

مقایسه تغییرات وزن و پیامدهای کوتاه مدت تزریق آندوسکوپیک نوروکسین بوتولونیوم با روش جراحی اسلیو گاسترکتومی

چکیده

دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۱۶ ویرایش: ۱۴۰۴/۰۱/۲۲ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۲۴ آنلاین: ۱۴۰۴/۰۳/۰۱

سعید کفرآشی^۱، حمیدرضا نوروزی^{۱*}،
ملیحه صفری^۲

۱- گروه بیماری‌های داخلی، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان امیرالمومنین (ع)، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

۲- گروه آمار زیستی، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان امیرالمومنین (ع)، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

زمینه و هدف: جراحی موثرترین درمان برای چاقی شدید است. تکنیک‌هایی از جمله بالون‌های داخل معده، گاستروپلاستی و تزریق مواد شیمیایی نظیر توکسین بوتولونیوم که حرکت و تخلیه معده را به تاخیر می‌اندازد، برای درمان چاقی با استفاده از آندوسکوپی در حال توسعه است. در این مطالعه آندوسکوپیک نوروکسین بوتولونیوم به عنوان یکی از روش‌های آندوسکوپی در درمان چاقی برای بیمارانی که روش‌های اصلاح سبک زندگی و دارویی برای آنها کارآمد نبوده و علاقه یا شرایط لازم برای جراحی چاقی را ندارند با روش جراحی اسلیو مقایسه می‌شود.

روش بررسی: این مطالعه تحلیلی-مقطعی، در بیماران واجد شرایطی که به صورت سرپایی به کلینیک‌های گوارش بیمارستان امیرالمومنین اراک از خرداد ۱۴۰۳ به مدت یکسال درکلینیک گوارش پس اخذ رضایت آگاهانه، اطلاعات دموگرافیک و تن سنجی تکمیل شد. پس از ۱۲ هفته مجدداً بیماران هر دو گروه ویزیت شده. در بیماران گروه A (گروه بوتاکس)، آندوسکوپی توسط فوق گوارش مجرب تحت آرام‌بخشی پس از ۱۰ ساعت ناشتایی انجام شد و در بیماران گروه B (گاسترکتومی اسلیو) تحت بیهوشی جنرال، یک گاسترکتومی نسبی و طولی انجام شد برای ارزیابی کیفیت زندگی بیماران از پرسشنامه (Bariatric analysis and reporting outcome system, BAROS) استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سن افراد مورد گروه آندوسکوپیک نوروکسین بوتولونیوم $30/88 \pm 11/89$ سال و گروه جراحی اسلیو گاسترکتومی $29/88 \pm 11/06$ سال بود. در این مطالعه ۱۲ نفر (۲۴٪) مرد و ۳۸ نفر (۷۶٪) زن بودند. میانگین شاخص توده بدنی و وزن در چهار بار اندازه‌گیری (پیش، یک، دو و سه ماه بعد) در دو گروه مورد مطالعه (آندوسکوپیک نوروکسین بوتولونیوم و جراحی اسلیو گاسترکتومی) گروه آندوسکوپیک نوروکسین بوتولونیوم کاهش معناداری نسبت به جراحی اسلیو گاسترکتومی داشته است. میانگین فشارخون و نتایج آزمایشگاهی و میانگین کیفیت زندگی در گروه‌های مورد مطالعه دارای اختلاف معنادار آماری نداشت.

نتیجه‌گیری: تزریق آندوسکوپیک بوتولونیوم در معده یک روش موثر و ایمن در کاهش وزن کوتاه مدت است ولی تاثیر بلند مدت آن بر وزن و بروز عوارض یا تاثیرات متابولیک آن نیاز به پیگیری طولانی مدت دارد.

کلمات کلیدی: نوروکسین بوتولونیوم، پیامدهای کوتاه مدت، جراحی اسلیو گاسترکتومی، اضافه وزن.

* نویسنده مسئول: اراک، دانشگاه علوم پزشکی اراک، دانشکده پزشکی، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان امیرالمومنین (ع)، گروه بیماری‌های داخلی.
تلفن: ۰۸۶-۳۴۱۷۳۶۰۱
E-mail: hrn65@yahoo.com

مقدمه

و افزایش چربی خون شده است.^۱ اصلاح سبک زندگی به عنوان پایه و اساس درمان عمل می‌کند که شامل رژیم غذایی، ورزش و تغییرات رفتاری است. بیماران اغلب برای حفظ وزن به تنهایی و با استفاده از مداخلات سبک زندگی مشکل دارند.

چاقی تبدیل به یک اپیدمی جهانی مرتبط با افزایش علل و مرگ‌ومیر بیماری‌های قلبی عروقی و به همان اندازه دیابت، فشارخون

در این مطالعه روش آندوسکوپی نوروتوکسین بوتولونیوم به عنوان یکی از روش های آندوسکوپی در درمان چاقی برای بیمارانی که روش های اصلاح سبک زندگی و دارویی برایشان کارآمد نبوده و علاقه یا شرایط لازم برای جراحی چاقی را ندارند با روش جراحی اسلیو مقایسه شد.

روش بررسی

در این مطالعه تحلیلی-مقطعی، بیماران واجد شرایطی که به صورت سرپایی به کلینیک های گوارش مراجعه کردند در صورت داشتن معیارهای ورود به مطالعه، پس از توضیح دقیق روش کار و بیان مزایا و معایب آن و کسب رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. همه بیماران در کلینیک گوارش پس از توضیح روش و اخذ رضایت آگاهانه، از نظر فشارخون، قد، وزن و شاخص توده بدنی مورد ارزیابی قرار گرفتند و آزمایشات معمول خون نیز انجام شد. علاوه بر این، بیماران مشاوره کامل توسط متخصص تغذیه دریافت کردند. سپس اطلاعات دموگرافیک و تن سنجی تکمیل شد و بیماران آموزش لازم در خصوص نحوه مصرف داروهای و احیاناً عوارض جانبی و نحوه مدیریت آن و نحوه گزارش یا مراجعه بعدی را کسب نمودند و اطلاعات تماس بیمار نیز جهت پیگیری ماهانه، نحوه مصرف دارو و عوارض و علائم احتمالی ثبت شد. نهایتاً پس از ۱۲ هفته مجدداً بیماران هر دو گروه ویزیت شده و اطلاعات لازم به همان روش اول جمع آوری شد. سپس در بیماران گروه A (گروه بوتاکس)، آندوسکوپی توسط فوق گوارش مجرب تحت آرام بخشی پس از ۱۰ ساعت ناشتایی انجام شد و برای کاهش ناراحتی از اسپری خوراکی بی حس کننده موضعی (لیدوکاین ۱٪) استفاده شد. سپس ۱۰۰ واحد بوتاکس (بین ۸۰۰ تا ۱۰۰۰ واحد بوتاکس از برند ایرانی بر حسب وزن بیمار استفاده شد. و در نواحی فوندوس، دیستال تنه معده و قسمت پروگزیمال آنتروم تزریق شد مجموع تزریق ها بین ۴۰-۳۵ نقطه متغیر بود) در ۵۰ میلی لیتر نرمال سالین رقیق شده و به ناحیه آنتروم معده، کاردیا و فوندوس تحت آندوسکوپی مستقیم تزریق گردید. بیماران پس از ۳۰ تا ۶۰ دقیقه تحت نظر، از مجموعه آندوسکوپی خارج شدند و تحت درمان یک مهارکننده پمپ پروتون (PPI)، ضد استفراغ و مسکن یکسان قرار گرفتند.^{۱۵}

داروهای مختلفی توسط FDA برای کاهش وزن مورد تایید قرار گرفته اند. اورلی استات، فترمین، فترمین/توپیرامات، لاکاسرین، نالتروکسون/بوپروپیون و لیراگلوتايد از جمله این موارد هستند. این داروها برای شاخص توده بدنی بیشتر از ۲۷ کیلوگرم بر مترمربع همراه با یک عارضه چاقی یا شاخص توده بدنی بیشتر از ۳۰ کیلوگرم بر مترمربع به تنهایی مورد تایید قرار گرفته اند. نشان داده شده است که چنین روش های دارویی به خوبی تحمل نمی شوند و در مطالعات توانسته اند که سه تا هفت درصد کاهش وزن (Total body weight loss, TBWL) در طول یک سال ایجاد کنند.^۲

جراحی چاقی برای بیماران با شاخص توده بدنی بیشتر از ۴۰ کیلوگرم بر مترمربع به تنهایی یا شاخص توده بدنی بیشتر از ۳۵ کیلوگرم بر مترمربع با یک بیماری همراه در نظر گرفته شده است. روش Roux-en-Y gastric bypass و گاسترکتومی اسلیو از روش های شناخته شده در این موارد هستند. ثابت شده است که بیشترین کاهش وزن (Excess Weight Loss, EWL) در طول ۱۲ ماه در این روش ها به ترتیب ۶۳٪/۷۲ و ۵۲٪/۷۰ بوده است.^۳ هر چند موانعی در روش های جراحی مانند: میزان کم ارجاع، دسترسی محدود و هزینه باعث شده است که تنها یک تا دو درصد از افرادی که صلاحیت لازم برای استفاده از این روش ها را دارند آنرا انجام دهند.^۴ جراحی چاقی همچنین عوارض جانبی عمده ای مانند: زخم ناحیه آناستوموز، تنگی، فیستول، انسداد روده و نشت جراحی را به همراه دارد.^۵

میزان عوارض در این روش ها ۷٪/۱۰ و احتمال عوارض عمده ۴٪ است.^۶ در مقابل روش های جراحی چاقی، روش آندوسکوپی نوروتوکسین بوتولونیوم به عنوان یکی از درمان های آندوسکوپی چاقی است که در آن سم بوتولینیوم به دیواره معده تزریق می شود و خالی شدن معده به تاخیر می افتد و هورمون گرلین مهار می شود.^۷ تکنیک های زیادی در این روش وجود دارد. پنج تا ۲۰ تزریق ۱۰۰ تا ۵۰۰ واحد بین المللی از سم بوتولینیوم A به آنتروم معمولاً انجام می شود. عوارض جانبی در این روش خیلی کم و شامل افزایش فشارخون، تهوع و ریفلاکس معده به مری است. به خاطر اینکه چنین عوارضی به خوبی تحمل می شوند و گزارشی از عوارض عمده در این روش وجود ندارد به روشی محبوب به عنوان جایگزینی برای سایر روش های درمان چاقی تبدیل شده است.^۹

چک لیست جمع‌آوری اطلاعات و برای مقایسه کیفیت زندگی بیماران از پرسشنامه کیفیت زندگی BAROS استفاده شد.^{۱۶} ابتدا این پرسشنامه به زبان فارسی ترجمه شد و سپس در اختیار متخصصان قرار گرفت و از نظر روایی محتوایی و صوری مورد بررسی قرار گرفت. در بررسی کیفی روایی محتوا از چند متخصص درخواست شد تا پس از مطالعه دقیق پرسشنامه، دیدگاه‌های اصلاحی خود را (از نظر رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، قرارگیری گویه‌ها در جای مناسب خود، سطح دشواری و سطح ابهام) ارائه دادند.

برای بررسی روایی صوری پرسشنامه‌ها، از تعدادی افراد صاحب نظر (استاد راهنما، استاد مشاور و تعدادی اساتید صاحب‌نظر) نظرسنجی شد تا نظر خود را در مورد کیفیت سوالات پرسشنامه بیان کنند و به پیشنهاد آنها برخی سوالات اضافه یا کم شد و ساختار برخی سوالات نیز تغییر کرد.

براساس تعداد متخصصینی که سوالات پرسشنامه را ارزیابی کردند، شاخص CVR محاسبه شد و با توجه به مقادیر آن برخی سوالات از پرسشنامه حذف شد. روایی سازه این پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی در نرم افزار SPSS software, version 24 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) انجام شد تا ارتباط و میزان همبستگی سوالات در هر کدام از حیطه‌های پرسشنامه‌ها بررسی شود. نتایج تحلیل عاملی حیطه‌های این پرسشنامه را تایید کرد. برای بررسی پایایی پرسشنامه و همبستگی درونی گویه‌ها در هریک از حیطه‌ها و نیز بین کل گویه‌ها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد مقدار ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۴ به دست آمد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، تلخیص داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی انجام شد. سپس برای مقایسه ویژگی‌های کمی در دو گروه از آزمون Student's t-test دو گروه مستقل و برای مقایسه متغیرهای کیفی در دو گروه از Chi-square test استفاده شد. همچنین برای مقایسه متغیرها در چند بار اندازه‌گیری بین دو گروه از Variance analysis test با اندازه‌های تکراری و در سطح معناداری ۰/۰۵ برای آزمون‌ها استفاده شد. فاکتورهای مورد نظر از پرونده‌ی بیماران استخراج و در چک لیست ثبت شد. پیگیری یک ماهه با تماس تلفنی انجام و نتیجه در یک لیست ثبت شد.

این مطالعه پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشکده پزشکی علوم پزشکی اراک با کد IR.ARAKMU.REC.1403.107 اجرا شد.

در بیماران گروه B (گاسترکتومی اسلیو) تحت بیهوشی جنرال، یک گاسترکتومی نسبی و طولی انجام شد و کل انحنای معده را از بین می‌برند و حجم معده تقریباً ۱۰۰ میلی‌لیتر را بر جای می‌گذارد که از نظر فیزیولوژیکی به دوازدهه تخلیه می‌شود.^{۱۴-۱۰} این گروه نیز پس از انتقال به بخش تحت درمان یک مهارکننده پمپ پروتون (PPI)، ضد استفراغ و مسکن یکسان قرار گرفتند.^{۱۵} پیش از ترخیص به بیماران هر دو گروه آموزش داده شد که به مدت یک هفته تحت یک رژیم غذایی مایع قرار گیرند، که بعداً با یک رژیم غذایی کم کالری که توسط متخصص تغذیه توصیه می‌شود (۱۲۰۰-۱۳۰۰ کیلو کالری در روز) دنبال شود. بیماران همچنین تشویق شد تا روزانه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه پیاده‌روی کنند. بیماران هر دو گروه پس از ۱۲ هفته مجدد مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین برای ارزیابی کیفیت زندگی بیماران از پرسشنامه BAROS استفاده شد که در مقالات مختلف برای ارزیابی کیفیت زندگی از آن استفاده شده است.^{۱۵}

معیارهای ورود بزرگسالان بین ۱۸ تا ۶۰ سال، نمایه توده بدنی ۳۰ تا ۴۰ کیلوگرم بر مترمربع، اقد اختلالات و معیارهای خروج بیماری‌های همراهی که می‌توانند با روش آندوسکوپیک تداخل داشته باشند، مانند فتق هیاتوس بزرگ یا زخم معده، بارداری و شیردهی، میوپاتی یا اختلالات عصبی عضلانی، حساسیت مفرط به سم بوتولینوم، اختلال عملکرد گوارشی شناخته شده و تحت درمان، اختلال گوارشی با منشا شناخته شده پسیکولوژیک، کانسر شناخته شده، اختلال شناختی که شرح حال ندهند یا مصرف مناسب دارو نداشته باشند، آسیب قلبی ریوی شناخته شده و تحت درمان که پیامد اولیه این مطالعه ارزیابی کاهش وزن و درصد کاهش وزن اضافی است. برای تعیین وزن ایده آل برای اضافه وزن از BMI 25 کیلوگرم بر مترمربع استفاده شد. ۱- کاهش وزن به مدت ۱۲ هفته، ۲- عوارض جانبی نامطلوب شامل تهوع، استفراغ، درد شکم و خونریزی جزئی دستگاه گوارش فوقانی، مرگومیر، خونریزی عمده و آسیب به اندام‌های فوقانی دستگاه گوارش بود، ضعف عضلانی، دوبینی، دیسفاژی و واکنش‌های آلرژیک به BTA (به عنوان مثال، تنگی نفس، درد قفسه سینه، تب، درد مفاصل و بثورات پوستی) می‌باشد، ۳- کیفیت بیماری‌های همراه، ۴- کیفیت زندگی بیماران براساس پرسشنامه BAROS.

یافته‌ها

(آندوسکوپیک نورو توكسين بوتولونيوم و جراحی اسلیو گاسترکتومی) از نظر آماری تفاوت معناداری داشت ($P < 0/001$).

این کاهش وزن در گروه آندوسکوپیک نورو توكسين بوتولونيوم بیشتر از گروه جراحی اسلیو گاسترکتومی بود. نتایج آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری در جدول ۲ آمده است. این نتایج نشان می‌دهد که در تکرارهای اندازه‌گیری مختلف، تغییرات BMI در دو گروه مورد مطالعه (آندوسکوپیک نورو توكسين بوتولونيوم و جراحی اسلیو گاسترکتومی) تفاوت معناداری آماری داشت ($P < 0/001$). این تغییرات در هر دو گروه در طول زمان کاهش پیدا کرده ولی این کاهش در گروه آندوسکوپیک نورو توكسين بوتولونيوم بیشتر از گروه جراحی اسلیو گاسترکتومی بوده است. این تغییرات در نمودار ۱ نیز نشان داده شده است. همچنین متغیرهای فشارخون (بالا و پایین) و سایر متغیرهای آزمایشگاهی مورد مطالعه در زمان فعلی نیز با استفاده از آزمون تی دو گروه مستقل، بین دو گروه مقایسه شد و مشاهده شد که هیچ یک از این متغیرها بین دو گروه اختلاف معنادار آماری نداشت ($P > 0/05$). آمار توصیفی این متغیرها در دو گروه در جدول ۳ ارائه شده است. جدول ۴ نشان می‌دهد که در گروه درمان با آندوسکوپیک نورو توكسين بوتولونيوم تعداد (درصد) ۲۴ (۹۶٪) و در گروه درمان با جراحی اسلیو گاسترکتومی تعداد (درصد) ۲۳ (۹۲٪) بدون هیچگونه عوارض جانبی بودند. نتیجه آزمون آماری کای دو نشان داد که نسبت عوارض در دو گروه تفاوت معنادار آماری نداشت ($P > 0/05$).

در این مطالعه که با هدف مقایسه میزان کاهش وزن و پیامدهای کوتاه مدت تزریق آندوسکوپیک نورو توكسين بوتولونيوم با روش جراحی اسلیو گاسترکتومی انجام شد، بیمار شرکت نمودند که میانگین (انحراف معیار) سن افراد در گروه آندوسکوپیک نورو توكسين بوتولونيوم $30/88 \pm 11/89$ سال و در گروه جراحی اسلیو $29/88 \pm 11/06$ سال بود.

همچنین ۱۲ نفر (۲۴٪) مرد و ۳۸ نفر (۷۶٪) زن بودند نتیجه Chi-square test نشان داد که سن در دو گروه تفاوت معنادار آماری نداشت و توزیع جنسیت بیماران در دو گروه یکسان بود ($P = 0/74$). (میانگین و انحراف معیار) قد (سانتی‌متر) افراد در گروه آندوسکوپیک نورو توكسين بوتولونيوم $153/72 \pm 30/15$ سال و در گروه جراحی اسلیو $162/80 \pm 14/82$ سال بود. نتیجه آزمون T دو گروه مستقل نشان داد که سن در دو گروه تفاوت معنادار آماری نداشت و توزیع سنی بیماران در دو گروه یکسان بود ($P = 0/75$). همچنین قد بیماران در دو گروه تفاوت معنادار آماری نداشت و توزیع قد بیماران در دو گروه یکسان بود ($P = 0/18$).

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است، میانگین وزن بیماران در هر دو گروه در طول زمان کاهش پیدا کرده است. آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری نشان می‌دهد که در تکرارهای اندازه‌گیری مختلف، تغییرات وزن در دو گروه مورد مطالعه

جدول ۱: آمار توصیفی وزن بیماران در دو گروه در طول مدت مطالعه

وزن	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	اختلاف میانگین	P*	P**
فعلی	آندوسکوپیک نورو توكسين بوتولونيوم	۲۵	۱۰۱/۵۶	۸/۹۰	۱۰/۴	۰/۰۵۷	
	جراحی اسلیو گاسترکتومی	۲۵	۱۱۱/۹۶	۲۵/۱۹			
یک ماه بعد	آندوسکوپیک نورو توكسين بوتولونيوم	۲۵	۹۳/۷۲	۷/۵۷	۹/۴۴	۰/۰۵۲	
	جراحی اسلیو گاسترکتومی	۲۵	۱۰۳/۱۶	۲۲/۴۲			۰/۰۰۱
دو ماه بعد	آندوسکوپیک نورو توكسين بوتولونيوم	۲۵	۸۸/۶۸	۷/۰۲	۱۰/۱۲	<0/001	
	جراحی اسلیو گاسترکتومی	۲۵	۹۸/۸۰	۱۱/۲۸			
سه ماه بعد	آندوسکوپیک نورو توكسين بوتولونيوم	۲۵	۸۱/۱۲	۱۰/۱۵	۷/۶	۰/۰۰۸	
	جراحی اسلیو گاسترکتومی	۲۵	۸۸/۷۲	۹/۲۸			

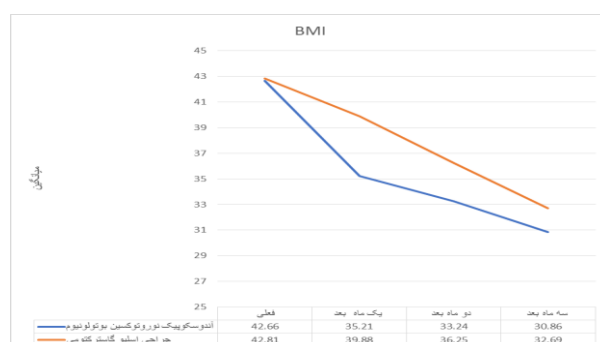
* آزمون Independent T-test. ** Variance analysis test با اندازه‌های مکرر سطح معناداری ($P < 0/05$)

جدول ۲: آمار توصیفی شاخص توده بدنی (BMI) بیماران در دو گروه در طول مدت مطالعه

BMI	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	اختلاف میانگین	P*	P**
فعلی	آندوسکوپیک نوروتوکسین بوتولونیوم	۲۵	۴۲/۶۶	۲۶/۴۲	۰/۱۵	۰/۹۷۸	
	جراحی اسلیو گاسترکتومی	۲۵	۴۲/۸۱	۴/۴۲			
یک ماه بعد	آندوسکوپیک نوروتوکسین بوتولونیوم	۲۵	۳۵/۲۱	۴/۹۳	۴/۶۷	<۰/۰۰۱	
	جراحی اسلیو گاسترکتومی	۲۵	۳۹/۸۸	۴/۷۰			<۰/۰۰۱
دو ماه بعد	آندوسکوپیک نوروتوکسین بوتولونیوم	۲۵	۳۳/۲۴	۴/۴۲	۳/۰۱	۰/۰۱۴	
	جراحی اسلیو گاسترکتومی	۲۵	۳۷/۲۵	۳/۸۹			
سه ماه بعد	آندوسکوپیک نوروتوکسین بوتولونیوم	۲۵	۳۰/۸۶	۴/۲۸	۱/۸۳	۰/۱۰۵	
	جراحی اسلیو گاسترکتومی	۲۵	۳۲/۶۹	۳/۵۰			

*آزمون Independent T-test **Variance analysis test با اندازه‌های مکرر سطح معناداری ($P < 0.05$)

در اسلیو، یک نوبت ریفلاکس شدید بعد از عمل وجود داشت و درد شدید اپیگاستر که منجر به آندوسکوپی مجدد بعد عمل شد، که ازوفازیت شدید (درجه C براساس معیار Los Angeles گزارش شد. توزیع فراوانی مرگومیر در گروه‌های درمانی در جدول ۴ آمده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود در هیچ کدام از گروه‌ها هیچ مرگی ثبت نشده است و همه افراد بهبود یافته‌اند. براساس نتایج ارائه شده، همه افراد در گروه درمان با آندوسکوپیک نوروتوکسین مدت زمان بستری کمتر از یک روز داشته‌اند یعنی به‌صورت سرپایی بوده و بستری نشده‌اند. در گروه درمان با جراحی اسلیو گاسترکتوم همه بیماران بین دو تا پنج روز بستری بودند. نتیجه آزمون تی دو گروه مستقل برای مقایسه میانگین‌ها نشان داد که هزینه درمان در دو گروه تفاوت معنادار آماری داشت ($P=0.032$) و میانگین هزینه درمان در گروه آندوسکوپیک کمتر از گروه جراحی اسلیو می‌باشد. میانگین نمره درد در گروه آندوسکوپیک صفر بوده و هیچ دردی در بیماران وجود نداشته است (جدول ۵). همچنین در جدول ۶ نشان داده شده است که در بررسی ارتباط بیماری زمینه‌ای بیماران با گروه‌های درمانی ارتباط معنادار آماری دیده نشده است. در بررسی ارتباط زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی با گروه‌های درمانی، هیچ ارتباط معنادار آماری بین دو گروه دیده نشد ($P>0.05$) (جدول ۷). طبق جدول ۸ و نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه کیفیت زندگی بیماران در گروه‌های درمانی، نشان داد که میانگین کیفیت زندگی در دو گروه اختلاف معنادار آماری نداشت ($P>0.05$).



لازم به ذکر است که در بوتاکس دو مورد ضعف عمومی بدن و تنگی نفس خفیف دیده شد که به‌صورت سرپایی درمان شدند. همچنین در اسلیو، یک مورد فیستول در ناحیه EGJ و محل فوقانی Stapler line مشاهده شد که منجر به دو نوبت بستری بیمار شد. توزیع فراوانی عوارض شدید در جدول ۴ ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، در گروه درمان با آندوسکوپیک نوروتوکسین بوتولونیوم تعداد (درصد) ۲۴ (۹۶٪) و در گروه درمان با جراحی اسلیو گاسترکتومی تعداد (درصد) ۲۴ (۹۶٪) بدون عوارض شدید بودند. نتیجه آزمون آماری کای دو نشان داد که نسبت عوارض شدید در دو گروه تفاوت معنادار آماری نداشت. لازم به ذکر است که یک مورد ضعف شدید عضلانی که اختلال در بالا رفتن از پله ایجاد شد ولی با درمان‌های حمایتی ظرف چند روز برطرف شد. همچنین

جدول ۳: آمار توصیفی فشارخون و نتایج آزمایشگاهی و مقایسه آن در دو گروه

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P
فشارخون بالا	آندوسکوپی نوروتوکسین بوتولونیوم	۲۵	۱۲۴/۱۲	۱۹/۳۸	۰/۸۹۸
	جراحی اسلیو گاسترکتومی	۲۵	۱۲۳/۵۲	۱۲/۹۲	
فشارخون	آندوسکوپی نوروتوکسین بوتولونیوم	۲۵	۸۲/۴۸	۱۱/۹۵	۰/۱۱۲
	جراحی اسلیو گاسترکتومی	۲۵	۷۷/۷۶	۸/۳۲	
قند ناشتا	آندوسکوپی نوروتوکسین بوتولونیوم	۲۵	۱۱۷	۴۲/۹۳	۰/۳۱۶
	جراحی اسلیو گاسترکتومی	۲۵	۱۰۷/۱۲	۲۳/۱۱	
تری گلیسرید	آندوسکوپی نوروتوکسین بوتولونیوم	۲۵	۲۳۶/۷۶	۸۵/۲۹	۰/۵۳۳
	جراحی اسلیو گاسترکتومی	۲۵	۲۲۲/۲۰	۷۸/۳۷	
کلسترول	آندوسکوپی نوروتوکسین بوتولونیوم	۲۵	۱۸۲/۰۸	۶۷/۰۱	۰/۲۴۳
	جراحی اسلیو گاسترکتومی	۲۵	۲۰۰/۴۸	۳۹/۵۴	
LDL	آندوسکوپی نوروتوکسین بوتولونیوم	۲۵	۴۱/۴۰	۲۷/۵۸	۰/۴۷۸
	جراحی اسلیو گاسترکتومی	۲۵	۳۶/۶۰	۱۹/۰۷	
HDL	آندوسکوپی نوروتوکسین بوتولونیوم	۲۵	۵۰/۸۰	۲۴/۰۲	۰/۹۶۸
	جراحی اسلیو گاسترکتومی	۲۵	۵۱/۱۲	۳۱/۹۰	
ALT	آندوسکوپی نوروتوکسین بوتولونیوم	۲۵	۴۴/۲۴	۲۳/۷۲	۰/۸۹۳
	جراحی اسلیو گاسترکتومی	۲۵	۴۴/۹۶	۱۱/۸۷	
AST	آندوسکوپی نوروتوکسین بوتولونیوم	۲۵	۱۲۱/۴۰	۳۷/۳۷	۰/۴۶۲
	جراحی اسلیو گاسترکتومی	۲۵	۱۱۳/۸۴	۳۴/۶۳	

جدول ۴: آمار توصیفی انواع عوارض در گروههای مورد مطالعه بر حسب تعداد و درصد

متغیر	آندوسکوپی نوروتوکسین بوتولونیوم	جراحی اسلیو گاسترکتومی
عوارض جانبی خفیف	دارد (۱/۴٪)	دارد (۲/۸٪)
عوارض جانبی شدید	دارد (۱/۴٪)	دارد (۱/۴٪)
پيامد	فوت (۰/۰/۰۰٪)	فوت (۰/۰/۰۰٪)
مدت زمان بستری	کمتر از یک روز (۲۵/۱۰۰٪)	کمتر از یک روز (۰/۰/۰۰٪)
	بین دو-پنج روز (۰/۰/۰۰٪)	بین دو-پنج روز (۲۵/۱۰۰٪)

جدول ۵: مقایسه هزینه درمان در گروههای درمانی

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P
هزینه درمان	آندوسکوپی نوروتوکسین بوتولونیوم	۲۵	۷/۲۵	۳/۸۹	۰/۰۳۲
	جراحی اسلیو گاسترکتومی	۲۵	۴۸/۲	۱۱/۰۶	
شدت درد	آندوسکوپی نوروتوکسین بوتولونیوم	۲۵	۰	۰	۰/۰۳۲
	جراحی اسلیو گاسترکتومی	۲۵	۵/۲	۲/۳	

جدول ۶: فراوانی بیماری‌های همراه در گروه‌های درمانی پیش و پس از جراحی

پیش از جراحی	جراحی اسلیو گاسترکتومی	آندوسکوپی نوروتوکسین بوتولونیوم	P	پس از جراحی	جراحی اسلیو گاسترکتومی	آندوسکوپی نوروتوکسین بوتولونیوم	P
ندارد	۲۲	۱۹	۰/۴۶	بهبود شده	۲	۰	۰/۰۸۳
فشارخون	۸۸٪	۷۶٪		بر طرف شده	۶۶/۷٪	۰/۰٪	
دارد	۳	۶			۱	۶	
	۱۲٪	۲۴٪			۳۳/۳٪	۱۰۰٪	
بیماری قلبی	۲۵	۲۵	-	-	-	-	-
ندارد	۱۰۰٪	۱۰۰٪		-	-	-	
دارد	-	-		-	-	-	
چربی خون	۱۵	۱۱	۰/۳۹	بهبود شده	۴	۱	۰/۱۱
ندارد	۶۰٪	۴۴٪			۴۴/۴٪	۷/۷٪	
دارد	۱۰	۱۴		بر طرف شده	۵	۱۲	
	۴۰٪	۵۶٪			۵۵/۶٪	۹۲/۳٪	
دیابت	۲۵	۲۲	-	بهبود شده	-	۱	-
ندارد	۱۰۰٪	۸۸٪			-	۳۳/۳٪	
دارد	۰	۳		بر طرف شده	-	۲	
	۰/۰٪	۱۲٪			-	۶۶/۷٪	
آپنه خواب	۲۵	۲۱	۰/۱۱	بهبود شده	-	۳	-
ندارد	۱۰۰٪	۸۴٪			-	۷۵٪	
دارد	۰	۴		بر طرف شده	-	۱	
	۰/۰٪	۱۶٪			-	۲۵٪	
اورتрит	۲۱	۱۸	۰/۴۹	بهبود شده	۳	۵	۰/۷
ندارد	۸۴٪	۷۲٪			۷۵٪	۷۱/۴٪	
دارد	۴	۷		بر طرف شده	۱	۲	
	۱۶٪	۲۸٪			۲۵٪	۲۸/۶٪	
ریفلاکس معده	۹	۷		بدتر شده	۱۲	۰	
ندارد	۳۶٪	۲۸٪			۷۵٪	۰/۰٪	
دارد	۱۶	۱۸	۰/۷۶	تغییری نکرده	۳	۱	۰/۹
	۶۴٪	۷۲٪			۱۸/۸٪	۵/۶٪	
مری	-	-		بهبود شده	۱	۴	
-	-	-			۶۳٪	۲۲/۲٪	
-	-	-		بر طرف شده	۰	۱۳	
-	-	-			۰/۰٪	۷۲/۲٪	

ادامه جدول ۶

پیش از جراحی	جراحی اسلیو	آندوسکوپی نوروتوکسین بوتولونیوم	P	پس از جراحی	جراحی اسلیو	آندوسکوپی نوروتوکسین بوتولونیوم	P
ندارد	۲۲	۲۱		بدتر شده	۱	۱	
	%۸۸	%۸۴			%۳۳/۳	%۲۵	
بی اختیاری ادرار	۳	۳		بهبود شده	۰	۲	
دارد	%۱۲	%۱۲	۰/۶		%۰/۰	%۵۰	۰/۳۲
-	-	-		بر طرف شده	۲	۱	
-	-	-			%۶۶/۷	%۲۵	
ندارد	۱۵	۱۲		بهبود شده	۴	۱	
	%۶۰	%۵۴/۵	۰/۷		%۴۰	%۱۰	۰/۶۷
سایر	۱۰	۱۰		بر طرف شده	۶	۹	
دارد	%۴۰	%۴۵/۵			%۶۰	%۹۰	

جدول ۷: مقایسه زیر مقیاس های کیفیت زندگی در گروه های درمانی

زیر شاخص کیفیت زندگی	امتیاز	جراحی اسلیو	آندوسکوپی نوروتوکسین بوتولونیوم	P
اعتماد به نفس	۰/۵	۲۵	۲۴	
		%۱۰۰	%۹۶	۰/۵۰
	۱	۰	۱	
		%۰/۰	%۴	
فعالیت بدنی	۰/۲۵	۰	۱	
		%۰/۰	%۴	۰/۵۰
	۰/۵	۲۵	۲۴	
		%۱۰۰	%۹۶	
توانایی برقراری ارتباط	۰/۵	۲۵	۲۵	-
		%۱۰۰	%۱۰۰	
تمایل بکار	۰/۵	۲۵	۲۵	-
		%۱۰۰	%۱۰۰	
	۰	۲	۰	
		%۸	%۰/۰	
میل جنسی	۰/۲۵	۲	۷	۰/۰۸۲
		%۸	%۲۸	
	۰/۵	۲۱	۱۸	
		%۸۴	%۷۲	

جدول ۸: مقایسه کیفیت زندگی در گروه‌های درمانی

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P
آندوسکوپی نوروتوکسین بوتولونیوم	۲۵	۳/۰۴	۰/۵۸	۰/۴۰
جراحی اسلیو گاسترکتومی	۲۵	۲/۹۴	۰/۱۴	

بحث

هم راستا با نتایج مطالعه حاضر در مطالعه آینده‌نگر Kaya و همکاران در ۵۶ بیمار که به هر بیمار ۲۵۰ واحد بوتولونیوم توکسین A به صورت آندوسکوپی در ناحیه آنتروم معده تزریق شد. میانگین کاهش وزن حدود ۹ کیلوگرم و کاهش BMI به میزان سه واحد در مدت حدود ۶۰ روز مشاهده شد. ۸۷/۵٪ از بیماران کاهش اشتها و سیری زودرس را گزارش کردند. هیچ عارضه جدی گزارش نشد.^{۱۷، ۱۸} در مطالعه Karaca و همکاران هم که در ۱۰۲ بیمار، تزریق ۴۰۰ واحد بوتولونیوم توکسین A به نواحی آنتروم، کورپوس و فوندوس معده به صورت آندوسکوپی انجام شد و بیماران براساس BMI به گروه‌های مختلف تقسیم شدند و به مدت سه ماه پیگیری شدند. تمام بیماران کاهش وزن داشتند، میانگین کاهش وزن بین ۴/۷۶-۱۹/۴۷ بود. بیماران با چاقی کلاس II و III کاهش وزن بیشتری نسبت به سایر گروه‌ها داشتند. عوارض گوارشی خفیف، در ۴/۹٪ بیماران مشاهده شد.^{۱۹}

در مطالعه Köseoğlu و همکاران هم در ۸۲ بیمار، تزریق آندوسکوپی بوتولونیوم توکسین A به بیماران با BMI بالای ۲۵ کیلوگرم/مترمربع و حداقل یک عارضه مرتبط با چاقی یا BMI بالای ۳۰ بدون عارضه. بیماران به مدت شش ماه پیگیری شدند. نتایج نشان داد که میانگین کاهش وزن ۹/۲ کیلوگرم در ماه دوم مشاهده شد و در ماه ششم کاهش وزن اضافی مشاهده نشد. همچنین هیچ عارضه جدی گزارش نشد.^{۲۰}

نتیجه کلی این سه مطالعه نشان داد که تزریق آندوسکوپی بوتولونیوم توکسین A، به‌ویژه در بیماران با BMI کمتر از ۴۰، می‌تواند در کوتاه‌مدت منجر به کاهش وزن قابل توجهی شود. با این حال، برای ارزیابی اثرات بلندمدت و ایمنی این روش، مطالعات بیشتری با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر توصیه کرده‌اند.^{۱۹-۲۱}

در این مطالعه تحلیلی-مقطعی که با هدف مقایسه میزان کاهش وزن و پیامدهای کوتاه مدت تزریق آندوسکوپی نوروتوکسین بوتولونیوم با روش جراحی اسلیو گاسترکتومی در دو گروه ۲۵ نفری از بیماران واجد شرایط با میانگین سنی ۴۹/۱۴±۴۲ سال انجام شد. نتایج نشان داد که پس از سه ماه، شاخص توده بدنی در گروه تزریق آندوسکوپی نوروتوکسین بوتولونیوم از ۴۲/۴۶ به ۳۰/۸۶ (۲۷/۴٪) کاهش یافت و در گروه جراحی اسلیو از ۴۲/۸۱ به ۳۳/۶۹ (۲۳/۷٪) کاهش یافت و به عبارت دیگر، در گروه تزریق معده کاهش توده بدنی بیشتر از گروه جراحی اسلیو بود. میزان تغییر در فشارخون سیستمیک و دیاستولیک، قند خون، پروفایل لیپید، آنزیم‌های کبدی (ALT, AST) در دو گروه یکسان بود و همچنین فراوانی عوارض جانبی خفیف که با درمان سرپایی بهبود می‌یافتند و عوارض جانبی شدید که نیاز به بستری داشتند در دو گروه تفاوت نداشت و در بیماران مبتلا به فشارخون، بیماری قلبی، هیپرلیپیدمی، دیابت، آپنه انسدادی خواب، آرتروز، ریفلاکس مری و بی‌اختیاری ادرار، شدت بیماری در دو گروه تغییر و تفاوت معنادار پیدا نکرد. در نهایت کیفیت زندگی در ابعاد اعتماد به نفس، فعالیت بدنی، ارتباط بین فردی، تمایل به کار و میل جنسی نیز در دو گروه یکسان بود.

مقاله مشابه و قابل مقایسه‌ای که نتایج این دو شیوه مداخله را به‌طور مستقیم مقایسه کرده باشد در جستجوی پایگاه داده‌های معتبر یافت نشد اما نتایج چند کارآزمایی تصادفی‌شده کوچک متعدد، کاهش وزن کم یا بدون کاهش وزن را به دنبال تزریق بوتولونیوم گزارش کرده‌اند.^{۲۲-۲۵} که احتمالاً ناشی از تکنیک قدیمی تزریق، دوزاژ و محل نامناسب تزریق و حجم کم نمونه در این مطالعات است.

بر خلاف آن در مطالعه Tayyem که تزریق بوتاکس معده و بالون گذاری را مقایسه کرده بود^{۲۶} و مطالعه Kaya که نتایج پیش و پس تزریق بوتاکس معده را بررسی کرده بود^{۲۷} و نتایج مطالعه Sanchez که تزریق بوتاکس معده را با تزریق سالین فیزیولوژیک به معده

۱۱ مقاله معتبر و ۱۰ سال پیگیری، مشخص شد که بیماران تحت جراحی اسلیو حداقل ۲۴/۴٪ کاهش وزن داشتند و میزان بهبودی در دیابت و فشارخون هم به ترتیب ۴۵/۶٪ و ۴۱/۴٪ بود. همچنین ۳۲/۳٪ از بیماران دچار ریفلاکس معده به مری (GERD) شدند و پنج مورد (۰/۵٪) بیماری بارت گزارش شد.^{۳۳} عمده دلیل تفاوت نتایج این مرور سیستماتیک با مطالعه حاضر نیز مدت پیگیری بیماران است.

تزریق آندوسکوپیک بوتولونیوم کم تهاجمی و به‌طور کلی بی‌خطر است. در مطالعات ذکر شده، هیچ عارضه جانبی جدی مرتبط با این روش گزارش نشده است.^{۳۴} علائم جزئی (تهوع، سوء هاضمه) ممکن است در بخش کوچکی از بیماران رخ دهد، اما عوارض قابل توجهی مانند سوراخ شدن یا خونریزی با تزریق بوتولونیوم نادر است. در مقابل، جراحی اسلیو یک جراحی بزرگ با خطرات معمولی (نشت آناستوموز، خونریزی، عفونت، و غیره) و نرخ تجدید نظر ۲۰٪ تا ۱۰ سال است. از طرفی در اسلیو گاسترکتومی خطر جراحی مجدد، عمدتاً برای بازیابی وزن یاریفلاکس، حدود ۱۹٪ در ۱۰ سال برآورد شده است.^{۳۵} در مطالعه حاضر در مدت پیگیری کوتاه مدت سه ماهه، عوارض جانبی شدید در دو گروه وجود نداشت و عوارض خفیف هم یکسان برآورد شد.

در خصوص اثرات متابولیک هم می‌توان گفت که گاسترکتومی اسلیو به دلیل تغییرات هورمونی، بهبودهای متابولیکی قابل توجهی (به‌عنوان مثال دیابت و رفع فشارخون بالا) ایجاد می‌کند. در ۱۰ سال پس از جراحی اسلیو، تقریباً ۴۵/۶٪ بیماران دیابت نوع دو، بهبودی یافتند و ۴۱/۴٪ بیماران مبتلا به فشارخون کنترل شده داشتند.^{۳۴} در مقابل، تاثیر متابولیک تزریق بوتولونیوم، متوسط و کوتاه مدت و عمدتاً ناشی از تاخیر در تخلیه معده است که باعث سیری زودرس و کاهش وزن گذرا می‌شود به‌نحوی که در یک کارآزمایی، کاهش وزن پس از تزریق بوتولونیوم، مستقل از مقاومت اولیه به انسولین ظاهر شد^{۳۳} و تغییرات در نشانگرهای متابولیک به خوبی ثبت نشد. به‌طور خلاصه، جراحی اسلیو به‌طور قابل اعتمادی بیماری‌های متابولیک را در بیشتر بیماران بهبود می‌بخشد، درحالی‌که تزریق معده ممکن است به وزن و اشتها در کوتاه مدت کمک کند، اما شواهدی برای مزایای متابولیک پایدار در قند و چربی و ثانویه به آنها در فشارخون و بیماری‌های قلبی عروقی و چاقی ندارد.

مقایسه کرده بود^{۲۸}، به موثر بودن روش تزریق بوتاکس معده اشاره شده است و عوارض جانبی مهمی نیز گزارش نشده است. همچنین در مطالعه Altunal اشاره شده است که روش بوتاکس معده هم بر روی سلامت فیزیکی و ظاهری بیماران و هم بر روی سلامت روان و بر درک بیماران از خود در طول درمان چاقی تاثیر مثبت دارد که هم راستا با نتایج کیفیت زندگی در مطالعه حاضر است.^{۲۹} در همین راستا مطالعه Grönroos و همکاران در یک پیگیری هفت ساله هم نشان داد که گاسترکتومی با اسلیو لاپاروسکوپیک بر کاهش وزن و کیفیت زندگی موثر است که این نتیجه نیز در مطالعه حاضر نیز مشاهده شده است.^{۳۰}

در مطالعه آینده‌نگر Özdi و همکاران، سه گروه بیمار همسان تحت تزریق BTX-A معده (گروه مورد مطالعه)، رژیم غذایی با کالری محدود (۲۰-۱۵۰ کیلو کالری بر کیلوگرم) (شاهد) و جراحی چاقی (BS) (شاهد) قرار گرفتند و پس از تزریق ۲۰۰ واحد بین المللی BTX-A به صورت آندوسکوپیک به آنتروم و جسم معده، از نظر کاهش وزن کل بدن (TBWL) و کاهش وزن اضافی بدن (EBWL) در ماه ششم مقایسه شدند و مشخص شد که بیمارانی که تحت تزریق BTX-A معده قرار گرفتند به‌طور موثرتری نسبت به بیمارانی که به تنهایی رژیم داشتند وزن کم کردند اما در هر صورت کاهش وزن در جراحی معده، بیشتر از دو گروه دیگر بود. در این مطالعه درصد تغییر وزن در سه ماه پس از تزریق به مراتب بیشتر از سه تا شش و شش تا ۱۲ ماه بعد بود. به عبارت دیگر می‌توان استنباط کرد که تزریق BTX-A معده یک روش موثر کوتاه مدت است.^{۲۸} احتمالاً تفاوت نتایج مطالعه حاضر با این مطالعه نیز در مدت پیگیری بیماران است.^{۳۱}

در همین راستا، مطالعه Köseoğlu و همکاران نیز نشان داد که در ۸۲ بیمار، کاهش وزن قابل توجهی (۹/۲- کیلوگرم) در ماه دوم پس از تزریق آندوسکوپیک بوتولونیوم اتفاق افتاد اما در ماه ششم پیگیری، کاهش وزن اضافی وجود نداشت و در هیچ کارآزمایی بالینی هم، حفظ کاهش وزن بیش از شش ماه با تزریق آندوسکوپیک بوتولونیوم گزارش نشده است.^{۳۲} نکته مهم این است که هیچ کارآزمایی بالینی حفظ کاهش وزن بیش از شش ماه با BoNT-A را نشان نداده است. در مقابل، اسلیو گاسترکتومی برای دستیابی به کاهش وزن بسیار بیشتر شناخته شده است. به‌عنوان مثال، در یک مرور سیستماتیک با

عوارض جدی، منجر به کاهش وزن معادل یا حتی کاهش بیشتر وزن در مقایسه با جراحی اسلیو می گردد. همچنین، اثرات متابولیک آن مشابه جراحی اسلیو معده بود. بنابر این تزریق آندوسکوپی بوتولونیوم در معده یک روش موثر و ایمن در کاهش وزن کوتاه مدت است ولی تاثیر بلند مدت آن بر وزن و بروز عوارض یا تاثیرات متابولیک آن نیاز به پیگیری طولانی مدت دارد.

سپاسگزاری: مقاله حاصل از بخشی از پایان نامه تحت عنوان مقایسه میزان کاهش وزن و پیامدهای کوتاه مدت تزریق آندوسکوپی نوروتوکسین بوتولونیوم با روش جراحی اسلیو گاسترکتومی" در مقطع دستیار تخصصی گروه بیماری های داخلی در سال ۱۴۰۱ با کد ۷۴۰۶ می باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی اراک اجرا شده است.

مطالعات مختلف نشان می دهند که جراحی اسلیو معده علی رغم مزایای درمانی، با طیف گسترده ای از عوارض بالقوه همراه است. محققان در بررسی های خود به بروز عوارضی مانند نشت از خط منگنه (محل بخیه بخش جدا شده)، تنگی معده، خونریزی، عفونت، پیچش معده و اختلال در جذب مواد مغذی اشاره کرده اند. همچنین میزان عوارض در مطالعات مختلف بین ۱۰٪-۸٪ گزارش شده که نشان می دهد این جراحی یک روش کاملاً بی خطر نیست.^{۳۶،۳۵}

کارآزمایی های تصادفی سازی شده همچنین نشان دادند که جراحی اسلیو معده کاهش معناداری را در عوارض عمده و کاهش ۲۹٪ را در عوارض جزئی برجای گذاشت.^{۳۷}

نتیجه گیری، براساس نتایج این مطالعه، تزریق آندوسکوپی بوتولونیوم در بیماران با شاخص توده بدنی کمتر از ۳۵، بدون بروز

References

- Adams KF, Schatzkin A, Harris TB, et al. Overweight, obesity, and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old. *N Engl J Med*. 2006; 355:763-78. 10.1056/NEJMoa055643.
- Narayananwami V, Dwoskin LP. Obesity: Current and potential pharmacotherapeutics and targets. *Pharmacol Ther*. 2017; 170:116-47. 10.1016/j.pharmthera.2016.10.015
- Chang SH, Stoll CR, Song J, et al. The effectiveness and risks of bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis, 2003-2012. *JAMA Surg*. 2014; 149:275-87. 10.1001/jamasurg.2013.3654.
- Imbus JR, Voils CI, Funk LM. Bariatric surgery barriers: a review using Andersen's Model of Health Services Use. *Surg Obes Relat Dis*. 2018; 14:404-12. 10.1016/j.soard.2017.11.012.
- Schulman AR, Thompson CC. Complications of Bariatric Surgery: What You Can Expect to See in Your GI Practice. *Am J Gastroenterol*. 2017; 112:1640-55? 10.1038/ajg.2017.241.
- Ma IT, Madura JA, 2nd. Gastrointestinal Complications after Bariatric Surgery. *Gastroenterol Hepatol (N Y)* 2015; 11:526-35.
- Hill C, Khashab MA, Kalloo AN, et al. Endoluminal weight loss and metabolic therapies: current and future techniques. *Ann N Y Acad Sci*. 2018; 1411:36-52. 10.1111/nyas.13441.
- Foschi D, Corsi F, Lazzaroni M, et al. Treatment of morbid obesity by intraparietogastric administration of botulinum toxin: a randomized, double-blind, controlled study. *Int J Obes (Lond)*. 2007; 31:707-12. 10.1038/sj.ijo.0803451.
- Mittermair R, Keller C, Geibel J. Intra-gastric injection of botulinum toxin A for the treatment of obesity. *Obes Surg*. 2007; 17:732-6. 10.1007/s11695-007-9135-x.
- Tayyem RM, Qandeel HG, Al-Balas HI, Tayyem FR, Fataftah JZ, Al-Balas MI. Comparison of safety and efficacy of intra-gastric botulinum toxin-A versus gastric balloon. *Saudi J Gastroenterol*. 2022 Jul-Aug;28(4):276-281.
- Kaya B, Esen Bulut N, Fersahoglu M. Is Intra-gastric Botulinum Toxin A Injection Effective in Obesity Treatment? *Surg Res Pract*. 2020 Oct 1; 2020:2419491.
- Sánchez Torralvo FJ, Vázquez Pedreño L, Gonzalo Marín M, Tapia MJ, Lima F, García Fuentes E, García P, Moreno Ruiz J, Rodríguez Cañete A, Valdés S, Oliveira G. Endoscopic intra-gastric injection of botulinum toxin A in obese patients on bariatric surgery waiting lists: A randomised double-blind study (IntraTox study). *Clin Nutr*. 2021 Apr; 40(4):1834-1842. Doi: 10.1016/j.clnu.2020.10.008. Epub 2020 Oct 10. PMID: 33092901.
- Altunel Ç, Şahiner İT. Relationship Between Psychological Symptoms and Self-Esteem Levels Before and After Stomach Botox Treatment. *Med Sci Monit*. 2023 Apr 8;29: e939618. doi: 10.12659/MSM.939618. PMID: 37029484; PMCID: PMC10091910.
- Grönroos S, Helmiö M, Juuti A, Tiisanen R, Hurme S, Löytyniemi E, Ovaska J, Leivonen M, Peromaa-Haavisto P, Mäkinen S, Sintonen H, Sammalkorpi H, Nuutila P, Salminen P. Effect of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy vs Roux-en-Y Gastric Bypass on Weight Loss and Quality of Life at 7 Years in Patients With Morbid Obesity: The SLEEVEPASS Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg*. 2021 Feb 1;156(2):137-146.
- Tayyem RM, Qandeel HG, Al-Balas HI, Tayyem FR, Fataftah JZ, Al-Balas MI. Comparison of safety and efficacy of intra-gastric botulinum toxin-A versus gastric balloon. *Saudi J Gastroenterol*. 2022 Jul-Aug;28(4):276-281.
- Junquera Bañares S, Ramírez Real L, Camuñas Segovia J, Martín García-Almenta M, Llanos Egüez K, Álvarez Hernández J. Evaluation of quality of life, weight loss and evolution of comorbidities at 6 years after bariatric surgery. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed)*. 2021 Aug-Sep;68(7):501-508.
- Antwi F, Fazylova N, Garçon MC, Lopez L, Rubiano R, Slyer JT. The effectiveness of web-based programs on the reduction of childhood obesity in school-aged children: A systematic review. *JBIS Lib Syst Rev*. 2012;10(42 Suppl):1-14. doi: 10.11124/jbisir-2012-248. PMID: 27820152.
- Gameel A, Altonbary A, Kyriillos F, Elbially A. Effect of endoscopic ultrasound guided gastric botulinum toxin injections and glucagon like peptide 1 receptor agonist on weight loss. *The Egyptian Journal of Internal Medicine*. 2025;37(1):1-9.
- Karaca, F. C. (2020). Weight loss after intra-gastric botulinum toxin injection in different weight individuals. *Journal of Health Sciences and Medicine*, 3(3), 295-300.
- Köseoglu HT, Kenarlı K, Akbay A, Erdoğan Ç, Macif A, Göktaş MD, Hamamci M, Kalkan Ç, Sariatın F, Yüksel M. Intra-gastric injection of botulinum toxin in the treatment of obesity: a single-

- center study. *Ther Adv Gastrointest Endosc.* 2024;10;17:26317745241233083.
21. Kaya B, Esen Bulut N, Fersahoglu M. Is Intragastric Botulinum Toxin A Injection Effective in Obesity Treatment? *Surg Res Pract.* 2020 Oct 1;2020:2419491.
 22. Júnior AC, Savassi-Rocha PR, Vaz Coelho LG, de Mello Spósito MM, Albuquerque W, Costa Diniz MT, et al. Botulinum A toxin injected into the gastric wall for the treatment of class III obesity: a pilot study. *Obesity Surgery.* 2006;16(3):335-43.
 23. Albani G, Petroni ML, Mauro A, Liuzzi A, Lezzi G, Verti B, et al. Safety and efficacy of therapy with botulinum toxin in obesity: a pilot study. *Journal of Gastroenterology.* 2005;40(8):833-5.
 24. Mittermair R, Keller C, Geibel J. Intragastric injection of botulinum toxin A for the treatment of obesity. *Obesity Surgery.* 2007;17(6):732-6.
 25. Rollnik JD, Meier PN, Manns MP, Gke M. Antral injections of botulinum a toxin for the treatment of obesity. *Annals of internal medicine.* 2003;138(4):359-60.
 26. Tayyem RM, Qandeel HG, Al-Balas HI, Tayyem FR, Fataftah JZ, Al-Balas MI. Comparison of safety and efficacy of intragastric botulinum toxin-A versus gastric balloon. *Saudi Journal of Gastroenterology.* 2022;28(4):276-281.
 27. OKaya B, Esen Bulut N, Fersahoglu M. Is intragastric botulinum toxin A injection effective in obesity treatment? *Surgery Research and Practice.* 2020;2020(1):2419491.
 28. Torralvo FJS, Pedreño LV, Marín MG, Tapia MJ, Lima F, Fuentes EG, et al. Endoscopic intragastric injection of botulinum toxin A in obese patients on bariatric surgery waiting lists: A randomised double-blind study (IntraTox study). *Clinical nutrition.* 2021;40(4):1834-42.
 29. Altunal Ç, Şahiner İT. Relationship between psychological symptoms and self-esteem levels before and after stomach botox treatment. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research.* 2023; 29:e939618-1.
 30. Grönroos S, Helmiö M, Juuti A, Tiusanen R, Hurme S, Löyttyniemi E, et al. Effect of laparoscopic sleeve gastrectomy vs Roux-en-Y gastric bypass on weight loss and quality of life at 5 years in patients with morbid obesity: the SLEEVEPASS randomized clinical trial. *JAMA surgery.* 2021;156(2):137-46.
 31. Özdil K, Çağatay AK, Sayar S, Aykut H, Kılıç ET. Can gastric botulinum toxin A injection be used as minimally invasive procedure in the short-term treatment of obesity? *J Minim Access Surg.* 2022;18(2):201-6.
 32. Köseoğlu HT, Kenarlı K, Akbay A, Erdoğan Ç, Macif A, Göktas MD, et al. Intragastric injection of botulinum toxin in the treatment of obesity: a single-center study. *Ther Adv Gastrointest Endosc.* 2024;17:45241233083.
 33. Vitiello A, Abu-Abeid A, Dayan D, Berardi G, Musella M. Long-Term Results of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: a Review of Studies Reporting 10+ Years Outcomes. *Obesity Surgery.* 2023;33(11):3565-70.
 34. Vargas EJ, Bazerbachi F, Calderon G, Prokop LJ, Gomez V, Murad MH, et al. Changes in Time of Gastric Emptying After Surgical and Endoscopic Bariatrics and Weight Loss: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2020;18(1):57-68.
 35. Achi N, Wang H, Hao J, Chen W. Innovative Approaches to Managing Postoperative Complications in Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: A Scoping Review. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques.* 2025;35(1)6-14.
 36. Marcolin P, Machado Berleze M, Polettini J, Marchesan Rodrigues MA, Augustin Silveira D. The impact of *Helicobacter pylori* on laparoscopic sleeve gastrectomy postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Surgery.* 2023;33(11):3649-3657.
 37. Osland E, Yunus RM, Khan S, Memon B, Memon MA. Late postoperative complications in laparoscopic sleeve gastrectomy (LVSG) versus laparoscopic Roux-en-y gastric bypass (LRYGB): meta-analysis and systematic review. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques.* 2016;26(3):193-201.

Comparison of weight loss and short-term outcomes of endoscopic botulinum neurotoxin intragastric injection with sleeve gastrectomy surgery

Saeed Kafrashi M.D.¹
Hamidreza Norouzi M.D.^{1*}
Malihe Safari Ph.D.²

1- Department of Internal Medicine,
Clinical Research Development
Unit, Amiralmomenin Hospital,
Faculty of Medicine, Arak
University of Medical Sciences,
Arak, Iran.

2- Department of Biostatistics,
Clinical Research Development
Unit, Amiralmomenin Hospital,
Faculty of Medicine, Arak
University of Medical Sciences,
Arak, Iran.

* Corresponding author: Department of
Internal Medicine, Clinical Research
Development Unit, Amiralmomenin
Hospital, Faculty of Medicine, Arak
University of Medical Sciences, Arak,
Iran.
Tel: +98-86-34173601
E-mail: hm65@yahoo.com

Abstract

Received: 05 Apr. 2025 Revised: 11 Apr. 2025 Accepted: 14 May. 2025 Available online: 22 May. 2025

Background: In this study, Botox method is compared with sleeve gastrectomy as one of the endoscopic methods in the treatment of obesity for patients who are not effective in lifestyle and drug modification methods and do not have the interest or necessary conditions for bariatric surgery.

Methods: This Cross-sectional study was conducted in eligible patients who were outpatients at the gastroenterology clinics of Amir al-Momenin Hospital, Arak, in June 2014 for one year in the gastroenterology clinic after obtaining informed consent, demographic information, and anthropometric measurements. After 12 weeks, patients in both groups were visited again. In patients in group A (Botox group), endoscopy was performed by an experienced gastroenterologist under sedation after a 10-hour fast, and in patients in group B (sleeve gastrectomy) under general anesthesia, a partial and longitudinal gastrectomy was performed. The BAROS questionnaire was used to assess the quality of life of patients.

Results: The mean age of the subjects in the endoscopic botulinum neurotoxin group was 30.88 ± 11.89 years and the sleeve gastrectomy group was 29.88 ± 11.06 years. In this study, 12 subjects (24.0%) were male and 38 subjects (76%) were female. There was a significant difference in the mean body mass index and weight at four measurements in the two study groups (endoscopic botulinum neurotoxin and sleeve gastrectomy). There was no statistically significant difference in the mean blood pressure, laboratory results, and mean quality of life in the study groups.

Conclusion: Endoscopic botulinum injection in the stomach is an effective and safe method for short-term weight loss, but its long-term effect on weight and the occurrence of complications or metabolic effects requires long-term follow-up.

Keywords: botulinum neurotoxin, short-term outcomes, sleeve gastrectomy surgery, overweight.