



**STRIJDEN TEGEN DE KILO'S:
je staat er niet alleen voor!**

Algemene Abdominale Chirurgie SFZ



Welkom

Beste Mevrouw/Mijnheer,

Welkom in het obesitascentrum van het SFZ Heusden-Zolder.

Deze brochure geeft u de informatie over bariatrische chirurgie of een conservatief traject. Om een goede gewichtsreductie te verkrijgen, is het belangrijk u vooraf goed te informeren en u tijdens het hele traject professioneel te begeleiden.

Ons team wenst u alvast veel succes!



Obesitas, de aandoening

De wereldwijde prevalentie van obesitas is sinds 1975 verdriedubbeld. In 2016 hadden meer dan 1.9 miljard volwassenen overgewicht, 650 miljoen mensen obees, dit is 13% van de wereldbevolking. In 2018 zijn er meer dan 40 miljoen kinderen met obesitas. Volgens de WHO (Wereldwijde Gezondheidsorganisatie) zijn de cijfers van België evenmin positief: 56.4% van de volwassenen heeft overgewicht en 22.1% is obees. De WHO voorspelt dat deze cijfers nog zullen toenemen de komende jaren.

Overgewicht en obesitas worden dikwijls met elkaar vergeleken. Toch is er een groot verschil. Naarmate het gewicht toeneemt, nemen ook de gezondheidsrisico's toe. De belangrijkste oorzaken van overgewicht zijn een onevenwicht tussen energie-inname en fysieke activiteit, met gewichtsstijging en vetopstapeling als gevolg. Obesitas is een chronische ziekte door een te hoge vetopstapeling in het lichaam, met ernstige gezondheidsrisico's tot gevolg. Daarom spreken we vanaf een BMI $\geq 40\text{kg/m}^2$ van morbide obesitas. Het is dus van levensbelang dat obesitas aangepakt wordt, want voldoende afvallen leidt tot een optimalere gezondheid.

In eerste instantie trachten we dit te bereiken via intensieve en multidisciplinaire begeleiding waarbij een combinatie gezocht wordt van voedingsadvies, inzicht in het eetgedrag en toename van fysieke activiteit.

Andere oorzaken van obesitas, zoals hormonale problemen, moeten natuurlijk ook uitgesloten worden.



Body Mass Index (BMI)

De Body Mass Index (= BMI) maakt het mogelijk om de mate van overgewicht te bepalen door de verhouding tussen lengte en gewicht bij een persoon.

$$\text{BMI} = \frac{\text{gewicht (kg)}}{\text{Lengte (m)} \times \text{lengte (m)}}$$

De bekomen waarde bepaalt tot welke gewichtscategorie u behoort en welke de gerelateerde gezondheidsrisico's zijn. Want algemeen geldt dat een hogere BMI ook een hoger gezondheidsrisico inhoudt.

Gewichtscategorieën

BMI < 20	kg/m ²	= Ondergewicht
BMI 20 - 24.9	kg/m ²	= Normaal
BMI 25 - 29.9	kg/m ²	= Overgewicht
BMI 30 - 39.9	kg/m ²	= Obesitas
BMI 40 - 49.9	kg/m ²	= Morbide obesitas
BMI 50 - 59.9	kg/m ²	= Super obesitas
BMI > 60	kg/m ²	= Super super obesitas

Middelomtrek

De middelomtrek is ook een maat voor bepaling van overgewicht en obesitas. Een te hoge middelomtrek is gerelateerd aan een verhoogde vetmassa ter hoogte van de buik, het visceraal vet genoemd, met verhoogde gezondheidsrisico's als gevolg.

	Normaal	Te hoog	Zeer hoog – risico
Man	< 94 cm	94 - 102 cm	>102 cm
Vrouw	< 80 cm	80 - 88 cm	>88 cm

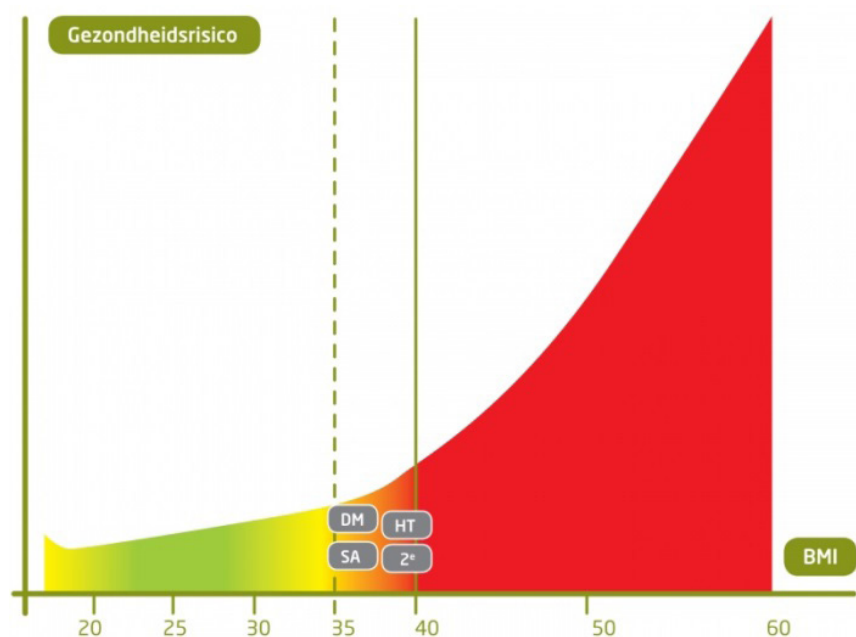
Gezondheidsrisico's en comorbiditeiten van obesitas

Deze comorbiditeiten of complicaties zijn:

- hoge bloeddruk (arteriële hypertensie)
- diabetes mellitus type 2
- hart- en vaatziekten
- psychische problemen
- gewrichtsklachten
- kanker
- slaap-apneu
- ...

Gerelateerde gezondheidsrisico's

De onderstaande figuur geeft weer in welke mate de gezondheidsrisico's toenemen bij een stijgende BMI. Vanaf een BMI van 35 (oranje vlak) met comorbiditeiten en vooral bij een BMI vanaf 40 nemen de gezondheidsrisico's in ernstige mate toe (rode vlak).



DM = Diabetes Mellitus of suikerziekte
HT = Arteriële Hypertensie of hoge bloeddruk
SA = Slaapapneu
Ze = Eerder falende heelkundige ingreep

Wettelijke en wetenschappelijke voorwaarden voor bariatrische heelkunde

Algemene voorwaarden:

- vanaf 18 jaar
- minstens 1 jaar dieet gevolgd
- bereidheid tot levenslange follow – up
- na multidisciplinair overleg en met schriftelijk akkoord van endocrinoloog / (gastro-enteroloog) / internist / psycholoog of psychiater / diëtiste en chirurg
- gemotiveerd zijn om levensstijl aan te passen
- geen andere oorzaak voor obesitas gevonden
- afwezigheid van overmatig alcohol- of druggebruik
- afwezigheid van zware psychiatrische problematiek

BMI en comorbiditeiten:

- BMI > 40
- Of BMI > 35 + diabetes mellitus waarvoor medicatie wordt ingenomen
- Of BMI > 35 + hypertensie (3 medicamenten)
- Of BMI > 35 + slaapapneu (bewezen met polysomnografie of slaaponderzoek)
- Of BMI > 35 + een eerder falende zwaarlijvigheidsingreep (bv.: gastric banding, Mason gastroplastie)

Op basis van deze voorwaarden wordt er in België door het RIZIV een gedeeltelijke terugbetaling voorzien in de kostprijs van de ingreep. De exacte kostprijs van de verschillende ingrepen is afhankelijk van de manier waarop u verzekerd bent bij uw ziekenfonds. Vraag dit vooraf na.



Preoperatieve onderzoeken

Labo bij de huisarts

Consultatie endocrinoloog - internist

Uitsluiten van stofwisselingsproblemen, onderzoek naar diabetes mellitus, ...

Consultatie maag-darm specialist

Door middel van een gastroscopie zal de arts enkele biopsies nemen van de maag. Dit om de bacterie *Helicobacter Pylori* uit te sluiten, omdat deze bacterie het risico op maagzweren verhoogt.

Echo abdomen

Hiermee wordt nagegaan of er galstenen aanwezig zijn en de mate van leververvetting wordt gecontroleerd.

Consultatie psycholoog

Hierbij wordt de lijdensdruk van het overgewicht besproken en het eetgedrag en de functie ervan bekeken. We gaan na welk type eter u bent en er wordt gepeild naar uw motivatie en verwachtingen. Tevens wordt er informatie gegeven rond de nodige gedragsaanpassingen en de impact of gevolgen van de ingreep op uw levensstijl.

Consultatie diëtiste

Het voedingspatroon zal in kaart gebracht worden en de diëtiste zal u tips geven omtrent gezonde eetgewoontes en voedingsadvies pre- en postoperatief.

Consultatie chirurg

Bespreking van de mogelijke ingrepen met inbegrip van de complicaties.

Afhankelijk van de leeftijd, het overgewicht en de mate van gezondheidsrisico's kunnen er bijkomende onderzoeken, zoals een slaapstudie of een onderzoek door de hartspecialist, gepland worden. De bekomen resultaten van deze onderzoeken worden in teamverband besproken. Rekening houdend hiermee schat de arts in hoe deze ingreep zo efficiënt en veilig mogelijk kan gebeuren.

Conservatieve behandeling

Patiënten die niet in aanmerking komen voor een bariatrische ingreep of geen operatie wensen, kunnen starten met het conservatief behandelplan. Deze patiënten worden professioneel begeleid door een diëtiste en kinesisten. Indien aangewezen is er ook psychologische begeleiding.

Bewegen:

- 2-3 keer per week training op uithoudingsvermogen (conditie) en krachttraining
- Motiveren tot gewichtsverlies
- Gezonde eet- en leefgewoonten aanleren
- Blijvende gedragsveranderingen aanmoedigen

Voeding en dieet

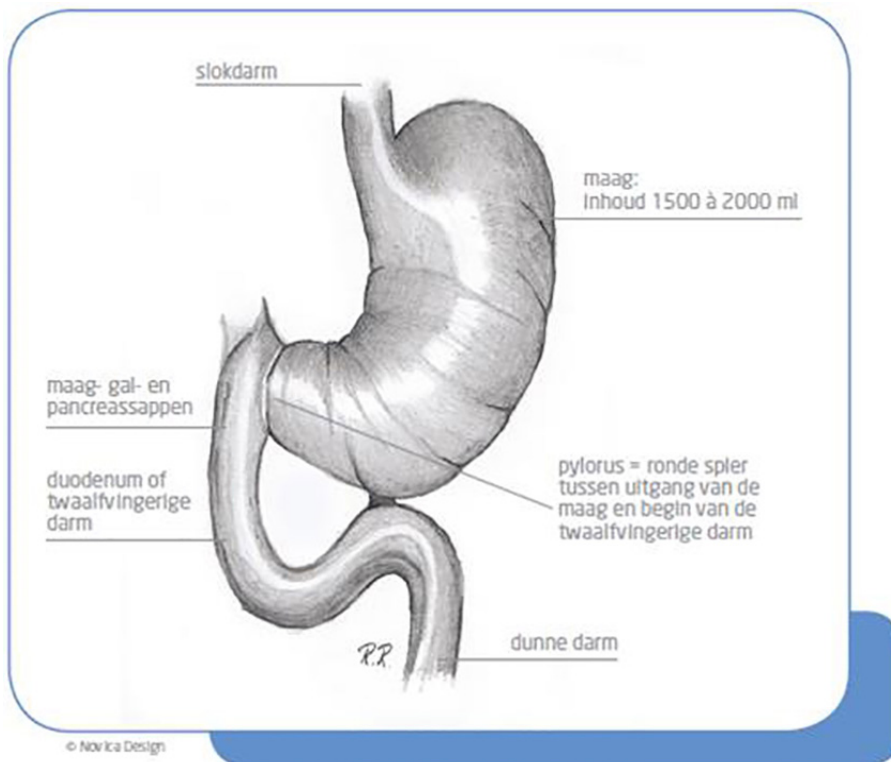
De diëtiste stelt aan de hand van een voedingsanamnese een dagschema voor. De voedingsfouten worden besproken en we werken naar een gezonder voedingspatroon. Tijdens de eerste consultatie tracht de diëtiste een beeld te vormen van het huidige voedingspatroon en de leefgewoonten. Vanuit die anamnese stellen de diëtiste en patiënt samen een aangepast en haalbaar dagschema op. Daarnaast ontvang je verschillende informatiebrochures en nuttige tips.

Tijdens de opvolgconsultaties worden eventuele knelpunten besproken en nieuwe doelen opgesteld. De frequentie van de opvolgconsultaties is zeer individueel en wordt onderling afgesproken. Bij elk consult wordt de patiënt gewogen en het gewichtsverloop bijgehouden.



Normale anatomie van de maag

Vooraleer we de mogelijke procedures voor bariatrische heelkunde verder uitleggen, is het belangrijk om een juist zicht te hebben op het normaal beeld van de maag.



Heelkundige behandeling

Obesitas vraagt een multidisciplinaire aanpak. Om een bariatrische ingreep te doen slagen, is een professionele begeleiding een must!

Aanpassing van de eet- en leefgewoonten alsook beweegadvies met een mentale gezonde instelling, zorgen voor het beste resultaat op lange termijn!

Bewegen

Regelmatig bewegen is belangrijk zowel voor als na een bariatrische ingreep. Een goede pre-operatieve conditie vermindert het risico op complicaties tijdens en na de ingreep en zorgt voor een betere recuperatie postoperatief.

Postoperatief mag de patiënt na 3 weken starten in het obesitasprogramma.

Voeding en dieet

Na een afspraak bij de obesitascoördinator volgt een eerste consult bij de diëtiste voor een screeningsgesprek. Hierin wordt gevraagd naar de dieetgeschiedenis en het gewichtsverloop. Aan de hand van een voedingsanamnese wordt het huidige voedingspatroon nagevraagd. Dit alles om te achterhalen welk type eter de patiënt is en om een zo goed mogelijke behandeling te bekomen.

10 dagen voor de operatie zal de patiënt starten met een koolhydraatarm en eiwitrijk dieet. Dit dieet is van belang zodat de lever krimpt (ontvetten) en hierdoor de complicaties tijdens de operatie verminderen.

Na de operatie voorziet de diëtiste nog een aantal opvolgconsultaties ter bespreking van de verschillende fases in het nieuwe voedingspatroon. Telkens wordt de gehele voeding besproken en advies gegeven hoe de voeding verder uit te breiden, dit alles om een goede voedingsstatus te handhaven. Bovendien worden eventuele klachten besproken zoals dumping, diarree, braken, misselijkheid,....

Tijdens elk consult wordt de patiënt gewogen en het gewichtsverloop bijgehouden.



Psycholoog

Psychotherapeutische begeleiding is mogelijk op verschillende momenten in het behandelproces. Zowel voor als na de ingreep of tijdens het conservatief behandelplan. Zes maanden na de operatie wordt steeds een opvolgingsgesprek met de psycholoog voorzien. Vaak gaat het erg goed vlak na de operatie maar ontstaan er problemen een aantal maanden na de operatie. Tijdens dit opvolgingsgesprek worden mogelijke aanpassingsmoeilijkheden in kaart gebracht en wordt er samen met de patiënt bekeken of een psychotherapeutische begeleiding zinvol is. Indien geen verdere begeleiding wordt opgestart, wordt gekeken naar terugvalpreventie: hoe ga je om met stress, met de stabilisatie van het gewicht, verlies van motivatie, etc.

Al wordt er geen verdere begeleiding opgestart na de opvolgconsultatie, toch kan de patiënt steeds terug contact opnemen om een nieuwe afspraak te plannen, op eigen initiatief of op verwijzing van de dokter of diëtiste.



Operatieve aanpak van obesitas: restrictieve bariatrische chirurgie

Het doel van een restrictieve procedure is om beperking te creëren in de hoeveelheid voedsel dat kan worden ingenomen, waardoor u een snellere verzadiging zal ervaren. De restrictieve procedures zijn dus voornamelijk volumebeperkend en hebben minder effect bij de inname van zoetheid. Hoewel wij op voorhand trachten te bepalen welk type eter u bent, blijken de resultaten vaak wisselend.

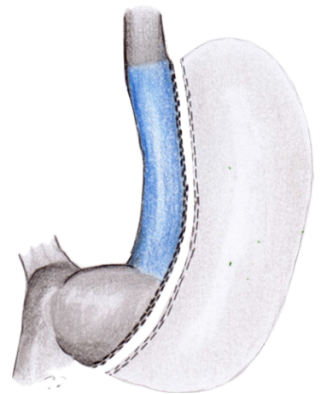
De ingrepen kunnen technisch gezien op laparoscopische wijze (= kijkoperatie) uitgevoerd worden.

De klassieke maagband (gastric banding) wordt in dit ziekenhuis niet uitgevoerd gezien we uit wetenschappelijk onderzoek weten dat deze ingreep te veel risico's inhoudt.

Gastric Sleeve

Procedure

Bij deze ingreep wordt de grote buitenbocht van de maag verwijderd, bijgevolg blijft er enkel een lange verticale tunnel of sleeve aan de binnenbocht van de maag bestaan. Deze ingreep zorgt ervoor dat het hongergevoel vermindert doordat het deel van de maag waar deze sensoren zich bevinden, wordt verwijderd. Het resterend deel van de maag is minder elastisch en zal dus minder kunnen uitzetten. Tevens wordt de capaciteit van de maag gereduceerd van 1500 tot 2000ml tot gemiddeld 100 tot 150ml.



© Novica Design

Te verwachten resultaten

Vermagering treedt meestal op in de eerste 6 tot 9 maanden. U kan een gewichtsdeling van 50 tot 60% van het overgewicht bekomen. Het effect van deze ingreep is het grootst bij volume-eters omdat het voortdurende hongergevoel vermindert en de capaciteit van de maag aanzienlijk verkleind is.

De voordelen van deze ingreep:

- Er treedt snel een volheidsgevoel op, waardoor u stopt met eten.
- De overgang van maag naar darm ("pylorus") blijft intact, wat het risico op het dumpingsyndroom (= inname van bepaalde voedingsstoffen zoals o.a. vetten en suikers kunnen slecht worden verdragen) verkleint.
- Deze ingreep kan als een definitieve procedure dienen, maar wordt ook toegepast bij zeer hoge gewichtscategorieën als voorbereiding op een restrictieve- malabsortieve procedure.
- Goede invloed op aandoeningen zoals suikerziekte of te hoge bloeddruk.

De nadelen/risico's van deze ingreep:

- De operatie is onomkeerbaar aangezien een deel van de maag is verwijderd.
- Misselijkheid en overgeven is mogelijk.
- Lekkage: dit wordt tijdens de operatie en op de eerste dag van de ingreep gecontroleerd door middel van een slikfoto.
- Zure reflux als gevolg van het hoge druk systeem dat gecreeërd wordt.



Operatieve aanpak van obesitas: restrictieve malabsorptieve bariatrische chirurgie

Gastric Bypass

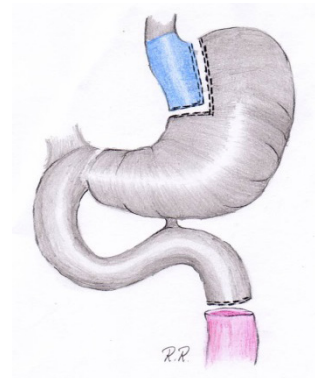
Procedure

Bij deze procedure wordt er een kleine voormaag (= pouch) gecreëerd ter hoogte van de overgang van de slokdarm naar de maag. Deze voormaag is dan niet meer verbonden met de rest van de maag en heeft slechts een inhoud van ongeveer 20 tot 30 ml. Hierdoor is er een sneller gevoel van verzadiging. Bij deze ingreep wordt de rest van de maag niet verwijderd.

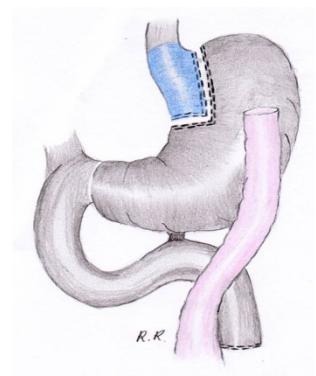
Vervolgens wordt de dunne darm doorgenomen, 40 – 50 cm voorbij het uiteinde van de maag.

Hierna wordt het onderste deel van deze darm naar boven gebracht en verbonden met de nieuwe voormaag. Vanaf dan noemt men dit de "voedingslis".

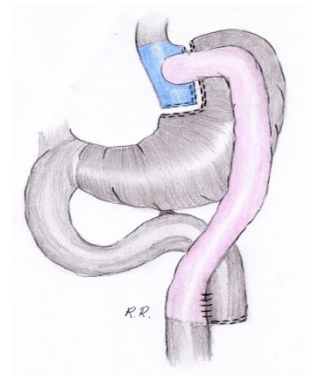
Tot slot wordt de uitgang van de restmaag op een lager niveau verbonden met de voedingslis. Op dat niveau komen de verteringssappen dus terug bij het voedsel.



© Novica Design



© Novica Design



© Novica Design

De voordelen van deze ingreep:

- Zowel volume- als zoeteters zijn goede kandidaten.
- Aanvankelijk sneller gewichtsverlies.
- De eventuele gezondheidsrisico's, zoals suikerziekte of hoge bloeddruk ten gevolge van het overgewicht kunnen door deze ingreep aanzienlijk verbeteren of zelfs verdwijnen. (60 - 65%)

De nadelen/risico's van deze ingreep:

- Zeldzaam ijzer en vitamine B12 tekort kan optreden.
- Het eten van voedingsbestanddelen zoals vetten en suikers kan een onbehagelijk gevoel geven (= dumping).
- Lekkage: dit wordt tijdens de operatie en op de eerste dag na de ingreep gecontroleerd d.m.v. een slikfoto.
- De restmaag is nog moeilijk bereikbaar voor onderzoek na de ingreep. Vandaar dat er een absoluut verbod is op het gebruik van ontstekingsremmers (=NSAID'S) na een gastric bypass.
- Darmverstrengeling (= interne hernatie) als gevolg van de gewijzigde anatomie en uitgesproken gewichtsverlies. Hiervoor dient dan een kijkoperatie te gebeuren om de dunne darmen terug in de juiste positie te leggen.

Te verwachten resultaten

U kan een gemiddeld verlies verwachten van 65 tot 75% van het overgewicht. De eerste zes maanden is het gewichtsverlies het grootst. Nadien gaat het vermageren trager maar houdt het nog 12 tot 18 maanden aan na de ingreep.

Deze ingreep wordt gezien als de GOUDEN STANDAARD van de bariatrische chirurgie



Postoperatieve adviezen

Follow up

- 10 dagen na de ingreep consult diëtiste
- 3 weken na de ingreep consult chirurg
- 6 weken na de ingreep consult diëtiste
- 3 maanden na de ingreep consult chirurg - diëtiste - obesitascoördinator
- 6 maanden na de ingreep consult chirurg - diëtiste - psychologe
- 12 maanden na de ingreep consult chirurg - diëtiste
- 24 maanden na de ingreep consult chirurg - diëtiste

Na de ingreep zal de arts u aanraden om levenslang een multivitaminepreparaat te gebruiken om vitaminetekorten te voorkomen.

Tevens zal uw arts een maagbeschermer (protonenpompremmer) voorschrijven voor 3 maanden (na gastric bypass) of 1 jaar (na sleeve gastrectomie). Dit is nodig om de nieuwe verbindingen die gemaakt zijn tijdens de operatie te beschermen.

Voor vrouwen geldt dat orale anticonceptiva (de pil) minder goed kunnen worden opgenomen in het lichaam na een gastric bypass. Dit wil zeggen dat de betrouwbaarheid ervan niet gegarandeerd kan worden. Het is echter zo dat u gedurende 12 tot 18 maanden na de operatie beter niet zwanger raakt. Na een periode van 12 tot 18 maanden mag u zwanger geraken, het kan zelfs zijn dat uw vruchtbaarheid toegenomen is als gevolg van het gewichtsverlies.



Revalidatie

Postoperatief mag de patiënt na 3 weken starten met het sporten (revalidatie programma SFZ of fitness), ditna controle bij de chirurg.

Bij de start van het programma wordt eerst een ergospirometrie afgenomen bij de cardioloog. Aan de hand van deze test krijgt de kinesist informatie over de belastbaarheid van het hart en de conditie van de patiënt. Op basis van deze gegevens wordt een individueel trainingsplan opgesteld.

Onder begeleiding van kinesisten kan de patiënt 2 tot 3 keer per week in het ziekenhuis komen oefenen. In groepen van maximaal 12 patiënten wordt telkens anderhalf uur getraind.

Het is bewezen dat revalidatie in groep aangenamer is en makkelijker vol te houden is.

Het programma bestaat zowel uit duurtraining als krachttraining.

Krachttraining is nodig om tijdens het vermageringsproces het verlies aan spiermassa te beperken en duurtraining is noodzakelijk om de vetmassa te reduceren. Na een algemene opwarming waarbij de grote spiergroepen worden aangesproken, krijgt elke patiënt een op maat gemaakt trainingsprogramma. Daarnaast krijgt de patiënt tips om het activiteitsniveau ook thuis te verhogen.

De eigen bijdrage is afhankelijk van persoon tot persoon en afhankelijk van de wijze van verzekering. Het remgeld zal tussen de 1.51 euro en 7.03 euro bedragen. Een eventuele extra tegemoetkoming via uw hospitalisatieverzekering kan bekomen worden, informeer u hierover bij uw verzekering.

Elke revalidatiesessie dient ingepland te worden in de agenda. Dit kan u bespreken met de kinesisten. Indien u om een bepaalde reden niet aanwezig kan zijn op uw afspraak, willen wij u vriendelijk vragen ons te verwittigen op het nummer: **011 71 55 63 (kine)**.



Ons team

- Coördinator obesitascentrum:

Mevr. Volders Laure

- Abdominaal chirurgen:

Dr. Nathalie Deferm

Dr. Johan De Gols

- Endocrinoloog:

Dr. Katrien Laga

Dr. Heidi Vanderstappen

Dr. Galina Khorosheva

- Psycholoog:

Mevr. Lieve De Clerck

- Diëtisten:

Mevr. Kelly Rochus

Mevr. Evelien Vranken

- Kinesisten

- Dienst gastro-enterologie

- Dienst cardiologie

- Dienst pneumologie

- Dienst fysiotherapie

- Secretariaat Abdominale heekunde

Mevr. Mieke Timmers (011 71 58 12)



Contact

Wenst u meer informatie of zit u nog met vragen, neem gerust contact op met de coördinator van het obesitascentrum

Obesitas coördinator: tel. 011 71 54 76

Secretariaat abdominale heelkunde: tel. 011 71 58 12

Obesitas centrum SFZ
Sint-Franciscusziekenhuis
P. Paquaylaan 129
3550 Heusden-Zolder





Publicatiedatum: Juni 2022, Obesitaskliniek
Sint-Franciscusziekenhuis
P. Paquaylaan 129 | 3550 Heusden-Zolder
Tel. 011 71 50 00 | Fax. 011 71 50 01 | www.sfz.be

