin değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır⁸.

Ne var ki XX. yüzyılın son çeyreğinden itibaren cerrahi tedavinin tip 2 diyabet tedavisi üzerindeki olumlu ve hatta heyecan verici etkileri yayınlanmakta olmasına rağmen bu konu üzerindeki dahili direncin nedenlerini cerrahi camia kendi içinde de aramalıdır.

Uygulanan cerrahi yöntemler arasında belki de en detaylı incelenen teknikler olan RYGB (Roux-Y Gastrik Bypass) operasyonlarının sadece mekanik kısıtlama üzerinden değil, kilo kaybı dışı nöro-hümorale mekanizmalar sayesinde de efektif kilo kontrolü sağlayabildiği gösterilmiştir⁹⁻¹⁰.

Bununla beraber dünya üzerinde en sık yapılmakta olan ve altın standart olarak lanse edilen RYGB (Roux-Y Gastrik Bypass) ve Sleeve Gastrektomi (SG) ameliyat-

Yazışma Adresi | Correspondence: Alper Çelik

Halaskargazi Caddesi 19 Mayıs Mahallesi Etfal Sokak Kent Pasajı C Blok
Kat: 1-2 Şişli, İstanbul
e-posta: doktoralper@hotmail.com

Başvuru tarihi | Submitted on: 28.11.2014

Kabul tarihi | Accepted on: 27.01.2015

ları ile ilgili uzun dönem veriler ne yazık ki tartışmaya açıktır. Cerrahi pratikte en sık yapılmakta olan bu iki ameliyatı sıklık açısından revizyon, yani düzeltme ameliyatları takip etmektedir. “Revizyon” kelimesi maalesef uygulamakta olduğumuz cerrahi yöntemlerin etkisizliğini ve kısıtlılığını ifade etmektedir. Cerrahinin her alanında olduğu gibi obezite ameliyatlarında da bir öğrenme eğrisi mevcuttur ve özellikle uygulanan cerrahiden sonraki ilk 1 yıllık dönem içinde ortaya çıkan yetersiz kilo verme / tekrar kilo alma sorunları aşikârdır ki cerrahi teknik yetersizliklerden kaynaklanmaktadır. Ne var ki, mide kelepçesi veya tüp mide uygulanmış olan hastaların uzun dönem takipleri asıl sorunun 5. Yıldan sonra başladığını ve bu hastaların önemli bir kısmının düzeltme veya ilave cerrahi girişim ihtiyacı duyduklarını ortaya koymaktadır. Kısıtlama temelli ameliyatlar konusundaki “kısıtlılıklar” net bir şekilde vurgulanmalı ve “kısıtlı” endikasyonlarla uygulanmalıdır. Düzeltme amacıyla bu ameliyatların kurtarıcısı olarak lanse edilen DS (Duodenal Switch) ve BPD (Biliopankreatik Diversiyon) gibi emilim bozucu işlemler ise bir hastalığı sona erdirip, birkaç yeni hastalığa kapıları açmaktadırlar. Zira ince bağırsakların çok büyük bir kısmını sindirim işlevinin dışına itip hastaları ömür boyu vitamin, mineral, demir ve kalsiyum bağımlısı haline getirme riski her cerrahın sorumluluklarını gözden geçirmesini gerekli kılmaktadır.

Bu geçerliliğin birkaç önemli dayanağı vardır. Birincisi; hem obez hem de obez olmayan hastalarda, ince barsaklarda çok ciddi bypass veya diversiyon işlemi yapmaksızın da - oldukça geniş bir VKİ (Vücut Kitle İndeksi) yelpazesinde- efektif metabolik ve “bariatrik” sonuçlar elde etmek mümkündür¹¹. İkincisi hâlihazırda ülkemizde 2-3 merkez dışında hiçbir kurumda bariatrik veri tabanı, ulusal bir veri tabanı ve hastaların takip ortalamaları hakkında herhangi bir fikrimiz dahi yok iken, emilim bozucu işlemlerin yoğun talep görmesi, ileride ortaya çıkacak kemik-eklem gelişim sorunları ve demir-eser element eksikliklerine ait sıkıntıları ya gör(e)mediğimiz ya da görmezden geldiğimiz şekilde yorumlanmaktadır. Üçüncüsü ve belki de en önemlisi; insan üzerinde yapılacak hiçbir kısıtlamanın (kelepçe, dar anastomoz, sıkı sleeve) tarih boyunca binlerce örnekte görüldüğü üzere başarılı olamayacağını fark edemiyor olmamızdır. Cerrahi ve medikal anlamda başarı GLP-1, P-YY, Oksintomodulin gibi ileum kaynaklı anoreksiyojenik ve insülinomimetik hormonları, emilimi bozmadan aktive ettiğimizde ortaya çıkacaktır. Zira tokluk hissi midemiz

yiyecek ile dolduğu zaman değil, yiyecekler ileuma ulaştığı zaman ortaya çıkan ilkel bir içgüdüdür. Çünkü pilor kasının kasılmasını sağlayan nörohümorale mekanizmalar ileum kaynaklıdır ve midemizin fonksiyonel kapasitesini ileum belirler.

Camiamızın bir an evvel bu durumların farkına varması gerekmektedir. Çünkü endokrin camiası kısmen de olsa endişelerinde haklıdır. Bizlerin emilimi bozmadan ileal proksimalizasyon teknikleri üzerine yoğunlaşmamız ve özellikle de takip edemeyeceğimiz hastalara emilim bozucu ameliyatları sunuyor olmamız gerekmektedir. Bunlara ilaveten, acil olarak ulusal bir veri tabanına ihtiyacımız bulunmaktadır. Her sene binlerce bariatrik / metabolik cerrahi operasyonlarının yapıldığı ülkemizde kendi merkezlerimiz kaynaklı tek bir randomize kontrollü klinik çalışma dahi bulunmamaktadır.

Tüm bu can sıkıcı gerçeklerin ışığında, bu makale vesilesi ile Türkiye Metabolik Cerrahi Vakfı tüm meslektaşlarımıza bir çağrıda bulunmaktadır. Beraber çalışarak hem ülkemiz insanına hem gelecek nesillere hem de bilimsel bilgi birikimine çok büyük katkılar sağlayabiliriz.

Kaynaklar

- 1) Kaplan LM, Seeley RJ, Harris JL. Myths associated with obesity and bariatric surgery. Review. Bariatric Times 2012; 9(9): c5-7.
- 2) <http://www.bariatricnews.net/?q=news/111851/obesity-cannot-be-cured-just-diet-and-exercise>
- 3) American Diabetes Association. The dangerous toll of diabetes. <http://www.diabetes.org/diabetes-statistics/dangerous-toll.jsp>.
- 4) Vaag AA. Glycemic control and prevention of microvascular and macrovascular disease in the Steno 2 study. Endocr Pract 2006; 12: 89-92.
- 5) Bermudez DM, Pories WJ. New technologies for treating obesity. Minerva Endocrinol 2013; 38: 165-172.
- 6) The Diabetes Prevention Program (DPP). Description of lifestyle intervention. Diabetes Care 2002; 25(12): 2165-2171.
- 7) Buchwald H, Scopinaro N. An invitation to our medical colleagues: work with us. Obes Surg 2010; 20: 1465-1467.
- 8) Pories WJ. The IDF Statement: a big and long-awaited step for our diabetic patients. Obes Surg 2011; 21(10): 1487-9.
- 9) Buchwald H, Estok R, Fahrbach K, et al. Weight and type 2 diabetes after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis. Am J Med 2009; 122: 248-56.
- 10) Vetter ML, Cardillo S, Rickels MR, Iqbal N. Narrative review: effect of bariatric surgery on type 2 diabetes mellitus. Ann Intern Med. 2009;150:94-103.
- 11) Celik A, Ugale S. Functional restriction and a new balance between proximal and distal gut: the tools of the real metabolic surgery. Obes Surg 2014; 24: 1742-1743.