

Der Gynäkologe

Fortbildungsorgan der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Elektronischer Sonderdruck für S.H. Koter

Ein Service von Springer Medizin

Gynäkologe 2013 · 46:418–422 · DOI 10.1007/s00129-013-3186-y

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

S.H. Koter · T. Müller · A.C. Solis Roldan · K.M. Kramer · T.P. Hüttl

Emesis gravidarum bei Magenbandpatientin

Eine verhängnisvolle Fehldiagnose

Diese PDF-Datei darf ausschließlich für nichtkommerzielle Zwecke verwendet werden und ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen – hierzu zählen auch soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Austauschplattformen.

Redaktion

W. Distler, Dresden
R. Kreienberg, Landshut
B. Ramsauer, Berlin

S.H. Koter^{1,2} · T. Müller¹ · A.C. Solis Roldan¹ · K.M. Kramer¹ · T.P. Hüttl^{1,3}

¹ Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie,
Chirurgische Klinik München-Bogenhausen

² Universitätsklinik für Chirurgie, Medizinische Universität Graz/LKH – Universitätsklinikum Graz

³ Chirurgische Klinik und Poliklinik, Klinikum der Universität München-Großhadern

Emesis gravidarum bei Magenbandpatientin

Eine verhängnisvolle Fehldiagnose

Adipositas und Übergewicht stellen eines der am stärksten zunehmenden gesundheitlichen Probleme dar. Aufgrund der enttäuschenden konservativen Therapieresultate haben operative Verfahren zur Gewichtsreduktion in den letzten Jahren einen starken Zulauf erfahren. Diese Eingriffe erfolgen häufig bei Frauen im fertilen Alter, und die bariatrische Chirurgie ist in der Schwangerschaft von hoher klinischer Relevanz. Zusätzlich leiden bis zu 90% aller Schwangeren an Übelkeit und Erbrechen. Eine Sonderform ist die Hyperemesis gravidarum. Sie weist Symptome auf, die den möglichen Komplikationen nach Magenbandimplantation erschreckend ähnlich sind.

Anamnese

Bei einer 24-jährigen Patientin war im August 2009 in einem auswärtigen Haus aufgrund einer bestehenden Adipositas Grad III (Aufnahmegewicht 138,5 kg, BMI 49 kg/m²) laparoskopisch ein anpassbares Magenband implantiert worden. Der intra- sowie postoperative Verlauf einschließlich Kostaufbau war komplikationslos, und die durchgeführte Kontrastmitteluntersuchung hatte eine korrekte Lage des Bandes sowie eine gute Passage nachgewiesen. Wegen Übelkeit und Er-

brechen war der ursprünglich mit 6 ml geblockte Port vor der Entlassung zur Hälfte entblockt worden.

Im Juni 2011 war die Patientin wiederum wegen andauernder Übelkeit und rezidivierendem Erbrechen in einem anderen Haus vorstellig geworden. Als Arbeitshypothese war psychogenes Erbrechen angenommen worden. Im Laufe dieses stationären Aufenthaltes war die bereits von der Patientin vermutete Gravidität unter oralen Kontrazeptiva (Minipille) bestätigt worden. Sämtliche durchgeführte Untersuchungen hatten trotz zunehmender Beschwerden vermeintlich keinen relevant pathologischen Befund ergeben, die Gastroskopie war unauffällig befundet worden. Diagnostiziert waren lediglich eine leichtgradige Helicobacter-pylori-Gastritis und eine Hiatushernie, und eine Eradikationstherapie war eingeleitet worden. Die Arbeitshypothese war „Hyperemesis gravidarum“. Kontrastmittel- bzw. radiologische Untersuchungen waren wegen der bestehenden Schwangerschaft nicht durchgeführt worden. Die Patientin war nach Hause entlassen worden, eine Kontaktaufnahme zu einem Adipositaszentrum war nicht erfolgt.

Im weiteren Verlauf hatte sich der Zustand der Patientin zunehmend verschlechtert. Sie war abermals gynäkologisch stationär aufgenommen worden

und aufgrund massiver Elektrolytentgleisung bei Dauererbrechen parenteral ernährt sowie intensivmedizinisch betreut worden. Ein intrauteriner Fruchttod war in der 14. SSW diagnostiziert worden, daher war eine Aborteinleitung mit anschließender Nachkürrettage erfolgt. Nach Stabilisierung und schließlich doch entstandenen Verdacht auf Magenbandkomplikation wurde die Patientin an unser Adipositaszentrum überwiesen worden.

Klinischer Befund

Bei der stationären Aufnahme befand sich die Patientin in einem psychisch labilen und allgemein stark reduziertem Zustand mit 97 kg Körpergewicht. Sie war exsikiert, tachykard und hypoton. Bei der klinischen Untersuchung war die Bauchdecke weich, Resistenzen waren nicht tastbar. Die Darmgeräusche waren in allen 4 Quadranten auskultierbar, und eine Abwehrspannung bestand nicht. Die Patientin gab lediglich einen Druckschmerz im Mittelbauch an.

Diagnostik

Laborchemisch waren Leukozyten und C-reaktives Protein (CRP) deutlich erhöht. Ferner bestanden eine Anämie, eine Hypalbuminämie, eine Elektrolytentgleisung und erhöhte Leberenzyme.

▶ Wie lautet ihre Diagnose?

» Diagnose: Komplette Magenband-Slippage mit parastomalem Passagestopp

Da bis zu diesem Zeitpunkt keine Untersuchung in Zusammenhang mit dem implantierten Magenband durchgeführt worden war, veranlassten wir unverzüglich eine Gastrografin®-Schluckaktuntersuchung zur weiteren Abklärung. Es zeigte sich eine komplette Magenband-Slippage mit parastomalem Passagestopp (▣ Abb. 1, 2).

Therapie

Es wurde daraufhin versucht, das Magenband primär zu entblocken, was auf-

grund der Fehllage nicht möglich war. Es bestand eine dringliche Operationsindikation bei vollständiger Magenband-Slippage mit vollständiger Obstruktion. Das dislozierte Magenband konnte noch am selben Tag laparoskopisch entfernt werden. Intraoperativ zeigten sich ausgeprägte Adhäsionen im Bereich des liegenden Magenbandes und eine entzündlich veränderte Magenoberfläche im Bereich des Magenfundus mit livide verfärbter Schnürfurche (▣ Abb. 2). Während der simultanen Gastroskopie konnten im laparoendoskopischen Rendezvousverfahren der eingeeengte Magen aufgedehnt werden und eine zusätzliche Mukosanekrose ausgeschlossen werden. Das endoskopische Bild in Inversion mit Blick auf die Stenose in Höhe der Magenmitte ähnelte dem einer Hiatushernie, was in

der auswärtigen Voruntersuchung fehlinterpretiert worden war.

Der postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos, und die Patientin konnte in gutem Allgemeinzustand, mit blanden Wundverhältnissen und unauffälligen Laborparametern weitgehend beschwerdefrei bei normaler enteraler Ernährung nach Hause entlassen werden. Eine PPI(Protonenpumpeninhibitor)-Therapie wurde für weitere 6 Wochen eingeleitet, ebenso eine psychologische Begleittherapie. Zwischenzeitlich wurde die Patientin erneut schwanger, mit bisher unkompliziertem Verlauf.

Definition

Die Anlage eines Magenbandes ist ein restriktives Verfahren und dient der Therapie bei krankhafter Adipositas, die durch Diäten und konservative Behandlungsmaßnahmen nicht behandelbar ist. Durch Einengen des Magendurchmessers kann eine dauerhafte deutliche Gewichtsreduktion erreicht werden. Ausschlaggebend für den Erfolg sind eine ernährungsmedizinische und chirurgische Führung des Patienten und dessen Compliance. Dazu wird in einer laparoskopischen Operation ein Silikonband um den Magenfundus gelegt. Der Durchmesser der Öffnung kann durch Auffüllen des Bandes mit Flüssigkeit durch einen Port, der meist thorakal liegt, verändert werden. Ein solcher bariatrischer Eingriff ist spätestens ab einem BMI ≥ 40 kg/m² ohne Kontraindikationen und nach Erschöpfung der konservativen Therapie indiziert [1, 2].

Risiken und Komplikationen

Die Implantation eines Magenbandes ist grundsätzlich eine sichere und effiziente Methode in der chirurgischen Therapie der morbid Adipositas. Die häufigsten bandspezifischen Komplikationen sind Slippage, Magenpouch- bzw. Ösophagusdilatation, Magenbandlecks, Bänderosionen bis hin zu Magennekrosen und -perforationen, Stenosen bzw. Obstruktionen

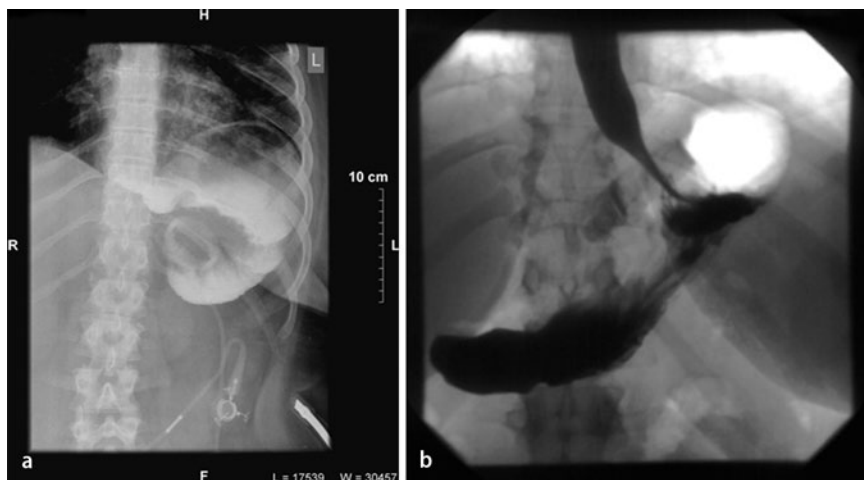


Abb. 1 ▲ a, b Gastrografin®-Schluckaktuntersuchung: komplette Magenband-Slippage mit parastomalem Passagestopp

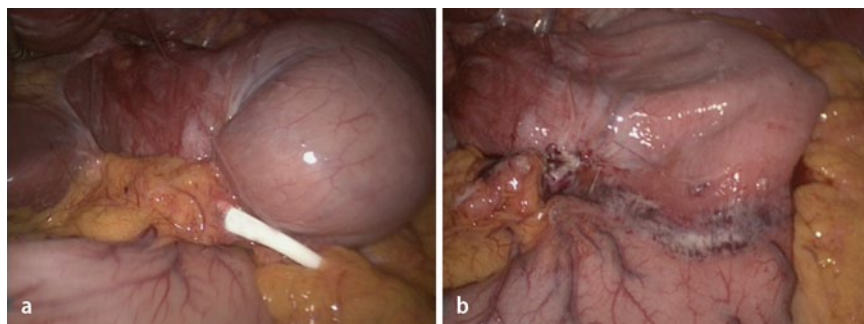


Abb. 2 ▲ a, b Ausgeprägte Adhäsionen im Bereich des liegenden Magenbandes, entzündlich veränderte Magenoberfläche im Bereich des Magenfundus mit livide verfärbter Schnürfurche

und Infektionen, welche bei früher Diagnosestellung problemlos beherrschbar und zu beheben sind [1, 6].

» Adipositaschirurgie ist auch in gebärfähigem Alter alternativlos

Die Symptome äußern sich als Schluckstörungen, permanente Übelkeit, rezidivierendes Erbrechen, gastroösophagealer Reflux, Brustschmerzen, Exsikkose, Hämatemesis, Elektrolytentgleisungen, Nahrungsmittelintoleranz und rapiden Gewichtsverlust. Diese Symptome sind denen der Hyperemesis gravidarum verblüffend ähnlich [6].

Schwangerschaft und bariatrische Chirurgie

Kinderwunsch stellt keine Kontraindikation gegen bariatrische Chirurgie dar. Im Gegenteil,

- es kommt sogar zu einer deutlichen Verbesserung der Fertilität,
- der Zyklus sowie die Androgenspiegel normalisieren sich [1, 3] und
- schwangerschaftsassozierte Komplikationen, wie Diabetes, Hypertonie, Präeklampsie und auch die Abortrate, treten seltener auf als bei nicht operierten adipösen Frauen.

Es wird jedoch generell empfohlen, dass Patientinnen innerhalb der ersten 2 postoperativen Jahre nicht schwanger werden, da sie sich während dieser Zeit in einer ausgeprägten katabolen Stoffwechsellage befinden und wegen der potenziellen Malnutrition eine ausreichende und ausgeglichene Ernährung für Mutter und Kind nicht gewährleistet ist [1, 3, 4]. Während dieser Zeit sollte eine geeignete Antikonzeptionsmethode eingesetzt werden, denn nicht nur bei malabsorptiven, sondern auch bei restriktiven Verfahren kann es zu unerwünschten Schwangerschaften trotz oraler Kontrazeptiva kommen kann [3, 4]. Unabhängig vom Auftreten einer Schwangerschaft ist eine ernährungsmedizinische Nachbetreuung immer notwendig, um eine ausreichende Mikronährstoffversorgung zu gewährleisten und eventuelle Mangelzustände auszugleichen [3, 4, 5].

Gynäkologe 2013 · 46:418–422 DOI 10.1007/s00129-013-3186-y © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

S.H. Koter · T. Müller · A.C. Solis Roldan · K.M. Kramer · T.P. Hüttl

Emesis gravidarum bei Magenbandpatientin. Eine verhängnisvolle Fehldiagnose

Zusammenfassung

Viele Patientinnen nach bariatrischer Chirurgie sind im fertilen Alter, und die Zahl an Schwangerschaften nach den Operationen nimmt stetig zu. Viele Schwangere leiden an Übelkeit und Erbrechen, eine Sonderform ist die Hyperemesis gravidarum mit Symptomen, die den möglichen Komplikationen nach bariatrischen Eingriffen erschreckend ähnlich sind.

Wir berichten über eine 24-jährige Patientin, der bei Adipositas Grad III laparoskopisch ein Magenband implantiert worden war. Jahre später wurde sie wegen rezidivierenden Erbrechens in einem auswärtigen Haus vorgestellt, und eine Schwangerschaft wurde festgestellt. Bei persistierendem Erbrechen wurde sie mit der Diagnose Emesis gravidarum

nach Hause entlassen. Ihr Zustand verschlechterte sich im weiteren Verlauf zunehmend. Sie musste intensivmedizinisch betreut werden, und die Schwangerschaft musste abgebrochen werden. Nach Stabilisierung wurde sie an ein Adipositaszentrum überwiesen. In der Schluckuntersuchung mit Kontrastmittel zeigte sich eine komplette Magenband-Slippage mit parastomalem Passagestopp. Das Magenband wurde unverzüglich laparoskopisch entfernt.

Schlüsselwörter

Hyperemesis gravidarum · Schwangerschaft · Magenband · Bariatrische Chirurgie · Komplikationen

Emesis gravidarum in a gastric band patient. A critical misdiagnosis

Abstract

Many patients who have bariatric surgery are in fertile age, and the number of pregnancies after these operations is increasing. Therefore, pregnancy after bariatric surgery is of great clinical relevance. Moreover, a large number of pregnant women experience nausea and vomiting and some suffer from hyperemesis gravidarum, with symptoms frighteningly similar to the potential complications after bariatric surgery.

We report of a 24-year-old woman with grade-III obesity who underwent laparoscopic gastric banding. A few years later, she presented to hospital because of recurrent vomiting and it was discovered she was pregnant. The patient's vomiting continued, but

she was discharged with the diagnosis of hyperemesis gravidarum. The patient's condition deteriorated progressively, she had to be transferred to intensive care, and the pregnancy had to be terminated. After her condition stabilized, she was assigned to our obesity center. A contrast swallow examination showed complete band slippage with a parastomal passage stop. The patient was immediately operated on laparoscopically and the gastric band was removed.

Keywords

Hyperemesis gravidarum · Pregnancy · Gastric banding · Bariatric surgery · Complications

Verlauf

Der schwere Krankheitsverlauf ergab sich daraus, dass die vermutlich „schwierige“ Patientin initial nicht ernst genommen, ein psychogenes Erbrechen vermutet und nicht an das Magenband gedacht wurde. Zusätzlich gab es über einen längeren Zeitraum keine Schwangerschaftsdiagnostik, und eine durchgeführte Endoskopie wurde leider fehlgedeutet. Das seltene Problem der chronischen Banddislokation mit einhergehender Obstruk-

tion wurde nicht gekannt und daher auch nicht erkannt.

Fazit für die Praxis

- Frauen mit einem Magenband, die sich im gebärfähigen Alter befinden, sollten engmaschig und multidisziplinär beobachtet werden.
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Fortbildung muss verbessert, und die Auswirkungen einer bariatrischen Operation in die

Differenzialdiagnose einbezogen werden, um Komplikationen zu vermeiden.

- Bei einer unklaren abdominellen Beschwerdesymptomatik während der Schwangerschaft sollte bei operierten Patientinnen unverzüglich das behandelnde Adipositassteam hinzugezogen werden.
- Die Adipositaschirurgie ist auch für Patientinnen im gebärfähigen Alter alternativlos, und es überwiegen auch bei Schwangeren die positiven Effekte.
- Dennoch ist zu betonen, dass Schwangere nach Adipositaschirurgie und Schwangerschaft erhöhter Aufmerksamkeit bedürfen.

Korrespondenzadressen



Dr. S.H. Koter
 Universität Graz/LKH –
 Universitätsklinikum Graz
 Auenbruggerplatz 29,
 8036 Graz
 Österreich
 stephan.koter@medunigraz.at



Prof. Dr. T.P. Hüttl
 Abteilung für Allgemein-,
 Viszeral- und Minimalinvasive
 Chirurgie, Chirurgische Klinik
 München-Bogenhausen
 Denninger Str. 44,
 81679 München
 chirurgie@chkmb.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Runkel N, Colombo-Benkmann M, Hüttl TP et al (2011) Evidence-based German guidelines for surgery for obesity. *Int J Colorectal Dis* 26(4):397–404
2. Hüttl TP, Kramer KM, Wood H (2010) Bariatriche Chirurgie – Adipositaschirurgische Verfahren und ihre Besonderheiten. *Diabetologie* 8(8):637–646
3. Ernst B, Thurnheer M, Schultes B (2010) Fertilität und Schwangerschaft nach bariatricher Chirurgie zur Behandlung der hochgradigen Adipositas. *Fertility and pregnancy after bariatric surgery for the treatment of severe. Aktuel Ernährungsmed* 35(5):220–226
4. Vrebosch L, Bel S, Vansant G et al (2012) Maternal and neonatal outcome after laparoscopic adjustable gastric banding: a systematic review. *Obes Surg* 22(10):1568–1579
5. Magdaleno R Jr, Pereira BG, Chaim EA, Turato ER (2012) Pregnancy after bariatric surgery: a current view of maternal, obstetrical and perinatal challenges. *Arch Gynecol Obstet* 285(3):559–566
6. Eid I, Birch DW, Sharma AM et al (2011) Complications associated with adjustable gastric banding for morbid obesity: a surgeon's guides. *Can J Surg* 54(1):61–66

Neues Register für Lieferengpässe bei Medikamenten

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im April 2013 ein Online-Register für Medikamenten-Engpässe in Deutschland vorgestellt. Das Register ist beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte unter www.bfarm.de/lieferengpaesse frei zugänglich. Erfasst werden Lieferengpässe von Arzneimitteln, die voraussichtlich über mehr als 2 Wochen bestehen werden, und Situationen, in welchen die Nachfrage nach Medikamenten nicht mit angemessenen Mengen bedient werden kann.

Beispielsweise in der Krebstherapie gab es im Laufe der letzten 12 Monate Schwierigkeiten bei der Versorgung von Patienten mit Akuter Leukämie, Chronischer Leukämie, Brustkrebs und Tumoren des Magen-Darm-Traktes. Kritisch ist die Situation vor allem dann, wenn keine medikamentösen Alternativ-Medikamente zur Verfügung stehen und eine Verschlechterung der heute guten Behandlungschancen droht. „Dieses Register ist ein wichtiger erster Schritt im Umgang mit dem Problem der Lieferengpässe von Arzneimitteln in Deutschland“, so Prof. Mathias Freund von der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO).

Das Register beruht zunächst auf freiwilligen Angaben. „Es ist zu hoffen, dass die pharmazeutischen Unternehmen ihrer gesellschaftlichen Verantwortung gerecht werden und die Öffentlichkeit umfassend über Lieferengpässe informieren. Wir begrüßen auch, dass das Ministerium die Versorgungssituation im Auge behalten will und gegebenenfalls zusätzliche Maßnahmen in Betracht zieht“, kommentiert Freund.

Quelle:
**Deutsche Gesellschaft für Hämatologie
 und Medizinische Onkologie e.V.,
www.dgho.de**

Hier steht eine Anzeige.

