



Bariatrische chirurgie

Laparoscopische
(mini) maagbypass
dr. C. De Bruyne



AZ JAN PORTAELS
Algemeen Ziekenhuis Vilvoorde

Inhoud

Morbide obesitas	3
Behandeling morbide obesitas of ernstige obesitas	4
Gastric bypass	7
Ziekenhuisverblijf	12
Ontslaginformatie	15
Mogelijke complicaties	17
Adviezen	19
Tot slot	23
Toestemmingsformulieren	25

Ter bevordering van het leesgemak wordt in elke brochure de derde persoon enkelvoud mannelijk gebruikt: "hij", ongeacht het geslacht van het onderwerp in de zin.

MORBIDE OBESITAS

Obesitas is een chronische ziekte waarbij de overmaat aan lichaamsvet de gezondheid kan schaden. De term morbide obesitas of ziekelijk overgewicht wordt gebruikt bij iemand die dubbel zo veel weegt als zijn ideaal gewicht, of een overgewicht van 45 kg of meer ten opzichte van dat ideaal gewicht. Morbide obesitas wordt ook gedefinieerd als het BMI (waardeverhouding tussen lengte en gewicht) van meer dan 40 of een BMI groter of gelijk aan 35 met zware co-morbiditeit, diabetes, arteriële hypertensie, slaapapneu.

Morbide obesitas gaat gepaard met gezondheidsrisico's. Er ontstaat immers een realistische verhoogde kans op ziekten zoals suikerziekte, hoge bloeddruk, gewrichtsklachten, hart- en vaatziekten, ...

Extreme zwaarlijvigheid is een aandoening die moet worden beschouwd als een chronische ziekte, ten gevolge van meerdere factoren waaronder erfelijke aanleg (hormonaal, biochemisch) en omgevingsfactoren zoals beschikbaarheid van voedsel, cultuur en economische factoren, die resulteert in een overtollige vetopstapeling. Het eindresultaat is een levensbedreigende aandoening gekenmerkt door medische (suikerziekte, hart- en vaatziekten, ...), psychologische, sociale, fysieke (beperking van het bewegingsapparaat) en zelfs economische problemen of moeilijkheden.

BEHANDELING MORBIDE OF ERNSTIGE OBESITAS

NIET-OPERATIEVE BEHANDELING

Een dieet in combinatie met lichamelijke oefening en psychosociale begeleiding vormt de basis van de niet-operatieve behandeling. Of een behandeling slaagt, hangt niet alleen af van de mate van gewichtsverlies tijdens de duur van de behandeling.

Een behandeling is pas succesvol wanneer het gewichtsverlies een blijvend karakter heeft, langer dan één jaar. Helaas blijkt in de praktijk dat deze inspanningen meestal slechts een kortdurend effect hebben.

OPERATIEVE BEHANDELING

Indien de niet-operatieve behandeling niets heeft uitgehaald, kan een operatie overwogen worden.

Eerst dienen hormonale afwijkingen zoals aan de schildklier, alcoholmisbruik, ernstige psychologische problemen uitgesloten te worden.

Een mogelijkheid om het probleem van extreme obesitas aan te pakken is een mini maagbypassoperatie. Sinds een aantal jaren kan deze chirurgische techniek ook worden uitgevoerd door middel van een laparoscopie, maar alleen indien de heilkundige voorgeschiedenis en de preoperatieve onderzoeken van de betrokken patiënt geen tegenindicatie aantonen.

MINI MAAGBYPASSOPERATIE

DE INGREEP

De meeste patiënten bereiken na een bariatrische operatie nooit echt een normaal gewicht, maar het gewichtsverlies is meestal voldoende om de levenskwaliteit te verbeteren. Studies tonen aan dat de meerderheid gemiddeld 60% overgewicht verliezen, wat betekent dat zonder morbide obesitas de levensverwachting genormaliseerd wordt en het gewichtsverlies een gunstig effect heeft op aandoeningen door overgewicht. Het doel is zonder ziekelijk overgewicht door het leven te gaan en dus de BMI-grens van 30-35 niet te overschrijden. De maag heeft een grote capaciteit zodat men grote hoeveelheden voedsel kan eten eer een verzadigingsgevoel optreedt. Na passage door de maag wordt het voedsel verteerd en opgenomen ter hoogte van de dunne darm. Onverteerde voedselresten en vezels passeren de darm tot ze worden uitgescheiden. De gastric bypassgreep werkt hoofdzakelijk doordat de voedselhoeveelheid sterk wordt beperkt zonder hongergevoel en zelfs met een langdurig verzadigingsgevoel. Tevens wordt de vetopname licht beperkt.

VERWACHTINGEN

De resultaten van de maagbypass zijn gemiddeld beter dan die van de maagband bij een BMI hoger dan 50, diabetespatiënten en ouderen. Op langere termijn, na tien jaar, is het resultaat van een maagbypass 50 à 70% gewichtsverlies. Iemand die dus voor de operatie 130 kg woog, zal met een maagbypass onder 100 kg kunnen blijven.

Op kortere termijn, de eerste vijf maanden, zijn de resultaten beter. Het gemiddelde gewichtsverlies is een kilo per week. Na een tot twee jaar wordt meestal het maximale gewichtsverlies behaald.

Dagelijks tijd maken voor lichaamsbeweging is het meest effectief. Kies een sport, loop of fiets elke dag gedurende een uur, geef uzelf een realistisch doel waar u naartoe kan werken mits training.

INDICATIES VOOR EEN MAAGBYPASS

Overgewicht kan met allerlei bijkomende kwalen en ziekten gepaard gaan, zo bedreigend voor de levensverwachting dat een gastric bypass gerechtvaardigd is. Voorbeelden van ziekten door overgewicht veroorzaakt of verergerd: hart- en vaatziekten (hersenvloeding, hartinfarct), type-2 diabetes mellitus (suikerziekte), extreem hoge bloeddruk, slaapapneu, slokdarmreflux en zuurbranden, galblaasaandoeningen, leverziekten, trombose of diepe veneuze trombose, degeneratie van de tussenwervelschijven van de rug, degeneratieve ziekte van gewrichten (artrose) vooral knieën en heupen, ...

CONTRA-INDICATIES VOOR EEN MAAGBYPASS

Men komt in principe niet in aanmerking voor de ingreep bij een zwangerschap, een psychiatrische aandoening (relatief), een zware long-, hart- of vaataandoening omwille van het risico bij anesthesie.

VOORWAARDEN

Gezien de ingreep niet zonder enig risico is, werden internationaal strenge criteria opgesteld waaraan een patiënt moet voldoen:

- Minstens 18 jaar oud zijn.
- Een BMI van 40 of meer hebben. Een BMI vanaf 35 kan in aanmerking komen indien het overgewicht aandoeningen heeft veroorzaakt: suikerziekte, hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk, ademhalingsstoornissen tijdens slaap of gewrichtsaandoeningen.
- In plaats van de BMI-regel kan overgewicht berekend worden. Overgewicht van 45kg boven het ideale gewicht is vereist om in aanmerking te komen voor een ingreep. De drempel kan verlaagd worden naar 40kg overgewicht bij bijkomende aandoeningen.
- Reeds ernstige pogingen ondernomen hebben om mits dieet en lichaamsbeweging af te vallen. De ingreep is niet de enige behandeling voor overgewicht, maar wel de enige met een risico. Een chirurgische ingreep moet als laatste optie aangewend worden.

VERANDEREN VAN LEVENSWIJZE

De ingreep op zich is geen garantie voor blijvend gewichtsverlies, u moet zich hiervoor zelf ook veel inspannen. Om de ingreep kans te geven de rest van uw leven succesvol te blijven, moet u ook levenslang hard aan het gewichtsverlies blijven werken. Alleen als u deze grondige verandering van levenswijze volledig begrijpt, accepteert en toepast, kan u in aanmerking komen voor de ingreep.

Na de operatie kan er een tekort aan vitaminen of bouwstoffen ontstaan met ernstige gevolgen. Daarom is het van belang regelmatig gedurende de rest van uw leven op controle te gaan bij gespecialiseerde artsen. Het multidisciplinair team biedt deze mogelijkheid.

DUMPINGSYNDROOM

Hoogcalorische voedingsbestanddelen, voornamelijk suikers, zullen een onbehaaglijk gevoel veroorzaken, wat bijdraagt tot meer evenwichtige eetgewoonten na de operatie. Dit heet het dumpingsyndroom. Dumpingsyndroom ontstaat ten gevolge van een versnelde maaglediging. Hierbij komt de voedselmasa onvoldoende bewerkt in de dunne darm met vertering- en absorptieproblemen tot gevolg.

LAPAROSCOPISCHE MINI MAAGBYPASS

Een laparoscopische mini maagbypass is de meest voorkomende vorm van gastric bypass. De chirurg is gespecialiseerd in laparoscopische operaties. De ingreep gebeurt via een laparoscopie of kijkoperatie, mits een aantal kleine sneetjes in de buik in plaats van een grote snede, waardoor minder complicaties ontstaan en minder pijn na afloop. Er wordt een kleine videocamera in de buik gebracht en door middel van speciale klemmetjes en instrumenten wordt de operatie uitgevoerd. In zeldzame gevallen wordt tijdens de kijkoperatie besloten over te gaan naar een open operatie, indien blijkt dat de kijkoperatie niet voldoende veilig is.



CHIRURGISCHE INGREEP

De gastric bypass creëert een klein maagreservoir en een nieuwe kleine maaguitgang. Het maagvolume wordt herleid tot de grootte van een ei, met een volume van 50 tot 100ml. De nieuwe maaguitgang, met een diameter van 12mm, maakt dat de maag trager ledigt. Door deze twee aanpassingen geeft een kleine hoeveelheid voedsel al een verzadigd gevoel gedurende een langere periode, wat helpt minder te eten en te vermageren. Het voedsel komt via de kleine maaguitgang onmiddellijk in de dunne darm en passeert de rest van de maag niet.

De ingreep wordt uitgevoerd met behulp van 5 nietjes. In het bovenste gedeelte van de maag wordt een nieuw klein maagreservoir gecreëerd, dat niet langer in verbinding staat met de rest van de maag. De dunne darm wordt opgehaald en verbonden met de nieuwe maag. Via een smalle doorgang gaat het voedsel onmiddellijk naar de dunne darm, de oude maag en twaalfvingerige darm worden aldus overbrugd of gebypassed. De nieuwe verbinding van de twaalfvingerige darm met de dunne darm zorgt dat het maag-, gal- en pancreassap met het voedsel kan worden vermengd, noodzakelijk voor een normale vertering. Vloeistoffen gaan sneller door de minimaag dan vast voedsel.

Het effect van de maagbypass wordt versterkt indien u niet drinkt tijdens de maaltijd. Tussen maaltijden moet u net wel veel drinken, maar uiteraard geen calorierijke dranken.

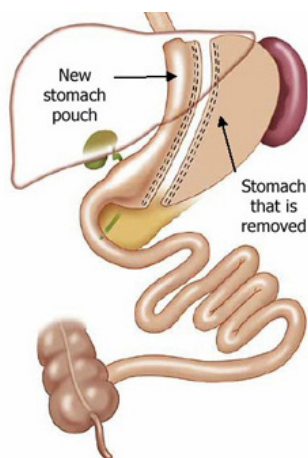
VOORDELEN

Meestal is de maagbypass effectiever om af te vallen dan de maagband. Er doen zich geen hinderlijke complicaties voor specifiek aan de maagband zoals pijn na eten en veelvuldig braken. De maagbypass heeft een gunstig effect op suikerziekte, diabetes mellitus type 2, die meestal snel verbetert of zelfs verdwijnt. Hoe dit precies werkt is niet volledig duidelijk, maar heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat de voeding via de omleiding niet enkel de rest van de maag overslaat, maar ook de twaalfvingerige darm. Ook gewichtsverlies heeft uiteraard een gunstig effect op suikerziekte.

NADELEN

De maagbypass heeft echter ook nadelen. Het is een complexe operatie die soms langer duurt en in principe onomkeerbaar is.

ANDERE OBESITASINGREPEN



Maag sleeve

De laparoscopische maag sleeve (mouw) gastrectomie verkleint de maag door 60 à 80% van de maag te verkleinen langsheen de grotere kromming, ter grootte van een mouw of kleine buis. Hierdoor vermindert de eetlust en het hongergevoel neemt af doordat het maaggedeelte dat het Ghrelinhormoon produceert, verwijderd wordt.

Dit hormoon stimuleert namelijk het hongergevoel.

In tegenstelling tot de maagbypass wordt een deel van de maag verwijderd wat de ingreep onomkeerbaar maakt. Over het algemeen is het een minder gecompliceerde ingreep dan de maagbypass of de 'duodenal switch' ingreep, omdat de kringspier tussen maag en twaalfvingerige darm, maar ook de dunne darm onaangeroerd blijven.

Bij de ingreep worden geen medische implantaten in het lichaam geplaatst zoals bij de aanpasbare maagbanding.

Dieet

Het lichaam past zich aan de kleinere maaginhoud aan waardoor de eerste dagen misselijkheid kan optreden. Een dieet van enkel vloeistoffen de eerste twee tot drie weken, is noodzakelijk om de maag te vrijwaren. Daarna kan men geleidelijk overschakelen op vast voedsel gedurende nog eens twee tot drie weken.

Voedselopname

De meeste patiënten hun hongergevoel neemt sneller af en zijn ook vlugger verzadigd. De ingreep heeft geen nadelig effect op de voedselopname, noch dienen enige aanpassingen naderhand te gebeuren zoals bij het plaatsen van een maagband.

ZIEKENHUISVERBLIJF

VOORBEREIDINGEN

Er zijn zaken waarmee u vóór uw ziekenhuisopname reeds rekening dient te houden:

MEDICATIE

Het is belangrijk tijdens het voorbereidend bezoek aan de chirurg te vermelden indien u behandeld wordt met:

- bloedverduunners (beïnvloeden de bloedstolling)
- diabetesmedicatie (wordt 48u preoperatief gestopt)
- hart- en bloeddrukmedicatie
- longaandoeningen (puffs),
- schildklierproblemen en epilepsiemedicatie

ALLERGIEËN

Het is uitermate van belang de arts en het zorgteam op de hoogte te brengen welke mogelijke allergieën u heeft. Zo kunnen de nodige preventiemaatregelen tijdig genomen worden. Dit kan gaan om medicatie, voedingsmiddelen, maar ook latex, contrastvloeistof.

ZIEKENHUISOPNAME

Wat brengt u mee?

- Identiteitskaart, bloedgroepkaart
- Resultaten van bloedafname en electrocardiogram (indien u deze ter beschikking heeft)
- Thuismedicatie
- Toestemmingsformulieren (beide vindt u achteraan de brochure)
- Ingevulde preoperatieve vragenlijst (formulieren 1 tot 5) indien u deze vooraf ontvangen heeft van de arts. Zo niet krijgt u deze op de verpleegafdeling.
- Attesten van werkgever, verzekering om te laten invullen.
- Toiletgerief, handdoeken, washandjes en slaapkledij

Wat brengt u best niet mee?

- Waardevolle voorwerpen of grote sommen geld

Inschrijven

Op de opnamedag laat u zich eerst inschrijven bij Opname en Inschrijvingen. Op dat moment wordt een voorschot op de ziekenhuisfactuur gevraagd. Tijdens het opnamemoment wordt uw voorkeur van patiëntenkamer gevraagd. Omwille van praktische omstandigheden kan op dat moment hieraan niet altijd tegemoet gekomen worden. In dat geval wordt er zo snel mogelijk een oplossing voorzien.

Opstartteam

- Na uw inschrijving gaat u naar het opstartteam, waar u ontvangen wordt en naar uw kamer begeleid. Er wordt een opnamesgesprek uitgevoerd waarin u alle nodige informatie krijgt omtrent uw ziekenhuisverblijf.
- Het zorgteam overloopt al het administratieve met u en zal het verloop van uw ziekenhuisverblijf schetsen.

Vorbereidende onderzoeken

Indien nog niet eerder gebeurd worden de voorbereidende onderzoeken elektrocardiogram (ECG) van het hart en een bloedafname uitgevoerd.

VERLOOP

DAG VAN DE INGREEP

Preoperatieve voorbereidingen | vóór de ingreep

- Het zorgteam bereidt u voor op de ingreep.
- Meet parameters zoals bloeddruk, polsslag, temperatuur.
- Legt een infuus aan voor vochttoediening.
- Onthaart de operatiestreek.
- Daarna trekt u operatiehemd en anti-trombosekousen aan.
- U verwijdert bril of contactlenzen, eventueel uw gebitsprothese en piercings.
- Het Operatiekwartier informeert de verpleegafdeling wanneer u verwacht wordt.
- Nadat u gewaterd heeft, wordt u met bed naar de operatiezaal gebracht en uw gerief wordt veilig bewaard in een gesloten ruimte tot na de ingreep.

Chirurgische ingreep

- De operatie duurt 40 à 45 minuten onder volledige verdoving.
- Eens u volledig verdoofd wordt door de anesthesist, wordt de ademhaling geautomatiseerd en bewaakt door een monitor.
- De buik wordt opgeblazen door middel van koolzuurgas.
- Vervolgens worden er vijf kleine incisies gemaakt waardoor de chirurg laparoscopisch te werk gaat.
- Tijdens de ingreep wordt een drain in de wonde geplaatst.

Postoperatief | na de ingreep

- Na afloop wordt u in de recoveryruimte opgevolgd.
- Eens u goed bij bewustzijn bent, wordt u teruggebracht naar de verpleegafdeling.
- Op weg naar de kamer bekomt u uw persoonlijke bezittingen terug
- Eens op de kamer krijgt u wat om de mond te verfrissen, maar in geen geval mag u drinken.
- Het is belangrijk dat u zo snel mogelijk mobiliseert.
- Bij het eerste opstaan vraagt u hulp van de verpleegkundige.
- Het zorgteam demonstreert u de werking van een triflow-apparaat waarmee u eventuele postoperatieve complicaties van de luchtwegen voorkomt en herhaalt uw oefeningen elk uur.
- Postopcontrole van de vitale parameters en de pijn worden opgevolgd.
- Wonde en drain worden postoperatief gecontroleerd.
- Op het einde van de dag krijgt u een inspuiting ter voorkoming van trombose of bloedstolsel.

Uw naasten informeren

- Uw familie en directe naasten kunnen bij de verpleegpost informeren naar uw toestand alsook het kamernummer waar u terecht komt.

DAG NA DE INGREEP

De ochtend volgend op de operatiedag wordt

- een bloedafname uitgevoerd
- een slikfoto genomen
- de drain verwijderd met aangepast verbandmateriaal waarmee u zich kan douchen.
- er is een beweegroute aangeraden (om complicaties te voorkomen)
- u mag water drinken. doe dit rustig.
- indien er zich geen problemen voordoen, krijgt u 's middags bouillon en beschuit te eten.

TWEEDE DAG NA DE INGREEP

- De arts komt elke dag langs.
- Er wordt een bloedafname uitgevoerd.
- Op advies van de arts mag u starten met aangepaste voeding. U krijgt voor de eerste maal beschuit om 8u en een 2de maal om 12u.
- Zonder tegenbericht mag u starten met aangepaste voeding. Sommige geneesmiddelen zal u moeten pletten of vermalen om de inname te vergemakkelijken.
- De drain wordt verwijderd en aangepast.

ONTSLAG

- U ontvangt medische voorschriften voor inspuitingen ter voorkoming van trombose, pijnmedicatie, eventuele verzekeringspapieren en werkonbekwaamheidsattesten.
- Thuisverpleging wordt eveneens geregeld. Vraag gerust naar de folder 'Thuisverpleging' met een overzicht van thuisverpleegkundigen in uw buurt.
- Van zodra deze administratie volledig in orde is, en de arts is langs geweest om u medisch ontslagklaar te verklaren, mag u het ziekenhuis verlaten. Verwittig nog even het zorgteam van de verpleegafdeling voordat u daadwerkelijk de afdeling verlaat.

TERUG THUIS

Activiteiten en sport

- Vermijd zware inspanningen en sportactiviteiten gedurende drie à vier weken.

Medicatie en steunkousen

- Draag gedurende vijf tot tien dagen steunkousen ter voorkoming van flebitis (aderontsteking) en aanverwante problemen.
- Ga niet in bad gedurende twee weken na de ingreep. Douchen kan.
- Vermijd het besturen van een voertuig gedurende tien dagen.
- Kauw grondig en vermijd grote brokken voedsel door te slikken.
- Het voedselregime wordt na de operatie aangepast: eerst vloeibaar, gedurende 10 dagen, daarna half vloeibaar de volgende 10 dagen om vervolgens geleidelijk over te schakelen op vast voedsel.
- Voor uitgebreide eetadviezen en dieetvoorschriften tijdens verschillende fasen na de ingreep, verwijzen wij graag naar de dieetbrochure.

HECHTINGEN

Na tien à veertien dagen gaat u terug op controle bij de chirurg. Een maand na de ingreep maakt u een afspraak bij dr De Bruyne voor een postoperatieve controle. Na de operatie moet u regelmatig op controle gaan. Hij zal hiervoor de nodige afspraken maken. U contacteert best een arts bij problemen als: hevige buikpijn, een opgezette buik, bloedverlies langs de operatiewonde, braken, hoge lichaamstemperatuur (38,5°C),... Indien u erg ongerust bent en niet onmiddellijk bij de behandelend arts of uw huisarts terecht kan, gaat u best naar de dienst Spoedgevallen.

MOGELIJKE COMPLICATIES

TIJDENS DE INGREEP

Sommige verwickelingen kunnen zich voordoen tijdens de ingreep:

- reacties op de algemene verdoving
- bloedingen
- verwondingen aan een abdominaal orgaan (in de buik)
- verwickelingen aan de longen
- bloedklonters in de aders van de benen
- obstructie ter hoogte van het maag- en darmstelsel
- wondinfectie

Indien een verwikkeling wordt vastgesteld tijdens de operatie, kan deze onmiddellijk behandeld worden.

NA DE INGREEP

Andere complicaties kunnen zich voordoen na de operatie zoals

- een postoperatieve bloeding
- verwondingen aan de ingewanden
- infectie van de littekens
- infectie in de buik
- longinfectie
- urineweginfectie

OVERSCHAKELLEN NAAR ANDERE TECHNIEK

Factoren die de kans vergroten om van een operatie met gesloten buik over te moeten schakelen naar de techniek van open buik kunnen zijn: extreme zwaarlijvigheid, een voorgaande abdominale operatie die zeer dichte vergroeiingen veroorzaakt heeft, een vergrote lever, ... De noodzaak om naar een andere techniek over te schakelen komt zelden voor, maar u moet zich er van bewust zijn dat het een mogelijkheid betreft. Daarom bespreekt u dit best vooraf met de chirurg.

Het gebeurt dat de methode van laparoscopie niet uitvoerbaar is door bijvoorbeeld het niet goed in zicht kunnen brengen of manipuleren van organen.

MOGELIJKE COMPLICATIES EN BIJVERSCHIJNSELEN:

- verhoogde kans op galstenen
- tijdelijk haarverlies door snel vermageren
- overmatig braken
- maagzweren
- gewichtstoename in bepaalde gevallen
- bij stelselmatig overvullen van de maag, zal deze uitzetten
- lossen van de nietjeslijn waardoor een opnieuw een verbinding ontstaat met de rest van de maag.

TEKORTEN

IJzer-, foliumzuur-, vitaminen- en mineralentekorten kunnen zich voornamelijk voordoen tijdens de vermagerperiode. In samenspraak met de arts neemt u best van in het begin ijzer-, foliumzuur-, vitamine en mineralensupplementen. Om eventuele tekorten op te sporen zal op regelmatige basis een bloedonderzoek uitgevoerd worden. Een tekort aan vitamine B12 kan door middel van een vitamine-injectie aangevuld worden

ALGEMENE ADVIEZEN

Om een voldoende goed resultaat te bekomen en het risico op complicaties zo miniem mogelijk te houden, is een degelijke opvolging na de ingreep door de chirurg, maar ook door de huisarts, onontbeerlijk. Aarzel niet om naast de geplande onderzoeken een van hen te contacteren wanneer u denkt dat er iets mis is of een probleem optreedt.

Voorkom dumpingsyndroom

- dumpingsyndroom wordt veroorzaakt door de inname van suikers of koolhydraten.
- kan een shockachtige toestand teweeg brengen.
- hoge zoutinname kan ook het dumpingsyndroom uitlokken.

Tips

Het dumpingsyndroom kan enigszins voorkomen worden door uw eetgedrag enigszins aan te passen als volgt:

- Eet zeer kleine porties, verspreid in tijd.
- Vermijd suikerrijke producten en drink niet tijdens het eten.
- Zet langzame koolhydraten op het menu

Zwangerschap en vruchtbaarheid

- Zwangerschap wordt best vermeden tijdens de vermageringsfase tot zo'n 12 à 18 maanden na de ingreep.
- Breng uw gynaecoloog zo snel mogelijk op de hoogte van uw ingreep;
- Uw anticonceptie dient eventueel aangepast te worden aan de nieuwe omstandigheden.

Lichaamsbeweging

De eerste weken na uw ontslag zal u zich nog heel vermoeid voelen. Geleidelijk aan kunt u uw dagelijkse activiteiten hernemen.

Na de periode van genezing is een gezonde lichaamsbeweging van groot belang om het resultaat van de gastric bypass te optimaliseren en mogelijke spierafbraak tijdens de vermageringsfase te voorkomen.

Alcohol

- Na de ingreep zal alcohol sneller en beter opgenomen worden in de bloedbaan.
- Het maximum alcoholgehalte zal sneller bereikt zijn dan voorheen.

Medicatie

- Medicatiedosis voor suikerziekte en hoge bloeddruk moet meestal verminderd worden.
- U kan een afspraak maken met de diëtiste-diabeteseducator op de Diabetes kliniek, die gespecialiseerd is in dumpingsyndroom.

Voedingspatroon

Na de operatie kan u moeilijkheden ondervinden bij het doorslikken van voedsel. Dit verbetert spontaan na enkele weken. De chirurg zal u in verband met het te volgen dieet na de ingreep uitgebreid adviseren.

Er zijn drie hoofdzaken waarmee u telkens opnieuw dient rekening te houden om het effect van de operatie te helpen garanderen.

- Aantal maaltijden
Ongeveer 20 minuten na elke maaltijd verdwijnt het 'volle' maaggevoel, vandaar het belang u te beperken tot maximum zes maaltijden per dag.
- Drinken
Vloeibaar voedsel passeert gemakkelijker door de maagingang dan vast voedsel. Wanneer u vloeibare voeding nuttigt of drinkt tijdens de maaltijd kan u meer eten en valt u dus minder af. Ook zoete of alcoholische dranken bevatten veel calorieën. Drink dus niet tijdens en tussendoor de maaltijden en beperk u tot caloriearme dranken.
- Calorieën
Vermijd calorierijke voedingsmiddelen, producten die veel vet of suikers bevatten, want dan neemt uw lichaam, ondanks eventuele kleine hoeveelheden, toch veel calorieën op.

Wijzig eet- en drinkgedrag

- Regelmaat

Regelmaat is een belangrijke factor voor een gezond en evenwichtig eetgedrag. Neem gezonde tussendoortjes als magere yoghurt, fruit, een cracker in de loop van de ochtend en middag.

Eet in rustige omstandigheden:

- Vermijd spanningen en discussies tijdens de maaltijden.
- Neem voldoende tijd om te eten.
- Kauw zeer goed en lang.
- Stop met eten zodra u het eerste gevoel van verzadiging ervaart.
- Drink niet tijdens de maaltijd, Drink met kleine slokjes. Vermijd bruisende en energierijke dranken (suikerhoudend, alcohol).

Enkel door deze regels in acht te nemen overwint u het volumeprobleem zonder misselijkheid, braken of pijn.

Maaginhoud

- Belangrijk is om het “vol gevoel” niet te negeren en liefst al voordien te stoppen met eten.
- Te veel eten kan misselijkheid veroorzaken met bijkomende ongemakken. Wanneer u langzaam eet, heeft u meer voldoening van de maaltijd.

Nodige bouwstoffen

- Eiwitten zijn bouwstoffen voor ons lichaam, terwijl koolhydraten en vetten voornamelijk brandstoffen zijn.
- Het is onverstandig de groep vetten volledig uit uw eetpatroon te schrappen.
- Bereidingsvet eet u best niet.
- Bij gebrek aan bouwstoffen, vitamines en mineralen, kan vermoeidheid, haaruitval of diarree een natuurlijk gevolg zijn.
- Bij ernstige eiwittekorten kan zelfs leverschade ontstaan.

Vochtinname

- Voldoende vochtinname is erg belangrijk
- Kleine hoeveelheden drinken
- Drink wel zo veel mogelijk gezond: suikerloze vruchtensappen, koffie, thee, magere melk, plat water.
- Vermijd zoveel mogelijk koolzuurhoudende en kunstmatig gezoete dranken.

Comfortvoeding

Het topje van de voedingsdriehoek heet comfortvoeding. Deze groep etenswaren zijn bij gezonde voeding niet vereist

Dieet na een gastric bypass

1. Eerste fase : vloeibare voeding met beschuit
2. Tweede fase : zachte voeding
3. Derde fase : vaste voeding

Tot slot

Velen kunnen niet genoeg geduld opbrengen om hun eetpatroon rustig op te bouwen, meerdere malen per dag kleine porties te eten en langdurig te kauwen. Deze patiënten verliezen dan ook geen lichaamsgewicht maar leren vooral niet anders te eten.

Vraag gerust raad en hulp aan een diëtist om uw eetgedrag of voedingspatroon grondig aan te pakken.

Mochten er zich tijdens uw ziekenhuisverblijf bepaalde problemen stellen, aarzel dan niet om ons in te lichten, zodat wij het nodige kunnen doen om u verder te helpen. Zowel de behandelend arts als het zorgteam staan klaar, elk in hun vakgebied, om u de nodige informatie te verschaffen. De chirurg zal al uw vragen beantwoorden in verband met de voor- en nadelen van deze ingreep.

Het doel van deze brochure is om de patiënt in de mate van het mogelijke in te lichten. Het kan echter niet alle aspecten van de bedoelde chirurgie bespreken. U zal worden uitgenodigd om het formulier aan de achterzijde van deze brochure te ondertekenen waarin u uw toestemming geeft tot de ingreep na voldoende te zijn ingelicht (informed consent).

Wij wensen u alvast een prettig verblijf in het AZ Jan Portaels en een snel herstel.

Contact

Heelkunde 1 T 02 257 57 60

Dr. C. De Bruyne
AZ Jan Portaels T 02 257 59 44

Dr. C. De Bruyne
Steenwagenstraat 42, 1820 Melsbroek
T 02 751 77 77

Dr. K. Demey T 02 257 59 95

Referentieverpleegkundige Heelkunde 1
Fatima El-Boubsi T 02 257 57 60

Diëtist T 02 257 50 21

Informatie- en toestemmingsformulier

Ondergetekende _____ geboren op _____ verklaart uitdrukkelijk dat tijdens de consultatie van dokter _____ op _____, uitdrukkelijk overeengekomen werd dat een hospitalisatie noodzakelijk is vanaf _____ in het AZ Jan Portaels, teneinde een heelkundige ingreep te ondergaan die normaal voorzien is voor _____. Dokter _____ heeft mij precieze toelichtingen overgemaakt nopens mijn gezondheidstoestand. Hij heeft mij in eenvoudige, verstaanbare termen de mogelijke evolutie omschreven, indien men niet tot een heelkundige ingreep overgaat. Ik ontving eveneens een brochure en heb deze volledig gelezen. Hij heeft eveneens duidelijk de aard en doel van de ingreep beschreven die zal worden uitgevoerd, het ongemak dat hieruit voortvloeit, alsook risico's en mogelijke verwickelingen van de heelkundige ingreep, niet alleen in de gevolgen van de ingreep, doch eveneens op latere datum. Ik heb bovendien in dit verband een prospectus ontvangen met de nodige uitleg. Men heeft mij eveneens verwittigd dat gedurende de ingreep, de arts genoodzaakt zou kunnen zijn de ingreep uit te breiden door bijkomende behandelingsdaden te stellen verschillend van diegene die oorspronkelijk werd voorzien, en dit in geval van ontdekking of onvoorziene omstandigheden. In deze omstandigheden geef ik toestemming aan de arts om elke daad of voorschrift te stellen dat hij noodzakelijk acht, en dit in geval van volstreekte noodzakelijkheid. Bovendien, verklaar ik uitdrukkelijk op de hoogte te zijn van een schatting van de financiële kosten (bedrag van de persoonlijke bijdrage) in verband met dit type van behandeling, in verhouding met mijn persoonlijke eisen. Ik heb de gelegenheid gehad om vragen te stellen en dokter _____ heeft hierop op voldoende en volledige wijze geantwoord. Ik heb de antwoorden die mij werden overgemaakt goed begrepen. Ik geef mijn toestemming voor de uitvoering van de behandeling, voorzien onder bovenvermelde voorwaarden. Ik verklaar bovendien de arts op loyale wijze te hebben ingelicht nopens mijn vooraf bestaande gezondheidstoestand.

Naamenvoornaampatiënt _____

Datum _____ Handtekening _____

Supplementair informed consent

Voor de esthetische indicatie van een laparoscopische plaatsing van een maagband onder algemene narcose

Mijn behandelend chirurg informeerde mij in detail over de voor- en nadelen en de mogelijke pre- en postoperatieve complicaties van deze ingreep. De alternatieven, namelijk dieet en medicatie werden eveneens besproken. Ik kies ervoor om door te gaan met deze ingreep ondanks het feit dat ik niet voldoe aan de internationale criteria van bariatrische heelkunde, namelijk een BMI > 35 met comorbiditeiten of een BMI > 40. Ik ben ervan op de hoogte dat gezien mijn huidig BMI dit louter een esthetische ingreep is.

Ik ben op de hoogte dat dit een specifieke operatie is met specifieke complicaties, namelijk bloeding, slipping, torsie en lekkage van het reservoir, zeldzame slokdarm-perforatie, slokdarmobstructie of -perforatie, fabricagefouten van het product. Deze complicaties kunnen soms een heroperatie als gevolg hebben en mogelijk een conversie tot laparotomie (grote buikincisie). Ik ben eveneens op de hoogte dat ik mijn eetgewoonten drastisch zal moeten aanpassen naar de aanbevelingen van mijn behandelend chirurg, diëtist en dat een frequente postoperatieve follow-up een strikte noodzaak is zolang de maagband aanwezig is.

De financiële forfait beperkt zich tot de preoperatieve onderzoeken, de operatie, erelonen van de chirurg en anesthesist, één overnachting tot 13u en de gebruikelijke postoperatieve medicatie. Deze is exclusief heroperaties, langere hospitalisatieduur (intensieve opname, ...), bloedtransfusies en bijkomende ingrepen.

Naam en voornaam patiënt _____

Datum _____

Handtekening

Algemeen Ziekenhuis Jan Portaels

Gendarmeriestraat 65 | B-1800 Vilvoorde | T 02 254 64 00 | F 02 257 50 50
info@azjanportaels.be | www.azjanportaels.be



AZ JAN PORTAELS
Algemeen Ziekenhuis Vilvoorde