

ADIPOSITASSPIEGEL 2017

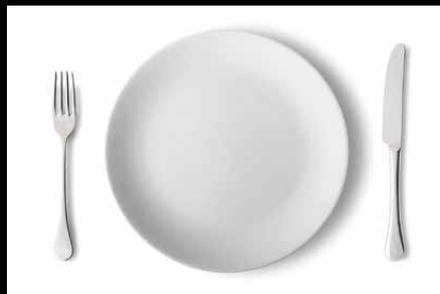
**Erwartungen
Hoffnungen
Wünsche
Träume**



© Prazis / Fotolia



Bewegung



Ernährung



Psychologie

Das Adipositasmagazin des Adipositaschirurgie Selbsthilfe Deutschland e.V.
www.acsdev.de

ISSN 2510-0610
9 772510 061000

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

wir freuen uns, dass Sie die zweite Ausgabe unseres Magazins, den **ADIPOSITAS-SPIEGEL** 2017, in den Händen halten.

Für uns ist Adipositas ein wichtiges und uns lebenslang begleitendes Thema.

Für diese Ausgabe konnten wir wieder einige namhafte Autoren für uns gewinnen, denen das Thema Adipositas mit all seinen Facetten ebenso wichtig ist.

Der Fokus der aktuellen Ausgabe liegt auf dem Thema "Erwartungen". Erwartungen sind so unterschiedlich, wie die Menschen, die sie haben. Bemerkenswert sind auch die unterschiedlichen Sichtweisen in Bezug auf Erwartungen zwischen Patienten und Arzt, was Sie in den Artikeln der Professoren Beat Müller, Lars Fischer und Rudolf Weiner lesen können.

Neu ist unsere Rubrik "Prävention", denn bei einem sind wir uns vermutlich alle einig: Vorsorge ist besser als Therapie. Wo kann Vorsorge besser ansetzen als bei den jüngsten Mitgliedern unserer Gesellschaft? Mit den Ursachen der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen haben sich unsere Autoren Professor Dr. Jens Bucksch und Frau Harlacher auseinandergesetzt. Ein sehr wichtiges Thema, denn Kinder sind unsere Zukunft.

Auch wieder mit im Heft ist der Ernährungsteil. Hier werden viele Fragen rund um die "Ernährung vor und nach der OP" beantwortet. Schwerpunkt dieser Rubrik ist dieses Mal Eiweiß.

Psychologie ist für uns ein nicht wegzudenkendes Thema. Frau Prof. Dr. Martina De Zwaan schreibt über den Zusammenhang zwischen Adipositas und Persönlichkeitszügen bzw. -störungen.

Ebenfalls neu in dem Heft ist die Rubrik "Bewegung". Dr. Didier Souveton hat sich der Thematik angenommen und beleuchtet unter anderem, welche Bewegungsformen auch schwer adipösen Menschen noch zugänglich sind.

Klar fehlen die Patienten-Berichte auch in diesem Heft nicht. Lesen Sie bewegende Geschichten voller erfüllter und unerfüllter Erwartungen, in denen sich wohl der ein oder andere wieder erkennen wird.

Das Heft ist so vollgepackt mit Informationen, dass wir gar nicht alles erwähnen können, deswegen wünschen wir Ihnen nun viele neue Eindrücke und das eine oder andere Lächeln beim Lesen.

Wenn Ihnen unser Heft gefällt, dann sagen Sie es gerne weiter, wenn Ihnen etwas nicht gefällt, dann lassen Sie es uns bitte wissen!

Ihr AcSDeV-Redaktions-Team

Impressum

Verlag

AcSD e.V.
Kolpingstr. 28
65451 Kelsterbach
+49-1577 8317 206
Kontakt: magazin@acsdev.de

Herausgeber V.i.s.d.P.

Adipositaschirurgie Selbsthilfe Deutschland e.V.
AG Frankfurt, VR 13262
vertreten durch
Melanie Bahlke und Andreas Herdt

Redaktion und Layout

Andreas Herdt

Autoren

(mb) Melanie Bahlke
(ah) Andreas Herdt
(cs) Cornelia Strive

Anzeigen

Kontakt: anzeigen@acsdev.de
Preisliste Nr. 2 vom 12.12.2016

ISSN 2510-0610

Druck

WIRmachenDRUCK GmbH, Backnang

Manuskripte/Rezensionsexemplare

Wenn Sie in unserem Magazin einen Artikel veröffentlichen möchten, dann senden Sie uns diesen bitte bevorzugt per Email zu.

Wir nehmen auch gerne Rezensionsexemplare thematisch relevanter Bücher oder Zeitschriften entgegen.

Unaufgefordert eingesandte Manuskripte und Bücher werden nicht zurückgesandt.

Rechtliches

Das Urheberrecht der Texte und Bilder dieses Magazins liegt bei den jeweiligen Autoren und Fotografen. Dem AcSD e.V. wurden von den Urhebern die notwendigen Nutzungsrechte für die Veröffentlichung eingeräumt.

Sollten Sie an der Reproduktion einzelner Artikel oder Ausschnitte interessiert sein, nehmen Sie bitte unbedingt vorab mit der Redaktion Kontakt auf. Je nach Fallkonstellation können wir Ihnen die Nutzungserlaubnis erteilen oder den Kontakt zu den Rechteinhabern vermitteln.

Bei Zitaten geben Sie bitte immer den jeweiligen Autor und als Quelle *Adipositaspiegel/AcSDeV* an.

Bildnachweis

S. 78/79, 5 links oben, 1 links unten
© olly / Fotolia
S. 56/57, 4 rechts unten, 1 mitte unten
© max dallocco / Fotolia
S. 50/51, 4 rechts oben, 1 rechts unten
© Tatiana Shepeleva / Fotolia
S. 6/7, 4 links oben
© Fiedels / Fotolia
S. 12/13, 4 links unten
© Romolo Tavani / Fotolia
S. 88/89, 5 links unten
© cevahir87 / Fotolia
S. 94/95, 5 rechts oben
© fotogestoeber / Fotolia
S. 106/107, 5 rechts unten
© Andrey Popov / Fotolia
S. 11,41,70,87,97 - Bücherstapel
© Burnhead / Fotolia
S. 114 Grafik mitte
© Kirsty Pargeter / Fotolia
S. 114 Fotos
© Andreas Herdt / AcSDeV

Alle weiteren Fotos, soweit sie nicht am Bild mit einem Urhebervermerk versehen sind, sind privat entstanden bzw. wurden von den Autoren der Artikel beigesteuert.

Wir haben uns bemüht, für alle Abbildungen die Urheber zu ermitteln und zu nennen. Sollten Sie der Ansicht sein, dass wir Ihr Urheberrecht verletzen und Sie können uns den Nachweis der Urheberschaft erbringen, dann kontaktieren Sie uns bitte direkt für eine Nachlizenzierung zu den üblichen Honorarsätzen.

Logistik

wfb - Verein für Behindertenhilfe
Wiesbaden und Rheingau-Taunus-Kreis e.V.



WIRmachenDRUCK.de
Sie sparen, wir drucken!

Dumping Syndrom nach Bypass Operationen

Dr. Christine Stier

Das Dumping Syndrom ist ein Symptom-Komplex, der als unerwünschte Spätkomplikation nach Bypass Operationen auftreten kann. Das Frühdumping wird dabei vom Spätdumping unterschieden, als Ursache für beide gilt die schnelle Entleerung der noch unverdauten Nahrung aus dem Vormagen (Pouch) in den Dünndarm (alimentäre Schlinge). Beschrieben wurde dieses Phänomen bereits Anfang des letzten Jahrhunderts als Folgeerscheinung der ersten Magenresektionen. Sehr viel weniger häufig kann ein Dumping Syndrom auch nach Schlauchmagenoperationen beobachtet werden.

Frühdumping

Das Frühdumping tritt 10–30 Minuten (früh) nach der Nahrungsaufnahme auf. Ausgelöst wird es durch die Menge an unverdaulichem Speisebrei, der die Darmwand dehnt. Dieser Speisebrei hat eine hohe Konzentration (Hyperosmolarität) und führt dazu, dass inadäquat viel Flüssigkeit aus dem Gewebe in das Darmlumen einströmt. Diese Volumenverschiebung und die Dehnung der Darmwand sind die auslösenden Faktoren der Beschwerden. Diese umfassen unspezifische Bauchschmerzen, Blutdruckabfall, Kopfschmerzen, Müdigkeit mit dem Gefühl sich hinlegen zu müssen, Herzrasen, Durchfall, Schwächegefühl, Völlegefühl und Blähungen.

Spätdumping

Das Spätdumping tritt 1–3 Stunden (spät) nach Nahrungsaufnahme auf. Durch die zu rasche Resorption von Zuckern kommt es zu einer zeitverzögerten Ausschüttung von zu viel Insulin, und dem folgend, einer Unterzuckerung (hyperinsulinäre Hypoglykämie). Die Symptome dabei sind Zittern, Schwindel bis hin zur Ohnmächtigkeit, Blässe und Schwitzen. Bedingt durch den Unterzucker ist dabei auch ganz typisch der Heißhunger auf Süßes. Dadurch kann das Spätdumping auch zu einer Gewichtszunahme führen. Typisch ist zudem, dass das Spätdumping nicht sofort nach der Operation auftritt, sondern erst mit Verzögerung einige Jahre später.

Untersuchungen

Zunächst wird ein klinischer Score – der Sigstad Dumping Score – erhoben. Dabei unterscheidet dieser Score primär nicht zwischen Früh- und Spätdumping. Den Symptomen sind bestimmte Punktwerte zugeordnet (Abb.1), die addiert werden. Ein Score über 7 macht ein Dumping Syndrom hochwahrscheinlich, ein Score unter 4 macht es sehr unwahrscheinlich.

Symptom	Punkte
Schock	5
Ohnmacht Bewusstlosigkeit Synkope	4
Bedürfnis, sich hinlegen zu müssen	4
Atemnot Dyspnoe	3
Schwäche Erschöpfung	3
Schläfrigkeit Benommenheit Apathie	3
Herzklopfen Herzrasen	3
Unruhezustände	2
Schwindel	2
Kopfschmerzen	1
Schwitzen Blässe Wärmegefühl	1
Übelkeit	1
Völlegefühl Blähungen	1
Laute Darmgeräusche (Borborygmi)	1
Aufstoßen	-1
Erbrechen	-4

Abb.1: Sigstad Score zur klinischen Objektivierung der Beschwerden

Des Weiteren beurteilt man in der Gastroskopie den Durchmesser der Nahtstelle zwischen Pouch und Dünndarm (Gastrojejunostomie, Pouch-Outlet). Hat sich diese erweitert, so ist eine zu schnelle Entleerung der Nahrung aus dem Pouch sehr wahrscheinlich.

Das kontinuierliche Glukose Monitoring (CGM) gibt Aufschluss über die Blutglukosewerte im Verlauf von 7 Tagen unter häuslichen Bedingungen, wobei alle 2 Minuten die Gewebekonzentration der Glukose bestimmt wird. Diese entspricht, nur um wenige Minuten verzögert, dem Blutglukosewert.

Ein oraler Glukosebelastungstest demonstriert, wie tief der Blutglukosewert absinkt und gleichzeitig werden die zugehörigen Insulinwerte alle 30 Minuten bestimmt, um eine inadäquat hohe Insulinausschüttung nach zu weisen.

Eine zusätzliche Untersuchung ist die Pouch-Entleerungsszintigraphie. Dabei erhalten die Patienten eine radioaktiv markierte Testmahlzeit und vor dem Scanner wird dann die Entleerungsgeschwindigkeit der Mahlzeit aus dem Pouch gemessen. Bisher gibt es hierfür aber noch keine Normwerte, so dass nur ein Vergleich vor und nach einer Operation sinnvoll ist.

Therapie

Ist ein Dumpingsyndrom diagnostiziert, so erfolgt zunächst die diätetische Anpassung der Nahrung. Es sollten mindestens 6 kleinere Mahlzeiten über den Tag verteilt eingenommen werden. Dabei sollen der Kohlenhydratgehalt reduziert und der Eiweißgehalt, sowie der Faseranteil (Ballaststoffe) erhöht werden. Dies befreit bis zu 60% der Patienten von der Symptomatik des Dumpings.

Reicht die diätetische Anpassung nach 4 – 6 Wochen nicht aus, so erfolgt ein medikamentöser Therapieversuch. Hierzu verwendet man ein Diabetesmedikament, das die Aufnahme von Kohlenhydraten im Darm herabsetzt - Acarbose. Da hierdurch mehr unverdaute Kohlenhydrate

in den Dickdarm gelangen, sind die unerwünschten Nebenwirkungen starke Blähungen und Windabgänge.

Bei einem Therapieversagen von Acarbose erfolgt in unserem Therapieregime dann die Anwendung von Viktoza im „Off-Label-Use“. Viktoza ist ebenfalls ein Diabetesmedikament. Hierbei handelt es sich um einen sogenannten GLP-1-Agonisten. GLP-1 ist ein Magen-Darm-Hormon, das im untersten Teil des Dünndarms (terminales Ileum) von den sogenannten L-Zellen produziert und an das Blut abgegeben wird. Viktoza ist mit einer 98% Entsprechung der Aminosäuresequenz ein fast identischer Nachbau des natürlichen Hormons. Das Medikament unterscheidet sich allerdings erheblich in der Halbwertszeit. Das natürliche GLP-1 hat eine Halbwertszeit von nur 2 Minuten, während das Medikament seine Wirkung auf eine Halbwertszeit von 12 Stunden verlängert hat. Mit dieser Therapie erreichen 90% der Patienten eine Symptombefreiheit. Allerdings ist die Verordnung eines „Off-Label-Use“ nicht von der Krankenkasse gedeckt, so dass einkommensschwächere Patienten mit der Bezahlbarkeit des relativ teuren Medikaments (N1 = 2 x 3 ml, reicht

für 1,5 Monate; Preis 123 Euro) häufig finanziell überfordert sind.

In der weiteren Behandlungskaskade kommen dann interventionelle Therapieansätze zum Tragen.

Hier ist der erste Schritt die endoluminale Einengung der Anastomose mit dem Overstitch. Hierbei wird durch endoskopische Nähte mit dem Operationsendoskop der Pouchübertritt in den Dünndarm deutlich eingeengt. Es resultiert eine deutlich verlangsamte Entleerung des Pouches und damit die Behandlung der Ursache des Dumpingsyndroms. Da mit dem Overstitch das natürliche Gewebe im Bereich der Anastomose genäht wird, kann es auf lange Sicht wieder zu einer Erweiterung der eingeengten Anastomose kommen.

Der nächste Schritt im Therapieregime stellt dann die Implantation eines Minimizers um den Pouch dar. Hierbei wird die Ausdehnbarkeit des Pouches durch den Minimizer-Ring von außen erheblich limitiert.

Damit unterscheiden sich diese beiden operativen Therapieoptionen grund-

sätzlich durch ihre Wirkweise. Die Naht mit dem Overstitch wirkt durch eine Erhöhung der sogenannten Obstruktion (Einengung) von innen auf relativ natürliche Weise, während der Ring von außen ein Maximalvolumen, bzw. einen Maximal-Pouchdurchmesser vorgibt, und dann im Grunde wie eine Notbremse für die Nahrungsaufnahme wirkt. „Überessen“ sich die Patienten resultiert Erbrechen, ähnlich wie bei einem Magenband.

Als allerletzte „ultima ratio“ kann die Rekonstruktion des Magenbypasses zur natürlichen Anatomie mit Wiederinstallation der Magenpfortnerfunktion angesehen werden. Von einer teilweisen oder vollständigen Entfernung der Bauchspeicheldüse, um die Insulinproduktion zu drosseln oder ganz zu unterbinden, wie es in der Literatur teilweise beschrieben wird, sehen wir vollkommen ab.

Dr. Christine Stier ist Fachärztin für Chirurgie und Ernährungsmedizin und Leitende Oberärztin Sektion Adipositaszentrum am Sana Klinikum Offenbach.