

بررسی و دستیابی به گایدلاین اقدامات تشخیصی در خصوص شناسایی نارسایی کبد نهفته و بدخیمی گوارشی بدون علامت قبل از جراحی باریاتریک

الهام تابش^۱، مسعود صیادی شهرکی^۲، مریم سهیلی پور^۳، عباس احمدی فر^۴، پیمان ادیبی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: پیشرفت‌های اخیر در جراحی باریاتریک نیاز به ارزیابی دقیق بیماری‌های همراه پیش از عمل را ضروری ساخته است. نارسایی کبد نهفته و بدخیمی‌های گوارشی، می‌توانند عوارض جدی در این گروه از بیماران ایجاد کنند. هدف از این مطالعه، بررسی و دستیابی به گایدلاین‌های تشخیصی برای شناسایی و تشخیص و مدیریت نارسایی کبد نهفته و بدخیمی‌های گوارشی بدون علامت در بیماران کاندید جراحی باریاتریک بود.

روش‌ها: این مطالعه به صورت کیفی و از روش گردآوری نظرات متخصصین در زمینه تشخیص و درمان بیماری‌های گوارشی و کبدی از طریق مصاحبه‌های تلفنی و حضوری انجام شد. متخصصین فعال در این حوزه شناسایی و نظرات آن‌ها درباره‌ی نحوه‌ی تشخیص و مدیریت بیماری‌ها جمع‌آوری شد. داده‌ها به منظور شناسایی الگوها و استخراج نکات کلیدی تحلیل گردید.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که اکثر متخصصین بر لزوم انجام آزمایشات جامع، از جمله آزمون‌های کبدی و اسکن‌های تصویربرداری قبل از جراحی تأکید دارند. همچنین، نیاز به پروتکل‌های مشخص در شناسایی بدخیمی‌های گوارشی و برای بیماران با سابقه‌ی بیماری التهابی روده مشخص شد. در نهایت، یک گایدلاین بومی‌سازی شده برای تشخیص و مدیریت این شرایط پیشنهاد گردید.

نتیجه‌گیری: تدوین گایدلاین مناسب برای شناسایی نارسایی کبد نهفته و بدخیمی گوارشی در بیماران کاندید جراحی باریاتریک می‌تواند به کاهش عوارض جراحی و بهبود نتیجه بیماران کمک کند. پیشنهاد می‌شود که متخصصین و مراکز درمانی به منظور بهبود کیفیت خدمات، به این گایدلاین توجه کنند و در اجرای آن کوشا باشند.

واژگان کلیدی: نارسایی کبد نهفته؛ بدخیمی گوارشی بدون علامت؛ جراحی باریاتریک؛ گایدلاین بالینی

ارجاع: تابش الهام، صیادی شهرکی مسعود، سهیلی پور مریم، احمدی فر عباس، ادیبی پیمان. بررسی و دستیابی به گایدلاین اقدامات تشخیصی در خصوص شناسایی نارسایی کبد نهفته و بدخیمی گوارشی بدون علامت قبل از جراحی باریاتریک. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۴؛ ۴۳ (۸۴۶): ۱۹۰۲-۱۹۱۲.

مغزی، آپنه خواب، مشکلات مفاصل و سایر مشکلات مرتبط بسیار حیاتی هستند (۱). در این دسته از جراحی‌ها که با تکنیک‌های متفاوتی انجام می‌شوند، جراح با استفاده از یک روش جراحی، تغییر پایداری در سیستم گوارشی بیمار ایجاد کرده و به این روش ظرفیت سیستم گوارشی برای هضم، جذب یا دریافت مواد غذایی را کاهش می‌دهند. این دسته از اقدامات جراحی می‌توانند منجر به ایجاد بهبود قابل توجه در سلامت عمومی بیمار، از دست دادن قابل توجه اضافه وزن و بافت

مقدمه

عمل‌های جراحی چاقی (جراحی‌های باریاتریک)، که به عنوان جراحی‌های کاهش وزن نیز شناخته می‌شوند، دسته‌ای از عمل‌های جراحی هستند که به منظور کمک به افراد با چاقی شدید و مرضی و برای دستیابی به کاهش وزن قابل توجه و پایدار طراحی شده‌اند. این جراحی‌ها برای کاهش خطر مشکلات متعدد سلامتی مرتبط با چاقی مانند دیابت نوع ۲، فشارخون بالا، بیماری‌های قلبی، سکته قلبی و

- ۱- دانشیار بیماری‌های گوارش و کبد بالغین، گروه داخلی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۲- دانشیار جراحی عمومی درون بین (لاپاراسکوپیک)، گروه جراحی، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۳- دانشیار بیماری‌های گوارش و کبد بالغین، گروه داخلی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۴- گروه داخلی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۵- استاد بیماری‌های گوارش و کبد بالغین، گروه داخلی، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: عباس احمدی فر؛ گروه داخلی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: abbasmina3605@gmail.com

حیاتی است زیرا سرطان‌های تشخیص داده نشده می‌توانند جراحی را پیچیده کرده و پیش‌آگهی بیمار را بدتر کنند (۹، ۱۰). روش‌های غربالگری مانند کولونوسکوپی، آندوسکوپی و مطالعات تصویربرداری مناسب برای شناسایی هرگونه بدخیمی قبل از جراحی از جمله تلاش‌هایی است که در بالین جهت کشف و بررسی این دسته از مشکلات سلامتی انجام می‌پذیرد. نارسایی‌های کبدی نهفته که اغلب ناشی از بیماری کبد چرب غیرالکلی (Non-alcoholic fatty liver disease) و فرم شدیدتر آن، استئاتوهپاتیت غیرالکلی (NASH) هستند، نیز در بیماران مبتلا به چاقی مرضی شایع است. این دسته از مشکلات سلامتی می‌توانند به سمت سیروز کبدی و نارسایی کبدی پیشرفت کنند که خطرات جراحی را در بیماران به طور قابل توجهی افزایش می‌دهند. ارزیابی عملکرد کبد از طریق آزمایش‌های خون، سونوگرافی کبد، بیوپسی کبد و سایر بررسی‌ها برای اطمینان از شناسایی و مدیریت مناسب هرگونه مشکل کبدی پیش از اقدام برای جراحی باریاتریک ضروری است. پرداختن به این دسته از مشکلات که عموماً بی‌صدا و نهفته نیز هستند، قبل از جراحی برای کاهش خطرات و عوارض ناشی از جراحی و تضمین حصول به نتایج بهتر پس از عمل در بیماران بسیار حیاتی است (۱۱-۱۴).

با توجه به اهمیت شناسایی مشکلات مذکور، در این مطالعه ما به بررسی شواهد و مطالعات موجود و همچنین بررسی نظرات خبرگان جهت دستیابی به یک گایدلاین ترتیب اقدامات تشخیصی در خصوص شناسایی نارسایی کبد نهفته و بدخیمی گوارشی بدون علامت قبل از جراحی باریاتریک در بیماران ایرانی پرداختیم. یافته‌های این مطالعه می‌تواند برای بیماران کاندید جراحی باریاتریک، درمانگران و سیاستگذاران سلامت سودمند باشد.

روش‌ها

عدم وجود یک گایدلاین مناسب محلی برای اقدامات تشخیصی در خصوص شناسایی نارسایی کبد نهفته و بدخیمی گوارشی بدون علامت قبل از جراحی باریاتریک، مسأله‌ی اصلی پژوهش حاضر می‌باشد. برای تدوین گایدلاین مناسب لازم است تا دیدگاه‌های متخصصین مجرب و پژوهشگران فعال در این زمینه بررسی و ارزیابی شوند. از این رو، در پژوهش حاضر رهیافت ما ارزیابی دیدگاه و نحوه عملکرد متخصصین این حوزه می‌باشد. برای این منظور نظرات ۳۵ متخصص ایرانی فعال در زمینه شناسایی نارسایی کبد نهفته و بدخیمی گوارشی بدون علامت ارزیابی قرار گرفت و دیدگاه متخصصین و خبرگان از طریق مصاحبه تلفنی یا حضوری و درخواست کتبی جمع‌آوری و گزارش شدند و در نهایت گایدلاین بومی‌سازی شده مناسب برای تشخیص این موارد پیشنهاد شد.

چربی، کاهش ریسک بیماری‌های مرتبط با چاقی مرضی و افزایش کیفیت زندگی بیماران شوند (۲).

پیش از انجام جراحی‌های چاقی، متخصصان باید ارزیابی دقیقی از متقاضیان برای اطمینان از مناسب بودن اقدامات انجام دهند. از آنجا که جراحی برای لاغری یک راه حل تهاجمی بوده و با برداشت یا تغییر پایدار در بخشی از دستگاه گوارش و القای ریسک جراحی و عوارض مرتبط با آن به بیمار همراه است، ارزیابی سلامت عمومی بیمار از نظر تحمل جراحی، خصوصاً با توجه به همراهی بسیاری از بیماری‌های سیستمیک محدود کننده‌ی با چاقی مرضی و همچنین بررسی تناسب درمان انتخاب شده با شرایط، انتظارات و محدودیت‌های بیمار توسط کادر درمانی اقدامی مهم پیش از انجام جراحی به شمار می‌رود (۳، ۴).

ارزیابی بیمار از جهت تناسب درمان برای بیمار باید به صورت بین رشته‌ای و با ترکیبی از پزشکان با تخصص‌های مختلف از جمله فوق تخصص‌های گوارش، جراحان باریاتریک، متخصصان تغذیه، روانپزشکان، متخصصان بیهوشی، متخصصان قلب و ... صورت پذیرد تا جنبه‌های گوناگون مرتبط با چاقی مرضی و درمان جراحی باریاتریک در آن در نظر گرفته شود (۵). در بررسی‌ها باید ارزیابی کامل تاریخچه‌ی پزشکی بیمار، از جمله تلاش‌های قبلی برای کاهش وزن، ارزیابی روان‌شناختی برای اطمینان از توانایی بیمار در پایبندی به تغییرات سبک زندگی پس از جراحی، معاینه‌ی فیزیکی جامع، میزان تحمل بیمار نسبت به عوارض و محدودیت‌های پس از جراحی، ظرفیت عمومی سلامت بیمار و بررسی بیماری‌های زمینه‌ای بالقوه که ممکن است در جراحی یا در رسیدن به نتیجه بهینه پس از جراحی تأثیرگذار باشند، شدت چاقی بیمار و ... انجام شود (۶).

متقاضیان اقدامات باریاتریک جراحی معمولاً باید شاخص توده‌ی بدنی ۴۰ یا بالاتر داشته باشند، یا شاخص توده‌ی بدنی آن‌ها ۳۵ یا بالاتر بوده و یک مشکل جدی مرتبط با چاقی نظیر چربی خون بالا، فشارخون بالا، دیابت و ... همراه با آن داشته باشند. همچنین باید بیمار پیش از جراحی روش‌های دیگر نظیر ورزش و رژیم غذایی را رعایت کرده و نتایج متناسب را به دست نیاورده باشند. رد تشخیص‌های طبی و روانپزشکی تأثیرگذار بر وزن و توده‌ی بدنی بیمار نظیر بیماری‌های روانپزشکی، مشکلات هورمونی و گوارشی و ... نیز پیش از اقدام به جراحی باید انجام پذیرد (۷، ۸).

در ارزیابی‌های متعدد در نظر گرفته شده، یک جنبه مهم از ارزیابی قبل از عمل برای متقاضیان جراحی چاقی، ارزیابی بیمار از نظر بدخیمی‌های دستگاه گوارش و همچنین بررسی بیمار از نظر بیماری‌ها و نارسایی‌های کبدی آشکار و نهفته است. بیماری چاقی، با افزایش خطر انواعی از سرطان‌های دستگاه گوارش نظیر سرطان روده بزرگ و معده همراه است. تشخیص این بدخیمی‌ها قبل از عمل بسیار

• سؤال شانزدهم: آیا با روش Hill Classification در جهت تعیین شدت هرنی هیاتال قبل از جراحی موافقت؟ (بلی / خیر)

• سؤال هفدهم: در صورت پاسخ منفی به سوال فوق، کدام روش جایگزین برای تعیین شدت هرنی را پیشنهاد می‌کنید؟

• سؤال هجدهم: آیا میزان شدت هرنی هیاتال بررسی شده بر روی روش جراحی باریاتریک موثر است؟ (بلی / خیر)

• سؤال نوزدهم: در صورت وجود هرنی هیاتال Hill Class 1-2، کدام روش جراحی را پیشنهاد می‌دهید؟

• سؤال بیستم: در صورت وجود هرنی هیاتال Hill Class 3-4، کدام روش جراحی را پیشنهاد می‌دهید؟

روش ارزیابی نظرات خبرگان

در خصوص بررسی تو صیه‌های خبرگان لازم به ذکر است که هریک از تو صیه‌ها شامل ارزیابی قدرت تو صیه و کیفیت شواهد بر اساس روش شناسی (86) GRADE و به دنبال آن خلاصه‌ای از شواهد بود. لذا، دسته‌بندی توصیه‌ها به شرح زیر است:

زمانی که شواهد نشان بدهند که مزیت مداخله یا درمان به وضوح بر هر خطری برتری دارد، قدرت تو صیه نخبگان تحت عنوان توصیه‌ی قوی درجه‌بندی شدند.

زمانی که نسبت ریسک فایده نامشخص باشد، قدرت توصیه‌ی نخبگان تحت عنوان توصیه‌ی مشروط درجه‌بندی شد.

اگر به نظر می‌رسید که تحقیقات بیشتر نتواند چیزی به قطعیت شواهد اضافه کند، شواهد تحت عنوان شواهد با درجه‌ی بالا دسته‌بندی شد.

اگر تحقیقات بیشتر احتمالاً تأثیر مهمی ممکن بود روی ارزیابی‌ها داشته باشد و تخمین‌ها را تغییر دهد، با درجه‌ی متوسط مشخص شد.

اگر تحقیقات بیشتر به احتمال بسیار زیاد می‌توانست تخمین‌ها را تغییر دهد، شواهد تحت عنوان درجه‌ی پائین دسته‌بندی شد.

همچنین، مفاهیم کلیدی شامل عباراتی بودند که به دلیل ساختار سؤال و یا شواهد محدود، تابع فرایند دسته بندی مطابق GRADE نبودند. بیشتر مفاهیم کلیدی بیانگر نظر متخصص بر اساس درک بیرونی از شواهد موجود هستند.

بخش سوم - تهیه و تدوین گایدلاین

پس از جمع‌آوری داده‌های مذکور و طبقه‌بندی شواهد، داده‌های به دست آمده برای جمع‌بندی نهایی در اختیار افراد خبره جهت بررسی و تدوین گایدلاین نهایی قرار گرفت. بر اساس تو صیه‌های روش دلفی و همچنین میزان دسترسی به خبرگان، برای جمع‌بندی داده‌ها از ۳۵ فرد خبره برای جمع‌بندی داده‌ها استفاده شد. در نهایت جمع‌بندی حاصل از بررسی مهم‌ترین مقالات مرتبط با موضوع پژوهش و همچنین نظر خبرگان برای تدوین یک گایدلاین مناسب جهت تعیین اقدامات لازم

سؤالات مطرح شده در این بخش به شرح زیر است:

• سؤال اول: رشته فعالیت شما کدام است؟ (فوق تخصص گوارش/ جراحی باریاتریک)

بخش اول - بررسی هلیکوباکتر پیلوری

• سؤال دوم: آیا بیمار چاق کاندید جراحی باریاتریک را از نظر اچ پیلوری بررسی می‌نمایید؟ (بله / خیر)

• سؤال سوم: در صورت پاسخ مثبت به سوال فوق، دلیل شما برای بررسی اچ پیلوری چیست؟ (پیشگیری از عوارض جراحی/ درمان و پیشگیری از بدخیمی معده/ سایر)

• سؤال چهارم: روش سنجش هلیکوباکتر پیلوری شما چیست؟ (آنتی‌بادی و سروولوژی/ آنتی‌ژن مدفوعی/ اندوسکوپی و بیوپسی/ تست تنفسی)

• سؤال پنجم: آیا هلیکوباکتر پیلوری را قبل از جراحی حتما ریشه کن می‌کنید؟ (بلی / خیر)

بخش دوم - فیروز و استئاتوز کبدی

• سؤال ششم: آیا از بیماران چاق قبل از عمل باریاتریک از روش فیروواسکن-الاستوگرافی جهت بررسی میزان کبد چرب و فیروز استفاده می‌کنید؟ (بلی / خیر)

• سؤال هفتم: در صورت مشاهده فیروز خفیف (F1-F2) از چه روش جراحی استفاده می‌کنید؟ (اسلیو/ فرقی ندارد)

• سؤال هشتم: آیا شناسایی فیروز خفیف قبل از جراحی در انتخاب نوع جراحی شما تأثیرگذار است؟ (بلی / خیر)

• سؤال نهم: آیا موارد شدید فیروز غیر سیروزی (F3-F4) را جراحی می‌کنید؟ (بلی / خیر)

• سؤال دهم: آیا شناسایی فیروز شدید (F3-F4) قبل از جراحی در انتخاب نوع جراحی شما تأثیرگذار است؟ (بلی / خیر)

• سؤال یازدهم: روش پیشنهادی شما برای درمان در موارد فیروز شدید (F3-F4) چیست؟ (اسلیو/ روش غیر جراحی)

بخش سوم - بررسی کانسر گوارشی بدون علامت

• سؤال دوازدهم: آیا گزارش پولیپ یا متاپلازی معده تغییری در نوع عمل ایجاد می‌کند؟ (بلی/خیر)

• سؤال سیزدهم: آیا بیمار چاق کاندید جراحی باریاتریک نیازمند بررسی کانسر بدون علامت معده است؟ (بلی / خیر)

• سؤال چهاردهم: آیا بیمار چاق کاندید جراحی باریاتریک بر اساس ریسک متوسط (۴۵ سال به بالا) نیازمند بررسی کانسر بدون علامت کولورکتال است؟ (بلی / خیر)

بخش چهارم - بررسی میزان شدت هرنی هیاتال

• سؤال پانزدهم: آیا موافقت بررسی شدت هرنی هیاتال قبل از جراحی باریاتریک هستید؟ (بلی / خیر)

گزارش شده است. علت این امر رسیدن به یک گایدلاین بومی سازی شده مناسب برای بررسی اقدامات تشخیصی و ترتیب آن‌ها جهت شناسایی نارسایی کبدی نهفته و بدخیمی های گوارشی بدون علامت در بیماران چاق کاندید جراحی باریاتریک است.

چکیده نظرات خبرگان در ادامه آورده می‌شود:
در این مطالعه نظرات ۳۵ فوق تخصص گوارش و یا جراح باریاتریک فعال در زمینه‌ی درمان چاقی به روش جراحی باریاتریک (۲۰ فوق تخصص گوارش و ۱۵ جراح باریاتریک) بررسی و جمع‌بندی شد. در بررسی‌ها متخصصان اعلام کردند که به صورت میانگین در ماه $7/67 \pm 11/8$ بیمار مبتلا کاندید جراحی باریاتریک به آن‌ها ارجاع داده می‌شود. خلاصه پاسخ متخصصین به سؤالات مطرح شده به شرح زیر است (جدول ۱):

ترتیب اقدامات تشخیصی برای بیماران کاندید جراحی باریاتریک در راستای شناسایی نارسایی کبدی نهفته و بدخیمی گوارشی بدون علامت، مورد استفاده قرار گرفت. همچنین بر اساس روش شناسایی دلفی، در صورتی که هر یک از گزاره‌های ارائه و جمع‌بندی شده مورد قبول بیش از ۷۰ درصد از خبرگان باشد به صورت پیشنهاد با قدرت قوی گزارش شد. در صورتی که ۵۰-۷۰ درصد از خبرگان گزاره‌ای را تأیید کنند، گزاره مذکور با قدرت متوسط و در صورتی که زیر ۵۰ درصد موارد مورد تأیید باشد پیشنهاد با قدرت ضعیف در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

دیدگاه متخصصین و خبرگان را که از طریق مصاحبه تلفنی یا حضوری و درخواست کتبی جمع‌آوری شده بودند در جدول ۱

جدول ۱. خلاصه پاسخ خبرگان به سؤالات

شماره	متن سؤال	خلاصه پاسخ‌ها (درصد)
۱	سؤال اول: رشته فعالیت شما کدام است؟ (فوق تخصص گوارش / جراحی باریاتریک)	جراحی باریاتریک ۱۵ (۴۲/۸۵) فوق تخصص گوارش ۲۰ (۵۷/۱۵)
بخش اول - بررسی هلیکوباکتر پیلوری		
۲	سؤال دوم: آیا بیمار چاق کاندید جراحی باریاتریک را از نظر اچ پیلوری بررسی می‌نمایید؟ (بله / خیر)	بلی ۳۵ (۱۰۰) خیر ۰ (۰)
۳	سؤال سوم: در صورت پاسخ مثبت به سؤال فوق، دلیل شما برای بررسی اچ پیلوری چیست؟ (پیشگیری از عوارض جراحی / درمان و پیشگیری از بدخیمی معده/ سایر)	پیشگیری از عوارض جراحی ۱۸ (۵۱/۴۲) درمان و پیشگیری از بدخیمی معده ۷ (۲۰/۰۰)
۴	سؤال چهارم: روش سنجش هلیکوباکتر پیلوری شما چیست؟ (آنتی بادی / سرولوژی / آنتی ژن مدفوعی / اندوسکوپی و بیوپسی / تست تنفسی)	درخواست جراح ۱۰ (۲۸/۵۷) آنتی بادی و سرولوژی ۲ (۵/۷۱) آنتی ژن مدفوعی ۰ (۰) اندوسکوپی و بیوپسی ۳۳ (۹۴/۲۸)
۵	سؤال پنجم: آیا هلیکوباکتر پیلوری را قبل از جراحی حتماً ریشه کن می‌کنید؟ (بلی / خیر)	بلی ۳۴ (۹۷/۹۲) خیر ۱ (۲/۰۸)
بخش دوم - فیروز و استاتوز کبدی		
۶	سؤال ششم: آیا از بیماران چاق قبل از عمل باریاتریک از روش فیروواسکن - الاستوگرافی جهت بررسی میزان کبد چرب و فیروز استفاده می‌کنید؟ (بلی / خیر)	بلی ۲۲ (۶۲/۸۵) خیر ۱۳ (۳۷/۱۴)
۷	سؤال هفتم: در صورت مشاهده فیروز خفیف (F1-F2) از چه روش جراحی استفاده می‌کنید؟ (اسلیو / فرقی ندارد)	اسلیو ۳۳ (۹۴/۲۸) فرقی ندارد ۲ (۵/۷۱)
۸	سؤال هشتم: آیا شناسایی فیروز خفیف قبل از جراحی در انتخاب نوع جراحی شما تاثیر گذار است؟ (بلی / خیر)	بلی ۳۱ (۸۸/۵۷) خیر ۴ (۱۱/۴)
۹	سؤال نهم: آیا موارد شدید فیروز غیر سیروزی (F3-F4) را جراحی می‌کنید؟ (بلی / خیر)	بلی ۲۲ (۶۲/۸۵) خیر ۱۳ (۳۷/۱۴)
۱۰	سؤال دهم: آیا شناسایی فیروز شدید (F3-F4) قبل از جراحی در انتخاب نوع جراحی شما تاثیر گذار است؟ (بلی / خیر)	بلی ۳۳ (۹۴/۲۸) خیر ۲ (۵/۷۱)
۱۱	سؤال یازدهم: روش پیشنهادی شما برای درمان در موارد فیروز شدید (F3-F4) چیست؟ (اسلیو / روش غیر جراحی)	اسلیو ۲۵ (۷۱/۴۲) روش غیر جراحی ۱۰ (۲۸/۵۸)

جدول ۱. خلاصه پاسخ خبرگان به سؤالات (ادامه)

شماره	متن سؤال	خلاصه پاسخها (درصد)
بخش سوم - بررسی کانسر گوارشی بدون علامت		
۱۲	سؤال دوازدهم: آیا گزارش پولیپ یا مایلازی معده تغییری در نوع عمل ایجاد می‌کند؟ (بلی / خیر)	بلی ۳۵ (۱۰۰)
۱۳	سؤال سیزدهم: آیا بیمار چاق کاندید جراحی باریاتریک نیازمند بررسی کانسر بدون علامت معده است؟ (بلی / خیر)	بلی ۲۲ (۶۲/۸۵) خیر ۱۳ (۳۷/۱۴)
۱۴	سؤال چهاردهم: آیا بیمار چاق کاندید جراحی باریاتریک بر اساس ریسک متوسط (۴۵ سال به بالا) نیازمند بررسی کانسر بدون علامت کولورکتال است؟ (بلی / خیر)	بلی ۲۵ (۶۵/۷۱) خیر ۱۰ (۳۴/۲۹)
بخش چهارم - بررسی میزان شدت هرنی هیاتال		
۱۵	سؤال پانزدهم: آیا موافق بررسی شدت هرنی هیاتال قبل از جراحی باریاتریک هستید؟ (بلی / خیر)	بلی ۳۵ (۱۰۰) خیر ۰ (۰)
۱۶	سؤال شانزدهم: آیا با روش Hill Classification در جهت تعیین شدت هرنی هیاتال قبل از جراحی موافقت می‌کنید؟ (بلی / خیر)	بلی ۲۸ (۸۰/۰۰) خیر ۷ (۲۰/۰۰)
۱۷	سؤال هفدهم: در صورت پاسخ منفی به سوال فوق، کدام روش جایگزین برای تعیین شدت هرنی را پیشنهاد می‌کنید؟	بررسی کیفی (۵۰) سایر روش‌ها (۵۰)
۱۸	سؤال هجدهم: آیا میزان شدت هرنی هیاتال بررسی شده بر روی روش جراحی باریاتریک مؤثر است؟ (بلی / خیر)	بلی ۳۵ (۱۰۰) خیر ۰ (۰)
۱۹	سؤال نوزدهم: در صورت وجود هرنی هیاتال Hill Class 1-2، کدام روش جراحی را پیشنهاد می‌دهید؟	اسلیو ۲۱ (۶۰/۰۰) بای‌پس ۰ (۰) هر دو ۱۲ (۳۴/۲۸) فوندوپلیکاسیون نیسن ۲ (۵/۷۱)
۲۰	سؤال بیستم: در صورت وجود هرنی هیاتال Hill Class 3-4، کدام روش جراحی را پیشنهاد می‌دهید؟	اسلیو ۱۸ (۵۱/۴۲) بایپس ۱۵ (۴۲/۸۵) هر دو ۰ (۰) فوندوپلیکاسیون نیسن ۲ (۵/۷۱)

جدول ۲ جمع‌بندی سطوح شواهد و قدرت پیشنهاد گزاره‌های بررسی شده توسط خبرگان را گزارش می‌دهد:

با توجه به شیوع ناهنجاری‌های مختلف کبدی و گوارشی در بیماران کاندید جراحی باریاتریک و همچنین فقدان وجود یک گایدلاین بومی سازی شده با توجه به خصوصیات اپیدمیولوژیک و استانداردهای مرتبط با بیماران ایرانی و با در نظر گرفتن امکانات تشخیصی و درمانی در ایران، در این مطالعه تلاش کردیم تا با بررسی نظرات متخصصین و همچنین با بررسی شواهد منتشر شده در مقالات، برای تدوین یک گایدلاین بومی سازی شده برای بررسی اهمیت و روش ارزیابی بیماران چاق کاندید جراحی باریاتریک در ارتباط با بدخیمی‌های بدون علامت گوارشی و همچنین نارسایی کبدی نهفته بپردازیم.

در ارتباط با نظرات متخصصان که با استفاده از بررسی پرسشنامه‌ای از جمعی از جراحان باریاتریک و فوق تخصص‌های

در بررسی پاسخ‌ها با استفاده از آزمون آماری Chi-square، پاسخ جراحان باریاتریک و فوق تخصص‌های گوارش به طرز معنی‌داری در سؤالات ۳، ۹، ۱۳، ۲۰ و ۲۱ متفاوت بود (در تمامی موارد $P < 0.05$).

توزیع پاسخ‌های دو گروه به سؤالات مذکور در ادامه آورده شده است:

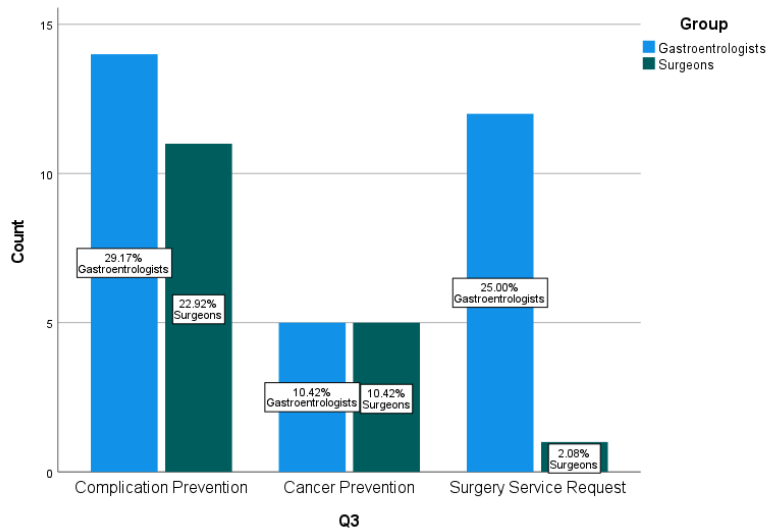
توزیع پاسخ‌ها به سؤال ۳، دلیل بررسی اچ پیلوری پیش از عمل چیست؟ (شکل ۱)

توزیع پاسخ‌ها به سؤال ۹، آیا موارد شدید فیروز غیر سیروزی (۴-F۳F) را جراحی می‌کنید؟ (شکل ۲)

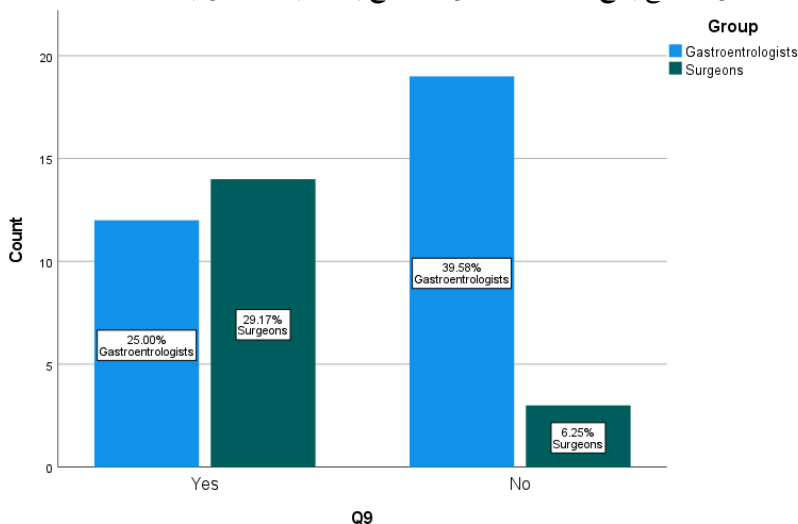
توزیع پاسخ‌ها به سؤال ۱۳، آیا بیمار چاق کاندید جراحی باریاتریک نیازمند بررسی کانسر بدون علامت معده است؟ (شکل ۳)

توزیع پاسخ‌ها به سؤال ۲۰، در صورت وجود هرنی هیاتال Hill Class 1-2، کدام روش جراحی را پیشنهاد می‌دهید؟ (شکل ۴)

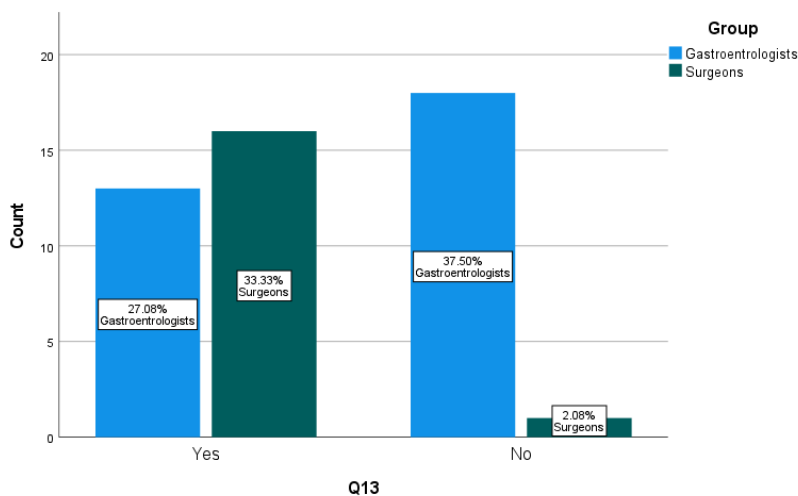
توزیع پاسخ‌ها به سؤال ۲۱، در صورت وجود هرنی هیاتال Hill Class 3-4، کدام روش جراحی را پیشنهاد می‌دهید؟ (شکل ۵)



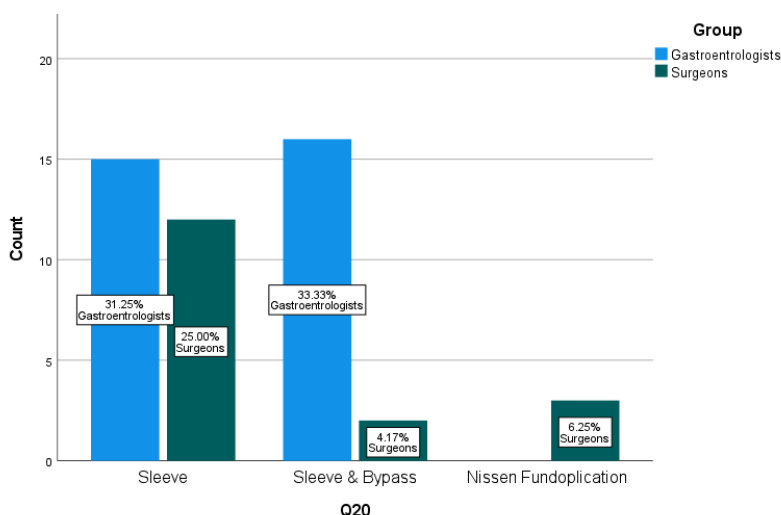
شکل ۱. توزیع پاسخها به سوال ۳ (دلیل بررسی اچ پیلوری پیش از عمل چیست؟)



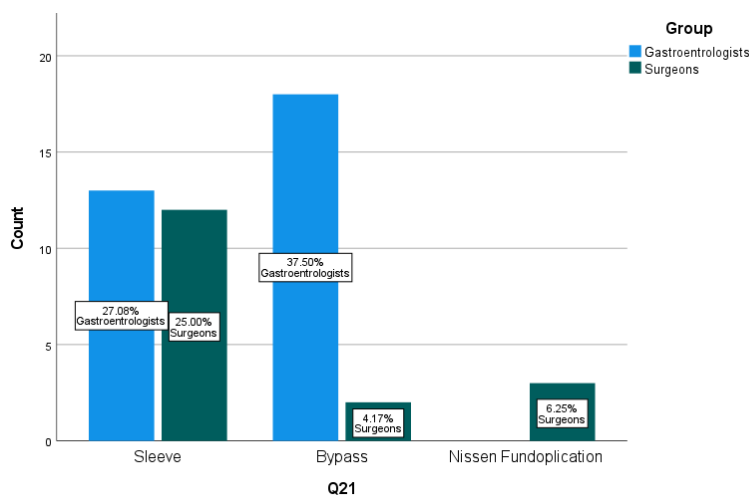
شکل ۲. توزیع پاسخها به سوال ۹، (آیا موارد شدید فیروز غیر سیروزی (F۳-F۴) را جراحی می کنید؟)



شکل ۳. توزیع پاسخها به سوال ۱۳، (آیا بیمار چاق کاندید جراحی باریاتریک نیازمند بررسی کانسر بدون علامت معده است؟)



شکل ۴. توزیع پاسخ‌ها به سؤال ۲۰، (در صورت وجود هرنی هیاتال Hill Class 1-2، کدام روش جراحی را پیشنهاد می‌دهید؟)



شکل ۵. توزیع پاسخ‌ها به سؤال ۲۱، (در صورت وجود هرنی هیاتال Hill Class 3-4، کدام روش جراحی را پیشنهاد می‌دهید؟)

• در صورت مشاهده فیروز خفیف، میتوان از بین روش‌های بای‌پس کلاسیک و جراحی اسلیو انتخاب کرد ولی در مورد گریدهای بالا، جراحی اسلیو روش انتخابی است.

• بررسی بیمار پیش از جراحی از نظر بدخیمی بدون علامت معده ضروری است.

• روش ارجح جراحی در صورت وجود پولیپ یا متاپلازی معده اسلیو می‌باشد.

• بررسی بیمار پیش از جراحی از نظر بدخیمی بدون علامت کولورکتال بر اساس ریسک متوسط (۴۵ سال به بالا) ضروری است.

• بررسی بیمار پیش از جراحی از نظر هرنی هیاتال ضروری است.

• بررسی هرنی هیاتال بیمار پیش از جراحی بهتر است بر اساس روش Hill Classification باشد.

• شدت هرنی هیاتال بر روی روش جراحی انتخابی مؤثر است.

بیماری‌های گوارش و کبد جمع‌آوری و تجمیع شده است، یافته‌های به دست آمده از سؤالات به صورت خلاصه می‌توان نظرات متخصصان را به صورت زیر تجمیع نمود:

• ابتلا به هلیکوباکتر پیلوری پیش از جراحی بررسی شود.

• روش ارجح بررسی هلیکوباکتر پیلوری، اندوسکوپی و بیوپسی است.

• ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری پیش از جراحی باید حتماً انجام شود.

• بررسی بیمار با استفاده از فیروواسکن جهت بررسی شدت فیروز و چربی کبدی ضروری است.

• در صورت مشاهده فیروز خفیف، جراحی اسلیو و بای‌پس کلاسیک، روش انتخابی است.

• بیمار با فیروز شدید را می‌توان جراحی اسلیو نمود.

جدول ۲. جمع‌بندی سطح شواهد و قدرت توصیه‌های خبرگان

شماره	متن توصیه	قدرت توصیه	کیفیت شواهد
۱	ابتلا به هلیکوباکتر پیلوری پیش از جراحی بررسی شود.	اکید	کیفیت بالای شواهد
۲	روش ارجح بررسی هلیکوباکتر پیلوری، اندوسکوپی و بیوپسی است.	اکید	کیفیت شواهد متوسط
۳	ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری پیش از جراحی باید حتماً انجام شود.	اکید	کیفیت بالای شواهد
۴	بررسی بیمار با استفاده از فیبرواسکن جهت بررسی شدت فیروز و چربی کبدی ضروری است	متوسط	کیفیت بالای شواهد
۵	در صورت مشاهده فیروز خفیف، جراحی اسلیو و بای‌پس کلاسیک، روش انتخابی است.	اکید	کیفیت پایین شواهد
۶	بیمار با فیروز شدید را می‌توان جراحی اسلیو نمود.	متوسط	کیفیت پایین شواهد
۷	در صورت مشاهده فیروز خفیف، جراحی اسلیو و بای‌پس کلاسیک، روش انتخابی است.	متوسط	کیفیت پایین شواهد
۸	روش ارجح جراحی در صورت وجود پولیپ یا متاپلازی معده اسلیو می‌باشد.	متوسط	کیفیت بالای شواهد
۹	بررسی بیمار پیش از جراحی از نظر بدخیمی بدون علامت معده ضروری است.	متوسط	کیفیت بالای شواهد
۱۰	بررسی بیمار پیش از جراحی از نظر بدخیمی بدون علامت کولورکتال بر اساس ریسک متوسط (۴۵ سال به بالا) ضروری است.	متوسط	کیفیت بالای شواهد
۱۱	بررسی بیمار پیش از جراحی از نظر هرنی هیاتال ضروری است.	اکید	کیفیت شواهد متوسط
۱۲	بررسی هرنی هیاتال بیمار پیش از جراحی بهتر است بر اساس روش Hill Classification باشد.	اکید	کیفیت پایین شواهد
۱۳	شدت هرنی هیاتال بر روی روش جراحی انتخابی مؤثر است.	اکید	کیفیت شواهد متوسط
۱۴	اسلیو روش انتخابی در جراحی بیماران با Hill Class 1-2 است.	متوسط	کیفیت پایین شواهد
۱۵	اسلیو روش انتخابی در جراحی بیماران با Hill Class 3-4 است.	متوسط	کیفیت پایین شواهد

گوارشی، از آنجا که چاقی با مکانیسم‌های مختلف منجر به افزایش ریسک ابتلا به انواعی از بدخیمی‌های گوارشی شده و اقدام جراحی می‌تواند منجر به تغییر در تعادل بدن به نفع پیشروی بدخیمی شود، بررسی ناهنجاری‌های گوارشی به روش اندوسکوپی فوقانی و کولونوسکوپی، خصوصاً در ارتباط با ناهنجاری‌های معده و کولورکتال در بیماران کاندید جراحی باریاتریک توصیه می‌شود. بررسی و کشف ناهنجاری‌های گوارشی بر تکنیک و زمان انجام جراحی‌ها مؤثر است (۱۷-۱۵).

تدوین گایدلاین‌های تشخیصی برای شناسایی نارسایی کبد نهفته و بدخیمی‌های گوارشی قبل از جراحی باریاتریک از اهمیت بالایی برخوردار است. نارسایی کبد و بدخیمی‌های گوارشی می‌تواند عوارض جدی و تهدیدکننده‌ای برای بیماران به دنبال داشته باشد و ارزیابی مناسب این شرایط قبل از عمل می‌تواند به بهبود نتایج درمانی کمک کند.

اهمیت شناسایی نارسایی کبد

نارسایی کبد به عنوان یک وضعیت بالینی جدی، می‌تواند به‌طور مخفیانه وجود داشته باشد و در صورت عدم شناسایی پیشرفته، ممکن است عوارضی مانند خونریزی، عفونت و طولانی‌تر شدن دوره بهبودی پس از جراحی را به همراه داشته باشد. بررسی‌های متعدد نشان داده‌اند که بسیاری از بیماران چاق دارای نارسایی کبد نهفته و بیماری‌های مرتبط با کبد هستند که به صورت غیرقابل مشاهده باقی می‌مانند (۱۸) و این امر اهمیت انجام آزمایش‌های تشخیصی منظم را پیش از جراحی باریاتریک نشان می‌دهد.

• جراحی بای‌پس کلاسیک و جراحی اسلیو روش‌های انتخابی در جراحی بیماران با Hill Class 1-2 است.

• اسلیو روش انتخابی در جراحی بیماران با Hill Class 3-4 است. در صورت وجود ریفلاکس شدید روش انتخابی بای‌پس کلاسیک می‌باشد ولی در موارد خفیف روش انتخابی هم می‌تواند بای‌پس کلاسیک و هم جراحی اسلیو را انتخاب کرد.

بحث

یافته‌های به دست آمده از این مطالعه و همچنین نظرات متخصصان در بسیاری از موارد با یکدیگر همخوانی دارد. شناسایی و درمان عفونت، التهاب و زخم گوارشی ناشی از هلیکوباکتر پیلوری هم در مطالعات و هم در نظرات متخصصین توصیه شده است (۷، ۸). درمان این مشکل می‌تواند در کاهش عوارض ناشی از عمل مؤثر بوده و شناسایی عفونت با هلیکوباکتر بر زمان و تکنیک جراحی مؤثر است. همچنین، بررسی و درمان بیماران مبتلا به بیماری‌های کبدی از جمله NAFLD و NASH پیش از جراحی باریاتریک اقدامی مؤثر برای کنترل عوارض بوده و با توجه به شیوع بالای این دسته از مشکلات در بیماران چاق، خصوصاً بیمارانی که کرایتریای مربوط به سندرم متابولیک و مشکلات قند خون را دارند، این دسته از بررسی‌ها پیش از جراحی باریاتریک توصیه می‌شود.

در مطالعات بررسی بیماران با استفاده از فیبرواسکن و در موارد جدی‌تر، بیوپسی کبدی توصیه شده است. در ارتباط با بدخیمی‌های

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که نیاز به ایجاد گایدلاین‌های محلی برای شناسایی صحیح نارسایی کبد و بدخیمی‌های گوارشی بدون علامت قبل از جراحی باریاتریک وجود دارد. این گایدلاین‌های باید شامل پروتکل‌های چندگانه‌ای باشند که به تشخیص دقیق و به‌موقع این شرایط کمک کنند. همچنین، آموزش مداوم پزشکان و متخصصین در این زمینه می‌تواند به افزایش آگاهی و بهبود کیفیت خدمات درمانی کمک کند. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود که مراکز درمانی و متخصصین به این گایدلاین‌ها توجه ویژه‌ای داشته باشند تا به تحسین نتایج بالینی بیماران و کاهش عوارض پس از عمل کمک کنند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی متخصصینی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند تشکر می‌کنیم.

بررسی بدخیمی‌های گوارشی بدون علامت

بدخیمی‌های گوارشی، به‌خصوص در بیماران با سابقه بیماری التهابی روده، نیاز به توجه ویژه دارند. بسیاری از این بیماران ممکن است بدون علامت باشند و تشخیص زودهنگام می‌تواند به‌طور قابل‌توجهی پیش‌آگهی درمان را بهبود بخشد (۱۹). مطالعات نشان می‌دهند که انجام غربالگری‌های منظم می‌تواند به شناسایی زودرس بدخیمی‌های گوارشی کمک کند و از این طریق بر نتایج بالینی تاثیر مثبت بگذارد (۱۹).

رویکردهای تشخیصی

استفاده از نشانگرهای بیوشیمیایی، تصویربرداری و روش‌های غربالگری می‌تواند در شناسایی این مشکلات مؤثر باشد. طبق دستورالعمل‌های AASLD، ارزیابی کبد باید شامل آزمون‌های عملکرد کبد، سونوگرافی و در صورت لزوم، بیوپسی کبد باشد (۲۰). همچنین، انجام کولونوسکوپی در بیماران با سابقه‌ی کولیت اولسراتیو نیز به عنوان یک پروتکل ضروری مطرح است (۲۱).

References

1. Antipass A, Austin A, Awad S, Hughes D, Idris I. Evaluation of liver function tests and risk score assessment to screen patients for significant liver disease prior to bariatric and metabolic surgery. *Obes Surg* 2020; 30(7): 2840-3.
2. Varbanova M, Maggard B, Lenhardt R. Preoperative preparation and premedication of bariatric surgical patient. *Saudi J Anaesth* 2022; 16(3): 287-98.
3. Zhao B, Zhang J, Zhang J, Zou S, Luo R, Xu H, et al. The impact of preoperative underweight status on postoperative complication and survival outcome of gastric cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Nutr Cancer* 2018; 70(8): 1254-63.
4. Shin CI, Kim SH. Normal and abnormal postoperative imaging findings after gastric oncologic and bariatric surgery. *Korean J Radiol* 2020; 21(7): 793-811.
5. Elnahas A, Nguyen GC, Okraïneç A, Quereshy F, Jackson TD. The effect of underlying liver disease on short-term outcomes following bariatric surgery. *Surg Endosc* 2014; 28(9): 2708-12.
6. Benaiges D, Goday A, Pedro-Botet J, Más A, Chillarón JJ, Flores-Le Roux JA. Bariatric surgery: to whom and when? *Minerva Endocrinol* 2015; 40(2): 119-28.
7. Doulberis M, Srivastava S, Polyzos SA, Kountouras J, Papaefthymiou A, Klukowska-Rötzler J, et al. Active helicobacter pylori infection is independently associated with nonalcoholic steatohepatitis in morbidly obese patients. *J Clin Med* 2020; 9(4): 933.
8. Emile SH. Should We Test for and Eradicate Helicobacter pylori Before Bariatric Surgery? *Obes Surg* 2021; 31(4): 1841-2.
9. Geerts A, Darius T, Chapelle T, et al. The multicenter Belgian survey on liver -transplantation for hepatocellular failure after bariatric surgery. *Transplant Proc* 2010; 42(10): 4395-8.
10. Lefere S, Hoorens A, Raevens S, Troisi R, Verhelst X, van Vlierberghe H, et al. Refractory subacute steatohepatitis after biliopancreatic diversion. *Hepatology* 2017; 66(1): 289-91.
11. Cazzo E, Pareja JC, Chaim EA. Liver failure following biliopancreatic diversions: a narrative review. *Sao Paulo Med J* 2017; 135(1): 66-70.
12. Tao W, Santoni G, von Euler-Chelpin M, Ljung R, Lyng E, Pukkala E, et al. Cancer risk after bariatric surgery in a cohort study from the five nordic countries. *Obes Surg* 2020; 30(10): 3761-7.
13. Tao W, Artama M, von Euler-Chelpin M, Hull M, Ljung R, Lyng E, et al. Colon and rectal cancer risk after bariatric surgery in a multicountry Nordic cohort study. *Int J Cancer* 2020; 147(3): 728-35.
14. Heimgartner B, Herzig M, Borbély Y, Kröll D, Nett P, Tutuiian R. Symptoms, endoscopic findings and reflux monitoring results in candidates for bariatric surgery. *Dig Liver Dis* 2017; 49: 750-6.
15. Martín-Pérez J, Arteaga-González I, Martín-Malagón A, Díaz-Luis H, Casanova-Trujillo C, Carrillo-Pallarés AA. Frequency of abnormal esophageal acid exposure in patients eligible for bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2014; 10(6): 1176-80.
16. D'Silva M, Bhasker AG, Kantharia NS, Lakdawala M. High-percentage pathological findings in obese patients suggest that sophagogastroduodenoscopy should be made mandatory prior to bariatric surgery. *Obes Surg* 2018; 28(9): 2753-9.
17. Hansdotter I, Björ O, Andreasson A, Agreus L, Hellström P, Forsberg A, Talley NJ, Vieth M, Wallner B. Hill classification is superior to the axial length of a hiatal hernia for assessment of the mechanical anti-reflux barrier at the gastroesophageal junction. *Endosc Int Open* 2016; 4(3): E311-7.

18. Angulo P, Lindor KD. Nonalcoholic fatty liver disease. *N Engl J Med* 2002; 346(16): 1221-31.
19. Imperiale TF, Ransohoff DF, Itzkowitz SH, Levin TR, Lavin P, Lidgard GP, et al. Multitarget stool DNA testing for colorectal-cancer screening. *N Engl J Med* 2014; 370(14): 1287-97.
20. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin* 2020; 70(1): 7-30.
21. Chalasani N, Younossi Z, Lavine JE, Charlton M, Cusi K, Rinella M, et al. Clinical practice guidelines on the diagnosis and management of nonalcoholic fatty liver disease. *Hepatology* 2018; 67(1): 328-57.
22. Wangchuk P, Yeshi K, Loukas A. Ulcerative colitis: clinical biomarkers, therapeutic targets, and emerging treatments. *Trends Pharmacol Sci* 2024; 45(10): 892-903.

Development of Guidelines for Diagnostic Procedures in Identifying Latent Liver Failure and Asymptomatic Gastrointestinal Malignancies before Bariatric Surgery

Elham Tabesh¹, Masoud Sayadi Shahraki², Maryam Soheilipour³, Abbas Ahmadifar⁴,
Peyman Adibi⁵

Original Article

Abstract

Background: Recent advances in bariatric surgery have necessitated the need for careful preoperative assessment of comorbidities. Latent liver failure and gastrointestinal malignancies can cause serious complications in this group of patients. The aim of this study was to investigate and obtain diagnostic guidelines for the identification, diagnosis, and management of latent liver failure and asymptomatic gastrointestinal malignancies in patients who are candidates for bariatric surgery.

Methods: This qualitative study was conducted by gathering the opinions of specialists in the field of gastrointestinal and liver diseases through telephone and face-to-face interviews. Active specialists in this field were identified, and their opinions on the diagnosis and management of these diseases were collected. Data were analyzed to identify patterns and extract key points.

Findings: The findings showed that most specialists emphasize the need for comprehensive tests, including liver function tests and imaging studies, before surgery. Also, the need for specific protocols for identifying gastrointestinal malignancies and for patients with a history of inflammatory bowel disease (IBD) was identified. Finally, a localized guideline for the diagnosis and management of these conditions was proposed.

Conclusion: Developing appropriate guidelines for the identification of latent liver failure and gastrointestinal malignancies in patients undergoing bariatric surgery can help reduce surgical complications and improve patient outcomes. It is recommended that specialists and medical centers pay attention to this guideline and be diligent in implementing it in order to improve the quality of services.

Keywords: Liver failure; Asymptomatic Diseases; Gastrointestinal Tract; Neoplasms; bariatric surgery; Guideline

Citation: Tabesh E, Sayadi Shahraki M, Soheilipour M, Ahmadifar A, Adibi P. **Development of Guidelines for Diagnostic Procedures in Identifying Latent Liver Failure and Asymptomatic Gastrointestinal Malignancies before Bariatric Surgery.** J Isfahan Med Sch 2025; 43(846): 1902-12.

1- Associate Professor of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Associate Professor of Laparoscopic Surgery, Department of Surgery, School of Medicine, Al-Zahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Associate Professor of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Department of Internal Medicine, School of Medicine, Integrative Functional Gastroenterology Research, Al-Zahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

5- Professor of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Integrative Functional Gastroenterology Research Al-Zahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Abbas Ahmadifar, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Integrative Functional Gastroenterology Research, Al-Zahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: abbasmina3605@gmail.com