



Activiteitenverslag Centrum voor Obesitaschirurgie

Chirurgie op mensenmaat

Colofon

Concept, redactie, vormgeving & projectmanagement

Living Stone

Fotografie

Els Janssens

AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV
& Living Stone

Verantwoordelijke uitgever

dienst Algemene, Vaat- en
Kinderheeskunde
AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV
Ruddershove 10
8000 Brugge

Met dank aan

Dit activiteitenverslag is tot stand
gekomen dankzij de inzet van de
volledige dienst Algemene, Vaat-
en Kinderheeskunde

Eerste druk 18 augustus 2016

Copyright © 2016

AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV.

Alle rechten voorbehouden.

De inhoud (zowel teksten als
afbeeldingen) van dit verslag is
auteursrechtelijk beschermd. Niets
uit deze uitgave mag worden
vermenigvuldigd en/of openbaar
gemaakt zonder schriftelijke
toestemming van de uitgever.

Inhoud

3	Het ontstaan van bariatrische heeskunde
3	Centrum voor Obesitaschirurgie
4	Criteria
5	Postoperatief bariatrisch zorgpad
	Samenwerkingsprotocol met HABO
	Nazorg-app
	Terugkomdag
8	Team
	Artsen
	Zorgondersteuning
11	Cijfers van het Centrum voor Obesitaschirurgie
12	Evolutie van de bariatrische heeskunde in het Centrum voor Obesitaschirurgie
14	Herkomst van de patiënten
18	Opleidingsactiviteiten
	Center of Excellence
	Obesity Surgery Academy
22	Wetenschappelijke en klinische activiteiten
	Gelauwerde klinische studies
	Wetenschappelijke activiteiten

Met een Body Mass Index (BMI) van 25,3 is de gemiddelde Vlaming te dik¹ en bij niet minder dan 13% is er sprake van obesitas².

Obesitas is een van de snelst groeiende bedreigingen voor de gezondheid en het welzijn van onze maatschappij. In België ondergaan jaarlijks bijna 13.000 mensen in België een bariatrische ingreep. Desondanks is de grote meerderheid van de zwaarlijvige mensen zich onvoldoende bewust van de negatieve gevolgen van obesitas en net zo min van de behandelingsopties.

Het ontstaan van bariatrische heelkunde

De bariatrische heelkunde is ontstaan in de Verenigde Staten in de jaren 60-70. Het duurde enige tijd voor ze in Europa ingeburgerd raakte. Slechts geleidelijk aan raakte de Europese medische gemeenschap overtuigd van de voordelen van bariatrische chirurgie voor de gezondheidszorg in het algemeen en de zwaarlijvige patiënt in het bijzonder.

De echte doorbraak van de bariatrische chirurgie kwam er pas eind jaren 90, met de invoering van de laparoscopische toegangsweg voor dergelijke ingrepen. Deze techniek verlaagde het aantal complicaties aanzienlijk en had een kortere hospitalisatieduur en een beter herstel tot gevolg.

Centrum voor Obesitaschirurgie

De voorganger van diensthoofd dr. Bruno Dillemans, dr. Michel Vandelanotte, was midden jaren 90 de bezieler van de bariatrische heelkunde op campus Sint-Jan. Als trendsetter waagde hij zich aan de allereerste plaatsing van een maagband en voerde hij de eerste Scopinaro-ingreep uit, weliswaar nog via open toegangsweg.

De introductie van de **laparoscopische** invalshoek door dr. Dillemans in 1999 betekende een duidelijke meerwaarde voor de patiënt en vanaf toen nam deze discipline een hoge vlucht, om uit te groeien tot het gereputeerde Centrum voor Obesitaschirurgie.

De '**gastric bypass**', die geldt als de gouden standaard, perfectioneerde dr. Bruno Dillemans nog verder. Door niet-essentiële handelingen weg te laten en technische verfijningen door te voeren lukte het al snel om de duur van zo'n ingreep terug te brengen tot 40 minuten. Patiënten kunnen na twee nachten al naar huis.

Door **standaardisatie** en intense training van het team is de gastric bypass zoals deze in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV wordt uitgevoerd intussen zeer veilig, waardoor de lekkageratio en het complicatiecijfer uiterst laag worden gehouden. De kans op een lek bij de verbinding tussen de maag en de dunne darm is bijna onbestaand geworden en het aantal postoperatieve bloedingen die leiden tot een herinterventie is gedaald tot 1 op 1000 (0,1%).

Sinds enige tijd is er een belangrijke verschuiving van de bariatrische naar de **metabole** chirurgie merkbaar. Meerdere wetenschappelijke studies wezen namelijk uit dat een operatie een belangrijke rol speelt in de behandeling van metabole ziektes als diabetes, hypertensie, slaapapneu en hypercholesterolemie.

De twee meest courante bariatrische ingrepen wereldwijd, alsook in het Centrum voor Obesitaschirurgie, zijn de volgende:

- De gastric bypass met een driedelig werkingsmechanisme:
 - Een verkleining van de maag moet ervoor zorgen dat de patiënt effectief minder kan eten.
 - De omlegging van een stuk dunne darm maakt dat de patiënt minder suikers en vetten opneemt.
 - De hormoonaanmaak die de eetlust stimuleert, vermindert doordat de maag is verkleind.
- De sleeve gastrectomie met een tweeledig werkingsmechanisme:
 - Een verkleining van de maag moet ervoor zorgen dat de patiënt effectief minder kan eten.
 - De hormoonaanmaak die de eetlust stimuleert, vermindert doordat een groot deel van de maag is verwijderd.

¹ Gezondheidsenquête 2013, Drieskens.

² We spreken van overgewicht bij een BMI hoger dan 25 kg/m² en van obesitas bij een BMI hoger dan 30 kg/m². Voor kinderen gelden andere grenswaarden.

Criteria

Wie een bariatrische ingreep overweegt, moet aan bepaalde criteria voldoen om daar recht op te hebben. Deze zijn wettelijk bepaald sinds oktober 2007. Een patiënt moet volwassen zijn en een BMI van 40 hebben, wat overeenkomt met een gewicht van 120 kg voor 1m70. Een versoepeling in de loop der jaren heeft ervoor gezorgd dat patiënten die minder zwaar zijn (BMI van 35), maar aan geassocieerde aandoeningen lijden zoals hoge bloeddruk, suikerziekte of slaapapneu, ook in aanmerking kunnen komen voor een bypass.

Patiënten moeten een heel traject moeten doorlopen vooraleer ze in aanmerking komen voor een operatie. Zo moeten ze gedurende minstens één jaar zonder blijvend succes een dieet hebben gevolgd en is de goedkeuring van een diëtist,

endocrinoloog en psycholoog een vereiste.

Dr. Dillemans pleit ervoor dat zwaarlijvige minderjarigen in uitzonderlijke gevallen ook in aanmerking zouden komen voor een overgewichtsoperatie, na een positief advies van de pediater en voorafgaande psychotherapie. Volgens hem is de psychologische impact van zwaarlijvigheid op kinderen vaak nog zwaarder dan op volwassenen en zou zo'n ingreep geassocieerde ziektebeelden die hun gezondheid nog meer schaden net kunnen voorkomen. Begin 2016 verscheen in de New English Journal of Medicine een publicatie die dit standpunt bevestigt en positieve studieresultaten meldt met betrekking tot gewichtsafname en diabetes bij kinderen die lijden aan morbide obesitas.³

Criteria

- +18 jaar
- BMI $\geq$ 40
- BMI $\geq$ 35 of meer + comorbiditeiten
 - > Slaapapneu
 - > Diabetes
 - > Hypertensie (onbehandelbaar)
- BMI $\geq$ 35 of meer bij heroperatie
- Dieet van 1 jaar
- Akkoord van multidisciplinair team: psycholoog/endocrinoloog

Administratie

- Notificatieformulier
- Medisch dossier ondertekend voor akkoord



³. Inge, T.H., Courcoulas, A.P., Jenkins, T.M., Michalsky, M.P., Helmrath, M.A., Brandt, M.L., Harmon, C.M., Zeller, M.H., Chen, M.K., Xanthakos, S.A., Horlick, M., Buncher, C.R. (2016). Weight Loss and Health Status 3 Years after Bariatric Surgery in Adolescents, New England Journal of Medicine, 374: pp. 113-123.

Postoperatief Bariatrisch zorgpad

Samenwerkingsprotocol met HABO

Dankzij het samenwerkingsprotocol 'Follow-up na Bariatrische Heelkunde' tussen de huisartsenvereniging HABO, die de huisartsen uit Brugge en omgeving vertegenwoordigt, en het Centrum voor Obesitaschirurgie, kunnen patiënten uit Brugge en omstreken voor de

opvolging na hun ingreep bij hun huisarts terecht. Dit protocol dient als leidraad voor de nauwgezette opvolging van de patiënt en sensibiliseert de huisarts om belangrijke 'knipperlichten' bij complicaties te herkennen.

Samenwerkingsprotocol Follow-up post-bariatrische heelkunde						
Tijdsbestek	10 dagen	3 maanden	6 maanden	12 maanden	18 maanden (optioneel)	Jaarlijks
Anamnese en info	Beleving/klachten Dieetanamnese Opvolging medicatie: • Antihypertensiva • Antidiabetica ... (aanpassen indien nodig) FU-beleid vastleggen Levensstijl Rookstatus ...	Beleving/klachten • Dumping • Stoelgang ... Voedingsanamnese Opvolging medicatie Levensstijl Rookstatus ...	Beleving/klachten • Dumping • Stoelgang ... Voedingsanamnese Opvolging medicatie Levensstijl Rookstatus ...	Beleving/klachten • Dumping • Stoelgang ... Voedingsanamnese Opvolging medicatie Levensstijl Rookstatus ... Slaapapnoe		Beleving/klachten • Dumping • Stoelgang ... Voedingsanamnese Opvolging medicatie Levensstijl Rookstatus ... Slaapapnoe
KNIPPERLICHTEN ¹						
KO	Wondnazicht	BD, gewicht, BMI... Gewichtsverlies (15-20%) 25% -> verwijzing	BD, gewicht, BMI... Gewichtsverlies (20-25%) 35% -> verwijzing	BD, gewicht, BMI... Gewichtsverlies (25-30%) Na 12m gefinaliseerd gewicht		BD, gewicht, BMI... Gewichtsverlies
Labo		Beperkt: • Compleet Formule • Glucose • Creatinine • Electrolyten • Leverfunctie (ALT, ALK-Pase, Albumine) • Lipidenprofiel Ziektespecifieke testen (HbA1c bij diabetes...)	Standaard: • Compleet Formule • Glucose • Creatinine • Electrolyten • Leverfunctie (ALT, ALK-Pase, Albumine) • Ferritine, Fe & transferrine • Vit. B12 • Foliumzuur • Ca, PTH, 25-OH-vit.D • Lipidenprofiel • Vit. A (optioneel2) • Vit. B1 (optioneel) Ziekte-specifieke testen (HbA1c bij diabetes ...)	Standaard labo + Ziektespecifieke testen (HbA1c bij diabetes ...)	Aangewezen indien vorige bloedafname afwijkende resultaten vertoonde	Standaard labo + Ziektespecifieke testen (HbA1c bij diabetes ...)
Noodzakelijke medicatie	Als NSAID's opgestart worden na een bypass, steeds PPI's associëren! PPI's bij bypass: tot 3M 20mg/dag omeprazole (of gelijkwaardig product). PPI bij rokers & patiënten onder Asaflow©: tot 3M 40mg/dag + nadien 20mg/dag levenslang Klassieke antitrombotische profylaxie: in functie van risico					
Supplement	Universeel vitaminepreparaat tenzij op specifieke indicatie hooggedoseerd Fe-B12-Foliumzuur-vit. D-Ca3					
Verwijzing	Diëtist: sterk aanbevolen gedurende het gehele proces Psycholoog: optioneel Bariatrisch chirurg of endocrinoloog op indicatie					

¹ Knipperlichten

- **Korte termijn complicaties (< 6 w):**
 - ✓ Wondinfectie (< 14 dagen)
 - ✓ Lekkage (koorts/ pijn/ tachycardie/ tachypnoe/ sepsis/...)
 - ✓ Stenose (braken/ nausea/ pijn/ dehydratie/...)
 - ✓ Pulmonaire complicaties (longembool/ longinfectie)
 - ✓ DVT
 - **Lange termijn complicaties (>6w):**
 - ✓ Interne hernia (bij RYGB)
 - ✓ Anastomotische ulcera (bij RYGB)
-

² Optionele screening voedingsdeficiënties

- **Na scopinaro BPD type systematisch screenen**
Na RYGB screenen op indicatie
 - ✓ Se: onverklaarde anemie, persisterende diarree, cardiomyopathie, metabole botziekte
 - ✓ Zn: haarverlies, dysgeusie, nageldystrofie
 - ✓ Cu: onverklaarde anemie, neutropenie, myeloneuropathie
 - ✓ Thiamine: neuropathie, encefalopathie, hartfalen
 - CAVE alcoholgebruik
 - ✓ Vit. A: bij oogproblemen (visusvermindering vnl. nachtblindheid) en voor zwangerschapswens
-

³ Specificaties vitaminesupplementen

- **Fe:** bij gedaald ferritine of anemie, initieel per os, i.v.m. tolerantie best bruistablet of andere vloeibare vorm. Zo geen verbetering ferritine na 3m + Hb weerslag (onder normaalwaarden labo) doorverwijzing internist voor IV Fe.
 - **Vit. B12:** Initieel per os. Zo geen normalisatie of bij intolerantie: Vit B12 1000µg/m IM volgens schema.
 - **Foliumzuur:** bij vrouwen die potentieel zwanger kunnen worden: per oraal
 - **Vit. D:** Richtlijnen: 1000 – 3000 E/d. Controle spiegel na 6 à 8w
 - ✓ D-cure (25.000 E) preop te starten bij lage waarden (<20 ng/ml)
 - ✓ Postoperatief:
 - D cure 1/w bij vitamine D <10 ng/ml
 - bij vitamine D tss 10 en 20 ng/ml: D cure 1/2w
 - ✓ Hogere doseringen vaak noodzakelijk (2x D-cure/week; D-cure Forte (100.000 E): volgens spiegel
 - **Ca:** indicatie bij lage calcemie, risico osteoporose, extreme gewichtsdeling, persisterende hyperparathyreodie. Vaak slechte tolerantie (1000-2000 mg/dag). Opname Ca-citraat is beter. Antiresorptiva slechts te starten bij goede calcium- en vit D-status.
-

Gynaecologische aandachtspunten

- Zwangerschapswens uitstellen bij voorkeur tot 1 jaar na de ingreep
 - Bij voorkeur geen orale contraceptiva gebruiken
 - Geen OGTT of orale glucose challengetest bij postbariatrische patiënte
-

De Nederlandse patiënten worden bij voorkeur opgevolgd door het team van RA Medical o.l.v. interniste Joyce Arnoldus (gesitueerd in Beverwijk) dat zowel de screening als de nazorg coördineert.

Nazorg-app

In het kader van de optimalisatie van de nazorg van onze patiënten werd samen met de medische industrie de ontwikkeling opgestart van een app met ingebouwd plan om therapietrouw te bewerkstelligen en sportactiviteiten te stroomlijnen. Deze app zou patiënten de verantwoordelijkheid om verder gewichtsverlies en huid- en spierversteviging te bekomen, deels weer in eigen handen geven. In 2017 zal de app beschikbaar gesteld worden voor de patiënten.

Terugkomdag

Onder het thema 'Leven na de maagverkleining' richt het Centrum voor Obesitaschirurgie op tweejaarlijkse basis terugkomdagen in voor patiënten die in de voorbije jaren een ingreep ondergingen. Gemiddeld wonen een 1.000-tal patiënten uit België en Nederland deze bij.

De terugkomdagen omvatten zowel een wetenschappelijk als een informatief gedeelte en zijn driedelig opgevat:

- Ex-patiënten wijzen op het belang van een goede opvolging, hen de risico's en aandachtspunten in herinnering brengen en hen een update geven over de nieuwste bevindingen omtrent bariatrische heelkunde.
- Patiënten informeren over de mogelijkheden tot correctieve ingrepen.
- Een derde luik richt zich op de duiding van de manier waarop intensieve sportactiviteiten in het plaatje passen en wat goede fysiotherapie inhoudt.

Tussendoor kunnen ex-patiënten en hun gast in interactieve sessies onder meer informatie inwinnen over voedingsrichtlijnen en dieetinstructies, getuigenissen bijwonen en onderling ervaringen uitwisselen. Het initiatief wordt ondersteund door sponsoring.

UITNODIGING

Terugkomdag: Leven na de maagverkleining zondag 25 september 2016

Congrescentrum Oud-Sint Jan - Zonnekemeers 1 - 8000 Brugge

WETENSCHAPPELIJKE SESSIES

- Impact van de gastric bypass/sleeve op de gezondheid: **Dr. Bruno Dillemans**
- Functionele correctiechirurgie na gewichtsverlies:
Dr. Sebastiaan Van Cauwenberge: abdomino-, dij- en armplastie
Dr. Jan Lesaffer: borstcorrectie
- XL-fit na maagverkleining: beweegtips voor thuis als voor in de gym:
Dhr. Yves Devos

INFORMATIEVE SESSIES

- Patiëntenforum
- Stijladvies: **Mevr. Annemie De Rijck**
- Voedingsadvies na de maagverkleining: **onze diëtisten**



Pauze met informatieve standen over gezonde voeding, figuurcorrectie, beweging, ...

INSCHRIJVEN

Keuze uit voormiddag- of namiddagssessie. Aantal inschrijvingen beperkt!

+32 50 45 25 53 - terugkomdag.brugge@azsintjan.be - www.dillemans.be

Team

Artsen

Chirurgen



dr. Bruno Dillemans

Staflid sinds: april 1994 - Diensthoofd sinds: juni 2011

Nadat hij zijn opleiding geneeskunde aan de Katholieke Universiteit Leuven afrondde in 1986 met grote onderscheiding, specialiseerde dr. Dillemans zich in de algemene chirurgie (1986-1992) in het Heilig Hartziekenhuis te Roeselare en het UZ Leuven. Nadien volgde hij een opleiding tot superspecialisatie in de abdominale en laparoscopische chirurgie in het Academisch Ziekenhuis Groningen in Nederland (1992-1994).

Naast zijn professionele activiteiten als chirurg speelde hij steeds een actieve rol in het ziekenhuisbeleid. Zo trad hij onder meer zes jaar op als vicevoorzitter en nog eens zes jaar als voorzitter van de Medische Raad. Hij is eveneens voorzitter van de azlink-adviesraad.

Van 2010 tot 2012 was dr. Dillemans ook voorzitter van de Belgian Section of Obesity and Metabolic Surgery (BeSOMS).

Zijn wetenschappelijke gedrevenheid vertaalt zich onder meer in 27 publicaties, co-auteurschap van het boek 'Bariatric Surgery', presentaties en frequente live operaties in binnen- en buitenland, en ook in actieve deelname aan de verschillende opleidingsmodules en cursussen postgraduaat voor residenten en algemeen chirurgen die uitgaan van instellingen zoals de Belgian Section for Obesity and Metabolic Surgery (BeSOMS), de Belgian Group for Endoscopic Surgery (BGES) en het befaamde Franse laparoscopische trainingcentrum IRCAD.



dr. Sebastiaan Van Cauwenberge

Staflid sinds: april 2011

Met grote onderscheiding behaalde dr. Sebastiaan Van Cauwenberge in 2002 zijn diploma Geneeskunde aan de Universiteit Gent. Aansluitend daarop volgde hij er de specialisatie Algemene Heelkunde. Hij assisteerde onder meer prof. dr. Bernard de Hemptinne in het UZ Gent, dr. Ludovic Vereecken in het AZ Sint-Lucas Gent en dr. Luc Proot in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV.

In 2008 behaalde hij zijn erkenning in de Algemene Heelkunde, waarna hij de dienst Algemene, Kinder- en Vaatheelkunde in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV gedurende twee jaar versterkte als resident-chirurg. Gedurende deze twee jaar legde hij zich verder toe op de laparoscopische en minimaal invasieve chirurgie, met een bijzondere interesse in de bariatrische heelkunde, de postbariatrische functionele chirurgie en de buikwandchirurgie. Aan de hand van een aanvullende opleiding in de Kinderchirurgie aan het Centre Hospitalier Régional Universitaire te Rijsel onder de auspiciën van prof. dr. Rémy Besson maakte hij zich ook deze specialisatie eigen. In 2015 werd dr. Van Cauwenberge 'Fellow of the American College of Surgeons'.

dr. Isabelle Debergh

Resident: sinds augustus 2014 in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV

Staflid: sinds augustus 2015 in het AZ Sint-Rembert Torhout

Dr. Isabelle Debergh studeerde geneeskunde aan de Universiteit Gent en behaalde haar einddiploma in 2007 met grote onderscheiding. Hierna volgde zij de opleiding algemene en abdominale chirurgie in het UZ Gent en het AZ Sint-Lucas (2007-2014) waarbij ook een doctoraat aan de Universiteit Gent werd behaald in september 2014. Nadien volgde zij een verdere bekwaaming in de laparoscopische en bariatrische heelkunde in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV.



dr. Julie Horevoets

Resident: sinds augustus 2014 in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV

Staflid: start in oktober 2016 in het AZ Sint-Rembert Torhout

Dr. Julie Horevoets studeerde geneeskunde aan de KU Leuven en behaalde haar einddiploma in 2008. Hierna volgde zij de opleiding algemene heelkunde in het AZ Zeno te Knokke-Blankenberge, het Heilig Hart Ziekenhuis te Roeselare, het AZ Damiaan te Oostende, het Amphia Ziekenhuis te Breda en het UZ Leuven onder leiding van prof. De Leyn. Zij werd in 2014 erkend als geneesheerspecialist in de algemene heelkunde aan de KU Leuven. Nadien volgde een verdere bekwaaming in de laparoscopische en bariatrische heelkunde in het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV.





Assistenten en residenten

V.l.n.r. dr. Kurt Devroe (resident), dr. Gilles Uijtterhaegen, dr. Isabelle Debergh (resident), dr. Jelle Fleerackers & dr. Simon Vandevrande

(Niet op de foto: dr. Karen Van Langenhove, dr. Emmelie Reynvoet & dr. Sarah Vandenhaute)



Anesthesist

prof. dr. Jan-Paul Mulier

Prof. dr. Jan-Paul Mulier is stichtend lid van de European Society for PeriOperative Care of the Obese Patient (ESPCOP), een wetenschappelijke organisatie die klinisch onderzoek in de anesthesie van obese patiënten stimuleert en deze informatie kenbaar maakt onder anesthesiologen. Het wetenschappelijk onderzoek in Brugge spitst zich vooral toe op de interactie met chirurgie, meer bepaald hoe anesthesie de anesthesiologische outcome en de chirurgische outcome samen kan verbeteren.

Het onderzoek begon in het domein van de laparoscopie met de abdominale compliantiemeting en het optimaliseren van het laparoscopische werkvolume, wat bij obese patiënten dikwijls moeilijk is. Het gebruik van de 'beach chair' positie, het zeer diepe neuromusculaire blok en de aanpassing van de insufflatiedruk zijn hieruit voortgevloeid. Een volgende stap was het beperken van de peritoneale inflammatie door de laparoscopie, wat zorgt voor pijn en adhesies. Hierdoor werd de anesthesie meer dan alleen hypnose en analgesie geven.

Een ander punt waren de postoperatieve bloedingen die frequent kunnen zijn na abdominale chirurgie met gebruik van 'stapling' materiaal. Mede door het toepassen van bloeddrukstijging op het einde van de ingreep zijn de extraluminale bloedingen sterk gedaald en is revisie bijna niet meer nodig. Hier heeft anesthesie actief hemodynamische 'instabiliteit' binnengebracht om complicaties te beperken en getoond wat de waarde van een samenwerking is.



Endocrinoloog

prof. dr. Youri Taes



Gastro-enterologen

dr. Hans Orlent



dr. Vincent De Wilde



dr. Marc Cabooter



dr. Lieven Vandeputte



dr. Christophe Snauwaert

Zorgondersteuning

Psycholoog



Stefaan Decorte

Staflid sinds: april 1994

Diensthofd sinds: juni 2011

Vooraleer bariatrische heelkunde gepland kan worden, is een raadpleging bij de psycholoog wettelijk verplicht. Psychische problemen (bv. stress, emotioneel eten, eten uit verveling, slaapstoornissen) kunnen niet alleen een medeoorzaak zijn van verstoord eetgedrag, zwaarlijvigheid kan op zich ook de oorzaak zijn van psychisch lijden.

Als psycholoog legt Stefaan Decorte zich toe op de obesitasproblematiek. Hij zoekt uit welke factoren het eetgedrag van de patiënt beïnvloeden. Op basis hiervan stelt hij een plan op om diens huidige levensstijl zowel op het vlak van voeding als van beweging te veranderen en leert hij de patiënt ook omgaan met stress en emoties.

Ook externe psychologen zoals **Shirley Devey** (Oostende), **Pieter Naert** (Kortrijk), **Griet De Smet** (Eeklo), **Lies Beernaert** (Sint-Niklaas), **Leen Van Acker** (Zedelgem) en **Inge Vancauwenberghe** (Wingene) participeren actief aan de psychologische screening en – zo nodig – opvolging van de bariatrische patiënt.



Diëtisten

V.l.n.r. Eva Lauwers (vervanging van Hannelore Declercq), Julie Goussey & Sabrina Gaudesaboos



Verpleegkundigen

V.l.n.r. Inge Missinne, Lieve Buijsrogge, Marleen Dejaeger, Tomas Leupe, Megan Van Acker, Karin Maes & Sarah Beeuwsaert



Secretariaat V.l.n.r. Valerie Brusselle, Veerle D'haene, Viviane Verhulst, Evie Schelstraete & Shauni Sarlet (Niet op de foto: Anneke Carpels)

Het secretariaatsteam zorgt voor een sterke administratieve onderbouw.



Obesitascoördinatrice Viviane Verhulst

De speciaal opgeleide obesitascoördinatrice treedt op als spilfiguur van het centrum.

Gemiddeld **1.400** bariatrische procedures per jaar

- † Sterftecijfer
- ⚡ Maag/darmlek
- ☐ Postoperatieve bloedingen
- ✂ Heroperatie voor postoperatieve bloeding



60%

Gastric bypasses (> 10.000)

- † 0,02%
- ⚡ 0,09%
- ☐ van 3% (2004-2007) naar 0,65% (2014-2015)
- ✂ van 1% (2004-2007) naar 0,1% (2014-2015)



25%

Omzettingen/revisies

(maagband naar bypass, McLean naar bypass, pouchreconstructie en distalisatie na bypass, Scopinaro naar bypass, re-sleeve, ...)



15%

Andere
(laparoscopische sleeve gastrectomie)

Geleidelijke introductie van laparoscopische sleeve gastrectomie:

- 1.500 patiënten
- 0% sterfte / 0% lekkage tot op heden
- Ongeveer 1/3 geopereerd met één insnede ter hoogte van de navel (Single-Incision Laparoscopic Surgery)

1.100

omzettingen van maagband naar bypass:

- Hoogste aantal wereldwijd
- > 95% in één operatietijd
- Beperkte complicaties, vergelijkbaar met primaire gastric bypasses

Herkomst van de patiënten:



België

70%



Nederland

17%



Denemarken

5%



Verenigd Koninkrijk

5%

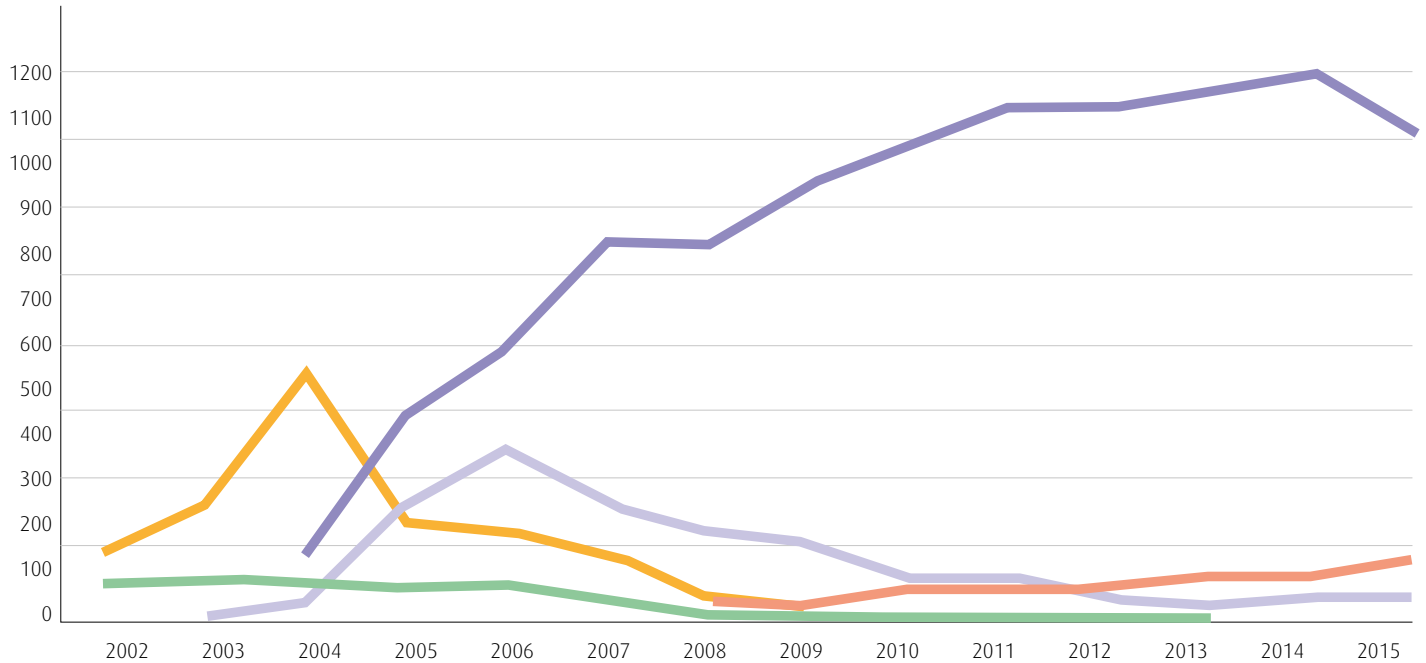
Andere

3%

Evolutie van de bariatrische heekunde in het Centrum voor Obesitaschirurgie

Sinds 1993 zijn op onze dienst zo'n 17.000 bariatrische procedures uitgevoerd. De discipline kwam pas helemaal tot bloei met de introductie van de gastric bypass-ingrepen via laparoscopie in 2004. In mei 2015 voerden we de 10.000^{ste} gastric bypass uit. De grafiek hieronder toont de evolutie van de bariatrische ingrepen in het Centrum

voor Obesitaschirurgie. Het is duidelijk dat er enerzijds een beweging is van open ingrepen naar laparoscopische ingrepen, en anderzijds een verschuiving van puur restrictieve ingrepen (maagband/verticale gastroplastie) naar gecombineerde ingrepen (gastric bypass/sleeve gastrectomie).



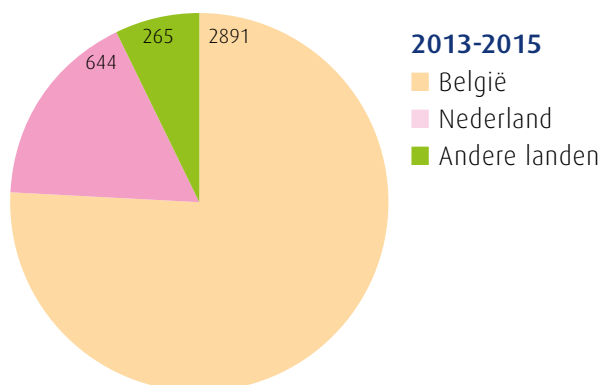
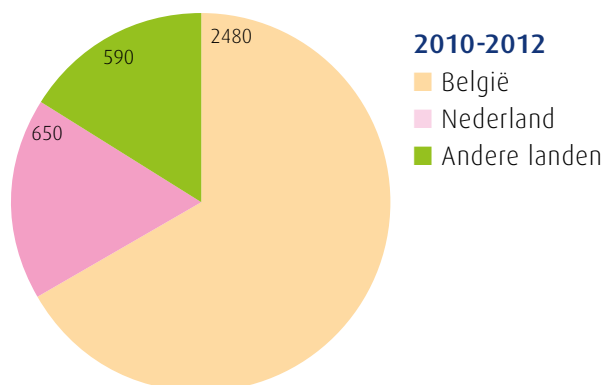
	Gastric band	Mason/McLean	Sleeve	Laparoscopische Roux-en-Y	Open Roux-en-Y
2002		151			81
2003	2	263			93
2004	46	552		147	93
2005	254	213		454	73
2006	377	199		606	68
2007	263	140		838	50
2008	195	52	14	841	18
2009	161	30	16	963	13
2010	97		54	1058	8
2011	88		52	1146	2
2012	46		61	1145	2
2013	37		82	1189	1
2014	56		87	1215	
2015	45		128	1084	



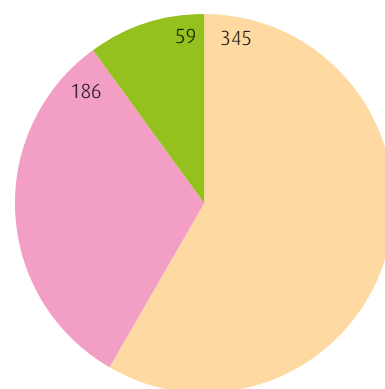
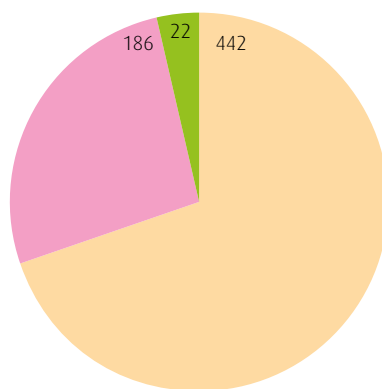
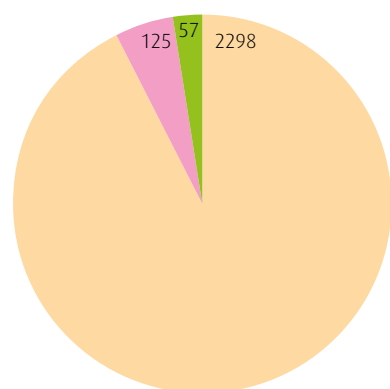
Herkomst van de patiënten

Een aanzienlijk deel van de patiënten komt vanuit het buitenland (ongeveer 1 op de 3, waarvan 70% uit Nederland) om een beroep te doen op de Belgische expertise.

Geografische spreiding van patiënten

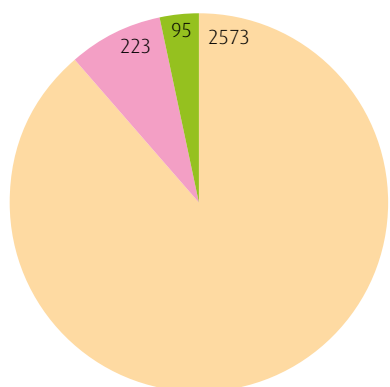


Geografische verschillen in aard van procedure



België 2010-2012

- Gastric bypass
- Mason/Sleeve
- Maagband

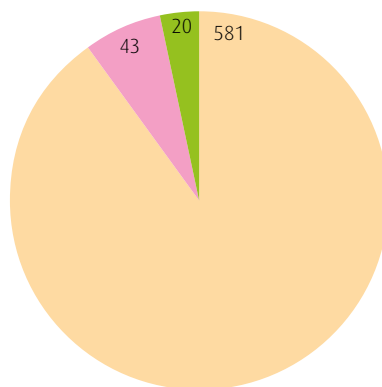


België 2013-2015

- Gastric bypass
- Mason/Sleeve
- Maagband

Nederland 2010-2012

- Gastric bypass
- Mason/Sleeve
- Maagband

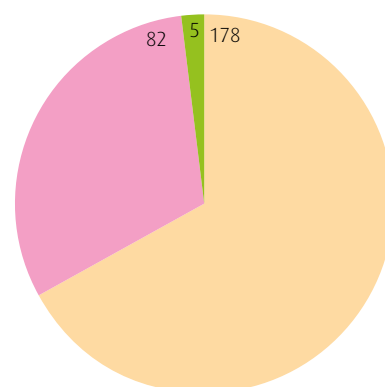


Nederland 2013-2015

- Gastric bypass
- Mason/Sleeve
- Maagband

Andere landen 2010-2012

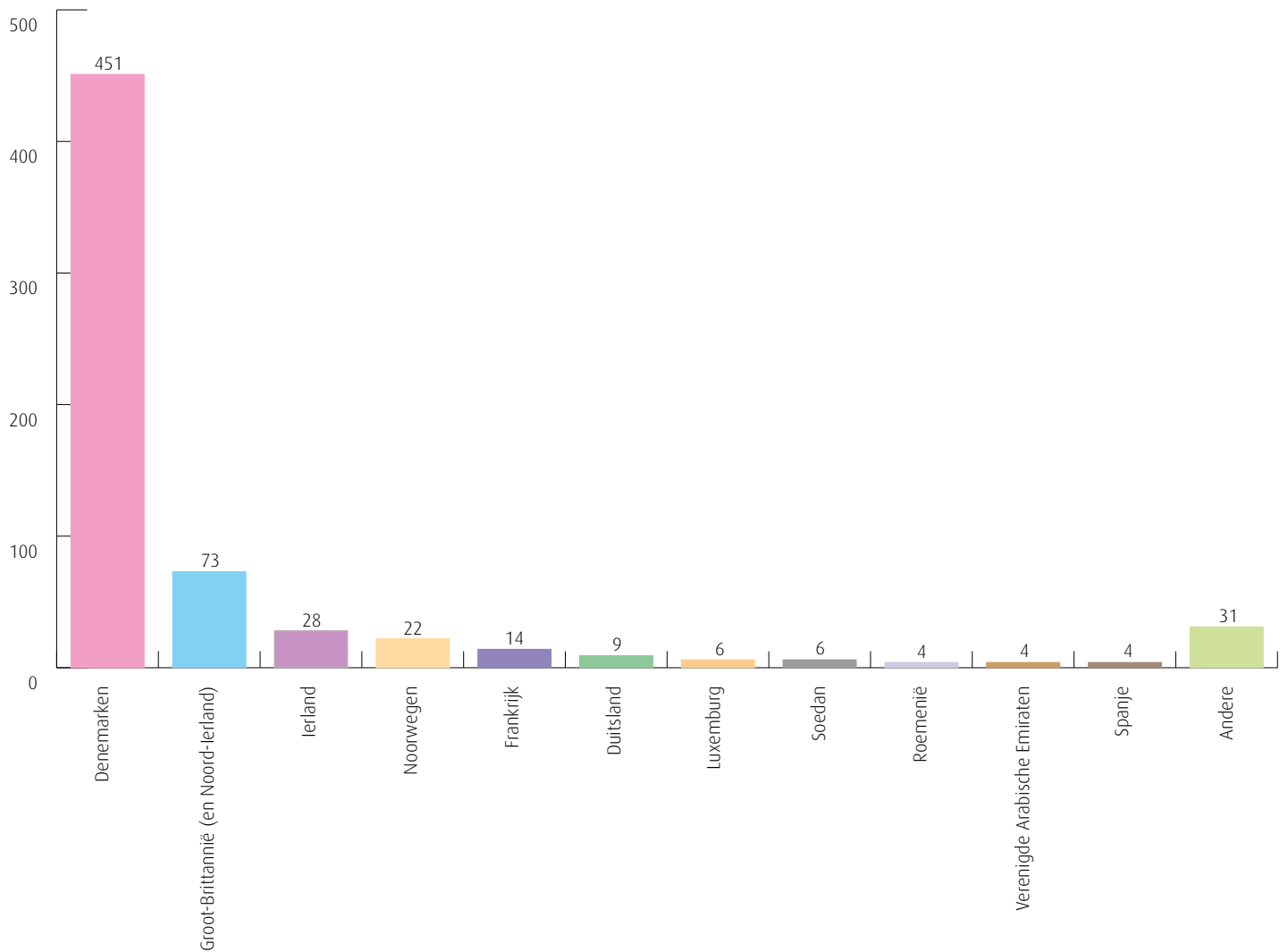
- Gastric bypass
- Mason/Sleeve
- Maagband



Andere landen 2013-2015

- Gastric bypass
- Mason/Sleeve
- Maagband

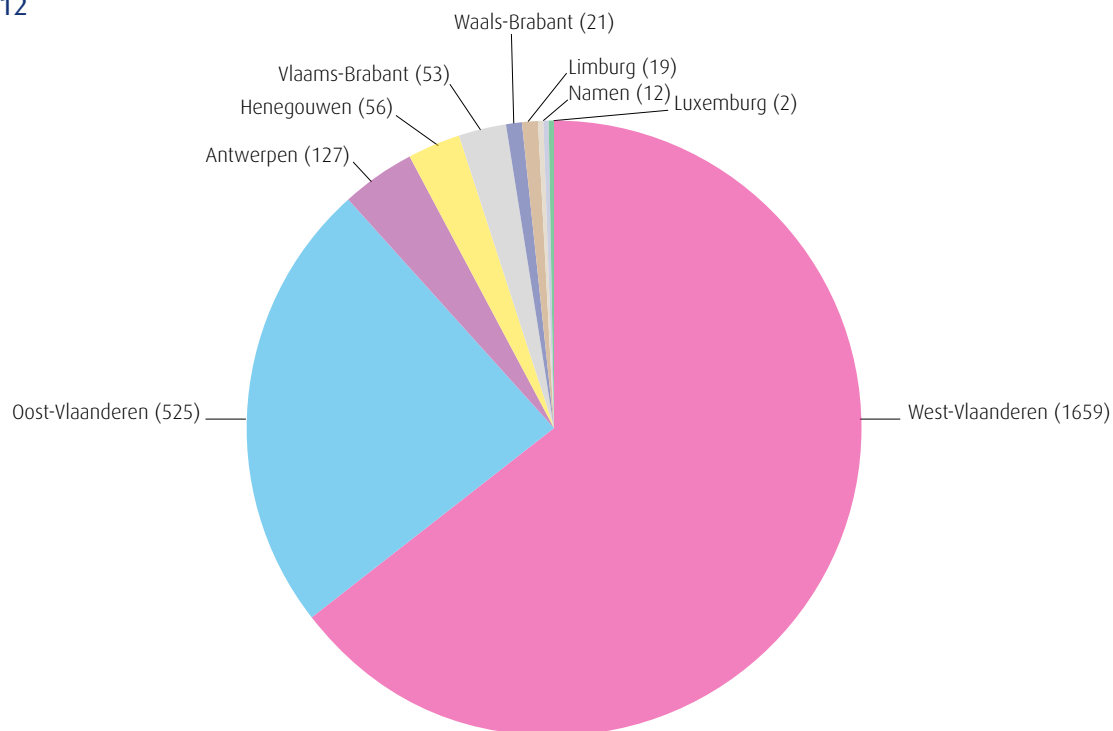
Differentiatie afkomst buitenlandse patiënten



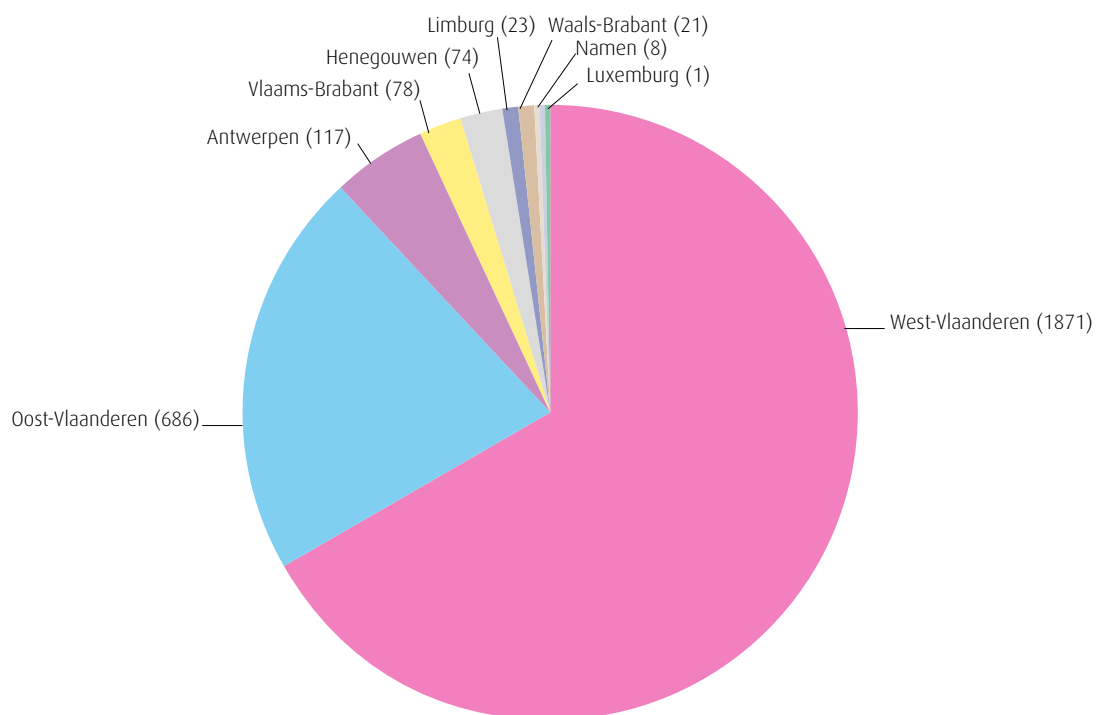
Herkomst patiënten België

Belgische patiënten komen van over het hele land, met een zwaartepunt in West- en Oost-Vlaanderen.

2010-2012



2013-2015





Opleidingsactiviteiten

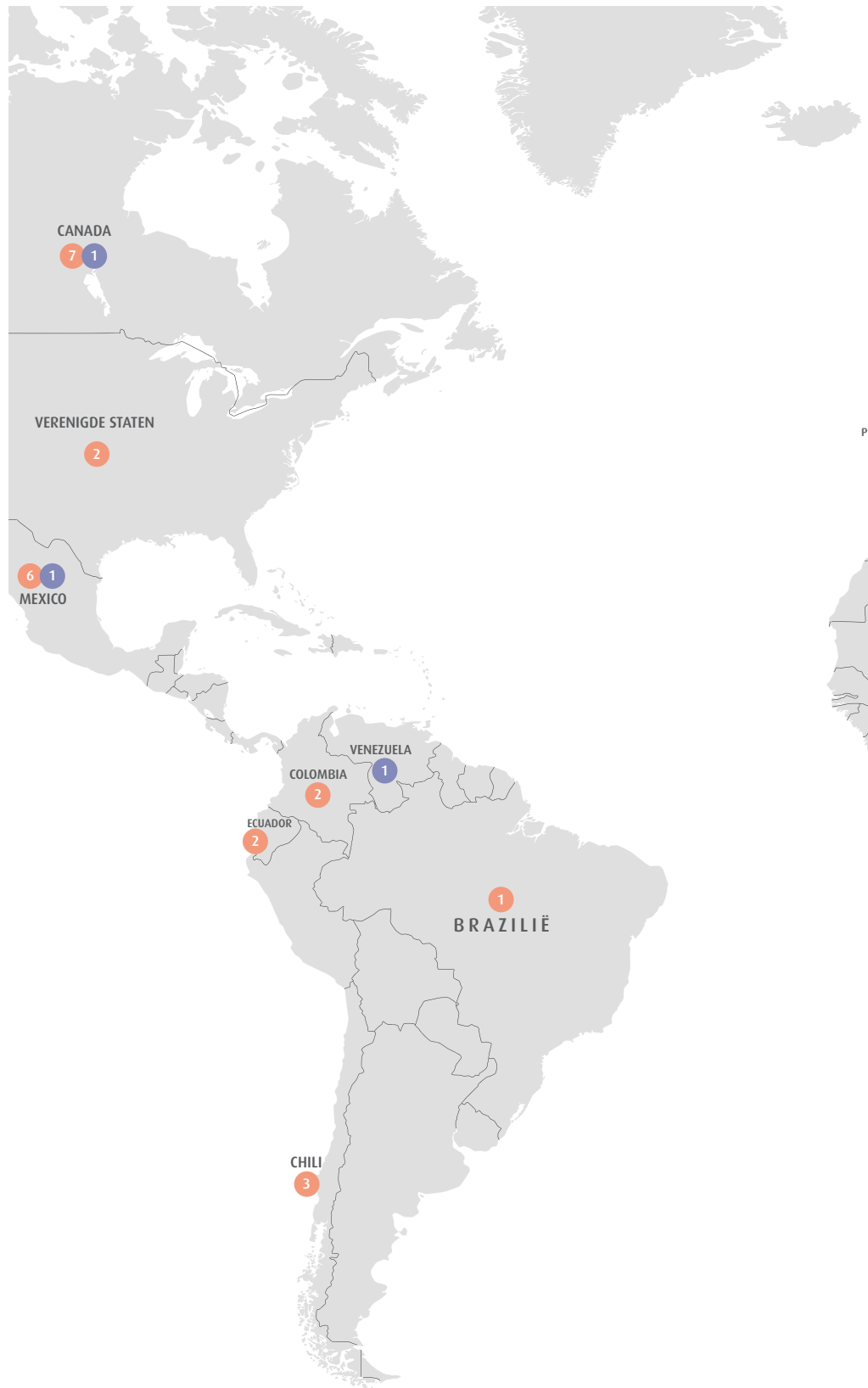
Center of Excellence

Covidien (nu Medtronic) en Johnson & Johnson, belangrijke spelers op de markt van medische technologieën, erkenden dr. Bruno Dillemans als 'Expert in Advanced Bariatric Surgery' en riepen het Centrum voor Obesitaschirurgie uit tot 'Center of Excellence'.

In 2006 werd een opleidingsprogramma opgestart voor chirurgen die zich verder wilden verdiepen in de bariatrische chirurgie in het algemeen en de laparoscopische gastric bypass in het bijzonder. In 2011 verschoof het accent naar heroperaties en complexe bariatrische ingrepen. Al meer dan 700 chirurgen uit de hele wereld kwamen een opleiding volgen in het Centrum voor Obesitaschirurgie om er de procedure onder de knie te krijgen.

Parallel organiseerde prof. dr. Jan-Paul Mulier trainingen voor anesthesisten met een bijzonder interesse in het bariatrische domein. Deze konden op hun beurt op bijzonder veel bijval rekenen.

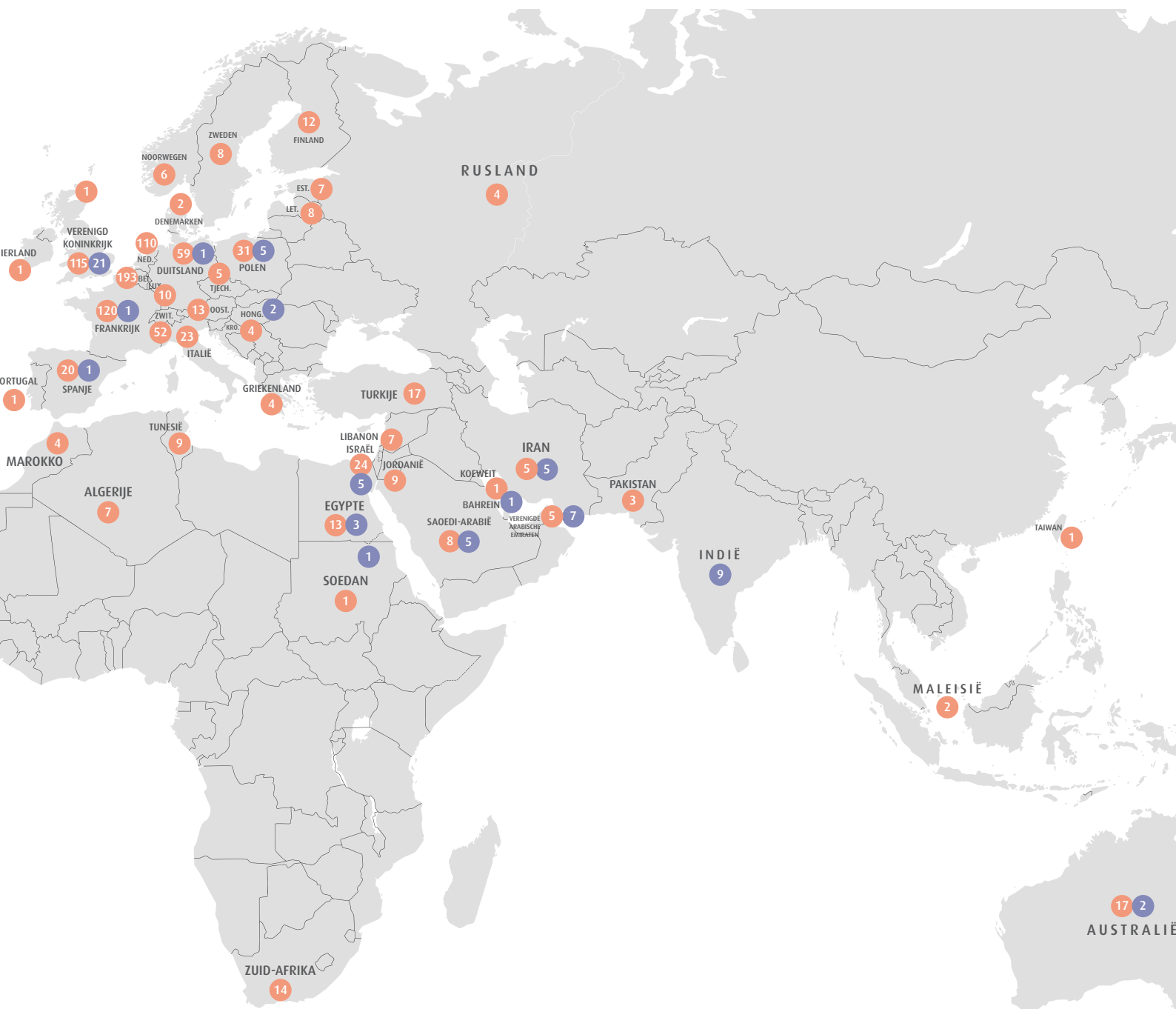
Daarnaast vinden gespecialiseerde chirurgen van over de hele wereld hun weg naar het centrum in Brugge voor een observatiebezoek en bouwden diverse van onze klinische fellows intussen zelf ook een stevige reputatie op in de bariatrische heekunde.



Visiting fellows (2008-2016)

Verenigd Koninkrijk	21
Indië	9
Dubai	7
Polen	5
Iran	5
Israël	5
Saoedi-Arabië	5
Egypte	3
Hongarije	2

Australië	2
Mexico	1
Spanje	1
Bahrein	1
Venezuela	1
Canada	1
Nieuw-Zeeland	1
Frankrijk	1
Duitsland	1



Observatiebezoeken live operaties (2006-2016)

België	193	Tunesië	9	Griekenland	4
Frankrijk	120	Jordanië	9	Pakistan	3
Verenigd Koninkrijk	115	Saoedi-Arabië	8	Chili	3
Nederland	110	Zweden	8	Verenigde Staten	2
Duitsland	59	Letland	8	Maleisië	2
Zwitserland	52	Libanon	7	Colombia	2
Polen	31	Canada	7	Ecuador	2
Israël	24	Algerije	7	Denemarken	2
Italië	23	Estland	7	Taiwan	1
Spanje	20	Noorwegen	6	Ierland	1
Australië	17	Mexico	6	Brazilië	1
Turkije	17	Tsjechië	5	Koeweit	1
Zuid-Afrika	14	Iran	5	Soedan	1
Egypte	13	Verenigde Arabische Emiraten	5	Portugal	1
Oostenrijk	13	Rusland	4	Schotland	1
Finland	12	Kroatië	4		
Luxemburg	10	Marokko	4		

NIEUW-ZEELAND

1

Obesity Surgery Academy

Om de doorgedreven expertise verder uit te dragen en de kennis omtrent de bariatrische heelkunde wereldwijd een extra impuls te geven, startte dr. Dillemans de Obesity Surgery Academy.

Bariatrie is een relatief jonge chirurgische discipline die zich snel ontwikkelt: het totaal aantal ingrepen groeit aanzienlijk en de wetenschappelijk interesse neemt toe. Parallel evolueert ook de terminologie, van bariatrische tot metabole en zelfs diabetische chirurgie.

Jammer genoeg brengt dit groeipijnen met zich mee.

- Omdat de vraag hoog ligt, storten chirurgen zich wereldwijd op deze

aantrekkelijke subspecialiteit. Daarbij blijkt maar al te vaak dat de onontbeerlijke trainingen om de finesses van de bariatrische heelkunde in de vingers te krijgen hetzij te kort of nog onvoldoende uitgebouwd zijn, met alle gevolgen van dien. Koeweit, bijvoorbeeld, voerde in juni 2013 een ministerieel decreet uit dat deze heelkundige discipline uit het koninkrijk bande omdat 'de artsen niet beantwoorden aan de algemene standaard'.

- De voorkeursprocedures in de bariatrische chirurgie volgen elkaar de laatste twee decennia in sneltempo op. Een aantal zeer populaire methodes, zoals de aanpasbare maagband, de biliopancreatische afleiding (BPD) of de verticale gastroplastie (VBG)

zijn daardoor compleet in onbruik geraakt. Dit leidde tot een breed spectrum aan herzieningsoperaties. Er is voelbaar nood aan ingrepen om voorafgaande chirurgie ongedaan te maken, te herzien of om te zetten, maar deze vormen technisch een nog grotere uitdaging en gaan gepaard met hogere morbiditeits- en mortaliteitscijfers. Omdat succesvolle heroperaties uitgebreide laparoscopische en bariatrische vaardigheden vergen, blijft de uitvoering ervan bij voorkeur beperkt tot 'Centers of Excellence'.

- Sommige chirurgen en onderzoekers stortten zich net iets te enthousiast op de ontwikkeling van nieuwe proceduretypes waarvoor een solide wetenschappelijke basis en/of voorafgaande dierproeven ontbreken



of partijdige belangen dienen. Voorbeelden daarvan zijn de gastrische plicatie, de ileale transpositie en de gastrische tweedeling (bipartition).

Op basis van de uitgebreide ervaringsportefeuille van het Centrum van Obesitaschirurgie wil de Obesity Surgery Academy aan deze nood aan opleiding tegemoetkomen.

De initiële opzet is om op maandelijkse basis gedurende twee uur via een interactief webplatform of 'virtual classroom' complexe casussen voor te leggen aan een netwerk van bariatrische chirurgen, zodat deze op hoog professioneel niveau hun kennis en knowhow kunnen delen, op diagnostisch en therapeutisch vlak, maar net zo goed met betrekking tot per- en postoperatieve complicaties.

Deze videoconferenties met hoog interactief gehalte, gestuurd vanuit het bariatrische team van het Centrum voor Obesitaschirurgie, zullen een basis bieden voor de vorming van een online community. Aanvankelijk zal deze academie zich richten tot het bariatrische chirurgieteam binnen het eigen ziekenhuis en twee centra in Dubai en Istanbul, om dit in volgende fases open te trekken naar alle voormalige residenten en fellows en daarna alle collega's bariatrische chirurgen.

Het finale streefdoel is de uitbouw van een wereldwijd, online expertisecentrum. Als aanvulling op het reeds opgestarte webplatform/virtual classroom wordt een professionele website gebouwd. Chirurgen kunnen er onder andere videoclips bekijken van operaties,

therapeutische plannen opvragen, bijkomende commentaren toevoegen en de opvolging sturen. Het platform kan zich ook lenen tot een selectie-instrument voor fellowships, waarvan de vraag het aanbod ruim overschrijdt en de huidige selectie op basis van klassieke CV's nog te veel risico's inhoudt om de bal mis te slaan. Het kan bovendien ingezet worden om de professionele begeleiding van de geselecteerde fellows in goede banen te leiden. Tot slot behoren telementoring van live operaties en de vlotte uitwisseling van opleidingsmateriaal en tutorials, in hechte samenwerking met de medische industrie, tot de denkposten op termijn.

De opstartfase van de Obesity Surgery Academy loopt volop en de officiële lancering is voorzien voor september 2016.



Wetenschappelijke expertise

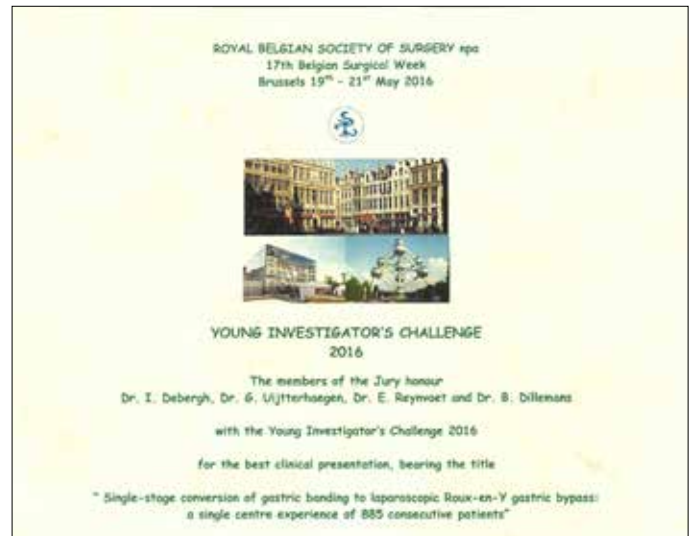
Gelauwerde klinische studies

In 2015 en 2016 werden twee grote klinische studies op de dienst Bariatrische en Metabole Heelkunde afgewerkt. Bij de eerste werd een volledige analyse verricht van 10.000 laparoscopische gastric bypasses uitgevoerd op de dienst, in het bijzonder met betrekking tot de kortetermijnresultaten (30 days hospitality, morbidity and mortality). Deze studie werd (voorlopig) voorgesteld op belangrijke medische congressen (IFSO, SOFFCO, MOSCOW, ...) en opgenomen voor een award in de IFSO.

De tweede studie behandelde meer specifiek de omzet (conversie) van patiënten met een gecompliceerde of onsuccesvolle maagbandingreep naar een gastric bypass. In mei 2016 sleepten dr. Isabelle Debergh, dr. Gilles Uijterhaegen, dr. Emmelie Reynvoet en dr. Bruno Dillemans op de 17de editie van de Belgian Surgical Week, een jaarlijks initiatief van de Royal Belgian Society of Surgery, hiermee de eerste plaats in de wacht in de Young Investigator's Challenge 2016 competitie. Hun gelauwerde presentatie droeg de titel 'Single-stage conversion of gastric banding to laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: a single centre experience of 885 consecutive patients'. Ze omvatte resultaten van een studie die terugkeek op 1174 conversies van maagband naar Roux-en-Y (RNY) gastric bypass, uitgevoerd in het Centrum voor Obesitaschirurgie in de periode van april 2004 tot december 2015. Daaruit bleek dat een secundaire laparoscopische Roux-en-Y gastric bypass met simultane verwijdering van de maagband even veilig en haalbaar is als een secundaire

laparoscopische Roux-en-Y gastric bypass in twee stappen of een primaire laparoscopische Roux-en-Y gastric bypass, maar dat de leercurve van de chirurg en diens vermogen tot correcte besluitvorming hierin weliswaar een belangrijke rol spelen.

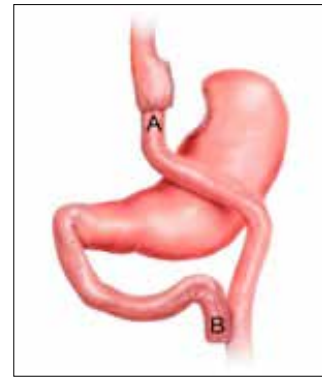
De resultaten van beide studies volgen hieronder in presentatievorm.



Studie 1: 10.000 gastric bypasses

1. Cohortdata

- **Cohort 1: 2.000 patiënten**
01/05/2004 tot 06/12/2007
- **Cohort 2: 2.000 patiënten**
07/12/2007 tot 19/02/2010
- **Cohort 3: 2.000 patiënten**
19/02/2010 tot 02/12/2011
- **Cohort 4: 2.000 patiënten**
02/12/2011 tot 07/08/2013
- **Cohort 5: 2.000 patiënten**
07/08/2013 tot 18/05/2015



2. Data patiënten

	10.000	Cohort 1	Cohort 2	Cohort 3	Cohort 4	Cohort 5	p-waarde (Chi2/t-test)	p-waarde (lineaire regressie)
Gemiddelde leeftijd	40,834	38,828	40,695	41,657	41,166	41,826		<0,001
Vrouwelijk (%)	74	80,1	74,1	72,5	71,9	71,7	<0,001	
Gemiddeld BMI	41,284	41,23	41,819	41,573	40,95	40,848		<0,001
Gemiddelde hospitaliseringsduur (Aantal nachten)	3,34	4,02	4,02	3,71	2,39	2,56		<0,001
Diabetes (%)	11,79	9,5	13,6	12,05	11,7	12,1	0,002	
Hypertensie(%)	30,39	29,55	30,5	30,8	29,35	31,75	0,312	
Dyspnoe (%)	53,49	58,15	47,95	46,85	53,55	60,95	<0,001	
Refluxziekte (%)	36,04	29,3	35,8	35,8	41,25	38,05	<0,001	
Heroperaties (%)	14,8	9,3	16,8	13,9	16,5	17,8	<0,001	

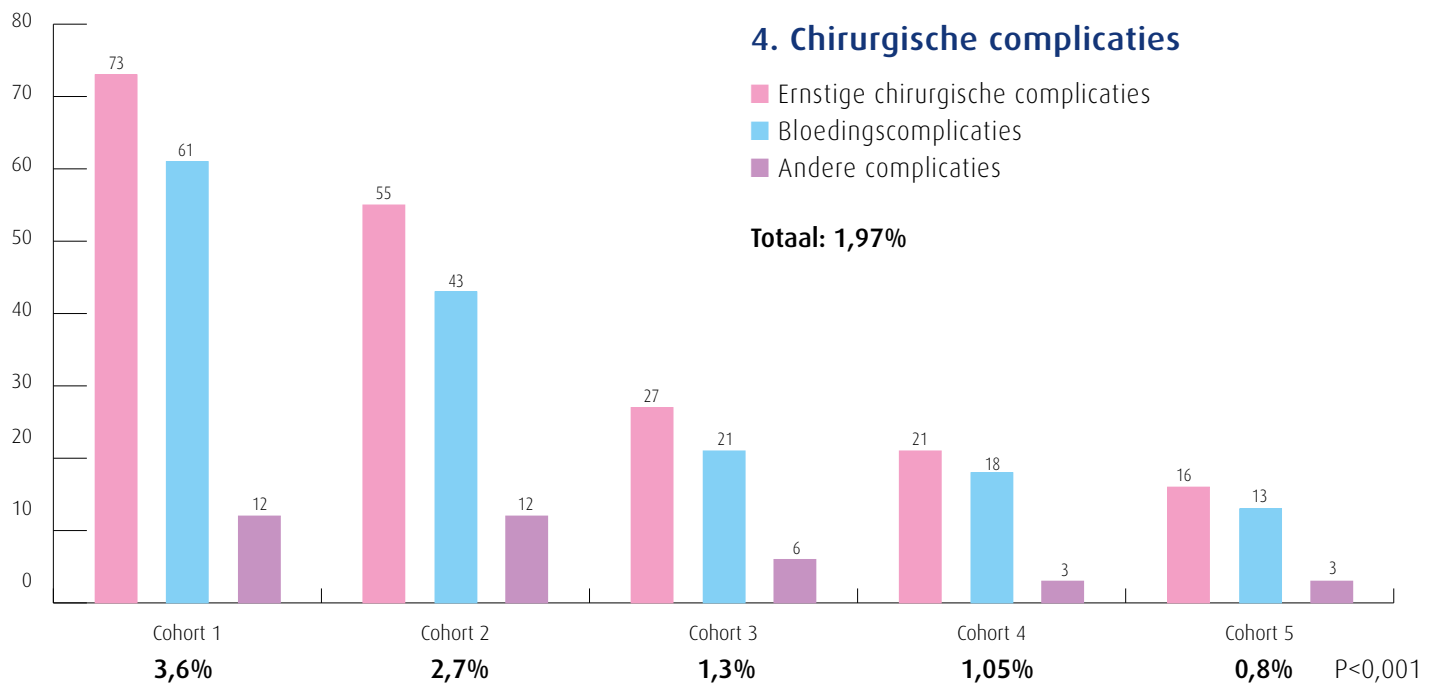
3. Chirurgische complicaties

	10.000	Cohort 1	Cohort 2	Cohort 3	Cohort 4	Cohort 5	Spearman corre- latie-coëfficiënt	p-waarde
Chirurgische complicaties	192	73	55	27	21	16	-1	<0,001
Nood aan heringreep	77	32	22	8	11	4	-0,9	0,037
Overlijden	2	1	1	0	0	0	-0,866	0,058
Bloedingscomplicatie	156	61	43	21	18	13	-1	<0,001
Intraluminale bloeding	101	37	25	15	12	12	-0,975	0,005
Extraluminale bloeding	58	27	18	6	6	1	-0,975	0,005
Revisie voor bloeding	43	21	11	2	8	1	-0,9	0,037
Laparoscopie voor bloeding	41	19	11	2	8	1	-0,9	0,037
Laparotomie voor bloeding	4	4	0	0	0	0	-0,707	0,182
Gastroscopie	28	1	5	7	6	9	-0,9	0,037
Bloedtransfusie	131	52	36	20	16	7	-1	<0,001
Lekkagecomplicatie	7	5	1	1	0	0	-0,949	0,014
Laparoscopie voor lekkage	5	3	1	1	0	0	-0,949	0,014
Laparotomie voor lekkage	2	2	0	0	0	0	-0,707	0,182
Latrogene darmperforatie	2	1	0	0	0	1	0	1
Laparoscopie voor laterale beknelling	12	4	5	2	0	1	-0,8	0,104
Revisie om andere reden	13	1	5	3	3	1	-0,158	0,8

4. Chirurgische complicaties

- Ernstige chirurgische complicaties
- Bloedingscomplicaties
- Andere complicaties

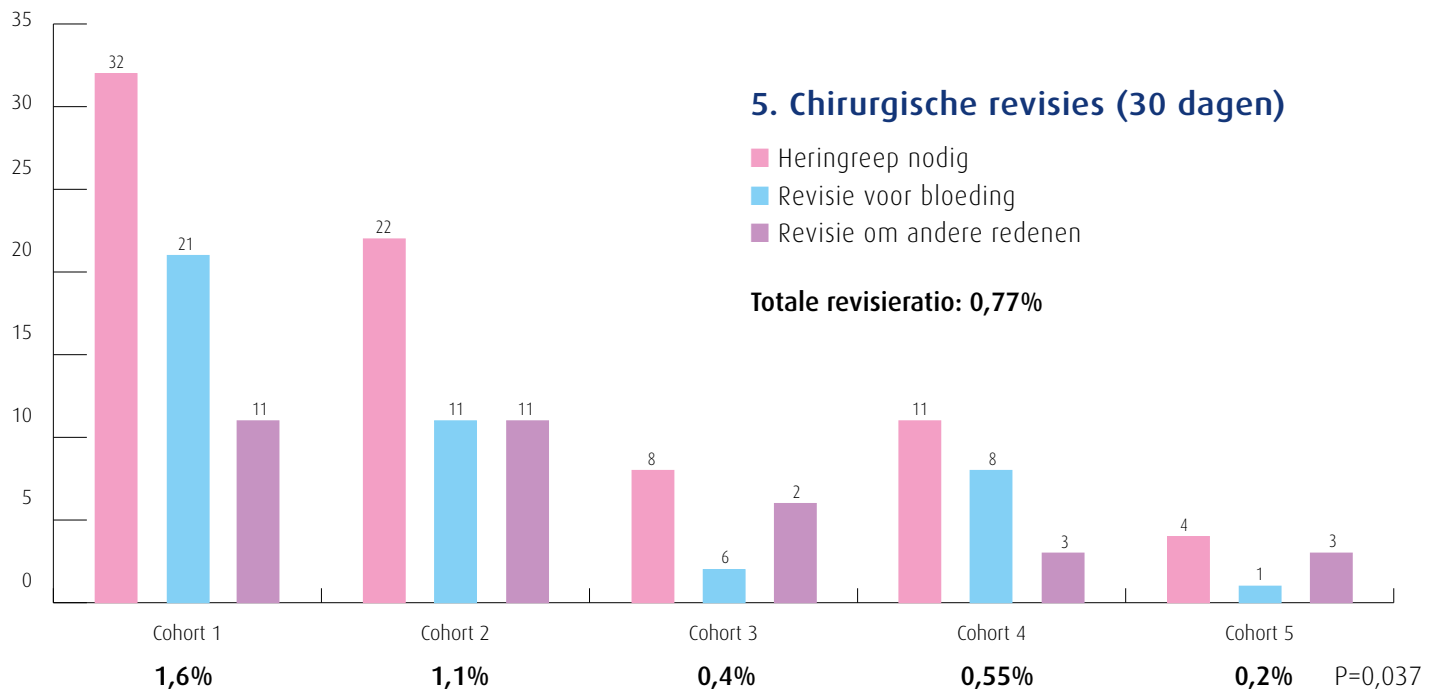
Totaal: 1,97%



5. Chirurgische revisies (30 dagen)

- Heringgreep nodig
- Revisie voor bloeding
- Revisie om andere redenen

Totale revisieratio: 0,77%



6. Vergelijkbare resultaten

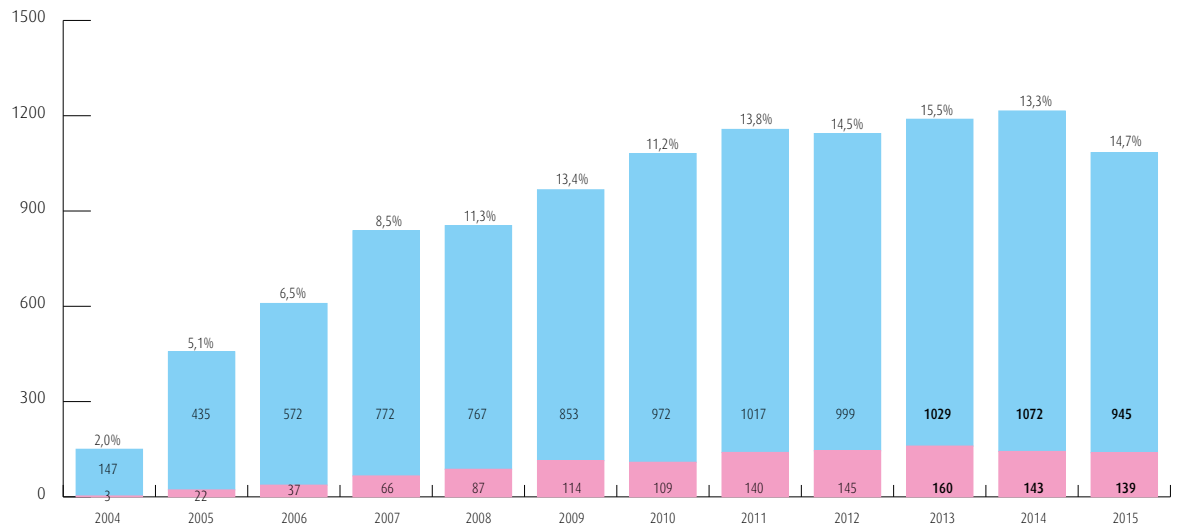
	Soort studie	Uni- of multi-centrisch	Soort procedure	Regio	Periode	Aantal patiënten	Bloeding	Darm-lekkage	Mortaliteit
Podnos et al. 2003	Retrospectieve studie	Multicentrisch	Laparoscopische en open RNY gastric bypass	VS	Jan 1994 Dec 2002	3.464	11/570 (1,93%)	71 (2,05%)	8 (0,23%)
Smith et al. 2011	Retrospectieve studie	Multicentrisch	Primaire bariatrische chirurgie (open en laparoscopisch)	VS	Maa 2005 Apr 2009	6.118	-	-	18 (0,3%)
Stenberg et al. 2014	Retrospectieve studie	Multicentrisch	Primaire laparoscopische RNY gastric bypass	Scandinavië	Mei 2007 Sep 2012	24.773	522 (2,1%)	449 (1,8%)	11 (0,04%)
Ramos et al. 2014	Retrospectieve studie	Unicentrisch	Laparoscopische RNY gastric bypass	Brazilië	Jan 2001 Jul 2014	12.000	370 (3,08%)	-	12 (0,1%)
Lazzatti et al. 2016	Retrospectieve studie	Multicentrisch	Gastric bypass	Frankrijk	Jan 2007 Dec 2012	41.747	-	-	97 (0,23%)
Dillemans et al.	Retrospectieve studie	Unicentrisch	Laparoscopische RNY gastric bypass	België	Mei 2004 Mei 2015	10.000	156 (1,6%)	9 (0,09%)	2 (0,02%)

Studie 2: Conversie van maagband naar gastric bypass

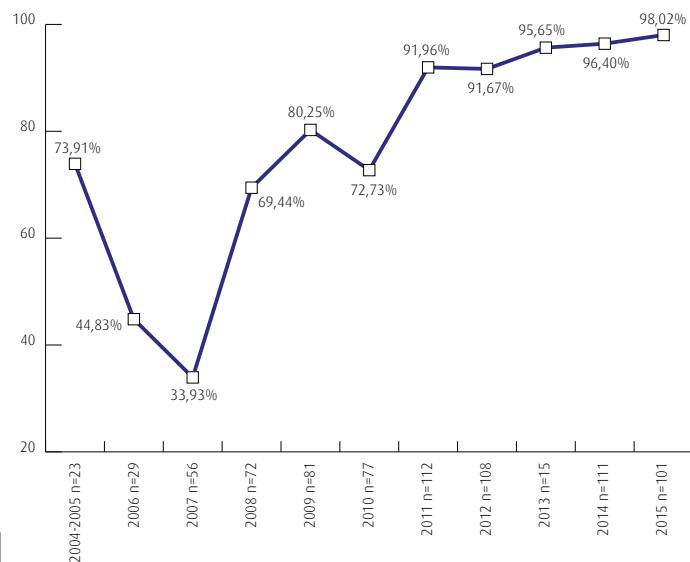
1. Verdeling primaire vs. secundaire LRYGB

■ Secundaire RNY na onbevredigende LAGB

■ Primaire RNY



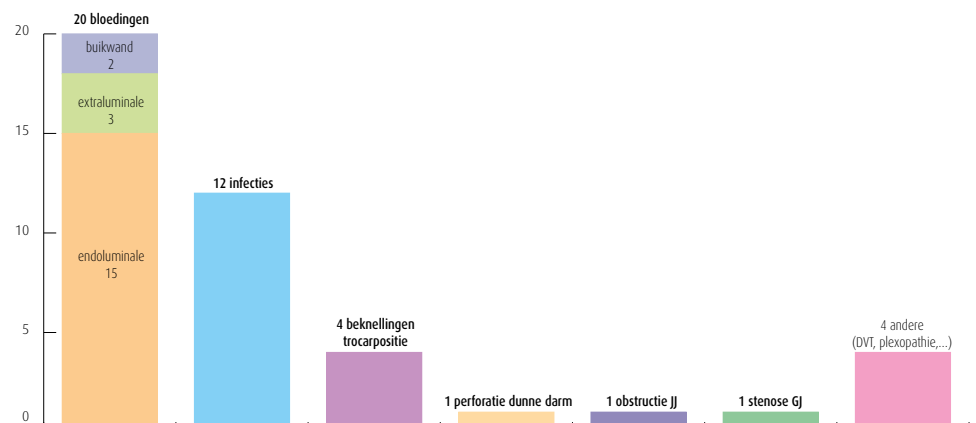
2. Eenstapsconversie LAGB naar LRYGB



2004-2010	65.1% 1-stap
2011-2015	94.7% 1-stap

Evolutie van 1 step (vs. 2 step) conversie in de loop van de jaren

3. 30 dagen postoperatieve complicaties



4. Andere postoperatieve data

Heringreep (N=10) > 1.1%

- 3 gevallen van postoperatieve bloeding
- 4 laterale beknellingen in een trocarpositie
- 1 iatrogene dunnedarmperforatie
- 1 obstructie bij de JJ anastomose die corrigerende hechting vereiste
- 1 verwijdering van een stuk maagband dat zich nog in situ bevond

Hospitaalverblijf

1-stap groep: 3.7 dagen (< 4d: 90.2%)

2-stappen groep: 4.1 dagen (< 4d: 85.2%) → $p = 0.80$

5. Resultaten primaire vs. secundaire LRYGB

Studiegroep 2606 patiënten*		Revisionele RYGB
Complicatieratio	5,8%	5,1%
Heringreepratio	1,8%	1,1%
Bloedingen	3,4%	2,3%
(Anastomotische) lekkage	0,2%	0,1%

* Dillemans B, Sakran N, Van Cauwenberge S, et al. Standardization of the Fully Stapled Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass for Obesity Reduces Early Immediate Postoperative Morbidity and Mortality: A Single Center Study on 2606 Patients. Obes Surg (2009); 19:1355-1364.





Wetenschappelijke activiteiten

Recente publicaties (2014-2015)

Jaar	Titel	Publicatie
2015	Unusual Cause of Small Bowel Obstruction Caused by a Prune Pit	Journal of the Belgian Society of Radiology, 99(1), pp.95-96.
2015	Laparoscopy-assisted transgastric endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in bariatric Roux-en-Y gastric bypass patients	Endoscopy International Open, 3(5), E458-463.
2015	Initial experience with laparoscopic sleeve gastrectomy in Dubai hospital, United Arab Emirates	Saudi Journal of Obesity, 3(1), pp. 8-11.
2014	Clinical Indications, Utilization, and Funding of Bariatric Surgery in Europe	Obesity Surgery, 25(8), pp. 1408-1416 - E-pub dec. 2014.
2014	Internal Hernia after Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass: a correlation between radiological and operative findings	Obesity Surgery, 25(4), pp. 622-607 - E-pub sep. 2014.
2014	Bariatric Surgery Induces Weight Loss but Does Not Improve Glycemic Control in Patients With Type 1 Diabetes	Diabetes Care, 37, e173-e174.
2014	Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass in the elderly: feasibility, short-term safety, and impact on comorbidity and weight in 250 cases	Surgical Endoscopy, 29(4), pp. 910-915 - E-pub aug. 2014.
2014	Evaluation of laparoscopic gastric bypass in 250 patients older than 60 years old	Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques, 28(S150).
2014	Single-Step conversion of gastric banding to Roux-en-Y Gastric Bypass is feasible and safe: a single centre study of 559 patients	Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques, 28(S31).
2014	Management of late gastrogastic fistula after roux-en-y gastric bypass: Experience of a high-volume bariatric centre	Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques, 28(S149).
2014	Laparoscopy for primary and secondary bariatric procedures	Best Practice & Research Clinical Gastroenterology, 28, pp. 159-173.
2014	Revisional Bariatric Surgery: an update	The European Journal of Endoscopic Laparoscopic Surgery, 4, pp. 210-214.

Mondelinge, video- en posterpresentaties & opleidingsactiviteiten (2014-2015)

Activiteit	Thema	Locatie	Datum
IRCAD Advanced Course Laparoscopic and Endoluminal Bariatric and Metabolic Surgery	- Gastric Bypass: key steps - Algorithms after failed gastric bypass - Live Webinar: Gastrojejunal anastomosis in RNY Gastric Bypass	Strasbourg, Frankrijk	3-5 december 2015
12th International B.E.S.T. Congres	Gastric Bypass Failures: remodeling the pouch... banding, resizing	Madrid, Spanje	30 november 2015
NEBSS	Revisional Bariatric Surgery	Darlington, Groot-Brittannië	6 november 2015
4th National & 1st Mediterranean Congress on Surgery for Morbid Obesity and Metabolic Disorders	- Round table discussion: metabolic surgical procedures - Revision After Failed Gastric Banding (videopresentatie)	Antalya, Turkije	1-4 oktober 2015
20th World Congress IFSO	- Banded vs. Non Banded Procedures (moderator) - Laparoscopic interposition of jejunum as surgical salvage in undoing a R&Y Gastric Bypass (videopresentatie) - Bariatric Surgery for men: the specificities and complications (mondelinge presentatie) - Single-Step Conversion of Gastric Banding to Lap Roux-en-Y Gastric Bypass is safe and favorable to the patient (mondelinge presentatie) - Revisional bariatric surgery: a management algorithm for patients after failed gastric bypass (mondelinge presentatie) - Leaving the band in place in conversion from gastric band to Roux-en-Y (posterpresentatie) - Comparison between lengthening of the alimentary versus the biliopancreatic limb for failed R&Y Gastric bypass (posterpresentatie) - Surgical treatment of gastrogastic fistula after gastric bypass (posterpresentatie) - Laparoscopic lengthening of the common limb after scopinaro biliopancreatic diversion (posterpresentatie) - Feasibility, short term safety and impact on comorbidity and weight in 250 cases (posterpresentatie)	Wenen, Oostenrijk	26-29 augustus 2015
SO.FF.CO, Congrès Annuel de la société Française et Francophone de chirurgie et de l'obésité et des maladies métaboliques	- Suivi et résultats à court et long terme après une dérivation gastrique en Roux-en-Y chez 47 adolescents - Fistule gastro-gastrique après une dérivation gastrique: l'expérience d'un centre bariatrique à haut débit - Défaire le bypass gastrique utilisant une interposition jéjunale	Lyon, Frankrijk	28-30 mei 2015
Volume-outcome symposium - 16th Belgian Surgical Week	Is volume important in bariatric surgery? (mondelinge presentatie)	Gent, België	7-9 mei 2015
Bariatric Surgery Master Class, CCI	- Treatment algorithm for a failed RNY Gastric Bypass (mondelinge presentatie) - From Band to RNY Gastric Bypass or Sleeve: one stage? Two stages? (mondelinge presentatie) - Impact of full standardization and stapling on the outcome in RNY Gastric Bypass (mondelinge presentatie) - Sleeve Gastrectomy - How to do it (videopresentatie)	Istanbul, Turkey	24-25 februari 2015
First Pan Arab Middle East Conference for ERAS	Ambulatory Bariatric Surgery (mondelinge presentatie)	Dubai, Verenigde Arabische Emiraten	20-21 februari 2015
"14th Annual Surgery of the Foregut 2nd Annual International Congress of Fluorescent Guided Imaging Surgery"	- Failed LAGB: Step Approach for Conversion – Single or Two Step Approach? Technique and Outcomes (mondelinge presentatie) - Type 3-4 Hiatal Hernia and Severe Obesity: What is the Best Treatment Option? (mondelinge presentatie) - Simultaneous Thoraco-Abdominal Esophagectomy (mondelinge presentatie) - Tips and Tricks in Laparoscopic Surgery: Video Bar (moderator)	Cleveland, Verenigde Staten	14-18 februari 2015
OSSICON 2015	- Which Surgery Works? (paneldiscussie) - Gastric Bypass Training Program – an ideal procedure & limb lengths (mondelinge presentatie) - Failures & Revisions of Gastric Bypass (Pure Evidence) (mondelinge presentatie)	Mumbai, Indië	22-25 januari 2015
2nd Annual GOSS Meeting	Treatment Algorithm for Failed RNY Gastric Bypass	Dubai, Verenigde Arabische Emiraten	10-13 december 2014
Ethicon Bariatric Symposium	- Failed LSG When, why and what to do? (mondelinge presentatie) - Best practice in the OR – Optimizing outcomes in hemostasis, A surgeon's and anesthesiologist's perspective (mondelinge presentatie) - What if therapy fails? Revisional surgery & complication management for sleeve gastrectomy - case report session (mondelinge presentatie)	Londen, Groot-Brittannië	27-28 november 2014

19th IFSO WORLD	• Laparoscopic Combined Pouch Reconstruction and Distalization for Failed Gastric Bypass in a Super-Super obese patient (abstractpresentatie) • Adjustable Gastric Banding as Salvage Procedure after Failed Roux-en-Y Gastric Bypass: Mid-term Results on 70 Patients (abstractpresentatie) • A One-step Conversion from Laparoscopic Gastric Banding to Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass is as Safe as a Two-step Conversion: a Comparative Analysis of 673 patients (abstractpresentatie) • Surgery and outcomes for the failed gastric bypass patient (mondelinge presentatie) • Redo Bariatric Surgery for Weight Loss Failure • Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass in Adolescents: long-term follow-up in 57 cases (posterpresentatie) • Revisional surgery (videossessie) • Laparoscopic Mini Gastric Bypass will kill the laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass in the next 10 years (debat)	Montréal, Canada	26-30 augustus 2014
15th Belgian Surgical Week	• Bariatric surgery in a 60+ population: a bridge too far? • Weight loss after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass in the young population is maintained on the long-term: results of a follow-up study on 51 operated adolescents	Spa, België	14-17 mei 2014
SICOB International Live Surgery Meeting	• Live transmission session III (moderator)	Napels, Italië	14-15 mei 2014
IFSO EC 2014	• Gastric Bypass: circular (presentator uitgestelde live operatie) • Band erosion after adjustable banded Roux-en-Y gastric Bypass • It happened nearby: disasters in bariatric surgery (expert) • Paper session: Gastric Bypass and related techniques (voorzitter) • Revisional surgery for gastro gastric fistula (mondelinge presentatie) • Best practices in OR: optimizing outcomes in hemostasis through specialty synergy (mondelinge presentatie) • Internal hernia after laparoscopic RNY gastric bypass: a correlation between radiological and operative findings (mondelinge presentatie) • How to increase awareness about obesity surgery amongst men? (voorzitter + mondelinge presentatie) • Match of the day: RNY GB or Sleeve: who will become the ultimate survivor? (panelexpert) • Revision surgery for the failed or complicated band: an Australasian perspective (papersessies) • Laparoscopic surgical technique of an adjustable banded Roux-en-Y gastric bypass for super obese patients (videopresentatie) • Fast and simplified closing of the mesenteric defects with an edoscopic stapler (videopresentatie) • Redo Surgery: banding the pouch (mondelinge presentatie) • Gastric Bypass – Part 1 (voorzitter)	Brussel, België	30 april - 3 mei 2014
14th MISTIC Congress	• Single-step conversion of gastric banding to Roux-en-Y gastric bypass is feasible and safe: a single centre study of 559 patients (mondelinge presentatie) • Standardisation of fully laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: Experience of a high volume bariatric Centre (mondelinge presentatie)	Teheran, Iran	28-31 januari 2014
BOMSS 5th Annual Scientific Programme	• Avoiding complications in gastric bypass • Band/Bypass/Sleeve (debat)	Royal Leamington Spa, Groot-Brittanië	23-24 januari 2014



Activiteit	Locatie	Thema	Datum
IRCAD Advanced Course Laparoscopic and Endoluminal Bariatric and Metabolic Surgery	Straatsburg, Frankrijk	Gastric Bypass na verwijdering maagband	3-5 december 2015
12th International B.E.S.T. Congres	Madrid, Spanje	Mislukte APOLLO maagverkleining – maagband op de bypass	30 november 2015
2nd Liège Live Surgical Day	Luik, België	Omzetting van maagband naar bypass	20 november 2015
European School of Laparoscopic Surgery	Brussel, België	Gastric Bypass	18 november 2015
32nd ASMBS Annual Meeting at Obesity week	Los Angeles, Verenigde Staten	Revisie: verwijdering van de maagband bij een banded Gastric Bypass	2 november 2015
4th National & 1st Mediterranean Congress on Surgery for Morbid Obesity and Metabolic Disorders	Antalya, Turkije	Live chirurgie – heroperatie (van maagband naar Gastric Bypass)	1-4 oktober 2015
Telementoring session	Naharia, Israël	Omzetting van verticale Banded Gastroplastia naar Roux en Y Gastric Bypass Omzetting van maagband naar Roux en Y Gastric Bypass	28 mei 2015
17th SECO Congress (Spanish Society for the Surgery of Obesity)	Vitoria, Spanje	Omzetting van Verticale Banded Gastroplastia naar Roux en Y Gastric Bypass	27 mei 2015
5th BOMSS Spring Symposium, Homerton University Hospital	Londen, Groot-Brittannië	Omzetting van sleeve gastrectomy naar Roux en Y Gastric Bypass	19 mei 2015
8th Obesity Symposium	Norderstedt, Duitsland	'Live heroperatie: de chirurgische outcome optimaliseren door synergie tussen diverse chirurgische specialiteiten	26-27 maart 2015
Telementoring session	Israël	Revisiecasussen en heroperatie: omzetting maagband naar Roux en Y Gastric Bypass	16 maart 2015
Telementoring session	Tanzania	Laparoscopische Roux en Y Gastric Bypass	4 december 2014
European school of laparoscopic Surgery, Saint-Pierre University Hospital	Brussel, België	Laparoscopische Roux en Y Gastric Bypass	18 november 2014
SICOB International Live Surgery Meeting	Napels, Italië	Aanpasbare maagband als revisie van een mislukte GBP	14-15 mei 2014



Centrum voor Obesitaschirurgie

AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV
Campus Sint-Jan
Ruddershove 10
8000 Brugge

t: 050 45 25 60

f: 050 45 25 61

e: viviane.verhulst@azsintjan.be (coördinatrice)

e: obesitaschirurgie@azsintjan.be (diëtisten)

s: www.azsintjan.be/obesitaschirurgie



Raadpleeg www.azlink.be voor meer informatie over de medische praktijk van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV.

U vindt er, naast alle artikels uit het azlink magazine, ook een overzicht van de wetenschappelijke publicaties en presentaties van de ziekenhuisartsen.