

Obesitas en duurzame beperkingen (WIA)

Wat is er in de literatuur te vinden? (versie januari 2017)

Algemene inleiding

Naar aanleiding van veel onduidelijkheid over ziektebeelden, behandelingen en mogelijke resultaten ben ik begonnen literatuur te -laten- verzamelen over de gevolgen van ziektebeelden (voor werk/belastbaarheid). Als arbeidsdeskundige en gemachtigde wil ik zoveel mogelijk begrijpen van de gevolgen van ziektebeelden, behandelingen, het verloop en andere gevolgen die medisch bepaald worden, maar arbeidskundig geanalyseerd. Hoe meer kennis, hoe makkelijker ik artsen en anderen kan bevragen. Die kennis komt me vaak van pas, multidisciplinair werken begint met vragen stellen.

Uitgangspunten, medisch en arbeidskundig

Ziektebeeld

- Obesitas is geen belemmering voor het verrichten van arbeid en hoort op zichzelf stand niet in de WIA thuis, uitzonderingen daargelaten.
- Over de vraag of het ziekte of gebrek is wordt gediscussieerd door artsen, juristen, arbeidsdeskundigen en meer. Het is niet vanzelfsprekend ziekte, maar het geeft vaak wel vanzelfsprekende beperkingen.
- In combinatie met andere ziektebeelden kan obesitas wel een rol spelen in het geheel van beperkingen, alsmede een instandhoudende factor zijn voor bijvoorbeeld diabetes.

Behandeling

- Obesitas is beperkt behandelbaar via de huisarts. Het einddoel is 10% gewichtsreductie. Dat is meestal niet voldoende om binnen de gezonde marge van de gehanteerde BMI te komen; tussen de 20 en 25. Meer kan een huisarts in zijn algemeenheid niet bereiken. Deze behandeling is voor een WIA-beoordeling derhalve geen bepalende factor.
- Na een doorlopen behandeling via de huisarts kan worden doorverwezen naar een chirurg voor een operatie.
- Dat kan alleen onder bepaalde voorwaarden ...
- Aan de operatie zijn risico's verbonden, die wisselend worden ingeschat, maar afgewogen worden binnen alle medische en niet-medische feiten en omstandigheden en het te bereiken doel.

Literatuur

Er is een groot review over obesitas: "Guidelines (2013) for managing overweight and obesity in adults". Dit is een bestand van meer dan 300 pagina's waar veel informatie in staat en waar een heel bruikbare samenvatting van is. Er is ook een uitgebreid review verschenen dat onder andere deze guidelines gebruikt. Het review is gepubliceerd in The Lancet (het op 1 na belangrijkste tijdschrift in de geneeskunde) en is daarmee een veel gebruikt review:

“Management of Obesity” (1)

Vragen en antwoorden

Is obesitas behandelbaar? Is morbide obesitas behandelbaar?

In Nederland bestaat de behandeling van obesitas voor volwassenen uit een combinatie van een gezonder eetpatroon, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele ondersteuning door een psycholoog voor de gedragsverandering die de patiënt moet ondergaan. Hoe ernstiger de obesitas, hoe groter de intensiteit van de behandeling. Ook bij comorbiditeit is dit het geval. Het behandelplan van de huisarts in Nederland bestaat uit (2):

- Advies geven over gezonde voeding, hierbij wordt “Richtlijnen Goede Voeding” gehanteerd;
- Advies om minimaal 1 uur per dag matig intensief te bewegen (zodanig dat de ademhaling is versneld maar praten nog kan);
- Uitleg dat (cognitieve) gedragstherapie van toegevoegde waarde is bij obesitas.

Het eerste jaar van de behandeling is gericht op gewichtsverlies, het jaar daarop staat gewichtsbehoud centraal. De huisarts ziet de patiënt minstens eens per 3 maanden. Na het tweede jaar is er halfjaarlijks contact (vaker contact bij comorbiditeit).

Omdat obesitas als een chronische ziekte wordt gezien waar nog geen behandeling voor mogelijk is, wordt nu gestreefd naar een matig gewichtsverlies in de eerste periode van de behandeling en daarna naar gewichtsbehoud. Dit zorgt namelijk al voor een aanzienlijke verbetering van de gezondheid van de patiënt.

Het toedienen van medicatie bij mensen met obesitas in Nederland wordt in principe ontraden. Er zijn wel gevallen die medicatie krijgen, maar dit hoort niet standaard in het behandelplan van de huisarts en heeft vaak ook met comorbiditeiten te maken als het wel gegeven wordt.

Ook bij morbide obesitas wordt de bovengenoemde behandelmethode in principe als eerste gehanteerd. Bij een BMI van 50 of hoger kan door de huisarts een chirurgische ingreep als eerste behandeling worden overwogen. Daarnaast kan in nog 2 gevallen gekozen worden voor chirurgie (2):

- De patiënt heeft een BMI van 35 – 40 én comorbiditeit én de niet-chirurgische behandelingen hebben niet geleid tot gewichtsverlies of –behoud;
- De patiënt heeft een BMI van 40 of hoger.

Wat is de kans dat het gewicht daalt tot een acceptabel gewicht?

Door de NHG wordt gesteld dat een gewichtsverlies van meer dan 10% nauwelijks haalbaar is zonder een chirurgische ingreep. Sinds obesitas is erkend als chronische ziekte wordt ook niet meer gestreefd naar slank worden maar naar een betere gezondheid, en die wordt al voor een groot deel behaald bij een verlies van 5 tot 10% aan lichaamsgewicht.

Een systematische review bewijst dat een combinatie van meer beweging, dieetveranderingen en levensstijlveranderingen gemiddeld resulteert in een gewichtsverlies van 8 kg (3). Dit geldt wanneer er sprake is van minstens 14 face-to-face gesprekken (kan zowel in groep als individueel met bijv. de huisarts) verdeeld over 6 maanden, en de hele behandeling 1 jaar duurt.

De Look-AHEAD studie, een grote studie naar obesitas bij mensen met diabetes type 2, laat de gemiddelde gewichtsdeling zien. Resultaten zijn van een grote onderzoekspopulatie (5145 deelnemers) maar ze hebben dus wel allemaal al diabetes type 2, dus het is een selectie van alle mensen met obesitas. Nu is het zo dat 80 – 90% van de mensen met diabetes type 2 obees zijn, maar andersom zijn er heel veel obese mensen die geen diabetes hebben. Tabel D is hier het interessantst, die laat namelijk zien dat het percentage dat je na 2 jaar bent afgevallen veel zegt over hoeveel je de komende 8 jaar nog gaat afvallen (1, 4).

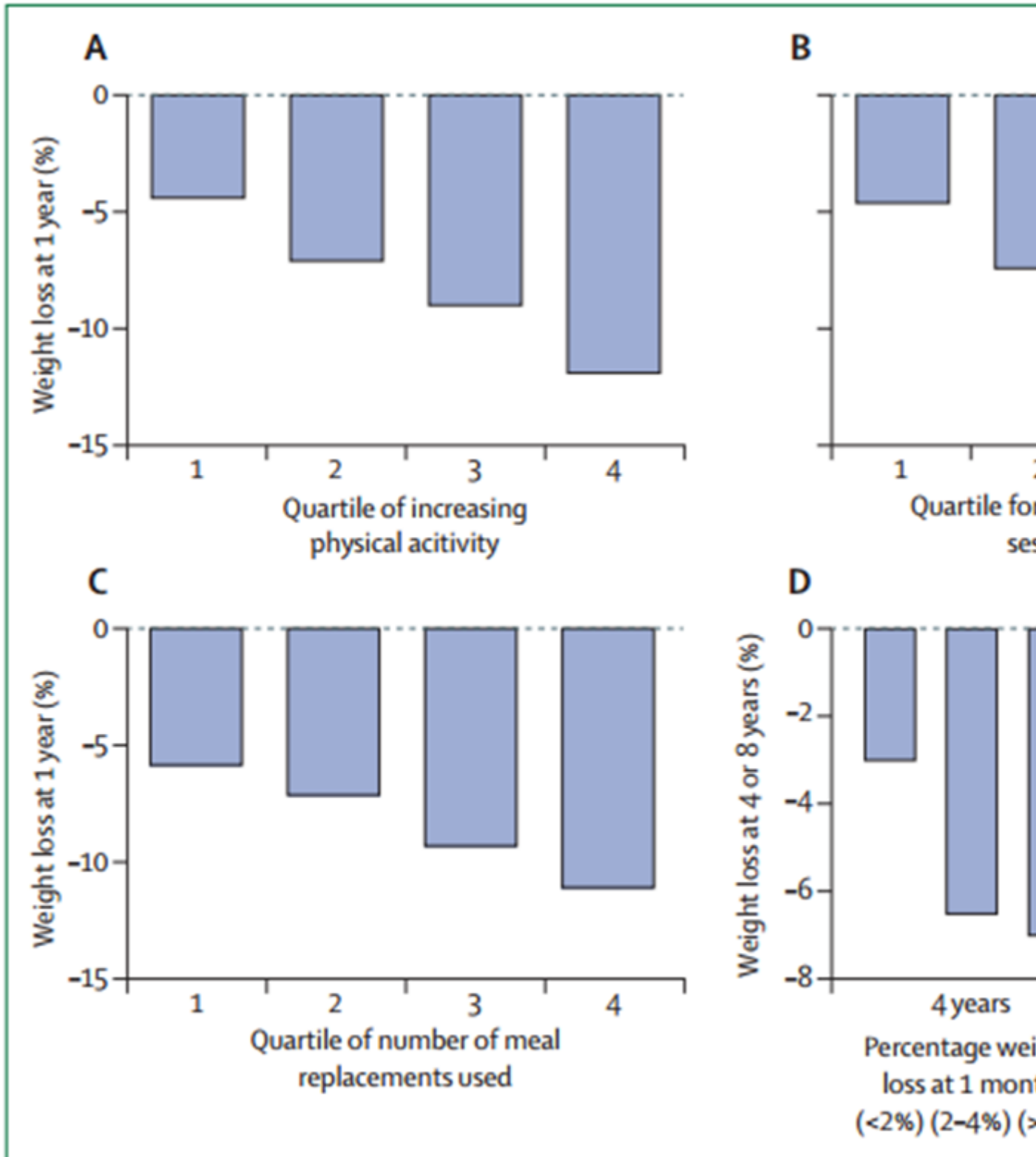


Figure 1: Factors that predict weight loss in the Look AHEAD study^{36,40}

Effect of physical activity (A), behaviour sessions (B), meal replacements (C) on weight loss at 1 year and weight loss at 4 and 8 years after beginning the study is shown relative to percentage weight loss at 1 month. Greater weight loss at 1 year is associated with greater proportion of visits attended, greater physical activity, and greater meal replacement use (A, B, C). The tertiles of weight ranges are

Hoewel dit onderzoek alleen betrekking heeft op mensen met diabetes bij obesitas, is in een ander review (5) te vinden dat bij mensen met obesitas in het algemeen gemiddeld een gewichtsdaling tot maximaal 8 kg gevonden wordt na behandeling bestaande uit dieetaanpassingen, meer lichamelijke activiteit en gedragstherapie. Dit komt overeen met een gemiddelde daling van 5 – 10 % van het lichaamsgewicht. Dit is de conclusie na het analyseren van de resultaten van 51 onderzoeken. Op basis hiervan lijkt bovenstaande tabel dus redelijk overeen te komen met mensen met obesitas in het algemeen.

Samenvattend; obesitas wordt in Nederland vooral behandeld door de huisarts met meer bewegen, gezonder eten en eventueel cognitieve gedragstherapie. Hiermee wordt doorgaans maximaal een gewichtsverlies van 10% behaald, wat betekent dat iemand die op de ondergrens zit van obesitas (BMI 25) nog steeds overgewicht zou hebben na 10% gewichtsreductie. Om van obesitas naar een gezond gewicht te gaan zou minstens 15% gewichtsreductie moeten worden behaald, wat dus nauwelijks haalbaar is zonder chirurgische interventie. In geval van comorbiditeit biedt de huisarts vaker een controle aan en wordt eventueel het dieet aangepast.

Wat is bekend over afvallen en het resultaat op andere klachten? Van knieklachten tot suikerziekte....

Een systematische review uit 2006 laat zien dat meerdere studies bewijzen dat het verhogen van lichamelijke activiteit, zelfs zonder per se af te vallen, al een risicoverlagend effect heeft op allerlei ziekten. Zo zorgt het voor bloeddrukverlaging, lager glucose in het bloed etc. Om af te vallen wordt het grootste effect bereikt door extra beweging te combineren met een dieet (6).

Diabetes type 2, bloeddruk, lipiden

Afvallen geeft altijd gezondheidswinst. Zo geeft gewichtsverlies van 5 tot 10% (in een populatie met een gemiddeld BMI van 34) al 50% minder kans op Diabetes Mellitus 2 en zorgt het voor een bloeddrukdaling (ongeveer 1mmHg daling per kilo gewichtsverlies bij BMI boven 30) en lipidenverbetering (daling totaal en LDL cholesterol, stijging HDL cholesterol, vooral effect op lange termijn) (2).

Mortaliteit

Gewichtsverlies leidt tot een verlaagde mortaliteit, echter zijn er een aantal studies die geen duidelijk verschil vinden (2).

Gewrichtsklachten

Obesitas hangt duidelijk samen met het ontstaan van chronische knieklachten en ook in mindere mate met chronische heupklachten. Gewichtsverlies bij mensen met obesitas lijkt echter tot nu toe geen positief effect te hebben op de gewrichtsklachten (experts menen van wel, maar resultaten van studies laten maar een klein klinisch effect zien). Uit een meta-analyse die verschillende studies met elkaar heeft vergeleken blijkt dat er alleen een klinisch effect is wanneer iemand meer dan 5,1% gewicht verliest. Het effect dat dan gezien wordt is

klinisch zo klein (effect size 0,23) dat het nauwelijks een verbetering geeft in de beperkingen die de patiënt ervaart (7).

Obesitas lijkt een verband te hebben met migraine. Er lijkt een verband te zijn tussen obesitas en de frequentie, ernst en prevalentie van de migraine. Hoe dit verband precies in elkaar zit is nog niet duidelijk na een systematische review die 17 studies hierover met elkaar vergelijkt. Wel lijkt gewichtsverlies voor een lagere frequentie van migraineaanvallen te zorgen. Tot nu toe is er dus vooral een advies om onderzoek te doen naar het effect van afvallen op migraine, maar bewijs is er nog niet voor (8).

Er is na een meta-analyse in 2009 statistisch significant bewijs gevonden voor een verband tussen obesitas en de volgende ziekten (9):

- De incidentie van diabetes type 2
- Alle soorten kanker m.u.v. slokdarm- en prostaatkanker
- Alle cardiovasculaire aandoeningen
- Astma
- Galblaasaandoeningen
- Osteoartritis
- Chronische rugpijn

Wat zijn de neveneffecten van afvallen, complicaties?

Wat vooral belangrijk is, is dat bewegen (ook evt. zonder gewichtsverlies) altijd positieve gezondheidseffecten met zich meebrengt en het risico op veel ziekten vermindert. Er zijn nauwelijks studies te vinden die complicaties beschrijven van afvallen, wel een aantal systematische reviews die aantonen dat afvallen complicaties die de patiënt al had (hoge bloeddruk, insulineresistentie etc.) vermindert.

<http://europepmc.org/abstract/med/1322866>

Hoeveel tijd kost het?

In Nederland worden patiënten met obesitas minimaal een jaar door de huisarts begeleid om af te vallen. Daarna wordt gefocust op gewichtsbehoud. Het meeste gewichtsverlies lijkt in de eerste 6 maanden van de behandeling voor te komen: bij het volgen van een dieet (met of zonder beweging en medicatie) wordt in de eerste 6 maanden al gemiddeld 5-9% van het gewicht verloren. Hierna zwakt het gewichtsverlies af en dit is dan na een jaar nog 5-8% ten opzichte van het begin van de behandeling. Bij een behandeling zonder dieet is een veel kleiner percentage gewichtsverlies te zien, een aangepast dieet lijkt dus een heel belangrijke factor te zijn in het afvallen. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17904936>.

Conclusie: Een toename van lichamelijke activiteit (met of zonder afvallen) zorgt voor een vermindering van veel gezondheidsrisico's. Ook lijkt de mortaliteit te dalen bij gewichtsverlies. Gewrichtsklachten hangen sterk samen met obesitas: stijging van het gewicht gaat gepaard met stijging van de klachten. Bij afvallen worden gewrichtsklachten alleen niet per se minder. Er zijn geen studies te vinden die duidelijke complicaties van afvallen beschrijven.

Wat is het risico bij de diverse behandelingen door een chirurg?

Qua behandeling is een chirurgische ingreep duidelijk het meest effectief: het resulteert bij obese personen in een gewichtsverlies van 20 tot 30 kilo dat tot zeker 10 jaar na de operatie blijft bestaan. Hiermee worden veel gezondheidsrisico's en comorbiditeiten verlaagd.

Er zijn aanzienlijke complicaties bij operatieve ingrepen. Er is 10% kans op een van de volgende korte termijn complicaties: trombo-embolie, naadlekking/maag-darmperforatie, bloeding, pneumonie, stenose, ulcera, infectie, hernia, peritonitis of dood. Ook kunnen lange termijn complicaties optreden zoals galstenen en deficiënties van ijzer, calcium, vitamine D, vitamine B1, vitamine B12 en eiwit.

Daar staat tegenover dat de mortaliteit van de operatie laag genoeg is (0,1 voor maagband tot 1,1% voor biliopancreatise diversie) om toch patiënten te opereren, aangezien de gezondheidswinst heel groot is.

Na een chirurgische ingreep zijn bij veel patiënten (tussen de 70 en 80%) sommige comorbide ziektebeelden zoals diabetes verdwenen (2).

Wat zijn de voorwaarden? Is het voor iedereen geschikt?

Voorwaarden om in aanmerking te komen zijn:

- De patiënt heeft een BMI van 35 – 40 én comorbiditeit én de niet-chirurgische behandelingen hebben niet geleid tot gewichtsverlies of –behoud;
- De patiënt heeft een BMI van 40 of hoger.
Bij bovenstaande 2 groepen is chirurgie niet de eerste behandeling: eerst wordt via de huisarts geprobeerd gewicht te verliezen zoals op de eerste pagina staat uitgelegd. Bij de volgende groep kan wel chirurgie als eerste behandeling worden gekozen:
- De patiënt heeft een BMI van 50 of hoger.
Bij mensen met een BMI lager dan 35 wordt chirurgie niet gedaan omdat de risico's niet opwegen tegen de positieve uitkomsten van de behandeling.

Is vanwege de 10% mogelijk ernstige complicaties het afwijzen van een patiënt door de chirurg een verwijt te maken aan de patiënt?

Volgens onderstaande richtlijn voor bariatrische chirurgie bij morbide obesitas (10):

Indicaties voor bariatrische chirurgie zijn: BMI \geq 40 kg/m², BMI 35-40 kg/m² in combinatie met ernstige comorbiditeit, op voorwaarde dat de patiënt voldoende gezond is om anesthesie en chirurgie te ondergaan en bereid is mee te werken aan levenslange follow-up. Alvorens de indicatie te stellen dient de patiënt uitvoerig te worden ingelicht over het behandeltraject, de prognose en de risico's die verbonden zijn aan de behandeling.

Pre-operatief dient uitgebreid multidisciplinair onderzoek plaats te vinden bestaande uit:

- Inschatting van algemene gezondheid- en voedingsstatus;
- Diagnostiek/uitsluiten van contra-indicaties;
- Optimalisatie van de behandeling van eventuele comorbiditeit;

- Inschatting van de motivatie en inzet van de patiënt om deel te nemen aan uitgebreide follow-up programma's.

Bariatrische chirurgie wordt afgeraden indien patiënten lijden aan ernstige psychische problemen, verslaafd zijn aan alcohol of drugs, een behandelbare (endocriene) ziekte hebben die ten grondslag ligt aan het overgewicht, een actieve gastrointestinale ziekte hebben of een ziekte die op korte termijn levensbedreigend is. Daarnaast zijn er de volgende contra-indicaties (maar niet evidence-based, alleen gebaseerd op meningen van artsen internationaal):

1. Niet-gestabiliseerde psychotische stoornissen, ernstige depressie en persoonlijkheidsstoornissen, tenzij bariatrische chirurgie specifiek geadviseerd wordt door een psychiater gespecialiseerd in obesitas.
2. Ernstige eetstoornis (boulimia nervosa, binge eating disorder).
3. (Actieve) gastrointestinale ziekte.
4. Motiliteitsstoornis van de slokdarm.
5. Behandelbare endocriene ziekte die de obesitas veroorzaakt (M. Cushing, diepe hypothyreoidie).
6. Zwangerschap of zwangerschapswens.
7. Alcoholmisbruik of drugsverslaving.
8. Ziektes die op korte termijn levensbedreigend zijn.
9. Leeftijd boven de 65 jaar.

Noten:

1. BRAY, George A., et al. Management of obesity. *The Lancet*, 2016, 387.10031: 1947-1956.
2. VAN BINSBERGEN, J. J., et al. NHG-standaard obesitas. *Huisarts Wet*, 2010, 53.11: 609-25.
3. RYAN, Donna; HEANER, Martica. Preface to the full report. *Obesity*, 2014, 22.S2: S1-S3.
4. Unick JL, Neiberg RH, Hogan PE, et al, and the Look AHEAD Research Group. Weight change in the first 2 months of a lifestyle intervention predicts weight changes 8 years later. *Obesity (Silver Spring)* 2015; 23: 1353–56
5. JENSEN, Michael D., et al. Executive summary: Guidelines (2013) for the management of overweight and obesity in adults. *Obesity*, 2014, 22.S2: S5-S39.
6. SHAW, Kelly A., et al. Exercise for overweight or obesity. *The Cochrane Library*, 2006.
7. Christensen R, Bartels EM, Astrup A, Bliddal H. Effect of weight reduction in obese patients diagnosed with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2007;66:433-9.
8. VERROTTI, Alberto, et al. Obesity and headache/migraine: the importance of weight reduction through lifestyle modifications. *BioMed research international*, 2014, 2014
9. Guh, D. P., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C. L., & Anis, A. H. (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC public health*, 9(1), 1
10. Richtlijnen Database. Indicatiestelling en pre-operatieve work-up van morbide obesitas.

Opgevraagd op 15-10-2016 via:

http://richtlijndatabase.nl/richtlijn/morbide_obesitas/indicatiestelling_van_morbide_obesitas.html#u

Datum

09 januari 2017

Auteur

Flora van den Berg