nieuwsbrief KOMC

Kliniek voor Obesitas
en Metabole Chirurgie

januari - februari 2019

" Elk voordeel hep z'n nadeel "

"Elk voordeel hep z'n nadeel " uit het Cruyffiaans (historische - grammaticaal onjuiste - quote van één van 's werelds beste voetballers, de heer Cruyff Johannes (1947-2016) is ook van toepassing op de chirurgie in het algemeen en de obesitas chirurgie in het bijzonder.

Editoriaal

Het is dus van het grootste belang altijd de voordelen af te wegen tegen de nadelen en als de balans overhelt naar de voordelen , de benefit/risk ratio (om eens modern te zijn en de anglikanisering van onze nochtans fijne sappige Vlaamse taal geweld aan te doen) positief is dan zijn er argumenten genoeg om voor een operatieve behandeling te gaan. De gezondheidsrisico's , de complicaties van de obesitasziekte (ja ,obesitas is wel degelijk door de WHO erkent als een "disease " of ziekte)zijn nu eenmaal veel hoger dan de kans op complicaties te gevolge van de ingreep.

De gevolgen en ziekten veroorzaakt door overgewicht en obesitas zijn niet te onderschatten , om maar te zwijgen van de verkorting van de levensduurverwachting ,zoals nog bleek uit een rapport verschenen in het hoog aangeschreven medisch wetenschappelijke tijdschrift " The Lancet "

Gemiddeld leven mensen met overgewicht(BMI 25-29,9) 1 jaar korter dan met een gezond gewicht (BMI 18,5-24,9). Voor mensen met matige obesitas (BMI 30-34,9) loopt het op tot gemiddeld 3 jaar korter en dat kan wel oplopen tot 10 jaar bij ernstige obesitas (BMI 35-39,9) en morbide obesitas (BMI >40).

Toch cijfers om stil van te worden !

In dit nummer onder andere:

- Worden de gevaren van obesitaschirurgie onder- of overschat?
- Gewichtstoename na obesitaschirurgie
- Mededelingen en nieuws

Sint-Elisabeth Ziekenhuis
Zottegem

Obesitaschirurgie: "bezint eer ge begint" of de risico's en de gevaren van obesitasingrepen

Zwaarlijvigheid of obesitas (BMI 30 kg/m^2 en meer) treft niet alleen het uiterlijk wat vaak leidt tot een negatief zelfbeeld bij jezelf en de anderen: schaamte over je lichaam, opmerkingen en kwetsende uitlatingen van anderen … maar tast ook je fysische capaciteiten aan en verhoogt het risico op een waaier van vervelende, ernstige en soms dodelijke nevenaandoeningen ook wel co-morbiditeiten genoemd.

Om een kleine (?!) opsomming te maken: hoe hoger je BMI, hoe hoger het risico op één van de volgende aandoeningen: diabetes type 2, verhoogde bloeddruk, hart- en vaataandoeningen (hersentrombose, longembolie, hartinfarct, bloedvatvernauwingen, …), slaap-apnee, artrose van de heupen, knieën, rug …, verhoogde kans op borst- en baarmoederkanker, kanker van de dikke darm. Om maar te zwijgen van de levensverkorting (zoals aangehaald in het editoriaal) veroorzaakt door al deze aandoeningen.

Besluit: wil je al deze kwalen vermijden dan is drastische gewichtsreductie zeker aan de orde meer nog absoluut noodzakelijk.
Er zijn ontelbare manieren om gewicht te verliezen maar het doel bereiken, met andere woorden, een gezond gewicht bekomen en vooral behouden is nog een ander paar mouwen. Ja er bestaan duizenden om niet te zeggen miljoenen diëten (iedere BV of TV- en filmster en society figuur heeft de onweerstaanbare drang om HET dieetboek te schrijven (of te laten schrijven, of te kopiëren!), en het is ook opvallend dat al deze "eetevangelies" de top tien van de meest verkochte boekwerken bevolken.

Maar: met een dieet is op zich niets mis mee en het helpt soms, vraag is hoeveel en hoelang het helpt om nog te zwijgen van het financiële plaatje. Steeds weer wordt het gewichtsverlies gevolgd door een nieuwe toename van het gewicht (Jo-Jo effect). Tevens is het resultaat vaak beperkt en hoe hoger je BMI hoe moeilijker om het gewicht drastisch te doen dalen met enkel een dieet.

Het hoeft geen betoog dat alle wetenschappelijke rapporten en studies tot het besluit komen dat "chirurgie" de enige behandeling is die daadwerkelijk tot een drastische verlaging van het gewicht leidt en het risico op nevenaandoeningen ten gevolge van obesitas kan inperken.

"Surgery for weight loss and control of associated diseases, has been shown to be the most effective option available for patients suffering from obesity and related diseases."

(British Medical Journal)

Maar wegen de risico's van de operatie op tegen de risico's van obesitas ?
Van datzelfde British Medical Journal:

"However, in the appropriate patients, the health risks from obesity far outweigh the risks associated with bariatric surgery.
Metabolic and bariatric surgery is associated with major reductions in risk of premature death over a 5-year period versus not having surgery, and in the US, the risk of bariatric surgery is now no greater than laparoscopic gall bladder surgery."

"De gezondheidsrisico's ten gevolge van obesitas zijn veel hoger dan de risico's verbonden aan obesitas chirurgie.
Metabole en obesitas chirurgie zorgen voor een reductie van vroegtijdige sterfte over een periode van 5 jaar ten opzichte van niet geopereerde patiënten en in de Verenigde Staten is het risico van obesitaschirurgie heden ten dage niet hoger dan van een galblaasoperatie "

Wat betekent eigenlijk het operatierisco?

Elke ingreep onder algemene anesthesie houdt risico's in en deze zijn van verschillende aard en kunnen worden onderverdeeld in drie categorieën:

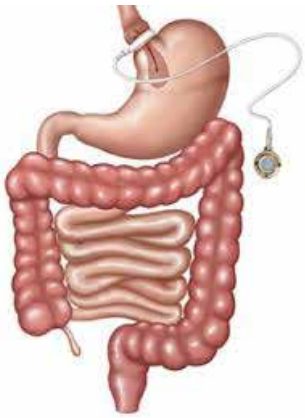
1. Risico's verbonden aan de anesthesie:
Misselijkheid en braken na een anesthesie, keelpijn, duizeligheid en troebel-zien, rillen (shivering), hoofdpijn, jeuk, rugpijn en andere pijnen, pijn tijdens injectie van medicatie, blauwe plekken en pijn ter hoogte van de injectieplaats, verwardheid en geheugenstoornissen, longinfectie, blaasproblemen, spierpijn, verstoorde ademhaling, schade aan lip, tanden of tong, effecten op voorafbestaande ziekte, wakker worden tijdens narcose, schade aan de ogen, ernstige allergische reactie op medicatie, zenuwschade, **overlijden, niet wakker worden na anesthesie**.

Vooral de twee laatste zijn voor vele patiënten een reden van angst en bezorgdheid bij een ingreep. Laat het duidelijk zijn dat precies deze complicaties uiterst zeldzaam zijn en cijfers gaan van 1 op 100.000 of nog minder en vanzelfsprekend is de aard van de aandoening en de vooraf bestaande gezondheidstoestand een sterk bepalende factor:

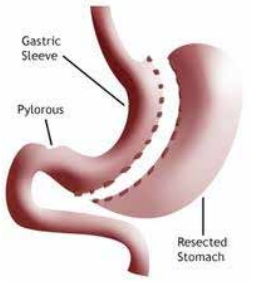
Voorbeeld: een 80-jarige patiënt met ernstige long- en hartproblemen die een ingrijpende operatie aan de buik of de borstholte dient te ondergaan, loopt vanzelfsprekend meer risico dan een gezonde jonge twintiger die een appendixoperatie moet ondergaan.

2. Risico's verbonden aan elke operatie:
Longontsteking, longembool, nierfalen, hartproblemen, beroerte, bloeding, littekenbreuk, infecties, overlijden

3. Risico's specifiek verbonden aan obesitaschirurgie

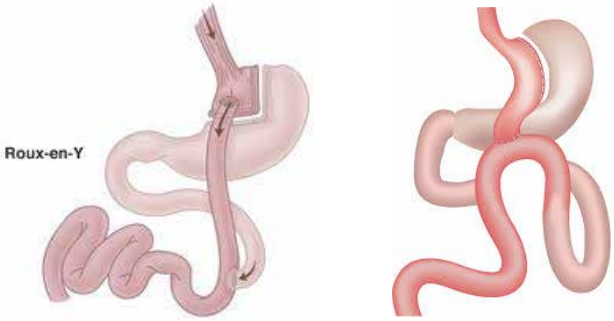


Maagband: moeilijkheden met eten en drinken, braken, zuuroprispingen, pijn bij eten en drinken, pijn en infectie ter hoogte van het onderhuids reservoir, verschuiven van de band, lek van de band of de leiding, ingroeien van de band in de maag.
Mortaliteitsrisico: 0,1 %



Sleeve gastrectomie of maagverkleining: lekkage, bloeding, moeilijkheden bij drinken en inname van voedsel, zuuroprispingen, ontstekingen van de slokdarm.
Mortaliteitsrisico: 0.3 %

Gastric Bypass en Mini Gastric Bypass: bloeding, lekkage, moelijkheden met eten en drinken, braken, zuur- en galoprispingen, ondervoeding, tekorten aan vitamines, eiwitten, mineralen, dumping, interne herniatie, …
Mortaliteitsrisico: 0,2 - 0,3 %



Aanmerkingen:

- De mortaliteitscijfers zijn globale cijfers, met andere woorden, alle mogelijke patiënten en voorafbestaande risico's zijn hierin vervat, het is duidelijk dat een gezonde jonge man met een BMI van 40 minder risico loopt dan een vijftiger met een BMI van 45 met diabetes en hart- of longproblemen…..
- Er bestaat een **mortaliteitscalculator** die een idee kan geven van het risico bij obesitas chirurgie, deze is gebaseerd op een 5 tal **variabelen** waarbij de punten worden opgeteld en aan de hand hiervan een inschatting van het risico op overlijden bij of na een obesitasingreep kan worden **gecalculeerd**.

Variabelen:	Punten:	Calculator:	
Leeftijd: 60 en ouder	0,5	Klasse I (0-0,5)	0,1 %
Diabetes	0,5	Klasse II (1-1,5)	0,15 %
Open chirurgie	1	Klasse III (2-)	0,32 %
Gastric Bypass operatie	1	Klasse IV (3,5 en meer)	0,7 %
Man	1		

Er zijn nog andere scoresystemen die zich baseren op BMI, leeftijd, geslacht, bloeddruk, risico op longembolie waarbij volgende factoren, indien ze aanwezig zijn 1 punt krijgen: BMI >50 - 45 jaar en ouder- man- hoge bloeddruk- riscofactoren op longembolie (vroeger flebitis, trombose, stollingsstoornissen…)
Dit noemt men de OSMRS: Obesity Surgery Mortality Risk Score
Klasse A (0-1) : 0,31 %
Klasse B (2-3) : 1,9 %
Klasse C (4-5) : 7,56 %

- Deze scoresystemen geven slechts een indicatie en zijn zeker niet als absolute waarden te beschouwen, ze dienen dan ook met de nodige voorzichtigheid te worden behandeld;

- Om deze cijfers in een ruimere context te plaatsen is het van belang rekening te houden met het feit dat deze cijfers alle doodsoorzaken na obesitaschirurgie bevatten, ook deze die niet rechtstreeks met de chirurgie zelf verband houden (vb. hartinfarct, …) en tevens deze te vergelijken met de mortaliteitscijfers van andere courante ingrepen: de globale mortaliteit van de wegname van de galblaas met een kijkoperatie bedraagt 0,2 - 0,3 %, (!), dit betekent dat een ingreep voor obesitas een zelfde of zelfs lager risico heeft dan een kijkoperatie om de galblaas weg te nemen en wie stelt zich vragen bij deze laatste ingreep !?;

- De voordelen van obesitas chirurgie zijn gigantisch: diabetes "geneest" in 77 %, hoog cholesterol verbetert in 70 %, hoge bloeddruk verbetert of normaliseert in 62 %, slaapapnee verbetert of verdwijnt in 85 %;

- Obesitaschirurgie vermindert het risico op vroegtijdig overlijden met 40 %, meer specifiek vermindert de kans op overlijden door hartinfarct met 56%, door diabetes met 92 %, door kanker met 60%;

- Het aantal overlijdens dat wordt verminderd door obesitaschirurgie, meer bepaald gastric bypass, bedraagt 136/100.000 gastric bypasses. Dus per duizend patiënten redt chirurgie 1,3 mensenlevens.

Aanbevelingen:

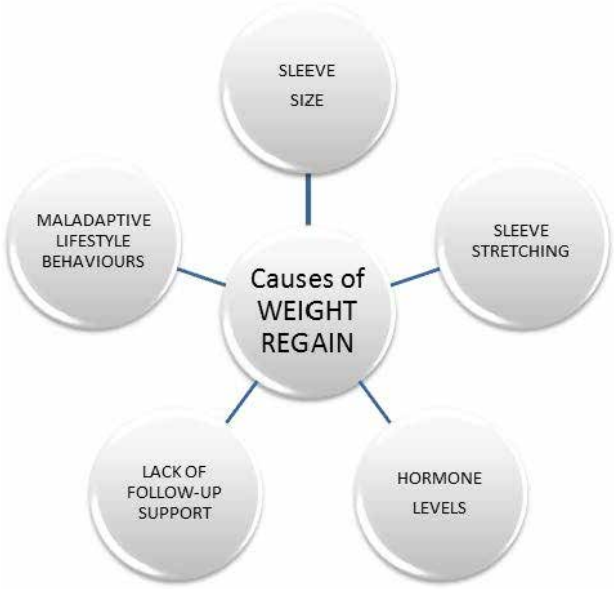
- Elke vorm van chirurgie is een "agressie" op de fysieke integriteit en houdt risico's in;
- Informatie over de ingreep en de risico's is een essentieel onderdeel van de behandeling;
- Zorgvuldige selectie van de patiënten dient te worden uitgevoerd;
- Optimale preoperatieve voorbereiding is noodzakelijk;
- Schriftelijke toestemming van de patiënt is een vereiste;
- Een goede afweging van de voor- en de nadelen is belangrijk;
- Mogelijke risico's moeten voorzien worden en geanticipeerd worden;
- Nazorg en follow-up bepalen in grote mate het resultaat.

Gewichtstoename na obesitaschirurgie

De karikatuur hiernaast is van toepassing voor diëten, weight watchers, hypnose en psychotherapie, maagballon, vermageringspillen, … maar ook obesitaschirurgie ontsnapt niet aan de wet dat er terug een gewichtstoename kan optreden na om het even welke obesitastherapie.

Maar vanzelfsprekend is er wel een verschil in de graad van gewichtstoename onder de verschillende behandelingen bv. na het stopzetten van om het even welk dieet komt het overgewicht al snel terug en vaak nog hoger dan vroeger … terwijl men gewichtstoename kan ondervinden jaren na een obesitasingreep maar waarbij men wel onder het vroegere overgewicht blijft.

De belangrijkste oorzaken van gewichtstoename zijn de volgende:



1. Onaangepast eet- en leefgedrag:
obesitaschirurgie is weliswaar een drastische behandeling maar is geen mirakeloplossing, met andere woorden, als de eet- en leefgewoonten niet worden aangepast zal het vooropgestelde doel niet worden bereikt en loopt men tevens het risico dat het gewicht na een bepaalde tijd weer zal toenemen. Dus motivatie en karakter zijn naast de ingreep zelf belangrijke factoren die het uiteindelijk resultaat en het succes van de behandeling bepalen.

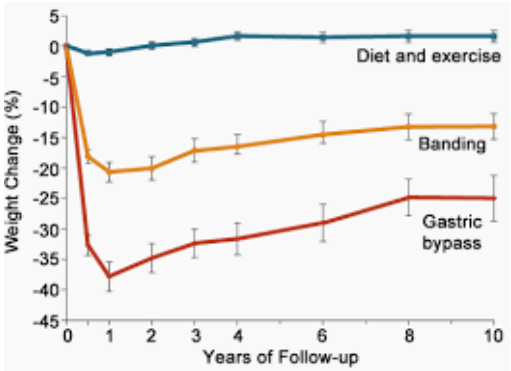
Daarom zijn goede nazorg en begeleiding (zie vorige Nieuwsbrief) een essentieel onderdeel in de obesitasbehandeling: dieetadviezen en medische fitness "Fitness als Medicijn" (FAM) worden maar al te vaak verwaarloosd. Wij bieden u de mogelijkheden om van deze opportuniteit maximaal gebruik te maken (Expertcentrum voor Medische Fitness en Voedingsbegeleiding).

MEDISCHE FITNESS & VOEDINGSBEGELEIDING BIJ OBESITAS
EXPERT CENTRUM

2. Anatomische en/of technische oorzaken: een andere belangrijke factor die het succes /resultaat bepaalt en een rol speelt in een eventuele gewichtstoename zijn de aard van de ingreep en een goede operatieve techniek.

De **maagband** kan een efficiënt hulpmiddel zijn om te vermageren maar "misbruik" ervan en "technische" oorzaken liggen vaak aan de basis van gewichtstoename of onvoldoende gewichtsverlies: onvoldoende aanspanning van de band, te pas en ten onpas de band bijvullen en aflaten, lekkage van de band, ontkoppelen of afbreken van de leiding …

De **sleeve gastrectomie of maagverkleining** leidt aanvankelijk tot een heel goed gewichtsverlies maar wordt niet zelden na enige tijd (jaren …) gevolgd door gewichtstoename veroorzaakt door het uitzetten van de sleeve- of buismaag met als gevolg inname van grotere hoeveelheden voedsel en gewichtstoename. Het moge duidelijk zijn dat de sleeve gastrectomie hoofdzakelijk door beperking van de voedselinname werkt en veel minder door hormonale en andere factoren. Een andere reden van gewichtstoename of onvoldoende gewichtsverlies is onzorgvuldige techniek m.a.w. wanneer een te grote restmaag wordt achtergelaten of de maag te weinig wordt verkleind zal het gewenste resultaat niet worden bereikt en wordt aanvankelijk gewichtsverlies al snel gevolgd door gewichtstoename.



De **gastric bypass** is zeker ook niet vrij van gewichtstoename na jaren, hoewel minder uitgesproken dan de 2 vorige ingrepen.

Dit is vooral het geval bij de **standaard of Roux en Y bypass** (die nog zelden en enkel in geselecteerde gevallen in onze dienst wordt uitgevoerd) daar deze ingreep in grote mate zoals de sleeve berust op een "restrictief" effect d.w.z. de vermagering is het gevolg van de verminderde inname van voedsel en na verloop van tijd gaat dit effect verminderen daar het kleine maagzakje uitzet en meer voedsel nodig is om een verzadigingsgevoel te bekomen. De verminderde absorptie van voedingsstoffen speelt slechts een kleinere rol in dit type bypass.

Bij de **MGB of Mini Gastric Bypass** kan gewichtstoename na verloop van tijd optreden maar in mindere mate dan bij de klassieke gastric bypass daar het gewichtsverlies bij dit type bypass eerder het gevolg is van de snelle maagontlediging (het snel dumpen van voedsel in de dunne darm) en de verminderde opname of absorptie van voedingsstoffen en calorieën.

3. Hormonale veranderingen: het wijzigen van de spijsvertering door een sleeve of een bypass kan tot wijzigingen in de hormoonspiegels leiden waarbij sommige hormonen minder en andere meer geproduceerd en afgescheiden worden wat op termijn kan uitmonden in gewichtstoename. Het precieze mecanisme is gecompliceerd en zou ons in dit betoog te ver leiden.

Besluit: zelfs na obesitaschirurgie kan er op termijn gewichtstoename optreden, een precieze, goede operatietechniek en aangepaste eet- en leefgewoonten zijn naast een adequate nazorg de belangrijkste pijlers waarop een succesvol gewichtsverlies is gebaseerd en die gewichtstoename in de toekomst kunnen beperken en zelfs vermijden !

Nieuws uit KOMC (Kliniek voor Obesitas en Metabole Chirurgie)

Onze dienst was in 2018 meer dan actief in binnen- en buitenland en met deelname aan meerdere congressen en meetings als spreker, in expertpanels…

Athene, Valladolid, Dubai, Frankfurt, Tel Aviv om er maar een paar te noemen.
De uitwisseling van gegevens en het voortdurend up-to-date houden van onze dienst vormen de basis van de kwaliteit van de zorgen.

Voor 2019 staan nog meer activiteiten op het programma: Offenbach, Oxford, New York …

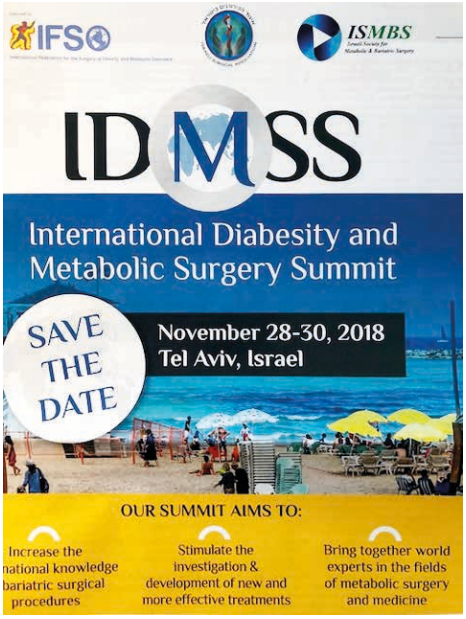
ATHENE - 17-19 mei 2018

DUBAI - 26-29 september 2018

IFSO2018
23rd WORLD CONGRESS
26-29 September 2018
Dubai-United Arab Emirates

FRANKFURT - 22-23 november 2018

TEL AVIV - 28-30 november 2018



OXFORD - 2-3 april 2019

NEW YORK - 8-10 april 2019

4TH WORLD CONGRESS
ON INTERVENTIONAL THERAPIES FOR TYPE 2 DIABETES

HILTON MIDTOWN, NEW YORK CITY | APRIL 8-10, 2019

In partnership with American Diabetes Association.

Alle informatie kan je ook vinden op onze website: www.minigastricbypass.be of www.expertkliniekobesitas.com, volg ons ook op onze Facebookpagina **"Centrum voor mini gastric bypass"** voor de laatste nieuwtjes en activiteiten. Nog gemakkelijker en onmiddellijk te bereiken met volgende QR codes :

Website

Facebook

Als je niet over een QR reader of QR scanner beschikt op je smartphone, download je deze gewoon (gratis) via de App Store.

Het KOMC team:

Dr. Marc Focquet

Dr. Chris Matthys

Mevr. Mia Vermassen

V.U. Marc Focquet, marc.focquet@sezz.be, tel 09 364 89 28

AZ SINT-ELISABETH ZOTTEGEM