

## 9de Europees Obesitas Congres

**Prof. Dr. L. Van Gaal**

Endocrinologie, Metabole Ziekten en Nutritiepathologie  
Universitair Ziekenhuis Antwerpen - U.I.A.

Obesitas neemt in de Westerse landen epidemische vormen aan. De prevalentie van obesitas, gekenmerkt door een Body Mass Index (BMI) groter dan 30 kg/m<sup>2</sup> is in 10 jaar tijd verdubbeld, en dit zowel bij mannen als bij vrouwen. De prevalentie van overgewicht (BMI 25 - 30) is in deze periode en eveneens bij beide geslachten met 20% toegenomen. Zoals blijkt uit de omvang en de impact van het "9de European Obesity Congress" (Milaan, juni 1999), dat voor het eerst meer dan 2400 deelnemers telde, neemt als gevolg van de ernstige ontwikkelingen inzake obesitas de bezorgdheid vanuit de wetenschappelijke wereld voor dit probleem verder toe. Talrijke workshops, symposia en meer dan 600 abstracts weerspiegelden de grote wetenschappelijke interesse voor dit onderwerp, en dit zowel vanuit West-Europese landen en de Verenigde Staten als vanuit landen van het voormalige Oostblok en Zuid-Amerika.



De incidentie van obesitas neemt verder toe en daarmee ook een aantal geassocieerde aandoeningen en het risico voor hart- en vaatziekten. De "International Obesity Task Force" (IOTF) deed tijdens het congres een oproep om beleidsmensen te sensibiliseren voor het probleem van obesitas. Bedoeling is de politieke wereld te waarschuwen voor enerzijds de catastrofale epidemische vormen van obesitas en anderzijds de potentieel zware economische gevolgen die hiermee zullen samengaan.

### Obesitas in West-Europa

Tussen 1980 en 1990 werd in de West-Europese landen een toename vastgesteld van ernstige obesiteit, in het bijzonder ook bij adolescenten. Obesitas neemt voornamelijk toe in Engeland, Finland en Duitsland (zie Tabel 1).

Tabel 1: Voorkomen van obesitas (BMI > 30) in een aantal Europese landen

	Mannen (%)	Vrouwen (%)

Engeland	17	20
Schotland	15,9	17,3
Nederland	8,4	9,3
Spanje	11,5	15,2
Finland	19	19
Rusland	10,8	27,9
Zweden	10	11,9
Frankrijk	9,6	10,5
Duitsland	17,2	19,3
België	12,1	18,4

Bron: IOTF

De WGO-MONICA-studie die in 39 Europese centra een aantal gezondheidsindicatoren meet, lijkt deze evolutie te bevestigen. Gemiddeld meer dan de helft van de Europeanen tussen 35 en 65 jaar oud is te zwaar (BMI 25-30); ruim 15% is obees (BMI > 30). Uitschieters zijn de voormalige Oostbloklanden, waar overgewicht en obesitas respectievelijk tot 83 % en 45 % van de bevolking treffen.

### **Obesitas in België**

Recente gegevens bevestigen dat zwaarlijvigheid ook in België verder toeneemt. Tussen 1977 en 1992 verdubbelde de prevalentie van obesitas (BMI > 30) bij werkende mannen van middelbare leeftijd, namelijk van 9,2 naar 14,5 %. Een cross-sectioneel onderzoek naar de BMI van de werkende bevolking in Vlaanderen en in Brussel, uitgevoerd door een arbeidsgeneeskundige dienst in 1994, toont dat bijna de helft van de mannen en één derde van de vrouwen te zwaar is (BMI >25). De BMI lijkt bovendien positief geassocieerd met een lager opleidingsniveau, met meer afwezigheid door ziekte en met hypertensie. Aangezien de werkende bevolking over het algemeen gezonder is dan de gehele populatie, zijn de werkelijke cijfers waarschijnlijk nog slechter. Dergelijke waarnemingen onderstrepen dan ook het belang van verder onderzoek naar een doelgerichte preventie van obesitas, ook in België.

### **Obesitas: een risicofactor**

Er is duidelijk aangetoond dat obesitas een onafhankelijke risicofactor vormt voor een aantal aandoeningen zoals diabetes, hypertensie, hyperlipidemieën, kanker - de relatie tussen obesitas en kanker krijgt de laatste jaren meer aandacht, bv. borst- en endometriumkanker bij de vrouw en prostaat- en colonkanker bij de man - spijsverteringsproblemen en coronaire hartziekten. In de U.S. vertegenwoordigen deze door obesitas veroorzaakte aandoeningen een uitgave van 6,8% van het gezondheidsbudget.

Bij vrouwen impliceert een BMI tussen 25 en 27 acht maal meer kans op diabetes type II in vergelijking met een BMI onder de 22. Voor een BMI groter dan 31 stijgt dit risico met een factor 40. In de U.S. zou meer dan 18 % van de ongeveer 407.000 overlijdens als gevolg van coronaire hartziekten zijn oorsprong vinden in obesitas. Idem voor de sterke correlatie tussen overlijden en diabetes.

Naast deze welbekende verwickelingen van obesitas moeten ook subjectieve bezwaren die overgewicht en obesitas met zich meebrengen voldoende aandacht krijgen. Veel zwaarlijvige patiënten rapporteren een klachtenpatroon waar nog al te vaak aan wordt voorbijgegaan. In de eerste plaats wordt vooral aandacht

besteed aan de risico's voor diabetes, hypertensie, dyslipidemie en galblaaslijden. Subjectieve klachten kunnen nochtans een belangrijke aantasting betekenen van de levenskwaliteit van de obese patiënt. De meest gehoorde klachten zijn vermoeidheid, slaapstoornissen, lage rugpijn, transpiratie, kniepijn en arthrose, spierpijn en kortademigheid voornamelijk bij inspanningen. Een gewichtsreductie van ongeveer 10 % van het startgewicht leidt niet alleen tot een belangrijke verbetering van de metabole en mechanisch geassocieerde risicofactoren van obesitas (zie Tabel 2), maar vermindert vaak ook de subjectieve symptomen, wat de levenskwaliteit van de patiënt ten goede komt.

Tabel 2 : Voordelen bij 10 % gewichtsverlies

Sterftcijfer	> 20 % daling van het totale sterftcijfer
Bloeddruk	~ 10 mm Hg daling
Diabetes	daling tot 50 % van de nuchtere glucose
Lipiden	10 % daling van het totaal cholesterol 15 % daling van het LDL-cholesterol 30 % daling van de triglyceriden 8 % stijging van het HDL-cholesterol

### Gunstige effecten van "modest weight reduction"

De "modest weight reduction" van 10 % werd tijdens het ECO-congres in Milaan ruimschoots voor het voetlicht gebracht. Naast de gunstige effecten van een beperkt gewichtsverlies via dieet en lichaamsbeweging, vormden ook farmacologische successen met 10 % gewichtsreductie dankzij o.a. de lipase-inhibitor orlistat en de centraal werkende stof sibutramine, een belangrijk onderdeel van de besproken krachtlijnen. De hiermee gepaard gaande risicoreductie varieert van 10 tot 15 % voor LDL-cholesterol en van 25 tot 30 % voor triglyceriden en een aantal hemostatische factoren. Een dergelijke risicoreductie heeft duidelijk te maken met een belangrijke vermindering van het diep abdominaal gelocaliseerde viscerale vet. In het kader van het insulineresistentiesyndroom of het polymetabole syndroom gaat de accumulatie van visceraal vet meestal gepaard met een toegenomen gezondheidsrisico.

Tabel 3 : Gezondheidsvoordelen van een beperkt gewichtsverlies

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verminderd cardiovasculair risico</li> <li>• Vermindering van het bloedglucose en de insulinewaarden</li> <li>• Verminderde bloeddruk</li> <li>• Vermindering van het LDL-cholesterol en van de triglyceriden</li> <li>• Gestegen HDL-cholesterol</li> <li>• Vermindering van slaapstoornissen</li> <li>• Minder symptomen van gewrichtsproblemen</li> <li>• Verbetering van de gynaecologische toestand</li> </ul>
--

### Lipodystrofie en insulineresistentie

Gekoppeld aan het ontstaan van het polymetabool syndroom werd in Milaan een "hot topic session" gewijd aan de problematiek van lipodystrofie en insulineresistentie, zoals vaak voorkomt bij Aids- of HIV-positieve patiënten die worden behandeld met protease-inhibitoren. Patiënten met een HIV-infectie, die door spierzwakte, spierverslies en gewichtsverlies wordt gekenmerkt, zien als gevolg van een behandeling met een antivirale combinatietherapie hun overlevingskansen toenemen. Keerzijde van de medaille is echter dat er zich als gevolg van deze behandeling een specifieke wijziging voordoet in de vetcel distributie van het lichaam. Er vormen zich

lipo-atrofische zones ter hoogte van de dijen, de gluteaalstreek en het gelaat terwijl er zich een typische abdominale vetaccumulatie ontwikkelt ter hoogte van de buikstreek (klassieke appelvorm van vetopstapeling) die gepaard gaat met een insulineresistentie, een secundaire dyslipidemie (voornamelijk hoge triglyceridenwaarden) en een neiging tot glucose-intolerantie. De precieze oorzaken van dit fenomeen zijn voorlopig nog onvoldoende bekend. Een verdere en nauwe opvolging van deze problematiek dringt zich dan ook op.

### **Obesitas: de behandeling**

Verkeerde leef- en voedingsgewoonten spelen een belangrijke rol in het ontstaan en het onderhoud van overgewicht en obesitas. Een aanpassing van het eet- en bewegingspatroon blijft dan ook de hoeksteen van de behandeling. Naast de totale calorie-inname moeten ook de samenstelling van de voeding en het algemene eetpatroon (bv. het voorkomen van eetaanvallen, ongepland eten) in ogenschouw worden genomen. Negentig tot 95% van diegenen die een dieet volgen, winnen de verloren kilo's er na verloop van enkele jaren weer bij. Een aanpassing van de voedingsgewoonten op lange termijn is dan ook te verkiezen boven een tijdelijke beperking van de calorie-inname. Studies waarbij een calorierestrictie werd gecombineerd met een verandering van het algemene eetgedrag en een regelmatige follow-up, laten beduidend betere lange termijnresultaten zien dan studies waarbij enkel een dieet werd voorgeschreven. Aangezien obesitas zich geleidelijk ontwikkelt, moet ten slotte ook speciale aandacht gaan naar de behandeling van personen met een beperkt overgewicht, te meer wanneer zij daarbij een verhoogd gezondheidsrisicoprofiel vertonen.

### **Therapeutische benadering**

In het kader van de therapeutische benadering van obesitas werden in Milaan de gunstige resultaten van een adjuverende therapie met sibutramine besproken, en in het bijzonder de resultaten van de STORM-studie (Sibutramine Trial on Obesity Reduction and Maintenance). De STORM-studie, die voornamelijk het vaak falende behoud van gewichtsverlies bestudeert, toont duidelijk aan dat een diëtotherapie samen met lichaamsbeweging en een farmacologische ondersteuning met sibutramine het aspect 'maintenance' of het behoud van verloren lichaamsgewicht bevordert. In deze studie werd gebruik gemaakt van een serotonine- en een noradrenalinereuptake-blokker zoals sibutramine. Mogelijk zullen in de toekomst ook andere moleculen in dit kader worden bestudeerd. De sessie "perspectieven in de farmacologische benadering van obesitas" liet alvast interessante vooruitzichten zien. Tal van nieuwe peptiden en neurotransmitters, zoals glucagon-like peptide, orexine, CART en andere, spelen een rol in de signalering van de leptineboodschap. De hiërarchie van deze nieuwe transmitters en de mate waarin zij ooit tot een reële farmacologische ondersteuning zullen kunnen bijdragen, is vooralsnog onduidelijk. Mogelijk zal hierover meer bekend zijn tegen volgend jaar ter gelegenheid van het 10<sup>de</sup> ECO-congres dat zal plaatsvinden in Antwerpen.