

Informationen für Patienten



Adipositas

Baermed.
Bauchchirurgie Hirslanden Zürich

Adipositas

Patienteninformation

Liebe Patientinnen und Patienten
Liebe Angehörige und Allgemeininteressierte

Wenn eine Erkrankung bei Ihnen oder jemand anderem festgestellt wird, ist es ganz natürlich, dass viele Fragen beantwortet werden möchten. Als Viszeralchirurg ist das Beantworten solcher Fragen, aber auch die Erklärung und Darlegung komplexer Sachverhalte aus dem medizinischen Bereich ein grosser Teil meiner täglichen Aufgabe. Während meinen vielen und manchmal sehr intensiven Aufklärungsgesprächen mit Patientinnen und Patienten über bevorstehende Eingriffe wurde mir ausserdem zunehmend bewusst, wie stark das Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten tatsächlich ist und wie wichtig es deshalb auch ist, diesem Bedürfnis gerecht zu werden.

Auf den folgenden Seiten werden Sie deshalb Antworten auf die wichtigsten Patientenfragen sowie auf Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten zu ausgewählten Krankheitsbildern erhalten. Wir haben versucht, unsere Krankheitsbeschreibungen so ausführlich wie möglich zu gestalten, dennoch reichen diese für Nichtmediziner nicht immer, um alles auf einmal verstehen zu können. Das persönliche Gespräch mit Ihrem behandelnden Arzt kann und darf niemals durch eine Patientenbroschüre oder durch ein Searching im Internet ersetzt werden.

Für Fragen oder eine Zweitmeinung stehe ich Ihnen jederzeit sehr gerne zur Verfügung.



Ihr Hans U. Baer

Baermed
Prof. Dr. med. H. U. Baer
Klinik Hirslanden
Witellikerstrasse 40
CH-8032 Zürich
info@baermed.ch
www.baermed.ch

Telefon +41 44 387 30 70
Fax +41 44 387 30 90

Adipositas

1 Wie entsteht krankhaftes Übergewicht?

Die Adipositas (Syn. Fettleibigkeit, Obesitas) die in der westlichen Welt zunehmend Verbreitung findet ist im Wesentlichen Folge einer langjährig positiven Energiebilanz. Diese entsteht wenn die täglich mit der Nahrung aufgenommene Energiemenge grösser als der Energieverbrauch des Körpers ist. Weit über 90% der Fälle von Übergewicht lassen sich so begründen.

Neben dem falschen Essverhalten (fettreiche Mahlzeiten, unregelmässige Aufnahme der Nahrung) ist der Bewegungsmangel entscheidend für den Gewichtsanstieg.

Zahlreiche soziale und unseren Kulturkreis charakterisierende Faktoren unterstützen die rasche, nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) epidemische Ausbreitung des krankhaften Übergewichts. Dazu zählen die zunehmend passive Freizeitgestaltung (Computer, TV), die von der Nahrungsmittelindustrie eingesetzten Werbestrategien für energiereiche Lebensmittel und Süsses, die zunehmende Verbreitung von Fast-food und Fertiggerichten, das dauerhafte Warenüberangebot aber auch das Essen als Ersatz für fehlende Integration und Zuwendung in Folge der zunehmenden beruflichen Einbindung und Konkurrenz sowie sozialer Spannungen. In wenigen Fällen können Stoffwechselerkrankungen oder die Einnahme bestimmter Medikamente die Adipositas verursachen oder begünstigen.

Die Rolle der genetischen Faktoren wird seit Jahren intensiv erforscht und kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht endgültig beantwortet werden.

2 Warum ist Übergewicht so gefährlich?

Die Adipositas kann Ursache zahlreicher Folgeerkrankungen mit erheblichen Risiken für den Körper sein oder diese verschlimmern. Am häufigsten treten der Bluthochdruck, der Anstieg der Blutfette und des Cholesterins, der Diabetes mellitus, verschiedene Gelenkleiden, das Schlafapnoe-Syndrom, Venenleiden, aber auch Störungen des seelischen Gleichgewichts (Depressionen) und Störungen der Sexualität auf.

Besonders gefährlich ist die Kombination mit mehreren Nebenerkrankungen wie dieses beim metabolischen Syndrom (Adipositas und Hypertonie, Diabetes mellitus, Hypercholesterinaemie) der Fall ist. Durch die genannten Erkrankungen steigt das Risiko für einen Herzinfarkt und Schlaganfall gegenüber der normalgewichtigen Bevölkerung stark an.

Bestehen die beschriebenen Veränderungen längere Zeit so treten zahlreiche irreversible, permanent behandlungsbedürftige Veränderungen im Organismus auf die sowohl die Lebensqualität wie auch die Lebenserwartung der Betroffenen deutlich herabsetzen. Durch die von der Umwelt praktizierte Stigmatisierung des Übergewichts (Schönheitsideal) vereinsamen die Patienten häufig, was zur sozialen Desintegration führt und neben den persönlichen auch gravierende gesellschaftliche Folgen nach sich zieht.

Als gesichert gilt der Zusammenhang zwischen krankhaftem Übergewicht und einigen bösartigen Tumorerkrankungen (Brust-, Gebärmutterkrebs, Darmkrebs, Prostatakrebs).

3 Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Die Prävention und Behandlung der Adipositas stellen eine ausserordentlich grosse Herausforderung für alle Beteiligten dar. Man muss zum heutigen Zeitpunkt davon ausgehen das mehr als 2 Millionen Schweizer/-innen übergewichtig sind wobei deren

Anzahl stetig ansteigt. Besondere Sorge bereitet die Zunahme der kindlichen Adipositas. Dem entgegen stehen zahlreiche konservative und operative Behandlungsstrategien. Grundlage jeglicher Therapie ist die Änderung der Lebensgewohnheiten sowie die Umstellung des Ernährungsverhaltens. Trotz unzähliger Diätprogramme und Fasten“kuren“ kann nur ein sehr geringer Teil der Betroffenen dauerhaft die erzielte Gewichtsreduktion halten. Der allergrösste Anteil der Übergewichtigen nimmt nach Beendigung der Nahrungsrestriktion erneut zu und erreicht oftmals ein Höheres als das Ausgangsgewicht. Ursache ist der im Rahmen der Diät erniedrigte Energieumsatz, so das bei später „normaler“ Nahrungszufuhr ein sofortiger Gewichtsanstieg zu verzeichnen ist. Ausserdem lässt sich auch bei strikter, längerdauernder Diät selten eine Gewichtsreduktion von mehr als 5kg/Jahr erreichen.

Die Steigerung der körperlichen Aktivität stellt einen weiteren Baustein zur Verringerung des Übergewichts dar, jedoch ist auch hier nur bei grundlegender und dauerhafter Umstellung der Gewohnheiten von einem längerfristigen Erfolg auszugehen.

Die insbesondere in den Medien proklamierte medikamentöse Therapie zum (schnellen) Abnehmen ist nach den vorliegenden Erfahrungen und Studien in nahezu allen Fällen von z.T. schweren Nebenwirkungen begleitet und selten so erfolgreich wie versprochen. Sie stellt keine Alternative zu den oben genannten Strategien dar.

Die wichtigste und einzig erfolversprechende konservative Therapieoption stellt die konsequente Prävention der Adipositas, beginnend im Kindesalter dar.

Letztendlich ist die chirurgische Intervention die Ultima ratio bei krankhafter Adipositas. Dieses wird inzwischen auch von führenden Ernährungswissenschaftlern anerkannt.

4 Wann besteht die Notwendigkeit zur Operation?

Die WHO klassifiziert das Gewicht nach dem so genannten Body-Mass-Index (BMI). Dieser beschreibt das Körpergewicht in Bezug zur Körpergrösse und wird in kg/m^2 definiert.

Von Übergewicht spricht man ab einem BMI von $>25\text{kg/m}^2$. Die in drei Schweregrade eingeteilte Adipositas beginnt bei einem BMI $>30\text{kg/m}^2$.

Einteilung	BMI
Normalgewicht	18,5-24,9
Übergewicht	25-29,9
Adipositas Grad I	30-34,5
Adipositas Grad II	35-39,9
Adipositas Grad III	>40

Grundsätzlich wird die Notwendigkeit zur Operation aufgrund zahlreicher Parameter gestellt wobei dieses unter Berücksichtigung der auf den vorhandenen medizinischen Erkenntnissen beruhenden gesetzlichen Vorgaben erfolgen muss.

Diese beinhalten eine Rücksprache mit der Vertrauensärztin/ -arzt, einen BMI von mind. 40kg/m^2 , eine Altersbegrenzung (nicht >60 Jahre), eine mindestens zweijährige erfolglose konservative Therapie des Übergewichts, das Vorliegen wenigstens einer Begleiterkrankung (Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Hypercholesterinaemie, Schlafapnoe-Syndrom, Herzkrankheit u.a.) sowie die Bedingung das die Betreuung vor, während und nach der Operation durch ein mit dem Krankheitsbild vertrautes Team von Ärzten erfolgt. Eine operative Therapie kann in bestimmten Fällen auch bei einem BMI $>35\text{ kg/m}^2$ erfolgen.

5 Wieviel Gewicht kann ich durch die Operation verlieren?

In Abhängigkeit von der Art der Operation verliert der Adipöse zwischen 40-70% seines Übergewichts (so genanntes Excess-Weight-Loss), wobei es in der Regel nach einigen Jahren zu einem leichten Wiederanstieg des Gewichts kommt. Die Gewichtsreduktion ist in den ersten beiden Jahren am Grössten und verlangsamt sich im Folgenden.

6 Welche Abklärung muss vor der Operation erfolgen?

Die für die Intervention notwendige Abklärung erfolgt durch einen in der Therapie der Adipositas erfahrenen Mediziner. Zu diesem Zweck sind in der Regel mehrere Konsultationen und eine enge Zusammenarbeit mit dem Hausarzt notwendig. Im Rahmen der Voruntersuchungen werden neben der Gewichtsanamnese und dem Essverhalten, die Nebenerkrankungen, das soziale Umfeld (Familie, Arbeit), eine psychologische Beurteilung und die Kooperationsbereitschaft des Patienten abgeklärt. Zudem muss die Kostengutsprache der Krankenversicherung vorliegen. Entscheidend ist das Vorhandensein eines interdisziplinären Teams (Stoffwechselmediziner, Adipositas Chirurg, Anaesthesist, Intensivmediziner, Psychologie) um den Patienten allumfassend kompetent betreuen zu können. Diese Grundvoraussetzung ist bei uns durch die sehr enge Zusammenarbeit mit den auf die Behandlung des Übergewichts spezialisierten Kollegen des Stoffwechselzentrums, dem hochkompetenten Team der Anaesthesie und Intensivmedizin und der Kooperation mit den Psychologen zu jeder Zeit gegeben. **Alle Patienten werden vor der Operation an einem interdisziplinären Adipositas Board gemeinsam mit allen Spezialisten besprochen.** Zum Zeitpunkt des Spitaleintritts wird die Diagnostik durch einige für die Operation notwendige Untersuchungen (Labor, EKG, Röntgen der Lunge, Lungenfunktionstest) ergänzt und abgeschlossen.

7 Operationstechniken

Zur operativen Therapie der Adipositas stehen uns verschiedene Verfahren zur Auswahl wobei diese ausnahmslos, soweit keine Kontraindikationen (Ausschlusskriterien) vorliegen, in der minimal-invasiven Technik durchgeführt werden. Dadurch lässt sich eine deutliche Absenkung der allgemeinen und spezifischen Risiken erreichen. Sämtliche Techniken begründen sich auf den Mechanismen der Restriktion (Einschränkung der Nahrungszufuhr durch Verkleinerung des Magenreservoirs), der Malabsorption (Einschränkung der Nahrungsaufnahme durch späteres Zusammenführen von Nahrung und Verdauungssäften) oder deren Kombination. Neben den geschilderten Wirkmechanismen spielen hormonelle Effekte eine wichtige Rolle da durch die Operation eine Herabsetzung des Hungergefühls erreicht wird.

Der Magenbypass beruht auf der Kombination von Nahrungsrestriktion und Malabsorption. Zu diesem Zweck wird ein kleiner Magenanteil vom Restmagen abgetrennt und dann mit einer Dünndarmschlinge wiedervereint. So gelingt es neben der Verkleinerung des Magens ein späteres Zusammenkommen von aufgenommenen Speisen/ Getränken und den zur Verdauung notwendigen Galle und Bauchspeicheldrüsensäften zu erreichen. In Folge der neu geschaffenen Passage wird die Insulinproduktion beeinflusst so dass innerhalb von 3 Monaten bis zu 80% der Typ II-Diabetiker ihre medikamentöse oder Insulintherapie einstellen können. Der zu verzeichnende Gewichtsverlust liegt in der Regel bei 70% der Übergewichts im ersten Jahr nach der Operation.

Das (steuerbare) Magenband bewirkt eine reine Restriktion. Es wird, ebenfalls in minimal-invasiver Technik, am oberen Teil des Magens um diesen herumgeführt wodurch ein kleiner „Vor“-Magen geschaffen wird. Die Weite des Magenbandes lässt sich über ein unter der Haut eingesetztes so genanntes Portsystem steuern. Durch die Implantation eines Magenbandes wird auf mechanischem Weg die Grösse der Speiseportionen stark limitiert, zusätzlich wird ein schnell eintretendes Sättigungsgefühl erreicht. Der durchschnittliche Gewichtsverlust liegt bei ca. 50% des Übergewichts wobei eine gute Compliance (Kooperation) des Patienten unabdingbar ist.

Ein weiteres restriktives Verfahren ist die Schlauchmagenbildung. Auch sie beruht auf dem Prinzip der Nahrungsrestriktion, jedoch wird als Folge der entstehenden herabgesetzten Magensäureproduktion sowie der hormonellen Effekte zusätzlich das Hungergefühl kleiner.

Die Operation beinhaltet die vollständige Entfernung eines Magenanteils unter Belassung eines schmalen Magenschlauches. Auch diese Intervention erfolgt laparoskopisch. Durch die Operation lässt sich in der Regel ein Gewichtsverlust von 50-70% des Übergewichts in 2 Jahren erzielen, gesicherte Langzeitergebnisse zur Methode stehen noch aus.

In einigen Fällen nach in der Vergangenheit implantiertem Magenband ist es, insbesondere bei fehlender Gewichtsreduktion oder erneutem stärkeren Gewichtsanstieg, notwendig das Magenband zu entfernen und in der gleichen Operation einen Magenbypass anzulegen.

Sämtliche Interventionen erfordern sowohl einen in der laparoskopischen und im Besonderen in der Adipositaschirurgie erfahrenen Chirurgen wie auch entsprechende operativ-technische Voraussetzungen.

8 Welche Operation ist für mich die Richtige?

Diese Frage lässt sich erst nach eingehender Erhebung der Anamnese, der Diagnostik und der Auswertung Befunde sowie der perioperativen Risiken im gemeinsamen Gespräch beantworten. Dem Patienten werden die Wirkungsweise der einzelnen Methoden, die Risiken, Vor- und Nachteile der Verfahren dargestellt und sämtliche entstehenden Fragen beantwortet. Wichtig ist die Beurteilung durch ein in der Adipositasstherapie erfahrenes Team aus Ärzten und Psychologen.

9 Was passiert nach der Operation

Nach der Intervention werden die Patienten auf die Intensivstation verlegt wo sie in der Regel bis zum nächsten Tag verweilen. Am Operationstag erfolgt eine Visite durch den Operateur im Rahmen derer eine Begutachtung wichtiger Verlaufsparemeter, sowie ein erstes Gespräch zum Ablauf der Intervention geführt wird.

Am ersten Tag nach der Operation werden die Patienten auf die Normalstation verlegt, zusätzlich wird eine Röntgenuntersuchung durchgeführt bei der das Operationsergebnis kontrolliert wird. Bei unauffälligem Befund können die Patienten mit dem Trinken beginnen. Parallel beginnt mit Hilfe durch die Physiotherapie die Mobilisation. Am 3. Tag nach der Operation erfolgt eine weitere Röntgenkontrolle. Dem folgt der etappenweise Aufbau der Kost. Eventuell während der Operation eingebrachte Drainagen werden entfernt.

Der Patient wird zweimal täglich vom Operateur visitiert um Fragen oder Probleme besprechen zu können. Simultan findet eine engmaschige Mitbetreuung durch die Kollegen des Stoffwechszentrums sowie der Ernährungsberatung statt.

Ist der Kostaufbau abgeschlossen können die Patienten, in der Regel am 7.-8. Tag nach der Operation nach Hause entlassen werden. Nach einer Woche erfolgt eine weitere ambulante Kontrolle in unserer Praxis. Auch hier können Fragen geklärt und erste Eindrücke bezüglich des Operationsergebnisses besprochen werden.

10 Was muss für die Zukunft beachtet werden?

Sämtliche adipositaschirurgischen Eingriffe erfordern eine lang dauernde und kompetente Nachsorge. Ziel ist die Vermeidung von Komplikationen sowie die Verlaufskontrolle und Gewährleistung des Langzeiterfolgs.

Sie umfasst neben der klinischen Untersuchung, der regelmässigen Gewichtskontrolle die Erhebung von Laborparametern und der aktuellen Essgewohnheiten. In Folge der Operation ist eine Substitution (Ersetzen) einiger lebensnotwendiger Stoffe (Eisen, Vitamine, Kalzium) notwendig. Durch den massiven Gewichtsverlust ist es in zahlreichen Fällen notwendig und erwünscht im Verlauf einen plastischen Chirurgen zu konsultieren.