

SLEEVE PRIMÄR, INDIVIDUELLE LÖSUNG ALS ZWEITOPERATION

Zur Reduktion des Operationsrisikos von Hochrisikopatienten hat das Universitäre Adipositaszentrum eine neue Strategie entwickelt: die Sleeve-Gastrektomie als erster Schritt, später gefolgt von einem individuell angepasstem Eingriff.

Patienten mit multiplen metabolischen Begleiterkrankungen weisen häufig ein hohes anästhesiologisches Operationsrisiko auf. Dieses Operationsrisiko setzt sich aus diversen Einzelrisiken verschiedener kardiopulmonaler Begleiterkrankungen zusammen, die oft durch die bestehende Adipositas bedingt sind oder akzentuiert werden.

Ethische Überlegungen sind bei der Behandlung solcher Patienten sicher angebracht. Die Durchführung einer bariatrischen und metabolischen Operation ist zwar oft die letzte Chance, das mit der Adipositas und ihren assoziierten Begleiterkrankungen verbundene hohe Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko zu senken. Andererseits haben diese Patienten, wenn Komplikationen auftreten, praktisch keine physiologischen Reserven mehr.

STRATEGIEN IM UMGANG MIT HOCHRISIKOPATIENTEN

Am Universitären Adipositaszentrum am Inselspital haben wir neue Strategien entwickelt, wie solche Hochrisikopatienten erfolgreich behandelt werden können¹. Bei allen Hochrisikopatienten führen wir primär eine Sleeve-Gastrektomie durch (Abb 1), welche zu einem späteren Zeitpunkt durch einen sekundären bariatrischen und metabolischen Eingriff in einen Magenbypass Y-Roux (Abb 2), eine biliopancreatische Diversion mit duodenalem Switch (Abb 3), oder einen Mini-Bypass (Abb 4) umgebaut werden kann.

FALLBEISPIEL

Der Hausarzt überweist uns einen 61-jährigen übergewichtigen Patienten (Grösse 178 cm, Gewicht 177 kg, BMI 56.0 kg/m²). Verschiedene, auch durch den Hausarzt medizinisch begleitete Gewichtsreduktionsversuche, inklusiver medikamentöser Behandlungen, schlugen bisher fehl.

Die persönliche Anamnese des Patienten ist umfangreich:

- Koronare und hypertensive Herzkrankheit mit St. n. Myokardinfarkt und koronarer Stentimplantation
- CPAP-bedürftiges schweres OSAS
- Insulin-abhängiger Typ 2 Diabetes mellitus
- Dyslipidämie und Hyperurikämie
- Fortgeschrittene Lebersteatose

Der Patient kommt in die bariatrische Sprechstunde im Inselspital, wo wir gemeinsam die Vorteile und eingriffsspezifischen Risiken einer mehrstufigen bariatrischen und metabolischen Behandlung (primär: Sleeve-Gastrektomie, sekundär: Magenbypass Y-Roux) besprechen.

Nach der Fallbesprechung am interdisziplinären Adiboard führen wir im Adipositaszentrum Bern fünf Wochen später eine laparoskopische Sleeve-Gastrektomie durch. Der Verlauf ist komplikationslos, und der Patient kann in gutem Allgemeinzustand nach vier Tagen und nach vollständigem Kostaufbau das Spital verlassen.

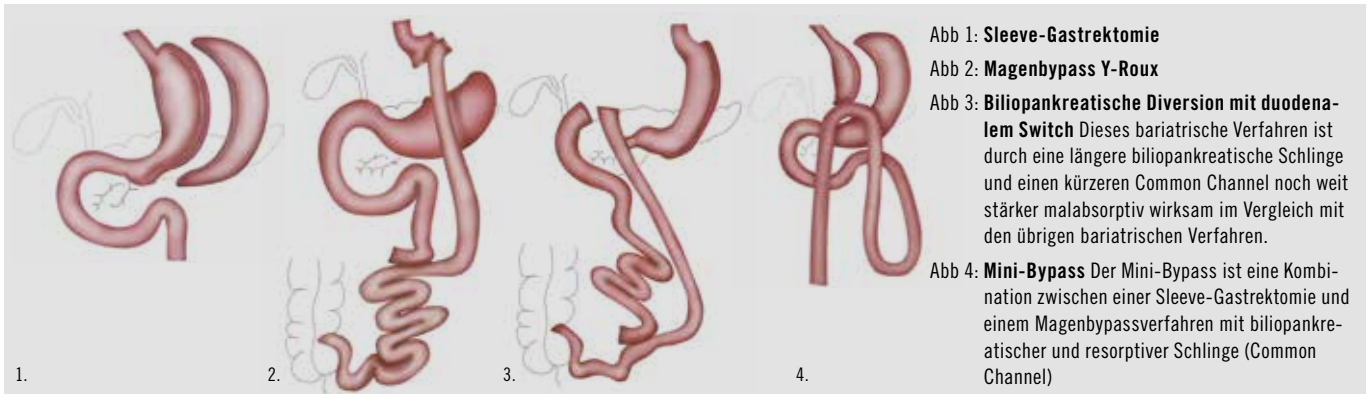
Zwischenzeitlich kann durch die erfolgte Gewichtsabnahme (etwa ein Drittel nach 10 Monaten) ein Antihypertensivum und das Statin abgesetzt und die Insulin-Dosierung deutlich reduziert werden (Abb 5). Danach kommt es jedoch zu einer erneuten deutlichen Gewichtszunahme von fast 35 kg während 12 Monaten, sodass verschiedene weitere Therapie-Optionen mit dem Patienten besprochen werden. Eine vorübergehende intensive Ernährungsberatung und engmaschigere Kontrollen durch den Hausarzt und das Adipositas-team bringen nicht den gewünschten Erfolg. Ein sekundärer bariatrischer und metabolischer Eingriff (Switch der Sleeve-Gastrektomie auf einen Magenbypass Y-Roux) wird deshalb mit dem Patienten besprochen.

¹ Borbély Y, Juillard O, Altmeier J, Kröll D, Nett PC. Perioperative outcome of laparoscopic sleeve gastrectomy for high-risk patients. Surg Obes Relat Dis. 2017 Feb;13(2):155-160

² Nett PC, Kröll D, Borbély Y. Re-sleeve gastrectomy as revisional bariatric procedure after biliopancreatic diversion with duodenal switch. Surg Endosc. 2016 Aug;30(8):3511-5

³ Malinka T, Zerkowski J, Katharina I, Borbély YM, Nett P, Kröll D. Three-Year Outcomes of Revisional Laparoscopic Gastric Bypass after Failed Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: a Case-Matched Analysis. Obes Surg. 2017 Mar 6, ePub

⁴ Borbély Y, Winkler C, Kröll D, Nett PC. Pouch Reshaping for Significant Weight Regain after Roux-en-Y Gastric Bypass. Obes Surg. 2017 Feb;27(2):439-444



Zwei Jahre nach der primären Sleeve-Gastrektomie wird am Inselspital ein laparoskopischer proximaler Magenbypass Y-Roux durchgeführt. Der Verlauf ist wiederum komplikationslos und drei Tage nach der Operation kann der Patient wieder nach Hause entlassen werden. Langfristig kann dadurch das Gewicht nochmals um fast 30 kg reduziert werden.

Sekundäre bariatrische und metabolische Operationen

Die Hauptgründe, weswegen ein sekundärer bariatrischer und metabolischer Eingriff durchgeführt werden muss, sind:

- Initialer BMI > 50 kg/m² (Super-Adipositas)
- Unerwünschte postbariatrische Gewichtszunahme von > 20 %

Nach einer primären Sleeve-Gastrektomie kommen für einen bariatrischen und metabolischen Sekundäreingriff verschiedene Operationsverfahren in Frage: Re-Sleeve-Gastrektomie (Abb 1)², Magenbypass Y-Roux (Abb 2)³, biliopankreatische Diversion mit duodenalem Switch (Abb 3) oder Mini-Bypass (Abb 4).

Unsere Erfahrungen zeigen, dass sekundär durchgeführte bariatrische und metabolische Eingriffe ausgezeichnete Langzeitresultate für die Gewichtsreduktion und -stabilisierung aufweisen²⁻³.

Komplexer ist die Situation bei Patienten mit primärem Magenbypass Y-Roux, die zur weiteren Gewichtsreduktion oder -stabilisierung entweder ein Pouch-Reshaping, oder eine Neuanlage der gastro-jejunalen Anastomose mit Verkleinerung des Magenpouches benötigen⁴. Auch dieses Verfahren zeigt langfristig ausgezeichnete Resultate (Abb 6).

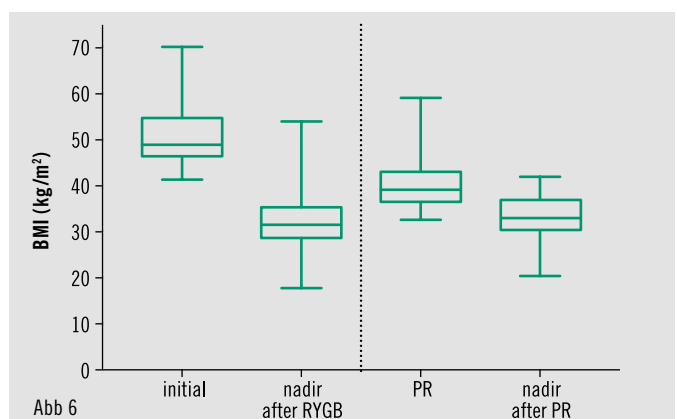
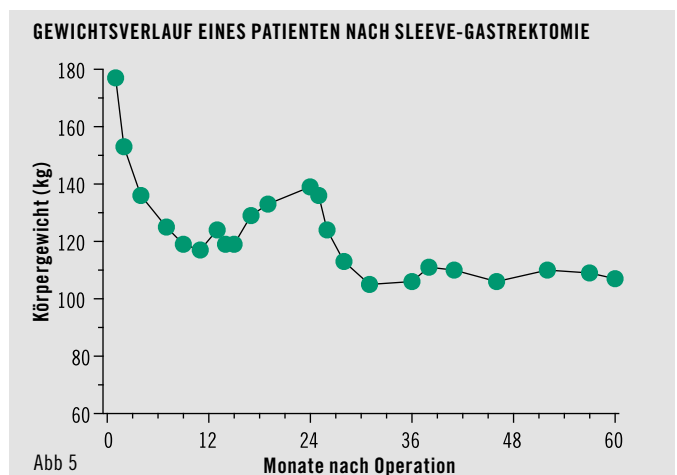


Abb 5: **Gewichtsverlauf** Typischer Gewichtsverlauf eines Patienten nach Sleeve-Gastrektomie bei einem Patienten mit einem BMI > 50 kg/m². Nach einer relativ schnellen Gewichtsreduktion von einem Drittel innerhalb von wenigen Monaten kommt es zu einer kontinuierlichen Gewichtszunahme. Ein sekundärer bereits im Vorfeld geplanter Eingriff (Magenbypass Y-Roux), wird 2 Jahre später durchgeführt, was den Gewichtsverlauf stabilisiert.

Abb 6: **Pouch-Reshaping** Gewichtsverlauf in BMI nach proximalem Magenbypass Y-Roux (RYGB): initial (Boxplot links aussen) deutliche Gewichtsreduktion (Boxplot links mittig) mit einem deutlichen Wiederanstieg (> 20%; Boxplot rechts mittig). Nach Pouch-Reshaping (PR) erneute Gewichtsreduktion in etwa auf das primäre Gewichtsniveau (Boxplot rechts aussen)⁴.