



„DER WEG AUS DEM OUT“

Pressekonferenz der Medien-Akademie-Gesundheit
in Kooperation mit der Adiposithilfe Österreich

www.intmedcom.com

www.adipositas-shg.at

Mittwoch, 9.11.2011, Billrothhaus, 1090 Wien, Frankgasse 8

„Adipositaschirurgie – was wann?“

Der Wiener Chirurg Karl Dinstl war in Österreich in den 1970er-Jahren der Doyen der Adipositaschirurgie. Der damalige Eingriff der Dünndarmverkürzung, um dessen Resorptionsfläche zu verringern, erfüllte die Erwartungen jedoch nicht. 1979 wurde von ihm der erste Magenbypass an der Wiener Rudolfstiftung gemacht. 10 Jahre war das in Folge der Standard, wobei die PatientInnenzahlen deutlich geringer waren als heute. Heute werden jährlich rund 2.300 Eingriffe in Österreich durchgeführt.

Dabei ist das bekannte Magenband deutlich in den Hintergrund getreten, da etwa 1/3 der Betroffenen ihre Magenband binnen 10 Jahren wegen Speiseröhrenüberdehnung oder anderen Problemen wieder verlieren, wobei bei den restlichen PatientInnen der Eingriff durchaus von Erfolg begleitet ist.

Heute dominieren der „Magenbypass“ und der „Magenschlauch“. Beim Bypass wird der obere Magenanteil durchtrennt und die dadurch gebildete Tasche mit dem Dünndarm verbunden. Das entspricht funktionell einer fast vollständigen Magenentfernung, wobei der „ausgeschaltete“ Teil aber nicht entfernt wird. Theoretisch könnte man hier also rückoperieren. Der Begriff Magenschlauch kann in etwa wörtlich aufgefasst werden, da der Magen gartenschlauchförmig verengt wird. Die restlichen Magenanteile werden entfernt. Wesentlich ist es in allen Fällen, dass an Spezialzentren (50 OPs je Chirurg/Jahr) operiert wird. Alle Eingriffe werden laparoskopisch – also minimal invasiv - durchgeführt. Insgesamt sehr kostenintensiv, da alleine die Einmalartikel eines solchen Eingriffs bis zu 4.500.-€ ausmachen.

Studien konnte belegen, dass bei Betroffenen mit besonders ausgeprägtem Bauchfett weniger Komplikationen auftreten, wenn man einen Magenschlauch anlegt. Dieser Eingriff ist technisch auch weniger anspruchsvoll als der Bypass. Allerdings besteht das Risiko einer Refluxentwicklung, wenn der Verschlussmechanismus zwischen Speiseröhre und Magen schon vorher beeinträchtigt war.

Sollten beide Eingriffe keinen Erfolg zeigen, besteht noch die Möglichkeit des Duodenal-Switchs, bei dem vorsätzlich eine Malabsorption (Resorptionsstörung) herbeigeführt wird, die zu enormem Gewichtsverlust führt, allerdings auch sehr komplexe ernährungstechnische Begleitmaßnahmen erfordert. Fettlösliche Vitamine und Calcium werden vermindert aufgenommen. Es drohen Hyperparathyreoidismus und Osteoporose. Auch beim Bypass muss in der Folge auf den Eisen- und Vitamin-B12-Spiegel geachtet werden.

Hinsichtlich des immer wieder angefragten Operations-Risikos liegt es beim Magenschlauch etwas geringer als beim Bypass, allerdings ist letzterer eine Methode, mit der man bereits rund 50 Jahren Erfahrung hat. Eine Österreich weite Statistik aus 2009 weist insgesamt eine Letalität von 0,4% (4 aus 1000) – das steht für „sehr sicher“.

Wir entscheiden uns für den Eingriff bei einem BMI von 40 oder mehr (krankhafte Fettleibigkeit), im Fall von schweren Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus ab einem BMI 35. Zahlreiche Studien bestätigen dieses Vorgehen. Unterhalb diese Wertes führen wir keine primären Übergewichts Operationen durch. Für die Betroffenen ist die Adipositaschirurgie derzeit die einzige Chance, aus dem Teufelskreis der krankhaften Fettsucht zu entkommen.

Prim. Univ. Prof. Dr. Stefan Kriwanek

Vorst. d. Abteilung f. Chirurgie, Donauespital Wien, 1220 Wien, Langobardenstr. 122

Fon: (+43 1) 288 02 - 2050, E-Mail: stefan.kriwanek@wienkav.at

Med Communications GmbH

Sitz: 3571 Gars/Kamp, Zitternberg 69-Post: 3571 Gars/Kamp, Schillerstr. 163 - Repräsentanz: Linz-Leonding, Austria - Europe

Tel.: +43.6 +43.2985.30983 / EPost: office@intmedcom.com

Virtual Press-Center - www.v-p-c.at