

Abb. 2.1 Ulcus ventriculi. a Präoperative Röntgenaufnahme mit Ulkuskrater in der kleinen Kurvatur; b Präparat nach Gastrektomie, das Ulkus wurde histologisch als Magenkarzinom bestätigt

Tabelle 2.4 Gastroduodenale Ulkuskrankheit

Systematische Anamneseerhebung

1. Aktuelle Beschwerden

- Bestehen Schmerzen?
- Wenn ja: postprandial oder nüchtern?
- Bestehen Übelkeit, Erbrechen?
- Wie ist der Gewichtsverlauf?
- Werden Schmerzmittel genommen: Acetylsalicylsäure (ASS), Diclofenac, Ibuprofen?
- Bestehen Teerstühle?

2. Bisherige Krankengeschichte

- Wo bestand das Geschwür?
- Im Magen oder im Zwölffingerdarm?
- Wie oft sind Geschwüre in der Vergangenheit aufgetreten?
- Gibt es Auslöser? Schmerzmittel? Helicobacter-pylori?
- Wurde eine Helicobacter-pylori-Eradikation durchgeführt?
- Wurde die Erkrankung operativ therapiert?
- Hat in der Vergangenheit einmal Teerstuhl bestanden?
- Erfolgte einmal ein stationärer Krankenhausaufenthalt wegen der Beschwerden?

3. Letzte Diagnostik

- Wann war die letzte Gastroskopie?
- Wann wurde zuletzt ein Test auf eine Helicobacter pylori-Besiedlung durchgeführt?

4. Relevante Begleiterkrankungen/ Risikofaktoren

- Medikamente (NSAR)
- Nikotin
- Alkohol
- Stress

2.1.4 Zustand nach teilweiser oder kompletter Resektion des Magens wegen einer gutartigen Erkrankung

Eine Magenresektion wegen einer gutartigen Erkrankung wird heute nur noch selten durchgeführt.

Früher war der Hauptgrund für eine $\frac{2}{3}$ -Resektion das Ulkusleiden (s. Abb. 2.1), das heute sehr gut medikamentös behandelbar ist. Eine komplette Gastrektomie wegen einer gutartigen Magenenerkrankung ist sehr selten. Die Beschwerden nach einer Magenresektion sind bedingt durch die veränderte Anatomie, die fehlende Reservoirfunktion, Motilitätsstörungen sowie metabolische Folgen.

Typische Folgen der **fehlenden Reservoirfunktion** sind das **Frühdumping** mit Schwindel, Kollaps, Schweißneigung, die 20 Minuten nach dem Essen auftreten und durch eine Hypovolämie ausgelöst werden sowie das **Spätdumping** mit Heißhunger, Tachykardie, Schwindel, die 2–4 Stunden nach dem Essen auftreten und durch eine postprandiale reaktive Hypoglykämie ausgelöst werden.

Beim nach Billroth II operiertem Magen ($\frac{2}{3}$ -Resektion mit Gastrojejunostomie, Abb. 2.2) kann es zum Reflux von alkalischem Sekret in den Restmagen und die Speiseröhre kommen. Diese können dann das Bild der alkalischen Refluxgastritis sowie der alkalischen Refluxösophagitis verursachen.

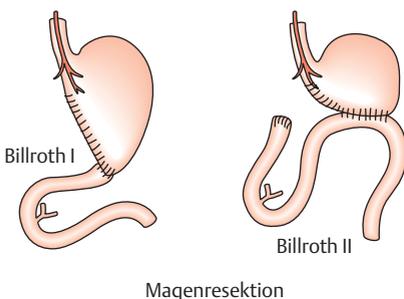


Abb. 2.2 Billroth-OP

Bei kompletter Gastrektomie wird kein Intrinsic-Faktor mehr gebildet, bekanntlich die einzig lebenswichtige Funktion des Magens. Es kommt dann zu einem Vitamin-B₁₂-Mangel. Dieser muss durch eine lebenslange parenterale Substitution verhindert werden (Tab. 2.5).

Tabelle 2.5 Magenresektion wegen einer gutartigen Erkrankung

Systematische Anamneseerhebung

1. Aktuelle Beschwerden

- Wie ist der Appetit? Bestehen Sodbrennen, Völlegefühl, Übelkeit, morgendliches Erbrechen, Schmerzen?
- Bestehen Beschwerden eines Frühdumpings? Schwindel, Kollaps, Schweißneigung 20 Minuten nach dem Essen?
- Bestehen Beschwerden eines Spätdumpings? Heißhunger, Tachykardie, Schwindel 2–4 Stunden nach dem Essen?
- Wie ist der Gewichtsverlauf?
- Wie ist das aktuelle Gewicht?
- Wird regelmäßig Vitamin B₁₂ substituiert?

2. Bisherige Krankengeschichte

- Wann war die Operation?
- Welche Operation wurde durchgeführt?
- Totale Gastrektomie, $\frac{2}{3}$ -Resektion, Billroth-I-, Billroth-II-Operation?
- Wie war der Gewichtsverlauf seither?
- Gab es in der Zwischenzeit irgendwelche Beschwerden?
- Wie oft sind diese aufgetreten und wie lange hielten sie an?

3. Letzte Diagnostik

- Wann war die letzte Laboruntersuchung?
- Wann war die letzte endoskopische Untersuchung?
- Wie waren die Ergebnisse: Blutbild, Eisen, Vitamin B₁₂?

4. Relevante Begleiterkrankungen/ Risikofaktoren

- Nikotinabusus
- Alkoholabusus
- Schmerzmitteleinnahme

Wegen des erhöhten Krebsrisikos sollte bei Patienten ab dem 10. Jahr nach einer $\frac{2}{3}$ -Resektion des Magens einmal jährlich eine Ösophago-Gastro-Duodenoskopie durchgeführt werden.

Tabelle 2.6 Resektion wegen einer bösartigen Erkrankung

Systematische Anamneseerhebung

1. Aktuelle Beschwerden

- Ggf.: Symptomatik des operierten Magens (s. Tab. 2.5)?
- Ggf.: Erhöhte Stuhlfrequenz, Verstopfung, Schmerzen beim Stuhlgang, Blut im Stuhl, Probleme mit dem Anus praeter?
- Bestehen Schmerzen?
- Wie ist der Gewichtsverlauf?
- Wie ist das aktuelle Gewicht?

2. Bisherige Krankengeschichte

- Wo befand sich der Tumor?
- Wie weit war der Tumor ausgebreitet?
- Bestanden Metastasen?
- Liegt ein histologischer Untersuchungsbefund vor?
- Musste nachbehandelt werden: Chemotherapie, Strahlentherapie?
- Wie war der Behandlungserfolg?
- Konnte bei der Erstoperation der komplette Tumor entfernt werden?
- Welche Operation wurde im Einzelnen durchgeführt? Wie viel Darm wurde entfernt?
- Wie ging es Ihnen in der Zeit nach der Operation?
- Wie war der Verlauf anschließend, Gewicht, Stuhlgang, Appetit?

3. Letzte Diagnostik

- Wann wurde die letzte Endoskopie durchgeführt?
- Wann wurde die letzte Sonographie des Abdomens durchgeführt?
- Wann die letzte Laboruntersuchung? Wurden Tumormarker bestimmt?
- Wann die letzte Röntgenaufnahme der Lunge?

4. Relevante Begleiterkrankungen/ Risikofaktoren

- Keine speziellen, es sollten die Begleiterkrankungen des Patienten erfragt werden.

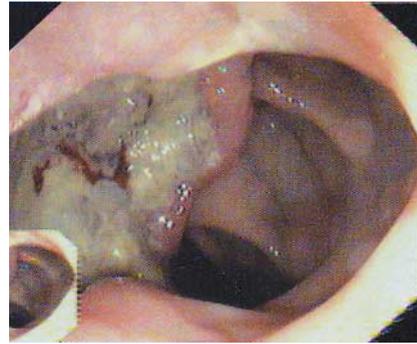


Abb. 2.3 Kolonkarzinom

2.1.5 Zustand nach der Operation eines malignen Tumors im Magen-Darm-Trakt

Das Kolonkarzinom (Abb. 2.3) ist häufig und nimmt an Häufigkeit zu. Das Ösophaguskarzinom (s. Abb. S. 106) und das Magenkarzinom sind dagegen selten. Die Häufigkeit der insgesamt seltenen Adenokarzinome im distalen Ösophagus hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen (Tab. 2.6).

2.1.6 Morbus Crohn

Der Morbus Crohn ist eine in Schüben verlaufende, **entzündliche Darmerkrankung** unbekannter Ursache (s.S. 70). **Sämtliche Abschnitte des Gastrointestinaltraktes** von Mund bis Anus können betroffen sein (Tab. 2.7). Es besteht ein diskontinuierlich segmentaler Befall, oft unter Einbeziehung des terminalen Ileums. Die Entzündung betrifft sämtliche Wandschichten (s. Abb. S. 135).

Leitsymptome sind **Durchfall, Schmerzen, Gewichtsverlust**. Blutabgang ist deutlich seltener als bei der Colitis ulcerosa (s.S. 52). Beim Morbus Crohn werden blande und fulminante Verläufe gesehen. Die Komplikationen sind: Malabsorptionssyndrom, entzündliche Stenosen, Fisteln, Blutungen. Zu den extraintestinalen Symptomen gehören Arthralgien, Arthritiden und Augenentzündungen.