Maagoperatie obesitas

Gastric Bypass en Sleeve Gastrectomie

azdelta

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

© AZ Delta
Deze uitgave mag in zijn geheel noch gedeeltelijk worden gekopieerd, of openbaar gemaakt, op welke wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

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 AZ Delta bestaat de zorg uit een samenstelling van verschillende disciplines (artsen, diëtisten, psychologen, fysiotherapeuten ...)

Deze brochure gaat over de laparoscopische gastric bypass en gastric sleeve operatie. Het is onze bedoeling om jou een weloverwogen beslissing te laten nemen over het al dan niet ondergaan van de operatie. In deze folder vind je informatie over de ingreep, het verloop, de kostprijs, de voorbereiding, de mogelijke complicaties en de opvolging.

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

Het obesitasteam van AZ Delta

1 Definitie van obesitas

Bij mensen is de meest gebruikte maat voor zwaarlijvigheid of obesitas de Body Mass Index (BMI). BMI is een evaluatie van het gewicht in verhouding tot de lengte en bereken je door het lichaamsgewicht in kilogram te delen 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 x 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
- ...



2 Soorten ingrepen

Er bestaan verschillende operatieve technieken in de behandeling van zwaarlijvigheid, om je te helpen vermageren. Sommige operaties zorgen ervoor dat de hoeveelheid voedsel die je kan eten per maaltijd sterk beperkt wordt (restrictie). Andere operaties zorgen er dan weer voor dat het voedsel minder door het lichaam opgenomen wordt (malabsorptie). Daarnaast zijn er ook ingrepen die bestaan uit een combinatie van beide technieken.

Wereldwijd is er het meeste wetenschappelijke evidentie over de gastric bypass en de sleeve gastrectomieprocedure. Deze ingrepen genieten dan ook onze voorkeur.

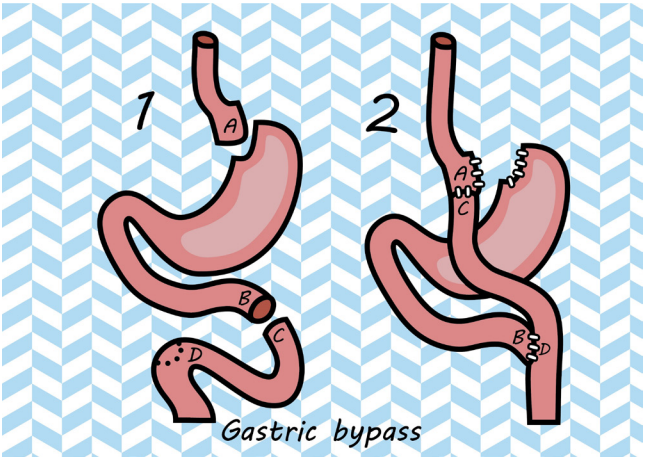
Gastric bypass

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. De operatie helpt bij obesitas omdat de hoeveelheid voedsel die je per maaltijd kunt eten sterk beperkt wordt (restrictie), zonder hongergevoel en met een langdurig volheidsgevoel. Daarnaast 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 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 dus overbrugd of 'gebypast'. De oude maag of restmaag verwijderen we niet. 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 (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 gebeurt in principe met een kijkoperatie (laparoscopisch) onder algemene verdoving. 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 zien we dat patiënten 70 tot 75 % overgewicht verliezen ongeveer één tot anderhalf jaar na het uitvoeren van de ingreep. Ook op langere termijn wordt dit gewichtsverlies meestal behouden.

Naast het gewichtsverlies verbeteren of verdwijnen een aantal met overgewicht geassocieerde aandoeningen. Vooral diabetes, hoge bloeddruk, hoge cholesterolwaarden en slaapapneu verbeteren na 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, vermindert ook de concentratie van enkele door de maag geproduceerde actieve stoffen (onder andere 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 (bijvoorbeeld 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. Na de operatie kan je immers nog blijven snoepen en frisdranken consumeren, waardoor je weinig tot niets zal vermageren. Doordat een deel van de maag wordt verwijderd, is deze ingreep **onomkeerbaar**.

Kijkoperatie
De sleeve gastrectomie operatie gebeurt in principe met een kijkoperatie (laparoscopisch), onder algemene verdoving. De ingreep duurt ongeveer 30 tot 45 minuten.

Resultaten
Gemiddeld zien we dat patiënten 40-50 % overgewicht verliezen één tot anderhalf jaar na het uitvoeren van de ingreep. Ook op langere termijn wordt dit gewichtsverlies meestal behouden.

3 Kostprijs

Het bedrag van een **bypass** ingreep wordt geraamd op 5.990 euro. Als je in aanmerking komt voor een tegemoetkoming van het ziekenfonds, is het deel ten laste van de patiënt 1.100 tot 1.400 euro.
Een gastric **sleeve** operatie kost ongeveer 4.990 euro. Als je recht hebt op tegemoetkoming van het ziekenfonds, is het deel ten laste van de patiënt 700 tot 1.000 euro.

Een **detail** van de kostprijs kan je opvragen bij de dienst facturatie via 051 23 76 66 of factuur@azdelta.be.

Heb je een **hospitalisatieverzekering**? Afhankelijk van de polis, komt deze meestal tussen in de onkosten ten laste van de patiënt. Informeer hiervoor bij je verzekering.

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

De **voorwaarden** voor een 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 slaapapneusyndroom.
  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 je eet- en levensstijl aan te passen na de operatie en bereid zijn tot levenslange opvolging.
- niet zwanger zijn en bij voorkeur geen kinderwens hebben 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 moet er een multidisciplinaire screening gebeuren. Deze onderzoeken zijn afhankelijk van patiënt tot patiënt en kunnen bestaan uit:

- een nuchtere bloedafname.
- een stoelgangonderzoek 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 je 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 je gemoedstoestand, sociale interacties, zelfbeeld ... Het doel van de ingreep is om een **goede levenskwaliteit** te hebben. Een extreme gewichtsdaling 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 als doel om de nodige informatie te geven om tot een weloverwogen keuze te komen:

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

Het is van belang dat je een realistisch beeld hebt van je 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 je voedingsgewoontes in kaart gebracht en legt de diëtist het **dieet dat je moet volgen voor de ingreep** uitvoerig uit. 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 ontvang je in de brochure van de diëtisten.

Naast voeding raden we ook aan 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 je overgewicht aan te pakken. Een gezonde levensstijl is noodzakelijk door voldoende lichaamsbeweging en door je te houden aan de voorgeschreven **eetregels**. Deze eetregels zal de diëtist met jou 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 vind je terug in de infobrochure: 'Voedingsadvies bij bariatrische chirurgie', die 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 dan ook belangrijk je

te houden aan de **kleinere porties**!

Vervolgafspraken bij de diëtist zijn noodzakelijk voor een goede opvolging van je 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

Kortetermijncomplicaties 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 herniatie (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

8 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 krijg je een brochure met concrete richtlijnen mee: '**Opvolging na een bariatrische ingreep'**. Daarnaast kan er na de operatie, op jouw vraag, begeleiding bij de psycholoog opgestart worden. Wij kunnen je ook advies geven over een bewegingsprogramma.

Om een optimaal effect te bekomen én te behouden na de ingreep, leggen we de nadruk 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 slagen 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 je sneller herstelt.

De **eerste weken na de ingreep** kan je je nog moe voelen. Dit kan geruime tijd aanslepen. Je mag geleidelijk de dagelijkse activiteiten hernemen. De eerste 2 weken na de ingrijp vermijd je om zaken op te tillen (meer dan 5 kg), huishoudelijk werk is wel toegestaan. Na twee weken kan je 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 je starten met cardiotraining en vanaf vier weken met krachttraining. Dit kan je volgen bij een privékinesist of via het Fit'R bewegingsprogramma. Na de ingreep krijg je hierover de brochure 'Revalidatie na bariatrische chirurgie' van de fysiotherapeut.

2. Alcohol beperken

Uit recente onderzoeken is het 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 je je 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. De psycholoog bespreekt dit samen met jou en zoekt naar de beste oplossingen op maat van jouw situatie.

5. Vitaminetekorten vermijden

Het is belangrijk om op geregelde tijdstippen bloedonderzoeken uit te voeren om vitamine- en mineralentekorten 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
t 051 23 74 06
e obesitascentrum@azdelta.be

AZ DELTA RUMBEKE
Secretariaat chirurgie
t 051 23 71 09
e secr.chirurgie.rumbeke@azdelta.be
Diëtiste Ann Dejager
t 051 23 75 45
e ann.dejager@azdelta.be
Diëtiste Joke De Clercq
t 051 23 71 54
e joke.declercq@azdelta.be
Psychologe Maaike Stevens
t 051 23 70 38
e maaike.stevens@azdelta.be
Secretariaat endocrinologie
t 051 23 74 30
e secr.endocrino@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
Diëtiste Marianne Casteele
t 056 52 22 88
e marianne.casteele@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 endocrinologie
t 056 52.22.43
e secr.endocrino@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
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 endocrinologie
t 050 23 24 01
e secr.inwendige.torhout@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 26/03/2026**