

Der Chirurg

Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin

Organ des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC), der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCh) und der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie (DGVC)

Gastrointestinale Stromatumoren
Was der Chirurg wissen muss

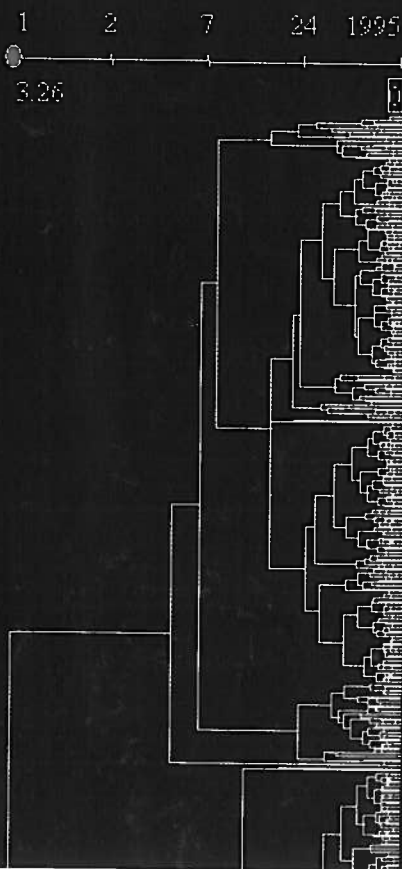
**CME Behandlungskonzepte
bei Verbrennungen**

Teil 1. Von der Verbrennungstiefe über die Pathophysiologie bis zur Notfallversorgung

Indexed in Current Contents and Medline

**Prophylaktische
Chirurgie**

Teil 2. Besonderheiten bei vererbten Tumorprädispositionssyndromen der endokrinen Organe



Einfach genial:

Vorsprung durch Wissen²

1. Mehr Know-how

- ▶ Aktuelles, gesichertes Fachwissen aus allen Bereichen der Notfall- und Rettungsmedizin
- ▶ Multidisziplinäre Beiträge mit klaren Handlungsempfehlungen
- ▶ Renommierete Herausgeber und kompetente Autoren

2. Mehr Fortbildung

- ▶ Abgeschlossene Fortbildungseinheiten in jedem Heft
- ▶ Algorithmen, Empfehlungen, Leitlinien, Qualitätsmanagement

3. Mehr Benefit

- ▶ 2 Hefte kostenlos testen: Fordern Sie jetzt Ihr Probeheft an!
- ▶ Heft 1 mit den neuen Reanimationsleitlinien des European Resuscitation Council - vollständig überarbeitet und aktualisiert.

Testen Sie jetzt
und Sie erhalten zusätzlich
Heft 1 mit den kompletten
Reanimationsleitlinien
des ERC.

Ja, bitte senden Sie mir kostenlos die nächsten 2 Ausgaben von **Notfall + Rettungsmedizin** zum Testen.

Sollte ich von der Zeitschrift nicht überzeugt sein, teile ich Ihnen dies innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt des 2. Heftes mit. Wenn ich die Zeitschrift weiterlesen möchte, brauche ich nichts zu tun und erhalte die Zeitschrift zum Preis von 135,- EUR inkl. 7% Mwst. (8 Hefte jhrl.) in 2006 für mindestens 1 Jahr (als Ärztin/Arzt in Aus- und Weiterbildung, Student/in 81,- EUR inkl. 7% Mwst) zzgl. Versandkosten (Inland 12,- EUR). Das Abo kann ich 2 Monate vor Ende des Berechnungszeitraumes kündigen.
(Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten)

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Datum, Unterschrift

Faxantwort 06221-345-4229

Bitte einsenden an: Springer Distribution Center GmbH
Kundenservice Zeitschriften · Haberstraße 7 · D-69126 Heidelberg
E-Mail: SDC-journals@springer.com · Tel.: 06221-345-4303

Springer Medizin Verlag GmbH · Tiergartenstr. 17 · D-69121 Heidelberg · Handelsregistersitz: Berlin Charlottenburg · HRB 89790 · Geschäftsführung: Dr. Georg Ralle (Vorsitzender), Dr. Thomas Thieckötter



Selbstständige Gewichtsreduktion bei morbidem Adipositas

Stellenwert aus plastisch-chirurgischer Sicht

In den westlichen Staaten werden jährlich 7–8% des medizinischen Budgets für die Behandlung übergewichtiger Menschen aufgewendet [8]. Das Ziel der Behandlung ist die Gewichtsreduktion, da es mit ihr auch zur Reduktion der Komorbiditäten kommt. Jede Form der Gewichtsreduktion ist daher aus volkswirtschaftlicher Überlegung in jeder Form zu unterstützen.

Im Prinzip gibt es zwei Möglichkeiten der Gewichtsreduktion. Einerseits sind es die bariatrischen Eingriffe, andererseits die Gewichtsabnahme durch selbständiges Abnehmen. Aus den verschiedenen chirurgischen Möglichkeiten etablierte sich vor allem das laparoskopisch verstellbare Magenband zunehmend zur Therapie der Wahl der morbidem Adipositas [16]. In Österreich kam es in den letzten 5 Jahren zu einer Verfünffachung der bariatrischen Eingriffe [10].

Im Rahmen der NIH-Konsensuskonferenz 1991 wurde die Indikationsstellung für eine bariatrische Operation bei BMI-Werten über 40 bzw. 35 kg/m² mit Komorbiditäten angesetzt [9]. Bariatrische Eingriffe wurden anlässlich der NIH-Konsensuskonferenz 1996 als einzig effektive Möglichkeit für die Behandlung der morbidem Adipositas dargestellt [2].

Andersen und Mitarbeiter zeigten in einer randomisierten kontrollierten Stu-

die bessere Langzeitergebnisse nach Gastroplastik als durch rein diätische Maßnahmen auf [1]. Die SOS-Studie (Swedish Obese Subjects) berichtet von einem signifikant größeren Gewichtsverlust bei Patienten, die sich einer bariatrischen Operation unterzogen (23%), nach 2 Jahren im Vergleich zu Patienten mit konservativen Abnehmverfahren (0%; $p < 0,001$). Nach 8 Jahren zeigten die operierten Patienten einen Gewichtsverlust von 16,3% ($\pm 12,3$) im Vergleich zu Patienten mit einer Gewichtszunahme von 0,9% ($\pm 10,8$) unter konservativer Therapie. Die Autoren kamen zum Schluss, dass durch selbstständiges Abnehmen keine zufrieden stellenden Ergebnisse erzielbar sind [15].

In der Literatur sind jedoch neben den beiden eingangs zitierten keine weiteren Arbeiten beschrieben, welche einen Vergleich zwischen operativer und konservativer Therapie der morbidem Adipositas durchführten [6]. Daher erscheint die Frage nach dem Stellenwert der konservativen Gewichtsreduktion immer noch unvollständig beantwortet. Parallel zu den rezenten Entwicklungen auf dem Sektor der bariatrischen Chirurgie wendet sich eine immer größer werdende Zahl an Patienten an den Plastischen Chirurgen mit dem Wunsch nach formverbessernden Eingriffen nach ausgeprägter Gewichtsreduktion. Nach dieser bleibt durch die rasche Reduktion des Fettgewebes eine stark überdehn-

te und nicht retraktionsfähige Haut zurück. Der starke Leidensdruck führt einen großen Teil dieser Patienten zum Plastischen Chirurgen mit der Bitte um Verbesserung der Körperkontur [12]. Die regionale Dermolipektomie gilt als die einzige mögliche Therapieoption der Deformitäten in Folge eines massiven Gewichtsverlustes [7]. Hierbei stehen die Abdominoplastik und die beidseitige Mastopexie an erster Stelle, vor der Dermolipektomie der Extremitäten [14].

Diese vom Plastischen Chirurgen behandelten Patienten bilden so ein Kollektiv, das – unabhängig von der Abnehmethode – erfolgreich eine massive Gewichtsreduktion vollzog. Ziel dieser Studie war es, durch die Evaluation des eigenen Patientengutes die Wertigkeit des selbstständigen Abnehmens zu klären.

Patienten und Methoden

Im Zeitraum von Januar 1999 bis Dezember 2003 wurden an der Universitätsklinik für Plastische- und Wiederherstellungschirurgie Innsbruck bei 120 Patienten insgesamt 197 plastisch-chirurgische Korrekturoperationen nach massivem Gewichtsverlust durchgeführt. Es handelte sich hierbei um überwiegend weibliche (86%), ursprünglich morbid adipöse Patienten mit einem Ausgangs-BMI von über 35–40 und einer Gewichtsreduktion von durchschnittlich 40% (14–58%). Bei allen Pati-

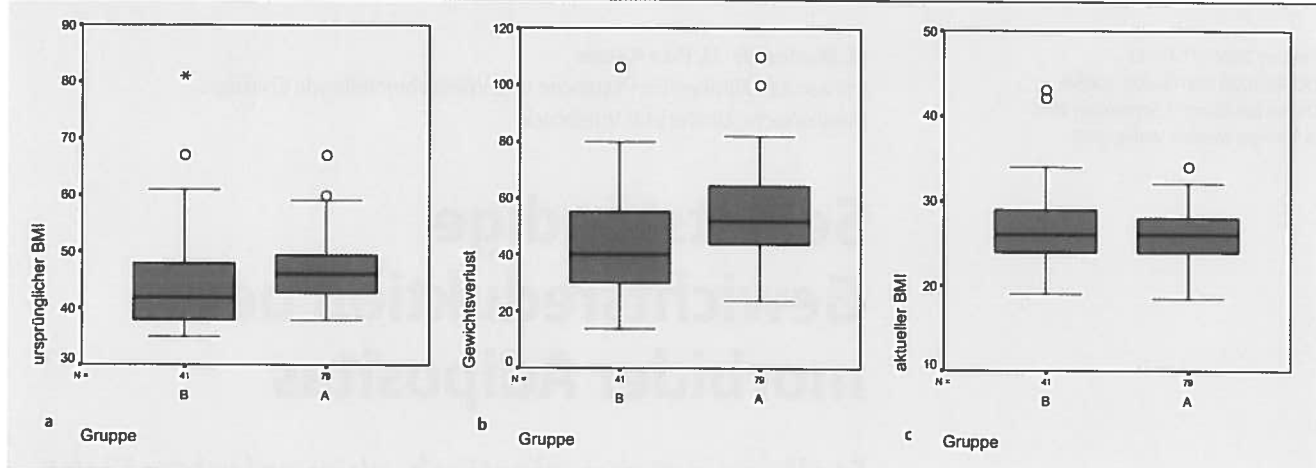


Abb. 1 ▲ a Ursprünglicher BMI der beiden Patientengruppen. Morbid Adipöse, die sich zu einer „Gastric-banding-Operation“ entschlossen (Gruppe A), wiesen vor der Gewichtsabnahme einen statistisch hochsignifikant höheren BMI auf als die Patienten der Gruppe B, die ihr Gewicht selbstständig reduzierten (Mann-Whitney-Test: $p < 0,01$). b Gewichtsverlust der Patienten durch selbstständige Gewichtsabnahme (Gruppe B) bzw. „Gastric-banding-Operation“ (Gruppe A). „Gastric-banding-Patienten“ reduzierten hochsignifikant mehr Gewicht als selbstständig abnehmende Patienten (Mann-Whitney-Test: $p < 0,01$). c BMI der Patienten zum Zeitpunkt des plastisch-chirurgischen Korrekturingriffes (kein statistischer Unterschied; Mann-Whitney-Test: $p = 0,5$)

enten wurde eine Abdominoplastik zur Korrektur einer Fettschürze und bei 43% der weiblichen und 24% der männlichen Patienten zusätzlich eine Brustkorrektur durchgeführt.

Entsprechend der Art des Gewichtsverlustes wurden die Patienten zwei Gruppen zugeordnet (Gruppe A: Gewichtsverlust nach „gastric banding“; Gruppe B: Patienten mit selbstständigem Gewichtsverlust). Die Einschlusskriterien für eine plastisch-chirurgische Korrekturoperation stellten neben der klinischen Problematik einer Fettschürze nach massivem Gewichtsverlust auch eine zumindest 2-jährige Gewichtskonstanz dar. Darüber hinaus wurden für die vorliegende Studie keine weiteren Ein- bzw. Ausschlusskriterien getroffen.

Die 120 Patienten der vorliegenden Studie wurden im Februar 2004 mittels eines Fragebogens retrospektiv zu folgenden Themen befragt:

- Ausbildung und derzeitiger Beruf,
- Berufswechsel seit Beginn der Gewichtsabnahme,
- familiäre Situation vor- und während der Therapie sowie zum Befragungszeitpunkt,
- Motivation zur Gewichtsabnahme, soziale Unterstützung,

- Abnehmmethode (chirurgisch oder selbstständig),
- Zufriedenheit und Krankheitsdauer,
- Gewichtskonstanz seit Therapiebeginn,
- plastisch-chirurgischer Korrekturingriff.

Für Patienten, die selbstständig Ihr Körpergewicht reduzieren konnten, wurde ein Zusatzfragebogen zu folgenden Themen verfasst:

- Motivation zum Gewichtsverlust,
- Abnehmstrategie,
- Ernährung, Medikation, sportliche Aktivität,
- Änderung des beruflichen und sozialen Umfeldes.

Diejenigen Patienten, die sich an der Universitätsklinik für Chirurgie Innsbruck einem bariatrischen Eingriff unterzogen hatten, wurden präoperativ im Rahmen des an der Medizinischen Universität Innsbruck ausgearbeiteten interdisziplinären Behandlungsschemas internistisch und psychologisch abgeklärt. Die Selbstabnehmer nahmen in der Regel keine intramurale Therapie oder Abklärung vor oder während des Gewichtsverlustes in Anspruch.

Statistik

Die statistische Analyse wurde mit dem SPSS 11.0 Statistik Software-Programm durchgeführt (SPSS Inc., Chicago Illinois, USA). Tests auf Normalverteilung wurden mit dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest durchgeführt. Quantitative Variable wurden im Falle einer Normalverteilung als Mittelwert \pm Standardabweichung (\pm SD), andernfalls mit dem Median, den Interquartilen und der 95%-Perzentile angegeben. Mittelwertvergleiche zwischen zwei Gruppen wurden mit dem nichtparametrischen Mann-Whitney-Test durchgeführt. Das Quotenverhältnis zwischen den beiden Patientengruppen wurde mit der Odds Ratio ermittelt.

Ergebnisse

Gewichtsverlust

Bei 79 (66%) der insgesamt 120 Patienten wurde eine Magenbandimplantation (Swedish Adjustable Gastric Banding, SAGB) vorgenommen (Gruppe A); 34% der morbid Adipösen ($n=41$) reduzierten ihr Gewicht selbstständig, d. h. durch konservative Methoden (Gruppe B). Der mittlere BMI der Patienten der Gruppe A lag vor der Gewichtsabnahme bei 46, jener

der Gruppe B bei 42 (■ **Abb. 1a**). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (Mann-Whitney-Test: $p < 0,01$). Der Gewichtsverlust betrug bei der Gruppe der „Gastric-banding-Patienten“ im Mittel 52 kg, bei den Patienten der Gruppe B im Mittel 40 kg ($p < 0,01$; ■ **Abb. 1b**).

Zum Zeitpunkt der plastisch-chirurgischen Korrekturoperation bestand bezüglich des BMI kein Unterschied mehr zwischen den beiden Gruppen. Der mittlere BMI betrug zu diesem Zeitpunkt jeweils 26 (■ **Abb. 1c**). Den größten Gewichtsverlust erreichte ein Patient, der sein ursprüngliches Gewicht nach „gastric banding“ innerhalb von 18 Monaten um 110 kg reduzieren konnte.

Im Vergleich der relativen Anzahl der Patienten der beiden Gruppen bei den jeweiligen BMI-Werten zeigte sich eine größere Anzahl an selbstständig abnehmenden Patienten bei den unteren BMI-Werten (■ **Abb. 2**). Überraschenderweise überwogen auch bei BMI-Werten > 56 prozentual die Selbstabnehmer (12,2% zu 8,9%; 5 Patienten bei beiden Gruppen in absoluten Zahlen). Zwischen einem BMI von 44 und 54 dominierten die „Gastric-banding-Patienten“, ein selbstständiges Abnehmen war jedoch bei jedem Ausgangs-BMI prinzipiell möglich; so verlor beispielsweise die schwerste Patientin mit einem ursprünglichen BMI von 81 insgesamt 106 kg innerhalb von drei Jahren auf konventionelle Weise.

An einer Nachuntersuchung im April 2004 zur Klärung der Gewichtsvarianz seit dem plastisch-chirurgischen Eingriff nahmen 73,3% der Patienten ($n=88$) teil. Dabei berichteten 43,5% der Patienten der Gruppe A über eine durchschnittliche Gewichtszunahme von 10 kg (5–28,8 kg), 42,3% der Patienten der Gruppe B gaben eine durchschnittliche Gewichtszunahme von 4 kg (2–13 kg) seit der plastisch-chirurgischen Korrekturoperation an. Dieser Unterschied zwischen den beiden Gruppen war statistisch signifikant (Mann-Whitney-Test: $p < 0,05$). Im Gegenzug gaben 23 Patienten mit implantiertem Magenband (37,7%) und 8 Selbstabnehmer (30,7%) an, seit der letzten plastisch-chirurgischen Operation weiterhin abgenommen zu haben. Bei den Magenband-Patienten betrug die durchschnittliche Gewichtsabnahme 9 kg, bei den Selbstabnehmern 5 kg. Statistisch gesehen bestand

Chirurg 2006 · 77:47–52
DOI 10.1007/s00104-005-1088-9
© Springer Medizin Verlag 2005

M. Mattesich · H. Piza-Katzer

Selbstständige Gewichtsreduktion bei morbidem Adipositas. Stellenwert aus plastisch-chirurgischer Sicht

Zusammenfassung

Hintergrund. In der Literatur wird davon ausgegangen, dass bei morbid adipösen Patienten kein langfristiger Gewichtsverlust durch selbstständiges Abnehmen möglich ist. Die Frage nach dem Stellenwert der konservativen Gewichtsreduktion ist jedoch unvollständig beantwortet.

Patienten. Zwischen 1999 und 2003 wurden an der Universitätsklinik für Plastische Chirurgie Innsbruck insgesamt 197 plastisch-chirurgische Operationen bei 120 ursprünglich morbid adipösen Patienten mit einem Ausgangs-BMI von über 35–40 und einer Gewichtsreduktion von durchschnittlich 40% ihres Körpergewichtes durchgeführt.

Ergebnisse. Bei 66% der Patienten wurde eine Magenbandimplantation vorgenommen, 34% reduzierten ihr Gewicht selbst-

ständig. Dies war prinzipiell bei jedem Ausgangs-BMI möglich.

Schlussfolgerung. Selbstständiges Abnehmen ist für morbid adipöse Patienten mit entsprechenden mentalen Voraussetzungen prinzipiell möglich. Im Rahmen einer interdisziplinären Betreuung soll es Aufgabe des behandelnden Psychiaters sein, primär diese Patienten zu selektionieren und einem konservativen Abnehmprogramm zuzuführen. Die Chance auf Erfolg ist umso größer, je niedriger der Ausgangs-BMI liegt.

Schlüsselwörter

Morbide Adipositas · Selbstständiges Abnehmen · Sozioökonomische Aspekte · Plastisch-chirurgische Aspekte · Interdisziplinäres Behandlungskonzept

Plastic surgical considerations of conservative weight loss in the treatment of morbid obesity

Abstract

Background. According to the literature, conservative weight loss seems to be ineffective for morbidly obese subjects. Nevertheless, the significance of nonsurgical strategies for the treatment of morbid obesity is still unclear.

Patients. From 1999 to 2003, 197 reconstructive operations were performed on 120 morbidly obese patients. Initial body mass index (BMI) was higher than 35–40, and weight loss exceeded 40% of the original body weight.

Results. Gastric banding was performed in 66% of the patients; 34% reduced their body weight by conservative means. Con-

servative weight loss could be achieved at each level of BMI.

Conclusion. Conservative weight loss is a valuable option for the treatment of morbid obesity in a selected group of patients. Condiolates candidates for conservative weight loss should be selected carefully by a multidisciplinary team with psychiatric expertise.

Keywords

Morbid obesity · Conservative weight loss · Socioeconomic aspects · Plastic surgery · Multidisciplinary treatment

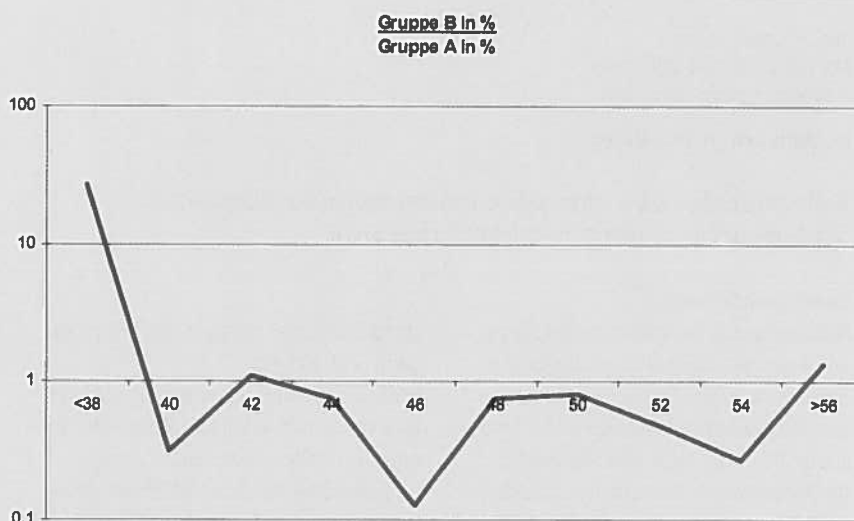


Abb. 2 ▲ Logarithmische Darstellung des Quotenverhältnisses der Patienten mit selbstständiger Gewichtsabnahme zu Patienten mit „gastric banding“ in Bezug auf ihren ursprünglichen BMI (Prozent der Selbstabnehmer mit dem jeweils angegebenen Ausgangs-BMI/Prozent der „Gastric-banding-Patienten“ mit dem jeweils angegebenen BMI). Bei einem Quotenverhältnis von 1 sind die Gruppen ausgeglichen; darüber liegende Werte: Überwiegen der Selbstabnehmer; darunter liegende Werte: Überwiegen der „Gastric-banding- (GB-)Patienten“

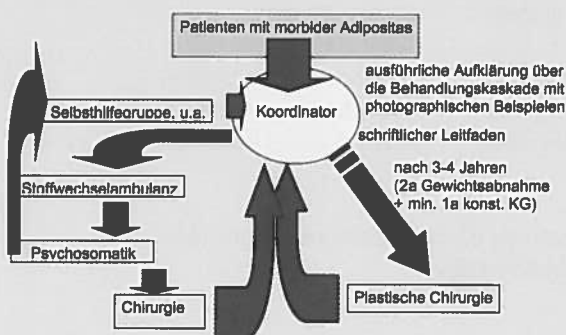


Abb. 3 ◀ Das interdisziplinäre Innsbrucker Therapiekonzept

hier zwischen den beiden Gruppen kein signifikanter Unterschied ($p=0,3$).

Plastisch-chirurgische Korrektureingriffe

Das Alter der Patienten zum Operationszeitpunkt lag im Mittel bei 39 (± 8) Jahren. Weder hinsichtlich der Art der durchgeführten Eingriffe noch bezüglich der Dauer des stationären Aufenthaltes bzw. der peri- und postoperativen Komplikationsrate unterschied sich die Gruppe der „Gastric-banding-Patienten“ von jener der Selbstabnehmer.

Fragebogen

Nach drei Aussendungen retournierten insgesamt 73,3% der Patienten den Frage-

bogen. Die Auswertung ergab, dass Unwohlsein im eigenen Körper in über 81% der Fälle, weit vor Bewegungseinschränkung, gesundheitlichen oder sozialen Problemen, die Hauptmotivation für das Abnehmen darstellte. Die Zahl der Berufstätigen reduzierte sich von 88% zum Beginn der Abnehmperiode auf 71% bei Erreichung des Wunschgewichtes, wohingegen die Zahl der Rentner jedoch bei etwas unter 7% konstant blieb.

Eine selbstständige Gewichtsreduktion wurde vor allem durch eine Reduktion der Portionen sowie fettarme Kost erreicht. Knapp 35% der selbstständig abnehmenden Patienten gaben an, seit Beginn der Gewichtsabnahme intensiv Sport zu betreiben, jedoch erreichten auch 27% dieses Patientenkollektivs eine ausgeprägte Gewichtsreduktion ohne wesentliche kör-

perliche Aktivität. Dies drückt sich auch in den Angaben zu den Abnehmstrategien aus, bei denen Wille (97%) und Disziplin (58%) weit vor Sport (42%) und alternativen Strategien zur Problemlösung (41%) lagen. Nur 2% der Befragten konnten von der Unterstützung durch ihr soziales Umfeld profitieren. Über 40% der Betroffenen trennten sich in der Abnehmphase von ihrem Partner.

Das Innsbrucker Therapiekonzept

Die Erkenntnis, dass über 30% der Patienten eine massive Gewichtsreduktion ohne einen bariatrischen Eingriff erreichen kann, führte zur Überzeugung, dass eine standardisierte Untersuchungskaskade für eine optimale Betreuung der Patienten unabdingbar ist. In einem fachübergreifenden Therapieplan kommt dem Allgemeinmediziner, also dem Hausarzt, die Rolle eines zentralen Koordinators zu. In einem ersten Schritt soll der Patient durch den Hausarzt über die verschiedenen konservativen und operativen Therapieoptionen der Gewichtsreduktion, deren Erfolgsaussichten, Komplikationen und die Nachbehandlung, inklusive den in vielen Fällen notwendigen plastisch-chirurgischen Korrektureingriffen, aufgeklärt werden. Diese durch den Allgemeinmediziner bereits gut aufgeklärten Patienten werden der internistischen Stoffwechselambulanz bzw. dem niedergelassenen Internisten zum Ausschluss einer Stoffwechselerkrankung vorgestellt. In weiterer Folge ist eine psychosomatische Abklärung angezeigt. Nach erfolgtem Kontraindikationsausschluss im Rahmen aller Voruntersuchungen werden diejenigen Patienten an den Allgemeinchirurgen überwiesen, für die eine konservative Gewichtsreduktion nicht in Frage kommt. Nach erfolgreichem bariatrischem Eingriff, d. h. nach Gewichtsreduktion, sollte das erreichte Gewicht mindestens 2 Jahre stabil gehalten werden, ehe notwendige plastisch-chirurgische Korrektureingriffe erfolgen (■ Abb. 3).

Diskussion

Plastisch-chirurgische Aspekte

Der Wunsch des Plastischen Chirurgen, eher jene Patienten zu operieren, die bei

morbider Adipositas durch Diät und intensive körperliche Aktivität – wie tägliches Training, Wandern oder Schwimmen – selbstständig ihr Gewicht reduzierten, ergibt sich aus dem Vergleich von zwei Patientenkollektiven: morbid Adipöse, die durch bariatrische Eingriffe Gewicht verloren, sowie jene Patienten, die selbstständig abgenommen haben. Bei denjenigen Patienten, die innerhalb sehr kurzer Zeit einen beschleunigten massiven Gewichtsverlust meist ohne Muskelaufbautraining erfuhren, sind die Voraussetzungen für ein befriedigendes postoperatives Ergebnis nach einer plastisch-chirurgischen Operation sicher nicht mit jenen der Patienten zu vergleichen, die langsam durch Diät und körperliche Aktivität abnahmen. Zusätzlich besteht bei der Patientengruppe mit bariatrischen Eingriffen die höhere Gefahr eines weiteren Gewichtsverlustes, welcher zu schlechten postoperativen Resultaten führen würde. Aggraviert durch die fehlende körperliche Aktivität während der Phase des Gewichtsverlustes bleibt meist die Diastase der geraden Bauchmuskeln bestehen [13].

Die geringere Gewichtszunahme nach dem plastisch-chirurgischen Eingriff bei Patienten der Gruppe B ist auch Ausdruck der Motivation, dauerhaft Sport zu treiben und das Körpergewicht zu regulieren. Die Patienten erfahren dadurch eine Verbesserung ihrer Körperkontur.

Ein Intervall von 2 Jahren zwischen Erreichen des individuellen Idealgewichtes und dem Korrekturingriff entspricht dem Standardvorgehen der Universitätsklinik für Plastische Chirurgie Innsbruck. Dieses Vorgehen begründet sich in der klinischen Erfahrung, dass kein zufriedenstellendes ästhetisches Ergebnis erzielt werden kann, wenn noch zu große Gewichtsschwankungen zu befürchten sind. Ob diese Zeitspanne zu hoch gegriffen ist, kann nur im Rahmen einer weiterführenden Studie geklärt werden.

Komplikationen bariatrischer Eingriffe

Gute Langzeitergebnisse in Bezug auf den Gewichtsverlust nach bariatrischen Eingriffen dürfen nicht die möglichen Komplikationen des Verfahrens vergessen lassen. So errechneten Chapman und Mit-

arbeiter in einer Metaanalyse eine mittlere Kurzzeitmortalitätsrate nach Magenbandimplantation von 0,05% und einer Morbiditätsrate von insgesamt 11,3% [3], Pier und Mitarbeiter sogar von insgesamt 16,8% [11]. Die Suche nach komplikationsärmeren Alternativen sowie der zunehmende Kostendruck auf das Gesundheitssystem sind Anlass, die Möglichkeit einer nichtoperativen Therapie der morbid Adipositas differenzierter zu klären.

Ist selbstständiges Abnehmen möglich?

Die Ergebnisse der SOS-Studie stellen die wesentliche Grundlage des geltenden Paradigmas dar, dass selbstständiges Abnehmen nicht zu einer dauerhaften Gewichtsreduktion führen kann [1, 6, 15]. Hierbei wurde der Mittelwert der Ergebnisse von 2037 Patienten interpretiert. Diese Schlüsse stehen in einem scheinbaren Widerspruch zu den Ergebnissen der vorliegenden Studie: 34% der ehemals morbid adipösen Patienten, die sich an der Universitätsklinik für Plastische- und Wiederherstellungschirurgie Innsbruck einem Korrekturingriff unterzogen, hatten diese Gewichtsabnahme selbstständig, d. h. ohne bariatrischen Eingriff, erreicht. Da jedoch bislang eine dauerhafte Gewichtskonstanz nach selbstständiger Gewichtsreduktion nicht für möglich gehalten wurde, überrascht die Tatsache, dass ein Drittel des eigenen Patientengutes dies ohne einen bariatrischen Eingriff geschafft hat. Zwar überwiegen diese Patienten prozentuell in den unteren BMI-Bereichen, ein selbstständiges Abnehmen war aber prinzipiell bei jedem Ausgangskörpergewicht möglich – auch bei einem BMI von 42 und Werten über 56 überwogen prozentuell die Selbstabnehmer gegenüber den „Gastric-banding-Patienten“.

Offensichtlich stellen die selbstständig abnehmenden Patienten aus der vorliegenden Studie ein stark selektiertes Patientengut dar, die den Patienten aus der linken Hälfte der Gauß-Glockenkurve (Anzahl der Patienten/Gewichtsänderung) der konservativ abnehmenden Patienten aus der SOS-Studie entsprechen. Die Selektionskriterien decken sich dabei mit jenen für die Indikationsstellung zu einem plastisch-chirurgischen Korrekturingriff

an der Universitätsklinik Innsbruck. Dies würde bedeuten, dass sich die Daten der vorliegenden und der SOS-Studie nicht widersprechen.

Spezifisches psychologisches Profil der Selbstabnehmer

In der vorliegenden Studie wurde erstmals das psychosoziale Umfeld erfolgreich selbstständig abnehmender Patienten analysiert. Die Auswertung dieser Fragebögen lässt den Schluss zu, dass es sich bei den Selbstabnehmern der vorliegenden Studie um willensstarke Menschen handelt, die eine Gewichtsreduktion meist mit selbst entworfenen Strategien erreichten. Ziel weiterführender psychologischer Studien ist es, die Persönlichkeitsstruktur dieser Patienten zu identifizieren, um diese bereits vor dem Zeitpunkt der Gewichtsabnahme zu selektionieren und einer konservativen Abnehmstrategie zuzuführen.

Sozioökonomische Aspekte

In den westlichen Staaten werden jährlich 7–8% des medizinischen Budgets für die Behandlung übergewichtiger Menschen aufgewendet [8]. In den USA schätzt man die Behandlungskosten (direkte Kosten) und den Wert der entgangenen Leistungs- und Ertragsfähigkeit (indirekte Kosten der Adipositas) jährlich auf über 100 Mrd. Dollar [17]. Berücksichtigt man, dass 80% aller Diabetiker und 50% aller Hypertoniker adipös sind und dass jedes weitere Kilogramm beim Adipösen das Herzinfarkttrisiko um 3,1% steigert, so wird klar, dass die Behandlung der Adipositas nicht nur für jeden einzelnen Patienten eine erhebliche Erleichterung bringt, sondern auch eine beträchtliche Reduktion der Behandlungskosten adipositasassoziierter Erkrankungen nach sich zieht [10]. Da eine Gewichtsreduktion und damit ein bariatrischer Eingriff zu einer Reduktion der Komorbiditäten und der damit verbundenen Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen führt, wird diese Therapieform als kosteneffektiv eingestuft [4, 5]. Die Angaben über die Gesamtnettokosten für die Implantation eines SAGB über 20 Jahre lagen in einer Metaanalyse bei ca. 15.500 € [12]. Die Gesamtkosten setzen sich jeweils aus den Kosten des stationären Aufenthaltes und der Operation zu-

sammen. Diese betragen an der Medizinischen Universität Innsbruck für die Implantation eines Magenbandes durchschnittlich 4904 € (inklusive 1150 € für das Silikonmagenband). Selbstverständlich liegen diese Beträge unter jenem, der bei der oft langjährigen Behandlung des Krankheitskomplexes Adipositas und all seinen Komorbiditäten entstehen.

Interdisziplinäre Therapie

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass eine sorgfältige Abklärung der betroffenen Patienten vor der bariatrischen Operation in definierten Fällen die „Gastric-banding-Operation“ ersparen und die Betroffenen mit Hilfe von konservativen, psychologisch gestützten Methoden abnehmen lassen kann. Durch die Anwendung des interdisziplinären Innsbrucker Therapiekonzeptes für morbid adipöse Patienten – mit Einbeziehung der Psychologen bzw. Psychiater vor der Indikationsstellung zu einem bariatrischen Eingriff – könnten die im Rahmen der Implantation eines verstellbaren Magenbandes möglichen Komplikationen für einen Teil der Patienten vermieden und eine beträchtliche Kostenersparnis für Krankenversicherungen und Krankenhausträger erzielt werden.

Zweck einer gegenwärtigen psychologischen Studie der Arbeitsgruppe Adipositas der Medizinischen Universität Innsbruck ist es, anhand einer eingehenden Analyse der selbstständig abnehmenden Patienten ein detailliertes Persönlichkeitsprofil zu erstellen, das zur verbesserten Patientenselektion durch den behandelnden Psychiater beiträgt.

Fazit für die Praxis

Ein konservatives Abnehmen erscheint für einen definierten Teil morbid adipöser Patienten mit entsprechenden mentalen Voraussetzungen prinzipiell möglich. Bei der interdisziplinären Betreuung im Rahmen des Innsbrucker Therapiemodells soll es Aufgabe des behandelnden Psychologen bzw. Psychiaters sein, diese Patienten zu selektionieren und einem konservativen Abnehmprogramm zuzuführen. Die Chance auf Erfolg ist jedoch umso größer, je niedriger der Ausgangs-BMI liegt.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. H. Piza-Katzer

Universitätskliniken für Plastische und Wiederherstellende Chirurgie, Medizinische Universität Innsbruck, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck
E-Mail: hildegunde.piza@uibk.ac.at

Interessenkonflikt: Keine Angaben

Literatur

- Andersen T, Backer OG, Stokholm KH, Quaade F (1984) Randomized trial of diet and gastroplasty compared with diet alone in morbid obesity. *N Engl J Med* 310:352–356
- Brolin RE (1996) Update: NIH Consensus Conference. Gastrointestinal surgery for severe obesity. *Nutrition* 12:403–404
- Chapman AE, Kiroff G, Game P, Foster R, O'Brien P, Ham J, Maddern GJ (2004) Laparoscopic adjustable gastric banding in the treatment of obesity: A systematic literature review. *Surgery* 135:326–351
- Clegg A, Colquitt J, Sidhu M, Royle P, Loveman E, Walker A (2002) The clinical effectiveness and cost effectiveness of surgery for people with morbid obesity: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 6:1–153
- Clegg A, Colquitt J, Sidhu M, Royle P, Walker A (2003) Clinical and cost effectiveness of surgery for morbid obesity: a systematic review and economic evaluation. *Int J Obes Relat Metab Disord* 27:1167–1177
- Colquitt J, Clegg A, Sidhu M, Royle P (2003) Surgery for morbid obesity. *Cochrane Database Syst Rev* 2:CD003641
- Fotopoulos L, Kehagias I, Kalfarentzos F (2000) Dermalipsectomies following weight loss after surgery for morbid obesity. *Obes Surg* 10:451–459
- Hell E, Miller K (2000) Einleitung und Überblick. In: Hell E, Miller K (Hrsg) *Morbide Adipositas: Klinik und chirurgische Therapie*. ecomed, Landsberg, S 13–19
- NIH conference (1991) Gastrointestinal surgery for severe obesity. Consensus Development Conference Panel. *Ann Intern Med* 115:956–961
- Ott N (2004) Trendanalyse der Adipositaschirurgie. *Chirurgie* 4:10–11
- Rhomberg M, Piza-Katzer H (2002) Plastisch-chirurgische Korrekturoperationen nach Gewichtsreduktion durch „gastric-banding“. *Chirurg* 73:918–923
- Pier A, Abathi G, Lippert H (1999) Chirurgische Therapie der pathologischen Adipositas durch laparoskopisches „gastric banding“. *Chirurg* 70:196–205
- Rhomberg M, Püzl P, Piza-Katzer H (2003) Single-stage abdominoplasty and mastopexy after weight loss following gastric banding. *Obes Surg* 13:418–423
- Sagrillo D, Kunz S (2004) Addressing skin redundancy after major weight loss. *Plast Surg Nurs* 24:130–133
- Torgerson JS, Sjöström L (2001) The Swedish obese subjects (SOS) study – rationale and results. *Int J Obes* 25:2–4
- Vella M, Galloway DJ (2003) Laparoscopic adjustable gastric banding for severe obesity. *Obes Surg* 13:642–648
- Wolf AM, Colditz GA (1998) Current estimates of the economic costs of obesity in the United States. *Obes Res* 6:97–106

Forschungspreis der Berliner Krebsgesellschaft 2006 „Curt Meyer-Gedächtnispreis“

Die Berliner Krebsgesellschaft e.V. stiftet einen Preis in Höhe von 10.000 EUR für herausragende wissenschaftliche Leistungen in der Onkologie.

Der Preis ist vorrangig für die Auszeichnung und Förderung von Wissenschaftlern gedacht, die das 40. Lebensjahr nicht überschritten haben und in Kliniken und Instituten im Land Berlin tätig sind.

Die Arbeit sollte bereits publizierte Ergebnisse enthalten. Die Publikation darf nicht mehr als ein Jahr zurückliegen. Ist das Manuskript zur Publikation eingereicht, muss das Begutachtungsverfahren abgeschlossen und die Arbeit zum Druck angenommen sein.

Die Bewerbung ist an den Vorsitzenden der Berliner Krebsgesellschaft in dreifacher Ausfertigung unter Beifügung des Lebenslaufes und eines wissenschaftlichen Tätigkeitsberichtes zu senden.

Einsendeschluss ist der 31. März 2006 (Datum des Poststempels).

Berliner Krebsgesellschaft e.V.

Prof. Dr. Dr. h.c. P. M. Schlag

Robert-Koch-Platz 7

10115 Berlin

E-Mail: info@berliner-krebsgesellschaft.de

Internet: www.berliner-krebsgesellschaft.de