

Chirurg 2019 · 90 (Suppl 2):S26
<https://doi.org/10.1007/s00104-019-0839-y>
 Online publiziert: 13. Februar 2019
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2019



H. Dralle

Sektion Endokrine Chirurgie, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie,
 Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland

Sekundärer Hyperparathyreoidismus nach Magenbypass

Originalpublikation

White MG, Ward MA, Applewhite MK et al (2017) Rates of secondary hyperparathyroidism after bypass operation for super-morbid obesity: an overlooked phenomenon. *Surgery* 161:720–726

Hintergrund und Fragestellung. Die Zunahme der Adipositashäufigkeit und der Popularität bariatrischer Eingriffe hat zu einer damit zunehmenden Anzahl von Patienten mit metabolischen Störungen geführt. Die vorliegend besprochene Arbeit nimmt zum Thema der Endokrinopathien nach Magenbypassprozeduren Stellung, die wie der Roux-Y-Magenbypass (RYGB) und der Duodenal-Switch (DS) hauptsächlich bei Adipositaspatienten mit einem BMI > 50 durchgeführt werden. Das vollständige Spektrum der malabsorptionsbedingten Endokrinopathien ist bislang nicht bekannt. Nach RYGB und DS wird über Knochendichteverluste von 9–11 % und über Nephrolithiasisraten von 4–18 % berichtet. Da die Vitamin-D-Absorption hauptsächlich im Duodenum, weniger im Jejunum, und die Vitamin-D-abhängige Kalziumabsorption im Jejunum und Ileum erfolgt, ist der Kalziummetabolismus nach RYGB und DS erheblich gestört, sodass eine Kalzium-Vitamin-D-Substitutionsbehandlung nach Magenbypassoperation empfohlen wird. Die vorliegende Untersuchung analysiert die Häufigkeit eines biochemischen und

symptomatischen sekundären Hyperparathyreoidismus (SHPT) nach RYGB und DS.

Material und Methoden. Alle Patienten mit einem BMI > 50, die von 2002 bis 2005 in einem tertiären Adipositaschirurgiezentrum einen RYGB (113) oder DS (170) erhielten, wurden in die retrospektive Analyse der prospektiv erhobenen Daten einbezogen. Allen Patienten wurde eine Substitution von 1200 mg Kalziumzitat und 1000 IU Vitamin D3 verschrieben. Als biochemischer SHPT wurde ein Parathormon (PTH) von >75 pg/ml bei normalem oder niedrigem Serumkalzium (<10,2 mg/dl) definiert, bei aus den Akten zusätzlich erkennbaren SHPT-assoziierten Symptomen wurde ein symptomatischer SHPT definiert. Der Effekt einer Erhöhung der Vitamin-D-Substitution wurde in der DS-Gruppe anhand der zuletzt bestimmten PTH-Werte berechnet. Das mediane Follow-up betrug 35 Monate. Die mit einem SHPT einhergehenden Risikofaktoren wurden uni- und multivariat berechnet.

Ergebnisse. Trotz Kalzium- und Vitamin-D-Substitution waren die beobachteten SHPT-Raten nach Magenbypass höher als in der Allgemeinbevölkerung. Ein biochemischer SHPT zeigte sich bei 27 % bzw. 44 % der RYGB- bzw. DS-Patienten, ein symptomatischer SHPT bei 10 % bzw. 19 %. Multivariat war das Ausmaß des gastrointestinalen Bypass (DS > RYGB) und die Nachbeobachtungsdauer signifikant mit dem Auftreten eines SHPT assoziiert. Die Entwicklung eines SHPT war mehr abhängig vom

Serumkalzium als von der Vitamin-D-Malabsorption. Dementsprechend führte auch die Erhöhung der Vitamin-D-Substitution nicht zu einer SHPT-Risikominderung in der DS-Gruppe.

Diskussion und Fazit. Wegen der Bedeutung vor allem des Serumkalziums für die SHPT-Entwicklung sollte die Kalziumsubstitution nach Magenbypass bis in den hochnormalen Bereich geführt werden. Weitere Studien zur Frage der Langzeiteffekte des SHPT nach Magenbypass einschließlich aggressiverer Substitutionsregime sind jedoch angesichts der zunehmenden Zahl operierter Patienten dringend erforderlich. Wegen des Risikos einer nicht mehr adäquat behandelbaren Hypokalzämie besteht bei Patienten mit SHPT nach Magenbypass in keinem Fall eine Indikation zur Parathyreoidektomie.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult H. Dralle, FRCS, FACS, FEBS

Sektion Endokrine Chirurgie, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Essen
 Hufelandstr. 55, 45147 Essen, Deutschland
henning.dralle@uk-essen.de

Interessenkonflikt. H. Dralle gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag wurde erstpubliziert in *Der Chirurg* (2017) 88:537–537. <https://doi.org/10.1007/s00104-017-0432-1>