

Zusammenfassung

Ingfu Wirjawan

Dr. med.

Über die Qualitätssicherung in der Adipositaschirurgie - Signifikanz von Laborparametern und Entwicklung der Liegezeiten nach adipositaschirurgischen Eingriffen

Fach/Einrichtung: Chirurgie

Doktorvater: Prof. Dr. med. Lars Fischer

Die Adipositas ist eine Krankheit mit zunehmender Inzidenz nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Industrieländern. Man definiert sie in den allermeisten Fällen nach dem Body-Mass-Index. Ab einem BMI von 25 kg/m² spricht man von einer Präadipositas, ab 30 kg/m² von einer Adipositas und ab 40 kg/m² von einer Adipositas Grad III oder auch Adipositas per magna. Weltweit wird geschätzt, dass bei ca. 39% der Erwachsenen eine Präadipositas besteht, bei 13% sogar eine Adipositas. Die Betroffenen kommen mehrheitlich aus Industrieländern, jedoch zeigen sich auch steigende Inzidenzen von übergewichtigen Kindern in Ländern mit mittlerem und niedrigem Bruttosozialprodukt aus Asien und Afrika. In Deutschland wird die Prävalenz der übergewichtigen Erwachsenen auf deutlich über 50% geschätzt. Eine Reihe von Begleiterkrankungen zeigen eine enge Assoziation mit der Adipositas. Hierunter fallen der vermehrte Verschleiß der Gelenke und strukturelle Schwächen des Bindegewebes, genauso wie Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Asthma bronchiale, obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS) und Arthritis. Der sozioökonomische Druck durch die Adipositas ist in mehreren Teilen zu sehen. Neben reinen Kosten für das Gesundheitssystem sind indirekte Kosten durch Arbeitsunfähigkeit oder Krankheitstage nicht zu vernachlässigen.

Die Therapie der Adipositas ist indiziert bei adipösen Menschen mit einem BMI von >30 kg/m² oder bei Übergewicht mit einem BMI von 25-30 kg/m² mit gleichzeitigem Vorliegen relevanter, Adipositas assoziierter Begleiterkrankungen. Zur Therapie der Adipositas gehört stets eine Basistherapie, bestehend aus Ernährungstherapie, Bewegungstherapie und Verhaltenstherapie. Selbst wenn die Indikation zur primären, operativen Versorgung besteht, verbessert eine adequate Basistherapie vor allem das Langzeit-Outcome. Zu den gängigen, operativen Verfahren gehören die Sleeve-Gastrektomie, der proximale Roux-en-Y Gastricbypass, das adjustable Gastricband, der Omega-Loop Gastricbypass und die biliopankreatische Diversion mit Duodenalswitch, wobei die Sleeve-Gastrektomie und der proximale, Roux-en-Y Gastricbypass die häufigsten durchgeführten Eingriffe bilden. Die Sicherheit der bariatrischen Chirurgie ist in vielen Studien dargestellt worden und zeigt eine Mortalität von unter 1%, häufig sogar weit unter 0,5%. Diese Eingriffe bewirken nicht nur eine signifikante Reduktion des Körpergewichts, sondern auch eine deutliche Regredienz der adipositasassoziierten Begleiterkrankungen.

Bei Beginn des Programms wurde der Fokus auf maximale Sicherheit für Patienten und Behandler gelegt, weshalb die postoperative Verweildauer auf 6 Tage festgelegt wurde mit

täglichen, umfangreichen Laborkontrollen. Zur Optimierung des perioperativen Managements wurden in zwei retrospektiven Beobachtungskorridoren (zwischen dem 1. August 2012 und dem 31. Juni 2015 (HD/Salem), sowie von Januar 2018 bis Dezember 2021 im Klinikum Mittelbaden) die Daten von allen Patienten erhoben, welche eine primäre, bariatrische Operation erhielten. Untersucht wurden die klinische Relevanz der postoperativen laborchemischen Kontrollen und die Entwicklung der Krankenhausverweildauer unter Berücksichtigung der postoperativen Komplikationen.

Die laborchemischen Kontrollen wurden untersucht und auf ihren Prognosewert für Komplikationen geprüft. Die einzige statistische Signifikanz zeigte sich bei einem CRP-Wert von > 100 mg/dl am 2. postoperativen Tage hinsichtlich einer septischen Komplikation. Bei der Liegezeitentwicklung zeigte sich ein stark regredienter Trend mit einem durchschnittlichen Krankenhausaufenthalt von zunächst 6,5 Tagen auf 3,4 Tage, ohne Zunahme der Früh- oder Spät komplikationen.

Für die Erkennung vor allem von Frühkomplikationen zeigt sich die einmalige laborchemische Kontrolle am 2. PO-Tage als ausreichend, wobei die klinische Untersuchung durch einen erfahrenen Chirurgen maßgeblich zur Indikationsstellung einer Revision bleibt.

Außerdem sind beide Beobachtungskorridore herangezogen worden, um die Übertragbarkeit von Erfahrungen hinsichtlich des Aufbaus eines Kompetenzzentrums für Adipositas und metabolischen Chirurgie zu prüfen. Hier zeigte sich, unter Erfüllung bestimmter Bedingungen (Beschäftigung und Schulung von ausreichend Personal, adäquate Materialausstattung, etc...), dass der Aufbau eines Kompetenzzentrums in wenigen Jahren durch einen federführenden, erfahrenen, bariatrischen Chirurgen erfolgen kann ohne signifikanten Verlust von Sicherheit oder Qualität.