

Schützen bariatrische Operationen vor kardiovaskulären Problemen?

k -- Aminian A, Zajichek A, Arterburn DE et al. Association of metabolic surgery with major adverse cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and obesity. JAMA. 2019 Sep 2;322(13):1271-82.

[\[LINK\]](#)

Zusammenfassung: Christoph Quack

In randomisierten Studien wurde gezeigt, dass bariatrische Operationen zu einer Gewichtsreduktion und einer besseren Blutzuckereinstellung führen. Aussagen über die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität waren bisher nur aus Beobachtungsstudien möglich. In der vorliegenden amerikanischen, retrospektiven Kohortenstudie wurde der Zusammenhang zwischen bariatrischen Operationen bei Personen mit Adipositas (BMI ≥ 30 ; 75% hatten einen BMI ≥ 40 !) und mit Typ-2-Diabetes und dem Auftreten von Tod, Myokardinfarkt, zerebrovaskulären Ereignissen, Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz und Vorhofflimmern über 8 Jahre untersucht. Die 2287 Operierten wurden mit jeweils fünf ähnlichen, nicht operierten Personen verglichen. 63% unterzogen sich einer Roux-en-Y-Magenbypass-, 32% einer Sleeve-Gastrektomie- und 5% einer Magenband-Operation. Die Operationen führten während der Beobachtungszeit zu einer absoluten Risikoreduktion von 16,9% für die genannten Ereignisse. Die «number needed to treat» (NNT) beträgt 6. Für die Mortalität alleine betrug die absolute Risikoreduktion 7,8% und die NNT 13. Der mittlere Gewichtsverlust in der operierten Gruppe betrug 29,1 kg und in der Kontrollgruppe 8,7 kg. Bei den Operierten sank das HbA1c im Vergleich zu der Kontrollgruppe um durchschnittlich 1,1%, allerdings hatten weniger als 10% der Kontrollgruppe Zugang zu GLP-1-Rezeptoragonisten und SGLT-2-Hemmern. Eine statistische Auswertung der verschiedenen Operationen wurde nicht durchgeführt.

Bei einem überproportional grossen Anteil an Teilnehmenden mit einem BMI ≥ 40 bestätigt diese Studie lediglich den eindrucklichen Effekt der bariatrischen Operationen bei Adipositas permagna und somit den bereits bestehenden Konsens. Für eine optimale Entscheidungsgrundlage bei BMI 30-35 fehlen aber nach wie vor Vergleichsstudien, insbesondere gegenüber einer optimalen konservativen Behandlung.