

MAGENBYPASS Y-ROUX AM WIRKUNGSVOLLSTEN

Gastro-ösophagealer Reflux bei Adipositas ist häufig. Mehr als die Hälfte der adipösen Menschen leidet daran. Die bariatrische und metabolische Chirurgie, im Speziellen der Magenbypass Y-Roux, ist wohl die wirkungsvollste Therapie bei gastro-ösophagealem Reflux und gleichzeitig bestehender Adipositas.

Die gastroösophageale Refluxerkrankung ist eine der häufigsten gastro-intestinalen Erkrankungen. Klinisch manifestiert sie sich sowohl mit typischen Symptomen (Sodbrennen, saures Aufstossen), wie auch atypischen Beschwerden (Brustschmerzen, Husten, Dysphagie, Heiserkeit, Asthma, Laryngitis, Zahnschmelzerosionen).

Klinisch findet sich eine Korrelation zwischen der Häufigkeit und dem Schweregrad des gastroösophagealen Refluxes und der Adipositas. Eine erfolgreiche Gewichtsreduktion führt in der Regel zu einer Verbesserung der Beschwerden. Vielen übergewichtigen Patienten bleibt dies trotz der herkömmlichen konservativen und medikamentösen Behandlung verwehrt. Entsprechend werden viele dieser Patienten zur Evaluation einer chirurgischen Behandlung des Refluxes (Anti-Reflux-Chirurgie) zugewiesen.

PATHOPHYSIOLOGIE DES REFLUXES BEI ADIPOSITAS

Faktoren, die bei adipösen Patienten zu häufigen gastroösophagealen Refluxepisoden führen sind:

- abdominal erhöhter Fettanteil (insbesondere Anteil des viszeralen Fettgewebes)
- hochkalorische und fetthaltige Nahrungsmittel
- Motilitätsstörungen des Ösophagus
- verzögerte Magenentleerung

Dazu kommt eine erhöhte Konzentration bestimmter intestinaler Hormone, die zu einer Zunahme der Anzahl und Perzeption von gastroösophagealen Refluxbeschwerden führt.

EFFEKT DER BARIATRISCHEN UND METABOLISCHEN CHIRURGIE AUF DEN REFLUX

Bariatrische und metabolische Operationen wirken sich nicht nur auf die Gewichtsentwicklung aus, sondern modulieren auch die effektiv produzierte Menge an Magensäure im oberen Gastrointestinal-Trakt.

Daher führt nicht jede bariatrische Operation zu einer Reduktion des gastroösophagealen Refluxes. Auch wenn die meisten Patienten weniger Reflux nach bariatrischen Eingriffen angeben, berichten manche Patienten über eine Zunahme der bereits existierenden Refluxbeschwerden (Abb 5) und manche entwickeln sogar «de novo» Refluxbeschwerden¹.

MAGENBYPASS Y-ROUX

Der Magenbypass Y-Roux ist eine effektive und nicht reversible bariatrische und metabolische Intervention, die sowohl restriktiv (20–30 ml keiner Pouch), als auch malabsorptiv (Diversion der Galle- und Pankreassekretion) wirkt. Durch die zusätzliche Verbindung des Pouches mit einer jejunalen Dünndarmschlinge wirkt sie auch sehr gut bei Patienten mit therapierefraktärem Reflux (Abb 2).

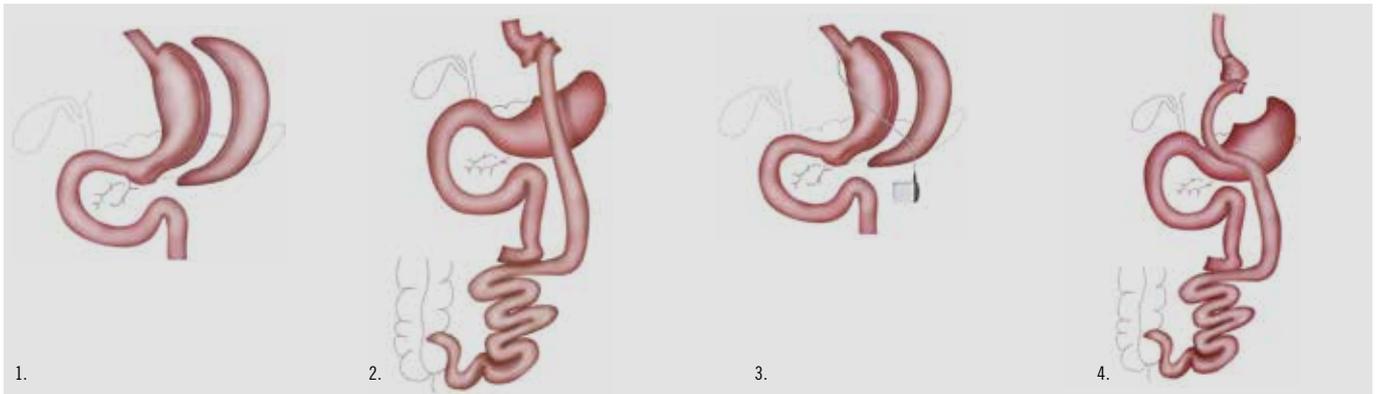
SLEEVE-GASTREKTOMIE

Nach einer Sleeve-Gastrektomie entwickeln bis zu 40% der Patienten «de novo» Refluxbeschwerden, die entweder konservativ medikamentös oder sogar durch einen sekundären Switch auf einen Magenbypass Y-Roux behandelt werden müssen²⁻³. Dabei spielt auch die Form des Magenschlauches der Sleeve-Gastrektomie eine wesentliche Rolle (Abb 1).



Dr. med. Yves M. Borbély

Leiter funktionelle gastroösophageale Chirurgie, Universitäres Adipositaszentrum Bern



Einige Patienten entwickeln sogar einen Barrett-Ösophagus, der eine Präkanzerose des gastroösophagealen Übergangskarzinom darstellt und engmaschig endoskopisch nachkontrolliert werden muss. Alternativ kann auch der betroffene distale Ösophagus chirurgisch reseziert werden und ein modifizierter Magenbypass Y-Roux mit einem Magenteilinterponat durchgeführt werden (Abb 4)

Abb 1: **Sleeve-Gastrektomie**

Abb 2: **Magenbypass** Magenbypass Y-Roux

Abb 3: **Sleeve-Gastrektomie mit Endostim** Sleeve-Gastrektomie mit implantiertem Endostim™ (intermittierende elektrische Stimulation im Bereich des gastroösophagealen Übergangs)

Abb 4: **Magenbypass mit distaler Ösophagusresektion und Restmageninterponat** Modifizierter Magenbypass Y-Roux mit Resektion des distalen Ösophagus und gastroösophagealen Übergangs und Rekonstruktion mit einem Magenteilinterponat

ALTERNATIVE BEHANDLUNGSMETHODEN

Wenn bei Patienten mit Adipositas aufgrund verschiedener Gründe nur eine Sleeve-Gastrektomie durchgeführt werden kann und gastroösophageale Refluxbeschwerden persistieren, kann alternativ eine intermittierende elektrische Stimulation im Bereich des gastroösophagealen Übergangs implantiert werden (Endostim™). Diese Elektroden sind mit einer Herzschrittmacher-ähnlichen Batterie verbunden, die subkutan implantiert wird. Diese intermittierende elektrische Stimulation führt langfristig zu einer Verbesserung der gastroösophagealen Funktion (Hypertrophie) und verringert die gastroösophagealen Refluxbeschwerden (Abb 3).

¹ Heimgartner B, Herzog M, Borbély Y, Kröll D, Nett P, Tutuian R. Symptoms, endoscopic findings and reflux monitoring results in candidates for bariatric surgery. Dig Liver Dis. 2017 Feb 3. pii: S1590-8658(17)30193-7

² 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

³ 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

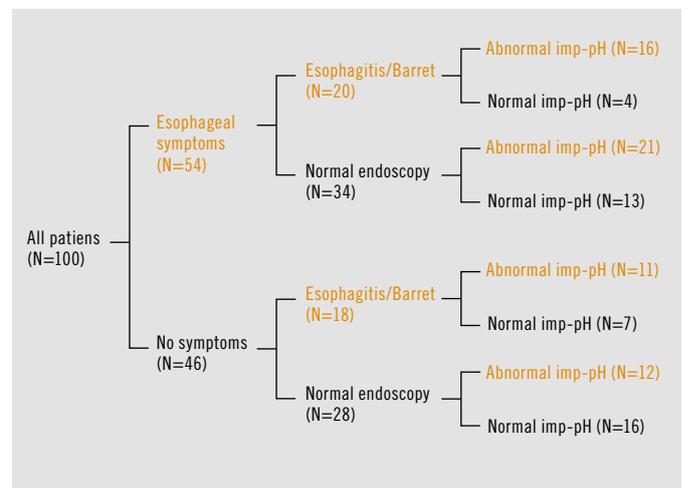


Abb 5: **Prävalenz des gastro-ösophagealen Refluxes**

Fast zwei Drittel der adipösen Patienten leidet an einer gastroösophagealen Refluxerkrankung, manche von ihnen sind jedoch symptomlos¹.