

Problematiske timing af abdomen pendens-operation efter gastrisk bypass

Rikke Holmgaard, Sara D. Kristensen & Lars Naver

KASUISTIK

Kirurgisk Afdeling,
Køge Sygehus

Ugeskr Læger
2015;177:V03130198

Bariatrisk kirurgi udføres på morbidt overvægtige patienter for at give dem et varigt vægttab og dermed nedsætte deres morbiditet og mortalitet [1]. Gastrisk bypass (GB)-proceduren benyttes oftest inden for bariatrien i Danmark. Antallet af GB-operationer, der er registreret i Landspatientregisteret steg fra 58 operationer i 2005 til 4.340 i 2010. Siden er antallet faldet til godt 1.100 i 2012. De mest almindelige sene procedurespecifikke komplikationer efter GB er intern herniering, ulcus og stenose ved gastroenteroanastomosen eller enteroenteroanastomosen. Også kolecystolitiase ses hos disse patienter med en incidens på ca. 30% [2] og skyldes det store og hurtige vægttab. Konsekvenserne af GB er, ud over det tilsigtede vægttab, et ofte stort hudoverskud, der hæmmer patienten fysisk. En del af patienterne får derfor plastikkirurgisk behandling, primært abdominalplastik (AP). Henvielse til denne behandling må ifølge retningslinjerne tidligst ske to år postoperativt, og patienten skal have været vægtstabil i mindst seks mdr. Desuden skal patienten have tabt mindst 15 BMI-point, må ikke have et BMI over 30 kg/m² og skal være fysisk og psykisk egnet til indgrebet. Antallet af postbariatriske patienter, der får lavet elektiv plastikkirurgi,

er ca. 20% [3]. Af de plastikkirurgiske indgreb er AP den hyppigste, og i forbindelse med denne operation er de hyppigste komplikationer infektion og hæmatom. Hos de postbariatriske patienter er komplikationsrisikoen 21% [4].

SYGEHISTORIE

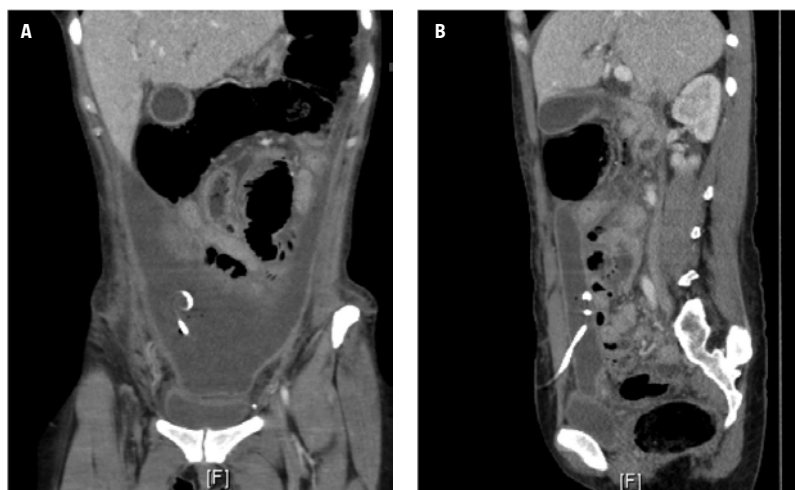
En 45-årig kvinde, som var blevet opereret med GB to et halvt år forud for det aktuelle forløb, blev henvist til AP efter et vægttab på 60 kg (21 BMI-point). Patienten opfyldte kriterierne, og operationen forløb uden komplikationer. Fire dage postoperativt fik hun febrilia og smerter under højre kurvatur. En CT viste kolecystitis. Herefter blev der påbegyndt antibiotikabehandling, og hun blev overflyttet til kirurgisk afdeling. Hun havde et stort serom fra kurvaturen til lysken, så pga. risiko for kontaminering af det plastikkirurgiske operationsfelt afstod man fra akut kolecystektomi. Patienten bedredes initialt, men fik på 18.-dagen igen smerter, stigende infektionstal og påvirket almentilstand. En CT viste nu cholangios, der strakte sig fra galdeblærestedet til nedre abdomen (**Figur 1 A og B**). En magnetisk resonanskolangiopankreatografi viste sten i ductus choledochus. Der blev drænbehandlet med god effekt, og patienten blev udskrevet i velbefindende med plan om elektiv kolecystektomi og fjernelse af koledokusstenene. I ventetiden til dette blev patienten indlagt akut med intern herniering. Ved operation fandt man massive adhærensener og en lille skrumpet galdeblære, som var beliggende svært utilgængeligt i galdeblærelejet, hvorfor man ændrede strategi og senere udførte transgastrisk endoskopisk retrograd kolangiopankreatikografi med stenjernelse og papillotomi.

DISKUSSION

GB kan ikke udføres uden risiko for en række komplikationer og indgrebsrelaterede senfølger, som i dette tilfælde er dannelse af galdesten og udvikling af kolecystitis [2, 5]. På det tidspunkt, hvor patienten blev henvist til AP, havde hun allerede galdesten, men var ikke klar over det, idet hun ikke kendte symptomerne på galdesten, og dette var derfor ikke oplyst i anamnesen. Patienten havde også intern herniering, som krævede akut operation. Når patienter indstilles til

FIGUR 1

CT viser galdeansamling (A) og velplaceret dræn (B).



plastikkirurgi, indgår der en række plastikkirurgiske overvejelser, men man bør også optage en grundig anamnese med henblik på eventuelle abdominale symptomer. Som det ses i denne sygehistorie, havde patienten både symptomgivende galdesten og intern herniering. Et bedre patientforløb ville have været en grundig anamnese, udredning af abdominale symptomer, laparoskopisk kolecystektomi med samtidig lukning af mesenterialdefekter og først herefter henvisning til plastikkirurgi.

SUMMARY

Rikke Holmgaard, Sara D. Kristensen & Lars Naver:

Problematic treatment of cholecystitis in a gastric bypass patient after abdominoplasty

Ugeskr Læger 2015;177:V03130198

Gastric bypass patients are at risk of late procedure-related complications, e.g. internal hernia or cholelithiasis. These complications may be important to identify before other surgical procedures are performed. The treatment of cholecystitis based on cholelithiasis in a patient who had recently undergone abdominoplasty may be highly problematic and may lead to an exacerbated situation.

KORRESPONDANCE: Rikke Holmgaard, Kirurgisk Afdeling, Køge Sygehus, Lykkebækvej 1, 4600 Køge. E-mail: rikkeholmgaard@gmail.com

ANTAGET: 8. juli 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 30. september 2013

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Sjostrom L. Review of the key results from the Swedish obese Subjects (SOS) trial: a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *J Int Med* 2013;273:219-34.
2. Nagem R, Lázaro-da-Silva A. Cholelithiasis after gastric bypass: a clinical, biochemical, and ultrasonographic 3-year follow-up study. *Obes Surg* 2012;22:1594-99.
3. Kehlet H, Naver LS, Vestergaard CHF. Rapport om senkomplikationer ved fedmeoperationer i Danmark 2006-2011. København: Sundhedsministeriet, 2011.
4. Breiting LB, Lock-Andersen J, Matzen SH. Increased morbidity in patients undergoing abdominoplasty after laparoscopic gastric bypass. *Dan Med Bul* 2011;58(4):A4251.
5. Villegas L, Schneider B, Provost D et al. Is routine cholecystectomy required during laparoscopic gastric bypass? *Obes Surg* 2004;14:206-11.