

'OBESE MENSEN IN NEGATIEF HOKJE PLAATSEN IS HARTSTIKKE ACHTERHAALD'

**ÖMRÜM AYDIN ONDERZOEKT
PSYCHOLOGISCHE EFFECTEN OVERGEWICHT**

Overgewicht en obesitas zadelen mensen met zowel fysieke als psychische problemen op. Voor de een is medicatie een uitkomst, voor de ander bariatrische chirurgie. Voor allemaal geldt echter dat ze verlost moeten worden van het stigma waaronder ze te lijden hebben, vindt Ömrüm Aydin. "Hoog tijd dat dit stigma wordt doorbroken."

Auteur **Frans van den Houdt**
Foto **Els Broers**

Bariatrische chirurgie brengt veel teweeg bij patiënten, concludeert Ömrüm Aydin op basis van haar promotie-onderzoek. "Het heeft invloed op de psychologie van mensen, maar ook op het galzoutmetabolisme en de glucosehuishouding. Een derde van de patiënten heeft na een operatie last van hypoglykemiën. We weten nog niet precies hoe dat komt; we vermoeden dat chirurgie de glucosehemostase verstoort. Dit laat zien hoe complex obesitasonderzoek is."

ALLEEN IN HEEL UITZONDERLIJKE SITUATIES KOMEN KINDEREN IN AANMERKING VOOR BARIATRIE

Aydin, internist i.o. in het Amsterdam UMC, doet sinds zes jaar onderzoek naar de metabole effecten van obesitas en de impact van bariatrische chirurgie op het lichaam en de psychologie van mensen. "Er wordt veel onderzoek gedaan naar galzouten en obesitas, omdat galzouten veel impact hebben op je stofwisseling. Bij onderzoek naar galzouten wordt vaak gekeken naar het

perifere bloed of naar ontlasting. Maar de daadwerkelijke enterohepatische circulatie wordt niet goed in kaart gebracht. Hier heb je bloed vanuit de *vena porta* voor nodig. Dit verkrijgen is erg uitdagend in de praktijk. Tijdens mijn promotie hebben we juist naar de galzoutcompositie in de *vena porta* gekeken, wat interessante inzichten oplevert."

De voor- en nadelen tegen elkaar afwegend zou de conclusie kunnen zijn dat bariatrische chirurgie misschien wel te ingrijpend is?

"Het betreft zeker een ingrijpende operatie en daar moet niet te makkelijk over gedacht worden. Maar ik denk dat het ook een uitkomst is voor heel veel mensen omdat het een behandeling is die langdurig gewichtsverlies kan geven. Er zijn nog maar weinig andere behandelingen met net zulke veelbelovende langetermijnresultaten op gewichtsverlies."

Wanneer kies je voor een medische behandeling en wanneer voor een operatie?

"Waar we uiteindelijk naartoe moeten is *personalized*



“Waar we uiteindelijk naartoe moeten is een behandelplan op basis van het complete plaatje van de patiënt”, zegt Ömrüm Aydin.

medicine. Dat je per persoon kijkt waarom hij te zwaar is, waar het vandaan komt, hoe zijn hormonen zijn, zijn microbiom en zijn indigestiepatroon. En zijn psychologie. Dat je op basis van dat complete plaatje een behandelplan maakt dat het beste aansluit bij de patiënt, en de minste bijwerkingen of complicaties veroorzaakt. Voor de een is dat chirurgie, voor de ander een geneesmiddel. Of, zoals ik voorzie voor de toekomst, een combinatie van beide. Hier moeten wel altijd leefstijlinterventies in worden meegenomen.”

Gebeurt die afweging zorgvuldig of wordt te snel voor chirurgie gekozen?

“Er worden veel drempels opgeworpen om mensen door een goed traject te leiden. Om in aanmerking te komen voor bariatrie moet je voldoen aan allerlei criteria zoals een hoog BMI, comorbiditeiten door de obesitas, leeftijd, je mag niet te oud zijn, en je moet eerst een uitgebreid traject bewandelen met je diëtist. Je moet er tenminste zes keer langs gaan om te kijken of je je aan een bepaald eetpatroon – steeds kleine porties – kunt houden. Verder wordt je nog gescreend door de psycholoog, de internist die naar je hormonen kijkt en de chirurg die je buik beoordeelt op complicaties. Een intensief proces, kortom. Er wordt dus zeker niet te snel gekozen voor chirurgie.”

Welke behandeling wordt het meest toegepast?

“Ik denk dat de groep patiënten die geopereerd wordt nog steeds het grootst is, omdat we nog heel erg bezig zijn de medicatie die sinds enkele jaren beschikbaar is

goed te implementeren in het systeem. Er is nu een nieuwe obesitasrichtlijn die een goede rolverdeling voorstaat tussen huisarts en internist, zodat duidelijk is wie wanneer medicatie kan voorschrijven. Ook de vergoeding door de zorgverzekeraar moet goed worden geregeld. Evenals de voorlichting aan de patiënt. En als behandelaar wil je per patiënt het beste traject uitstippelen. Met de huidige geneesmiddelen en de nieuwe die op komst zijn, kunnen we dat steeds beter doen.”

DOOR STIGMA SCHAMEN MENSEN ZICH DAT ZE NAAR DE POLI VOOR BARIATRIE MOETEN

Moeten patiënten na een operatie veel medicatie gebruiken om veranderingen in het lichaam op te vangen?

“Dat wisselt per persoon. De meeste mensen gaan er juist op vooruit en hebben minder medicijnen nodig. Ze kunnen stoppen met hun diabetesmedicatie of bloedrukmedicatie. Maar anderen krijgen klachten als galzoutdiarree en hebben een nieuw middel nodig. Voor de ingreep zelf hoeft je in principe geen speciale medicatie te geven. Als uit bloedcontroles blijkt dat er deficiënties zijn dan geven we vooral B12 of foliumzuur, naast de dagelijkse multivitaminen.”

“Waarmee we wel heel erg rekening houden is hoe goed medicatie na de ingreep, als de darm is verkort, kan worden opgenomen. Sommige medicijnen die een lange opname nodig hebben, zoals orale conceptie, raden we

af omdat we niet zeker weten hoe goed die nog werkt na chirurgie en je een ongewenste zwangerschap wilt voorkomen. Het geldt ook voor antipsychotica en andere pillen die heel erg dosisgevoelig zijn, zoals antistolling. We moeten ons steeds goed achter de oren krabben of we de dosis moeten aanpassen of het medicijn vervangen door een middel dat niet zo gevoelig is voor de lengte van de darm.”

Mensen zijn van hun overgewicht af maar moeten dus altijd alert blijven?

“Het is een verbintenis die je voor het leven aangaat. Je zult altijd terug moeten komen voor controles, en je loopt altijd het risico op deficiënties. Zo hebben veel mensen last van buikklachten na een operatie en een veranderend ontlastingspatroon; ze kunnen vaker last hebben van diarree. Ook kan het gewicht altijd weer iets toenemen. Bariatrische chirurgie is dus zeker geen wondermiddel. Je moet ervoor blijven werken. Dat zeggen we ook altijd tegen patiënten. Op het moment dat ze het geadviseerde eetpatroon loslaten, kan hun gewicht weer toenemen. Met de meeste patiënten gaat het echt heel goed, anders zouden er natuurlijk niet zoveel operaties

zijn. Maar er is altijd een klein percentage dat de pech heeft complicaties te krijgen.”

Komen ook kinderen in aanmerking voor chirurgie?

“Alleen in heel uitzonderlijke situaties, bijvoorbeeld wanneer de obesitas andere (levensbedreigende of invaliderende) gezondheidsproblemen veroorzaakt. Dan kan bariatrie worden overwogen. Er vinden nu diverse studies plaats of dit veilig kan bij kinderen. We zijn heel huiverig, omdat je het lichaam beïnvloedt van iemand die nog niet is uitgegroeid. Bariatrische chirurgie kan grote gevolgen hebben voor de ontwikkeling van kinderen. We weten hier nog te weinig over.”

U onderzoekt ook de psychologische gevolgen van overgewicht, hoe ingrijpend zijn die?

“Behoorlijk ingrijpend. De psyche van iemand is überhaupt vrij complex. We hebben gekeken naar psychologische fenotypen; heel veel vragen aan mensen gesteld, zowel voor als na de operatie, om te zien of we bepaalde fenotypen kunnen herkennen. Om vervolgens bepaalde karaktereigenschappen en psychologische kenmerken te clusteren. Hoe iemand voor de operatie is hangt moge-

O-BUDDY'S, COMMUNITY, BELANGENBEHARTIGING EN PODCAST OBESICAST



**Nederlandse
Vereniging voor
Overgewicht
& Obesitas**

O-buddy's worden de leden van de Nederlandse Vereniging voor Overgewicht en Obesitas (NVOO) genoemd. Een buddy op wie je kan terugvallen, mee kan afspreken en vragen aan kan stellen, zo vermeldt de website van de vereniging.

Doel van de NVOO is een nationale *community* te bouwen voor mensen met overgewicht en obesitas. Via een digitaal platform kunnen de leden ervaringen, meningen, tips en adviezen met elkaar delen. Daarnaast is er een interactief programma met activiteiten als workshops, informatieavonden, cursussen en O-buddy-avonden. Twee keer per jaar is er een Algemene Leden Vergadering.

“Door een sterk netwerk op te bouwen willen we betere vertegenwoordiging organiseren van mensen met obesitas en overgewicht in Nederland”, aldus de NVOO. Zo wil de vereniging worden betrokken bij belangrijke discussies en beslissingen. “Dit gebeurt nog onvoldoende. Middels goede vertegenwoordiging kunnen wij ook beter de belangen behartigen van mensen die leven met overgewicht en obesitas.” De NVOO vindt dat op internet onvoldoende goede informatie beschikbaar is over obesitas en wil daarin verandering brengen door samen met wetenschappers, medisch specialisten en ervaringsdeskundigen betrouwbare informatiebronnen aan te bieden. Deze kennisbank wordt opgezet in samenwerking met Stichting Over Gewicht en gesteund door Partnerschap Overgewicht Nederland. Verder is er ook nog de podcast Obesicast met relevante informatie.

lijk ook samen met het gewicht na de operatie. Hoe is bijvoorbeeld iemands *coping*-mechanisme; hoe kan hij omgaan met allerlei veranderingen, ook emotionele. Heeft iemand een sociaal netwerk. Het heeft allemaal impact.”

Het begint met een negatief oordeel door de omgeving over dikke mensen, die daaronder lijden?

“Dan heb je het vooral over het stigma dat rond overgewicht bestaat. Eigen schuld dikke bult. Moet je maar minder eten en meer bewegen. Daar hebben obese mensen zeker onder te lijden. Maar wij hebben niet zozeer gekeken naar het stigma, maar of iemand depressief is en hoe hij omgaat met verandering en stress.”

Het is te gemakkelijk om iedereen over een kam te scheren?

“Zeker. Het leuke aan ons psychologieonderzoek is dat onze data laten zien dat er meerdere psychologische fenotypes (dus profielen) zijn. Het hebben van obesitas is niet bestemd voor één type mens zoals vaak – onterecht – wordt gedacht. Het stigma waarmee mensen met overgewicht en obesitas worden geconfronteerd in Nederland, waarbij ze in een negatief hokje worden geplaatst, is hartstikke achterhaald en moet worden doorbroken.”

Overgewicht kan ook een genetische oorzaak hebben?

“Ja. Je postuur, net als je lengte, is erfelijk, dat krijg je mee van je ouders. Daarnaast speelt etniciteit een rol. Sommige etniciteiten hebben meer aanleg voor de toename van buikvet. Als je naast aanleg ook nog terecht bent gekomen in een omgeving waarin een ongezonde leefstijl overheerst, dan is de kans groot dat je van kinds af aan al aankomt.”

WE MOETEN STOPPEN MENSEN MET OBESITAS ALLEMAAL OP ÉÉN HOOP TE GOOIEN

Wat zijn de belangrijkste ervaringen die u hebt opgedaan op de polikliniek voor bariatrische chirurgie?

“Wat ik daar vooral heb geleerd is dat veel mensen zich schamen dat ze naar de poli moeten, wat heel erg met het stigma te maken heeft. Ze horen alsmaar zelf schul-

dig te zijn aan hun lichamelijke conditie. Dat zorgt voor veel frustratie. Daarnaast hebben ze grote behoefte in gesprek te gaan met lotgenoten. Meermaals is mij gevraagd waarom er wel een Hartstichting, een Nierstichting en een Diabetes Fonds is, maar helemaal niks voor mensen met obesitas.”

Dat was reden de Nederlandse Vereniging voor Overgewicht en Obesitas (NVOO) op te richten (zie kader)?

“Ja, dat komt echt mede door een obesitassprekkuur te draaien. Ik heb de NVOO samen met collega's én patiënten opgezet en inmiddels staat de vereniging als een huis en hebben we veel leden. We geven workshops en lezingen, doen aan belangenbehartiging en organiseren landelijke debatten met artsen, politici en professoren.”

HET GAAT HIER OM EEN MAATSCHAPPELIJKE ZAAK DIE WE SAMEN MOETEN OPLOSSEN

“Belangrijkste doel is mensen met overgewicht en obesitas goed te vertegenwoordigen, in kranten, op tv en op sociale media. We willen een genuanceerder beeld tonen. En als er nieuwe medicatie op de markt komt, of er komt een nieuwe richtlijn, willen we dat NVOO-leden kunnen meepraten en laten horen of deze echt voorzien in een behoefte.”

Zijn er specifieke zaken waar u zich in de toekomst op gaat richten?

“Ik hoop dat steeds meer onderzoek wordt gericht op de persoonlijke behandeling van mensen met obesitas en dat zij niet langer allemaal op één hoop worden gegooid. Met een persoonlijke benadering bereiken we veel meer. Ik hoop ook dat door het werk van de NVOO mensen gaan inzien dat het hier om een maatschappelijke zaak gaat, die we samen moeten oplossen. Dat slanke mensen niet naar dikkere mensen blijven wijzen en zeggen ‘julie moeten het zelf maar doen’. We moeten onze maatschappij anders inrichten. We kunnen wel heel veel medicijnen blijven verstrekken en operaties uitvoeren, maar uiteindelijk is leefstijl natuurlijk een onmiskenbaar grote component in dit verhaal, en daar hebben we allemaal een bijdrage aan te leveren.” ■