

OPERATIE BIJ MORBIDE OBESITAS

J. van Steveninck-Barends, M.J. Prins-Hoekveen*

In deze casus wordt een gastric bypass operatie behandeld bij een jonge vrouw met morbide obesitas. Er wordt uitleg gegeven over de operatie, de complicaties, voeding en het verloop.

Een gastric bypass wordt toegepast voor het verkrijgen van gewichtscntrole over een lange termijn bij morbide obesitas. Het wordt beschouwd als een effectieve ingreep om gewicht te verliezen zonder te hoge risico's. Toch is het een ingrijpende operatie met de mogelijkheid van complicaties.

Een gastric bypass operatie kan niet gezien worden als een gemakkelijke oplossing. Na de operatie is een aanpassing van de voedingsgewoontes noodzakelijk om te kunnen vermageren.

DE GASTRIC BYPASS OPERATIE

Bij deze operatie wordt een zogenaamde voormaag of pouch gemaakt waar de voeding eerst in terecht komt. De voormaag en de rest van de maag worden van elkaar gescheiden. Op de voormaag wordt de eerste dunne darmlis aangesloten, zodat het voedsel vanuit de maag via de dunne darmlis (een bypass) naar de rest van de dunne darm wordt gevoerd. Het deel van de maag waar geen voeding meer inkomt blijft wel maagsappen produceren, die via de twaalfvingerige darm weer bij de voeding komen in de dunne darm. Een deel van de dunne darm wordt weggenomen.

GEVOLGEN

De gastric bypass zorgt ervoor dat er een "vol gevoel" ontstaat, met als gevolg het verdwijnen van het hongergevoel. Het doel van deze constructie is dat de voeding niet direct in contact komt met de verterings-sappen van de maag, gal en pancreas, maar pas later in de dunne darm. Er ontstaat zo een verminderde opname van suikers, vetten en koolhydraten, zogenaamde malabsorptie. Voordeel is dat zowel volume-eters als snoepers een gewichtsverlies ondervinden van 60 tot 70 %. Er ontstaat zelden een vitamine-tekort en doordat een groot deel van de dunne darm kan instaan voor vertering heeft de patiënt ook geen last van diarree.

NADELEN

Nadelen kunnen zijn dat er een dumpingsyndroom ontstaat bij het

eten van vooral suikers, maar ook vetten en koolhydraten, en dat er klachten zijn van misselijkheid, kramp, zweten, versnelde hartslag, diarree en/of duizeligheid. Meestal zijn deze klachten van tijdelijke aard. Het beste is dus om vooral suiker te vermijden, omdat dit de alvleesklier stimuleert tot de aanmaak van insuline, wat een hongergevoel teweeg brengt.

De eerste 6 weken na de ingreep wordt meestal alleen vloeibare of gepureerde voeding gebruikt, dit om de maag te laten genezen en eveneens om braken te voorkomen. Gedurende de eerste weken na de operatie is het belangrijk dat er rustig en niet gejaagd gegeten wordt. Gedurende de opname komt de diëtiste bij de patiënt langs. Deze blijft de patiënt ook poliklinisch begeleiden.

CASUS

Mevrouw C, is geboren in 1969, heeft twee kinderen en woont samen met haar partner. Mevrouw heeft in het jaar 2000 een maagband gekregen in het OLVG. Mevrouw was altijd al fors, maar vooral na de geboorte van haar kinderen is zij erg toegenomen in gewicht. Haar gewicht in 2000 was 210 kg bij een lengte van 1.70m. Sinds 2004 komt mevrouw voor controle in het HAGAziekenhuis. Vanaf die tijd heeft ze regelmatig klachten van de maagband die gepaard gaan met pijn. Haar gewicht is in 2004 nog 170 kg. Sinds 2004 is mevrouw enkele malen opgenomen vanwege revisie van de poort van de

maagband omdat deze niet of nauwelijks aan te prikken was. In deze periode is het gewicht gedaald tot ongeveer 135 kg.

Enkele weken na de laatste revisie, in januari van 2007, krijgt mevrouw heftige pijn in de buik. Het reservoir van de maagband wordt operatief verwijderd, maar er wordt geen abces gevonden. Aangezien mevrouw nog steeds een fors aantal kilo's te zwaar is, geeft zij zelf aan een gastric bypass te willen. De chirurg bespreekt met haar de voor en nadelen en vertelt ook dat een volgende operatie bemoeilijkt wordt door het littekenweefsel van de eerdere operaties. Mevrouw besluit een gastric bypass operatie te ondergaan, waarbij de maagband wordt verwijderd.

DE GASTRIC BYPASS

Mevrouw wordt op 17 april geopereerd voor het aanleggen van een gastric bypass. De operatie verloopt ongecompliceerd, er zijn alleen wat verklevingen op de plaats waar eerder de maagband was ingebracht.

Op 23 april, 6 dagen na de operatie, ontstaat er een lekkage op de gastro-jejunostomie, waarvoor mevrouw weer geopereerd wordt. Een gedeelte van de aanvoerende jejunumlis blijkt necrotisch te zijn, wat de lekkage verklaart. De necrose wordt verwijderd en er wordt een nieuwe anastomose aangelegd. Mevrouw gaat na deze operatie naar de intensive care. De dagen hierna is er toenemende roodheid, zwelling en vochtverlies uit de operatiewond. Mevrouw voelt zich steeds zieker en heeft ook koorts.



Op 28 april, 12 dagen na de bypass operatie wordt ze opnieuw geopereerd waarbij een wondabces ontlast wordt. De wond (foto 1) wordt daarbij open gelaten.

WONDBEHANDELING

Open buik met necrose op 29 april. De wond wordt 2 maal daags gespoeld met NaCl 0,9% en verbonden met natte gazen. (foto 2)

Op 7 mei starten we met de VAC-therapie. Er is dan geen necrose meer, alleen nog wat beslag op de wondbodem maar de fascie is intact. We gebruiken de witte spons, deze is fijnmaziger van structuur en groeit minder snel in dan een zwarte spons. Als een wond dieper is kan je er eventueel nog een zwarte spons overheen leggen om de wond op te vullen.

De huid wordt beschermd met cavi-lon®. De pomp wordt ingesteld op 100/mm Hg. Dit ook om niet teveel druk uit te oefenen op de fascie.

Op 10 mei is de eerste verbandwissel. Het aspect van de wondbodem is dan sterk verbeterd, het beslag is verdwenen en er is rood granulatie-weefsel te zien.

COMPLICATIES

Dan is er opnieuw slecht nieuws. Op 12 mei blijkt er tijdens het wisselen van de spons een fistel in de dunne darm te zijn ontstaan. (foto 3)

WOUNDMANAGER

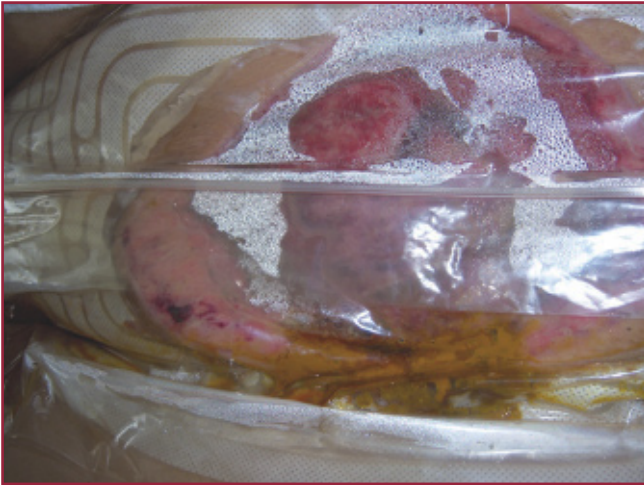
Vanaf dat moment wordt de VAC-therapie gestopt en wordt er een wound-manager (grote opvangzak met deksel en katheteraansluiting) aangebracht.

In eerste instantie is het belangrijk de wond zo te verzorgen dat de patiënt zo min mogelijk hinder ondervindt van de ruikende output en dat de wond lekvrij is (foto 4).

Mw. heeft een output via de fistel van ongeveer 0,5 tot 1 l per dag en heeft daarbij ook rectaal ontlasting.

HET AANBRENGEN VAN DE WOUNDMANAGER

Het aanbrengen van de woundmanager moet secuur gebeuren, des te langer kan hij in situ blijven. Op de huid worden hydrocolloïdenstrips geplakt; hierop wordt een laag



hydrocolloïde pasta aangebracht. Met een vochtig gaas smeert je de pasta uit, zodat alle kiertjes en oneffenheden opgevuld worden. Het moet een vochtig gaas zijn, omdat anders de pasta overal aan vastplakt, net als kauwgum.

Door een mal van de wond te maken, kan je de woundmanager netjes op maat knippen, een 0,5 cm groter dan de wond.

Als de woundmanager op de wond is geplakt, smeert je de pasta ook weer uit (via het werkluik), met een nat gaas netjes langs de randen. Wanneer je een woundmanager op deze wijze aanbrengt kan hij tot 1 week goed blijven zitten. De wond kan via het werkluik gespoeld worden en de output kan opgevangen worden in een katheterzak.

Doordat er recent geopereerd is kan de fistel pas over 6 weken operatief gesloten worden. De darmen moeten eerst tot rust komen anders is het risico groot dat er weer een fistel ontstaat. Mevrouw mocht van son-

devoeding over op vloeibare voeding. De arts vond het niet nodig om parenterale voeding te geven en mevrouw nuchter te houden omdat de fistel erg klein bleek te zijn.

ONTSLAG

De arts had inmiddels zijn toestemming gegeven voor ontslag. Mevrouw gaf te kennen dat zij en haar man graag zelf de zorg wilden doen wat betreft het vervangen van de woundmanager bij tussentijdse lekkage, maar dat zij graag iedere week op de poli wilden komen om de woundmanager door ons te laten wisselen en de wond te laten controleren.

Daarnaast werd de thuiszorg ingeschakeld.

De partner van mevrouw kreeg "les" in het op de juiste manier aanbrengen van de woundmanager, bovendien kreeg hij een stappenplan mee.

POLIKLINISCH VERLOOP

Mevrouw ging 1 juni met ontslag en kwam zoals afgesproken eenmaal per week op de poli om de woundma-

nager te laten verwisselen.

Thuis was er eenmaal lekkage geweest en mevrouw en haar partner hebben toen zelf alles gewisseld. Uiteindelijk is de thuiszorg alleen geweest om kennis te maken. Ze hadden hierbij een veilig gevoel.

Na drie weken thuis bleek de fistel spontaan gesloten te zijn er was geen productie meer. Bovendien was de wond een stuk kleiner geworden. (foto 5). Mevrouw voelde zich goed en mocht weer normaal gaan eten, hierbij begeleid door haar diëtiste.

De woundmanager was niet meer nodig. De wond vertoonde wel geel beslag en werd nu eenmaal daags verbonden met een alginaat en een absorberend verband.

Op het moment dat de wond helemaal schoon en rood granulerend was werd hij verbonden met een hydrofiber. De wond vertoonde nu snel vooruitgang en was snel op huidniveau. In de laatste fase van de wondgenezing werd een siliconen verband gebruikt.

Mevrouw had vooral aan het eind van de dag een zwaar gevoel in de buik en daarbij pijnklachten, veroorzaakt door de littekenbreuk. De plastische chirurg werd geconsulteerd en deze wilde mevrouw over enkele maanden opnemen voor een reconstructie van de wond.

HEROPNAME

Op 8 november was het zover, mevrouw werd geopereerd, zonder complicaties. Na een kleine week mocht ze weer naar huis, de wond was netjes gesloten. (foto 6 en 7)

CONCLUSIE

Voor mevrouw C. is nu even een eind gekomen aan bijna een jaar van ziekenhuis in en uit. Een aantal keren heeft ze tijdens de opname gezegd dat als ze dit alles had geweten, ze er niet aan was begonnen. Ze vond dat in media en op diverse sites over de gastric bypass soms wel erg gemakkelijk over de operatie geschreven wordt. Ook vond zij dat

een arts je wel wijst op de risico's maar dat je eigenlijk niet goed kan overzien wat die risico's inhouden. Aan de andere kant beseft mevrouw heel goed dat als ze niet geopereerd was, ze door haar gewicht op lange termijn veel andere problemen zou hebben gekregen. Mevrouw is nu, na deze laatste operatie toch blij dat ze heeft doorgezet, omdat het haar met alleen een dieet niet lukte om blijvend af te vallen.

Haar gewicht is nu 103 kg, haar streefgewicht is 80 kg.

Zoals het afvallen nu gaat denkt ze dat ze halverwege volgend jaar haar streefgewicht bereikt zal hebben en dat ze dan voor haar armen, benen en buik door de plastische chirurg kan worden geholpen.

We hopen voor haar dat ze haar doel bereikt.

*** J. van Steveninck-Barends, wondconsulent**

M.J. Prins-Hoekveen, wondconsulent, bestuurslid WCS

LITERATUUR

www.maagverkleining.nl/bypass

MedlinePlus Medical Encyclopedia: Gastric bypass

www.obesitas-centrum.be/nl

www.maagverkleining.nl/bypass