

Maagoperatie obesitas

Gastric Bypass en Sleeve Gastrectomie



azdelta

Uw ziekenhuis.

Inhoud

1. Definitie van obesitas	4
2. Soorten ingrepen	5
3. Voorwaarden voor de operatie	10
4. Onderzoeken voor de ingreep	11
5. Het psychologisch gesprek	11
6. Het dieet vóór de operatie	12
7. Mogelijke complicaties	13
8. Voeding na de operatie	14
9. Verwachtingen en verdere opvolging	14
10. Meer informatie?	16

© 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 ernstige levensbedreigende gevolgen. Therapie met geneesmiddelen is vaak ontoelreffend op lange termijn. Chirurgische ingrepen voor extreme 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 (o.a. artsen, diëtisten, psychologen...)
Ons team staat steeds ter beschikking voor verdere vragen of bemerkingen.

De chirurgen en de medewerkers

1

Definitie van obesitas

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

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

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

BMI tussen 17.5 en 18.5 = ondergewicht

BMI tussen 18.5 en 25 = gezond gewicht

BMI tussen 25 en 30 = overgewicht

BMI tussen 30 en 40 = obesitas

BMI boven de 40 = zeer ernstige obesitas

Gevolgen van obesitas

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

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



- Migraine
Voor 10% van de patiënten
- Depressie
Voor 41% van de patiënten
- Obstructief slaap apnoe syndroom
Voor 20 - 30% van de patiënten
- Hypercholesterolemie
Voor 45% van de patiënten
- Astma
Voor 20% van de patiënten
- Hoge bloeddruk
Voor 10% van de patiënten
- Non-alcoholische levercirrose
Voor 10% van de patiënten
- Stofwisselingsstoornissen
Voor 40% van de patiënten
- Zuurbranden, reflux
Voor 10% van de patiënten
- Diabetes type 2
Voor 82 - 98% van de patiënten
- Polycysteus Ovarium Syndroom
Voor 60% van de patiënten
- Stress incontinentie urine
Voor 40% van de patiënten
- Artrose van gewrichten
Voor 41% van de patiënten
- Veneuze stase, zware benen
Voor 40% van de patiënten
- Jicht, hyperuricemie
Voor 70% van de patiënten

Omtrent informatie om af te vallen en een gezonde levensstijl aan te nemen verwijzen wij graag naar onze BALANS-brochure.

Deze brochure tracht informatie te geven over de laparoscopische Gastric Bypass en Sleeve Gastrectomie-operatie. De informatie heeft tot bedoeling u een weloverwogen keuze te laten maken over het al dan niet laten uitvoeren van de operatie en om u optimaal voor te bereiden. Dankzij deze brochure weet u wat u kunt verwachten na de ingreep en wat er van u verwacht wordt.

2 Soorten ingrepen

Normaal gezien heeft de maag een grote capaciteit zodat u een grote hoeveelheid voedsel kan eten vooraleer een verzadigingsgevoel te hebben. Na passage door de maag wordt het voedsel verteerd en opgenomen ter hoogte van de dunne darm. Onverteerde voedselresten en vezels passeren de darm tot ze worden uitgescheiden.

Er bestaan verschillende operatieve technieken in de behandeling van zwaarlijvigheid, om u dus te helpen vermageren. De ingrepen kunnen worden ingedeeld naar de manier waarop ze dit doen. Sommige operaties zorgen ervoor dat de hoeveelheid voedsel die u kan eten tijdens een maaltijd sterk wordt beperkt (restrictieve). Andere operaties zorgen er

weer voor dat het opgegeten voedsel minder door het lichaam wordt opgenomen (malabsorptie). Bovendien bestaan er tevens ingrepen die bestaan uit een combinatie van deze beide technieken.

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

a. Gastric Bypass

Wat?

De Gastric Bypassingreep (uitsluiten van de maag, twaalfvingerige darm en deel dunne darm van de spijsvertering) werkt hoofdzakelijk doordat de hoeveelheid voedsel die u tijdens een maaltijd kan eten sterk wordt beperkt zonder hongergevoel en met een langdurig volheidsgevoel. Tevens wordt de opname van vetten licht beperkt doch dit is eerder minimaal (malabsorptie). Het eten van hoogcalorische voedingsbestanddelen, voornamelijk suikers, zal tevens een onbehaaglijk gevoel geven en dit zal bijdragen tot meer evenwichtige eetgewoonten na de operatie.

Bij de operatie wordt een klein maagreservoir en een nieuwe kleine maaguitgang gecreëerd. De nieuwe kleine uitgang betekent dat de maag trager ledigt. Door deze twee aanpassingen zal een kleine hoeveelheid voedsel snel een verzadigings- of volheidsgevoel geven en bovendien gedurende een langere periode.

Dit helpt u minder te eten en aldus te vermageren. Het voedsel komt via de kleine maaguitgang dadelijk in de dunne darm terecht en passeert de rest van de maag en de twaalfvingerige darm niet.

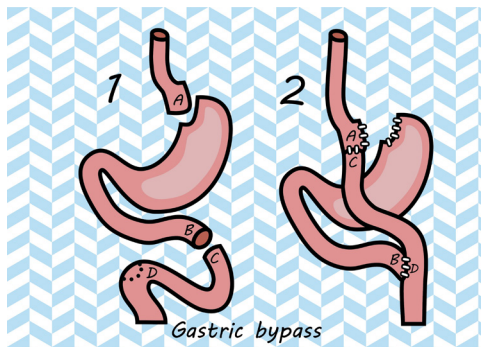
Met behulp van nietjes wordt in het bovenste deel van de maag een nieuw klein maagreservoir gecreëerd. Dit nieuwe reservoir heeft geen doorgang meer met de rest van de maag. De dunne darm wordt opgehaald en verbonden met de nieuwe

maag. Via een smalle doorgang gaat het voedsel van de nieuwe maag dadelijk naar de dunne darm. De oude maag en de twaalfvingerige darm worden aldus overbrugd of ‘gebypassed’.

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

Kijkoperatie

De Gastric Bypassoperatie wordt in principe laparoscopisch uitgevoerd d.w.z een kijkoperatie. Dit gebeurt onder algemene anesthesie. De ingreep duurt ongeveer 45 tot 60 min. Hebt u vragen omtrent de kostprijs van de ingreep dan kan u contact opnemen met de dienst facturatie.



Resultaten

Gemiddeld wordt 70-75 procent **verlies van overgewicht** genoteerd en dit ongeveer een 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 beantwoorden goed aan een Gastric Bypass.

Het is echter 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.

Bij een aantal patiënten is er na het oorspronkelijke gewichtsverlies 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 daar onze maag een spier is. Het is belangrijk u te houden aan de kleinere porties!

b. Sleeve Gastrectomie

Wat?

Een Gastric Sleeve of Sleeve Gastrectomie 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 (oa 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 d.w.z een kijkoperatie. Dit gebeurt onder algemene anesthesie. De ingreep duurt ongeveer 30 tot 45 min.

Hebt u vragen omtrent de kostprijs van de ingreep dan kan u contact opnemen met de dienst facturatie.



Resultaten

Gemiddeld wordt 40-50 procent **verlies van overgewicht** genoteerd en dit ongeveer een 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**.

Het is echter 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.

Bij een aantal patiënten is er na het oorspronkelijke gewichtsverlies 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 daar onze maag een spier is. Het is belangrijk u te houden aan de kleinere porties.

3 Voorwaarden voor de operatie

- Minstens 18 jaar zijn
- Body Mass Index (BMI) hebben van 40 of meer OF
- Body Mass Index (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 onvoldoende resultaat of terug overgewicht krijgen na een vroegere bariatrische ingreep.
- Gedurende minstens 1 jaar een gedocumenteerd dieet gevolgd hebben, zonder blijvend resultaat. Zoals bijvoorbeeld de weight watchers, infraligne, bij een diëtiste
- ...
- Een multidisciplinair gunstig advies na bespreking door een chirurg, een endocrinoloog of internist, een klinisch psycholoog en een diëtist.

Deze bovenstaande voorwaarden zijn strikt wettelijk vastgelegd. 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 psychische co-morbiditeit wordt de behandelend psychiater en/of psycholoog gecontacteerd.

4 Onderzoeken voor de ingreep

Voor de operatie worden een aantal voorbereidende onderzoeken uitgevoerd. Deze onderzoeken zijn afhankelijk van patiënt tot patiënt en kunnen onder andere enkele van de onderstaande onderzoeken omvatten:

- gastroscopie (kijken in de maag om o.a. maagzweren en slokdarmontstekingen uit te sluiten)
- bloedafname
- evaluatie en informatie door een diëtiste
- psychologisch gesprek
- nazicht door een endocrinoloog of hormoonspecialist om na te gaan of uw overgewicht niet van hormonale oorsprong is.

5 Het psychologisch gesprek

- Verkennend gesprek
- Peilen naar de motivatie voor het uitvoeren van de operatie
- Bevragen van de algemene psychische toestand
- Verkenning van eetgerelateerd gedrag (vreetbuien, emotioneel eetgedrag, alcohol...)
- Het geven van psycho-educatie en het aanreiken van tips.

Overgewicht oefent op vele verschillende 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 gewichtsdaling op korte termijn is echter ook een psychisch ingrijpende gebeurtenis. De ingreep kan hierbij een krachtig hulpmiddel zijn, maar is geen

totaaloplossing.

Het psychologische gesprek heeft tot doel de nodige informatie te verstrekken om tot een weloverwogen keuze te komen. Het geeft ook de mogelijkheid om stil te staan bij uzelf en hierdoor **meer zicht te verkrijgen in uw eigen psychosociaal functioneren, levensstijl, beweging, eetgedrag...** die mogelijk de aanleiding konden geven tot het overgewicht. Ten slotte wordt stilgestaan bij uw draagkracht en draaglast. Deze helpen of beperken u in het bereiken van gedragsverandering en een wijziging van uw levensstijl na de ingreep.

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 het emotionele eten.

Een psychologische opvolging 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

Andere voorbereidingen voor de ingreep

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 verslechtert namelijk de doorbloeding en dus ook de wondgenezing.

7 Mogelijke complicaties

Tijdens de ingreep of de periode kort na de ingreep

De Gastric Bypass en Sleeve gastrectomie zijn ingrijpende operaties en door uw overgewicht heeft u procentueel meer kans op complicaties in vergelijking met iemand zonder overgewicht.

De volgende complicaties kunnen zich bij wijze van voorbeeld voordoen:

- een bloeding
- verwonding van een buikorgaan
- hartaanval
- naadlekkage
- een wondinfectie
- trombose (=bloedklonters) in de aders van de benen, longembolie
- ...

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 de verminderde inname van vetten
- vernauwing aan de uitgang van de maag
- reflux (SG)
- maagzweer
- gewichtstoename na de ingreep door uitzetten van de nieuwe maag, uitzetting van de maaguitgang of het lossen van de nietjesrij
- ...

8

Voeding na de operatie

Om zich goed te voelen en het behaalde gewichtsverlies te behouden is het belangrijk om toch enkele richtlijnen te respecteren.

Tijdens het gesprek met één van onze diëtisten voor de operatie wordt daar uitvoerig op ingegaan.

Zo is het 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 een infobrochure mee met voedingstips.

Er wordt de mogelijkheid geboden om na de operatie verder opvolging te krijgen door een diëtiste, wat we ook ten stelligste aanraden.

De contactgegevens vindt u achteraan in de brochure.

9

Verwachtingen en verdere

opvolging

Om een optimaal effect te bekomen én te behouden na de ingreep, wordt er de 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. Beweging

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

Door *preoperatief* te oefenen verminderen de risico's op verwikkelingen en verbetert de conditie van hart- en bloedvaten waardoor sneller herstel.

De eerste weken na de ingreep kan u zich nog moe voelen. Je zal geleidelijk de dagelijkse activiteiten hernemen. Heffen (> 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 spieraafbraak tijdens de vermageringsfase te vermijden. Dit kan op eigen initiatief, via een kinesist (vb Bewegen Op Verwijzing) of via ons BALANS programma ter revalidatie (zie aparte brochure).

2. Beperken van alcohol

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

3. Verminderen of stoppen met roken

4. Alternatieve manieren zoeken om stress en emoties te hanteren

Sommige mensen eten niet enkel vanwege zin in zoet of vanuit een hongergevoel, maar eten ook emotie-gericht. Voeding neemt hierbij een troostende, belonende of ontspannende taak op zich.

Indien 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. Bloedonderzoeken op geregelde tijdstippen voor opsporen vitamine- en mineralentekorten

Om goede resultaten te bekomen en het complicatierisico zo laag mogelijk te houden is een goede opvolging door de chirurg en diëtiste noodzakelijk en uiterst belangrijk.

Ook bij de psycholoog kan er op uw vraag na de operatie een begeleiding opgestart worden.

Wij kunnen u advies geven in verband met een bewegingsprogramma.

10 Meer informatie?

Lees meer op
www.ObesitascentrumWestvlaanderen.be

Notities

A series of 20 horizontal dotted lines for taking notes.

Handwriting practice area consisting of 20 horizontal dotted lines.

Handwriting practice area consisting of 20 horizontal dotted lines.

Contact

AZ DELTA ROESELARE

Chirurgie

t 051 23 71 09

e secr.chirurgie.wilg@azdelta.be

Endocrinologie

t 051 23 74 30

e secr.endocrino@azdelta.be

Diëtisten

Kristel Beheyt

t 051 23 75 46

e kristel.beheyt@azdelta.be

Ann Dejaeger

t 051 23 75 45

e ann.dejaeger@azdelta.be

Psychologe

HorankaUytenhove

t 051/23.81.82 of

e horanka.uytenhove@azdelta.be

Fysiotherapie

t 051 23 61 45

e secr.fysio@azdelta.be

AZ DELTA TORHOUT

Chirurgie

t 050 23 24 24

e secr.chirurgie.torhout@azdelta

Endocrinologie

t 050 23 24 01

e secr.inwendige.torhout@azdelta.be

Diëtiste

Chantal Dhondt

t 050 23 26 30

e chantal.dhondt@azdelta.be

Psychologe

Jasmijn De Bouvere

t 050 23 23 29

e jasmijn.debouvere@azdelta.be

AZ Delta Rode-Kruisstraat 20, 8800 Roeselare t 051 23 71 11 e info@azdelta.be w www.azdelta.be
0520 5797-NL 07-06-2019

Chirurgen

Dr. Isabelle Debergh

Dr. Hans De Loof

Dr. Paul Pattyn

Dr. Bart Smet

Dr. Philip Vanden Borre

Fysiotherapie

t 050 23 24 92

e secr.fysio.torhout@azdelta.be

AZ DELTA MENEN

Chirurgie

t 05652.22.43

e secr.chirurgie.menen@azdelta.be

Endocrinologie

t 056 52.22.43

e secr.endocrino@azdelta.be

Diëtiste

Marianne Castelee

t 056 52 22 88

e marianne.castelee@azdelta.be

Psychologe

Sofie Naert Sofie |

t 056 52 21 97

e sofie.naert@azdelta.be

Fysiotherapie

t 056 52 26 85

e secr.fysio.menen@azdelta.be

www.azdelta.be

Bron: info dienst chirurgie, 5 juni 2019