

Laborchemisch ließ sich bei stark erhöhten Blutzuckerwerten eine schwere metabolische Azidose mit einem pH von 6,9 und einem Base Excess von -28 mmol/l sowie eine ausgeprägte Ketonurie nachweisen.

Absoluter Insulinmangel

Nach intensivmedizinischer Behandlung mit entsprechender Infusionstherapie, intravenöser kontinuierlicher Insulingabe, Elektrolyt- und Azidoseausgleich stabilisierte sich ihr Zustand und sie konnte auf der Diabetesstation auf eine intensivierete Insulintherapie eingestellt werden. Die notwendige Insulindosis war mit ca. 28 Einheiten pro Tag relativ niedrig.

Es erfolgte die Bestimmung des C-Peptids, dieses zeigte mit $0,38$ $\mu\text{g/l}$ einen absoluten Insulinmangel. Zudem ließen sich Glutaminsäure-Decarboxylase- (GAD-)Antikörper nachweisen, sodass die Diagnose eines Typ-1-Diabetes gestellt werden konnte. Die Patientin wurde aufgeklärt, dauerhaft eine intensivierete Insulintherapie zu benötigen, sie nahm noch einmal an der Diabeteschulung teil und die Stoffwechseleinstellung zeigte sich danach erfreulich stabil. Aktuell wiegt die Patientin 53 kg.

Besser zweimal hinschauen

Dieses Patientenbeispiel zeigt, dass es sich bei übergewichtigen Patienten mit einem Diabetes mellitus nicht immer um einen Typ-2-Diabetes handelt. Auch bei übergewichtigen Menschen kann natürlich ein Autoimmundiabetes mit absolutem Insulinmangel auftreten.

Sollte diese Differenzialdiagnose nicht beachtet werden, kann es durch das Absetzen des Insulin oder auch bei nicht konsequenter Therapie wie in dem geschilderten Fall zu potenziell lebensbedrohlichen diabetischen Stoffwechseleinstellungen kommen. Eine C-Peptid-Bestimmung vor einer geplanten bariatrischen Operation und bei niedrigen Werten zusätzlich eine Autoantikörperbestimmung könnte bei den übergewichtigen Patienten mit Typ-1-Diabetes eine postoperative Stoffwechseleinstellung sowie die Enttäuschung über eine fehlende Besserung der Diabeteseinstellung verhindern.

Fabula docet

Eine bariatrische Operation bei Typ-2-Diabetikern führt oft zu einer deutlichen Stoffwechselverbesserung mit der Möglichkeit des Absetzens oder zumindest einer deutlichen Reduktion der antidiabetischen Therapie. Es ist jedoch zu bedenken, dass auch ein Patient mit Übergewicht an einem Typ-1-Diabetes erkrankt sein kann, was bei Nichtbeachten zu lebensbedrohlichen Komplikationen führen kann.



Dipl.-Med. Christoph Hartwig

Abt. Gastroenterologie/Diabetologie
Vivantes-Klinikum Neukölln, 12351 Berlin
christoph.hartwig@vivantes.de

Noch mehr Komplikationen nach bariatrischer OP

Mangel hat viele Gesichter:

Fragliche Herzinsuffizienz mit 38 Jahren

Eine 38-jährige Frau wurde mit zunehmender Belastungsdyspnoe und ausgeprägten Beinödemen vom Hausarzt mit der Diagnose „Herzinsuffizienz“ in die kardiologische Abteilung eines Krankenhauses eingewiesen. Die Echokardiografie zeigte aber eine normale Herzfunktion. Sonografisch waren Pleuraergüsse und Aszites nachweisbar. In den Laboruntersuchungen wurde dann ein schwerer Eiweißmangel festgestellt, das Serumalbumin betrug nur noch 19 g/l.

Ursache des Eiweißmangels war eine Magenbypassoperation zwei Jahre vorher, die zu einer deutlichen Gewichtsreduktion geführt hatte. Ihre Kontrolltermine in der Adipositasprechstunde hatte die Patientin nicht mehr wahrgenommen, da sie mit dem Operationsergebnis zufrieden war. Daher fiel der Mangelzustand erst verspätet auf.

Nach intravenöser Albuminsubstitution und zusätzlicher proteinreicher Kost waren die Ödeme rückläufig und die Patientin konnte entlassen werden. Natürlich nicht, ohne sie an die Notwendigkeit regelmäßiger Kontrolluntersuchungen zu erinnern.

Dipl.-Med. Christoph Hartwig

Kombinierter Eingriff: Hier war's zu viel des „Guten“

Eine 1957 geborene Frau mit einem BMI von $54,6$ kg/m^2 (140 kg bei $1,60$ m) sowie multiplen adipositasassoziierten Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes (Therapie mit Glibenclamid), Hypertonus, Fettleber, Schlafapnoe und COPD wurde im Juni 2016 zu einer bariatrischen Operation eingewiesen. Sie erhielt eine Magenbypassoperation mit Roux-en-Y-Anastomose sowie zusätzlich ein nicht anpassbares Magenband.

Postoperativ normalisiert sich der Blutzucker schnell, das Glibenclamid kann noch in der Klinik abgesetzt werden. Die Patientin nimmt kontinuierlich an Gewicht ab, ein Jahr später wiegt sie noch 77 kg (BMI 30 kg/m^2).

Die Frau berichtete ein Jahr nach der Operation, seitdem täglich mindestens einmal zu erbrechen. Die daraufhin durchgeführte Gastroskopie zeigt eine mit dem Endoskop gerade noch passierbare Enge an der Gastrojejunostomie und die Retention von festen Nahrungsresten im Restmagen. (►s. Abb.).



© Vivantes-Klinikum Neukölln

Die Versuche, das tägliche Erbrechen mit Ernährungsempfehlungen (kleine Mahlzeiten, ausreichend Flüssigkeit, Nahrung zerkleinern) zu verhindern, waren nicht erfolgreich, sodass die Patientin zur operativen Entfernung des nicht anpassbaren Magenbandes im Operationszentrum vorgestellt werden musste.

Dipl.-Med. Christoph Hartwig