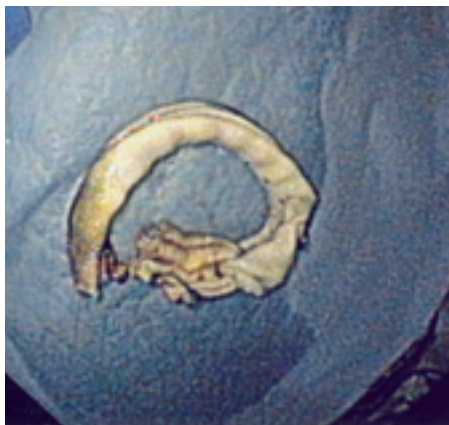




Figur 4 Båndet etter at det er fjernet aboralt



Figur 5 Status i ventrikkelen vel fire måneder etter behandlingen

hadde sittet og for øvrig normale funn (fig 5).

Diskusjon

Adipositas kirurgi kan gjøres på flere måter. En av metodene er gastrisk innsnøring (banding), der et silikonebånd plasseres kirurgisk på utsiden av magesekken. Båndet plasseres så høyt oppe på magesekken at pasienten kun kan spise små mengder om gangen (1). I 1980-årene benyttet man uelastiske bånd for å avsnøre magesekken. Nå brukes forskjellige typer justerbare silikonebånd (1, 2). Fordelene med gastrisk banding er bl.a. at metoden er reversibel, den er relativt trygg og kan gjøres laparoskopisk (2). Imidlertid er mange forskjellige komplikasjoner etter denne behandlingen beskrevet, bl.a. migrering av båndet til tynntarmen og duodenal obstruksjon (2, 3). Erodering av båndet til ventrikkellumen er også beskrevet (2, 3). Symptomer på erodering inn i ventrikkellumen kan være vektøkning, kvalme og oppkast, smerte og blødning (hematemese, melena) (4). De eksakte årsakene til bänderodering er ikke avklart. Flere hypoteser er diskutert. Erodering av gastrisk bånd starter vanligvis med en inflammasjonsreaksjon mellom ventrikkelveggen og båndet. En faktor er at båndet er et fremmedlegeme og dette kan provosere frem en inflammasjonsreaksjon (4). En annen mulig mekanisme er skade på ventrikkelveggen. Skadet mucosa som kommer i kontakt med et fremmedlegeme, kan resultere i en lokal inflammasjonsreaksjon med fare for migrasjon av båndet (4). Dersom båndet settes for stramt, kan nekrose og erodering følge (5).

I en stor studie som omfattet 2 949 opererte pasienter, var insidensen for erodering av gastrisk bånd etter primæroperasjonen 0,92 % (5). Diagnostisering av denne tilstan-

den gjøres vanligvis via gastroskopi, men CT kan også brukes (6).

Bänderodering kan behandles konservativt, endoskopisk eller kirurgisk. Forskjellige måter å behandle denne komplikasjonen på, er beskrevet, bl.a. kirurgisk fjerning av båndet (2, 4). Vår kasuistikk illustrerer en endoskopisk måte å fjerne et erodert gastrisk bånd. Endoskopisk fjerning bør foretrekkes, og av 22 pasienter i en stor studie, ble 14 behandlet på denne måten (5). Slik fjerning kan være teknisk vanskelig, men bør forsøkes før kirurgisk fjerning, siden metoden er mindre invasiv enn kirurgi og siden kirurgisk fjerning kan være svært komplisert (5).

Litteratur

1. Mårvik R, Dahl U, Sandbu R et al. Behandling av sykkelig overvekt hos voksne. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet 4.5. 2005. Oslo Helse- og omsorgsdepartementet, 2005.
2. Vantienen B, Vanderdeweg W, Hoore AD et al. Intragastric erosion of laparoscopic adjustable silicone gastric band. *Obes Surg* 2000; 10: 474–6.
3. Taskin M, Zengin K, Unal E. Intraluminal duodenal obstruction by a gastric band following erosion. *Obes Surg* 2001; 11: 90–2.
4. Meir E, van Baden M. Adjustable silicone gastric banding and band erosion: personal experience and hypothesis. *Obes Surg* 1999; 9: 191–3.
5. Fobi M, Lee H, Igwe D. Band erosion: incidence, etiology, management and outcome after banded vertical gastric bypass. *Obes Surg* 2001; 11: 699–707.
6. Haniouk B, Agneessens E, Rubesova E et al. Intragastric band erosion after laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity: imaging characteristics of an underreported complication. *AJR Am J Roentgenol* 2005; 184: 109–12.

Manuskriptet ble mottatt 25.4. 2006 og godkjent 6.9. 2006. Medisinsk redaktør Michael Bretthauer.

Kommentar

Komplikasjoner til slankeoperasjoner

Når flere får tilbud om kirurgisk behandling av sykkelig fedme blir det viktig også å kjenne til komplikasjoner av slik behandling.

Såkalt gastrisk innsnøring (banding) er i utgangspunktet en reversibel prosedyre og kan i dag gjøres laparoskopisk. En slik avsnøring av magesekken, men med et uelastisk bånd, ble i Norge tilbudt en rekke pasienter med sykkelig fedme i 1980-årene. Komplikasjoner relatert til at båndet skled med påfølgende symptomer på passasjehinder, har vært godt kjent og derfor medført henvisning til gastroskopi. Mer sjeldne komplikasjoner har vært smerter og erodering av båndet.

Hos en pasient som har gjennomgått slankeoperasjon og kommer med gastrointestinale symptomer, vil en henvisning

til gastroskopi være neste skritt for å kartlegge årsaken. Ved denne prosedyren kan det også gjøres en kartlegging av om båndet har sklidd og ført til ytterligere avsnøring, alternativt løst. Denne type komplikasjoner må tas hånd om kirurgisk. En erodering av båndet til ventrikkellumen vil kunne ses godt ved gastroskopi.

Å behandle endoskopisk vil i dette tilfelle være den minst invasive prosedyren. I aktuelle kasuistikk lyktes man i å klippe over båndet med en endoskopisk saks. Det vil ikke være mulig å anvende strøm (diatermi) og eksempelvis en nålepapillotom for å kutte over båndet. Laser anvendes i dag i liten grad i fleksibel endoskopi, men har vært anvendt til dette formål etter en tusjfarging om båndet har vært hvitt. Deretter kan man forsøke å

trekke ut båndet med en fremmedlegemetang, hvilket også kan være problematisk. Om endoskopisk behandling ikke skulle lykkes, må laparoskopisk behandling, alternativt åpen kirurgi, vurderes.

Truls Hauge

trulhaug@online.no
Gastromedisinsk avdeling
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Manuskriptet ble mottatt 24.10. 2006 og godkjent 7.11. 2006. Medisinsk redaktør Michael Bretthauer.