



OBESITAS CHIRURGIE

HEELKUNDE



**MARIA
MIDDELARES**

Gezondheids**Zorg** met een Ziel

Inhoud

1	Inleiding.....	4
2	Over obesitas.....	5
3	Conservatieve of niet-chirurgische behandeling	7
4	Wettelijke voorwaarden voor bariatrische heekunde	9
5	Preoperatieve onderzoeken	10
6	Types vermageringsoperaties.....	12
6.1	Gastric bypass	12
6.2	Sleeve gastrectomie	15
6.3	Gastric banding of maagring	16
6.4	Revisionele chirurgie of heringrepen	17
7	Resultaten en veranderingen na de operatie.....	18
7.1	Gewichtsverlies en effect op bijkomende aandoeningen	18
7.2	Effect op vruchtbaarheid, contraceptiva en zwangerschap	20
7.3	Huidoverschot	20
7.4	Medicatie	21
8	Na de ingreep	23
8.1	Opvolging	23
8.2	Voedingsadvies	23
8.3	Fitness-programma	24
9	Praktische informatie	25
9.1	Proteïne-dieet voorafgaand aan de ingreep	25
9.2	Hospitalisatie	25
9.3	Ontslagrichtlijnen	26
10	Contactgegevens van het team	28
11	Notities	30

1 Inleiding

Het aantal mensen dat kampt met overgewicht en obesitas is gedurende de laatste decennia wereldwijd sterk toegenomen. De cijfers voor België zijn vandaag evenmin gunstig: 57 % van de volwassenen heeft overgewicht en 22 % is obees. Dit heeft nadelige effecten voor de gezondheid, zoals verhoogde kans op diabetes type 2, hart- en vaatziekten, verhoging van bloeddruk, psychische aandoeningen, gewrichtsproblemen...

In het obesitascentrum van AZ Maria Middelaes kunnen personen met overgewicht of obesitas terecht voor behandeling en begeleiding door een gespecialiseerd en multidisciplinair team, bestaande uit een chirurg, coördinator, maagdarmspecialist, internist, revalidatiearts, kinesist, diëtist en psycholoog. Patiënten doorlopen een selectie- en screeningsproces om te zien of zij in aanmerking komen voor een operatie of een niet-operatieve behandeling.

Als conservatieve vermageringsbehandeling voorziet AZ Maria Middelaes het "Fitesse"-programma. Chirurgie is voor de obese patiënt een optie indien minder ingrijpende methodes van gewichtscontrole zoals dieet, lichaamsbeweging of medicatie,... hebben gefaald. De beslissing tot operatie mag niet licht genomen worden. Deze is geassocieerd met een drastische verandering van levensgewoontes en houdt toch een zeker – zij het beperkt – risico in op complicaties. Na de ingreep wordt verder voedingsadvies, aangepast trainingsschema en psychologische coaching aangeboden middels het Fitesse-programma. Strikte opvolging is immers van primordiaal belang.

2 Over obesitas

Overgewicht is een syndroom waarbij zoveel lichaamsvet zich opgehoopt heeft dat dit een negatief effect kan hebben op de gezondheid. Het lichaam krijgt meer voedingsstoffen binnen dan nodig is voor de maximale energiebehoefte. Er ontstaat dus een positieve energiebalans. Dit teveel aan calorieën wordt opgeslagen in de vorm van vet.

Obesitas is een ernstige vorm van overgewicht met ernstige gezondheidsrisico's zoals diabetes mellitus type 2 (suikerziekte), arteriële hypertensie (hoge bloeddruk), hypercholesterolemie (te veel aan cholesterol), hart- en vaataandoeningen, gewrichtsproblemen, depressie, galstenen, leversteatose (of leververvetting), slaapapneu syndroom, menstruatiestoornissen... Deze geassocieerde aandoeningen verlagen – alleen of in combinatie – de levensverwachting aanzienlijk.

Obesitas **ontstaat** door een onevenwicht tussen energieopname en energieverbruik, met vetopstapeling en gewichtstoename tot gevolg. Overmatig voeding- en alcoholgebruik en tekort aan beweging leiden dus tot een positieve energiebalans. Ook genetische factoren, stofwisselingsstoornissen (zoals een te traag werkende schildklier,...), bepaalde medicatie en psychologische factoren kunnen een invloed hebben op overgewicht.

Het absolute gewicht is een slechte parameter om uit te maken of er sprake is van overgewicht/obesitas. Gezien het gewicht gerelateerd moet worden aan de lengte, wordt de BMI of Body Mass Index gebruikt, die de verhouding tussen lengte en gewicht weergeeft.

BMI (kg/m²)	
< 18.5	ondergewicht
18.5 tot 24.9	normaal gewicht
25 tot 29.9	overgewicht
30 tot 39.9	obesitas
≥ 40	morbide obesitas

Tabel 1: BMI

Naast het berekenen van de BMI kan de **middelomtrek** een indicatie geven over de abdominale vetmassa (de hoeveelheid vet die opgestapeld is ter hoogte van de buik). Vetopstapeling rond de buik gaat immers gepaard met ernstige gezondheidsrisico's. Vanaf 88 cm bij vrouwen en 102 cm bij mannen spreekt men van een verhoogd risico.

Voor elke individuele persoon is er een **ideaal gewicht**. Deze hangt af van enkele factoren (geslacht, spiermassa, lichaamsgestel,...) waardoor de marges van een ideaal gewicht heel breed zijn.

De waarden berekend aan de hand van de BMI-methode zijn dus niet van toepassing op kinderen, ouderen, mensen met een grote spiermassa, zwangere vrouwen of vrouwen die borstvoeding geven.

3 Conservatieve of niet-chirurgische behandeling

De meeste niet-chirurgische vermageringsprogramma's zijn gebaseerd op een combinatie van dieet, medicatie, gedragswijzigingen en regelmatige lichaamsbeweging.

In AZ Maria Middelaes Gent wordt het "Fitesse"-programma aangeboden. Hiervoor werken een arts, diëtist, psycholoog en bewegingsdeskundige nauw samen om de patiënt gedurende 6 maanden op weg te helpen naar een gezondere levensstijl met een lager lichaamsgewicht. Dit programma kan ook na een bariatrische ingreep gevolgd worden.

De **revalidatiearts** begeleidt en coördineert het programma en zorgt bij medische problemen voor feedback naar de verwijzende arts.

Aan de hand van de actieve voedingsdriehoek leert de **diëtist** verantwoorde keuzes te maken bij de samenstelling van maaltijden. Aan de hand van eetdagboekjes kan hij het eetgedrag bijsturen. De diëtist houdt ook het lichaamsgewicht bij en streeft naar een gewichtsverlies van een halve kilo per week. Er worden 7 sessies voorzien gedurende 6 maanden.

Onder begeleiding van een ervaren **kinesist** wordt getraind bij een veilige polsfrequentie. Hartslagmeters staan ter beschikking tijdens de oefeningen. Zowel kracht- als uithoudingsoefeningen, progressief opgebouwd, zorgen voor een verhoogde calorieverbranding. De bewegingsmomenten gebeuren 2x per week in groep met in totaal 48 oefenbeurten op te nemen over een periode van 6 maanden.

In de gesprekken bij de **psycholoog** ligt de focus voornamelijk op gedragsverandering en gedragsbehoud. Tijdens een intakegesprek wordt kennis gemaakt met de psycholoog en probeert de psycholoog inzicht te krijgen in de specifieke noden. Tijdens een opvolgingsgesprek wordt er gepeild naar de behoeften van de patiënt.

Het programma voorziet een driemaandelijke **infosessie** waarbij een arts, psycholoog en diëtist het effect van overgewicht op de gezondheid toelichten. Het belang van voeding en eetgedrag wordt besproken en diverse voedingsmiddelen worden met elkaar vergeleken. Allerhande tips worden meegegeven om een gezonde gedragsverandering gemakkelijker te kunnen volhouden. Na afronding van het programma (in principe na 6 maanden) wordt er eveneens een geschikt bewegingsalternatief gezocht of kan een verlenging op het bewegingsprogramma verkregen worden.

4 Wettelijke voorwaarden voor bariatrische heelkunde

Als een conservatieve aanpak - al dan niet onder begeleiding van een diëtist en/of fysieke training of via ons multidisciplinair "Fitesse"-programma - niet helpt om het gewicht te reduceren, kan de indicatie gesteld worden tot bariatrische heelkunde.

Om in aanmerking te komen voor **terugbetaling** door het ziekenfonds zijn een aantal wettelijke voorwaarden vereist:

- minimumleeftijd 18 jaar
- BMI vanaf 40 kg/m²
- BMI vanaf 35 kg/m² met comorbiditeiten (diabetes, slaapapneu, hoge bloeddruk ondanks inname van 3 verschillende medicijnen)
- BMI vanaf 35 kg/m² na falen van vorige vermageringsingreep
- het afgelopen jaar een gedocumenteerd dieet gevolgd hebben zonder blijvend succes
- goedkeuring van een multidisciplinair team (chirurg, psycholoog, endocrinoloog, diëtist)

In volgende situaties komt de patiënt **niet in aanmerking** voor een vermageringsoperatie:

- overdreven alcohol- en/of druggebruik
- inadequate cardiopulmonaire reserve
- sterk verminderde intellectuele capaciteiten
- bepaalde psychiatrische afwijkingen
- bepaalde eetstoornissen (die vooraf behandeld moeten worden)
- te lage BMI
- zwanger zijn op het ogenblik van de ingreep of zwangerschapswens gedurende 1ste jaar na de procedure
- Prader-Willi Syndroom (genetische afwijking)

5 Preoperatieve onderzoeken

Van zodra de patiënt bij de chirurg op raadpleging is geweest, krijgt hij/ zij binnen enkele dagen telefoon van de coördinator met de afspraken voor de preoperatieve onderzoeken (ECG, longfoto, ...). Enkele consulten (zoals psychiater of klinisch psycholoog, internist en chirurg) zijn wettelijk verplicht voor terugbetaling.

Een **psychiater of klinisch psycholoog** zal nagaan of er psychische contra-indicaties zijn om een bepaalde behandeling te adviseren.

De **gastro-enteroloog** voert een echo lever uit om galstenen of abnormale vetopstapeling in de lever uit te sluiten. Er wordt een gastroscopie verricht om slokdarm-/maagontsteking of maagzweren uit te sluiten. Bovendien kan na een gastric bypass het grootste deel van de maag moeilijker onderzocht worden gezien dat deel afgesloten is. Met een C13-ademtest kan een infectie met *Helicobacter pylori* (=bacterie welke een hogere kans geeft op maagzweren) aangetoond en eventueel behandeld worden.

De **diëtist** brengt de huidige eetpatronen en -gewoontes en de reeds ondernomen diëten in kaart. Iedere patiënt wordt een preoperatief proteïne- dieet gedurende 3 weken opgelegd, om zo vóór de ingreep 10% van het gewicht te verliezen. Hierdoor krimpt het binnenvet en de omvang van de lever waardoor de technische moeilijkheden van de ingreep fors verminderen. Er wordt tevens uitgelegd welk dieet gedurende de eerste weken na de operatie dient gevolgd te worden.

Sommige patiënten gaan op consult bij de **endocrinoloog** om na te gaan of een bepaalde ziekte/syndroom het overgewicht zou veroorzaken hebben. Bovendien wordt onderzocht in welke mate de zwaarlijvigheid reeds gezondheidsproblemen (zoals suikerziekte, verhoogde bloeddruk, hart- en vaatziekten, gewrichtsproblemen, ...) veroorzaakt heeft.

Een **polysomnografie of slaaponderzoek** wordt uitgevoerd bij het vermoeden van obstructief slaapapneu-syndroom (OSAS).

Tijdens het **Multidisciplinair Bariatrisch Overleg (MBO)** zitten chirurg, endocrinoloog, diëtist, kinesist, coördinator, psycholoog,... samen om de individuele casussen te bespreken.

6 Types vermageringsoperaties

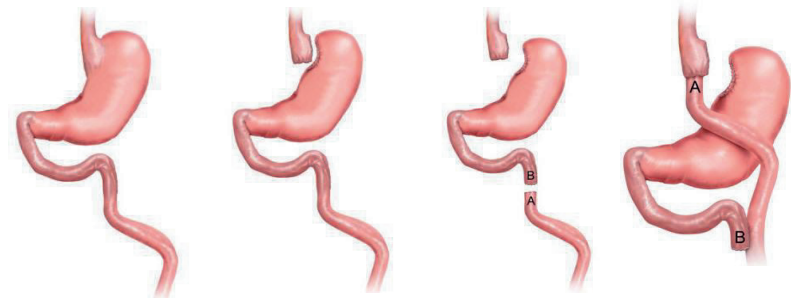
We bieden **diverse operatieve ingrepen** aan: een gastric banding of maagband, een sleeve gastrectomie en een gastric bypass waarbij deze laatste de gouden standaard is. Tijdens het intake-gesprek op de consultatie wordt bepaald welke specifieke operatie voor de patiënt het meest geschikt is.

De operatie wordt uitgevoerd via **laparoscopie** (5 sneetjes van 1 cm), wat het herstel, littekenvorming en de esthetiek ten goede komt. In zeer uitzonderlijke gevallen (vaak bij te veel verklevingen in de buik) wordt een laparotomie (of klassieke snede) uitgevoerd.

6.1 Gastric bypass

De gastric bypass is de **gouden standaard** en bijgevolg de meest uitgevoerde vermageringsoperatie.

Het werkt zowel restrictief (beperkte inname van voedingsstoffen) als malabsorptief (mindere opname van voedingsstoffen). Een kleine voormaag of pouch van 20 à 30cc wordt gecreëerd waardoor er een snellere verzadiging optreedt (fig. 1). Deze pouch wordt geconnecteerd met een dundarmlis (fig. 4-A) waarlangs het voedsel getransporteerd wordt en waar pas na 150cm verteringssappen (van de grote restmaag, pancreas en gal) bij komen met start van de vertering (= malabsorptieve effect) (fig. 4-B).



Gastric bypass. 1: normale anatomie van slokdarm-maag-dunne darm 2: creatie van pouch of voormaag, 3: opsplitsen van de dunne darm 4: connectie van pouch aan dundarm (A) en dundarm aan dundarm (B)

Het grootste **gewichtsverlies** vindt plaats in het eerste jaar na de ingreep met 15% van het oorspronkelijke gewicht na 3 maand, 20 à 25% na 6 maand, 30 à 30% na 12 maand. Een (kleine) gewichtstoename van 5% na het tweede postoperatieve jaar is heel normaal.

De gastric bypass heeft als **voordeel** dat zowel volume-eters als sweet-eaters (= snoepers) in aanmerking komen (door de verminderde opname van suikers). Patiënten met een hiatale hernia (=maagbreuk) worden tevens behandeld voor klachten van reflux. Bovendien ontwikkelt de patiënt geen (stinkende) diarree gezien het grootste deel van de dunne darm instaat voor de vertering. Tenslotte is een gastric bypass volledig omkeerbaar.

Dumping syndroom is één van de belangrijkste **nevenwerkingen** na een gastric bypass. Hierbij ontstaat misselijkheid, hartkloppingen, zweten, duizeligheid,... kort na het eten van suiker- of vetrijke voeding of te veel/ snelle voedingsinname. De klachten verdwijnen meestal spontaan (verbeteren vaak door platliggen). De behandeling bestaat in eerste instantie uit dieetaanpassingen en bij onvoldoende resultaat kan gestart worden met medicatie (antidiabetica of somatostatine).

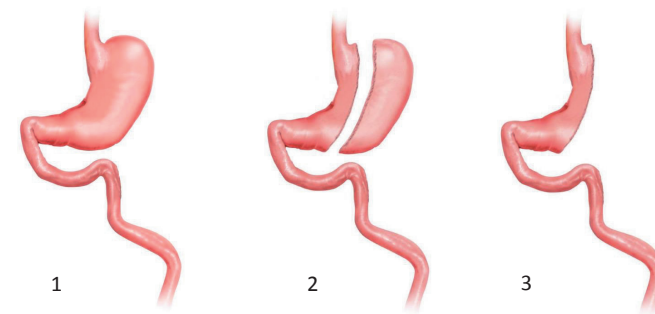
Een tweede nadeel is het vitamine- en/of mineralentekort (ijzer, vit B12, foliumzuur,...) dat best vermeden kan worden door dagelijks een multivitamine in te nemen.

Tevens kan er tijdelijk haarverlies of broze nagels optreden door sterke en snelle vermagering.

Tenslotte wordt het uitvoeren van een gastroscopie of ERCP via de klassieke manier (via de mond) bemoeilijkt doordat de pouch afgesloten is van de restmaag.

Een naadlekkage, nabloeding, abces, thrombo-embolie... zijn de belangrijkste **complicaties** die kunnen optreden tijdens of kort na de ingreep. Op lange termijn zijn maagzweren, galstenen en een interne hernatie of obstructie de meest voorkomende verwickelingen.

6.2 Sleeve gastrectomie



Sleeve gastrectomie : 1: normale anatomie van slokdarm-maag-dunne darm, 2: verwijderen van 80% van de maag 3: uiteindelijke situatie

Dit is een restrictieve ingreep waarbij ongeveer 60 tot 85 % van de maag wordt weggenomen. Hierdoor ontstaat een maagtubulus of buismaag van ongeveer 100 à 150cc die ervoor zorgt dat minder voedsel opgenomen kan worden. Bovendien wordt het deel van de maag die ghreline (= hongerhormoon) produceert, verwijderd waardoor er minder honger wordt ervaren. Enkel volume-eters zonder reflux en/of maagbreuk (hiatale hernia) komen in aanmerking evenals extreem zware patiënten als eerste chirurgische stap ter voorbereiding op een gastric bypass.

Een sleeve gastrectomie heeft als **voordeel** tov een gastric bypass van geen dumping veroorzaken gezien de maaguitgang (pylorus) intact blijft.

De belangrijkste **risico's** zijn een naadlekkage, abces of bloeding...

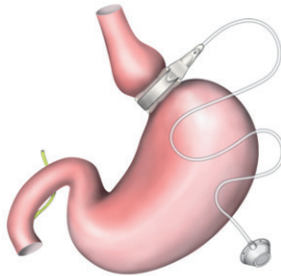
Op lange termijn kunnen er vitaminetekorten optreden. Ook kan het gewicht opnieuw terug toenemen indien men na de ingreep een ongezonde levensstijl op nahoudt.

Na 12 maand wordt een gemiddeld **gewichtsverlies** van 30 % verwacht.

Een sleeve is niet omkeerbaar.

6.2 Gastric banding of maagring

Bij deze restrictieve ingreep wordt rond het bovenste deel van de maag een silicone band geplaatst die via een katheter verbonden is aan een onderhuids poortje. Langs dit poortje kan vloeistof ingespoten worden om de band te vullen. Hierdoor wordt een kleine voormaat gecreëerd waar slechts een beperkte hoeveelheid voedsel in terecht kan (gemiddeld 20ml).



Gezien vervroegde verzadiging van voornamelijk vast voedsel is de ingreep voornamelijk geschikt voor volume-eters. De vertering verloopt verder normaal zodat sweet-eaters geen baat hebben gezien zoetigheden nog vrij vlot doorheen de band kunnen passeren.

Gezien de lange termijnresultaten van de maagband vaak bedroevend zijn en frequent complicaties (zoals slipping, erosie, infectie van de band) voorkomen, wordt de maagband actueel slechts in uitzonderlijke gevallen geplaatst.

6.4 Revisionele chirurgie of heringrepen

Indien er complicaties, onvoldoende gewichtsverlies of eventueel gewichtstoename optreedt na een eerder uitgevoerde vermageringsoperatie, kan deze, afhankelijk van het type, omgezet worden in een gastric bypass.

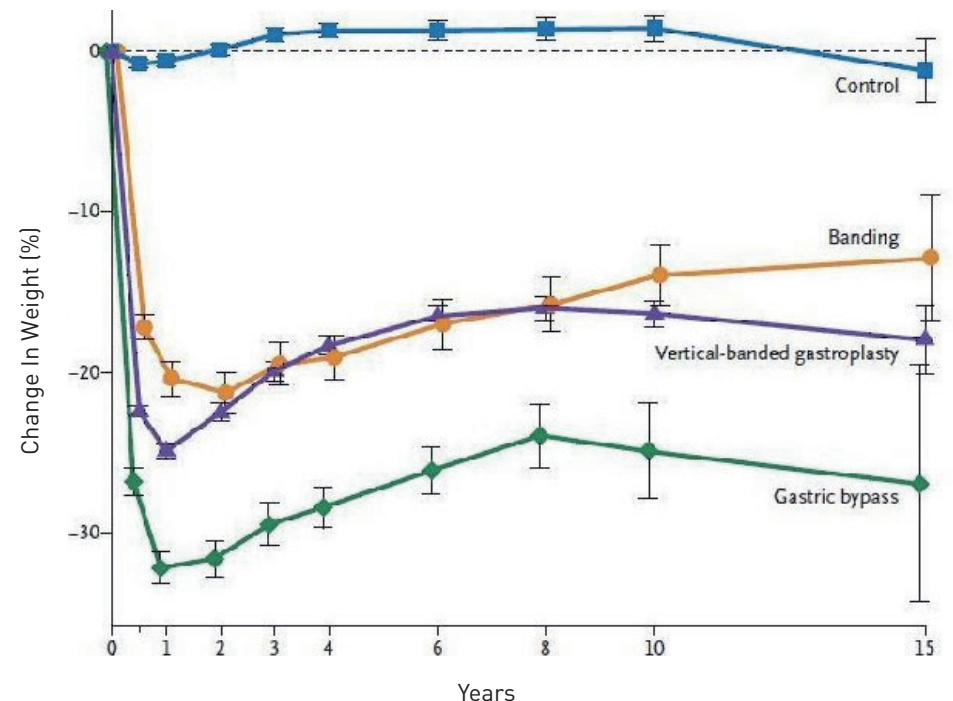
7 Resultaten en veranderingen na de operatie

Een gastric bypass (of andere vermageringsoperatie) heeft een belangrijke invloed op het leven van de patiënt. Het grote gewichtsverlies is geassocieerd met vermindering of afname van bijhorende klachten en een verhoging van de levenskwaliteit. Wel is het geen vermageringsmethode die vanzelf werkt en de patiënt zal zijn levensgewoonten moeten aanpassen om een succesvol en duurzaam gewichtsverlies te bekomen.

7.1 Gewichtsverlies en effect op bijkomende aandoeningen

Het gewicht dat de patiënt zal verliezen na de ingreep, hangt af van verschillende factoren: leeftijd, gewicht (of BMI) vóór de ingreep, type operatie, de aanwezigheid van diabetes, de aanwezigheid van een maagband vóór de ingreep, vermogen om aan lichaamsbeweging te doen en motivatie om dieetrichtlijnen aan te houden.

De grootste gewichtsreductie vindt in het eerste jaar na de ingreep plaats. Bij een gastric bypass betreft dit 15% van het oorspronkelijke gewicht na 3 maand, 20 à 25% na 6 maand, 30 à 35% na 12 maand. Een (kleine) gewichtstoename van 5% na het tweede postoperatieve jaar is heel normaal.



Lange termijn gewichtsverlies voor de verschillende operaties

De chirurgische ingrepen hebben een belangrijk effect op bijkomende aandoeningen, met name op type 2 diabetes, hypertensie en slaapapneu. Bij het merendeel van de patiënten (75-90%) wordt een vermindering tot een volledige verdwijning van deze gevolgen vastgesteld. Het effect van de gastric bypass op type 2 diabetes is zelfs zo spectaculair dat in bijna 90% van de gevallen de patiënt de medicatie kan afbouwen of stoppen.

7.2 Effect op vruchtbaarheid, contraceptiva en zwangerschap

Het is belangrijk om weten dat na een gastric bypass (of ander type malabsorptieve ingreep) de kans bestaat dat de pil minder goed opgenomen wordt. Er wordt geadviseerd om kort vóór of na de ingreep een gynaecoloog te contacteren voor een ander type contraceptie (bv. spiraal). Een zwangerschap binnen de eerste 18 maand na een vermageringsoperatie wordt ten stelligste afgeraden. Een zwangerschap nadien vormt absoluut geen probleem en gaat niet gepaard met hogere kans op miskraam, vroeggeboorte of andere problemen. Regelmatige inname van ijzer, foliumzuur, vitamines en mineralensupplementen is van nog groter belang, naast gezonde en gevarieerde voeding en voldoende lichaamsbeweging.

7.3 Huidoverschot

Door extreme vermagering na obesitaschirurgie kan de huid zodanig verslappen dat een belangrijk huidoverschot ontstaat op verschillende plaatsen, met name ter hoogte van buikregio, bovenarmen, dijen, borsten en gelaat. Dit kan niet enkel cosmetische hinder maar ook functionele last veroorzaken. Plastische ingrepen, zoals abdominoplastie (buikwandcorrectie), arm- of dijplastie, mastopexie (borstlift) of facelift, kunnen dit belangrijk huidoverschot corrigeren. Indien nodig kunnen deze in de mate van het mogelijke gecombineerd worden.

7.4 Medicatie

• Maagbeschermers (of PPI's)

Na het uitvoeren van een gastric bypass wordt gedurende 3 maand maagbeschermers voorgeschreven, zij verminderen immers de kans op een ulcus (zweer) thv de maagpouch. Bij rokers of patiënten die aspirine (bv. Asaflow®, Cardio-aspirine®...) innemen, wordt geadviseerd om dit levenslang in te nemen. Ook bij inname van ontstekingsremmers (cfr. tabel) moet een maagbeschermer geassocieerd worden.

• Bloedverdunners

Bij ontslag wordt nog voor 10 dagen Fraxiparine® of Clexane® voorgeschreven ter preventie van thromboflebitis. Clexane® of Fraxiparine® worden toegediend via onderhuidse inspuitingen door de patiënt zelf of door de thuisverpleegkundige.

• Vitamines

Een multivitamine-preparaat wordt voorgeschreven tijdens de 1ste consultatie na de procedure (3 weken postoperatief). Deze dient levenslang ingenomen te worden.

De vitamine-status wordt met een bloedafname gedurende het 1ste jaar na de ingreep 2x gecontroleerd en vervolgens jaarlijks of op indicatie.

• Thuismedicatie

Bloeddruk-, of cholesterol-verlagende medicatie kan meestal op termijn verminderd of zelfs gestaakt worden. Dit gebeurt via controle bij de huisarts of de behandelende specialist. Suiker-verlagende medicatie wordt onmiddellijk na de operatie (of tijdens het preoperatieve dieet) gehalveerd. Door gewichtsverlies, andere voedingsinname en hormonale veranderingen kan deze medicatie nog verder afgebouwd tot gestaakt worden.

- **Ontstekingsremmers (of NSAID's)**

Ontstekingsremmers worden na een gastric bypass beter levenslang vermeden gezien zij de kans op een ulcus en/of perforatie t.h.v. de maagpouch sterk verhogen. Indien het toch noodzakelijk is, wordt aangeraden om de ontstekingsremmers zo kort mogelijk (max.1 week) in te nemen te combineren met een maagbeschermer (PPI's, zoals Omeprazole® of Pantomed®). Als pijnstillers wordt aan Paracetamol (Dafalgan®) de voorkeur gegeven.

Lijst van NSAID's

Aceclofenac®	Celebrex®	Kettesse®	Perdotensio®
Air-Tal®	Diclofenac®	Malafene®	Piromed®
Aleve®	Dolcidium®	Meloxicam®	Piroxicam®
Apranax®	Dolofin®	Mobic®	Polydene®
Arcoxia®	Duraprox®	Motifene®	Polyflam®
Arthrotec®	Duraprox®	Naproflam®	Ranacox®
Biofenac®	Dynastat®	Naprosyne®	Rofenid®
Birofenid®	Enantyum®	Naproxen®	Solicam®
Brexine®	Epsilon®	Nurofen®	Spidifen®
Brufen®	Feldene®	Optalidon®	Taradyl®
Buprophar®	Ibumed®	Perdofemina®	Tilcotil®
Cataflam®	Ibuprofen®	Perdophen®	Voltaren®

8 Na de ingreep

8.1 Opvolging

Een zeer nauwgezette follow-up door de chirurg is van essentieel belang. De postoperatieve controles verlopen als volgt:

- afspraak bij de huisarts na 10 dagen voor controle wondjes/ verwijderen van hechtingen
- 1e afspraak na 3 weken bij de chirurg
- 2e afspraak na 6 maand bij de chirurg met bloedafname
- 3e afspraak na 1 jaar bij de chirurg met bloedafname
- daarna jaarlijks bij de huisarts met telkens bloedafname (ter opvolging van ijzer, vit B12, vit D, fosfaat, ...)

8.2 Voedingsadvies

Na de vermageringsoperatie is het erg belangrijk om voedingsgewoontes aan te passen, zowel qua volume als qua voedingskeuze. Bepaalde voedingsstoffen kunnen immers passagestoornissen of dumping veroorzaken. Bovendien is gezonde en evenwichtige voeding nodig om het gewichtsverlies op lange termijn te behouden.

- langzaam eten
- goed kauwen bij inname van vast voedsel (met name vlees)
- niet drinken tijdens maaltijd (best half uurtje tussenlaten)
- het beperkte maagvolume respecteren om zo pijn, misselijkheid, braken en passageproblemen te vermijden
- vermijden van desserts en andere producten die veel suiker bevatten (deze kunnen immers dumping veroorzaken)
- vermijden van koolzuurhoudende dranken, zeer energetische voedingssupplementen, milkshakes, zeer vette voedingsproducten en voedingsproducten met een hoog vezelgehalte
- beperken van alcohol
- beperken van tussendoortjes

8.3 Fitesse-programma

Na een chirurgische ingreep is het spijsverteringssysteem (drastisch) gewijzigd. De overgang naar een volledig nieuwe levensstijl met meer regelmaat in voeding en meer beweging is onontbeerlijk om gewicht te verliezen en vol te houden! Het multidisciplinaire team van het obesitascentrum in AZ Maria Middelaars garandeert een goede begeleiding met professionele uitleg en een op maat gemaakt programma, gekend als “Fitesse”.

Bij de voedingsdeskundige kan er advies ingewonnen worden in verband met gezonde voeding en een actieve levensstijl. Er wordt productinformatie gegeven en een persoonlijk voedingsschema opgesteld. Behoudens het bewegingsprogramma, die 2 x per week doorgaat onder begeleiding van kinesisten, worden tips gegeven om zelfstandig meer te bewegen. De nadruk ligt op het haalbaar blijven van het persoonlijke programma, zodat het mogelijk wordt om over een langere periode een gezonder gewicht aan te houden.

9 Praktische informatie

9.1 Proteïnedieet voorafgaand aan de ingreep

Drie weken vóór de ingreep dient de patiënt een proteïne-dieet (Prowell®) te volgen om $\pm 10\%$ van het startgewicht te verliezen. Dit heeft als doel het binnenvet te doen afnemen en de lever te doen krimpen waardoor de operatie technisch makkelijker uit te voeren valt en minder beschadiging aan de lever veroorzaakt.

De startdozen worden besteld en bij de patiënt thuis afgeleverd. Ze bestaan uit 6 maaltijden per dag die gecombineerd mogen worden met groenten.

Als dit dieet strikt gevolgd wordt, verdwijnt na 48u het hongergevoel. Elke afwijking verstoort echter het dieet en doet het hongergevoel terugkeren.

9.2 Hospitalisatie

De dag van de ingreep meldt de patiënt zich nuchter aan het onthaal in het atrium van het ziekenhuis. Het exacte uur wordt telefonisch meegedeeld de dag vóór de ingreep. In uitzonderlijke gevallen wordt de patiënt daags voordien opgenomen. Er wordt een opname van 2 à 3 nachten voorzien. Indien nodig komt de kinesist gedurende de opname dagelijks aan bed oefeningen doen. Net vóór het ontslag komt de diëtist langs om de voedingsadviezen te overlopen en verdere informatie te verschaffen omtrent praktische vragen of problemen.

9.3 Ontslagrichtlijnen

Hechtingen dienen verwijderd te worden door de huisarts 10 dagen na de ingreep. **Clexane® of Fraxiparine®** wordt voor 10 dagen voorgeschreven via onderhuidse injectie. **Pantomed® of Omeprazole®** 40mg (PPI) wordt voor 3 maanden voorgeschreven, om de nieuw aangelegde verbinding tussen maag en dundarm te beschermen. Bij rokers of bij inname van aspirine dient dit levenslang ingenomen te worden (of tot wanneer roken of aspirine gestaakt wordt).

Multivitaminepreparaat wordt pas tijdens de 1e postoperatieve controle (na 3 weken) voorgeschreven en dient levenslang ingenomen te worden.

In geval van een gastric bypass dienen **ontstekingsremmers** (of NSAID) levenslang vermeden te worden om maagzweren te voorkomen.

Gemiddeld wordt een **arbeidsongeschiktheid** van 3 weken uitgeschreven, maar dit is individueel aanpasbaar (volgens de fysieke toestand en de aard van de arbeidsactiviteit).

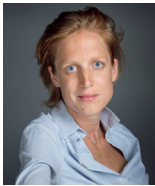
10 Contactgegevens van het team

Coördinatoren



Mevr. Stefanie Smessaert
Mevr. Evelien Van Parijs
☎ 09 246 74 00
Gate F, meldpunt F1c

Chirurgen



Dr. Barbara Defoort
Dr. Filip Muysoms
☎ 09 246 74 00
Gate F, meldpunt F1c

Gastro-enteroloog



Dr. Didier Baert
☎ 09 246 71 00
Gate F, meldpunt F2b

Endocrinoloog



Dr. Paul Taelman
☎ 09 246 89 00
Gate G, meldpunt G2c

Revalidatiearts



Dr. Mark D'Haese
☎ 09 246 85 00
Gate F, meldpunt F3b

Kinesisten

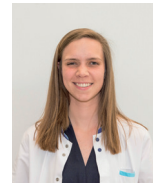
☎ 09 246 99 05
Gate F, meldpunt F3b

Diëtisten



Mevr. Lies Dejagere
☎ 09 246 93 36
Mevr. Hilde Vandewalle
☎ 09 246 93 31

Klinische psychologe



Mevr. Nikki Taelemans
☎ 09/246 34.72

Notities

[illegible]



Ondergetekende,
Dr. Muysoms Filip / Defoort Barbara
verklaart dat Dhr./Mevr.

.....

.....

een bariatrische ingreep (obesitaschirurgie)
heeft ondergaan waardoor deze patiënt(e)
geen grote porties meer tot zich kan
nemen.

1407 - 2.0



**MARIA
MIDDELARES**

Volg ons ook op:



Buitenring Sint-Denijs 30 – 9000 Gent

Tel.: 09 246 46 46 - Fax: 09 246 96 59 – info@azmmsj.be – www.mariamiddelares.be