

'KENNIS APOTHEKER NODIG IN NATRAJECT GASTRIC BYPASS'

Auteur **Delia Titre**
Foto **Kenneth Tan**

Zes jaar na bariatrische chirurgie blijkt 62% genezen van diabetes

Moet ook de apotheker zich bemoeien met diabetespatiënten die bariatrische chirurgie ondergaan? Internist Jeroen Nijhuis vindt van wel, want de verandering van anatomie en lichaamssamenstelling heeft consequenties voor de farmacotherapie. "Dit vraagt om aanpassing op maat, waarin de apotheker kan meedenken."

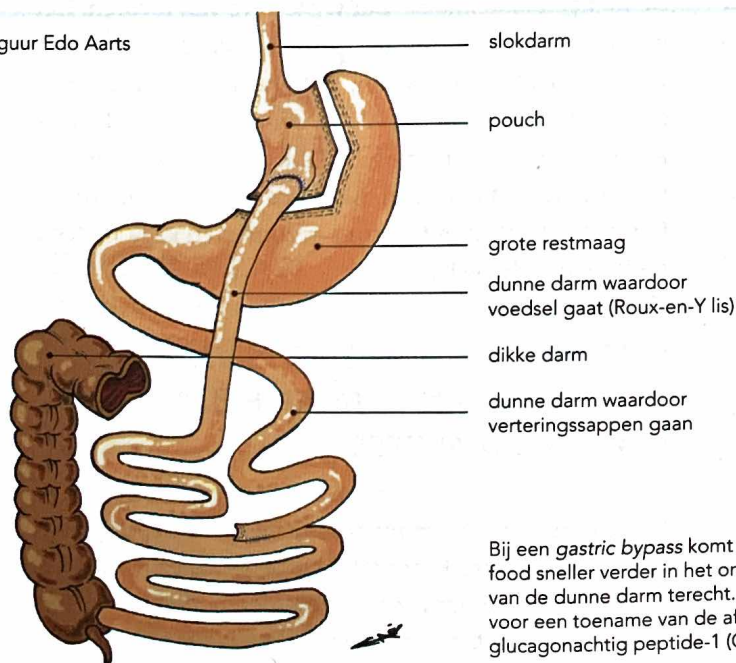
Wat moet je doen bij een veranderinge lichaamssamenstelling? Wat doet dit met de farmacokinetiek? Zelfstandig internist Jeroen Nijhuis schroomt niet dit soort vraagstukken voor te leggen aan de apotheker. Nijhuis functioneert als poortwachter in de eerste lijn; huisartsen kunnen een meedenkconsult bij hem aanvragen. Dit zorgt voor 60% minder ziekenhuisdoorverwijzingen. Ook ontvangt hij patiënten, onder meer met obesitas. "Huisart-

sen verwijzen hen naar mij, omdat ik een zwak heb voor leefstijl. Dat is ontstaan tijdens mijn onderzoek naar bariatrische chirurgie, jaren geleden."

"Bij obese patiënten ga je eerst het gesprek aan over zelfstandig afvalen. Vaak hebben ze al meerdere afvalpogingen gedaan. Dan is leefstijlinterventie met meer coaching een optie", vertelt hij. "Eventueel combineer je dit met medicijnen zoals liraglutide, waarmee goede resultaten worden geboekt. Bij mensen met een BMI vanaf 35 kg/m² en comorbiditeiten of een BMI vanaf 40 kg/m² kom je als derde stap bij bariatrische chirurgie terecht. Ik geef dan informatie over de ingreep en het traject en de huisarts verwijst ze door naar een obesitaskliniek. Bij een BMI onder 35 kg/m² en diabetes type 2 is de ingreep nog niet geïndiceerd, maar studies ernaar zijn wel positief."

Als de patiënt eenmaal de ingreep heeft ondergaan, verandert er veel in rap tempo. "De resultaten bij diabetes type 2 zijn indrukwekkend. Je ziet al gauw een drastische verbetering in de glucoseregulatie. De obesitaskliniek anticipeert hierop. Zo krijgen insulinepatiënten na de ingreep 75% van de dosis om een hypoglykemie te voorkomen."

Figuur Edo Aarts



Bij een gastric bypass komt *processed* food sneller verder in het onderste deel van de dunne darm terecht. Dit zorgt voor een toename van de afgifte van glucagonachtig peptide-1 (GLP-1).

“De positieve effecten zijn niet alleen toe te schrijven aan het gewichtsverlies”, legt Nijhuis uit. “Uit studies bij mensen die een laag calorisch dieet volgen, zie je ook veel verbetering in de glucose-regulatie. Dit gebeurt al vóórdat gewichtsverlies optreedt. Met name door verdwijning van vetstapeling in de lever.”

Daarnaast zijn na een *gastric bypass* extra effecten te zien. Er zijn verschillende theorieën die dit effect verklaren. Volgens de onderste darm-hypothese (achterdarm-hypothese) komt het door de omleiding van een stuk darm bij de *gastric bypass*. *Processed food* komt dan sneller verder in het onderste deel van de dunne darm terecht; normaal gesproken bevindt zich hier voedsel dat al meer is verteerd. De darm reageert op de veranderde situatie door het aanmaken van meer glucagonachtig peptide-1 (GLP-1). Dit stimuleert de insuline-

secretie door de alvleesklier.

Een andere theorie is de bovenste dunne darm-hypothese (voordarm-hypothese). Het idee hierachter is dat door het uitsluiten van de duodenum en proximale jejunum een bepaald stofje niet meer wordt aangemaakt. Dit stofje voorkomt normaal gesproken dat je hypo's krijgt. Omdat dit wegvalt krijg je een daling van de glucosespiegel, wat gunstig is bij diabetes.

De gunstige resultaten leveren een grote gezondheidswinst op. Na standaardbehandeling gericht op gewichtsverlies zonder ingreep, zie je namelijk vaker terugval. Ook genezen meer mensen van diabetes na zo'n ingreep. Zes jaar na bariatrische chirurgie blijkt dit het geval bij 62% van de patiënten ten opzichte van 10% bij reguliere behandeling zonder ingreep. De mate van winst is onder meer afhankelijk van hoe lang de patiënt diabetes heeft. “Na de operatie

kan de diabetes weg zijn, maar in de loop van de jaren kan dit zich weer ontwikkelen, vooral bij mensen die al langer diabetes hebben. Hierbij speelt mee dat hun bèta-celfunctie meer is achteruitgegaan. Ook na de ingreep blijf je dan zitten met een alvleesklier die minder goed functioneert. Na verloop van tijd zie je dan dat diabetesmedicatie weer nodig is.”

NA VERLOOP VAN TIJD ZIE JE DAT SOMS WEER DIABETESMEDICATIE NODIG IS

De begeleiding is levenslang. Obesitasklinieken hanteren standaard een follow-up van vijf jaar. De complicaties die hierna ontstaan, worden in eerste instantie opgepakt door de huisarts. In het natraject is volgens Nijhuis een belangrijke rol weggelegd voor apothekers. “Hun kennis zou meer moeten worden ingezet. De verandering van anatomie en lichaamssamenstelling heeft consequenties voor de farmacotherapie. Dit vraagt om een aanpassing op maat, waarin de apotheker kan meedenken. Daarnaast moet men levenslang supplementen gebruiken. De apotheek kan hierin een sturende rol hebben.”

Het probleem dat bij veel apothekers de bariatrische chirurgiepatiënt onbekend is, herkent Nijhuis. “Organiseer daarom een FTO over dit onderwerp. Hierin kan je laten zien wat je in de begeleiding kan betekenen.” In het verleden was de overdracht van de obesitaskliniek naar de huisarts niet optimaal. Nu wordt standaard een ontslagbrief gestuurd. “In de toekomst zou het mooi zijn als zo'n ontslagbrief ook naar de apotheek gaat.” ■

Jeroen Nijhuis: “De resultaten zijn indrukwekkend: je ziet al gauw een drastische verbetering in de glucoseregulatie.”

