

Sluta slitsarna vid laparoskopisk gastrisk bypass.

En sammanfattning av maildiskussionen mellan SÖS, Danderyd, USÖ och Sahlgrenska .

Claes Söderlund 23 nov 2006	Syr ni inte slitsen? Varför inget tidkort om det? Använder ni rund stapler eller TL för Gen. Gör ni EAn först eller GEn först? I så fall varför respektive ordning?
LG Larsson 23 nov 2006	<p>Vi syr inga slitsar och om detta är bra eller ej vet vi inte ännu. Jag hörde Michael Gagner i Berlin på EAES mötet och han rekommenderade slitsslutning för att undvika inre herniering. Ingmar Näslund o Göran Ågren som har mångårig erfarenhet av öppen GBP har inte sytt några slitsar och vi har inte sett några större problem med denna rutin. Vi har följt Göteborgarnas metod där slutning av sliten inte ingår. Jag har också sett Hjörtur Gisslason på Island opererar och inte heller han syr så tills vidare blir det ingen slitsslutning.</p> <p>Vi använder oss av rak stapler blått magasin i bakraden på GE o EA och en fortlöpande vikrylsutur i framraden. Tekniken finns demonstrerad på videoarkivet www.orebroll.se/uso/videoarkiv under Laparoskopisk kirurgi - Obesitas. Där finns även våra konverteringsfilmer , nyphål i tarm, delad sond mm. Rekommenderas för den intresserade</p> <p>Vi gör först färdigt GE ´n och sedan EA ´n. Vi gör GE ´n antekoliskt antegastriskt när väl den är utförd så har man en fästpunkt och det blir lätt att sy EA ´n med rak stapler i bakraden och en fortlöpande vikryl i framraden. Det man gör sist är att dela med vitt rakt magasin mellan GE ´n o EA ´n så att man får en Roux en Y konstruktion. Man måste nog se operationsfilmen och en skiss på det hela för att riktigt förstå hur det blir. Operationsfilm o metodbeskrivning finns under videoarkivets laparoskopiansnitt enligt ovan.</p>
Claes Söderlund till Lars Granström o Jacob Freedman Danderyd 29 nov 2006	<p>I Örebro o tydligen även i Göteborg syr man inte slitsen !?</p> <p>Vad sägs?</p>

Jacob Freedman
29 nov 2006

Har reopererat tillräckligt många pga interna bråck för att lämna mesoslitsen öppen. Jag förstår att det inte är ngt problem efter öppen kirurgi, det är en enorm skillnad i den adherensbildning som sker. Stora amerikanska centra syr ALLTID slitsen. Jag tror det är en fråga om 1. hur mkt man opererar och därmed hur ofta man får ta hand om komplikationer, 2. ens vana att rätt tolka komplikationerna. Pat med interna bråck är ofta missförstådda och söker många ggr pga intermittenta subileusattacker där DT och passagertg som regel inte visar något (rekonstruktioner i coronarplanet av DT-bilderna kan vara av värde). Vi har en patient som blivit av med nästan hela tunntarmen i ett akut inklämningsskede som inte diagnostiserades i tid under semester på Gotland, hon lever nu med 50cm tunntarm.

Mitt råd: Sy slitsen i mesot vid enteroanastomosen med ICKE resorberbar sutur och vänd kryckan på rouxtoppen så att mesot ligger till vänster på patienten (10ggr mindre risk för herniering under rouxslyngan enl am studie). Var inte sen att laparoskopera vid misstanke om komplikation

LG Larsson
USÖ
29 nov 2006

Tack för dina synpunkter. Jag var på EAES mötet i Berlin i somras och hörde M Gagner föreläsa bl.a. om inre herniering efter laparoskopisk gastrisk bypass och han rekommenderade slutning av alla inre bråckportar. Vid öppen obesitaskirurgi har vi inte sett problemet med inre herniering särskilt ofta. Dock hade man problem även vid Sahlgrenska vad jag minns med inre herniering vid den retrogastriska retrokoliska GBP tekniken när den användes samt stenosering vid mesocolonslitsen med åtföljande subileus. Det kommer att bli intressant att följa obesitasregistret framöver då alla sena komplikationer pga inre hernieringar troligen kommer att fångas upp. Diagnosen är ju svår att ställa och det kan säkert vara så att flera patienter går odiagnosticerade under många år med intermittenta buksmärtor. Där man kan misstolka buksmärtorna som gallstensattacker. Frågan borde väl diskuteras nationellt bland obesitasexpertisen så att man kan bestämma sig för en nationell rekommendation. Jag tar med mig dina kloka synpunkter till mina vänner på övre gastro i Örebro.

Nedan kan du läsa reseberättelsen från EAES mötet 2006 samt se en del av Gagners föreläsning om inre herniering efter lapGBP. Hans föreläsning stödjer dina synpunkter. Gagner har ju en rätt betydande erfarenhet trots allt.

<http://www.laparoskopi.nu/extra/reserapp-eaes2006.htm>

mms://wwwv1.orebroll.se/kir/inrehernalgbpmagner_01.wmv

P.S. Rekommenderar varmt medlemskap i MIK där vi ventilerar en massa olika frågor kring minimalinvasiv kirurgi. 100 kronor/år kostar medlemskapet och vi försöker hålla hög aktivitet på hemsidan med filmpresentation varje vecka. Anmälan som medlem görs via hemsidan till föreningens sekreterare Sven Bringman.

<p>Lars Granström Danderyd 8 dec 2006</p>	<p>Ett litet sent inlägg i debatten. Vid senaste mötet för American Soc for bariatric Surgery i somras så var nog inställningen att man skall sluta alla defekter med t ex Ethibond. Higa höll ett föredrag för oss Skandinaver och han slöt alla defekter, och han har väl op ett antal tusen lap GBP. Det känns för mig lite konstigt att vi med den informationen ska vänta på vad vårt register skall visa. Det bör väl rimligen visa det man redan lärt sig i det stora landet i väster.</p>
<p>LG Larsson USÖ 8 dec 2006</p>	<p>Tusen tack för ditt inlägg. Det jag funderar på är vilken teknik ni använder. Vi använder antekolisk antegastrisk roux en Y Jag pratade med Torsten Olbers igår och hörde mig för angående detta med slitsslutning eller ej. Hans erfarenhet var liksom vår att om man lägger rouxbenet retrokoliskt retrogastrisk kan farliga hernieringar inträffa vilket motiverar slitsslutning men man har tydligen i Göteborg inte sett några större problem med den teknik som dom använder</p> <p>Hur syr ni slitsarna? Har du möjlighet att sända ett videoband där slitsslutningen illustreras vore jag mycket tacksam. Vi skulle kunna visa den som veckans film på MIK 's hemsida med lite kommentarer. Diskussionen om slitsslutningen tror jag många obesitaskirurger är intresserad av. Har ni sett några nackdelar med slitsslutningen? Blödningsproblem från colonmesenteriet/tunntarmsmesenteriet , ischemi, risk att man konverterar en stor slits med liten inklämningsrisk till en liten slits med stor inklämningsrisk.</p> <p>Vet du om Higa använder Göteborgsmetoden eller har han använt sig av retrokolisk retrogastrisk rout för Rouxbenet?</p> <p>Bästa hälsningar från Örebro</p> <p>Lars-Göran Larsson Adress dit filmen kan sändas Sidvallsgatan 17 II 702 17 Örebro</p>

Lars Granström
Danderyd
11 dec 2006

Higa lägger Roux slyngan framför både colon och ventrikel, om jag minns rätt. **(Vg se Olbers korrektion nedan)** han syr en handsydd anastomos, enstaka suturer. Ingen stapler i anastomosen.

Vi lägger numera slyngan framför colon - ventrikeln. Tid bakom med en hel del problem med hernieringar, mesocolonstenos samt interna bråck. Med nuvarande teknik blir det en defekt under EEAn som har standardiserad längd = längde på ett vitt magasin. Ej spec svårt att sluta den defekten. Givetvis kan suturerna gå upp, eller man kan ha sydd otillräckligt och lämnat ett litet hål. Vi sys ej under Rouxslynga, vi fäster alltså ej den mot ventrikel - colon - oment utan den ligger fritt.

Jag ser inga nackdelar med att sluta slitsen, bortsett från att det tar några minuter! Vi har inte haft någon sign blödning därifrån eller satt suturer så att cirkulationen till anastomosen påverkats, ännu i alla fall!

Jag är rätt övertygad om att en del patienter som är op med lap GBP går omkring med smärtor av och till som är svåra att förstå sig på. Interna bråck med lätta - svåra inklämningar av och till kan vara orsaken. Vi tar in patienter elektivt där den misstanken är stark, kan styrkas med DT, och går igenom tarmen från caecum till Treitz och rep den defekt som då brukar finnas. Mindra trauma än en galla. Op sker via lap scopi, och alla går hem dagen efter.

Vi skall försöka prestera en film.
Vänliga hälsningar
Lasse Granström

Torsten Olbers
Sahlgrenska
13 dec 2006

Betr suturering av mesenteriella portar anser jag (också efter att varit i samma panel som Higa) att det är absolut nödvändigt om man använder sig av en retrocolisk teknik (vilket Danderydsgänget gjort fram till åtminstone nyligen). Hernieringen genom mesocolon transversum är den verkligt farliga som typiskt kan leda till tarmgangrän.

Vi har också haft hernieringar **(1-2% dvs ca 7 på 500 op)**. Jag **anser det dock ännu inte vara evidensbaserat att de ska sutureras**. Rosenthal i Miami (som i princip har samma teknik som vi) suturerar ej och konkluderar i ett material på >1000 op att det är försvarbart med så låg frekvens som jag tror var 1-2%. Kvar står också att visa att man med allmän slitssuturering inte ställer till saker av och till. Risken för knickbildning större och stora defekter kan i värsta fall bli små farliga. Ken Champion kunde dessutom inte visa att problemen minskade vid konsekvent suturering.

Viktigaste buskapet är väl dock att lyfta medvetenhet om att kolikartade smärtor och kräkningar i senförloppet till lap GBP skall betraktas som intern herniering tills motsatsen bevisats. Vår erfarenhet är att man med denna strategi kan hantera herieringarna efter antecolisk-antegastrisk subakut med gott resultat.

	<p>Hälsn Torsten (från det stora landet i väster där fasta principer ibland är lösningen på problemet även om det inte löser problemet..)</p>
--	---

<p>Göran Ågren USÖ 13 dec 2006</p>	<p>Vet Du hur han gör med stora omentet, delades det? Hur gör Ni med det? Det blir ju en ganska lång "slits" bakom hela längden av den uppdragna slingan - från GE:n över nedre ventrikelfickan, ev kvarvarande oment, colontransversum och ner till Treitz ligament. Sydde han hela sträckan med etibond?</p> <p>I oktobernumret (nr 10/2006) av Obesity Surgery finns en bra genomgång av problemet av Lanelli m fl. Och, om jag läser rätt så varierar "slitsileus"-frekvensen betydligt med hur man gör och lägger sin Roux-slynga - retro, antekoliskt, höger-vänster orientering, delning av oment (?). Vissa tekniker tycks ge slits-ileus på 10 % nivån medan andra (antekolisk, högervänd slynga och delat oment) knappt ger 1 % tarmvred. Om ileus frekvensen med den tekniken ligger på 1-2 % undrar man ju om man faktiskt kan tillföra så mycket genom att rutinmässig slutning av slitsarna. Säkra data saknas förstås men genomgången talar för att man ur ileussympunkt i förstone måste se över hur man gör och lägger sin Rouxslynga.</p> <p>Själva har vi tvekat lite inför att rutinmässigt sy dessa slitsar. Detta baserat på att man på Sahlgrenska och Island - vi använder samma teknik som de - inte tycks ha haft några "större problem" och att vi helt enkelt tycker det är lite trixigt att sy hela slitsen tillfredsställande. Vi har så här långt inte heller haft några stora problem med slitsileus på drygt 100-talet fall. Dessutom gjorde vi ju även för länge sedan mängder av öppna GBP med antekolisk omega-loop och ej delat oment och såg då inga påtagliga problem med slitsarna. Däremot, när vi på 90-talet gjorde en kort serie med lap GBP med retrokolisk Roux-slynga, hade påtagliga trassel med ileus/subileus till följd av stopp på slitsnivån.</p> <p>Hur gör Ni på Danderyd f n? Retro/antekoliskt slunga? Delat oment? Höger eller vänstervänt Roux-ben? Syr alla slitsar med etibond?</p>
<p>Lasse Granström Danderyd 13 dec 2006</p>	<p>Vi lägger Roux slingan antecoliskt och antegastriskt med Roux slingans meso riktat åt pats vä sida (hö vridet). Vi syr inte den långa slits som blir under Roux slingan utan endast den under EEAn. Omentet klyves om det är tjockt, annars lägger vi Roux slingan direkt upp.</p> <p>Vi har mindre problem med ileus sedan vi ändrade från retrocolisk väg, op går snabbare, men det finns fortfarande läckage.</p> <p>Det finns de som säger sig aldrig ha läckage, men det tror jag lika lite på som tomten!</p>
<p>Göran Ågren USÖ 13 dec 2006</p>	<p>Det låter som vi gör på likartat sätt även om vi i Örebro alltid delar omentet. Jag tror inte heller på tomten, alla som gör större volymer kommer att se läckage. Dock är jag övertygad om att sutureringstekniken är avgörande för att minimera läckagefrekvensen.</p> <p>För många år sedan nu tränade vi laparoskopisk anastomosteknik på gris. Tekniken var ungefär den som vi nu använder vid GE:n och EA:n i samband med GBP. Lärdomen vi drog var att det var mycket svårt att visuellt i laparoskopet avgöra om anastomoserna var täta. Det hände upprepade gånger att de anastomoser som vi laparoskopiskt bedömde som helt oklanderliga visade sig vara otäta när vi öppnade och kontrollerade. Det var</p>

	<p>ffa två saker som fallerade och orsakade läckagen; dels var tråden ibland för dåligt efterdragen och dels hade vi ibland missat och inte "täckt in" hörnen ordentligt vid sutureringen - trots att vi verkligen lagt oss vinn om bl a just detta! Vi ser fortfarande samma sak när vi nu rutinmässigt läckagetester patienterna peroperativt med metylenblått. Jag trodde vi med tiden skulle bli så pass duktiga att vi, som vid öppen kirurgi, kunde sy garanterat täta anastomoser, men jag har tvingats ge upp den tanken. Vi ser fortfarande ibland otäta anastomoser när vi minst anar det och kommer att fortsätta med att alltid testa med metylenblått. Hur gör Ni? Testar Ni tätheten?</p>
<p>Lasse Granström Danderyd 14 dec 2006</p>	<p>Vi testar med luft under vattenytan.</p>
<p>Torsten Olbers Sahlgrenska 16 dec 2006</p>	<p>En korrektion i debatten är att Higa o co lägger Roux-slyngan retrocoliskt men antegastriskt (sic).</p> <p>Tomten kan man kanske tro på så här i juletider.. Vi har just sammanställt våra 500 första LGBP i Gbg. I första 75 var det fem läckage, i följande 75 två st. Under de senaste 5 åren har vi dock haft ett läckage per år och då endast på redo. Visst har vi alltså läck men eftersom learning curve är så lång bör man som jag ser det vänta med att bedöma läckagefrekvensen till efter de första 100 lap GBP.</p>