

INFORMATIE VOOR PATIËNTEN




Obesitaskliniek

Algemene heelkunde



Az Damiaan
Dicht bij het leven

Inhoud

 **Aarzel niet om contact op te nemen met ons.
Wij helpen je graag verder.**

secretariaat Algemene heelkunde: 059 41 42 21

www.azdamiaan.be/nl/zorgaanbod/algemene-heelkunde
algemeneheelkunde@azdamiaan.be



Inleiding.....	4
Algemene informatie.....	4
Heelkundige behandeling.....	8
Preoperatieve oppuntstelling.....	20
Postoperatieve follow-up.....	20
Voeding na bariatrische heelkunde.....	21

© Az Damiaan vzw, april 2021. Niets uit deze brochure mag worden overgenomen zonder uitdrukkelijke toestemming.

Az Damiaan heeft deze informatiefolder met de grootste zorg opgemaakt. Deze folder bevat algemene informatie en is bedoeld als aanvulling op het gesprek met jouw zorgverlener. Mocht deze folder vergissingen, tekortkomingen of onvolledigheden bevatten dan zijn Az Damiaan, de artsen en medewerkers hiervoor niet aansprakelijk.

Inleiding

Het voorkomen van overgewicht en obesitas neemt wereldwijd toe. Ook België ontsnapt niet aan dit fenomeen. De gemiddelde Vlaming is te dik. Ook steeds meer kinderen kampen met overgewicht.

Ongeveer één miljoen mensen lijdt aan ernstig overgewicht. Zij lopen risico's op hart- en vaatziekten (onder andere hoge bloeddruk en te hoog cholesterol), gewrichtsproblemen, suikerziekte en zelfs bepaalde vormen van kanker. Overgewicht en obesitas zijn daarom een serieus gezondheidsprobleem. Zeker voor diegenen die een zogenaamd appelfiguur hebben: bij hen zit het vet voornamelijk ter hoogte van de buik. Zij lopen grotere risico's dan mensen met een peerfiguur waarbij het vet voornamelijk op de heupen zit. Hoe dan ook, obesitas is een aandoening die in ieder geval behandeld dient te worden.

De Overgewicht- en Obesitaskliniek van Az Damiaan, de OOK, biedt hulp bij de aanpak van overgewicht en obesitas. Een team van geneesheerspecialisten en paramedici zoekt samen met je huisarts naar de beste oplossing voor jouw probleem. Het behandelen en voorkomen van ziekten als gevolg van jouw overgewicht of obesitas is hierbij van het grootste belang.

Algemene informatie

Wat is overgewicht/obesitas?

Overgewicht betekent dat een persoon meer weegt dan "normaal" voor zijn lengte. **Obesitas** of zwaarlijvigheid kan je omschrijven als een vorm van overgewicht die de gezondheid in gevaar kan brengen. Morbide obesitas is ziekelijke zwaarlijvigheid.

Overgewicht en obesitas zijn in de meeste gevallen het gevolg van ongezonde eetgewoonten in combinatie met een sedentaire levensstijl. Als het energieaanbod via het voedsel groter is dan het energieverbruik, wordt het teveel aan energie opgeslagen onder de vorm van vetten in het vetweefsel.

Die opslag van energie is onontbeerlijk voor de overleving als het voedsel schaars wordt. Maar als een overaanbod aan energie regel wordt, ontstaat obesitas.

Bij obesitas gaat de toegenomen vetopslag gepaard met duidelijk verhoogde gezondheidsrisico's. Die gezondheidsproblemen hebben een ongunstige invloed op de kwaliteit van het leven en de levensverwachting zelf: obese mensen hebben niet alleen een verminderde levenskwaliteit, maar ze leven ook minder lang.

Oorzaken van overgewicht en obesitas

Veel factoren spelen een rol bij het ontstaan van gewichtstoename, inclusief genetische, medische, therapeutische en psychologische oorzaken. Het is te eenvoudig om een enkele factor als de oorzaak van het complexe probleem obesitas aan te wijzen.

De meest voorkomende oorzaak van obesitas is een onevenwicht tussen inname en verbruik van energie.

Tekort aan beweging

De hoeveelheid energie die je per dag verbrandt, kan je tot op zekere hoogte beïnvloeden. Hoe meer je beweegt, hoe meer energie je verbruikt. Meer nog, zelfs je energieverbruik in rust verbetert, als je regelmatig sport!

Door te sporten immers krijg je een grotere spiermassa en dit zorgt voor energieverbruik terwijl je rust. Bewegen geeft dus dubbel plezier. Je dient dagelijks 30 minuten een matige lichamelijke activiteit te hebben. Fiets naar je werk, neem wat vaker de trap, Hoe meer overgewicht iemand torst, hoe minder hij/zij beweegt.

Alcoholgebruik

Alcohol bevordert gewichtstoename omdat het veel energie bevat en het geeft geen gevoel van verzadiging. De aanvoer van energie uit een drankje wordt bepaald door het alcoholgehalte. Hoe hoger het alcoholgehalte, hoe meer energie wordt geleverd. Daarbij komt nog dat alcohol een vertragend effect heeft op de afbraak van het vet uit de voeding en je zo meer vet gaat opslaan. Calorieën uit alcohol zijn "lege" calorieën: zonder voedingswaarde.

Medische en therapeutische oorzaken

Een te trage werking van de schildklier, hypothyroïdie, vertraagt de stofwisseling met gewichtstoename als gevolg. Bepaalde medicatie kan een invloed hebben op de stofwisseling. Bepaalde antidepressiva beïnvloeden het gevoel van verzadiging.

Bètablokkers (middelen tegen hoge bloeddruk en hartproblemen) kunnen het afbreken van het vet tijdens een dieet tegengaan.

Sommige contraceptieve hormoonpreparaten en corticosteroïdentherapie voor diverse ziektebeelden kunnen overgewicht veroorzaken.

Erfelijkheid

Studies blijken aan te tonen dat genetische factoren in relatie tot de stofwisseling en in relatie tot de eetlustcontrole bepalend kunnen zijn bij het ontwikkelen van overgewicht.

Psychologische factoren

Stress, frustratie, een negatief zelfbeeld of psychiatrische aandoeningen kunnen aanleiding geven tot een gestoord eetpatroon met overgewicht tot gevolg.

Overgewicht brengt een psychologische belasting met zich mee en kan leiden tot eetbui-aanvallen. Heimelijke nachtelijke eetbuien komen veel voor bij volwassenen met overgewicht.

Heb ik overgewicht ? Ben ik obees ?

De meest gebruikte maat om de graad van overgewicht of obesitas te meten is de BMI of Body Mass Index. Hij wordt berekend door het gewicht in kilogram te delen door het kwadraat van de lengte in meter (kg/m^2). Deze waarde is onafhankelijk van de leeftijd of het geslacht.

BMI= Gewicht in kg/(Lengte in m)²

Op basis van de BMI bepaalde nationale en internationale gezondheidsautoriteiten de grenswaarden om personen te klasseren volgens de criteria "normaal gewicht", "overgewicht" of "obesitas".

	BMI	Gezondheidsrisico
Ondergewicht	< 18.5	Verhoogd
Normaal gewicht	18.5 - 25	-
Overgewicht	25 - 30	Verhoogd
Obesitas (klasse I)	30 - 35	Hoog
Obesitas (klasse II)	35 - 40	Zeer hoog
Morbide obesitas (klasse III)	> 40	Extreem hoog
Morbide obesitas (klasse IV)	> 50	'Super-obees'

Bereken je BMI: deel je gewicht in kilogram door het kwadraat van je lengte in meter.

Comorbiditeiten

Dit zijn bijkomende aandoeningen die obesitas tot een nog groter gezondheidsrisico maken.

- Degeneratieve gewrichtsaandoeningen
- Hypertensie (verhoogde bloeddruk)
- GE Reflux (terugvloeit van voedsel van maag naar slokdarm)
- Urinaire stress incontinentie (urineverlies bij niezen, lachen, hoesten, ...)
- Cholelithiasis (galstenen)
- Depressie
- Dyslipidemie: hypertriglyceridemie, laag HDL, hypercholesterolemie
- Diabetes, hyperinsulinemie
- Astma
- Slaapapneu
- Hartdecompensatie.

Heelkundige behandeling

Obesitas wordt multidisciplinair benaderd. Endogene oorzaken worden uitgesloten of behandeld. Comorbiditeiten worden aangepakt. Als een conservatieve benadering faalt of onvoldoende (blijvend) resultaat oplevert, wordt bariatrische heelkunde een waardig alternatief, op voorwaarde dat enkele regels worden gerespecteerd.

Bariatrische heelkunde is een HULPMIDDEL bij:

- 'Volume-etters' en 'sweet-etters' (snoepers),
- met een BMI van 40, of een BMI van 35 met comorbiditeiten,
- bij wie conservatieve maatregelen faalden
- en die bereid zijn blijvend een vorm van dieet te volgen
- en die fysisch actief zijn (of opnieuw willen worden)
- en met exogene morbide obesitas.

Indicaties

In Az Damiaan worden enkel die patiënten geopereerd die voldoen aan de door de overheid bepaalde voorwaarden voor terugbetaling.

Wie komt aldus in aanmerking voor een heelkundige ingreep?

- Exogene morbide obesitas (geen hormonale oorzaken)
- Leeftijd vanaf 18 jaar
- BMI minstens 40, of BMI minstens 35 mét minstens 1 van volgende 3 comorbiditeiten:
 - diabetes mellitus = suikerziekte,
 - slaapapneusyndroom = snurkende ademhaling met episodes van ademhalingsstilstand,
 - niet-behandelbare arteriële hypertensie = hoge bloeddruk ondanks 3 verschillende antihypertensiva (bloeddrukverlagende medicatie)
- Falen van conservatieve maatregelen (maw diëten helpt niet (meer))

- Bereid tot het blijvend volgen van een vorm van dieet (omdat de ingreep onder andere voor een kleinere maaginhoud zorgt)
- Bereid tot het verhogen van de fysieke activiteit
- Afwezigheid van contra-indicaties
- Aanvaardbaar operatief risico
- Na multidisciplinair overleg tussen chirurg, internist en psychiater
- Secundaire ingrepen (patiënten die al een bariatrische ingreep ondergingen, maar problemen ondervinden): deze kunnen vanaf BMI 35.

Contra-indicaties

Bij wie is het niet aangewezen om een bariatrische ingreep uit te voeren?

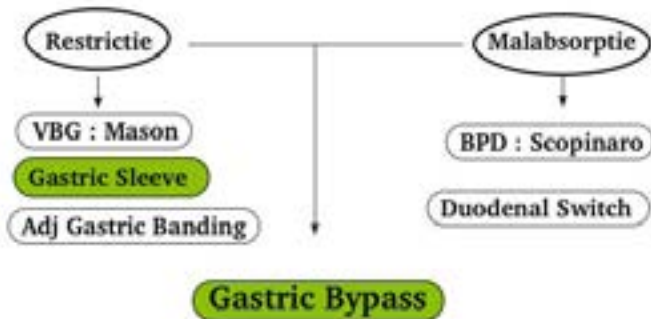
- Als er niet is voldaan aan de indicaties
- Medische redenen: de patiënt kan een algemene anesthesie en/of de chirurgische ingreep niet aan
- Alcohol- en/of drugsmisbruik
- Psychiatrische stoornissen: onder andere 'binge eating'
- Zwangerschap: relatief (het is aan te raden om het eerste jaar na de ingreep niet zwanger te worden)
- Ernstige ziekte.

Algemene heelkundige principes - Welk type ingreep ?

Er zijn twee grote principes:

- Enerzijds is er de **restrictie**: het volume van de maag wordt verkleind, zodat de porties die kunnen worden ingenomen beperkt zijn en er zodoende minder calorieën worden ingenomen. Er is een vervroegd verzadigingsgevoel.
- Anderzijds is er de **malabsorptie**: de dundarmen worden verplaatst ten opzichte van elkaar, waardoor niet alle voedsel en de eraan verbonden calorieën worden opgenomen.
- Deze twee principes kunnen worden gecombineerd.

BARIATRISCHE HEELKUNDE



Ingrepen

In het Az Damiaan worden enkel de **Sleeve Gastrectomy** en de **Gastric Bypass** uitgevoerd, beiden laparoscopisch. Ook de secundaire ingrepen gebeuren laparoscopisch, tenzij de primaire ingreep dit onmogelijk maakt.

Hieronder een overzicht van de meest bekende ingrepen. Omdat de secundaire ingrepen niet goed kunnen worden begrepen zonder de primaire te kennen, worden hieronder ook enkele ingrepen vermeld, die intussen zijn verlaten.

Vertical Banded Gastroplasty: Mason of McLean

Dit is een restrictieve ingreep, waarbij een kleine proximale pouch (of 'voormaag') wordt gecreëerd d.m.v. verticale stapling (met chirurgische nietjes), en een outlet restrictie d.m.v. een band of ring (het voedsel moet passeren doorheen een vernauwing). Hierdoor ontstaat een vervroegde verzadiging, die meer uitgesproken is voor vast voedsel, waardoor de ingreep geschikt is voor 'volume-eters'.

De vertering verloopt verder normaal, zodat sweet-eters geen baat hebben. Op korte termijn is er een excess weight reduction (EWR) van 40 tot 60 %, op lange termijn 30 %. Het matige succes op lange termijn is vooral te wijten aan het veranderd eetgedrag: volume-eters worden sweet-eters, en aan de frequente re-operaties.

Risico's en nadelen van deze ingreep zijn staple-lijn disruptie, outlet obstructie en erosie, pouch stretching of restricting, band breaking of dislodging, het onaanpasbaar zijn van de outlet, de re-operaties en de onvoldoende (blijvende) gewichtsreductie. Braken komt heel vaak voor.



Gastric Sleeve or Sleeve Gastrectomy

Dit is een restrictieve ingreep. Een sleeve gastrectomie dmv stapling, waarbij een maagtubulus (of buismaag) wordt gemaakt, zorgt voor de restrictie. Het afgestaplede (of afgeniete) deel van de maag (met name de grote curvatuur) wordt verwijderd. Het volume van deze buismaag is groter dan dat van de pouch bij een Vertical Banded Gastroplasty of bij een Gastric Banding. Deze sleeve gastrectomie kan als eerste stap worden gebruikt, om dan later gevolgd te worden door een gastric bypass of duodenal switch.

Bij de sleeve gastrectomie zijn de resultaten in termen van gewichtsreductie en behoud ervan afhankelijk van het eetgedrag: enkel volume-eters komen in aanmerking.

De risico's en nadelen zijn naadlekken, bloeding en de onvoldoende (blijvende) gewichtsreductie. Bij patiënten met zure reflux en/of hiatale hernia (maagbreuk) is de ingreep minder aangewezen. De ingreep wordt laparoscopisch (met een kijkoperatie) uitgevoerd, zodat het ziekenhuisverblijf beperkt blijft tot 2 tot 3 dagen.



Adjustable Silicone Gastric Banding

Dit is een restrictieve ingreep, waarbij een kleine proximale pouch (of 'voormaag') wordt gecreëerd, door middel van een siliconen band rond de proximale maag. Hierdoor ontstaat een vervroegde verzadiging, die meer uitgesproken is voor vast voedsel, waardoor de ingreep geschikt is voor volume-eters. De vertering verloopt verder normaal, zodat sweet-eters geen baat hebben, aangezien zoetigheden nog vrij vlot doorheen de band kunnen passeren. De outlet (de doorgang van de voormaag naar de hoofdmaag) is aanpasbaar. De integriteit van de maag wordt bewaard en de ingreep is in principe omkeerbaar.

Voordelen

- De ingreep wordt laparoscopisch uitgevoerd, zodat het ziekenhuisverblijf beperkt blijft tot één dag.
- In vergelijking met andere bariatrische ingrepen is dit een eenvoudige ingreep, waardoor er minder kans is op complicaties.
- De ingreep is in principe omkeerbaar.

Risico's en nadelen

- Sweet-eters en patiënten die geen volume-eters zijn, worden met deze ingreep niet of onvoldoende geholpen.
- In feite is een gastric banding een hulpmiddel voor de patiënt, die dus na de ingreep zelf nog voor de nodige inspanningen moet zorgen, als hij/zij ook op langere termijn een goed resultaat wil (behouden).
- Patiënten met een maagbreuk zijn minder geschikt, tenzij ook deze breuk wordt hersteld.
- Ook het aanpasbaar zijn kan nadelig zijn (patiënten vragen vermindering van de restrictie bij vakanties of feestdagen, wat uiteraard ten stelligste is af te raden).
- Technische problemen:
 - Maagperforatie of –scheur of erosie, band migratie: hierdoor komt de band in contact met maaginhoud, wat tot infectie leidt, en dikwijls noodzaakt tot verwijderen van de band.
 - Access port lek of kanteling: deze aanprikpoort kan onder lokale anesthesie worden vervangen of herplaatst.

- Infectie van het vreemd materiaal: kan ook via de aanprikpoort ontstaan.
- Slokdarmdilatatatie: verbreden van de slokdarm ontstaat door een verkeerd gebruik van het bandingsysteem, meestal bij patiënten die zich niet houden aan de voorschriften, met vooral frequent braken als oorzaak van de dilatatatie. Door deze slokdarmverbreding werkt de slokdarm niet meer goed en wordt hij zelfs als (nieuwe) maag gebruikt. De patiënt kan dan opnieuw meer eten en vraagt verder vernauwen van de gastric banding. Dit laatste zou leiden tot nog meer uitzetten van de slokdarm, zodat in tegendeel de banding moet worden leeggemaakt, waardoor de slokdarm kan herstellen. Soms echter is de schade aan de slokdarm te groot en kan het bandingsysteem niet meer worden gebruikt.
- Pouchdilatatatie: uitzetten van het voormaagje ontstaat meestal door een verkeerd gebruik van het bandingsysteem, vooral bij patiënten die zich niet houden aan de voorschriften. Door deze uitzetting van de voormaag werkt het principe van vervroegde verzadiging niet meer goed en wordt de voormaag zelfs als (nieuwe) maag gebruikt. De patiënt kan dan opnieuw meer eten en vraagt verder vernauwen van de gastric banding. Dit laatste zou leiden tot nog meer uitzetten, zodat in tegendeel de banding moet worden leeggemaakt, waardoor de voormaag kan herstellen. Soms echter is de dilatatatie te groot en moet het bandingsysteem chirurgisch worden herplaatst.
- Slippage: de band slipt naar distaal, waardoor het volume van de voormaag vergroot. Hierdoor kan de patiënt meer eten en treedt een vicieuze cirkel op met verder slippen. Het effect voor de patiënt is vergelijkbaar met dat van pouchdilatatatie. In een beginstadium kan eventueel een reductie worden bekomen door het systeem leeg te maken, echter dikwijls is heelkunde nodig.

--> Een chirurgisch perfect uitgevoerde gastric banding kan later falen doordat de patiënt ofwel zijn eetgewoonten verandert ofwel het hele systeem letterlijk overeet, waardoor voornamelijk problemen zoals slippage en dilatatie ontstaan. Gastric banding is een hulpmiddel voor de patiënt, die zelf ook nog een inspanning moet leveren om gewichtsreductie te bekomen en te behouden.

Resultaten

Op korte termijn is er een excess weight reduction (EWR) van 40 tot 60 %, op lange termijn 30 %. Het matige succes op lange termijn is vooral te wijten aan het veranderd eetgedrag: volume-etters worden sweet-etters, en aan de frequente re-operaties.



Biliopancreatische derivatie: Scopinaro

Deze ingreep is malabsorptief. De driekwart gastrectomie maakt de ingreep ook restrictief, en zorgt voor de initiële gewichtsreductie. Eens het plateau bereikt is, dient de patiënt soms tot 6000 calorieën per dag in te nemen om het gewicht te behouden, gezien het blijvende verlies via de biliopancreatische derivatie: een common limb van 45 tot 50 cm, na de alimentary limb en de biliopancreatic limb. Er wordt ook een cholecystectomie verricht. De resultaten in termen van gewichtsreductie en behoud ervan zijn uitstekend: EWR tot meer dan negentig procent.

Risico's en nadelen hier zijn naadlekken, anemie (bloedarmoede), steatorrhee (vette diarree), abdominale opzetting en slechtruikende stoelgang, malabsorptie met nutritionele deficiënties (hypo-proteinemie (eiwittekort) en tekort aan vetoplosbare vitaminen: A, D, E, K), dumpingsyndroom en het niet meer toegankelijke duodenum en proximaal jejunum.



Gastric sleeve met duodenal switch

Ook dit is een malabsorptieve ingreep. Een sleeve gastrectomie door middel van stapling, waarbij een maagtubulus wordt gemaakt, zorgt voor restrictie. Deze sleeve gastrectomie wordt soms als eerste stap gebruikt, om dan later al dan niet gevolgd te worden door de duodenal switch, waarbij de common limb 100 cm lang is, na de alimentary limb en de biliopancreatic limb. Ook hier zijn de resultaten in termen van gewichtsreductie en behoud ervan uitstekend: EWR tot meer dan negentig procent. De risico's en nadelen zijn vergelijkbaar met de Scopinaro-ingreep, maar zouden minder uitgesproken zijn.



Gastric restriction met Roux-en-Y bypass (Gastric bypass)

Dit is de ingreep die restrictie en malabsorptie combineert.

Eenzijds is er de restrictie: het volume van de maag wordt verkleind, zodat de porties die kunnen worden ingenomen beperkt zijn en er zodoende minder calorieën worden ingenomen. Er is een vervroegd verzadigingsgevoel.

Anderzijds is er de malabsorptie: de dundarmen worden verplaatst ten opzichte van elkaar, waardoor niet alle voedsel en de eraan verbonden calorieën worden opgenomen.

De afgestapelde (dmv nietjes) proximale pouch of voormaag zorgt voor de restrictie. Deze pouch heeft de grootte van een ei en wordt verbonden via een dundarmsegment met de rest van de dundarmen. De pouch is volledig gescheiden van de rest van de maag, die niet wordt weggenomen en waar geen voedsel meer inkomt.

De malabsorptie wordt geïnduceerd door de bypass. Malnutritie (ondervoeding) wordt voorkomen door een common limb (dit is het gemeenschappelijk stuk dundarm, waar de vertering gebeurt, en dat uitmondt in de dikdarm) die lang genoeg is (bewaarde enterohepatische cyclus en opname van vetten en vitamine B12), dit is minstens 150 cm.

De alimentary limb (het deel dat de pouch verbindt met de rest van de dundarmen) moet minstens 90 cm zijn om reflux (terugvloei) te voorkomen. De biliopancreatic limb (het deel dat de sappen van maag, lever (gal) en alvleesklier transporteert, zonder voedsel) is 50 cm.

In de praktijk wordt een alimentary limb van anderhalve meter aangelegd, met een biliopancreatic limb van 50 cm, waarbij de rest van de dundarm de common limb vormt. (Bij een long limb bypass wordt een common limb van anderhalve meter gecreëerd, met een biliopancreatic limb van 50 cm, waarbij de rest van de dundarm de alimentary limb vormt.)

Voordelen

- De resultaten op gebied van gewichtsdeling en behoud van het lager gewicht zijn zeer goed. Het grootste en snelste verlies treedt op in de eerste zes maand. Na één tot anderhalf jaar wordt een stabiel plateau bereikt. Een vermindering van het overtollig gewicht met 60 à 70 procent mag worden verwacht. Dikwijls wordt uiteindelijk een normaal BMI bereikt. Veel comorbiditeiten verbeteren of worden zelfs normaal.
- Zowel volume-etters als sweet-etters zijn gebaat met deze ingreep.
- Zelden zijn er vitaminetekorten, door de nog voldoende lange common limb.
- Ook de stoelgangconsistentie blijft normaal. De frequentie vermindert.
- De ingreep wordt laparoscopisch (met een kijkoperatie) uitgevoerd, zodat het ziekenhuisverblijf beperkt blijft tot 2 tot 3 dagen.

Risico's en nadelen

- Naadlekken: er is een heel kleine kans op een lek ter hoogte van de plaatsen waar de maag en de dundarmen worden doorgenomen en terug aan elkaar gezet. Deze kans wordt groter bij patiënten die al een bariatrische ingreep ondergingen (maw bij de secundaire ingrepen). Omwillen deze kans op lek wordt daags na de ingreep een radiologische controle uitgevoerd dmv het drinken van een radio-opake vloeistof. Bij afwezigheid van lek kan gestart worden met de voeding.
- Bloeding: er is een kleine kans op een bloeding ter hoogte van de plaatsen waar de maag en de dundarmen worden doorgenomen en terug aan elkaar gezet. Deze kans wordt groter bij patiënten die al een bariatrische ingreep ondergingen (met andere woorden bij de secundaire ingrepen). Deze bloedingen stoppen meestal vanzelf. Soms is het nodig een clip te plaatsen door middel van een gastroscopie. Heel uitzonderlijk moet chirurgisch worden heringegrepen.
- Ulcera: bij sommige patiënten ontstaat een ontsteking of zelfs een ulcus of zweer op de verbinding tussen maag en dundarm. Hiervoor moet voor korte of langere tijd een behandeling met zuurwerende medicatie worden doorgevoerd. Rokers hebben een duidelijk verhoogde kans op ulcera.
- Dumpingsyndroom: onvoorspelbaar of en in welke mate de patiënt hiervan last zal hebben. Vooral bij het eten van suikers of vetten ontstaat algemeen onwelzijn met misselijkheid, klamheid of zweten, versnelde hartslag, diarree, en/of duizeligheid. Dit fenomeen verdwijnt spontaan. Als de patiënt hier gevoelig aan is, zal er na verloop van weken tot maanden wel een afzwakking van de symptomen optreden. Het dumpingsyndroom kan wel helpen bij het vermijden om te snoepen, zodat ook op deze manier gewichtsreductie wordt bekomen.
- De uitgesloten maag, duodenum en proximaal jejunum die niet meer toegankelijk zijn. Daarom wordt op voorhand een gastroscopie uitgevoerd.



Secundaire ingrepen

Dit zijn de ingrepen die worden uitgevoerd bij patiënten die al een bariatrische ingreep ondergingen.

Als restrictieve ingrepen falen om technische redenen, kan bijvoorbeeld een herpositioneren van de gastric banding worden uitgevoerd. Meestal is het echter aangewezen de restrictieve ingreep om te vormen naar een gastric bypass, zeker als er slokdarmdilatatie is of als er ook een factor sweet-eten is.

Indien enigszins mogelijk worden ze laparoscopisch (met een kijkoperatie) uitgevoerd. Er is een grotere kans op conversie (dat wil zeggen dat tijdens de ingreep beslist wordt om toch een laparotomie, dus via open toegangsweg, uit te voeren), meestal door de adhesies of vergroeiingen.

Enkele voorbeelden

Na Masongastroplastie:

- Verwijderen van de ring
- Verwijderen van de ring en omvormen tot een gastric bypass.

Na gastric banding:

- Verwijderen van het bandingsysteem
- Herpositioneren van het bandingsysteem
- Verwijderen van het bandingsysteem en omvormen tot een gastric bypass.

Na Scopinaro of biliopancreatische derivatie:

- Omvormen naar een gastric bypass.

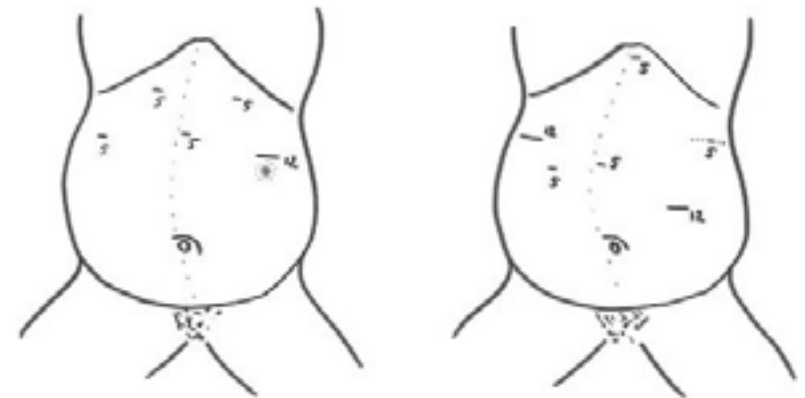
Na gastric sleeve:

- Omvormen naar een gastric sleeve met duodenal switch
- Omvormen naar een gastric bypass.

Laparoscopische ingrepen

Indien mogelijk verdient de laparoscopische benadering of kijkoperatie de voorkeur. De voordelen van de laparoscopie zijn o.a. minder postoperatieve pijn, minder wondinfecties, minder littekenbreuken, korter ziekenhuisverblijf en snellere recuperatie. Hoe zwaarder de patiënt, hoe duidelijker het verschil tussen laparotomie en laparoscopie, ook bij secundaire ingrepen of reïnterventies.

Omdat het trauma ter hoogte van de buikwand zo klein mogelijk zou zijn, en dus het gunstig effect van de laparoscopie zo goed mogelijk zou worden benut, worden zoveel mogelijk 5 mm werkpoorten gebruikt. Voor het inbrengen van de gastric band of een endoscopische stapler is een 12 mm poort noodzakelijk.



Preoperatieve oppuntstelling

De beslissing tot bariatrische heelkunde is een belangrijke beslissing. De patiënt en de chirurg mogen niet over één nacht ijs gaan. De patiënt moet voldoende ingelicht zijn en voldoende tijd hebben gehad om over deze belangrijke stap na te denken. Uitleg wordt verschaft over de verschillende types ingrepen en hun indicaties en de inherente risico's, evenals over het te volgen dieet, zowel onmiddellijk postoperatief als op lange termijn.

Als de patiënt aan de criteria voldoet, kan een preoperatieve oppuntstelling gestart worden. Dit gebeurt multidisciplinair: een raadpleging bij de chirurg, de endocrinoloog, de voedingsdeskundige, de psychiater, de cardioloog, de pneumoloog, evenals een gastroscopisch onderzoek. Bij ingrepen waarbij een deel van de tractus uit transit zal worden gesteld, moet preoperatief een gastroscopie en/of RX slokdarm-maag-duodenum gebeuren teneinde afwijkingen aldaar uit te sluiten.

Eventueel zal bij deze ingrepen ook een cholecystectomie worden uitgevoerd. Verder wordt de patiënt aangeraden tijd te nemen voor lichaamsbeweging en deze op te drijven. Tromboseprofylaxe wordt gestart op indicatie daags van de ingreep en eventueel verder gezet postoperatief.

Postoperatieve follow-up

Het postoperatief verloop verschilt naargelang het type ingreep.

Aangezien bij een gastric banding de tractus niet wordt geopend (de maagwand blijft intact), kan dezelfde dag nog worden gestart met drinken. Daags na de ingreep kan vloeibare en eventueel gemalen voeding worden ingenomen, en gaat de patiënt in ontslag. Na een viertal weken wordt de band voor het eerst bijgespoten, tenzij er al vanzelf een duidelijk gewichtsverlies is.

Het aanprikken van de poort gebeurt meestal onder radiologische controle gevolgd door een perorale controle met contraststof (de patiënt moet een radio-opake vloeistof drinken), teneinde een goede restrictie te bekomen zonder obstructie (het systeem mag niet teveel gevuld worden, want anders kan men zelfs geen water meer innemen, en moet men braken).

Over het verloop van weken tot maanden wordt de band verder bijgespoten tot een evenwicht wordt bekomen tussen voldoende vermagering en toch nog voldoende calorie-inname zonder te verglijden naar sweet-eten. Indien de patiënt het principe van de ingreep begrijpt en respecteert, zullen er geen nutritionele deficiënties zijn. Volumerestricties moeten blijvend worden in acht genomen: de patiënt moet normaal, gevarieerd eten, maar kleinere porties. Het is niet de bedoeling grote volumes vloeibare, gemalen of gemixte voeding te verbruiken. Braken moet worden vermeden.

Bij een **gastric sleeve** wordt na 1 dag een radiologische controle met perorale contraststof uitgevoerd, waarna, zo de afwezigheid van een lek wordt bevestigd, gestart kan worden met vloeibare voeding, welke progressief wordt opgedreven over gemalen voeding naar normale voeding.

Bij een **gastric bypass** wordt na 1 dag een radiologische controle met perorale contraststof uitgevoerd, waarna, zo de afwezigheid van een lek wordt bevestigd, gestart kan worden met vloeibare voeding, welke progressief wordt opgedreven over gemalen voeding naar normale voeding. Hoewel de common limb in principe voldoende lang is om nutritionele deficiënties te voorkomen, met men hierop toch bedacht zijn en op geregelde tijdstippen een bloedafname verrichten. Voedingssupplementen zijn aan te raden, zeker het eerste jaar na de ingreep. Bij de meeste patiënten blijft de dagelijkse inname van een multivitaminerepreparaat noodzakelijk.

Voeding na bariatrische heelkunde

Aangezien de meeste ingrepen enige vorm van restrictie inhouden, is het evident dat de porties die worden ingenomen sterk gereduceerd zijn in vergelijking met voorheen. Het is dan ook van belang dat het eetgedrag wordt aangepast.

Bij elke ingreep wordt de voeding langzaam opgebouwd. Er wordt gestart met water en vloeibare voeding, de eerste dagen na de ingreep. Daarna volgt gemalen en gemixte voeding tot een drietal weken na de ingreep. Hierna kan normale voeding opnieuw worden ingenomen.

Hoe eten?

- Rechtop zitten
- Niet rondlopen
- Heel goed kauwen (gebitsproblemen aanpakken)
- Traag en rustig eten
- Tijd nemen om te eten
- Niet laten afleiden door bv. televisie
- Kleine hapjes nemen
- Drinken buiten de maaltijden
- Traag drinken
- Kleine slokjes nemen
- Stoppen bij het eerste volheidsgevoel en/of verzadiging
- Braken vermijden.

Specifiek volgens het type ingreep

Na gastric banding

De eerste maand is het bandingsysteem nog niet gevuld en dus niet aangespannen. Men kan dan ook nog vrij vlot voedingsmiddelen innemen. Hierna wordt het systeem aangeprikt en wordt de restrictie ingevoerd.

In vergelijking met andere bariatrische ingrepen, waar na verloop van enkele weken (na heling van de naden) de inname van voedingsmiddelen vlotter verloopt, zijn er na een gastric banding een aantal voedingsmiddelen die niet meer kunnen worden ingenomen, afhankelijk van de mate waarin het bandingsysteem is aangespannen.

Energierijke en vooral vloeibare energierijke voedingsmiddelen moeten vermeden worden, ondanks het feit dat deze meestal vlot passeren, aangezien de ingreep niet is aangewezen voor sweet-etters maar wel voor volume-etters.

Een gevarieerde en gezonde voeding:

- Drie-maaltijden patroon: ontbijt, middag- en avondmaal
- Op regelmatige tijdstippen

- Een tussendoortje kan bij:
 - te lange periode tussen de hoofdmaaltijden
 - te weinig eten tijdens de hoofdmaaltijden
 - een hoger energieverbruik door meer lichaamsactiviteit.
- De voedingsdriehoek gebruiken om een gezonde voeding samen te stellen.
- Tussen de maaltijden gebruiken van voldoende (minstens anderhalve liter per dag) energiearme dranken zoals water, niet-bruisend mineraal water, koffie of thee zonder suiker, vetarme bouillon, verse, gemixte groentesoep, niet-bruisende light-frisdranken.
- Bruisende dranken vermijden, want door de maagband gaat boeren moeilijker.
- Vermijden van zoete dranken zoals vruchtensappen (ook ongezoete), frisdranken, chocolademelk, drinkyoghurt, want deze bevatten veel calorieën.
- Beperken van het gebruik van alcoholische dranken tot een minimum: hoogstens 1 à 2 eenheden per dag.
- Geen suiker gebruiken; energievrije zoetstoffen kunnen wel gebruikt worden.

Hoe passagestoornissen (pijn, misselijkheid of braken) vermijden?

- Vermijden van voedingsmiddelen rijk aan grove vezels, vliezen, pitten of korrels: deze zorgen voor een moeilijke doorgang.
- Alle onderdelen van de maaltijd moeten goed gaar zijn.
- Brood
 - Vers brood vormt bolletjes, die niet door de nauwe doorgang kunnen, en kan niet meer gegeten worden.
 - Geroosterd brood, toastjes en beschuiten worden wel goed verdragen
- Vlees
 - Gebakken, gebraden of gestoofd vlees bevat veel vezels, waardoor moeilijk fijn te kauwen.
 - Zeer fijn gesneden, zacht vlees, zoals kip of kalkoen, of lichtgebakken gehakt kunnen wel.

- Fijne vleeswaren: wel
- Filet américain, gehakt of paté: wel
- Sappig bereiden bevordert de passage.

- Vis
 - Uitstekend alternatief voor vlees
 - Bij voorkeur gepocheerde, gestoomde of gekookte vis, liever dan gebakken vis.
- Eieren
 - Zacht bereiden: roerei, gepocheerd ei, licht gekookt
 - Hardgekookte eieren pletten.
- Kaas
 - Vooral smeerkaas, witte kaas, gesmolten kaas
 - Sneetjes verse kaas: goed kauwen.
- Fruit
 - Enkel zacht, rijp fruit, zonder pitten, schil noch vliesjes.
- Noten, peulvruchten, citrusfruit, meergranenbrood
 - Te vermijden want rijk aan grove vezels, pitten of korrels.

Na gastric sleeve

De eerste weken na de ingreep: vloeibare, gemixte en gepureerde voeding. Deze voeding moet niet noodzakelijk vet- of suikerarm zijn, vooral niet als het gewichtsverlies (te) snel optreedt. Op langere termijn dienen energierijke en/of vloeibare voedingsmiddelen vermeden te worden, aangezien de ingreep niet is aangewezen voor sweet-etters maar wel voor volume-etters.

- Ontbijt

Maak een keuze uit beschuiten, geroosterd brood of cornflakes (geweekt). Beleg kan bestaan uit smeerkaas of gelei. Vanillepudding of yoghurt zonder stukjes.

- Middagmaal

Gemixte groentesoep of vastere voeding, zoals aardappelpuree, zacht gekookte en gepureerde groenten (vb. wortelen, bloemkool, broccoli, appelmoes).

Geen vezelrijke of rauwe groenten (geen bonen, erwten, asperges, selder). Als alternatief gelden de bereide maaltijden zonder stukjes in het gamma van de babyvoeding. Vezelrijk vlees (biefstuk, kotelet) is nog te vermijden.

- Avondmaal

Zoals het ontbijt.

- Tussendoortjes

Niet-bruisende dranken.

Na de eerste weken mag langzaam worden overgeschakeld naar normale voeding. De porties zullen beperkt blijven.

Na gastric sleeve

De eerste weken na de ingreep: vloeibare, gemixte en gepureerde voeding. Deze voeding moet niet noodzakelijk vet- of suikerarm zijn, vooral niet als het gewichtsverlies (te) snel optreedt. Bij dumpingsyndroom worden best (te veel) suikers vermeden.

De volumes zullen in het begin beperkt zijn, omdat de maagpouch en de overgang van de maagpouch naar de dundarm nog aan het helen zijn, waardoor er nog zwelling aanwezig is. Na heling zal het volume van de pouch wat groter zijn en zal vooral de overgang van het voedsel van de pouch naar de dundarm vlotter gebeuren, zodat de porties per maaltijd wat groter kunnen worden.

- Ontbijt

Maak een keuze uit beschuiten, geroosterd brood of cornflakes (geweekt). Beleg kan bestaan uit smeerkaas of gelei. Vanillepudding of yoghurt zonder stukjes.

- Middagmaal

Gemixte groentesoep of vastere voeding, zoals aardappelpuree, zacht gekookte en gepureerde groenten (vb. wortelen, bloemkool, broccoli, appelmoes). Geen vezelrijke of rauwe groenten (geen bonen, erwten, asperges, selder). Als alternatief gelden de bereide maaltijden zonder stukjes in het gamma van de babyvoeding. Vezelrijk vlees (biefstuk, kotelet) is nog te vermijden.

- Avondmaal
Zoals het ontbijt.
- Tussendoortjes
Niet-bruisende dranken.

Na de eerste weken mag langzaam worden overgeschakeld naar normale voeding. De porties zullen beperkt blijven.

Notities

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


VOLG ONS OP:

 / [azdamiaan](#)

 / [azdamiaan](#)

 / [company/azdamiaan](#)

 / [az-damiaan](#)

 / [@azdamiaan](#)



Az Damiaan
Dicht bij het leven

Az Damiaan vzw
Gouwelozestraat 100
8400 Oostende
Tel. +32 (0)59 41 40 40

info@azdamiaan.be
www.azdamiaan.be