

WERKEN ALS DIËTIST IN DE BEGELEIDING VAN BARIATRISCHE PATIËNTEN

Een gesprek met Hannelore Declercq, Annick De Vriese en Julie Goussey, Diëtisten in het Centrum voor Obesitaschirurgie van het AZ Sint Jan te Brugge



vlnr: Hannelore Declercq, Julie Goussey, Annick De Vriese,

Beste Hannelore, Annick en Julie: Jullie hebben een grote ervaring opgebouwd in het begeleiden van patiënten die opgenomen zijn in het programma voor obesitaschirurgie. Onlangs werd in uw centrum zelfs de tienduizendste gastric-bypass operatie uitgevoerd. Hoe kijken jullie aan tegen deze toch wel spectaculaire trend in de behandeling van ernstige obesitas?

Als diëtisten hopen we natuurlijk altijd dat de patiënten in een vroeger stadium van overgewicht bij ons zouden komen aankloppen voor dieetadvies, maar voor die groep van patiënten die, vaak zonder het zelf goed te beseffen in het stadium van ernstige obesitas zijn terechtgekomen, blijkt een bariatrische ingreep dan toch een oplossing te bieden. Heel dikwijls hebben de patiënten al ernstige complicaties door hun groot overgewicht. In ons centrum heeft men goede ervaringen met de bariatrische chirurgie. Het meest toegepaste type van operatie is de gastric bypass, een techniek die nu echt door onze chirurg geperfectioneerd is. Maar voedingsadvies blijft sowieso nodig om het verhaal helemaal succesvol te maken.

Hoe gaan jullie precies te werk?

Er is een vast protocol voor de voorbereiding en opvolging van deze groep van patiënten. Voor de operatie worden

de patiënten minstens tweemaal, soms driemaal gezien door iemand van onze diëtistenequipe. Na de operatie krijgen ze tijdens hun opname in het ziekenhuis bezoek van de diëtiste en bij de latere controles bij de chirurg kunnen ze ons ook telkens raadplegen indien ze het wensen of als de arts het nodig vindt.

Kennen jullie de patiënten al van eerdere dieetconsultaties?

Neen, wij screenen enkel bariatrische patiënten, gewone dieetconsultaties worden door onze collega's uitgevoerd. Ook hebben we talrijke buitenlandse patiënten.

Wat wordt er precies aan informatie gegeven in de voorbereiding?

In de voorbereiding op de operatie is er eerst en vooral gewichtscntrole nodig. Volgens de wettelijke richtlijnen komen alleen patiënten met een BMI van 40 of meer, of vanaf een BMI van 35 bij co-morbiditeit (AHT, diabetes, slaapapneu) en heringrepen, in aanmerking voor dit type van chirurgie. Ook moeten ze aantonen dat ze al eerder geprobeerd hebben om gewicht te verliezen, maar met onvoldoende resultaat. We vragen dus altijd na welke pogingen ze al hebben ondernomen en waarom ze het hebben opgegeven.

Een tweede belangrijk onderdeel van de eerste voorbereidende consultatie is een

voedingsanamnese en de opdracht om een zevendaags eetdagboekje in te vullen.

Tijdens de tweede consultatie, na 5 à 6 weken, wordt het eetdagboekje samen met de patiënt overlopen en wordt de patiënt gewezen op de belangrijkste aandachtspunten om zijn voeding gezonder en evenwichtiger te maken. Meestal wordt aan de patiënt als voorbereiding op de operatie ook een proteïnedieet voorgeschreven, bestaande uit maaltijdvervangers, aangevuld met groenten. De patiënt dient dit dieet van 600 à 700 kcalorieën 2 à 3 weken toe te passen: 2 weken bij een BMI vanaf 40 en 3 weken bij een BMI van 45 of meer. Indien goed toegepast zal de patiënt hiermee doorgaans al 5% van zijn gewicht verliezen, waardoor er meer ruimte komt in de buikholve om de (kijk)operatie gemakkelijker uit te voeren. Dat is de voornaamste bedoeling van dit voorbereidend dieet, maar eigenlijk wordt het ook een beetje gezien als een test voor de patiënt: is hij/zij in staat om een inspanning te leveren om ook na de ingreep de richtlijnen te volgen? Met andere woorden: is hij/zij voldoende gemotiveerd?

We geven ook de brochure mee waarin alle informatie staat over de te volgen richtlijnen na de operatie, zodat de patiënt die al vooraf kan inkijken.

Gebeurt het dat bepaalde patiënten op advies van de diëtist worden geweigerd?

Het zijn de chirurg, de endocrinoloog (in principe na samenspraak met de diëtist) en de psycholoog die officieel hun goedkeuring geven. Het gebeurt wel vaker dat de operatie wordt uitgesteld omdat de patiënt na de inloop-dieetperiode te weinig gewicht is kwijtgeraakt of te weinig gemotiveerd lijkt. Het is alsof sommige patiënten pas dan echt beseffen dat ze zelf ook een inspanning zullen moeten leveren. In dat geval zijn preoperatief meerdere consultaties bij de diëtisten nodig.

Maar wat doen jullie als er tijdens de anamnese of bij het analyseren van het dagboekje een ernstig eetprobleem aan het licht komt of wanneer jullie bijvoorbeeld een alcoholverslaving ontdekken? Want dat zijn toch ernstige contra-indicaties?

Vanzelfsprekend zouden we dat melden en bespreken met de verantwoordelijke chirurg. In dat geval wordt aan de patiënt een bijkomende aangepaste psychotherapie geadviseerd en wordt de operatie eventueel uitgesteld.

Hoe gaat het dan na de operatie in het ziekenhuis en later thuis?

De eerste dag na de operatie krijgt de patiënt, na goedkeuring van de chirurg, alleen water te drinken en yoghurt. De tweede dag staat gemixte voeding op het menu, aangevuld met beschuitjes. Kleine porties natuurlijk! Het schema van gemixte maaltijden moet de patiënt nadien thuis nog een tweetal weken volgen. Vanaf dan wordt overgeschakeld op normale

gezonde voeding volgens de klassieke voedingsdriehoek, maar in kleine porties. Wij leggen ook de nadruk op langzaam eten en goed kauwen, kortom: bewust gezonder eten, gevarieerd.

Kun je een paar voorbeelden geven van zo'n 'kleine' portie?

Wij omschrijven het als ¼ van de normale porties.

Volgen de patiënten de regels goed op?

Dat verschilt van patiënt tot patiënt. Sommigen doen het heel goed en hebben bijvoorbeeld al van te voren gemixte maaltijdjes klaargemaakt en ingevroren voor na de operatie. Anderen moeten het leren met vallen en opstaan.

Voor welke problemen komen patiënten nadien het meest terug bij de diëtiste?

Te weinig drinken komt vaak voor, ook problemen met de stoelgang en vermoeidheid. Soms is er angst om te eten.

Zijn er bepaalde voedingsmiddelen waarmee ze vaak last ondervinden?

Vooraf met brood, water, suiker en vetrijke maaltijden.

Hoe zit het met de vitaminesupplementen die hen worden voorgeschreven?

Daar wordt altijd aandacht aan besteed. Vanaf 6 weken na de operatie schrijft de chirurg een supplement voor.

Welk type van voedingssupplement wordt er voorgeschreven?

Dat zijn multivitaminen, speciaal voor bariatrische ingrepen.

Hoe worden de dieetconsultaties vergoed?

Het ziekenhuis rekent het normale consultatietarief aan, gebaseerd op de RIZIV-tussenkost.

Wat zou u zelf nog willen aanpassen in de begeleiding?

Wij hopen dat de wetgeving zou worden aangepast om de follow-up verplicht te maken.

Wat vinden jullie zelf van de vraag om ook bij ernstig obese adolescenten vanaf 16 jaar een gastric bypass te kunnen toepassen?

Misschien in heel uitzonderlijke gevallen, met een goede pre- en postoperatieve begeleiding, maar op die leeftijd moet de klassieke aanpak toch eerst een ernstige kans krijgen. Hiervoor bestaan aangepaste programma's. Het strikt opvolgen van de toelatingsprocedure lijkt ons trouwens voor alle patiënten heel belangrijk.

Hartelijk dank, Hannelore, Annick en Julie, voor dit interessante gesprek! Jullie patiënten hebben geluk dat ze door een zo enthousiast team worden begeleid en geholpen. We wensen jullie verder veel succes en arbeidsvreugde toe. Maar tegelijk hopen we dat men bij de overheid eindelijk eens zal gaan beseffen dat er in de toekomst meer aandacht moet komen voor de preventie, zodat de toename van morbide obesitas bij de bevolking kan worden gestopt en het gezondheidsbudget efficiënter kan worden besteed.

Interview: Agnes Notte- De Ruyter, redactie

“10.000 GASTRIC-BYPASS-OPERATIES in AZ Sint-Jan te Brugge”

In mei 2015 voerde het Centrum voor Obesitaschirurgie van het AZ Sint-Jan te Brugge de 10.000^e gastric-bypass-operatie uit. Het centrum, onder leiding van dr. Bruno Dillemans, groeide in 20 jaar tijd uit tot een internationaal expertisecentrum, waar een enorme ervaring met dergelijke laparoscopisch uitgevoerde operaties werd opgebouwd. Dankzij haar specifieke aanpak mag het centrum ook prat gaan op een uiterst klein risico op postoperatieve complicaties.

Om recht te hebben op een gastric bypass moet de patiënt aan bepaalde criteria voldoen die wettelijk bepaald zijn sinds oktober 2007. Een patiënt moet volwassen zijn (18 jaar is de ondergrens) en een BMI van minstens 40 hebben. Wanneer de patiënt geassocieerde aandoeningen vertoont, zoals diabetes type 2, hoge bloeddruk of slaapapnoe kan de ingreep gebeuren vanaf een BMI van 35. Bovendien moeten de patiënten minstens één jaar zonder blijvend succes een dieet hebben gevolgd en moeten ze goedkeuring krijgen van een chirurg, endocrinoloog en psycholoog.

In het Centrum voor Obesitaschirurgie te Brugge is elk onderdeel van de operatietechniek op punt gesteld en gestandaardiseerd. De operatie verloopt laparoscopisch en duurt nog maar 40 à 45 minuten. Patiënten kunnen na amper twee nachten verblijf in het ziekenhuis al weer naar huis. De kans op complicaties, en dan in het bijzonder op een lek bij de verbinding tussen maag en dunne darm, is bijzonder klein en bijna onbestaand geworden. Het aantal postoperatieve bloedingen die leiden tot een herinterventie is gedaald tot 1 op 1000 (0,1%). Ook de intensieve samenwerking met het team van anesthesiologie onder leiding van professor dr. Jan Mulier, is van groot belang geweest om de ingreep te perfectioneren. De optimalisatie van de verdovingstechniek heeft geleid tot meer veilige anesthesie ook voor super-obese patiënten. Zo worden bijvoorbeeld geen opiaten meer gebruikt, waardoor minder ademhalingsproblemen optreden en complicaties als braken, rillen en discomfort na de ingreep worden vermeden; de patiënt voelt zich vlugger beter na de ingreep. Ook laat de techniek toe om eventuele lekken preventief op te sporen.

De gemiddelde leeftijd van de geopereerde patiënten was 41 jaar, de meesten zijn beroepsactief. Hun gewichtsverlies bedroeg gemiddeld 30 à 35% van het startgewicht na 1 tot 2 jaar. Het gaat dus om een groep van relatief jonge, beroepsactieve mensen, waarvan de meesten na een maand hun activiteiten kunnen hervatten.

Volgens dr. Dillemans mag de gastric bypass beschouwd worden als een minimaal invasieve ingreep met bewezen effectiviteit. De bypass heeft een driedelig werkingsmechanisme:

- » Ten eerste wordt de maag verkleind, met de bedoeling dat de patiënt effectief minder kan eten.
- » Ten tweede wordt een stuk dunne darm omgelegd zodat de patiënt minder suikers en vetten opneemt.

» Ten derde vermindert de hormoonaanmaak die de eetlust stimuleert, dit tengevolge van de maagverkleining.

Het resultaat is dat één tot twee jaar na de ingreep het gewichtsverlies oploopt tot gemiddeld 30 à 35% van het oorspronkelijke gewicht. 15% van de patiënten doen nadien nog beroep op plastische chirurgie. Ongeveer 15% van de patiënten hervallen met ongewenste gewichtstoename na 2 of meer jaren.

In het centrum probeert men de patiënten tot 3 jaar na de ingreep op te volgen, maar dit is praktisch moeilijk te realiseren, mede omdat veel patiënten er het belang niet van inzien. Volgens dr. Dillemans zou het ideaal zijn dat de huisarts deze controles op lange termijn zou overnemen met bijvoorbeeld een jaarlijks bloedonderzoek om de vitaminestatus te checken. Door de aard van het gestandaardiseerde operatietype blijft wel een groot deel van de dunne darm in functie, zodat voedingsdeficiënties niet direct te verwachten zijn. Dit in tegenstelling tot operatietypes uit het verleden (vb. Scopinario) waarbij de opname van bepaalde voedingsstoffen quasi onmogelijk werd. De techniek is reversibel, maar totnogtoe was daar geen vraag naar. Van de gemiddeld 1300 bariatrische ingrepen per jaar zijn er 60% een gastric bypass als primaire procedure, 25% zijn conversies (vb van maagband naar bypass, 15% zijn andere procedures (Lap Sleeve).

Nog volgens dr. Dillemans is de inschakeling van diëtisten voor en na de operatie van groot belang om problemen na de ingreep te voorkomen en om op lange termijn terugval te vermijden. De rol van de diëtist situeert zich vooral ook in de preventie van overgewicht en vooral van morbide obesiteit.

De verder uitdieping van de multidisciplinaire samenwerking met psychologen, diëtisten en endocrinologen heeft geleid tot een accentverschuiving in de indicatiestelling. Vandaag is de obesitaschirurgie niet enkel een manier om gewicht te verliezen maar wordt deze ook ingezet om de metaboli-sche situatie te verbeteren van patiënten die aan diabetes, slaapapnoe of andere obesitas-gerelateerde complicaties lijden.

Door de opgebouwde ervaring is het Centrum voor Obesitaschirurgie van het AZ Sint-Jan uitgegroeid tot een wereldwijd erkend expertisecentrum op gebied van bariatrische chirurgie. Er komen elk jaar chirurgen uit de hele wereld een opleiding volgen om er de techniek onder de knie te krijgen. Reeds meer dan 300 binnen- en buitenlandse chirurgen zijn er opgeleid. Ook een aanzienlijk deel van de patiënten (30 %) komt van het buitenland om een beroep te doen op de Belgische expertise.



dr. Bruno Dillemans