

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft Kinderwunsch Dortmund, Siegen, Dorsten, Wuppertal GbR

Kinderwunschzentrum Dortmund
Medizinisches Versorgungszentrum
Partnerschaft
Prof. Dr. med. Stefan Dieterle
Dr. med. Andreas Neuer
Prof. Dr. med. Robert Greb
Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie
und Reproduktionsmedizin
Laboruntersuchungen

Olpe 19
44135 Dortmund
Tel.: 0231 5575450
Fax: 0231 55754599
E-Mail: Dieterle@kinderwunschzentrum.org
www.kinderwunschzentrum.org

ZUSAMMENFASSUNG

Fortbildung Sterilitätsmedizin

Dortmund, 01. März 2017

Themen:

Aktuelles:

XXI. STERILITÄTSMEDIZINISCHES KOLLOQUIUM

am Mittwoch, 30. August 2017, 19:00 Uhr,

im Hotel Radisson Blu Dortmund, An der Buschmühle 1, 44139 Dortmund

Themen

„Gene editing – von der Zukunft in die Wirklichkeit“.

Welche Möglichkeiten bietet die „Genchirurgie“ schon heute bei Erkrankungen?

Wie funktioniert CRISPR-Cas?

Welche Chancen und Risiken hat die Keimbahntherapie?

Dr. rer. nat. Dirk Heckl, Pädiatrisches Forschungszentrum, Medizinische Hochschule Hannover

Liebe, Sexualität und Partnerschaft im Internet

Was bedeutet Sexualität für uns? Für den klinischen Sexualpsychologen und Buchautor ist sie die intimste Form von Kommunikation.

Wie wirkt sich das Internet auf Liebe, Sexualität und Partnerschaft aus?

Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Christoph J. Ahlers, Praxis für Paarberatung und Sexualtherapie am Institut für Sexualpsychologie, Berlin

Hauptthema

Was tun bei Adipositas?

Ein fachübergreifendes Konzept mit Ernährungsberatung, Bewegungstherapie, Verhaltensmodifikation, Operation.

(Referent: Dr. med. Ulrich Bolder, Leiter des Adipositas Zentrums, St.-Johannes-Hospital Dortmund)

Grundsätzliches:

Die WHO teilt die Adipositas in 3 Schweregrade, entsprechend der unten anstehenden Tabelle ein:

Kategorie (nach WHO)	BMI (kg/m²)
Normalgewicht	18,5–24,9
Übergewicht (Präadipositas)	25,0–29,9
Adipositas Grad I	30,0–34,9
Adipositas Grad II	35,0–39,9
Adipositas Grad III (Adipositas permagna oder morbide Adipositas)	> 40,0

Während die Adipositas Grad I nach den derzeit geltenden Vorstellungen am sinnvollsten durch diätetische Maßnahmen behandelt wird, stellt ein operatives Vorgehen zur Gewichtsreduktion ab Adipositas Grad II (mit wesentlichen Begleiterkrankungen) bzw. ab Adipositas Grad III die wirksamere Alternative für einen dauerhaften Therapieerfolg dar.

Zwar muss anerkannt werden, dass zwischenzeitlich zahlreiche und auch sehr erfolgreiche Diäten entwickelt wurden. Tatsächlich aber zeigen alle Diäten im Langzeitverlauf jedoch eine gravierende Wiedezunahme des Körpergewichtes, so dass diese ab einem BMI von 35 kg/m² langfristig letztlich keine Reduktion des Körpergewichtes induzieren können. In gleicher Weise bleiben dann die wesentlichen Begleiterkrankungen – wie Diabetes mellitus Typ II, Schlafapnoe, Bluthochdruck, Hyperlipoproteinämie etc. – unbehandelt.

Die Ursache für die dauerhafte Unwirksamkeit der Diäten liegt in der Physiologie der Körpergewichtsregulation. Die jeweiligen Gegenmechanismen springen an, wenn die zum Erhalt des „Setpoints“ des Körpergewichtes notwendige Kalorienmenge um 300 kcal pro Tag über- bzw. unterschritten wird. Der Körper kann hier sowohl mit Appetitzunahme bzw. Appetitabnahme als auch mit einer Steigerung des Grundumsatzes durch Änderung der Körpertemperatur bzw. der Muskelarbeit effizient reagieren.

Demgegenüber haben zahlreiche Studien nach Adipositasoperationen eine dauerhafte Reduktion des Übergewichtes um bis zu 85 % ergeben. Mit der Reduktion des Übergewichtes konnte auch eine Reduktion der assoziierten Komorbiditäten gezeigt werden. Ca. 85 % der in Deutschland durchgeführten Operationen entfallen auf die Magenverkleinerung (Gastric Sleeve Resection oder Schlauchmagen-OP) bzw. auf die Magenbypassoperation. Das en-vogue-Verfahren der 80-er und frühen 90-er Jahre, das Magenband, ist aufgrund der geringeren Gewichtsreduktion und der im Vergleich schlechteren Lebensqualität den beiden vorgenannten Verfahren deutlich unterlegen (Gewichtsreduktion ca. 45 % des Übergewichtes). Sowohl die Schlauchmagenoperation wie auch die Magenbypassoperation haben sich in mehreren prospektiv randomisierten Studien auch gegenüber einer intensiven internistischen Therapie bezüglich der Langzeitstabilität der postoperativen Gewichtsabnahme als auch hinsichtlich der Remission der Begleiterkrankungen als

überlegen erwiesen. Hierbei zeigt der Magenbypass gegenüber der Schlauchmagenoperation nochmals Vorteile auf. Beide Verfahren haben gegenüber der konservativen Therapie den Vorteil, dass die Einnahme der Diabetes-Medikamente ca. ein Jahr nach Durchführung der Operation vollständig oder fast vollständig entfallen kann. Ebenso sinkt das HbA1c nach einer bariatrischen Operation um ca. 3 Punkte, wohingegen intensive diätetische Bemühungen hier eine Abnahme von maximal 1,5 Punkte bewirken können. Für die Remission eines Diabetes Typ II ist es wichtig, die Patienten innerhalb der ersten 5 Jahre nach Manifestation der Erkrankung der Operation zuzuführen. Die Rate an Remissionen liegt dann annähernd bei 100%. Hingegen kann bei ca. 30 % der Patienten keine Remission des Diabetes Typ II mehr erzielt werden, wenn dieser seit mehr als 10 Jahren bestehen. Grundsätzlich zeigen große Metaanalysen die folgenden Remissionsraten nach bariatrischer Operation:

- Schlafapnoe	86 %
- Diabetes mellitus Typ II	77 %
- Hyperlipoproteinämie	70 %
- Hypertonie	32 %

Zusammenhang von Adipositas und Fertilität:

Aufgrund der hohen Frequenz der Adipositas ist wohl jeder Gynäkologe regelmäßig mit Fertilitätsproblemen adipöser Patientinnen konfrontiert. Die wesentliche Frage stellt sich dahingehend, ob adipöse Frauen, die nicht schwanger werden können, zur Gewichtsreduktion operiert oder ob ihnen eine konservative Therapie empfohlen werden sollte.

Tatsächlich stellen sich mit zunehmender Verbreiterung bariatrischer Operationen auch mehr Patientinnen ihrem Gynäkologen vor, nachdem sie bereits schwanger geworden sind. Hier stellt sich die Frage, welche diätetischen Notwendigkeiten nach einer Magenbypass- oder Schlauchmagen-Operation während einer Schwangerschaft zu beachten sind. Darüber hinaus gilt es sicherlich zu beachten, ob in Zusammenhang mit einer bariatrischen Operation besondere Anforderungen an die Kontrazeption bestehen.

In der Literatur findet sich die Evidenz über einen linearen Zusammenhang zwischen BMI und Fertilität. Theoretisch wird hierbei von einer vollständigen Fertilität bis zu einem BMI von 29 kg/m² ausgegangen. Entsprechend mathematischer Modelle verringert sich die Chance einer Empfängnis pro BMI-Punkt danach um ca. 5 %. Dies bedeutet, dass ab einem BMI von 50 kg/m² eine Schwangerschaft nur noch in Ausnahmefällen eintritt.

Wesentlich zu einer erfolgreichen Schwangerschaft ist eine optimierte Sexualfunktion. Hier haben prospektive Analysen von Patientinnen vor und nach einer bariatrischen Operation eine Verbesserung hinsichtlich zahlreicher Funktionen – wie Sexualtrieb, sexuelle Erregung, sexuelle Befriedigung etc. – zeigen können.

Große Metaanalysen mit über 2.000 Patientinnen zum Thema polyzystisches Ovarialsyndrom konnten zudem nachweisen, dass sich nach einer bariatrischen OP die Frequenz des PCOS von 45,6 % auf 7,1 % bzw. auch die Anzahl von Zyklusirregularitäten von 56,2 % auf 7,1 % reduzierte. In einer weiteren Studie zeigten Patientinnen nach einer bariatrischen Operation in 71,4 % eine Normalisierung eines vorher gestörten Zyklus. Diese Verbesserung der Zyklusregulation führte bei operierten Patientinnen dann in 58 % zu einer spontanen Empfängnis. Der übliche BMI bei Konzeption betrug hierbei zwischen 30,6 kg/m² und 34,0 kg/m². Der durchschnittliche Zeitraum bis zur Empfängnis lag hier bei ca. 12 Monaten.

Tatsächlich sind auch kürzere Zeiträume für eine Konzeption nach bariatrischer OP berichtet worden (1 bis 8 Monate). Diese Schwangerschaften waren jedoch öfters mit Hyperemesis gravidarum, Anämie oder Hypoproteinämie vergesellschaftet. Aufgrund dessen wird empfohlen – obwohl bisher unbewiesen ist, dass es hierdurch zu Fruchtschädigungen kommt – sehr frühen Schwangerschaften nach einer bariatrischen Operation durch Kontrazeption entgegenzuwirken. Im Adipositas Zentrum des St.-Johannes-Hospitals gilt deshalb die Empfehlung, eine Kontrazeption bis ca. 18 Monate nach bariatrischer Operation zu betreiben.

Neben den Aspekten einer verbesserten Empfängnis sowie auch einer unkomplizierteren Schwangerschaft gilt es zu beachten, dass diabetische Mütter die Eigenschaften einer gestörten Glukosetoleranz bis zum Diabetes mellitus Typ II durch epigenetische Veränderungen ihres Erbguts auf den Fetus übertragen können. Dies belegen Geschwisteruntersuchungen mit Geburt vor bzw. nach einer bariatrischen Operation der Mutter. Die nach einer bariatrischen Operation geborenen Geschwister entwickelten signifikant seltener einen Diabetes Typ II als die Kinder der noch diabetischen Mütter.

Zusammenfassung:

Fertilitätsprobleme durch Adipositas stellen ein häufiges Problem dar. Unter Beachtung der Zugangskriterien zu einer bariatrischen Operation können diese Operationen mit minimaler Morbidität und Mortalität auf minimal-invasivem Wege durchgeführt werden. Die Schwangerschaftsrate bei Patientinnen ist hoch (über 50 %), wenn die Gründe der Sterilität adipositasbedingt sind. Ein Monitoring der metabolischen Funktionen während der Schwangerschaft ist jedoch unbedingt erforderlich. Ebenso sollte – um eine zu frühe Schwangerschaft nach einer bariatrischen Operation zu verhindern – eine postoperative Kontrazeption für ca. 18 Monate durchgeführt werden.

Datum der nächsten Sitzung (03/2017): 08.11.2017, 19:00 Uhr bis 20:30 Uhr

Ort: Radisson Blu Dortmund

Hauptthema

„Alkoholbezogene Störungen bei Kinderwunsch und Schwangerschaft“

Referent: Priv.-Doz. Dr. med. Gerhard Reymann
Chefarzt der Abteilung Suchtmedizin
LWL-Klinik Dortmund

Wenn Sie diese Zusammenfassung per E-Mail erhalten wollen, schreiben Sie bitte eine Nachricht an: Dieterle@kinderwunschzentrum.org