

Diabetes doorgelicht

<http://www.maguza.be/dossiers/p/detail-dossier/diabetes-doorgelicht>

Diabetes, bij het grote publiek beter gekend als suikerziekte, neemt wereldwijd epidemische vormen aan. Ook België blijft niet gespaard: 3,3 procent van de bevolking wordt vandaag getroffen door de ziekte. Een genezende behandeling is er niet, wel kunnen een strikte suikercontrole en regelmatige check-ups de ongemakken en gevolgen van de ziekte tot een minimum beperken.

In het UZA worden de patiënten behandeld door een uitgebreid team, bestaande uit diabetologen, educatoren, diëtisten en verpleegkundigen. Via de multidisciplinaire voetkliniek kunnen ze ook een beroep doen op een podoloog en een gespecialiseerd chirurg. Het diabetesteam biedt de allernieuwste technieken en behandelingsmethoden aan, met een sterke klemtoon op educatie. Bij eventuele complicaties kan de patiënt terecht bij hooggespecialiseerde diensten voor onder meer vaatheekunde, cardiochirurgie, oogheelkunde en nierziekten.

In dit dossier presenteren we de nieuwste inzichten rond diabetes. Wat zijn de belangrijkste vormen en hoe behandel je die? Hoe voorkom je de ziekte, en als dat niet kan, hoe vermijd je verwickelingen? Ook zwanger zijn met diabetes, pancreastransplantatie, onderzoek in het UZA en het verhaal van twee patiënten komen aan bod.

Inhoud:

Educatie	2
Diabetesconventie	2
Type 2-diabetes	2
Complicaties	3
Diabetische voet	5
Pancreastransplantatie	6
Onderzoek in het UZA	7
Diabetes en zwangerschap	8
Getuigenis van een type 1-diabetespatiënte	8
Getuigenis van een type 2-diabetespatiënte	9
Diabetes in opmars: soorten en symptomen	9
Type 1-diabetes	11
Preventie en screening	13
Diabetes de baas dankzij educatie	15
'Veel meer dan een medische case'	17
Voedingstherapie	17
Ontstaan en risico's obesitas	19
Behandeling obesitas: multidisciplinaire aanpak	21
UZA presenteert nieuwe medicatie voor obesitas (en zijn risico's)	22
Goede vetten op het menu	23
Gezond eten met smaak!	25

Educatie



Belang van zelfcontrole

‘De tijd dat arts x patiënt y behandelde is voorbij’, zegt prof. dr. Luc Van Gaal, diensthoofd diabetologie. ‘Vandaag behandelt een volledig team samen met de patiënt zijn diabetes. Zelfcontrole is daarbij essentieel. Door regelmatig zijn glucose te meten weet de patiënt op de duur wanneer hij pieken in zijn suikerspiegel mag verwachten, bijvoorbeeld na een royale maaltijd, bij ziekte of bij koorts. Daardoor kan hij zelf tijdig ingrijpen door zijn insulinedosis aan te passen of bij twijfel zijn arts te bellen.’

Aandacht voor educatie

Om de patiënt te helpen bij het opbouwen van die kennis, wordt tijdens de consultaties ruime aandacht besteed aan educatie. Soms komt de patiënt hiervoor een keer extra op raadpleging. Daarnaast beschikt de dienst diabetologie over een team van diabeteseducatoren, een tiental verpleegkundigen en diëtisten die een speciale opleiding kregen. Bij de jaarlijkse uitgebreide controle komt de patiënt telkens bij een van hen terecht om zijn inzicht bij te spijkeren en eventueel vragen te stellen. Daarnaast organiseert de dienst regelmatig de driedelige lessenreeks Lime2, bedoeld voor patiënten met diabetes type 2. Tijdens de sessies leren ze meer over hun ziekte, met specifieke aandacht voor gezonde voeding en beweging.

Diabetesconventie

Wie en wat?

De conventie is er voor type 1- en type 2-diabetici die minstens twee keer per dag insuline spuiten, type 1-diabetici met een insulinepomp en type 2-diabetici die een dagelijkse injectie combineren met regelmatige controles bij de huisarts. In het UZA zijn zo'n 2.000 patiënten aangesloten bij de conventie. Ze kunnen rekenen op de nodige begeleiding en educatie, zodat ze in staat zijn hun ziekte in grote mate zelf te controleren, onder meer via dagelijkse glucosemetingen.



Kwaliteitscriteria

Om in aanmerking te komen voor het uitbouwen van een diabetesconventie moet het centrum aan bepaalde kwaliteitscriteria voldoen en kunnen aantonen dat het een multidisciplinaire behandeling aanbiedt. Dat houdt concreet in dat de patiënt niet alleen terecht kan bij het diabetesteam zelf, maar dat er ook goed functionerende diensten voor onder meer vaatheelkunde, cardiochirurgie, oogheelkunde en nierziekten zijn. Bedoeling is dat de patiënt op een zo breed mogelijke behandeling kan rekenen.

Type 2-diabetes



Wie en wat?

Zo'n 3,5 tot 5 procent van de Belgische bevolking krijgt vroeg of laat type 2-diabetes. De ziekte ontstaat meestal pas na 40 jaar, vandaar de benaming ouderdomsdiabetes. Bij deze patiënten is er nog wel insulineproductie, maar is die hetzij onvoldoende, hetzij van minder goede kwaliteit.

Overgewicht belangrijke oorzaak

Terwijl type 1-diabetes voorlopig niet voorkomen kan worden, hangt het ontstaan van type 2-diabetes sterk samen met iemands levensstijl. Een ongezonde voeding, overgewicht en te weinig beweging werken de ziekte in de hand. Tachtig procent van de patiënten is te zwaar.

'Wat niet wil zeggen dat je type 2-diabetes krijgt door teveel suiker te eten', beklemtoont Van Gaal. 'Dat is een hardnekkig misverstand. Overgewicht speelt een centrale rol, maar hoe die kilo's er gekomen zijn maakt niets uit.'

Behandeling

Bij de behandeling zijn voeding en beweging, samen met medicatie, dé grote peilers. Het wegwerken van minstens een deel van de overtollige kilo's is een must. Van Gaal: 'Wat medicatie betreft, volstaat het voor de meeste type 2 diabetici om dagelijks tabletten in te nemen. Die porren als het ware de resterende insuline aan, zodat de suikers uit onze voeding alsnog in de cellen terechtkomen. Het nadeel van de klassieke geneesmiddelen is dat de meeste gewichtstoename veroorzaken, wat voor diabetici extra nadelig is. Momenteel zitten er nieuwe soorten medicatie in de pijplijn die dat neveneffect niet zouden hebben. Een aantal zouden zelfs gewichtsverlies in de hand werken.'

Krijgt de patiënt zijn suikerwaarde niet onder controle, dan moet hij alsnog overgaan tot insuline-inspuitingen.

De meeste type 2-diabetes-patiënten gaan twee keer per jaar op controle in een gespecialiseerd centrum. Voor tussentijdse controles kunnen ze terecht bij de huisarts.

"Beetje" diabetes bestaat niet

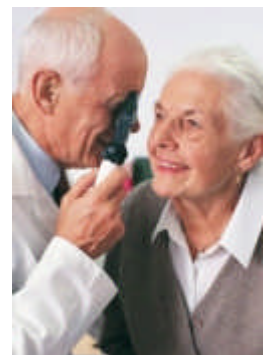
Doordat patiënten met type 2-diabetes in de beginfase van hun aandoening meestal geen insuline moeten spuiten en ogenschijnlijk minder last hebben van hun ziekte, durven mensen de aandoening soms te minimaliseren. Zeker bij een matige verhoging van de bloedsuiker heet het al gauw dat 'iemand een beetje last heeft van zijn suiker'. Ook dat is een misverstand. 'Ook bij bloedsuikerwaarden van minder dan 140 milligram per deciliter is er een belangrijke kans op verwickelingen en moet de patiënt snel en gericht behandeld worden. Er bestaat niet zoiets als "een beetje suikerziekte hebben"', weet Van Gaal.

Type 2 diabetici riskeren dezelfde complicaties als mensen met type 1-diabetes. Maar doordat de ziekte zich niet acuut uit, duurt het vaak jaren voor de diagnose gesteld wordt. Vaak gebeurt dat pas als er al ernstige verwickelingen zijn en de patiënt bijvoorbeeld een hartinfarct krijgt. Vandaar het belang van vroege en actieve opsporing.

Complicaties

Risico's verschillend voor type 1 en type 2

Hoewel patiënten met type 1 of type 2-diabetes in principe dezelfde complicaties kunnen doormaken, is er een wezenlijk verschil. Terwijl het risico van een type 1 dieticus vooral samenhangt met de mate van suikercontrole en de duur van zijn ziekte, spelen bij de type 2-patiënt meerdere elementen mee. Bloeddruk en cholesterolgehalte zijn bij hen minstens even belangrijk als de bloedsuikerwaarden. Ook een gezond gewicht en stoppen met roken verminderen sterk het risico. Alleen de glucosewaarden onder controle te houden is met andere woorden niet zinvol.



Veelvoorkomende complicaties type 1

De verschillende complicaties komen niet bij beide patiëntengroepen even vaak voor. 'Bij mensen met type 1-diabetes zien we vooral microvasculaire complicaties, dat wil zeggen problemen met de kleine bloedvaatjes', preciseert prof. dr. Luc Van Gaal, diensthoofd diabetologie. 'We zien vrij vaak nierproblemen, die in het slechtste geval tot dialyse of transplantatie kunnen leiden. Daarnaast kunnen oogafwijkingen optreden, variërend van zwarte vlekjes zien tot - zij het heel uitzonderlijk - blindheid.'

Een andere verwickeling is zenuwaantasting, wat gepaard kan gaan met gevoelloosheid of verminderde gevoeligheid, afname van beweeglijkheid, verminderde reflexen of zelfs brandende pijn. Ook een vertraagde maaglediging, impotentie en problemen met de urineblaas kunnen hiervan een gevolg zijn.

Veelvoorkomende complicaties type 2

Type 2 diabetici krijgen vaker last van macrovasculaire verwickelingen - waarbij de grote bloedvaten getroffen worden -, zoals hart- en vaatziekten en een diabetische voet. Die problemen kunnen ook bij mensen met type 1-diabetes optreden, maar meestal pas nadat ze de ziekte al dertig of veertig jaar hebben.

Preventie en vroege opsporing

Hoe beter iemands diabetes onder controle is, hoe kleiner de kans op complicaties. De verbeterde behandelingsmethoden hebben het optreden van verwickelingen dan ook sterk ingedijkt. Ook vroege opsporing speelt een cruciale rol. Een nierprobleem dat tijdig ontdekt wordt, kan nog stopgezet of zelfs ongedaan gemaakt worden. En dankzij de nieuwe laserbehandelingen kunnen ook oogafwijkingen in een vroeg stadium aan banden gelegd worden.

‘Vandaar het belang van de jaarlijkse controle’, zegt Van Gaal. ‘Als een oog minuscule bloedinkjes vertoont of een nier wat micro-eiwit doorlaat, merkt de patiënt daar aanvankelijk niets van. Hetzelfde geldt voor een te hoge bloeddruk of cholesterolgehalte. Tijdens een controle komt zoiets aan het licht en is tijdig ingrijpen nog mogelijk.’

Behandeling

Het voordeel van een universitair ziekenhuis is dat dit bij eventuele problemen de allernieuwste therapieën en methodes kan aanbieden. Regelmatig gebeuren er ook studies naar nieuwe behandelingen. De laatste vijf jaar zijn er verschillende krachtige medicijnen op de markt gekomen voor het afremmen en behandelen van onder meer nierproblemen en zenuwaantasting. Die dragen er toe bij dat alsmear meer diabetespatiënten een lang en gezond leven leiden.>

Controle vanaf begin

Belangrijk is dat de suikerziekte vanaf het begin goed op punt gesteld en behandeld is. ‘Als we vandaag ernstige complicaties zien, is dat vaak het eindresultaat van een slechte start’, weet Van Gaal.

Ook in die zin is er een verschil tussen patiënten met type 1 en type 2-diabetes. Bij de eerste groep slaat de ziekte acuut toe en wordt de patiënt vanaf het prille begin gecoacht over het voorkomen van verwickelingen. In het geval van type 2-diabetes wordt de diagnose vaak pas na jaren gesteld en kan er al veel schade aangericht zijn. Vandaar het grote belang van screening.

Lees verder:

[Diabetes type 1 leidt al vroeg tot hart- en vaatafwijkingen](#)

Hart- en vaatziekten

Hart- en vaatziekten komen vaker en vroeger voor bij diabetespatiënten. Oorzaak daarvan is dat het proces van aderverkalking bij hen sneller verloopt.

‘De problemen die we het vaakst zien opduiken, zijn pijn in de benen bij het stappen, een hartinfarct, beroerte en voetproblemen’, zegt UZA-diabetologe dr. Dominique Ballaux. Een hartinfarct komt bij diabetici 2 tot 4 keer vaker voor, vaatlijden in de benen 4 keer meer.

Aantasting van de grote bloedvaten is verantwoordelijk voor 75 procent van de sterfte bij diabetici. Ook hier geldt: hoe beter de patiënt zijn diabetes onder controle houdt, hoe minder kans hij maakt op dit soort complicaties. Voor de type 2-diabetespatiënt is het daarnaast essentieel dat hij ook gewicht, cholesterolgehalte en bloeddruk laag houdt, al dan niet met behulp van medicatie. Ook niet roken en voldoende bewegen zijn cruciaal.

‘Indien nodig stellen we een operatie voor, - bijvoorbeeld een overbrugging van een vernauwd stuk ader -, een ballondilatatie of de plaatsing van stents om de aders open te houden’, aldus nog Ballaux.

Diabetische voet



Cijfers

De tot nu toe gekende cijfers zijn hard: 15 procent van alle diabetici ontwikkelt ooit een voetwonde. Van die groep kampt 70 procent binnen de vijf jaar met een tweede letsel, en ondergaat 1 op 15 een al dan niet beperkte amputatie. Amputaties bij diabetici zijn in 85 procent van de gevallen een gevolg van een slecht genezende voetwonde.

Wat?

Een diabetische voet ontstaat mee als gevolg van een andere veelvoorkomende diabetescomplicatie, de aantasting van de zenuwbanen. Die zorgt op haar beurt voor verminderde gevoeligheid en afname van de beweeglijkheid van de gewrichten. Daarnaast kan de zenuwaantasting ook een minder goede bloeddorstrooming in de voet veroorzaken.

‘Dat kan dan weer leiden tot andere kwalen, zoals droogte en kwetsbaarheid van de huid of een veranderde voetstructuur met doorzakkingen en eeltvorming. Typisch is ook dat de patiënt geen pijn meer voelt in zijn voet, waardoor hij vaak te lang wacht om medische hulp te zoeken’, legt Ballaux uit.

Genezing van een wonde duurt gemiddeld drie maanden, maar kan veel meer tijd vragen bij een slechte bloeddorstrooming. Zware infecties kunnen een echte ravage aanrichten en in het slechtste geval tot een amputatie van een deel van de voet leiden.

Voetkliniek in het UZA

Het UZA beschikt sinds jaren over een voetkliniek, gespecialiseerd in preventie en behandeling van de diabetische voet. Het team omvat een diabetoloog, een vasculair chirurg, een orthopedisch chirurg, diabetesverpleegkundigen, een dermatoloog, een podoloog. Daarnaast is er een vaste samenwerking met een microbiologe, een radioloog en een nucleair arts voor de interpretatie van de beeldvorming en een erkend schoenmaker. Regelmatig worden patiënten doorverwezen naar de hyperbare eenheid voor een kuur in de zuurstoftank. Het team houdt drie keer per week consultatie en bespreekt twee keer per week gezamenlijk patiënten.

Cruciaal in de preventie is een goede controle van de diabetes en inzicht in de aandoening. Daarom is een educatieve sessie bij de podoloog een verplicht onderdeel van de jaarlijkse controle.

‘De podoloog kan heel subtiele afwijkingen, bijvoorbeeld het wegsmelten van de kleinste voetspiertjes met ontwikkeling van eelt, vroegtijdig vaststellen en hier rond advies geven. Hij kijkt ook de pulsaties in de voet na, als het ware de polsslag van de voet. Als deze niet sterk genoeg zijn, hapert er iets aan de bloeddorstrooming en is extra alertheid geboden.’

Preventie en behandeling

Een aantal preventieve maatregelen zijn mogelijk. Zo kan het proces van zenuwaantasting soms worden stopgezet met medicatie en verbeterde suikercontrole en kan ook de bloedcirculatie in sommige gevallen verbeteren, bijvoorbeeld met een operatie, ballondilatatie of stent. Daarnaast zijn vooral de dagelijkse voetverzorging en aandacht voor de voeten elementair. Vormt er zich toch een wonde, dan is de behandeling na genezing niet afgelopen. Omdat de structuur van de voet dan vaak veranderd is, heeft de patiënt nood aan steunzolen of schoenen op maat. 'We merken dat doorgedreven educatie loont. Vooral jonge diabetici ontwikkelen veel minder vaak een voetwonde, doordat ze van het prille begin leren hoe dit te voorkomen', besluit Ballaux.

Lees verder:

[Chronische wonden](#)

Pancreastransplantatie

Pancreastransplantaties sinds 2003

In 1989 vond in het UZA de eerste nierpancreastransplantatie plaats, een primeur voor Vlaanderen. De ingreep gebeurt uitsluitend bij patiënten van wie de nieren zijn aangetast door diabetes. Eind 2003 geleden startte het ziekenhuis ook met niet-gecombineerde pancreastransplantaties, met andere woorden transplantaties van het het pancreasorgaan alleen.



Niet voor alle diabetici

'In tegenstelling tot diabetes type 2, ook wel eens ouderdomsdiabetes genoemd, wordt diabetes type 1 veroorzaakt door een immuunziekte. Die heeft als gevolg dat de pancreas geen insuline aanmaakt. Als we bij deze patiënten een succesvolle pancreastransplantatie uitvoeren, zijn ze van hun diabetes genezen', zegt dr. Christophe De Block van de dienst diabetologie. Toch zal een pancreastransplantatie nooit een standaardbehandeling van diabetes zijn. Het organentekort nog buiten beschouwing gelaten, zijn aan een transplantatie ook belangrijke nadelen verbonden. De operatie is bijzonder zwaar en door de afweeronderdrukkende medicatie die de patiënt blijvend moet nemen, is hij veel gevoeliger voor infecties. Op lange termijn loopt hij ook meer risico op kanker.

'Omdat die nadelen en risico's niet opwegen tegen het ongemak en eventuele complicaties die een goed gecontroleerde diabetes met zich meebrengt, komt maar een heel beperkt aantal patiënten voor een pancreastransplantatie in aanmerking', zegt dr. Wendy Engelen, verbonden aan de dienst diabetologie.

'Een pancreastransplantatie is het eindstadium in een hele reeks behandelingsmogelijkheden. Andere therapievormen zijn bijvoorbeeld een geoptimaliseerde insulinebehandeling met vier injecties per dag of een insulinepomp', vult Van Gaal aan.

Wie komt in aanmerking?

Patiënten die voor een pancreastransplantatie in aanmerking kunnen komen, zijn type 1-diabeten met ernstige verwikkelingen. Eén daarvan is de zogenaamde hypoglycemia unawareness. 'Bij een hypoglycemie of kortweg hypo is de bloedsuikerspiegel te laag. De meeste mensen voelen dit doordat ze last krijgen van onder meer transpiratie, een wazig zicht, een hongergevoel en op de duur ook concentratie- en coördinatieproblemen. Maar sommige patiënten hebben dit gewoon niet in de gaten. Dat kan heel gevaarlijk zijn, aangezien je bij een ernstige hypo in coma kunt raken', legt De Block uit.

Een andere verwickeling die aanleiding kan geven tot een transplantatie, is invaliderende zenuwaantasting. De patiënten in kwestie lijden vaak erge pijn, hebben belangrijke gevoelsstoornissen en zijn dikwijls moeilijk te been.

Potentiële kandidaten voor een transplantatie ondergaan een uitgebreide screening. Ze moeten bijvoorbeeld een stabiele nierfunctie hebben. Als ze op de wachtlijst worden toegelaten, gaan er gemiddeld een zestal maanden overheen tot er een donorpancreas vrijkomt.

Na de transplantatie

Na de operatie is er nog een herstelperiode van al gauw zes maanden tot een jaar. Als alles goed gaat, wint de patiënt sterk aan levenskwaliteit. 'Het probleem van de hypo's is zonder meer opgelost', weet Engelen. 'Wat de zenuwaantasting betreft, moeten we voorzichtiger zijn. We kunnen bijvoorbeeld niet beloven dat een patiënt die nog nauwelijks kan lopen, weer vlot te been zal zijn. Maar de pijn is weg of alleszins een stuk minder, en het aantastingsproces wordt stopgezet.'

'Volgens de literatuur kan er nog tot tien jaar na de transplantatie verbetering optreden in de zenuwfunctie, zowel wat gevoel als coördinatie van bewegingen betreft', voegt De Block eraan toe. 'Een beginnende nieraantasting kan zich binnen vijf jaar volledig herstellen en een diabetische oogaandoening stabiliseert zich meestal. Heel belangrijk is ook dat de patiënt geen risico op verdere complicaties heeft.'

Na tien jaar is tachtig procent van de pancreassen nog in een goede staat. 'Als het orgaan wordt afgestoten, kan de patiënt nog altijd terug naar een insulinebehandeling. Dat is niet aangenaam, maar zijn leven komt alleszins niet in gevaar', aldus nog Engelen.

Eilandjestransplantatie

Een nieuwe piste binnen de behandeling van diabetes is de zogenaamde eilandjestransplantatie, een techniek die zich op dit ogenblik nog in een onderzoeksfase bevindt. In plaats van een volledige pancreas te transplanteren, wordt een gedeelte ervan – de pancreaseilandjes - uit het orgaan gedestilleerd. Het zijn deze eilandjes die verantwoordelijk zijn voor de insulineproductie. Het weefsel wordt in een kweekstof bewaard en vervolgens via de grote ader in de lever van de patiënt gespoten. Daar ontwikkelen de eilandjes zich verder en gaan ze insuline aanmaken. 'Zes van onze patiënten zijn binnen het kader van een onderzoeksproject op deze manier getransplanteerd. De ingreep is een stuk minder belastend dan een volledige pancreastransplantatie, al zijn de nadelen en risico's op langere termijn dezelfde', legt prof. dr. Luc Van Gaal uit.

Momenteel zijn voor deze methode nog twee tot drie pancreasorganen per patiënt nodig. Maar met verbeterde vermenigvuldigingstechnieken of door gebruik te maken van stamcellen, zou er net minder weefselmateriaal nodig zijn. Dat zou een oplossing kunnen betekenen voor het organetekort.



'De laatste jaren hebben we zowel in dit domein als op het vlak van de klassieke pancreastransplantatie heel belangrijke stappen gezet', aldus nog Van Gaal.

Onderzoek in het UZA

Specifieke interessegebieden

Voorbeelden van zaken die complicaties in de hand werken zijn gewicht, vet diep in de buikstreek en specifieke biologische stoffen in het bloed. Deze bekleden dan ook een centrale rol in de verschillende onderzoeksprojecten binnen de dienst.

'We bekijken ook in welke mate stollingsstoornissen mee een rol kunnen spelen bij het optreden van een hartinfarct of vaatziekten bij zwaarlijvige diabetespatiënten', vervolgt diensthoofd prof. dr. Luc Van Gaal. 'Verder loopt er een onderzoek rond continue glucose monitoring, een techniek waarmee het suikergehalte van de patiënt elke twee of drie minuten gemeten wordt. Deze methode zou ook een belangrijke meerwaarde kunnen betekenen op de dienst intensieve zorgen, aangezien daar veel patiënten kampen met schommelingen in de bloedsuikerspiegel en dat nefast kan zijn voor de prognose.' Specifieke interesse is er ook voor de rol van gewichtsverlies bij het voorkomen van complicaties bij type 2-diabetespatiënten.

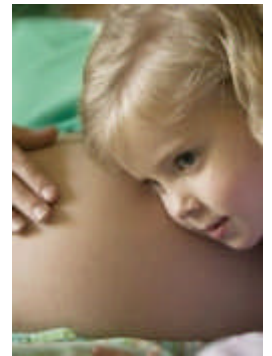
Geneesmiddelenonderzoek

Van Gaal: 'Onze dienst is ook sterk betrokken bij research naar nieuwe geneesmiddelen. We spreken dan zowel over medicatie voor type 2-diabetespatiënten in het algemeen als gewichtsreducerende middelen voor ernstige zwaarlijvige patiënten met deze ziekte. Daarnaast doen we onderzoek naar nieuwe types insuline voor type 1 en type 2 diabetici en inhalatie-insuline. Ons centrum is mee koploper in dergelijk geneesmiddelenonderzoek.'

Diabetes en zwangerschap

Planning cruciaal

'Zwanger worden met diabetes is geen probleem, op voorwaarde dat je de zwangerschap plant in overleg met je diabetoloog en gynaecoloog', zegt dr. Dominique Ballaux. 'Het is namelijk heel belangrijk dat je de suikerwaarden vooraf perfect geregeld krijgt. Bij een zwangere vrouw met een slecht gecontroleerd glucosegehalte kan de kans op aangeboren afwijkingen bij de baby oplopen tot 20 procent, tegenover 2,6 procent bij een vrouw zonder diabetes. Is de diabetes goed onder controle, dan daalt die kans aanzienlijk. Via prenatale screening kunnen we grote afwijkingen vroeg opsporen.' Omdat het risico bestaat dat een bloeddrukprobleem of verwickelingen aan de ogen of nieren tijdens de zwangerschap verergeren, moeten die complicaties vooraf gestabiliseerd worden.



Begeleiding tijdens zwangerschap

'Ook de zwangerschap zelf vraagt meer begeleiding. In het eerste trimester is er een verhoogd risico op lage bloedsuikerwaarden en bemoeilijkt eventuele misselijkheid optimale controle van de suikerwaarden. Vanaf het tweede trimester moeten we vooral uitkijken dat moeder en kind niet te zwaar worden, via een strikte suiker- en gewichtscontrole. Maar als de patiënte zich nauwgezet aan haar behandeling houdt en regelmatig op controle gaat, verloopt alles doorgaans heel goed', weet Ballaux.

Zwangerschapsdiabetes

Een ander probleem is zwangerschapsdiabetes, een vorm van suikerziekte die voor het eerst opduikt tijdens de zwangerschap en nadien meestal spontaan verdwijnt. Deze vrouwen moeten even strikt behandeld worden als zwangere diabetici, met behulp van insulinetherapie.

Getuigenis van een type 1-diabetespatiënte

Elke heeft type 1-diabetes 'Met suikerziekte valt best te leven'

Elke (33), 6 maanden zwanger, heeft sinds haar 14de type 1-diabetes. 'Met suikerziekte valt best te leven, je moet alleen meer bij bepaalde zaken stilstaan. Voor ik naar het werk fiets, meet ik bijvoorbeeld altijd mijn glucosegehalte. Maar uiteindelijk kan ik alles doen wat ik wil. Ik ski, zeil, wandel en maak sportieve reizen. Ook in mijn job voel ik me niet belemmerd. Hypo's kunnen vervelend zijn, maar zijn zeker leefbaar.'

De insulinebehandeling met vier inspuitingen per dag geeft je als patiënt een grotere vrijheid. Een uitgebreide lunch kon vroeger een probleem zijn, nu pas je gewoon je insulinedosis aan. Hoewel mijn diabetes geen geheim is, beschouw ik het als iets privé. Op mijn werk zijn een vijftal collega's op de hoogte. Dat is meer dan genoeg.

De beslissing of ik aan kinderen zou beginnen, was voor mij wel moeilijk. Ik zou me vooral schuldig voelen als mijn kind de ziekte ook kreeg. Maar mijn man heeft me overtuigd. De zwangerschap verloopt tot nu toe prima, al vind ik het emotioneel zwaar. Je beseft dat je voor je baby nog harder je best moet doen om je suikerspiegel onder controle te houden, wat ik als een enorme druk aanvoel. Maar ik ben dolgelukkig dat we een kindje krijgen.'

Getuigenis van een type 2-diabetespatiënte

Roger lijdt aan type 2-diabetes. 'Voetwonde ging van kwaad naar erger'

Roger (59) lijdt sinds zijn 40^{ste} aan type 2-diabetes. Hij worstelde al heel wat complicaties door. 'Ten tijde van de diagnose woog ik 150 kilo, wat zelfs voor een man van 1,97 meter veel te veel is. Vanaf toen heb ik flink aan mijn gewicht gewerkt. Toch kreeg ik zware complicaties, waaronder twee hartinfarcten. Ik lijdt ook aan zenuwaantasting, met onder meer als gevolg dat ik 40 procent minder grijpfunctie heb in mijn handen en dat ik ernstige erectieproblemen heb.

En dan zijn er nog mijn voetproblemen. Een klein jaar geleden moest ik twee tenen laten amputeren aan mijn linkervoet. Toen dook er ook op mijn rechervoet een minuscuul wondje op, waarvoor ik elke twee weken op controle ging. Toch ging het van kwaad naar erger, en eind september ontstak die wonde zo dat ik een algemene vergiftiging opliep. Ik ben maar net aan de dood ontsnapt. Intussen is die voet voor ongeveer een derde afgezet. De behandeling is gelukkig heel goed verlopen.

Andere diabetici raad ik aan zich regelmatig te laten nakijken en vooral hun suiker strikt te controleren. Dat laatste heb ik allicht te weinig gedaan, maar twintig jaar geleden was de noodzaak daarvan ook minder gekend. Met goede begeleiding en controles kan veel voorkomen worden. Ondanks alles heb ik mijn gevoel voor humor niet verloren en wil ik nog volop van het leven genieten. Sinds kort heb ik een nieuwe vriendin. Ik heb haar beloofd dat ik op mijn 60ste steviger op mijn poten zal staan dan ooit. Amputatie of niet.'

Diabetes in opmars: soorten en symptomen



Oorzaken toename

De alarmerende opmars van diabetes, en dan vooral type 2-diabetes, hangt samen met een ander onrustwekkend fenomeen: het stijgend aantal mensen met overgewicht. Overtollige kilo's zijn de belangrijkste oorzaak van type 2-diabetes.

'Beide epidemieën gaan hand in hand', weet Van Gaal. 'In de Verenigde Staten en tot op zekere hoogte ook in Europa is de explosie van het aantal obesen al een feit, nu zijn de Aziatische landen aan de beurt. Vooral in China en India neemt het probleem van overgewicht toe.'

Andere oorzaken van het gestegen aantal - gekende - diabetici is de toenemende vergrijzing en het feit dat de ziekte vandaag sneller wordt opgespoord dan vroeger. Ook de criteria om van diabetes te spreken zijn strenger geworden: vroeger had je diabetes als de suikerwaarde in je bloed nuchter minstens 140 milligram per deciliter bedroeg, vandaag is die grens verlaagd naar

126. Die aanpassing gebeurde omdat is gebleken dat je vanaf die waarde al een verhoogde kans op verwickelingen hebt.

Soorten diabetes

Er bestaan verschillende soorten diabetes, waarvan de meest voorkomende type 1 en type 2 diabetes zijn. Een gemene deler bij alle vormen is een verhoogde aanwezigheid van suiker in het bloed, als een gevolg van een gebrekkige of ontbrekende aanmaak van insuline. Insuline, een hormoon dat wordt geproduceerd door de zogenaamde cellen van Langerhans in onze pancreas of alvleesklier, zorgt ervoor dat de suiker of glucose uit onze voeding wordt opgenomen in onze cellen, zodat deze voldoende energie krijgen. Als er geen of niet genoeg insuline wordt aangemaakt, stapelt het suikergehalte in het bloed zich op, wat schadelijk is voor allerlei weefsels en tot diverse verwickelingen op lange en korte termijn leidt.

Terwijl de pancreas in het geval van type 1-diabetes in het geheel geen insuline aanmaakt, is er bij type 2-diabetes of ouderdomsdiabetes sprake van een verminderd functioneren. Er wordt minder insuline aangemaakt, of de werking van de insuline is minder goed. Andere vormen van diabetes zijn onder meer zwangerschapsdiabetes - meestal van voorbijgaande aard -, type 2-diabetes bij jongeren (MODY) en type 1-diabetes op latere leeftijd (LADA).

Multidisciplinaire behandeling in het UZA

In het UZA worden diabetespatiënten behandeld en begeleid door een team van diabetologen, educatoren, diëtisten en verpleegkundigen. Via de multidisciplinaire voetkliniek kunnen ze ook terecht bij een podoloog en vasculair of orthopedisch chirurg.

Symptomen

Typische klachten van patiënten met type 1-diabetes zijn:

- ⇒ voortdurend dorst hebben
- ⇒ vaak moeten plassen
- ⇒ heel moe zijn
- ⇒ sterk vermageren
- ⇒ een verhoogde gevoeligheid voor infecties
- ⇒ een specifieke geur in de mond, vaak omschreven als een flauwe appeltjesgeur

Lijdt je aan die symptomen, ga dan langs bij je huisarts.

Type 2-diabetes is veel moeilijker te herkennen. Mensen lijden vaak al jaren aan de ziekte voor de diagnose gesteld wordt. Vandaar zouden vooral risicopatiënten - onder meer mensen bij wie diabetes in de familie voorkomt of die ernstig zwaarlijvig zijn - zich regelmatig moeten laten controleren bij de huisarts.

De definitieve diagnose wordt gesteld aan de hand van een bloedname, al dan niet in combinatie met een orale glucose tolerantie test (OGTT). Hierbij wordt de bloedsuiker op verschillende tijdstippen gemeten voor en na het drinken van een suikerrijke drank.

Cijfers

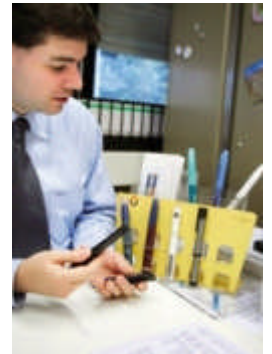
- ⇒ Overgewicht is de belangrijkste oorzaak van type 2-diabetes. In België is 13 procent van de 35- tot 59-jarigen ernstig zwaarlijvig. Van de mannen uit die leeftijdsgroep kampt 49 procent met overgewicht, bij de vrouwen is dat 28 procent.
- ⇒ Wie in vier jaar tijd 4 kilo afvalt, heeft 60 procent minder kans om type 2-diabetes te ontwikkelen.
- ⇒ Bij mensen met type 2-diabetes wordt de diagnose gemiddeld pas na zeven jaar gesteld. Op dat moment kan al veel schade aangericht zijn.

- ⇒ Geschat wordt dat een derde van de patiënten met type 2-diabetes niet van zichzelf weet de ziekte te hebben. Vandaar het grote belang van opsporingscampagnes.
- ⇒ Van alle mensen die zich aanbieden met een hartprobleem, hebben twee derden glucoseproblemen en 35 procent diabetes.
- ⇒ Van vrouwen met zwangerschapsdiabetes ontwikkelt 1 op 2 vroeg of laat 'echte' diabetes.
- ⇒ Eén procent van alle diabetici wereldwijd moet vroeg of laat een al dan niet gedeeltelijke voet- of beenamputatie ondergaan.
- ⇒ Een heel goed gecontroleerde type 1-diabetes vermindert je kans op oogproblemen met 76 procent, op aantasting van het zenuwstelsel met 60 procent, op verergering van bestaande oogletsels met 60 procent en op nieraantasting met 39 procent.

Type 1-diabetes

Wat?

Het kernprobleem van type 1-diabetes is een gebrek aan insuline. Insuline is een hormoon dat ervoor zorgt dat er suiker in de lichaamscellen kan worden opgenomen. Bij patiënten met type 1-diabetes produceren de betacellen van de pancreas in het geheel geen insuline meer, met als gevolg dat de lichaamscellen niet meer de nodige energie krijgen en er zich suiker opstapelt in het bloed. De ziekte uit zich meestal acuut, onder meer doordat de patiënt sterk vermagerd, veel dorst heeft en vaak moet plassen. Over de exacte oorzaak van type 1-diabetes is weinig bekend. Wel staat vast dat het een autoimmuunziekte is - een ziekte waarbij het afweersysteem zich tegen de eigen cellen keert -, waarbij erfelijkheid een rol speelt. Ook omgevingsfactoren, waaronder bepaalde virale infecties en voeding dragen vermoedelijk bij tot het ontstaan.



Diagnosestelling

De diagnose wordt meestal gesteld voor de leeftijd van 40 jaar, al is er geen strikte leeftijdsgrens. 'Patiënten zijn meestal erg onder de indruk als ze de diagnose krijgen', weet UZA-diabetoloog dr. Christophe De Block. 'Doorgaans is er een opname van vijf dagen nodig om de behandeling op punt te stellen. Tijdens zijn verblijf leren we de patiënt de belangrijkste zaken over zijn ziekte en therapie, elke dag een beetje meer zodat hij niet overdonderd raakt.'

Behandeling

Type 1diabetes is alleen te behandelen met insuline. Een strikte suikercontrole, waarbij de glycemie zo laag mogelijk wordt gehouden, is niet alleen belangrijk om de symptomen op korte termijn te onderdrukken, maar ook om latere complicaties te voorkomen. Toch mogen de suikerwaarden ook weer niet te laag te zakken, want dan riskeert de patiënt een hypoglycemie of kortweg hypo.

'Typische symptomen daarvan zijn beginnen te beven of transpireren, een verminderd gezichtsvermogen, concentratiestoornissen en grote honger. Sommigen lijden aan hypoglycemia unawareness, wat betekent dat ze een hypo niet voelen aankomen. Die mensen kunnen plots neervallen of 's nachts in een coma raken', zegt De Block.

Insuline-inspuitingen

De meeste patiënten houden hun suikerziekte onder controle door zich dagelijks in te spuiten met insuline, drie keer voor de maaltijd, en nog een keer voor het slapengaan. Dat gebeurt met behulp van een insulinepen, die erg lijkt op een gewone pen. Vooraf meet de patiënt zijn glucosegehalte met een glucosemeter. Op basis daarvan kan hij eventueel de dosis aanpassen. De insulinetherapie is er de laatste jaren sterk op vooruitgegaan. Tot voor enkele jaren werden de meeste patiënten behandeld met een combinatie van zogenaamde klassieke humane kort- en langwerkende insuline.

De Block: 'Vandaag beschikken we over ultra-kortwerkende en langwerkende insuline-analogen, met een aantal belangrijke voordelen. Doordat de kortwerkende vormen sneller worden opgenomen, kunnen patiënten ze ook na de maaltijd nemen, afhankelijk van hoeveel ze gegeten hebben. De kans op een hypo overdag is kleiner. De langwerkende vormen geven de insuline gelijkmatiger vrij, wat ook 's nachts de kans op een hypo vermindert.'

Inhaleerbare insuline

Een nieuwe therapie die zich nog in een onderzoeksfase bevindt, is inhaleerbare insuline, waarbij de patiënt gebruik maakt van een puf. Vooral mensen met prikangst zouden hiermee geholpen kunnen worden.

'Hoewel inhaleerbare insuline even veilig en efficiënt is als de klassieke inspuitingen, zijn er ook nadelen. Het middel is erg duur en heeft een aantal nevenwerkingen, waaronder een milde hoest en mogelijk een lichte achteruitgang van de longfunctie', aldus De Block.

Insulinepomp

Een 120-tal patiënten in het UZA gebruiken een insulinepomp. Dat is een toestelletje van amper 6 op 4 centimeter, dat de insuline in het lichaam brengt via een kathetertje in de buik. De pomp wordt zo ingesteld dat de insulinetoediening van uur tot uur is aangepast aan de noden van de patiënt. De Block: 'Een insulinepomp is aangewezen voor patiënten bij wie de suikerwaarden zodanig schommelen dat een gewone insulinetherapie niet volstaat. Ook zwangeren krijgen soms een insulinepomp, omdat het bij hen uiterst belangrijk is dat het glucosegehalte perfect onder controle blijft.'

Continue glucose monitoring

Bij sommige patiënten met een sterk wisselende suikerspiegel is het nuttig een heel precies beeld te krijgen van hun bloedsuikerwaarden. Regelmatige controles met een glucosemeter zijn dan niet genoeg.

'Aan die mensen stellen we continue glucose monitoring voor, waarbij hun suikerspiegel om de drie tot vijf minuten wordt gemeten door een toestelletje. Na twee of drie dagen bekijken we de resultaten. Daaruit vloeit vaak nuttige informatie, bijvoorbeeld op welk moment van de dag de suiker de hoogte in schiet. Op basis daarvan kunnen we het insulineschema aanpassen', legt De Block uit.

Controles

Is de diabetes eenmaal onder controle, dan hoeft de patiënt nog maar vier keer per jaar naar het ziekenhuis te komen: drie keer voor een gewone en een keer voor een doorgedreven controle. Bij de jaarlijkse uitgebreide controle wordt gezocht naar eventuele beginnende complicaties, zoals nierproblemen, hart- en vaatziekten en oogafwijkingen.

Hoe beter de patiënt zijn suikerwaarden controleert, hoe kleiner de kans dat hij vroeg of laat complicaties krijgt. Maar dat vraagt wel de nodige discipline. De patiënt blijvend motiveren en informeren is dan ook een belangrijke uitdaging voor de arts en het hele team.

Leven met type 1-diabetes

Een diabetespatiënt die zijn behandeling nauwgezet ter harte neemt en zich aan een aantal voorzorgsmaatregelen houdt, kan een heel normaal leven leiden. Al vraagt het soms wat extra regelen en uitzoeken.

'Je kunt bijvoorbeeld perfect op reis gaan, maar je moet vooraf wel bij een aantal zaken stilstaan, zoals voeding of een eventueel uurverschil. Die dingen bespreek je het best vooraf met je arts', weet dr. Christophe De Block.

Op het vlak van eten en drinken kan in principe alles... maar met mate. De Block: 'Met alcohol moet je oppassen omdat die een laattijdige hypo kan veroorzaken en je de signalen misschien niet herkent als je teveel uit hebt. Twee glazen per dag voor een man en één per dag voor een vrouw zijn geen probleem, op voorwaarde dat je er iets bij eet.'

Wat voeding betreft, houdt de patiënt zich best aan een gezond eetpatroon, met zo weinig mogelijk tussendoortjes. Een plakje cake mag, als het tenminste bij eentje blijft. De Block: 'Maar ook een diabeticus is maar een mens. Ik zeg altijd dat je als patiënt je diabetes moet controleren en niet omgekeerd. Een keertje genieten van een dessertenbuffet moet bijvoorbeeld kunnen. Las dan wel vooraf een extra insuline-inspuiting in.'

Sport is prima, al zijn extreme vormen als bergbeklimmen, deltavliegen of diepzeeduiken geen aanraders. 'Maar ook hier bevestigt de uitzondering de regel. Iemand met een heel goed gecontroleerde diabetes kan overwegen om te gaan duiken, maar dan bijvoorbeeld niet te diep. Zo is het eigenlijk met alles: als je je aan een aantal regels houdt, kan er heel veel. Gebruik vooral je gezond verstand.'

Tips

- ⇒ Aarzel niet om veel vragen te stellen aan je arts. Maak desnoods een spiekbriefje.
- ⇒ Wees eerlijk tegen je arts. Durf er bijvoorbeeld voor uit te komen dat je je niet aan een gezonde voeding gehouden hebt, zodat je samen een oplossing kunt uitwerken.
- ⇒ Neem op je werk een aantal mensen in vertrouwen over je diabetes, zodat zij correct kunnen reageren op een eventuele hypo.
- ⇒ Zorg dat je altijd druivensuiker (snelwerkende suikers) en een koek (traagwerkende suikers) bij je hebt om een hypo op te vangen.
- ⇒ Heb je een voetwonde? Raadpleeg dan meteen de huisarts. Is er na twee weken geen genezing in zicht, wend je dan tot een erkende voetkliniek.
- ⇒ Voor een sportieve inspanning dien je jezelf het best een lagere dosis insuline toe.
- ⇒ Wil je op vakantie, maar durf je niet omwille van je diabetes? De Vlaamse Diabetes Vereniging organiseert reizen met medische begeleiding, waaronder ook fiets- en bergvakanties.
- ⇒ Skiplannen? Denk er dan aan je insulinepen in je skipak te stoppen en bijvoorbeeld niet in je rugzak, want dan zou die kunnen bevriezen.
- ⇒ Op de luchthaven moet je een attest bij je hebben dat aantoont dat je je glucosemeter en insulinepen of -pomp tijdens de vlucht nodig hebt.

Preventie en screening



Voorkomen niet altijd mogelijk

De diagnose type 1-diabetes komt meestal als een donderslag uit heldere hemel. De patiënt kan niets doen om het uitbreken van de ziekte te voorkomen. Ook bij type 2-diabetes zijn er risicoverhogende factoren die de patiënt niet in de hand heeft. 'De ziekte komt meer voor bij familieleden van diabetespatiënten, bij vrouwen die zwangerschapsdiabetes doormaakten, bij mensen die geboren werden met een heel hoog of heel laag geboortegewicht, na langdurig gebruik van bepaalde medicatie - waaronder cortisone - en bij mensen die eerder gestoorde glucosewaarden vertoonden na een operatie', zegt dr. Frida Peiffer van de dienst diabetologie.

Overgewicht grootste risicofactor

Maar dé grootste risicofactor is overgewicht. Bij een body mass index (BMI, gewicht in kg gedeeld door lengte maal lengte in m) hoger dan 27 is er een sterk verhoogde kans op type 2-diabetes. Tachtig procent van de type 2 diabetici kampt met overgewicht (BMI 25-30) of obesitas (BMI hoger dan 30). Een slechte voeding en gebrek aan beweging zijn meestal de boosdoeners. 'Toch is de BMI niet het

voornaamste criterium bij het meten van iemands risico', beklemtoont Peiffer. 'Nog belangrijker is de middelomtrek: is die bij een vrouw meer dan 88 centimeter en bij een man meer dan 102 centimeter, dan is er een probleem. Dat komt doordat vooral het buikvet of abdominaal vet - in tegenstelling tot het vet op bijvoorbeeld dijen of heupen - tot een verminderde insulinegevoeligheid of insulineresistentie kan leiden.'

Het buikvet is ook sterk bepalend voor diabetes en hart- en vaatziekten, aangezien mensen met te veel abdominaal vet niet alleen meer risico lopen op suikerziekte, maar ook op bijkomende afwijkingen als hoge bloeddruk en een slecht cholesterol- en lipidenprofiel (vettenprofiel). Als minstens drie van die problemen aanwezig zijn, is er sprake van metabool syndroom. 'Screenen op type 2-diabetes is dus vooral zinvol bij mensen met een te hoge middelomtrek, al dan niet in combinatie met een te hoge BMI. Vroegtijdige opsporing is cruciaal met het oog op het voorkomen van complicaties', zegt Peiffer.

Prediabetes

Soms blijkt dat een patiënt aan zogenaamde prediabetes lijdt. Hij heeft de ziekte nog niet, maar vertoont wel te hoge glucosewaarden. Als het ware een overgangsfase dus, en een signaal om het over een andere boeg te gooien.

Risico verminderen

Maar wat kun je nu zelf doen om je risico te verminderen? 'Meer bewegen en calorie-armer gaan eten zijn de belangrijkste maatregelen', zegt Peiffer. 'Meer bewegen betekent concreet dat je dagelijks minstens een half uur een matige fysieke inspanning levert. Fietsen, wandelen of zwemmen zijn uitstekend.'

Op het vlak van voeding is vooral het beperken van calorieën en verzadigde vetten - aanwezig in onder meer vet vlees, kaas, chocolade en gebak - essentieel. Ook met zoetheid overdrijf je het best niet.

Peiffer: 'De gezonde voeding, kortom, die iedereen zou moeten nastreven. Spectaculair gewichtsverlies is niet nodig. Als iemand 10 procent van zijn gewicht kwijtspeelt, heeft dat al een enorme impact op het diabetesrisico. Zoals gezegd is vooral de middelomtrek bepalend. Elke centimeter verloren buikvet is een pluspunt. En uiterekend dat buikvet speel je tijdens een dieet het snelst kwijt.'

Lees verder:

- ⇒ [Zie wat je eet, rubriek aandoeningen](#)
- ⇒ [UZA presenteert nieuwe medicatie voor obesitas \(en zijn risico's\)](#)
- ⇒ [Dossier obesitas](#)

Medicatie

Hoewel een gezonde levensstijl het sleutelement is bij het voorkomen van diabetes, kan ook medicatie een rol spelen. Zo bestaan er geneesmiddelen om bij patiënten met prediabetes de suikerspiegel te stabiliseren of zelfs te normaliseren. Ook voor mensen met een prille vorm van type 2-diabetes zijn er medicijnen die een enorme impact kunnen hebben op de evolutie van de ziekte. 'De bekendste zijn metformine en de glitazones, ook gebruikt voor patiënten met prediabetes. Beide kunnen in het beste geval de suikerspiegel zelfs volledig normaliseren', zegt dr. Frida Peiffer.

Ten slotte zijn er ook geneesmiddelen die zowel het gewicht als de stofwisseling positief beïnvloeden. Vooral Xenical, Reductil en Acomplia zijn op dat vlak efficiënt.

Peiffer: 'Het zijn zeker geen wonderpillen, maar ze kunnen patiënten helpen om iets sneller gewicht te verliezen en stofwisselingsproblemen een halt toe te roepen. Soms geven ze de patiënt dat extra zetje in de rug dat nodig is om de aangepaste voedingsgewoonten vol te houden.'

Risico op type 1-diabetes

Heeft je moeder type 1-diabetes, dan heb jij 3 tot 4 procent kans om de ziekte ook te krijgen. Met een vader met type 1-diabetes bedraagt die kans 5 tot 6 procent. Hebben je beide ouders diabetes, dan loopt het risico op tot 10 procent. Zonder familiale voorgeschiedenis bedraagt je kans ongeveer 0,4 procent.

Het UZA werkte al mee aan preventiestudies, waarbij broers of zussen van een diabetespatiënt een bloedstaal konden laten onderzoeken door het Belgisch Diabetes Register. Zo kon worden nagegaan of ze een laag, matig of hoog risico hadden om de ziekte zelf te ontwikkelen. Personen bij wie een matig of sterk verhoogd risico naar voor kwam, konden indien gewenst deelnemen aan een interventiestudie. Bedoeling daarvan is het ontstaan van diabetes uit te stellen.

Diabetes de baas dankzij educatie

Een gewoon leven leiden met diabetes kan perfect, maar je moet weten hoe. Hoe vermijd je een te lage suikerspiegel? Wat doen als je gaat sporten? Hoe voorkom je complicaties? Educatie vormt dan ook dé hoeksteen van de behandeling. Een gesprek met het diabeteseducatieteam van het UZA.



Diabetes en lichaamsbeweging, Voeten - preventieve verzorging, Zwangerschap en diabetes, Diabetes & vakantie, Lifestyle tips voor tieners met diabetes... Aan de reeks folders en brochures op de diabetesafdeling van het UZA lijkt geen einde te komen. Diabetes is dan ook een aandoening die zijn weerslag heeft op zowat alle aspecten van het dagelijks leven. Net daarom is het zo belangrijk dat patiënten na de diagnose niet met een routinepraatje naar huis worden gestuurd. Alles staat of valt met goede educatie.

Binnen de dienst endocrinologie en diabetologie, geleid door prof. dr. Luc Van Gaal, coördineert Nancy Bolsens sinds vorig jaar de diabeteseducatie. Zij en haar collega's Kristin De Backer, Mieke Hoes, Davina Jacobson en Jan Vanelven vormen samen het team van educatoren. Alle patiënten die minstens twee keer per dag insuline moeten spuiten, krijgen gratis individuele begeleiding. 'Veel patiënten worden bij het begin van hun behandeling enkele dagen opgenomen', zegt Nancy. 'De diabeteseducator gaat dan meermaals langs om uitleg te geven. Wat is diabetes? Wat gebeurt er als je suiker te hoog of te laag staat? Hoe doe je aan zelfcontrole? Wat als je ziek bent? En wat op vakantie? De verpleegkundigen van de afdeling dragen hun steentje bij, voor zover werkbelasting en tijdsdruk dat toelaten. Er wordt een vast educatieschema afgewerkt.'



Kunt u het nog eens uitleggen?

Nancy weet hoe belangrijk het is om verschillende keren bij de patiënt langs te gaan. 'Goede patiënteneducatie vraagt tijd. De eerste keer zijn mensen overdonderd. Als je het bij die ene sessie laat, onthouden ze misschien tien procent. Het komt erop aan zaken te herhalen en voort te bouwen op wat de patiënt van de vorige gesprekken heeft onthouden. Je moet ook aanvoelen hoeveel informatie iemand wil en aankan. Mensen die nog werken en volop reizen en sporten, hebben heel veel vragen. Er zijn er ook die genoeg hebben aan basisinformatie.'

Patiënten die thuis vragen hebben, kunnen daarmee dag en nacht terecht bij de diabetes-educatoren of op de verpleegafdeling. Ook als ze op consultatie komen of benodigdheden voor hun behandeling komen ophalen, zitten ze altijd even samen met de diabeteseducator.

Schijn bedriegt

Een heel belangrijk punt is het voorkomen van complicaties. In dat opzicht is diabetes een verraderlijke ziekte. De patiënt ondervindt vaak geen hinder van een te hoge suikerwaarde, maar als hij zijn ziekte blijft verwaarlozen, kunnen de gevolgen op lange termijn desastreus zijn: van nier- en oogproblemen tot hart- en vaatziekten en slecht genezende voetwonden, die op termijn zelfs tot een amputatie kunnen leiden. Ook daarom is het zo belangrijk dat de patiënt inzicht heeft in zijn aandoening. Hij draagt zelf voor een groot stuk de verantwoordelijkheid voor zijn behandeling.

Patiënt uit zijn tent lokken

Waar mensen het meest moeite mee hebben? 'Met de aanpassing van hun voeding', zegt diabeteseducator Jan Vanelven. 'In onze maatschappij kun je geen magazine openslaan of geen televisie aanzetten zonder dat je beelden van lekker eten te zien krijgt. Bovendien confronteren die beperkingen de patiënt voortdurend met zijn problemen.'

Met patiënten die al langer op de dienst komen, groeit er vaak een vertrouwensrelatie. 'Als iemands bloedwaarden op een onverklaarbare manier ontregeld zijn, is het soms echt zoeken naar de oorzaak', vertelt Jan. 'Soms wil de patiënt eerst niet zeggen dat hij heeft gezondigd en moet je hem een beetje uit zijn tent lokken. Gelukkig is de drempel laag en nemen mensen ons vrij gemakkelijk in vertrouwen. Hoe dan ook moet je de patiënt blijvend motiveren. Nieuwe gewoonten durven al eens verwateren.'

Jan maakte nog de tijd mee van de grote glazen insulinespuiten die voor gebruik moesten worden afgekookt. 'In vergelijking met die tijd is de levenskwaliteit van diabetespatiënten er enorm op vooruitgegaan. Dankzij nieuwe medicatie en hulpmiddelen controleren patiënten hun ziekte en niet andersom. Educatie speelt daarbij een heel grote rol.'

Info

Dienst diabetologie, metabole ziekten en nutrietiopathologie UZA, T 03 821 32 75
Vlaamse Diabetes Vereniging, T 09 220 05 20, 0800 96 333 (gratis infolijn),
vdv@diabetes-vdv.be en www.diabetes-vdv.be

'Het leven stopt niet omdat je diabetes hebt'

Martin (65) heeft type 2 diabetes en is momenteel opgenomen in het UZA. Een klein wondje op zijn teen werd een heel grote wonde en uiteindelijk draaide het uit op een teenamputatie. Hij had zichzelf nochtans goed verzorgd.

'Vier jaar geleden moest een andere teen worden geamputeerd. Het was toen dat ik de diagnose diabetes kreeg. Sindsdien zet ik heel erg de puntjes op de i. Mijn suikerwaarden zijn perfect geregeld. Net alsof ik geen diabetes heb, zegt mijn dokter. Vooral op het vlak van eten en drinken is er veel veranderd. Een enkele keer een biertje kan nog, maar meer is uit den boze. Ik ben veel bezig met mijn ziekte en wil er zoveel mogelijk over weten. Want een te hoge suikerspiegel doet geen pijn, maar intussen vreet het je ingewanden op. En ik ben mijn leven nog lang niet beu. Misschien ben ik zelfs een beetje té voorzichtig. Mijn dokter zegt wel eens het leven stopt niet omdat je diabetes hebt.

Ik krijg hier altijd veel uitleg en als ik thuis over iets twijfel, bel ik meteen. Als ik mij echt zorgen maak, kom ik gewoon langs. Ze hebben me nog niet één keer afgewimpeld.'

‘Veel meer dan een medische case’

Georges Ghanem Choucha Uzgen zou je zijn 78 jaar niet nageven. Na ruim 35 jaar in Antwerpen verhuisden hij en zijn vrouw enkele maanden geleden naar Ukkel. Maar toen hij ziek werd, stond hij erop naar zijn vertrouwde UZA te mogen komen.



‘Ik voelde mij al enkele dagen heel erg moe, en dus liet ik de huisarts komen. Die stelde vast dat ik een longontsteking had en dat ik meteen moest worden opgenomen. Maar in Brussel kent niemand mij. In een nieuw ziekenhuis zouden ze een maand nodig hebben om een goed zicht te krijgen op mijn problematiek. Hier in het UZA kennen ze mij al jaren: binnen de paar uur weten ze wat te doen. Ik ben hier al elke keer goed geholpen, voor mijn ogen, mijn hart, noem maar op. Hier in het UZA ben je ook veel meer dan een medische case. Iedereen is altijd heel behulpzaam, ook al hebben ze veel werk en werken ze soms in moeilijke omstandigheden. Ik heb voor mijn werk als agent in de scheepvaart heel wat van de wereld en ook heel wat ziekenhuizen gezien. Geloof mij, de zorg die je hier krijgt, is uniek.’

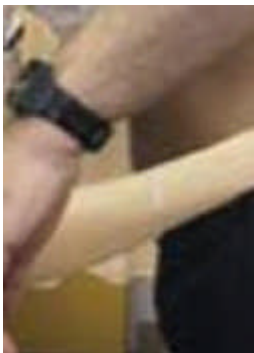
Van 180 naar 116 kilo

‘Ik ben in behandeling voor diabetes en obesitas bij prof. dr. Van Gaal. Ooit woog ik 180 kilo. Dankzij prof. Van Gaal weeg ik er nu maar 116 meer. Ik had alles geprobeerd: allerlei diëten, pillen, zelfs pillen uit Amerika. Ik vermagerde wel elke keer, maar mijn gewicht ging altijd weer omhoog. Tot ik bij Van Gaal terecht kwam. In 2006 ben ik een eerste keer opgenomen om de behandeling van mijn diabetes in orde te brengen en om een aangepast dieet op te stellen. Tijdens die opname van drie weken ben ik maar liefst tien kilo vermagerd, dankzij het dieet en het programma voor lichaamsbeweging dat erbij hoort.’

Groot bord vol rauwkost

‘Het jaar daarna ben ik nog eens opgenomen en afgevallen tot 123 kilo. Ik heb het dieet en het sporten thuis volgehouden, en weeg nu 116 kilo. De methode heeft succes omdat prof. Van Gaal niet uit de losse pols werkt. Hij heeft alles onderzocht, hoe mijn metabolisme werkt enzovoort. Op basis daarvan stelt hij een dieet op en een programma voor lichaamsbeweging. In het begin was dat dieet heel zwaar. Ik kreeg elke dag een groot bord vol wortels, selder, komkommer, tomaten enzovoort voorgeschoteld... je moet dat echt leren eten. En prof. Van Gaal houdt je daarbij goed in de gaten. Ik weet zeker dat hij soms in het geniep langs mijn kamer liep om te zien of ik me wel aan de richtlijnen hield. Je moet echt je levenswijze veranderen en je oude eetgewoonten afleren. Nu vind ik het eigenlijk niet moeilijk meer.’

Voedingstherapie



Realistische doelstellingen

Een paar kilo'tjes afvallen om beter in je bikini te passen is één ding. Maar wat doe je als je tientallen kilo's kwijt wilt? ‘We proberen altijd realistische doelstellingen na te streven’, zegt UZA-diëtiste Annemie Van de Sompel. ‘Een man of vrouw van 1,65 meter die 104 kilo weegt, zal maar moeilijk aan een BMI (gewicht in kg gedeeld door lengte maal lengte in) van 25 raken. Onze eerste doelstelling is dan bijvoorbeeld om dat gewicht beneden de honderd te krijgen, wat psychologisch al heel belangrijk is. Uit studies is trouwens gebleken dat een relatief beperkt gewichtsverlies de gezondheidsrisico's al behoorlijk doet dalen. Wie 10 procent van zijn gewicht verliest, loopt 25 procent minder risico op belangrijke gezondheidsproblemen als diabetes en hart- en vaatziekten.’

Bliksemdieet

helpt

niet

Patiënten hopen vaak op een snel en spectaculair gewichtsverlies. Maar dat is nu juist geen verstandige manier van vermageren.

‘Met bliksemdieën verlies je voornamelijk water en bereik je zelden reële resultaten. Je vetmassa verminderen gaat nu eenmaal traag. Als mensen een halve kilo per week afvallen, is dat niet slecht. Het resultaat op lange termijn telt’, onderstreept Van de Sompel.

Voedingsgewoontes in kaart brengen

Aan het begin van de therapie probeert de diëtiste een nauwkeurig beeld te krijgen van de voedingsgewoontes van de patiënt. Is hij iemand die de hele dag snoept of heeft hij behoefte aan grote porties? En wat eet hij precies op een gemiddelde dag? Om dat te achterhalen wordt de patiënt gevraagd om een paar dagen lang een eetdagboekje bij te houden.

Veel mensen hebben een verkeerd beeld van hun eetpatroon. Ze hebben de indruk dat ze vrij gezond eten, maar kopen intussen slaatjes en salami als broodbeleg, serveren regelmatig kant-en-klare diepvriesmaaltijden en eten blokjes kaas bij de televisie. Juist daar zitten veel verborgen vetten in.

‘Gezond eten is vooral bewust eten’, stipt Van de Sompel aan. ‘Daarom hoef je nog geen uren in de keuken te staan. Verse groenten verdienen bijvoorbeeld de voorkeur, maar bij gebrek aan tijd kan je ook voorgesneden rauwkost of diepvriesgroenten kopen.’

De diëtiste peilt ook naar de sociale context en de levensstijl van de patiënt. Heeft hij een gezin of is hij alleenstaand? Is hij iemand die vier keer per week op restaurant gaat? Neemt hij af en toe beweging? Al die dingen zijn belangrijk voor het bepalen van de juiste aanpak.

Op dieet

Afhankelijk van de graad van overgewicht wordt een bepaald dieet voorgesteld. De rode draad is stevast: minder vet, minder suiker en - indien van toepassing - minder alcohol. Een dieet dat vaak wordt voorgeschreven aan patiënten met extreem overgewicht is het PSMF (Protein Sparing Modified Fast)-dieet. Dat bevat maar 600 tot 700 calorieën per dag, en bestaat uit magere eiwitbronnen als mager vlees, vis of kaas, aangevuld met groenten en een heel beperkte hoeveelheid vetstof.

Van de Sompel: ‘In tegenstelling tot wat je zou denken, lijden die patiënten na een paar dagen al geen honger meer. Als je een tijdje weinig koolhydraten eet, maakt je lichaam namelijk de stof aceton aan. Die werkt als natuurlijke hongerstiller. Dat neemt niet weg dat het een vrij streng dieet is, dat alleen door de arts kan voorgeschreven worden. Ook tijdens het dieet staat de patiënt onder medisch toezicht en neemt hij vitaminesupplementen in. Is hij eenmaal behoorlijk afgevallen, dan kunnen we het dieet geleidelijk versoepelen.’

Voor patiënten met minder overgewicht, volstaan minder drastische maatregelen. De diëtiste rekent uit hoeveel calorieën de patiënt in normale omstandigheden nodig heeft. Een mogelijke aanpak is een dieet voorschrijven dat 600 calorieën minder bevat.

Tips en voedingsadvies

‘Vooral in het begin is de patiënt het best af meteen volledig uitgewerkt dieet’, zegt Vande Sompel. ‘Maar we geven ook veel algemene tips en voedingsadvies. Elke consultatie werken we rond één specifiek aspect: het belang van vezels, wat te doen als je op restaurant gaat, welk beleg kiezen, de gevaren van fastfood... Verder motiveren we de patiënten om extra beweging in te lassen.’

Blijvende begeleiding

In het begin komt de patiënt meestal om de veertien dagen op consultatie, na verloop van tijd nog om de maand. Is het streefgewicht eenmaal bereikt, dan blijft hij af en toe komen voor verdere begeleiding en ondersteuning.

'Toegegeven, blijvend gewicht verliezen is niet gemakkelijk. We zien regelmatig patiënten hervallen. Maar er zijn er ook veel die de draad nadien weer oppikken', zegt Van de Sompel.

Goed om te weten over eten

- ⇒ Schaal- en schelpdieren, zoals mosselen en garnalen, zijn een magere keuze... als je er tenminste geen frietjes bij eet.
- ⇒ Gehakt bevat veel vet. Je kan het vervangen door een mengsel dat voor de helft uit gehakt, en voor de helft uit niet-bereide filet américain bestaat.
- ⇒ In tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt, is varkensvlees mager, op voorwaarde dat je het zichtbare vet verwijdert.
- ⇒ Ook de aardappel als zogenaamde dikmaker is een mythe. 100 gram gekookte aardappelen bevat 76 calorieën, 100 gram gekookte rijst of pasta respectievelijk 125 en 130 calorieën.
- ⇒ Een mager alternatief voor witte saus : meng twee derden halfvolle melk met een derde kookvocht, laat goed doorkoken, bind met maïzena en breng op smaak met peper, zout, muskaatnoot en eventueel tuinkruiden of currypoeder. Zo hoef je geen bloemkool zonder saus te eten.
- ⇒ Olijfolie is gezonder dan gewone bakboter, maar bevat evenveel calorieën.
- ⇒ Goed om te weten : één eetlepel mayonaise bevat ongeveer 150 calorieën, één eetlepel ketchup 15 calorieën. Pickles en mosterd zijn nog caloriearmer.
- ⇒ Geen zin om te koken ? Bedenk dan dat een meeneemgerecht van een Chinees restaurant veel dieetvriendelijker is dan een pizza, pitta of bakje frieten. Kies bijvoorbeeld chop suey met varkensvlees of een groenteschotel met kip.
- ⇒ Een compromis is beter dan onrealistische voornemens. Iedereen weet dat een appel minder calorieën bevat dan chips of snoep, maar daar heb je weinig aan als je zin hebt in een zoet of hartig vieruurtje. Kies voor de gulden middenweg, en neem wat popcorn, zoute crackers, een droge koek of een stuk peperkoek.

Ontstaan en risico's obesitas

Ontstaan

Het ontstaan van overgewicht is eenvoudig uit te leggen: als de hoeveelheid calorieën die je inneemt systematisch groter is dan het aantal calorieën dat je verbruikt, word je te zwaar. Zo'n onevenwicht kan tot stand komen doordat je teveel of te vet eet, of doordat je te weinig beweegt. Meestal spelen beide factoren een rol.



Erfelijkheid of hormonale problemen kunnen meespelen bij het ontstaan van overgewicht, maar vormen zelden de belangrijkste verklaring. 'Bij ongeveer 30 tot 40 procent van de zwaarlijvigen blijkt het om een familiale kwaal te gaan', zegt Van Gaal. 'Maar de vraag is of dat wel met genetische factoren te maken heeft. Heel vaak worden ook slechte eetgewoontes van ouder op kind doorgegeven. Ook schildklierproblemen zijn zelden de oorzaak van zwaarlijvigheid. Je spreekt dan over hooguit één patiënt op de honderd.'

Vanaf wanneer te zwaar?

Een vaak gebruikte maatstaf voor zwaarlijvigheid, is de Body Mass Index (BMI) (gewicht in kg gedeeld door lengte maal lengte in m). Heb je een BMI tussen 25 en 30, dan heb je overgewicht. Is je BMI 30 of hoger dan is er sprake van obesitas en loop je gevoelig meer risico op een aantal ziektes. De belangrijkste daarvan zijn hart- en vaatziekten en diabetes. Ook bepaalde kankers - voornamelijk borst-, baarmoeder-, darm- en prostaatkanker - worden in verband gebracht met obesitas.

'Toch is de BMI geen zaligmakend criterium voor overgewicht. Want eigenlijk gaat het niet om kilo's, maar om een teveel aan vet. Ook de plaats van het overtollige vet is belangrijk. Bevindt het zich voornamelijk op de armen en de dijen, dan is het risico minder groot. Situeert het zich vooral op de buik, dan behoort die persoon waarschijnlijk wel tot de risicogroep. Daarom meten we bij een patiënt ook altijd de omvang van het middel', nuanceert Van Gaal.

Toenemend probleem

Het aantal zwaarlijvigen in België is de laatste jaren fors toegenomen. Een op de twee werkende mannen en een op de drie werkende vrouwen heeft een BMI dat hoger ligt dan 25 en is dus zwaarlijvig. Obesitas - waarbij de BMI meer dan 30 is - komt voor bij 15 tot 16 procent van de werkende Belgen. Vijftien jaar geleden was dat nog 9 procent. Van Gaal : 'Oorzaken van die toename liggen voor het grijpen. Mensen eten vetter en sporten minder, zitten alsmaar langer voor hun televisie- of computerscherm, laten zich verleiden door de oprukkende fastfoodcultuur...' Zwaarlijvigheid komt voor in alle leeftijdscategorieën en bevolkingsgroepen.

'Onze patiënten zijn meestal tussen twintig en zestig jaar oud. Tachtig procent zijn vrouwen. Niet doordat vrouwen vaker aan overgewicht zouden lijden, maar omdat ze er blijkbaar sneller iets aan willen doen. Het sociaal-economische profiel varieert van minder gegoede mensen die stevast worst en frieten eten tot zakenmensen die elke middag op restaurant moeten.'

Extreem zwaar

Op de consultatie melden zich soms patiënten van 200 kilo aan. 'Dat kan tot praktische problemen leiden. De onderzoekstafels voor een CT-scan of MRI-onderzoek kunnen bijvoorbeeld maar 150 kilo dragen. Het gebeurt ook dat we ziekenhuisbedden moeten verstevigen', merkt Van Gaal op. Maar het obesitasprobleem blijft zeker niet beperkt tot die extreem zware patiënten.

'De media focussen zich al te vaak op die kleine groep. En uiteraard hebben deze mensen gespecialiseerde zorg nodig. Maar we zouden beter wat meer aandacht besteden aan de twee tot drie miljoen Belgen die weliswaar geen 150 kilo wegen, maar wel zwaarlijvig zijn. Willen we het probleem in de toekomst de baas blijven, dan zou er vooral in die groep meer aan preventie gedaan moeten worden.'

Terminologie: zwaarlijvigheid, overgewicht en obesitas

Als je te zwaar bent, moet je beseffen dat je gezondheid in gevaar is. Maar wat is dat, 'te zwaar'? Een woordje uitleg over de terminologie. Heel vaak worden de termen zwaarlijvigheid, overgewicht en obesitas door elkaar gebruikt. Toch zijn het geen synoniemen. Overgewicht is wat het woord zegt. Je zit 'over je gewicht'. Je weegt meer dan wat normaal is in verhouding tot je lengte. Zwaarlijvigheid en overgewicht betekenen hetzelfde.

Wanneer de term obesitas valt, kan je stellen dat het gaat om een ziekte. Een chronische ziekte zelfs, waarbij je gewicht levensbedreigend wordt. Het zit blijkbaar in de genen en de wetenschap weet nog lang niet alles over deze aandoening. Er spelen bovendien nog tal van andere factoren van sociale, culturele, economische en psychologische aard mee.

BMI berekenen

Een eenvoudige manier om na te gaan of je een gezond gewicht hebt, is het berekenen van je Body Mass Index (BMI). Dat doe je door je gewicht in kilogram te delen door het kwadraat van je lengte (lengte maal lengte) in meter. Een paar voorbeelden:

⇒ 1,58 m en 50 kg = BMI 20

⇒ 1,72 m en 83 kg = BMI 28

⇒ 1,68 m en 105 kg = BMI 39

Een BMI tussen 20 en 25 is normaal. Een BMI tussen 25 en 30 duidt op overgewicht. Gaat dit gepaard met andere risicofactoren, zoals een te hoog vetgehalte in het bloed, een opstapeling van buikvet of een te hoge bloeddruk, dan houdt dit een reëel gezondheidsrisico in. Vanaf een BMI van 30 is er sprake van obesitas, wat gepaard gaat met belangrijke gezondheidsrisico's.

Ook de buikomtrek, eenvoudigweg gemeten met een lintmeter, is een belangrijk criterium. Is deze bij een vrouw meer dan 88 centimeter of bij een man meer dan 102 centimeter, dan is er - ongeacht het BMI - een sterk verhoogd risico.

Obesitas in cijfers

- ⇒ Als een ernstig zwaarlijvig persoon 10 procent van zijn gewicht verliest, nemen de gezondheidsrisico's met 25 procent af.
- ⇒ Als de BMI van een obese persoon daalt met 5 procent, daalt zijn risico op hart- en vaatziekten met pakweg 10 procent.
- ⇒ 61 procent van de gevallen van diabetes type II, ook wel ouderdomsdiabetes genoemd, zijn een gevolg van zwaarlijvigheid. Bij galstenen gaat het om 30 procent, bij hart- en vaatziekten om 17 procent en bij borstkanker om 11 procent.
- ⇒ Mannen die op veertigjarige leeftijd aan obesitas lijden, leven gemiddeld vijf of zes jaar minder lang. Bij vrouwen is dat zelfs zeven jaar.
- ⇒ In de Verenigde Staten en Finland gebeurde onderzoek naar het verband tussen zwaarlijvigheid bij kinderen en diabetes. Bij een vierde van de obese kinderen waren er al afwijkingen in de suikerspiegel merkbaar.
- ⇒ Eén kind op de zes is in België te zwaar.

Behandeling obesitas: multidisciplinaire aanpak



Diagnosestelling

Voor er met een behandeling wordt gestart, wordt elk gewichtsprobleem individueel nauwkeurig in kaart gebracht. 'We voeren een aantal tests uit die onder meer nagaan hoe de verhouding tussen vet en spieren is en hoe de verbranding van calorieën verloopt. Dit gebeurt aan de hand van meting van de calorieverbranding op de metabole eenheid, en geeft ons een idee over de stofwisseling in rust. Ook wordt er een bloedonderzoek verricht. Daarmee onderzoeken we onder meer of er geen hormonaal probleem is en of het overgewicht al bepaalde gevolgen heeft gehad, zoals een gestoorde bloedsuikerspiegel of een verhoogd cholesterolgehalte', zegt prof.dr. Luc Van Gaal, diensthoofd diabetologie, metabole ziekten en nutritiepathologie.

Behandeling: voedingstherapie centraal

Afhankelijk van de onderzoeksresultaten, het overgewicht en de leeftijd stippelt de arts samen met de patiënt een beleid uit. Daarbij speelt voedingstherapie onder begeleiding van het diëtistenteam bijna altijd een centrale rol. Ook lichaamsbeweging krijgt de nodige aandacht. Sinds kort werkt de dienst met een kinesitherapeut, die zich specifiek met dat luik bezighoudt.

Medicatie

Een beperkte groep patiënten is gebaat met medicatie. De dienst diabetologie van het UZA heeft op dat vlak een grote expertise. Als er nieuwe medicijnen tegen obesitas worden getest, is het ziekenhuis daar als referentiecentrum bijna altijd bij betrokken.

'Medicatie is zeker geen eerste optie, maar kan nuttig zijn voor mensen die al verschillende mislukte pogingen hebben ondernomen om te vermageren', aldus Van Gaal. 'In grote lijnen zijn er

twee types medicijnen: middelen die de eetlust remmen of de verzadiging verhogen, en middelen die ervoor zorgen dat de vetten in de voeding maar gedeeltelijk door de darm worden opgenomen. Met medicatie slagen de patiënten er meestal in om in zes maanden tien procent van hun gewicht te verliezen, wat een grote stap vooruit is op gezondheidsvlak. De medicijnen zijn wel maar een hulpmiddel: je moet ze altijd combineren met een dieet en extra beweging.'

Net als alle geneesmiddelen hebben ook deze een aantal mogelijke nevenwerkingen. Sommige patiënten kampen met diarree of een vette stoelgang, anderen krijgen een licht verhoogde bloeddruk.

Chirurgische ingreep

Ten slotte zijn een aantal chirurgische ingrepen mogelijk. 'Maar die zijn enkel bedoeld voor een beperkte groep patiënten met een heel ernstige graad van overgewicht. En dan nog moeten we zeker zijn dat de patiënt alle andere methodes geprobeerd heeft', beklemtoont Van Gaal.

Blijvende begeleiding

Vermageren is één ding, de kilo's eraf houden blijkt vaak andere koek. 'Zelfs een relatief klein gewichtsverlies behouden, is niet gemakkelijk. Daarom blijven we onze patiënten ook na de behandeling altijd volgen', besluit Van Gaal.

Gewicht verliezen door beweging

De ene sport is al geschikter om kilo's te verliezen dan de andere. Om vet te verbranden kies je het best voor minder intensieve bewegingsvormen die je lang kunt volhouden, zoals wandelen, fietsen en zwemmen. Voor gericht oefenen is een hartslagmeter een handig hulpmiddel. Wil je je vetten als brandstof aanspreken, dan zou je polsslag tijdens het sporten ongeveer zestig procent van je maximale hartslag moeten bedragen. Die maximale hartslag kun je bij benadering berekenen door je leeftijd af te trekken van 220.

'Maar als je vrij zwaar bent, is het eigenlijk niet verstandig je zomaar in een sport te gooien. Je gaat dan het best eerst bij de huisarts langs voor advies. Wil je blijvende begeleiding, dan kun je daarvoor aankloppen in een fitnesscentrum of bij een kinesitherapeut', zegt Dirk Vissers van de dienst metabole ziekten.

Sporten die belastend zijn voor de gewrichten, bijvoorbeeld rennen of squashen, zijn niet aan te raden voor iemand met veel overgewicht.

UZA presenteert nieuwe medicatie voor obesitas (en zijn risico's)

Blijvend effect

Prof. dr. Van Gaal en zijn collega's verdeelden de 1.507 zwaarlijvige patiënten die de pil zouden testen in drie groepen: een placebogroep (kregen een nepgeneesmiddel toegediend), een groep die 5mg per dag kreeg toegediend en een groep die 20 mg per dag slikte. Na een jaar waren de resultaten reeds duidelijk merkbaar. Concreet stelde men vast dat de 20 mg-groep gemiddeld 6,6 kg verloor en de taille-omtrek met 6,5 cm verminderde. Bij de groep die de studie volledig doorliep, bedroeg het gewichtsverlies na 1 jaar zelfs 8,5 kg. 67% van deze patiënten had na een jaar minstens 5 procent van het begingewicht verloren en 39% minstens 10%. "De moeite waard, want overgewicht vermindert de levensverwachting met minstens drie jaar, zwaarlijvigheid zelfs met zes tot zeven jaar", aldus Van Gaal.



Maar het bestrijden van overgewicht op zich was niet de belangrijkste motor achter het onderzoek. Vet dat zich diep in de buik situeert, is immers schadelijker dan wanneer de extra kilo's zich vastzetten op andere plaatsen van het lichaam, zoals de benen of de heupen. Precies omdat het nieuwe middel buikvet reduceert, is het zo baanbrekend. "De pil heeft een dubbele werking", legt Van Gaal uit. "Enerzijds verhoogt het het verzadigingsgevoel door ter hoogte van de hersenen in te werken op de centra en de cellen die verantwoordelijk zijn voor eetgedrag. Anderzijds speelt de pil ook rechtstreeks in op de vetcellen en dat is veel belangrijker en zelfs uniek. Men weet sinds enkele jaren dat de vetcel heel wat ongunstige stoffen produceert die een rol spelen in de ontwikkeling van diabetes (suikerziekte) en hart- en vaatziekten. De resultaten van de studie toonden behalve gewichtsverlies en vermindering van de taille-omtrek een positieve invloed op deze ongunstige stoffen. Bovendien is het effect van rimonabant blijvend, ook na twee jaar is het een veilig middel en wordt het goed verdragen door de patiënten."

Geen gewone vermageringspil

Rimonabant is dus geen louter vermageringsproduct. Het vermindert ook het risico op hart-en vaatziekten en moet steeds gecombineerd worden met een dieet en aangepaste lichaamsbeweging. Het richt zich specifiek tot een risicogroep van patiënten die lijden aan obesitas en een verhoogde taille- of lendenomtrek hebben. "Je kan de omtrek meten met een gewone lintmeter. Is de taille-omtrek bij een vrouw groter dan 88 cm, of bij de man groter dan 102 cm, dan loopt zij of hij een risico", verduidelijkt Van Gaal. Het is een geneesmiddel op doktersvoorschrift en het is dus de arts die zal beslissen wie in aanmerking komt. Momenteel wordt het volledige onderzoeksdossier overgemaakt aan de Amerikaanse en Europese erkenningscommissies. In het beste geval komt de pil midden volgend jaar op de markt.

Goede vetten op het menu



Dat er goede en slechte vetten bestaan, weet u wellicht wel. Slechte vetten zorgen ervoor dat onze bloedvaten dichtslibben, met hart- en vaatziekten tot gevolg. Maar wat zijn nu goede en slechte vetten? En in welke voedingswaren vindt u ze?

Het juiste evenwicht

In het ideale menu komt maximaal 30% van de energie uit vetten, waarvan

- ⇒ maximaal 10% uit verzadigd vet,
- ⇒ - meer dan 10% uit enkelvoudig onverzadigd vet,
- ⇒ - 5,3 tot 10% uit meervoudig onverzadigd vet.

Als we UZA-diëtiste An De Meyer om advies vragen, haalt ze meteen een misvatting aan. 'Mensen denken dat een slecht voedingspatroon altijd leidt tot overgewicht. Dat is zeker niet altijd waar. Je kunt heel ongezond eten, met nefaste gevolgen voor je hart en bloedvaten, zonder dat je overgewicht hebt.'

Slechte vetten, en dan met name verzadigde vetten, verhogen de cholesterol in het bloed, en die cholesterol veroorzaakt ophopingen in de vaatwand. 'Je merkt er soms jarenlang niets van, tot je op een dag in het ziekenhuis belandt met ernstige hartproblemen.' Om dat te vermijden komt het erop aan om de juiste balans te vinden in de soorten vetten die u consumeert. Waar kunt u op letten?

1. Juiste balans verzadigd en onverzadigd vet

De grootste boosdoener is het verzadigd vet, dat we vooral in dierlijke producten vinden: in boter, room, vlees, eieren, kaas en melkproducten. Vervang die producten zoveel mogelijk door

producten met onverzadigd vet: plantaardige oliën, margarines, minarines, vis, noten ... Palmolie en kokosvet zijn ook plantaardig, maar bevatten toch vooral verzadigd vet.

- ⇒ Smeer zuinig minarine of margarine op de boterham.
- ⇒ Bak niet in boter maar in een vloeibare margarine of olie.
- ⇒ Gebruik voor de warme maaltijd maximaal één eetlepel (10 ml) vetstof per persoon.
- ⇒ Kies voor mager vlees.
- ⇒ Beperk de hoeveelheid vlees: 100 gram per dag is voldoende.
- ⇒ Vervang twee keer per week vlees door vis.
- ⇒ Kies voor mager broodbeleg.
- ⇒ Kies voor magere of halfvolle zuivel, met een maximum van een halve liter per dag.
- ⇒ In koekjes en gebak zit heel veel verzadigd vet. Eet ze met mate en kies voor vezelrijke of droge koekjes.
- ⇒ Vervang snoep door fruit, notjes, gedroogd fruit.

2. Juiste balans tussen enkelvoudig en meervoudig onverzadigde vetten, en tussen omega 3 en omega 6

De onverzadigde vetten kunnen we opdelen in twee groepen:

- ⇒ de enkelvoudig onverzadigde vetten
- ⇒ de meervoudig onverzadigde vetten, met ook de omega 3 en omega 6-vetzuren

Enkelvoudig onverzadigde vetten vinden we voornamelijk terug in olijfolie en arachideolie. Bij de meervoudig onverzadigde vetten is het belangrijk de juiste verhouding tussen omega 3 en omega 6 te vinden. Tot vijf keer meer omega 6 dan omega 3 is aanvaardbaar, maar vandaag eten we vaak vijftien keer meer omega 6 dan omega 3. Omega 6-vetzuren uit onder meer zonnebloemolie, sesamolie en maïsolie consumeren we immers via heel wat producten. Omega 3, dat we vaak te weinig binnenkrijgen, zit onder meer in (vette) vis, koolzaadolie, lijnzaadolie.

- ⇒ Eet twee keer per week 150 gram vis, bij voorkeur vette vis als zalm, haring, makreel, forel, sardines.
- ⇒ Gebruik olijfolie, arachideolie, koolzaadolie of lijnzaadolie.
- ⇒ Eet geregeld noten.

3. Eet voldoende vezels

Vezels, en dan vooral wateroplosbare vezels, binden de cholesterol in de darm, waardoor er mogelijk minder cholesterol wordt opgenomen in het bloed. Wateroplosbare vezels vinden we in groenten, fruit, bonen.

- ⇒ Eet voldoende groenten, fruit, bruin brood en andere volle graanproducten.

4. Let op met cholesterolrijke voeding

Sommige voedingswaren bevatten zelf cholesterol. Die mag u gerust eten, maar beter niet elke dag. Ze hebben overigens een veel kleinere invloed op het totale cholesterolgehalte in het bloed dan verzadigde vetten.

- ⇒ Eet maximaal drie eieren per week.
- ⇒ Eet maximaal één keer per twee weken orgaanvlees.
- ⇒ Eet maximaal één keer per week garnalen, krab, kreeft.

5. Vermijd transvetten

Transvetten zijn nog schadelijker dan verzadigde vetten. We vinden ze voornamelijk terug in fast food, kant-en-klare maaltijden, gefrituurde gerechten, chips, gebak en koekjes. Ook dierlijke producten zoals volle melkproducten, runds- en lamsvlees zijn van nature bronnen van transvetzuren.

⇒ Kies voor magere melkproducten, mager ronds- en lamsvlees, en beperk uw consumptie van industriële bakkerijproducten en gefrituurde bereidingen.

6. Blijf in beweging

Ook voldoende beweging heeft een positief effect op uw cholesterolprofiel.

Info: www.nice-info.be

Gezond eten met smaak!

Gezond eten, goed en wel, maar mag het ook lekker zijn? Studies tonen aan dat suiker en vet helpen om ons goed te voelen. ‘Mij zul je nooit horen zeggen dat je zonder saus moet eten of je vlees moet stomen’, zegt UZA-diëtiste Annemie Van de Sompel. Een gesprek over smaak en gezondheid.



Gezond eten betekent zuinig zijn met vet, suiker en zout. Terwijl we juist die zaken met lekker eten associëren.

Voor een stuk is dat aangeboren. Zo zijn pasgeboren baby's dol op zoet. 'Ook vet kunnen we moeilijk missen. Op zich heeft vet nochtans geen smaak, maar het doet in veel gevallen de aroma's van een gerecht vrijkomen. Dat we zo graag zout eten, heeft vermoedelijk vooral te maken met gewenning', zegt Van de Sompel.

Een goed gevoel

Dat je humeur tijdens een streng dieet naar ongekende diepten daalt, is niet alleen een kwestie van gewoonte. Het heeft ook te maken met de manier waarop we biologisch in elkaar zitten. Verschillende studies tonen aan dat mensen zich met de nodige hoeveelheid suiker en vet beter voelen en zich zelfs beter gaan gedragen. Apen die op een vetrijk dieet werden gezet, werden socialer en glimlachten vaker.

'Bewuster omspringen met vet is nodig, maar het is onzin om vet helemaal uit onze voeding te schrappen', vindt Van de Sompel. 'Gestoomd vlees is gewoon niet lekker. Bak vlees dus gerust in een beetje goede vetstof. Ook saus hoeft je zeker niet te laten, op voorwaarde dat je niet kiest voor een vette bechamelsaus met alles erop en eraan. Een alternatief is een saus op basis van halfvolle melk en een vetarm bouillonblokje, gebonden met maïzena. Kant-en-klare sauzen op poederbasis kunnen ook. Zorg dan alleen dat de rest van de maaltijd zoutarm is.'

Dubbel zoveel zout als nodig

Hoewel vet een grotere boosdoener is dan zout, zouden we ook op zout moeten bezuinigen. Gemiddeld ligt ons zoutverbruik twee keer zo hoog als de aanbevolen hoeveelheid. 'Ik zeg niet dat we zoutloos moeten eten – zout zit hoe dan ook in veel eetwaren die we kopen – maar ik raad mensen aan het zoutvatje te laten staan. Kant-en-klare maaltijden zijn gewoonlijk te zout en daarom af te raden. Ook aan groenten uit blik of glas is meestal zout toegevoegd, wat niet het geval is bij diepvriesgroenten', zegt Van de Sompel.

Vet- en zoutarm eten wordt veel minder een opgave als de natuurlijke smaken tot hun recht komen. Tegenwoordig bestaan er gezonde en snelle kooktechnieken om de smaak in voedsel beter vast te houden. Denk maar aan wokken, stomen of papillot. 'Het komt er vooral op aan zo weinig mogelijk water te gebruiken', beklemtoont Van de Sompel.

Eten met je ogen

Ook een lekkere geur kan een verminderd vet- en zoutgehalte compenseren. Naar verluidt zou onze smaak voor 80% worden bepaald door onze geur. Verse kruiden fleuren een gerecht helemaal op. 'Niet iedereen heeft een eigen kruidentuintje, maar je kunt ook diepgevroren kruiden kopen. Die geven meer smaak dan gedroogde kruiden', zegt Van de Sompel.

Ten slotte mogen we ook niet vergeten dat we voor een groot stuk met onze ogen eten. 'Mijn advies is daarom om een maaltijd altijd goed af te werken. Strooi wat peterselie over de aardappelen en garneer een eenpansgerecht met wat stukjes tomaat. Dat is weinig werk, maar het gerecht ziet er zoveel beter uit', aldus nog Annemie Van de Sompel.

Info: Dienst endocrinologie, diabetologie en metabole ziekten: T 03 821 32 75

www.gezondheidstest.be en www.nice-info.be

Tongstrelende tips

1. Gebruik een pan met antiaanbaklaag en verdeel de vetstof met wat keukenrol, zo hebt u er minder van nodig.
2. Investeer in een goede olie met een smaakje, bv. met basilicum of dragon.
3. Was groenten onder stromend water en snij ze indien mogelijk pas nadien. Zo verliest u minder smaak.
4. In plaats van een roomsaus kunt u saus maken op basis van magere kruidenkaas. Kaassaus kunt u ook maken met halfvolle melk en magere geraspte kaas. Lekker bij varkensvlees: de jus van het vlees met wat halfvolle melk, mosterd en pickles.
5. Ajuin is een prima smaakmaker. In plaats van te stoven in vetstof kunt u ajuin eventjes laten koken in een klein beetje water.
6. Overdrijf niet met kruiden, maar leer de natuurlijke smaak van voedingswaren appreciëren. Uw eten altijd op dezelfde manier kruiden is ook een vorm van smaakvervlakking.
7. Mayonaise is een vet- en caloriebom. Vervang ze door mosterd, pickles of ketchup.
8. Gaat u toch eens voor kant-en-klaar, kies dan voor gerechten op basis van tomatensaus. Die zijn veel minder vet dan varianten met kaas- of roomsaus.

Aan tafel allemaal!

Als uw kinderen slechte eters zijn, is de verleiding soms groot om een ongezonde hap te serveren. Enkele tips om ook de kleinsten gezond en lekker te laten eten.

- ⇒ Geef niet meteen op als uw kind een bepaalde smaak weigert. Naar verluidt moet je een smaak gemiddeld acht keer aanbieden voor een kind hem leert appreciëren.
- ⇒ Ook kinderen eten met hun ogen. Een kleurloos prakje is niet bevorderlijk voor de eetlust. Wees creatief en maak bijvoorbeeld een gezichtje met wat tomaat en komkommer. Zorg voor een leuk bordje en aangepast bestek.
- ⇒ Kinderen en rauwkost gaan best samen, maar hou er rekening mee dat een peuter nog niet goed kan knabbelen. Begin bijvoorbeeld met tomaten waarvan u de schil en de pitjes verwijderd hebt.
- ⇒ Wees niet te streng met zoetheid. Af en toe een boterham met choco of een koekje kan geen kwaad. Bedenk dat een verboden vrucht juist extra aantrekkelijk lijkt.
- ⇒ Hou de sfeer gezellig. Als u zichzelf moet afjakkeren om verse groenten te maken, zijn diepvriesgroenten een betere optie. Gezond eten mag geen strijd worden.