



Dokter Luc Lemmens

Algemene Heelkunde & Obesitaschirurgie

De GASTRIC BYPASS



De **gastric bypass** of **maagbypass** of **maagkortsluiting** is één van de heelkundige technieken voor de behandeling van **ziekelijke zwaarlijvigheid**.

Naast de zuiver restrictieve technieken, zoals de maagband, en de hoofdzakelijk malabsorptieve technieken, zoals de biliopancreatische derivatie van Scopinaro, betreft het hier een **gecombineerde techniek**.

Zoals bij de zuiver restrictieve ingrepen als de aanpasbare maagband gaat het ook bij deze ingreep hoofdzakelijk om een beperking van de voedselinname met slechts een beperkte verminderde vertering. De resultaten op lange afstand zijn echter duidelijk beter dan bij de zuivere restrictieve ingrepen. Aan de basis hiervan liggen de verminderde voedselinname, een verminderd honger gevoel en het bestaan van “dumping”(onwel gevoel) bij inname van suikers.

De techniek

Deze ingreep gebeurt in praktisch alle gevallen via een laparoscopische ingreep of een **kijkoperatie**. Via kleine insneden van 0,5 tot 1 cm worden 5 tot 7 trocarters (werkkanalen) ingebracht.

Een klein maagzakje van ongeveer 15 ml wordt afgescheiden van de maag en met nietjes gesloten. Er wordt bij deze techniek geen stuk van de maag of van de dunne darm weggenomen!

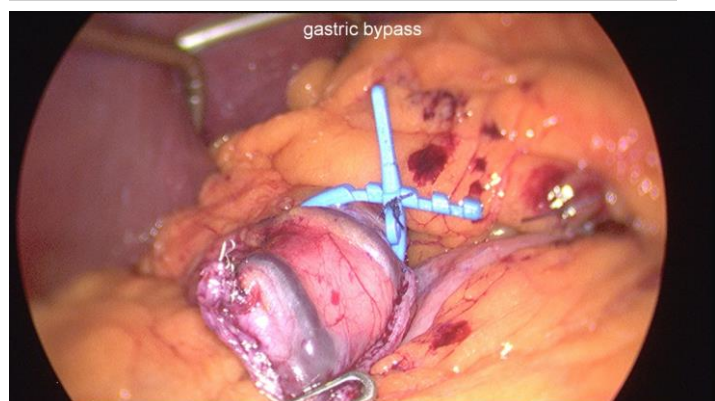
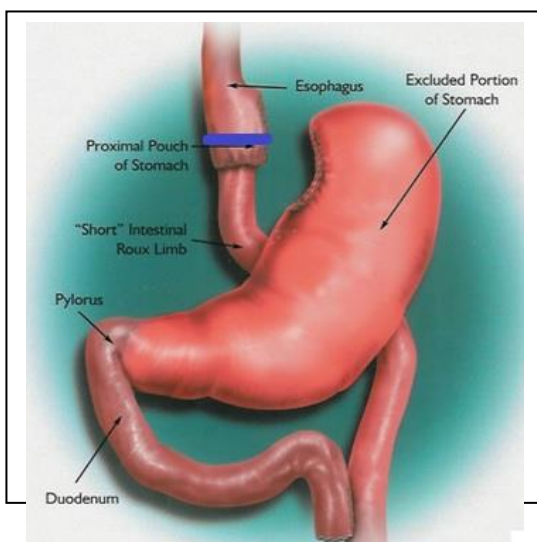
De dunne darm wordt dan doorgesneden op 50 cm van het begin van de dunne darm. Het onderste deel van de dunne darm wordt dan met het kleine maagzakje verbonden. Dit kan gebeuren met nietjes of gehecht met draad. Het bovenste deel van de dunne darm wordt dan terug verbonden met het andere deel op 100 cm van de maag. De chirurg kan beslissen om de lengte van de darmsegmenten aan te passen.

Door deze montage wordt de maag en de twaalfvingerige darm overbrugd (gebypassed) zodat hier geen voedsel meer passeert. Het voedsel wordt pas opnieuw gemengd met maag-, gal- en pancreassappen waar de 2 dunne darmlissen terug bij mekaar komen.



De “banded” gastric bypass

Zoals bij andere vermageringsoperaties zien we ook bij deze operatie een gewichtstoename bij een aantal patiënten. Naast patiëntgebonden oorzaken (snoepen, te frequente maaltijden, e.a.) ligt een uitzetting van het maagzakje en vooral van de dunne darm, die op het maagzakje staat, aan de basis van deze gewichtstoename. Door het plaatsen van een **ring (Minimizer ring)** op het maagzakje hopen we een vroegtijdige uitzetting te voorkomen. Dit ringetje heeft niets te maken met de gekende aanpasbare maagband. Het is een fijne ring die op het maagzakje geplaatst wordt, 2 cm boven de dunne darm. In 2017 hebben we een ervaring met meer dan 1.500 patiënten met een “banded” bypass over meer dan 10 jaar. In deze groep dienden we nog niemand opnieuw te opereren omwille van gewichtstoename. In de groep zonder ring diende al tussen de 5 en de 10 % opnieuw geopereerd te worden wegens gewichtstoename. Verdere studies hierover zijn lopende, ook in andere centra.



Werkingsmechanisme

De gastric bypass werkt hoofdzakelijk door een verminderde voedselinname (restrictie). Dit wordt op verschillende manieren bekomen.

1. Snel volheidgevoel: het kleine maagzakje veroorzaakt een snel volheidgevoel wat de voedselinname afremt.
2. Verminderd hongergevoel: het hongergevoel is sterk afgenomen. Dit wordt uitgelegd doordat het maagzakje is afgescheiden van de maag waardoor er een verminderde productie van hongerhormoon (ghelines) zou ontstaan.
3. Dumping syndroom: dit is een onbehaaglijk gevoel dat wordt uitgelokt doordat het voedsel van het kleine maagzakje rechtstreeks in de dunne darm terecht komt. Vooral suikers en te snel eten gaan dit gevoel uitlokken. Deze dumping weerhoudt vele patiënten er van om te gaan snoepen, wat een van de redenen van gewichtstoename is na de zuivere restrictieve ingrepen als de maagband en de gastroplastie. Dit dumping syndroom is verschillend van één patiënt tot een andere en lijkt ook af te nemen in de jaren na de ingreep.

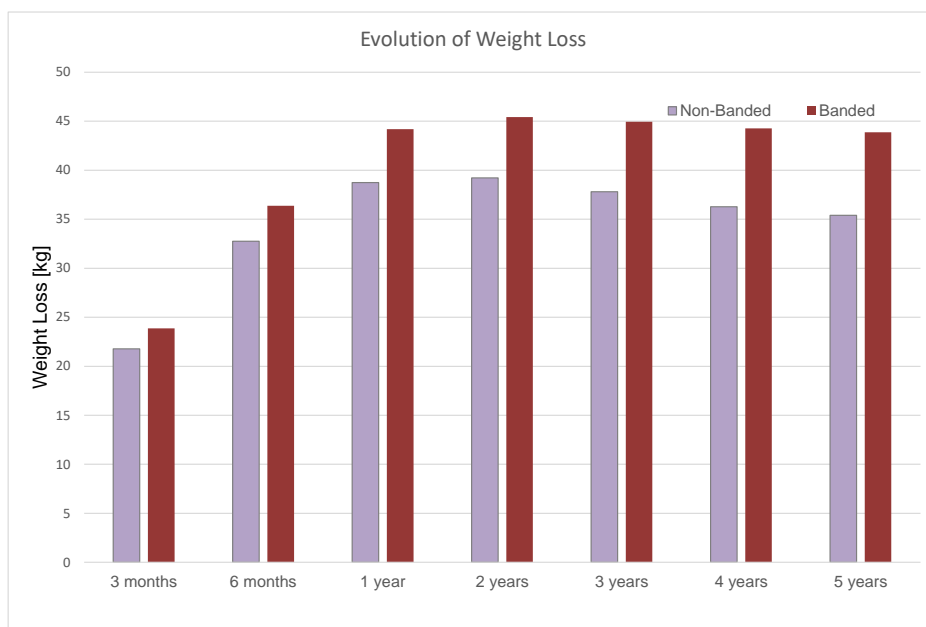
Resultaten

Gewicht

Studies van grote reeksen patiënten hebben aangetoond dat één jaar na de ingreep gemiddeld 77 % van het overgewicht is verdwenen. Bij een patiënt met een overgewicht van 50 kg betekent dit bij voorbeeld een gewichtsverlies van 38 kg na 1 jaar.

Na 10 jaar bestaat er nog steeds een gemiddeld verlies van overgewicht van 60 %. Dit zou hoofdzakelijk te maken hebben met het voedingspatroon van de patiënten en kan zodoende individueel zeer verschillend zijn.

Evolutie van gewichtsverlies na een gastric bypass

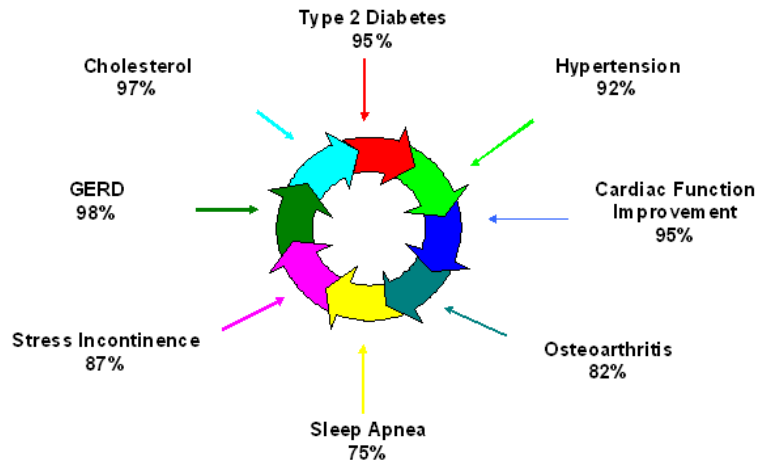


Deze grafiek vergelijkt de resultaten na een gastric bypass met en zonder ring. De standaard gastric bypass heeft na 5 jaar nog aanvaardbare resultaten, maar de bypass met ring doet het duidelijk beter met een stabiel gewichtsverlies.

Andere gunstige effecten

Meer dan 90 % van de co-morbiditeiten (aandoeningen ten gevolge van de zwaarlijvigheid) verdwijnen of verbeteren dank zij deze ingreep, zoals hoge bloeddruk, type II suikerziekte, rugpijn, slaapapnoe, depressie en andere.

Opgeloste of verbeterde co-morbiditeiten na de Gastric Bypass



Mogelijke nevenwerkingen en complicaties

De meeste van deze verwikkelingen kunnen zich voordoen na eender welke chirurgische ingreep maar worden hier nog eens opgesomd.

Deze kunnen we onderverdelen in vroegtijdig en laattijdig.

1. Vroegtijdige complicaties

- In de buikholte

Een naadlekkage is de meest gevreesde complicatie na deze ingreep (1 tot 3 %).

Bij de andere complicaties vermelden we nog een mogelijke bloeding, een verwonding van een buikorgaan, een wondinfectie en een obstructie of passagehinder ter hoogte van het maagdarmsstelsel.

Hoewel het risico klein is kan deze toch belangrijke gevolgen hebben: nieuwe operatie, infectie van de buikholte met abcesvorming, verlengde hospitalisatie en uitzonderlijk overlijden.

- Algemeen

Meest gevaarlijk is de trombose (bloedklonters) in de aders van de onderste ledematen. Deze klonters kunnen loskomen en een longembolie veroorzaken. In zeldzame gevallen kan deze de dood tot gevolg hebben. Hoewel er verschillende preventieve maatregelen worden getroffen kan deze verwikkeling niet volledig worden uitgesloten.

Andere verwikkelingen zijn longinfectie, longoedeem, hartritmestoornissen en eventueel hartaanval, urineweginfecties, en andere.

- Overlijden na een ingreep bedraagt **minder dan 0,2 %**.

2. Laattijdige complicaties en nevenwerkingen

a. Dumping syndroom

Dumping is in de meeste gevallen enkel een onbehaaglijk gevoel dat wordt uitgelokt door het eten van te veel suikers en te snel eten. Deze dumping weerhoudt vele patiënten er dan ook van om te gaan snoepen. Dumping draagt in de meeste gevallen bij tot een beter gewichtsverlies met tevens het behoud van dit gewicht en wordt dan ook niet beschouwd wordt als een ernstig risico voor de gezondheid. In zeldzame gevallen kunnen de gevolgen echter uiterst onaangenaam zijn: misselijkheid, transpiratie, flauwvallen en diarree na het eten.

b. Obstructie

Ten gevolge van vergroeiingen in de buik die zich bij om het even welke ingreep in de buik kunnen voordoen kan de normale darm doorgang soms worden belemmerd. Soms is een ingreep nodig om deze vergroeiingen los te maken.

c. Galstenen

Na de operatie bestaat een verhoogde kans op het ontwikkelen van galstenen. We trachten dit te voorkomen door medicatie toe te dienen voor de periode van 1 jaar. Sommige patiënten verkiezen daarom om de galblaas tijdens de ingreep mee te laten verwijderen gezien na deze ingreep de galblaas geen nut meer heeft.

d. IJzer, foliumzuur, vitaminen en mineralen tekorten

Deze tekorten kunnen zich voordoen, voornamelijk tijdens de periode dat je vermagert. Op regelmatige tijdstippen wordt een bloedonderzoek verricht om eventuele tekorten op te sporen. Vitamines worden best van in het begin genomen. Chronische bloedarmoede kan optreden door een tekort aan ijzer, vit B12 en foliumzuur. Afhankelijk van de resultaten van het bloedonderzoek kunnen ijzer, foliumzuur, vit B12, calcium, Vit D en andere worden voorgeschreven.

d. Haarverlies

Haarverlies treedt vaak op bij snel vermageren. Ongeveer de helft van alle patiënten ondervinden dit in meer of mindere mate het eerste jaar na de ingreep. Het haarverlies is echter tijdelijk en nooit volledig.

e. Vernauwing aan de uitgang van de maag

Zelden kan de nieuwe maaguitgang vernauwen en aanleiding geven tot overmatig braken. Oprekken van de vernauwing via gastroscopie kan dit in de meeste gevallen oplossen. Zelden is een nieuwe operatie noodzakelijk.

e. Littekenbreuk

Alhoewel dank zij de kijkoperatie de kans op een littekenbreuk zeer klein is blijft een kleine breuk op een steegat toch mogelijk. Een breuk wordt heelkundig hersteld.

f. Maagzweer

Een zweertje in de buurt van de nieuwe maaguitgang kan zelden optreden. Dit kan meestal worden behandeld met medicatie die de zuurproductie in de maag afremt.

g. Gewichtstoename na de ingreep

Hiervoor kunnen een aantal redenen zijn:

- Uitzetten van de nieuwe maag (maagzakje)
Als de nieuwe maag stelselmatig wordt overvuld zal ze geleidelijk uitzetten en zal de hoeveelheid voedsel dat je kan eten tijdens een maaltijd toenemen.
- Uitzetting van de maaguitgang en van de dunne darm die op de maag zit

Dit kan tot gewichtstoename leiden doordat de maag sneller kan ledigen en het verzadigingsgevoel minder lang bestaat waardoor je dus meer gaat eten. Dit is ook de reden waarom we een “banded” bypass aanraden (zie techniek)

- Ongecontroleerde inname van suikers
Dit kan ontstaan bij verdwijnen van het dumping gevoel.

De boodschap blijft ook hier de voedselinname zo goed mogelijk onder controle te houden. Dit zal bijdragen tot een beter resultaat en goed voelen lange tijd na de ingreep.

Vorbereiding vóór de operatie

Intake gesprek

Tijdens het eerste gesprek krijgt u een uitgebreide uitleg over de meest uitgevoerde vermageringsoperaties met hun voor – en nadelen. Tevens wordt uitleg gegeven over de uit te voeren onderzoeken. Deze zijn noodzakelijk om uw gezondheidstoestand na te gaan en om in aanmerking te komen voor terugbetaling. De nodige papieren worden hiervoor meegegeven.

Onderzoeken vóór de ingreep

- Uitgebreid bloedonderzoek
- Radiografie van de longen
- Onderzoek bij de maag-darm specialist:
 - o Echografie om o.a. de leververvetting te beoordelen
 - o Gastroscopie (onderzoek van de maag met een soepele buis via de mond). Dit onderzoek gebeurt meestal onder “sedatie” (oppervlakkige verdoving) en zelden onder algemene verdoving.
- Consult bij de psycholoog
- Consult bij de anesthesist
- Consulten bij de cardioloog, longarts en endocrinoloog worden enkel gevraagd indien nodig.

De voeding vóór de operatie

Eiwitrijk en koolhydraat arm dieet

Door middel van een koolhydraat arm en eiwitrijk dieet, dient de patiënt over een tijdsspanne van 2 tot 3 weken voor operatie tussen de 5 en 10 kg af te vallen. Dit dieet is van groot belang vooral in geval van een grote lever door de vervetting. Hierdoor krimpt de lever waardoor de chirurg een veel beter zicht krijgt op het operatieveld. Ook het binnenvet gaat krimpen. Hierdoor worden de risico's een heel stuk kleiner.

Dit dieet wordt uitgelegd bij het intake gesprek en door de firma tijdens telefonisch contact.

Praktische informatie in verband met de opname en verblijf in ons ziekenhuis

1. Opname

De opname is meestal voorzien de avond (16 uur) van de dag vóór de ingreep. De anesthesist komt u, indien mogelijk, nog eens bezoeken.

Een eerste onderhuidse inspuiting als voorzorg tegen trombose wordt toegediend.

Er wordt u gevraagd de avond vóór de ingreep nuchter te blijven vanaf middernacht.

2. Dag 0: dag van de ingreep

Een uur vóór de ingreep wordt u met het bed naar het operatiekwartier gebracht. Daar wordt u door de verpleegkundige van het operatiekwartier opgevangen en naar de operatiezaal gebracht. Na het prikken van een infuus in de arm wordt u dan door de anesthesist in slaap gebracht.

Deze ingreep duurt meestal een klein 1 uur. Hoewel er volgens afspraak gestart wordt met een kijkoperatie is het mogelijk dat deze aanpak onmogelijk blijkt. Uw arts zal dan in zeldzame gevallen beslissen tot een open procedure.

Na ontwaken uit de narcose wordt u naar de ontwaakafdeling gebracht waar u verder onder toezicht kunt wakker worden. Na het ontwaken, kunt u pijn voelen in de schouders als gevolg van het opblazen van de buik tijdens de ingreep. Tevens kan er een spanningsgevoel bestaan in de buikwand en pijn ter hoogte van sommige steekgaten. De pijn is meestal licht en verdwijnt spontaan na enkele dagen, maar sommige patiënten kunnen toch nood hebben aan pijnmedicatie. Wanneer u goed wakker bent wordt u naar de kamer gebracht. Dit is meestal 3 tot 4 uur na de ingreep.

3. Dag 1

Deze dag wordt er nog op de dienst radiologie een controle foto gemaakt na het drinken van een kleine hoeveelheid contrastmiddel. Dit onderzoek bevestigt dan de goede doorloop van het contrast door de maag. Vroegtijdige mobilisatie wordt aangeraden met verlaten van het bed en rondwandelen in de kamer.

Voorzichtige vloeistofinname wordt dan toegestaan. Afhankelijk van de wens de patiënt kan dezelfde dag nog gestart worden met vloeibare voeding (bvb. yoghurt)

4. Dag 2: terug naar huis

Indien verder alles goed verloopt met aanvaardbare pijn en voldoende mogelijkheid tot inname van vloeistof en voeding, mag u de dienst verlaten. Een diëtiste komt nog uitleg geven aangaande de evolutie van voedselinname voor de volgende weken. Een lijst wordt meegegeven.

Indien u zich nog onvoldoende fit voelt of één of ander probleem zou vertonen is het aan te raden 1 of meerdere dagen langer in het ziekenhuis te blijven tot alles onder controle is en u zonder risico's de dienst kan verlaten.

Richtlijnen bij ontslag uit het ziekenhuis

1. Bij ontslag ontvangt U volgende zaken:

- een brief voor de huisarts met hierin tevens een verslag over de operatie en richtlijnen voor de verdere opvolging. In veel gevallen wordt deze brief elektronisch verstuurd.
- een voorschrift met de volgende medicatie :
 - **Motilium tabletten** : in te nemen 15 min. vóór de maaltijd als hulp bij de vertering.
 - **Omnivit bruis.** : 1 dosis per dag (vitamine)
 - **Pantomed 20**: 1 capsule per dag gedurende 3 maanden voor bescherming van de maag.
 - **Clexane 80** . Dit wordt 1 maal per dag onderhuids ingespoten gedurende nog 10 tot 20 dagen en wordt best gedaan in samenspraak met de huisarts.
- een labo-blad: enkele dagen vóór de eerste controleraadpleging dient een bloedonderzoek te worden uitgevoerd (best via de huisarts). De resultaten kunnen rechtstreeks aan ons worden opgestuurd of meegebracht. Het is het veiligst dat u deze uitslagen ophaalt bij de huisarts en meebrengt naar de consultatie.
- een dieetblad : vóór het ontslag wordt hierover door de diëtiste uitleg verschaft. Het betreft een maag-sparend dieet: vloeibare voeding gedurende 2 weken, nadien gepureerd voor nogmaals 2 weken. Nadien mag voorzichtig worden opgebouwd. Kleine maaltijden met goed kauwen, blijven belangrijk. Vermijd tevens suikers!

2. Medicatie

Vitamines

Een multivitamine-multiminerale preparaat van minstens 100% dagdosis dient dagelijks en best levenslang ingenomen te worden. Bloedcontroles na de operatie moeten controleren of deze supplementen voldoende zijn. Dit gebeurt 2 maal het eerste jaar en daarna jaarlijks of op indicatie.

Suiker verlagende medicatie

Het gebruikelijke schema wordt meestal gehalveerd op het moment dat de patiënt met het voorbereidend dieet begint. Na operatie kan meestal ditzelfde schema aangehouden worden. Maar ook na ontslag blijft dit een belangrijk, door huisarts of behandelende specialist, op te volgen punt. Een afnemend lichaamsvolume, hormonale veranderingen en een gewijzigd aanbod en opname van voedsel, zorgen dat deze medicatie vaak nog verder afgebouwd moet worden. Hoe snel dit gebeurt, is bij iedere patiënt verschillend. Vandaar het belang van een regelmatige controle.

Bloeddruk verlagende medicatie

Ook deze medicatie moet na operatie vaak afgebouwd worden. Ook hier is regelmatige controle bij huisarts of behandelende specialist aangewezen

Ontstekingsremmers

Deze moeten levenslang vermeden worden. Ontstekingsremmers tasten de slijmvliezen van de maag aan en kunnen ulceraties of maagperforatie veroorzaken. Indien echt nodig, kan kortdurend (maximaal een week) en in combinatie met goede maagbescherming (PPI's), een uitzondering op deze regel gemaakt worden.

Overige medicatie

Deze meeste overige medicatie kan in de gebruikelijke dosis verder ingenomen worden. Soms wordt in overleg met ons apotheek gezocht naar een alternatief voor grote tabletten, die tijdens de vloeibare fase (eerste 3 weken na operatie) best vermeden worden.

Roken

Roken dient best levenslang vermeden te worden. Roken verhoogt sterk het risico op maagzweren en zelfs maagperforatie.

3. Wondverzorging.

- Bij het ontslag wordt het **verband** nagekeken en vernieuwd indien noodzakelijk. Indien er geen problemen zijn mag dit verband ter plaatse gelaten worden en 2 weken na de ingreep verwijderd worden door de huisarts, uzelf of bij ons op de consultatie.
- Indien het verband afgedekt is met een speciale doorschijnende folie mag U hiermee onder de douche, anders moet het verband droog gehouden worden.
- Indien er problemen bestaan met de wonde, steeds uw huisarts of Dr. L. Lemmens verwittigen.
- **Sport** (o.a. zwemmen) en **zware inspanningen** worden best gemeden gedurende de eerste 3 tot 6 weken. Het is echter aan te raden zo snel mogelijk in beweging te komen en lichte inspanningen te leveren voor zover uw conditie het toelaat. Nadien is sport zeer aan te raden om uw spiermassa te versterken.
- **Zonnebaden** (en zonnebank) is toegelaten. Het operatielitteken wordt best gedurende 3 maanden afdekt om eventuele hyperpigmentatie te voorkomen.

4. Verdere controles na de ingreep.

- Er wordt U gevraagd een **afspraak** te maken met Dr. L. Lemmens voor de 2^{de} of 3^{de} week na het ontslag op één van de consultatieplaatsen van de dokter, welke voor U het beste lijkt.
- Een **bloedafname** is verder noodzakelijk om de 6 maanden vooral in de 2 eerste jaren. Ook nadien is een regelmatige bloedcontrole noodzakelijk minstens 1 maal per jaar. Deze bloedafname kan best gebeuren via de huisarts zodat deze ook op de hoogte blijft van het verder verloop.
- We vragen wel dat een **dubbel** naar ons wordt opgestuurd, zodat ook wij het verloop mee kunnen volgen. Het is tevens nuttig deze resultaten ook met ons te bespreken op de consultatie of, indien te moeilijk, via de telefoon. Op deze manier kunnen we dan ook het gewichtsverlies volgen en de eventuele problemen bespreken en behandelen.

5. Nog enkele belangrijke raadgevingen :

- Vermijd belangrijke suikerinname.
- Houdt u aan kleine maaltijden (vermijd “overeten”!)
- Bij problemen contacteer uw huisarts of Dr. L. Lemmens (tijdens de consultatie uren). U kunt ook steeds contact opnemen met de dienst van het ziekenhuis waar U werd gehospitaliseerd voor verdere raad.

BLIJF ONDER CONTROLE, OOK WANNEER U ZICH GOED VOELT !!

Voedingsrichtlijnen na een gastric bypass

a. Verander uw eetgedrag

Kort na de operatie bedraagt de maaginhoud ongeveer één à twee eetlepels. In de loop van de volgende maanden kan dit volume een weinig toenemen. Dit betekent dat de hoeveelheid voedsel dat u per maaltijd kan gebruiken beperkt is. Het volheidsgevoel zal dan ook snel optreden.

Het is van groot belang dat u het vroegtijdig volheidsgevoel leert herkennen. Dit kan enkel gebeuren wanneer u rustig en traag eet. Kauw heel goed uw eten en wacht een paar minuten tussen elke hap. Uw maaltijd kan 30 tot 45 minuten duren. In het begin zal u al gauw 30 minuten nodig hebben om een glas water te drinken. Alleen door dit nieuw eetgedrag aan te leren kan u het volumeprobleem overwinnen zonder pijn, misselijkheid en/of braken.

De voedingsaanpassing na een gastric bypass bestaat uit verschillende stappen, van vloeibaar, over een gemixte voeding, tot uiteindelijk een eiwitrijke vaste voeding. De maaltijden zijn veel kleiner dan normaal en het voedsel moet veel zachter zijn van structuur. In elke fase is het zeer belangrijk dat u voldoende water drinkt.

Stap 1: week 1 en 2

Vloeibare en verdunde voeding

De eerste twee weken na de ingreep is het aan te raden om uitsluitend vloeibare en verdunde voeding te nemen, dit om te voorkomen dat het nieuw gevormde maagreservoir wordt uitgerekt.

Maak gebruik van:

- Magere melkproducten (magere melk, yoghurt, platte kaas, pudding met kunstmatig zoetmiddel)
- Groentesappen
- Gemixte magere soep of bouillon
- Fruitpap
- Thee, koffie, niet bruisend water

Stap 2: week 3 en 4

Gepureerde en zachte voeding

Als u de verdunde voeding goed verdraagt, mag u gepureerd en zacht voedsel proberen.

Volgende voedingsmiddelen kunnen aan uw dieet toegevoegd worden:

- Kleine hoeveelheden gemixt fruit zonder suiker.
- Kleine hoeveelheden aardappelpuree en gekookte gemixte groenten.
- Kleine hoeveelheden gekookte vis, gekookt ei of gepocheerd ei. Als dit goed verdragen wordt, kan gemalen vlees of kip toegevoegd worden.
- Brood zonder korst, belegd met zachts smeerbare kaas, vlees of vis.

Potjes peutervoeding, die u overal in de handel vindt, zijn hier zeer geschikt daar ze de correcte consistentie hebben.

Neem drie maaltijden per dag met eventueel een ongesuikerd mager melkproduct als tienuurtje en een ongesuikerd melkproduct als vieruurtje. 's Avonds kan u eventueel nog een mager melkproduct zonder suiker nemen.

Stap 3:

Eiwitrijke, energiebeperkte vaste voeding

Na vier weken kan u geleidelijk overschakelen op een gezonde eiwitrijke, energiebeperkte en vastere voeding. Deze voedingsmiddelen vindt u in:

- Magere kaassoorten
- Vis
- Magere vleeswaren, bij voorkeur kip en kalkoen
- Magere platte kaas
- Pudding zonder zoetstof
- Cornflakes met halfvolle melk of sojamelk
- Magere groentesoep

Belangrijke tips

die u kunnen helpen bij uw nieuw eetgedrag:

- Neem aan tafel een rustige houding aan en geniet van uw maaltijd.
- Neem voldoende tijd voor de maaltijden. Kijk geen tv tijdens de maaltijd en loop niet rond.
- Eet rustig, vermijd stress en onaangename discussies aan tafel.
- Kauw zeer goed (pak eventuele gebitsproblemen aan)
- Neem zeer kleine hapjes.
- Gebruik geen drank tijdens of vlak voor de maaltijd want dit zou u te snel een vol gevoel geven. Drink tussen de maaltijden door, drink traag en neem kleine slokjes. Drink niet meer een half uur voor uw maaltijd.
- Gebruik geen bruisende dranken.
- Stop met eten zodra u een eerste volheidsgevoel ervaart.
- Meer eten of extra drinken veroorzaakt misselijkheid en braken.

b. Gebruik een gevarieerde en gezonde voeding

Daar de volumes die u kunt eten sterk beperkt zijn, is het belangrijk om voedsel te gebruiken dat een hoge voedingswaarde heeft. Om een gezonde voeding samen te stellen kan u gebruik maken van de voedingsdriehoek. Dit model is opgebouwd uit vlakken van verschillende grootte. Probeer bij elke maaltijd voedingsmiddelen te kiezen uit elk vlak. Onderaan vindt u de voedingsmiddelen die u dagelijks het meeste nodig hebt. U kan voor meer uitleg hierover het beste terecht bij de diëtist(e) of voedingsdeskundige in ons Obesitas Centrum.

U neemt best drie eiwitrijke maaltijden per dag: ontbijt, middagmaal en avondmaal. De hoofdmaaltijden bestaan uit kleine hoeveelheden voedsel. U kunt als tienuurtje of vieruurtje een gezond tussendoortje gebruiken zonder suiker en met een laag vetgehalte.

Het is belangrijk dat u voldoende drinkt, anderhalve liter vocht per dag.

Sommige patiënten kunnen bepaalde voedingsmiddelen niet verdragen, anderen kunnen daar-en-tegen alles eten. Alles verschilt zeer individueel. U kunt een voedingsmiddel uitproberen door te starten met een kleine hoeveelheid. Verdraagt u het niet dan kan u een maand wachten en het dan opnieuw proberen.



c. Tips in verband met de keuze van voedingsmiddelen

Drank

- Drink per dag ongeveer anderhalve liter vocht, voldoende verspreid over de dag in kleine slokjes.
- Drink niet tijdens de maaltijd.
- U wacht best 30 min. tot 1 uur na de maaltijd om te drinken.
- Gebruik tussen de maaltijden voldoende energiearme dranken zoals water, niet-bruisend mineraal water, koffie of thee zonder suiker, vetarme bouillon, vers gemixte groentesoep, niet bruisende “licht” frisdranken, ...
- Indien gewone koemelk minder goed verdragen wordt, kan overgeschakeld worden op sojamelk of lactose arme melk en pudding op dezelfde basis.
- Vermijd zoete dranken zoals vruchtensappen, frisdranken, chocolademelk, drinkyoghurt, ...
- Beperk het gebruik van alcoholische dranken tot een minimum, hoogstens één à twee consumpties per dag.

Brood

- Vermijd dagvers brood. Dagvers brood verteert moeilijker en kan blijven steken ter hoogte van de maaguitgang. Gebruik wit of grijs oudbakken brood.
- Sandwiches en pistolets worden minder goed verdragen.
- Geroosterd brood, toastjes en beschuiten worden wel goed verdragen.

Deegwaren, rijst en aardappelen

- Neem liever een vezelrijke soort zoals bruine rijst, volkoren pasta, ... Goed gaargekookt vormen ze geen probleem.
- Zorg er ook voor dat aardappelen en rijst goed gaar gekookt zijn.
- Kroketten kunnen uitzonderlijk maar met frieten is voorzichtigheid geboden omwille van de harde stukjes.

Groenten

- Zorg er voor dat u groenten goed gaar kookt.
- Vermijd erg vezelrijke groenten zoals asperges, selder, ajuin, pompen, peulvruchten, courgettes, aubergines en koolsoorten (uitgezonderd bloemkool en broccoli) tenzij u ze goed gaar kookt en goed kauwt. Wanneer je problemen ondervindt na het eten van deze groentesoorten, kan je ze voorlopig beter vermijden.
- Rauwkost kan geleidelijk aan ook ingeschakeld worden.

Fruit

- Start met opgelegd fruit op eigen sap, geschild en ontpit, gestoofd of eventueel gemixt.
- Fruitpap kan ook voor de nodige vitaminen zorgen.
- Indien voorgaande fruitbereidingen goed verdragen worden, kies dan voor zacht zeer rijp fruit. Begin met een melige appel, een melige peer, stukjes meloen, stukjes perzik, ...
- Vermijd vruchten rijk aan grove vezels, pitten of korrels zoals bij voorbeeld noten, peulvruchten en citrusfruit.

Vlees (eiwitbron)

- Vleessoorten zoals rosbief, kotelet, biefstuk, ... zijn draderig en bevatten veel bindweefsel, waardoor het moeilijk fijn te kauwen is. Het vormt een bol die moeilijk kan doorgeslikt worden. U vermijdt het dus best.
- Zacht vlees zoals kip en kalkoen is een goede keuze en is bovendien rijk aan eiwitten.
- Vermijd het eten van veel gehakt, hamburgers of worsten. Neem liever gevogelte- of kalfsgehakt.
- Vermijd steeds een sappige bereidingswijze bij het klaarmaken van vlees. Vermijd bruine korsten als u het vlees bakt en gebruik maximum één eetlepel vetstof.
- Vermijd pezen, zwoerden en kraakbeenstukjes.

Vis

- Vis verteert doorgaans beter dan vlees.
- Gebruik bij voorkeur gepocheerde, gestoomde of gekookte vis, liever dan gebakken vis.
- Gepaneerde soorten alsook kant en klare soorten worden afgeraden omwille van de hoge energiewaarde.

Eieren (eiwitbron)

- Gebruik een zachte bereidingswijze, bijvoorbeeld roerei, gepocheerd ei, licht gekookt ei, ...
- Hard gekookte eieren kan u eventueel pletten.
- Eet maximum twee eieren per week.

Beleg (eiwitbron)

- Kies voor magere vleeswaren zoals ontvette hesp, kippenwit, kalkoenham en dergelijke.
- Magere smeerkaas, magere witte kaas of confituur met verlaagd suikergehalte.
- Magere vaste kazen ("light" vormen) indien die goed gekauwd worden.

Sauzen

- Ketchup, pickles, mosterd en dressing kunnen gebruikt worden in een "light" vorm.
- Melksaus van halfvolle melk, roomsaus met vetarme room en bouillonsaus kunnen ook, maar beperkt, gebruikt worden.

Smeerstof en bereidingsvet

- Vetten leveren tweemaal zoveel energie als eiwitten en koolhydraten (suikers). Aangezien vetten in veel voedingsmiddelen "verborgen" aanwezig zijn, moeten vetten in smeerstof en bereidingsvet heel erg beperkt worden. Het is aan te raden dun te smeren en het gebruik van vetstoffen bij de warme maaltijd te beperken.
- Gebruik bij voorkeur een zachte minarine of margarine van plantaardige oorsprong.

Medicatie

- Gelieve de voorgeschreven geneesmiddelen in te nemen volgens de richtlijnen van uw dokter. Probeer grote capsules te vermijden; ze kunnen te groot zijn (bespreek dit met uw geneesheer indien nodig).
- Als uw geneesmiddel vastzit, is dit een goede tip: los twee koffielepels bakpoeder op in water en drink dit op. Het bakpoeder zal het geneesmiddel sneller doen oplossen.

d. Lichaamsbeweging

Het is belangrijk dat u niet alleen uw eetgewoonten aanpast. U moet ook meer aan lichaamsbeweging doen. De calorieën die u opneemt en die niet worden verbruikt worden opgeslagen als vet. Om gewicht te verliezen moet het lichaam meer calorieën verbranden dan het aantal calorieën dat uw lichaam opneemt via de voeding. Dit is enkel mogelijk door te bewegen. Over het algemeen wordt langzaam met oefenen gestart. Naarmate het gewicht afneemt, wordt lichaamsbeweging makkelijker. U zou ervoor moeten zorgen dat u dagelijks minimum 30 minuten aan lichaamsbeweging doet.

Kies activiteiten die u leuk vindt, waar u plezier aan beleeft. (zwemmen, lichte aerobics, wandelen en geleidelijk joggen, ...)