

# “Psychologische begeleiding van obesitaspatiënten is vaak cruciaal in onze aanpak”



**Dr. Donald Van Der Fraenen**

ABDOMINAAL CHIRURG  
OBESITASCENTRUM  
AZ MARIA MIDDELARES



**Dr. Barbara Defoort**

ABDOMINAAL CHIRURG  
OBESITASCENTRUM  
AZ MARIA MIDDELARES



**Lies Dejagere**

DIËTISTE  
OBESITASCENTRUM  
AZ MARIA MIDDELARES

Obesitas is een chronische ziekte waarbij een overmatige hoeveelheid vetmassa heel wat ernstige neveneffecten kan veroorzaken. Gelukkig kunnen patiënten terecht in multidisciplinaire centra waar ze een behandeling op maat krijgen. Dr. Donald Van Der Fraenen, dr. Barbara Defoort en Lies Dejagere van Obesitaskliniek AZ Maria Middelaes Gent leggen uit.

**Tekst:** Joris Hendriockx

## Wat is obesitas precies?

**Van Der Fraenen:** “Volgens de WHO heb je vanaf een BMI van 30 obesitas en vanaf BMI 35 beschouwt men deze obesitas als een chronische ziekte. In dat laatste geval is er immers een verhoogd risico op comorbiditeiten zoals diabetes, hart- en vaatziekten, slaapapneu en bepaalde kankers. Ook het sterfterisico gaat vanaf dan pijlsnel omhoog. Bijna altijd gaat het over een complexe aandoening waarbij veel meer aan de hand is dan te veel eten of te weinig bewegen. Vanaf BMI 30 kan medicatie deel uitmaken van de behandeling, en vanaf BMI 35 is ook chirurgie een optie.”



**We vinden het erg jammer dat psychologische begeleiding in het kader van obesitas niet voldoende wordt terugbetaald.**

## Hoe ziet de opstart van een behandeling eruit?

**Dejagere:** “Op basis van een anamnese geven we voedingsadvies op maat van elke patiënt. Daarnaast stimuleren we onze patiënten om voldoende te bewegen. In ons centrum hebben we een multidisciplinair programma opgezet waaronder we zowel voedingsadvies, tweemaal sporten per week onder begeleiding van een kinesist én psychologische begeleiding aanbieden. Bij het samenstellen van zo'n gecombineerd programma op maat en in de opvolging doorheen het traject brengt ons multidisciplinair team de volledige gezondheid in kaart, met onder meer een meting van de lichaamssamenstelling zodat we op lange termijn een zo correct mogelijk beeld krijgen.”

**Van Der Fraenen:** “Psychologische begeleiding is vaak cruciaal in onze aanpak. Het mentale aspect kan immers een belangrijke oorzaak zijn van onder meer emo-eten en té



**i** Het team van obesitasexperten in het AZ Maria Middelaes.

veel eten. Omgekeerd kunnen mentale problemen ook een gevolg zijn van overgewicht. Net daarom vinden we het erg jammer dat psychologische begeleiding in dit kader niet voldoende wordt terugbetaald. Ook voor diëtisten is er te weinig terugbetaling, wat de drempel enkel maar verhoogt.”

## Welke plaats heeft chirurgie binnen jullie multidisciplinaire aanpak?

**Defoort:** “Een eerste groep van ingrepen focust zich op restrictie, wat erop neerkomt dat patiënten minder zullen kunnen eten. De meest toegepaste ingreep wereldwijd, vooral bij mensen die grote volumes eten, is de sleeve gastrectomie. Daarbij verwijderen we ongeveer 80% van de maag. Helaas kan zoete voeding die gemakkelijk smelt nog steeds vlot door de maag passeren, waardoor patiënten die zulke voeding blijven eten hiermee geen goed resultaat behalen. Bovendien is deze ingreep onomkeerbaar. Een andere groep van ingrepen focust zich op malabsorptie: het beperken van de opname van voedingsstoffen door de darmen om te leiden. Een extreme en nog maar weinig toegepaste vorm hiervan was een Scopinaro. Hoewel het gewichtsverlies daarbij fantastisch was, werden voedingsstoffen en vitamines vaak te weinig opgenomen. Vandaag is de gastric bypass de gouden standaard geworden. Dat is een mix met het beste van de twee groepen die zowel restrictie als een mindere mate van malabsorptie combineert.”

**Van Der Fraenen:** “Alle operaties gebeuren vandaag met minimaal invasieve technieken. Zowel de sleeve als de gastric bypass

hebben overigens ook een belangrijk hormonaal effect dat je deels kan vergelijken met het effect van medicatie, de zogeheten GLP-1 analogen. Mensen hebben hierdoor minder honger en zijn ook sneller verzadigd.”

## Welke patiënten zijn gebaat bij medicatie?

**Van Der Fraenen:** “Medicatie werkt vooral goed bij mensen met metabole ziekten en een BMI tussen 30 en 35. Bij een nog hoger BMI is medicatie vaak onvoldoende. Helaas mag medicatie vandaag enkel worden opgestart door een endocrinoloog, wat jammer is omdat wij vanuit ons centrum onze patiënten langdurig opvolgen en dus een goed beeld hebben wanneer het een meerwaarde kan zijn.”

## Wat als patiënten ondanks een ingreep toch terug sterk bijkomen?

**Van Der Fraenen:** “Meestal kunnen we dat vermijden door hen minstens twee jaar multidisciplinair op te volgen zodat ze bijvoorbeeld niet hervallen in oude eet- en leefgewoonten en voldoende vitamines en eiwitten blijven innemen. Obesitas is immers een chronische ziekte. Voor de behandeling hiervan moeten de veranderingen in levensstijl dus ook levenslang volgehouden worden, ook na een bariatrische ingreep. Bij de zeldzame gevallen die opnieuw een BMI krijgen van meer dan 35 of die complicaties hebben, kunnen we een heroperatie overwegen. Voorafgaand moeten ze dan wel opnieuw een langdurig traject volgen waarbij het dieet en het bewegingsniveau opnieuw op punt worden gesteld. Pas als dat niet helpt, is een heroperatie een mogelijkheid.” ■

**In ons centrum hebben we een multidisciplinair programma opgezet waaronder we zowel voedingsadvies, tweemaal sporten per week onder begeleiding van een kinesist én psychologische begeleiding aanbieden.**



Meer weten?  
[obesitasmariamiddelares.be](http://obesitasmariamiddelares.be)