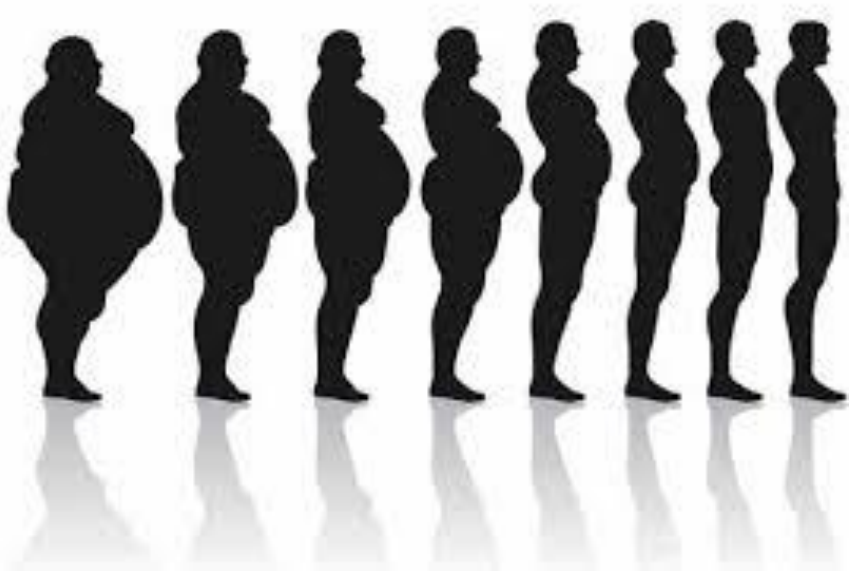


Bariatrische heelkunde

AZ Sint-Vincentius DEINZE

INHOUD

Voorwoord....3

Obesitas? 4

Zorgpad obesitas heelkunde? 6

1. Voortraject....8
   - voedingsadviezen bij obesitasheelkunde 9
   - psychologische screening....13

2. De operatie 17
   - gastric bypass....17
   - sleeve gastrectomie....19
   - gastric banding – maagring 21
   - de opname....23
   - anesthesie 24

3. Natraject....26
   - chirurgie 26
   - diëtiste: dieetconsult na de operatie 26
   - bewegingstherapie....30
   - psychologisch behandelaanbod 31

Tot slot 32

Nuttige telefoonnummers....33

Voorwoord

De beslissing om chirurgie te ondergaan om gewicht te verliezen, mag niet licht genomen worden. Je kan gerust stellen dat zo'n ingreep de meest efficiënte manier is om drastisch te vermageren. Maar het blijft een belangrijke ingreep, die een verregaande invloed heeft op de toekomst van de patiënt.

Op dit moment is het risico op complicaties heel beperkt, dankzij de opgebouwde expertise en de beschikbare technologie. Zoals bij alle ingrepen blijft er wel een zeker risico. Daarom is het van belang om de beslissing tot dit soort heelkunde met zorg te nemen waarbij de gezondheid en veiligheid van de patiënt centraal staat.

Verder schenken we bijzonder veel aandacht aan het natraject. Een goede medische opvolging is belangrijk om op eventuele laattijdige verwikkelingen te anticiperen of om ze te behandelen. Er is echter meer dan enkel passieve opvolging nodig na bariatrische heelkunde. Om de initiële goede resultaten na de ingreep lange tijd (meer dan 10 jaar) te kunnen behouden, verwachten we dat de patiënt zijn of haar levensstijl grondig aanpast met aandacht voor gezonde en gevarieerde voeding en regelmatige lichaamsbeweging.

Ons zorgpad onderscheidt zich dan ook door na de ingreep blijvend voedingsadvies, aangepaste trainingsschema's en psychologische coaching aan te bieden zodat de kans op een lang, gezond en waarom niet, een slank leven gegarandeerd wordt.

Obesitas?

Obesitas ontstaat door een chronisch onevenwicht tussen energieopname en energieverbruik, met vetopstapeling en gewichtstoename tot gevolg. Het is een aandoening waarbij het teveel aan lichaamsvet de gezondheid kan schaden en kan leiden tot de ontwikkeling van diabetes, hart- en vaatlijden, slaapapneu en hoge bloeddruk.

In België is ongeveer 15% van de bevolking obees. Dat percentage neemt toe tot 25 à 30% bij 55-plussers.

Obesitas is een chronische ziekte, wat wil zeggen dat een langetermijn- en multidisciplinaire behandeling noodzakelijk is en dat er geen kortetermijnoplossingen zijn (zoals ook bij hypertensie, diabetes en astma het geval is). Na stopzetting van de behandeling, stellen we een terugval vast.

Om te bepalen of er sprake is van overgewicht gebruiken we de BMI (Body Mass Index). Die berekenen we als volgt: gewicht in kg gedeeld door het kwadraat van de lengte in meters.

$$\text{BMI} = \frac{\text{Gewicht (kg)}}{\text{lengte (m) x lengte (m)}}$$

Overgewicht wordt ingedeeld op basis van de graad van BMI. Patiënten met morbide obesitas of ziekelijke zwaarlijvigheid hebben een sterk verhoogd risico op het ontwikkelen van hart- en vaatziekten, diabetes, ademhalings- en gewrichtsproblemen.
Hierdoor lopen ze ook het risico op voortijdig overlijden. Er is een internationale consensus dat men kan spreken over morbide obesitas vanaf een BMI boven de 40 kg/m2.

- Normaal: 18.5-24.9 kg/m^2
- Overgewicht: 25-29.9 kg/m^2
- Obesitas klasse I: 30-34.9 kg/m^2
- Obesitas klasse II: 35-39.9 kg/m^2
- Obesitas klasse III: ≥ 40 kg/m^2

Voor mensen die zich in deze laatste gewichtsklasse (klasse III) bevinden is aangetoond dat bariatrische of vermageringsingrepen tot voldoende gewichtsverlies kunnen leiden en dat het gewichtsverlies ook lange tijd in stand kan gehouden worden. Herhaaldelijk werd aangetoond dat ondanks de nadelen van deze ingrepen de kans op sterfte aanzienlijk vermindert. Voor mensen met een BMI tussen 35 en 40 kg/m^2 zijn dezelfde voordelen aangetoond als zij reeds ziektebeelden vertonen die het gevolg zijn van deze zwaarlijvigheid.

Zorgpad obesitasheelkunde?

Obesitasheelkunde is momenteel de meest effectieve en efficiënte manier om gedurende lange tijd veel gewicht te verliezen. Net omdat deze procedures zo ingrijpend zijn, bestaat de mogelijkheid op complicaties, die in sommige gevallen heel ernstig kunnen zijn. Het is dan ook van groot belang dat patiënten zorgvuldig geselecteerd en voorbereid worden vóór de beslissing tot obesitasheelkunde wordt genomen.
Verder moet er voldaan worden aan de voorwaarden die door de Belgische wet werden opgesteld om voor deze ingrepen een terugbetaling te krijgen.

De wettelijke voorwaarden zijn:

- Ouder zijn dan 18 jaar
- BMI >40kg/m², of BMI >35kg/m² in combinatie met diabetes, ernstige hoge bloeddruk waarvoor drie geneesmiddelen nodig zijn, ernstig slaapapnoesyndroom (OSAS) of na het falen van een vorige vermageringsingreep.
- Het afgelopen jaar een gedocumenteerd dieet gevolgd hebben zonder blijvend succes.
- Een multidisciplinair gunstig advies na bespreking door een chirurg, een endocrinoloog of internist en een klinisch psycholoog.

De totale prijs van een gastric bypass bedraagt rond de 8.000€. Zelfs als u aan alle criteria voldoet, moet u rekenen op een eigen bijdrage tussen de 1.000 en 1.500€. In veel gevallen vergoedt uw hospitalisatieverzekering hiervan een stuk.

Het zorgpad bestaat uit een voortraject, de operatie en een natraject.

Voortraject

Tijdens het voortraject worden de wettelijk verplichte onderzoeken (consultatie chirurg, consult endocrinoloog en consult psycholoog) uitgevoerd.

Elke patiënt is echter verschillend. Bij sommige mensen is het risico van een ingreep eerder klein, terwijl andere al bestaande ernstige ziekten hebben die eerst correct moeten behandeld worden voor er een ingreep kan volgen. Het kan dus zijn dat een aantal bijkomende onderzoeken nodig zijn om een beter beeld te krijgen van de gezondheidstoestand van sommige patiënten.

Natraject

Het belangrijkste onderdeel van het natraject is het consolideren van het gewichtsverlies. We weten dat iedereen 1 tot 2 jaar na een bariatrische ingreep veel gewicht verliest, maar dat de kans bestaat dat men nadien terug bijkomt. Om gewichtstoename zoveel mogelijk tegen te gaan, concentreren we ons in het natraject op levensstijlaanpassing: de diëtisten helpen patiënten gezond en gevarieerd te eten, de kinesisten sporen aan tot meer lichaamsbeweging en de psychologe helpt om eet- en snoepdrang te controleren.

1. Voortraject

Meestal begint het voortraject met een oriënterend gesprek met **de chirurg** tijdens een poliklinische raadpleging. U krijgt tijdens dit gesprek algemene informatie en we gaan na of dit type behandeling overeenstemt met uw verwachtingen. Na meten en wegen berekenen we uw BMI en gaan we na of u aan de wettelijke criteria voor terugbetaling voldoet.

Vervolgens wordt u gevraagd **een uitgebreide bloedafname** te doen en hiermee op controle te gaan bij **de endocrinoloog** of algemene internist. Deze zal uw bloedresultaten nakijken en eventueel nog een aantal medische onderzoeken laten uitvoeren om naar uw gezondheidstoestand te peilen.

De tweede basisstap is een raadpleging bij **de psycholoog** die met behulp van een aantal vragenreeksen nagaat of er geen formele psychologische tegenaanwijzing voor een ingreep bestaat.

De derde belangrijke pijler is de raadpleging bij **de diëtiste** die een grondig beeld gaat vormen van uw huidig dieet of voedingspatroon als basis om u te helpen om gezond te leren eten.

De afspraken bij de psychologe en de endocrinoloog zijn vereist voor de terugbetaling.

In sommige gevallen, kunnen nog een aantal **bijkomende tests** gepland worden, zoals een echo van de lever, een slaapfunctieonderzoek, een maagonderzoek, een cardiaal nazicht, …
Het is immers van het grootste belang om de uiteindelijke ingreep met de grootste kans op slagen uit te voeren.

Zodra u alle onderzoeken uitgevoerd heeft, maakt u een nieuwe afspraak bij de chirurg. Alle resultaten van het voortraject worden vervolgens **multidisciplinair**, d.w.z. door de verschillende specialisten (chirurg, endocrinoloog, diëtist en psycholoog) besproken. Zodra het licht op groen wordt gezet voor een ingreep, kan de datum gepland worden.

Voedingsadviezen bij obesitasheelkunde

Wanneer bij ernstige zwaarlijvigheid de klassieke behandeling (dieet, beweging en medicatie) onvoldoende effect heeft, kan heelkunde een oplossing zijn. Het is belangrijk dat u zich eerst goed laat informeren over de mogelijke chirurgische ingrepen en de weerslag ervan op uw eigen voedingspatroon. Obesitasheelkunde is geen wondermiddel, maar wel een belangrijk hulpmiddel om mits aanpassing van uw levensstijl tot een goede gewichtsdaling te komen en die op termijn ook te behouden. Het lange termijn succes van de gewichtsdaling zal afhangen van uw motivatie tot een gezondere levensstijl: gezond en gevarieerd eten, voldoende lichaamsbeweging en regelmatige en levenslange opvolging.

Verloop dieetconsult vóór de operatie

De diëtiste overloopt uw huidig eetpatroon om een idee te krijgen van uw persoonlijke voedingsgewoontes: de hoeveelheid voeding, de kwaliteit van uw voeding, uw maaltijdenpatroon, uw eetgedrag, uw drankgewoonten en uw ontbijtgewoonten.

Alle positieve elementen in uw voeding mag u behouden. Alle negatieve eetgewoonten zullen besproken worden om tot een gezonder eetpatroon te evolueren reeds voor de ingreep en ook na de operatie. Bij dit eerste consult krijgt u ook specifieke voedingsadviezen voor na de operatie. Mogelijks worden er nog enkele bijkomende consulten gepland om uw voedingspatroon voor de operatie zo goed mogelijk aan te passen om zo de aanpassing van de levensstijl na de operatie zo vlot mogelijk te laten verlopen.

Algemene voedingsrichtlijnen

Het is raadzaam om gezond en gevarieerd te eten. De voedingsdriehoek is daarbij een leidraad. Alle voedingsmiddelen die u nodig hebt om gezond te blijven, staan erin vermeld.

Tips en tricks hierbij zijn:

- Water is de beste drank.
- Plantaardige producten zijn de basis
- Beperk de inname van dierlijke producten
- Mijdt ultra bewerkte producten zoals snoep, chips, charcuterie, alcohol, fastfood, …
- Hou rekening met de aanbevolen hoeveelheden of porties. Voor persoonlijke aanpassingen kan u advies vragen aan de diëtiste.
- Varieer zoveel mogelijk binnen elke groep, zo voorziet u alle essentiële voedingsstoffen.
- Eet regelmatig: een 6-maaltijdenpatroon is gunstiger voor een blijvende gewichtsdaling.

Preoperatief laagcalorisch dieet

Soms vraagt de chirurg om ter voorbereiding van de ingreep een dieet te volgen. Dat is vooral zo bij de hogere BMI-klassen of als de chirurg verwacht dat het levervolume de ingreep technisch moeilijker maakt.

Het is het meest efficiënt als dit dieet in de twee weken voor de ingreep wordt gevolgd.

ProWells is een proteïnedieet met laagkalorische inhoud. Er zijn verschillende smaken beschikbaar. Informatie vindt u op www.prowell.be. Voor ons doel gebruiken we de eerste fase, die 4-6 zakjes per dag toelaat. Elk zakje bevat 90 Kcal en bestaat voor bijna 70% uit eiwitten.
Dit maakt dat deze voeding ook voor diabetici geschikt is. Verder moet u dagelijks 1,5-2l water, thee of koffie drinken.

Dagprijs: +/- 16€

Bestellen gebeurt op voorschrift van de chirurg. Een startpakket voor 5 dagen wordt eerst thuis geleverd. Voor de volgende voedingen kan u eventueel andere smaken thuis laten leveren.

Wanneer u geen dieet krijgt voorgeschreven, is het uiterst belangrijk om **1 à 2 weken voor de operatie** bourgondisch (calorierijk) eetgedrag te vermijden, d.w.z.: geen extra grote hoeveelheden, geen overdaad aan vet- en suikerrijke gerechten en geen suikerrijke of alcoholische dranken.
U kiest beter voor sobere maaltijden en energievrije dranken.

Psychologische screening

De bedoeling van het consult is dat we een realistisch beeld krijgen van het psycho-sociaal functioneren van de patiënt, dat we met andere woorden een goed zicht hebben op de zwaktes en de sterktes, en dit dan vooral in het kader van 'voeding'. De pre-operatieve psychologische consulten zijn meer dan alleen screeningsmomenten. Ze zijn een onderdeel van de behandeling, met als doel maatwerk te kunnen bieden in de verdere behandeling. We willen de kans op succes vergroten door u hierin te adviseren en hulp te bieden via psycho-educatie.

Daartoe onderzoekt de **psycholoog** de psychologische voorgeschiedenis van de ziekte (anamnese) en voert daarnaast een psychodiagnostisch onderzoek uit. Deze psychologische screening beslaat een tweetal sessies.

De anamnese

In de eerste sessie doen we een anamnestisch interview. Daarbij staan we stil bij verschillende aspecten van de obesitasproblematiek. Naast de fysieke, voedings- en bewegingsaspecten besteden we bijzondere aandacht aan de psychosociale problemen die vaak voorkomen bij obesitas. De emotionele lijdensdruk rond overgewicht is vaak heel groot.

We peilen ook naar de motivatie voor de keuze voor vermageringschirurgie. Er zijn verschillende redenen om voor chirurgie te kiezen. We stellen vast dat patiënten ouder dan 40 jaar vooral medische en fysieke klachten opgeven als voornaamste reden. Bij jongere patiënten spelen ook sociaal-emotionele redenen mee in hun keuze.
Het is belangrijk dat u realistische verwachtingen hebt met betrekking tot de impact van de ingreep op uw leven. Daarom wordt ook hieraan **tijdens het gesprek** voldoende aandacht besteed.

Verkenning van **eventuele risicofactoren (zoals stress, alcohol,…)** en eetgerelateerd gedrag is ook een belangrijk onderdeel van de anamnese. We peilen naar een mogelijke eetstoornis, controleverlies, type overeten, functie van eetgedrag, enz.

In deze eerste sessie bevragen we ook uw algemene psychische toestand. Ernstige psychiatrische stoornissen kunnen namelijk een tegenaanwijzing zijn voor vermageringschirurgie. U moet immers in staat zijn om na de ingreep de dieetadviezen op te volgen. Indien nodig verwijzen we eerst naar een psychiater voor een uitgebreide diagnose alvorens een beslissing genomen wordt.

Verder maken we een inschatting van uw cognitief en intellectueel functioneren en peilen we naar persoonlijkheidsproblemen.

Tijdens de consulten stelt de **psycholoog** zich begripvol en niet-oordelend op en gaat ze uit van uw hulpvraag. De sessies hebben enerzijds tot doel de nodige informatie te verkrijgen om tot een weloverwogen besluit te komen, maar anderzijds wil de psycholoog u vooral de mogelijkheid bieden om eens stil te staan bij uzelf en hierdoor meer zicht te krijgen in uw eigen psychosociaal functioneren, levensstijl, eetgedrag, enz. Het is van belang dat u een realistisch beeld heeft van uw eigen zwaktes en sterktes, in het bijzonder in relatie tot voeding, om zo beter te kunnen omgaan met de valkuilen die zich ongetwijfeld, zij het op korte termijn, maar zeker op lange termijn, na de ingreep zullen voordoen.

Psychodiagnostiek

Bij de psychologische screening voor bariatrische chirurgie vragen we u daarnaast een drietal vragenlijsten in te vullen. Deze vragenlijsten hebben verschillende aspecten van het algemeen lichamelijk en psychosociaal functioneren als thema.

Eén vragenlijst gaat dieper in op uw eetgedrag.

U krijgt de vragenlijsten na de eerste sessie mee en moet ze thuis invullen. Minstens een week voor de tweede afspraak bezorgt u de ingevulde vragenlijsten terug zodat er voldoende tijd is voor scoring en interpretatie. Het invullen van de vragenlijsten duurt ongeveer een uurtje. Tijdens de eerste sessie krijgt u voldoende uitleg en instructies bij de vragenlijsten.

We vragen u om de vragenlijsten eerlijk in te vullen. De vragenlijsten dienen niet om u te beoordelen of te veroordelen, maar kunnen **bijkomende informatie verschaffen** en dienen tevens om na te gaan of de informatie uit de anamnese overeenkomt met die uit de vragenlijsten, zodat de psycholoog een juist en **volledig beeld** krijgt.

Het invullen van de vragenlijsten is bovendien een gelegenheid om even stil te staan bij uw eigen functioneren.

Bespreking resultaten en bevindingen

Tijdens de tweede sessie bespreken we de resultaten en bevindingen uit de anamnese en vragenlijsten. We zetten nog eens alles op een rijtje en bespreken de persoonlijke aandachtspunten en valkuilen na de ingreep om een goed verloop te garanderen.

2. De operatie

Momenteel stellen we drie verschillende bariatrische ingrepen als eerste keuze voor: de Roux-en-Y gastric bypass, de sleeve gastrectomie en de aanpasbare maagring. Hoewel er geen wetenschappelijke zekerheid bestaat om een van de ingrepen te verkiezen, zijn er voldoende argumenten om de bypass als eerste lijn aan te bieden.

Gastric bypass

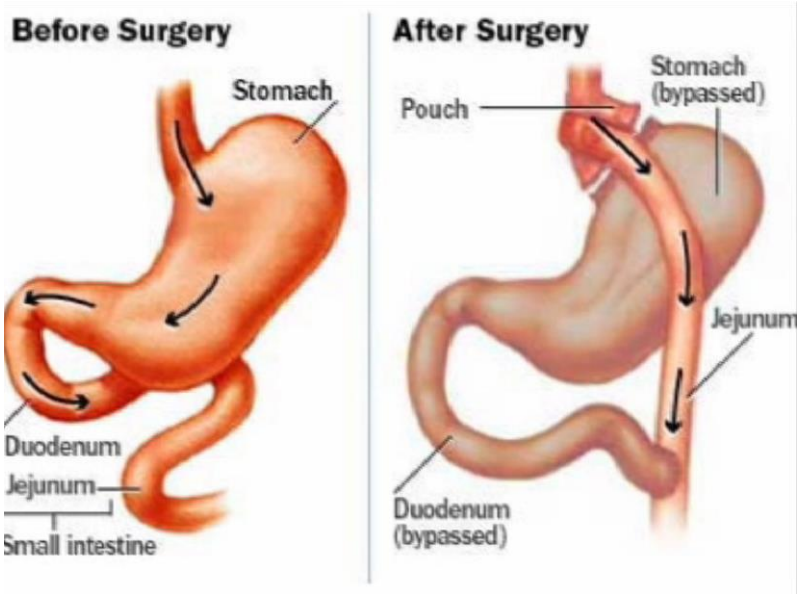
Normaal gezien heeft de maag een grote capaciteit, zodat u een grote hoeveelheid voedsel kan eten voor u een verzadigingsgevoel krijgt. Na de doorgang door de maag wordt het voedsel verteerd en ter hoogte van de dunne darm opgenomen.

Sommige operaties zorgen ervoor dat de hoeveelheid voedsel die u kan eten tijdens één maaltijd sterk wordt beperkt (restrictie). Andere operaties zorgen ervoor dat het voedsel dat u gegeten hebt minder door het lichaam wordt opgenomen (malabsorptie). Bij de gastric bypassingreep worden de maag, de twaalfvingerige darm en een deel van de dunne darm van de spijsvertering uitgesloten.

Dat heeft als voornaamste effect dat de hoeveelheid voedsel die u tijdens een maaltijd kan eten sterk wordt beperkt zonder dat u een hongergevoel hebt en dat u een langdurig verzadigingsgevoel hebt. Ook de opname van vetten wordt licht beperkt, al is dat eerder minimaal. Het eten van hoogcalorische voedingsbestanddelen, voornamelijk suikers, geeft een onbehaaglijk gevoel. Ook dat draagt bij tot evenwichtigere eetgewoonten na de ingreep.

De ingreep wordt uitgevoerd via een kijkoperatie (laparoscopie). Daarvoor worden 5 kleine gaatjes in de bovenbuik gemaakt.

Met behulp van nietjes creëren we in het bovenste gedeelte van de maag een nieuw klein maagreservoir. Dit nieuwe reservoir heeft geen doorgang meer naar de rest van de maag.



De dunne darm wordt opgehaald en verbonden met de nieuwe maag. Via een smalle doorgang gaat het voedsel van de nieuwe maag rechtstreeks naar de dunne darm. De ‘oude’ maag en de twaalfvingerige darm worden op die manier overbrugd of gebypassed. Het einde van de twaalfvingerige darm wordt opnieuw verbonden met de dunne darm, ongeveer 100 tot 150 cm verder dan de verbinding van de nieuwe maag met de dunne darm.

Deze nieuwe verbinding van de twaalfvingerige darm met de dunne darm zorgt ervoor dat het maagsap en het gal- en pancreassap met het voedsel vermengd kunnen worden.

Meestal kan de patiënt op de 2de-3de dag na de ingreep het ziekenhuis verlaten. Vooral de eerste drie weken zal u een aangepast dieet moeten volgen.

Vanaf een drietal weken na de operatie start u met vitaminesupplementen dat het lichaam vooral van extra vitB12 en ijzer voorziet.

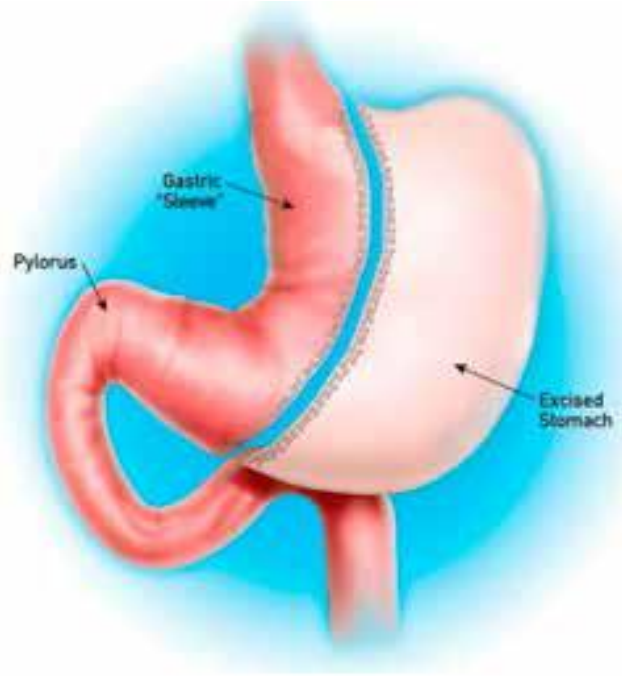
Na een gastric bypassoperatie kan u rekenen op een gemiddeld gewichtsverlies van 25-35% van het oorspronkelijke lichaamsgewicht. Vooral voor patiënten die hopen dat ze na dit type ingreep slank zullen worden, luidt de boodschap dat u moet streven naar een realistisch gewicht. Omdat deze ingrijpende operaties niet om esthetische redenen worden uitgevoerd, is slank zijn niet het doel. Het doel is gezonder worden. Een resterend maar beperkt overgewicht zal u moeten aanvaarden.

Sleeve gastrectomie

De meest recente van de drie technieken is de sleeve gastrectomy (sleeve = mouw; gastrectomy = maagresectie).

Bij deze techniek wordt via een kijkoperatie een groot stuk van de maag weggesneden waardoor er alleen nog een maagbuis overblijft. Van de oorspronkelijke maag ter grootte van een meloen blijft dus nog slechts een banaan over.

Daardoor krijgt u sneller een verzadigingsgevoel. Daar komt nog bij dat in het weggesneden maagstuk de cellen zitten die ghreline produceren, wat een eetlustopwekkende stof is. Na een sleeve gastrectomie zal de drang om te eten sterk verminderen.



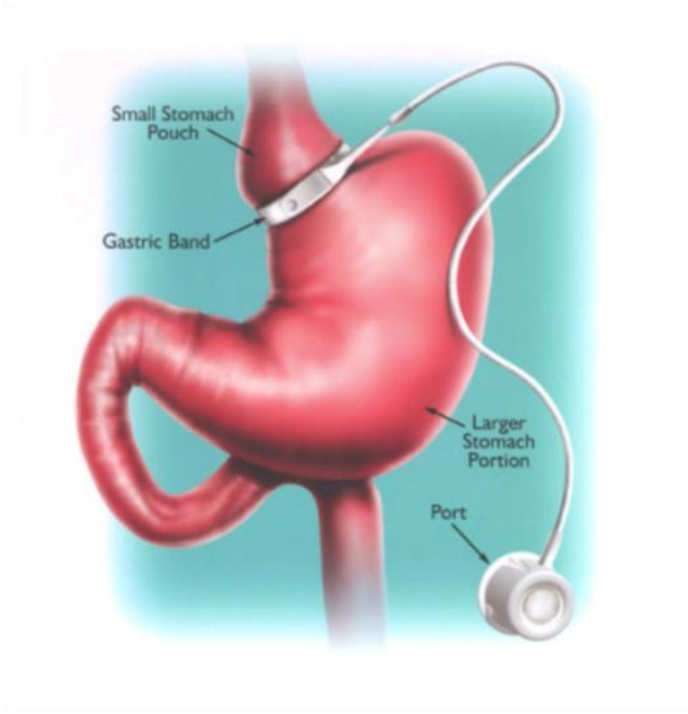
In de wetenschappelijke literatuur beschikken we voorlopig enkel over resultaten tot 1 à 2 jaar na de ingreep. Die geven wel al aan dat het gewichtsverlies na een sleeve gastrectomy dat van de gastric bypass benadert. Het risico op complicaties zou iets lager moeten zijn, omdat de ingreep technisch gemakkelijker is. Belangrijk om te onthouden is, dat die ingreep nog geen standaardbehandeling is en dat meer wetenschappelijk onderzoek de resultaten op lange termijn moet aantonen.

Gastric banding - maagring

Een van de oudere heelkundige mogelijkheden om het probleem van extreme obesitas aan te pakken, is de maagring. Die ingreep beperkt de hoeveelheid voedsel die u per maaltijd kan eten.

Bij deze operatie wordt een siliconenband bovenaan om de maag geplaatst en gesloten via een ‘gesp-sluiting’, zonder dat de maag hierbij hoeft te worden ingesneden, of zonder dat een deel van de maag moet verwijderd worden. Zo wordt de maag in twee delen verdeeld in de vorm van een zandloper.

Aan de binnenzijde van de band bevindt zich een opblaasbare ballon. De band staat via een slangetje in verbinding met een klein reservoir dat onderhuids in de buikstreek wordt geplaatst. Door vloeistof in het reservoir te spuiten, wordt de ballon opgeblazen waardoor de doorgang naar de maag vernauwd wordt in functie van de anatomie van de patiënt.



De band zorgt voor een klein maagzakje, maar ook voor een vertraagde doorgang van voedsel naar de rest van de maag. Er ontstaat snel een verzadigingsgevoel en het hongergevoel verdwijnt. U zal enerzijds minder kunnen eten en anderzijds uw eetgedrag moeten aanpassen. Omdat de maag op zich niet werd veranderd (alleen de toegang werd bemoeilijkt), is het altijd mogelijk om de maagband te verwijderen. Dat is overigens niet wenselijk omdat dit bijna altijd leidt tot een forse gewichtstoename.

Het grote nadeel van dit systeem is het risico dat de maagring verschuift of doorheen de maag groeit en dan verwijderd dient te worden. Op lange termijn creëren patiënten ook vaak een ongezond eetpatroon omdat suikers en frisdranken vlot passeren, maar gezonde voeding zoals groenten en vlees eerder moeizaam tot niet.

De maagring wordt dan ook zelden nog geplaatst. Enkel bij patiënten die na voldoende informatie gekant zijn tegen de gastric bypassoperatie en bij oudere patiënten.

Dieet voorafgaand aan de ingreep

In een laatste fase van het voortraject vragen we u om gedurende 2 weken voor de ingreep een dieet te volgen. Tijdens deze korte periode verliest u misschien maar enkele kilo’s, maar het is wetenschappelijk aangetoond dat het de technische moeilijkheid van de ingreep fors verlaagt.

De opname

Meestal wordt u de dag van de ingreep, rond 7 u ‘s morgens opgenomen via het onthaal, bij de ingang van het ziekenhuis.

U moet vanaf middernacht nuchter zijn. Dit betekent dat u vanaf dan geen vast of vloeibaar voedsel meer mag eten of drinken.

Als u een CPAP-masker hebt, moet u dit meebrengen naar het ziekenhuis.

Afhankelijk van het type ingreep duurt de operatieve procedure ongeveer 2 uur. Daarna komt u voor enkele uren op de ontwaakruimte te liggen ter observatie. Hoog- risicopatiënten blijven daar de hele nacht onder medische bewaking.

Na de ingreep krijgt u vanzelfsprekend aangepaste voeding:

- Na gastric bypass/sleeve gastrectomie: De dag van de ingreep mag u reeds helder water drinken. U hebt geen neussonde, maar mogelijks wel een infuus en een buisje (drain) in de buik.
- Vanaf de eerste dag na de ingreep kunt u al vaster voedsel beginnen eten: eerst yoghurt en een beschuit en dan gepureerde, zachte voeding. De drain en het infuus worden dan verwijderd.
- Afhankelijk van hoe u zich voelt, kunt u ten vroegste op de tweede dag na de ingreep het ziekenhuis verlaten.

Anesthesie

Anesthesie bij mensen met overgewicht vraagt een grondige kennis van de onderliggende ziektemechanismen maar ook voldoende ervaring met anesthesietechnieken speciaal aangepast aan obese mensen.

De anesthesierisico's zijn afhankelijk van de mate van overgewicht en voorafgaande aandoeningen van hart, longen, lever en nieren. Het risico op levensbedreigende complicaties bij deze ingreep en narcose ligt rond de 0,5 tot 1 %. Voor sommige hoogrisicopatiënten kan dit cijfer hoger oplopen tot 2,5 %.
Bij mensen met overgewicht is er steeds een kans op verwikkelingen ter hoogte van de luchtwegen. Als de anesthesist het nodig acht, wordt er mogelijks onder lokale verdoving met een optisch kijktoestel naar de toegankelijkheid van uw luchtwegen gekeken vlak voor de narcose. Dit gebeurt om de mogelijkheid tot kunstmatige ventilatie, die noodzakelijk is tijdens de anesthesie, te kunnen garanderen.

De taak van de anesthesist houdt niet op na de ingreep. Na de ingreep zorgt de anesthesist ook voor de verdere comfort- en pijnbehandeling. Dit gebeurt voornamelijk met klassieke pijnstillers die via injecties in de spier of het infuus gebeuren.

Sporadisch gebeurt de pijnstilling via een epidurale verdoving. Bij deze techniek wordt via een ruggenprik een katheter aangebracht die verdovingsmiddel aanvoert rond de zenuwen die naar de operatiestreek aftakken.

Zowel de klassieke pijnstillers als de epidurale pijnstillers kunnen via een pijnpomp toegediend worden. Deze pijnpomp kan u zelf handmatig bedienen als u nood hebt aan extra pijnstilling. We bespreken wat voor u de beste keuze is.

3. Natraject

a) Chirurgie

De hechtingen zijn resorbeerbaar en dienen niet verwijderd te worden. Wel is het zinvol een 10-tal dagen na de operatie bij de huisarts langs te gaan om de wondjes te laten controleren.

U krijgt ook een afspraak mee om 3 à 4 weken na het ontslag bij de chirurg langs te komen. Die zal u onder andere de vitaminepreparaten voorschrijven die u dagelijks moet innemen. Bewegingstherapie onder begeleiding van een kinesist zal dan ook gestart worden.

Het verdere traject bestaat het eerste jaar uit een poliklinische raadpleging om de 2 à 3 maanden bij de chirurg, de diëtiste en/of de internist/endocrinoloog. Daarbij hoort tussen de 3de en de 6de maand een bloedafname om vitaminetekorten op tijd te behandelen. Na het eerste jaar hoeft u nog maar eenmaal om de zes maanden op controleconsultatie te komen, met minstens eenmaal per jaar een bloedafname. Het spreekt vanzelf dat de huisarts die controles perfect kan doen.

b) Diëtiste: dieetconsult na de operatie

Bij het ontslag uit het ziekenhuis herhaalt de diëtiste de voedingsadviezen. De eerste 4 à 6 weken na de operatie gelden specifieke voedingsadviezen om problemen van verstopping te vermijden.

Een geleidelijke omschakeling van vloeibare over zeer zachte, gepureerde voeding naar voeding met een normale consistentie is wenselijk.

De eerste maand na de operatie moet u beschouwen als een overgangs- of herstelfase. Daarna kan u in principe alles eten, mits kleine individuele verschillen.

Het is ook belangrijk om uw eetgedrag aan te passen om ‘dumpingklachten’ te vermijden. Dumpingklachten ontstaan door een te snelle passage van voedsel en drank van de kleine maag naar de dunne darm. Volgende symptomen kunnen optreden:

- misselijkheid
- duizeligheid
- futloosheid
- zweten
- versneld hartritme
- krampen
- diarree

Dumping kan ook ontstaan door te energierijk voedsel te eten, vooral suiker of zoetigheden (= snelle suikers), al dan niet gecombineerd met te veel vetten.

Een plotse hyperglycemie (= abnormale verhoging van de bloedsuikerspiegel) kunt u best vermijden.

U mag zoetstoffen gebruiken maar we raden het niet aan omdat de zoete smaak het verlangen naar suiker blijft onderhouden.

Postoperatieve voedingsadviezen:

- Start met zeer **kleine hoeveelheden** per eetmoment. Beperk dus de hoeveelheid voedsel anders loopt u het risico dat u zich overeet en misselijk wordt. Kleine porties zijn belangrijk om de kleine maag (maagpouch) niet onnodig uit te rekken.

- **Eet zeer langzaam en kauw goed** zodat er geen grote stukken voedsel ter hoogte van de verbindingen maag-darm en darm-darm kunnen klem geraken.

- Eet naast een ontbijt ook een middagmaal en een avondmaal in kleine porties en eet ook een kleine tussenmaaltijd in de voormiddag, in de namiddag en eventueel later op de avond. Het is aangewezen **om 6 eetmomenten per dag te hebben, maar wel goed gespreid (om de 3 uur) over de hele dag**. Dat is gunstiger voor de vertering en uw bloedsuikerspiegel blijft op peil, waardoor er meer energie is voor de dagelijkse activiteiten.

- Kort na de operatie krijgt u aanvankelijk alleen iets vloeibaars: plat water, bouillon, yoghurt, soep. Vrij snel mag u bij de hoofdmaaltijden vast voedsel eten maar in zeer zachte vorm, bv. enkel gestoomde vis, aardappelpuree en zeer zacht bereide en aanvankelijk gepureerde groenten (of groentestamppot). Als broodmaaltijd eet u best beschuiten, cracottes of geroosterd brood met een smeerbaar beleg.
  Om passageproblemen te vermijden moet u **de eerste 3 à 4 weken vlees, gewoon brood, rauwe groenten en hard fruit vermijden**.

  Eet geen suiker, chocolade, koekjes, gebak, snoepgoed en ijs en drink geen frisdranken, fruitsap, gesuikerde melkdranken, milkshakes.

- Wees matig met het gebruik van zowel zichtbare vetten (boter, margarine, olie, mayonaise,…) als onzichtbare vetten (vervang volle melkproducten, volle kaasproducten, vette charcuterie door magere of halfvolle producten).

Postoperatief drinkadvies:

- Drink kleine hoeveelheden, met kleine slokjes, (**langzaam drinken**) maar goed gespreid over de dag. Per dag is 1,5 l vochtinname aanbevolen. Probeer die hoeveelheid geleidelijk aan op te bouwen.

- **Drink nooit tijdens of direct na een maaltijd of tussendoortje**. Drinken bij de maaltijd lukt niet goed, kan de kleine maag op termijn doen uitzetten en bevordert het wegspoelen van voedsel naar de dunne darm wat dumping kan teweegbrengen.

- **Drink ongesuikerde dranken** of energievrije dranken: water, thee, koffie, ontvette bouillon, groentesappen. Les uw dorst met water. Ons kraantjeswater is gezond en lekker. Kies desnoods een watermerk dat u lekker vindt. De keuze is groot genoeg! Dit soort dranken kunt u drinken tot vlak vóór de maaltijd.

- Bruisende dranken kunnen u meer dumpingklachten, een opgezet gevoel of darmborrelingen bezorgen. Vermijd bruisende dranken in de beginfase of laat eventueel het meeste gas ontsnappen.

- **Let op met alle vruchtensappen**! ONGEZOET betekent dat er geen extra suiker is aan toegevoegd, maar het sap bevat wel de natuurlijke suikers van het fruit zelf!

- **Let op met alcoholische dranken**, want alcohol wordt sneller opgenomen in het bloed en u voelt zich veel vlugger dronken. Bovendien kan alcohol uw bloedsuikerspiegel plots sterk doen dalen waardoor u heel misselijk kunt worden. Alcohol brengt geen essentiële voedingsstoffen aan, maar net zoals suikers heel veel energie, wat niet nodig is.

Dieet-opvolgconsulten:

Om na obesitasheelkunde een gezond eetpatroon aan te leren en/of te behouden, is het wenselijk om op regelmatige basis een dieet-opvolgconsult te voorzien.

c) Bewegingstherapie

Naast het aanpassen van de voedingsgewoonten is ook regelmatig bewegen een belangrijke factor voor en na bariatrische heelkunde.

Het is raadzaam om u fysiek op de ingreep voor te bereiden. Een goede preoperatieve conditie vermindert het risico op verwikkelingen, verbetert de conditie van hart en bloedvaten en zorgt voor een beter herstel na de ingreep.

Postoperatief kan u, samen met een kinesist, starten met een individueel oefenprogramma. Dat maakt deel uit van uw nieuwe levensstijl en helpt om de beoogde effecten te bereiken.

U mag niet verwachten dat bewegen tot een plots gewichtsverlies zal leiden. Bewegen moet u kaderen in een langetermijnvisie. Regelmatige beweging bevordert het energieverbruik, verhoogt de fitheid van hart en ademhalingsorganen, heeft een positief effect op hart- en bloedvaten en vermindert het risico op vele andere ziekten.

Tenslotte zou regelmatige beweging ook een gunstig effect hebben op de spijsvertering.

d) Psychologisch behandelaanbod

Normaliter beperkt het contact met de psycholoog zich tot die 2 sessies. Maar er is zeker ook een mogelijkheid tot nazorg. Dit houdt in dat wij als psycholoog voor u na de ingreep verdere begeleiding kunnen bieden. Er kan dan samen met u geëvalueerd worden hoe het vermageringsproces verloopt.

- Er kan meer bepaald worden gezorgd voor extra sociale ondersteuning.
- Er kan aandacht worden besteed aan psycho-educatie: het verschaffen van informatie over bepaalde symptomen, over mogelijke behandelvormen, het leren inschatten van risicofactoren,…
- Disfunctionele gedachtepatronen kunnen worden herkend. Zij helpen de patiënt namelijk niet bij het bereiken van zijn doel.
- Sociale vaardigheden kunnen worden aangeleerd, dat zijn vaardigheden die betrekking hebben op het omgaan met anderen, in het communiceren.
- Met gedragstherapie kunnen we helpen bij de gevraagde gedragsveranderingen (op vlak van beweging, voeding, stresshantering, emotieregulatie,…). Zo kan er bijvoorbeeld worden gewerkt rond het herkennen van risicosituaties, zelfcontrolestrategieën aanleren, emotioneel eten. enz
- Op die manier versterken we de basis voor succes en een langetermijneffect en doen we aan terugvalpreventie

De psychologische nazorg gebeurt op individuele basis. Voor meer informatie kan u zich wenden tot de psycholoog.

Tot slot

Als u na het lezen van deze brochure nog vragen heeft, kan u contact opnemen met uw behandelende arts of met de verpleegkundige van de afdeling.

Nuttige telefoonnummers

Bariatrisch chirurgen

Dr. Marieke De Visschere	09 387 74 86
Dr. Barbara Defoort	09 246 74 00
Dr. Donald Van Der Fraenen	09 246 74 00

Dienst abdominale heelkunde AZ Sint-Vincentius Deinze

Dr. Marieke De Visschere	09 387 74 86
Dr. Dietrich De Mey	09 387 74 81
Opname	09 387 70 26

Dienst abdominale heelkunde AZ Maria Middelares

Dr. Pieter Pletinckx	09 246 74 00
Dr. Barbara Defoort	09 246 74 00
Dr. Donald Van Der Fraenen	09 246 74 00
Dr. Filip Muysoms	09 246 74 00
Dr. Valérie Vergucht	09 246 74 00

Diëtisten AZ Sint-Vincentius Deinze

Mathilde Vangheluwe	09 387 73 37
Els Vispoel	09 387 73 37

Endocrinologie AZ Sint-Vincentius Deinze

Dr. Mirra Boer	09 387 70 58
Dr. Barbara Vandendriessche	09 387 70 58
Dr. Joris Rötgens	09 387 70 58

Secretariaat Digestief centrum AZ Sint-Vincentius Deinze

Mevr. Annemie De Doncker	09 387 70 58
Mevr. Caroline De Vlaminck	09 387 70 58

Psychologen AZ Sint-Vincentius Deinze

Isabelle Claeys	0476 77 66 70
Kerkhofstraat 2, 9890 Asper	

Dienst longziekten (slaapapnoe) AZ Sint-Vincentius Deinze

Dr. Sofie Van Den Broecke	09 387 73 00
Consultaties in AZ Sint-Vincentius Deinze op afspraak	

AZ Sint-Vincentius DEINZE

6052 2378 – januari 2024