

19 Maart 2024

Cursorisch Onderwijs MDL  
Gastro Update

Dr. Mesut Savas  
Erasmus MC, Interne Geneeskunde

**Linked** 

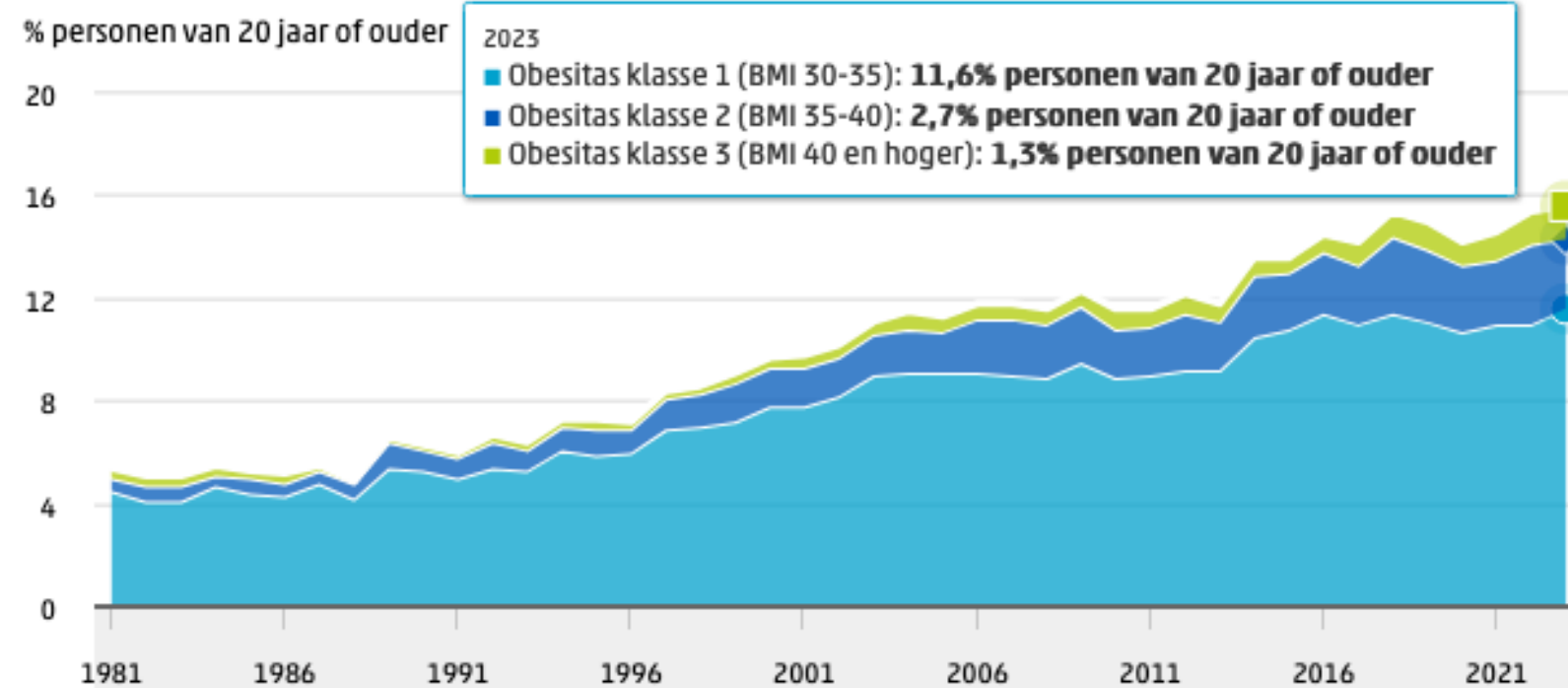
@mesut savas

# Obesitas

*paradigmaverschuiving in behandeling?!*

# Obesitas in Nederland

## Obesitas (ernstig overgewicht)



Obesitas klasse 1 (BMI 30-35)  
Obesitas klasse 3 (BMI 40 en hoger)

Obesitas klasse 2 (BMI 35-40)

Bron: CBS, RIVM

## Obesitas afgelopen 40 jaar verdrievoudigd

4-3-2024 00:00



© Shutterstock / Amani A

In 2023 had 16 procent van de bevolking van 20 jaar of ouder zoveel als begin jaren tachtig, toen 5 procent ernstigere vormen van obesitas nam toe, van blijkt uit de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitoring in samenwerking met het RIVM.



NOS Nieuws • Vrijdag 1 maart, 15:33

## Wereldwijd hebben meer dan 1 miljard mensen obesitas

Wereldwijd hebben meer dan een miljard mensen obesitas. De grens van een miljard mensen werd in 2022 gepasseerd, [schrijft](#) de Wereldgezondheidsorganisatie op basis van een nieuw onderzoek in het medische tijdschrift The Lancet.

Er is sprake van obesitas als de Body Mass Index (BMI) hoger is dan 30. Het BMI reken je uit door je gewicht in kilo's te delen door het kwadraat van je lichaamslengte in meters.

Het aantal volwassenen met obesitas is sinds 1990 verdubbeld. Het aantal kinderen dat hiermee kampt, is in dezelfde periode verviervoudigd.

# Oorzaken van obesitas

TABEL 2 Diagnostiek van onderliggende oorzaken van obesitas bij volwassenen en bijdragende of instandhoudende factoren

oorzaak	anamnese, lichamelijk onderzoek en andere factoren		voorbeelden	
leefstijl	ongezond eetpatroon sedentaire levensstijl te weinig matig- of hoogintensieve activiteit snurken of apneus < 7 slaapuren		ploegendiensten	obstructieve-slaapapneusyndroom
mentaal	depressieve klachten stress eetbuien met of zonder braken erna			
medicamenteus	gewichtstoename na starten van nieuwe medicatie huidige medicatie met een gewichtsverhogend effect			
hormonaal	obstipatie droge huid bradycardie koude-intolerantie acanthosis nigricans	acne hirsutisme menopauze irregulaire menses erectiele disfunctie		
hypothalaam	hyperfagie neurologische afwijkingen hoofdtrauma in voorgeschiedenis craniale radiotherapie en/of chirurgie in voorgeschiedenis			hypothalamische tumor
(mono)genetisch syndroom	hyperfagie jonge beginleeftijd autistische stoornis opvallend gewichtsverschil met gezinsleden	mentale of motorische ontwikkelingsachterstand geen of onvoldoende effect van bariatrische ingreep dysmorfe kenmerken, waaronder lage oorimplant en hypo- of hypertelorisme	MC4R-deficiëntie POMC-deficiëntie leptine- of leptine-receptordeficiëntie PCSK1-deficiëntie	Prader-Willi-syndroom Bardet-Biedl-syndroom Alström-syndroom Carpenter-syndroom

## Potential weight-inducing drugs

- Anticonvulsants:**
  - Carbamazepine
  - Gabapentin
  - Pregabalin
  - Valproic acid
- Antidepressants:**
  - Amitriptyline
  - Citalopram
  - Clomipramine
  - Clovoxamine
  - Desipramine
  - Doxepin
  - Duloxetine
  - Escitalopram
  - Fluoxetine
  - Fluvoxamine
- Antihistamines:**
  - Astemizole
  - Cetirizine
  - Cyproheptadine
  - Diphenhydramine
- Antipsychotics:**
  - Imipramine
  - Maprotiline
  - Mirtazapine
  - Nortriptyline
  - Paroxetine
  - Phenelzine
  - Sertraline
  - Tranylcypramine
  - Trimipramine
- Corticosteroids:**
  - Fexofenadine
  - (Des)loratadine
- Diabetes drugs:**
  - Insulin
  - Sulfonylurea
  - Thiazolidinediones
- Antipsychotics:**
  - Aripiprazole
  - Chlorpromazine
  - Clozapine
  - Fluphenazine
  - Haloperidol
  - Lithium
  - Olanzapine
  - Paliperidone
  - Perphenazine
  - Quetiapine
- Hypertension drugs:**
  - $\alpha$ -blockers (clonidine, prazosin, terazosin)
  - $\beta$ -blockers (atenolol, metoprolol, propranolol)
  - Calcium channel blockers (flunarizine, nisoldipine)
  - Methyldopa
- Proton pump inhibitors:**
  - (lansoprazole, omeprazole, rabeprazole)
- Others:**
  - Leuprolide acetate
  - Medroxyprogesterone
  - Pizotifen
  - Protease inhibitors

Source: Savas, van Rossum et al. Obesity Facts, 2019.

@mesut savas



[← Terug naar zoekresultaten](#)

# Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen

+ VOLGEN

Initiatief: PON

Aantal modules: 29

[Bijlagen](#)

[Download richtlijn](#)

- Vraag toestemming aan de cliënt/patiënt om het overgewicht te bespreken.
- Ga na welke onderliggende oorzaken en/of gewicht verhogende en/of in standhoudende factoren ten grondslag liggen aan het overgewicht (zie module *'Gepersonaliseerde zorg'* hoe dit in kaart gebracht kan worden).
- Denk hierbij aan de volgende categorieën van oorzaken en factoren: leefstijl, sociaal-economisch, psychisch, medicamenteus, hormonaal, hypothalaam en/of (mono)genetisch. Optimaliseer of behandel deze oorzaken en factoren waar mogelijk, bij voorkeur voorafgaande aan de leefstijlbegeleiding of andere geïndiceerde obesitasbehandeling.
- Bepaal het gewichtsgerelateerde gezondheidsrisico (GGR) (zie *'Tabel 2 in de startpagina'*):
  - Bepaal de body mass index ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) en meet de buikomvang. Houd hierbij rekening met lichaamssamenstelling en vetverdeling en verricht indien mogelijk metingen om deze te bepalen (zie module *'Uitkomstmaten'*). Houd hierbij rekening met obesitas-gerelateerde comorbiditeiten.
  - Overweeg gericht onderzoek bij verdenking op comorbiditeiten die kunnen samenhangen met obesitas en aanvullend onderzoek behoeven (zie module *'Obesitas-gerelateerde comorbiditeiten'*). Dit is een taak van een arts.
- Na deze diagnostische fase:
  - Bespreek intrinsieke motivatie en mogelijkheden (ook op het gebied van zelfmanagement).
  - Stel gezamenlijk met de cliënt/patiënt een behandelplan op (zie module *'Gepersonaliseerde zorg'*).
  - Breng voor het individu relevante uitkomstmaten in kaart voor de start van de behandeling (zie module *'Uitkomstmaten'*).
  - Zorg dat een behandeling gestart wordt die toegespitst is op het individu (zie module *'Gepersonaliseerde zorg'*).



<sup>1</sup> BMI KG/M <sup>2</sup>	GEEN VERGROTE BUIKOMVANG <sup>1</sup> OF COMORBIDITEIT <sup>2</sup>	BUIKOMVANG <sup>1</sup> Man ≥102 cm   vrouw ≥88 cm	COMORBIDITEIT <sup>2</sup>
≥ 25 BMI < 30 Overgewicht	Adviezen gezonde leefstijl	<b>Basis GLI<sup>4</sup></b> Bij BMI ≥ 27 kg/m <sup>2</sup> : overweeg gewichtsreducerende medicatie toe te voegen na één jaar behandeling met de geïndiceerde GLI naar oordeel van de zorgprofessional(s) <sup>4</sup>	<b>Basis GLI (met aanvullende zorg)<sup>4</sup></b>
≥ 30 BMI < 35 Obesitas klasse I	Adviezen gezonde leefstijl	<b>Basis GLI<sup>4</sup></b> Overweeg gewichtsreducerende medicatie toe te voegen na één jaar behandeling met de geïndiceerde GLI naar oordeel van de zorgprofessional(s) <sup>4</sup>	<b>Basis GLI (met aanvullende zorg)<sup>4</sup></b> Bij DM2: indien GLI en maximale inzet gewichtsreducerende medicatie onvoldoende effect hebben, overweeg metabole chirurgie
≥ 35 BMI < 40 Obesitas klasse II	<b>Basis GLI</b>	<b>Gespecialiseerde GLI<sup>4,5</sup></b> (evt. basis GLI met/zonder aanvullende zorg) Overweeg toevoegen van gewichtsreducerende medicatie na één jaar behandeling met de geïndiceerde GLI of vroeger in de behandeling naar oordeel van de zorgprofessional(s) <sup>4,5</sup> Patiënt met een Aziatische of Hindoestaanse achtergrond: Overweeg metabole chirurgie	<b>Gespecialiseerde GLI<sup>4,5</sup></b> (evt. basis GLI met aanvullende zorg) Overweeg metabole chirurgie
<b>BMI ≥ 40</b> Obesitas klasse III	<b>Gespecialiseerde GLI<sup>4,5</sup></b> Overweeg toevoegen van gewichtsreducerende medicatie vroeg in de behandeling met de geïndiceerde GLI naar oordeel van de zorgprofessional(s) <sup>4,5</sup> Overweeg samen met de patiënt en een multidisciplinair behandelteam de mogelijkheid van metabole chirurgie		

Mate van Gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR)       Licht verhoogd     Matig verhoogd     Sterk verhoogd     Extreem verhoogd

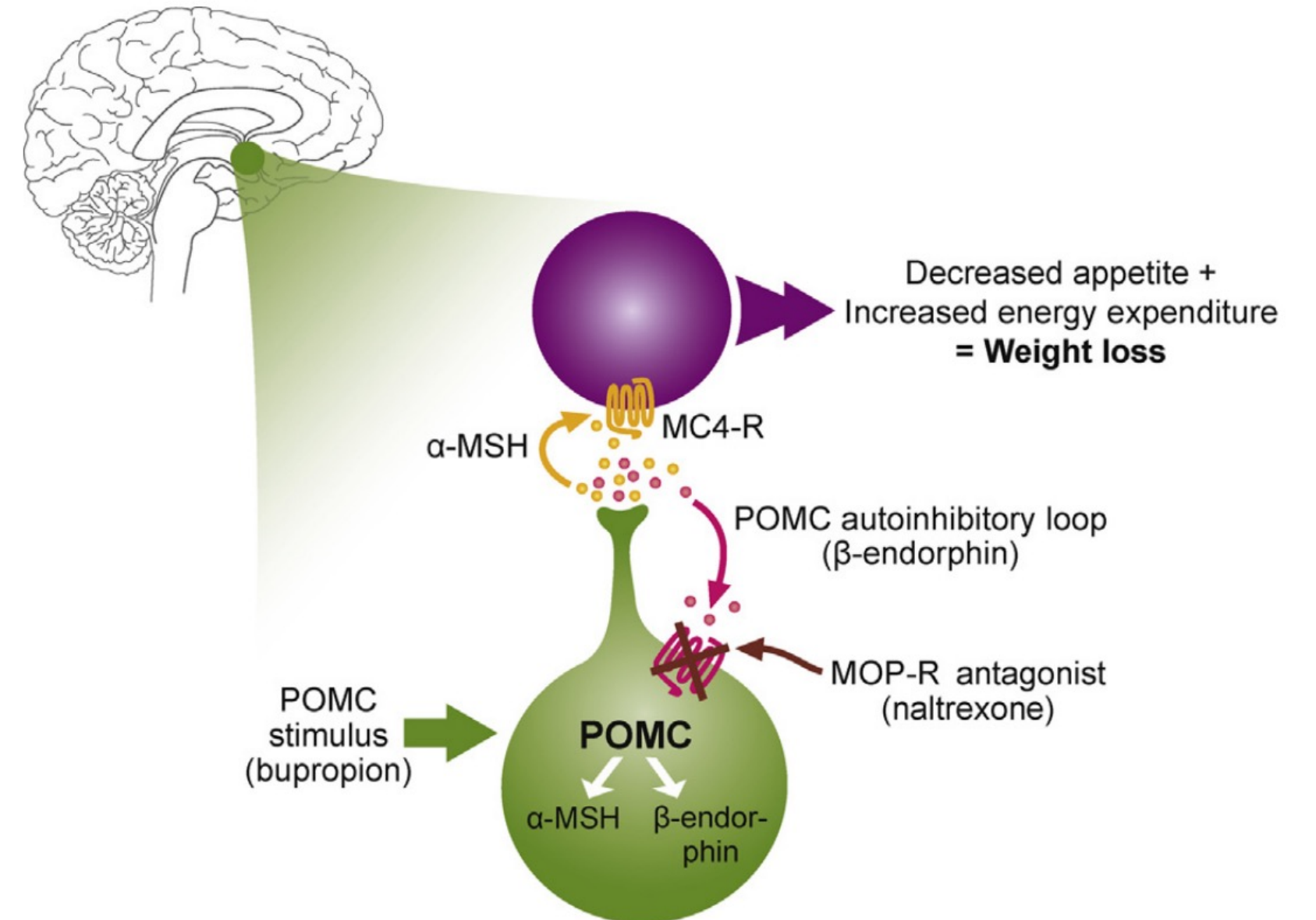
## Naltrexon/bupropion (Mysimba®)

Oraal

Dagelijks

Opbouwschema tot  
2dd 2 tabletten (8/90 mg)

## Liraglutide (Saxenda®)



# Naltrexon/bupropion (Mysimba®)

Oraal

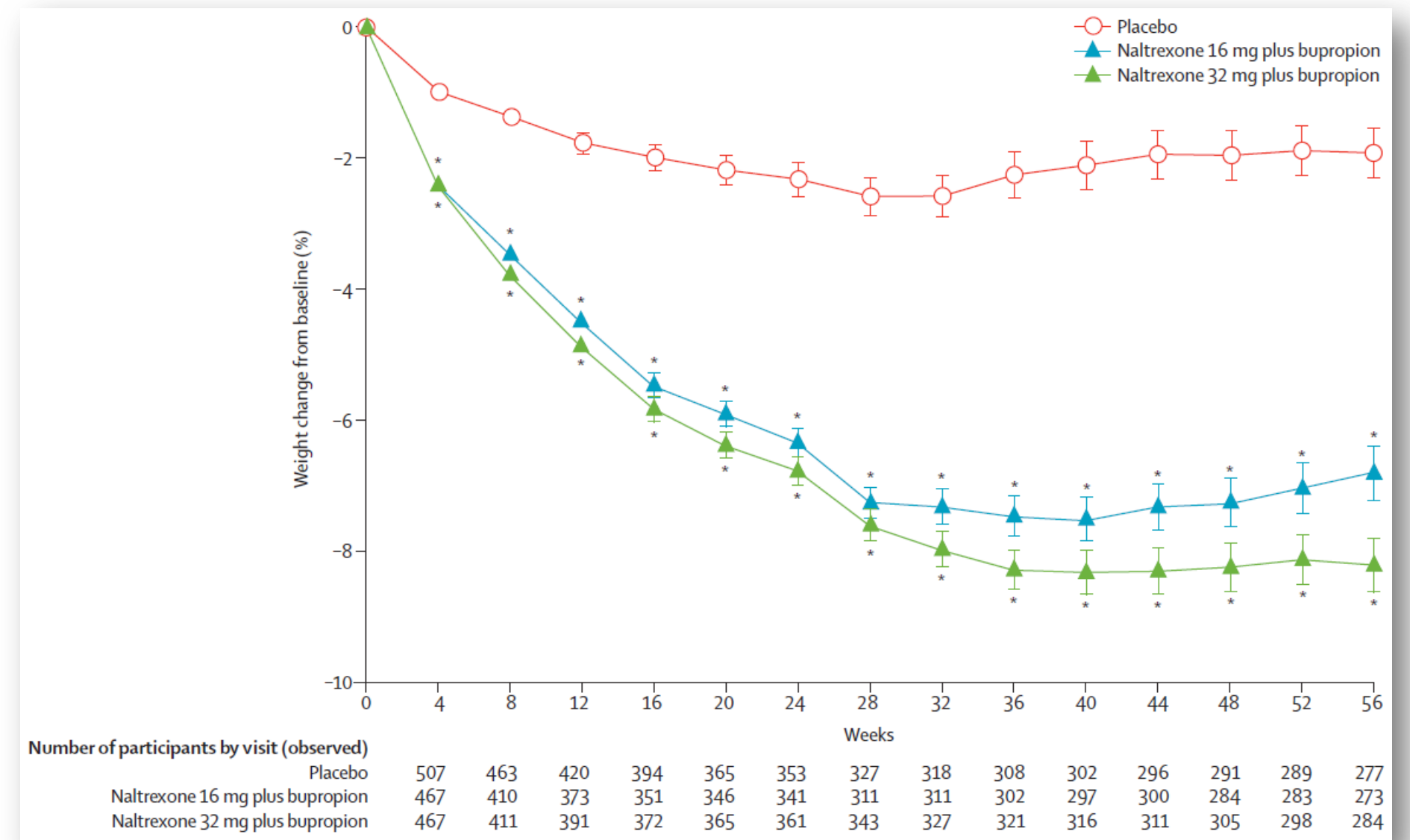
Dagelijks

Opbouwschema tot  
2dd 2 tabletten (8/90 mg)

≥5% gewichtsverlies: 48%  
≥10% gewichtsverlies: 25%

Gastro-intestinaal,  
hoofdpijn, duizeligheid

~ 115 euro/maand



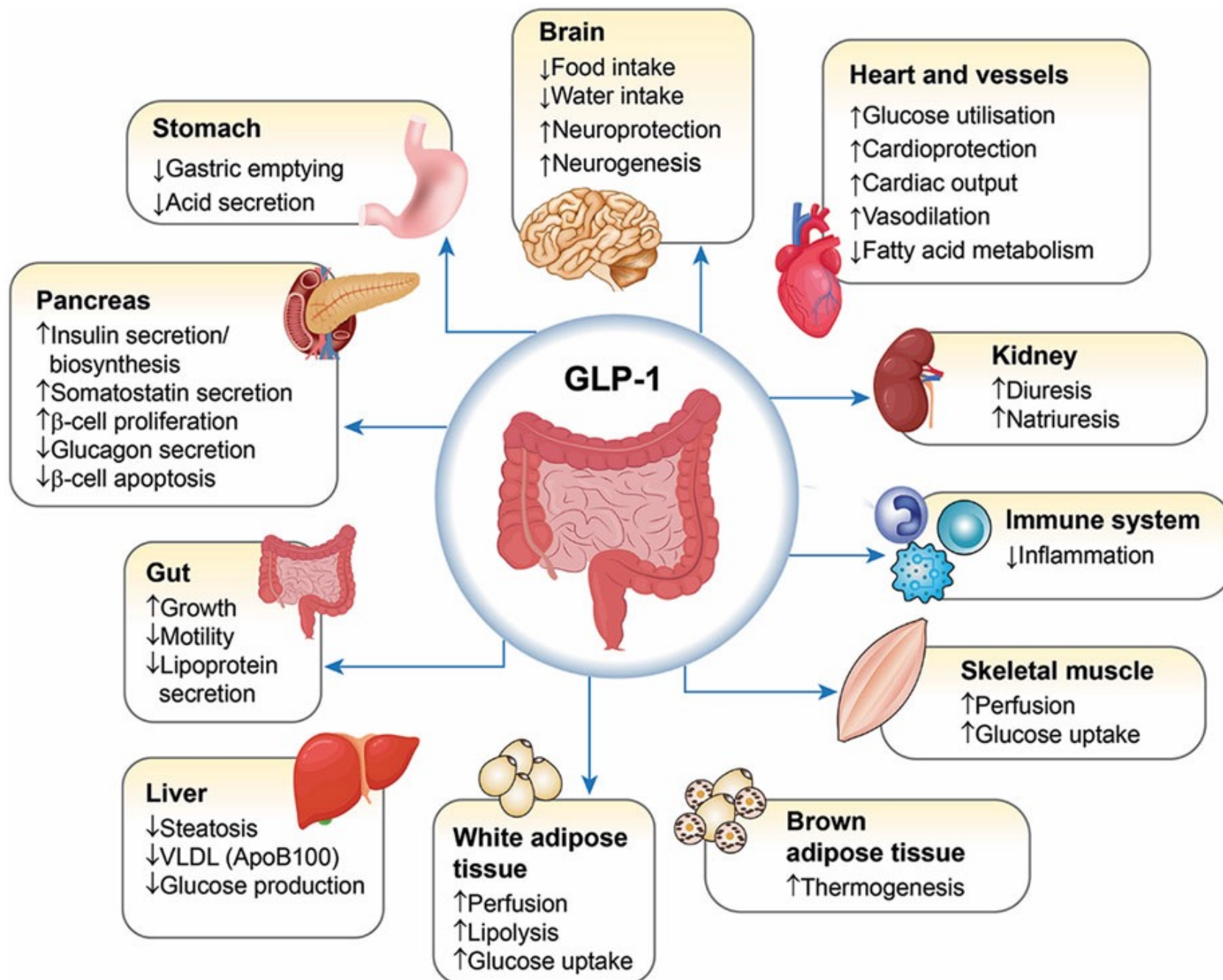


# Liraglutide (Saxenda®)

Subcutaan

Dagelijks

Opbouwschema tot  
1dd 3mg s.c.



## Liraglutide (Saxenda®)

Subcutaan

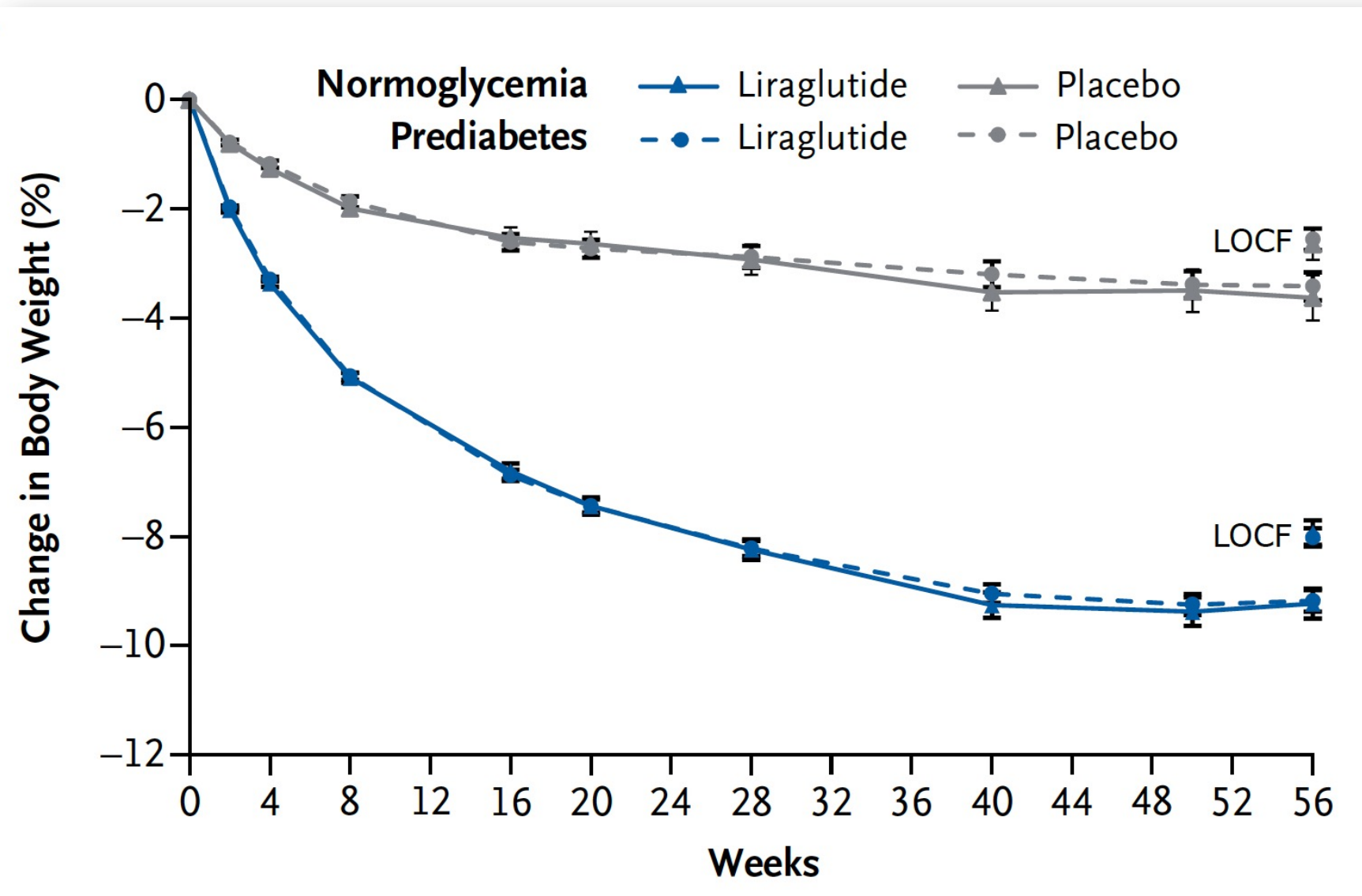
Dagelijks

Opbouwschema tot  
1dd 3mg s.c.

≥5% gewichtsverlies: 63%  
≥10% gewichtsverlies: 33%

Met name gastro-intestinaal  
(misselijkheid, braken, diarree, ...)

~ 250 euro/maand







Eva McMillan  
@EvasTeslaSP

Hey, @elonmusk  
awesome, fit, r  
healthy?



Elon Musk

8:36 AM · Oct 1, 2022

1,194 Retweets 185



Elon Musk @elonmusk · Oct 1, 2022

Replying to @EvasTeslaSP

Fasting



4,798



5,174



95.6K



Elon Musk @elonmusk · Oct 1, 2022

Replying to @elonmusk and @EvasTeslaSP

And Wegovy



266



125



1,632



Show replies



nieuwsuur

Donderdag 20 april 2023, 22:27

### Groeiend enthousiasme over middel dat helpt bij overgewicht, maar misbruik lonkt

Van alle volwassenen in Nederland heeft 57 procent weleens iets gedaan om af te vallen, zo meldde het CBS vandaag. De grootste belemmering die mensen hierbij ervaren, is dat het afvallen niet snel genoeg gaat. Deze groep mensen heeft nu een betrekkelijk nieuw medicijn Ozempic ontdekt. Bedoeld als diabetesmedicatie, maar mensen lijken er in korte tijd tientallen kilo's van af te vallen.

Sindsdien wordt het middel steeds vaker onder de aandacht gebracht. Op TikTok is de hashtag #Ozempic meer dan 270 miljoen keer gebruikt en Twitter-eigenaar Elon Musk twitterde laatst dat hij het middel ook gebruikt, nadat iemand hem vroeg waarom hij er zo "fit, gespierd en gezond" uitzag.

NOS Nieuws · Woensdag 27 september, 17:34

### Afvallen met diabetesmedicijn: producent wil het niet, maar verdient er goed aan



Rolien Créton  
correspondent Scandinavië

In de strijd tegen overtollige kilo's hebben veel mensen de afgelopen maanden hun hoop gevestigd op twee middelen van een Deense farmaceut, waaronder een voor diabetespatiënten. Hoewel de fabrikant zelf zegt dat de medicijnen daar niet voor bedoeld zijn, laten ze de kassa's bij het bedrijf flink rinkelen. Novo Nordisk is uitgegroeid tot de meest waardevolle farmaceut van Europa, met een marktwaarde van zo'n 400 miljard euro.

De populariteit van de middelen is aangewakkerd door onder anderen Tesla-baas Elon Musk en prominente TikTok-gebruikers. Die zeggen dat ze kilo's kwijtraakten door diabetesmedicijn Ozempic en Wegovy, dat daarvan is afgeleid maar is bedoeld voor mensen met ernstige zwaarlijvigheid.

Ozempic en Wegovy zijn in de VS, Groot-Brittannië, Noorwegen, Duitsland en Denemarken op de markt gebracht. Het diabetesmedicijn Ozempic wordt in Denemarken vergoed, het obesitasmedicijn Wegovy niet. Het gevolg was een run op Ozempic door mensen met zwaar overgewicht.

hollywood)  
ly thinner,  
d their old  
ose of the  
Ozempic.  
CHNEIER

The

Do house prices signal recession?

DeSantis's elusive foreign policy

Venture capital: back to basics

Rainforests need laws, not saws

MARCH 4TH-10TH 2023

# IGOT DECENT



NOS Nieuws · Vandaag, 13:55

### 'Tekort diabetesmedicijn duurt nog het hele jaar'

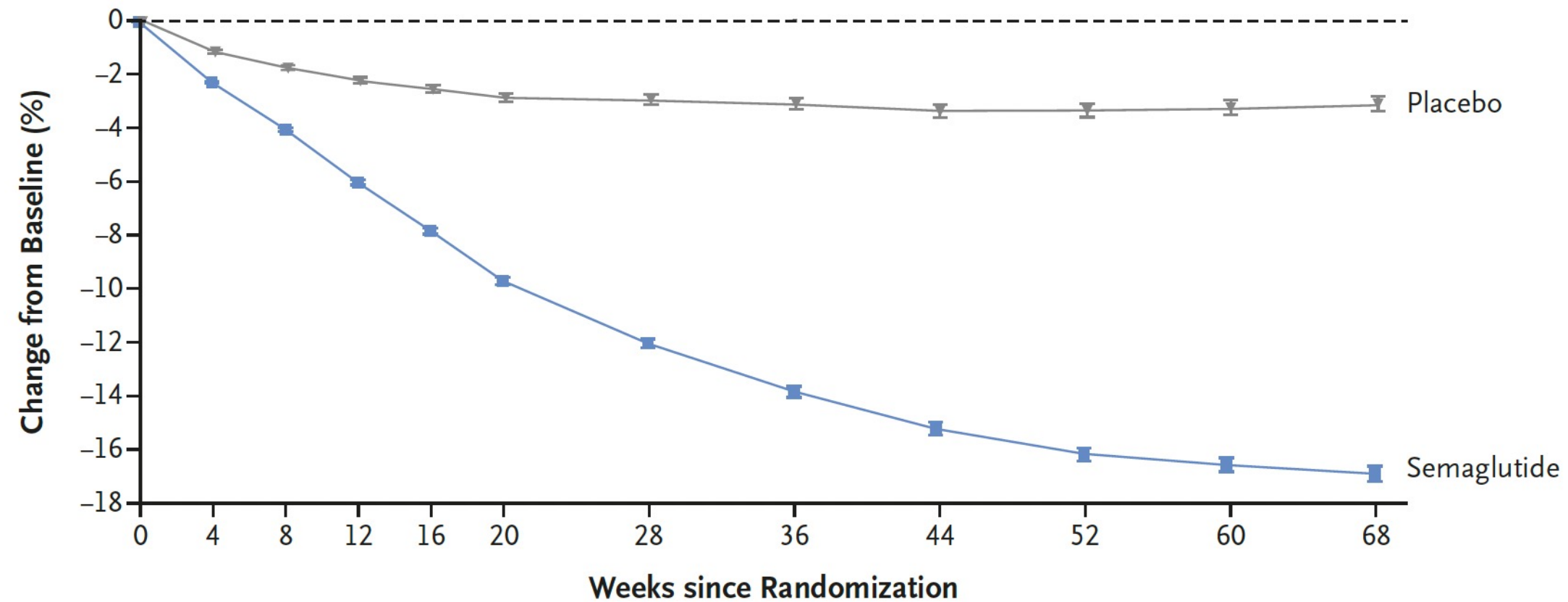
Het wereldwijde tekort aan het diabetesmedicijn Ozempic zal nog het hele jaar duren, waarschuwt het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). Het tekort is ontstaan doordat de vraag de afgelopen tijd snel is gestegen. Het medicijn wordt ook als afslankmiddel gebruikt, terwijl het daarvoor niet is goedgekeurd door de medicijnautoriteiten.

Ozempic is in Nederland alleen goedgekeurd voor mensen met diabetes en wordt voornamelijk voorgeschreven aan mensen met diabetes type 2. Ruim 1,1 miljoen Nederlanders hebben die diagnose. Het medicijn verlaagt de bloedsuikerspiegel. Het CBG waarschuwt het medicijn niet te gebruiken zonder toezicht van een arts.



# Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity

John P.H. Wilding, D.M., Rachel L. Batterham, M.B., B.S., Ph.D., Salvatore Calanna, Ph.D., Melanie Davies, M.D., Luc F. Van Gaal, M.D., Ph.D., Ildiko Lingvay, M.D., M.P.H., M.S.C.S., Barbara M. McGowan, M.D., Ph.D., Julio Rosenstock, M.D., Marie T.D. Tran, M.D., Ph.D., Thomas A. Wadden, Ph.D., Sean Wharton, M.D., Pharm.D., Koutaro Yokote, M.D., Ph.D., Niels Zeuthen, M.Sc., and Robert F. Kushner, M.D., for the STEP 1 Study Group\*



No. at Risk	0	4	8	12	16	20	28	36	44	52	60	68
Placebo	655	647	637	613	607	593	576	555	529	520	514	499
Semaglutide	1306	1283	1259	1225	1206	1193	1176	1166	1135	1115	1100	1059

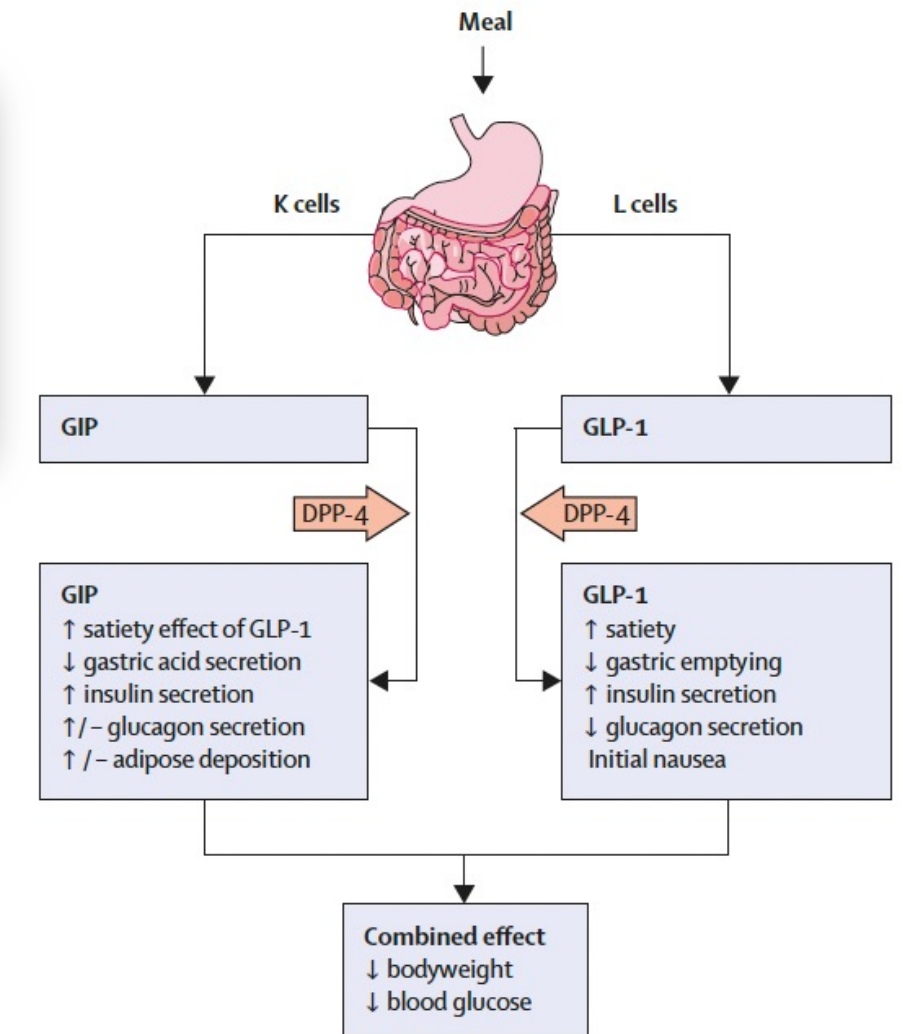
≥5% gewichtsverlies: 86%  
 ≥10% gewichtsverlies: 69%  
 ≥15% gewichtsverlies: 51%

# Duo-agonisten

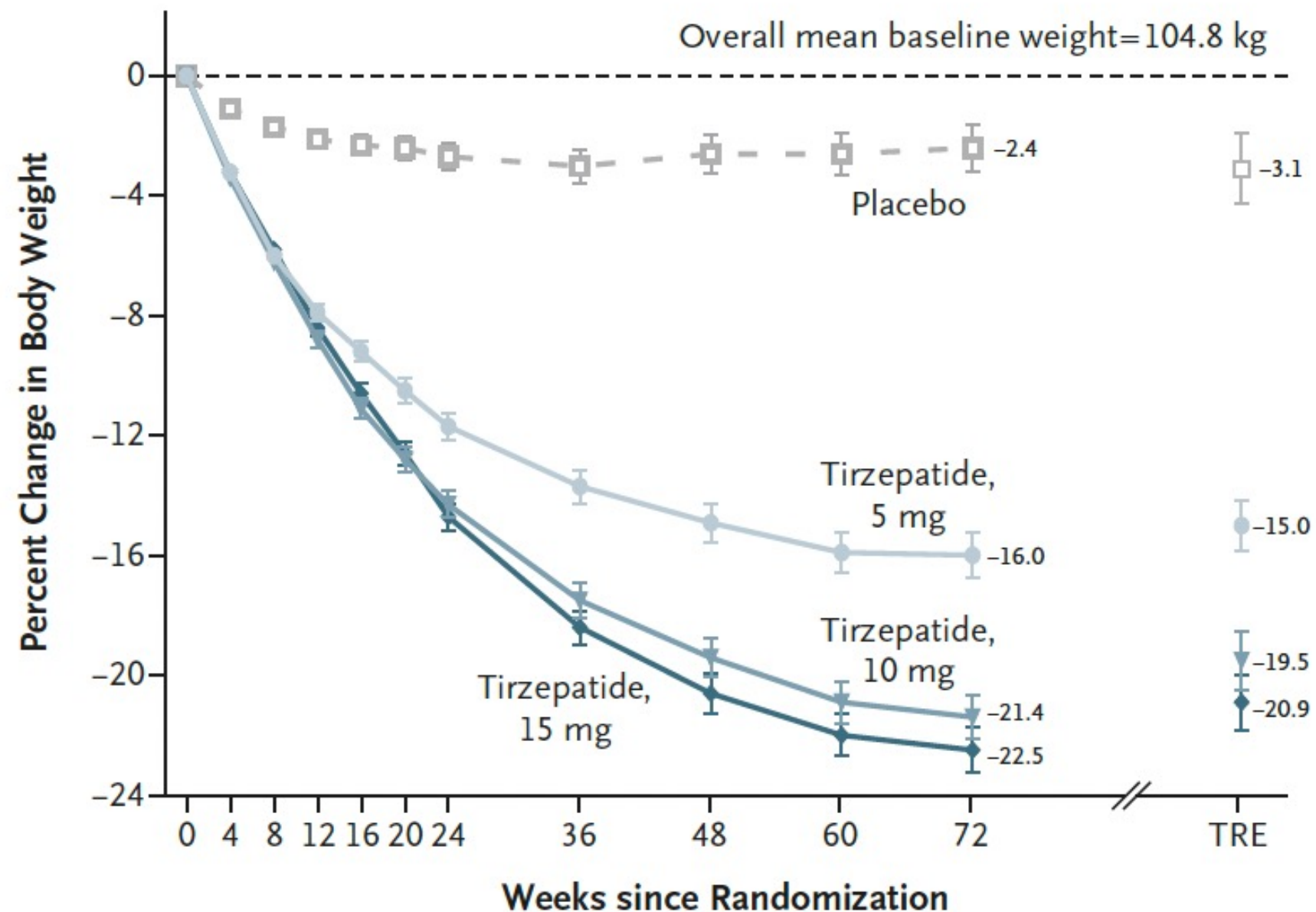
ESTABLISHED IN 1812      JULY 21, 2022      VOL. 387 NO. 3

## Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity

Ania M. Jastreboff, M.D., Ph.D., Louis J. Aronne, M.D., Nadia N. Ahmad, M.D., M.P.H., Sean Wharton, M.D., Pharm.D., Lisa Connery, M.D., Breno Alves, M.D., Arihiro Kiyosue, M.D., Ph.D., Shuyu Zhang, M.S., Bing Liu, Ph.D., Mathijs C. Bunck, M.D., Ph.D., and Adam Stefanski, M.D., Ph.D., for the SURMOUNT-1 Investigators\*



**B** Percent Change in Body Weight by Week (efficacy estimand)



≥5% gewichtsverlies: 91%  
 ≥10% gewichtsverlies: 84%  
 ≥15% gewichtsverlies: 71%

≥20% gewichtsverlies: 57%  
 ≥25% gewichtsverlies: 36%

FDA NEWS RELEASE

# FDA Approves New Medication for Chronic Weight Management

[f Share](#) [X Post](#) [in LinkedIn](#) [✉ Email](#) [🖨 Print](#)

**For Immediate Release:** November 08, 2023

[Español](#)

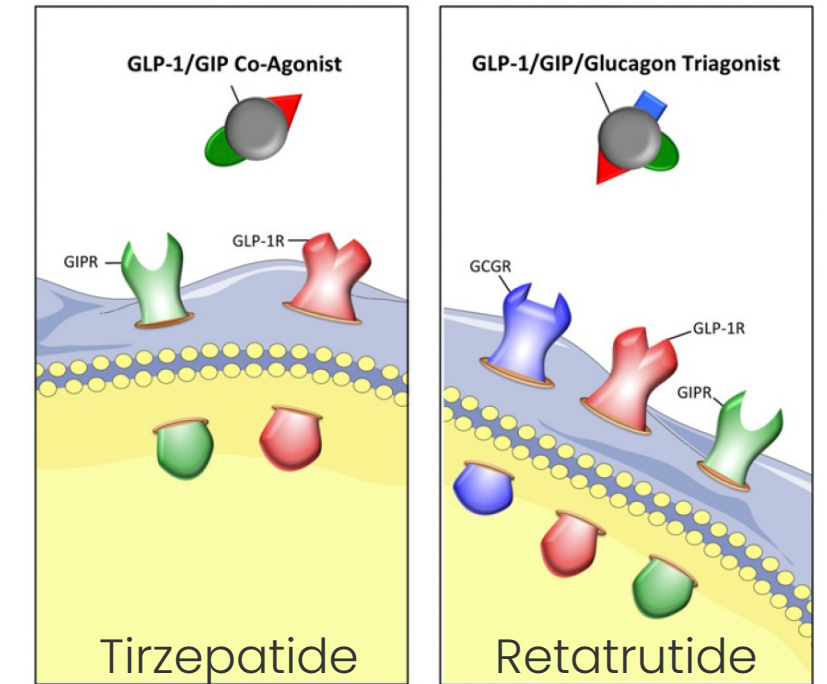
Today, the U.S. Food and Drug Administration approved [Zepbound](#) (tirzepatide) injection for chronic weight management in adults with obesity (body mass index of 30 kilograms per square meter (kg/ m<sup>2</sup>) or greater) or overweight (body mass index of 27 kg/m<sup>2</sup> or greater) with at least one weight-related condition (such as high blood pressure, type 2 diabetes or high cholesterol) for use, in addition to a reduced calorie diet and increased physical activity. Tirzepatide, the active ingredient in Zepbound, is already approved under the trade name Mounjaro to be used along with diet and exercise to help improve blood sugar (glucose) in adults with type 2 diabetes mellitus.



# Triple-agonisten

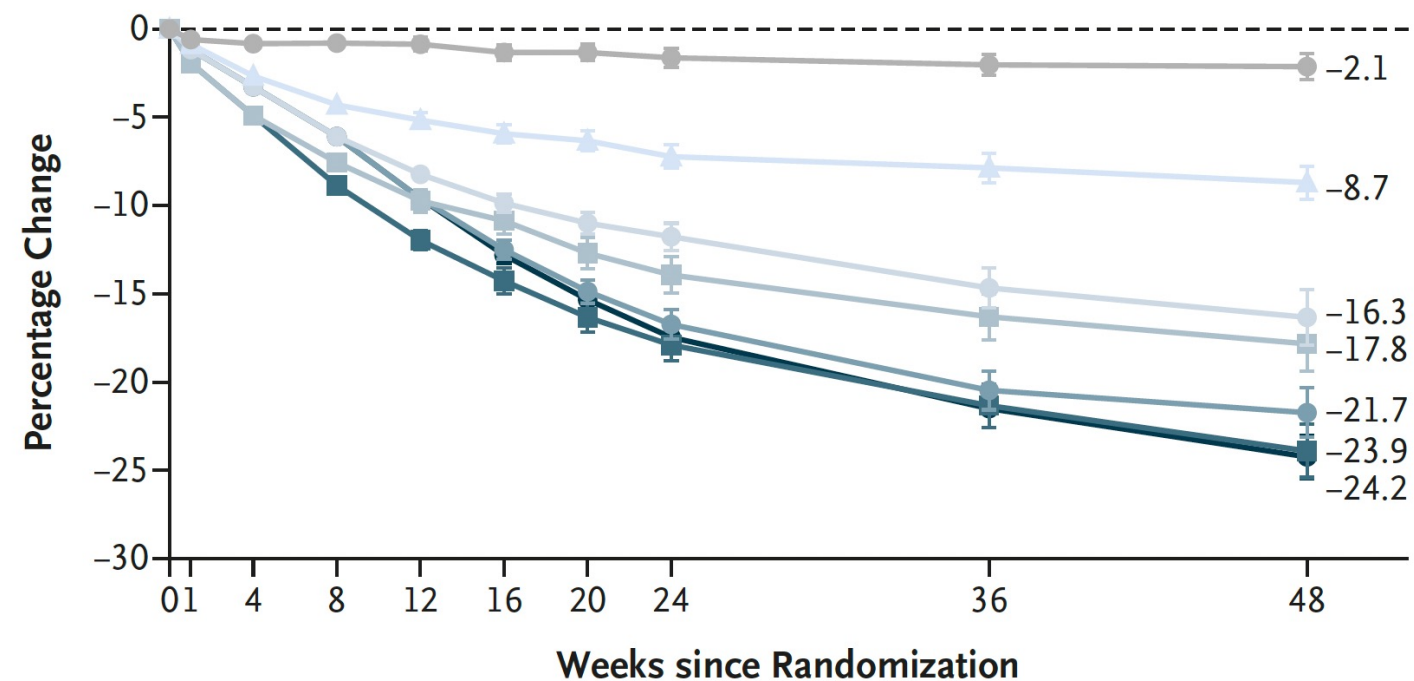
## Triple-Hormone-Receptor Agonist Retatrutide for Obesity — A Phase 2 Trial

Ania M. Jastreboff, M.D., Ph.D., Lee M. Kaplan, M.D., Ph.D., Juan P. Frías, M.D., Qiwei Wu, Ph.D., Yu Du, Ph.D., Sirel Gurbuz, M.D., Tamer Coskun, M.D., Ph.D., Axel Haupt, M.D., Ph.D., Zvonko Milicevic, M.D., and Mark L. Hartman, M.D., for the Retatrutide Phase 2 Obesity Trial Investigators\*



■ Placebo ■ Retatrutide, 1 mg ■ Retatrutide, 4 mg (ID, 2 mg) ■ Retatrutide, 4 mg (ID, 4 mg) ■ Retatrutide, 8 mg (ID, 2 mg) ■ Retatrutide, 8 mg (ID, 4 mg) ■ Retatrutide, 12 mg (ID, 2 mg)

A Changes in Body Weight

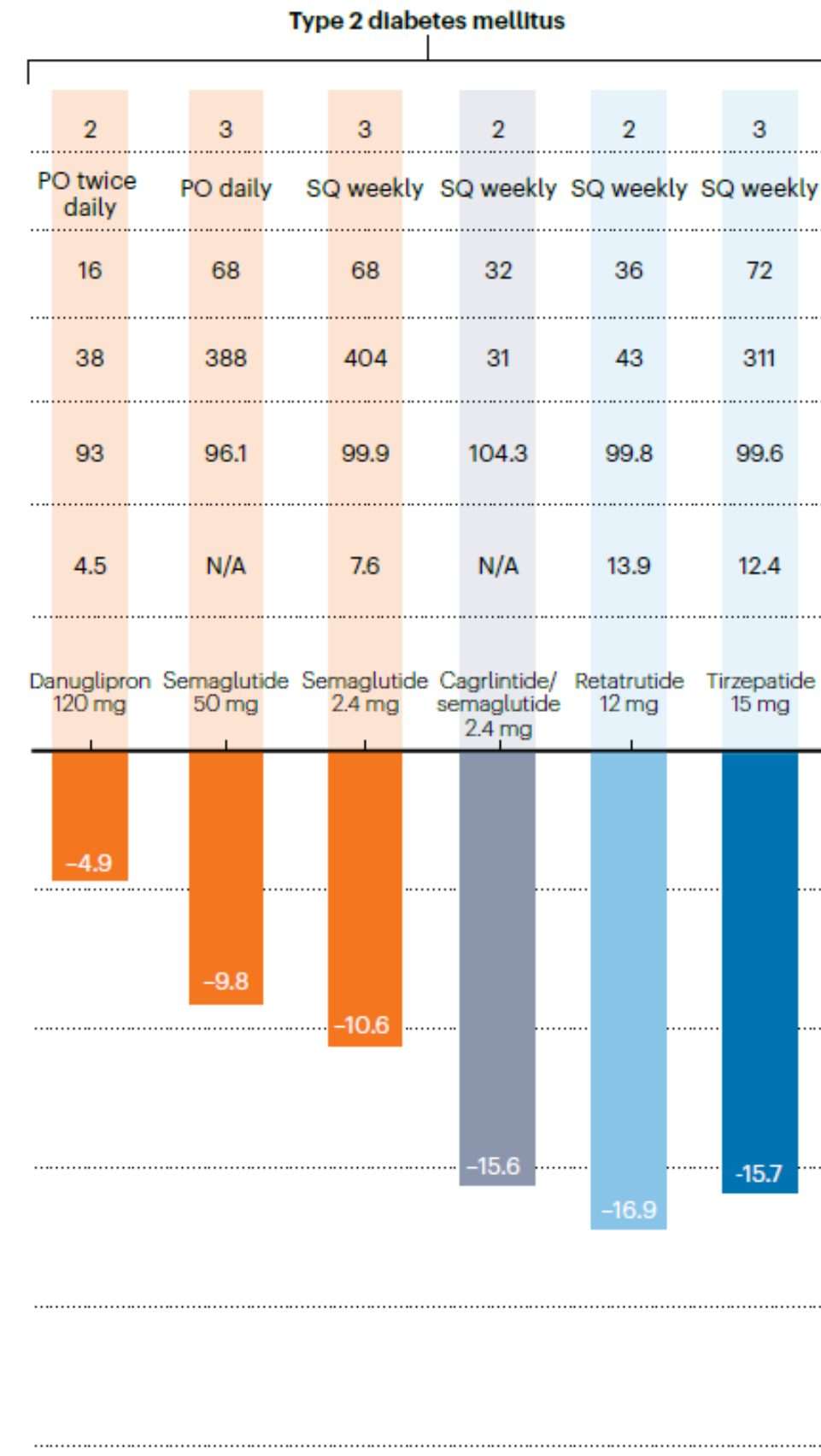
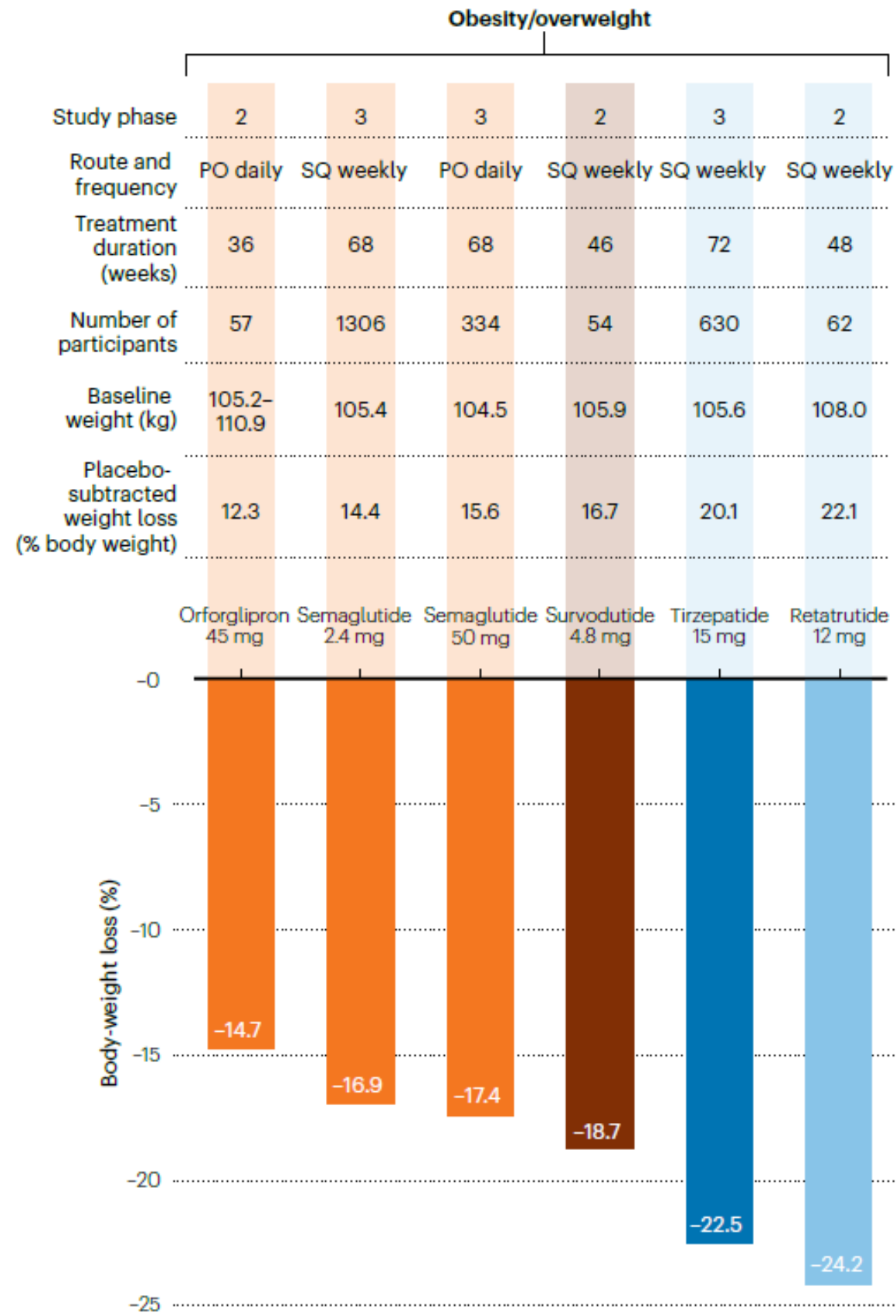


≥5% gewichtsverlies: 100%  
 ≥10% gewichtsverlies: 93%  
 ≥15% gewichtsverlies: 83%

≥20% gewichtsverlies: 63%  
 ≥25% gewichtsverlies: 48%

≥30% gewichtsverlies: 26%

■ GLP-1   
 ■ GLP-1-GIP   
 ■ GLP-1-GCG   
 ■ GLP-1-amylin   
 ■ GLP-1-GIP-GCG



# Take-home messages

- Obesitas-veld dynamisch, medicamenteuze opties richting bariatrische effectiviteit
- Naltrexone/bupropion en liraglutide heden beschikbaar, semaglutide ter beoordeling
- Leefstijl essentieel onderdeel van duurzaam gewichtsverlies
- Aandacht voor langetermijn effecten, tekort aan micronutriënten, duurzaamheid?



# Aanbevolen literatuur



Federatie  
Medisch  
Specialisten

## Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen

Deze richtlijn is tot stand gekomen op initiatief van Care for Obesity/de Vrije Universiteit Amsterdam  
© 2012 - 2024 Richtlijndatabase is een product ondersteund door het [Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten](#)

## News & views

Clinical trials

<https://doi.org/10.1038/s41591-023-02538-7>

## A revolution in obesity treatment

Ildiko Lingvay & Shubham Agarwal

Check for updates

Mounting evidence, including the recent (and unprecedented) phase 2 data on retatrutide, supports a role for incretin hormone agonists in treating obesity. But with great power comes great responsibility.

The worldwide obesity epidemic is continuing unabated and is projected to worsen over the next decades. While preventive interventions will be the most impactful at altering the course of the obesity epidemic in society, treatment of the disease will be life-altering for the individuals affected. Several incretin (gut-secreted hormone) pathways are now being explored therapeutically for obesity, diabetes and other obesity-related metabolic conditions (for example, non-alcoholic steatohepatitis and heart failure). Retatrutide, the first triple-incretin agonist, has just completed its phase 2 development program. The two studies that composed the phase 2 program included adults who are overweight or have obesity<sup>1</sup>, with or without type 2 diabetes<sup>2</sup>. These studies were reported in recent issues of the *New England Journal of Medicine* and *The Lancet*, respectively. The level of weight loss achieved in these studies has generated justifiable excitement. Along with recent encouraging results from other incretin agonists, these drugs are poised to dramatically change how obesity is treated.

Incretins are hormones secreted by the gut in response to food intake. Their secretion is increased following metabolic surgeries that involve gut rearrangements (such as Roux-en-Y gastric bypass and biliopancreatic diversion), and they are thought to be responsible for the weight loss and other metabolic benefits observed after such surgeries. The glucagon-like peptide 1 (GLP-1) pathway – the first incretin pathway to be harnessed therapeutically – exerts beneficial effects on weight, glycemia and cardiovascular events by decreasing appetite, increasing satiety, stimulating glucose-dependent insulin production, reducing inflammation and exhibiting anti-atherosclerotic effects. Other incretin hormones also act centrally to reduce appetite; therefore, in combination with GLP-1 agonism, they potentiate the central anorexigenic effect and have complementary peripheral metabolic effects. For example, gastric inhibitory polypeptide (GIP) agonism increases lipolysis, and glucagon (GCG) agonism improves substrate utilization and increases energy expenditure<sup>3</sup>. As a result, single-, dual- and now triple-incretin agonists have been evaluated as a therapeutic strategy for obesity and related conditions.

The recent phase 2 studies of retatrutide evaluated four maintenance doses of up to 12 mg weekly. In people without diabetes, the highest dose of retatrutide led to a 24.2% reduction in body weight (from a mean baseline of 108.0 kg) following 48 weeks of treatment<sup>1</sup>. In people with type 2 diabetes, retatrutide in weekly doses of 12 mg led to a 2.16%-point reduction in HbA1c (from a mean baseline of 8.3%) and a 16.9% reduction in body weight (from a mean baseline of 99.8 kg) following 36 weeks of treatment<sup>2</sup>. In both studies, the weight-loss trajectory suggested the likelihood of ongoing weight loss with continued therapy. The magnitude of weight loss reported in these studies is unprecedented and approached the weight loss noted after metabolic

surgery (for example, weight loss after Roux-en-Y gastric bypass surgery is 20–30%).

Head-to-head studies that compare obesity pharmacotherapies have not been conducted. As an indirect comparison, the most potent GLP-1 receptor mono-agonist, semaglutide (2.4 mg weekly), led to a 16.9% reduction in body weight after 68 weeks of treatment in patients without diabetes<sup>4</sup>, and 10.6% in patients with type 2 diabetes<sup>5</sup>, along with an HbA1c reduction of 1.6% points (Fig. 1). Tirzepatide, the only dual-incretin agonist (GLP-1-GIP) to have completed late-phase clinical development, led to a body-weight loss of 22.5% after 72 weeks of treatment with the 15 mg dose in patients without diabetes<sup>6</sup>, and 15.7% in patients with diabetes<sup>7</sup> – along with an HbA1c reduction of 2.1% points. The best results to date with a GLP-1-GCG dual agonist were reported in a phase 2 trial of survodutide<sup>8</sup>, in which treatment with a dose of 4.8 mg weekly for 48 weeks resulted in 18.7% body-weight loss. Of note, another bi-receptor agonist combination is also in development, harnessing the incretin (GLP-1) analog semaglutide (2.4 mg weekly) in a fixed-dose ratio combination with an amylin agonist, cagrilintide (2.4 mg weekly), which also suppresses satiety, delays gastric emptying and suppresses GCG secretion.

Incretin agonists seem to be well tolerated, with the most frequent adverse events being gastrointestinal – including nausea, vomiting, diarrhea or constipation. In all studies that evaluate the weight-loss effects of incretin agonists, the proportion of people who stopped treatment was lower in the active medication arms than in placebo arms, reflecting a positive risk/benefit ratio of these agents despite their known side effects. Retatrutide appeared to be no different, with mild-to-moderate gastrointestinal adverse events reported in 13–50% of participants.

The future availability of multiple effective treatments that harness different mechanistic pathways represents not only an opportunity to effectively treat obesity, but also the potential to individualize treatment based on each person's comorbidities, treatment response and preferences. A rich therapeutic line-up also fuels competition, which ultimately benefits patients in multiple ways. First, competition stimulates discovery and ongoing efforts to improve on existing products. Second, concerns regarding drug availability should decrease as the number of therapeutic options increases. Third, competition should positively impact pricing, therefore increasing access to these treatments to more people in need, minimizing disparities that are particularly prevalent in this field.

However, with the great power conferred by effective second-generation obesity pharmacotherapies comes great responsibility – to fully understand their effects and learn how to maximize their long-term benefits while preventing or minimizing untoward effects. The longest studies reported to date have less than 2 years of follow-up. Longer-term studies are needed to understand the full spectrum of benefits, including long-term maintenance of weight loss, impact on obesity-associated metabolic co-morbidities (for example, hypertension, hypercholesterolemia and diabetes) and metabolic complications (for example, cardiovascular disease and non-alcoholic fatty liver disease), and ultimately to determine whether use of these drugs improves quality of life and longevity. It is equally important that we understand and learn to manage the full range of potential drug-related

19 Maart 2024

Cursorisch Onderwijs MDL  
Gastro Update

Dr. Mesut Savas  
Erasmus MC, Interne Geneeskunde

**Linked** 

@mesut savas

# Obesitas

*paradigmaverschuiving in behandeling?!*