

Kurzfassung

Uxnter cyclic vomiting syndrome CVS versteht man ein chronisch rezidivierendes, intractables Erbrechen, ohne nachweisbare Ursache (1-3,8). Es handelt sich um ein seltenes klinisches Phänomen, das bisher noch wenig erforscht und dessen Pathophysiologie weitgehend unklar ist (4,5,7). In drei exemplarischen Fällen (2 Männer und 1 Frau) mit intractablem, kryptogenem täglichen Erbrechen (Frequenz 3-8x tgl.)konnte als Auslöser eine schlafbezogene Atemstörung (SBAS) mit supraglottischer Obstruktion (SGO) auf Epiglottislevel und sekundärem Reflux identifiziert werden. Die Diagnosestellung erfolgte durch eine Video-Somno-Oesophagoskopie (VSOS) im Propofolschlaf. In allen drei Fällen erfolgte eine chirurgische Therapie der Obstruktion durch eine Laser Epiglottisteilresektion, die jeweils zu einem vollständigen Sistieren der Hyperemesis und Besserung der SBAS führte.

In zwei der drei Fälle besteht bereits seit mehr als 24 Monaten Beschwerdefreiheit. Eine Patientin hat nach 16 Monaten vollständiger Remission, nach einer deutlichen Gewichtszunahme, wieder vermehrten Reflux und eine mildere Form der Emesis mit 2-3 mal Erbrechen pro Woche entwickelt. Anhand der endoskopischen Bilder und der klinischen Daten wird die Diagnostik, die vermutete Pathogenese und die Therapie diskutiert und kritisch beleuchtet.

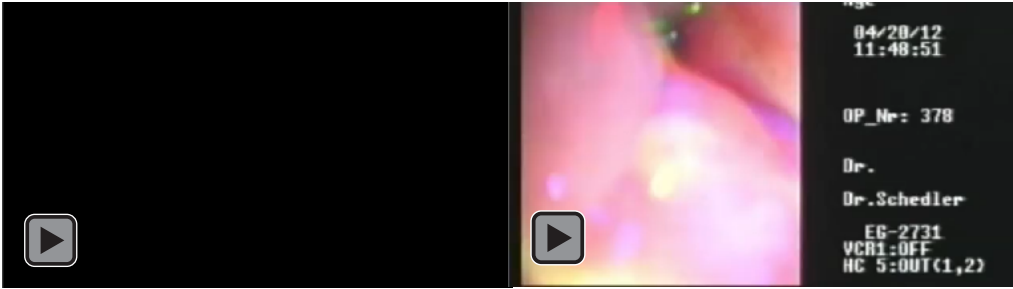
Fall 1

Anamnese:
Patient M.W. (m.)*27.01.1961 Behandlungsbeginn 17.04.2012

Beschwerden: SBAS seit ca. 3 Jahren mit Schnarchen, Atemaussetzern und nächtlichen Erstickungsanfällen, im Schlaflabor nur leicht bis mittelgradiges OSA mit AHI 15 / h, seit zwei Jahren immer öfter auftretendes tägliches Erbrechen. Anfangs ein bis drei mal täglich. Zum Untersuchungszeitpunkt 5 bis 8 mal täglich. Übelkeit nur selten , meistens spontan aus Wohlbefinden heraus. Video-Somno-Oesophagoskopie am 20.04.2012: Supraglottische Obstruktion (SGO) auf Epiglottislevel durch übergroße flache Epiglottis mit Ansaugphänomen und extra-oesophagialeml-Reflex. Somno-Oesophagoskopisch deutliches Inversionsphänomen des Magenfundus in den terminalen Oesophagus.

Therapie / Ergebnis:

Laser-Epiglottisteilresektion mit CO2-Laser-Scanner am 24.04.2012. Postoperativ sofortiger Stopp des spontanen Erbrechens. Leiche Dysphagie und Schluckschmerz für ca. 14 Tage. Bei letzter Untersuchung am 27.06.2012 beschwerdefrei. Patient seit dieser Zeit nicht mehr in Behandlung. Nach telefonischer Rücksprache im März 2015 kein spontanes Erbrechen mehr. Nur noch selten im Rahmen von Übelkeit, verdorbenen Magen etc..



Ansaugphänomen Terminaler Oesophagus

Fall 2

Anamnese:
Patient S. N. (m.)*28.07.1966 Behandlungsbeginn 11.02.2013

Beschwerden: Seit über zwei Jahren 4 bis 6 mal tägliches Erbrechen ohne, oder mit geringer Übelkeit. „Gefühl als würde sich der Magen herum drehen“, Beginn oft schon am Morgen. Relativ ausgeprägte Rhonchopathie mit Atemaussetzern. Schlaflabor: Mittelgradiges OSA mit AHI 22/h mit relativ gutem SA-O2 Werten. Video-Somno-Oesophagoskopie am 18.02.2013: Supraglottische Obstruktion (SGO) auf Epiglottislevel durch übergroße flache Epiglottis mit Ansaugphänomen und extra-oesophagealem-Reflex (EERD). Somno-oesophagoskopisch deutliches Inversionsphänomen des Magenfundus in den terminalen Oesophagus

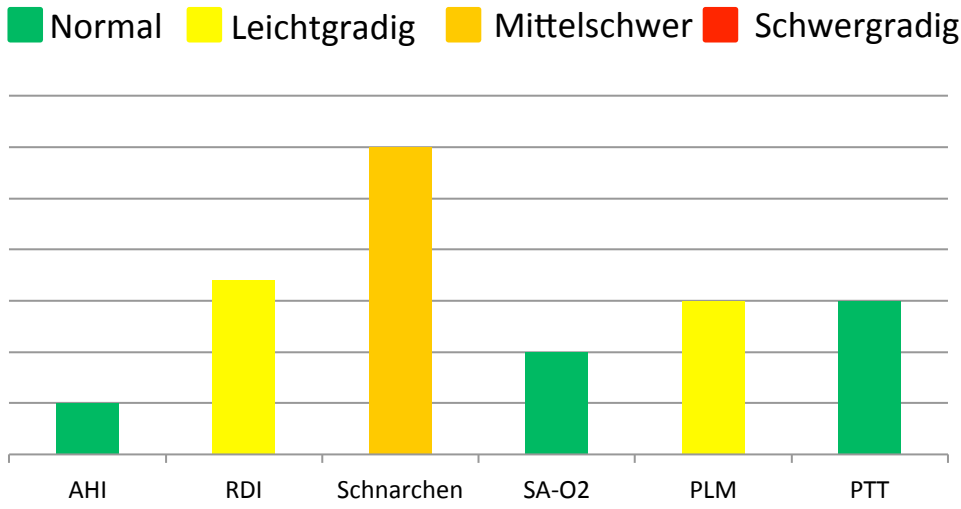
Therapie / Ergebnis:
OP am 26.02.2013 Laser-Epiglottisteilresektion mit CO2-Laser-Scanner am 26.02.2013. Sehr geringe postoperative Beschwerden und sofortige deutlich feststellbare Verbesserung der Atmung besonders bei Belastung (Treppensteigen, schnelles Laufen etc.). Im gesamten weiteren Verlauf bis zum 07.05.2014 noch zwei mal spontanes Erbrechen in den ersten drei Monaten postop. Danach Beschwerdefreiheit.

Fall 3

Anamnese:
Patientin W.S.(w.)*14.10.1981 Behandlungsbeginn 20.04.2013

Beschwerden: Lautes Schnarchen mit Atemaussetzern und seit über drei Jahren spontanes tägliches 6 bis 8 maliges Erbrechen, das schon morgens beim Aufstehen beginnt. Erbrechen erfolgt im Allgemeinen aus völligem Wohlbefinden, zeitweise geringe Übelkeit vorausgehend. Patientin bemerkt deutlichen gastro-oesophagealen-Reflex.

Polygraphie vom 15.05.2013 AHI 0/h ODI 1/h, durchschnittliche SA-O2 minimale SA-O2 im Normbereich. Polygraphie 27.05.2013 AHI 0,6 / h, RDI 11,0 / h, mittlere SA-O2 96 % minimal SA-O2 91 %. ESS-Wert: 16 (vgl. Abb.).



Video-Somno-Oesophagoskopie am 16.05.2013: Supraglottische Obstruktion (SGO) auf Epiglottislevel durch übergroße flache Epiglottis mit Ansaugphänomen und extra-oesophagealem-Reflex. Somno-oesophagoskopisch deutliches Inversionsphänomen des Magenfundus in den terminalen Oesophagus.

Therapie / Ergebnis:
Laser-Epiglottisteilresektion mit CO2-Laser-Scanner am 11.06.2013. Am ersten postoperativen Tag ist die Patientin sehr zufrieden, da sie erstmals seit Jahren nicht morgens spontan erbrochen hat. Auch in den folgenden Tagen völliges Sistieren des täglichen Erbrechens. Zur Dokumentation des Verlaufes erneute Video-Somno-Oesophagie 11.07.2013, bei der sich ein reizloser Zustand nach ETR und eine deutliche Reduktion des extra-oesophagealen Refluxes zeigte. Die Patientin war bis Nov. 2014 beschwerdefrei, dann begann im Rahmen einer ungewollten Gewichtszunahme wieder Erbrechen, vor allem morgens mit einer Frequenz von zwei bis drei mal pro Woche. Unter einer Medikation mit Ranitidin 150 mg Tabl. 2xtägl. und Domperidon 10 mg Tabl. 2xtägl. kam es zu einem vollständigen Verschwinden der Beschwerden. Die Patientin ist bis jetzt (Stand März 2015) beschwerdefrei.



Zusammenfassung / Diskussion

Die dargestellten Fälle von kryptogenem Erbrechen zeigen eine mögliche Ursache eines CVS auf, auch wenn die klinische Symptomatik nicht ganz typisch ist (2,10). Der pathogenetische Mechanismus ergibt sich aus der Pathophysiologie des Atemwegs und des oberen Verdauungstraktes. Bei keinem der Pat. Wurde bisher eine molekularbiologische Untersuchung zum Ausschluss einer mitochondrialen Erkrankung (6,7) durchgeführt. Atemabhängige intrathorakale Druckschwankungen führen zu Inversionsbewegungen (Invagination) des Magenfundus in den terminalen Oesophagus. Hierdurch kann es zur Ausbildung einer axialen Gleithernie kommen (12,13). Dieser Pathomechanismus kann sich offensichtlich verselbständigen und zu spontanem Erbrechen führen. Alle 3 Patienten litten an einem gastro-oesophagealen Reflux, der durch eine supraglottische Obstruktion auf Epiglottislevel bedingt war. Die Beseitigung der Obstruktion führte in allen Fällen zu einer wesentlichen Besserung und bei den zwei männlichen Patienten zu einem vollständigen Verschwinden der Beschwerdesymptomatik. Die Video-Somno-Oesophagoskopie erweist sich als ein wertvolles diagnostisches Werkzeug zur Abklärung der Begleiterkrankungen schlafbezogener Atemstörungen.

Literaturnachweis

1. Lindley KJ, Andres PL: Pathogenesis and Treatment of Cyclical Vomiting. In: J Pediatr Gastroenterol Nutr. 41 (2005), S. 38–40.
2. Li BU u. a.: North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Consensus Statement on the Diagnosis and Management of Cyclic Vomiting Syndrome. In: J Pediatr Gastroenterol Nutr. 47 (2008), S. 379–393.
3. Abell TL u. a.: Cyclic vomiting syndrome in adults. In: Neurogastroenterol Motil. 20 (2008), S. 269–284.
4. Li BU, Fleisher DR: Cyclic vomiting syndrome: features to be explained by a pathophysiologic model. In: Dig Dis Sci. 44 (1999), S. 8–13.
5. Li BU, Misiewicz L.: Cyclic vomiting syndrome: a brain-gut disorder. In: Gastroenterol Clin N Am. 32 (2003), S. 997–1019.
6. Boles RG, Williams JC: Mitochondrial Disease and Cyclic Vomiting Syndrome. In: Dig Dis Sci. 44 (1999), S. 103–107.
7. Zaki EA u. a.: Two common mitochondrial DNA polymorphisms are highly associated with migraine headache and cyclic vomiting syndrome. In: Cephalalgia. 29 (2009), S. 719–728.
8. Li BU: Cyclic Vomiting Syndrome. In: Curr Treat Opt Gastroenterol. 3 (2000), S. 395–402.
9. Chepyala P, Svoboda RP, Olden KW: Treatment of Cyclic Vomiting Syndrome. In: Curr Treat Opt Gastroenterol. 10 (2007), S. 273–282.
10. Rome III Diagnostic Criteria for FGIDs. Rome III: The Functional Gastrointestinal Disorders. Third Edition.
11. Namin F u. a.: Clinical, psychiatric and manometric profile of cyclic vomiting syndrome in adults and response to tricyclic therapy. In: Neurogastroenterol Motil. 19 (2007), S. 196–202.
12. Schedler MGJ, Iliya Botev: Videosomno-esophagoscopy, a new endoscopic tool in extended diagnostics of sleep disordered breathing. 84. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. 08.05. - 12.05.2013, Nürnberg
13. Schedler MGJ, Iliya Botev: Video-Somno-Oesophagoskopie II – wie entsteht die axiale Gleithernie? 85. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. , 28.05. -01.06.2014, Dortmund