

Krachten verenigen tegen obesitas

*P. Lambert - Redactionele coördinatie: Christian Coitriau
Patient Care, mei 2010, jaargang 33, nummer 5 - pg. 9-12*



Prof. dr. Ides Colin

Obesitas kan maar doeltreffend worden aangepakt door een multidisciplinair team waarbij de huisarts fungeert als spil van de samenwerking.

De statistieken van de WGO van 2000 brachten een onomstootbaar feit aan het licht: voor het eerst waren er over de hele wereld meer mensen met obesitas of overgewicht dan mensen die honger leden. Volgens ramingen van de International Association for the Study of Obesity (IASO) en de

WGO telde de wereld in 2007 ongeveer 400 miljoen zwaarlijvigen en ongeveer 1,6 miljard mensen met overgewicht. Tegen 2030, dus over nauwelijks 20 jaar, zal 80% van de bevolking van de Verenigde Staten volgens experts te veel wegen en zal 50% ronduit zwaarlijvig zijn.

“Er wordt al jaren gewaarschuwd voor die ‘tsunami van obesitas’, tot nog toe blijkbaar zonder enig resultaat”, aldus professor Ides Colin, diensthoofd endocrinologie-diabetologie van het CHR van Bergen en wetenschappelijk raadgever van het Laboratorium voor experimentele morfologie van de faculteit geneeskunde van de Université catholique de Louvain (UCL). “Een sterke stijging van het aantal gevallen van obesitas, houdt ook een belangrijke toename van de prevalentie van type 2-diabetes in”, voegt hij eraan toe. Om de omvang van de ‘catastrofe’ te illustreren: Amerikaanse diabetologen hebben voor het Congres verklaard dat de Verenigde Staten getroffen worden door een massavernietigingswapen, meer bepaald type 2-diabetes, in samenhang met obesitas.

Een filosofische parallel

In zeer zeldzame families wordt een ernstige obesitas beschreven die het gevolg is van een puntmutatie van één van de genen * die een rol spelen bij het hypothalamische “circuit”, dat de honger en het verzadigingsgevoel en dus het eetgedrag controleert. Maar dat zijn uitzonderingen, in veruit de meeste gevallen is obesitas niet toe te schrijven aan dergelijke puntmutaties. Obesitas zou wel voor 25-30% te wijten zijn aan genetische factoren, maar die laatste vinden een bondgenoot in de disbalans tussen de calorie-inname en het calorieverbruik. Voor de eerste maal in de geschiedenis van de mensheid worden we met een dergelijke overvloed geconfronteerd; dat het evenwicht zoekt raakt, verklaart grotendeels de huidige explosie van het aantal mensen met zwaarlijvigheid of overgewicht in de ontwikkelde en ontwikkelingslanden.

Niet-farmacologische maatregelen vormen steeds de hoeksteen van de behandeling.

Ides Colin sluit zich aan bij de opinie dat er een filosofische parallel bestaat tussen de opwarming van het klimaat en de exponentiële groei van het aantal zwaarlijvigen. “We leven in een maatschappij waarin vooruitgang de strijdkreet is. Veel van het moderne gedrag past niet bij ons genotype en fenotype”, vindt hij. “We zien overproductie, verspilling en onbeperkte verbranding van fossiele brandstoffen. Te veel eten en te weinig lichaamsbeweging zijn gedragingen die tot dezelfde houding kunnen worden teruggevoerd en gevolgen hebben die schadelijk zijn voor ons lichaam én voor de planeet. We brengen zo de toekomst van de maatschappij in het gedrang brengen.”

Een alsmaar hoger percentage van de bevolking vertoont een ongepast eetgedrag. Dat heeft er waarschijnlijk in belangrijke mate mee te maken dat veel mensen zich eenzaam en in de steek gelaten voelen. Overgewicht, aldus Ides Colin, is nagenoeg altijd een veruitwendiging van een psychisch onbehagen. In geval van moeilijkheden nemen die mensen hun toevlucht tot een primair plezier: eten. "U mag nog zoveel evenwichtige vermageringsdiëten voorschrijven als u wil, die zijn gedoemd om te mislukken en zullen een jojo-effect veroorzaken, als u er niet in slaagt om de psychologische gronden van het probleem op te lossen", merkt Ides Colin op.

Die boodschap is essentieel voor de huisartsen, die zwaarlijvige patiënten of patiënten met overgewicht moeten opvangen. Niemand twijfelt nog aan het belang van een psychologische interventie bij die patiënten. Een multidisciplinaire aanpak is dan ook een evidentie geworden en de ideale equipe zou moeten bestaan uit endocrinologen-diabetologen, psychologen, diëtisten, chirurgen (voor eventuele obesitaschirurgie) en fysiotherapeuten. Last but not least heeft de huisarts een fundamentele rol in deze aanpak: hij is de spilfiguur in het raderwerk.

Uitlaapklep

Tal van psychische problemen kunnen uitmonden in een inadequaat of pervers eetgedrag: scheiding, overlijden van een naast familielid, nieuw samengesteld gezin, verlies van idealen, geen maatschappelijke referenties, seksueel misbruik, morele mishandeling tijdens de kinderjaren, enzovoort. "Bij sommige mensen is obesitas een uitlaapklep voor hun onbehagen, zegt professor Colin. Als er voor dat laatste geen oplossing wordt gevonden, zal het opblazen van uitwijkmogelijkheden het risico van psychische decompensatie nog verhogen."

Een ander probleem, waar de huisarts en de andere hulpverleners aandacht aan moeten besteden, betreft de verandering van het lichaamsbeeld. Als het lichaam snel verandert, bijvoorbeeld na obesitaschirurgie (plaatsing van een maagring, bypass, Sleeve-gastrectomie...), gebeurt het wel eens dat de patiënt uit evenwicht raakt - en daarover ook niet praat. Niet alleen de patiënt maar ook zijn omgeving kan daar onderhevig aan zijn. Zo komt echtscheiding vaker voor in koppels waarvan een van de partners vermageringschirurgie heeft ondergaan. Waarom? Omdat de echtgenoot of de echtgenote ervan overtuigd is dat zijn/haar partner zichzelf verleidelijker heeft willen maken om anderen aan de haak te slaan.

"Voor we iemand verwijzen voor obesitaschirurgie, moeten we absoluut rekening houden met alle elementen van het profiel van die patiënt, benadrukt 'des Colin. Het is ondenkbaar dat er nog obesitaschirurgie wordt uitgevoerd zonder multidisciplinair overleg tussen de huisarts, de endocrinoloog, de chirurg, de diëtiste en de psycholoog."

Tijdverspilling

Overgewicht wordt gedefinieerd als een body mass index (BMI) van 25 tot 30 kg/m². Obesitas wordt gedefinieerd als een BMI hoger dan 30 en kan worden ingedeeld in graad 1 (BMI van 30 tot 35), graad 2 (35 tot 40) en graad 3 (hoger dan 40). Meting van de middelomtrek is primordiaal om een eventuele abdominale (androïde) adipositas vast te stellen. Abdominale adipositas wordt veroorzaakt door een ophoping van intravisceraal vet, wat aanleiding kan geven tot metabole complicaties zoals diabetes, hypertensie en hart- en vaataandoeningen. Dat vet verschilt van het subcutane vet (dat laatste veroorzaakt mechanische en dus orthopedische complicaties).

Het diensthoofd endocrinologie-diabetologie van het CHR van Bergen benadrukt een belangrijk punt: het gebeurt dat mensen met overgewicht (een BMI van 26 of 27 bijvoorbeeld) een androïd profiel vertonen, waarbij het vetweefsel zich nagenoeg stelselmatig ophoopt in de ingewanden.

“Niet zelden vinden we bij bloedonderzoek dan al ernstige afwijkingen van het glucose- en het vetmetabolisme”, onderstreept onze gesprekspartner.

Het is een illusie te denken dat de huisarts of de endocrinoloog-diabetoloog op hun eentje mensen kunnen helpen die willen vermageren. “Dat is tijdverspilling”, zegt Ides Colin. De huisarts kent de patiënt en diens omgeving het best. Eén van de essentiële functies van de huisarts is primaire, secundaire en tertiaire preventie. Het is de huisarts die de mensen moet opsporen die een aanleg vertonen tot zwaarlijvigheid, bijvoorbeeld mensen die deel uitmaken van een familie waarvan de meeste leden te veel wegen. Bij mensen met een bewezen overgewicht moet de huisarts zo snel mogelijk eventuele metabole afwijkingen opsporen, vooral in het geval van familiale antecedenten van diabetes. In voorkomend geval moet hij ook zoeken naar diabetische complicaties.

Geen dieet meer?

De behandeling van overgewicht zou steeds moeten beginnen met een multidisciplinaire aanpak van vier tot zes maanden. Geneesmiddelen om te vermageren (het enige geneesmiddel dat nog op de markt is, is orlistat ^{a)}) komen op de tweede plaats na een evaluatie van het effect van de aanbevolen dieetmaatregelen. De belangrijkste indicatie voor vermageringsproducten is correctie van bepaalde met overgewicht samenhangende metabole afwijkingen die zouden kunnen leiden tot problemen van diabetes, arteriële hypertensie, hypercholesterolemie enzovoort. “In 2002 werd in de Xendoz-studie aangetoond dat orlistat de incidentie van diabetes verlaagde bij obese patiënten met een metabool syndroom”, zegt professor Colin. Hoewel steeds moet worden benadrukt dat niet-farmacologische maatregelen de hoeksteen van de behandeling vormen, resulteren vermageringsmiddelen doorgaans in een snelle gewichtsdaling, wat bemoedigend is voor de patiënt.

“Om het jojo-effect te vermijden, moeten we beginnen met alle diëten stop te zetten”

Maar gewoonlijk zien we net het tegengestelde: ontmoediging. Vijfennegentig procent van de mensen die proberen te vermageren, vertoont een jojo-effect. Hoe kunnen we die helse cirkel van ups en downs, van vermagering en gewichtstoename doorbreken? Nogmaals, dat fenomeen kan alleen worden gecounterd met een multidisciplinaire aanpak. De patiënt moet een goede educatie krijgen (dieet, psychologische attitude, calorieverbruik).

Een element dat sterk bijdraagt tot het jojo-effect, is dat de meeste mensen een drastisch dieet beginnen, waarvan het op voorhand vaststaat dat ze het toch nooit zullen volhouden. Vandaar dat hun gewicht onherroepelijk weer zal stijgen. Een multidisciplinaire aanpak zal deze valkuil dan ook vermijden. “Om het jojo-effect te vermijden, moeten we beginnen met alle diëten stop te zetten”, zegt Wout Vandenborgh, gedragspsycholoog op de dienst endocrinologie van het universitaire ziekenhuis van Leuven, enigszins provocerend. De strijd tegen overgewicht is een strijd die elke dag moet worden gevoerd. Ook de huisarts moet ervan worden overtuigd dat de enige realistische oplossing erin bestaat zwaarlijvige mensen of mensen met overgewicht goede informatie te geven over wat een evenwichtige voeding inhoudt.

Dromen van mager zijn

Om ‘afstand te houden’, moet de patiënt weer leren om gezond te eten zonder zich daarbij dingen te ontzeggen, als hij dat op middellange termijn toch niet zal kunnen volhouden. Idealiter zouden vrouwen dagelijks gemiddeld 1.800 kilocalorieën moeten innemen en mannen 2.200. Dan is de energiebalans theoretisch in evenwicht. Als men wil vermageren, moet men dagelijks 300 tot 400 kilocalorieën minder eten en meer lichaamsbeweging nemen, bijvoorbeeld 40 minuten stappen of 20 minuten joggen.

Zwaarlijvige patiënten zijn weinig therapietrouw. Net zoals de andere hulpverleners speelt de huisarts op dat vlak een cruciale rol. “Een goede therapietrouw verzekeren, dat is de echte uitdaging, stelt professor Colin. “De hele tijd door wordt de arts geconfronteerd met mensen die proberen hem te misleiden. Hij moet ze ontmaskeren, al was het maar door ze te wegen, door hun middelomtrek te meten of door een bloedafname aan te vragen. Daarna moet hij ze duidelijk maken dat het niet de arts is die ze om de tuin leiden, maar zichzelf.” Bemoedigende woorden zullen mensen met overgewicht helpen om hun inspanningen vol te houden, maar onophoudelijke verwijten zullen een averechts effect hebben zodat ze hun slechte eetgewoontes zullen voortzetten. Daarom moeten we zoeken naar de gulden middenweg.

Zwaarlijvige mensen worden door de pers en internet bedolven onder een stortvloed aan informatie, maar die informatie is vaak foutief of zeer commercieel getint. We moeten zwaarlijvige mensen ervan overtuigen dat er geen “wondermiddel” bestaat en ze motiveren om een realistisch en stabiel gewicht te aanvaarden, ook al “dromen” ze ervan om magerder te worden. De meeste patiënten hebben immers onredelijke verwachtingen, die ze toch niet kunnen inlossen.

De huisarts heeft daarbij een essentiële taak via de vertrouwensrelatie die hij mettertijd met zijn patiënt heeft opgebouwd. Hij moet de aandacht van de patiënt vestigen op de schadelijke gevolgen van overgewicht, een stuk preventie dus. Maar er zijn ook websites die degelijke informatie geven over overgewicht en zwaarlijvigheid, zoals www.boldnet.be (een website die zich richt tot zwaarlijvigen) en www.dieponline.be, een website die een educatief programma bevat voor zwaarlijvigen, patiënten met een metabool syndroom en patiënten met type 2-diabetes. Het komt er dus op aan het kaf van het koren te scheiden...

Dr. Philippe Lambert is medisch journalist.

a. Xenical (op voorschrift) en Alli (vrij verkrijgbaar)

* Het gaat om het gen dat codeert voor leptine, en de genen die coderen voor de MC4-receptor, de leptinereceptor en de priopiomelanocortinereceptor (POMC).