

Morbide Obesitas

CASE REPORT

Laparoskopischer Bypass bei morbider Obesitas

© 2010, Baermed. Zentrum für Bauchchirurgie, Zürich

1. Auflage

Baermed.
Witellikerstrasse 40, CH-8032 Zürich
Telefon +41 (0)44 387 30 70, Fax +41 (0)44 387 30 90
info@baermed.ch, www.baermed.ch

Baermed.

Zentrum für
Bauchchirurgie

DIAGNOSEN

Morbide Adipositas mit/ bei:

- Metabolem Syndrom nach ATP III
- Diabetes mellitus Typ II (insulinbedürftig)
- Status nach zweimaligem Myokardinfarkt (EF 50%)
- Arterieller Hypertonie
- Degenerativem Wirbelsäulenschaden (Status nach Dekompressions-Op)
- COPD Goldstadium I-II
- Schlafapnoe

ANAMNESE / DIÄTISCHE BEHANDLUNG

Der 58-jährige Patient versuchte seit Jahren mittels Diäten eine dauerhafte Gewichtsreduktion zu erreichen. Die teils beachtlichen Erfolge konnten jedoch nie gehalten werden.

Durch die Gewichtszunahme kam es zu einer massiven Verschlechterung der Stoffwechsellage, was letztendlich in der Insulinpflichtigkeit endete.

Ein im Wesentlichen dem Gewicht zu schuldender und sich progredient verschlechternder Wirbelsäulenschaden wurde zweimalig operativ therapiert. Trotzdem besteht eine ausgeprägte Bewegungseinschränkung sowie ein hoher Analgetikabedarf.

Die bestehende koronare Herzkrankheit mit Status nach zwei Infarkten bedingt eine dauerhafte, engmaschige kardiologische Betreuung.

Über den behandelnden Stoffwechselmediziner wird der Patient zur chirurgischen Therapie vorgestellt.

ABKLÄRUNG

Koordination bei einem auf Adipositas spezialisierten Stoffwechselmediziner

Aktuelle Standortbestimmung beim Kardiologen und Pulmologen

Gastroskopie: Zeichen einer Korpusgastritis

Sonographie - Abdomen: deutlich vergrößerte und im Sinne einer Verfettung umgebauten Leber

Konsultation bei einem Anästhesiologen und einem Psychologen

INDIKATION ZUR OPERATION

- BMI von 41,1 kg/ m²
- Versagen der konservativen Massnahmen zur Gewichtsreduktion
- Multiple, in Folge des massiven Übergewichts entstandene Nebenerkrankungen (metaboles Syndrom, Schäden an Wirbelsäule und Kniegelenken, insulinpflichtiger Diabetes mellitus, Leberverfettung, Bluthochdruck, Belastungsdyspnoe, Schlafstörungen)

OPERATION

- Laparoskopischer Roux-Y-Magenbypass
- Adhäsiolyse (bei Status nach Nabelhernienplastik mit Netz)



Abb. 1 Laparoskopischer Roux-Y-Bypass, Sicht auf die Gastroenteroanastomose.

VERLAUF

- Nach 24-stündiger Überwachung auf der Intensivstation Rückverlegung auf die Normalstation
- Am 1. postoperativen Tag Röntgenkontrolle der neu geschaffenen Verbindung zwischen Magenpouch und Dünndarm unauffällig
- Regelrechter Verlauf, Entlassung am 9. p.o. Tag

PROBLEME

Abdomen

- Magenbypass
- Adhäsioolyse

Ernährung/ Diabetes mellitus

- Beginn des Kostaufbaus am 2.p.o. Tag wird gut toleriert
- engmaschige Kontrolle der Stoffwechsellage, Insulintherapie kann am 5.p.o. Tag gestoppt werden
- Das Gewicht konnte bis zur Entlassung um 7kg reduziert werden
- Tägliche Betreuung durch das Team des Stoffwechselzentrums
- Umstellung der Nahrungsgewohnheiten

Pulmonal

- Bekannte Schlafapnoe
- Tägliches Atemtraining

Urologisch

- Auf Grund einer bekannten Striktur der Harnröhre Belassen des transurethralen Katheters bis zum 4.p.o. Tag

Physiotherapie

- Frühmobilisation