

Chirurg

Ziekenhuis

Diëtist(e) of

Voedingsdeskundige

Endocrinoloog

Psycholoog

Bewegingsconsulent(e)

Huisarts

Met de steun van



**Ethicon**  
**Endo-Surgery**  
Bariatric & Metabolic

OBESITAS OVERWINNEN

*ik bestis...*

ENDO-11-0043-JF • Johnson & Johnson Medical N.V./B.V. - Leonardo Da Vincilaan 15 - 1831 Diegem - Belgium

OBESITAS OVERWINNEN

*ik bestis...*

De sleeve gastrectomie



Inleiding	p 5
<b>1. Beschrijving van de operatie</b>	<b>p 6</b>
a. De Laparoscopische of Minimaal Invasieve heelkunde	p 6
b. De restrictieve procedure	p 8
c. De techniek	p 9
d. Hoe beïnvloedt de sleeve gastrectomie uw gewicht	p 10
<b>2. Voordelen van de sleeve gastrectomie- mogelijke complicaties</b>	<b>p 12</b>
a. Voordelen	p 12
b. Mogelijke complicaties	p 13
<b>3. Praktische informatie</b>	<b>p 14</b>
a. Voor de operatie	p 14
b. Na de operatie	p 15
c. Enkele nuttige tips	p 16
Referentielijst	p 19



OBESITAS OVERWINNEN

*ik beslis...*

## Inleiding

Als u deze brochure leest, is er bij u morbide obesitas vastgesteld. U hebt een BMI boven 40 of boven 35 met minstens twee comorbiditeiten (zoals diabetes, hartlijden, hoge bloeddruk...). U hebt tevergeefs al talloze programma's geprobeerd om gewicht te verliezen: allerhande diëten, eetlustremmende medicatie, bewegingstherapieën enz...

Al deze vermageringsmethodes zijn mislukt. Samen met uw arts en zijn team hebt u beslist binnenkort een sleeve gastrectomie te ondergaan. Deze beslissing om een heelkundige ingreep te ondergaan is belangrijk. Het is een stap die u niet zomaar zet, zonder alles in acht te nemen. Deze brochure "Obesitas overwinnen, ik beslis... - De Sleeve Gastrectomie" maakt deel uit van de reeks "Het leven voor zich", waarin vier fasen aan bod komen:

- a. Obesitas overwinnen, ik informeer...
- b. Obesitas overwinnen, ik beslis...
- c. Obesitas overwinnen, ik win...
- d. Obesitas overwinnen, ik sta er...

Deze brochure, "Obesitas overwinnen, ik beslis... - De Sleeve Gastrectomie", moet u helpen om u optimaal voor te bereiden op de ingreep en is ontworpen om u een beter inzicht te bieden in de voordelen, de nadelen en de risico's die gepaard gaan met de ingreep. U zal hier ook lezen wat u kan verwachten na de ingreep en hoe u uw leefgedrag zal moeten veranderen opdat het succes van deze ingreep maximaal wordt.

Denk eraan, de informatie in deze brochure vervangt in geen enkel geval de opinie en het advies van een bevoegde arts. Uw beste informatiebron is een ervaren bariatrisch chirurg en zijn team. Breng dit boekje mee naar de consultatie.

OBESITAS OVERWINNEN

*ik beslis...*



# 1. Beschrijving van de operatie

De Sleeve Gastrectomie is een restrictieve ingreep. Deze ingreep heeft bijgevolg als doel de inname van de hoeveelheid voedsel te beperken.



## a. De laparoscopische of minimaal invasieve heelkunde

De laatste 10 jaar wordt in de chirurgie vaak gebruik gemaakt van laparoscopische procedures (kijkoperaties). Mensen denken verkeerdelijk dat deze technieken nog steeds “experimenteel” zijn. De laparoscopie is in bepaalde domeinen van de heelkunde de belangrijkste techniek geworden en ze wordt nu bijna tien jaar gebruikt in de bariatrische heelkunde. Vele bariatrische chirurgen voeren kijkoperaties uit en ze stellen steeds frequenter deze minder invasieve ingreep voor aan hun patiënten.

Bij een kijkoperatie wordt er een kleine videocamera in de buikholte gebracht. De chirurg ziet de ingreep op een aparte videomonitor. Dit laat een betere visualisatie toe en biedt een betere toegang tot belangrijke anatomische structuren.

## De Sleeve Gastrectomie

# 1.

De camera en de chirurgische instrumenten worden via kleine incisies in de buikwand geplaatst. Deze benadering wordt als minder invasief beschouwd in vergelijking met een lange incisie om de buikholte te openen. Een recente studie toont aan dat de patiënten die een bariatrische kijkoperatie ondergingen, minder pijn hebben na de operatie, wat zich uit in een gemakkelijker ademhaling en een betere longfunctie met een hoger globaal zuurstofgehalte<sup>[4]</sup>. Er

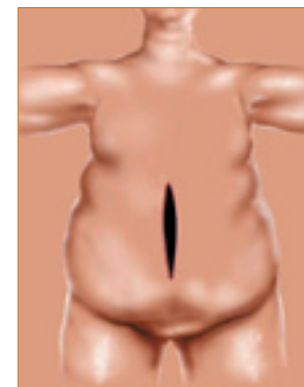
zijn ook minder wondcomplicaties, zoals infecties en littekenbreuken. De hospitalisatie is korter en patiënten kunnen ook sneller hun activiteiten van voor de operatie hernemen. De lokalisatie van de incisies, hun aantal en hun grootte kunnen variëren van chirurg tot chirurg.

De kijkoperaties die gebruikt worden in het kader van de bariatrische heelkunde zijn gebaseerd op dezelfde principes als bij open chirurgie en ze induceren een gelijkaardig gewichtsverlies. Niet alle patiënten zijn kandidaat voor een laparoscopische ingreep. Het is ook mogelijk dat de chirurg tijdens de ingreep beslist om over te schakelen naar een open ingreep. Eventuele complicaties of inwendige vergroeiingen met verminderde zichtbaarheid als gevolg kunnen hier de oorzaak van zijn.

Het bekomen gewichtsverlies is niet verschillend tussen open - en kijkoperaties. Vraag uw chirurg naar zijn persoonlijke ervaring en beslis of in jouw geval een kijkoperatie meer voordelen heeft dan een open ingreep



Incisies voor een laparoscopische bariatrische ingreep



Incisie voor de open bariatrische ingreep

## b. Een restrictieve procedure

### De energiebalans veranderen is de kern van gewichtsverlies

Uw energiebalans is in orde als de verhouding tussen het voedsel dat in uw lichaam wordt geabsorbeerd en de energie die uw lichaam verbruikt in evenwicht is:

$$\text{ENERGIEBALANS} = \frac{\text{Voedsel inname}}{\text{Energie verbruik}}$$

Het overschot aan energie wordt opgestapeld in de vorm van vet in afwachting dat het tot energie wordt verbrand. Indien de energie die u verbruikt tijdens fysieke inspanning groter is dan de energie die u via uw voedsel inneemt, zal overtollig vet verbrand worden. Dit betekent dat ofwel een verminderde inname van voedsel, ofwel een vermeerdering van fysieke activiteit zal resulteren in gewichtsverlies.

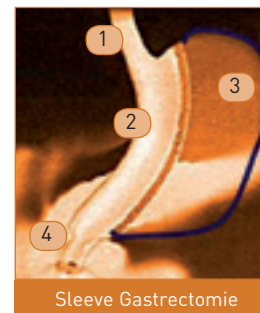
Als u een volheidsgevoel krijgt, verdwijnt het hongergevoel. Het resultaat hiervan is dat u waarschijnlijk minder zal eten. Restrictieve bariatrische heekunde heeft tot doel dit gevoel van volheid uit te lokken door uw maag te verkleinen. Als gevolg daarvan kan uw maag maar een kleine hoeveelheid voedsel bevatten waardoor u sneller een volheidsgevoel ervaart. De verttering (absorptie) van het voedsel in het darmkanaal gebeurt verder volstrekt normaal. Bij een gemotiveerde patiënt, kunnen de verminderde maagcapaciteit samen met de gedragswijzigingen leiden tot een systematisch lagere calorie-inname en dus ook tot blijvend gewichtsverlies.

Tijdens uw herstel moet u zich houden aan de strikte specifieke dieetrichtlijnen en beperkingen die uw chirurg u voorschrijft. Hoewel deze richtlijnen kunnen variëren van de ene chirurg tot de andere, moet elke patiënt de richtlijnen van zijn chirurg opvolgen.

U moet zich leren aanpassen aan een nieuwe manier van eten. Een halve tot één volle kop zal al voldoende zijn om een volheidsgevoel te ervaren. Als u traag en minder leert eten en vermijdt om te veel te drinken (vooral koolzuurhoudende dranken) tijdens de maaltijd zal u goede resultaten bekomen met een restrictieve procedure. Als u deze richtlijnen niet opvolgt, kunnen het maagreservoir en de kleine doorgang uitzetten, waardoor de ingreep haar doel mist. De efficiëntie van een restrictieve procedure vermindert als u constant tussendoortjes neemt of vet- of calorierijke dranken drinkt. Als het beoogde gewichtsverlies niet bekomen wordt, is dit gewoonlijk te wijten aan het feit dat u zich niet houdt aan de aanbevolen dieet- en gedragswijzigingen (lichaamsbeweging).

## c. De techniek

Door middel van een overlangse snede verwijdert de chirurg een groot deel van de maag, namelijk de grote curvatuur (de grote boog die zich aan één kant van de maag bevindt). Vervolgens reconstrueert hij het verlengde van de slokdarm (gastrectomie in de verticale as). Dit resterende deel van de maag met een capaciteit van ongeveer 100 tot 150 cc is minder elastisch en zal dus minder uitzetten. Onderaan wordt de maagpoortier of pylorus behouden.



1. Slokdarm
2. Maagreservoir of sleeve
3. Weggehaalde maag
4. Twaalfvingerige darm

#### d. Hoe beïnvloedt de sleeve gastrectomie uw gewicht?

Deze techniek is restrictief. Het kleine maagreservoir zorgt voor de restrictie. U zal snel een volheidsgevoel ervaren nadat u een klein beetje voedsel hebt ingenomen dat net voldoende is om het maagreservoir te vullen. U hebt bijgevolg geen honger meer. Dit betekent echter niet dat u zich per se verzadigd zal voelen. U zal in het begin waarschijnlijk wel nog zin hebben om verder te eten. Dit is echter niet de bedoeling. Het is uiterst belangrijk dat u het volheidsgevoel leert herkennen en meteen ook stopt te eten. Als u het volheidsgevoel herkent, helpt de sleeve u om te vermijden dat u zich 'overeet' en zal dit u helpen uw globale dagelijkse voedsel -(calorie-)inname te beperken. U zal dus minder eten, minder honger hebben en geleidelijk uw overgewicht verliezen.

U zal het moeilijk hebben om bepaalde voedingsmiddelen te eten. De meeste voedingsmiddelen moeten beter gekauwd worden dan voor de operatie.

Dit zal leiden tot een gezondere levensstijl met minder risico op aandoeningen (comorbiditeiten) als gevolg van obesitas.

Alleen een reductie van de maag volstaat echter niet. U zal ook uw eetgewoonten moeten aanpassen. Hoewel de Sleeve Gastrectomie een methode is die u zal helpen om een houdbaar gewichtsverlies te bekomen, is het geen vermageringsmethode die vanzelf werkt. Om efficiënt te zijn moet u zich houden aan een mager dieet, rijk aan vitamines en vezels. Suikerrijke dranken en/of voedsel zijn uit den boze. U moet goed beseffen dat er geen snelle oplossing bestaat voor uw overgewicht zelfs na een operatie. De gewichtsreductie gebeurt geleidelijk en vraagt geduld. De resultaten van elk vermageringsprogramma kunnen variëren volgens uw motivatie om de richtlijnen in verband met dieet en lichaamsbeweging op te volgen. Het is van kapitaal belang dat u het postoperatief dieetschema (zie "Obesitas overwinnen, ik win") en de gedragslijnen opvolgt om een succesvol gewichtsverlies te bekomen en om complicaties te voorkomen. Laat u goed begeleiden door het team van uw Obesitas Centrum en volg hun richtlijnen strikt op. Gemiddeld verliezen de patiënten ongeveer 30% (een derde) van hun begingewicht tijdens het eerste

jaar tot 18 maanden na de operatie. Wetenschappelijke studies tonen aan dat 50% verlies van het overgewicht behouden blijft na 15 jaar. Dieet en oefenprogramma's geven slechts 8 à 10% gewichtsverlies over dezelfde periode<sup>[1]</sup>.

Andere studies toonden aan dat 96% van bepaalde gezondheidsproblemen ten gevolge van obesitas zoals diabetes, hoge bloeddruk, slaapapnoe, depressie en rugpijn verbeterden of verdwenen na chirurgie<sup>[2,3]</sup>.

## 2. Voordelen van de sleeve gastrectomie - mogelijke complicaties



### a. Voordelen

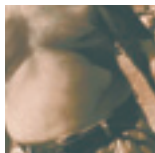
Behalve de maagverkleining blijft bij de Sleeve Gastrectomie het spijsverteringskanaal intact. Hierdoor worden veel ongewenste nevenwerkingen vermeden die gepaard gaan met sommige andere chirurgische behandelingen van obesitas.

De ingreep laat geen vreemd voorwerp – met eventuele afstotingsverschijnselen- na in het lichaam.

De ingreep kan ook laparoscopisch worden uitgevoerd, wat minder ingrijpend is en waardoor er minder kans is op wondbreuk tengevolge van de incisie. Bovendien blijft uw ziekenhuisverblijf beperkt tot 3 à 4 dagen.

De Sleeve Gastrectomie is geen contra-indicatie voor een andere procedure. U moet de chirurg die u zal opereren wel vooraf inlichten over uw Sleeve.

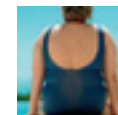
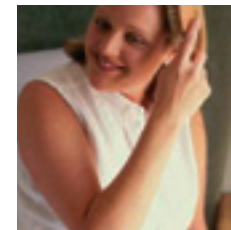
De vermagering treedt meestal op in de eerste zes tot negen maanden na de operatie. Vooral bij zogenaamde volume-etters is het effect van de ingreep groot omdat het voortdurende hongergevoel verdwijnt.



### b. Mogelijke complicaties

Naast de complicaties die voor elke chirurgische ingreep gelden (zie "Obesitas overwinnen, ik informeer"), kunnen enkele specifieke problemen optreden na de sleeve gastrectomie:

➔ Te grote hoeveelheden eten of te snel vast voedsel innemen, verhoogt het risico op het uittrekken van het maagreservoir en eventueel lossen van de hechting. Dit kan resulteren in verminderd gewichtsverlies en in sommige gevallen kan het nodig zijn om opnieuw te opereren.



- ➔ Gezien de kleinere doorgang van het maagreservoir kunnen grotere voedselbrokken blijven steken. Het gevolg is een volledige blokkering van de doorgang met braken tot gevolg. In dit geval moet u dadelijk uw arts contacteren. Eventueel moet de voedselbrok verwijderd worden via endoscopie.
- ➔ In sommige gevallen kan de efficiëntie van de procedure verminderen door het uittrekken van het maagreservoir. Dit kan vermeden worden door u strikt aan de dieetrichtlijnen te houden
- ➔ Bespreek de mogelijke risico's van de operatie uitgebreid met uw chirurg.

## 3. Praktische informatie

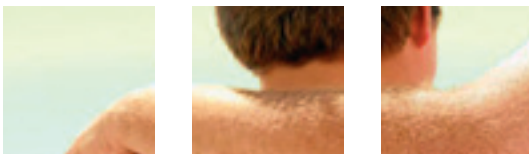


### a. Voor de operatie

De arts zal u vragen de avond voor de operatie nuchter te blijven vanaf middernacht.

Indien u dagelijks geneesmiddelen inneemt, moet u dit melden aan uw chirurg of aan iemand van zijn team. Indien u aspirine neemt, geneesmiddelen die de bloedstolling vertragen of anti-inflammatoire geneesmiddelen (tegen artritis, artrose, ...) moet u dit melden aan uw chirurg. Zo kan hij de datum bepalen waarop u de geneesmiddelen tijdelijk moet stopzetten voor de ingreep.

Voor de ingreep zal iemand van het medische team een fijne naald of een catheter aanbrengen in uw aders om de geneesmiddelen die noodzakelijk zijn gedurende de operatie te kunnen toedienen.



## De Sleeve Gastrectomie

### 3.

In sommige gevallen is de laparoscopische techniek niet mogelijk. Als het onmogelijk blijkt de organen goed in zicht te brengen of te manipuleren zal uw arts beslissen een open procedure uit te voeren. U wordt algemeen verdoofd tijdens de operatie.

### b. Na de operatie

Bij het ontwaken na een laparoscopische ingreep, kan u pijn voelen aan de schouders. Deze pijn wordt veroorzaakt door het feit dat de buik werd opgeblazen met koolzuurgas om de werkruimte aan te leggen. Dit koolzuurgas kan bij het einde van de operatie nooit volledig worden verwijderd. Dit overblijvende gas zal echter snel en zonder gevaar voor uw organisme worden geabsorbeerd. De pijn is tijdelijk en verdwijnt snel, binnen enkele dagen na de operatie.

Het is mogelijk dat u gedurende één dag een sonde zal krijgen in de maag om braken te voorkomen.

De pijn na de operatie is meestal beperkt, maar bij bepaalde patiënten is medicatie tegen de pijn toch noodzakelijk. Verder zijn er na de operatie geen specifieke geneesmiddelen nodig.

Zoals hierboven al uitgebreid besproken is, zal u na de ingreep een strikt dieet moeten volgen. Lees hierover de brochure "Obesitas overwinnen, ik win..." en volg goed de adviezen van het obesitas team.

De hospitalisatie duurt gemiddeld 48 uur maar dit wordt door uw chirurg beslist.

U zal worden aangemoedigd om heel voorzichtig uw activiteiten te hernemen zodra u het ziekenhuis hebt verlaten. Uw arts en zijn team zullen u zeggen wanneer u uw normale dagelijkse activiteiten mag hernemen en welke activiteiten u het best vermijdt.



## c. Enkele nuttige tips

### Regelmatige controles:

Het is zeer belangrijk dat u regelmatig na de operatie ambulantly onderzocht wordt. Uw geneesheer en zijn team zullen met u een persoonlijk afspraken-schema bespreken. In de eerste fase is er gewoonlijk om de vier weken een controle, later zijn de afspraken meer gespreid. Eens uw gewicht gestabiliseerd is, wordt er normaal jaarlijks een onderzoek voorzien.

⇒ Contacteer echter dadelijk uw arts in geval van:

- aanhoudende koorts
- rillingen
- bloedingen
- toenemende zwelling van de buik of toenemende pijn
- aanhoudende misselijkheid of aanhoudend braken
- aanhoudende hoest of ademhalingsmoeilijkheden
- doorsijpelen van vloeistof uit om het even welke wonde

### Braken:

Soms moeten patiënten overgeven of ervaren zij pijn bij het eten. Dit kan het gevolg zijn van een verkeerd eetgedrag.

Door langzaam en rustig te eten, goed te kauwen en op tijd te stoppen kan men deze symptomen voorkomen.

Als u regelmatig moet overgeven, kan dit wijzen op het feit dat er voedsel in de nauwe maagdoorgang blijft steken. Contacteer in dit geval zo snel mogelijk uw arts. Dit probleem kan opgelost worden via gastroscopie of onder radiografische controle.

### Vitamines:

Het is aangewezen om tijdens een periode van snel gewichtsverlies, een vloeibaar multi-vitamine preparaat in te nemen en dit gedurende tenminste 6 maanden na de operatie.

### Zwangerschap:

De periode tussen de operatie en de stabilisatie van uw gewicht (één tot anderhalf jaar na de operatie) moet worden beschouwd als een periode van "uithongering". Het is niet verstandig om gedurende deze periode zwanger te raken.

### Medicijnen:

Tabletten dienen in kleinere stukjes of gemalen te worden ingenomen.

### Verstopping (Constipatie):

Veel patiënten hebben na de operatie een gevoel van constipatie. Dit wordt vooral veroorzaakt door het feit dat de verminderde voedselname minder ontlasting tot gevolg heeft. Daardoor zijn er ook minder darmbewegingen. Het is belangrijk om voldoende te drinken tussen de maaltijden. Mochten laxeremiddelen nodig blijken, dan is het raadzaam om vloeibare geneesmiddelen te gebruiken en dit slechts na overleg met uw arts.

### Lichaamsbeweging:

Het is belangrijk dat u niet alleen uw eetgewoonten aanpast. U moet ook meer aan lichaamsbeweging doen. Over het algemeen wordt langzaam met oefenen gestart. Naarmate het gewicht afneemt, wordt lichaamsbeweging makkelijker.

## Referentielijst

1. The facts about weight loss surgery - a balanced discussion of treatment options - brochure for patients Johnson & Johnson US - [www.weightlossurgeryinfo.com](http://www.weightlossurgeryinfo.com).
2. National Institutes of Health. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. June 1988.  
[www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob\\_xsum.htm](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_xsum.htm)
3. American Society for Bariatric Surgery. Rationale for the Surgical Treatment of Morbid Obesity.  
[www.asbs.org/html/ration.html](http://www.asbs.org/html/ration.html)
4. "Laparoscopic Gastric Bypass Roux-en-Y 500 patients: Technique and Results with 3- 60 month follow-up".  
Wittgrove AC, Clark GW. Obesity Surgery 2000 June; 10(3); 233-9.

OBESITAS OVERWINNEN

*ik beslis...*

