

Werner A. Scherbaum

Erkrankungen des Stoffwechsels

Die Primärprävention von Adipositas und Typ-2-Diabetes und die Sekundärprävention zur Vermeidung der krankheitsspezifischen Komplikationen gehören zu den größten medizinischen Herausforderungen unserer Zeit.

Adipositas

Das Körpergewicht wird heute nach dem für die Praxis tauglichsten Näherungswert, durch den Body-Mass-Index (BMI), klassifiziert: Körpergewicht (in kg) geteilt durch das Quadrat der Körpergröße (in Meter). Die Einteilung der Adipositas erfolgt nach Schweregraden:

- › Übergewicht: BMI 25–29,9 kg/m²,
- › Adipositas Grad I: BMI 30–34,9 kg/m²,
- › Adipositas Grad II: BMI 35–39,9 kg/m²,

› Grad III: BMI \geq 40 kg/m² (morbide Adipositas)

Eine stammbetonte Fettverteilung ist darüber hinaus ein Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen. Diese ist in der Praxis am besten am Taillenumfang abzulesen, der auf halber Höhe zwischen Rippenbogen und Beckenkamm gemessen wird. Nach WHO-Kriterien entspricht Adipositas bei Frauen einem Taillenumfang > 88 cm und bei Männern > 102 cm.

Folgeerkrankungen der Adipositas und Präventionsziele

Die Komplikationen und Folgeerkrankungen der Adipositas sind vielgestaltig (Tab. 2.11.1). Die Präventionsziele bestehen in der Vermeidung der Adipositas und der in der Tabelle genannten Folgen.

Übergewicht und Adipositas sind die treibenden Faktoren für gestörte Glukosetoleranz und Typ-2-Diabetes, deren Risiko mit zunehmendem Körpergewicht ansteigt. Nach den Daten der Nurses² Health Study ist selbst bei einem BMI von 25–26,9 kg/m² im Vergleich zu einem BMI < 22 kg/m² das Diabetesrisiko achtfach erhöht. Bei einem BMI ≥ 35 kg/m² steigt das Risiko auf das 93-Fache an [3].

Primärprävention

Die Primärprävention der Adipositas besteht in der therapeutischen Intervention schon im Stadium des Übergewichts. Schon bei Übergewicht besteht eine Behandlungsnotwendigkeit, wenn bereits übergewichtsassoziierte Gesundheitsstörungen wie Typ-2-Diabetes, Hyperurikämie, Hypertonie oder eine stammbetonte Fettverteilung vorliegen.

Sekundärprävention

Durch eine Reduktion des Körpergewichts bei Adipositas können nahezu alle in Tab. 2.11.1

Schon leichtes
Übergewicht erhöht
das Risiko für Typ-2-
Diabetes

Tab. 2.11.1 Komplikationen und Folgeerkrankungen der Adipositas*

<p>› Metabolisch</p> <ul style="list-style-type: none"> – Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels (Insulinresistenz, gestörte Glukosetoleranz, Diabetes mellitus Typ 2, Gestationsdiabetes) – Störungen des Lipidstoffwechsels – Hyperurikämie – Störungen der Hämostase 	<p>› Endokrine Störungen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bei Frauen: Hyperandrogenämie, Polyzystisches-Ovar-Syndrom – Störung der Fertilität
<p>› Kardiovaskuläre und pulmonale Erkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hypertonie – Links- und/oder Rechtsherzinsuffizienz – Koronare Herzerkrankung, Myokardinfarkt – Zerebrovaskuläre Insuffizienz, Schlaganfall – Obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom – Restriktive Ventilationsstörungen 	<p>› Gastrointestinale Erkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Cholezystolithiasis, Cholezystitis – Nicht alkoholische Fettleberhepatitis – Refluxerkrankung <p>› Karzinome</p> <ul style="list-style-type: none"> – Männer: Prostata, Kolon, Gallenblase, Pankreas – Frauen: Endometrium, Zervix, Ovarien, Mamma, Kolon <p>› Weitere Probleme</p> <ul style="list-style-type: none"> – Verminderung der Lebensqualität, psychosoziale Konsequenzen – Erhöhtes Unfallrisiko

* Modifiziert nach WHO 2000 [16]