

Journal für
**Gastroenterologische und
Hepatologische Erkrankungen**

Fachzeitschrift für Erkrankungen des Verdauungstraktes

**Therapie der Adipositas -
konservativ oder chirurgisch?**

Wascher TC

*Journal für Gastroenterologische
und Hepatologische Erkrankungen*

2008; 6 (2), 7-9

Österreichische Gesellschaft
für Gastroenterologie und
Hepatology

www.oeggh.at



ÖGGH

Österreichische Gesellschaft
für Chirurgische Onkologie

www.aco-asso.at

acoasso

Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie
Austrian Society of Surgical Oncology


Homepage:

**[www.kup.at/
gastroenterologie](http://www.kup.at/gastroenterologie)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in EMBASE/Compendex, Geobase
and Scopus

www.kup.at/gastroenterologie

Member of the 

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. 032035263M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Therapie der Adipositas – konservativ oder chirurgisch?

T. C. Wascher

Kurzfassung: Adipositas ist ein zunehmend an Bedeutung gewinnendes Problem in allen Industriestaaten. In der medizinischen Behandlung der Adipositas kommen sowohl konservative als auch chirurgisch-invasive Therapiestrategien zum Einsatz. Dieser

Artikel versucht beide Therapiestrategien in den Kontext einer integrierten Adipositasversorgung zu stellen.

Summary: Obesity is a growing problem in industrialized countries. Both, conservative as well as surgi-

cal therapeutic approaches are used for the medical treatment of obesity. The current article tries to put those two options into the perspective of an integrated approach for the treatment of obesity. **J Gastroenterol Hepatol Erkr 2008; 6 (2): 7–9.**

Die Prävalenz der Adipositas steigt in allen Industrieländern dramatisch an. Basis dieses Geschehens ist die Kombination aus zu hoher Energiezufuhr einerseits und Bewegungsarmut andererseits. Abbildung 1 zeigt etwa die Zunahme der Adipositas für die USA im Zeitraum 1992–2001 [1]. Für Österreich sind zwar meist keine wirklich validen Daten verfügbar, die Prävalenz der Adipositas hat aber bei stellungspflichtigen jungen Männern (der einzig valide repräsentative Datensatz) im Zeitraum 1991–2002 von 3,3 auf 5,3 % zugenommen [2]. Bei älteren Erwachsenen kann die Prävalenz in Österreich derzeit auf ca. 12 % geschätzt werden. Die Folgen der Adipositas sind eine deutlich gesteigerte Morbidität und Mortalität, aber auch ein erheblich höheres Ausmaß an Pflegebedürftigkeit im Alter basierend auf einer langen Liste mit Adipositas assoziierter Folge- und Begleiterkrankungen (Tab. 1).

Es liegt daher nahe, dass der Therapie der Adipositas, im Sinne einer Reduktion des Körpergewichtes, potentiell hohe Bedeutung zukommt. Allerdings muss einschränkend festgehalten werden, dass derzeit zwar überaus gute Evidenz dafür existiert, dass durch eine Reduktion des Körpergewichtes die Morbidität an Folge- und Begleiterkrankungen reduziert werden kann, jedoch nur chirurgische Studien existieren (s. unten), die auch eine Reduktion der Mortalität zeigen.

Zur Gewichtsreduktion steht neben konservativen Maßnahmen wie hypokalorischer Ernährung, Ausdauerbewegung, Verhaltenstherapie und medikamentöser Therapie auch die Option chirurgischer Eingriffe zur Verfügung. Die Indikation und Voraussetzungen für einen chirurgischen Eingriff werden in den Leitlinien der Österreichischen Adipositasgesellschaft klar definiert (Tab. 2) [3]. Durch die entweder restriktiven oder malsabsorbierenden Eingriffe können tatsächlich deutliche Reduktionen des Körpergewichtes erreicht werden, die signifikant über den Resultaten der konservativen Therapie liegen [4] und auch meist länger erhalten werden können [4]. Dementsprechend hoch waren auch die Erwartungen an die Swedish Obesity Surgery Study (SOS-Studie), in der untersucht wurde, ob durch chirurgische Intervention eine Reduktion nicht nur der Morbidität, sondern auch der Mortalität bei morbidem Adipositas erreicht werden kann [4]. In dieser Studie wurden 4047 Personen (mittlerer BMI 42 kg/m², mittleres Alter 47 Jahre) entweder konservativ (n = 2010) oder chirurgisch (n = 2037)

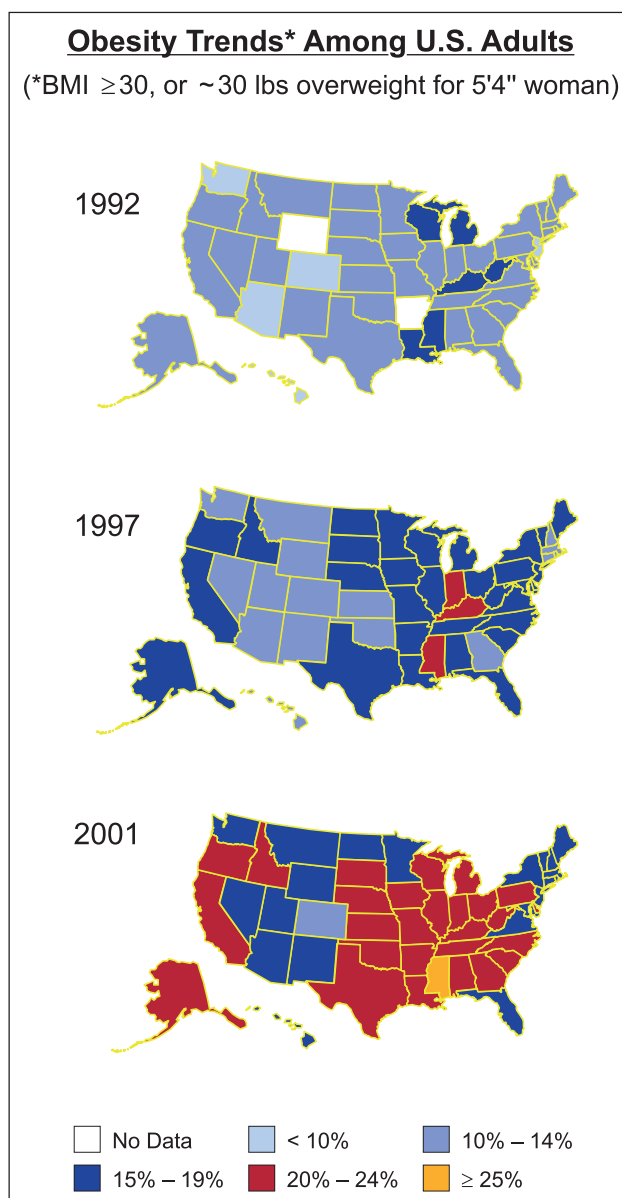


Abbildung 1: Zunahme der Adipositas in den Vereinigten Staaten von 1992–2001. Quelle: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/trend/maps/>

behandelt. Dabei kamen 3 chirurgische Techniken – (1) Magenband, (2) vertikale Gastroplastik und (3) Magenbypass – zum Einsatz, durch die das Körpergewicht um 15 % (Magenband) bis 28 % (Bypass) dauerhaft reduziert wurde. Kritikpunkt an dieser Studie ist einzig, dass sie nicht im engeren Sinne randomisiert war, sondern die Patienten mit einem chirurgischen

Aus der 1. Med. Abteilung, Hanuschkrankenhaus der WGKK

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. med. Thomas C. Wascher, 1. Med. Abteilung, Hanuschkrankenhaus der WGKK, A-1140 Wien, Heinrich-Collin-Straße 30; E-Mail: thomas.wascher@meduni-graz.at

Tabelle 1: Mit Adipositas assoziierte Begleiterkrankungen

- Hypertonie
- Kardiopathie
- Atherosklerose
- Metabolisches Syndrom
 - Diabetes mellitus Typ II
 - Dyslipidämie
 - Hyperkoagulabilität
- Gastrointestinale Erkrankungen
 - Gallensteine
 - NASH
- Degenerative Gelenkerkrankungen
- Obstruktives Schlafapnoesyndrom
- Maligne Neoplasien
 - Kolon
 - Gallenblase
 - Endometrium
 - Zervix

Tabelle 2: Indikationen zur chirurgischen Intervention gemäß den Leitlinien der ÖAG nach [3]

- Kann ab einem BMI von 40 kg/m² oder 35 kg/m² bei Vorliegen von Komorbiditäten erwogen werden
- Patientenauswahl nach strengen Kriterien
- Indikationsstellung durch ein interdisziplinäres Team (Chirurg, Internist, Psychiater)
- Nach einer 12-monatigen konservativen Therapie
- Operation an einem spezialisierten Zentrum

(Leitlinien der Österreichischen Adipositasgesellschaft)

Tabelle 3: Vergleich der Effektivität zwischen konservativer und chirurgischer Therapie

	Chirurgie	Konservativ
Gewichtsverlust	20–30 kg	5–8 kg
Nachhaltigkeit	15 Jahre	4 Jahre
Morbidität	reduziert	reduziert
Mortalität	reduziert	?

Eingriff einverstanden sein mussten. Damit ist sicherlich ein gewisser Selektionsbias nicht auszuschließen. Im Beobachtungszeitraum von im Mittel 11 (max. 16) Jahren wurde durch den Eingriff die Mortalität um 24 % signifikant gesenkt (101 vs. 129; p = 0,04), wobei ein Effekt erst nach ca. 10 Jahren evident wurde. Damit zeigt die SOS-Studie erstmals, dass durch eine deutliche Gewichtsreduktion bei morbid adipösen Patienten neben der Morbidität auch die Gesamtmortalität reduziert werden kann. Diese Daten konnten im selben Jahr durch 2 weitere Untersuchungen erhärtet werden, in denen operierte Kollektive mit nicht intervenierten Kontrollen verglichen wurden [5, 6].

Mit konservativen Maßnahmen kann naturgemäß nur ein wesentlich geringeres Ausmaß an Gewichtsreduktion erreicht werden, und die meisten Fachgesellschaften sehen eine dauerhafte Reduktion des Körpergewichtes um 5 % bereits als Erfolg an. Bei einer Person mit einem BMI von 31 kg/m² entspricht das ungefähr einem Viertel des Übergewichtes bzw. 30 % des abdominalen Fettes. Ein solcher moderater Gewichtsverlust war etwa in der finnischen Diabetes Prevention Study mit einer Reduktion des Risikos für die Manifestation eines Diabetes mellitus um 58 % vergesellschaftet [7]. Der Nachweis, dass durch eine solche geringe Reduktion des Körpergewichtes auch die Mortalität beeinflusst werden kann, steht jedoch derzeit aus.

Im Hinblick auf die pharmakologische Therapie steht fest, dass dadurch das Ausmaß des Gewichtsverlustes gesteigert werden kann. Zu beachten ist jedoch, dass zumindest 50 % der behandelten Patienten als Non-Responder gesehen werden müssen, bei denen die Therapie nach 4 Monaten abgebrochen werden sollte. Die längste dabei verfügbare Studie (XENDOS [8]) liefert Daten für einen Zeitraum von 4 Jahren.

Vergleicht man nun konservative und chirurgische Interventionen (Tab. 3), so scheint die Effektivität der chirurgischen Intervention deutlich höher zu sein. Nicht vergessen werden darf dabei jedoch, dass der chirurgische Eingriff nur bei Patienten mit morbidem Adipositas (BMI > 35 kg/m² mit gewichts-

assoziierten Komorbiditäten oder ab einem BMI von 40 kg/m²) indiziert ist, bei denen eine signifikante Reduktion der Morbidität und Mortalität nachgewiesen wurde. Notwendigerweise bedarf ein operativer Eingriff einer lebenslangen Begleitung durch ein interdisziplinäres Team.

Zusammenfassend kann man sagen, dass beide Therapiestrategien unbestritten ihre Berechtigung haben, sofern sie patientenadaptiert angewandt werden. Die Wahl der Therapie hängt vom Ausmaß der Adipositas und den Komorbiditäten ebenso ab wie von der Verfügbarkeit interdisziplinärer Zentren und vor allem der Wahl des geeigneten Patienten für den geeigneten chirurgischen Eingriff.

■ Relevanz für die Praxis

Jede Form der Gewichtsreduktion ist geeignet, um die Morbidität der Betroffenen zu vermindern. Mortalitätsdaten liegen bis dato nur für chirurgische Interventionen vor.

Bei morbidem Adipositas sollte jedenfalls der betroffene Patient über die Möglichkeiten und Grenzen einer chirurgischen Intervention informiert werden.

Wenn nach interdisziplinärer Indikationsstellung ein operativer Eingriff geplant wird, sollte dieser ausschließlich an einem spezialisierten Zentrum durchgeführt werden.

Literatur:

1. Mokdad AH, Bowman BA, Ford ES, Vinicor F, Marks JS, Koplan JP. The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States. JAMA 2001; 286: 1195–200.
2. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG). Daten zu Stellungsaussagen des Österreichischen Bundesheeres. Zur Verfügung gestellt 2006. In: Kiefer I, Rieder A, Rathmann T, Meidlinger B, Baritsch C, Lawrence K, Dörner T, Kunze M. Erster Österreichischer Adipositasbericht 2006. Grundlage für zukünftige Handlungsfelder: Kinder, Jugendliche, Erwachsene. 2006; 75. http://www.alternmitzukunft.at/upload/3352_AMZ_Adipositas_RZ_Screen_09_02_07.pdf.
3. Leitlinien der Österreichischen Adipositasgesellschaft. <http://www.adipositas-austria.org/>
4. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, Lystig T, Sullivan M, Bouchard C, Carlsson B, Bengtsson C, Dahlgren S, Gummesson A,

Jacobson P, Karlsson J, Lindroos AK, Lönnroth H, Näslund I, Olbers T, Stenlöf K, Torgerson J, Agren G, Carlsson LM; Swedish Obese Subjects Study. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med* 2007; 357: 741–52.

5. Adams TD, Gress RE, Smith SC, Halverson RC, Simper SC, Rosamond WD, Lamonte MJ, Stroup AM, Hunt SC. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N Engl J Med* 2007; 357: 753–61.

6. Peeters A, O'Brien PE, Laurie C, Anderson M, Wolfe R, Flum D, MacInnis RJ, English DR, Dixon J. Substantial intentional weight loss and mortality in the severely obese. *Ann Surg* 2007; 246: 1028–33.

7. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukkaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M; Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344: 1343–50.

8. Torgerson JS, Hauptman J, Boldrin MN, Sjöström L. XENical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) study: a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. *Diabetes Care* 2004; 27: 155–61.

Univ.-Prof. Dr. med. Thomas. C. Wascher

Facharzt für Innere Medizin sowie Endokrinologie und Stoffwechsel, habilitiert für Innere Medizin mit dem Forschungsschwerpunkt diabetes- und lipidassoziierter Gefäßkrankungen. Autor von mehr als 100 Originalarbeiten, bis August 2007 an der Klinik für Innere Medizin der Medizinischen Universität Graz tätig, derzeit an der 1. Medizinischen Abteilung des Hanuschkrankenhauses der WGKK.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)