THEMA: ZWAARLIJVIGHEID EN HART- EN VAATZIEKTEN

MAART
2023

P 206097
DÉPÔT GENT X

cv risicofactor

WELKE ZIJN DE VOORNAAMSTE FACTOREN DIE LEIDEN TOT DE OBESITASEPIDEMIE?

cv risicofactor

PREVENTIE VAN ZWAARLIJVIGHEID BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN: HET PROGRAMMA VIASANO

Ontvang dit magazine bij u thuis Info op pagina 23

hart & slagaders

TIJDSCHRIFT VAN DE BELGISCHE CARDIOLOGISCHE LIGA

oproep tot **giften**

DE BELGISCHE CARDIOLOGISCHE LIGA, DE VERENIGING DIE SINDS 50 JAAR VECHT VOOR UW HART.

Laat uw hart spreken, doe een gift aan de Liga.
U kunt ons helpen levens te redden.

De Belgische Cardiologische Liga krijgt geen toelage van de overheid.
Wij doen een beroep op uw vrijgevigheid om ons te helpen onze dubbele opdracht te blijven vervullen: hart- en vaatziekten, een van de belangrijkste doodsoorzaken in België, voorkomen en bestrijden.

Van harte **BEDANKT!**

BELGISCHE CARDIOLOGISCHE LIGA
BE80 0010 6651 3077
BIC: GEBABEBB

De giften zijn fiscaal aftrekbaar vanaf 40 €.
In dit geval, ontvangt u van ons een fiscaal attest.

VEF-AERF

ZWAARLIJVIGHEID EN HART- EN VAATAANDOENINGEN: ANNO 2023

PROFESSOR BERNARD COSYNS – UZ BRUSSEL

Men noemt mensen met een body mass index (BMI = gewicht gedeeld door het kwadraat van de lichaamslengte, in kg/m^2) van 30 of meer zwaarlijvig. Bijna 60% van de Europese bevolking is zwaarlijvig of kampt met overgewicht. In België wordt 23% van de Belgische bevolking als 'zwaarlijvig' beschouwd. Uit de jongste studie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO), die in mei 2022 werd gepubliceerd blijkt dat mannen talrijker worden getroffen (24%) dan vrouwen (22%).

Tussen 1975 en 2016 is het aantal zwaarlijvige volwassenen toegenomen met 138%, en tussen 2006 en 2016 deed zich daarbij een nog grotere versnelling van 21% voor.

Cardiovasculaire verwikkelingen vormen de voornaamste doodsoorzaak van zwaarlijvigen. Zwaarlijvigheid is een losstaande risicofactor van kransslagaderlijden. Bovendien werkt zwaarlijvigheid hart- en vaataandoeningen in de hand door de combinatie met andere risicofactoren: hoge bloeddruk, insulineresistentie, dyslipidemie, diabetes. Zwaarlijvigheid speelt eveneens een rol in het ontstaan van hartfalen. Na bijstelling voor de andere risicofactoren verhoogt elke toename van de BMI met één punt het risico dat men hartfalen ontwikkelt met 5% bij mannen en met 7% bij vrouwen. Dat heeft met meerdere mechanismen te maken, meer bepaald: toename van de werklast, activering van het autonoom zenuwstelsel, genoomveranderingen aan de hartspier, aanmaak van hormonen die al dan niet rechtstreeks op de hartspier kunnen inwerken en het optreden van kransslagaderlijden.

In 2000 liepen de medische kosten voor de voornaamste pathologieën die met zwaarlijvigheid te maken hebben – diabetes, hoge bloeddruk, dyslipidemieën, kransslagaderaandoeningen – in België op tot 600 miljoen, wat neerkomt op bijna 6 % van het RIZIV-budget. Ondanks talrijke sensibiliseringscampagnes

SAMENVATTING

3 • redactie
ZWAARLIJVIGHEID EN HART- EN VAATAANDOENINGEN

4 • cv risicofactor
WELKE ZIJN DE VOORNAAMSTE FACTOREN DIE LEIDEN TOT DE OBESITASEPIDEMIE?

7 • cv risicofactor
PREVENTIE VAN ZWAARLIJVIGHEID BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN: HET PROGRAMMA VIASANO

11 • cv risicofactor
CHIRURGISCHE BEHANDELING VAN OBESITAS

14 • cv risicofactor
TIJD VOOR EEN NIEUWE BENADERING VAN OBESITAS-GERELATEERDE PROBLEMEN

16 • cv risicofactor
KAN MEDICATIE HELPEN BIJ OBESITAS BEHANDELING ?

19 • vraag/antwoord

21 • echo's van de Liga

22 • zij steunen ons

24 • aan tafel!

blijft zwaarlijvigheid toenemen en dat geldt ook voor de kosten die eraan toe te schrijven zijn (8% in Europa in 2014). Hoe dat komt, zullen we trachten uit te leggen in dit nummer van Hart & Slagaders.

Kinderen en jongeren worden hierbij niet gespaard, een feit dat we onder de aandacht moeten brengen: in België heeft bijna 26% van de bevolking tussen 5 en 9 jaar overgewicht, terwijl 9% zwaarlijvig is zonder meer; in de categorie 10-19 jaar kampt 23% met overgewicht en is 7% zwaarlijvig. Opmerkelijk daarbij is dat jonge Vlamingen een klein beetje minder getroffen worden dan jonge Walen. De recente gegevens van de WGO suggereren dat het percentage zwaarlijvigen onder kinderen en adolescenten toeneemt als gevolg van de pandemie door Covid-19.

De klassieke maatregelen om gezonder te leven blijven het eerste wat men moet doen om gewicht te verliezen en de impact van zwaarlijvigheid en de cardiovasculaire gevolgen ervan te verminderen. Daarnaast zullen we het hebben over alternatieve tweedelijnsmaatregelen, zoals maagchirurgie en nieuwe therapieën zoals GLP1-antagonisten (GLP1 = glucagon-like peptide-1) die oraal of onderhuids kunnen worden toegediend.

Ook de overheid is betrokken, aangezien de WGO voorstelt ongezonde voeding hoger te belasten, de verkochte porties te verkleinen, marketing te beperken en de in België reeds gangbare nutri-score te hanteren.

Zwaarlijvigheid is niet onvermijdelijk. Zwaarlijvigheid bestrijden ligt ons na aan het hart... om ùw hart beter te beschermen. Ik wens u leerzame lectuur toe.

cv risicofactor

WELKE ZIJN DE VOORNAAMSTE FACTOREN DIE LEIDEN TOT DE OBESITASEPIDEMIE?

PROFESSOR EMERITUS JEAN-LUC VANDENBOSSCHE ULB

Er zijn weliswaar aanwijzingen voor dat zwaarlijvigheid zich al in de prehistorie kon voordoen (denk aan de Venus van Willendorf), in de Oudheid en in alle werelddelen (Japan, Azië ...), maar het toenemend voorkomen ervan dat we de jongste vijftig jaar meemaken, roept uiteraard vragen op: vanwaar die enorme toename?

Genetische voorbeschikking voor gewichtstoename:

1. de rol van de natuurlijke selectie

Allemaal zijn we, weliswaar in verschillende mate, genetisch voorbeschikt om energiereserves op te slaan in de vorm van vetweefsel. Net als in de rest van het dierenrijk heeft de natuurlijke selectie de overleving en voortplanting mogelijk gemaakt van de individuen die genetisch het best aangepast waren wanneer, in een ver verleden, periodes van voedselgebrek aanbraken. De geschiedenis van de mensheid is immers een lange opeenvolging van hongersnoden en epidemieën, tot in de 20ste eeuw. Precies dat historisch voordeel is in heel korte tijd, de jongste tientallen jaren, een ernstige handicap geworden sinds de overvloed aan voedsel en het enorme tekort aan lichaamsbeweging een onderdeel zijn geworden van onze manier van leven.

2. de individuele genetische variabiliteit: tegenover voeding zijn we niet allemaal "gelijk".[1]

Onze genetische bagage is niet helemaal identiek, niet van individu tot individu maar evenmin van de ene geografische regio tot de andere: variaties tussen individuen zijn wat de geneigdheid tot zwaarlijvigheid betreft relatief klein binnen dezelfde regio met een homogene populatie. Bovendien kan men die genetische verschillen bekampen door gezonde voeding en door lichaamsbeweging. (De epigenetica leert ons dat de expressie van onze genen kan variëren naar gelang van onze manier van leven en van de omgeving.)

Maar in bepaalde contreien, waar voedseltekorten bijzonder vaak voorkwamen, is het vermogen om energie op te slaan in de vorm van vet bijzonder groot. Na migratiestromen heeft men bij leden van dezelfde grote families spectaculaire transformaties opgetekend, waarbij zwaarlijvigheid en diabetes keihard toesloegen bij migranten die naar de V.S., het Verenigd Koninkrijk of andere westerse landen waren getrokken, veel harder dan bij de leden van dezelfde families die in hun land van oorsprong verstedelijkten

en veel harder dan binnen de Kaukasische populaties die al langer in de immigratielanden ingeburgerd waren.[2]

De grote maatschappelijke veranderingen: perverse gevolgen op onze voeding en lichamelijke activiteit[3]

De technologische vooruitgang en de industriële revoluties in de loop van de 19de en vooral de 20ste en 21ste eeuw hebben beslist aanzienlijke verbetering gebracht in het algemeen welzijn. Maar tegelijk zijn er – aanvankelijk amper waarneembare – perverse effecten binnengeslopen in onze samenlevingen met een "westerse" manier van leven, maar intussen ook in opkomende landen die deze levenswijze recenter hebben overgenomen.

Terwijl de genetische achtergrond niet veranderde, hebben de wijzigingen van de sociaal-economische structuren na de tweede wereldoorlog geleid tot een toename van het voedselaanbod, tot kwalitatieve veranderingen ervan en tot gedragswijzigingen die het lichamelijk energieverbruik drastisch verminderden als gevolg van zittend leven en andere arbeidsvormen. We worden geconfronteerd met bewerkte voeding, op ruime schaal verspreid, altijd en overal beschikbaar, intussen ook al thuis bezorgd na een simpele muisklik. De wijzigingen in de manieren waarop landbouw en voedingsindustrie produceren, werken voeding in de hand die rijk is aan koolhydraten met een hoge glykemische index (snelle suikers) en die ondersteund wordt door permanente, geniepige, bedrieglijke marketing (bijvoorbeeld "glamoureuze" beelden en publiciteitsclips van slanke en sportieve modellen, van kampioenen die ongezonde levensmiddelen tot zich nemen), wat bijzonder gevaarlijk is voor kinderen en adolescenten.

De impact van het sociaal-economisch niveau en de opleiding[4]

Welke zijn nu, binnen deze zwaarlijvigheid bevorderende context, de elementen die maken dat zwaarlijvigheid daadwerkelijk toeslaat?

Naast de verschillen in de verspreiding van zwaarlijvigheid die met etnische afkomst te maken hebben, zoals hierboven toegelicht, blijkt uit demografische analyses dat de verspreiding van zwaarlijvigheid ook maatschappelijk sterk gedifferentieerd is, met andere woorden dat zwaarlijvigheid vaker voorkomt in economisch en cultureel minder begunstigde maatschappelijke lagen en piekt bij mensen in dreigende bestaansonzekerheid.

Er is een tweeledig oorzakelijk verband aangetoond tussen sociaal-economisch niveau en zwaarlijvigheid:

Enerzijds een oorzakelijk verband dat te maken heeft met de impact van het inkomen en het opleidingsniveau op het voedingsgedrag, op de manier van leven en op lichaamsbeweging: meer financiële middelen, meer vrije tijd, meer opleiding maken het mogelijk vrijer en met kennis van zaken levensmiddelen te kiezen en om te gaan met werkuren en vrije tijd. Terwijl minder begoede en lager opgeleide mensen dubbel gestraft worden doordat ze bij gebrek aan tijd of geld niet in staat zijn gezonde voeding te verbruiken, gunstige vrijetijdsbesteding te beoefenen en weerstand te bieden aan marketing.

Anderzijds bestaat er een oorzakelijk verband tussen de stigmatisering en de discriminatie van verregaande corpulentie en de maatschappelijke positie: slank zijn is een belangrijk aspect van de huidige, als deugdelijk beschouwde stereotypes in onze samenleving; het wordt gezien als dynamisch en jong, als bewijs dat men zichzelf in de hand heeft. Verregaande corpulentie daarentegen is beladen met vooroordelen als luiheid, verspilling, gebrek aan wilskracht... en zal dus een negatieve impact hebben in de schoolloopbaan, bij het zoeken naar werk en naar een partner, vooral voor vrouwen, en daardoor een rol spelen bij maatschappelijke afzondering en ontmoediging, wat op zijn beurt weer leidt tot nog meer nadelige voedingsgewoonten en tot het vermijden van plaatsen waar aan sport gedaan wordt, uit angst voor vergelijking met de maatschappelijke normen.

Mensen met overgewicht ondergaan dus psychologische druk waardoor zij achteruitgaan op de maatschappelijke ladder. Op die manier ontstaat een soort vicieuze cirkel.

De rol van de manier waarop steden, randstedelijke en landelijke gebieden georganiseerd zijn

De verstedelijking van onze samenlevingen, de bestemmingsverandering van het platteland hebben de manier van leven sterk gewijzigd. Studies hebben gevolgen aangetoond op de verspreiding van zwaarlijvigheid naar gelang van waar men woont: mensen die in uitgestrekte gebieden rond steden wonen, verplaatsen zich voor hun werk, hun boodschappen, hun vrije tijd vaker met de auto dan mensen die in een stad wonen of in een gemeente waar die diensten zich op loop- of fietsafstand bevinden. Stedelijke voorzieningen die dergelijke verplaatsingen bevorderen, door fietspaden, voetgangerszones en binnenstedelijke groene ruimte, vertragen de opmars van zwaarlijvigheid.

Het platteland[5] wordt door die opmars niet gespaard: terwijl men veelal geneigd is te denken dat verstedelijking een belangrijke oorzaak van zwaarlijvigheid is, blijkt die juist sneller om zich heen te grijpen op het platteland, zowel in de industrielanden als in de opkomende landen; die paradoxale vaststelling houdt onder meer verband met het lager sociaal-economisch niveau en de lagere opleiding van plattelandsbevolking.

De rol van het intestinaal microbioot: een nieuw element in het inzicht in zwaarlijvigheid

Uit een aantal recente gegevens blijkt hoe belangrijk het intestinaal microbioot is (wat men vroeger "darmflora" placht te noemen). Dat lijkt een significante rol te spelen bij het ontstaan van zwaarlijvigheid en diabetes, in die mate zelfs dat veranderingen in die bacteriegemeenschap aanzienlijke therapeutische effecten zou kunnen hebben. Het wordt almaar duidelijker dat het spijsverteringskanaal door zijn endocriene, neurologische en immunologische functies een belangrijk rol speelt voor onze gezondheid. De darmflora is een belangrijke speler in deze onderlinge relaties tussen spijsvertering en gezondheid. Zo verandert het gevoel van verzadiging, dat in de hypothalamus ontstaat, onder invloed van darmhormonen, die op hun beurt worden beïnvloed door het microbioot.

Een gigantisch onderzoeksterrein en grond voor therapeutische hoop liggen open op dat vlak, maar bewijzen voor grootschalige doeltreffendheid van bepaalde behandelingen die reeds worden aangeboden (Akkermansia muciniphila)[6] zijn nog niet met complete stelligheid geleverd.

Schermtijd en zwaarlijvigheid

Een ander element dat een impact heeft op de ontwikkeling van zwaarlijvigheid, en dan vooral bij kinderen, is de tijd die men met schermen doorbrengt en in het bijzonder voor de televisie. Schermen zijn intussen universeel verspreid, televisiekanalen zenden ononderbroken programma's uit en dankzij het internet kan men permanent films, ontelbare series, sportreportages volgen. Meestal brengt dat met zich mee dat men zelf niet beweegt, in een zetel zit of ligt om toch maar geen enkel belangrijk moment te missen.

Vanzelfsprekend vermindert dat in dezelfde mate de tijd die beschikbaar is voor lichaamsbeweging. Komt daarbij dat het gangbaar is geworden tijdens het kijken kant-en-klare en thuisbezorgde voeding te nuttigen. Bovendien is reclame alomtegenwoordig, onder meer voor ongezonde, vette en suikerrijke voeding, in het bijzonder in programma's die op jongeren mikken. Ten slotte verstoort schermgebruik niet zelden de slaap en knabbelt het aan de slaapduur, wat eveneens een ongunstige impact heeft op onze stofwisseling.

Besluiten

Dat zwaarlijvigheid epidemische vormen heeft aangenomen, heeft vele en complexe oorzaken en is te verklaren door razendsnelle maatschappelijke veranderingen tegen een genetische achtergrond die aangepast is aan tekorten en die sterker of minder sterk tot uiting komt naar gelang van de etnische afkomst en de maatschappelijke positie. Toenemende sociale ongelijkheid heeft een kloof geslagen tussen een bevoorrechte minderheid die hoog opgeleid en materieel welstellend is, en een groot gedeelte van de bevolking, waaronder in het bijzonder de ingeweken populaties, dat kampt met economische moeilijkheden die nog worden verscherpt door opeenvolgende crisissen, en dat het doelwit van de massaconsumptie is. Die maatschappelijke ongelijkheden worden weerspiegeld in de verspreiding van zwaarlijvigheid en de medische gevolgen ervan binnen de bevolking.

Het gaat weliswaar om een enorme taak, maar trachten daaraan iets te doen en bijdragen aan de gezondheidsopvoeding door de argumenten en de misleidende boodschappen van de voedingsindustrie en van het op verbruik gerichte economisch systeem te ontmaskeren, dát zijn de kwesties die de politieke en medische wereld zouden moeten aanpakken.

Zich bewust worden van de maatschappelijke factoren moet doen inzien dat stigmatisering en discriminatie van mensen met overgewicht moet worden bestreden, dat meer empathie onontbeerlijk is. Een krachtiger houding tegenover producenten en verdelers van schadelijke voedingswaren en in het bijzonder tegenover de promotie ervan moet, als de politieke wereld onvoldoende onderneemt, uit burgerbewegingen komen – door boycots en door deze onaanvaardbare praktijken in de media te onthullen.

Referenties :

1. Loos RJF, Yeo GSH. The genetics of obesity: from discovery to biology. Nat Rev Genet. 2022;23(2):120-133.
2. Hruby A, Hu FB. The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. Pharmacoeconomics. 2015;33(7):673-689.
3. Lakerveld J, Mackenbach J. The Upstream Determinants of Adult Obesity. Obes Facts. 2017;10(3):216-222.
4. Jean-Pierre Poulain. Sociologie de l' Obésité. Sciences sociales et société. 2009. Presses universitaires de France.
5. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults. Nature. 2019 ;569 : 260–264
6. Depommier C, Everard A, Druart C, et al. Supplementation with Akkermansia muciniphila in overweight and obese human volunteers: a proof-of-concept exploratory study. Nat Med. 2019;25(7):1096-1103.

cv risicofactor

PREVENTIE VAN ZWAARLIJVIGHEID BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN: HET PROGRAMMA VIASANO

MIREILLE ROILLET, COÖRDINATOR VAN HET PROGRAMMA VIASANO
& PROFESSOR CHRISTIAN BROHET, VOORZITTER VAN DE VZW VIASANO.

Prevalentie

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft in 2016 vastgesteld dat over de hele wereld 1,9 miljard volwassenen overgewicht vertoonden[1], dat 650 miljoen volwassenen zwaarlijvig waren en meer dan 340 miljoen kinderen en adolescenten tussen 5 en 19 jaar zwaarlijvig waren of met overgewicht kampten. Dat zijn duizelingwekkende cijfers, en ze nemen nog toe – in tegenstelling tot andere volksgezondheidsproblemen zoals roken, waarvan de prevalentie afneemt. In België heeft één op vijf kinderen overgewicht en is 6% zwaarlijvig[2]. Bij de volwassenen vertoont bijna de helft overgewicht en is 20 % zwaarlijvig, en die cijfers nemen blijkens de volksgezondheidsenquêtes regelmatig toe, met een sociale gradiënt.

Die stand van zaken is alarmerend omdat zwaarlijvigheid en overgewicht een grond zijn voor tal van chronische aandoeningen, zoals type 2 diabetes, cardiovasculaire verwikkelingen, bepaalde kankers en psychologische pathologieën bij zwaarlijvige of te zware volwassenen maar ook bij kinderen, die gevaar lopen zwaarlijvig of te zwaar te blijven wanneer ze volwassen zijn.

Factoren die zwaarlijvigheid en overgewicht veroorzaken

Zwaarlijvigheid is een multifactoriële ziekte, gevolg van een groot aantal factoren zoals onze leefgewoonten, ons sociaal-cultureel milieu, onze genetische voorbeschikking, de kwaliteit van onze omgeving, enz. Onder de factoren die overgewicht en zwaarlijvigheid in de hand werken, spelen gewoonten op het vlak van voeding en lichaamsbeweging een doorslaggevende rol. We bewegen echter te weinig en onze voeding bevat te veel vetten en suikerrijke producten en te weinig fruit, groenten, peulvruchten en volle granen. Om zwaarlijvigheid te bestrijden moet men op een overlegde en collectieve manier werken aan al die factoren tegelijk.

Het belang van gemeenschapsgestuurde interventieprogramma's

Uit tal van studies blijkt hoe belangrijk interventies zijn die vanuit de gemeenschap iets doen aan levenswijze en omgeving.

De Franse studie Fleurbaix Laventie Ville Santé[3] heeft aangetoond hoe doeltreffend een aanpak is waarbij men voedingseducatie op school combineert met het mobiliseren van maatschappelijke actoren (stadsdiensten, verenigingen, artsen, bedrijven, handelaars, plaatselijke media, distributeurs...) om tot een groepsdynamiek te komen die gezondere keuzes vergemakkelijkt. Die fase heeft geleid tot een significante daling van de prevalentie van zwaarlijvigheid bij kinderen in beide steden, in vergelijking met de steden waar dit niet gebeurde.

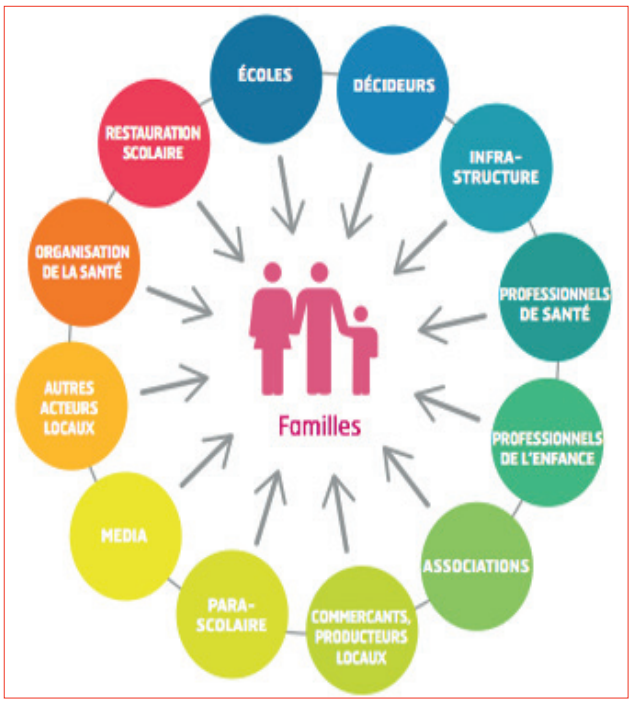
Het ontstaan van het programma Viasano

De wetenschappelijke studie Fleurbaix Laventie Ville Santé ligt aan de basis van de ontwikkeling van allerlei programma's in Europa maar ook in andere werelddelen. Zo is er het programma EPODE in Frankrijk, thans Vif: Vivons-en-forme (250 steden) (4), Viasano in België (11 Franstalige steden), Jogg in Nederland (235 steden) , Num-Si in Portugal (16 steden), SETS in Roemenië (19 steden). Sommige programma's slaan de handen in elkaar, zoals de Youth Health Community[5], om hun ervaring te delen of wetenschappelijk samen te werken.

Viasano in België[6]

Doelstelling, opdracht en methodologie

Sinds het programma in 2007 startte in de twee proefsteden Hasselt en Moeskroen, is het sterk geëvolueerd zonder afbreuk te doen aan zijn doelstelling, zijn opdracht en zijn methodologie.



De doelstelling is in de stad een groepsdynamiek in het leven roepen door alle plaatselijke actoren te betrekken (leerkrachten, gezondheidsberoepen, verenigingen, handelaars, bedrijven, enz.) om de bevolking concrete, nabije en blijvende acties aan te bieden die bedoeld zijn om gedrag op het vlak van voeding en lichaamsbeweging geleidelijk en grondig te wijzigen.

De opdracht van Viasano is de verkozenen ertoe aanzetten van hun gemeente een 'Viasano-stad' te maken door hen bewust te maken van de sleutelrol die ze spelen bij het scheppen van een gezondere omgeving voor de bevolking. Daarnaast staan de verkozenen en hun administratie bijzonder dicht bij kwetsbaardere groepen die vaak een beroep doen op de diensten van de stad en bij wie zwaarlijvigheid en overgewicht het meest voorkomen.

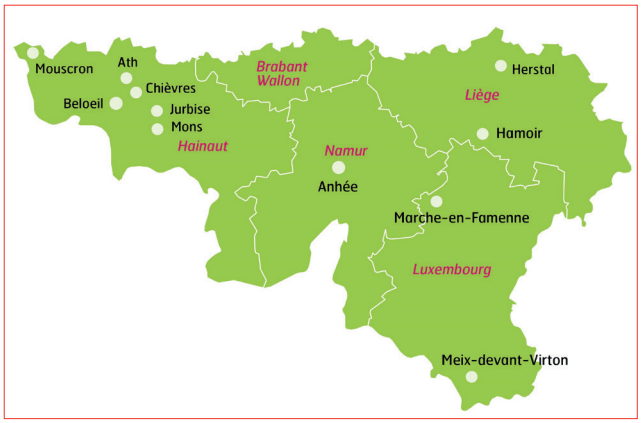
Methodologie Viasano steunt dus in de eerste plaats op de inzet van de verkozenen voor het programma, die concreet de vorm aanneemt van een hernieuwbaar verbintenishandvest voor twee jaar, ondertekend door het college (burgemeester en schepenen). Het handvest bepaalt dat de verkozenen onder het gemeentepersoneel een projectleider aanstellen, die de opdracht krijgt het programma plaatselijk te coördineren en tijdens de looptijd van het programma (twee jaar) zoveel mogelijk acties te organiseren die voldoen aan de doelstelling van het programma Viasano.

Van haar kant verbindt de vzw Viasano zich ertoe:

- de stad/gemeente in staat te stellen de door de VIASANO proefsteden/gemeenten en het comité van deskundigen gevalideerde projectervaring te benutten
- de aanvankelijke en permanente opleiding van de projectleiders met betrekking tot de methodologie te verzekeren en hen te begeleiden bij de concretisering van het programma en de acties
- jaarlijks instrumenten te ontwikkelen om de gezondheid te bevorderen of een campagne over een specifieke groep van levensmiddelen of een thema dat verband houdt met lichaamsbeweging, en informatie- en communicatiedragers voor elke campagne (actiefiches, infobrochures voor het grote publiek, posters, enz.) ter beschikking te stellen.

Sinds 2022 verbindt het programma Viasano zich ertoe de expertise van een diëtist of diëtiste te vergoeden dankzij een toelage van het Waalse agentschap voor levenskwaliteit AVIQ.

Het Viasano-netwerk in 2023



In 2020 werd besloten zich opnieuw op de Franstalige steden te focussen. Gezondheidsbevordering is immers een gemeenschapsbevoegdheid en elke gemeenschap heeft haar eigen structuren, aanbevelingen (er zijn bijvoorbeeld twee voedselpiramides) en actoren. Om het programma in alle Belgische gemeenschappen te verspreiden, had het in drie talen en culturen ontwikkeld moeten worden en dat maken de middelen van de vzw niet mogelijk.

Heel wat middelen ter beschikking van de steden

18 campagnes zijn inmiddels ontwikkeld over thema's als evenwichtige voeding, lichaamsbeweging en slaap. Een honderdtal instrumenten die hun waarde bewezen hebben (posters, brochures, recepten, pedagogische tools, spellen, video's, enz.) staan ter beschikking van de steden voor hun werking op het terrein. Een intranet biedt de projectleiders de mogelijkheid om de campagnemiddelen te downloaden. Ten slotte wordt voor elke campagne aan de projectleiders ook een opleiding door deskundigen aangeboden.

Campagnevoorbeeld: Gezond eten, 't is voor het leven!

Deze campagne mikt op ouders van kinderen tussen 18 maand en 3 jaar. De bedoeling is hen bewust te maken van de specifieke noden van kinderen op die leeftijd (voldoende vetstoffen, afgemeten aanvoer van eiwitten, geen toegevoegd zout vóór een kind 2,5 jaar is) en van het belang van goede eetgewoonten in het gezin wanneer het kind gaat "mee-eten als de groten" en het gedrag van de andere gezinsleden gaat imiteren. Goede eetgewoonten van de allerkleinsten hangen af van de goede eetgewoonten van het hele gezin.

Viasano heeft allerlei tools gemaakt om steden te helpen bij het uitrollen van deze campagne:

- Een poster en een brochure: Gezond eten, 'is voor het leven!
- Een test Iedereen aan tafel over de eetgewoonten in het gezin en de kennis over voeding bij peuters,
- Een infografiek over de aanbevolen hoeveelheden voeding per dag op 18 maanden
- Een onderlegger ter bewustmaking van het suikergehalte in dranken, vergeleken met snoepgoed
- Kaarten om al spelend meer te leren over fruit en groenten
- Twee tools voor een evenwichtige broodmaaltijd op iedere leeftijd vanaf 2,5 jaar.

Een aanpak met de zegen van voedings- en bewegingsdeskundigen

De vzw Viasano steunt op een comité van deskundigen dat bestaat uit artsen (cardioloog, kinderarts, arts-voedingsdeskundige), een diëtist-voedingsdeskundige en Waalse en Brusselse leerkrachten. Dat comité bekrachtigt de strategie van de vzw en ziet toe op het maken van tools die stroken met de officiële aanbevelingen. Op het vlak van voeding circuleren immers heel wat berichten die elkaar tegenspreken en die de verwarring bij de bevolking overeind houden. In dat kader zijn de tools van Viasano voor de deelnemende steden betrouwbare bakens.

Wat gebeurt er precies in die steden?

Viasano heeft een grote verscheidenheid aan acties in huis. Wat er precies gebeurt, hangt af van de gemeentelijke dienst die met de invulling van het programma belast is: de dienst sociale zaken, de sportdienst, het OCMW, enz.

Wanneer een stad aansluit bij het programma, wordt ze uitgenodigd een overzicht in te vullen van de actoren en de mogelijk in te schakelen middelen in het kader van de doelstellingen van het programma, om op die manier de bestaande acties te verrijken en/of nieuwe acties te ontwikkelen. Alle gemeenten hebben reeds activiteiten rond thema's als promotie van gezonde voeding en/of lichaamsbeweging. De rol van Viasano is: hen helpen bij het bepalen van hun noden, om wat bestaat optimaal te laten renderen en acties te ontwikkelen of te verrijken door de plaatselijke actoren te motiveren.

Het publiek is daarbij zeer divers, van de algemene bevolking tot kinderen en adolescenten of specifieke doelgroepen: gemeentepersoneel, gezondheidswerkers, onderwijzend personeel, mensen met een handicap, enz.

De acties van Viasano spelen zich dan ook af in zeer uiteenlopende leefomgevingen: het gemeentehuis, scholen, centra voor vrije tijd, bibliotheken, handelszaken, restaurants, de openbare ruimte:

pleinen, parken, markten), sportcentra, het ONE (tegenhanger van het Vlaamse agentschap Opgroeien), de Gezinsbond, ziekenfondsen, tijdens gemeentelijke evenementen (stadsfeesten).

Dit zijn enkele voorbeelden van plaatselijke acties: een gezond ontbijt voor het stadspersoneel met educatieve begeleiding over ontbijten en tussendoortjes, fruitbedeling bij de plaatselijke gemeenschapsdiensten, een conferentie over etikettering van levensmiddelen, een tentoonstelling over groenten en fruit in de bibliotheek, kookworkshops en Viasano-menu's in samenwerking met plaatselijke restaurants, conferenties voor de bevolking, verdeling van gezonde tussendoortjes tijdens door de stad georganiseerde joggings of wandeltochten, klasbezoeken, aantrekkelijke prijzen voor groenten en fruit bij een primeur tijdens de Viasano-week, sportdagen met aandacht voor de maaltijden en tussendoortjes, enz.

Tegelijk ontwikkelen de steden acties met het oog op structurele veranderingen: maaltijden in kantines herbekijken, drinkwaterfonteinen plaatsen in scholen, hinkelbanen op speelplaatsen, een Viasano-foodtruck aanwezig bij de meeste Viasano-activiteiten in Moeskroen, enz.

Evaluatie van het programma Viasano

Viasano heeft jaarlijks met alle deelnemende steden een bijeenkomst om de gerealiseerde acties en de lokale evolutie van het programma te bespreken met de verantwoordelijke mandataris en de projectleider. Ook vraagt Viasano dat de stad door de verantwoordelijke dienst opgestelde activiteitenverslagen bezorgt.

Naast die kwalitatieve en kwantitatieve evaluatie is een studie (7) gebeurd in de twee Franstalige proefsteden, Marche-en-Famenne en Moeskroen. Tussen 2007 en 2010 is de prevalentie van overgewicht bij schoolkinderen in beide steden neerwaarts geëvolueerd (- 2,1%), terwijl ze in de hele Federatie Wallonië-Brussel stagneerde. In de strijd tegen overgewicht bij kinderen vormt deze studie een extra argument ten gunste van de interventieprogramma's van de gemeenschap. De resultaten werden op 31 maart 2015 gepubliceerd in Pediatric Obesity, het wetenschappelijk blad dat de internationale referentie is wat overgewicht bij kinderen en adolescenten betreft.

Evolutie van het programma Viasano

1. Een nieuw economisch model

Van bij de oprichting in 2006 heeft het programma Viasano tot eind 2019 de steun genoten van privépartners uit de landbouw- en voedingssector. In verband met die steun bepaalde een handvest dat de partner zich ertoe verbond "het VIASANO-programma niet rechtstreeks te verbinden aan een merk of product". Eind 2019 besliste de vzw die partnerschappen te beëindigen omdat dit de ontwikkeling van de vzw afremt. Sindsdien zoekt zij bij de steden zelf toelagen en inbreng in de vorm van een bijdrage. Het bedrag van die bijdrage wordt jaarlijks op de algemene vergadering vastgelegd en ligt niet hoger dan 0,10 €/inwoner. In 2023 ging het om 0,05 € per inwoner. Parallel hiermee gaat de vzw op zoek naar subsidiëring. In 2019 ontving de vzw een subsidie van 80.000 € van de provincie Henegouwen voor een Viasano-foodtruck ten behoeve van de gemeenten Moeskroen en Celles. In 2021 kende het Waals Gewest een subsidie van 20.000 € toe voor het ontwikkelen van het project rond samenwerking om gezonder te eten in de Waalse steden.

2. Een nieuwe dienst voor steden

Deze nieuwe dienst is ontstaan vanuit de vaststelling dat de Viasano-projectleidsters die diëtiste zijn, bijzonder dynamisch werken bij het plaatselijk implementeren van het programma. De deskundigheid van een diëtiste is perfect afgestemd op de plaatselijke bezieling van het programma Viasano om evenwichtige voeding te bevorderen.

Bijgevolg heeft de vzw Viasano zich gewend tot de vereniging van Franstalige diëtisten, om de diëtisten die dat wensen voor te stellen hun gemeenten bij het programma aan te sluiten en de aangesloten steden voor te stellen tijdens het eerste jaar van het programma gebruik te maken van de expertise van een diëtiste of diëtist ten belope van 20 uur, gesubsidieerd door het AVIQ. Dit is een eerstelijnshulp bovenop de de bestaande diensten van Viasano (tweedelijnshulp). In 2022 hebben zeven gemeenten, waaronder drie nieuwe steden, gebruik gemaakt van de diensten van een diëtist of diëtiste en werden meerdere steden gerekruteerd. En de meeste gemeenten hebben in 2023 hun partnerschap met de diëtiste verlengd met eigen middelen.

Referenties

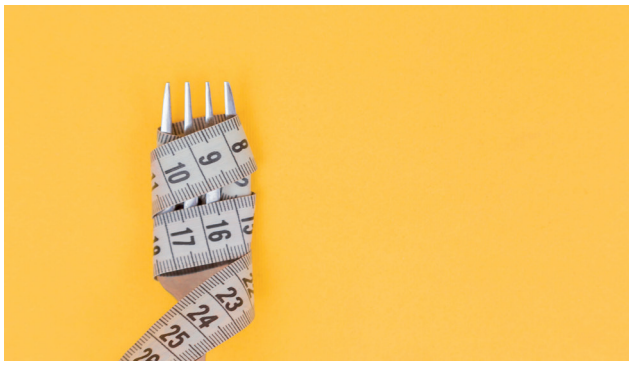
1. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
2. S. Drieskens, R. Charafeddine, L. Gisle : Enquête de santé 2018 : Etat nutritionnel. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2019/14.440/62. Disponible en ligne : www.enquetesante.be
3. Romon M, & Al., 2009, Downward trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school- and community-based programmes. Public Health Nutr. 2009 Oct;12(10):1735-42.
4. https://vivonsenforme.org/
5. https://youthhealthcommunity.com/
6. www.viasano.be
7. J. Vinck et al. Downward trends in the prevalence of childhood overweight in two pilot towns taking part in the VIASANO community-based programme in Belgium: data from a national school health monitoring system, Pediatric Obesity 2015;11:61-67. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijpo.12022

CHIRURGISCHE BEHANDELING VAN OBESITAS

DOKTER MARTIJN SCHONEVELD - UZ BRUSSEL

Inleiding

Bijna de helft van de Belgen heeft overgewicht. 16% is zelfs obees, dat wil zeggen dat je overgewicht kan leiden tot gezondheidsproblemen. Een schokkend feit is daarnaast dat nu al een derde van de jongeren in België een te hoog lichaamsgewicht heeft. Op 4 maart 2023 staan we op “Wereld Obesitas dag” dan ook stil bij de overgewichtepidemie want wereldwijd blijven de cijfers alleen maar stijgen.



Wanneer is er nu sprake van obesitas en en hoe meten we dat?

De wereldgezondheidsorganisatie (WHO) omschrijft obesitas als een ziekte waarbij er een zodanige overmatige vetopstapeling in het lichaam bestaat (overgewicht) dat dit gezondheidsrisico’s met zich meebrengt. Fors overgewicht kan voor veel mensen een belemmering vormen om te bewegen, de kwaliteit van leven verminderen of psychische klachten geven.

Obesitas wordt meestal ingedeeld op basis van een Body mass index (BMI) wat een rekensom is tussen het gewicht en de lengte (gewicht (kg)/ lengte (m in kwadraat)).Vanaf een BMI van 30 spreken we van obesitas met een verhoogd risico op gezondheidsproblemen. Vanaf een BMI van 35 zien we vaak al gezondheidsproblemen als diabetes (type 2), hoge bloeddruk en een aan overgewicht gerelateerd type snurken (slaapapneusyndroom). Met name een verhoogde intraabdominale hoeveelheid buikvet geeft een hoger risico op hart- en vaatziekten en diabetes waarbij zeker naar preventie een tailleomtrek met streefwaarde van <94 cm voor mannen en <80 cm voor vrouwen aanbevolen wordt.

Bij personen met overgewicht is er een disbalans tussen de calorieën die men inneemt en de calorieën die men verbruikt. Vaak gaat het om een combinatie van calorierijke voeding en weinig beweging maar ook aanleg en erfelijke factoren spelen een rol. Mensen belanden vaak in een vicieuze cirkel: ondanks vele dieetpogingen lijkt gewicht eerder toe te nemen dan dat er een structurele verandering wordt bereikt. Een grote, langdurige verandering in het eetpatroon maar ook in lichaamsbeweging is niet altijd gemakkelijk zeker als er sprake is van van gewrichtsklachten en een beperkt uithoudingsvermogen. Ernstige obesitas is een chronische ziekte die niets te maken heeft met luiheid of een gebrek aan wilskracht.

Behandeling

Het doel van de behandeling van overgewicht is tweeledig, Ten eerste is er het beoogde gewichtsverlies waardoor het risico op ernstige gezondheidsproblemen zoals hart- en vaatziekten vermindert. Ten tweede moet de behandeling leiden tot een blijvend ander eet- en leefpatroon waardoor men op een gezond gewicht blijft.

Voor een groot deel van mensen met overgewicht is een leefstijlverandering genoeg om een gezonder gewicht te bereiken maar voor enkelen is het nodig om medisch in te grijpen, door medicatie of een operatie. Behandeling met medicatie bij matig overgewicht is tegenwoordig gelukkig ook mogelijk maar niet voor iedereen weggelegd onder andere vanwege de hoge kosten die momenteel niet vergoed worden door de mutualiteit. Een andere ook niet terugbetaalde stap is een endoscopische behandeling, waarbij via een gastroscopie de maag kan worden verkleind. Dit gebeurt door een ballon in de maag te brengen die meestal na een zestal maanden weer verwijderd wordt of door hechtingen te plaatsen en zo de inhoud van de maag te verkleinen (endoscopische sleeve). Omdat de maag na een periode vaak weer groter wordt, zien we hierbij vaak een JOJO-effect.

Als laatste optie is een operatie mogelijk. Mensen met een BMI boven de 35 met een reeds bestaande andere aandoening zoals diabetes, moeilijk te controleren hoge bloeddruk ondanks medicatie of slaapapneu komen hiervoor in aanmerking. Een beoordeling en goedkeuring van een multidisciplinair team is vereist

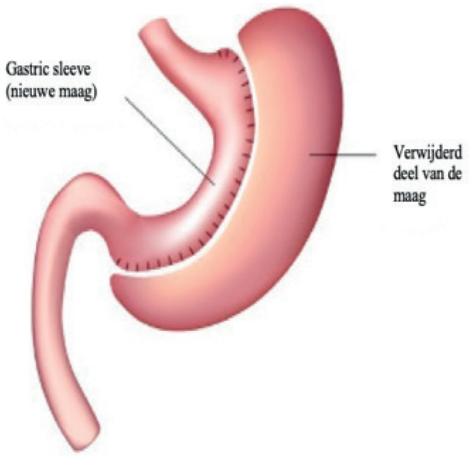
voor een terugbetaling door de mutualiteit.

Een beoordeling van een multidiciplinair team gebeurt in ons ziekenhuis op een namiddag waarbij iemand die gemotiveerd is voor een operatie alle specialisten tijdens een enkele consultatie passeert. Een endocrinoloog zal nagaan of er een (behandelbare) oorzaak is van het overgewicht of dat er al verstoringen zijn in bijvoorbeeld de suikerspiegel en er andere risicofactoren op bijvoorbeeld hart- en vaatziekten reeds aanwezig zijn. Een diëtist zal zien naar mogelijke verbetering van het eetpatroon en ook een uitleg geven over veranderingen na een ingreep. Tijdens een gesprek met een psycholoog besteden we aandacht aan andere factoren die het eetpatroon beïnvloeden zoals stress. Een actieplan wordt opgesteld om zowel op vlak van voeding als beweging te veranderen, voor én na de ingreep. Na deze beoordeling kan bij een positief advies een ingreep verricht worden. Om niet te licht over deze beslissing te gaan, neemt dit traject ongeveer 3 maanden in beslag, waarin ook voldoende bedenktijd is voorzien. De operatie is tegenwoordig gelukkig heel veilig maar heeft een vaak onomkeerbaar effect op de leefgewoonten nadien.

Wanneer voor een operatie wordt gekozen, zijn er twee mogelijkheden: het beperken van de maaginhoud, in medische termen de sleeve gastrectomie, óf een combinatie van het beperken van de maaginhoud en een omleiding, in medische termen de gastric bypass.

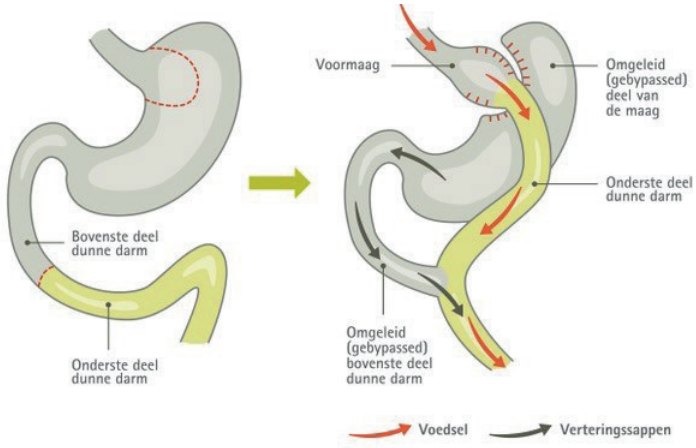
Bij de sleeve gastrectomie nemen we via een kijkoperatie tweederde van de maag weg. Deze ingreep zal het grootste effect hebben bij mensen die toch al wat grotere porties gewoon zijn. Door deze ingreep vermindert ook het hongergevoel. Helaas heeft deze ingreep wel enkele nadelen: soms is er toename van zuurbranden (reflux) en een relatief groot percentage van de mensen krijgt toch weer een gewichtstoename.

Sleeve gastrectomie



Een 2e type ingreep is een combinatie van een maagverkleining en een gedeelte van de darm die wordt uitgesloten van de vertering. Door deze omleiding (bypass) van je voeding komen de verteringssappen pas later bij het voedsel. Daardoor worden er minder voedingsstoffen opgenomen. Ook enkele vitaminen worden minder opgenomen en na de ingreep kunnen het best multivitaminen gebruikt worden. Vroeger werden naast eerder genoemde ingrepen ook veel maagbandjes geplaatst maar deze operatie wordt niet veel meer uitgevoerd. Helaas blijken er te veel bijwerkingen te zijn, zoals zuurbranden en braken maar vooral ook slechte resultaten voor het gewicht op lange termijn. Natuurlijk zien we ook in opvolging patiënten die wel een relatief goed resultaat hebben. De afgelopen jaren hebben we echter ook vaak bij patiënten het bandje moeten verwijderen en een gastric bypass moeten uitvoeren.

RYGB



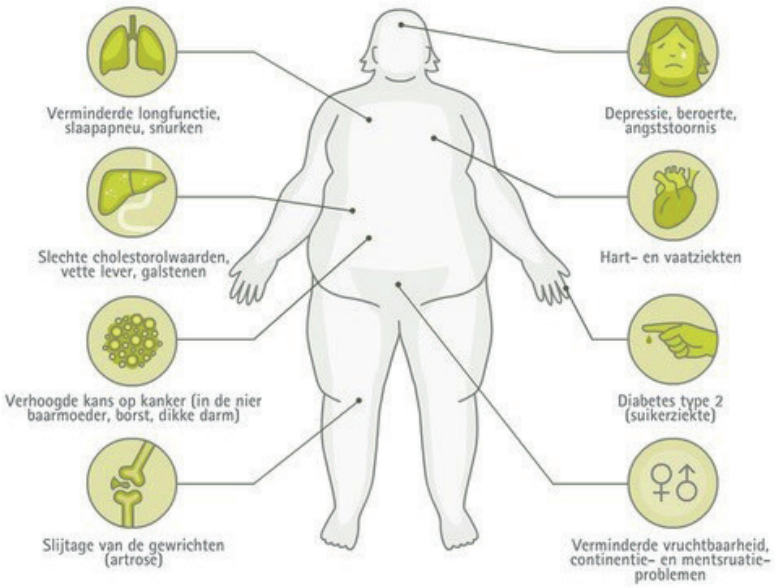
Automatisch minder calorieën eten en drinken klinkt als een droom maar in de praktijk is dit een uitdaging. Zeker in het begin is het een grote aanpassing: langzaam eten, goed kauwen en kleine porties per keer. Sommige producten als rood vlees en brood gaan in het begin zeer moeilijk maar over het algemeen kan men na enkele maanden weer gevarieerd eten in kleine porties (vanwege de kleinere maag). Bij een bypass is naast een aanpassing in portiegrootte bij een deel van de mensen sprake van “dumping”. Bij het eten van veel suikers kan de darm dit niet goed verwerken waardoor mensen zich onder andere duizelig en misselijk kunnen voelen. Met het vermijden van deze suikers in het dieet zijn deze klachten meestal onder controle. Het snelle resultaat maakt de moeilijke start vaak dragelijker en mensen zijn na zes weken vaak al tussen de 10-15 kg vermagerd. Na een snelle start stabiliseert dit na ongeveer een jaar en is het streven een blijvende

verbetering van de eet- en leefgewoonte.

Het doel van de operatie is 40-70% van het overgewicht kwijtraken maar het is zeker geen gemakkelijke of lichte keuze om voor een ingreep te gaan. Mensen die voor een operatieve ingreep kiezen, zijn vaak al jaren aan het proberen om op een niet-operatieve manier gewicht te verliezen. Als dat niet lukt en je gezondheid in het gedrang komt is zo'n ingreep geen onverstandige keuze. Op de langere termijn is het belangrijk om het nieuwe gewicht te behouden. Een follow-up blijft belangrijk, de eerste jaren in de obesitaskliniek en later via de huisarts. Zeker bij een bypass controleren we best jaarlijks de vitaminen. Gelukkig zien we tijdens de opvolging naast het gewichtsverlies een afname van gezondheidsklachten en vaak ook genezing of duidelijke verbetering van bijvoorbeeld diabetes, hoge bloeddruk en slaapapneu.

Plaatjes UZ Brussel:

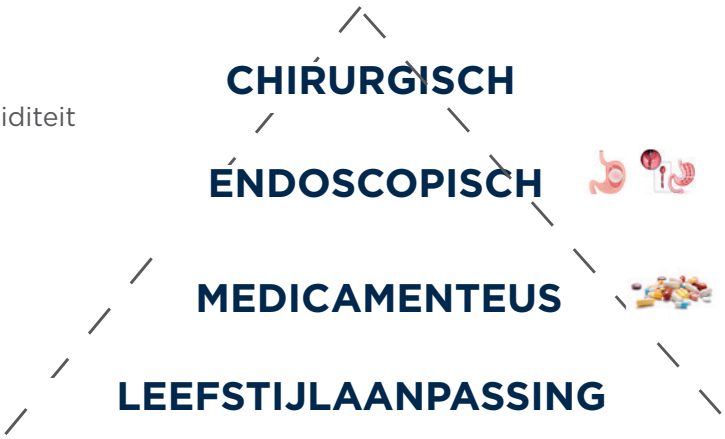
Aan obesitas gelinkte comorbiditeit



Behandelings piramide obesitas

BMI >40

BMI < 35 met comorbiditeit



TIJD VOOR EEN NIEUWE BENADERING VAN OBESITAS-GERELATEERDE PROBLEMEN

NELE STEENACKERS, DIENST ENDOCRINOLOGIE, UZ LEUVEN, PROFESSOR BART VAN DER SCHUEREN, VOORZITTER VAN DE BELGIAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY (BASO)

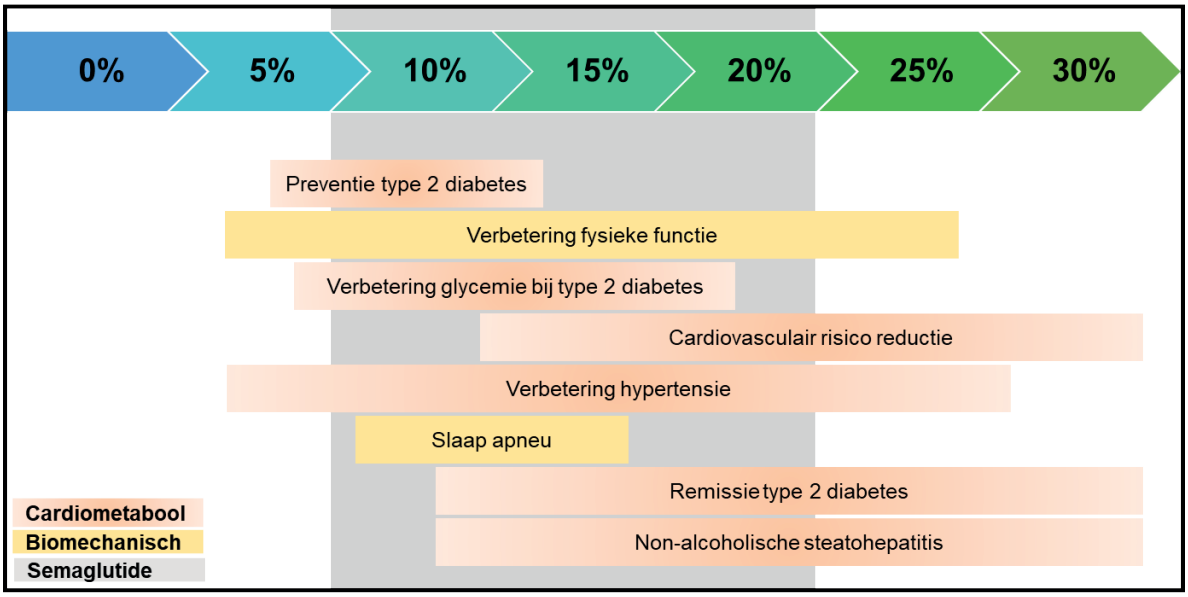
In de laatste decennia is het duidelijk geworden dat overgewicht en obesitas meer is dan een loutere toename van vetmassa. De overmatige opstapeling van lichaamsvet geeft immers aanleiding tot directe complicaties van biomechanische aard zoals obstructief slaapapneu en osteoartritis, terwijl afwijkingen in de verdeling en functie van het vetmassa bijdragen tot indirecte complicaties zoals cardiometabole aandoeningen. Deze cardiometabole aandoeningen worden getypeerd door een aanvankelijk subklinische insulineresistentie, die op termijn kan resulteren in klinische verschijnselen waaronder prediabetes, hypertensie, dyslipidemie, metabool syndroom en leversteatose. De ontwikkeling van obesitas bevordert uiteindelijk de progressie naar verschillende cardiometabole aandoeningen zoals type 2 diabetes, niet-alcoholische steatohepatitis, en cardiovasculaire aandoeningen. Het zijn de verschijnselen en complicaties van obesitas, die de gezondheid schaden alsook morbiditeit en mortaliteit veroorzaken.

In de loop der jaren hebben verschillende nationale en internationale organisaties, waaronder de American Association of Clinical Endocrinologists, de American Medical Association, de Belgian Association for the study of Obesity, de European Association for the Study of Obesity, de World Obesity Federation en de World Health Organization, obesitas erkend als een chronische ziekte. In deze context werd de nieuwe term 'adiposity-based chronic disease' (ABCD) geïntroduceerd als nauwkeurige diagnostische term voor obesitas. Deze term toont aan 'wat' en 'waarom' we behandelen namelijk een afwijking in de hoeveelheid, verdeling en functie van vetmassa, die we chronisch moeten behandelen om complicaties te voorkomen en behandelen.

Ondanks de erkenning van obesitas als ziekte, het lijden van de patiënt, de maatschappelijke kosten die obesitas met zich meebrengt, wordt obesitas vandaag de dag te weinig gediagnosticeerd. Een onderzoek uit 2014 heeft aangetoond dat slechts 40% van de huisartsen de Body Mass Index van zijn patiënten berekend. Verrassend genoeg toonde ook een retrospectieve studie aan dat verschillende poliklinische afdelingen van ziekenhuizen een beduidend lagere obesitas prevalentie denken te zien dan de werkelijke prevalentie aantoont (e.g., cardiologie: 4% vs. 30%; orthopedie: 3% vs. 25%). Terwijl de noodzaak om de complicaties van obesitas te behandelen zonder meer aanvaard wordt, wordt obesitas als ziekte vaak niet aangepakt. Mogelijke verklaring zijn dat sommige artsen misschien niet beschikken over de nodige vaardigheden en/of tijd om deze complexe en chronische ziekte aan te pakken zeker in een ambulante setting. Bovendien is er ook sprake van een wijdverspreid gebrek aan toegang tot therapie, die veilig en efficiënt zijn aangetoond. In dat opzicht laat ons gezondheidszorgsysteem personen met obesitas in de steek, en bijgevolg ook onze samenleving. Het accepteren van obesitas als een belangrijk en complex gezondheidsprobleem door gezondheidswerkers, alsook de algemene bevolking en beleidsmakers ligt namelijk aan de basis om medische interventies succesvol toe te passen.

Hoewel obesitas door de multifactoriële etiologie en chronische aard een medische uitdaging is voor behandeling, zijn er veilige en efficiënte behandelingen voor obesitas beschikbaar. Hierbij is het belangrijk om de preventie en behandeling van comorbiditeiten te zien als essentieel doel in plaats van louter de hoeveelheid gewichtsverlies. Echter kan de hoeveelheid gewichtsverlies gebruikt worden

als marker om te zien of een behandeling voldoende is om de biomechanische en cardiometabole complicaties te voorkomen en te behandelen. Gezien de mate van gewichtsverlies nodig om specifieke complicaties te verbeteren, zijn er interventies nodig die een duurzaam gewichtsverlies van 10 tot 20% opleveren (figuur hieronder). Hierbij blijven levensstijlaanpassingen de hoeksteen van de behandeling, maar wanneer deze onvoldoende blijken kunnen we vandaag de dag ook beroep doen op andere efficiënte interventies zoals medicatie en heelkunde.



Preventie en behandeling van obesitas complicaties. Gebaseerd op Garvey et al. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 2022.

Het voorbijgaande jaar is er sprake van een nieuw paradigma binnen de zorg van personen met obesitas door een beter begrip van obesitas als chronische ziekte en recente ontwikkelingen. De oorsprong van deze benadering is de aanwezigheid van nieuwe obesitasmedicatie (met bijkomende geneesmiddelen in ontwikkeling), die op vlak van doeltreffendheid en veiligheid de eerste generatie van obesitasmedicatie (e.g., orlistat, phentermine/topiramaat, naltrexone/bupropion, en liraglutide 3 mg, toegelicht in het artikel van Prof. Dr. Luc Van Gaal) aanzienlijk overtreft. De eerste generatie obesitasmedicatie resulteert in een gemiddeld gewichtsverlies van <10% na één jaar in vergelijking met placebo, waardoor ze bij veel patiënten niet optimaal gebruikt kunnen worden om complicaties effectief te beheersen. Semaglutide 2.4 mg voldoet als eerste geneesmiddel aan de kwalificaties van tweede generatie obesitasmedicatie. Uit onderzoek blijkt immers dat de werkzaamheid van semaglutide superieur is in vergelijking met eerder goedgekeurde geneesmiddelen (e.g., gemiddeld gewichtsverlies van >10% en een gewichtsverlies van ≥15% bij meer dan de helft van de patiënten) wanneer het gecombineerd wordt met levensstijl aanpassingen. Hoewel Semaglutide 2.4 mg het eerste geneesmiddel binnen de tweede generatie van obesitasmedicatie is, is het waarschijnlijk niet het laatste. Andere geneesmiddelen zijn in ontwikkeling, die gelijkaardige kwaliteiten lijken te hebben in de eerste fases van klinische studies (o.a. Tirzepatide, maar ook multi-agonistische combinatie therapieën). Bovendien wachten we ook op de resultaten van de lopende cardiovasculaire outcome studies (e.g., SELECT met Semaglutide; SURMOUNT met Tirzepatide) om te weten of er in personen met obesitas, net zoals bij personen met type 2 diabetes, een gunstig effect is op harde eindpunten zoals cardiovasculaire aandoeningen en cerebrovasculaire accidenten. De resultaten van de SELECT trial worden verwacht in november 2023. Indien deze positief blijken, is dit een bijkomend argument om obesitas als zodanig te behandelen.

De toekomst voor de behandeling van obesitas aan de hand van medicatie lijkt rooskleurig, maar we moeten nog een aantal struikelblokken wegwerken. Momenteel komt het er op neer dat de bovengenoemde wetenschappelijke inzichten werkelijk geïmplementeerd moeten worden. Dit impliceert het erkennen en accepteren van obesitas als chronische ziekte door zowel gezondheidswerkers,

de bevolking en beleidsmakers. Van fundamenteel belang is het behandelen van de ziekte en dus niet alleen de complicaties ervan. Een stapsgewijze zorg waarin de huisarts een cruciale rol speelt en andere gezondheidswerkers hun expertise implementeren, is de enige mogelijkheid om het tij te keren. Het is aan de overheid om ervoor te zorgen dat mensen met overgewicht en obesitas de zorg krijgen die ze verdienen, wat uiteindelijk zal neerkomen op een betere organisatie en terugbetaling van zorg.

cv risicofactor

KAN MEDICATIE HELPEN BIJ OBESITAS BEHANDELING ?

PROFESSOR EMERITUS DOKTER L. VAN GAAL, ENDOCRINOLOOG – UZA ANTWERPEN

Overgewicht en/of obesitas is vaak een chronische aandoening die dan ook best een chronische behandeling vergt. Vaak gaat obesitas gepaard met medische verwikkelingen of co-morbiditeiten; vaak zijn deze gevolgen sterk geassocieerd aan het cardiovasculaire risico bij patiënten met overgewicht en obesitas, zeker wanneer het gaat om een type van abdominale vetaccumulatie met opstapeling van vetmassa in de buikstreek – het zgn “appel type obesitas”.

Welke behandeling men ook kiest voor de patiënt (van levensstijl via medicatie tot zelfs chirurgie), steeds moet het medische aspect de voorrang krijgen op gewichtsverlies ‘as such’, maw het verbeteren, normaliseren of vermijden van de co-mobiditeiten, zoals glucose intolerantie of pre-diabetes, lipidenafwijkingen (vnl lage HDL cholesterol en hoge triglyceriden), stollingsfactoren en endocriene/hormonale stoornissen.

Qua behandeling blijft leefstijlinterventie de hoeksteen van elke behandeling voor obesitas: hierbij leggen we de focus op voedingsaanpassing, lichaamsbeweging en gedragstherapie. Correct medisch onderbouwde en goed opgevolgde leefstijl aanpassing zal dus altijd de basistherapie vormen waarmee gestart wordt. Het toevoegen van medicatie (orale of injecteerbare) blijft voor vele patiënten een optie en/of noodzaak als ondersteuning bij diëtotherapie. De belangrijkste target blijft 5 – 10 % gewichtsreductie waarmee tal van cardiovasculaire risicofactoren kunnen worden genormaliseerd; de laatste jaren is het evenwel duidelijk geworden dat voor bepaalde aandoeningen of gevolgen (leververvetting, slaap apneu, bepaalde kankers en cardiovasculaire sterfte) wellicht minstens 15 % of meer gewichtsverlies vereist is. Farmacologische ondersteuning moet steeds als ‘add-on’ worden beschouwd: 3 belangrijke doelen worden hiermee nagestreefd:

- Het verhogen van het gewichtsverlies dat met niet-farmacologische benadering werd bereikt
- Het langer behouden van een eerder bereikt succes: dus opstarten met leefstijlinterventie blijft cruciaal
- Meer patiënten met obesitas dergelijk gewichtsverlies kunnen aanbieden

Patiënten met een BMI van 30 of een BMI van 27 in combinatie met co-morbiditeiten komen volgens de richtlijnen van de BASO consensus in aanmerking voor farmacotherapie. In Europa zijn er door EMA (European medicines Agency) een aantal geneesmiddelen goedgekeurd om in combinatie met de nodige leefstijlinterventie te hanteren bij de behandeling van obesitas. Het gaat om orlistat, de combinatie van naltrexone/bupropion en de injecteerbare stoffen liraglutide en semaglutide (GLP-1 receptor analogen). Tal van andere moleculen werden de voorbije 20 jaar ontwikkeld en (ook in verschillende Belgische centra) uitgetest maar van de markt verdwenen omwille van te sterk uitgesproken neveneffecten (dexfenfluramine, rimonabant, sibutramine).

- Orlistat (Xenical) is een lipase inhibitor, uitsluitend werkzaam in de darm, waarmee 30% van het bij een maaltijd opgenomen vet niet in de darm opgenomen wordt en aldus aanleiding tot gewichtsverlies enerzijds en een gunstig effect op het lipiden metabolisme (oa de slechte LDL cholesterol). Het biedt een beperkt gewichtsverlies van 5 – 6 % bovenop de leefstijl effecten, afhankelijk van de studie. Buiten het effect op gewicht en lipiden, werd ook een belangrijke reductie vastgesteld op de ontwikkeling van type 2 diabetes bij individuen met een voorafbestaande pre-diabetes. Qua tolerantie stellen we voornamelijk gastro-intestinale ongemakken vast met eerder vloeibare, oranjekleurige stoelgang en of krampen, vnl wanneer onvoldoende aandacht wordt besteed aan de vetinname in de voeding. Het product bestaat reeds meer dan 20 jaar en wordt de laatste jaren minder gebruikt.

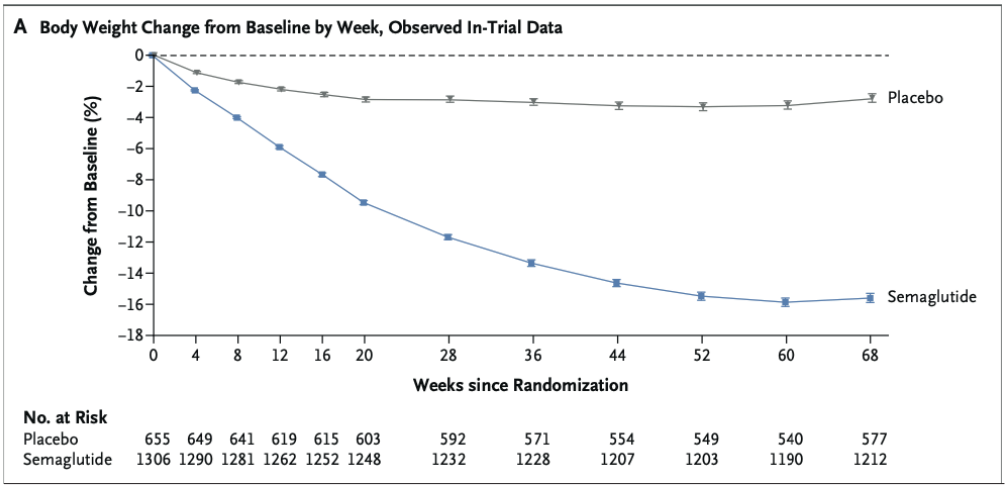
- De combinatie naltrexone/bupropion (Mysimba) werd origineel ontwikkeld als een middel voor rookstop en opioiden verslaving, maar er werden bij verschillende studies mooie resultaten op gewichtsverlies mee beschreven. Deze molecule werkt centraal in de hersenen met een belangrijk effect op eetlust en verzadiging. Samen met leefstijl ervaren we dat deze combinatie 2 keer zoveel mensen 5% laat afvallen en bijna drie maal zoveel mensen 10% of meer (bij patiënten met een BMI >30). Meestal gebruiken we deze medicatie bij patiënten met een sterk uitgesproken neiging tot zoetconsumptie, de zgn 'carbohydrate cravers'. Globaal wordt deze stof relatief goed verdragen met als belangrijkste neveneffecten hoofdpijn, een droge mond, misselijkheid en duizeligheid.

- GLP-1 (glucagon like peptide) receptor agonisten: liraglutide (Saxenda) en semaglutide (Wegovy).

Hoe werken GLP-1 receptor agonisten?
Liraglutide en semaglutide zijn GLP-1 analogen, wat betekent dat het de biologische functie van GLP-1 in het lichaam nabootst. GLP-1 is een darmhormoon – dus een lichaamseigen stof - dat op het einde van de dunne darm vrijkomt wanneer de darmcellen na een maaltijd in contact komen met de basisbestanddelen uit voedsel. Als reactie daarop komt er meer insuline in het bloed om de opname van glucose mogelijk te maken. Dit wordt ook wel het 'incretine effect' van GLP-1 genoemd. Doordat GLP-1 de secretie van insuline na de maaltijd stimuleert en de opname van glucose in de cellen mogelijk maakt, speelt het uiteraard een belangrijke rol bij de maaltijd gerelateerde glycemie controle bij patiënten met diabetes. Daarvoor werden deze stoffen origineel ook ontwikkeld.

Verder wordt de afbraak van glycogeen door GLP-1 verhinderd en wordt de maaglediging vertraagd zodat de darmen voldoende tijd krijgen voor de vertering. Daarnaast draagt GLP-1 ook bij aan het verzadigingsgevoel door het eetlustremmend effect op het centraal neuraal systeem. In combinatie met andere signalen, zorgt het er bijgevolg voor dat we (tijdig) stoppen met eten en onze voedingsinname kunnen reguleren.

Liraglutide wordt als analoog dagelijks subcutaan geinjecteerd met opstijgende dosis van 0.6 tot 3.0 mg daags. Er werden in het SCALE programma met liraglutide 4 mooie studies, waarvan één, uitgevoerd bij patiënten met obesitas en met type 2 diabetes. Bovendien is ook een mooie "maintenance" studie beschikbaar. Globaal stellen we uit de studies een gewichtsverlies vast van om en bij de 10 %, wat evenwel kan oplopen tot bijna 15% wanneer lira wordt toegediend na een inloopperiode van enkele weken met een erg laag calorisch dieetplan. Semaglutide is de opvolger van liraglutide, is krachtiger en wordt éénmaal per week toegediend.



Verandering in lichaamsgewicht vanaf de start met semaglutide in de STEP studie. De grafiek toont de waargenomen gemiddelde procentuele verandering in lichaamsgewicht in de loop van de tijd bij deelnemers in de volledige analysepopulatie.

Omdat semaglutide bij diabetespatiënten leek bij te dragen tot belangrijk gewichtsverlies, werd het gebruik ervan bij de behandeling van obesitas onderzocht. Recent verschenen nieuwe resultaten van een studie die zich focust op gewichtsverlies bij mensen met overgewicht en obesitas, maar zonder diabetes met uitstekende resultaten. Andere studies binnen het STEP programma onderzoeken o.a. het effect van semaglutide op gewicht, andere fysiologische criteria en de veiligheid van verschillende dosissen semaglutide. Vanaf de eerste meting (na vier weken) was al gewichtsverlies zichtbaar (zie Figuur). In de semaglutide groep stabiliseerde het gewichtsverlies na ongeveer 60 weken en was er gemiddeld 14,9% gewichtsverlies aan het einde van de interventie (week 68). Dat komt overeen met gemiddeld 15,3 kg gewichtsverlies. Omdat een gewichtsverlies van 5% reeds gezondheidsvoordelen met zich meebrengt, werd ook gekeken naar het aandeel deelnemers die dat behaalden: maar liefst 86% van de semaglutide behandelde groep behaalde 5% gewichtsverlies en slechts 32% van de placebogroep. Opvallend en erg hoopgevend, behaalde maar liefst 69,1% en 50,5% van de semaglutide groep, na 68 weken, respectievelijk meer dan 10% en meer dan 15% gewichtsverlies.

Zowel liraglutide als semaglutide worden relatief goed verdragen: de meest gerapporteerde nevenwerkingen, vnl in de opstartfase, situeren zich op gastro-intestinaal gebied met nausea (misselijkheid), constipatie en/of diarhea. Uitzonderlijk kan ook braken optreden. Het vermijden van vetrijke voeding, pikante voedingsmiddelen en alcohol kunnen deze nevenwerkingen helpen beperken. Deze beide GLP-1 receptor agonisten werden (bij diabetes) ook onderzocht op hun cardiovasculaire veiligheid in een zogenaamde CVOT studie; voor beide moleculen werden significant betere effecten beschreven op CV eindpunten (sterfte, infarct, stroke).

Wat is de huidige situatie en wat brengt de toekomst?

Voor het ogenblik is in België alleen Saxenda (liraglutide) als GLP-1 voor obesitas behandeling beschikbaar; semaglutide met merknaam Wegovy (2.4 mg) is door EMA goedgekeurd maar nog niet beschikbaar in ons land. De lagere dosis sema (1.0 mg) onder de merknaam Ozempic is in principe alleen voor patiënten met diabetes bedoeld. Inmiddels bestaat er eveneens een orale vorm van semaglutide (Rybelsus met dosis tot 14 mg daags) maar deze orale vorm werd nog niet bestudeerd bij patiënten met obesitas, zonder diabetes. Hierover kan dan ook geen correcte info bij obesitas gegeven worden en heeft dan voorlopig ook geen plaats in de behandeling van obesitas. Met de hoge dosis semaglutide 2.4 mg loopt momenteel ook een CVOT studie (SELECT studie) naar CV eindpunten.

Het verder wetenschappelijk onderzoek naar nieuwe moleculen op het gebied van obesitas staat niet stil; in de ontwikkeling worden zogenaamde 'duals' onderzocht, een combinatie van twee (darm) eiwitten. Zo werden recent de eerste resultaten voorgesteld van tirzepatide, een combinatie van een GLP-1 receptor agonist met een ander darmhormoon GIP: de eerste resultaten met gewichtsverlies tot 20% en meer zijn ronduit spectaculair en kunnen als een belangrijke doorbraak in het onderzoek bestempeld worden. Uiteraard moeten deze eerste resultaten nog verder bevestigd worden en is dit middel voorlopig nog niet voor obesitas gebruik goedgekeurd maar het opent belangrijke perspectieven voor de toekomst. Ook andere gecombineerde hormoon combinaties zijn momenteel in volle onderzoek.

Deze hele nieuwe evolutie biedt erg hoopvolle perspectieven voor patiënten met ernstig overgewicht/obesitas, zeker voor diegene met een verhoogd cardiovasculaire risico.

Verandering in lichaamsgewicht vanaf de start met semaglutide in de STEP studie. De grafiek toont de waargenomen gemiddelde procentuele verandering in lichaamsgewicht in de loop van de tijd bij deelnemers in de volledige analysepopulatie.

Vragen aan de lezers

We zijn blij dat u deel uitmaakt van onze trouwe lezers, hartelijk dank !

Om u beter te informeren over de verschillende aspecten in verband met risicofactoren en hart- en vaatziekten zouden **we graag willen weten welke onderwerpen u interesseren en welke thema's u graag zou behandeld zien in onze volgende edities.**

Wilt u zo vriendelijk zijn uw suggesties en/of vragen te mailen naar:
katrien.verberckmoes@liguecardioliga.be

We zijn ook te bereiken via het nummer 02/649 85 37.

Wij kijken uit naar uw reactie !

V

IK HEB EEN VRAAG

NOÉMIE LEROO, DIEETDIENST* EN DIENST KLINISCHE VOEDING,
PROFESSOR ANDRÉ VAN GOSSUM, HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE BRUXELLES – HUB

Wat zou iemand met overgewicht moeten eten?

Zwaarlijvigheid is een chronische multifactoriële aandoening met negatieve impact op het lichamelijk, psychologisch en maatschappelijk welzijn. Ze wordt gekenmerkt door een teveel aan vetmassa (vetweefsel).

Of iemand overgewicht heeft of zwaarlijvig is, wordt bepaald aan de hand van de body mass index (BMI). De BMI of Quetelet-index berekent men door het lichaamsgewicht (G in kg) te delen door het kwadraat van de lichaamslengte (L, in meter): $BMI = G / L^2$. Een BMI tussen 25,0 en 29,9 wijst op overgewicht. Zwaarlijvigheid valt uiteen in drie categorieën: obesitas van graad I (BMI tussen 30,0 en 34,9), van graad II (BMI tussen 35,0 en 39,9) en van graad III (BMI > 40).

Afhankelijk van leeftijd, geslacht, etnische afkomst en sportiviteit kan de BMI zeer uiteenlopende vetpercentages vertegenwoordigen.

Of iemand te veel weegt kan eveneens worden vastgesteld met andere technieken, zoals het meten van de dikte van huidplooien, een weegschaal met impedantiemeting (waarbij de samenstelling van lichaam wordt gemeten), ...

Het meten van de tailleomtrek (TO) is een indicator voor ophoping van vetmassa in de buikholte. Vanaf een TO > 94 cm bij mannen en een TO > 80 cm bij vrouwen zijn de risico's van stofwisselingscomplicaties groter.

Zwaarlijvigheid therapeutisch aanpakken is complexer dan men denkt. Het volstaat niet het jongste trendy dieet te volgen of de laatste nieuwe toverpil op de markt voor te schrijven om gewicht te verliezen. Een multidisciplinaire aanpak (arts, psycholoog, kinesitherapeut en diëtist) is essentieel om overgewicht te bestrijden.

De anamnese is een belangrijke stap bij de aanpak van overgewicht. Men moet dan in de eerste plaats achterhalen wat de oorzaken van het overgewicht zijn om de aanpak via voeding en/of geneeskunde correct te oriënteren. Er zijn heel wat mogelijke risicofactoren, zoals: voeding, stoppen met lichaamsbeweging/zittend leven, eetstoornissen, zwangerschap, menopauze, stoppen met roken, alcoholgebruik, gesuikerde frisdranken, bepaalde geneesmiddelen (antidepressiva, ...), aandoeningen (hypothyreoïdie,...), psychosociale factoren (huwelijk, scheiding, beroepsbezigheden, veranderingen in het leven, laag inkomen, cultureel of maatschappelijk beeld van het gewicht), stress, slaaptekort,...

Bij de anamnese i.v.m. overgewicht is het eveneens van belang te weten te komen wat de patiënt drijft om gewicht te verliezen.

Een streefgewicht op middellange en lange termijn vastleggen staat centraal bij de aanpak. Om op een gezonde manier gewicht te verliezen raadt men aan te mikken op een verlies van 5 tot 10% van het startgewicht in zes maanden tijd, wat neerkomt op 0,5 tot 1 kg/week. Te snel gewicht verliezen is uit den boze, want dat gaat vaak gepaard met verlies van spiermassa en/of dehydratatie.

De diëtist verricht de anamnese op grond van de eetgewoonten. Het gaat om een gedetailleerde analyse van de wijze waarop de totale aanvoer van energie over een dag gespreid is, afhankelijk van de structuur (aantal) en de samenstelling (aard) van de maaltijden. Het is daarbij van belang alle mogelijk tussendoortjes en het verbruik van suikerrijke en/of alcoholische dranken mee te nemen, evenals de duur van de maaltijden en de manier waarop ze worden genomen (aan tafel, rechtstaand, voor de televisie/computer).

Het voedingsluik van de strijd tegen overgewicht berust op het brengen van een nieuw evenwicht in de voeding, rekening houdend met de voorkeuren van de patiënt, en op educatie op het vlak van voeding (bereidingswijzen, etikettering op levensmiddelen,...) teneinde ervoor te zorgen dat de veranderingen in eetgewoonten lang standhouden.

De eerste stap is het toepassen van de volgende tien tips op basis van de voedselpiramide:

1. **Vocht:** zorg voor voldoende vochttoevoer, gespreid over de hele dag (1,5 liter). Water verdient daarbij de voorkeur, vermijd gesuikerde dranken (frisdranken en vruchtensap). Beperk eveneens uw alcoholverbruik tot maximum 1 à 2 glazen per dag, maximum 10 glazen per week en door geen twee dagen na elkaar alcohol te drinken

2. **Fruit en groenten:** eet elke dag tot 250 gram fruit en minstens 300 gram groenten, wissel daarbij voldoende af en hou rekening met de producten van het seizoen.

3. **Volle granen:** eet per dag ten minste 125 gram volle granen (rijk aan vezels en micronutriënten).

4. **Peulvruchten:** eet ten minste één keer per week peulvruchten als alternatief voor vlees, gevogelte of vis. Peulvruchten als kikkererwten, soja, rode bonen, enz. zijn een bron van eiwitten en rijk aan vezels.

5. **Rood vlees:** beperk uw verbruik van rood vlees (rund, varken, kalf, lam, schaap, ...) tot minder dan 500 gram per week en maximum 50 gram fijne vleeswaren per dag.

6. **Vis:** vis is rijk aan omega-3. Eet minstens één tot twee keer per week vis en wissel daarbij magere soorten (kabeljauw, koolvis, wijting, tong, ...) af met vettere soorten (haring, zalm, sardien, ...).

7. **Melkproducten:** verbruik 1 tot 3 porties melkproducten per dag (zijnde 250 ml melk, 125 gram yoghurt, 30 gram kaas). Verbruikt u minder dan 250 ml per dag, denk dan aan andere eiwit- en calciumbronnen (groene groenten, oliehoudende vruchten, ...).

8. **Vetten:** varieer in het gebruik van vetstoffen voor bakken en aanmaken en let op de gebruikte hoeveelheid – beperk overdaad.

9. **Oliehoudende vruchten:** eet 15 tot 25 gram dopvruchten (niet gezouten of gesuikerd). Ze bevatten vetten van goede kwaliteit, maar verbruik er niet te veel van want ze bevatten daardoor veel energie.

10. **Zout:** verminder uw zoutverbruik en geef de voorkeur aan specerijen en aromatische kruiden om meer smaak te geven aan uw eten.

Naast deze algemene aanbevelingen om tot evenwichtige en gevarieerde voeding te komen, zijn al tal van diëten uitgedokterd om gewicht te verliezen: koolhydraatarm dieet (weinig suikers), dieet met lage glykemische index, proteïnedieet, ... Dergelijke diëten kunnen bepaalde mensen weliswaar helpen om in de beginfase af te vallen, maar ze moeten medisch en op voedingsgebied gemonitord worden en gezien worden als een overgangsfase in de aanloop naar een evenwichtige voeding en een gezonde manier van leven.

Vaak zijn overgewicht en zwaarlijvigheid gekoppeld aan andere pathologieën zoals diabetes type 2, hypercholesterolemie, hypertriglyceridemie, hoge bloeddruk, artrose, blaasstenen, leversteatose, ... Ook voor die pathologieën zal men specifieke en gepersonaliseerde dieetvoorschriften krijgen.

Meer lichaamsbeweging heeft heilzame rechtstreekse gevolgen voor de samenstelling van het lichaam (minder vetmassa en meer spiermassa) en kan eveneens een positieve invloed hebben op die andere pathologieën en op de geestelijke gezondheid. Aanbevolen wordt per week 75 minuten op een intense manier aan lichaamsbeweging te doen (bv. joggen) of 150 minuten op een matige manier (bv. stevig wandelen). In een eerste fase moet de lichaamsbeweging afgestemd zijn op wat de patiënt aankan en is begeleiding door een kinesitherapeut aanbevolen om kwetsuren te vermijden.

Tot besluit: na een gepersonaliseerde aanpak van de eetgewoonten is het de bedoeling opnieuw tot evenwicht te komen op het vlak van voeding en gewicht zonder daarbij in te boeten aan eetgenoegens. Om te vermijden dat men daarna weer aankomt zijn medische controles en monitoring op het vlak van voeding aangewezen.

EEN NIEUWE DIRECTEUR BIJ DE BELGISCHE CARDIOLOGISCHE LIGA

Sinds 6 februari heeft de Belgische Cardiologische Liga een nieuwe algemene directeur!

Rik Vanhoof zal de fakkel overnemen van Sandrine Daoud, die we, bij deze, willen bedanken voor haar uitstekend werk.

Rik behaalde een master in de Farmacie en Management en werkte de afgelopen 5 jaar in de farmaceutische industrie, meer bepaald in cardiologie.

Met zijn ervaring willen we onze visie en missie nog meer kracht bijzetten en blijven strijden voor een vermindering van cardiovasculair overlijden.

Preventie van hart- en vaatziekten moet voor iedereen een prioriteit zijn en blijven!

Welkom Rik!

ONZE SENSIBILSERINGSDAGEN

De Belgische Cardiologische Liga organiseert regelmatig screeningsdagen voor het grote publiek met de bedoeling om risicofactoren voor hart- en vaatziekten op te sporen.

We installeren onze stand op een ontmoetingsplek waar verpleegkundigen gratis tests uitvoeren. We testen tussen de 200 en 400 personen per dag. Elke keer zijn er mensen bij die risicofactoren hebben zonder het zelf te weten. Zij kunnen hier over praten met een cardioloog die steeds aanwezig is tijdens deze dagen. De cardioloog geeft dan meer uitleg en zal de persoon doorverwijzen voor verdere onderzoeken.

Dit is wat wij zoal meten : Bloeddruk, glycemietest, BMI, buikomtrek, diabetes vragenlijst, rook gewoonten

Hier kan u ons binnenkort vinden:

- 19 maart in Seraing, Château du Val St-Lambert
- 4 mei in Dienstencentrum Pelle Melle, Dorpstraat 58 in Pelt
- 28 mei tijdens de 20 km van Brussel
- In oktober, tijdens het 'Salon de la Santé' in Fosses-la-Ville

BarryRock

Bart Arijs overleed in februari 2021 compleet onverwacht op 43-jarige leeftijd. Bart, die deel uitmaakte van een vriendengroep die naar verschillende festivals in binnen- en buitenland trok, was wel hartpatiënt. Om hun vriend te herdenken organiseerden de vrienden eind oktober BarryRock in De Patro in Hekelgem. Dankzij de mooie opkomst kan er nu 2.000 euro worden geschonken aan de Belgische Cardiologische Liga, een vzw die zich al meer dan 50 jaar inzet voor preventie van en sensibilisering over cardiovasculaire ziekten. De Cardioliga zal met deze schenking screenings organiseren om risicofactoren op te sporen bij de bevolking die in kansarmoede leeft. "*BarryRock bleek de perfecte manier om Bart te vieren*", aldus Barts broer Koen. "*Iedereen heeft een fantastische avond meegemaakt én we kunnen iets waardevol bijdragen aan ons goede doel.*" De organisatoren plannen momenteel een tweede editie in het najaar van 2023. Meer informatie is te vinden op barryrockfestival.be

Abonneer u op onze nieuwsbrief

HARTGESPREKKEN:

- Wees de eerste om alles te weten over onze campagnes en activiteiten
- Informatie over preventie & behandeling van hart- en vaatziekten
- Informatie over onze gratis screening momenten

Abonneer u op onze maandelijkse nieuwsbrief onderaan de welcome pagina van onze website: www.liguecardioliga.be

HARTSGESPREKKEN

Abonneer u op onze maandelijkse mailings.

uw e-mailadres

INSCHRIJVEN

Wees de eerste om alles te weten over onze campagnes en activiteiten

Informatie over preventie & behandeling van hart- en vaatziekten

Informatie over onze gratis screening momenten

schrijf je in!

Vond u dit tijdschrift leuk, wilt u op de hoogte blijven van wat goed is voor uw hart?

Aarzel niet om u te abonneren!

Het abonnement bedraagt 15 € per jaar voor 4 nummers.

Om u te abonneren,
gelieve 15 € over te schrijven op volgende rekening:
Belgische Cardiologische Liga
BE73 0012 0738 4460

HART & SLAGADERS
Tijdschrift van de **Belgische Cardiologische Liga**

ALGEMEEN DIRECTEUR: RIK VANHOOF
AFGEVAARDIGD BEHEERDER: MICHÈLE PAQUE

GIFTEN
VANAF 40 EUR (FISCAAL AFTREKBAAR)
BE80 0010 6651 3077

BELGISCHE CARDIOLOGISCHE LIGA
Elyzeese-Veldenstraat 63
1050 Brussel
Tél. : 02/649 85 37
info@liguecardioliga.be
www.liguecardioliga.be

Alle reproductierechten voorbehouden

WETENSCHAPPELIJKE RAAD:
Prof. Antoine Bondue (ULB), President
Prof. Ernst Rietzschel (UGent)
Prof. Nicolas Paquot (ULg)
Dr. Muriel Sprynger (CHU Liège)
Dr. Olivier Descamps (UCL)
Prof. Jean-Luc Vandenbossche (ULB)
Prof. Philippe van de Borne (ULB)
Prof. Ruben Casado (ULB)
Prof. Thomas Vanassche (KUL)
Dr. Sebastien Knecht (AZ Sint Jan Bruges)
Prof. Tine de Backer (UZ Gent)
Prof. Steven Droogmans (VUB)
Prof. Jean-François Argacha (UZ Brussels)
Prof. Julie De Backer (UZ Gent)
Dr. Nada Lakiss (St-Luc Namur)
Prof. Anne-Catherine Pouleur (UCL)

REDACTIECOMITÉ
Dr Jean-Claude Lemaire
Prof. Christian Brohet
Prof. Bernard Cosyns
Prof. Luc Piérard
Prof. Jean-Luc Vandenbossche
Prof. Guy De Backer
Rik Vanhoof
Audrey Velghe-Lenelle
Dominique Kocklenberg
Katrien Verberckmoes

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER :
Rik Vanhoof
Elyzeese-Veldenstraat 63
1050 Brussel

Cette revue paraît également en français («Coeur & Artères»)
De Belgische Cardiologische Liga is niet verantwoordelijk voor de inhoud van de publiciteiten.

VOOR 4 PERSONEN

VOORBEREIDING: 15 MIN

KOOKTIJD: 30 MIN

EENVOUDIG

€€€

aan tafel!

GEPOCHEERDE PEREN MET BOSBESSEN EN EEN VLEUGJE SINAASAPPEL

4 middelgrote peren of 8 kleine, geschild

3 el rietsuiker

1 kl gemberwortel, geraspt

geraspte schil van 1 sinaasappel

1 pijpje kaneel

1 vanillestokje, overlangs doorgesneden

250 g bosbessen

6 zwarte peperbolletjes

3 kruidnagels

Garnituur:

geraspte sinaasappelschil

1. Schik de peren in een braadpan. Zet ze onder water. Voeg rietsuiker, gemberwortel, geraspte sinaasappelschil, pijpje kaneel en vanillestokje toe. Doe er de helft van de bosbessen bij. Maak een buideltje met gaas of neem een theezakje en vul het met de zwarte peperbolletjes en de kruidnagels. Leg dat erbij.
2. Breng aan de kook en laat daarna pocheren op een lager vuur, gedurende 20 minuten of tot wanneer de peren zacht zijn.
3. Laat ze afkoelen in het kookvocht.
4. Neem de peren uit het kookvocht, laat ze uitlekken. Zet opzij.
5. Laat het kookvocht inkoken tot het de consistentie heeft van siroop. Neem het zakje kruiden uit het kookvocht.
6. Verdeel de peren over kommetjes of diepe borden. Overgiet met de kruidige siroop. Versier met de overige bosbessen en geraspte sinaasappelschil.

+ Een sneetje gegrilde honingkoek of een bolletje vanille-ijs smaken er heerlijk bij.

+ Tip: vermijd zogenaamde 'stoofperen', ze zijn erg vast en moeten lang koken. Elke andere perenvariëteit komt in aanmerking voor deze bereiding. Persoonlijk geef ik de voorkeur aan kleine peertjes die mooi presenteren. Het is een geweldig dessert voor een buffet.

E 88 kcal/364 kJ - E.W. 1.2 g - V. T. 0 g - V.V. 8.5 g - K 20.4 g - V 6.7 g - Ch 0 mg

+ Lekker gezond: dit is een dessert met een lage caloriewaarde (minder dan 100 kcal en 0 % vetten), maar wel rijk aan aroma's, smaken en voedingsvezels. Bosbessen bevatten krachtige antioxidanten 'anthocyanosiden', vooral gekend om de hardnekkige vlekken die ze veroorzaken.