

Operative Vergangenheit präoperativ sorgfältig erfragen

Das rutschende Magenband

Lena Fuest, Fabian Hauswirth, Thomas Gürtler, Markus Weber

Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefässchirurgie, Stadtspital Triemli, Zürich

Fallbeschreibung

Anamnese

Eine 64-jährige Patientin stellte sich mit seit einigen Stunden bestehenden, stärksten kolikartigen Oberbauchschmerzen auf unserer chirurgischen Notfallstation vor. Die Beschwerden hätten plötzlich aus völliger Beschwerdefreiheit mit einmaligem Erbrechen und begleitender Diarrhoe begonnen. Aufgrund einer Adipositas permagna mit einem BMI von 50 kg/m^2 erfolgte im Jahr 1996 die laparoskopische Einlage eines Magenbandes. Wegen Gewichtszunahme trotz des Magenbandes wurde dieses im Jahr 2006 entfernt und ein laparoskopischer proximaler Roux-Y-Magenbypass angelegt. Im Dezember 2013 erfolgte wegen erneuter ungenügender Gewichtskontrolle bei erweiterter Magenanastomose die nochmalige laparoskopische Anlage eines Magenbandes zur Eingengung der Gastroenterostomie und Wiederherstellung der Nahrungsmittelrestriktion. Nebendiagnostisch bestand bei der Patientin ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2 sowie eine arterielle Hypertonie. Der BMI bei Eintritt auf der Notfallstation betrug 27 kg/m^2 .

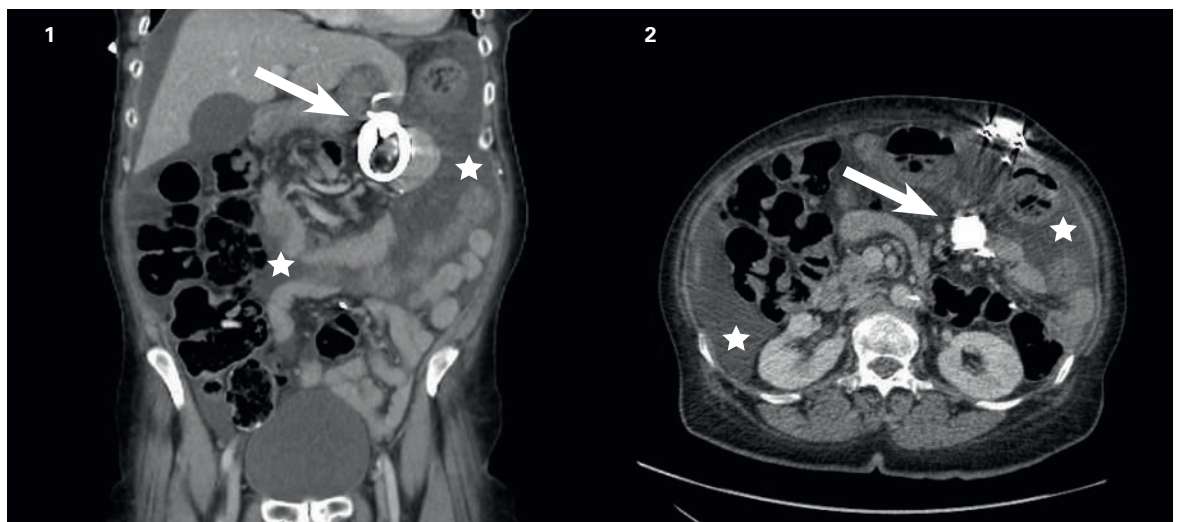
Untersuchungsergebnisse

Die klinische Untersuchung zeigte ein akutes Abdomen mit Oberbauchperitonismus. Laborchemisch

war die Zahl der Leukozyten mit $13,7 \times 10^9/\text{l}$ (Referenzwert: $3,90\text{--}10,2 \times 10^9/\text{l}$) erhöht bei einem normwertigen CRP von $0,3 \text{ mg/l}$. In der Computertomographie des Abdomens zeigten sich eine Dislokation des Magenbandes und der Verdacht auf eine innere Hernierung der Jejunumschlingen mit konsekutiver leichter Dilatation. Zudem bestand ein deutlicher Aszites in allen vier Quadranten des Abdomens (Abb. 1, 2).

Therapie und Verlauf

In der notfallmässig durchgeführten diagnostischen Laparoskopie zeigten sich seröser Aszites und hämorrhagisch infarzierte Dünndarmschlingen, die deutlich distendiert waren. Aufgrund der fehlenden Übersicht entschieden wir uns zur Konversion auf eine mediane Laparotomie. Es zeigte sich nun, dass die gesamte alimentäre Schlinge unter dem Magenband durchgerutscht war und das Magenband den alimentären Schenkel unmittelbar vor der Fusspunktanastomose strangulierte (Abb. 3). Es erfolgte die Entfernung des Magenbandes inklusive des Ports sowie der Verschluss der offenen Petersen-Lücke (Raum zwischen Colon transversum und der hochgezogenen alimentären Dünndarmschlinge) und der jejunojejunalen Lücke an der Fusspunktanastomose. Bei spontaner Erholung des Dünndarms nach Dekompression musste kein Dünndarm reseziert werden (Abb. 4).



Abbildungen 1 und 2: Computertomographie des Abdomens mit disloziertem Magenband (Pfeile), konsekutiver Dünndarmstauung und Aszites in allen vier Quadranten (Sterne).

Korrespondenz:
Dr. med. Fabian Hauswirth
Stadspital Triemli
Klinik für Viszeral-, Thorax-
und Gefässchirurgie
Birmensdorferstrasse 497
CH-8063 Zürich
fabian.hauswirth[at]
triemli.zuerich.ch

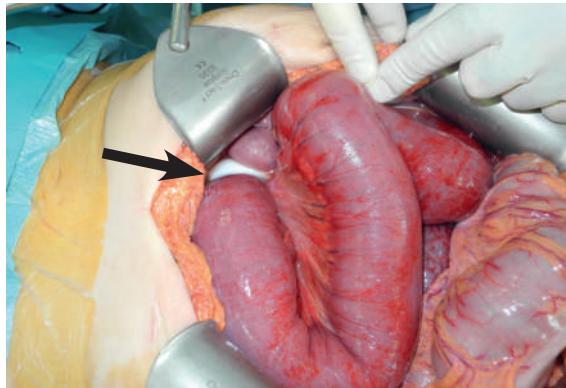


Abbildung 3: Strangulationsileus des alimentären Schenkels durch das dislozierte Magenband (Pfeil).

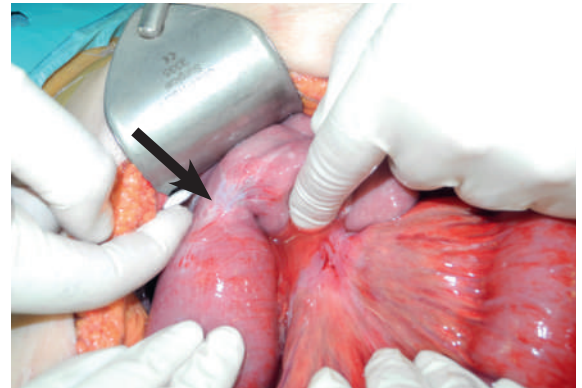


Abbildung 4: Nach Entfernung des Magenbandes präsenierte sich eine Schnürfurche (Pfeil).

Postoperativ zeigte sich ein unkomplizierter Verlauf. Die Patientin konnte am zehnten postoperativen Tag nach Hause entlassen werden. In einer Nachkontrolle sechs Wochen postoperativ zeigte sich die Patientin praktisch beschwerdefrei und in einem guten Allgemeinzustand.

Diskussion

Der laparoskopische Magenbypass gilt als Goldstandard der bariatrischen Chirurgie zur Reduktion des Körpergewichtes. Die Zahl der bariatrischen Eingriffe in der Schweiz nimmt progressiv zu, mit einer Anzahl von circa 4000 Operationen im Jahr 2013 [1]. Das Magenband zeigt nach anfänglich vielversprechenden Resultaten und einer kurzfristigen Gewichtsreduktion im Verlauf eine zunehmende Komplikationsrate und ungenügende Gewichtskontrolle [2]. In der Literatur werden die häufigsten operationsspezifischen Komplikationen nach einer Magenbandoperation mit Erweiterungen des Pouches, Erosionen, Leckagen

und Migration des Bandes entlang des Magens nach distal, gastroösophagealen Refluxbeschwerden sowie ungenügender Gewichtskontrolle angegeben [2–4]. Mit einer 5-Jahres-Misserfolgsrate von 40% und langfristig nur 43% akzeptablem Gewichtsverlust (>50% Reduktion des Übergewichts) [2] wird das Magenband als alleinige Methode in der Schweiz praktisch nicht mehr verwendet [1].

Bei ungenügender Gewichtskontrolle nach Magenbypass stehen mehrere Therapieoptionen zur Verfügung, unter anderem die Umwandlung eines proximalen in einen distalen Bypass (damit Verstärkung der Malresorption) oder die Anlage eines Bandes um den (meist dilatierten) Magenpouch (Verstärkung der Restriktion).

Die Migration des sekundär angelegten Magenbandes wird nicht durch das retroperitoneal gelegene Duodenum gebremst, sondern kann entlang des alimentären Schenkels zu einer Obstruktion auf Höhe des Fusspunktes führen. In einem beschriebenen Fall kam es zu einer Migration des Bandes bis 50 cm hinter das Treitz-Band und führte zu Nekrosen des Dünndarms [3].

Schlussfolgerung für die Praxis

Innere Hernien und Dünndarmobstruktionen nach Anlage eines Magenbypasses sind nicht selten und werden oft nicht im Spital der primären Operation behandelt. Es lohnt sich, die vielfältige operative Vergangenheit dieser Patienten mit Mehrfacheingriffen präoperativ sorgfältig zu erfragen, um intraoperativ nicht von einem Magenband überrascht zu werden.

Bei diesen Patienten handelt es sich um echte Notfälle, die rasch abgeklärt werden müssen. Sie sollten weder stundenlang auf dem Notfall noch im Röntgen verbringen, wie es der vorliegende Fall illustriert (die inkarzerierte Dünndarmschlinge hat sich eben noch erholt). In Fällen mit Schmerzen im oberen Bereich der Schmerzskala (VAS) kann auch eine notfallmässige diagnostische Laparoskopie unter Vermeidung von zeitraubenden Abklärungen durchgeführt werden.

Finanzierung / Interessenkonflikte

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Bauknecht F; Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB), AQC Auswertungen 2001–2013.
- 2 Suter M et al. (2006): "A 10-year experience with laparoscopic gastric banding for morbid obesity: high long-term complication and failure rates." *Obes Surg.* 2006 Jul;16(7):829–35.
- 3 Eid Y et al. (2011): "Complications associated with adjustable gastric banding for morbid obesity: a surgeon's guide." *Can J Surg.* Feb 2011; 54(1):61–6.
- 4 Colquitt JL et al. (2014): "Surgery for weight loss in adults." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 8.