



Prof. dr. Eric Hazebroek

Obesitas is een chronische aandoening

Niet iedereen ontwikkelt obesitas. Bariatrische ingrepen hebben niet bij iedereen hetzelfde effect. Hoe komt dat? Eric Hazebroek, bariatrisch chirurg en hoogleraar wil het weten, hij leidt een groot aantal onderzoeken naar voeding en overgewicht. “Om medische kennis en kennis van voeding bij elkaar te brengen in de behandeling van obesitas.”

van de snelheid waarmee voedsel door een verkleinde maag gaat, de invloed van leefstijl of nieuwe voedingspatronen? Welk effect heeft dit op (blijvend) gewichtsverlies? Hazebroek begeleidt meerdere onderzoekers op dit gebied. Onder hen Laura Heusschen die op 31 mei promoveerde op een studie naar de voedingstatus na bariatrische chirurgie. Verderop in deze editie van Voeding Nu staat een inhoudelijk artikel over de bevindingen uit haar proefschrift.

Ontwikkeling

Naast hoogleraar aan de WUR is Hazebroek werkzaam als bariatrisch chirurg bij Vitalys, een onderdeel van ziekenhuis Rijnstate in Arnhem. Daar behandelt hij, samen met zijn collega's, jaarlijks meer dan 1500 patiënten met (morbide) obesitas.

“Na mijn studie in Rotterdam heb ik me in Australië gespecialiseerd in slokdarm- en maagoperaties. Mede omdat ik dit technisch heel interessant vind en omdat er op dit terrein nog heel veel onbekend is. Het is echt een gebied in ontwikkeling. Toen ik ruim twintig jaar geleden in opleiding was, plaatsen we vooral maagbanden als behandeling van obesitas. Inmiddels weten we dat die operaties veel minder succesvol zijn dan de gastric bypass en gastric sleeve die we tegenwoordig uitvoeren. Daar zijn we steeds beter in geworden”, aldus Hazebroek.

Landelijk worden er, verspreid over achttien ziekenhuizen, jaarlijks ongeveer twaalfduizend van dergelijke operaties uitgevoerd en geregistreerd in een database. Het doel van de registratie: kwaliteitscontrole, kijken wat er

Een risicoprofiel, waarmee bijvoorbeeld in het bloed kan worden aangetoond hoe groot de kans is dat een persoon obesitas zal ontwikkelen en op basis van dat genetische profiel een bepaalde behandeling of medicijnen voorschrijven. Preventief handelen, met voedingsadvies en pillen, veróórdat iemand (morbide) obesitas heeft ontwikkeld. Als het aan prof. dr. Eric Hazebroek, hoogleraar Nutrition & Obesity Treatment aan de afdeling Humane Voeding en Gezondheid van Wageningen University & Research (WUR) ligt, gaat het zeker zover komen. “Natuurlijk, dit is toekomstmuziek. Maar misschien kunnen we op termijn wel bepaalde voedingstypes modifieren die gezonde bijwerkingen hebben.”

Het wetenschappelijk onderzoek onder leiding van Hazebroek richt zich voornamelijk op de invloed van voeding bij de behandeling van ernstig overgewicht. Veel is inmiddels bekend, maar veel meer nog niet. Zoals: wat is het effect van specifieke vitamine supplementen, welke rol spelen medicijnen, wat is het gevolg

► Eric Hazebroek

Geboren: 1971 in Leiden

Woont in: Zeist

Werkzaam als: chirurg bij Vitalys en hoogleraar Nutrition & Obesity Treatment WUR

Opleiding: geneeskunde Erasmus Universiteit Rotterdam

Vrije tijd: zwemmen, fietsen, muziek



gebeurt met de patiënten, vergelijkingen maken. Registraties van het gevolg van gecombineerde leefstijlinterventies en medicijnen zijn er nog niet. Evenmin als de uitkomst van medicijngebruik om af te vallen op lange termijn. “Wie verdraagt wat en wie niet? Dat moet je in kaart brengen om te kunnen zien wat het succespercentage is. Het liefst zou ik zien dat alle obesitasbehandelingen gemonitord worden.”

Inmiddels heeft meer dan de helft van de Nederlandse bevolking overgewicht, en ook wereldwijd neemt (morbide) obesitas hand over hand toe. Dat leefstijl de trigger is, mag volgens Hazebroek duidelijk zijn. “Dus preventie is hartstikke belangrijk. Het aanbod van ongezonde producten moet worden aangepakt. Maar het gaat niet alleen om die producten. Niemand wordt te dik voor de lol. Daar zit veel meer achter. Vaak zijn het

schrijnende problemen zoals misbruik, pesten en armoede. Toch vinden sommige mensen een operatie echt belachelijk. Zij zeggen: eigen schuld, dikke bult, had je maar niet zoveel moeten eten. Ik vind dat gek. Als iemand een hartinfarct krijgt, zeg je toch ook niet: had je maar niet zo ongezond moeten leven. Bij overgewicht speelt blijkbaar een andere perceptie, daar ben ik het niet mee eens. Het laatste wat je moet doen is stigmatiseren.”

Optimale behandeling

Voor een grote groep mensen met ernstig overgewicht volstaat voedingsadvies en aanpassingen in de leefstijl niet. Dat leidt uiteindelijk tot diverse aandoeningen zoals diabetes, onvruchtbaarheid of hart- en vaatziekten. “Voor die groep moet je zorgen dat je een optimale behandeling kunt bieden en dat is een maagverkleining. De meerderheid van de mensen die een gastric bypass of

sleeve hebben gekregen, slaagt erin om op lange termijn een gezond gewicht te behalen en te behouden.” Niet iedereen komt overigens in aanmerking voor bariatrische chirurgie. Grofweg 80 procent van de mensen die in aanmerking komen kunnen direct starten met het operatietraject. Van de overige 20 procent krijgt een deel het advies om eerst nog wat te ondernemen, bijvoorbeeld aanpassingen te doen aan het voedingspatroon of leefstijl. Zo’n 10 procent wordt definitief afgewezen. “Een operatie is absoluut een levensveranderende ingreep. Maar het is geen quick fix. Een patiënt moet altijd zijn best blijven doen om het gewicht op peil te houden. Niet iedereen kan dat. Voor de een is dat gemakkelijker dan voor de ander. Hoe dat precies komt, weten we nog niet. Mogelijk dat je met bepaalde aanpassingen van de operatie invloed kunt uitoefenen op het resultaat, bijvoorbeeld door

een stuk darm langer of korter te maken, dat onderzoeken we nu. We weten wel dat obesitas niet zomaar ontstaat door te veel eten en te weinig bewegen. Het is veel ingewikkelder, er spelen genetische factoren mee, darmbacteriën, stress, medicatie. Dat los je niet zomaar op met een en dezelfde techniek. Daarom proberen we de behandelingen steeds verder op maat te maken. Een deel van

de mensen kan baat hebben bij medicijnen die leiden tot gewichtsverlies. Maar er is een groep waarbij dat onvoldoende werkt, zij hebben een operatie nodig.”

Hulpmiddel

Het gewichtsverlies is ongeveer anderhalf jaar na een maagverkleining het grootst. Daarna komt komen er meestal weer wat verloren kilo’s aan. Dat is een normale reactie van het lichaam. Hazebroek: “Door de operatie verandert het honger- en verzadigingsgevoel waardoor je uiteindelijk minder voedsel tot je neemt. Overigens blijft de operatie een hulpmiddel, en het vasthouden van een gezonde leefstijl is erg belangrijk. Obesitas is een chronische aandoening waar patiënten levenslang tegen moet knokken. Voor de een kost dit meer moeite dan voor de ander. Naast leefstijl spelen heel veel verschillende factoren een rol, denk bijvoorbeeld aan gewichtstoename door de overgang en medicijngebruik.”

Supplementen

Door de veranderde opname van voeding kunnen na de operatie bepaalde voedingsstoffen ontstaan. Dat kan leiden tot bijvoorbeeld bloedarmoede, osteoporose of ondervoeding. Patiënten zullen daarom vitaminesupplementen moeten gebruiken. Er zijn inmiddels geoptimaliseerde supplementen ontwikkeld met speciale doseringen vitamine D, B12 en ijzer om tekorten te voorkomen. En omdat er bij ouderen meer risico bestaat op botontkalking, wordt hen

geadviseerd meer calcium te gebruiken naast de gezonde kleine porties voeding. Mensen die geopereerd zijn krijgen vanuit het ziekenhuis vijf jaar begeleiding. De eerste anderhalf jaar is dat heel intensief. Daarna wordt de frequentie afgebouwd naar jaarlijkse controles en vervolgens overgedragen aan de huisarts.

Registratie

Een specifieke groep die wij bij Vitalys beter in kaart willen brengen zijn vrouwen met een kindwens na bariatrische chirurgie. Tijdens de zwangerschap die na de operatie ontstaat, is de kans op tekorten aan vitamines en mineralen niet onaanzienlijk. En het is de vraag wat hiervan de gevolgen zijn voor het kind. “We weten nog niet wat de mogelijke doorwerking is van bariatrische chirurgie tijdens en na de zwangerschap. Niet alleen voor wat betreft de kans op tekorten voor moeder voor maar ook niet voor het kind op de langere termijn. Daarom zijn we begonnen met studies om de vitamienestatus van deze vrouwen in kaart te brengen. Verandert dat tijdens de zwangerschap? Daarnaast willen we samen met diverse ziekenhuizen een groot cohort opstellen over de vraag: hoe ontwikkelt het kind zich? Heeft de nakomeling (later) kans op tekorten, of op aanleg voor obesitas? Dat weten we nog niet. Er zijn al wel kleine studies gedaan naar kinderen met een laag geboortegewicht of vroeggeboorte maar we weten nog niet of dat met elkaar gerelateerd is. We willen die groep in kaart brengen om er beleid op te gaan maken.”

Het liefst zou Hazebroek van elke patiënt vooraf een risico-inschatting maken voor een specifieke behandeling; aanpassing van de leefstijl, medicijnen, direct opereren of een combinatie maar vooral: op maat. “Nu worden patiënten in feite in een mal gegooid, je krijgt het een of het ander. Ik zou graag zien dat we gerichter kunnen typeren. Op die manier kunnen we zorgen dat iedereen de beste behandeling krijgt. ●

“
Meerderheid slaagt er na de operatie in, op lange termijn een gezond gewicht te behouden