



## Spoedcast - Bariatrie

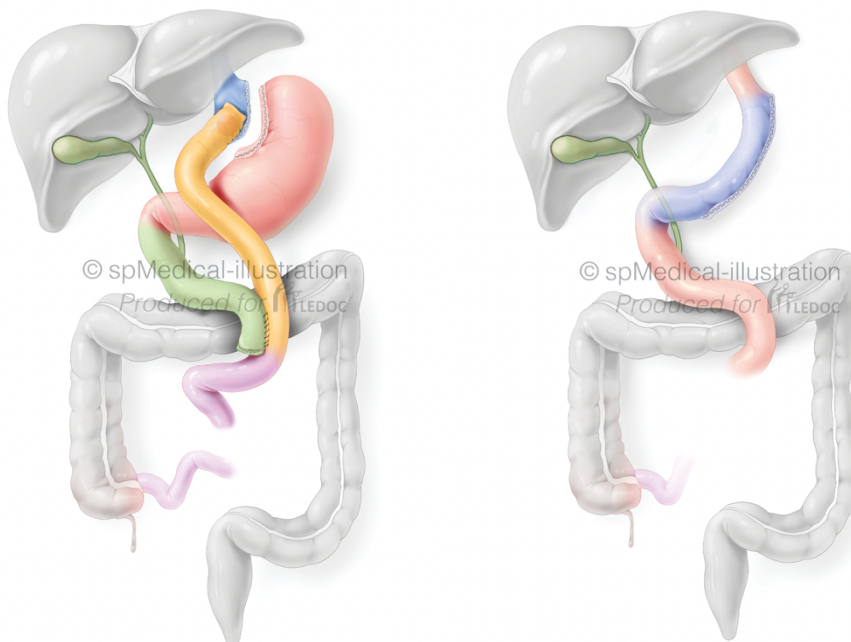
Seizoen 3, episode 1  
1-2023

### Key points:

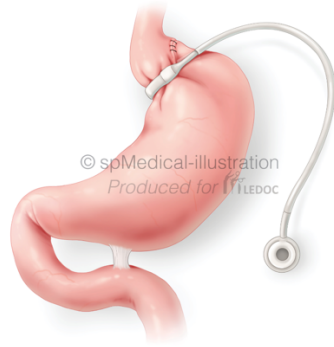
Complicaties na bariatrische chirurgie zijn infrequent, met ernstige of chirurgische complicaties optredend in 0,5-1,5% van de gevallen in de eerste twee jaar na de ingreep (afh. Van het type ingreep). Er bestaan vroege en late chirurgische complicaties na een bariatrische ingreep. Intra-abdominale pathologie die geen rechtstreeks gevolg is van de chirurgie is frequenter (vb. niersteen, galkolieken, cholecystitis). Een volledig overzicht van diagnose en therapie van chirurgische complicaties vinden jullie terug in het uitstekende overzichtsartikel van Contival et al. (Journal of Visceral Surgery 2018 – cf. Infra).

#### ◇ Types bariatrische heekunde:

- Laparoscopische maagband: creëert een klein reservoir in de maag. Ingreep grotendeels verlaten door complicaties en gebrek aan compliantie waardoor onvoldoende effect.
- Laparoscopische gastric bypass: Aanleggen van een kleine restmaag, met constructie van een Roux-en-Y circuit met een alimentaire lis (waarlangs het voedsel passeert) en een biliare lis (waarlangs de verteringszappen passeren).
- Laparoscopische sleeve gastrectomie: Aanleggen van een kleinere buismaag.



Figuur 1A: Roux-en-Y Gastric Bypass, 1B: Sleeve gastrectomie



Figuur 2: Maagband

◇ **GALCRISIS**

In perioden van snel en uitgebreid gewichtsverlies veel frequenter voorkomend. Incidentie is het hoogste in het eerste 1,5 jaar na gastric bypass. Pijn is typisch in het rechterhypochoonder, al kunnen ook vagere pijnklachten het beeld vormen. Eerste keuze onderzoek is echografie.

◇ **INTERNE HERNIATIE**

Na uitgebreid gewichtsverlies verdwijnt ook een groot deel van het mesenterieel vet. Hierdoor kunnen openingen in het meso van de dunne darm terug openkomen wanneer ze gesloten werden tijdens de ingreep. Deze patiënten presenteren dus iets later na de chirurgie, en meest typisch met pijn in de linkerflank of linkerhypochoonder. De diagnose gebeurt met een CT Abdomen met IV contrast, dit kan de torsie van de vaat-as duidelijk aantonen (Whirl sign). PO contrast kan aangeboden worden, maar mag de diagnose niet nodeloos vertragen. Bovendien zal de patiënt met nausea dit vaak niet goed verdragen. De restmaag is klein en de obstructie zit vaak hoog, dus men heeft maximaal 1 beker contrast nodig om dit aan te tonen. Let op het pijnpatroon: bij ischemische darm zal de pijn uiteindelijk verdwijnen, zonder dat het probleem opgelost is.

◇ **BLOEDING**

Vaak zeer vroege complicatie na de chirurgie. Bloeding kan intraperitoneaal (vb. van een trocar-poort) of intraluminaal zijn. De diagnose wordt klinisch gesteld, en indien de tijd er is gebeurt een CT met IV contrast (3-fasen). Dit kan ook eventueel de indicatie stellen voor een endovasculaire embolisatie.

- Intraperitoneaal: Peritoneale prikkeling is door obesitas klinisch vaak niet duidelijk. Let op tekens als tachycardie, diaforese, algemeen onwel of shockerig beeld. FAST echografie kan moeilijk zijn bij obesitas, zeker wanneer er nog lucht of CO<sub>2</sub> in de buikholte zit. De behandeling bestaat uit chirurgische re-exploratie.

- Intraluminaal: kan gepaard gaan met hematemesis, melena of RBPA. FAST echo is negatief, al kan er wat vocht intraperitoneaal voorkomen na de chirurgie. De behandeling kan endovasculair of, meestal, endoscopisch.

◇ **LEKKAGE**

Kan eveneens aanleiding geven tot peritonitis beeld, shock-beeld en een algemeen slechte patiënt. De diagnose gebeurt d.m.v. CT met 1 of 2 slokken contrastmiddel PO kort voor het onderzoek. De behandeling is meestal chirurgische re-exploratie.

## Referenties

1. Guiding the non-bariatric surgeon through the complications of bariatric surgery.  
*Journal of Visceral Surgery* 2018;155:27-40
2. <http://www.chirurgie-zol.be/obesitas/>