

Rapport från SFOKs Komplikationsseminarium

Den 5:e december hade 22 deltagare samlats på Arlanda för att delta i det tredje komplikationsseminariet arrangerat av Svensk Förening för Obesitaskirurgi (SFOK). Föreningen vill med dessa möten uppmärksamma Sveriges kirurger på tänkbara problem som kan uppstå efter obesitaskirurgi och diskutera förslag på åtgärder med hjälp av deltagarnas egen fallpresentationer. Årets seminarium sammanfattas här av Magnus Sundbom, Uppsala och Mikael Ekelund, Lund.

Gastric sleeve

Bengt Novik presenterade ett fall med **tidig förträngning i angulusnivå** vilket kan uppkomma om man staplar för nära kråkfoten/angulus. Mekaniskt eller funktionellt hinder på denna nivå är relativt vanligt och många olika behandlingar har förespråkats (stent, myotomi, Mikuliczplastik och vid kroniska problem konvertering till gastric bypass). Efter en litteraturgenomgång förordande Bengt tidig start av upprepade endoskopiska dilatationer, som bör göras med viss försiktighet.

Läckage och slitsileus gastric bypass

Magnus Sundbom redovisade ett fall med **läckage från den exkluderade ventrikeln** 8 dagar efter en okomplicerad lap-GBP. Perforationen, som satt i vinkeln mellan den horisontella och första vertikala stapelraden, syddes över och området dränerades med gott resultat. Auditoriet önskade en samtidig gastrostomi, något som sällan är fel. Denna hade även kunnat läggas genom perforationen, om hålet var svårt att sluta.

Johanna Österberg drog ett fall med **perforation vid sidan av enteroanastomosen**. Själva EA:n inspekterades helt ua, varför fiskbensperforation misstänktes. Patienten återhämtade sig utan ytterligare åtgärder, men återkom med lätt förhöjda leverprover. En gastroskopi visade då stomalt ulcus och PPI-behandling insattes. Någon helt säker förklaring till patientens initiala tillstånd kunde sålunda inte ställas, men flera kursdeltagare hade sett fiskbensperforationer i tunntarmen och någon även efter GBP.

Åsa Olsson diskuterade det viktiga problemet med **upprepade slitsileus** hos GBP-opererade. Hennes patient hade redan genomgått operation för slitsileus, varvid slitsarna hade förslutits, men återkom med förnyade knipsmärtor. Efter ytterligare en CT utfördes en akut laparoskopi, som konverterades då man fann lymfa i buken som tecken på tarmpåverkan. Ingen säker slitsherniering kunde dock återfinnas men svullna tarmar och en öppning vid Petersens (trots förslutning vid det nyliga ingreppet). I den efterföljande diskussionen togs frågan upp om hur slitsarna skall förslutas (resorberbar/icke-resorberbar tråd eller clips) samt framför allt vem som skall sköta patientgruppen. I t.ex. Malmö akutinläggs 2 GBP-opererade patienter varje vecka för vidare vård, trots att kliniken inte har någon elektiv obesitaskirurgi. Oavsett lokala traditioner och förekomst av egen obesitaskirurgi rekommenderade auditoriet kontakt med obesitaskirurg, då det kan vara svårt att förstå anatomin och åtgärda slitsarna då operationstekniken skiljer sig. Detta är en mycket viktig fråga för svensk obesitaskirurgi.

Ashok Gadre redovisade två svåra fall med **omfattande tunntarmsgangrän**. I det första hade man endast kunnat spara ca 30 cm vardera gallförande tarm, Roux-slynga och distala ileum. Vid en second-look återställdes tarmkontinuiteten och patienten kunde utskrivas efter 3v. Hon genomgick senare en ny laparotomi på grund av krampartade buksmärter, varvid man fann lumeninskränkt tarm. Fyra månader senare lades hennes GBP ned och hon nutrieras med

långtids-TPN. I det andra fann man också ett omfattande tunntarmsgangrän, trots en tidig laparotomi. Tarmändarna lades ut som stomier med en avlastande gastrostomi. När patienten återhämtat sig återställdes tarmkontinuiteten, utan att några fibrotiska tarmavsnitt behövde reseceras. Ett annat fall diskuterades där patienten genomgått massiv tunntarmsresektion och avlastats med gastrostomi och nasal sond i lillmagen under någon månad och herefter återkopplats. Flera deltagare hade sett sena förträngningar som gett passagehinder i kanten av gangränösa områden och man spekulerade om inte initiala stomier (eller adekvat avlastning) var att föredra vid dessa uttalade gangrän.

Andra komplikationer efter gastric bypass

Kalev Teder drog ett fall med **retrograd invagination** hos en patient som inkom akut efter par år efter att ha konverterats till GBP från band. Efter att invaginationen diagnostiserats på CT kunde common channel reponeras ur EAn och Roux-benet. Patienten hade dock återkommande buksmärter men normal CT. Vid förnyad laparotomi fann man ingen invagination, men proximala partier med dilaterad tarm efter adherenslösning. Kunde intermittent invagination ha förelegat? Mikael Ekelund sammanfattade kunskapsläget kring invaginationer genom att citera Nguyen. ”You have problems with post-GBP intussuceptions? My advice? Look for something else!”

Mikael Ekelund diskuterade ett nytillkommet och vanligt problem, **EA-knick**, i ett videofall. Patienten hade redan fått ny EA en vecka efter sin lap-GBP, men var postoperativt septisk. Vid reoperationen fann man dels en ny knick mellan alimentary och common limb, dels att blindändan på den ursprungliga EAn var svart. Denna resecerades och en ny EA fick anläggas mellan gallförande och common-limb (samt en avlastande gastrostomi och tömning av abscess). Efter detta följde en diskussion kring möjligheten av initial konservativ terapi vid suspekt EA-knick, utan dilatation av stormagen, med nasogastrisk sond och TPN, varvid reoperation och partiellt dåligt dränerade tarmavsnitt kan undvikas. En omedelbar operation med ny EA ger också ofta rikligt med spill från de övre dilaterade tarmsegmenten. Detta kan minskas om tillförande slynga stängs tillfälligt med ett bomullsband eller Vessel-loop.

Lars Boman exemplifierade problemet med **oklart illamående** i ett fall efter rutinmässig lap-GBP. Patienten drabbades av kräkningar och aspirationspneumoni, där gastroskopi visade stomalt ulcus. Trots PPI-behandling återkom han till flera sjukhus på grund av illamående och kräkningar, vilket ledde till multipla utredningar. En diagnostisk laparoskopi på opererande klinik visade EA-knick och denna reviderades. Såret var läkt vid kontrollskopi. CT vid förnyat akutbesök visade ”långsam passage” och vida proximala tunntarmar, vilket kunde verifieras vid laparotomi utan att någon mekanisk orsak kunde återfinnas. Man spekulerade i Roux-stas och GBPn lades ned. Patienten illamående försvann och han mår bra. Trots att många kände igen problemet med oklara diffusa gastrointestinala symtom framkom ingen optimal utredning eller annan lösning på problemet.

David Stillström drog ett fall med **svårläkt stomalt ulcus**. Patienten hade god viktnedgång efter en lap-GBP 2006 på BMI 66, men drabbades 2012 av epigastralgi. Gastroskopi visade ett stomalt ulcus, som inte läkte trots långvarig PPI-behandling. Vid övre passage fyllde kontrasten ut en elongerad blindände vid gastrojejunostomin. När denna candy-cane receserats försvann epigastralgierna. Auditoriet tipsade också om behandling med misoprostol vid svårläkta ulcus trots hög PPI-dos.

Johan Ottosson kompletterade med ett fall med peroperativ **ischemi i toppen av Roux-slyngan** bakom gastrojejunostomin. Detta uppkom efter delning mellan de nyanlagda

anastomoserna och berodde troligen på störd cirkulation. Alternativet stod mellan resektion av området, sy över eller att lämna det kvar. Man valde att anlägga en helt ny gastrojejunostomi och allt gick bra. I den efterföljande diskussionen kom risken för stramning om omentet inte delas samt att lätt missfärgning sannolikt kan tillåtas utan vidare åtgärd.

Per Videhult berättande om ett tragiskt fall där **tunntarmen fastnat i navelporten** efter lap-GBP. På grund av flera olyckliga omständigheter uppstod en patients-delay och vid en laparotomi på vitalindikation fann man inklämning av common channel med sekundär blow-out av duodenum (!), vilket åtgärdades med rafi och gastrostomi. Vid second-look lades riktade drän och buken lämnades öppen. En problematisk hög tunntarmsfistel isolerades i VacPac-förbandet men efter 5 månader avled patienten i critical illness neuropati. Många i auditoriet varnade för att vid bariatrisk kirurgi reponera innehållet ur bräckportar utan låta omentfett sitta kvar om detta operationstekniskt tillåtes.

Bengt Håkansson avslutade med att diskutera **avlastande sond vid akuta reoperationer**. En patient inkom med akuta knipsmärtor ett år efter en lap-GBP med slutna slitsar och god viktnedgång (BMI 45-35). CT ansågs initialt ua, men efter något dygn utfördes en diagnostisk laparoskopi som sedermera konverterades. Man fann inre herniering samt en bezoar i EAn. Huvudproblemet var dock att patienten aspirerat i samband med sövningen. Trots 100% syrgas och massiv intensivvård drabbades hon av respirationssvikt, som krävde över 2 veckors ECMO-behandling. Efter lång vårdtid kunde patienten hemskrivas. Fallet belyser vikten av avlastande sond inför anestesi, framför allt vid volymkräkning. Dekomprimerade tunntarmar underlättar även det kommande bukingreppet. Flera dödsfall har skett på högvolumcenter på grund av massiv aspiration, så noggrann diskussion mellan ansvarig kirurg och anestesilog behövs även om aspirationsrisk anges på operationsanmälan!

Tack till alla deltagare

Styrelsen tackar alla för deras fallpresentationer och bidrag till den mycket konstruktiva diskussionen under detta heldagsmöte. Även om temat var ganska dystert ansåg samtliga deltagare att dagen varit mycket lärorik. Många ansåg dessutom att liknade dagar skulle behövas för fler patientgrupper. Vid nästa års komplikationskonferens kommer deltagarnas fallpresentationer att kompletteras med ett utvalt tema, till exempel selektion av patienter med psykisk sjukdom eller kroniska smärtor.

Bli medlem i SFOK

Vi uppmanar alla obesitasintresserade att bli medlemmar i SFOK. Besöka gärna föreningens hemsida www.sfok.se, som innehåller information om kommande aktiviteter som till exempel Nordic Bariatric Meeting i mars 2014.

Sammanfattat av Magnus Sundbom och Mikael Ekelund (Ordförande, SFOK)