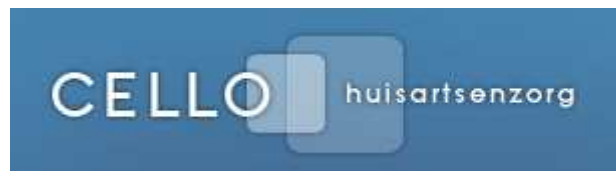


Protocol obesitas



Mw. J. Mentink, student geneeskunde

Drs. W.E. Schrader, huisarts

Drs. D.M. Keesenberg, gezondheidswetenschapper

BMI & buikomvang

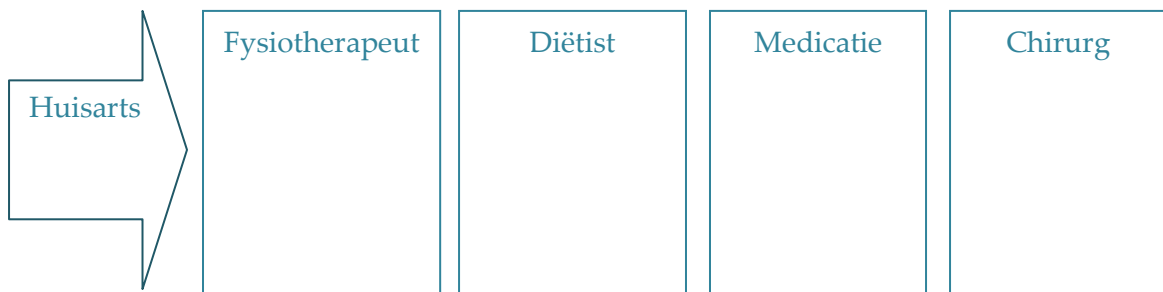
Diagnostiek

- Oorzaken van obesitas
- Risicofactoren & co-morbiditeit

- Eetgedrag (cave binge eating disorder) & algemene voedingsgewoonten
- Leefstijl & lichamelijke activiteit
- Familiehistorie

- Wil en motivatie (locus of control)
- Eerdere pogingen gewicht te verliezen
- Psychologische problemen
- Medicatie gebruik

Behandeling



Gewichtsmanagement

Follow-up

BMI & buikomvang

♦ Gebruik de body mass index (*BMI*) om te classificeren tussen overgewicht of obesitas.

<18,5	ondergewicht	
18,5 – 24,9	normaal gewicht	
25 – 29,9	overgewicht	
30 – 34,9	obesitas niveau I	(hoog risico op comorbiditeit)
35 – 39,9	obesitas niveau II	(erg hoog risico op comorbiditeit)
≥ 40	obesitas niveau III	(extreem hoog risico op comorbiditeit)

♦ Ter aanvulling op de BMI dient de buikomvang gemeten te worden omdat dit een extra indicatie is waarbij een nog groter risico op obesitas gerelateerde comorbiditeiten bestaat.

Vrouwen: 80 cm of meer

Mannen: 94 cm (Aziatische mannen 90 cm) of meer

♦ Preventie van obesitas bij hoog risico patiënten. Zij dienen te worden aangemoedigd gezond te eten, meer te bewegen en “sedentary behavoir” te vermijden (inclusief tv kijken). Adviseer regelmatig zelf te wegen. De inname van fastfood en de consumptie van alcohol dienen zoveel mogelijk vermeden te worden. Vervang hoog energetische producten (inclusief vetrijke producten, sport- en frisdranken) door laag energetische zoals graanproducten, groente, fruit en salades.

Patiënten die proberen te stoppen met roken en/of medicijnen (atypische antipsychotica, bètablokkers, insuline, lithium, tricyclische antidepressiva, sodium valproaat, thiazolidinediones en sulphonylureas) voorgeschreven krijgen die geassocieerd zijn met gewichtstoename vallen ook onder de hoogrisico groep en dienen interventies voor gewichtscontrole aangeboden te krijgen.

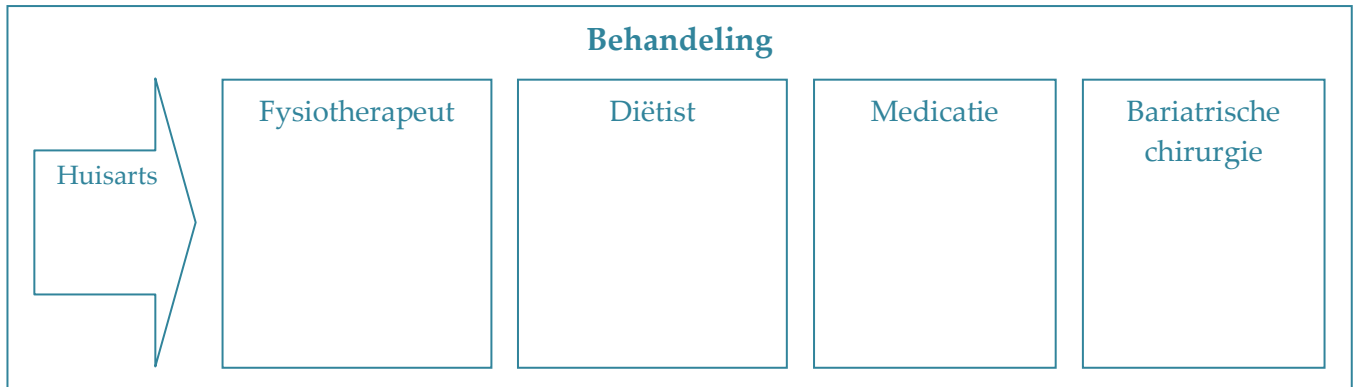
Diagnostiek, zie overzichtspagina.

Bij de keuze en intensiteit van de behandelingen zijn speciaal de volgende factoren van belang:

- comorbiditeit
- risicocategorie (BMI en buikomvang)
- psychosociale omstandigheden
- persoonlijke voorkeur van de patiënt

- ervaringen van behandelingen in het verleden / belemmerende factoren

De beoogde therapie dient zowel gericht te zijn op gewichtsverlies en gewichtsbehoud alsmede op gezondheidswinst. Als de patiënt niet bereid is op korte en lange termijn zijn leefstijl aan te passen of zich niet in staat acht in te zetten gewichtsverlies te bereiken dan overwegen om geen behandeltraject voor desbetreffende patiënt op te zetten.



Fysiotherapeut

Gerichte training van het aerobe systeem welke qua energie verlies gelijk staat aan 1800-2500 kcal/week geeft het beste resultaat op gewichtsreductie. Dit correspondeert aan circa 225-300 min/week beweging op 70-85% van de maximale hartfrequentie. Deze activiteit verhoogd de ademprequentie en lichaamstemperatuur maar wel op zo'n wijze dat comfortabel converseren nog mogelijk is. Bij obese personen kan dit bijvoorbeeld bereikt worden door een levendige wandeling.

Functionele spierkrachttraining dient verder voor de toename van het basale metabolisme en vetvrije massa (spiermassa).

Aangehouden kan worden de verdeling van 5 maal per week 45-60 minuten beweging maar de lichamelijke activiteit mag ook opgesplitst en verdeeld worden over de dag waarbij elke sessie afzonderlijk niet korter dan 10 minuten mag duren. Ook mag er op hogere intensiteit getraind worden zodat het aangewezen verlies van calorieën eerder bereikt word. Patiënten met voorheen een inactieve leefstijl dienen in een aantal weken naar de target toe te werken, het liefst onder supervisie van een fysiotherapeut.

Fysiotherapie wordt aangepast bij obese patiënten die inspanningsbeperkingen hebben als gevolg van (chronische) ziekten. Hierbij is deskundige begeleiding en supervisie van belang. Cave: cor, diffusie- en/of ventilatoire beperking, locus of control, lichaamssamenstelling.

Diëtist

Het is van belang dat de voeding in de fase van het gewichtsverlies 600 kilocalorieën (2,5 MJ) minder bevat dan het dagelijkse energieverbruik om een gewichtsafname van 300-500 gram per week te bereiken. Verminder de inname van hoog energetische producten en vervang deze door laag energetische en proteïnerijke producten. Vermijd ook het gebruik van alcohol, suikerrijke drankjes, producten rijk aan vet en de consumptie van fastfood. Het type dieet mag voor de patiënt persoonlijk en op basis van zijn persoonlijke voorkeur samengesteld worden.

Het is van belang te streven naar 5-15% gewichtsverlies bij BMI 25-30 om cardiovasculaire en metabole risicoreductie te bereiken. BMI >35 dan zijn meestal al comorbiditeiten aanwezig en is het doel van de behandeling deze gunstig te beïnvloeden. Gewichtsverlies van 15-20% is hiervoor minimaal nodig. Cave: diabetes mellitus, obstipatie, verlies spiermassa, oedeem, etniciteit.

Psychotherapeut

Het is te overwegen bij obese personen met een BMI > 30 kg/m² cognitieve gedragstherapie aan een behandeling toe te voegen voor het actief aanleren van nieuwe vaardigheden. Het is gewenst dat cognitieve gedragstherapie de volgende interventies omvat: Zelfmonitoring van voedselinname, stimuluscontrole (aanleren aantrekkelijk ongezond voedsel te vermijden), veranderen van eetgewoontes en cognitieve herstructurering (gericht op het vervangen van negatief denken door positief denken). Verder is het aan te bevelen samen doelen op te stellen waaronder preventie strategieën om een terugval te voorkomen.

'Problem-solving' is een goede aanvulling op cognitieve gedragstherapie voor gewichtsstabilisatie

Het wordt aanbevolen partners en/of gezinsleden te betrekken bij de behandeling omdat met support van omgeving betere resultaten te bereiken zijn.

Medicatie

Wanneer serieuze leefstijlinterventies leiden tot beperkt gewichtsverlies (< 5% in een jaar) kan medicamenteuze therapie worden overwogen. Dit geldt enkel voor gevallen waar ook fysiotherapie, verandering van dieet en leefstijl bij van toepassing is.

Medicamenteuze alternatieven zijn: orlistat of sibutramine. De literatuur over de effecten van farmacologische interventie met de nu beschikbare middelen laat betrekkelijk geringe effecten zien op lichaamsgewicht en risicofactoren voor diabetes mellitus en cardiovasculaire ziekte. Bovendien zijn er vraagtekens bij de veiligheid van enkele producten.

Terughoudendheid met het voorschrijven van medicamenten uit het huidige arsenaal is derhalve aangewezen.

Bariatrische chirurgie

Beschouw dit als deel van het algehele klinische plan. Het is te overwegen bij patiënten waarbij de volgende drie factoren aanwezig zijn en waarbij de kosten en baten van de een chirurgische behandeling tegen elkaar opwegen.

◆ BMI >35

◆ Eén of meer ernstige comorbiditeiten zijn aanwezig (mobiliteitsproblemen, diabetische complicaties en arthritus) en zullen naar verwachting betekenisvol klinisch verbeteren na gewichtsreductie.

◆ Er is met een gestructureerd gewichtsverlies programma (fysiotherapie, dieet, psychologische interventie en farmacotherapie) geen significant resultaat behaald ten gunste van aanwezige comorbiditeiten.

Als besloten wordt tot bariatrische chirurgie over te gaan is een specialistisch psychologisch of psychiatrisch advies nodig om te beslissen welke patiënten gebaat zullen zijn bij een uitgebreide voorlichting vooraf en een uitgebreide follow-up. Een uitgebreide voorgeschiedenis van disfunctionele eetgewoonten of interventies daartegen, BED (binge eating disorder), psychologische problemen en/of depressie hoeven niet gezien te worden als absolute contra-indicaties voor bariatrische chirurgie.

Revisiechirurgie (als de originele operatie is mislukt) wordt alleen uitgevoerd in gespecialiseerde centra door chirurgen met uitgebreide ervaring vanwege het hoge risico op complicaties en sterfte.

Gewichtsmanagement

Verschillende fases zijn in dit proces te onderscheiden.

- ◆ Primaire preventie van excessieve gewichtstoename
- ◆ Gewichtsverlies (circa drie tot zes maanden)
- ◆ Preventie terugkeer naar oude gewicht (circa drie tot zes maanden na gewichtsverlies fase)
- ◆ Optimaliseren gezondheid en kans op ziekte verminderen ongeacht het wel of niet bereiken van gewichtsverlies.

Breng de patiënt op de hoogte van de gezondheidswinst die zelfs met een geringe gewichtsreductie te bereiken valt. Deze zijn:

- ◆ Verbetering van lipiden profiel en bloedsuiker
- ◆ Verlaging van bloeddruk
- ◆ Vermindering van het risico op het krijgen van diabetes
- ◆ Verminderde mortaliteit bij o.a. kanker en diabetes
- ◆ Minder osteoartritis geassocieerde beperkingen
- ◆ Verbeterde longfunctie bij astma patiënten

Follow-up