

● Mortaliteit 7 tot 10 jaar na bariatrische chirurgie

B. Michiels

Bariatrische chirurgie voor de behandeling van obesitas blijkt een positief effect te hebben op gewichtsreductie en co-morbiditeit (vooral diabetes) vergeleken met een conventionele behandeling. We bespraken dit reeds uitvoerig in Minerva¹ aan de hand van de gegevens uit de SOS-studie², een prospectieve, niet-gerandomiseerde gematchte interventiestudie. Tegelijk wezen we erop dat nog weinig bekend was over mortaliteit en ongewenste effecten. Sjöström et al. publiceerden in 2007 een follow-up van deze SOS-studie³. Zij stellen na gemiddeld 10,9 jaar een adjusted HR voor sterfte vast van 0,71 (p=0,01) (5 versus 6,3%) in het voordeel van bariatrische chirurgie, vooral met myocardinfarct en kanker als doodsoorzaak. Dit effect was het grootst bij ouderen en in geval van hogere BMI. Opvallend waren de hoge cijfers voor her- of conversie-operaties: 31% bij maagbandingrepen, 21% bij verticale gastroplastiek en 17% bij maagbypassoperaties.

In 2007 deden Adams et al. een retrospectieve cohortstudie⁴ waarbij ze in de VS 9 949 obese volwassenen die een maagbypassoperatie hadden ondergaan en 9 628 gematchte niet-geopereerde obese patiënten (BMI > 35), opvolgden gedurende gemiddeld 7,1 jaar. In de geopereerde groep was er 40% sterftereductie (37,6 vs 57,1 overlijdens per 10 000 persoonjaren, p<0,001). De daling was vooral het grootst voor coronaire ziekte (56%), diabetes (92%) en kanker (60%) als doodsoorzaak. In de geopereerde groep was de sterfte als gevolg van zelfmoord, vergiftiging en andere accidenten wel 58% hoger (11,1 vs 6,4 overlijdens per 10 000 persoonjaren, p=0,04). Niet-fatale ongewenste effecten werden niet besproken in deze studie.

Noch de studie van Sjöström et al., noch de studie van Adams et al. waren methodologisch opgezet om het verband te onderzoeken tussen sterfte en bereikte gewichtsvermindering of om subgroepen te definiëren die wel of geen voordeel kunnen hebben bij een operatie.

Bij ernstige obesitas (BMI > 40 of > 35 met co-morbiditeit) blijkt bariatrische chirurgie de mortaliteit gunstig te beïnvloeden. Het is dus een valabele therapie bij falen van een conventionele aanpak. Als preventie van het verhoogde suïciderisico is een psychologische screening bij de indicatiestelling en een psychologische begeleiding na de ingreep aangewezen.

Referenties

1. Michiels B. Bariatrische heelkunde: 10 jaar opvolging. *Minerva* 2005;4(9):140-2.
2. Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, et al; Swedish Obese Subjects Study Scientific Group. Lifestyle, diabetes and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med* 2004;351:2683-93.
3. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, et al; Swedish Obese Subjects Study. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med* 2007;357:741-52.
4. Adams TD, Gress RE, Smith SC, et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N Engl J Med* 2007;357:753-61.

● Rosiglitazon: bevestiging van het cardiovasculaire risico

P. Chevalier

In 2007 publiceerde Minerva een duiding¹ van een meta-analyse² die bij type 2-diabetici een hogere incidentie van myocardinfarct en waarschijnlijk ook van cardiovasculair overlijden vaststelde bij behandeling met rosiglitazon in vergelijking met placebo of met een ander oraal antidiabeticum. Deze studie had echter methodologische tekortkomingen. In de JAMA publiceerden Singh et al. een nieuwe meta-analyse³. De auteurs deden een nauwkeurige systematische literatuurzoektocht en hanteerden veel striktere inclusiecriteria. Zij includeerden alleen RCT's over het effect van rosiglitazon voor de preventie of de behandeling

van type 2-diabetes, met een follow-up van minstens twaalf maanden en waarbij exacte cijfers over ongewenste cardiovasculaire effecten systematisch geregistreerd werden. In deze meta-analyse tonen de auteurs een significante toename aan van het risico van myocardinfarct (RR 1,42; 95% BI 0,16 tot 1,91; p=0,02) en van hartinsufficiëntie (RR 2,09; 95% BI 1,52 tot 2,88; p < 0,001), zonder echter een statistisch significante toename van de cardiovasculaire mortaliteit (RR 0,09; 95% BI 0,63 tot 1,26; p=0,53). De power van de studies is evenwel té klein om uitspraken te kunnen doen over de mortaliteit. Er is geen heterogeniteit (I² test van Higgins) aangetoond tussen de studies.

Het besluit van Minerva wordt hiermee bevestigd: artsen dienen zeer voorzichtig te zijn bij het voorschrijven van rosiglitazon. Er is nog geen meerwaarde aangetoond van rosiglitazon ten opzichte van andere orale antidiabetica en het geneesmiddel heeft een hoger risico van myocardinfarct en hartinsufficiëntie. Metformine waarvan het cardiovasculaire voordeel vaststaat, blijft de eerstekeuzebehandeling voor type 2-diabetes.

Referenties

1. Chevalier P. De cardiovasculaire risico's van rosiglitazon. *Minerva* 2007;6(8):126-7.
2. Nissen SE, Wolski K. Effect of rosiglitazone on the risk of myocardial infarction and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med* 2007;356:2457-71.
3. Singh S, Loke YK, Furberg CD. Long-term risk of cardiovascular events with rosiglitazone. *JAMA* 2007;298:1189-95.