

Langzeitstudien zur bariatrischen Chirurgie:

Auch ein «chirurgisch erzwungener» Gewichtsverlust senkt die Mortalität

Die Fettsuchtepidemie ist in den USA ein Alltagsthema und bedrückt Präventivmediziner und Gesundheitsökonominnen nun auch in Europa in zunehmendem Masse. Besonders zu fürchten sind nach dem jetzigen Wissensstand die Auswirkungen von schwerem Übergewicht auf die zukünftige Entwicklung von Diabetes und kardiovaskulären Ereignissen. Ausgeprägt fettsüchtigen Patientinnen und Patienten (BMI > 40), die mit konservativen Therapien nicht ausreichend Gewicht verloren haben, werden seit längerem chirurgisch behandelt, ein Vorgehen, das heute als bariatrische Chirurgie bezeichnet wird und Operationen wie Magenband, Magenreduktion oder gastrointestinale Bypassoperationen umfasst.

Was bringt dieses Vorgehen – über kosmetische Aspekte hinaus? Befriedigend dokumentiert war bisher schon, dass Gewichtsverlust verschiedene kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Diabetes, Hypertonie, Dyslipidämie, Menge des viszeralen Fettes und auch die Lebensqualität günstig beeinflusst. Aber leben Menschen, die ihr Gewicht massiv reduziert haben, auch länger? Zwar ist aus epidemiologischen Studien klar, dass Übergewicht die Lebensdauer verkürzt, gleichzeitig gibt es aber auch verwirrende Hinweise, dass ein Gewichtsverlust die Lebenserwartung verkürzt – was wohl auf den Störfaktor zurückgeht, dass in epidemiologischer Beobachtung im Einzelfall nicht klar ist, ob der Gewichtsverlust absichtlich oder unabsichtlich (= ominös) war.

Nachdem Querschnittsstudien schon den Hinweis gegeben hatten, dass die Übergewichtschirurgie das Langzeitüberleben verbessern kann, berichten nun – passend zum Aufschwung dieses lukrativen Zweigs der Medizin in den letzten Jahren – zwei neue Langzeitstudien im *New England Journal of Medicine* davon, dass bariatrische Eingriffe die Mortalitätsraten günstig beeinflussten.

Sjöström et al. führten eine prospektive, kontrollierte Untersuchung (Swedish Obese Subjects [SOS] Study) durch. Männer mit einem BMI > 34 und Frauen mit BMI > 38 waren für das chirurgische Vorgehen qualifiziert, die Operationsindikation wurde also sehr grosszügig gestellt. Nach zehn Jahren betrug der Gewichtsverlust bei den mit einer von drei Operationen

Behandelten (n = 2010) zwischen 14 und 23 Prozent, während das Gewicht der Kontrollen (n = 2037) nur um rund 2 Prozent abgenommen hatte. In der Kontrollgruppe kam es zu 129 Todesfällen, unter den Operierten zu 101 Todesfällen. In der Chirurgiegruppe war eine signifikante Reduktion der für Alter, Geschlecht und Risikofaktoren bereinigten Hazard Ratio (HR) um 29 Prozent zu beobachten (HR 0,71; p = 0,01).

Adams et al. führten in den USA eine retrospektive Fallkontrollstudie bei Patienten nach gastrischer Bypassoperation durch (n = 7925 pro Gruppe). Hier waren nach einer durchschnittlichen Nachbeobachtungszeit von 7,1 Jahren bei den Operierten die Todesfälle aller Ursachen um 40 Prozent, diejenigen an Diabetes sogar um 92 Prozent und diejenigen an Koronarerkrankungen um 56 Prozent geringer. Auch Todesfälle an Krebsleiden waren um 60 Prozent seltener. Alle diese Unterschiede waren statistisch signifikant. Eigenartigerweise waren jedoch die Todesraten aus nicht krankheitsbedingten Ursachen wie beispielsweise Unfall oder Suizid in der Chirurgiegruppe um 58 Prozent höher (11,1 vs. 6,4 pro 10 000 Personenjahre; p = 0,04).

Die Studie von Sjöström, die als Frühmortalität die 90 Tage nach dem Eingriff definierte, beobachtete in der Chirurgie-



© www.abda.de

gruppe eine mehr als doppelt so hohe Rate (0,25 vs. 0,1%), während Adams et al. für die Frühmortalität, unter der sie jedoch abweichend das erste Jahr nach dem Eingriff verstanden, keinen Unterschied beobachten konnten (0,53 vs. 0,52%). Für diese Diskrepanz fehlt vorderhand eine Erklärung.

Während des Zeitraums, in dem diese Studien durchgeführt wurden, haben sich die chirurgischen Techniken deutlich verändert, indem jetzt vermehrt laparoskopische Eingriffe zur Anwendung kommen, die die postoperative Erholungszeit, den Operationsstress und die Mortalität verringern, schreibt ein begleitendes Editorial. Heute dürften also – zumindest an Zentren, die über ausreichend erfahrene Operateure und jährliche Eingriffszahlen verfügen – die postoperativen Mortalitätsraten tiefer liegen und die Operationsvorteile noch höher ausfallen. Ob man daher zukünftig auch die Operationsindikation weiter fassen sollte? ■

Quellen:
Sjöström L et al., *NEJM* 2007; 357: 741-752.
Adams TD et al., *NEJM* 2007; 357: 753-761.
Bray GA, *NEJM* 2007; 357: 818-820.

H.B.