



Dr. med. Barna BOLDOG

FMH Chirurgie
Spezialarzt Viszerale Chirurgie
Spezialarzt Bariatrische Chirurgie
Spezialarzt Allgemein- und Unfallchirurgie



Sleeve Gastrektomie/Magenschlauch

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Allgemeine Information

Laparoskopische Sleeve-Gastrektomie (LSG), auch Schlauchmagen genannt, ist ein chirurgisches Verfahren, das minimalinvasiv durch die (Laparoskopisch-) Chirurgie durchgeführt werden kann. Das Verfahren reduziert die Magengröße um ca. 10% des Ursprungsvolumens und bewirkt eine eingeschränkte Kapazität, Nahrung aufzunehmen. Patienten haben ein Völlegefühl schon nach dem Verzehr kleiner Portionen. Das Magenvolumen beträgt nach LSG 80–120 ml. Bei dem Verfahren wird die linke Seite des Magens durch Beschneidung und Klammernaht entfernt. Es entsteht ein neuer Magen in Form eines etwa 20 cm langen Schlauchs („Sleeve“). Operation nimmt keine Umleitungen oder Neuverbindungen mit dem Darm vor und ist insofern weniger komplex als der Magenbypass. Außerdem wird der Pylorus/Pförtner nicht entfernt, also der Muskel, der die Magenleerung reguliert. LSG wirkt gewissermaßen wie ein „natürliches“, funktionales Magenband; es hält die Nahrung für eine Weile im Magen, so dass sich der Patient satt fühlt, während der Nahrungsbrei durchsickert. Zusammen mit dem Umstand, dass die Darmkontinuität nicht verändert wird, kommt es nicht zu den Komplikationen des Dumpings oder zu Ulcera. Die normalen Sättigungsmechanismen werden durch die Operation wiederhergestellt.

Indikationen für LSG

- BMI über 35 kg/m²
- Keine „Sweet-Eaters“
- Keine „Volumenesser“
- Keine „Stress-Esser“
- Zustimmung für das Follow-up-Programm
- Kein Sodbrennen
- Patienten mit klarer Kontraindikation gegen den Magenbypass oder LBDP
- Patienten, bei denen angenommen werden kann, dass kein alternatives chirurgisches Verfahren eine Therapie einleiten kann Patienten, deren Medikation eine zuverlässige Resorption im intakten Darm verlangt.

Vorteile

- Kann als erste Stufe einer Zweistufen-Operation benutzt werden (siehe unten).
- Bei der Operation wird der Teil des Magens entfernt, der das appetitanregende Hormon Ghrelin produziert.
- Niedrige Komplikationsrate.
- Die Operation ist technisch einfacher als der Magenbypass.
- Verändert die Darmanatomie nicht.

Nachteile

- Gelegentlich nimmt man nach drei Jahren wieder etwas zu.
- Mögliche spätere Pouchdilatation, als Folge der Sekundäroperation.
- Da die Operation Resektionen und Klammernähte beinhaltet, können damit zusammenhängende Komplikationen wie Leckagen auftreten.
- Gegenüber dem Magenbypass ist eine größere Diät-Disziplin erforderlich.

Was ist eine Zweistufen-Operation?

Bei manchen Patienten ist aufgrund ihrer individuellen Gestalt der chirurgische Eingriff technisch schwer durchzuführen. Beispielsweise haben Patienten mit einem BMI über 50 – besonders wenn das Gewicht im Bauchraum konzentriert ist – einen besonders hohen Risikofaktor für bariatrische Eingriffe. Wenn Sie in diese Kategorie fallen, können Sie von der zweistufigen OP profitieren. Mehrstufige Operationen wie der Magenbypass oder der Duodenalswitch können auf zwei Eingriffe verteilt werden, die einfacher und sicherer sind. Im ersten Schritt wird die Sleeve-Gastrektomie durchgeführt. Damit können ca. 40–50 kg oder mehr abgenommen werden, sodass die zweite Teil der Operation deutlich sicherer wird. Die zweite Stufe wird gewöhnlich 8–12 Monate nach der ersten angesetzt. Der „Schlauchmagen“ wird dabei in einen Magenbypass umgeformt. Dadurch ist ein weiteres Abnehmen möglich. Beide Stufen können als „Schlüssellochchirurgie“, also minimalinvasiv, durchgeführt werden. Vorteile sind schnellere Rekonvaleszenz, kleinere Narben, weniger Probleme mit der Wundheilung und weniger Schmerzen.

Narkose

Diese Eingriffe werden immer in einer Vollnarkose vorgenommen.

Technische Beschreibung

Die laparoskopische Sleeve-Gastrektomie verkleinert den Magen durch eine vertikale Staplernaht. Zu Beginn wird die große Magenkurvatur vom Omentum majus getrennt. Danach wird eine Magensonde (32–34 CH) in den Magen gelegt. Dies erlaubt eine genaue Modellierung des Sleeves. Die Resektion wird mit Staplern durchgeführt (GIA, die in einem Schneiden und Heften können). Der resezierte Teil des Magens wird durch die Bauchhöhle entfernt. Das Magenvolumen beträgt nach einem solchen Eingriff 80–120 ml.

Komplikationsmöglichkeiten

Der Erfolg und die Risikolosigkeit einer ärztlichen Behandlung kann in keinem Falle garantiert werden, doch sind heute allgemeine Komplikationen von Operationen, wie Infektionen (Lungenentzündung), Venenthrombosen (Gerinnselbildung) und Lungenembolien (Gefäßverschluss durch verschleppte Gerinnsel) durch die eingehende Abklärung vor der Operation und durch Schutzmaßnahmen während des Spitalaufenthaltes sehr selten geworden. Verletzungen von Organen und Blutgefäßen sind durch eine standardisierte Operationstechnik auf ein Minimum reduziert worden. Auch ist heute eine schnelle und wirksame Therapie solcher Probleme möglich.

Es kann insbesondere in den ersten Tagen nach der Operation zu Nachblutungen kommen. Wundinfekte sind selten aber leider nicht ausgeschlossen.

Hospitalisation

Das Verfahren benötigt einen 4-6 Nächte langen Spitalaufenthalt nach der Operation.

Vor dem Eingriff

Der Operateur entscheidet, ob und wann blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar®, Aspirin®) unter Kontrolle des behandelnden Arztes abgesetzt bzw. ersetzt werden müssen.

Nach der Operation

Der Patient muss eine besondere Diät einhalten sowie Vitamine einnehmen, um kontrolliert abzunehmen.

