



PRIM. UNIV. DOZ. DR. MANFRED PRAGER

Vorstand der Chirurgischen Abteilung
am Schwerpunktkrankenhauses Oberwart
Facharzt für Chirurgie und Gefäßchirurgie

- Laparoskopische chirurgische Onkologie
- Laparoskopische Gastroenterologie
- Endoskopie
- Chirurgische Endokrinologie

Sekretariat der Chirurgischen Abteilung:

Frau Heike Gerbasits
Tel.: 057979 32189, 32190
Dornburggasse 80
A-7400 Oberwart
Email: m.prager@krages.at

PATIENTENAUFKLÄRUNGSBOGEN FÜR EINGRIFFE BEI EXTREMEM ÜBERGEWICHT

(Magenbypass, Sleeve-Gastrectomy, biliopankreatische Teilung)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bei Ihnen liegt ein krankhaftes Übergewicht vor. Es wurde deshalb beschlossen, eine operative Maßnahme zur Bekämpfung des Übergewichtes durchzuführen.

Operationsverfahren

Die Operationen werden in Narkose durchgeführt. Die Vor- und Nachteile der einzelnen Methoden werden mit Ihnen ausführlich besprochen. Der Zugang zum Magen erfolgt mittels **Bauchspiegelung (Laparoskopie)**.

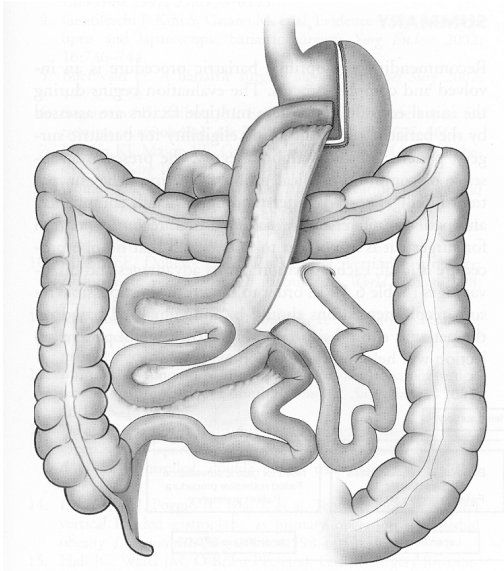
Bauchspiegelung (Laparoskopie):

Durch einen Schnitt im Nabelbereich bzw. im linken Mittelbauch wird über ein Führungsrohr unter Beleuchtung ein optisches Instrument eingeführt. Um eine gute Sicht im Bauchraum zu ermöglichen, wird Kohlendioxidgas über das Führungsrohr - oder bereits zu Beginn des Eingriffes mit einer Spezialnadel - in die Bauchhöhle eingeleitet. Durch zusätzliche kleine Schnitte werden bis zu fünf weitere Führungsrohre für spezielle Operationsinstrumente (feine Zangen und Scheren, Ultraschallskalpell, Nahtgerät) eingebracht. Der Eingriff wird unter Sicht auf das Operationsfeld über einen Bildschirm durchgeführt.

Eröffnung des Bauchraumes durch einen Bauchschnitt (Laparotomie)

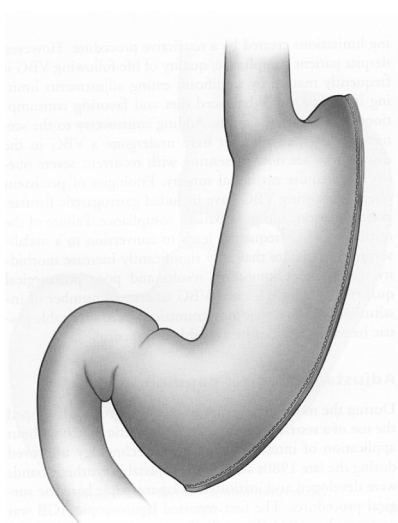
Die gebräuchlichsten Operationsverfahren sind:

Der Magenbypass



Der Magen wird im oberen Abschnitt unter Bildung einer kleinen Magentasche nach Setzen von Metallklammern durchtrennt. Dadurch wird ein "Vormagen (Pouch)" mit einem Füllungsvolumen von ca. 15-20ml und einem Durchmesser von 1-2cm gebildet. Diese Magentasche wird dann mit einer Dünndarmschlinge verbunden, so dass ca. 1m des Dünndarms aus der Nahrungspassage ausgeschaltet sind. Diese Dünndarm wird dann mit der Dünndarmschlinge, die vom Restmagen kommt und Verdauungssäfte (Galle- und Bauchspeicheldrüsenflüssigkeit) fördert mittels einer weiteren Naht verbunden.

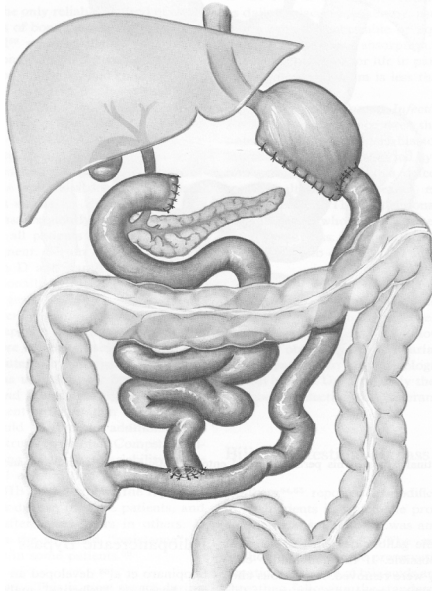
Sleeve-Gastrectomy



Hier wird der links liegende Anteil des Magens (Fundus) mit der Hilfe von Klammernahtgeräten unter Bildung eines schmalen Magenschlauches von 1-2cm Durchmesser abgetrennt und entfernt.

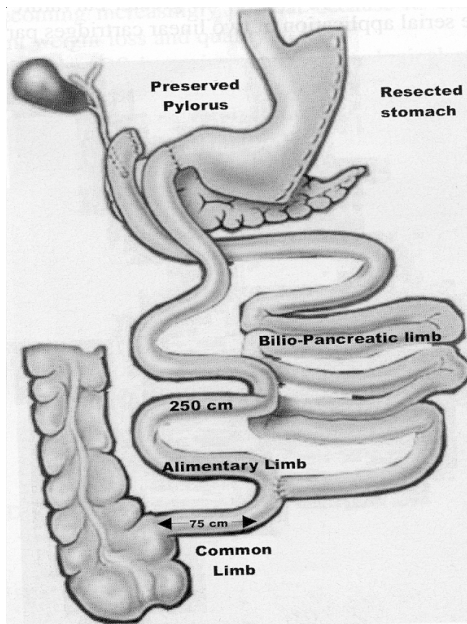
□ biliopankreatische Teilung

a) Operation nach Skopinaro



Bei diesem Eingriff werden zwei Drittel des Magens entfernt. Der Magenstumpf wird mit einer Dünndarmschlinge verbunden, wobei die Gesamtlänge des Dünndarms, der von der Nahrung durchquert wird, nur mehr 2,5 Meter beträgt. Die vom Zwölffingerdarm kommende Schlinge, die die Verdauungssäfte führt, wird ca. 1 Meter vor der Mündung des Dünndarms in den Dickdarm in den unteren Dünndarm eingesetzt.

b) Duodenalswitch



Diese Operation ist eine Kombination von Sleeve-Gastrectomy und biliopankreatischer Teilung. Der Eingriff am Magen erfolgt wie bei der Sleeve-Gastrectomy, der Zwölffingerdarm wird dann knapp unterhalb des Pfortnermuskels wie bei der Operation nach Skopinaro mit dem Dünndarm verbunden.

Mögliche Änderungen und Erweiterungen der Eingriffe

Nicht vorhersehbare Umstände (z.B. ausgedehnte Verwachsungen, Erkrankungen im Bauchraum) und Komplikationen (z.B. stärkere Blutungen) können eine **Erweiterung oder Änderung** der Operation erforderlich machen

(z.B. Fortsetzung des laparoskopischen Eingriffs mittels **Bauchschnitt**). Bitte erteilen Sie Ihre Einwilligung in notwendige oder sinnvolle Erweiterungen oder Änderungen des vorgesehenen Eingriffs schon jetzt, damit diese im selben Betäubungsverfahren durchgeführt werden können und ein erneuter Eingriff vermieden wird.

Notwendige Folgen und mögliche Risiken des Eingriffs

Schwerwiegende Komplikationen infolge von **Verletzungen des Magens** oder von **Nachbarorganen** (z.B. Speiseröhre, Milz, Leber, Darm), sowie von **Blutgefäßen** und **Nerven** durch die Instrumente sind selten. Kommt es zu einer Eröffnung des Magen-Darmtraktes kann eine **Bauchfellentzündung (Peritonitis)** entstehen, die eine neuerliche Operation erfordert.

Nach Anlegen von Verbindungen zwischen Dünndarm und Magen oder Dünndarm und Dünndarm (**Anastomosen**) kann es in seltenen Fällen zu **inneren Wundheilungsstörungen** kommen, die dazu führen, dass die Verbindungen undicht werden und Darminhalt in die Bauchhöhle gelangt. Dies kann zum Auftreten einer **Bauchfellentzündung (Peritonitis)** führen und eine rasche neuerliche Operation erfordern. Auch nach Abtrennen des Magens mittels Metallklammern kann es zu Undichtigkeit dieser Nähte kommen, die ebenfalls in einer Bauchfellentzündung (Peritonitis) münden kann. Die Verbindungen (Anastomosen) zwischen Magen und Dünndarm bzw. Dünndarm und Dünndarm können im postoperativen Verlauf zuschwellen oder geknickt werden, so dass die Passage des Darminhaltes behindert ist. Dies kann zu Erbrechen führen und im Einzelfall eine neuerliche Operation notwendig machen.

Stärkere Blutungen können die **Übertragung von Blut/oder Blutbestandteilen (Transfusion)** und/oder eine (erneute) Eröffnung des Bauchraumes erforderlich machen; u.U. muss die Milz entfernt werden.

Beim Einführen der Messsonde zur Festlegung der Vormagengröße können **Rachen und Speiseröhre** verletzt werden.

Wird ein Blasenkatheter eingelegt, sind **Verletzungen der Harnröhre und Blase** mit Blutung und **Blutgerinnselbildung** möglich. Infektionen können die **Wundheilung** verzögern.

Durch die Operationslagerung können **Druckschäden an Nerven oder Weichteilen** mit **Empfindlichkeitsstörungen** und sehr selten **Lähmungen** der Arme und Beine auftreten. Das Risiko ist allerdings bei extremem Übergewicht erheblich höher als bei Normalgewichtigen. **Haut- und Gewebeschädigungen** durch elektrischen Strom, Hitze und/oder Desinfektionsmittel sind ebenfalls selten. Diese Schäden bilden sich meist von selbst zurück.

Bei der **laparoskopischen** Operation kann das Einblasen von Gas zu einem **Druckgefühl** führen. Gelegentlich auftretende **Schmerzen** im Bereich von Schultern, Hals oder Bauchraum sowie ein **Knistern der Haut** klingen meist nach kurzer Zeit völlig ab. Dringt das Gas in den Rippenfellraum ein

(Pneumothorax), kann es erforderlich werden, eine Drainage in die Brusthöhle einzulegen.

Manchmal kommt es nach einer Operation mittels Bauchschnitt zu einem **Narbenbruch (Hernie)**, der meist operativ verschlossen werden muss. Bricht die Bauchnaht in ihrer ganzen Länge auf (**Platzbauch**), ist eine erneute Operation unumgänglich. Ein **Taubheitsgefühl der Haut** im Bereich der Operationsnarbe kann zurückbleiben. Bei manchen Patienten reagiert die Haut aufgrund von **Wundheilungsstörungen** oder **entsprechender Veranlagung** mit **überschießender Narbenbildung (Keloid)**; solche Narben können schmerzhaft sein und ästhetisch stören.

Verwachsungen im Bauchraum können im Einzelfall bald, aber auch erst nach Jahren oder Jahrzehnten zu einem **Darmverschluss (Ileus)** führen.

Wie nach jedem operativen Eingriff können sich Blutgerinnsel in den großen Venen bilden (**Thrombose**), die verschleppt werden und ein Blutgefäß verschließen können (**Embolie**). Als vorbeugende Maßnahme kommt die Gabe von gerinnungshemmender Mittel (z.B. die Injektion von Heparin) in Betracht, die allerdings zu **Blutungsneigung** und sehr selten zu einer schwerwiegenden **Störung der Blutgerinnung** führen kann.

Bei **Allergie** oder **Überempfindlichkeit** (z.B. auf Medikamente, Desinfektionsmittel, Latex) können vorübergehend Schwellung, Juckreiz, Niesen, Hautausschlag, Schwindel oder Erbrechen und ähnlich leichtere Reaktionen auftreten. **Schwerwiegende Komplikationen im Bereich lebenswichtiger Funktionen** (Herz, Kreislauf, Atmung, Nieren) und **bleibende Schäden** (z.B. Organversagen, Lähmungen) sind extrem selten.

Operative Komplikationen sind bei Patienten mit extremem Übergewicht häufiger als bei Normalgewichtigen. Die Bedeutung etwaiger Vor- oder Begleiterkrankungen (z.B. an Herz- Kreislauf, Lunge, Leber, Blutgerinnungsstörungen) für die Operation werden wir mit Ihnen besprechen.

Mögliche Nebeneingriffe

Auch **vorbereitende, begleitende** oder **nachfolgende** Maßnahmen sind nicht völlig frei von Risiken. So können z.B. Infusionen oder Injektionen selten einmal **örtliche Gewebeschäden** (Spritzenabszesse, Nekrosen, Nerven- und/oder Venenreizungen/ -entzündungen) nach sich ziehen.

Bei Übertragung/Anwendung von **Fremdblut** oder **Blutbestandteilen** (Blutkomponenten, Plasmaderivate) ist eine **Infektion**, z.B. sehr selten mit Hepatitis-Viren (Leberentzündung) und extrem selten mit HIV (AIDS), nicht sicher auszuschließen. Ob BSE bzw. die neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Erkrankung durch Blutprodukte übertragen werden kann, ist noch offen. Es wird aber alles getan, um ein denkbares Restrisiko in engsten Grenzen zu halten. Eine **Eigenblutspende** vermeidet solche Risiken. Ob sie in Ihrem Falle möglich und sinnvoll ist, werden wir mit Ihnen besprechen.

Spezielle Risiken bei Wiederholungsoperationen (Reeingriffen)

Zweiteingriffe (z.B. Magenbypass oder bilio-pankreatische Teilung nach Bandentfernung) sind üblicher weise **technisch schwieriger** als Erstoperationen. Daher treten sämtliche Komplikationen nach Reeingriffen **häufiger** auf, als nach Erstoperationen. Dies betrifft insbesondere **Probleme der inneren Wundheilung** nach Anlegen von Verbindungen zwischen Dünndarm und Magen oder Dünndarm und Dünndarm (**Anastomosen**). Diese können dazu führen, dass die Verbindungen undicht werden und Darminhalt in die Bauchhöhle gelangt. Dies kann zum Auftreten einer **Bauchfellentzündung** (Peritonitis) führen und eine rasche neuerliche Operation erfordern. Auch nach Abtrennen des Magens mittels Metallklammern kann es zu Undichtigkeit dieser Nähte kommen, die ebenfalls in einer Bauchfellentzündung (Peritonitis) münden kann.

Mögliche Spätfolgen und Komplikationen

Durch forciertes Essen kann es zur **Ausdehnung** des Magenpouches kommen. Dies ermöglicht wieder die Zufuhr von größeren Nahrungsmengen und kann zu einem Gewichtsanstieg führen. Im Bereich der Verbindung zwischen Magentasche und Dünndarm können **Verengungen** auftreten, die sich üblicher Weise mittels endoskopischer Dehnung (Bougierung) gut behandeln lassen. In seltenen Fällen können im Bereich der Magentasche oder der unteren Speiseröhre Entzündungen oder **Geschwüre** auftreten. Gelegentlich kann es durch das Auftreten von inneren Verwachsungen zur Knickbildung im Bereich des Dünndarms kommen, die im Extremfall einen Dünndarmverschluss zur Folge hat. Die Aufnahme von **Vitaminen und Mineralstoffen** wie Kalzium und Eisen kann als Folge der Operation vermindert sein. Regelmäßige Blutkontrollen und die rechtzeitige Substitution von Vitaminen und Mineralstoffen sind notwendig. Immer muss Vitamin B12 zugeführt werden. Durch das rasche Essen von fettreichen oder süßen Nahrungsmitteln kann es zum Auftreten eines Dumpingsyndroms mit Übelkeit, Herzklopfen und Schwindel kommen. Nach biliopankreatischer Teilung treten nach fettreichen Mahlzeiten häufig Blähungen und fettige Stühle bzw. Durchfälle auf. Wird die Verbindung von Magentasche und Dünndarm durch einen Fremdkörper (eventuell zu rasch verschluckte Lebensmittel verschlossen) so staut sich die Nahrung in die Speiseröhre. Dies kann zu einer Entzündung der Speiseröhre führen.

Entscheidung über die Einwilligung

Nach **gründlicher Überlegung** wünsche ich die Anlage

- eines Magenbypasses
 - einer Sleeve-Gastrectomy
 - einer biliopankreatischen Teilung nach Skopinaro
 - eines Duodenalswitches
-
- als Reeingriff

Mit der Schmerzausschaltung, unvorhersehbaren Änderungen oder Erweiterungen des geplanten Verfahrens, die sich erst während des Eingriffes als notwendig erweisen, sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden.

Falls Sie bestimmte Maßnahmen ablehnen, bitte bezeichnen:

- Ich willige in den vorgeschlagenen Eingriff nicht ein.

Ich wurde darüber informiert, dass dadurch die gezielte Reduzierung des extremen Übergewichts erheblich erschwert werden kann.

Ort, Datum, Uhrzeit

Patientin / Patient bzw. Betreuer /
Bevollmächtigter / Sorgeberechtigte *

Prim Univ Prof Dr M Prager

Ärztin / Arzt

* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Bitte erst **nach** dem Aufklärungsgespräch ausfüllen und unterschreiben !

- Den **Aufklärungsbogen** habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte alle mich interessierenden **Fragen** stellen. Die **Verhaltenshinweise** werde ich beachten.
- Den abgetrennten **Info-Teil** bzw. ein **Zweitstück des Bogens** habe ich zum Mitnehmen erhalten

Prim Univ Prof Dr M Prager

Im Aufklärungsgespräch mit Frau / Herrn _____
Arzt / Ärztin

wurden unter anderem erörtert: Wahl des Verfahrens, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, mögliche Komplikationen, risikoerhöhende Besonderheiten, eventuelle Neben- und Folgeeingriffe, Verhaltenshinweise sowie:

Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet.

Vorgesehener Behandlungstermin (Datum): _____
Ich benötige keine zusätzliche Überlegungsfrist.
