



ebenso wenig eine Rolle wie flächen-deckende genetische Untersuchungen. Grundsätzlich abzurufen ist von freiverkäuflichen Gentests. Die Hoffnung der Übergewichtigen, vier Wochen nach Einsendung eines Schleimhautabstrichs per Post Angaben für eine «garantierte Erfolgsdiät» zu erhalten, wird in der Regel enttäuscht. Möglicherweise werden sich zukünftig diese Analysen verfeinern lassen; im Moment erlauben die Tests keine evidenzbasierte Behandlung.

Deutlich vielversprechender ist die molekulargenetische Bestimmung der individuellen Darmflora, deren Anteil an der Gewichtsentwicklung bisher noch nicht vollumfänglich verstanden wird [2]. Bezüglich der Analyse des Darm-Mikrobioms verweise ich auf die unmittelbar vorangehende Ausgabe 12/2018 dieser Zeitschrift.

... und goldenen Schnitzeln.

Diäten sind angepasste Ernährungsformen, die in der ursprünglichen altgriechischen Bezeichnung eher als «Lebensstil» verstanden werden. Unsere Ernährung soll nicht allein den Hunger stillen, sondern ist auch Ausdruck unseres Selbstverständnisses (z.B. vergoldete Schnitzel vs. moralisch korrekte Insektenburger).

Aktuell populär sind Kohlenhydrat-basierte Diäten. Hier wird auf den adipogenen Effekt der Hyperinsulinämie Bezug genommen. Eine isolierte

Insulin-Messung ist dabei wenig aussagekräftig. Genauere Einschätzungen der peripheren Insulinresistenz ermöglichen der **HOMA-Index**. Allerdings führen wir häufig auch einen oralen Glukosetoleranztest mit Insulinbestimmung durch. Relevant ist das Zusammenspiel zwischen Hyperandrogenämie und Insulinresistenz bei jungen Frauen mit polyzystischem Ovarsyndrom, das gut auf Metformin anspricht.

Der Stellenwert der Labormedizin in der Adipositas-therapie wird abschliessend auch am Beispiel der bariatrischen Operationen deutlich [3]. Wird nach einem Magenbypass eine Gewichtsabnahme um 30% erreicht, so ist dies auf die Malabsorption im veränderten Darmabschnitt zurückzuführen. Methodenbedingt kommt es aber auch zu einer Unterversorgung mit Micro- und Macro-Nährstoffen. Leider müssen längst vergessen geglaubte Erkrankungen wie Skorbut und Beri-Beri bei diesen ehemals schwer adipösen Patienten immer wieder diagnostiziert werden. Entsprechend spielen regelmässige Messungen von Präalbumin, fettlöslichen Vitaminen und Spurenelementen eine zentrale Rolle in der mehrjährigen postoperativen Nachbetreuung.

Korrespondenz
ulrich.egermann@hin.ch

Obésité et diagnostic en laboratoire

L'obésité est un trouble métabolique chronique associé à une augmentation du poids et du taux de graisse corporelle. La valeur limite du BMI est de 30 kg/m². Selon cette définition, en Suisse, 10 à 12% des adultes sont obèses – donc au sens littéral «en surpoids pathologique». Avec le BMI, il est possible d'estimer le degré de gravité et la nécessité d'un traitement. Il est cependant essentiel pour les personnes concernées de procéder à une analyse personnalisée des facteurs de risques cardiométaboliques liés au poids. A cet effet, une analyse par la médecine de laboratoire est indispensable en plus d'une anamnèse rigoureuse et d'un examen corporel. Un laboratoire de base analysera pour cela la glycémie à jeun (le cas échéant avec HbA1c), le profil lipidique (y compris les triglycérides, le cholestérol LDL et HDL), l'acide urique et les paramètres de la thyroïde. Une augmentation des paramètres hépatiques est le signe d'une hépatite stéato-sique non alcoolique. Les formes secondaires d'obésité sont diagnostiquées par des tests fonctionnels et des examens hormonaux. Les obèses disposent des thérapies les plus diverses – la détermination de la forme de traitement la plus prometteuse et le guidage au cours du processus thérapeutique ne sont pas réalisables sans faire appel à la médecine de laboratoire. A cet égard, il conviendra d'éviter en particulier les pathologies liées aux carences nutritionnelles.

Literatur

1. Global BMIMC et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet* 2016; 388: 776–786.
2. Komaroff AL. The Microbiome and Risk for Obesity and Diabetes.
3. Verger EO et al. Micronutrient and protein deficiencies after gastric bypass and sleeve gastrectomy. *Obes Surg.* 2016; 26 (4): 785–796.

Wolfgang Korte¹

Was hat der Brexit mit der Labormedizin der Schweiz zu tun?

Die Labormedizin in der Schweiz möchte klinische Einbettung, Dienstleistungsgedanken und Qualitätssicherung in allen Aspekten hochhalten. Im Rahmen der Marktberingung und -konsolidierung entstehen Reibungsflächen, die durch die Wirkung externer Investoren induziert werden. Es geht folglich auch bei uns um das Prinzip des Abgrenzungsproblems.

Somit ist es Aufgabe der SULM, sinnvoll nutzbringende Aspekte der «CH-Labormedizin» aufrecht zu halten, ohne einer Marktentwicklung im Wege zu stehen. Die Labormedizin der Schweiz hat historisch bedingt den grossen Vorteil, multidisziplinär wirken zu können (Akademiker und Nicht-Akademiker, Mediziner und Nicht-Mediziner). Im internationalen Vergleich wird immer wieder positiv vermerkt, wie günstig sich diese Zusammenarbeit, insbesondere in der nahen Positionierung zur klini-

schen Medizin, auswirkt. Weil eine solche Labormedizin nicht zu gleich tiefen Kosten wie eine sinnentfremdete, fabrikmässige Analytik betrieben werden kann, ist es weiterhin notwendig, sich für eine «Medizin im Labor» im Sinne einer qualitativ hochstehenden Patientenversorgung und eines interessanten Berufsbildes zu engagieren.

¹ Prof. Dr. med. Wolfgang Korte, Zentrum für Labormedizin, St. Gallen, Präsident Schweizerische Union für Labormedizin (SULM)

Korrespondenz: Samyra.Egli@zlm.sg.ch