Παχυσαρκία, το σύγχρονο πρόσωπο της τρομοκρατίας

Ιωάννης Ραυτόπουλος,
MD, PhD, FACS, FASMBS
Διευθυντής Ινστιτούτου Χειρουργικής Μεταβολισμού και Παχυσαρκίας,
Νοσοκομείο Μετροπόλιταν Διευθυντής Κέντρου Παχυσαρκίας
St. Francis Hospital & Medical Center, Hartford, Connecticut, USA (2007-2013)
Αναπληρωτής Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Connecticut, USA

Εδώ και πενήντα χρόνια, η παχυσαρκία εμφάνισε μεγάλη αύξηση στον παγκόσμιο πληθυσμό, ενώ τα τελευταία χρόνια παίρνει διαστάσεις επιδημίας και στη χώρα μας. Μελέτες που έγιναν στην Αμερική τοποθέτησαν το ξεκίνημα της αύξησης του βάρους του πληθυσμού στις αρχές του 20ού αιώνα, με έντονες αυξητικές αιχμές ύστερα από το τέλος των δύο παγκοσμίων πολέμων. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι το 42% των Ελλήνων είναι υπέρβαροι και παχύσαρκοι, ενώ -δυστυχώς- η χώρα μας κατέχει την πρωτιά στην παιδική παχυσαρκία. Είχαμε την τύχη να συναντήσουμε τον Ιωάννη Ραυτόπουλο, MD, PhD, FACS, FASMBS, εξειδικευμένο στη χειρουργική της παχυσαρκίας, ο οποίος επέστρεψε πρόσφατα από την Αμερική και μας εξηγεί πότε κάποιος μπαίνει στην κατηγορία των παχύσαρκων, τις επιπτώσεις στον οργανισμό, αλλά και για τον ρόλο της Βαριατρικής Χειρουργικής στην προσπάθεια καταπολέμησης αυτής της σύγχρονης μάστιγας.

Υπηρετείτε αρκετά χρόνια στην καταπολέμηση της παχυσαρκίας. Πώς θα χαρακτηρίζατε τη θέση της στη ζωή μας;
«Θα σας απαντήσω με τα λόγια του Surgeon General των ΗΠΑ. Ανέφερε ότι, ενώ τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και η κοινή γνώμη ασχολούνται πολύ με το θέμα της εξάπλωσης της παγκόσμιας τρομοκρατίας, πραγματικό κίνδυνο για τη ζωή των Αμερικανών πολιτών αποτελεί η επιδημία της παχυσαρκίας, που τη χαρακτήρισε ως την «τρομοκρατία εκ των έσω».

Με ποιον τρόπο μπορεί να καταλάβει κάποιος ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα παχυσαρκίας;
«Η παχυσαρκία ορίζεται με βάση τον Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Ο δείκτης μπορεί να υπολογιστεί από τη διαίρεση του σωματικού βάρους σε κιλά με το ύψος του ατόμου σε μέτρα εις το τετράγωνο. Αυτός που έχει ΔΜΣ 25 έως 29,9 θεωρείται υπέρβαρος και πάνω από 30 είναι παχύσαρκος».

Η αύξηση του σωματικού βάρους πάνω από τα φυσιολογικά επίπεδα ποιες επιπτώσεις έχει στον οργανισμό γενικότερα;
«Η παχυσαρκία συνοδεύεται συχνά από σοβαρές παθήσεις. Χαρακτηριστικά συμπτώματα μερικών από αυτών, που οι αναγνώστες σας θα πρέπει να προσέξουν, είναι: υψηλό ζάχαρο αίματος, υψηλή πίεση, υψηλή χοληστερίνη, έμφραγμα, ροχαλητό ή υπνηλία κατά την ημέρα, γυναικεία υπογονιμότητα, πρήξιμο στα πόδια αλλά και κατάθλιψη».

Πολύς λόγος γίνεται τελευταία για το Μεταβολικό Σύνδρομο (ΜΣ). Ποια η σχέση του με την παχυσαρκία;
«Υπολογίζεται ότι περίπου το ένα τέταρτο του παγκόσμιου πληθυσμού ενηλίκων πάσχει από ΜΣ. Να σημειωθεί ότι για τη διάγνωση του ΜΣ αρκεί κανείς να είναι παχύσαρκος, δηλαδή να έχει ΔΜΣ πάνω από 30 και δύο από τα παρακάτω τέσσερα αιματολογικά ευρήματα: υψηλά τριγλυκερίδια, χαμηλή «καλή» χοληστερίνη, αυξημένη αρτηριακή πίεση ή υψηλό ζάχαρο αίματος νηστείας.
Η ύπαρξη ΜΣ αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης διαβήτη, καρδιακού εμφράγματος και πρώορου θανάτου κατά πέντε, τρεις και δύο φορές αντίστοιχα. Βάσει στοιχείων της προσωπικής μου τράπεζας δεδομένων, 72,5% των 1.500 ασθενών μου, στους οποίους πραγματοποίησα εγχειρήσεις παχυσαρκίας κατά τη διάρκεια της δεκαετούς θητείας μου στις ΗΠΑ, πληρούσαν τη διάγνωση του ΜΣ κατά την πρώτη επίσκεψή τους στο Κέντρο μας, οι περισσότεροι όμως εν αγνοία τους. Επιπλέον, 43% των ασθενών μου είχαν διαβήτη, εκ των οποίων 16% δεν το γνώριζαν πριν από τον προεγχειρητικό έλεγχο».

Η Βαριατρική Χειρουργική (ΒΧ) πιστεύετε ότι είναι μονόδρομος για την αντιμετώπιση του προβλήματος;
«Κατά την προσωπική μου εμπειρία, οι δίαιτες, ενώ μπορεί να βοηθήσουν στην επίτευξη ενός καλύτερου αποτελέσματος μετά τη ΒΧ, δεν μπορούν να θεωρηθούν μακροχρόνια μόνιμη λύση, διότι αποτελούν μία προσωρινή παρεκτροπή από την καθημερινή ρουτίνα μας, που οδηγεί στο αντίθετο από το επιθυμητό αποτέλεσμα μόλις η δίαιτα διακοπεί. Το National Institutes of Health των ΗΠΑ, όπως και τα συστήματα Υγείας των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών και της Ελλάδας, συνιστούν τη ΒΧ εφόσον πληρείται ένα εκ των δύο παρακάτω κριτηρίων: 1) ΔΜΣ 35 -39,9 Kg/m^2 με τη συνύπαρξη τουλάχιστον μίας εκ των συνοδών παθήσεων ή 2) ΔΜΣ μεγαλύτερου από 40 Kg/m^2 χωρίς κατά ανάγκη ύπαρξης συνοδών παθήσεων. Τελευταία, η ένδειξη της ΒΧ έχει διευρυνθεί και σε ασθενείς με ΔΜΣ μεταξύ 30 και 34,9 Kg/m^2 όταν συνυπάρχουν σοβαρές παθήσεις».

Ποιες χειρουργικές επιλογές είναι οι πλέον ενδεδειγμένες;
«Η γαστρική παράκαμψη ή γαστρικό μπάιπας (εικόνα 1) και το γαστρικό μανίκι ή επιμήκης γαστρεκτομή (εικόνα 2) είναι πλέον οι δύο πιο συχνές επεμβάσεις. Και οι δύο γίνονται λαπαροσκοπικά με χρόνο νοσηλείας, κατά τη δική μου εμπειρία, μίας διανυκτέρευσης για το 85% των περιπτώσεων».

Υπάρχουν ανασταλτικοί παράγοντες ή επιλογές που κάνουν δύσκολη την επιλογή;
«Η πληθώρα διαφορετικών χειρουργικών τεχνικών, η επιλογή λανθασμένων χειρουργικών επεμβάσεων λόγω ανεπαρκούς κατάρτισης του χειρουργού ή πληροφόρησης του ασθενούς, η αδιαφάνεια στα πραγματικά αποτελέσματα του κάθε χειρουργού, η έλλειψη τραπεζών δεδομένων και σε μεγάλο βαθμό η ελλιπής μακροχρόνια μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών, αποτελούν τους κύριους λόγους για την ύπαρξη παρενεργειών ή ανεπαρκούς απώλειας βάρους».

Τι μεγέθους απώλεια βάρους μπορούμε να περιμένουμε;
«Με βάση τα στοιχεία από την προσωπική μου τράπεζα δεδομένων, η απώλεια βάρους μπορεί να φτάσει τα 120 κιλά για άντρες και 75 κιλά για γυναίκες τα πρώτα δύο μετεγχειρητικά χρόνια (εικόνα 3) και το ένα τρίτο των ασθενών μου φτάνει σε τελείως κανονικό βάρος (ΔΜΣ < 25 Kg/m^2). Τα αποτελέσματα όμως δεν σταματούν εδώ. Η χρήση φαρμάκων από τους ασθενείς μου για διαβήτη, υπέρταση και χοληστερίνη μειώνεται κατά 53%, 39% και 31% αντίστοιχα, η γλυκοσυλιωμένη αιμοσφαιρίνη μειώνεται από 7,2% στο 6,2% και ο διαβήτης εξαφανίζεται ή βελτιώνεται στο 95% των περιπτώσεων. Όλα αυτά επιτυγχάνονται με τη συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών να αισθάνονται καλά, να μπορούν να τρώνε κανονικό φαγητό χωρίς δυσανεξίες, καυσαλγίες, εμετούς ή ναυτίες. Το τελευταίο είναι πολύ σημαντικό, καθώς η προσωπική μου φιλοσοφία είναι η επίτευξη της μέγιστης απώλειας βάρους και βελτίωσης της υγείας του ασθενούς, χωρίς όμως επιβάρυνση της ποιότητας ζωής του και της απόλαυσης κανονικού φαγητού».