

## Standpunt 'Bariatric bij adolescenten'

Versie 25 januari 2019  
Stuurgroep obesitas NVK

### Bariatric bij adolescenten

In Nederland worden jaarlijks veel bariatrische operaties uitgevoerd bij volwassenen. Al langere tijd is er een discussie gaande over de vraag of bariatrische operaties ook voor kinderen onder de achttien jaar beschikbaar zouden moeten worden gesteld. Een werkgroep bestaande uit medisch specialisten – afgevaardigden vanuit de wetenschappelijke verenigingen van kindergeneeskunde, chirurgie en bariatric – heeft zich over dit onderwerp gebogen en kwam daarbij tot een gezamenlijke conclusie. Naar aanleiding van deze consensus formuleerde de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde een standpunt.

### Primair terughoudend

De belangrijkste boodschap van dit standpunt is dat bariatrische chirurgie bij wijze van uitzondering als optie beschikbaar zou moeten zijn, indien is voldaan aan specifieke criteria. De criteria en kaders zijn hieronder verder uitgewerkt:

- Bariatrische chirurgie zou **bij wijze van uitzondering** als optie beschikbaar moeten komen, indien is voldaan aan specifieke criteria binnen de hieronder gestelde kaders.
- **Primair terughoudendheid:** de houding van de kinderarts bij bariatric is primair terughoudend. Eerst moet goed begrepen worden wat de oorzakelijke en onderhoudende factoren van de obesitas bij een individu zijn en in welke mate deze beïnvloedbaar zijn. Deze analyse dient multidisciplinair uitgewerkt te worden volgens de reeds bestaande richtlijnen.
- Er dient sprake te zijn van medische of psychiatrische co-morbiditeit dan wel ernstig psychisch lijden als gevolg van de ernstige mate van overgewicht.
- **Pas indien alle relevante interventies zijn geprobeerd** én pas als onthouding van een bariatrische ingreep een gereede kans zou geven op lichamelijke of geestelijke schade.
- Indien de conclusie is dat bariatric inderdaad noodzakelijk is, ontstaat daarmee tevens de verantwoordelijkheid om de uitvoering van het beleid niet langer uit te stellen. Een potentieel effectieve interventie zou dan niet langer onthouden moeten worden.
- Bariatric vindt uitsluitend plaats als onderdeel van een **levenslange leefstijl-begeleiding**.
- **De zorgstandaard blijft de basis.** De aanpak volgt de pyramide van gewichtsgelateerd gezondheidsrisico. In de top van die pyramide zijn er opties zoals klinische opname en/of bariatric.
- Leeftijdsgrens: vanaf volledig eind-pubertaire kinderen (dus vanaf Tanner-stadium IV/V).

- Inclusie- en exclusiecriteria zoals in de internationale guidelines, maar wel aangepast aan de kaders van de Nederlandse situatie. Denk hierbij aan het GLI voor/na-traject, zoals hieronder nader uitgewerkt.
- Het **informed consent van de adolescent** moet zorgvuldig worden doorlopen. Hiertoe dient een protocol te worden gevolgd dat is opgesteld door mensen met specifieke expertise op dit gebied, waaronder: kinderartsen (stuurgroep), psycholoog, kinderchirurg, bariatrisch chirurg en een medisch ethicus.
- De operatie vindt plaats in een expertisecentrum met multidisciplinair team (zie internationale guidelines). **De kinderarts heeft de regie in voor en nazorg en de verwijzing.** In het multidisciplinaire team moeten ook vertegenwoordigd zijn: specialisten met bariatrische, kinderchirurgische én kinder-intensive-care-competenties. (Besluitvorming binnen de NVvH is nodig om kaders te stellen ten aanzien van balans in de betrokkenheid van bariatrische/kinderchirurgische en kinder-intensive-care-zorg.)
- **Landelijk platform voor casuïstiek-bespreking:** elke patiënt die voor inclusie in aanmerking komt, wordt besproken in het lokaal multidisciplinair behandelteam van het expertisecentrum en daarna door een landelijk expertiseplatform van onafhankelijke experts.
- De operaties worden alleen uitgevoerd **in wetenschappelijk studieverband.**
- Soort operatie: dit is ter beoordeling van de studieopzet en van het expertisecentrum en zal de meest recente richtlijnen volgen.
- **Indicatiestelling:** wat wordt verstaan onder een kwalitatief goed voor/na-traject? Ter verduidelijking, hiermee wordt bedoeld: **de langetermijn-brede aanpak gericht op leefstijlinterventie.** Hiermee wordt *niet* bedoeld: het voor/na-traject van de bariatrische interventie. Wanneer vinden we dat 'alles' is gedaan en conservatieve behandeling niet effectief is gebleken? Hiervoor werden de volgende criteria opgesteld:
  - De zorg voldoet aan de richtlijnen: zorgstandaard, CBO-richtlijn en -addenda, Care4Obesity, NVK Leidraad voor kinderartsen Diagnostiek en behandeling van kinderen met obesitas, en de evidence based NVK-richtlijn (in wording) Behandeling van obesitas bij kinderen.
  - De gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is lokaal beschikbaar en bevat een brede aanpak met een behandelfase, onderhoudsfase en een begeleidingsfase volgens het landelijk model (van Care4Obesity).
  - Behandeling doorlopen: minimaal 1 jaar GLI plus (= GLI + psychologische/systemische/ pedagogische aanpak).

- Door een obesitas expertisecentrum is vastgesteld dat maximale conservatieve behandeling aan de patiënt is geboden en er sprake is van therapieresistentie
- Zo nodig wordt middels een klinische opname van 4 tot 8 weken, waarin observatie en diagnostiek plaatsvindt in een daartoe speciaal uitgerust klinisch centrum voor kinderen met een extreem verhoogd GGR, geëvalueerd of er aanvullende mogelijkheden zijn in de behandeling. Indien er wordt vastgesteld dat er aanvullende mogelijkheden zijn, wordt via een individueel behandelplan tot een jaar de kans gegeven om effect te sorteren. Voor meer informatie kunnen NVK-leden terecht op de besloten pagina Werkgroep Obesitas bij Kinderen. Via 'Diverse bestanden en links' zijn daar de documenten Indiciestelling klinisch en Criteria expertisecentra na te lezen. (Zie: <https://www.nvk.nl/DeNVK/Organisatie/Commissiesea/WerkgroepObesitasbijKinderen.aspx>.)
- In het verwijzend ziekenhuis zijn vaste aanspreekpunten aanwezig en er is een centrale zorgverlener dicht bij huis, die de ketenzorg en de brede aanpak rondom het kind met extreme obesitas kan coördineren.