

Metabool syndroom

Dr. Evy Degrande
Endocrinologie en geriatric
evy.degrande@sintandriestiel.be



Het metabool syndroom, vroeger syndroom X genoemd, is een belangrijk stofwisselingsprobleem met een combinatie van afwijkingen (die niet noodzakelijk allemaal samen aanwezig moeten zijn om ertoe te besluiten) zoals zwaarlijvigheid, hoge bloeddruk, stoomissen in het vetmetabolisme met lage goede cholesterol en hoge slechte vetten, gestoord bloedsuikergehalte en stoomissen in de bloedstolling. Het is voorbeschikkend voor het ontwikkelen van belangrijke hart- en vaatziekten zoals hartinfarcten of beroertes, diabetes en een aantal kankers.

Belangrijke risicofactoren zijn te veel lichaamsvet, weinig beweging, genetische voorbeschiktheid en veroudering. Het spreekt vanzelf dat het in onze westerse wereld met onze sedentaire levensstijl en te veel aan voeding wijd verspreid is en steeds maar toeneemt. Door de globalisering en de veranderde leef- en eetgewoontes in veel derdewereldlanden volgen deze echter snel. Uiteraard gebeurt er veel onderzoek naar het onderliggend proces. Vooral het diepe buikvet speelt hierin een belangrijke rol. In het vetweefsel wordt immers niet alleen maar vet opgestapeld, maar de cellen maken verschillende eiwitten die er onder andere voor gaan zorgen dat insuline minder goed gaat werken. Dit wordt insulineresistentie genoemd. Het zorgt ervoor dat suiker minder gemakkelijk in de cellen wordt opgenomen om energie te verbranden of reserves aan te leggen. Bij elke patiënt met hart- of vaatziekten dienen de verschillende factoren van het metabool syndroom te worden onderzocht. Anderzijds wordt bij mensen die lijden aan metabool syndroom best ook een hart- en vaatonderzoek gepland.

Er is een agressieve aanpak van de verschillende factoren nodig om verwickelingen te vermijden. Dit betekent veranderen van levensstijl en vaak heel wat pillen. Belangrijke gewoonteveranderingen zijn het nemen van een gezonde voeding en beperkte alcoholinname, die in combinatie met 3 à 4x per week een half uurtje bewegen tot een gewichtsvermindering van +/- 10 % zouden moeten leiden. Uiteraard is ook rookstop aan te raden, een andere belangrijke speler bij hart- en vaatziekten. Mensen met de aandoening nemen meestal ook één of meerdere bloeddrukverlagende middelen, een anticholesterolpil of één of meerdere zaken tegen te hoge suiker, zoals pillen of injecties. Er bestaat ook medicamenteuze ondersteuning om te vermageren, zoals verder aan bod komt. Er werden echter de laatste jaren een aantal producten van de markt gehaald omwille van te veel nevenwerkingen. De opmars van bariatrische heelkunde, wat een gecombineerde methode is van volumereductie van de maag en van een bypass die de opname van voedsel vermindert, hangt samen met de steeds betere en vlottere chirurgische technieken en het groot gewichtsverlies, wat vaak bij een gewoon dieet niet lukt of niet blijft lukken. Ook hierover verder meer. Het spreekt vanzelf dat het metabool syndroom en zijn verwickelingen een groot deel van de gezondheidskosten opslorpt. Preventie is dus de boodschap door te proberen gezond en matig te leven en deze plus de volgende generaties te stimuleren om veel te bewegen. Aan iedereen veel succes! ■

Eetstoornissen

Eetstoornissen zijn bepaald door biologische, psychologische, sociale, familiale en culturele factoren. In de Westerse landen ontwikkelen jonge meisjes en vrouwen vaak een angst voor overgewicht en ook een ontevredenheid in verband met hun lichaam en hun gewicht.

Een klein percentage van deze vrouwen kan één van de drie meest voorkomende voedingsstoornissen ontwikkelen: anorexia nervosa, boulimia nervosa of vreetbuienstoornis. Voedingsstoornissen komen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. De laatste jaren ziet men een stijging van de frequentie van deze eetstoornissen.

Bij anorexia nervosa weigert de patiënt een minimumgewicht te behouden (BMI kleiner dan 17.5). Zij vrezen een gewichtstoename waarbij er een duidelijke stoornis is in de beleving van hun eigen maten en lichaamsvormen. Er zijn 2 types: het beperkende type en het vreetbuien/purgerende type. Het beperkende type verliest hoofdzakelijk gewicht door te diëten, door te vasten of door het beoefenen van overdreven lichaamsstraining. Het vreetbuien/purgerende type doet zich braken, gebruikt laxeremiddelen en diuretica om te vermageren.

Boulemia nervosa bestaat uit terugkerend excessief innemen van voedsel met verlies van controle. Zij hebben de neiging om hun gewicht te overschatten. Er zijn ook hier 2 categorieën: het purgerende type en het niet-purgerende type.

Vreetbuien stoornis wordt gekenmerkt door terugkerende periodes van overmatig eten (gemiddeld 2x/week en dit gedurende 6 maanden).

De basisprincipes voor behandeling van een eetstoornis zijn hoofdzakelijk psychotherapeutisch. Psychofarmacologische behandelingen kunnen nuttig zijn, maar vertegenwoordigen niet het belangrijkste deel van de behandeling.

In het psychiatrisch screeningsonderzoek is het belangrijk om eetstoornissen uit te sluiten, naast andere psychiatrische ziektebeelden (zoals depressies, psychoses, e.a....). Indien deze aanwezig zijn en niet worden behandeld, zullen ze een nadelige invloed hebben op de outcome na een chirurgische obesitasingreep. ■

Dr. Antonio Gazziano
Psychiater
antonio.gazziano@sintandriestiel.be



Obesitas en heelkunde

Dr. Mehrdad Biglari
Chirurg
mehrdad.biglari@sintandriestiel.be



Deze tekst wil een aanzet zijn om objectieve informatie te verschaffen aan collega's die meer willen weten over obesitas-operaties om hun patiënten beter te kunnen informeren. Algemeen wordt 'Obesitas' als de ziekte van de 21^{ste} eeuw beschouwd. 135 miljoen Europeanen lijden inmiddels aan overgewicht en daarvan 40 miljoen zelfs aan obesitas of vetzucht. Obesitas is een ziekte waar meer en meer mensen aan lijden. Vele mensen proberen om te vermageren, omdat ze merken dat hun levenskwaliteit daalt naarmate ze zwaarder worden. De medische risico's zijn algemeen bekend maar de psycho-sociale gevolgen zijn meestal onderschat omdat ze minder levensbedreigend zijn. Maar ze zijn zeker zo belangrijk naar het psychisch welbevinden toe: het lichaamsbeeld is vervormd, de eigenwaarde is verminderd, depressie, stigmatisatie, vooroordelen, discriminatie, ... In kranten, tijdschriften en op tv wordt veel informatie gegeven rond obesitas-operaties. Helaas worden vaak enkel de fantastische verhalen ofwel de drama's belicht, maar ontbreekt het aan objectieve informatie.

Mogelijkheden om te vermageren

- 1. beperking van calorie-inname (diëten)
- 2. verhoging van lichaamsbeweging
- 3. medicatie
- 4. gedragsveranderende therapie
- 5. maagballon
- 6. heelkunde

Wanneer mensen al verschillende van bovenvermelde behandelingen hebben geprobeerd, dan pas komen ze in aanmerking voor een operatie. Indien er nog geen enkele moeite werd gedaan om te vermageren, komt men niet in aanmerking voor een operatie.

Wie komt in aanmerking voor operatie?
- BMI-waarde hoger dan 40 of
- BMI-waarde hoger dan 35 met diabetes mellitus
- Vanaf 18 jaar
- Minstens een jaar dieet gevolgd hebben voor de ingreep
- Bereidheid tot levenslange follow-up
- Na multidisciplinair overleg met schriftelijk akkoord van de endocrinoloog of gastro-enteroloog, psycholoog/psychiater en de chirurg

Verschillende types operaties

Binnen de heelkundige behandelingsmodaliteiten vinden we twee principes terug: ten eerste, de restrictieve ingrepen. Hierbij wordt een volumereductie van het voedsel beoogd. Type-voorbeelden zijn de gastric banding en de sleeve gastrectomie. Het tweede principe omvat de malabsorptieve ingrepen, ook wel bilio-pancreatische ingrepen genoemd: deze zijn gericht op een (sterk) verminderde calorie-opname door de dunne darm. Er zal tevens altijd een beperkte restrictieve factor inbegrepen zijn. Voorbeelden hiervan zijn: de duodenal switch en de "Scopinaro"ingreep. Tussen deze twee grote groepen in is er nog één, welke voornamelijk restrictief en een minder malabsorptief werkt: de gastric bypass. Wij adviseren op basis van de BMI, eetgewoonten, eetgedrag en comorbiditeiten. Alle ingrepen worden geheel laparoscopisch uitgevoerd. Technisch een van de moeilijkste procedures, dat een sterk gereduceerde hospitaalduur en complicaties met zich mee brengt, gezien de snellere mobilisatie.

Niet-chirurgische hulpmiddelen bij obesitas

Bij falen van de basistherapie (op 6 maanden tijd minder dan 10% gewichtsverlies met dieet, beweging, gedragstherapie) bij een obese patiënt met een substantieel gezondheidsrisico (BMI > 30 of BMI > 27 + 2 co-morbiditeiten) maar die niet in aanmerking komt voor bariatrische chirurgie of dit weigert, kunnen farmaca en een maagballon worden voorgesteld. Bij beide blijft het belangrijk om de basistherapie verder te zetten!



Farmacotherapie

Na het wegvallen in 2008 van Rimonabant (Acomplia) en begin 2010 van Sibutramine (Reductil), is het enige nog beschikbare geneesmiddel Orlistat (Xenical, Alli). Orlistat belemmert de resorptie van vetten uit de voeding (triglyceriden; daling met 30%) door inhibitie van lipase. Daarom moet Orlistat worden gecombineerd met een vetarm dieet (vetten hoogstens 30% van de calorie-inname). Gezien dit werkingsmechanisme is een "volume-eter" allicht een betere kandidaat dan een "zoet-eter". De aanbevolen dosis bedraagt 120 mg, 3 maal per dag, in te nemen bij of binnen het uur na de maaltijd.

Na 1 jaar therapie met Orlistat én basistherapie bekomt men een extra gewichtsverlies van ongeveer 3 kg t.o.v. placebogroep én basistherapie (meta-analyse). Bij verderzetten van de behandeling treedt wel een zekere gewichtstoename op, maar het behouden netto gewichtsverlies blijft hoger onder Orlistat versus placebo (studieduur 2 tot 4 jaar). Bvb. toont de Xendos studie na 4 jaar therapie met Orlistat een groter gewichtsverlies (5.8 kg) versus placebo (3.0 kg). Het effect van Orlistat verdwijnt bij het stopzetten van de behandeling.

Qua cardio-metabole effecten veroorzaakt Orlistat een verbetering van bloeddrukken, totaal en LDL-cholesterol en glycemies. De Xendos studie ging het effect van Orlistat na op de incidentie van type 2 diabetes bij obesitas: na 4 jaar Orlistat therapie waren er minder gevallen van type 2 diabetes t.o.v. placebo (cumulatieve incidentie 6.2% t.o.v. 9%).

Bijwerkingen zijn vooral gastro-intestinaal (15-30%): faecale urge, vetdiarree, flatulentie en incontinentie. Deze treden meestal op bij het niet volgen van het vetarm dieet. Bij langdurig gebruik van Orlistat kan een tekort optreden van vetoplosbare vitaminen en beveelt men dagelijkse inname van een multivitaminen complex aan. 10 % van de patiënten stopt de behandeling omwille van bijwerkingen.

Orlistat wordt niet terugbetaald en kost ruim 3 euro per dag (i.g.v. aanbevolen dosis).



Dr. Steven De Coninck
Gastro-enteroloog
steven.de.coninck@sintandriestiel.be

Maagballon

Een andere behandeling bij de hierboven beschreven patiëntengroep is het Orbera Intra-gastric Balloon System. Andere indicaties zijn het bekomen van gewichtsverlies voorafgaand aan bariatrische of andere chirurgie (verkleinen peri-operatieve risico) of bariatrische chirurgie kandidaten met contra-indicatie of weigering. Een gladde siliconenballon wordt via gastroscopie in de maag geplaatst en gevuld met een zoutoplossing (400-700 cc, tevens methyleenblauw). De werking berust vooral op het induceren van een sneller verzadigingsgevoel naast vertragen van de maaglediging. Het siliconemateriaal kan mettertijd door het maagzuur worden aangetast, met risico op lekkage: daarom wordt de ballon na maximaal 6 maanden endoscopisch verwijderd! De patiënt moet tijdens de 'balloonfase' intensief worden begeleid met aanleren van de basistherapie, die moet worden volgehouden eenmaal de ballon eruit is (behoud gewichtsverlies)!

Contra-indicaties zijn o.a. vroegere bariatrische of abdominale chirurgie; gebruik van aspirine, NSAID of antico; grote hernia diafragmatica.

Er zijn tot op heden onvoldoende adequate studies uitgevoerd. Beschikbare studies beschrijven een gewichtsverlies van 15 tot 20 kg of een BMI daling van 5 tot 9 gedurende de 'balloonfase'. Tijdens het 1e jaar follow-up na verwijderen van de ballon, kan het gewicht weer 25-40% oplopen. Bij 15% faalt de therapie. De beste respons wordt gezien bij een tevoren compliante patiënt qua basistherapie, hogere BMI, kleinere maagcapaciteit. Slechtere respons wordt bekomen bij een zoet- of dwangmatige eter ... Bijwerkingen zijn vooral gastro-intestinaal (5.5 %): tijdelijke epigastralgie, nausea en braken na plaatsing (in principe wordt de patiënt 24 uur in observatie gehouden); persisteren van deze klachten; GERD; maagulcera; obstructie door ballonmigratie. Bij 7% wordt de ballon niet verdragen met vroegtijdige verwijdering. Bij lekkage (8%) zal de urine van de patiënt blauw kleuren (na resorptie van lekkend methyleenblauw) en moet hij dringend worden verwezen voor endoscopische verwijdering van de ballon. De ballon wordt niet terugbetaald en kost 857 euro incl. BTW. ■

Obesitas en lichaamsbeweging



Obesitas is een belangrijk medisch probleem, zowel wat betreft prevalentie als ernst van gevolgen.

In het hedendaags levensritme is er meestal weinig tijd en motivatie voor lichaamsbeweging. Om te vermageren is zowel vermindering van de calorie-inname (via aanpassing voedingsgewoonten) als verhoging van het calorieverbruik (door meer beweging) noodzakelijk. Bij patiënten met overgewicht zijn er echter een aantal remmingen om aan sport of lichaamsbeweging te doen. Dit betreft zowel lichamelijke gevolgen (cardiovasculair lijden, ademhalingsmoeilijkheden, verminderde inspanningstolerantie, gon- en coxartrrose, ruglijden, ...) als psychische moeilijkheden (depressie, laag zelfbeeld, angst om uitgelachen te worden bij sportactiviteiten zoals bv. zwemmen, ...).

In ons revalidatieprogramma wordt de mogelijkheid geboden om in kleine groepen aan lichaamsbeweging te (leren) doen. In een drietal maanden wordt twee- tot driemaal per week gedurende een uur aan aërobe conditietraining en krachttraining gedaan. Daartoe wordt gebruik gemaakt van (recent vernieuwde) hometrainers, steptoestel, loopband, krachtstoelstellen, ...

Er wordt getraind volgens een individueel schema wat gebaseerd is op de mogelijkheden van de patiënt en progressief opgebouwd wordt. Dit zorgt voor een grotere fitheid, behoud en/of toename van de spiermassa (wat resulteert in groter calorieverbruik), verhoging van de kwaliteit van leven, ... Daarnaast wordt de patiënt ook gemotiveerd om de levensstijl aan te passen, wat noodzakelijk is om het bekomen gewichtsverlies te behouden. Eventueel kan er nog gedurende een periode van een drietal maanden aan lagere frequentie (bv. 1x/week) geoefend worden met begeleiding van het oefenprogramma voor thuis.

Het revalidatieprogramma is deel van een multidisciplinaire benadering van de patiënten met obesitas. Zij dienen dan ook gemotiveerd te zijn voor voedingsevaluatie en -aanpassing en voor internistische screening en eventuele behandeling. Dit kan ook in voorbereiding op of na bariatrische heilkunde.

Dr. Gretel Descheemaeker
Dienst fysiotherapie en revalidatie
gretel.descheemaeker@sintandriestielt

Obesitas en dieet

Obesitas is een zeer frequent voorkomende chronische ziekte die naast genetische voorbeschiktheid onder andere ontstaat door een onevenwicht tussen energie-inname (voeding) en verbranding (beweging).

We onderscheiden hier twee types: de zogenaamde appel en de peer. Bij het appel-type is er veel intra-abdominaal vet, wat het gezondheidsrisico verhoogt. Dit type komt het meest voor bij mannen en leidt tot metabool syndroom en diabetes type 2. Het peer-type, met vooral vetophoping op de heupen, houdt minder risico in en komt vaker voor bij vrouwen. De meest gebruikte parameters om overgewicht/obesitas te bepalen zijn: BMI en buikomtrek. Men spreekt over overgewicht bij een BMI > 25 en van obesitas als deze 30 kg/m² overschrijdt. Vanaf een buikomtrek van 88 cm bij vrouwen en 102 cm bij mannen is er een reëel gezondheidsrisico.

Indien men gewicht wil verliezen wordt er geadviseerd voor een individuele begeleiding door een voedingsdeskundige dieëtiste. Deze voedingsdeskundige gaat aan de hand van de huidige levensstijl (voedingspatroon en beweging) u op weg helpen naar een gezonde levensstijl. Er wordt gebruikt gemaakt van de actieve voedingsdriehoek. Deze heeft drie basisprincipes: variatie, matigheid en evenwicht.



Dieetafdeling Sint-Andriesziekenhuis Tielt

Weetjes

Nieuwe arts in het Sint-Andriesziekenhuis

Dr. Francesca Dedeurwaerdere, anatomopatholoog
Dr. Francesca Dedeurwaerdere startte op 1 januari 2010 op de dienst Pathologische Ontleedkunde van het Sint-Andriesziekenhuis en dit in opvolging van dr. Jan Roelens. Dr. Dedeurwaerdere volgde haar opleiding geneeskunde aan de KULAK en aan de KU Leuven. Ze behaalde het diploma van arts in 1997 en verkreeg haar erkenning als geneesheer-specialist in de anatomopathologie in 2002. Haar bijzondere interesse gaat uit naar borstpathologie.

Dr. Véronique Meuleman, dermatoloog
Dr. Véronique Meuleman begon haar praktijk als dermatoloog in het Sint-Andriesziekenhuis op 1 januari 2010, in opvolging van dr. Lambert Bussels. Ze behaalde haar diploma geneeskunde aan de K.U. Leuven in 1991 en haar erkenning tot geneesheer-specialist in de dermatologie in 1995. Zij volgde bijkomende opleidingen in de trichologie en dermatochirurgie. Sinds maart 2010 heeft zij ook een privépraktijk te Tielt.

Dr. Veerle Casneuf, gastro-enteroloog
Dr. Veerle Casneuf startte haar praktijk als gastro-enteroloog in het Sint-Andriesziekenhuis op 12 april 2010. Ze behaalde haar diploma van arts aan de Universiteit Gent in 2000. Na 3 jaar opleiding algemene inwendige ziekten richtte zij gedurende 4 jaar wetenschappelijk onderzoek binnen het domein van de digestieve oncologie. Daarna vervolgde zij haar opleiding inwendige geneeskunde en haalde zij een beroepsbekwaamheid in de digestieve oncologie. Ze behaalde ook haar diploma van Doctor in de Medische Wetenschappen (PhD).

Artsen die niet langer verbonden zijn aan het Sint-Andriesziekenhuis

Dr. Michiel Verhelst, orthopedist
Dr. Michiel Verhelst startte zijn praktijk op 1 augustus 1977 in het oud Sint-Andriesziekenhuis. Hij werkte 32 jaar lang in het ziekenhuis en nam op 31 november 2009 afscheid van zijn praktijk.

Dr. Karen Belaen, fysiotherapeut
Dr. Karen Belaen startte op 1 februari 2003 als fysiotherapeut in het Sint-Andriesziekenhuis. Samen met dr. Jozef Verhamme bouwde ze de fysiotherapie verder uit. Dr. Belaen zette haar praktijk in november 2009 stop.

Dr. Lambert Bussels, dermatoloog
Dr. Lambert Bussels begon als dermatoloog in het Sint-Andriesziekenhuis op 8 juli 1975. Hij werkte gedurende 34 jaar in het Sint-Andriesziekenhuis en stopte zijn praktijk op 31 december 2009.

Dr. Jan Roelens, anatomopatholoog
Dr. Jan Roelens begon zijn praktijk op 1 april 1982. Hij was 27 jaar lang als anatomopatholoog verbonden aan het Sint-Andriesziekenhuis en zette zijn praktijk stop op 31 december 2009.

Colofon

Redactieraad
Dr. Mehrdad Biglari: mehrdad.biglari@sintandriestielt.be
Mevr. Sofie Blancoquaert: sofie.blancoquaert@sintandriestielt.be
Dr. Steven De Coninck: steven.de.coninck@sintandriestielt.be
Mevr. Betty de Muelenaere: betty.de.muelenaere@sintandriestielt.be
Mevr. Lien Depauw: lien.depauw@sintandriestielt.be
Dr. Danny Deros: danny.deros@sintandriestielt.be
Dr. Peter Moons: peter.moons@sintandriestielt.be
Dr. Geert Tits: geert.tits@sintandriestielt.be
Mevr. Hilde Van den Wyngaert: hilde.vdwynngaert@sintandriestielt.be
Dr. Marc Vuylsteke: marc.vuylsteke@sintandriestielt.be

Hoofdredacteur
Dr. Jan Beyls: jan.beyls@sintandriestielt.be

Werken verder mee aan dit nummer
Dr. Antonio Gazziano,
Dr. Gretel Descheemaeker,
Dr. Françoise Desimpel,
dieetafdeling Sint-Andriesziekenhuis



Publicaties

"(18) F-FDG PET/CT bone/bone marrow findings in Hodgkin's lymphoma may circumvent the use of bone marrow trephine biopsy at diagnosis staging". G. Moulin-Romsee, E. Hindié, X. Cuenca, P. Brice, D. Decaudin, M. Bénamor, J. Brière, M. Anitei, J.E. Filmont, D. Sibon, E. de Kervier, J.L. Moretti, Eur J Nucl Med Mol Imaging, 2010 Mar 4. [Epub ahead of print]

Voordrachten

"Nieuwe evoluties in endoveneuze laserbehandeling", door dr. Marc Vuylsteke, LOK chirurgien, te Oostende, op 17/11/2009.

"980nm vs 1500nm EVL: a multicentric comparative study" en "EVL with self-centering catheter", door dr. Marc Vuylsteke, op 6th Theoretical-Practical Course of Endovenous Laser in Varicose Veins Surgery, te Barcelona, op 27/11/09.

"De Zwelling in de Hals", door dr. Pieter Ingelaere, voor huisartsen, te Tielt, op 10/12/09.

"Rugrevalidate", door dr. Gretel Descheemaeker, te Tielt, op 15/12/09.

"Nieuwe evoluties in de endoveneuze behandeling van spataders", door dr. Marc Vuylsteke, op de Raad van Heelkunde, Gasthuisberg te Leuven, op 25/01/10.

"Endovenous Laser Treatment: 1500nm vs 980nm, a comparative trial" en "Intraluminal fibertip centring can improve endovenous laser", door dr. Marc Vuylsteke, op The Australasian College of Phlebology. 13th annual scientific meeting & workshops, te Auckland, Nieuw-Zeeland, op resp. 08/2/10 en 10/02/10.

"Een week strabologie: een selectie uit uw verwijzingen", door dr. Lieve Van Eeckhoutte, ter gelegenheid van de jaarlijkse terugkomdag van de dienst orthoptie en strabologie, te Leuven, op 11/2/10.

"Endovenous Laser Ablation-educational workshop", door dr. Marc Vuylsteke, op Royal Australian College of Surgeons, te Melbourne Australië, op 17/02/10.

"Endovenous Laser Ablation: the past, the present and the future", door dr. Marc Vuylsteke, op Royal Australasian College of Surgeons, te Sydney Australië, op 18/02/10.

"Colonpoliepen en colonkanker: screening/diagnose/behandeling endoscopisch", door dr. Jan Beyls, voor CM, te Tielt, op 31/03/10.

"Terminale COPD", door dr. Marc Vanlooster en dr. Geert Tits, op Peer review avond inzake palliatieve zorg, te Roeselare, op 20/05/10.

"Terminaal chondrosaroom", door dr. Bart Du Chau en dr. Sandra Huysentruyt, op Peer review avond inzake palliatieve zorg, te Roeselare, op 20/05/10.

Wordt verwacht

"Het levenseindebeleid in het Sint-Andriesziekenhuis. Vanuit de praktijk bekeken",

door het Sint-Andriesziekenhuis vzw Tielt, te Tielt, op XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Lay-out & Druk
Drukkerij Lannoo: www.lannooprint.com

Verantwoordelijke uitgever
Dr. Jo Vander Plaetsen
Hoofd-geneesheer Sint-Andriesziekenhuis Tielt
Krommewalstraat 11
8700 Tielt
www.sintandriestielt.be

Foto's
Jan Descheemaeker
Frank Beyls

Sponsors



Infos@

n° 1 2010 - 6 maandelijks - Jaargang 3

Het zintuiglijk savoureren

Obesitas wordt algemeen beschouwd als de ziekte van de 21^{ste} eeuw.

135 miljoen Europeanen lijden aan overgewicht en daarvan 40 miljoen zelfs aan obesitas of vetzucht. Deze epidemie is niet louter te verklaren door genetische of metabole factoren, maar ook door voedings- en omgevingsfactoren.

Behalve de verleidelijke verkoopsreclames voor frisdranken, calorierijke versnaperingen, zoethoudertjes ('letterlijk') en uitnodigende uitstralamen van deluxe patissiers, chocolatiërs en dies meer, zijn er ook de drive-ins of drive-throughs en de gemotoriseerde aan huis leveranciers die ons kant-en-klare bereidingen bezorgen, terwijl wij ondertussen genieten van een aperitiefje in de ene hand en de afstandsbediening in de andere hand houden, zappend van zender naar zender.

De term 'metabool syndroom' omschrijft op medisch vlak de gezondheidsproblemen die gepaard gaan met obesitas (cfr. pg 2): diabetes t2, dyslipidemie, arteriële hypertensie maar vaak ook leverlijden (steatose, steatohepatitis) en degeneratief gewichtslijden. Dit heeft niet louter gevolgen op vlak van morbiditeit en mortaliteit, maar ook een belangrijke impact op het budget van de gezondheidszorg.

De eerste prioriteit bestaat erin om de risicofactoren door overgewicht te verminderen en opnieuw een betere levenskwaliteit te vinden. Intussen heeft een hele reeks voedingssupplementen (ciderazijn, groene thee, vlozaad ...) de plaats van farmacie (sibutramine, orlistat) ingepalmd op de winstgevende vermageringsmarkt waarbij we onze patiënten moeten behoeden tegen (on)redelijke en (on)realistische verwachtingen.

Boekhandels verkopen tal van boeken met wonderdiëten* (Atkinsdieet, Scarsdale dieet, Montignac dieet, soep- en eiwitdieet) als bestsellers en vrouwenbladen bieden elk jaar in de lente dé perfecte oplossing om te vermageren. Echter, de resultaten die onze patiënten soms met grote inspanningen bereiken,

zijn op lange termijn vrij ontgoochelend, met meer dan 75% mislukkingen.

Obesitas is te behandelen (pg 2). Daarvoor is motivatie en ondersteuning nodig en hulp van voedingsdeskundigen en bewegingstherapeuten (de 'Sonja Kimpens' en 'fitness-goeroes' van deze tijd).

Last but not least zijn er de technische hulpmiddelen door onze collega's chirurgien (pg 3) aangereikt. Verschillende technieken – gaande van het (tijdelijk) plaatsen van een maagballon, over de laparoscopische banding, de gastric bypass en zijn modificaties tot het uitvoeren van een Scopinaro-ingreep – hebben ieder hun eigen indicaties en voor- en nadelen.

Of deze ingrepen op medisch en budgetair vlak kosten-effectief zijn is momenteel in studie bij het Federaal Kenniscentrum. Strictu sensu zijn bariatrische ingrepen – en in extenso alle pathologieën die kunnen voorkomen worden – 'overbodige ingrepen', om Vlaams CD&V-volksvertegenwoordiger Luc Goutry te parafaseren. De overheid dient haar beleidsdoelen en verklaringen te richten naar preventie van pathologieën, hierbij gebruik makend van de eerstelijns-gezondheidswerkers. In het kader van preventie is een schriftelijke uitnodiging (overigens goedgekeurd door de orde) voor herinnering van zijn medische controle aan de patiënt bij de huisarts mijns inziens belangrijk. Misschien moet iemand (Luc Goutry?) mij uitleggen waarom er een verplichte en noodzakelijke autokeuring is maar geen verplicht gezondheidsonderzoek voor onze bevolking. ■

Dr. Jan Beyls
Hoofdredacteur



Niet-chirurgische hulpmiddelen bij obesitas

Obesitas en heilkunde

Metabool syndroom
Eetstoornissen

Weetjes

Obesitas en lichaamsbeweging
Obesitas en dieet