

Bariatrische Operationen

Übersicht

Prof. Dr. Ulrich Baumgartner

Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Internationales Zentrum für Stuhlinkontinenz
Darmzentrum

Tel. +49 7641 454-2293

Fax. +49 7641 454-2516

allgemeinchir@krankenhaus-emmendingen.de

Schlauchmagen

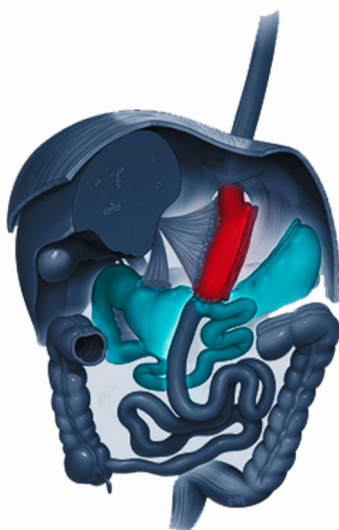


Restriktiv,

d.h. nur Verkleinerung des Magenvolumens

- + weitestgehend unveränderte Anatomie
- + kann als erste OP bei einem zweistufigen Konzept dienen
- + Medikamentenwirkung wird am wenigsten beeinflusst
- nicht rückgängig zu machen
- höheres Risiko für Reflux / Sodbrennen
- lebenslange Nahrungsergänzung (Vitamine und Spurenelemente)
- höhere Disziplin bei der Diät erforderlich

Omega-Loop-Bypass



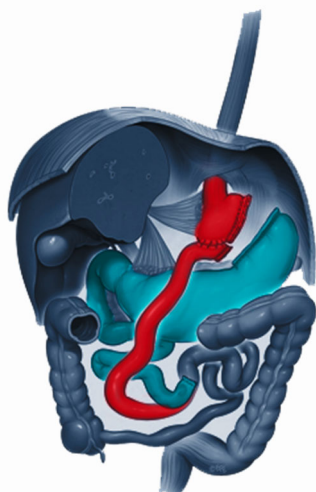
Restriktiv und malabsorptiv,

d.h. Magenverkleinerung und Verkürzung der gemeinsamen Strecke von Nahrung und Verdauungssäften

- + nur eine Anastomose (Naht am Magen/Darm)
- + auch bei BMI > 50 möglich
- + gutes Ansprechen bei Diabetes mellitus II
- Gastroskopie am ausgeschalteten Magen sehr schwierig
- lebenslange Nahrungsergänzung (Vitamine und Spurenelemente)
- galliger Reflux möglich



Roux-Y-Bypass

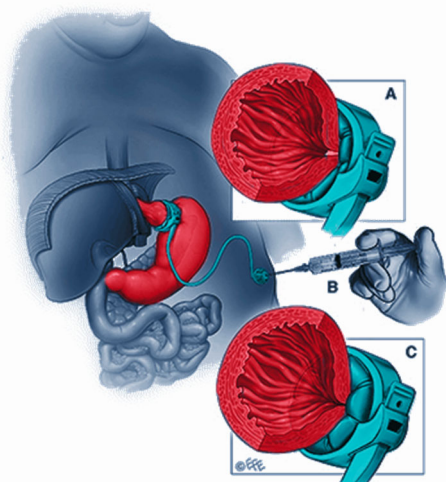


Restriktiv und malabsorptiv,

d.h. Magenverkleinerung und Verkürzung der gemeinsamen Strecke von Nahrung und Verdauungssäften

- + Methode der Wahl bei Pat. mit starkem Sodbrennen
- + gutes Ansprechen bei Diabetes mellitus II
- zwei Anastomose (Nähte am Magen/Darm)
- Gastroskopie am ausgeschalteten Magen sehr schwierig
- lebenslange Nahrungsergänzung (Vitamine und Spurenelemente)

Magenband



Restriktiv,

d.h. nur Verkleinerung des Magenvolumens

- + fast ausschließlich für Patienten mit extrem hohem Risiko für Undichtigkeiten
- + kann komplett entfernt werden
- + keine Naht / Schnitt am Verdauungstrakt
- sehr aufwendige Nachsorge
- mechanische Komplikationen
- bei dieser Methode ist die höchste Mitarbeit und Disziplin der Patienten nötig