

## Toelichting 'Samenwerkingsafspraken bij (verzoek tot) bariatric bij DM2 patiënten'

### ORIENTERENDE FASE

#### 1. Informeren patiënt aangaande Indicaties en voorwaarden en overwegingen door huisarts

- De persoon heeft een BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> of BMI tussen 35 en 40 kg/m<sup>2</sup> gepaard gaande met comorbiditeit (zoals DM2 of hoge bloeddruk) die kan verbeteren als er gewichtsverlies optreedt.
- Gangbare niet-chirurgische behandelingen zijn uitgeprobeerd, maar hebben niet geresulteerd in gewichtsverlies of – behoud.
- De persoon is intensief behandeld (of zal worden behandeld) in een in de behandeling van obesitas gespecialiseerde kliniek.
- De persoon is voldoende gezond om anesthesie en chirurgie te ondergaan (dit is gebaseerd op een afweging van het operatierisico en de potentiële gezondheidswinst door de operatie).
- De persoon begrijpt de noodzaak van en is bereid mee te werken aan langdurige follow-up
- De persoon is bereid levenslang dagelijks vitaminepreparaten te slikken

**Overwegingen:** sterke gewichtsafname, maar:

- Levenslang vitaminesuppletie nodig
- Plastische chirurgie postoperatief (betaling?)
- Post-operatieve complicaties
- Psychosociale problematiek
- Geen blijvende oplossing voor DM type 2; na 10 jaar heeft 30% -> 50% de aandoening weer
- Vanaf start tot 1,5 jaar post ok niet zwanger worden
- Kans op irreversibele bijwerkingen (hypoglycaemie)

#### 2. Verwijzing voor bariatric?

- Indien ja, dan opent de tweedelijns een DOT bariatric, welke i.p 5 jaar open blijft staan.
- Indien de internist alleen een pre-operatief advies geeft t.a.v. de diabetesmedicatie blijft de patiënt voor de verdere diabeteszorg in de eerste lijn onder behandeling.
- Indien ook de diabeteszorg wordt overgenomen door de internist zal daarover een brief, met reden, naar de huisarts worden gestuurd. In het laatste geval dient in het KIS de hoofdbehandelaar te worden gewijzigd door het dossier te staken met als reden 'naar tweede lijn'. Eerstelijns lijns DBC sluit nu en tweedelijns lijns DOT diabetes is geopend.
- Wanneer patiënt voor de diabeteszorg was overgenomen en weer wordt terugverwezen naar de eerste lijn kan het diabetesdossier in het KIS weer op actief worden gezet. Internist vermeldt duidelijk op terugrapportage dat patiënt voor diabetesbegeleiding weer naar eerste lijn wordt verwezen. Tweedelijns DOT sluit nu en eerstelijns DBC opent weer.

### PRE-OPERATIEVE FASE

#### 3. Voorbereiden OK door Multidisciplinair team

- Intake: chirurg, verpleegkundig specialist (VS), diëtist, fysiotherapeut (carrousel)
- Screening: diëtist, psycholoog, internist (gevolgen operatie/psychosociale screening/risicomanagement)
- pre-operatief afvallen onder begeleiding gespecialiseerde diëtist:
  - o Strenge energiebeperking 2-4 weken om lever te verkleinen
  - o Bij pre-operatief afvallen lijkt er post-operatief een voordeel te zijn op basis van geloof in eigen kunnen en het al gewend zijn aan kleinere porties (daarnaast is de lever ook veel kleiner wat bij operatie voordelig is!)

- o Essentieel: bespreek verwachtingen met de patiënt.
- Pre-operatief: lab, ECG, evt echografie / gastroscopie, HP status, slaapttest
- Aanpassen diabetesmedicatie (internist):
  - o Orale therapie: SU-derivaten worden vervangen door DPP-4 remmer/SGLT2-remmer
  - o Insuline therapie: kortwerkende insuline gestopt en langwerkende gehalveerd met een bijspuitschema

#### OPERATIEVE FASE

#### 4. Opereren door chirurg, er zijn 3 opties:

- Laparoscopic adjustable gastric banding (LAGB) ('maagbandje'). Wordt tegenwoordig niet vaak meer uitgevoerd
- Roux-en-Y gastric bypass (RYGB) ('omleiding'). Wordt tegenwoordig vaak uitgevoerd.
- Gastric Sleeve Resection (GSR) ('maagverkleining')

#### POST-OPERATIEVE FASE

#### 5. Chirurg/VS: Controle in tweede lijn, wisselend bij chirurg/Verpleegkundig Specialist (VS)

- Controles: 2 weken, 3-6-9-12-18 maanden + jaarlijks, standaard 5 jaar bij VS.
  - o Gewicht, eetgewoontes, problemen, complicaties
  - o Lab: 3-9-18 maanden, daarna jaarlijks
    - Hb, Calcium, Albumine, Glucose (N), HbA1c (bij DM), ijzerspectrum, vit B12, vit D, vit B1, vit B6, PTH; (botscan op indicatie lab)

#### 6. Diëtist

De diëtist bespreekt jaarlijks, minimaal 2 jaar lang, het volgende:

- soort en hoeveelheid suppletie
- is er sprake van:
  - o tekorten
  - o dumping
  - o maag-darm klachten
  - o alcohol gebruik/misbruik

**Opm:** Alleen het pre-operatieve deel van de diëtist valt onder de DOT bariatrie, daarna declareren via basisverzekering of eerstelijns DBC diabetes.

#### 7. Huisarts/POH

Algemeen: aandacht voor/alert op vage klachten:

- vroege/late dumping
- veranderde stoelgang
- depressie
- risico van alcoholmisbruik
- Verhoogd risico op tekorten door:
  - o beperkte voedingsinname
  - o braken
  - o voedingsintolerantie (vlees/noten)
  - o verminderde maagsecretie/vertering
  - o bypass van de absorptieplaats
- Navragen suppletie (risico op deficiënties van, dus levenslang suppleren!):
  - Algemeen:
    - o Vitamines en mineralen: B11, B12 C, Vit A-D-E-K
    - o Calcium

Specifiek:

- o IJzer
- o Proteïnen

-Vraag na of patiënt (zeker de eerste 5 jaar) naar diëtist gaat, verwijs patiënt in geval van tekorten sowieso naar de diëtist

Let op: Alarmsymptomen na maagbandje (Laparoscopic adjustable gastric banding (LAGB)):

- Acute maagpijn, braken en pyrosis
- Cave acute slippage met ischemie
- ACTIE: Direct insturen naar de chirurg voor band desuffleren en evt laparoscopie met verwijderen van de band

#### 8. Patiënt uit keten DM?

- Wanneer patiënt zonder bloedglucoseverlagende medicatie normoglyemisch is (nuchter in lab <7 mmol/l) en Hba1c <48 mmol/mol) -> uit de keten DM
- Voor wat betreft preventie en controle op macrovasculaire complicaties-> volg CVRM richtlijn en opname in VRM keten indien patiënt aan inclusiecriteria voldoet
- controleer jaarlijks nuchtere glucose in lab of eerder bij klachten.
- Overweeg de diagnose 'diabetes in remissie' bij patiënten die zonder bloedglucoseverlagende medicatie **> 5 jaar** normoglyemisch zijn (Nuchter in lab <7 mmol/l) en Hba1c <48 mmol/mol) en die geen macrovasculaire schade hebben (uit: Protocollaire diabeteszorg 2013).

#### 9. Opnemen in keten VRM (indien wordt voldaan aan inclusiecriteria)

Naast de VRM zorg is het belangrijk dat aandacht blijft voor de status na een bariatric door alert te zijn op de punten zoals vermeld onder punt 7.