

Prävention und Gesundheitswesen: Übergewicht, Adipositas und Evidenz

Marcel Zwahlen, Matthias Egger

Hat Public Health versagt?

Das Editorial [1] des *Lancet* vom 6. März 2004 geisselte unter dem provokativen Titel «*The catastrophic failures of public health*» die angebliche Unfähigkeit der Public-Health-Verantwortlichen, die anrollende Epidemie von Übergewicht und Adipositas ernst zu nehmen und wirksame Gegenmassnahmen zu treffen. In der Tat sind die Zahlen erschreckend: Seit Anfang der 80er Jahre hat sich in den USA der Anteil der Adipösen (Körpermassenindex ≥ 30 kg/m²) verdoppelt. Im Jahr 2000 waren aufgrund des *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) 31% der Erwachsenen adipös und 65% waren übergewichtig oder adipös (≥ 25 kg/m²). In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung wird Gewicht und Grösse erfragt, aber nicht gemessen. Die Zahlen der Gesundheitsbefragung liegen deshalb wahrscheinlich zu tief. Aber auch sie sind beunruhigend: Die Adipositas hat seit 1992 von 5 auf 8% zugenommen – und Übergewicht oder Adipositas von 30 auf 37%. Die Gründe sind klar: In industrialisierten Ländern leben wir zunehmend in einer Umgebung, welche einerseits die übermässige Einnahme von Kalorien mehr oder weniger aggressiv fördert, während der Alltag einer Mehrheit der Bevölkerung immer weniger körperliche Betätigung zulässt.

Globale Strategie der WHO

Einige Wochen später, am 22. Mai, verabschiedete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Genf ihre globale Strategie zu Ernährung, körperlicher Bewegung und Gesundheit [2]. Die Empfehlungen beruhen auf einem 2003 publizierten Bericht einer Expertengruppe (WHO Technical Report Series 916), der unter anderem eine Reduktion der Einnahme von «*energy-dense, micronutrient-poor foods*» und von mit Zucker gesüssten Softdrinks fordert. Dies rief die Nahrungsmittelindustrie auf den Plan. «*Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Konsum von Zucker und Übergewicht*», sagte ein Vertreter der *National Soft Drink Association* in den USA und zitierte «*eine Vielzahl wissenschaftlicher Studien*». In diesem Zusammenhang ist die Arbeit von Schulze et al. [3] von Bedeutung, die am 25. August im *JAMA* publiziert wurde. In dieser Analyse der *Nurses Health Study* konnte auf-

grund von longitudinalen Daten bei über 90 000 Krankenschwestern gezeigt werden, dass der regelmässige Konsum von gezuckerten Softdrinks nicht nur zu Übergewicht führt, sondern auch das Risiko eines Typ-2-Diabetes fast verdoppelt (relatives Risiko 1,83) [3].

Einfache Empfehlungen, schwierige Umsetzung

Die Empfehlungen der WHO sind einfach und vernünftig: Mehr Früchte und Gemüse, weniger Nahrungsmittel mit hohem Zucker- oder Fettgehalt – und mehr Bewegung. Die Umsetzung dieser Empfehlungen wird jedoch nicht einfach sein: Es genügt nicht, den Menschen zu predigen, sie sollen gesünder essen und sich mehr bewegen. Wie die WHO-Experten betonen, «*unless there is an enabling context, the potential for change will be minimal*». In anderen Worten, es gilt, unsere dickmachende Umgebung und Lebensweise so zu verändern, dass eine gesunde Ernährung und regelmässige Bewegung wieder zur Norm werden. Die Vermittlung von Wissen allein ist nur bedingt wirksam. Unterricht während einem Jahr über eine gesunde Ernährung, mit klaren Warnungen betreffend den Konsum von Softdrinks, führte in einer im Mai im *BMJ* publizierten Studie zu keiner Gewichtsabnahme bei Primarschülern [4]. Individuelle und strukturelle Prävention sind gefragt: Ein Verbot von mit Softdrinks bestückten Getränkeautomaten in den Schulen und der näheren Umgebung, ein Angebot ausschliesslich von ungezuckerten Getränken in der Schulkantine, in denen gesundes und günstiges Essen die Norm sein muss, Angebote in Skaten, Breakdance und anderen Sportarten, die bei den Schülern und Schülerinnen Anklang finden und Bewegungsspass erlauben, sind Beispiele von strukturellen Massnahmen, die längerfristig erfolgreich sein könnten. Auch die Architekten und Stadtplaner sind gefragt. Das *Lancet* [1] fordert ein gutausgebautes Netz von Fuss- und Velowegen, das gegenüber dem motorisierten Verkehr attraktiv ist. Auch in öffentlichen Gebäuden kann die Architektur Bewegung fördern, zum Beispiel wenn in Eingangshallen zuerst einladende, breite Treppen zum Aufstieg einladen und erst in zweiter Linie der Lift. Zusätzlich zum umweltfreundlichen *Minergie*-Standard gegen aussen sollte für den Innenraum über einen *Maxergie*-Standard nachgedacht

werden, der Gebäude auszeichnet, die natürlich für einen bewegten Alltag sorgen.

Prävention in der Arztpraxis

Bereits im Februar wurden die praktizierenden Ärzte und Ärztinnen in einem ausführlichen «Call to action» in *Archives of Internal Medicine* in die Verantwortung genommen [5]. Körpergewicht und Körpermassenindex sollen in der Praxis regelmässig bestimmt werden und übergewichtige Patienten und Patientinnen ausführlich beraten werden. Die empfohlenen Massnahmen sind in der Tabelle 1 zusammengefasst. Die Beratung und Behandlung von Adipösen in der Arztpraxis sind sicher wichtig, sie können jedoch den Verlauf der Epidemie und ihre Auswirkungen auf der Bevölkerungsebene nur bedingt beeinflussen.

Eine Kalorie ist eine Kalorie

Kohlenhydratarme Diäten haben in den letzten Jahren stark an Popularität gewonnen (Stichwort Atkins-Diät). Eine reduzierte Kohlenhydrataufnahme soll durch den dabei hervorgerufenen ketogenen Effekt zu Gewichtsverlust führen. Diese «low-carb»-Diäten wurden dieses Jahr in zwei randomisierten Studien untersucht. Die Resultate waren im Mai in *Annals of Internal Medicine* nachzulesen. Die erste Studie [6] zeigte, dass die kohlenhydratarme Diät kombiniert mit Nahrungssupplementen von adipösen Freiwilligen besser akzeptiert wurde als eine herkömmliche fettarme Diät und nach 6 Monaten zu einer ausgeprägteren Gewichtsabnahme führte. Dies wurde allerdings durch die Langzeit-Resultate der zweiten Studie [7] relativiert: Ähnlich positive Resultate wie nach 6 Monaten waren nach einem Jahr nicht mehr nachweisbar. Klar ist, dass unabhängig vom Typ der Diät zur Reduktion des Körpergewichts ein Energiedefizit benötigt wird. Wenn dies mit einer «low carb»-Diät für einen Teil der Übergewichtigen einfacher zu erreichen ist, ist das kein Problem, solange es

sich nicht um die Extremversion handelt, von der Atkins selbst Abstand genommen hatte.

Dünne Evidenzlage

Die Public-Health-Gemeinde hat insofern versagt, als kaum gesicherte und für die Praxis umsetzbare Informationen vorliegen, wie genau die Übergewichts-Epidemie unter Kontrolle gebracht werden könnte. Im September schrieben Prentice et al. im *Journal of the National Cancer Institute* [8]:

“A shortage of credible information exists on practical dietary and physical activity patterns that have potential to reverse the national obesity epidemic and reduce the risk of major cancers and other chronic diseases. Securing such information is a challenging task, and there is considerable diversity of opinion concerning related research designs and priorities.”

Die Autoren skizzieren in dieser Arbeit eine kohärente Forschungsagenda, von der Entwicklung von geeigneten Biomarkern im Labor bis zu grossen Interventionsstudien in der Bevölkerung. Wir hoffen, die Politik und der Nationalfonds hören mit: Die Übergewichtsproblematik würde sich ausgezeichnet für ein nationales Forschungsprogramm eignen.

Klar ist, dass es in den kommenden Jahren darum gehen muss, gesamt-gesellschaftlich – und nicht nur isoliert gesundheitspolitisch – Massnahmen zu entwickeln, zu evaluieren und umzusetzen. Optimistisch stimmt die Aussage von BAG-Direktor Thomas Zeltner anlässlich der Lancierung der Sondermarke zur Unterstützung von Suisse Balance («Die Ernährungsbewegung vom Bundesamt für Gesundheit und von Gesundheitsförderung Schweiz»), dass es mit Aufrufen an die Verhaltensänderung allein nicht getan ist und sich auch die Verhältnisse ändern müssen. In der Tat, nur wenn es gelingt, regelmässige körperliche Bewegung und eine ausgewogene Ernährung wieder in den Alltag der Menschen einzubauen, kann die Zunahme des Körpergewichts in der Bevölkerung längerfristig gestoppt werden.

Tabelle 1. Therapie von Übergewicht und Adipositas. Modifiziert nach [5].

Therapie	Körpermassenindex (kg/m ²)				
	25–26,9	27–29,9	30–34,9	35–39,9	≥40
Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie*	Bei Komorbidität	Bei Komorbidität	Ja	Ja	Ja
Pharmakotherapie**	Nein	Bei Komorbidität	Ja	Ja	Ja
Chirurgie	Nein	Nein	Nein	Bei Komorbidität	Ja

Ja: Eine Therapie ist angezeigt, unabhängig davon, ob eine Komorbidität (z.B. koronare Herzkrankheit) vorhanden ist.

Nein: Therapie nicht empfohlen.

Bei Komorbidität: Therapie empfohlen, falls eine Komorbidität vorhanden ist.

* Verhütung einer weiteren Gewichtszunahme durch Veränderung des Lebensstils ist für alle Patienten/-innen mit Körpermassenindex ≥ 25 angezeigt, selbst wenn keine Komorbidität vorhanden ist.

** Pharmakotherapie nur in Erwägung ziehen, falls es nach 3 bis 6 Monaten mit Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie nicht gelang, 1,8 kg pro Monat abzunehmen.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Matthias Egger
Institut für Sozial- und
Präventivmedizin (ISPM)
Universität
Finkenhübelweg 11
CH-3012 Bern
egger@ispm.unibe.ch

Literatur

- 1 Anon. The catastrophic failures of public health. *Lancet* 2004;363:745.
- 2 Global strategy on diet, physical activity and health. World Health Assembly Resolution WHA57.17 vom 22. Mai 2004. Erhältlich auf www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf.
- 3 Schulze MB, Manson JE, Ludwig DS, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Hu FB. Sugar-sweetened beverages, weight gain, and incidence of type 2 diabetes in young and middle-aged women. *JAMA* 2004;292:927-34.
- 4 James J, Thomas P, Cavan D, Kerr D. Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2004;328:1237-9.
- 5 Manson JE, Skerrett PJ, Greenland P, VanItallie TB. The escalating pandemics of obesity and sedentary lifestyle: a call to action for clinicians. *Archives of Internal Medicine* 2004;164:249-58.
- 6 Yanci WS, Olsen MK, Guyton JR et al. A low-carbohydrate, ketogenic diet versus a low-fat diet to treat obesity and hyperlipidemia. *Ann Intern Med* 2004;140:769-77.
- 7 Stern L, Iqbal N, Seshadri P, et al. The effects of low-carbohydrate versus conventional weight loss diets in severely obese adults: one-year follow-up of a randomized trial. *Ann Intern Med* 2004;140:778-85.
- 8 Prentice RL, Willett WC, Greenwald P, Alberts D, Bernstein L, Boyd NF, et al. Nutrition and physical activity and chronic disease prevention: research strategies and recommendations. *JNCI* 2004;96:1276-87.

Prévention et santé publique: excès de poids, obésité et preuves

Marcel Zwahlen, Matthias Egger

La Public Health a-t-elle échoué?

L'éditorial [1] de *The Lancet* du 6 mars 2004, sous le titre provocateur «*The catastrophic failures of public health*», a fustigé la soi-disant incapacité des responsables de la Public Health de prendre au sérieux l'épidémie d'excès pondéral et d'obésité et d'appliquer les mesures efficaces là-contre. Les chiffres sont effectivement effrayants: depuis le début des années 1980 aux Etats-Unis, le pourcentage des obèses (indice de masse corporelle ≥ 30 kg/m²) a doublé. En l'an 2000, d'après la *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES), 31% des adultes étaient obèses et 65% trop gros ou obèses (≥ 25 kg/m²). L'enquête sanitaire Suisse a demandé le poids et la taille, mais sans les mesurer. Les chiffres de cette enquête sont donc probablement trop faibles. Mais ils sont eux aussi inquiétants: l'obésité a augmenté de 5 à 8% depuis 1992, et l'excès de poids ou l'obésité de 30 à 37%. Les raisons à cela sont évidentes: dans les pays industrialisés les gens vivent de plus en plus dans un environnement encourageant la consommation excessive de calories de manière plus ou moins agressive d'une part, et de l'autre la majorité de la population pratique de moins en moins d'activité physique.

Stratégie globale de l'OMS

Quelques semaines plus tard, le 22 mai, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à Genève a publié sa stratégie globale de nutrition, d'activité physique et de santé [2]. Les recommandations reposent sur un rapport d'un groupe d'experts publié en 2003 (WHO Technical Report series 916), encourageant notamment une diminution de l'absorption d'«*energy-dense, micro-nutrient-poor foods*» et de soft-drinks édulcorés au sucre. L'industrie alimentaire est alors entrée en lice. «*Il n'y a aucune relation entre consommation de sucre et obésité*», selon un représentant du *National Soft Drink Association* aux Etats-Unis, qui a cité «*de très nombreuses études scientifiques*». A cet égard, le travail de Schulze et al. [3] publié dans le *JAMA* est important. Cette analyse de la *Nurses Health Study* a pu montrer, avec les données longitudinales de plus de 90 000 infirmières, que la consommation régulière de soft-drinks sucrés non seulement rend obèse, mais qu'elle double pratique-

ment le risque de diabète de type 2 (risque relatif 1,83) [3].

Recommandations simples, mise en pratique difficile

Les recommandations de l'OMS sont simples et raisonnables: plus de fruits et légumes, moins d'aliments contenant beaucoup de sucre et de graisse – et plus d'activité physique. Mais la mise en pratique de ces recommandations ne va pas être simple: il ne suffit pas de prêcher aux gens qu'ils doivent manger plus sainement et bouger plus. Comme les experts de l'OMS le précisent bien, «*unless there is an enabling context, the potential for change will be minimal*». En d'autres termes, il faut modifier notre environnement et notre mode de vie rendant obèse de manière à ce qu'une alimentation saine et une activité physique régulière redeviennent la norme. A lui seul, le fait de transmettre information n'a qu'une efficacité limitée. Des cours pendant une année sur une alimentation saine, avec des avertissements bien clairs sur la consommation de soft-drinks, n'ont donné aucune baisse de poids chez des élèves de classes primaires, selon une étude publiée en mai dans le *BMJ* [4]. Il faut une prévention individuelle *et* structurelle: une interdiction des automates à boissons distribuant des soft-drinks dans les écoles et dans leurs environs immédiats, une offre exclusive de boissons non sucrées dans les cantines scolaires, dans lesquelles la norme doit être une alimentation aussi saine qu'avantageuse, des propositions de skate, breakdance et autres sports bien reçues par les élèves et procurant du plaisir à bouger sont des exemples de mesures structurelles pouvant à long terme être couronnées de succès. Les architectes et urbanistes sont eux aussi sollicités. *The Lancet* [1] encourage un réseau bien conçu de pistes piétonnières et cyclables, plus attrayant que le trafic motorisé. Dans les bâtiments publics de même, l'architecture peut promouvoir le mouvement, par exemple si dans les halls d'entrée de larges escaliers invitent à la montée, et ensuite seulement les ascenseurs. En plus d'un standard *minergie* sauvegardant l'environnement, il faut également penser à un standard *maxergie*, label pour les immeubles garantissant davantage d'activité.

Prévention au cabinet médical

En février déjà, les médecins praticiens ont été nantis de responsabilités dans les *Archives of Internal Medicine*, dans un appel à l'action détaillé [5]. Le poids corporel et l'indice de masse corporelle doivent être mesurés régulièrement au cabinet, et les patients et patientes obèses doivent être conseillés de manière approfondie. Les mesures préconisées sont rassemblées dans le tableau 1 ↩. Le conseil et le traitement des obèses au cabinet médical sont certes importants, mais ils n'ont qu'une influence limitée sur l'évolution de l'épidémie et ses conséquences au niveau de la population en général.

Une calorie est une calorie

Les régimes pauvres en hydrates de carbone ont beaucoup gagné en popularité ces dernières années (slogan: régime Atkins). Une restriction de l'apport d'hydrates de carbone doit faire perdre du poids par l'effet cétogène que cela implique. Ces régimes «low-carb» ont été examinés cette année dans deux études randomisées. Leurs résultats ont été publiés en mai dans les *Annals of Internal Medicine*. La première étude [6] a montré que le régime pauvre en hydrates de carbone associé à des suppléments nutritifs était mieux accepté par des volontaires obèses qu'un régime standard pauvre en graisses, et qu'il donnait après 6 mois des pertes de poids plus marquées. Mais cela a été relativisé par les résultats à long terme de la seconde étude [7]: les mêmes résultats positifs à 6 mois avaient disparu après un an. Il est clair qu'indépendamment du type de régime amaigrissant, il faut un déficit énergétique. Si ce résultat est plus facile à atteindre par un régime «low-carb» pour une partie des obèses, cela ne pose aucun problème pour autant qu'il ne s'agisse pas de la version extrême dont Atkins lui-même s'est distancé.

Preuves maigres

La communauté Public Health a échoué dans la mesure où il n'y a pratiquement pas d'informations sûres et applicables en pratique sur la manière de maîtriser l'épidémie d'excès pondéral. Prentice et al. ont écrit dans le *Journal of the National Cancer Institute* [8]: «A shortage of credible information exists on practical dietary and physical activity patterns that have potential to reverse the national obesity epidemic and reduce the risk of major cancers and other chronic diseases. Securing such information is a challenging task, and there is considerable diversity of opinion concerning related research designs and priorities.»

Dans leur travail, les auteurs esquissent un agenda de recherche cohérent, de la préparation de biomarqueurs adéquats en laboratoire à de grandes études d'intervention auprès de la population. Nous espérons que le Fonds national et la politique les entendront: la problématique de l'excès pondéral serait parfaitement indiquée pour un programme de recherche national.

Il est clair que, ces prochaines années, il s'agira de mettre au point des mesures pour l'ensemble de la société – et pas seulement isolément en politique de la santé – de les évaluer et de les mettre en pratique. La déclaration du directeur de l'OFSP, Thomas Zeltner, lors du lancement de la marque spéciale visant à soutenir Suisse Balance («Le mouvement alimentaire de l'Office fédéral de la santé publique et de l'Initiative Santé Suisse») est optimiste: rien n'est fait en appelant les gens à changer de comportement, il faut également que les rapports changent. En fait, ce n'est que s'il est possible de faire entrer une activité physique régulière et une alimentation équilibrée dans les habitudes des gens que l'augmentation du poids corporel de la population pourra être stoppée.

Traduction Dr G.-A. Berger

Tableau 1. Traitement de l'excès de poids et de l'obésité. Modifié d'après [5].

Traitement	Indice de masse corporelle (kg/m ²)				
	25–26,9	27–29,9	30–34,9	35–39,9	≥40
Traitement diététique, activité physique et thérapie comportementale*	Si comorbidité	Si comorbidité	Oui	Oui	Oui
Pharmacothérapie**	Non	Si comorbidité	Oui	Oui	Oui
Chirurgie	Non	Non	Non	Si comorbidité	Oui

Oui: un traitement est indiqué qu'il y ait ou non une comorbidité (p.ex. cardiopathie coronaire).

Non: traitement non recommandé.

Si comorbidité: traitement recommandé s'il y a une comorbidité.

* Eviter une prise de poids supplémentaire par le changement du mode de vie est indiqué pour tous les patients dont l'indice de masse corporelle est ≥25, même en l'absence de comorbidité.

** N'envisager une pharmacothérapie que s'il est impossible de perdre 1,8 kg par mois après 3 à 6 mois de traitement diététique, d'activité physique et de thérapie comportementale.

Correspondance:
Prof. Dr Matthias Egger
Institut de Médecine sociale
et préventive (IMSP)
Université
Finkenhubelweg 11
CH-3012 Berne
egger@ispm.unibe.ch

Références

- 1 Anon. The catastrophic failures of public health. *Lancet* 2004;363:745.
- 2 Global strategy on diet, physical activity and health. World Health Assembly Resolution WHA57.17 vom 22. Mai 2004. Erhältlich auf www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf.
- 3 Schulze MB, Manson JE, Ludwig DS, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, et al. Sugar-sweetened beverages, weight gain, and incidence of type 2 diabetes in young and middle-aged women. *JAMA* 2004;292:927-34.
- 4 James J, Thomas P, Cavan D, Kerr D. Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2004;328:1237-9.
- 5 Manson JE, Skerrett PJ, Greenland P, Van Itallie TB. The escalating pandemics of obesity and sedentary lifestyle: a call to action for clinicians. *Archives of Internal Medicine* 2004; 164:249-58.
- 6 Yanci WS, Olsen MK, Guyton JR, et al. A low-carbohydrate, ketogenic diet versus a low-fat diet to treat obesity and hyperlipidemia. *Ann Intern Med* 2004;140:769-77.
- 7 Stern L, Iqbal N, Seshadri P, et al. the effects of low-carbohydrate versus conventional weight loss diets in severely obese adults: one-year follow-up of a randomized trial. *Ann Intern Med* 2004;140:778-85.
- 8 Prentice RL, Willett WC, Greenwald P, Alberts D, Bernstein L, Boyd NF, et al. Nutrition and physical activity and chronic disease prevention: research strategies and recommendations. *JNCI* 2004;96:1276-87.