

Obesitas: chirurgie of dieet?

Obesitas is geassocieerd met vele problemen, zoals diabetes mellitus type 2, cardiovasculaire aandoeningen, maligniteiten en artrose. Het kostenaspect is dus enorm, reden waarom er naarstig naar oplossingen wordt gezocht. Zo blijkt bariatrische chirurgie op diverse aspecten duidelijk effectiever dan een niet-chirurgische behandeling, al zijn de nodige complicaties te verwachten bij opereren.

Bij de gebruikelijke definitie van obesitas (een BMI > 30) lijdt 10-25% van de volwassenen in westerse landen aan deze kwaal. In de Verenigde Staten is dit zelfs 34%. Viktoria Gloy et al. vergeleken in een meta-analyse bariatrische

chirurgie met overige behandelingen. Zij keken naar gewichtsverlies, cardiovasculaire risicofactoren, bijwerkingen en kwaliteit van leven. Kwalitatief waren 11 onderzoeken geschikt. Deze RCT's waren onder andere afkomstig uit Australië, China, de Verenigde Staten en West-Europa. Ze moesten een follow-up hebben van ten minste 6 maanden. De maximale follow-up was 2 jaar.

Het gewichtsverlies bij bariatrische chirurgie was groter (26 kg; 95%-BI: 21 tot 31). Het maakte statistisch gezien niet uit welke chirurgische techniek toegepast werd. Bij obesitaspatiënten met DM2 bleek de chirurgische benadering veel effectiever om remissie van diabetes te verkrijgen. (RR 22,1; 95%-BI: 3,2 tot 154,3). Ook de kwaliteit van leven

was bij bariatrische chirurgie gunstiger. Verlaging van de bloeddruk was daarentegen gelijk bij chirurgische en niet-chirurgische behandeling. Volledige remissie van hypertensie werd bij geen van beide benaderingen bereikt. Na chirurgische behandeling was er bij 15% ijzergebrekanemie. Bij 8% was een tweede operatie noodzakelijk als gevolg van complicaties. Bij geen van beide behandelingen waren doden te betreuren. ■

Arie Knuistingh Neven

Gloy VL, et al. Bariatric surgery versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2013;347:f5934.

Een aneurysma abdominale aortae: verwijzen of vervolgen?

Een aneurysma abdominale aortae (AAA) is nog wel eens een toevalsbevinding bij een echografisch onderzoek van de bovenbuik. Meestal gaat het dan om een klein AAA (30-55 mm). Over de vraag hoe vaak patiënten een echografie moeten krijgen, eer ze voor een electieve operatie in

aanmerking komen, wordt nogal verschillend gedacht. Een literatuuronderzoek in de JAMA brengt hierin meer duidelijkheid.

Omdat de ruptuurkans bij kleine AAA's relatief klein is (< 1%) en de operatiemortaliteit hoger (> 2%), is echografisch vervolgen tot een diameter van 55 mm gebruikelijk. Adviezen voor vervolgfrequentie variëren van elke 3 maanden tot eens per 3 jaar. Om tot een eenduidiger advies te komen bekeken onderzoekers van de RESCAN Collaborators 18 onderzoeken, waarin groei- en ruptuurcijfers van kleine

AAA's zijn gepubliceerd. Op basis van groeicijfers en ruptuurrisico's adviseerden zij om de echografie bij mannelijke patiënten met een diameter van 30-39 mm, om de 2 tot 3 jaar te herhalen, van 40 tot 49 mm om de 1 tot 2 jaar en van 50 tot 54 mm om de 6 tot 12 maanden.

Omdat vrouwen al bij 45 mm een ruptuurrisico hebben

van meer dan 1%, is het advies voor hen deze diameter aan te houden als het moment voor een electieve ingreep. Deze aanbeveling is echter nog niet met voldoende onderzoek onderbouwd. Daarom is dit een goed moment om vrouwelijke patiënten al te verwijzen naar de vaatchirurg. Voor mannen is dat wanneer het AAA 55 mm heeft bereikt. Met deze gegevens in de hand is de huisarts goed in staat om kleine AAA's zelf te vervolgen.

In totaal werden de gegevens van 15.471 patiënten geanalyseerd. De gemiddelde groeisnelheid blijkt toe te nemen naarmate de diameter van het AAA toeneemt. Bij een diameter van 30 mm groeit het AAA gemiddeld 1,3 mm per jaar en bij 50 mm loopt dat op naar 3,6 mm per jaar. Bij patiënten die blijven roken, groeit het AAA doorgaans nog sneller. Maar toch is er nog tijd genoeg om die patiënten extra te motiveren het roken te laten. ■

Bèr Pleumeekers

The RESCAN Collaborators. Surveillance intervals for small abdominal aortic aneurysms. A meta-analysis. JAMA 2013;309:806-13.

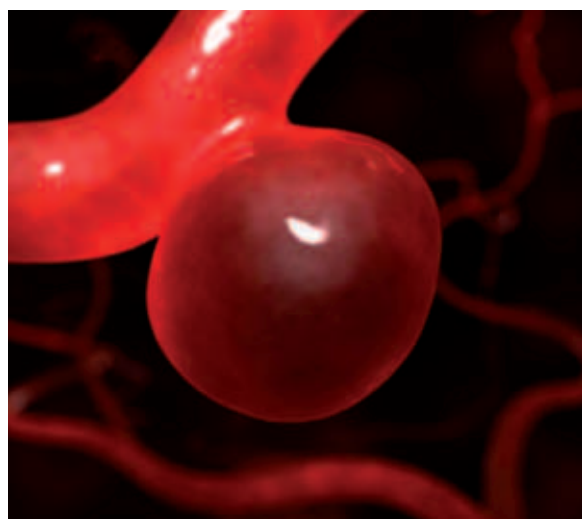


Foto: Emegig/Shutterstock