

**Regionale Transmurale Afspraak
Zuidoost Brabant**

Obesitas en bariatrische zorg

Toelichting

Aanleiding

Overgewicht, maar ook morbide obesitas is een groeiend probleem. Binnen enkele jaren komen er landelijk 16.000 mensen in aanmerking voor een bariatrische operatie; het betreft mensen die morbide obees zijn, met een BMI ≥ 40 kg/m², of mensen met een BMI > 35 en comorbiditeit zoals DM type 2. In Zuidoost Brabant worden de bariatrische operaties gedaan door het Catharina Ziekenhuis en het Máxima Medisch Centrum (locatie Eindhoven en locatie Veldhoven).

Doel van deze RTA is afstemming van het beleid rond de behandeling en follow up in de 1^e en 2^e lijn van patiënten na een bariatrische ingreep.

Definities

Definitie	Prevalentie*	
	Volwassenen:	Kinderen:
Overgewicht: BMI > 25	40%	13% (m) - 14% (v)
Obesitas: BMI > 30	15%	0,9% (m) - 1,5% (v)
Morbide obesitas: BMI ≥ 40 , of ≥ 35 met comorbiditeit	1,5%	

* De prevalentie heeft een jaarlijkse toename van $> 1\%$.

Comorbiditeit komt veelvuldig voor, o.a.:

- Refluxziekten: ca. 70%;
- Diabetes mellitus type 2: ca. 10-15%;
- Cardiovasculair lijden: ca. 40-50%;
- Hypertensie: ca. 40%.

Diagnostiek

Patiënten met overgewicht hebben meer gezondheidsrisico's, zoals comorbiditeit¹ en voedings- en vitaminedeficiënties. Onafhankelijk van het al/dan niet verwijzen naar de 2^e lijn voor bariatrische chirurgie, wordt daarom aangeraden om in de huisartsenpraktijk bij alle patiënten met (morbide) obesitas alert te zijn op de gezondheidsrisico's.

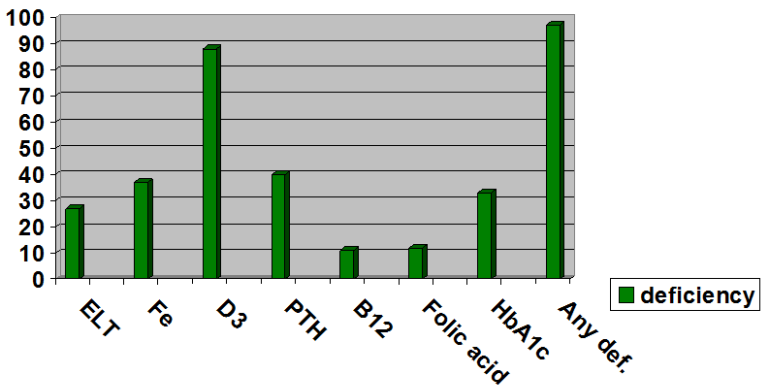
¹ DM type 2, cardiovasculaire aandoeningen, chronische gewrichtsklachten, OSAS, fertiliteitsstoornissen, kanker, leverfunctiestoornissen, galstenen.

Ter opsporing van deficiënties wordt bij patiënten met ernstig overgewicht (BMI > 35) aangeraden om jaarlijks het volgende aanvullend labonderzoek te verrichten:

- Ferritine;
- Vit D;
- Vit B12;
- Glucose nuchter.

Postoperatief:

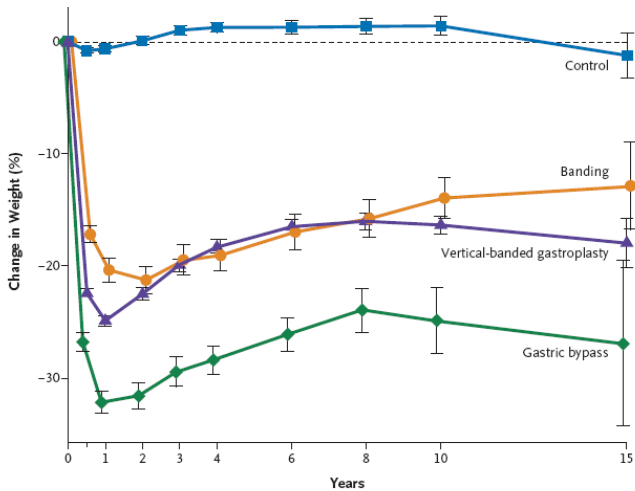
Bij veel patiënten met diabetes treedt na een gastric bypass direct postoperatief een verbetering of zelfs normalisering van de bloedsuikers op. De diabetesmedicatie moet dan worden verminderd of zelfs afgebouwd. NB. Monitoring van de leverenzymen wordt aangeraden; bij 10-15% van de pre-operatieve patiënten wordt leversteatose geconstateerd.



Figuur 1. Overzicht van de deficiënties die frequent pre-operatief worden gezien bij patiënten met morbide obesitas. Door de verminderde opnamecapaciteit van de darmen na bariatrische chirurgie, treden er postoperatief meer deficiënties op. Het labpakket dat aangeraden wordt voor de jaarlijkse follow up postoperatief, is afgestemd met de klinische laboratoria in Zuidoost Brabant, en is gebaseerd op de landelijke richtlijnen.

Bariatrische chirurgie

Conservatieve behandelingsmogelijkheden (dieet, sport, medicatie, mechanische obstructie) van morbide obesitas blijken weinig zinvol. Bij mensen met morbide obesitas die in de afgelopen 5 jaar zonder succes een professionele afvalmethode hebben gevolgd, is bariatrische chirurgie de enige bewezen therapie.



Figuur 2. Gewichtsreductieverloop over 15 jaar van conservatief, LapBand, VBG en gastric bypass².

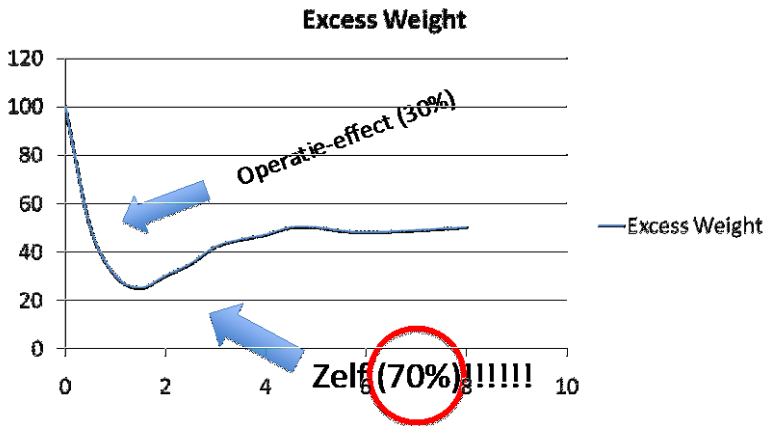
Bariatrische ingrepen hebben allemaal zowel restrictieve, malabsorptieve als endocriene werking. De keuze wordt bepaald door patiëntfactoren en voorkeuren. De volgende procedures worden toegepast:

- Gastric sleeve: verticale verkleining van de maag;
- LapBand®: aanpasbare maag (wordt niet aangeboden in de regio ZOB);
- Gastric bypass: omleiding dunne darm op verkleinde maag en verderop weer verbinding met dunne darm met verteringssappen;
- Mini gastric bypass: omleiding dunne darm op verkleinde maag met één verbinding;

² Sjöström L. et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. N Engl J Med. 2007 Aug 23; 357 (8): 741-52.

- SADI (single anastomosis duodenal ileo bypass): omleiding dunne darm op twaalfvingerige darm / revisie operatietechniek na een gastric sleeve.

Na een bariatrische ingreep is te verwachten dat gewichtsverlies optreedt zoals weergegeven in Figuur 2.



Figuur 2. Excess Weight loss in de tijd (jaren) na bariatrische chirurgie. Excess weight loss is het verschil tussen het oorspronkelijke gewicht en het herleide gewicht bij een BMI van 23. De initiële afvalcurve wordt veroorzaakt door de operatie. Na 2 jaar is het effect van de bariatrische ingreep uitgewerkt. Om het gewicht te stabiliseren is inzet van de patient nodig. Het blijvend effect wordt waarschijnlijk voor ca. 30% veroorzaakt door de operatie en voor 70% door inzet van patient zelf.

Slagingskans

Regionale cijfers van 2010 en 2011 laten een percentage van ca. 30% drop out zien; en ca. 15-20% van de populatie heeft onvoldoende gewichtsverlies (failure). Dit geldt voor de gastric bypass en de gastric sleeve.

Follow up

Werkwijze 5 jaar postoperatief

1. Ontslag /aanmelding

5 jaar na de bariatrische ingreep wordt de patiënt terugverwezen naar de eerste lijn. De patiënt wordt aangemeld bij een oproepdienst van een

eerstelijns laboratorium in ZOB door de bariatrische behandelteams. Buiten de regio kan de huisarts de patiënt zelf jaarlijks oproepen.

2. Berichtgeving huisarts

De huisarts ontvangt bericht over de aanmelding. De laatste labuitslagen worden vermeld in de ontslagbrief.

3. Oproep van de patiënt

Een jaar na aanmelding bij de bariatrische dienst wordt de patiënt opgeroepen voor laboratoriumonderzoek.

4. Rapportage

De uitslagen worden naar de huisarts gerapporteerd. Bij afwijkende labuitslagen wordt een advies erbij vermeld.

Vitaminesuppletie

Door verminderde darmresorptie na bariatrische chirurgie is het van belang dat bariatrische patiënten multivitaminepreparaten nemen. In de samenvattingskaart (tabel 1) is een controleschema opgenomen.

Opmerkingen:

- Vooral na een *gastric bypass* is calciumcitraat aangewezen als supplement i.p.v. carbonaat. De patiënt krijgt dit niet vergoed, en omdat de prijs in 2015 fors is gestegen is er door een expertgroep besloten over te stappen naar calcium/D3 1000/800 IE.
- De samenstelling van de multivitamine is van belang. Bij regulier verkrijgbare preparaten komt de dosering niet altijd overeen met de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid. Bij financiële of andere bezwaren tegen de specifieke middelen (Fitforme[®] en Bariatric[®] advantage), kan worden overgestapt op:
 - Kruidvat Compleet Multi A-Z: 2 tabletten/dag bij bypass en 1 tablet/dag bij sleeve[®]
 - Davitamon kauwtabletten of zuigtabletten[®]: 4 tabletten/dag bij bypass en 2 tabletten/dag bij sleeve.
- Voor zwangeren gelden andere doseringen. Optimaal suppleren vóór de zwangerschap is van belang. Tijdens de zwangerschap is het advies Davitamon compleet mamma[®], of Gravitamon[®] aangevuld met de standaard Calcium/D3 suppletie. Eventueel met daarnaast extra foliumzuur en vitamine B12, in overleg met de verloskundige/gynaecoloog.

Psychologische problemen

Om te screenen op gewichtsgelateerde psychologische problemen wordt geadviseerd om de signaleringsvragenlijst (zie bijlage) te gebruiken. De 4 DKL vragenlijst kan eventueel daarnaast als hulpmiddel dienen om het probleem verder te verhelderen.

Bij een vermoeden op gewichtsgelateerde psychologische problematiek is het geïndiceerd om laagdrempelig de psycholoog van het behandelteam te consulteren. Deze zijn telefonisch bereikbaar via de obesitaspoliklinieken van het Catharina Ziekenhuis en het Máxima Medisch centrum.

Namens de obesitascentra:

Kim Berghuis, physician assistant Catharina Ziekenhuis
Sandra Cosijns, nurse practitioner Máxima Medisch Centrum
Francois van Dielen, chirurg Máxima Medisch Centrum
Wouter Leclerq, chirurg Máxima Medisch Centrum
Arijan Luijten, chirurg Máxima Medisch Centrum
Misha Luyer, chirurg Catharina Ziekenhuis
Gust van Montfort, chirurg Catharina Ziekenhuis
Simon Nienhuijs, chirurg Catharina Ziekenhuis
Mohammed Said, nurse practitioner Catharina Ziekenhuis
Frans Smulders, chirurg Catharina Ziekenhuis
Jean-Paul de Zoete, chirurg Catharina Ziekenhuis

Namens huisartsen:

Anne-Marie der Kinderen
Francisca Wittkämper

Namens de apothekers

Maarten de Greef, apotheker
Catharina Ziekenhuis

Namens internisten:

Ronald Erdsieck, Máxima Medisch Centrum
Mirjam Oosterwerff, Catharina Ziekenhuis

Namens klinisch chemici:

Arjen-Kars Boer, Catharina Ziekenhuis

Namens medisch psychologen:

Gerbrand van Hout, Catharina Ziekenhuis
Noor Schuilwerve, Máxima Medisch Centrum

Namens Diagnostiek voor U:

Annelies Lucas, medisch directeur

Namens transmurale stichtingen:

Hennie van Bavel, coördinator HaCa
Mariëtte Oostindiër, coördinator TransMáx

Referenten: internisten, medisch psychologen

Voor deze samenwerkingsafspraken is uitgegaan van de landelijke richtlijnen. Deze regionale transmurale afspraak is ontwikkeld in samenwerking met de transmurale organisaties HaCa, Quartz, THEMA, TransMáx. Deze samenwerkingsafspraken zijn goedgekeurd door de Kwaliteitsraad van de Huisartsenkring Zuidoost Brabant. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze RTA mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van HaCa.