



# Obesitasheelkunde

---

Abdominale, kinder- en reconstructieve heelkunde

**UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN**

---

Beste patiënt

Welkom op de dienst abdominale, kinder- en reconstructieve heelkunde van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen. De dienst abdominale heelkunde maakt deel uit van een multidisciplinaire team om tot een optimale behandeling van uw obesitas of zwaarlijvigheid te komen. Deze brochure gaat dieper in op uw meest voorkomende vragen.

## Wanneer kom ik in aanmerking voor een vermageringsoperatie?

U bent kandidaat voor een heelkundige behandeling van uw zwaarlijvigheid indien uw BMI (Body Mass Index) 40kg/m<sup>2</sup> of groter is.

BMI wordt berekend door uw lichaamsgewicht (in kg) te delen door het kwadraat van uw lichaamslengte.

Bijvoorbeeld:

- Gewicht: 120kg
- Lengte: 1m66
- BMI:  $120/1,66 \times 1,66 = 43,6$

### Uw BMI ligt tussen 35 en 40

Bij een BMI tussen 35 en 40 onderzoeken we of naar aanleiding van uw zwaarlijvigheid belangrijke begeleidende ziekten heeft zoals suikerziekte (diabetes type 2), hart en vaatafwijkingen, slaapapneu, gewrichtsaandoeningen,... In dat geval dient eerst het RIZIV of uw ziekteverzekering akkoord voor terugbetaling te gaan alvorens wordt overgegaan tot een ingreep.

### Uw BMI is lager dan 35

Een BMI lager dan 35 is geen indicatie voor heelkunde. Uitgezonderd indien u al eerder een obesitasingreep kreeg waarbij problemen zijn ontstaan (zie verder 'redoheelkunde').

## Hoe kan ik de dienst abdominale heelkunde contacteren?

Wenst u voor de eerste keer een afspraak te maken, contacteer dan het secretariaat op tel. 03 821 33 30 en vermeld duidelijk dat u graag een afspraak wenst in verband met obesitas. Hiervoor voorzien we immers een speciale raadpleging op donderdagvoormiddag. Indien een donderdag u niet schikt, kunt u altijd terecht op een andere raadpleging bij een van de stafmedewerkers obesitasheelkunde (prof. dr. Hubens, dr. Ruppert).

## Wat gebeurt er bij een eerste raadpleging?

Tijdens een eerste raadpleging ontvangt u voornamelijk informatie over onze werkwijze. Op dat moment wordt beslist of u in aanmerking komt voor verder nazicht en operatie. Daarbij bepalen we uw BMI en stellen we vragen over eerdere behandelingen, eetgewoonten en medicatie. U zult ook gezien worden door de diëtiste, die een meer uitgebreide voedingsanamnese afneemt. Als beslist wordt om verder te gaan, krijgt u de nodige afspraken voor verder onderzoek.

## Welke onderzoeken dien ik voor mijn operatie te ondergaan?

Het is niet alleen onze taak na te gaan of u in aanmerking komt voor een obesitasoperatie, maar ook om te bepalen welk de voor u meest geschikte ingreep is. Er bestaan immers verschillende soorten operaties (zie verder 'technieken') met hun voor- en nadelen. Om de juiste keuze te maken, hebben we de hulp van onze andere collega's nodig. Dit kadert in de multidisciplinaire aanpak.

## Wat voor eter bent u?

Eerst wordt u gezien door de diëtiste. Zij heeft als taak een goed inzicht te krijgen in uw eetgewoonten en gaat onder andere na of u eerder een snoeper ('sweet eater'), dan wel een volume-eter of een stress-eter bent. Met deze kennis kunnen onze diëtisten u optimaal begeleiden, ook na de operatie (postoperatieve fase). Dan weten ze vooraf waar ze bijzondere aandacht aan moeten besteden.

### Welke schade liep u op?

U krijgt ook een afspraak bij de dienst metabole ziekten, tenzij u werd doorverwezen door een endocrinoloog. Eerst en vooral wordt nagekeken welke schade de obesitas veroorzaakt heeft. Kondigt zich al suikerziekte aan of loopt u een groot risico op deze aandoening? Heeft u hart- en bloedvatenproblemen? Zijn er lever- of nierbeschadigingen? Is uw zwaarlijvigheid het gevolg van een eetstoornis of zijn er andere oorzaken die operatief niet verholpen kunnen worden? Al die antwoorden bepalen welk type ingreep u aankunt en of er belangrijke problemen te verwachten zijn.

### Zijn er psychische contra-indicaties?

De Belgische wetgeving schrijft ook voor dat u voor een obesitas-ingreep ook een psychiatrisch consult nodig heeft. Daarbij wordt nagekeken of er geen belangrijke psychische contra-indicaties zijn voor de geplande ingreep.

### Veilige verdoving

Tenslotte dient voor de ingreep een maagonderzoek of 'gastroscoopie' te worden gedaan en een aantal onderzoeken door de anesthesist die zo kan vaststellen of de verdoving of 'narcose' veilig kan gebeuren.

### Planning

Als al deze onderzoeken afgerond zijn, krijgt u een afspraak op de dienst heelkunde voor planning van de operatiedatum.

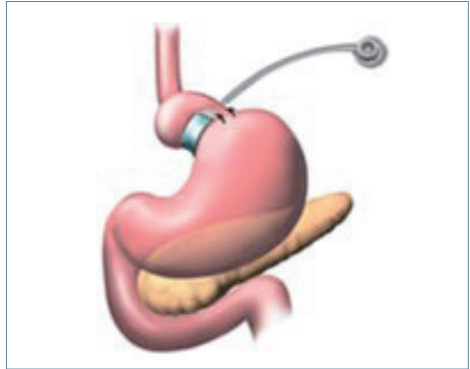
## Welke soorten operatietechnieken bestaan er?

De dienst abdominale heelkunde beheerst het volledige spectrum van obesitasingrepen:

### Gastric banding (maagbandje)

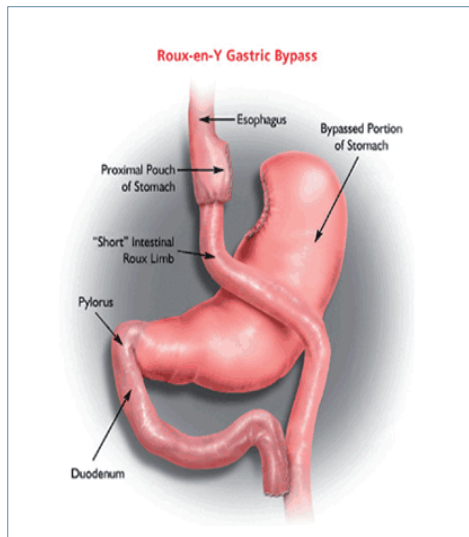
Door middel van een kijkoperatie wordt een maagbandje of -ring rond de ingang van de maag geplaatst. Dit bandje is verbonden aan een onderhuids geplaatst reservoir waarlangs het bandje opgespoten of afgelaten kan worden. Zo wordt een rem op de voedselinname geplaatst en snel een verzadigingsgevoel veroorzaakt.

Een maagbandje is de meest eenvoudige ingreep en volledig omkeerbaar. Ze is echter alleen geschikt voor patiënten die grote hoeveelheden eten en veel minder voor de snoepers, onregelmatig eters of de stresseters. Ook patiënten die lijden aan zure reflux komen hiervoor minder in aanmerking. Deze ingreep fungeert als hulpmiddel bij een dieet.



### Gastric bypass (maagomleiding)

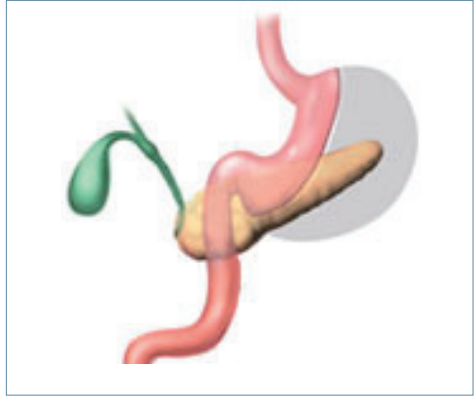
De maagomleiding is momenteel de meest uitgevoerde ingreep en de gouden standaard in obesitasheelkunde. Door middel van een speciaal instrument (een stapler) wordt een kleine maag gemaakt. Op deze kleine maag wordt een darmlis gemonteerd van ongeveer 100 cm lang. Zo komen de gal- en verteringssappen pas 100 cm verder in contact met het voedsel dan normaal.



Bij deze ingreep treden hormonale veranderingen op die een heel gunstig effect hebben op het suikermetabolisme, het hongergevoel onderdrukken en gewichtsverlies in de hand werken. Deze ingreep gebeurt door middel van een kijkoperatie en is ook omkeerbaar, hoewel dit niet de bedoeling is.

### Sleeve gastrectomie

Bij de sleeve gastrectomie wordt door een 'stapler'-instrument de grote bocht van de maag afgeniet zodat enkel een buismaag overblijft. Hierbij zal ook een sneller verzadigingsgevoel optreden en minder voedsel opgenomen kunnen worden. Hierbij gelden dezelfde opmerkingen als bij het maagbandje (zie eerder).



### Duodenal switch

Bij deze ingreep wordt eerst de grote bocht van de maag afgeniet. Vervolgens wordt de maag juist aan het begin van de twaalfvingerige darm doorgenomen en de dunne darm erop gemonteerd. Het deel van de dunne darm waar de verteringssappen in lopen, komt samen met het voedselgedeelte 50 tot 70 cm voor het einde van de dunne darm.

Deze ingreep wordt weinig toegepast en vervangt de vroegere 'Scopinaro' ingreep. De gastric bypass en het maagbandje zijn de meest frequente ingrepen

## Wat kan ik van de ingreep verwachten?

- **Gewichtsverlies**

Na een maagbandje wordt algemeen aangenomen dat u een gewichtsverlies van 60 tot 65% van uw overgewicht kunt bekomen.

Na een gastric bypass kunt u een gewichtsverlies van 70 tot 75% van uw overgewicht bekomen.

- **Het effect op begeleidende ziekten**

Een grote literatuurstudie ('metaanalyse van Buchwald') geeft de volgende cijfers:

Diabetes	beter/opgelost	na maagband:	80%
		na gastric bypass:	90%
Hypertensie	beter/opgelost	na maagband:	70%
		na gastric bypass:	87%
Slaapapneu	beter/opgelost	na maagband:	95%
		na gastric bypass:	94%

## Wat zijn mogelijke complicaties?

Zwaarlijvige patiënten hebben een groter preoperatief risico dan patiënten met een normale lichaamsbouw. Ongeacht het type ingreep kunnen zich onmiddellijk na de ingreep problemen met de longen voordoen (slijmophoping gevolgd door een infectie) of bloedklontervorming. Om dit te voorkomen doorloopt de kinesist met u ademhalingsoefeningen en wordt bloedverdunnende medicatie gegeven.

### Verwikkelingen na een gastric banding (maagbandje):

- **Braken**

Als u teveel of te snel eet. Belangrijk is te stoppen met eten zodra u een verzadigingsgevoel heeft.

- **Verschuiven van het bandje of 'slipping'**

Dikwijls het gevolg van veel braken. Het bandje verandert van positie als de maag er gedeeltelijk 'doorschiet' waardoor de doorgang van voedsel en drank niet meer mogelijk is. Een (semi) dringende heroperatie is dan nodig.

- **Slokdarmmotiliteit**

Doordat de slokdarm continu tegen weerstand (van het bandje) voedsel moet wegduwen neemt de elasticiteit van de slokdarmspier af. Hierdoor kan gemakkelijk zure reflux ('zuurbranden') ontstaan. Als dit niet kan worden verholpen met medicatie, is dit een reden om het bandje te verwijderen.

- **Erosie van het maagbandje**

Bij heel strak aangespannen bandjes bestaat het risico op kwetsuren van de maagwand en kan de band naar binnen groeien waardoor een ontsteking van de band ontstaat en deze moet weggenomen worden.

- **Technische problemen met poortje of band**

Met als oorzaak kanteling van het poortje, loslating van het aanzetstuk tussen leiding en poortje,....

- **Gewichtstoename**

Dikwijls het gevolg van verandering in de eetgewoonten na een bandje. Vaak blijkt het enige voedsel dat 'vlot doorloopt' snoep of calorierijke dranken te zijn. We bespreken dan of het bandje nog zin heeft en of naar alternatieven moet worden gezocht.

## **Complicaties na een gastric bypass (maagomleiding):**

- **Lekkage**

Bij een gastric bypass worden tijdens de ingreep twee verbindingen gemaakt: één tussen het kleine maagje en de dunne darm en een ander tussen de dunne darmen onderling. Vooraleer u kunt eten moeten beide natuurlijk waterdicht zijn. Dit wordt zowel tijdens de ingreep als enkele dagen later (met een radiografie) getest. Indien u een lekkage heeft, dient u nuchter te blijven, worden antibiotica opgestart en krijgt u aangepaste medicatie. Een heroperatie is slechts uitzonderlijk nodig. Lekkage komt tussen de 0-4% van de ingrepen voor.

- **Lekkage aan de nietjeslijn van het uitgesloten deel van de maag**

Dit is moeilijker opspoorbaar. Bij postoperatieve pijn en koorts nemen we een CT-scan om het vermoeden ervan te staven. Een lekkage is vooral een probleem van de eerste postoperatieve week, nadien zijn de weefsels in principe helemaal aan elkaar vergroeid.

- **Maagzweertjes**

De overgang van de kleine maag naar de dunne darm is een voorkeursplaats voor de ontwikkeling van maagzweertjes, zeker bij rokers. Daarom stopt u best met roken na een dergelijke ingreep.

- **Vitaminetekort**

U loopt het risico op een tekort aan Vitamine B12 (belangrijk in de aanmaak en werking van rode bloedcellen), gezien dit normaal opgenomen wordt in de twaalfvingerige darm en het begin van de dunne darm. Hiervoor kan een injectie met Vitamine B12 om de twee maanden nodig zijn. Dat dient uw huisarts toe.

- **Dumping**

Na het eten van snel resorbeerbare suikers (ijsroom, snoep, suikerrijke dranken) kunnen sommige patiënten zich onwel voelen, gaande van lichte misselijkheid tot krampen, braakneigingen, hartkloppingen en zweten. Dit komt omdat de suikers nu sneller in de darm opgenomen worden en allerlei hormonen vrijgeven die deze symptomen veroorzaken. Noteer ook dat alcohol sneller wordt opgenomen!

- **Stoelgangproblemen**

In tegenstelling tot de vroegere 'Scopinaringreep' is de gastric bypass niet geassocieerd met belangrijke diarree of slecht ruikende windvorming. De meeste patiënten vertonen na de ingreep eerder wat moeilijkere stoelgang. Drink voldoende na de maaltijd.

- **Gewichtstoename**

Net zoals bij het maagbandje kan bij een klein percentage patiënten na een initiële gewichtsval, een stijging van het gewicht worden waargenomen. Dit bedraagt slechts een fractie van het verloren gewicht maar kan toch aanleiding geven tot bezorgdheid. Dan moet worden nagekeken wat hiervan de oorzaak is (uitzetting van het kleine maagje, overmatige suikerinname,...).

## Hoe verloopt de ziekenhuisopname?

Meestal wordt u op de dag van de ingreep opgenomen (maandag en vrijdag voor prof. dr. Hubens, donderdag voor dr. Ruppert). U meldt zich aan op de afdeling waar u door de verpleegkundigen klaargemaakt en naar de operatiezaal gebracht wordt.

Na de ingreep ontwaakt u op de 'recovery' (ontwaakzaal) of op intensieve zorgen (bij superobese patiënten of bij belangrijke begeleidende verwickelingen). Nadien gaat u terug naar de afdeling waar u één tot twee dagen (maagbandje) of vier tot vijf dagen (gastric bypass) verblijft, indien zich geen onverhoopte problemen voordoen.

Enkele dagen na de gastric bypass krijgt u nog een radiografische controle. Zodra deze goed bevinden is, komt de diëtiste langs en neemt deze met u het postoperatieve voedingsprogramma door.

## Moet ik na de ingreep nog terugkomen?

De operatie is slechts een stap in de behandeling van uw zwaarlijvigheid. Het succes van het programma hangt af van de nazorg. Uw huisarts speelt daarin een belangrijke rol.

Een drietal weken na de ingreep zien we u terug voor de eerste eenvoudige postoperatieve nacontrole (wondjes, eetzorgen,...). Indien u een bandje heeft, spuiten we dit op regelmatige tijdstippen (gewoonlijk om de zes weken) bij tot een aanvaardbaar evenwicht gevonden is. Dit gebeurt op de raadpleging.

Na een gastric bypass zien we u om de drie maanden terug. Aan de huisarts vragen we vooraf een bloedcontrole uit te voeren. Tijdens de nacontrole is steeds een diëtiste aanwezig aan wie u vragen over voedingsproblemen kunt stellen. Vanzelfsprekend kunt u bij problemen bij ons terecht.

## Wat als ik vroeger reeds een vermageringsingreep heb gehad (redo-heelkunde)?

Het herdoen van een vroegere vermageringsingreep is een specialiteit op zich. Hierop richt de dienst heelkunde zich speciaal op. Vooraleer een nieuwe ingreep wordt ondernomen, moet eerst aandachtig worden nagegaan waarom de eerste ingreep onvoldoende gewerkt heeft. Soms kan het dat de indicatie voor het eerste type ingreep minder gelukkig was, anderzijds is het mogelijk dat er verwickelingen optreden. Wat de oorzaak ook is, elk geval wordt individueel aangepakt.



## Contact

Bij verdere vragen of opmerkingen kunt u het secretariaat van de dienst abdominale, kinder- en reconstructieve heelkunde steeds contacteren op tel. 03 821 33 30.

## Wie maakt deel uit van ons team?

### Chirurgen

Prof. dr. Guy Hubens

03 821 49 08

[guy.hubens@uza.be](mailto:guy.hubens@uza.be)

Dr. Martin Ruppert

03 821 33 26

[martin.ruppert@uza.be](mailto:martin.ruppert@uza.be)

### Diëtiste

Silvia Beuls

03 821 49 37

### Diabetologie, metabole ziekten

Prof. dr. Luc Van Gaal

### Diabetologie, metabole ziekten

Dr. Talloen

### Metabole ziekten

An Verrijcken

### Hepatologie

Dr. Sven Francque

### Psychiatrie

Dr. Filip Vandeneede

---

## UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN



kennis / ervaring / zorg

Wilrijkstraat 10  
2650 Edegem  
Tel (algemeen): 03 821 30 00  
Fax (algemeen): 03 829 05 20  
[www.uza.be](http://www.uza.be)