

Biliaire pathologie na bariatrische heelkunde

Stefan Vanden Bussche
Gastro-enteroloog SFZ

Biliaire pathologie na bariatrische heelkunde

1. Inleiding

2. Peri-operatieve beleid ivm galstenen
3. Behandeling van biliaire pathologie na bariatrische heelkunde

1. Inleiding



Dr. Geusens Dorien
- Oncologie



Dr. Pilate Helena
- IBD
- Bekkenbodern
- functionele



Dr. Vanden Bussche
Stefan
- ERCP
- ther. Endoscopie
- Echo-endoscopie
- Hepatologie



Dr. Van de Moortele
Mart
- Oncologie

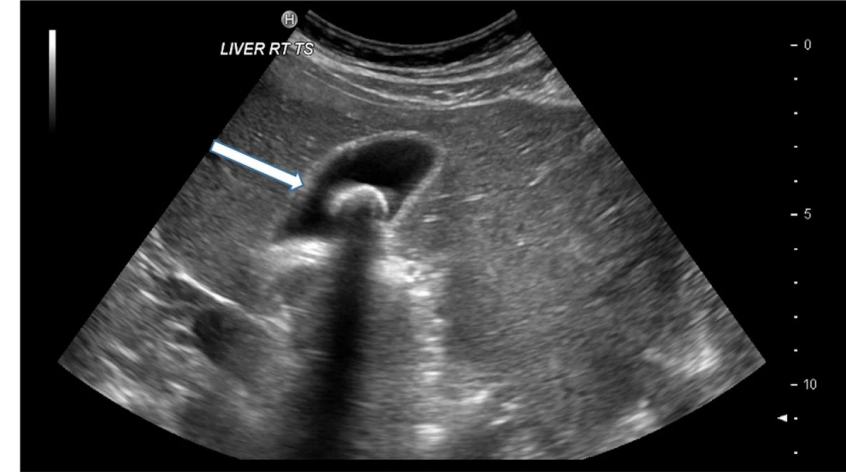


Dr. Swinnen Jo
- IBD
- Echo-endoscopie



Dr. Willems Marc
- ERCP
- Hepatologie

1. Inleiding



- **Cholelithiasis**

- *Na bariatrisch heelkunde verhoogd risico op CCL*

- 20% ontwikkeld CCL (1^e jaar)
- 8% symptomatische CCL
- Pre-operatieve CCL -> verhoogd risico op symptomen

- **Oorzaken**

- Verhoogde biliaire cholesterol concentratie bij **snel gewichtsverlies**
- Galblaas hypomotiliteit door n. vagus resectie
- Verminderde cholecystokinine secretie
- Verstoorde enterohepatische circulatie van galzouten

Biliaire pathologie na bariatrische heelkunde

1. Inleiding
- 2. Peri-operatieve beleid ivm galstenen**
3. Behandeling van biliaire pathologie na bariatrische heelkunde

2. Peri-operatief beleid

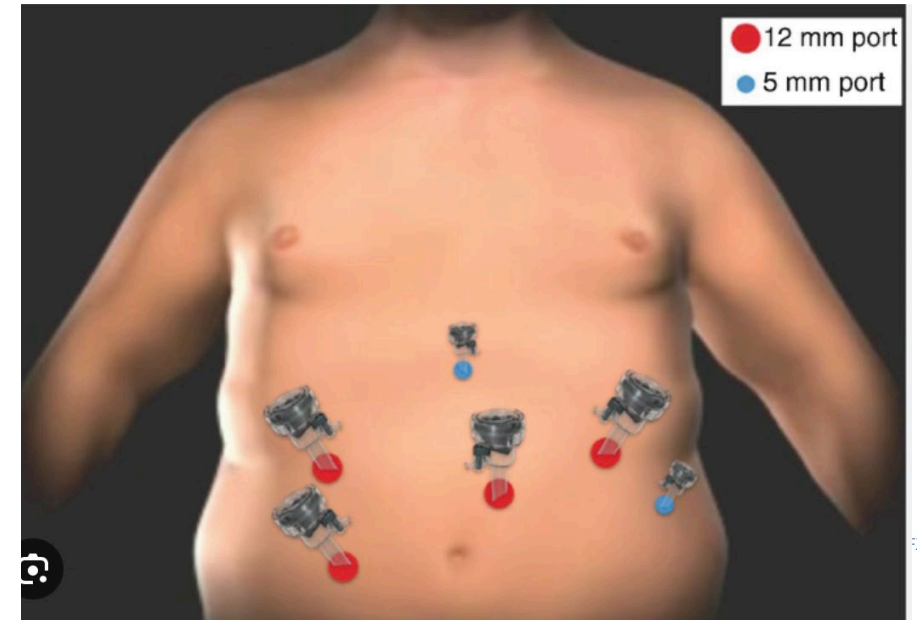
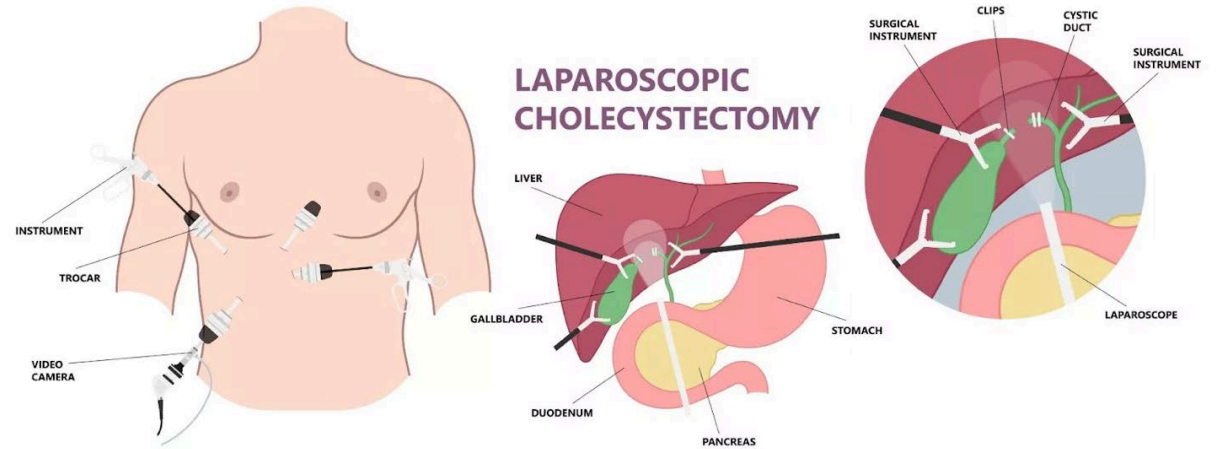
- *Pre-operatief gastro-enteroloog*
 - *Echo abdomen*
 - Galstenen?
 - Evaluatie lever?
 - *Gastroscoopie met biopsies (H. Pylori)*

2. Peri-operatief beleid

- *Peroperatief*

- Cholecystectomie

- Bij symptomatische CCL: ja
 - Bij asymptomatische CCL
 - » Controversieel
 - » Meer complicaties
 - Andere trocar positie
 - Vergrote lever
 - Abdominaal vet
 - Toename operatietijd
 - (bij afwezigheid van CCL)



2. Peri-operatief beleid

- *Postoperatief*

- Ursodeoxycholzuur 600 mg/dag gedurende 6 maanden
 - CCL: 25% naar 7%
 - Minder kans op symptomatische CCL en nood aan CCE

Biliaire pathologie na bariatrische heelkunde

1. Inleiding
2. Peri-operatieve beleid ivm galstenen
3. **Behandeling van biliaire pathologie na bariatrische heelkunde**

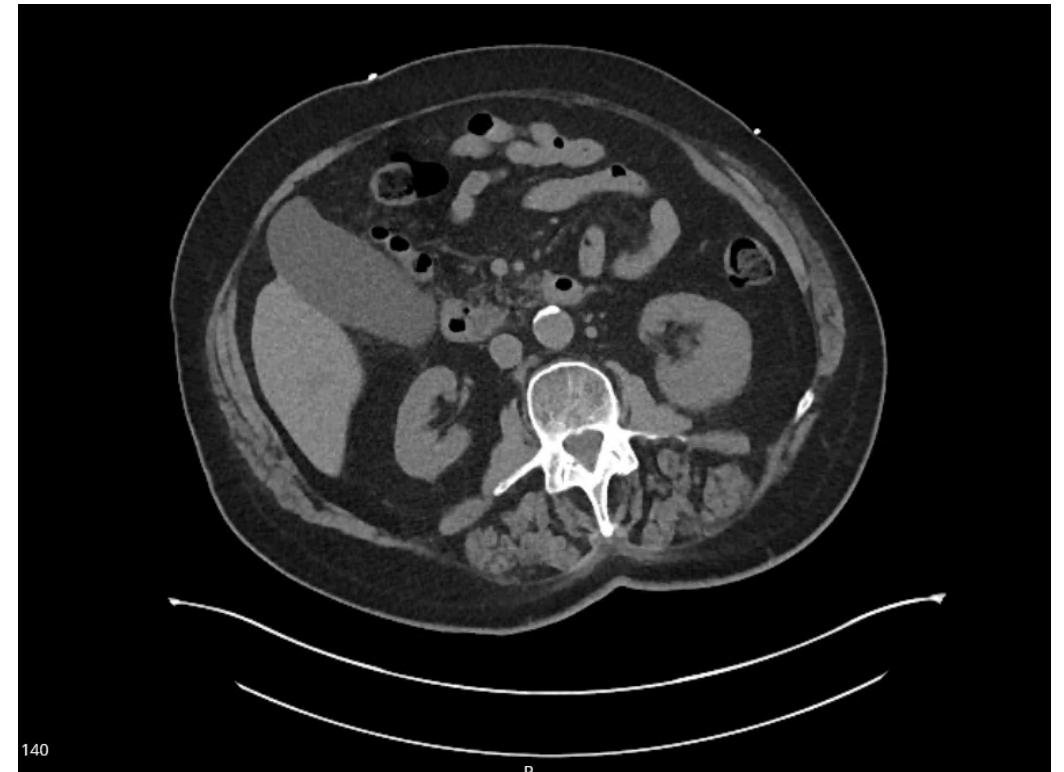
3. Behandeling van biliaire pathologie na bariatrische HK

- *Symptomatische CCL*

- Galkolieken (cave interne herniatie)
- D/ echografie (cave CT abdomen)
- R/ CCE

- *Acute cholecystitis*

- D/ Echografie/CT
- R/
 - CCE
 - Antibiotica en nadien CCE



3. Behandeling van biliaire pathologie na bariatrische HK

- *Choledocholithiasen*

- D/

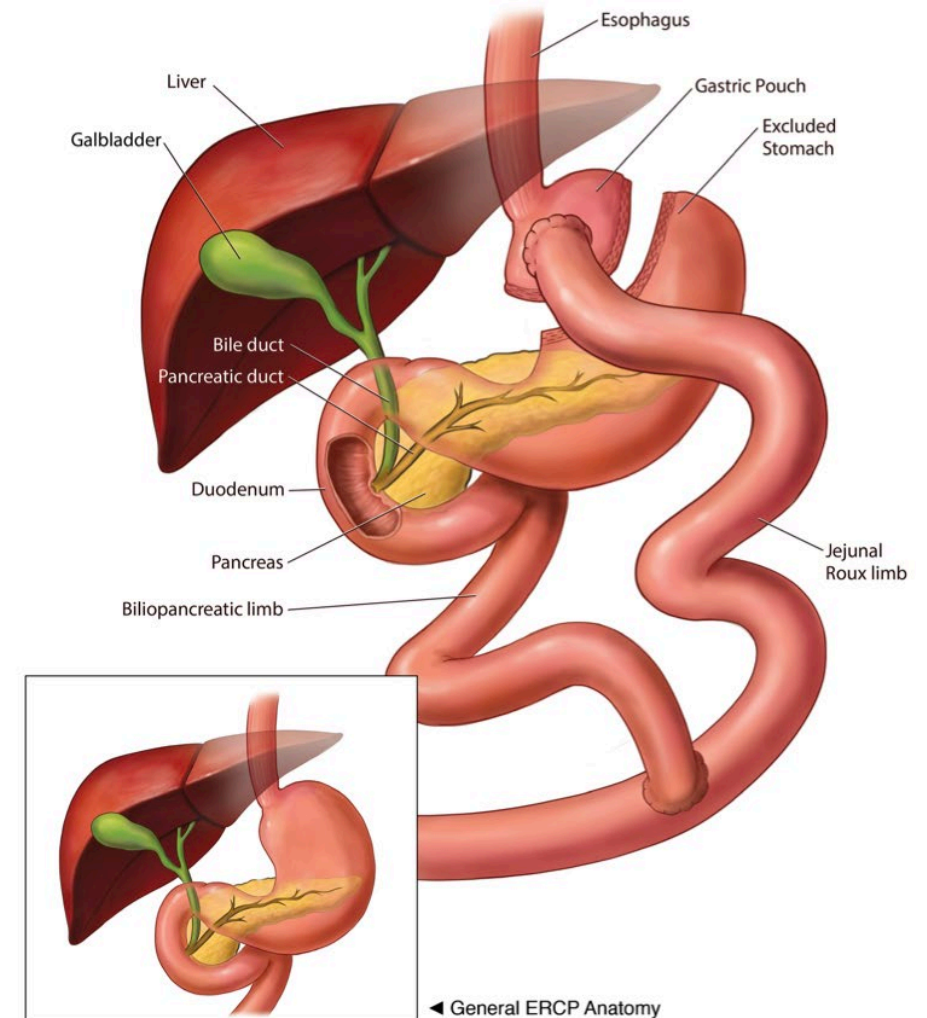
- MRCP
- EUS moeilijk bij GABY

- R/

- Toegang tot ductus choledochus?
- Standaard ERCP niet mogelijk
- Ook niet voor andere indicaties:
 - Galwegstenosen, gallek, Oddi dysfunctie, chr. pancreatitis,...

Fig. 1 Roux-en-Y Gastric Bypass
Anatomy compared to normal
ERCP anatomy (inset)

ERCP with Roux-en-y Gastric Bypass Surgery



- *Indien galblaas in situ*

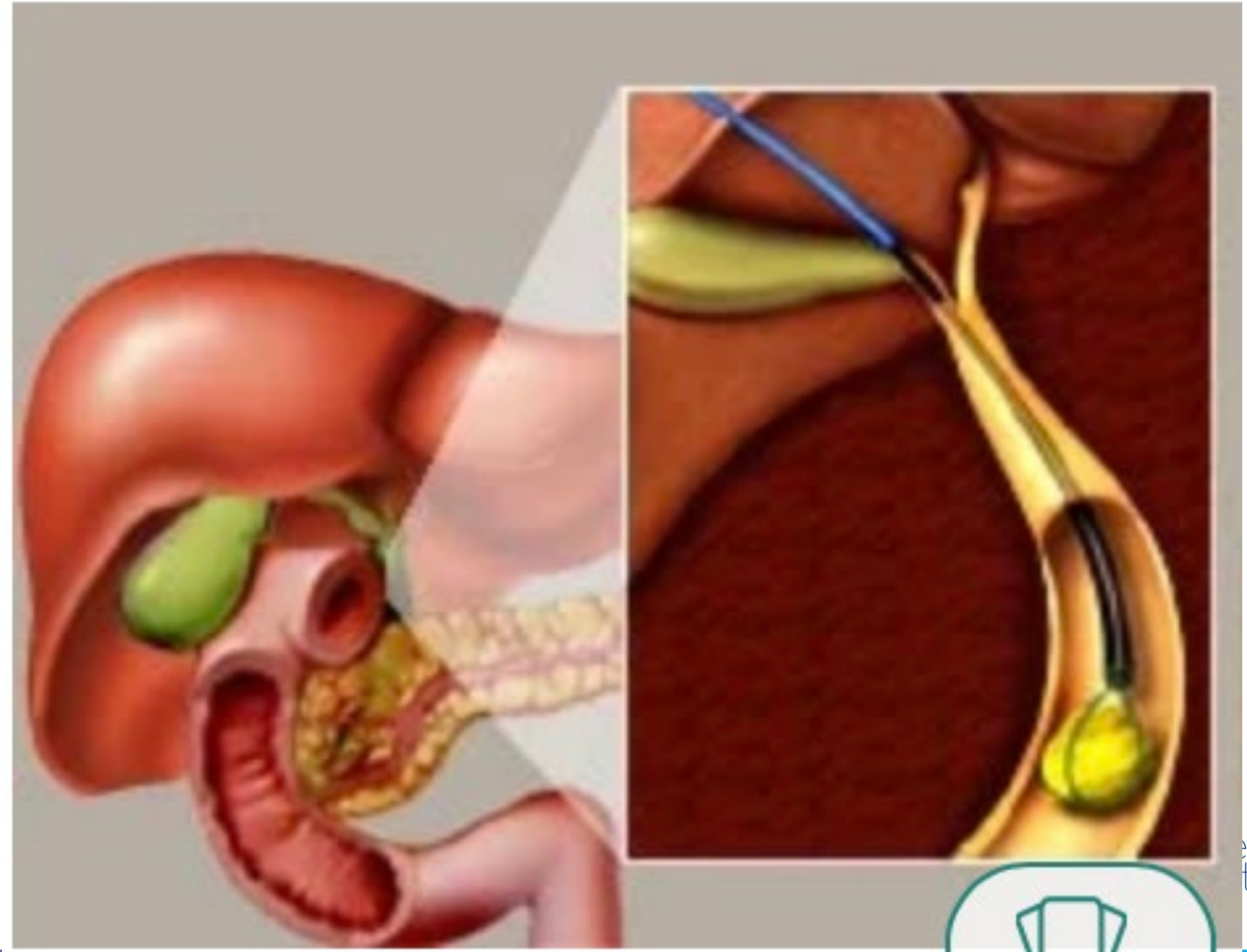
- CCE met peropatieve galwegexploratie
- CCE met laparoscopisch geassisteerde ERCP (LA-ERCP)

- *Indien status na CCE*

- Laparoscopisch geassisteerde ERCP (LA-ERCP)
- Enteroscopie geassisteerde ERCP (EA-ERCP)
- EUS-directed transgastric ERCP (EDGE)

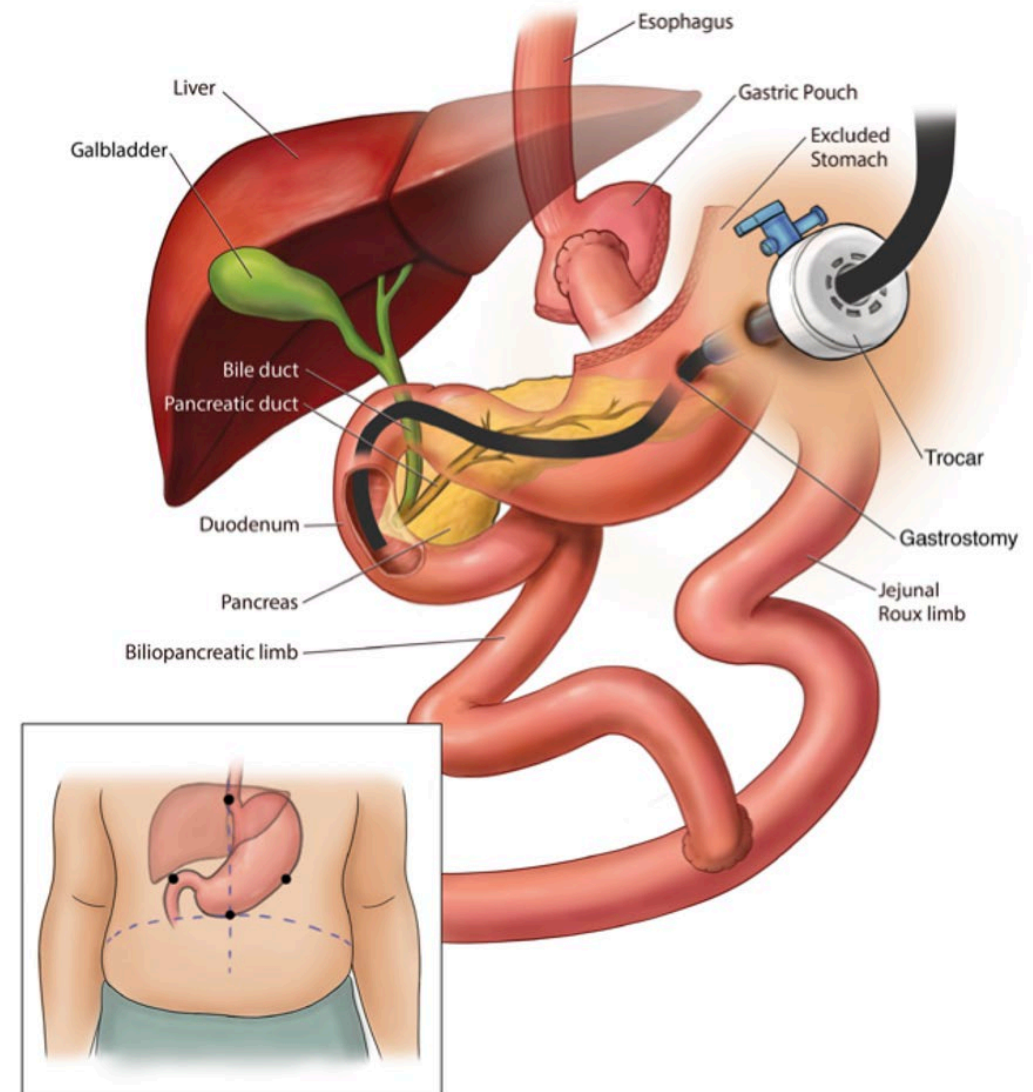
CCE met peropatieve galwegexploratie

- Indien galblaas nog in situ
- 1 ingreep
- Minder risico op pancreatitis
- Meer kans op residuele stenen, gallek, stricturen



Laparoscopisch geassisteerde ERCP (LA-ERCP)

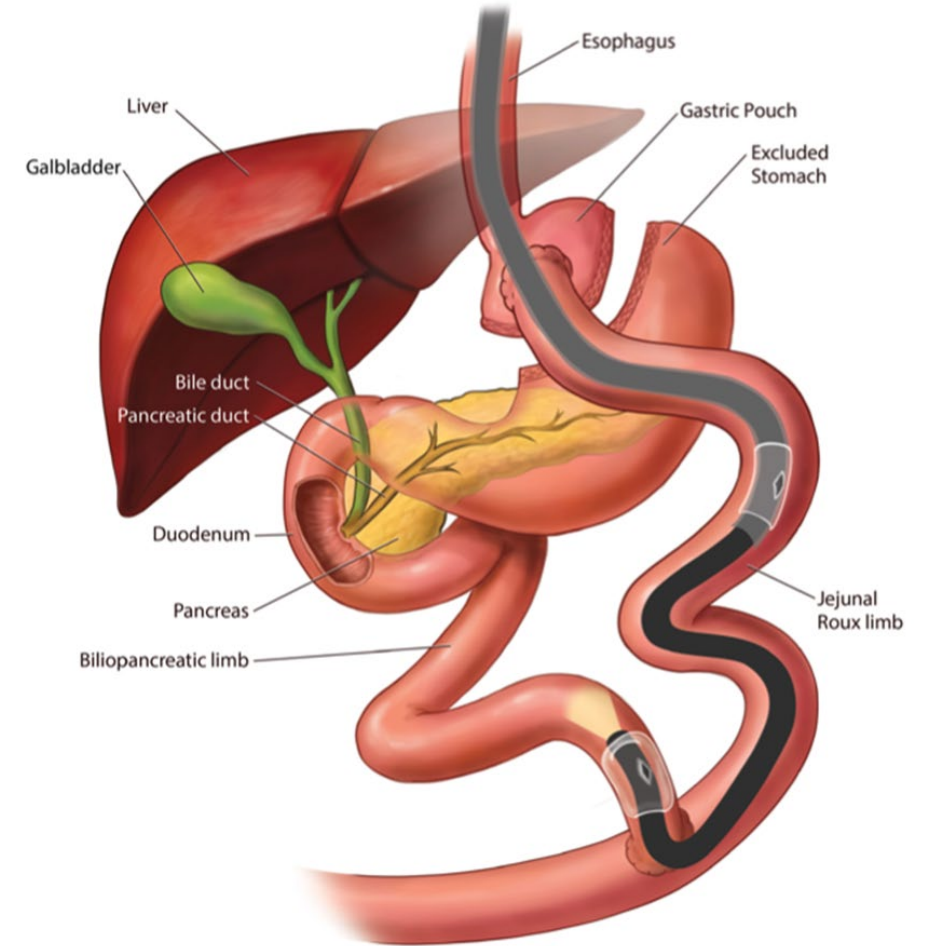
- Hoge succesratio (> 90%), meer complicaties dan EA-ERCP
- Chirurg en gastro-enteroloog
 - Organisatorisch
 - Technisch
 - Adhesies, toegang tot maag, hoge BMI
 - Andere positie ERCP-scoop
- Ev samen met CCE



Enteroscopie geassisteerde ERCP (EA-ERCP)

- Single of double ballon enteroscoop
- Succesratio 70-80%
- Minder complicaties
- Forward viewing scope zonder brug
- Specifiek en meer beperkt ERCP materiaal

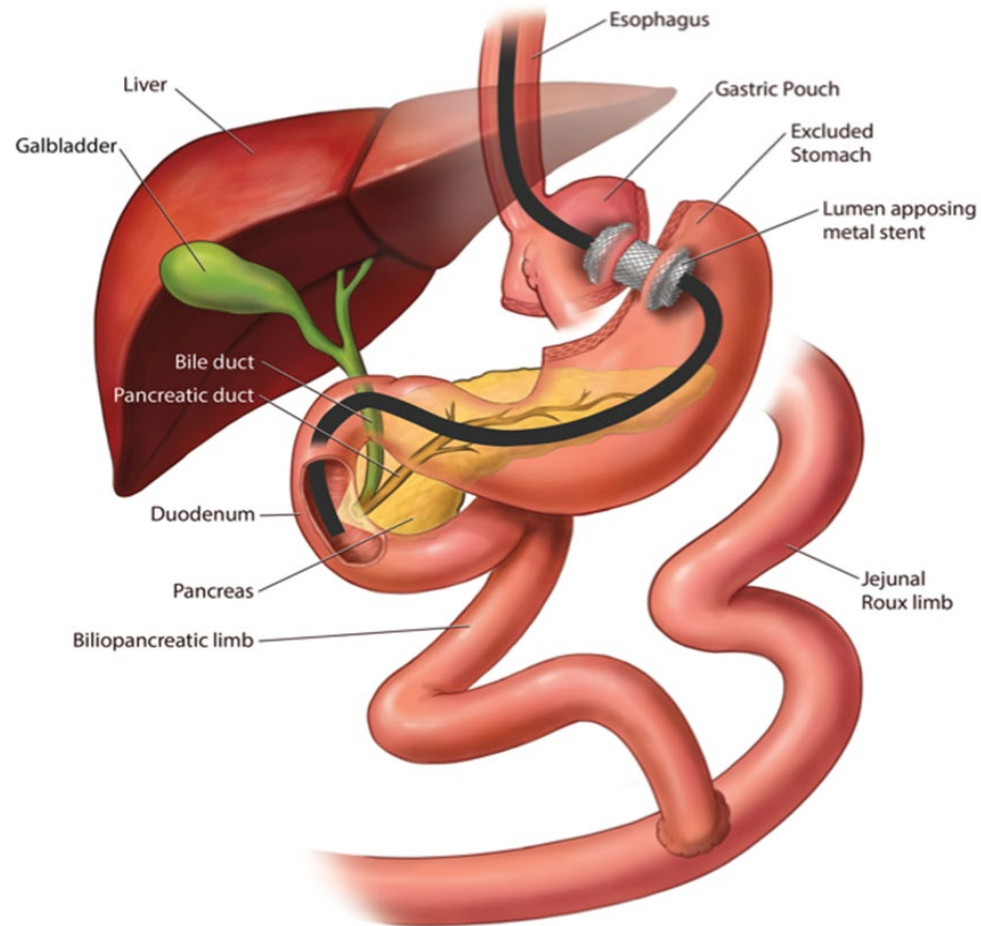
ERCP with Roux-en-y Gastric Bypass Surgery
Enteroscope DAE - Double Balloon



EUS-directed transgastric ERCP (EDGE)

ERCP with Roux-en-y Gastric Bypass Surgery

EDGE (Endoscopic ultrasound Directed transGastric ERCP) - Trans Gastric



Evolutie echo-endoscopie

Diagnostische EUS



Therapeutische EUS

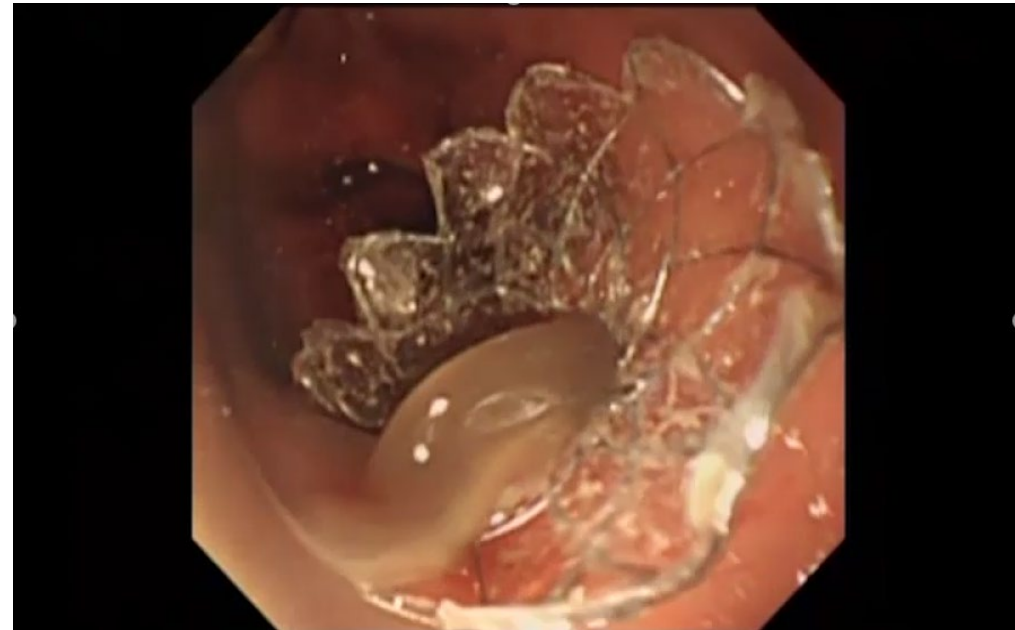
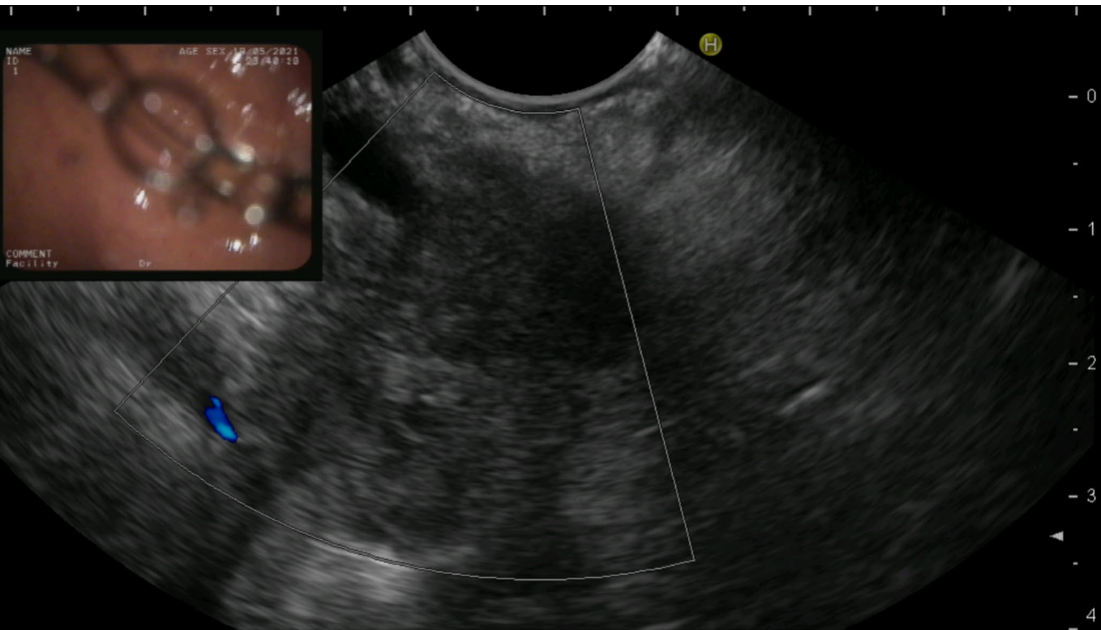


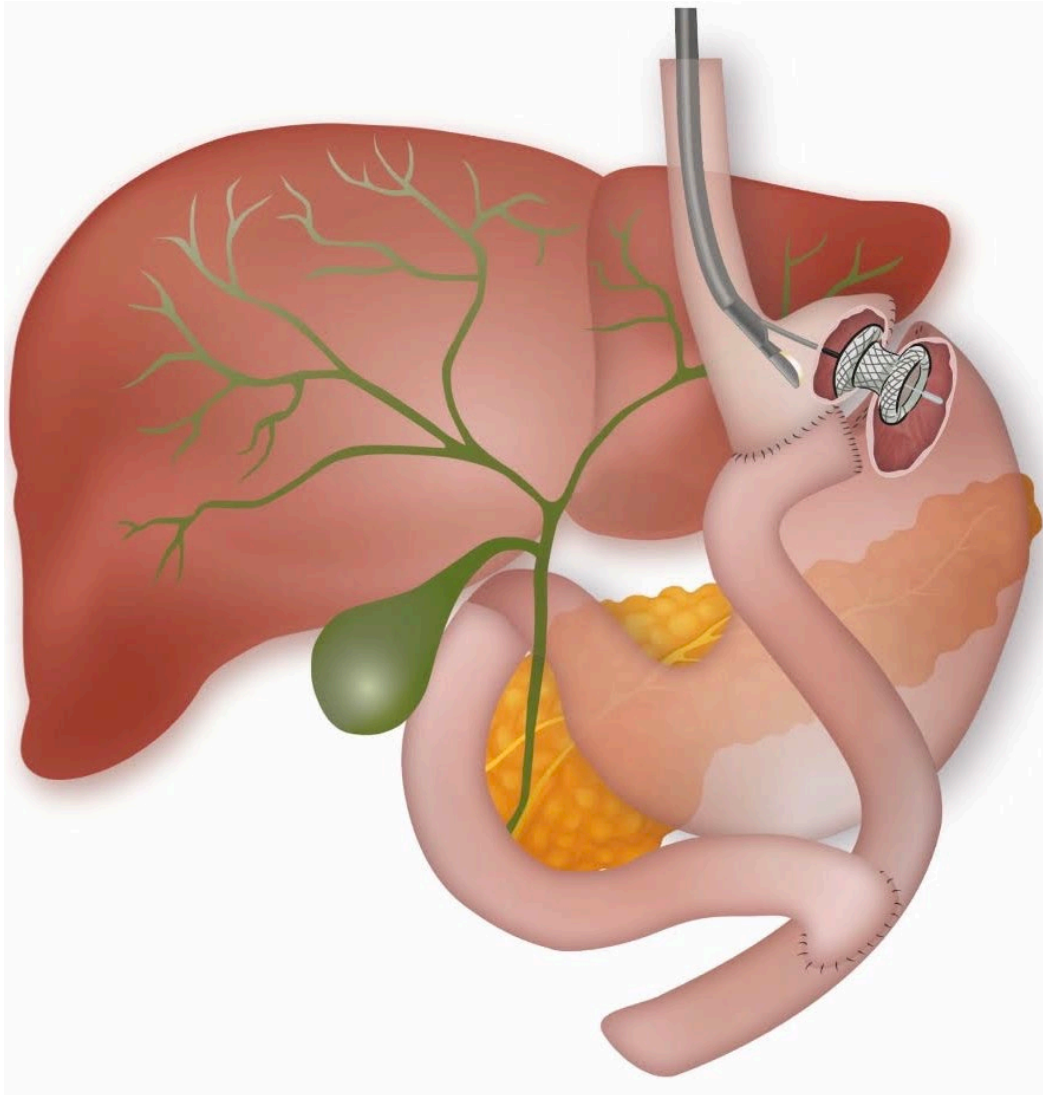
Image courtesy of prof. Alberto Lharghi

Ontwikkelingen



Lumen Apposing Metal Stent
(LAMS – Hot Axios van Boston)



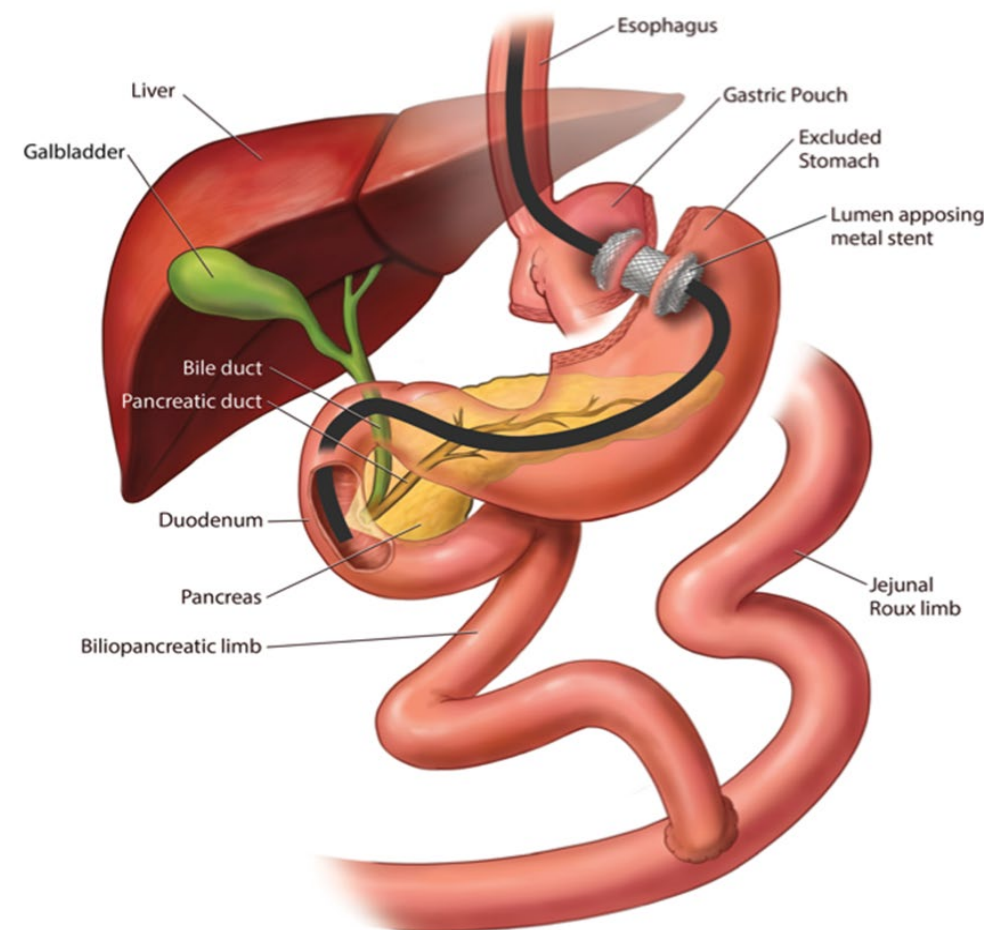


EUS-directed transgastric ERCP (EDGE)

- **Technisch succes:** EA-ERCP 75% vs EDGE (100%) vs LA-ERCP (94%)
- **Outcome:**
 - EDGE kortere procedure tijd, hospitalisatieduur gelijkaardig vs LA-ERCP
 - EA-ERCP veiliger maar duurt langer dan EDGE/LA-ERCP
 - AE gelijkaardig voor EDGE en LA-ERCP
- Toegang tot papil na procedure
 - Voorkeur bij noodzaak aan meerdere sessies
 - Bij complicaties: bv bloeding papil
 - Preventieve pancreasstent
- Fistel na verwijderen stent, ev te sluiten (70% sluit spontaan)

ERCP with Roux-en-y Gastric Bypass Surgery

EDGE (Endoscopic ultrasound Directed transGastric ERCP) - Trans Gastric



Take home message

- Verhoogd risico op cholelithiasis na bariatrische heekunde.
- Pre-operatief echografie.
- CCE in combinatie met bariatrische heekunde bij symptomen. Controversieel bij asymptomische CCL.
- Eventueel post-operatief UDCA ter preventie CCL.
- Verschillende opties voor toegang tot de galweg na GABY ifv aanwezigheid van galblaas en andere factoren. Nieuwe techniek: EUS-directed transgastric ERCP (EDGE).