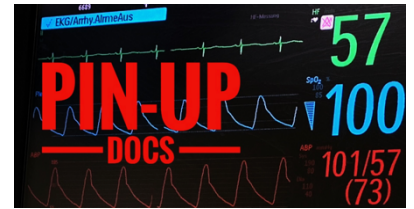


Cannabis-Hyperemesis-Syndrom – hot of the press

Severloh I, Höntsch T, Pott J, Doll T



Alkohol kann zum Kotzen sein, das wissen wir alle. Aber ein Joint? Da kommt einem doch eigentlich nicht gleich alles hoch. Weit gefehlt...

Fallbeispiel



Es ist 23 Uhr als ihr mit dem RTW in eine Wohngemeinschaft alarmiert werdet. Dort findet ihr einen 37-jährigen, normalgewichtigen Patienten aufgeregt und vor Schmerzen stöhnend auf dem Sofa kauend vor. Neben ihm steht ein Eimer mit Resten von Erbrochenem. Der Patient hat die Beine angezogen, wirkt elendig und stark schmerzgeplagt. Ihr messt die Vitalparameter (P112, RR 185/95, SPO2: 98%). Der Patient berichtet von starker Übelkeit und Erbrechen, er könne keine Nahrung bei sich behalten. Weiterhin werden heftige, diffuse Bauchschmerzen angegeben. Er sei in der WG der einzige Betroffene. Sonst sei er gesund, nehme nicht dauerhaft Medikamente ein und sei auch noch nie (v.a. nicht am Abdomen) operiert worden. Allergien bestehen ebenfalls nicht. Die anwesenden Mitbewohner berichten, dass er schon einige Tage unter den Beschwerden leide, jedoch noch nie so stark wie aktuell. Frei verfügbare Schmerzmittel, die sie ihm aus der Apotheke besorgt hatten, hätten keinerlei Linderung gebracht. Bereits seit dem ersten Auftreten der Beschwerden halte sich der Mitbewohner jedoch oft stundenlang im Badezimmer auf, wo er in der Dusche kauert und sich heiß den Bauch abduckt. Das sei bisher seine einzige Möglichkeit gewesen, die Beschwerden zu lindern und sich etwas besser zu fühlen.

Verlauf

Der Patient bekommt einen venösen Zugang gelegt, Blut wird entnommen, bei sichtbarer Dehydratation wird eine Vollelektrolytinfusion substituiert. Als er ein paar Sachen für die Klinik zusammenpackt fallen den NotSan die Reste eines zuvor gerauchten Joints und reichlich ‚Profi-Equipment‘ auf. Der Patient gibt auf Nachfrage jahrelangen, regelmäßigen, meist täglichen Marihuana-Konsum zu.

Der Patient wird in die Notaufnahme des nächsten Regelversorgers gebracht. Dort erfolgt die initiale Behandlung internistisch. Der Patient bekommt eine Kurzinfusion mit Dimenhydrinat und Metamizol ohne wesentlichen Effekt, erst der Einsatz von Opiaten ermöglicht eine gewisse Reduktion der Beschwerden um weitergehend zu anamnestizieren.

Der Herr berichtet, etwa zehn bis fünfzehn Mal täglich schwallartig zu erbrechen, dazwischen sei ihm weiter übel, gleichzeitig bestünden immer auch starke Bauchschmerzen. Das Erbrochene bestünde nur aus Nahrungsbestandteilen und Gallenflüssigkeit. Der Stuhlgang wird als normal beschrieben. Es wurden keine Auslandsreisen unternommen. Bei der fokussierten Untersuchung zeigt sich das Abdomen optisch normal und ohne Narben, willkürlich abwehrgespannt, auf Aufforderung dann aber zumindest kurzzeitig weich und ohne Hinweis auf Peritonismus. Es besteht ein diffuser, betont epigastrischer Druckschmerz, die Peristaltik ist in allen Quadranten rege.

Eine am nächsten Tag durchgeführte Ösophago-Gastro-Duodenoskopie zeigt zwar etwas gereizte Schleimhäute aber keinen wegweisenden Befund. Retentionsparameter und Leukozytose sind im Verlauf rückläufig, weitergehende wegweisende Laborbefunde ergeben sich nicht.

Der Zustand des Patienten bleibt allerdings leider im Wesentlichen unverändert schlecht. Polypragmatische Pharmakotherapie bleibt entweder ohne Effekt oder führt nur zu einer kurzfristigen Intensitätsreduktion der Beschwerden. Auch in der Klinik verbringt der Patient (zum Leidwesen der Zimmernachbarn) sowohl tagsüber als auch nachts viel Zeit in der Dusche, hier bekommt er die Übelkeit und die Schmerzen immer unter Kontrolle.

Am Abend erwischt die Stationsärztin den Patienten auf dem Klinikgelände beim Kiffen, auf Nachfrage hatte er den fortgesetzten Konsum zuvor abgestritten. Sie konfrontiert ihn mit

der Verdachtsdiagnose CHS und es gelingt ihr, eine skeptische Krankheitseinsicht herzustellen. Der Patient stellt seinen Cannabiskonsum ein, woraufhin die Symptome binnen weniger Tage vollständig sistieren. Der Patient kann beschwerdefrei und mit normalisiertem Labor entlassen werden.

Pathophysiologie

Eigentlich wirkt Cannabis antiemetisch. Es wirkt vor allem an zwei Rezeptoren: CB1 und CB2 (Hypothalamus, Hypocampus, Kleinhirn). CB1 kommt auch im Gastrointestinaltrakt vor und reduziert dort die Motilität, verringert die Magensäureproduktion und relaxiert den Ösophagus-Sphinkter. Chronischer Cannabiskonsum scheint CB1 dauerhaft zu stimulieren und wirkt dem antiemetischen ZNS-Effekt entgegen. THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) ist stark lipophil. Daher kumuliert es möglicherweise, führt zur ständigen Re-Exposition und somit zum anhaltenden Effekt. Im Tiermodell zeigte sich bei geringen Dosierungen ein antiemetischer Effekt, hohe Dosierungen führten zu Übelkeit.

Symptome

Klinische Kriterien für CHS nach Simonetti:

Voraussetzung: Langjähriger Cannabiskonsum

Major-Kriterien:

1. starke zyklische Übelkeit und Erbrechen
2. Symptomende nach Cannabiskarenz
3. Symptomlinderung durch heißes Duschen (des Abdomens)
4. z.T. heftige epigastrische oder periumbilikale Schmerzen

Minor-Kriterien:

- <50 Jahre
- Gewichtsverlust >5 kg
- morgendliche Symptomverstärkung
- normale abdominelle Transitzeit
- negative Ausschlussdiagnostik (Blut, Sono, Endoskopie, MRT/CT)

Differentialdiagnosen

Erbrechen mit organischem Korrelat, Syndrom des zyklischen Erbrechens (CVS) = funktionelle Störung, abdominelle Schmerzen mit Übelkeit und Erbrechen (Cannabisabusus möglich ≈ 30%, Auslöser Stress, häufig psychische Komorbidität [Depression, Angststörungen], Magenentleerung verkürzt, häufig auch Migräne)

Therapie

Ausschluss einer schweren Krankheitsbildes, Überdiagnostik soweit möglich vermeiden, bei abdominellen Beschwerden und Übelkeit Drogenanamnese nicht vergessen.

Heißes Duschen und Baden (vermutliche Wirkung: Erhöhung der Körpertemperatur wirkt der chron. Aktivierung von CB1-Rezeptoren im Hypothalamus entgegen, oder periphere Vasodilatation mit vermehrter Hautdurchblutung -> verringerte Durchblutung Splanchnikusgebiet, dadurch Reduktion von Übelkeit und Erbrechen)

Die vollständige Beendigung des Cannabiskonsums ist die einzig wirksame Therapieoption. Mit einem Sistieren der Symptome ist nach 2 bis 4 Tagen zu rechnen. Eine anschließende Suchtberatung und psychologische Unterstützung zur Sicherung der Karenz sind sehr sinnvolle Maßnahmen.

Empfehlungen:

- ohne Evidenz, aber weniger Co-Medikation oder Opiate nötig: Capsaicin-Salbe 0,7%, 10x10cm Hautareal eincremen
- Elektrolyt- und Volumenmangel ausgleichen
- Antiemetika und Analgetika häufig unwirksam
- **CAVE:** bei Benzodiazepin-, Opiat- oder Haldolanwendung, Abhängigkeitspotential, ggf. bestehende Polytoxikomanie!
- **CAVE:** bedenke eine mögliche CO-Vergiftung bei agitiertem Cannabiskonsum

Schlusswort

Das Cannabis-Hyperemesis-Syndrom (CHS) ist eine seltene Differentialdiagnose bei anfallsweisem Erbrechen mit Bauchschmerzen. Natürlich darf keine Diagnostik verschleppt werden, die markanten Eigenheiten der oben skizzierten Patientengruppe und der Verlauf können Euch jedoch wichtige Hinweise zur Diagnosefindung liefern. Pathognomonisch sind besonders die Kombination aus fortgesetztem Cannabiskonsum und der Linderung durch heißes Duschen. It's always 4:20 somewhere.

Autoren

Ines Severloh

Im ersten Leben mit der Anästhesie verheiratet, jetzt in der Unfallchirurgie verwurzelt. Aktive Notärztin. #Team-Pro-FA-klinische-Notfallmedizin

Dr med. Thorben Doll

Arzt in Weiterbildung Anästhesiologie, aktiver Notarzt, lernte die Notfallmedizin von der Pike auf kennen, präklinische Erfahrung 16 Jahre und Gründer von Pin-Up-Docs.de

Timo Höntsch

Weiterbildungsassistent im unmittelbaren Facharztenspur, Zusatzbezeichnung Notfallmedizin. Kardiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Intensivtransport.

Johannes Pott,

Arzt in Weiterbildung Anästhesiologie, aktiver Notarzt, Lieblingsbaustelle ist die Intensivstation. Seit 15 Jahren im Rettungsdienst und Gründer von Pin-Up-Docs.de

Quellen

Gericke, Maximilian, and Dirk Hartmann. „Viel heißer Dampf: das Cannabis-Hyperemesis-Syndrom.“ *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift* 143.16 (2018): 1182-1185.

Simonetto, Douglas A., et al. „Cannabinoid hyperemesis: a case series of 98 patients.“ *Mayo Clinic Proceedings*. Vol. 87. No. 2. Elsevier, 2012.

A Galli, Jonathan, Ronald Andari Sawaya, and Frank K Friedenberg. „Cannabinoid hyperemesis syndrome.“ *Current drug abuse reviews* 4.4 (2011): 241-249.
Chu, Frederick, and Marco Cascella. „Cannabinoid Hyperemesis Syndrome.“ *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing, 2019.

Wagner, Samantha, et al. „Efficacy and safety of topical capsaicin for cannabinoid hyperemesis syndrome in the emergency department.“ *Clinical Toxicology* (2019): 1-5.