

Dr. Elemér Mohos

Reporterin: Mein Gesprächspartner ist Chefarzt Herr Doktor Elemér Mohos, der einerseits in Österreich, im Krankenhaus Oberwart arbeitet, und hier mit einem operativen Eingriff begann, der zu den chirurgischen Verfahren gegen krankhaftes Übergewicht gehört, den er vor einem Jahr auch im Krankenhaus von Veszprém durchführte und auch seitdem laufend Patienten hat. Genau was ist dieses Verfahren, was kann man davon wissen?

Dr. Elemér Mohos: Roux-Y-Bypass ist eine Operation zur Verringerung des Körpergewichts, die außer dieser Wirkung auch Nebenwirkungen hat, bei solchen Patienten heilt sich die Diabetes, der Blutdruck kommt in Ordnung, die Probleme der Bewegungsorgane verbessern sich wesentlich, und es ergibt sich aus der Beschaffenheit, dass Reflux aufhört, das Patienten dieser Art häufig betrifft. Wenn wir uns die Daten sowohl der Diabetes als auch der krankhaften Fettsucht ansehen, mit welcher Dynamik der Anteil dieser Krankheiten weltweit zunimmt, erhalten wir erstaunliche Ergebnisse. Die Anteile der Diabetes und der krankhaften Fettsucht verdoppeln sich zehnjährlich in den entwickelten und nunmehr Entwicklungsländern. Die Operationen zur Verringerung des Körpergewichts sind in dieser Hinsicht äußerst wichtig, und ich meine, da diese Angaben über die Inzidenz, die Dicke und Diabetes prägen, auch Ungarn nicht umgehen, und daher auf jeden Fall Platz im Angebot der ungarischen Chirurgie haben. Die Magenringoperation war bisher auch in Ungarn erreichbar, Kollegen führen diese mit guten Ergebnissen durch, die Magenbypassoperation dagegen noch nicht. Ich arbeite seit vier Jahren in Österreich, auf einer Chirurgiestation am Krankenhaus Oberwart, wo das Hauptprofil die progressive Laparoskopie ist, innerhalb dieser die Magenbypassoperation bzw. die damit verbundenen metabolischen chirurgischen Eingriffe. Durch Kenntnis der dortigen Ergebnisse bin ich davon überzeugt, dass diese Operationen auch nach Ungarn hinübergebracht werden sollten, und in Absprache mit dem Chefarzt der Chirurgiestation des Krankenhauses in Veszprém, Herrn Professor Attila Nagy ist es uns gelungen, diese Operationen mit seiner Hilfe auch in Ungarn durchzuführen. Wir haben den ersten Eingriff dieser Art im vergangenen Februar gemacht. Seitdem haben wir zehn Operationen durchgeführt, die von der Herstellerfirma von Nähmaschinen gesponsert wurden. Vier weitere haben in selbständiger Finanzierung stattgefunden. Wir haben unsere frühen Angaben, die wir verarbeitet haben, die Operation hat einen gleich guten Wirkungsgrad in Ungarn wie im Burgenland, indem die Patienten 80 bis 85 % ihres Übergewichts schon im ersten Jahr abgeben, neun von zehn Diabetespatienten normal glykämisch werden, obwohl sie mit der Einnahme von Insulin und Antidiabetika aufhören, die sie vor der Operation gebrauchten. Von den Patienten mit hohem Blutdruck können 75% mit der Einnahme von Medikamenten nach der Operation aufhören. Ich meine, wir sollen diese Operation in Ungarn ebenfalls längerfristig durchführen. Die Operation ist gut erprobt, der erste Eingriff dieser Art war vor vierzig Jahren in den USA und jährlich finden solche Operationen weltweit in der Größenordnung von einhunderttausend statt. Ich würde nochmals betonen: Ich bin mir dessen sicher, dass diese Operation auch in Ungarn Platz und Funktion hat.

Reporterin: Werden diese Eingriffe schon seit vierzig Jahren in Amerika durchgeführt?

Dr. Elemér Mohos: So ist es. Die erste Operation führte ein Chirurg namens Mason 1967 durch, die freilich noch ein offener Eingriff mit dem Durchschneiden der Bauchwand war. Seit siebzehn Jahre finden diese Operationen laparoskopisch statt, im Rahmen der minimalinvasiven Technik, d. h., die Bauchwand wird nicht aufgeschnitten, sondern die Operation erfolgt über

kleine, sogenannte Portöffnungen. Dies ist von ernsthafter Bedeutung bei Patienten, die nicht selten 150 bis 170 Kilogramm wiegen. Auch wir führen diesen Eingriff laparoskopisch durch.

Reporterin: Hat es die minimalinvasive Technik ermöglicht, dass diese Operation sich weltweit so verbreitet hat, oder war sie bei offenen Operationen ebenfalls genauso häufig?

Dr. Elemér Mohos: Die minimalinvasive Technik spielt eine ernsthafte Rolle dabei, dass sich diese Operation dermaßen verbreitet hat, weil die Last und Stress der Operation wesentlich abnehmen und diese Gruppe von Patienten übrigens ernsthafte Risiken in Bezug auf die operative Belastbarkeit aufweist. Es ist für sie gar nicht egal, welcher operativen Belastung wir sie aussetzen. Nach der Einführung der laparoskopischen Technik haben die Komplikationen markant abgenommen. Derzeit beweist eine hohe Anzahl von Studien, dass der Anteil der Komplikationen nicht wesentlich höher als bei der meistüblichen laparoskopischen Operation, der Entfernung der Gallenblase liegt.

Reporterin: Dauert der Ausfall der Patienten von der Arbeit nach der Operation lange?

Dr. Elemér Mohos: Die Patienten verbringen in der Regel fünf bis sieben Tage nach der Operation im Krankenhaus, bis wir sie ernähren können, bis die Ernährung über den Mund wiederhergestellt wird, bis sie wieder imstande sind, aufzustehen und sich zu versorgen. Danach wird noch gut eine Woche benötigt, damit sie ihre Arbeit fortsetzen können. Es ist noch wichtig, zu betonen, dass diese Patienten im Zeitraum nach der Operation auf keine Nachbehandlung, besondere Vitamin- und Spurelementensubstitution angewiesen sind, wie dies bei sonstigen Operationen etwa gewöhnlich war. Wir kontrollieren sie im ersten Jahr vierteljährlich, danach halbjährlich. Bei der Hälfte der Patienten müssen wir Vitamin B12 dosieren, ein Drittel bedarf Eisenersatz. Es ist noch von sehr großer Bedeutung, dass sie nach der Operation ein volles Leben führen. Wir haben Angaben unseres Patientenstammes in Oberwart verarbeitet. Wir haben mithilfe von zwei international anerkannten Fragebögen zur Lebensqualität ermittelt und dies im vergangenen Sommer in Obesity Survey veröffentlicht. Wir haben das Ergebnis erhalten, dass diese Patienten nach beiden Fragebögen eine Score erreicht hätten, die für die gesunde Normalpopulation typisch ist.

Reporterin: Wenn ich Sie richtig verstanden habe, hat dieser Operationstyp in Vergleich mit den anderen Operationen die besten Aussichten auf langfristige Besserung der verbundenen Krankheiten?

Dr. Elemér Mohos: So ist es. Dies trifft nicht nur für die verbundenen Krankheiten, sondern auch für die Abnahme des Körpergewichts zu. Es scheint so, wenn man die eventuellen Komplikationen und die Ergebnisse der Operation, die Besserung der verbundenen Krankheiten, die Abmagerung, die Lösung der Diabetes, der Hypertonie erwägt, ist derzeit die Magenbypassoperation die erste Wahl. Falls diese nicht möglich ist, macht unser Team Schlauchmagenoperation, die ein kleinerer Eingriff ist, der bei der Mehrheit der Patienten durchgeführt werden kann. Wenn die Patienten nach der Schlauchmagenoperation wieder zunehmen, was bei etwa zwanzig Prozent möglich ist, kann der Schlauchmagen ohne technisches Problem in Bypass umgewandelt werden. Unsere Indikationspolitik lautet so: Wenn es geht, Magenbypass, wenn nicht, Schlauchmagenoperation. Wenn der Patient so übergewichtig ist oder sich in sehr schlechtem Zustand befindet, dass nicht einmal die Magenschlauchoperation möglich

ist, legen wir einen Ballon ein. Wenn der Patient dadurch abgenommen hat, kommen die vorher erwähnten Operationen in Betracht.

Dr. Győző Vándorfi

Reporterin: Ich möchte Sie fragen, welche Veränderungen nach der Operation bei den Patienten sowohl in positivem Sinne bzw. uns würde ebenfalls interessieren, ob es eine Mangelkrankheit gibt, um derentwillen sie auf den Ersatz von Nahrungsstoffen oder Vitaminen angewiesen sind oder eine sonstige spezielle internistische Versorgung bedürfen?

Dr. Győző Vándorfi: Diese Sache hat uns vor allem deshalb interessiert, weil es ja eine Sache ist, dass es äußerst übergewichtige Menschen gibt, deren überflüssiges Körpergewicht nach gewisser Zeit sogar ihr Leben gefährden kann, und wenn dies mit Diabetes des Typs 2 verbunden ist, kann die Rate von Komplikationen viel höher sein. Außerdem hat uns dieses Thema deshalb interessiert, weil es Patienten gibt, mit denen wir mit klassischer Lebensweisetherapie wie Diät, Bewegung absolut kein Ergebnis erzielen können. Ich kann das mir vorstellen. Man sollte es sich nicht so vorstellen, dass wir den Patienten Vorwürfe machen. Das Leben von Übergewichtigen ist sehr schwierig, was auch mir ein bisschen bekannt ist, auch wenn ich nicht 160 Kilos wiege. Wenn die Situation des Stoffwechsels so schlecht ist, muss Insulin verabreicht werden. Da schwinden wahrscheinlich entweder Betazellen dahin, sie können also kein Insulin mehr produzieren, oder wie wir heute in einem hervorragenden Vortrag von Doktor Mohos hören konnten, der hohe Zucker- und Fettpegel ist toxisch, das heißt, giftig für die Betazellen. Wenn es gelingt, diesen Zustand zu beenden, kehrt die Funktion der Betazellen wieder. Diese Patienten sind sogar da früher oder später auf Insulin angewiesen. Hier in unserem Patientenstamm waren die ersten zehn, die von Herrn Doktor Mohos operiert wurden und bei denen wir für die internistisch-diabetologische Behandlung sorgen. Wir sehen bei diesen Patienten, dass sie einen sehr hohen Insulinbedarf haben, wenn sie auf Insulin angewiesen sind. Insulin ist ein Aufbaustoff, und die Patienten können sogar noch mehr zunehmen. Ich fühle, dass wir einen sehr bedeutenden Schritt nach vorne gemacht haben. Obwohl ich Internist bin, und mich vor allen Schneidereien hüte und auch hier in der Konferenz sagte, in fünfzig bis hundert Jahren würde man meinen, was für Barbaren wir gewesen wären. Aber wie es sich hier bei den Patientenpräsentationen und in den persönlichen Krankenvisiten herausstellte, dies hat ihnen die Erlösung gebracht. Ein guter Teil von ihnen erhält nur noch in minimalen Mengen Insulin, es gibt keine großen Blutzuckerschwankungen, diejenigen, die früher Tabletten eingenommen hatten, konnten damit aufhören, und darüber hinaus sehen sie viel besser aus und fühlen sich viel besser. Ich habe das Gefühl, sie sind wiedergeboren. Ich habe wirklich hervorragende Mitarbeiter, die Krankenschwestern. Als sie den ersten schlanken operierten Patienten erblickten, meinten sie, dieser Laci sei ein strammer Typ geworden. Es dürfte ebenfalls mitspielen, dass auch die Selbstbewertung der Patienten ganz anders als mit hohem Gewicht, zudem mit Frust wegen ihrer uneingestellten Zuckerkrankheit ist. Was Mängel und Komplikationen betrifft, ich bin kein Chirurg und verstehe mich nicht darauf, in internistischer Hinsicht ist bisher ein Patient auf medikamentöse Behandlung wegen Sodbrennens angewiesen. Dies lässt sich mit einem Medikament pro Tag lösen, und der Patient fühlt sich vollständig gut, es gibt also kein Problem. Zwei von zehn Patienten erhalten B12-Substitution, wir sollen aber auch dies überprüfen, indem wir regelmäßig ihren B12-Pegel messen. Bei den übrigen kam es nicht vor, dass ihr B12-Pegel niedriger gewesen wäre und sie brauchen B12 nicht. Was später sein wird, weiß ich nicht. Dagegen haben wir jedoch Kenntnisse aus der Literatur, dass bei diesen Patienten Gallensteine zwar ein bisschen häufiger vorkommen, dennoch sind keine späten

Komplikationen zu sehen, um derentwillen ich als Internist mich besonders davor gehütet hätte, dieses Programm in die Wege zu leiten.

Reporterin: Das ist kein Operationstyp, bei dem schwere Mangelkrankheiten entstehen, von denen man in der amerikanischen Gesellschaft hören kann?

Dr. Győző Vándorfi: Es ist der Literatur zu entnehmen, dass es auch dort keine Komplikationen gibt, unsere Erfahrungen sind aber noch frisch. Die längste Dauer der Nachverfolgung macht 14 Monate aus und es gibt keine Hinweise auf Mangelkrankheit trotz Gewichtsabnahmen zwischen 30 und 50 Kilogramm. Wir sind bisher in der Aufsaugung weder von Vitaminen noch mineralischen Stoffen laboratorischen Befunden oder subjektiven Beschwerden begegnet, die darauf hingewiesen hätten.

Reporterin: Es gibt sicher mehrere Jahrzehnte lange Erfahrungen mit dieser Operation in der Literatur, die darauf hinweisen, dass diese Situation in der Hinsicht nachhaltig ist, dass Mangelkrankheiten nicht entstehen. Wie sieht es langfristig mit den verbundenen Krankheiten aus?

Dr. Győző Vándorfi: Dass Diabetes Parameter sowohl des Blutzuckers als auch des Hämoglobins produziert, schließlich geht es um eine unheilbare Krankheit, aber sämtliche Kausalfaktoren, vor allem die Insulinresistenz nehmen erheblich ab, und auch die Betazellen scheinen ihre Funktionsfähigkeit sehr sauber zurückzuerlangen. Bei einem Patienten, der früher 310 Einheiten Insulin erhielt, konnten wir etwa auf 15 Einheiten hinunter gehen, aber später können wir hoffentlich sogar damit aufhören. Es gibt jedoch Patienten, in deren Fall wir schon mit der Insulindosierung aufhören konnten. Der andere Faktor, den wir regelmäßig verfolgen, ist der Blutdruck. Beinahe alle Patienten hatten hohen Blutdruck, jetzt muss vielleicht einem ein Mittel gegeben werden, alle anderen sind quasi geheilt. Das ist kein Wunder, sondern stammt tatsächlich durch die Gewichtsabnahme, die Verbesserung der metabolischen Parameter spielt ebenfalls mit. Ich erinnere mich aber, als ich von mir selbst 10 Kilos abnahm, konnte ich meine Medikamente gegen hohen Blutdruck bloß durch diese Tatsache vierteln. Dasselbe gilt für Lipide. Es ist hier interessant, aber mit zehn Patienten kann man keine Statistik machen, man würde den Anstieg des HDL-Cholesterins erwarten, dieses ist an und für sich nicht gestiegen, es gab Patienten, bei denen es ein bisschen sank, sowohl die Triglyzerinpegel als auch die LDL-Cholesterinpegel sind gesunken. Langfristig werden wir mal sehen, wie das alles sich entwickelt, aber Statin muss keinem Patienten verabreicht werden. Damit konnte man ebenfalls aufhören. Ich meine, wenn wir diese hohen Risikofaktoren des Herzens und Gefäßsystems beheben können, dann hat der Patient nicht nur in der Lebensqualität, sondern auch in den Lebensaussichten einen großen Fortschritt erzielt.