Chirurg 2019 · 90 (Suppl 2):S28
<https://doi.org/10.1007/s00104-019-0836-1>
 Online publiziert: 13. Februar 2019
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2019

Originalpublikation

Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP et al
 STAMPEDE Investigators (2017) Bariatric
 surgery versus medical therapy for diabetes –
 5-year outcomes. NEJM 376(7):641–651

Hintergrund und Fragestellung. In mehreren prospektiven Beobachtungs- und auch randomisierten Studien konnte eindeutig ein positiver Effekt der bariatrischen Chirurgie auf den Body-Mass-Index (BMI) und Diabetes mellitus nachgewiesen werden. Dennoch ist in Deutschland zur chirurgischen Therapie der morbid Adipositas eine Beantragung zur Kostenübernahme durch die Krankenkasse für jeden Patienten erforderlich, eine generelle Listung dieses Eingriffs in den Leistungskatalog der Krankenkasse wie von der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) gefordert wird gegenwärtig abgelehnt. In diesem Zusammenhang ist eine aktuelle Studie eines amerikanischen Zentrums wichtig, in welcher die Langzeitergebnisse der bariatrischen Chirurgie auf den Zuckerstoffwechsel und den BMI mit der alleinigen medikamentösen Therapie verglichen werden.

Methoden. In einem monozentrischen prospektiv-randomisierten dreiarmligen Studiendesign wurden insgesamt 134 Patienten vergleichend nach 5 Jahren analysiert (38 Patienten mit alleiniger medikamentöser Therapie, 49 Patienten mit

W. Schröder · C. Bruns

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie, Universitätsklinik Köln, Köln, Deutschland

Bariatrische Chirurgie versus medikamentöse Therapie in der Behandlung der Adipositas

Magenbypass, 47 Patienten mit „gastric sleeve“). Der durchschnittliche BMI dieser Studiengruppe lag bei $37 \pm 3,5$, der durchschnittliche HbA1c („glycated hemoglobin“) bei $9,2 \pm 1,5$ %. Primärer Zielparameter war die Reduktion des HbA1c unter 6 % mit oder ohne Diabetesmedikation. Sekundärer Endpunkt waren die Reduktion des BMI sowie Parameter der Lebensqualität. Auch die chirurgischen Patienten wurden postoperativ einer intensivierten medizinischen Überwachung und Therapie unterzogen.

Ergebnisse. Nach einer Beobachtungszeit von 5 Jahren wurde das primäre Zielkriterium eines HbA1c < 6 % in der medikamentös therapierten Gruppe von nur 5 % der Patienten erreicht und war damit signifikant geringer als in Gruppe mit Magenbypass (29 %, „unadjusted“ $p = 0,01$) und der Gruppe mit „gastric sleeve“ (23 %, „unadjusted“ $p = 0,03$). Eine ähnliche Beobachtung wurde für den BMI-Verlauf gemacht. Bezogen auf das Ausgangsgewicht kam es bei Patienten mit Magenbypass zu einer signifikanten Gewichtsreduktion von 23 %, bei Patienten mit „gastric sleeve“ von 19 % und bei Patienten mit alleiniger medikamentöser Therapie lediglich zu einer Gewichtsreduktion von 5 %. Auch die ebenfalls analysierten Parameter der Lebensqualität waren bei den chirurgisch therapierten Patienten signifikant besser.

Fazit. Die vorliegende Studie lässt keinen Zweifel daran, dass die beiden bariatrischen Operationen, der Magenbypass und der „gastric sleeve“ der alleinigen medikamentösen Therapie in allen gemessenen Endpunkten überlegen

sind, dieses insbesondere auch im Langzeitverlauf. Aufgrund der niedrigen Fallzahl konnte keine statistische Aussage zugunsten eines der beiden eingesetzten Operationsverfahren gemacht werden, auch wenn die vorliegenden Ergebnisse tendenziell den Magenbypass als bariatrische Operation favorisieren. Die Langzeitergebnisse dieser Studie mit hohem Evidenzgrad sind ein weiteres Argument dafür, bariatrische Operationen als Standardtherapie der Adipositas und ihrer Folgeerkrankungen nicht nur in den Leitlinien zu verankern, sondern auch die Bereitstellung finanzieller Mittel als Regelleistung der Krankenkassen einzufordern.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. W. Schröder, FACS, FEBS
 Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
 Tumorchirurgie, Universitätsklinik Köln
 Kerpener Str. 62, 50937 Köln, Deutschland
wolfgang.schroeder@uni-koeln.de

Interessenkonflikt. W. Schröder und C. Bruns geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag wurde erstpubliziert in *Der Chirurg* (2017) 88:449–450. <https://doi.org/10.1007/s00104-017-0426-z>