

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	10
5. Gesprek met de psycholoog	11
6. Het dieet vóór de operatie	12
7. Mogelijke complicaties	13
8. Voeding na de operatie	14
9. Opvolging en richtlijnen	15
10. Meer informatie?	16

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 10-15 patiëntlijzen
- Depressie
Voor 4-6 personen
- Obstructief slaap apnoe syndroom
Voor 20-30 patiëntlijzen
- Hypercholesterolemie
Voor 40-50 patiëntlijzen
- Astma
Voor 10-15 patiëntlijzen
- Hoge bloeddruk
Voor 40-50 personen
- Non-alcoholische levercirrose
Voor 10-15 personen
- Stofwisselingsstoornissen
Voor 40-50 personen
- Zuurbranden, reflux
Voor 10-15 personen
- Diabetes type 2
Voor 40-50 personen
- Polycysteus Ovarium Syndroom
Voor 40-50 patiëntlijzen en behandeling
- Stress incontinentie urine
Voor 200-300 patiëntlijzen van neuroloog/uroloog
- Artrose van gewrichten
Voor 40-50 personen
- Veneuze stase, zware benen
Voor 40-50 personen
- Jicht, hyperuricemie
Voor 20-30 personen

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.

a. Gastric Bypass

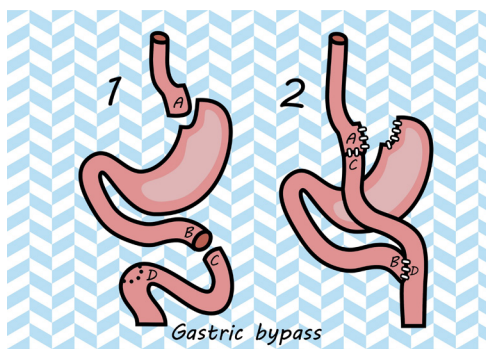
Wat?

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 dit 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 'gebypassed'. 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. Dit 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 nacht opname ingepland.

Resultaten

Gemiddeld wordt 70 tot 75 procent 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.

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.

b. 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 hierdoor 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). Hierdoor 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. Dit 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 **niet omkeerbaar**.

Kijkoperatie

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

Resultaten

Gemiddeld wordt 40 - 50 procent 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

Een gastric bypass kost ongeveer 5 990 euro. Met tegemoetkoming van het ziekenfonds is het deel ten laste van de patiënt

1.100 tot 1.400 euro.

Een gastric sleeve kost gemiddeld 4.990 euro. Met tegemoetkoming van het ziekenfonds is het deel ten laste van de patiënt 700 tot 1000 euro.

Opgelet, deze prijzen zijn richtprijzen.

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 hiervoor best bij uw verzekeraar.

Als u vragen hebt van financiële aard, kunt u contact opnemen met de dienst facturatie op het nummer 051 23 76 66 of per mail via factuur@azdelta.be.

Om in aanmerking te komen voor tegemoetkoming, moet u voldoen aan **voorwaarden** die wettelijk vastgelegd zijn.

- 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, obstructief slaapapnoe syndroom, 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.

Daarnaast moet ook voldaan zijn aan een aantal **medische criteria**.

- Geen alcohol- en/of drugsverslaving hebben.
- Voldoende motivatie hebben om 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 kunnen enkele van de onderstaande onderzoeken omvatten:

- een gastroscopie (kijken in de maag om bijvoorbeeld maagzweren en slokdarmontstekingen uit te sluiten).
- een bloedafname.
- 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 hierbij 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 zwaktes en sterktes 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

Het dieet vóór de operatie

Wij vragen aan onze patiënten om een dieet te volgen voorafgaand aan de operatie. Deze voedingsaanpassingen zorgen ervoor dat het risico op complicaties daalt doordat het levervolume kleiner wordt. Voor verdere informatie en/of vragen kunt u steeds terecht bij de diëtisten. Bovendien vindt u meer informatie terug in de brochure die u ontvangt bij de diëtisten.

Proteïnedieet

Gedurende 7 tot 14 dagen vóór de operatie moet u zich houden aan een proteïnedieet aan de hand van shakes óf u strikt beperken tot volgende voedingsmiddelen:

- magere, witte, ongesuikerde yoghurt (eventueel kunstmatige zoetstof toevoegen) of witte magere kwark
- magere fruityoghurt gezoet met zoetstof
- magere melk en ongesuikerde karnemelk (of eventueel light sojamelk natuur)
- zelfbereide groentesoep gemaakt van groenten, water en vetarme bouillon:
 - GEEN bindmiddelen (=aardappelen, bloem, deegwaren)
 - GEEN poeder of soep uit blik of brik toevoegen
 - GEEN room toevoegen
- rauwe of gekookte groenten:
 - ZONDER mayonaise of vinaigrette.
 - GEEN bonen, erwten, rode biet, maïs.
- koffie, thee, water, spuitwater

Stoppen met roken

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.

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 procent van de patiënten een heropname binnen de 30 dagen nodig.

Bron: KCE rapport 2019

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
- ...

8

Voeding na de operatie

Het is belangrijk te beseffen dat de operatie alleen niet volstaat om uw overgewicht aan te pakken. U dient een gezonde levensstijl aan te nemen door **voldoende lichaamsbeweging** en door u te houden aan de voorgeschreven **eetregels**. Motivatie om uw leefgewoontes aan te passen is dan ook zeer belangrijk voor het blijvend gewichtsverlies.

De diëtist zal voor de operatie de eetregels uitvoerig met u bespreken. Het is bijvoorbeeld heel belangrijk om goed te kauwen, traag te eten en te stoppen met eten bij het eerste verzadigingsgevoel. Bij de maaltijd mag er niks gedronken worden. We 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 de vetten en de snelle suikers. We geven na de ingreep de infobrochure “**Voedingsadvies bij bariatrische chirurgie**” mee.

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!

Er wordt de mogelijkheid geboden om na de operatie verder opvolging te krijgen door een diëtist, wat we ook sterk aanraden. De contactgegevens vindt u achteraan in de brochure.

9 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 geven wij 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 regels helpen ook mee 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 verwikkelingen en verbetert de conditie van hart- en bloedvaten waardoor u sneller herstelt.

De eerste weken na de ingreep kunt u zich nog moe voelen. U zult geleidelijk de dagelijkse activiteiten hernemen. Iets optillen (meer dan 5 kg) wordt best vermeden de eerste 2 weken na de ingreep.

Nadien is het van groot belang een gezonde lichaamsbeweging te onderhouden om het resultaat van de ingreep te optimaliseren en spierafbraak tijdens de vermageringsfase te vermijden. Dit kan op eigen initiatief, via een kinesist (bv. Bewegen op verwijzing) of via ons Balansprogramma ter revalidatie (zie brochure ‘**Balans, multidisciplinair obesitasprogramma**’).

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 hierbij een troostende, belonende of ontspannende taak op zich. Als u zich hierin herkent, zal het belangrijk zijn om alternatieve manieren te zoeken. Hierbij ligt vaak de valkuil om het probleem te verschuiven naar alcohol of tabak. Samen met de psycholoog wordt dit van naderbij 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 calciump supplementen wordt dan ook aangeraden.

10 Meer informatie?

Lees meer op www.obesitascentrumwestvlaanderen.be of www.azdelta.be

Notities

A series of 20 horizontal dotted lines for taking notes.

A series of 25 horizontal dotted lines for writing.

Handwriting practice area consisting of 20 horizontal dotted lines.

Contact

Obesitascoördinator

Bert Verbeke

t 051 23 74 06

e obesitascentrum@azdelta.be

AZ DELTA ROESELARE

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 Horanka Uyttenhove

t 051 23 81 82

e horanka.uyttenhove@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 Sofie Naert

t 056 52 21 97

e sofie.naert@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 Ann-Sophie Vuylsteke

t 050 23 26 30

e ann-sophie.vuylsteke@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