

Chirurgie der Adipositas

DIE NEUE S3-LEITLINIE

...AUSZÜGE...

Ziele der S3-Leitlinie

- **Entscheidungshilfen (EMPFEHLUNGEN)** zur Qualitätsoptimierung der Adipositas therapie
- basierend auf einer systematischen Auswertung der Evidenz
- basierend auf einer systematischen Entwicklung der Konsentierung (Stufe S3)

Empfehlungsgrad	"Evidenz"grade für Therapiestudien	Typen von Literaturstudien
A	1a	Systematisches Review randomisierter kontrollierter Studien
	1b	mindestens eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT)
B	2a-b	Systematisches Review von vergleichenden Kohortenstudien
	3a-b	Systematisches Review von Fall-Kontrollstudien oder mindestens eine gut geplante kontrollierte Studie
C	4	Fallserien und mangelhafte Fall-Kontrollstudien, begründete Expertenmeinung
	5	Meinungen ohne explizite kritische Bewertung

Klassifikation der Konsensstärke:

Starker Konsens: Zustimmung von $\geq 95\%$

Konsens 75 - 95%

Mehrheitliche Zustimmung >50-75%

Kein Konsens <50%

Evidenz-basierte Empfehlungen

Empfehlungsgrad	"Evidenz"grade	
A	13	1a 0
		1b 74
B	18	2a-b 123
		3a-b 32
C	8	4 281
		5 -

Fachgesellschaften und Mitglieder

- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Visceralchirurgie (Arbeitsgemeinschaft)
- PD Dr. M. Colombo-Benkmann, Dr. R. Flade-Kuthe, PD Dr. Th. Hüttl, Dr. O. Mann, Prof. Dr. Dr. h.c. N. Runkel, PD Dr. E. Shang, Dr. M. Susewind, Dr. H. Tigges, PD Dr. S. Wolff, Dr. R Wunder
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Prof. Dr. Martina de Zwaan
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin Prof. Dr. A. Weimann
- Deutschen Adipositasgesellschaft Prof. Dr. A. Wirth, Dr. K. Winckler
- Methodik PD Dr. S. Sauerland

Themen

Evaluation Indikation OP-Wahl Technik Nachsorge

Multidisziplinäre Evaluation

A	Starke Empfehlung	Der Patient muss vom Chirurgen <u>und</u> Anästhesisten gesehen werden
B	Empfehlung	... und auch von einem Ernährungsspezialisten. Weitere Spezialisten entsprechend der Ko-Morbidität

Evaluation und Diagnostik

- Eine operative Maßnahme zur Gewichtsreduktion erfordert eine vorhergehende **interdisziplinäre Stellungnahme**. ↑
- In diesem Zusammenhang sollte eine Vorstellung bei einem in der konservativen **Adipositas-Therapie erfahrenen Arzt** erfolgen. ↑
- Bereits präoperativ sollen die Patienten von einer **Ernährungsfachkraft** mit betreut werden. ↑↑
- In Abhängigkeit der Komorbidität des adipösen Patienten sollten weitere **Fachdisziplinen** und Experten hinzugezogen werden. Insbesondere sollte bei allen Patienten die Konsultation eines möglichst in der Therapie der Adipositas tätigen klinischen **Psychologen**, Psychosomatikers oder Psychiaters in Betracht gezogen werden. ↑
- Große Oberbaucheingriffe wie die bariatrischen Operationen bedürfen einer umfassenden **Vorbereitung** mit gründlicher Anamneseerhebung unter Erfassung und Dokumentation aller Begleiterkrankungen, der aktuellen Medikation, Beschwerden und Symptome. ↑ ↑

Evaluation und Diagnostik

- **Der Chirurg entscheidet nicht alleine!** eine
- **Sie brauchen einen Fach-Partner!** nem in der
gen. ↑
- **Sie brauchen eine Ernährungsfachkraft!** chkraft mit
- **Sie brauchen keine Routine-psych. Evaluation!**
Sie brauchen einen Fach-Psychologen!
Psychiaters in Betracht gezogen werden. ↑
- **Keine spezifische Vorbereitung auf OP!** ürfen einer
unter
Erfassung und Dokumentation aller Begleiterkrankungen, der aktuellen
Medikation, Beschwerden und Symptome. ↑ ↑

Indikation

A	Starke Empfehlung	BMI > 35+Komorbidität oder > 40 Patienten müssen die Nachsorge akzeptieren Keine Kontraindikation
B	Empfehlung	

Versagen
Erschöpfung
Aussichtslosigkeit

Internistischer Einschub

Die konservativen Behandlungsmöglichkeiten sind erschöpft, wenn durch eine multimodale konservative Therapie innerhalb von **sechs bis zwölf Monaten** das Therapieziel nicht erreicht und gehalten wurde; bei Patienten mit einem BMI von **35 > 39,9 kg/m²** werden **10-20 %** und mit einem BMI über 40 kg/m² **10-30 %** Verlust des Ausgangsgewichts gefordert.

Indikation I

- Bei Patienten mit einem **BMI ≥ 40 kg/m²** ohne Kontraindikationen ist bei Erschöpfung oder geringer Erfolgsaussicht der konservativen Therapie eine bariatrische Operation indiziert. ↑↑
- Bei Patienten mit einem **BMI ≥ 35 kg/m²** und mehreren Adipositas-assoziierten Komorbiditäten (z.B. Diabetes mellitus Typ 2, Hypertonie, Schlafapnoe) ist ebenfalls eine chirurgische Therapie indiziert, wenn eine konservative Therapie erschöpft ist oder geringe Erfolgsaussicht hat. ↑↑
- Bei Patienten mit einem **Diabetes mellitus Typ 2** kann bereits bei einem BMI zwischen **30 und 35 kg/m²** die Indikation zur bariatrischen Chirurgie in einer wissenschaftlichen Studie erwogen werden. ⇔

alt....

Die metabolische Chirurgie ist da!

Indikation II

- Ein **höheres Lebensalter (> 65 Jahre)** allein stellt keine Kontraindikation zur bariatrischen Operation dar. Bei Patienten im höheren Lebensalter soll die Indikation zur bariatrischen Operation besonders begründet werden. Ziel des Eingriffes ist oft die Verhinderung von Immobilität und Pflegebedürftigkeit. ↑↑
- **Kinderwunsch** stellt keine Kontraindikation zur bariatrischen Chirurgie dar.↑
- Eine chirurgische Maßnahme kann als ultima ratio nach Scheitern wiederholter multimodaler konservativer Therapien bei extrem adipösen **Jugendlichen** mit erheblicher Komorbidität erwogen werden. ⇔

Alte, Jugendliche, fertile Frauen können als Einzelfälle operiert werden!
Individualisierte Begründung notwendig!

Indikation II

- Können die als Kontraindikation genannten Erkrankungen oder Zustände erfolgreich behandelt werden, oder können psychopathologische Zustände in einen **stabilen Zustand** überführt werden, sollte eine Re-Evaluation erfolgen. ↑

Es gibt keine Begleiterkrankung, die – wenn stabil – eine Kontraindikation darstellt.

Verfahrenswahl

A	Starke Empfehlung	Gewichtsreduktion: BPD>Magenbypass>VBG>Magenband Komplikationen: bei Anastomosen höher
B	Empfehlung	

Wahl des operativen Verfahrens

- Ein für alle Patienten **pauschal** zu empfehlendes Verfahren existiert nicht. ↑↑
- Als **effektive operative Verfahren** zur Therapie der Adipositas sollten Magenband, Schlauchmagen (SM), Roux-Y-Magenbypass (RYMBP), oder BPD mit duodenalem Switch (BPD-DS) eingesetzt werden. ↑
- Die **Verfahrenswahl** soll unter Berücksichtigung von BMI, Alter, Geschlecht, Komorbiditäten, Adhärenz und Beruf erfolgen. ↑↑
- **Zweizeitige Konzepte** (Stufenkonzepte) sind in der Lage, das perioperative Risiko zu senken und sollten besonders bei Patienten mit Extremformen der Adipositas (BMI > 50) und/oder erheblicher Komorbidität erwogen werden.

Es gibt keine objektivierbare Verfahrenswahl.
Sie ist immer eine Entscheidung zwischen Patient und Chirurg! (Nicht MDK!)
Der Chirurg muss alle Verfahren kennen.
Der Schlauchmagen ist etabliert.
Zweizeitige Konzepte sind etabliert.

Nachsorge

A	Starke Empfehlung	
B	Empfehlung	Multidisziplinäre Nachsorge 1. Jahr: 3-8x 2. Jahr: 1-4x ab 3. Jahr: 1-2x Spez. Nachsorge-Protokolle

Nachsorge I

- Patienten nach Adipositas-chirurgischen Eingriffen bedürfen - unabhängig von der Art der Operation - einer **regelmäßigen und interdisziplinären Nachsorge** durch einen in der Adipositas-therapie erfahrenen Arzt und eine Ernährungsfachkraft. ↑↑

- Bariatrisch operierten Patienten sollten im **ersten postoperativen Jahr** eine engmaschigere Nachsorge und ärztlichen Betreuung angeboten werden. ↑

- Zur Verhinderung einer Malnutrition sind bei Verfahren mit malabsorptiver

Die Nachsorge ist obligat.

Der Chirurg muss das sicher stellen.

- Keine Standard-Schema!

Ganzheitlich!

Mangelerscheinungen erforderlich. ↑↑

n und Kalzium
nach

erfolgen. ↑↑

upplementierung
bei sehr schneller

Leitlinien-Neues

- Präop. Evaluation multidisziplinär, kein fester Zeitrahmen, kein festes Schema
- Indikation basiert auf NIH 1991, aber keine prinzipielle Kontraindikation, „Erschöpfung“, „Erfolgslosigkeit“, hohes Alter, Kinder
- metabolische Chirurgie, DM II ab BMI 30
- Standard-Ops: lap. Bypass, Magenschlauch, Band, BPD
- Verfahrenswahl: individuell
- Nachsorge regelhaft
- postbariatrische plastische Chirurgie
- In der Adipositas-therapie-erfahrenen Arzt, Chirurg, Psycho..

Dank an die Kollegen!

- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Visceralchirurgie (Arbeitsgemeinschaft)
- PD Dr. M. Colombo-Benkmann, Dr. R. Flade-Kuthe, PD Dr. Th. Hüttl, Dr. O. Mann, Prof. Dr. Dr. h.c. N. Runkel, PD Dr. E. Shang, Dr. M. Susewind, Dr. H. Tigges, PD Dr. S. Wolff, Dr. R Wunder
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Prof. Dr. Martina de Zwaan
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin Prof. Dr. A. Weimann
- Deutschen Adipositasgesellschaft Prof. Dr. A. Wirth, Dr. K. Winckler
- Methodik PD Dr. S. Sauerland

Internistischer Einschub

- **1. Art der Behandlung.**
- *Ernährung:* Möglichkeiten zur Ernährungstherapie sind dann erschöpft, wenn mittels einer energiereduzierten Mischkost und einer weiteren ernährungsmedizinischen Maßnahme (z.B. Formula-Diät, weitere Form einer energiereduzierten Mischkost) das Therapieziel nicht erreicht wurde.
- *Bewegung:* Durchführung einer Ausdauer- und/oder Kraftausdauersportart mit mindestens 2 Stunden Umfang pro Woche, falls keine Barrieren bestehen (z.B. Gonarthrose für Gehsportarten oder Scham beim Schwimmen).
- *Psychotherapie:* Durchführung einer ambulanten oder stationären Psychotherapie (Verhaltenstherapie oder Tiefenpsychologie), falls eine Essstörung (binge-eating, night-eating) oder eine Psychopathologie (z.B. Depression, Ängstlichkeit) vorliegt.

Internistischer Einschub

- **2. Dauer der Behandlung:** Die genannten Therapiearten müssen mindestens 6 Monate durchgeführt werden (sie werden spätestens nach 12 Monaten abschließend).
- **3. Setting:** Behandlungen zum Lebensstil sollten nach Möglichkeit in der Gruppe (Leitung durch Fachpersonal oder Selbsthilfegruppe) erfolgen.
- **4. Primäre Indikation:** Lassen Art und/oder Schwere der Krankheit bzw. psychosoziale Gegebenheiten annehmen, dass eine chirurgische Therapie nicht aufgeschoben werden kann oder ohne Aussicht auf Erfolg ist, kann in Ausnahmefällen auch primär eine chirurgische Therapie durchgeführt werden; die Indikation hierzu ist durch einen in der Adipositas therapie qualifizierten Arzt und einen bariatrischen Chirurgen gemeinsam zu stellen".