

Noe å lære av

En tidligere slankeoperert kvinne med magesmerter

Øistein Hovde

oistein.hovde@sykehuset-innlandet.no
Medisinsk avdeling
Sykehuset Innlandet, Gjøvik
2818 Gjøvik

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Se kommentar side 32

Se også kunnskapsprøve
på www.tidsskriftet.no/quiz

En 51 år gammel kvinne ble innlagt i medisinsk avdeling tiltrengende øyeblikkelig hjelp pga. synkope. Det kom frem at hun de siste tre ukene forut for innleggelsen hadde hatt smerter i epigastriet, sporadisk ledsaget av sure oppstøt og retrosternal svie. Smertene var måltidsrelaterte og kom «straks etter at hun hadde svelget første matbit». Hun hadde ikke hatt dysfagi, vekt-tap, oppkast eller endrede avføringsvaner.

Differensialdiagnosene for synkope (kardialt, cerebralt, vasovagalt, smerte) ble diskutert. Mulige årsaker til pasientens gastrointestinale plager inkluderte ulcussykdom, oesophagusstenose, hiatushernie og pylorusstenose.

Pasienten ble nøye utredet for synkope uten at man påviste noen sikker årsak til denne. Utredningen omfattet kardiologisk og nevrologisk undersøkelse inkludert telemetri,

R-test, ekkoundersøkelse av hjertet, EEG, cerebral CT og ortostatisk blodtrykksmåling. Pasienten hadde ikke flere synkoper under oppholdet og var i god allmenntilstand. Imidlertid klaget hun over persisterende måltidsrelaterte smerter i epigastriet, sure oppstøt og halsbrann.

Vi visste at pasienten, pga. adipositas, var blitt operert med åpen gastrisk innsnøring (banding) 23 år forut for den aktuelle innleggelsen. Derfor ble det også tenkt på muligheten for senkomplikasjoner etter dette som årsak til plagene.

Gastroskopi utført seks dager etter innleggelsen viste at båndet som ble brukt ved operasjonen 23 år tidligere, satt ca. 5 cm distalt for ora serrata. Videre så vi at båndet var erodert inn i ventrikkelen og var synlig i et område på ca. 1 1/2–2 cm inne i ventrikkellumen (fig 1). For øvrig var det normale forhold i øvre gastrointestinaltractus.

Vi mente at årsaken til pasientens måltidsrelaterte magesmerter nå var funnet, og vi ønsket å fjerne det eroderte båndet. Grunnen til at man ventet seks dager før gastroskopi ble gjort, var at utredningen for synkope ble prioritert først.

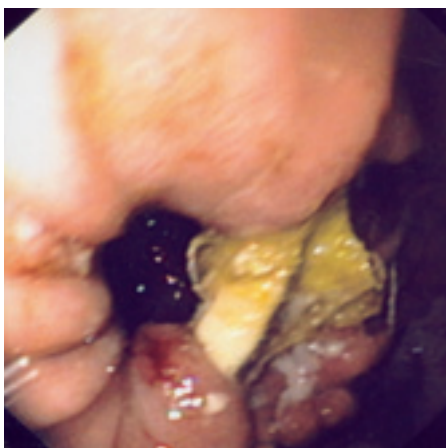
Pasienten ble diskutert med kirurgene. Vi antok at det ville foreligge en del reaktive forandringer rundt ventrikkelen, slik at kirurgisk fjerning av båndet (laparoskopisk eller via laparotomi) kunne være teknisk vanskelig. Det ble derfor bestemt å gjennomføre abdominal CT for å kartlegge forholdene nærmere.

CT-undersøkelse av området ga ingen tilleggsinformasjon. Det var ingen tegn til inflammasjon eller andre patologiske forhold i eller rundt ventrikkelen eller i andre abdominalorganer.

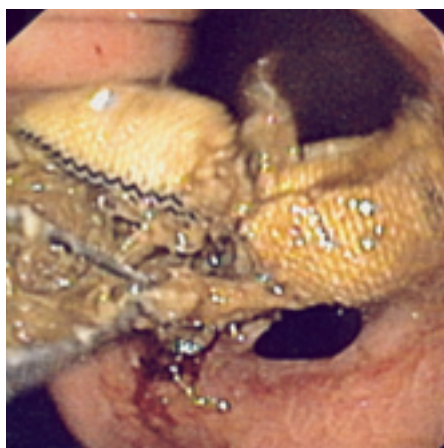
Vi bestemte oss for å prøve å fjerne båndet endoskopisk. Vi hadde ingen saks som var lang nok til å komme gjennom arbeidskanalen på skopet, eller parallelt med skopet. Vi bestilte en kirurgisk saks (Reusable surgical scissors F3–3L-1, Olympus,) som går gjennom arbeidskanalen på gastroskopet. Minimumsdiameter på arbeidskanalen for å benytte dette instrumentet, er 2,8 mm.

Pasienten ble utskrevet fra sykehuset i god allmenntilstand samme dag som den første gastroskopi ble utført. To dager senere gjennomførte vi ny gastroskopi. Med den kirurgiske saksen klippet vi over båndet (fig 2). Prosedyren tok ca. en halv time, da båndet var temmelig hardt og kjeften på saksen nokså liten. Etter at båndet var klippet over, ble en slynge ført gjennom endoskopet. Med den fattet vi tak i den ene enden av båndet (fig 3). Hele båndet ble trukket ut uten vesentlig motstand og fjernet aboralt (fig 4). Det tilkom ingen umiddelbare komplikasjoner. Prosedyren ble utført poliklinisk, men pasienten ble observert tre timer etterpå.

Verken tidlig- eller senkomplikasjoner tilkom, og etter fire måneder kom pasienten tilbake for kontroll. Hun hadde lagt på seg 2 kg, men var svært fornøyd. Smertene hun hadde hatt i epigastriet, var borte. Gastroskopi viste romslige forhold i ventrikkelen, men fortsatt en liten innbuktning der båndet



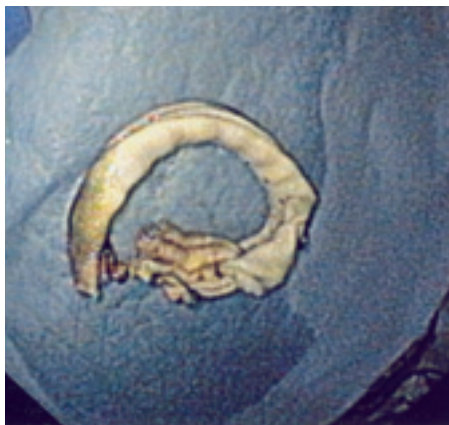
Figur 1 Endoskopisk bilde av det eroderte båndet



Figur 2 Deler av båndet er klippet



Figur 3 Båndet er klippet over



Figur 4 Båndet etter at det er fjernet aboralt



Figur 5 Status i ventrikkelen vel fire måneder etter behandlingen

hadde sittet og for øvrig normale funn (fig 5).

Diskusjon

Adipositas kirurgi kan gjøres på flere måter. En av metodene er gastrisk innsnøring (banding), der et silikonebånd plasseres kirurgisk på utsiden av magesekken. Båndet plasseres så høyt oppe på magesekken at pasienten kun kan spise små mengder om gangen (1). I 1980-årene benyttet man uelastiske bånd for å avsnøre magesekken. Nå brukes forskjellige typer justerbare silikonebånd (1, 2). Fordelene med gastrisk banding er bl.a. at metoden er reversibel, den er relativt trygg og kan gjøres laparoskopisk (2). Imidlertid er mange forskjellige komplikasjoner etter denne behandlingen beskrevet, bl.a. migrering av båndet til tynntarmen og duodenal obstruksjon (2, 3). Erodering av båndet til ventrikkellumen er også beskrevet (2, 3). Symptomer på erodering inn i ventrikkellumen kan være vektøkning, kvalme og oppkast, smerte og blødning (hematemese, melena) (4). De eksakte årsakene til bånderodering er ikke avklart. Flere hypoteser er diskutert. Erodering av gastrisk bånd starter vanligvis med en inflammasjonsreaksjon mellom ventrikkelveggen og båndet. En faktor er at båndet er et fremmedlegeme og dette kan provosere frem en inflammasjonsreaksjon (4). En annen mulig mekanisme er skade på ventrikkelveggen. Skadet mucosa som kommer i kontakt med et fremmedlegeme, kan resultere i en lokal inflammasjonsreaksjon med fare for migrasjon av båndet (4). Dersom båndet settes for stramt, kan nekrose og erodering følge (5).

I en stor studie som omfattet 2 949 opererte pasienter, var insidensen for erodering av gastrisk bånd etter primæroperasjonen 0,92 % (5). Diagnostisering av denne tilstan-

den gjøres vanligvis via gastroskopi, men CT kan også brukes (6).

Bånderodering kan behandles konservativt, endoskopisk eller kirurgisk. Forskjellige måter å behandle denne komplikasjonen på, er beskrevet, bl.a. kirurgisk fjerning av båndet (2, 4). Vår kasuistikk illustrerer en endoskopisk måte å fjerne et erodert gastrisk bånd. Endoskopisk fjerning bør foretrekkes, og av 22 pasienter i en stor studie, ble 14 behandlet på denne måten (5). Slik fjerning kan være teknisk vanskelig, men bør forsøkes før kirurgisk fjerning, siden metoden er mindre invasiv enn kirurgi og siden kirurgisk fjerning kan være svært komplisert (5).

Litteratur

1. Mårvik R, Dahl U, Sandbu R et al. Behandling av sykkelig overvekt hos voksne. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet 4.5. 2005. Oslo Helse- og omsorgsdepartementet, 2005.
2. Vantienen B, Vanderdeweg W, Hoore AD et al. Intragastric erosion of laparoscopic adjustable silicone gastric band. *Obes Surg* 2000; 10: 474–6.
3. Taskin M, Zengin K, Unal E. Intraluminal duodenal obstruction by a gastric band following erosion. *Obes Surg* 2001; 11: 90–2.
4. Meir E, van Baden M. Adjustable silicone gastric banding and band erosion: personal experience and hypothesis. *Obes Surg* 1999; 9: 191–3.
5. Fobi M, Lee H, Igwe D. Band erosion: incidence, etiology, management and outcome after banded vertical gastric bypass. *Obes Surg* 2001; 11: 699–707.
6. Haniouk B, Agneessens E, Rubesova E et al. Intragastric band erosion after laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity: imaging characteristics of an underreported complication. *AJR Am J Roentgenol* 2005; 184: 109–12.

Manuskriptet ble mottatt 25.4. 2006 og godkjent 6.9. 2006. Medisinsk redaktør Michael Bretthauer.

Kommentar

Komplikasjoner til slankeoperasjoner

Når flere får tilbud om kirurgisk behandling av sykkelig fedme blir det viktig også å kjenne til komplikasjoner av slik behandling.

Såkalt gastrisk innsnøring (banding) er i utgangspunktet en reversibel prosedyre og kan i dag gjøres laparoskopisk. En slik avsnøring av magesekken, men med et uelastisk bånd, ble i Norge tilbudt en rekke pasienter med sykkelig fedme i 1980-årene. Komplikasjoner relatert til at båndet skled med påfølgende symptomer på passasjehinder, har vært godt kjent og derfor medført henvisning til gastroskopi. Mer sjeldne komplikasjoner har vært smerter og erodering av båndet.

Hos en pasient som har gjennomgått slankeoperasjon og kommer med gastrointestinale symptomer, vil en henvisning

til gastroskopi være neste skritt for å kartlegge årsaken. Ved denne prosedyren kan det også gjøres en kartlegging av om båndet har sklidd og ført til ytterligere avsnøring, alternativt løst. Denne type komplikasjoner må tas hånd om kirurgisk. En erodering av båndet til ventrikkellumen vil kunne ses godt ved gastroskopi.

Å behandle endoskopisk vil i dette tilfelle være den minst invasive prosedyren. I aktuelle kasuistikk lyktes man i å klippe over båndet med en endoskopisk saks. Det vil ikke være mulig å anvende strøm (diatermi) og eksempelvis en nålepapillotom for å kutte over båndet. Laser anvendes i dag i liten grad i fleksibel endoskopi, men har vært anvendt til dette formål etter en tusjfarging om båndet har vært hvitt. Deretter kan man forsøke å

trekke ut båndet med en fremmedlegemetang, hvilket også kan være problematisk. Om endoskopisk behandling ikke skulle lykkes, må laparoskopisk behandling, alternativt åpen kirurgi, vurderes.

Truls Hauge

trulhaug@online.no
Gastromedisinsk avdeling
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Manuskriptet ble mottatt 24.10. 2006 og godkjent 7.11. 2006. Medisinsk redaktør Michael Bretthauer.