

## Wachten op Riziv-erkenning van het bariatrisch zorgtraject (dr. Dillemans)

© 06 november 2023 door Dr. Bruno Dillemans



"De obesitaspandemie en de hieraan gerelateerde medische problematiek zijn actueler dan ooit. We kunnen vandaag geen krant of sociale media meer openen zonder artikels of getuigenissen terug te vinden van weer een nieuw wonderdieet, succesvolle en niet succesvolle maagverkleiningen en de pro's en contra's van veelbelovende medicatie."

"Sinds de WHO obesitas als een formele ziekte heeft erkend is ook de interesse vanuit de wetenschap én de medische industrie spectaculair toegenomen. De aanpak van obesitas is in de eerste plaats conservatief, waarbij preventie prevaleert op behandeling. Wereldwijd worden nu toch ernstige initiatieven gelanceerd om de te hoge calorie-inname (vooral suiker) aan banden te leggen, en dit vanaf jonge leeftijd. Het succes hiervan moet zich evenwel nog vertalen in een afname of ten minste stabilisatie van de obesitasprevalentie.

Nieuwe farmacologische behandelingen zijn aan een flinke opmars en hype bezig. De GLP-1 agonisten kunnen een gewichtsreductie realiseren van 15% met tevens een positief effect op metabole morbiditeit. Nog meer performante medicatie, zogenoemde dual en triple-analogen, zitten in de pipeline. De effecten op lange termijn zijn echter nog niet bekend, omdat de meeste studies een follow-up hebben van minder dan 3 jaar. Daarnaast zijn er ook vragen over de opportuniteit van een langdurige (levenslange?) supranormaal gedoseerde medicatie bij vaak jonge patiënten, de hoge kostprijs en de zekere gewichtstoename na het stoppen met de medicatie.

De literatuur heeft eenduidig aangetoond dat de chirurgische behandeling van een patiënt met morbide obesitas de meest effectieve is, zowel wat betreft de hoeveelheid als de duurzaamheid van gewichtsafname, en veel performanter is dan welke conservatieve behandeling ook. Bovendien tonen meerdere studies een belangrijke positieve impact aan van deze ingrepen op de individuele kwaliteit én kwantiteit van leven. Adams et al. berekenden dat na een gastric bypass het risico op cardiovasculaire mortaliteit afneemt met 50%, op mortaliteit door diabetes met 95% en zelfs op kankersterfte met 60%. (1) Dit inspireerde eminent chirurg Walter Pories om reeds in 1995 de gevleugelde uitspraak te doen: 'Who would have thought it? An operation proves to be the most effective therapy for adult-onset diabetes mellitus.'

### **Overtuigende evidence**

Wegens het zeer gunstige metabole effect van de bariatrische ingrepen dat verder gaat dan louter gewichtsafname, hebben wij de in 2006 opgerichte beroepsorganisatie Section of Obesity surgery Belgium (SOSB) verruimd naar de Belgian section of Obesity and Metabolic surgery (BeSOMS). Door de overtuigende evidence heeft het Riziv in oktober 2007 specifieke bariatrische en metabole ingrepen opgenomen in de nomenclatuur voor patiënten met een BMI  $\geq 40$  en na multidisciplinaire evaluatie. In 2008 en 2010 werden de criteria hiervoor verfijnd met de inclusie van patiënten met een BMI  $\geq 35$  met ofwel diabetes mellitus, ernstige arteriële hypertensie of slaapapnoe.

De laatste twee decennia zijn er enorme stappen voorwaarts gezet in de kwaliteit en de resultaten van de operatieve technieken, vooral door de opkomst van de laparoscopie. Postoperatief ongemak, complicatieratio, hospitalisatieduur en arbeidsongeschiktheid zijn enorm afgenomen. Een recente studie aan de KU Leuven berekende zelfs dat 20,9% van de arbeidsongeschikte patiënten nadien opnieuw aan de slag geraakt! (2) De huidige technieken behelzen een combinatie van restrictieve, malabsorptieve en hormonale effecten. Gastric bypass en sleeve gastrectomie maken het leeuwendeel uit van die ingrepen. Welke ingreep het meest geschikt is voor de individuele patiënt hangt af van factoren als BMI, eetgewoonten, comorbiditeiten enz. De keuze dient steeds multidisciplinair te worden besproken en te worden afgetoetst aan de voorkeuren van de patiënt.

### **Opvolging**

De opvolging na bariatrische heelkunde blijft een uitdaging. Meerdere retro- en prospectieve studies duiden op lacunes in de nazorg en het verminderen van de therapietrouw van de patiënt. Tijdens de eerste 3 jaar na de chirurgie is een nauwgezette follow-up aangewezen om gedragsveranderingen te monitoren en te coachen, het gewichtsverlies te consolideren en comorbiditeiten tegen te gaan.

Om de screening en de follow-up van de bariatrische patiënt te verbeteren, lanceerde het KCE in 2020 na uitgebreid overleg met experts ter zake (waaronder de BeSOMS) een geoptimaliseerd bariatrisch zorgtraject. Vooralsnog werd enkel een verplichte wachtperiode van 3 maanden tussen het eerste consult en de ingreep in een koninklijk besluit omgezet... Samen met onze collega's van de BASO (Belgian Association for the Study of Obesity), de diëtisten en de psychologen die het bariatrisch zorgtraject genegen zijn, hopen wij dat het Riziv ons alsnog de nodige erkenning hiervoor toekent.

Dr. Bruno Dillemans, Algemeen en Bariatrisch Chirurg

Diensthooft Algemene, Kinder- en Vaatheelkunde

Voorzitter BeSOMS

1. Adams TD, Davidson LE, Litwin SE, et al. Weight and Metabolic Outcomes 12 Years after Gastric Bypass. *N Engl J Med.* 2017;377(12):1143-1155.

2. Van den Eynde, A., De Cock, D., Fabri, V. et al. Back to Work After Bariatric Surgery? A Belgian Population Study. *Obes. Surg.* 32, 2625-2631 (2022).