

Chirurgie aktuell



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mittlerweile ist uns allen klar, dass die Adipositas eine nie da gewesene gesundheitspolitische Herausforderung darstellt.

Die Adipositaschirurgie hat sich als komplikationsarme, lebensverlängernde und -qualitätsverbessernde Maßnahme

für selektionierte Patienten erwiesen. In der amerikanischen Leitlinie der Diabetologischen Gesellschaft (ADA) ist die Adipositaschirurgie eine Empfehlung höchster Evidenz. Als chirurgische Klinik mit viszeralchirurgischem und minimalinvasivem Schwerpunkt möchten wir uns auch dieser Problemgruppe öffnen und die Adipositaschirurgie implementieren. Die meisten Voraussetzungen, um sich als Adipositaszentrum zu zertifizieren, werden bereits in den Christophorus-Kliniken erfüllt. Um von Beginn an die Qualität der Versorgung optimal zu gestalten, wollen wir direkt alle gestellten Kriterien erfüllen.

Daher möchten wir Sie über die metabolische Chirurgie und das geplante Adipositaszentrum informieren.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Chefarzt Dr. Friedrich Krings
Chirurgische Klinik 1

Unser Leistungsspektrum

- Schilddrüsenzentrum
- Thoraxchirurgie
- Refluxchirurgie
- Minimalinvasive Bauchchirurgie (MIC)
- Hepatobiliäre- und Pankreaschirurgie
- Darmkrebszentrum (DKG)
- Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie (DGAV)
- Gefäßchirurgie
- Zentrum für interventionelle Gefäßmedizin (DeGIR)
- Proktologie
- Kinderchirurgie
- Adipositasmedizin

Adipositaschirurgie

In Deutschland sind aktuell 60 % der Männer und 45 % der Frauen übergewichtig. Ca. ein Viertel beider Geschlechter haben einen BMI von ≥ 30 kg/m² und gelten damit als adipös (1). Als krankhaft wird die Adipositas bei einem BMI ≥ 40 kg/m² ohne Komorbidität und ab einem BMI ≥ 35 kg/m² mit Komorbidität eingestuft (2). Die Ursachen der Adipositas sind vielschichtig. Genetische Faktoren, der Lebensstil im Hinblick auf Ernährungsgewohnheiten in Verbindung mit Bewegungsmangel und auch psychische Faktoren haben einen großen Einfluss auf die Essgewohnheiten. Einige Medikamente (Cortison, Diabetes-Medikamente, Antidepressiva) oder Stoffwechselstörungen, wie die Hypothyreose, können ebenfalls zu einer Gewichtszunahme führen.

Mit zunehmendem Gewicht sinkt die Leistungsfähigkeit, schmerzen die Gelenke und der Rücken. Im Verlauf entwickeln sich dann weitere Erkrankungen verschiedener Organsysteme. Hier stehen der Diabetes mellitus (bis 80 % des Typ II D.m. (3)), die arterielle Hypertonie, das Schlafapnoe-Syndrom, die Cholezystolithiasis, eine Hypercholesterinämie und bei Frauen Unfruchtbarkeit aufgrund eines polyzystischen Ovarialsyndroms im Vordergrund. Depressionen und sogar Krebsarten können in kausalen Zusammenhang gebracht werden. Neben der herabgesetzten Lebensqualität durch die Adipositas sinkt die Lebenserwartung drastisch. Je länger die Fettleibigkeit besteht und je stärker Folgeerkrankungen ausgeprägt sind, desto höher ist das Risiko an den Begleiterkrankungen zu versterben. Die mittlere Lebenserwartung ist bei Patienten mit einem BMI von 40-45 im Vergleich zu normgewichtigen um ca. 7 Jahre reduziert.

Welche Therapieansätze gibt es die Fettleibigkeit zu bekämpfen?

Der erste Behandlungsansatz ist immer die konservative Therapie im Sinne eines multimodalen Therapiekonzeptes, das sich aus einer Ernährungstherapie mit Bewegungsprogrammen und ggf. Verhaltenstherapie zusammensetzt. Hier

gibt es verschiedene Programme (M.O.B.I.L.I.S., DOC Weight®). Weitere Informationen hierzu stellen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Leider führen diese wichtigen Maßnahmen selten zum dauerhaften Erfolg. Dieser Tatsache geschuldet hat sich die metabolische Chirurgie als Erfolgskonzept bestätigt. Wobei eine Operation immer nur als ein Baustein eines multimodalen Konzeptes zusehen ist und kein alleiniges Allheilmittel darstellt. Eine grundlegende Umstellung der Ess- und Lebensgewohnheiten sind in jedem Falle notwendig. Aus diesem Grunde ist es wichtig vor der Operation die konservativen Therapiemaßnahmen zu durchlaufen, damit die Patienten auch nach einer Operation wissen, wie sie sich im weiteren Verlauf verhalten müssen. Obwohl der äußerst positive Effekt einer Operation auf das Übergewicht mittlerweile wissenschaftlich erwiesen ist, muss diese bei der Krankenkasse beantragt und genehmigt werden. In einer amerikanischen Studie hatten Patienten nach 4 Jahren mit Magenbypass durchschnittlich 27,5 % ihres Körpergewichts verloren (-41,0 kg), beim Schlauchmagen waren es durchschnittlich 17,8 % (-25,3 kg). Bei den konservativ betreuten Studienteilnehmern reduzierte sich das Körpergewicht um weniger als 5 % des Basiswertes (4).

Welche Voraussetzungen müssen vor einer Operation erfüllt sein?

- BMI > 40
- BMI > 35 und bereits bestehende Folgeerkrankungen (Diabetes mellitus, Schlafapnoe, etc.)
- Die Patienten haben unter ärztlicher Aufsicht in einem Zeitraum von 6-12 Monaten durch konservative Maßnahmen erfolglos versucht haben Gewicht zu verlieren
- es gibt keine medizinischen Einwände durch Vorerkrankungen gegen eine Operation
- das Übergewicht ist nicht durch Medikamente oder Stoffwechselstörungen verursacht
- Der Patient ist bereit dauerhaft seine Ess- und Lebensgewohnheiten umzustellen
- Zustimmung der Krankenkasse liegt vor

Wie und wann können Sie Patienten bei uns vorstellen?

Patienten, die eine operative Therapie wünschen oder die aus Ihrer Sicht einer operativen Therapie bedürfen, können sich gerne in unsere Sprechstunde vorstellen. Wir beraten die Patienten und unterstützen diese die Voraussetzungen zur Kostenübernahme zu erlangen. Sollte diese Voraussetzung erfüllt sein, werden wir die Patienten in unserem Adipositasboard (Chirurg, Internist,

Anästhesist, Ernährungsberater/Ökotrophologen, Psychologe/Psychiater) interdisziplinär besprechen und das weitere Prozedere festlegen.

Adipositasprechstunde

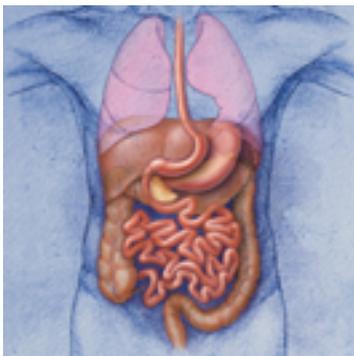
In unserer Sprechstunde bieten wir eine ausführliche Beratung durch Herrn Oberarzt Kranz. Terminvereinbarungen bitte über das Sekretariat unter der Telefonnummer 02541 / 8947343

Welche Verfahren bieten wir Ihnen in Coesfeld an?

Wir möchten im Wesentlichen zwei Verfahren anbieten, die weltweit am häufigsten durchgeführt werden und die wissenschaftlich am besten untersucht sind.

1. Schlauchmagen

(Sleeve-Gastrektomie, rein restriktives Verfahren)

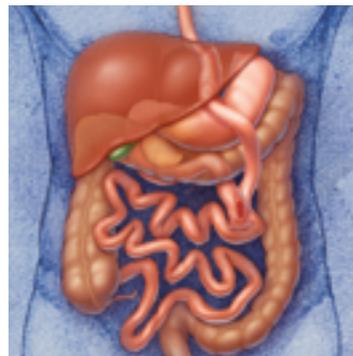


Hierbei wird ein großer Teil des Magens dauerhaft entfernt und es verbleibt ein schlauchförmiger Restmagen.

- früh einsetzendes Sättigungsgefühl
- keine neue Verbindung zwischen Magen-Darm-Trakt notwendig
- Aufnahme sämtlicher Nährstoffe möglich

2. Y-Roux-Magenbypass

(kombiniert restriktives und malabsorptives Verfahren)



Beim Magenbypass wird der Magen wenige Zentimeter unterhalb des Mageneingangs abgetrennt. Es verbleibt ein

kleiner Restmagen. Auch der Dünndarm wird durchtrennt. Das eine Ende des Darmes wird an den kleinen Restmagen angeschlossen und das andere so umgeleitet, dass die Nahrung und Verdauungssäfte erst im mittleren Dünndarm vermengt werden und der obere, direkt an den Magen anschließende Dünndarm umgangen wird. Die Nahrungsbestandteile können so nur zum Teil resorbiert werden. Es ist vorrangig ein malabsorptives Verfahren mit milder Restriktion. Es kann sowohl weniger Nahrung aufgenommen, als auch diese nicht komplett verstoffwechselt werden (besonderes Kohlenhydrate und Fette). Bei Patienten mit Diabetes mellitus verschwindet dieser komplett oder kann deutlich besser eingestellt werden. Bei Patienten mit Sodbrennen ist dieses Verfahren vorzuziehen.

Quellen:

1. Mensink GBM, et al.: Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 786-94.
2. S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas 2010.
3. World Health Organization <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/diabetes/data-and-statistics>
4. Maciejewski M, Arterburn DE, et al.: Bariatric surgery and long-term durability of weight loss. JAMA Surgery 2016; doi: 10.1001/jamasurg.2016.2317.