

Metabool syndroom

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 wordt 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.

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



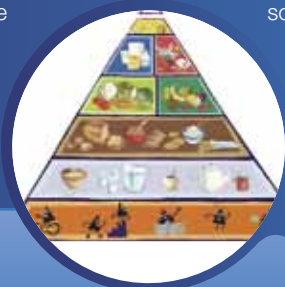
Er is een agressieve aanpak van de verschillende factoren nodig om veranderingen te vermijden. Dit betekent veranderen van levensstijl en vaak heel wat pillen. Belangrijke gewoonteveranderingen zijn het nemen van een gezonde voeding en beperkte alcoholinname, die in combinatie met 3 à 4x per week een 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 de 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 heekunde, 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 veranderingen 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! ■

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 geopteerd voor een individuele begeleiding door een voedingsdeskundige-diëtiste. 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.



Er wordt niet gewerkt met de zogenaamde crashdiëten (bloedgroepdieet, koolsoepdieet) die een jojo-effect kunnen veroorzaken. Het is de bedoeling om een geleidelijke, maar blijvende gewichtsafname te bereiken. 5-10% van je huidig lichaamsgewicht verliezen in 6-12 maanden beperkt reeds de gezondheidsrisico's.

Er is ruime evidentie voor repetitieve en gepersonaliseerde begeleiding, liever dan éénmalig, niet concreet advies. Dit geeft de beste garantie op langdurig resultaat.

Ondanks de theorie, welke duidelijk is en suggereert dat het eenvoudig is om dit gewichtsverlies te bereiken, is het vaak een zeer moeilijke opdracht voor elke die ervoor staat. Het is immers onvoldoende om gedurende een korte tijd je best te doen. Het vraagt een drastische en blijvende verandering van onze levensstijl in een maatschappij die op alle mogelijke manieren het tegenovergestelde probeert. Het is dus belangrijk om steeds begripvol te zijn en ondanks soms een mindere periode, blijvend aanmoedigend te werken. ■

Dieetafdeling Sint-Andriesziekenhuis
Telt

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 coxartrose, 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 aërobie conditietraining en krachttraining gedaan. Daartoe wordt gebruik gemaakt van (recent vernieuwde) hometrainers, stepstoel, loopband, krachtstoel,...

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 heekunde.

Dr. Gretel Descheemaeker
Dienst fysiotherapie en revalidatie
gretel.descheemaeker@sintandriestiel.be



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.

Boulimia 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 obesitasgreep. ■

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



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).



Maagballon

Een andere behandeling bij de hierboven beschreven patiëntengroep is het Orbera IntraGastric 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% ophopen. 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. ■

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

