

Adipositas

Immer mehr Menschen sind in Deutschland übergewichtig oder adipös. Dabei fällt auf, dass zwar die Anzahl der Übergewichtigen in den letzten Jahren nicht mehr zunimmt, dafür aber der Anteil der Adipösen sich in den wenigen Jahren seit der Jahrtausendwende verdoppelt hat, auf mittlerweile fast 24%. Besonders rasant verläuft dieser Anstieg bei den über Sechzigjährigen. Es ist deshalb wenig erstaunlich, dass wir es in den phlebologischen Praxen und Kliniken in immer stärkerem Maße mit schwer adipösen, häufig multimorbiden Patienten zu tun haben, deren venöse oder lymphatische Erkrankung durch ihren Diabetes oder ihre Arteriosklerose kompliziert oder durch die Adipositas und die damit verbundenen mechanischen, inflammatorischen und metabolischen Veränderungen überhaupt erst verursacht wird.

Diese Gemengelage stellt eine praktische, therapeutische und psychologische Herausforderung für alle Betroffenen dar, für Patienten ebenso wie für Ärzte und Therapeuten. Die vorliegende Ausgabe der *Phlebologie* soll diese Problematik aus den verschiedenen Blickwinkeln derer beleuchten, die adipöse Patienten phlebologisch oder lymphologisch behandeln, wobei der zum Teil sicher subjektive Blickwinkel der Autoren möglicherweise durch das jeweilige Patientenkontext beeinflusst wird.

Im ersten Beitrag wird versucht, die Zusammenhänge zwischen Adipositas, chronischer Inflammation und metabolischen Veränderungen auf der einen Seite und Thrombose, CVI und Ödemen auf der anderen darzustellen und darauf aufbauend therapeutische Ansätze aufzuzeigen, die über die Behandlung des jeweiligen akuten oder chronischen phlebologisch-lymphologischen Krankheitsbilds hinausgehen.

Birgit Kahle beschreibt in ihrem Beitrag zur Schaumsklerosierung eines von ihr so genannten *Ulcus adiposo-venosum* nicht nur exemplarisch, wie komplex sich das scheinbar einfache Krankheitsbild einer Varikose mit *Ulcus cruris* bei einer Patientin mit morbidem Adipositas und den typischen Begleiterkrankungen darstellen kann, sondern auch die praktischen

Schwierigkeiten, die für die Therapie zu überwinden sind.

Guido Bruning verrät in seinem Artikel zur Varizenchirurgie bei Adipositas, welche Besonderheiten bei adipösen Patienten zu beachten sind und wie das chirurgische Vorgehen modifiziert werden kann, um ein zufriedenstellendes Ergebnis zu erzielen. Ab einem BMI von 40 kg/m² sieht aber auch er die Grenze für ein chirurgisches Vorgehen erreicht, hier kann dann, wie von *Birgit Kahle* beschrieben, die Schaumsklerosierung eventuell noch weiter helfen.

Die beiden folgenden Beiträge beschäftigen sich mit den Auswirkungen der „Adipositas-Epidemie“ auf die beiden häufigsten Krankheitsbilder in der Lymphologie, das Lymphödem und das Lipödem. In seinem Beitrag zu den Adipositas-assoziierten Lymphödemem schildert *Tobias Bertsch* die dramatische Zunahme des Anteils schwerst adipöser Patienten in seiner Klinik in den letzten Jahren, die es zwingend erforderlich macht, dann nicht mehr nur das jeweilige Ödem zu therapieren, sondern vielmehr beide Krankheiten zu behandeln, nämlich das Lymphödem und die kausal relevante Adipositas.

In einem weiteren Beitrag setzt sich *Bertsch* zunächst mit der Frage auseinander, ob das Lipödem tatsächlich eine „progrediente Erkrankung“ ist, oder nicht eher die Progredienz der Adipositas zur Verschlechterung des Krankheitsbildes führt. Zusammen mit der Psychologin *Gabriele Erbacher* geht er im zweiten Teil des Beitrags auf die Wechselwirkungen zwischen Psyche und Lipödem ein und berichtet von den Ergebnissen einer Pilotstudie zu der Frage, ob das Lipödem zu psychischen Störungen führt, die zu einer „neuen Sicht auf das Lipödem“ führen könnten.

Beide Artikel haben das Potenzial kontrovers diskutiert zu werden. Wie auch in anderen Beiträgen zu diesem, im wahrsten Sinne des Wortes, Schwerpunktthema beeinflussen persönliche Erfahrungen aus dem klinischen Alltag die kritische Auseinandersetzung mit der Datenlage in der Literatur.



Dr. med. Gabriele Faerber, Hamburg



Prof. Dr. med. Birgit Kahle, Lübeck

Eine pauschale Geringschätzung von Ernährungstherapien und damit auch all jener, die sie mit großem Sachverstand und Engagement gewissenhaft durchführen, ist auch aus Sicht eines klinisch tätigen Kollegen, der beobachten muss, wie seine Patienten von Aufenthalt zu Aufenthalt schwergewichtiger werden, nur schwer zu verstehen.

Dass ein kommerzielles Geschäftsmodell wie Weight Watchers nicht mit langfristig angelegten, ärztlich geleiteten multimodalen Ernährungsprogrammen gleichgestellt werden kann, liegt auf der Hand. Es gibt durchaus motivierte Patienten, die sich aus eigenem Entschluss einer Ernährungstherapie unterziehen wollen und einer langfristigen Betreuung, möglicherweise auch mit Rückschritten, zustimmen. Gute Ernährungsprogramme motivieren mit schnell erkennbaren, den bariatrischen Operationen vergleichbaren Erfolgen, müssen aber in eine für die Patienten akzeptable, nicht zu genussfeindliche, praktikable und im Follow-up individuell anzupassende Dauerernährung münden. Nicht jeder Patient kann oder will operiert werden, gerade deshalb brauchen wir diese konservativen Langzeittherapien und vor allem die Kollegen, die sich ebenso dauerhaft dieser schwierigen Patienten annehmen.

Der in Ausgabe 1-2018 der *Phlebologie* angekündigte Beitrag aus der Sporthochschule Köln zu den Auswirkungen des Sitzens wurde leider nicht rechtzeitig fertig und wird voraussichtlich in einem folgenden Heft erscheinen.

Insgesamt beschreibt unser Schwerpunktheft der *Phlebologie* die Bedeutung und Komplexität der Adipositas für unser Fachgebiet und zeigt sehr deutlich, wie wichtig industrieunabhängige Langzeitstudien zu diesem Thema sind. Hoffen wir, dass diese nicht mehr allzu lange auf sich warten lassen!

Dr. med. Gabriele Faerber
Gastschriftleiterin
Zentrum für Gefäßmedizin, Hamburg

Prof. Dr. med. Birgit Kahle
Editor-in-Chief
Klinik für Dermatologie, Uniklinikum
Schleswig Holstein – Campus Lübeck

Quellen

1. Reeves S, Huber JW, Halsey LG, Horabady-Farahani Y, Ijadi M, Smith T. Experimental manipulation of breakfast in normal and overweight/obese participants is associated with changes to nutrient and energy intake consumption patterns. *Physiol Behav* 2014; 133: 130–135. doi: 10.1016/j.physbeh.2014.05.015.
2. Dhurandhar EJ, Dawson J, Alcorn A, Larsen LH, Thomas EA, Cardel M, Bourland AC, Astrup A, St-Onge M-P, Hill JO, Apovian CM, Shikany JM, Alliso DB. The effectiveness of breakfast recommendations on weight loss: a randomized controlled trial^{1–3}. *AJCN*. First published ahead of print June 4, 2014 as doi: 10.3945/ajcn.114.089573.
3. Mizushima N, Noda T, Yoshimori T et al. A protein conjugation system essential for autophagy. *Nature* 1998; 395: 395–398.
4. Harvie M, Wright C, Pegington M et al. The effect of intermittent energy and carbohydrate restriction vs. daily energy restriction on weight loss and metabolic disease risk markers in overweight women. *British Journal of Nutrition* 2013; 110: 1534–1547. doi:10.1017/S0007114513000792
5. Klempel MC et al. Intermittent fasting combined with calorie restriction is effective for weight loss and cardio-protection in obese women. *Nutr J* 2012; 11: 98. Doi:10.1186/1475–2891–11–98
6. Ditschuneit HH, Flechtner-Mors M, Johnson TD, Adler G. Metabolic and weight-loss effects of a long-term dietary intervention in obese patients. *Am J Clin Nutr* 1999; 69(2): 198–204. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9989680>.
7. Ryan DH, Johnson WD, Myers VH, Prather TL, McGlone MM, Rood J et al. Nonsurgical weight loss for extreme obesity in primary care settings: results of the Louisiana Obese Subjects Study. *Archives of internal medicine*. 2010; 170(2): 146–154. Epub 2010/01/27. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/201010097>.
8. Bischoff SC, Damms-Machado A, Betz C, Herpertz S, Legenbauer T, Low T et al. Multicenter evaluation of an interdisciplinary 52-week weight loss program for obesity with regard to body weight, comorbidities and quality of life – a prospective study. *Int J Obes (Lond)* 2012; 36(4): 614–624. Epub 2011/06/16 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21673653>

