



Abdominale en algemene heelkunde Obesitascentrum

Gastric banding

Inhoudsopgave

1	Werking van het spijsverteringsstelsel	2
2	Aard van de operatie	3
3	Voorwaarden om in aanmerking te komen voor de operatie	5
4	Voor de operatie	6
	Rol van de huisarts.....	6
	Vorbereidende onderzoeken / raadplegingen	6
	Niet te vergeten!	8
	De opname regelen.....	8
	Dag voor de operatie	8
	Dag van de operatie	9
5	De operatie.....	10
6	Verder verblijf in het ziekenhuis	11
7	De eerste weken na de operatie	13
8	Complicaties	16
9	Aanpassing van de maagband	18
10	Resultaat.....	19
11	Opvolging.....	20
12	Leven met een maagband	21
13	Voedingsadviezen na een gastric banding.....	22
	Aanpassing voeding en drank.....	22
	Aanpassing eetgewoonten	23
	Aanpassing drinkgewoonten.....	24

Bijlage: Informed consent

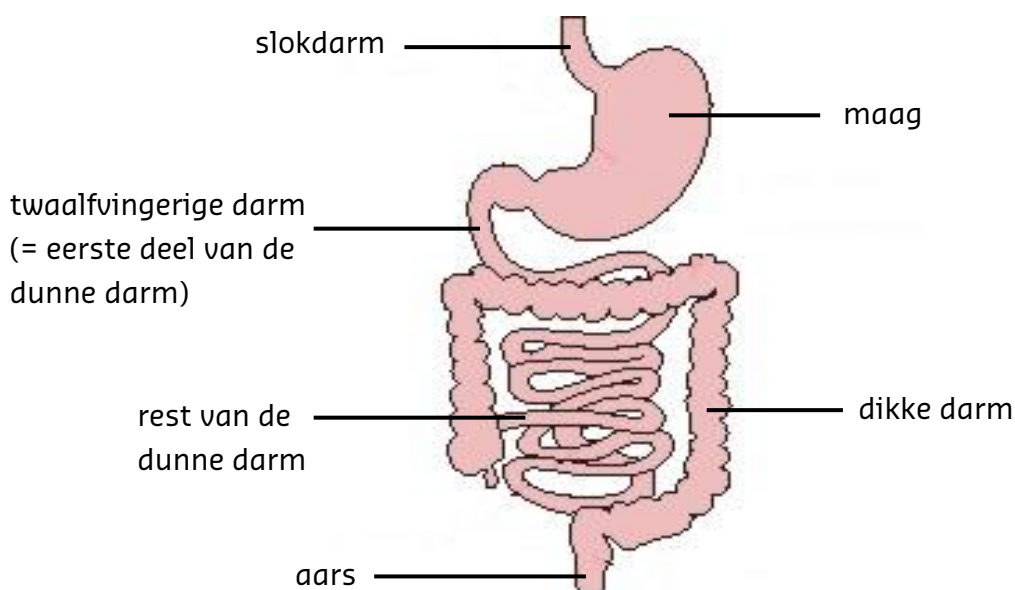
1 Werking van het spijsverteringsstelsel

In een normale situatie gebeurt de spijsvertering als volgt:

- ↪ De vertering begint in de **mond**; het voedsel wordt er gekauwd en vermengd met speeksel.
- ↪ Het voedsel komt via de **slokdarm** in de **maag** terecht. Hier wordt het voedsel gekneet, vermengd met maagsap en omgezet in een voedselbrij.
- ↪ De voedselbrij vloeit door naar de **dunne darm**. In de dunne darm gebeurt het belangrijkste deel van de spijsvertering. Hier worden de voedingsstoffen die voor het lichaam belangrijk zijn (eiwitten, vetten, vitaminen ...) uit het voedsel gehaald.

In het eerste deel van de dunne darm (= twaalfvingerige darm) worden de spijsverteringssappen afkomstig van de alvleesklier en de galblaas aan de voedselbrij toegevoegd. In de rest van de dunne darm worden de voedingsstoffen door deze spijsverteringssappen verteerd tot kleine voedingsdeeltjes die vervolgens via het bloed in het lichaam opgenomen worden.

- ↪ De afvalstoffen en onverteerbare voedingsresten die het lichaam niet kan gebruiken, komen terecht in de **dikke darm**. Hier wordt het meeste vocht uit de stoelgang gehaald en opgenomen in het bloed.
- ↪ Vervolgens verlaten de afvalstoffen en onverteerbare voedingsresten via de **aars** het lichaam, dit in de vorm van ontlasting.

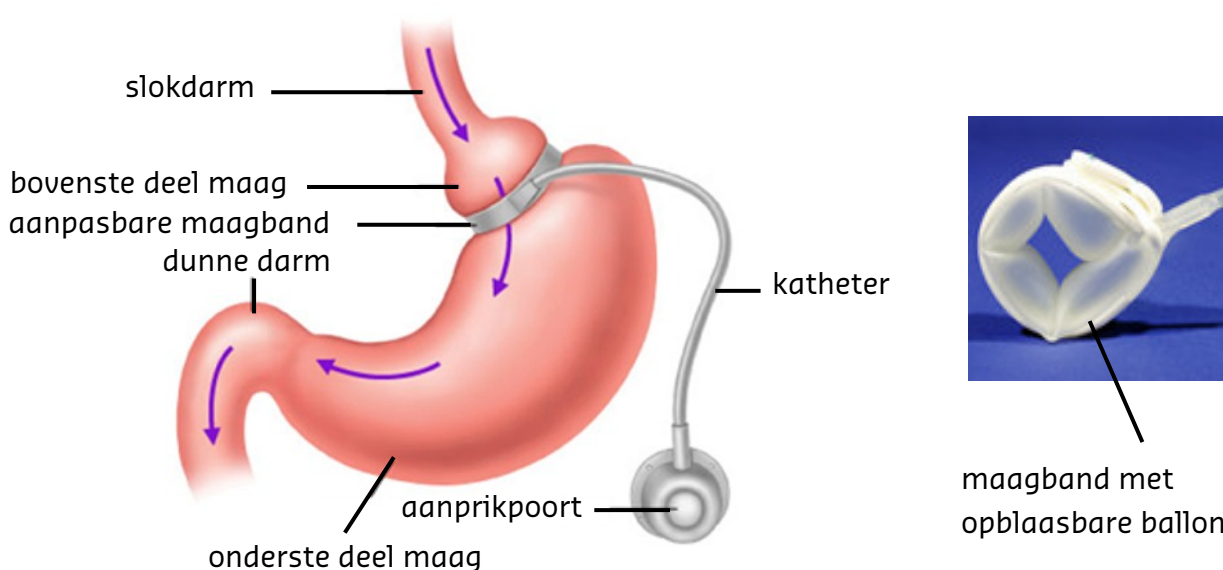


2 Aard van de operatie

Bij deze operatie wordt een aantal centimeter onder de overgang van de slokdarm naar de maag een aanpasbare maagband (ook maagring genoemd) aangebracht. Hierdoor wordt de maag in 2 delen verdeeld: een klein stuk maag boven de maagband (ook voormaag of pouch genoemd) en een groot stuk maag onder de maagband. Op die manier wordt een zandlopereffect gecreëerd.

Aan de binnenzijde van de siliconen maagband zit een opblaasbare ballon. De maagband is via een slangetje (= katheter) verbonden met een aanprikpoort die onder de huid op een gemakkelijk te bereiken plaats ingeplant wordt (meestal aan de linkerkant van de buikholte of net onder het borstbeen). De chirurg kan dan later de grootte van de ballon aanpassen door het inspuiten van een vloeistof in de aanprikpoort. Hoe groter de ballon, hoe kleiner de doorgang van de kleine naar de grote maag.

Tijdens de eerste 6 weken na de operatie blijft de maagband leeg of slechts gedeeltelijk gevuld. Dit geeft de maag de tijd om te herstellen van de operatie. De maagband op zich is in het begin al voldoende om een belemmering van voedsel te veroorzaken.



Door de maagband komt het voedsel eerst in de kleine maag terecht. Deze kleine maag heeft na de operatie nog een inhoud van ongeveer 15 ml (= 1 tot 2 eetlepels), waardoor u nog slechts kleine hoeveelheden kunt eten en snel een volheidsgevoel ervaart. Door de nauwe doorgang gaat het voedsel daarna slechts langzaam verder naar het onderste deel van de maag. Zo hebt u langer een gevoel van verzadiging en blijft het hongergevoel langer uit. Dit alles heeft een aanzienlijk gewichtsverlies tot gevolg.

Bij deze operatie blijft de maag intact, er wordt niet in de maag gesneden en er wordt ook geen deel van de maag verwijderd. Hierdoor kan de operatie ongedaan gemaakt worden, maar dat is eigenlijk niet de bedoeling. Na het verwijderen van de maagband zal uw gewicht immers opnieuw toenemen, aangezien de maag opnieuw haar normale vorm zal aannemen.

3 Voorwaarden om in aanmerking te komen voor de operatie

Niet iedereen komt in aanmerking voor obesitasheelkunde. De criteria zijn ten eerste strikt **wettelijk** vastgelegd en gebaseerd op wetenschappelijke gegevens. Deze criteria zijn:

- Minstens 18 jaar zijn.
- Een BMI hebben van 40 of meer, of een BMI tussen 35 en 40 met suikerziekte als bijkomend gezondheidsprobleem.
- Gedurende minstens 1 jaar een gedocumenteerd dieet onder begeleiding gevolgd hebben, zonder blijvend resultaat.
- De operatie is voorgeschreven na evaluatie van de patiënt door een multidisciplinair team (een chirurg, een specialist in de inwendige geneeskunde en een psychiater of klinisch psycholoog).

Daarnaast zijn er echter ook **medische** criteria waaraan u moet voldoen. Deze criteria zijn:

- Gezondheidsklachten hebben die veroorzaakt worden door obesitas.
- Niet lijden aan een ziekte die overgewicht veroorzaakt.
- Bereid zijn om na de operatie eet- en leefstijl aan te passen en zich levenslang medisch te laten opvolgen.
- Geen ernstige, ongecontroleerde psychiatrische stoornis en/of eetstoornis hebben (bijv. een zware depressie, boulimie).
- Niet zwanger zijn en geen zwangerschapswens hebben binnen 2 jaar na de operatie.
- Geen ernstige hart-, vaat- of longaandoening hebben (omwille van de verdoving).
- Geen alcohol- en/of drugsverslaving hebben.

Deze operatie is vooral geschikt voor patiënten die grote hoeveelheden eten. Patiënten die vooral snoepen en calorierijke dranken innemen, zullen minder geholpen zijn met deze operatie. Dit komt omdat men na de operatie immers kan blijven snoepen of calorierijke dranken innemen, waardoor men weinig of niets zal vermageren, tot zelfs weer bijkomen in gewicht. Alle calorieën die men inneemt, worden ook door het lichaam opgenomen. Deze operatie is ook niet aangewezen bij patiënten die lijden aan zure reflux (= terugvloeiën van maagzuur naar de slokdarm). Deze patiënten zullen meer geholpen zijn met een gastric bypass.

4 Voor de operatie

Rol van de huisarts

Uw huisarts speelt een belangrijke rol in de voorbereiding tot de operatie. U dient minstens 1 week voor de operatie op raadpleging te gaan bij uw huisarts (u maakt hiervoor bij voorkeur een afspraak): hij/zij zal de meeste preoperatieve onderzoeken uitvoeren. Bij deze raadpleging is het belangrijk dat u het preoperatief samenwerkingsdocument (al gedeeltelijk door u ingevuld) en het heen-en-weerschriftje meeneemt. Deze documenten hebt u normaal gezien bij de raadpleging bij de chirurg meegekregen.

Vorbereidende onderzoeken / raadplegingen

Voor de operatie worden een aantal onderzoeken uitgevoerd afhankelijk van uw leeftijd en van uw gezondheidstoestand:

- Algemeen lichamelijk onderzoek, bloed- en eventueel urineonderzoek en elektrocardiogram (= ECG = hartfilmpje), bij voorkeur uitgevoerd door de huisarts.
- RX-foto van de longen.
- RX-foto van de slokdarm-maag.
- Echo van de lever en gastroscopie, uitgevoerd door de gastro-enteroloog.
 - Een echo van de lever is nodig om na te kijken of u galstenen hebt en of er abnormale vetopstapeling in de lever aanwezig is.
 - Een gastroscopie is een onderzoek waarbij met een dun buisje in de maag en de twaalfvingerige darm (= eerste deel van de dunne darm) gekeken wordt om onder andere slokdarmontsteking, maagzweren of een infectie met *Helicobacter pylori* (= bacterie die een hogere kans geeft op maagzweren) uit te sluiten. Deze aandoeningen moeten eerst behandeld worden alvorens een gastric banding uitgevoerd kan worden.
- In bepaalde gevallen is een uitgebreider hart- en/of longonderzoek nodig.

Bijkomend gebeurt ook:

- Evaluatie op de raadpleging bij de chirurg:
 - De chirurg zal u informatie geven over wat de operatie inhoudt, wat de mogelijke risico's zijn, welk resultaat u mag verwachten, de noodzaak om na de operatie uw eet- en leefgewoonten aan te passen, kostprijs en tegemoetkoming door het ziekenfonds ...
 - De chirurg zal u vragen om een 'informed consent' te ondertekenen. Dit is een document waarbij u verklaart dat u voldoende uitleg gekregen hebt en de mogelijkheid gehad hebt om vragen te stellen, en waarbij u toestemming verleent voor het uitvoeren van de operatie. U vindt een voorbeeld van de 'informed consent' achteraan in deze infobrochure.
 - De chirurg geeft u ook de volgende documenten mee:
 - Het preoperatief samenwerkingsdocument dat u zelf al gedeeltelijk kunt invullen en dat u ook moet meenemen wanneer u op raadpleging gaat bij uw huisarts (tenzij uw huisarts u dit formulier al bezorgd heeft).
 - De infobrochure 'wat indien u een anesthesie nodig hebt' (tenzij uw huisarts u deze brochure al bezorgd heeft).
 - Een heen-en-weerschriftje dat u telkens moet meenemen wanneer u op raadpleging gaat en bij opname in het ziekenhuis. In dit schriftje kunnen de verschillende zorgverleners gegevens noteren i.v.m. de verstrekte begeleiding met als doel elkaar op de hoogte te brengen. Er is ook ruimte voorzien om een aantal documenten toe te voegen (bijv. laboresultaten, opvolgingskaartje, brochures ...).
- Evaluatie op de raadpleging bij de diëtiste.
- Evaluatie op de raadpleging bij de endocrinologe.
- Evaluatie op de raadpleging bij de psychiater.

Niet te vergeten!

- ↪ Het is belangrijk dat u alle informatie over uw gezondheidstoestand aan uw artsen doorgeeft (bestaande en vorige ziekten, overgevoeligheid voor geneesmiddelen en allergieën, of u rookt ...).
- ↪ Als u geneesmiddelen inneemt, dient u dit te melden aan uw artsen, omdat het gebruik van bepaalde geneesmiddelen soms een tijdje voor de operatie gestopt moet worden (bijv. Plavix, Ticlid, Asaflow, Aspirine ...).

De opname regelen

De chirurg spreekt tijdens de raadpleging met u een datum voor de operatie af. Voor het afhandelen van de opnameformaliteiten en voor de kamerkeuze dient u langs te gaan bij de opnamedienst.

Dag voor de operatie

U wordt de dag voor de operatie opgenomen op de verpleegeenheid algemene heelkunde.

U dient de volgende zaken mee te brengen bij opname:

- ↪ het preoperatief samenwerkingsdocument door u en uw huisarts ingevuld
- ↪ de resultaten van de voorbereidende onderzoeken
- ↪ de geneesmiddelen die u thuis inneemt
- ↪ uw bloedgroepkaart
- ↪ het heen-en-weerschriftje
- ↪ eventueel een attest van arbeidsongeschiktheid
- ↪ eventueel verzekeringspapieren
- ↪ eventueel documenten voor het ziekenfonds.

De verpleegkundige zal u:

- ↪ De nodige uitleg geven over de uitrusting van uw kamer (sanitair, bed, telefoon, tv ...), over de werking van de verpleegeenheid (dagindeling, maaltijden ...), over het verloop voor en na de operatie ...
- ↪ De nodige medicatie toedienen. U krijgt onder andere een spuitje in de buik om trombosevorming in de benen te voorkomen.

De chirurg komt bij u langs om nog eens alle aspecten van de operatie te bespreken. Als u nog vragen hebt, aarzel dan niet om deze te stellen.

U maakt ook kennis met de anesthesist. Dit is de arts die de verdoving zal toedienen. De operatie gebeurt onder algemene verdoving.

Vanaf middernacht dient u nuchter te zijn vanwege de verdoving die u zult krijgen. Dat betekent dat u niets meer mag eten, drinken en roken, tenzij dit anders afgesproken is.

Dag van de operatie

Het is aangeraden om de ochtend van de operatie uw tanden te poetsen.

De verpleegkundige voert de voorbereiding op de operatie uit:

- ↪ Hulp bij het verwijderen van make-up/nagellak/juwelen/uurwerk/piercings ...
- ↪ Hulp bij het wassen of douchen.
- ↪ Meten van uw polsslag, bloeddruk en temperatuur.
- ↪ Toedienen van de nodige medicatie en plaatsen van een infuus.
- ↪ Scheren van de operatiestreek (van de tepels tot de schaamstreek).
- ↪ Hulp bij het aantrekken van een operatiehemd.
- ↪ Hulp bij het verwijderen van bril/contactlenzen/gehoorapparaat/kunstgebit ...

Daarna wordt u in bed naar het operatiekwartier gebracht.

5 De operatie

De operatie gebeurt onder volledige verdoving en duurt ongeveer 1 uur.

Een gastric banding kan op 2 manieren gebeuren:

- Via een gewone klassieke operatie (= 'open' operatie). In dit geval wordt een grote insnede ter hoogte van de buik gemaakt.
- Via een laparoscopische operatie (= kijkoperatie). In dit geval worden er enkele kleine insneden ter hoogte van de bovenbuik gemaakt. De chirurg opereert doorheen deze openingen. Eerst wordt er lucht in de buik geblazen, waardoor de chirurg meer ruimte en zicht krijgt in de buik. Daarna gaat via een van de openingen een kleine camera naar binnen. De chirurg kan de operatie volgen op een televisiescherm. Via de overige openingen gaat de chirurg opereren.

In principe wordt de operatie altijd laparoscopisch uitgevoerd. De kijkoperatie heeft een aantal grote voordelen in vergelijking met de 'open' operatie. Er is geen grote wonde waardoor u sneller herstelt, u hebt minder pijn na de operatie en u moet minder lang in het ziekenhuis blijven. Als tijdens de operatie blijkt dat er te weinig zicht in de buik is, dan zal de chirurg alsnog een grote insnede ter hoogte van de buik maken. Hetzelfde geldt wanneer er complicaties ontstaan.

Bij vermoedelijke afwijkingen ter hoogte van de lever kan het zijn dat, op vraag van de gastro-enteroloog, tijdens de operatie een klein stukje van de lever verwijderd wordt voor microscopisch onderzoek.

6 Verder verblijf in het ziekenhuis

Na de operatie verblijft u op de verpleegeenheid Intensieve zorg 1 of op de verpleegeenheid MICS (Medium care / Intensieve zorg 2 / Hartbewaking / Beroertezorg). Daar wordt u opgevolgd tot uw toestand stabiel is. Als er zich geen complicaties voordoen, gaat u de volgende dag opnieuw naar uw kamer op de verpleegeenheid Heelkunde.

Wonde

- De verpleegkundigen zullen dagelijks de wonde nazien en zo nodig verzorgen.
- In geval van een 'open' operatie, zal onmiddellijk na de operatie een buikband aangebracht worden. De buikband biedt steun (bijv. bij het heffen of hoesten).

Medicatie

- U krijgt de nodige pijnstilling via het infuus of via een pijnpomp. Als de pijnstilling niet voldoende is, aarzel dan niet om de verpleegkundige te informeren. Deze zal op voorschrift van de arts en eventueel in samenspraak met de pijnverpleegkundige de pijnmedicatie aanpassen.
- Dagelijks krijgt u via een spuitje in de buik medicatie toegediend om trombosevorming in de benen te voorkomen.

Voeding / vocht

De dag na de operatie zal met een aangepast dieet gestart worden.

Bezoek van de chirurg

De chirurg komt dagelijks bij u langs om uw toestand op te volgen en om u te informeren over de resultaten van de operatie en het verdere voorziene verloop. Als u nog vragen hebt, aarzel dan niet om deze te stellen.

➤ **Bezoek van de kinesist**

De kinesist komt dagelijks langs voor ademhalings- en mobilisatieoefeningen. Deze oefeningen zijn onder andere noodzakelijk om trombosevorming in de benen te voorkomen. Hij zal u ook informeren over het belang van lichaamsbeweging.

➤ **Bezoek van de diëtiste**

Na de operatie komt de diëtiste bij u langs. Zij zal u informeren over de voedingsaanpassingen die nodig zijn na de operatie. U krijgt van haar ook een brochure met voedingsadviezen die van pas kunnen komen als u opnieuw thuis bent.

➤ **Ontslag**

Als u goed herstelt en als er zich geen complicaties voordoen, mag u 1 tot 2 dagen na de operatie naar huis.

7 De eerste weken na de operatie

Herstel

- Kijkoperatie:
 - Ongeveer 3 weken na de operatie kunt u weer alles doen zoals voor de operatie.
 - Heffen (> 10 kg) wordt best vermeden de eerste 2 weken na de operatie.
 - Naargelang het soort werk dat u doet, kunt u 3 tot 6 weken na de operatie uw beroepsactiviteiten hervatten.
- 'Open' operatie:
 - Ongeveer 6 weken na de operatie kunt u weer alles doen zoals voor de operatie.
 - Autorijden vermijdt u best de eerste 2 weken na de operatie.
 - Heffen (> 10 kg) wordt best vermeden de eerste 4 weken na de operatie.
 - U dient tot 3 weken na de operatie een buikband te dragen (= tot de controleraadpleging bij de chirurg).
 - Naargelang het soort werk dat u doet, kunt u 3 tot 6 weken na de operatie uw beroepsactiviteiten hervatten.

Medicatie / vitaminen

- Tot 3 weken na het ontslag dient nog verder dagelijks een spuitje in de buik toegediend te worden om trombosevorming in de benen te voorkomen. Dit zal gebeuren door een thuisverpleegkundige. Bij ontslag krijgt u een voorschrift voor thuisverpleging mee.
- Bij te snelle vermagering of braken zullen er gedurende de eerste 6 maanden vitamine B1-supplementen voorgeschreven worden.
- Na de operatie mag u levenslang geen niet-steroïde ontstekingsremmende geneesmiddelen (= NSAID's) meer innemen. Dit omdat deze geneesmiddelen maagzweren kunnen veroorzaken en na bariatrische heelkunde wordt de kans op maagzweren groter. Voorbeelden van NSAID's zijn Ibuprofen, Nurofen, Voltaren ...

↪ **Baden / douchen**

De wonde is afgedekt met een waterafstotend verband waarmee u mag douchen. U mag echter geen bad nemen zolang nog een verband of hechtingen aanwezig zijn.

↪ **Controles**

- Na een gastric banding is het uitermate belangrijk dat u goed opgevolgd wordt. U dient dan ook kort na de operatie bij een aantal zorgverleners op controle te gaan:
 - 10 dagen na de operatie bij uw huisarts. Hij/zij zal de wonde controleren, zo nodig de hechtingen verwijderen en de nodige voorschriften vernieuwen.
 - 3 weken na de operatie bij de chirurg. Deze afspraak wordt gemaakt bij ontslag.
 - 6 tot 8 weken na de operatie bij de diëtiste (en eventueel ook vroeger als de chirurg dit nodig acht). De diëtiste zal hiervoor bij ontslag een datum met u afspreken. U kunt ook steeds telefonisch contact opnemen met de diëtiste voor bijkomende info of voor een bijkomende afspraak.

Denk eraan om telkens het heen-en-weerschriftje mee te nemen!

- Daarnaast moet u absoluut contact opnemen met de chirurg of de spoedgevallendienst in de volgende situaties:
 - aanhoudende koorts van meer dan 38 °C
 - rillingen
 - bloedingen
 - toenemende zwelling van de buik
 - toenemende pijn
 - aanhoudende misselijkheid
 - aanhoudend braken
 - blijvende diarree
 - aanhoudende hoest of ademhalingsmoeilijkheden.

Lichaamsbeweging

Het is belangrijk dat u na de operatie niet alleen uw eetgewoonten maar ook uw mate van lichaamsbeweging aanpast. De calorieën die u opneemt en die niet verbruikt worden, worden opgeslagen als vet. Om gewicht te verliezen, moet het lichaam daarom meer calorieën verbranden dan het aantal calorieën dat uw lichaam opneemt via de voeding. Dit is alleen mogelijk door te bewegen.

Vanaf 6 weken na de operatie bent u voldoende hersteld en kunt u starten met lichamelijke activiteiten zoals wandelen, zwemmen, lopen ... Een fysieke inspanning van minstens 30 minuten per dag (dit is bovenop uw dagdagelijkse activiteiten) en van een matige intensiteit wordt aangeraden. U zult merken dat naarmate uw gewicht afneemt, lichaamsbeweging gemakkelijker wordt.

Een eenvoudige manier om de eigen fysieke activiteit op een dag in te schatten, is het systeem van de stappenteller. Dit toestel meet het aantal stappen dat een persoon per dag zet. Meer informatie hierover vindt u op de website www.10000stappen.be.

Als u er echter zelf niet in slaagt om voldoende te bewegen, dan kunt u in ons ziekenhuis een revalidatieprogramma volgen. In dit geval zal de chirurg of de huisarts u doorverwijzen naar de revalidatiearts.

8 Complicaties

In vergelijking met de andere vermageringsoperaties is een gastric banding een relatief eenvoudige operatie, waardoor de kans op complicaties tijdens en kort na de operatie kleiner is. Na verloop van tijd neemt bij een gastric banding echter het aantal complicaties toe.

Complicaties die bij elke operatie kunnen voorkomen:

- ↪ wondbesmetting
- ↪ noodzaak tot bloedtransfusie
- ↪ longontsteking
- ↪ hartritmestoornissen
- ↪ klontervorming in de aders van de benen
- ↪ bloedklonter long
- ↪ verdovingsprobleem
- ↪ hartaanval
- ↪ nierfalen
- ↪ beroerte
- ↪ littekenbreuk
- ↪ ...

Naast de complicaties die bij elke operatie kunnen optreden, zijn er een aantal complicaties die specifiek aan een gastric banding verbonden zijn, namelijk:

- ↪ Slippen (= verschuiven) van de maagband en vergroting van de nieuwe maag (= pouchdilatie) (2-14%)
De band verschuift naar beneden, waardoor het deel van de maag boven de maagband te groot wordt. Hierdoor wordt de doorgang van de kleine naar de grote maag volledig afgesloten met als gevolg dat u niets meer kunt eten en drinken. De oorzaak hiervan is meestal te snel of te grote hoeveelheden eten waardoor de druk in de kleine maag te hoog wordt. In dit geval moet de maagband via een nieuwe operatie weer op de juiste plaats gebracht worden. Eventueel moet een nieuwe maagband geplaatst worden.

- ↪ Obstructie (= verstopping) van de maagdoorgang (2-13%)
 Aangezien de doorgang van de kleine naar de grote maag zeer nauw is, kunnen grotere voedselbrokken blijven steken in het kleine stuk maag boven de maagband. Hierdoor wordt de maagdoorgang volledig geblokkeerd met braken tot gevolg. In dit geval moet de maagband volledig leeggemaakt worden. Als dit niet helpt om de voedselbrok te verwijderen, dan moet de voedselbrok verwijderd worden via een endoscopie (= via een camera langs de slokdarm).
- ↪ Erosie/migratie (= ingroeien van de maagband) en ontsteking (0,5-14%)
 Bij een te strak aangespannen maagband bestaat het risico op kwetsuren van de maagwand en kan de band gaan ingroeien in de maag, waardoor een ontsteking van de maagband ontstaat. In dit geval moet de maagband verwijderd worden. De symptomen zijn vaak pijn in de bovenbuik of ontsteking ter hoogte van de aanprikpoort en meestal ook gemakkelijker kunnen eten.
 Een ontsteking aan de aanprikpoort kan tot gevolg hebben dat deze verwijderd moet worden. Daarom is het van het grootste belang dat de huid boven de aanprikpoort steeds grondig ontsmet wordt alvorens vloeistof ingespoten of verwijderd wordt.
- ↪ Lekkage (1-3%)
 Lekkage van de maagband of van het verbindingsslangetje tussen de maagband en de aanprikpoort of van de aanprikpoort zelf, kan een nieuwe operatie tot gevolg hebben.
- ↪ Braken
 Braken is meestal het gevolg van te veel of te snel eten. Belangrijk is om te stoppen met eten zodra een volheidsgevoel optreedt. Braken kan ook voorkomen wanneer de maagband te strak rond de maag zit doordat te veel vloeistof ingespoten werd. Dit kan opgelost worden door een deel van de vloeistof te verwijderen.
- ↪ Reflux
 Doordat de slokdarm continu tegen weerstand van de maagband voedsel moet wegduwen, neemt de elasticiteit van de slokdarmspier af. Hierdoor bestaat de kans op zure reflux (= zuurbranden).
- ↪ Galstenen
- ↪ Bloedarmoede, ijzertekort

9 Aanpassing van de maagband

De maagband wordt meestal voor het eerst bijgesteld 6 weken na de operatie, na de eerste controleraadpleging bij de chirurg. Daarna dient u gedurende 2 jaar om de 3 maanden op raadpleging te gaan bij de chirurg. Afhankelijk van de evolutie van uw gewichtsverlies zal de chirurg zo nodig de maagband bijregelen. Zolang u blijft vermageren, moet de maagband niet aangepast worden. Het is wanneer uw gewicht niet meer vermindert, dat er bijgesteld moet worden.

Het bijregelen gebeurt door middel van een kleine prik doorheen de huid onder radiologische controle. Hierbij wordt met een speciale naald een steriele vloeistof via de aanprikpoort in de maagband ingespoten.

De maagband kan aangepast worden volgens de omstandigheden (gewenst gewichtsverlies, zwangerschap, ernstige ziekte). Bij een zwangerschap is het belangrijk dat u voldoende kunt eten. In dit geval wordt de maagband losser gemaakt door de vloeistof via de aanprikpoort uit de maagband te verwijderen.

10 Resultaat

De meeste patiënten bereiken een gewichtsverlies van 50 tot 60% van het overtollige gewicht (= het aantal kilo's boven het ideale gewicht). Het gewichtsverlies verloopt relatief traag en het gewicht stabiliseert meestal na 1,5 jaar.

De operatie alleen volstaat echter niet om uw probleem van overgewicht op te lossen. U dient goed te beseffen dat u dit gewichtsverlies enkel zult verkrijgen en behouden op voorwaarde dat u uw hele leven lang een strikt dieet volgt en aan voldoende lichaamsbeweging doet. Uw motivatie is bijgevolg een basisvoorwaarde voor een succesvolle behandeling! Ongeveer 15% van de patiënten zullen 5 jaar na de operatie dit resultaat niet bereiken.

Deze operatie vereist dieetdiscipline. Bij een overmatige inname van snoep en calorierijke dranken kan het zijn dat u weinig of niets zult vermageren, tot zelfs weer bijkomen in gewicht.

Bij sommige patiënten is er op lange termijn opnieuw een gewichtstoename na een oorspronkelijke gewichtsval. Dit is vooral te wijten aan een veranderd eetgedrag. Sommige patiënten met een maagband eten wel degelijk kleinere hoeveelheden, maar hun maaltijden bestaan vaak uit vloeibare calorierijke voeding zoals suikerrijke frisdranken, zoetigheden, milkshakes, mayonaise, chocolade, alcohol ... Doordat deze voedingsproducten gemakkelijk doorheen de maagband kunnen passeren, wordt de werking van de maagband volledig tenietgedaan.

De gewichtsval die door de operatie bereikt wordt, heeft een gunstig effect op de gezondheidsproblemen veroorzaakt door zwaarlijvigheid (diabetes type 2, cholesterol, hoge bloeddruk, slaapapneu (= tijdelijk ophouden van de ademhaling tijdens het slapen)).

11 Opvolging

Na de operatie is een levenslange multidisciplinaire opvolging noodzakelijk om het slaagpercentage op lange termijn te verhogen en om eventuele complicaties snel te kunnen opsporen en oplossen.

Zo zal er op geregelde tijdstippen een bloedonderzoek moeten gebeuren om eventuele vitamine- en mineralentekorten op te sporen. Tekorten aan vitaminen of mineralen kunnen immers leiden tot ernstige problemen zoals bloedarmoede, vermoeidheid, zenuwgeleidingsstoornissen met pijn of krachtvermindering, haaruitval, botontkalking ...

Regelmatige opvolging bij een diëtist is nodig voor het verschaffen van voedingsadviezen. Het is uitermate belangrijk dat u uw voedingsgewoonten na de operatie aanpast. Het welslagen van de operatie zal gedeeltelijk hieraan te danken zijn.

- Opvolging door de chirurg: gedurende de eerste 2 jaar om de 3 maanden.
- Opvolging door de huisarts: op voorschrift van de chirurg.
- Opvolging door een diëtist, de endocrinologe en de revalidatiearts: volgens voorschrift van de chirurg of huisarts.

Denk eraan om telkens het heen-en-weerschriftje mee te nemen als u op controle gaat!

12 Leven met een maagband

Een maagband heeft een invloed op uw verdere leven. Hierna vindt u belangrijke info waarmee u rekening dient te houden.

- Na de operatie is het heel belangrijk dat u – door de kleine hoeveelheden die u nog slechts kunt eten – gevarieerd eet. Bij een eventueel tekort aan vitaminen of mineralen zal een multivitaminepreparaat voorgeschreven worden.
- Na de operatie mag u levenslang geen niet-steroïde ontstekingsremmende geneesmiddelen (= NSAID's) meer innemen. Dit omdat deze geneesmiddelen maagzweren kunnen veroorzaken en na bariatrische heilkunde wordt de kans op maagzweren groter. Voorbeelden van NSAID's zijn Ibuprofen, Nurofen, Voltaren ...
- Na de operatie is een zwangerschap mogelijk, maar u plant dit best wanneer uw gewicht min of meer stabiel is en niet in een periode van sterke vermagering (dus niet de eerste 2 jaar na de operatie). Als u daarna zwanger wordt, neemt u best contact op met een diëtist om te kijken of uw voeding compleet is. Ook aan uw gynaecoloog dient u te melden dat u een maagband hebt. Tijdens de zwangerschap wordt de maagband best volledig gelost.

13 Voedingsadviezen na een gastric banding

Aanpassing voeding en drank

Na de operatie is een caloriearm, vitaminerijk en eiwitrijk dieet noodzakelijk. Zo niet zal er onvoldoende gewichtsverlies bereikt worden en zal er een tekort aan voedingsstoffen, vitaminen en mineralen ontstaan.

Na de operatie zult u ook ervaren dat u bepaalde voedingsmiddelen minder goed of niet meer kunt verdragen.

- U dient **suikerrijke voeding en dranken te vermijden!** Na de operatie kunt u immers blijven snoepen en calorierijke dranken innemen, waardoor u weinig of niets zult vermageren, tot zelfs weer bijkomen in gewicht. Bij een gastric banding wordt enkel de maag verkleind en wordt het spijsverteringsproces niet gewijzigd. Alle calorieën die u inneemt, worden bijgevolg ook door het lichaam opgenomen.
- U dient **vetrijke voeding te beperken!**
- Omdat u na de operatie nog slechts kleine hoeveelheden kunt eten, kan een tekort aan voedingsstoffen, vitaminen en mineralen ontstaan. Vandaar dat het uitermate belangrijk is dat u kiest voor een **gevarieerde en evenwichtige voeding met een hoge voedingswaarde**. Variatie is van belang voor de aanbreng van verschillende soorten vitaminen en mineralen.

De hoofdmaaltijden dienen te bestaan uit kleine hoeveelheden vaste voeding met in het begin een zachte samenstelling (magere vis, zacht mager vlees, aardappelpuree, zachte gekookte groenten, bruin brood eventueel zonder korsten, zacht rijp fruit ...). De tussendoortjes dienen kleine gezonde tussendoortjes te zijn zonder suiker en met een laag vetgehalte (niet-gesuikerde yoghurt, soep, beschuit met wat beleg, fruit ...). Het is ook belangrijk dat u voldoende eiwitten binnenkrijgt. U kunt dit onder andere vinden in eieren, vis, magere melk, magere yoghurt, kip, kalkoen. Eiwitten zijn noodzakelijk voor de opbouw en het herstel van de lichaamscellen.
- U dient **bruisende dranken te vermijden**. Deze kunnen een opgeblazen gevoel of darmborrelingen veroorzaken.

Aanpassing eetgewoonten

- U dient **kleine hoeveelheden te eten en te stoppen met eten zodra het eerste volheidsgevoel optreedt, of zelfs indien mogelijk voordien**. Na de operatie heeft de maag een inhoud van ongeveer 15 ml. Dat betekent dat de hoeveelheid voedsel die u per maaltijd kunt gebruiken, beperkt is. U zult snel een volheidsgevoel ervaren. Te veel eten kan aanleiding geven tot pijn, braken en misselijkheid. Wanneer u zich altijd overeet, gaat uw kleine maag geleidelijk aan uitrekken. Hierdoor zult u opnieuw meer kunnen eten, waardoor na verloop van tijd uw gewicht opnieuw zal toenemen. Door te snel of te grote hoeveelheden te eten, wordt de druk in de kleine maag te hoog en kan de maagband gaan verschuiven. Hierdoor wordt de doorgang van de kleine naar de grote maag volledig afgesloten met als gevolg dat u niets meer kunt eten en drinken.
- Het is zeer belangrijk dat u **traag en rustig eet**, zodat u op tijd kunt voelen wanneer de maag vol is. De maaltijd moet ongeveer 20 tot 30 minuten duren. Bij te snel eten zal uw kleine maag al te veel gevuld zijn vooraleer u het volheidsgevoel opmerkt en dan is het al te laat. Dit overeten kan misselijkheid en braken tot gevolg hebben. Het gaat gepaard met pijnklachten ter hoogte van het borstbeen en/of tussen de schouderbladen.
- **Goed kauwen** is belangrijk omdat grote voedselbrokken kunnen blijven steken in het kleine stuk maag boven de maagband. Hierdoor wordt de maagdoorgang volledig geblokkeerd met braken tot gevolg. In dit geval moet de maagband volledig leeggemaakt worden.
- Het is uitermate belangrijk dat u **op geregelde tijdstippen eet**. Na de operatie kunt u geen grote hoeveelheden meer eten. Vandaar het belang om op geregelde tijdstippen te eten om genoeg voedingsstoffen binnen te krijgen. Gebruik een 6 maaltijdenpatroon: 3 hoofdmaaltijden (ontbijt, middag- en avondmaal) aangevuld met 3 tussendoortjes (midden in de ochtend, midden in de namiddag en een 2-tal uur na het avondeten).
- U dient een **correcte houding** aan tafel aan te nemen.

Aanpassing drinkgewoonten

- U dient **voldoende te drinken in kleine hoeveelheden**. Veel patiënten hebben na bariatrische heekunde last van constipatie (= moeilijke stoelgang). Er is immers minder ontlasting doordat er minder voedsel ingenomen wordt. Vandaar het belang dat u per dag minstens 1,5 liter vocht inneemt, voldoende gespreid over de dag en in kleine slokjes. Onder vocht verstaat men energievrije dranken zoals ontvette bouillon, verse gemixte groentesoep, groentesappen, halfvolle melk, niet-bruisend mineraalwater, koffie of thee zonder suiker, ongezoet appelsap, ongezoet sinaasappelsap zonder pulp, light frisdranken ...
- U mag **niet drinken vanaf 10 minuten voor de maaltijd tot een halfuur erna, en ook niet tijdens de maaltijd zelf**. De nieuwe maag is immers niet groot genoeg om vloeistof en voedsel tegelijkertijd aan te kunnen.
- U mag **niets drinken wanneer u zich misselijk voelt**. Extra vochtinname op dat moment zal uw gevoel van misselijkheid alleen verergeren, met kans op braken.

Obesitasteam

Dr. Jean-Marc Gillardin – chirurg

Dr. Annemie Beirinckx – endocrinologe

Bernadette Vlaemynck – diëtiste

Dr. Philippe Snauwaert – psychiater

Dr. Stefaan Geerts – psychiater

Dr. Joris Arts – gastro-enteroloog

Dr. Sofie Decock – gastro-enterologe

Dr. Dominique Slock – revalidatiearts

Contact

raadpleging abdominale heekunde – algemene heekunde
T 050 36 51 10

raadpleging inwendige geneeskunde
T 050 36 51 55

verpleegeenheid algemene heekunde
T 050 36 93 00

diëtiste
T 050 36 55 01

spoedgevallendienst
T 050 36 91 12

Als u nog vragen hebt over uw operatie, dan kunt u uw vraag ook stellen via e-mail: obesitascentrum@stlucas.be. Meer informatie over obesitas en het obesitascentrum kunt u vinden op onze website www.stlucas.be (onder de rubriek 'raadplegingen en artsen/multidisciplinaire teams').

Bijlage: Informed consent

Brugge,/...../.....

Patiënt:

- ☞ Ik verklaar toestemming te verlenen voor het uitvoeren van de volgende ingreep:
 - Gastric banding
 - Gastric sleeve
 - Gastric bypass
 - Conversie van gastric banding naar gastric bypass
 - Conversie van gastric sleeve naar gastric bypass
 - Conversie van scopinano naar gastric bypass
 - Conversie van duodenal switch naar gastric bypass

 - + Leverbiopsie
- ☞ De voor- en nadelen van deze methode en de mogelijke complicaties werden door de arts toegelicht en geïllustreerd in een brochure die mij overhandigd werd.
Ik heb deze uitleg voldoende begrepen en had de gelegenheid om vragen te stellen. Deze vragen werden voldoende beantwoord.
- ☞ Ik besef dat ik na de ingreep mijn eet- en leefstijl zal moeten aanpassen om een goed resultaat te krijgen en te behouden. Dit werd mij door de arts en de diëtiste voldoende toegelicht.
- ☞ Ik weet dat er bij sommige patiënten op lange termijn onvoldoende gewichtsdaling bereikt wordt.
- ☞ Ik weet dat ik levenslang geen ontstekingsremmers (meer bepaald NSAID's) mag innemen.
- ☞ Ik weet dat na de ingreep levenslang medische opvolging noodzakelijk is.

Handtekening van de patiënt (voorafgegaan door 'gelezen en goedgekeurd'):

Handtekening en stempel van de arts: