

Maagoperatie obesitas

Gastric Bypass en Sleeve Gastrectomie



azdelta

Uw ziekenhuis.

Inhoud

1. Definitie van obesitas	4
2. Soorten ingrepen	5
3. Kostprijs	9
4. Onderzoeken voor de ingreep	11
5. Gesprek met de psycholoog	11
6. Gesprek met de diëtist	12
7. Mogelijke complicaties	13
8. Opvolging en richtlijnen	14

Beste patiënt

Overgewicht is een ernstig gezondheidsrisico in de westerse wereld. Extreem overgewicht is geassocieerd met levensbedreigende gevolgen. Therapie met geneesmiddelen is vaak ondoeltreffend op lange termijn. Chirurgische ingrepen voor morbide obesitas zijn in de voorbije 40 jaar op punt gesteld.

Internationale aanbevelingen over de behandeling van obesitas benadrukken het belang van een **multidisciplinaire samenwerking** met aandacht voor de fysieke, psychosociale, voedings- en bewegingsaspecten. Ook binnen het ziekenhuis bestaat de zorg uit een samenstelling van verschillende disciplines (artsen, diëtisten, psychologen, fysiotherapeuten...)

Hebt u na het lezen van deze brochure nog vragen, aarzel dan niet om deze te stellen aan uw behandelend arts. Ons team staat steeds ter beschikking voor verdere vragen of bemerkingen.

Het obesitasteam AZ Delta

1

Definitie van obesitas

Bij mensen is de meest gebruikte maat voor zwaarlijvigheid of obesitas de Body Mass Index (BMI): de BMI is een evaluatie van het gewicht in verhouding tot de lengte en wordt als volgt berekend: het lichaamsgewicht in kilogram, gedeeld door de lichaamslengte in meters in het kwadraat.

Bijvoorbeeld: iemand die 85 kilogram weegt en 1.70m is, heeft een BMI van 29.

$$85 : (1.70 \times 1.70) = 29$$

BMI tussen 17.5 en 18.5 = ondergewicht

BMI tussen 18.5 en 25 = gezond gewicht

BMI tussen 25 en 30 = overgewicht

BMI tussen 30 en 40 = obesitas

BMI boven de 40 = zeer ernstige obesitas

Gevolgen van obesitas

- Verminderde mobiliteit en orthopedische problemen (belasting van rug en knieën)
- Huidafwijkingen
- Hart- en vaatziekten
- Slaapapneu
- Diabetes type 2
- Maag- en darmziekten
- Verminderde vruchtbaarheid
- Verstoord lichaamsbeeld en negatief zelfbeeld
- Stemmingsstoornissen
- Eetstoornissen
- ...

Bariatrische chirurgie: Uw overgewicht verliezen is nog maar het begin...



- **Migraine**
Voor 10% van de patiënten
- **Depressie**
Voor 41% van de patiënten
- **Obstructief slaap apnoe syndroom**
Voor 20 - 30% van de patiënten
- **Hypercholesterolemie**
Voor 65% van de patiënten
- **Astma**
Voor 20% van de patiënten
- **Hoge bloeddruk**
Voor 50% van de patiënten
- **Non-alcoholische levercirrose**
Voor 10% van de patiënten
- **Stofwisselingsstoornissen**
Voor 60% van de patiënten
- **Zuurbranden, reflux**
Voor 10% van de patiënten
- **Diabetes type 2**
Voor 82 - 98% van de patiënten
- **Polycysteus Ovarium Syndroom**
Voor 60% van de patiënten
- **Stress incontinentie urine**
Voor 200% van de patiënten
- **Artrose van gewrichten**
Voor 41% van de patiënten
- **Veneuze stase, zware benen**
Voor 40% van de patiënten
- **Jicht, hyperuricemie**
Voor 72% van de patiënten

Deze brochure gaat over de laparoscopische Gastric Bypass en Gastric Sleeve operatie. Het is onze bedoeling om u een weloverwogen beslissing te laten nemen over het al dan niet ondergaan van de operatie. In deze brochure vindt u informatie over de ingreep, het verloop, de kostprijs, de voorbereiding, de mogelijke complicaties en de opvolging.

2 Soorten ingrepen

Er bestaan verschillende operatieve technieken in de behandeling van zwaarlijvigheid, om u dus te helpen vermageren. De ingrepen kunnen worden ingedeeld volgens de manier waarop ze dat doen. Sommige operaties zorgen ervoor dat de hoeveelheid voedsel die u kunt eten per maaltijd sterk beperkt wordt (restrictie). Andere operaties zorgen er weer voor dat het voedsel minder door het lichaam opgenomen wordt (malabsorptie). Bovendien zijn er ook ingrepen die bestaan uit een combinatie van die beide technieken.

Wereldwijd is er het meest wetenschappelijke evidentie over de Gastric Bypass en de Sleeve Gastrectomieprocedure. Deze ingrepen genieten dan ook onze voorkeur.

Gastric Bypass

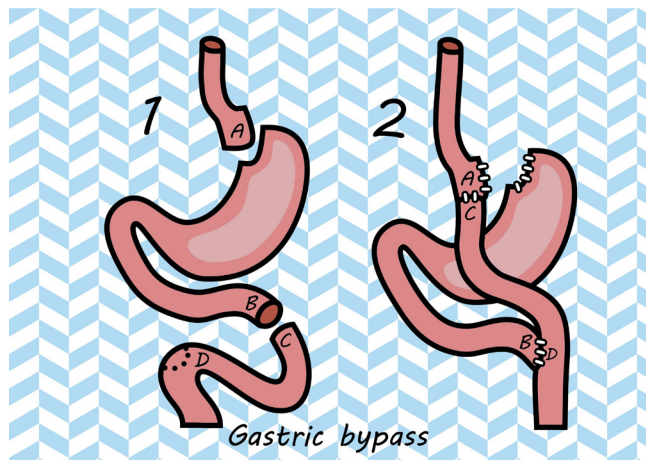
Wat?

Een Gastric Bypass of een Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGB) is een ingreep waarbij de maag, de twaalfvingerige darm en een deel van de dunne darm uitgesloten worden. Het werkt hoofdzakelijk doordat de hoeveelheid voedsel die u per maaltijd kunt eten sterk beperkt wordt (restrictie), zonder hongergevoel en met een langdurig volheidsgevoel. Ook wordt de opname van vetten en suikers licht beperkt (malabsorptie). Het eten van hoogcalorische voedingsbestanddelen, voornamelijk suikers, zal een ongemakkelijk gevoel geven en dat zal bijdragen tot meer evenwichtige eetgewoonten na de operatie.

Met behulp van nietjes wordt in het bovenste deel van de maag een nieuw klein maagreservoir gecreëerd (zie op de afbeelding (A)). Dit nieuwe reservoir heeft geen doorgang meer met de rest van de maag. De dunne darm wordt opgehaald (C) en verbonden met de nieuwe maag (A + C). Via een smalle doorgang gaat het voedsel van de nieuwe maag dadelijk naar de dunne darm. De oude maag en de twaalfvingerige darm worden aldus overbrugd of 'gebypast'. De oude maag of restmaag wordt niet verwijderd. Daardoor is deze ingreep **omkeerbaar**.

Het einde van de twaalfvingerige darm (B) wordt tenslotte opnieuw verbonden met de dunne darm, minstens 60 cm verder (D) dan de verbinding van de nieuwe maag. Deze nieuwe verbinding van de twaalfvingerige darm met de dunne darm (B + D) zorgt ervoor dat het maagsap, gal en pancreassap met het voedsel kan worden vermengd. Dit is noodzakelijk voor een normale vertering.

Deze operatie is erg geschikt voor patiënten die eerder **zoeteters** zijn en een **traag metabolisme** hebben.



Kijkoperatie

De Gastric Bypassoperatie wordt in principe laparoscopisch uitgevoerd, dat wil zeggen met een kijkoperatie. Dat gebeurt onder algemene anesthesie. De ingreep duurt ongeveer 45 tot 60 minuten. Standaard gebeurt de operatie op de eerste dag van de opname en wordt er 1 overnachting voorzien.

Resultaten

Gemiddeld wordt 70 tot 75 % verlies van overgewicht genoteerd en dat ongeveer één tot anderhalf jaar na het uitvoeren van de ingreep. Ook op langere termijn wordt dit gewichtsverlies doorgaans behouden.

Naast dit gewichtsverlies verbeteren of verdwijnen een aantal met overgewicht geassocieerde aandoeningen. Vooral diabetes, hoge bloeddruk, hoge cholesterolwaarden en slaapapnoe reageren goed op een Gastric Bypass.

Sleeve Gastrectomie

Wat?

Een Gastric Sleeve of Sleeve Gastrectomie (SG) is een ingreep waarbij ongeveer twee derde van de maag (= de grote bocht van de maag) wordt verwijderd. Het overblijvende deel van de maag krijgt daardoor de vorm van een buis.



Doordat de grote maagbocht effectief wordt verwijderd, en niet enkel onbereikbaar wordt gemaakt, wordt ook de concentratie van enkele door de maag geproduceerde actieve stoffen verminderd (o.a. ghreline). Daardoor verdwijnt het hongergevoel, hoewel er veel minder voeding wordt ingenomen.

Een tweede voordeel van deze ingreep is dat bij onvoldoende resultaat of soms als tweede stap bij patiënten met een ernstige vorm van obesitas, de sleeve gemakkelijk kan worden omgebouwd naar een Gastric Bypass of andere ingreep (bv. SADI-S). In vergelijking met de Gastric Bypass is het volume van de maag na een Sleeve Gastrectomie groter waardoor het gewichtsverlies langzamer verloopt.

Deze operatie is vooral geschikt **voor patiënten die grote hoeveelheden eten.**

Patiënten die voornamelijk suikers (snoepgoed en frisdranken) consumeren, zullen minder gebaat zijn met deze operatie. Dat komt omdat men na de operatie nog steeds kan blijven snoepen en frisdranken consumeren, waardoor men weinig tot niets zal vermageren.

Doordat een deel van de maag wordt verwijderd, is deze ingreep **onomkeerbaar**.

Kijkoperatie

De Sleeve Gastrectomie operatie wordt in principe laparoscopisch uitgevoerd, dat wil zeggen met een kijkoperatie. Dat gebeurt onder algemene anesthesie. De ingreep duurt ongeveer 30 tot 45 minuten.

Resultaten

Gemiddeld wordt 40 - 50 % verlies van overgewicht genoteerd en dit ongeveer één tot anderhalf jaar na het uitvoeren van de ingreep. Ook op langere termijn wordt dit gewichtsverlies doorgaans behouden.

3

Kostprijs

Het bedrag van een **bypass** ingreep wordt geraamd op 5990 euro. Als u in aanmerking komt voor een tegemoetkoming van het ziekenfonds, is het deel ten laste van de patiënt 1100 tot 1400 euro.

Een gastric **sleeve** operatie kost ongeveer 4990 euro. Als u recht hebt op tegemoetkoming van het ziekenfonds, is het deel ten laste van de patiënt 700 tot 1000 euro.

Een **detail** van de kostprijs kunt u opvragen bij de dienst facturatie op het nummer 051 23 76 66 of per mail via factuur@azdelta.be.

Hebt u een **hospitalisatieverzekering**? Dan komt die meestal tussen in het deel ten laste van de patiënt, maar afhankelijk van de polis die werd afgesloten. U informeert daarvoor best bij uw verzekeraar.

Om in aanmerking te komen voor **tegemoetkoming** van het ziekenfonds, moet u voldoen aan voorwaarden en medische criteria die wettelijk vastgelegd zijn.

De **voorwaarden** voor tegemoetkoming:

- minstens 18 jaar zijn.
- een Body Mass Index (BMI) hebben van 40 of meer.
OF een BMI hebben van 35 of meer én lijden aan diabetes mellitus.
OF een BMI hebben van 35 of meer én lijden aan obstructief slaapapnoesyndroom.
OF een BMI hebben van 35 of meer én lijden aan hoge bloeddruk (onvoldoende onder controle met 3 verschillende geneesmiddelen).
OF na een eerdere bariatrische ingreep met onvoldoende resultaat en/of gewichtstoename na die ingreep.
- gedurende minstens 1 jaar een gedocumenteerd dieet gevolgd hebben, zonder blijvend resultaat (bij een diëtist, Weight Watchers, Infraligne...).
- een multidisciplinair gunstig advies na bespreking door een chirurg, een endocrinoloog of internist, een klinisch psycholoog en een diëtist.

De **medische criteria** voor tegemoetkoming:

- geen alcohol- en/of drugsverslaving hebben.
- voldoende motivatie hebben om uw eet- en levensstijl aan te passen na de operatie en bereid zijn tot levenslange opvolging.
- niet zwanger zijn en bij voorkeur geen kinderwens binnen een jaar na de ingreep.
- geen ernstige, oncontroleerbare psychiatrische aandoening of lijden aan een eetstoornis. Bij ernstige psychische aandoeningen wordt de behandelend psychiater en/of psycholoog gecontacteerd.

4 Onderzoeken voor de ingreep

Vóór de operatie dient er een multidisciplinaire screening te gebeuren. Deze onderzoeken zijn afhankelijk van patiënt tot patiënt en kan bestaan uit:

- een nuchtere bloedafname
- een stoelgangsonderzoek of een gastroscopie (kijken in de maag om bijvoorbeeld maagzweren en slokdarmontstekingen uit te sluiten).
- nazicht door een endocrinoloog of hormoonspecialist (om na te gaan of uw overgewicht niet van hormonale oorsprong is).
- informatie en evaluatie door een diëtist.
- gesprek met een psycholoog.

5 Gesprek met de psycholoog

Overgewicht oefent op vele levensgebieden een negatieve invloed uit, zoals gemoedstoestand, sociale interacties, het zelfbeeld... Het doel van de ingreep is het bekomen van een **goede levenskwaliteit**. Een extreme gewichtsdeling op korte termijn is echter ook een psychisch ingrijpende gebeurtenis. De ingreep kan daarbij een krachtig hulpmiddel zijn, maar is geen totaaloplossing.

Het gesprek met de psycholoog heeft tot doel de nodige informatie te verstrekken om tot een weloverwogen keuze te komen:

- peilen naar uw motivatie voor het uitvoeren van de operatie.
- bevragen van de algemene psychische toestand.
- verkennen van eetgerelateerd gedrag (binge eating, emotioneel eetgedrag, alcohol...).
- geven van psycho-educatie en aanreiken van tips.
- stilstaan bij uw draagkracht en draaglast.

Het is van belang dat u een realistisch beeld hebt van uw eigen sterktes en zwaktes om zo beter te kunnen omgaan met de valkuilen die zich ongetwijfeld zullen voordoen na de ingreep,

zoals bijvoorbeeld emotioneel eten. Een psychologische opvolging op langere termijn wordt bij sommige patiënten ook aangemoedigd.

6

Gesprek met de diëtist

Tijdens dit gesprek worden uw voedingsgewoontes in kaart gebracht en wordt het **dieet dat u moet volgen voor de ingreep**, uitvoerig uitgelegd. Dit streng 600 kcal-dieet moet tien dagen voorafgaand aan de operatie gevolgd worden. Het is noodzakelijk om de lever te doen krimpen zodat de operatiezone beter zichtbaar wordt. Meer informatie ontvangt u in de brochure bij de diëtisten.

Naast voeding wordt ook aangeraden om, indien mogelijk, zes weken voor de operatie te **stoppen met roken**. Dit is een algemene richtlijn die geadviseerd wordt bij het ondergaan van een ingreep. Roken heeft een negatieve invloed op de doorbloeding en dus ook op de wondgenezing.

Het is belangrijk te beseffen dat de operatie alleen niet volstaat om uw overgewicht aan te pakken. Het is nodig een gezonde levensstijl aan te nemen door voldoende lichaamsbeweging en door u te houden aan de voorgeschreven **eetregels**. Deze eetregels zal de diëtist met u bespreken: goed kauwen, traag eten en stoppen met eten bij het eerste verzadigingsgevoel. Wij raden aan om niet te drinken een half uur voor, tijdens en een half uur na de maaltijd. We streven naar een gezonde, evenwichtige voeding met een beperking van vetten en snelle suikers. Alle adviezen vindt u terug in de infobrochure: “Voedingsadvies bij bariatrische chirurgie”. Dat wordt meegegeven door de diëtist.

Bij een aantal patiënten is er op langere termijn opnieuw een gewichtstoename merkbaar. De meest voorkomende oorzaak is het veranderde eetgedrag. Het stelselmatig uitbreiden van de portiegroottes kan leiden tot het vergroten van de kleine maag, aangezien onze maag een spier is.

Het is belangrijk u te houden aan de **kleinere porties!**

Vervolgafspraken bij de diëtist zijn noodzakelijk voor een goede opvolging van uw gewicht, eiwitbehoefte en vitamineaanvullingen. Dit gebeurt op drie weken, drie maanden, zes maanden en één jaar na de ingreep.

7 Mogelijke complicaties

Tijdens de ingreep of de periode kort na de ingreep

Korte termijn complicaties gebeuren binnen 30 dagen na de ingreep en houden direct of indirect verband met de recente operatie. De meest voorkomende belangrijke vroege complicaties zijn infectie, bloeding, lekken/perforatie, obstructie/stenose, veneuze trombo-embolie en hartinfarct.

Het risico op dergelijke complicaties wordt beïnvloed door de algemene toestand van de patiënt, bijvoorbeeld het aantal en de ernst van andere aandoeningen.

Momenteel is bij ongeveer 2,5 tot 5 % van de patiënten een heropname binnen de 30 dagen nodig.

In een later stadium na de ingreep

- ijzer-, foliumzuur-, vitamine- en mineralentekort (RYGB)
- (tijdelijk) haarverlies
- vertraagde wondheling
- littekenbreuk
- obstructie of interne herniatio (RYGB)
- galstenen ten gevolge van vermagering
- vernauwing aan de uitgang van de maag
- reflux (SG)
- maagzweer
- gewichtstoename na de ingreep door uitzetten van de nieuwe maag, uitzetting van de maaguitgang
- ...

Bron: KCE rapport 2019



Opvolging en richtlijnen

Om goede resultaten te bekomen en het complicatierisico zo laag mogelijk te houden is een goede opvolging door de chirurg en diëtist noodzakelijk. Na de operatie krijgt u een brochure met concrete richtlijnen mee: "**Opvolging na een bariatrische ingreep**". Daarnaast kan er na de operatie, op uw vraag, begeleiding bij de psycholoog opgestart worden. Wij kunnen u ook advies geven in verband met een bewegingsprogramma.

Om een optimaal effect te bekomen én te behouden na de ingreep, wordt er nadruk gelegd op een aantal richtlijnen. Deze adviezen helpen mee om klachten en bijwerkingen van de operatie te voorkomen, om zo een betere levenskwaliteit na te streven.

1. Regelmatig bewegen

Naast aanpassen van voedingsgewoontes is regelmatig bewegen een belangrijke factor voor het welslagen van de behandeling en de duurzaamheid van het gewichtsverlies. Dit zowel voor als na de operatie.

Door **voor de operatie** te oefenen, verminderen de risico's op complicaties en verbetert de conditie van hart- en bloedvaten waardoor u sneller herstelt.

De **eerste weken na de ingreep** kunt u zich nog moe voelen. Dit kan geruime tijd aanslepen. U mag geleidelijk de dagelijkse activiteiten hernemen. Iets optillen (meer dan 5 kg) wordt best vermeden de eerste 2 weken na de ingreep, maar huishoudelijk werk is wel toegestaan. Na twee weken kunt u gaan zwemmen, als de wondjes mooi genezen zijn. Fietsen en wandelen mag geleidelijk aan opgedreven worden. We streven naar dagelijks tienduizend stappen.

Nadien is voldoende lichaamsbeweging van groot belang om het resultaat van de ingreep te optimaliseren en spierafbraak tijdens de vermageringsfase te vermijden.

Vanaf drie weken na de operatie kan gestart worden met cardiotraining en vanaf vier weken met krachttraining. Dit kan u volgen bij een privékinésist of via het Fit'R bewegingsprogramma (zie brochure: Revalidatie na bariatrische chirurgie). De brochure wordt meegegeven door de fysiotherapeut na de ingreep.

2. Alcohol beperken

Uit recente onderzoeken wordt duidelijk dat een bariatrische ingreep een invloed heeft op de verwerking van alcohol. Na de gastric bypassingreep wordt alcohol namelijk sneller en beter opgenomen in de bloedbaan. Wij adviseren om alcohol te mijden.

3. Verminderen of stoppen met roken

4. Omgaan met stress en emoties

Sommige mensen eten niet enkel vanwege zin in zoet of vanuit een hongergevoel, maar eten ook emotiegericht. Voeding neemt daarbij een troostende, belonende of ontspannende rol op zich. Als u zich hierin herkent, zal het belangrijk zijn om alternatieve manieren te zoeken. Daarbij ligt vaak de valkuil om het probleem te verschuiven naar alcohol of tabak. Samen met de psycholoog wordt dat van dichtbij bekeken en gezocht naar de beste oplossingen op maat van uw situatie.

5. Vitaminetekorten vermijden

Het is belangrijk om op geregelde tijdstippen bloedonderzoeken uit te voeren om vitamine- en mineraletekorten op te sporen. De inname van preventieve vitamine- en calciumsupplementen wordt dan ook aangeraden.

Meer informatie kan u terugvinden op www.azdelta.be of www.ObesitasCentrumWestVlaanderen.be

Contact

Obesitascoördinator

Bert Verbeke

t 051 23 74 06

e obesitascentrum@azdelta.be

AZ DELTA RUMBEKE

Secretariaat chirurgie

t 051 23 71 09

e secr.chirurgie.rumbek@azdelta.be

Secretariaat endocrinologie

t 051 23 74 30

e secr.endocrino@azdelta.be

Diëtiste Kristel Behey

t 051 23 75 46

e kristel.behey@azdelta.be

Diëtiste Ann Dejager

t 051 23 75 45

e ann.dejager@azdelta.be

Psychologe Maaïke Stevens

t 051 23 70 38

e maaike.stevens@azdelta.be

Secretariaat fysiotherapie

t 051 23 61 45

e secr.fysio@azdelta.be

AZ DELTA MENEN

Secretariaat chirurgie

t 056 52 22 43

e secr.chirurgie.menen@azdelta.be

Secretariaat endocrinologie

t 056 52.22.43

e secr.endocrino@azdelta.be

Diëtiste Marianne Castele

t 056 52 22 88

e marianne.castele@azdelta.be

Diëtiste Aline Lamblin

t 056 52 22 89

e aline.lamblin@azdelta.be

Psychologe Amber Mullie

t 051 23 80 05

e amber.mullie@azdelta.be

Secretariaat fysiotherapie

t 056 52 26 85

e secr.fysio.menen@azdelta.be

AZ DELTA TORHOUT

Secretariaat chirurgie

t 050 23 24 24

e secr.chirurgie.torhout@azdelta.be

Secretariaat endocrinologie

t 050 23 24 01

e secr.inwendige.torhout@azdelta.be

Diëtiste Rita Wauman

t 050 23 27 39

e rita.wauman@azdelta.be

Diëtiste Lies Petyt

t 050 23 27 33

e lies.petyt@azdelta.be

Psychologe Jasmijn De Bouvere

t 050 23 23 29

e jasmijn.debouvere@azdelta.be

Secretariaat fysiotherapie

t 050 23 24 92

e secr.fysio.torhout@azdelta.be

Chirurgen

Dr. Isabelle Debergh

Dr. Hans De Loof

Dr. Bart Smet

Dr. Philip Vanden Borre

www.obesitascentrumwestvlaanderen.be

AZ Delta Deltalaan 1, 8800 Roeselare t 051 23 71 11 e info@azdelta.be w www.azdelta.be
0520 5797-NL Deze brochure is laatst aangepast op 04/10/2024