

Chirurgische Therapie der Adipositas

Swar Alhiso, Facharzt Viszeralchirurgie

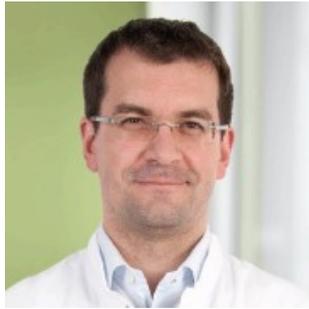
Jan Hoppe, Facharzt Viszeralchirurgie

Dr. Michael Leitz, Oberarzt Viszeralchirurgie,

Chefarzt Prof. Dr. med Wolfgang Hiller



Unser Team vom  ADIPOSITASZENTRUM
LIPPE



Dr. Michael Leitz
Oberarzt



Swar Alhisso
Oberarzt



Jan Hoppe
Facharzt für
Visceralchirurgie



Ralf Sann
Koordinator



Sabine Brandt
Ernährungsberatung



Silka Göhler
Ernährungsberatung



Brigitte Mühlenkord
Ernährungsberatung



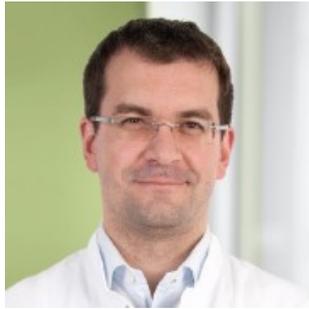
Anja Redecker-
Kohlwey
Verhaltenstraining



Denise Menge
Verhaltenstraining



Unser Team vom  ADIPOSITASZENTRUM LIPPE



Dr. Michael Leitz
Oberarzt



Swar Alhisso
Oberarzt



Jan Hoppe
Facharzt für
Visceralchirurgie



Ralf Sann
Koordinator



Sabine Brandt
Ernährungsberatung



Silka Göhler
Ernährungsberatung



Brigitte Mühlenkord
Ernährungsberatung



Anja Redecker-
Kohlwey
Verhaltenstraining

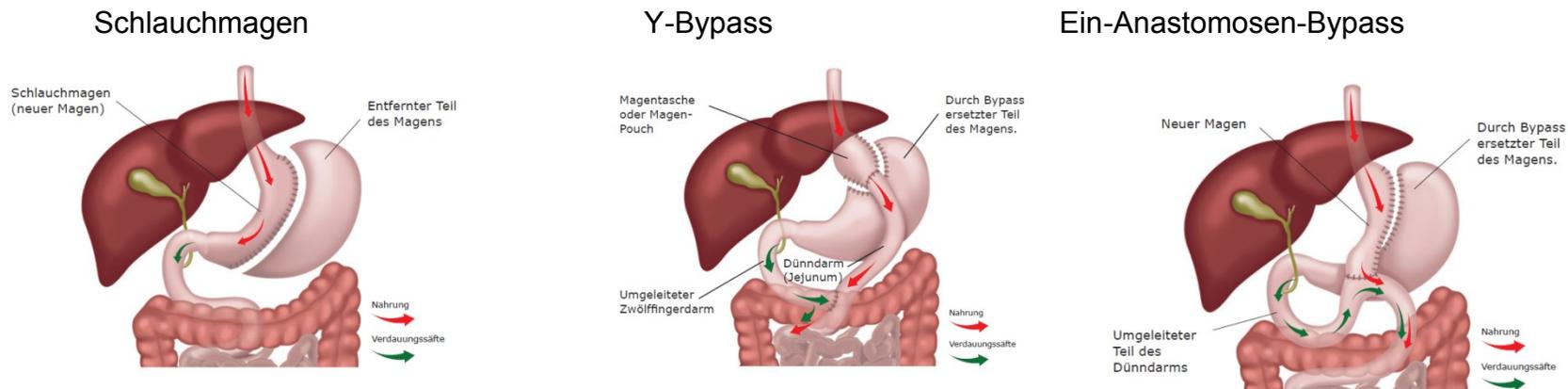


Denise Menge
Verhaltenstraining



Die chirurgische Therapie

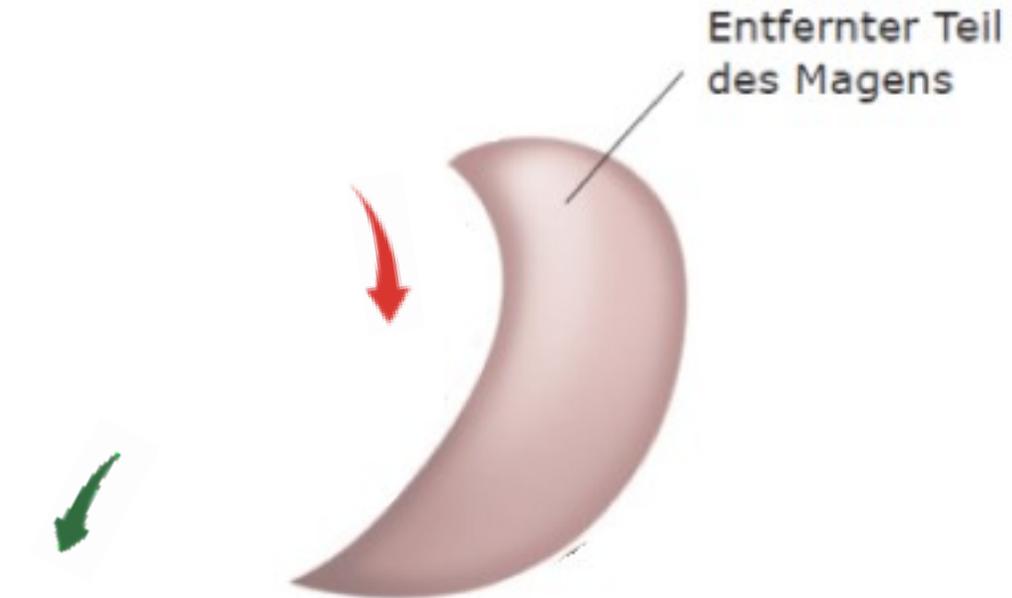
- Bariatrische Chirurgie seit Anfang der 2000er am Klinikum-Lippe
- Aufbau als Zentrum seit 2009
- Eigenes multimodales Therapie-Konzept zur Vorbereitung seit 2009
- Interdisziplinäres Team mit internen und externen Partnern
- Momentan ca. 70 Operationen pro Jahr
- Drei gesicherte und erprobte OP-Verfahren



- Alle Operationen laparoskopisch (in Schlüssellochtechnik)

7. Die chirurgische Therapie

Der Schlauchmagen (SG)



Indikationen

- BMI > 40 kg/m² (BMI > 35 kg/m² mit erheblichen Begleiterkrankungen)
- Erschöpfung aller konservativen Behandlungsmöglichkeiten
- Tolerables Operationsrisiko
- Ausreichende Motivation seitens des Patienten



Kontraindikationen

- **Schwere Suchterkrankungen**
- **Instabile psychische Erkrankung**
- **Leberzirrhose** – Auf Grund der massiv eingeschränkten Funktion der Leber lässt sich die Operation nicht mehr durchführen
- **Konsumierende Grunderkrankung** – Beim Vorliegen eines malignen Tumors (bösartiger Krebs) ist keine Operation durchführbar.



Vorteile

- Reduziertes Hungergefühl durch Entfernung eines hungerhormonproduzierenden Magenteiles
- Anti-Diabetes-Effekt fast wie beim Bypass
- 2-Jahres Ergebnisse fast wie beim Bypass
- Auch bei sehr hohem BMI ($>>70$) machbar
- Passage/Endoskopierbarkeit/Med.resorption fast unverändert
- Für Chirurgen schnell erlernbar
- Folgeoperationen gut durchführbar



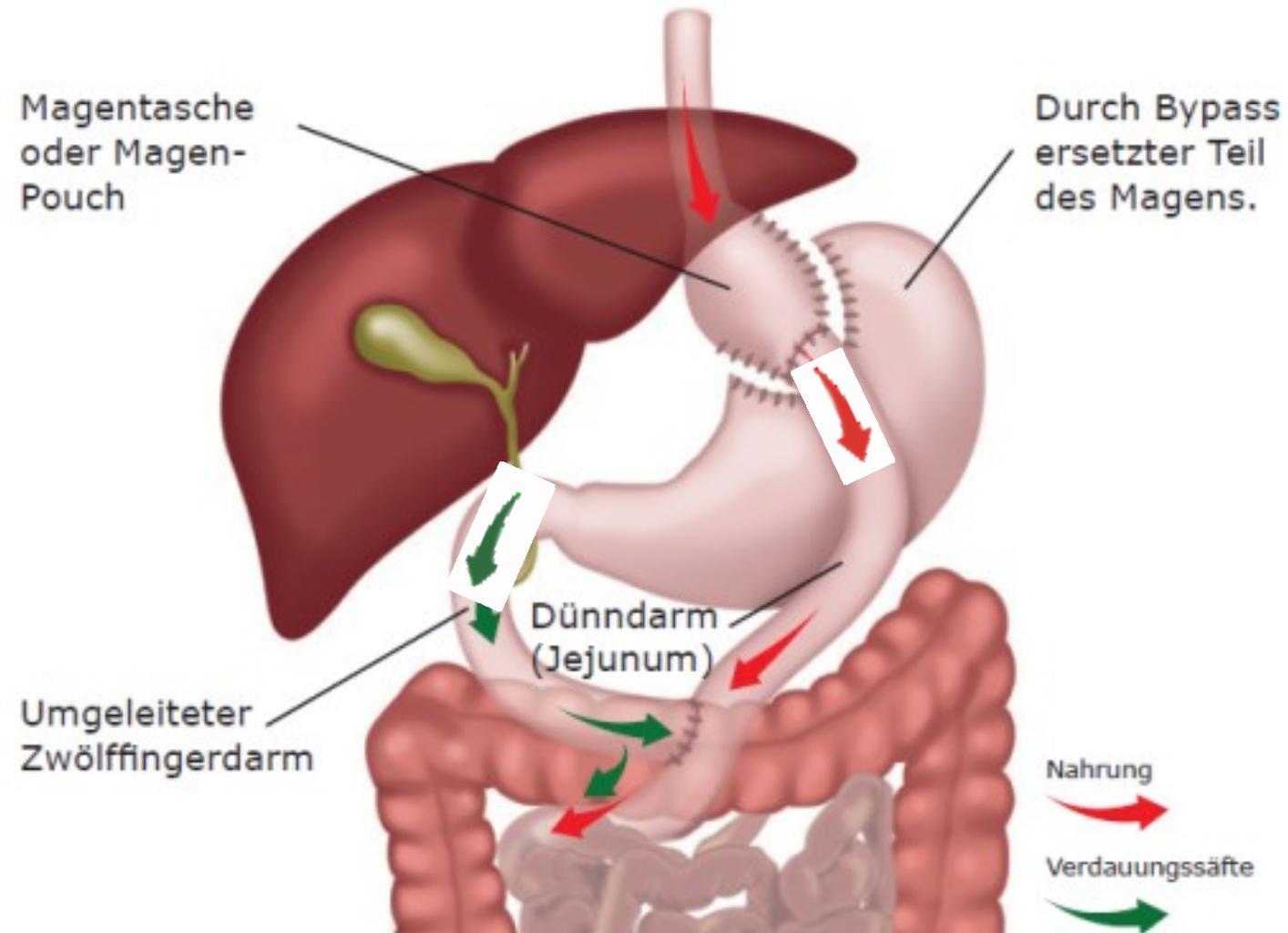
Nachteile

- Hormon-Effekt von fraglicher Dauer u. insgesamt schwächer (als Bypass)
- Refluxprobleme häufig (Sodbrennen bis 30%)
- Erweitert sich relevant in >>30 % mässige Langzeitdaten*
- Nach 5 Jahren „nur noch“ ~50 % Übergewichtsverlust, d.h. prognostisch hohe Rate an Umbauten
 - (nach einer Studie 30% der Patienten nach Sleeve müssen nach 10 Jahren eine neue OP erhalten wg. Gewichtszunahme und Reflux)
- Ca. 2-3 % Nahtundichtigkeiten in der Frühphase
- Nicht reversibel



7. Die chirurgische Therapie

Der Y-Bypass (RYGB)



Magenbypass

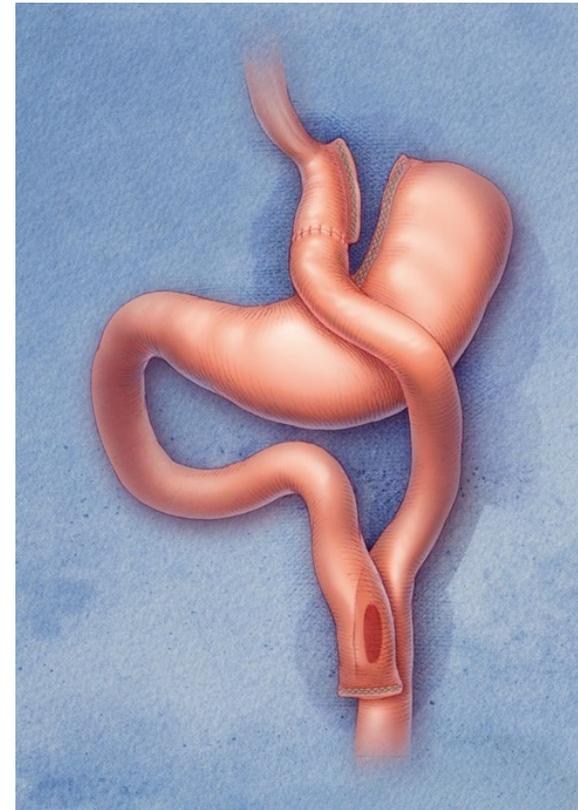
Funktionsweise:

- Magenverkleinerung
- Umleitung der Nahrung



-geringere Nahrungsaufnahme (durch Magenverkleinerung)
„Restriktion“

-geringere Aufnahme der Nahrung (durch Ausschaltung eines Teils des Dünndarms) :
„Malabsorption“



Quelle: „Einführung in die Adipositas und methabolische Chirurgie“



Indikationen

- Ab Body Mass Index von 40 kg/m^2
- Ab BMI 35 kg/m^2 , wenn bereits übergewichtsabhängige Nebenerkrankungen bestehen
- Bereitschaft zur Mitverantwortung seitens des Patienten
- **Alter** – Roux-Y-Magenbypasses normalerweise im Alter zwischen 18 und 65 Jahren



Kontraindikationen

- Siehe Schlauchmagen



Vorteile

- Höhere Langzeit-Gewichtsreduktion als beim Sleeve
- Sehr gute Langzeitergebnisse
- Hohe Diabetes-Remissionsraten
- Optimale OP gegen Reflux (Sodbrennen)
- „Anti-Süß-Esser-Effekt“
- Hohe Lebensqualität
- Reversibel



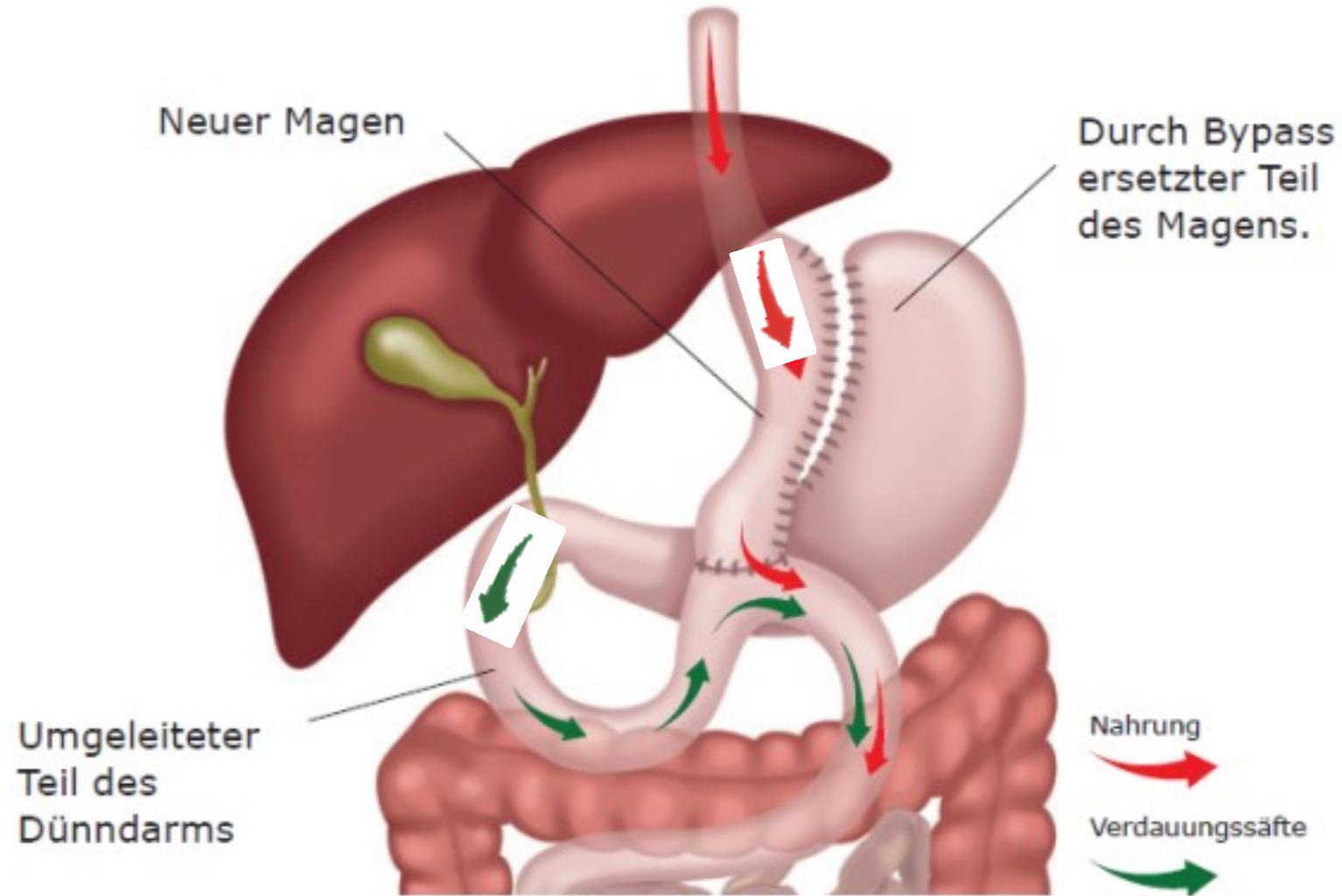
Nachteile

- OP-Risiko höher als bei Sleeve oder OAGB mit leicht höheren Raten an frühpostoperativen Komplikationen
- Vitamin- und Mineraliensupplementation noch wichtiger als beim Sleeve
(sonst Osteoporose, neurologische Störungen,
Blutarmut u.a. durch Vitamin- o. Kalziummangel)
- Spiegelung Gallenwege nur noch „halb-operativ“ möglich
- Medikamentenresorption u.U. problematisch
- Auch hier Gewichtszunahme möglich



7. Die chirurgische Therapie

Der Ein-Anastomosen-Bypass (OAGB)



Vorteile

- Gewichtsabnahme 10-15% mehr Gewichtsverlust als klassischer Magenbypass
- Regulation Insulinspiegel
- gute Refluxprophylaxe



Nachteile OAGB

- Potenzieller Gallenreflux (3-8 %) - Gallensäurenreiz kann zu Entartung der Schleimhaut führen
- Ulzeröse Komplikationen, einschließlich Blutungen und Stenosen
- Hoher Bedarf an Vitaminen, Mineralien und Spurenelementen



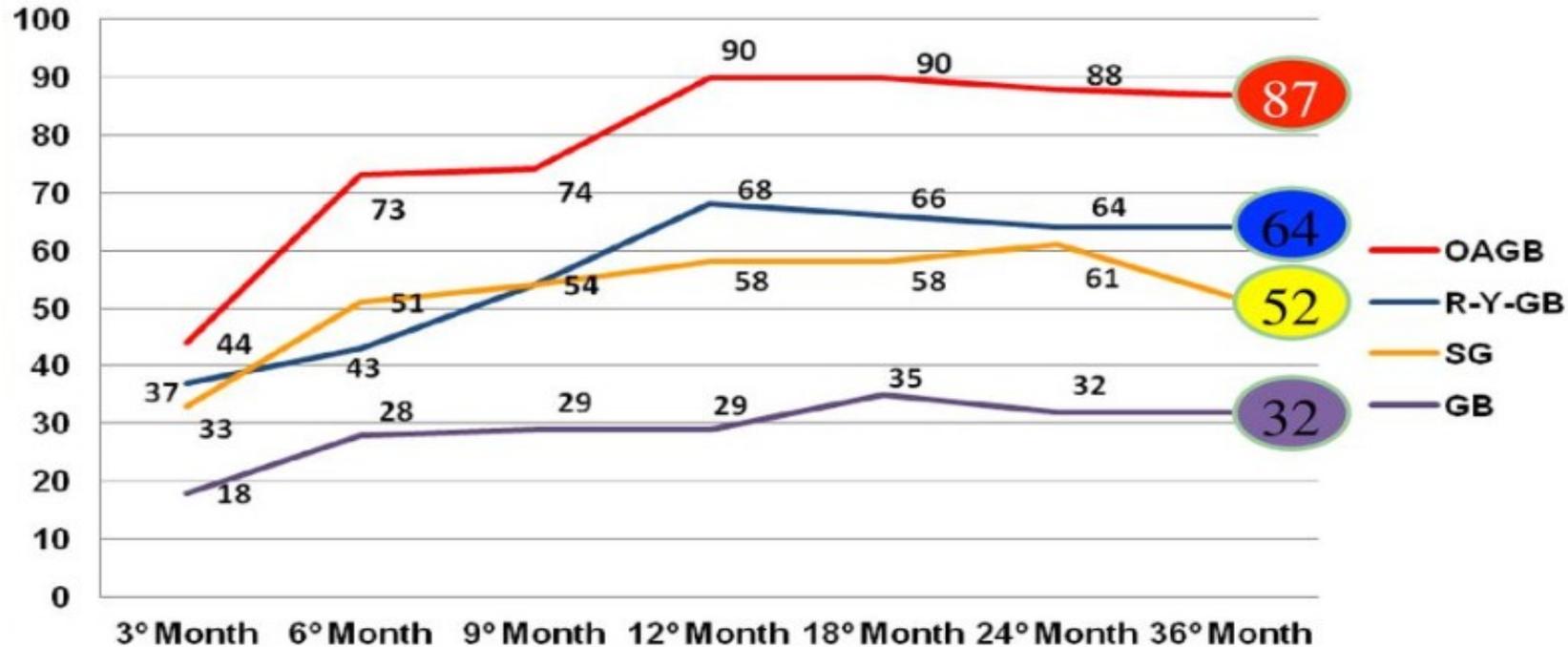
COMPARATIVE: OAGB vs. RYGB vs. GB vs. SG
3 years follow-up



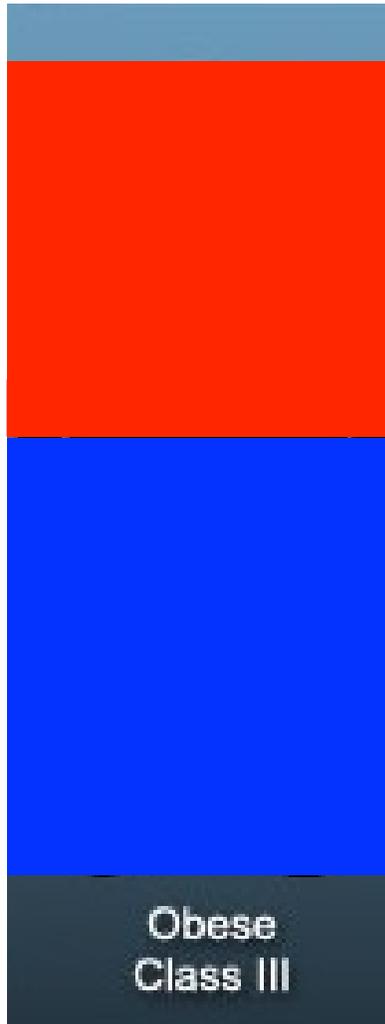
EAC-BS

IFSO- European Database Control

Evolution of % EWL



EWL = Excess Weight Loss



Größe: 1,67 m
Gewicht: 125 kg
BMI: 44,8 kg/m²

Idealgewicht: 61 kg

Excess Weight: 64 kg
Excess Weight Loss 87% = 64 kg x 0,87 = 55 kg

Gewicht nach abgeschlossener Therapie
idealerweise: 70 kg, BMI 25 kg/m²



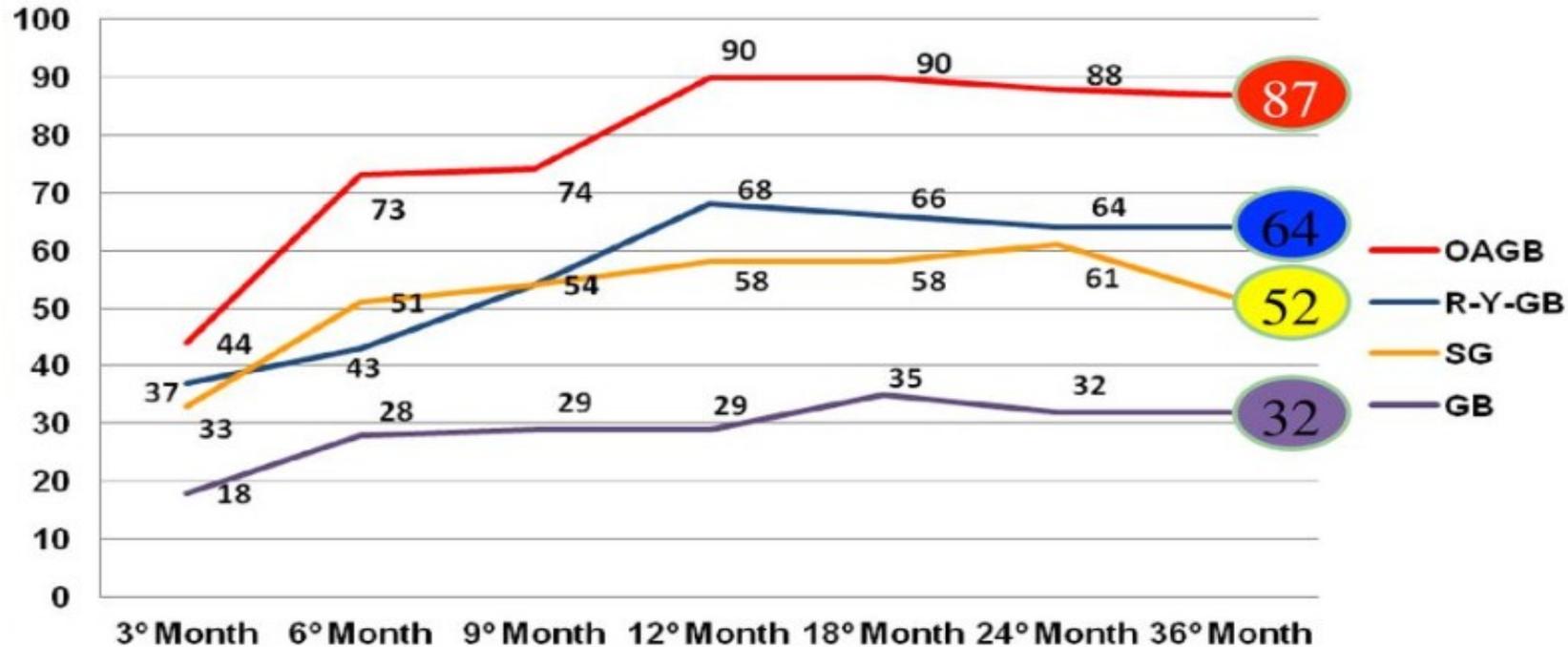
COMPARATIVE: OAGB vs. RYGB vs. GB vs. SG
3 years follow-up

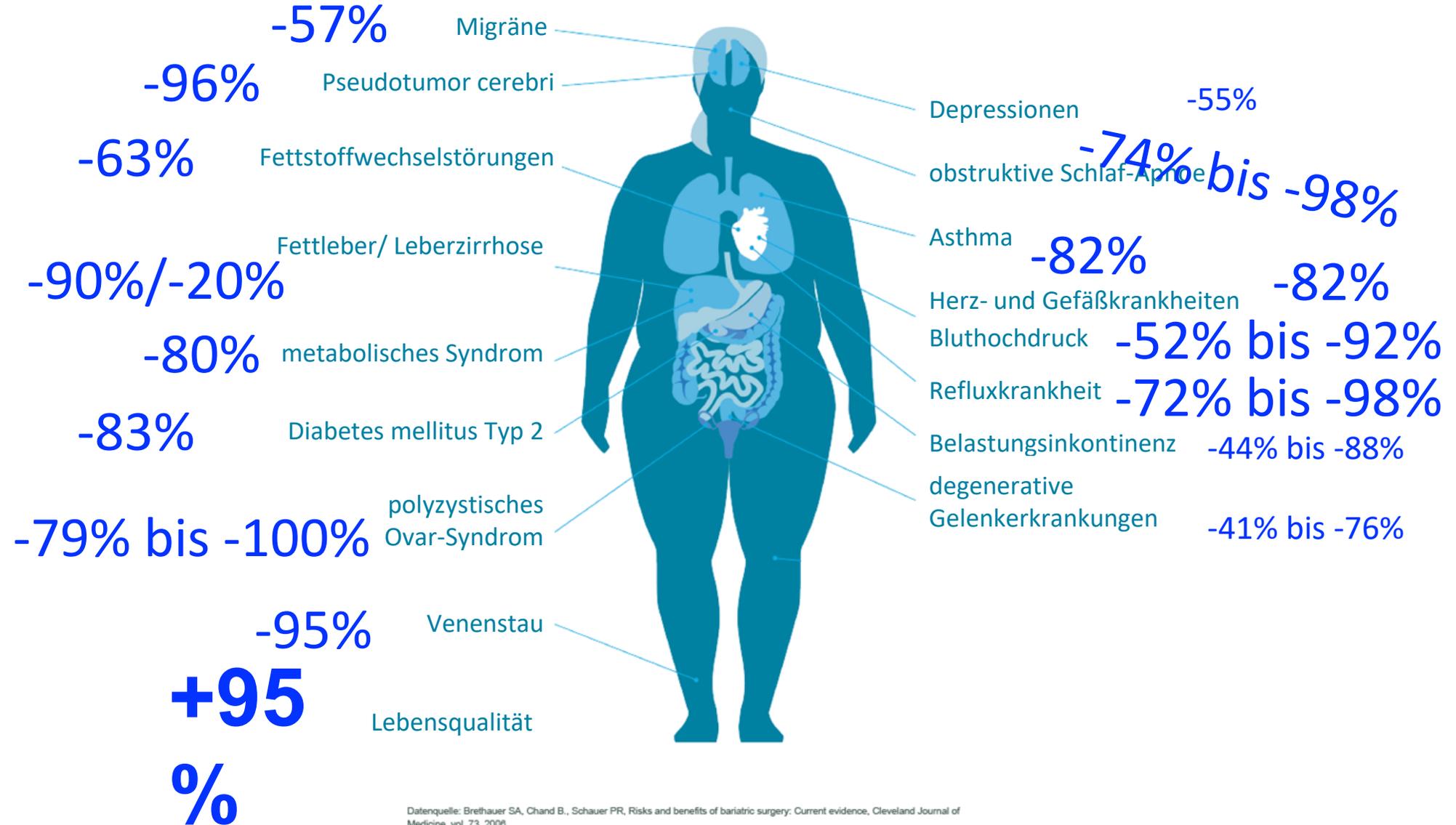


EAC-BS

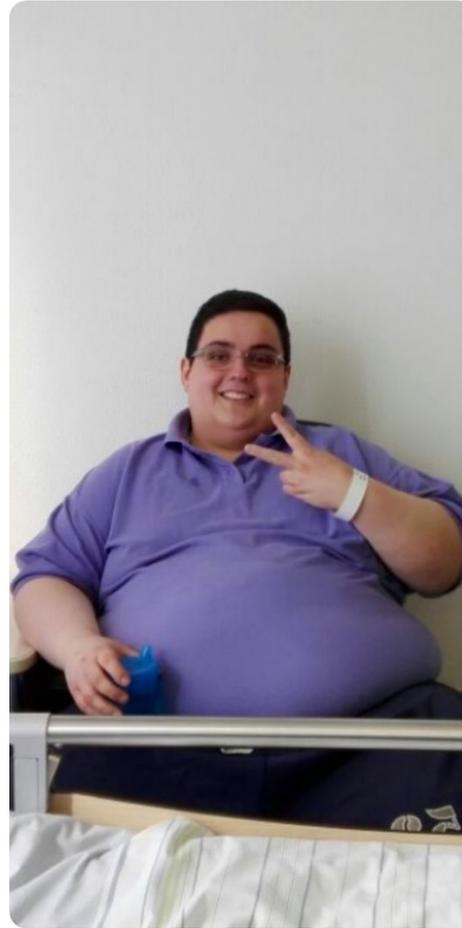
IFSO- European Database Control

Evolution of % EWL





Datenquelle: Brethauer SA, Chand B., Schauer PR, Risks and benefits of bariatric surgery: Current evidence, Cleveland Journal of Medicine, vol. 73, 2006.





Vielen Dank für Ihr Interesse

