

Livstruende underernæring efter gastrisk bypass behandlet med reetablering af normal tarmanatomi

Inge Marie Poulsen¹, Dorte Lindqvist Hansen² & Karin Elmegård Grøn bæk¹

KASUISTIK

1) Gastroenheden, Hvidovre Hospital
2) Endokrinologisk Afdeling, Køge Sygehus

Ugeskr Læger
2014;176:V02140126

De fleste patienter har efter en gastrisk bypass operation et betydende og vedvarende vægttab. Den vægtreducerende effekt af operationen er ikke fuldt ud belyst [1].

Vi præsenterer en sygehistorie, hvor en patient fem år efter en gastrisk bypassoperation fik foretaget laparoskopisk revertering til normal tarmanatomi pga. vedvarende livstruende underernæring.

SYGEHISTORIE

En 36-årig kvinde med et *body mass index* (BMI) på 44 kg/m², vægt 118 kg, hypertension og fibromyalgi fik i 2007 foretaget en ukompliceret laparoskopisk gastrisk bypassoperation. Ved et årskontrol vejede hun 60 kg. Senkomplikationer i form af blødende ulcus i 2008 blev behandlet endoskopisk, og der blev foretaget laparoskopisk operation for intern herniering i 2010.

Efter fire år fik patienten begyndende ødemtendens og kvalme. Hun vejede på det tidspunkt 53 kg, og P-albuminniveaue var på 28 g/l. Forløbet hos en diætist blev intensivret.

Patienten blev herefter indlagt gentagne gange med ødemer, svær underernæring og et P-albumin-

niveau på 11-16 g/l. En kostregistrering viste, at hendes ernæringsbehov blev dækket, men der var diskrepans mellem hendes og personalets kostregistrering. Der blev påbegyndt parenteral ernæring. Hun havde ingen proteinuri.

Der blev udført UL-skanning af abdomen, CT af thorax og abdomen, MR-skanning af tyndtarmen, sigmoideoskopi, gastroskopi og diagnostisk laparoskopi, og der blev foretaget albumintracerundersøgelse og glukose-*breath test*, hvor de eneste patologiske fund var steatotisk lever og lettere ascites. Flere psykiatriske tilsyn var uden diagnose, men patienten blev henvist til videre udredning for spiseforstyrrelse. Hun kunne ikke spise sufficient og var i konstant fare for alvorlig underernæring. Der kunne ikke findes nogen fysisk eller tydelig psykisk årsag trods grundig udredning. På fælleskonference med diætister, bariatriske kirurger, endokrinologer og gastroenterologer blev det besluttet at tilbyde hende en revertering af gastrisk bypassoperationen, hvilket hun accepterede. Hendes præoperative vægt var 56 kg. Operationen blev foretaget laparoskopisk i november 2012. Gastroenteroanastomosen blev reseceret, og der blev anlagt anastomose til den udshuntede ventrikel. Jejun-jejunostomosen deltes, og galdebenet og det tidligere fødeben blev anastomoseret (**Figur 1**). Til aflastning af ventriklen blev der anlagt perkutan gastrostomisonde, som blev fjernet efter tre uger.

Patienten blev udskrevet i velbefindende atten dage postoperativt efter et ukompliceret forløb. Seks måneder postoperativt var hun fortsat i velbefindende, vægten var 66 kg og P-albuminniveaue var 35 g/l.

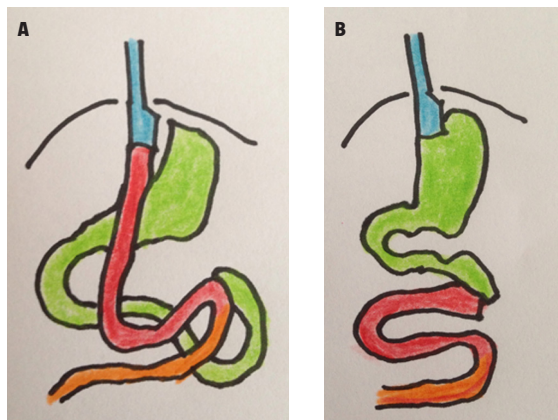
DISKUSSION

En gastrisk bypassoperation medfører kun i sjældne tilfælde komplikationer i form af svær underernæring [2, 3]. En spiseforstyrrelse i kombination med ændringer i tarmhormonerne, hvilket har betydning for sult- og mæthedssførelsen efter gastrisk bypass, var formentlig årsagen til den livstruende underernæring [1].

Revertering af en gastrisk bypassoperation er risikabel, men kunne hos patienten i sygehistorien gennemføres laparoskopisk uden per- og postoperative

FIGUR 1

A. Anatomi ved *Roux-en-Y*-gastrisk bypass. B. Anatomi efter tilbagelægning.
Blå: øsofagus og *gastric pouch*. Rød: fødeben. Grøn: udshuntede ventrikel, duodenum og galdeben. Orange: samlebe.



komplikationer. Der findes kun få publicerede data vedrørende tilbagelægning af gastrisk bypass (Figur 1), der langt overvejende har været udført via åben kirurgi [4, 5]. Der findes ingen guidelines, som foreskriver udredningsprogram, indikationer eller operationsmåde. Beslutningen må tages i bariatrisk centerregi med involvering af kirurger, medicinere og diætister samt vurdering af psykiatere og kan først komme på tale, når andre behandlingsmuligheder er udtømt.

SUMMARY

Inge Marie Poulsen, Dorte Lindqvist Hansen &

Karin Elmegård Grønæk:

Life-threatening malnutrition after a laparoscopic gastric bypass operation reverting the gastrointestinal tract into normal anatomy

Ugeskr Læger 2014;176:V02140126

We present a case report of a woman who had repeating episodes of severe life-threatening malnutrition four years after a laparoscopic gastric bypass operation for severe overweight. Despite several normal examinations her condition remained unstable. She was offered a laparoscopic operation reverting the stomach and small intestine into normal anatomy and it was performed without complications so the condition resolved. The malnutrition was probably caused by a mixture of an eating disorder and the effects of the operation influencing gut hormones. It is important to handle this category of patients in a competent multidisciplinary team.

KORRESPONDANCE: Inge Marie Poulsen, Gastroenheden, Hvidovre Hospital, Kettegård Alle 30, 2650 Hvidovre. E-mail: ingemariepoulsen@dadlnet.dk

ANTAGET: 8. maj 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 25. august 2014

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

LITTERATUR

1. Miras AD, Roux CW. Mechanisms underlying weight loss after bariatric surgery. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2013;119:1-10.
2. Odstrcil EA, Martinez JG, Ana CAS et al. The contribution of malabsorption to the reduction in net energy absorption after long-limb Roux-en-Y gastric bypass. *Am J Clin Nutr* 2010;92:704-13.
3. Ziegler O, Sirveaux MA, Brunaud L et al. Medical follow up after bariatric surgery: nutritional and drug issues. *Diab Metabol* 2009;35:544-57.
4. Himpens J, Dapri G, Cadiere GB. Laparoscopic conversion of the gastric bypass into a normal anatomy. *Obes Surg* 2006;16:908-12.
5. Chousleb E, Patel S, Szomstein S et al. Reasons and operative outcomes after reversal of gastric bypass and jejunoileal bypass. *Obes Surg* 2012;22:1611-6.