



Operationstechnik des RY Magenbypasses und des OAGB in unserer prospektiven Studie am Spital Limmattal.

Magenbypass – ohne Fusspunktanastomose?

Bariatric Der Roux-en-Y-Magenbypass (RYGB) ist die in der Schweiz am häufigsten durchgeführte bariatrische Operation. Weltweit und in Europa erlangt der Ein-Anastomosen-Magenbypass (OAGB) immer mehr an Beliebtheit. Wo liegen die Unterschiede zum RYGB, gibt es Vorteile? Wo liegen die Risiken?

Dr. med. Thomas Köstler

Die weltweit am häufigsten durchgeführte bariatrische Operation zwischen 2015 bis 2018 waren der Schlauchmagen (60 %), die RYGB (30 %) und der OAGB (5 %). In Europa gibt es stark unterschiedliche Präferenzen. In Österreich war der OAGB (40 %), in Frankreich die Sleeve Gastrectomy (62 %) und in der Schweiz der RYGB (76 %) die häufigste bariatrische Operation [1]. In den Guidelines der International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO), der American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMB) sowie in den deutschen S3-Leitlinien sind alle oben genannten Eingriffe gleichwertig anerkannt.

In der Schweiz darf gemäss Leitlinien der Swiss Society for the Study of morbid Obesity (SMOB) der OAGB nur unter Studienbedingungen durchgeführt werden, da zu wenig qualitativ aussagekräftige Daten zu den Langzeitergebnissen, welche fünf Jahre und mehr betragen, vorliegen.

Wir haben an der letzten jährlichen SMOB-Tagung in Bern die noch nicht publizierten Drei-Jahres-Resultate unserer prospektiven randomisierten Studie zum Vergleich der RYGB vs. OAGB vorgestellt.

Vor- und Nachteile des OAGB

Der OAGB unterscheidet sich gegenüber dem RYGB dadurch, dass beim OAGB ein längerer Magenpouch als beim

RYGB hergestellt und auf eine «Fusspunktanastomose» verzichtet wird. (siehe Skizze 1).

Nachteilig kann es somit beim OAGB zum biliären Reflux in den Ösophagus kommen. Die Billroth-II-Operation ist eine ähnliche Operation wie der OAGB. Auch hier wird auf eine Fusspunktanastomose verzichtet. Langzeitergebnisse dieser Operation zeigen keine höhere Inzidenz von Karzinomen nach Teilgastrektomie, nach 15 bis 20 Jahren aber eine höhere Inzidenz eines Short-Segment-Barrett-Ösophagus [2].

Ohne Fusspunktanastomose mehr Reflux, mit Fusspunktanastomose mehr Darmverschlüsse.

Ein symptomatischer Reflux nach OAGB wird in 5 bis 15% der Fälle angegeben [3]. Nach drei Jahren mussten wir im Rahmen unserer Studie bei 7,6% der Patienten mit OAGB diesen aufgrund eines biliären Refluxes in einen RYGB umwandeln, wodurch der Reflux behoben wurde. Nach zwei Jahren waren es in der französischen Y-OMEGA-Studie 2,4% [4].

Der Vorteil des OAGB gegenüber dem RYGB liegt darin, dass Komplikationen an der Fusspunktanastomose nicht auftreten können. Die Rate der frühpostoperativen Dünn Darmobstruktionen an der Fusspunktanastomose nach RYGB liegt bei 0,8 bis 2,7% [5].

Eine schwedische Studie zeigte eine Reoperationsrate von 3,1% [6], dies aufgrund von Darmobstruktionen, verursacht durch die Fusspunktanastomose, trotz verschlossener Mesolücken.

Wir konnten an unseren eigenen Patienten nachweisen, dass sich 37% der primär verschlossenen intermesenterialen Lücken wieder öffnen [7]. Neuere Studien zeigen bei längerer Nachbeobachtungszeit eine Inzidenz von bis zu 4,7% Invaginationen mit Darmobstruktionen an der Fusspunktanastomose nach RYGB [8].

Aufgrund von Darmobstruktionen und inneren Hernien mussten wir in unserer Studie 7,6% der Patienten der RYGB-Gruppe in den ersten drei Jahren postoperativ reoperieren, jedoch keinen in der OAGB-Gruppe.

Der OAGB ist eine sichere Operation in Bezug auf die postoperative Morbidität und Mortalität.

Sowohl der RYGB, als auch der OAGB haben ihre langfristige Wirksamkeit bezüglich Gewichtsreduktion (Excess weight loss, EWL) nach über fünf Jahren belegt (RYGB ca. 60%, OAGB ca. 70%) [9]. Nach drei Jahren betrug der EWL in unserer Studie beim OAGB 97,5% und beim RYGB 80,2%. Die früh-postoperative Komplikationsrate beider Eingriffe ist niedrig.

Nach drei Jahren war die Reoperationsrate in unserer Studie bei beiden Operationen gleich hoch, beim RYGB

Für Sie zusammengefasst vom:

SGED/SSED-Kongress | 17.-18.11.2022 | Bern

aufgrund ungenügender Gewichtsreduktion und Darmobstruktionen (10%), und beim OAGB aufgrund von Reflux (7,6%). Unsere Resultate entsprechen den Daten einer Metaanalyse [9]. Die Diabetesremission ist besser nach OAGB verglichen zum RYGB.

Unsere Studie belegt, dass die Glucosekonzentration ein Jahr postoperativ nach einer Testmahlzeit nach OAGB statistisch signifikant niedriger ist und die GLP-1-Konzentration statistisch signifikant höher ist als nach RYGB. Ob dieser Effekt auf den Verzicht der Fusspunktanastomose oder aufgrund der unterschiedlichen Längen der Dünndarmschenkel oder Magenpouchkonfiguration beider Operationen zurückzuführen ist, bleibt unbeantwortet. Der RYGB kann mit ähnlicher biliärer Schenkellänge und vergleichbarem Magenpouch wie der OAGB durchgeführt werden.

Die Lebensqualität, die wir mit zahlreichen Scores ermittelt haben, zeigt ein Jahr postoperativ keinen Unterschied zwischen den beiden Operationen.

Zusammenfassung

Durch den Verzicht auf die Fusspunktanastomose können langfristig Komplikationen wie Darmverschlüsse oder innere Hernien vermieden werden. Gleichzeitig birgt dieser Vorteil auch Nachteile. Unklar bleiben die langfristigen Folgen eines nicht behandelten biliären Refluxes für den Ösophagus. Bis anhin wurde noch keine höhere Karzinomrate beschrieben, wohl aber häufigere morphologische Schleimhautveränderungen am Ösophagus. Eine sorgfältige Selektion und eine regelmässige klinische und endoskopische postoperative Kontrolle der Patienten ist nach Durchführung eines OAGB sehr wichtig.

Korrespondenz

Thomas.Koestler[at]spital-limmattal.ch



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code



Dr. med. Thomas Köster

Leiter des interdisziplinären Adipositas Zentrums am Spital Limmattal. Ausserdem ist er Spezialist für Viszeralchirurgie, Allgemeinchirurgie sowie Traumatologie.