

Stappenplan medicatie tegen overgewicht

“Dokter, ik heb gehoord dat er medicijnen verkrijgbaar zijn tegen overgewicht. Zou u me die voor willen schrijven?” Ongetwijfeld hebt u die vraag in de afgelopen weken gehoord in de spreekkamer.

De ontwikkelingen op het gebied van obesitas gaan snel. Er komt steeds meer inzicht in de oorzaken van obesitas en eindelijk komen er effectieve behandelingen beschikbaar anders dan: ‘gewoon meer bewegen en minder eten.

Hoe gedifferentieerder echter de oorzaken en hoe ruimer de behandelmogelijkheden, hoe belangrijker het is om voor elke patiënt een geïndividualiseerd plan van aanpak te formuleren. Wie moet er verwezen worden voor diagnostiek naar onderliggende pathologie? Wie komt er in aanmerking voor medicatie?

Om u hierbij te helpen vindt u [hier](#) een stappenplan dat u houvast geeft bij het vaststellen van een behandelplan voor de patiënt die zich met bovenstaande vraag bij u meldt. Bariatrie wordt in dit overzicht buiten beschouwing gelaten.

Stappenplan diagnostiek en behandeling van overgewicht

Het is niet eens zo lang geleden dat we met z'n allen dachten, dat 'elk pondje door het mondje' ging, dat patiënten met overgewicht gewoon meer moesten bewegen en minder moesten eten. En als ze dan niet afvielen, dan deden ze gewoon niet goed genoeg hun best. Helaas is dat in de maatschappij nog steeds vaak het stigma waar patiënten met overgewicht tegen moeten vechten, maar de wetenschap is inmiddels al een aantal stappen verder.'

Om elke patiënt met overgewicht in de praktijk met het meest geschikte behandelplan te kunnen ondersteunen, kunt u het onderstaande stappenplan als leidraad gebruiken. De keuze om 'patiënt' te gebruiken is bewust: obesitas is immers gedefinieerd als chronische ziekte.

Stap 1: Identificeren van oorzaken

Obesitas is typisch een aandoening waarbij zelden slechts 1 oorzaak aanwijsbaar is. Het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) heeft een mooi overzicht geformuleerd van de mogelijke oorzaken die bij elke patiënt de revue moeten passeren. U vindt het overzicht op <https://www.partnerschapovergewicht.nl/stappenplan/>

Hieronder is een korte samenvatting van de domeinen met voorbeelden weergegeven:

1. Leefstijl: oa ongezond eetpatroon, alcohol, (historie van) crashdiëten, nachtdiensten
2. Sociaal-economisch: oa armoede, eenzaamheid, laaggeletterdheid
3. Psychisch: oa depressie, binge-eating disorder
4. Medicamenteus: oa corticosteroiden, antidepressiva, antipsychotica, insuline
5. Hormonaal: oa polycysteus ovarium syndroom, hypothyreoidie, syndroom van Cushing
6. Hypothalaam: oa na ernstig schedeltrauma, na tumor
7. Monogenetisch: kenmerken early onset, hyperfagie, enige binnen gezin
8. Syndromaal: kenmerken relatief early onset, hyperfagie, dysmorfieën, ontwikkelingsachterstand

Stap 2: Aanpakken van geïdentificeerde oorzaken

Wanneer u aan de hand van bovenstaand overzicht duidelijk hebt gekregen welke factoren bij uw patiënt een rol spelen bij het in stand houden van het overgewicht, kunt u deze stuk voor stuk zo veel mogelijk aanpakken of optimaliseren. Domein 1 t/m 4 behoren binnen de eerste lijn, dan wel de specifieke behandelaar indien het medicatie betreft.

Is er verdenking op problematiek in domein 5 t/m 8, dan is verwijzing naar de tweede lijn (internist) op z'n plaats. Wanneer er geen aanwijzingen zijn voor pathologie in deze domeinen, is verwijzing voor 'analyse endocrinologische oorzaak' niet geïndiceerd.

Stap 3: Verwijzing voor gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)

Sinds 2019 wordt gecombineerde leefstijlinterventie vergoed vanuit de basisverzekering (zonder eigen risico) voor een ruime populatie van patiënten met overgewicht.

Criteria:

- Mensen met een BMI vanaf 25 én een verhoogd risico op hart- en vaatziekten of een verhoogd risico op diabetes mellitus type 2.
- Mensen met een BMI vanaf 30.

Gecombineerde leefstijlinterventie is een programma van 2 jaar dat aangeboden wordt door een gecertificeerde GLI-coach (leefstijlcoach, diëtist of fysiotherapeut) en waarin alle aspecten rondom een gezonde leefstijl aan de orde komen: voeding, beweging, stresshantering, slaap, ontspanning, planning & structuur, doorbreken van gewoontegedrag en het terugvalpreventieplan. Sporten zelf wordt overigens niet vergoed door de zorgverzekeraar en is dus geen onderdeel van het GLI-traject. Sommige aanbieders hebben wel een sportprogramma waar deelnemers tegen betaling aan kunnen deelnemen (optioneel).

Veel patiënten zullen aangeven dat ze door alle diëten in het verleden verwachten niets meer te zullen leren binnen de GLI. De ervaring leert echter dat juist deze groep ver 'afgedreven' is van een gezond eetpatroon en wel gebaat is bij GLI.

Wanneer een patiënt het volledige GLI-programma doorloopt, is het gewichtsverlies doorgaans ongeveer 5%. Vanuit medisch oogpunt wordt dit gezien als een succesvolle behandeling, omdat met deze 5% al veel gezondheidswinst behaald wordt. Patiënten kunnen deze 5% echter als teleurstellend weinig ervaren, waardoor het heel belangrijk is bij verwijzing aan adequaat verwachtingsmanagement te doen.

In de regio Zuid-Holland Zuid (zorggroepen DrechtDokters en HenZ) is de GLI centraal georganiseerd vanuit een samenwerkingsverband van huisartsen, GGD en gemeenten. De regiocoördinatie is belegd bij Your Health Spot in Zwijndrecht. Informatie over het programma vindt u op de website: <https://www.gli-zuidhollandzuid.nl/>. De zorggroep Hoeksche Waard heeft de GLI zelf geregeld. Een link hiernaar staat vermeld op bovenstaande website. Om deel te nemen aan het GLI-programma heeft een patiënt een verwijzing van een arts nodig. Vermeldt u dan ook of patiënt aan de verwijscriteria voldoet? Wanneer Your Health Spot de verwijzing ontvangt, zal geëvalueerd worden in welk programma bij welke aanbieder patiënt het eerst aan de beurt is.

Stap 4: Indicatie voor medicamenteuze behandeling van overgewicht

Sinds 1 april 2022 is er vergoeding gekomen voor een eerste anti-obesitas medicament. Het betreft Saxenda® (liraglutide 3,0 mg). Saxenda® is al langer beschikbaar op de Nederlandse markt, maar alleen wanneer patiënten het zelf betaalden tegen een aanzienlijk bedrag.

Liraglutide is een GLP1-agonist. GLP1 wordt geproduceerd door de darm in respons op een maaltijd en geeft een 'einde maaltijd' signaal. Activatie van de GLP1 receptoren in het maag-darmstelsel leidt tot vertraging van de maagontlediging, in de pancreas tot de productie van insuline en in de hersenen tot een verzadigingsgevoel. Dat betekent dus dat de werkzaamheid van liraglutide vooral zit in de afname van hongergevoelens enerzijds en afname van omvang van de maaltijden anderzijds. Analooch daaraan zijn de belangrijkste bijwerkingen van liraglutide misselijkheid en obstipatie of diarree.

Uit studies blijkt dat de toevoeging van liraglutide 3,0 mg aan een gecombineerde leefstijlinterventie tussen de 5% en 8% extra gewichtsreductie geeft. Het betreft hier echt een gemiddelde, de uitersten liggen ver uiteen en effectiviteit is slecht op voorhand te voorspellen.

De volgende patiënten komen op dit moment in aanmerking voor vergoeding van liraglutide 3,0 mg:

- Zij die al deelnemen aan een GLI-programma;
- een extreem verhoogd gezondheidsrisico hebben dat samenhangt met hun gewicht. Dit zijn mensen met een BMI van 35 en hoger die een hart- of vaatziekte, slaapapneu of artrose hebben, en mensen met een BMI van hoger dan 40;
- geen diabetes mellitus (suikerziekte) type 2 hebben;
- (nog) niet in aanmerking komen voor operaties zoals een maagverkleining. Hieronder vallen ook de patiënten die geen bariatrische chirurgie wensen.

Het exclusie criterium van diabetes mellitus type 2 lijkt onlogisch, daar dit een belangrijke comorbiditeit van obesitas is. Voor deze patiënten is elke GLP1-agonist echter reeds beschikbaar binnen de behandeling van diabetes mellitus type 2.

Het GLI-traject volgen naast de medicatie is van groot belang. Bij het continueren van een ongezonde leefstijl zal de medicatie niet optimaal werken. Bovendien is de medicatie bedoeld als een ondersteuning naast een gezonde leefstijl en geen vervanging daarvan. Er worden momenteel afspraken gemaakt met de GLI-aanbieders dat patiënten tenminste 3 maanden een GLI-traject moeten volgen, voordat ze starten met medicatie. Wanneer een patiënt de GLI-behandeling staakt (of niet meer verschijnt), wordt dit teruggekoppeld aan de verwijzer. Deze zou dan sterk moeten overwegen de medicatie weer te staken.

Stap 5: Voorschrijven van liraglutide 3,0 mg in de praktijk

Hoewel in eerste instantie leek dat liraglutide 3,0 mg in het kader van obesitasbehandeling alleen voorgeschreven mocht worden in de tweede lijn, is dit nu aangepast. Op dit moment mogen ook huisartsen de medicatie voorschrijven aan patiënten die voldoen aan bovenstaande criteria.

Liraglutide 3,0 mg wordt zoals alle GLP1-analogen subcutaan toegediend middels een pensysteem.

Het volgende opbouwschema kan toegepast worden:

1. Start 1dd 0,6 mg gedurende 1 week
2. Na 1 week verhogen naar 1 dd 1,2 mg
3. 1 week later verhogen naar 1 dd 1,8 mg
4. 1 week later verhogen naar 1 dd 2,4 mg
5. 1 week later verhogen naar 1 dd 3,0 mg = maximale dosering

Wanneer er sprake is van veel bijwerkingen kan een langzamer opbouwschema gehanteerd worden. Het meeste gewichtsverlies wordt gezien in de eerste drie maanden van gebruik. In maand 4 t/m 6 daalt het gewicht over het algemeen wat langzamer, tot na 6 maanden gebruik er een stabilisatie op zal treden. Gezien de sterk interindividuele variatie in effectiviteit moet er na 3 maanden gebruik van de maximale dosering van 1 dd 3,0 mg een evaluatiemoment plaatsvinden. Wanneer er op dat moment sprake is van minder dan 5% gewichtsreductie, dient geconcludeerd te worden dat de medicatie onvoldoende effectief is. De medicatie moet dan worden gestaakt.

Wanneer meer dan 5% gewichtsreductie bereikt wordt, mag de medicatie gecontinueerd worden. Volgens de huidige inzichten zou dit levenslang moeten, gezien het feit dat staken van de medicatie leidt tot stijging van het gewicht naar waarden zoals voor start van de behandeling.

Wat kunnen we nog verwachten?

Naast Saxenda® is op dit moment op de Nederlandse markt ook Mysimba® (Naltrexon/bupropion), een centrale eetlustremmer, beschikbaar. Mysimba is beschikbaar in tabletvorm en in studies iets minder effectief qua gewichtsreductie dan liraglutide 3,0 mg. Vergoeding is (nog) niet beschikbaar, patiënten kunnen het wel op eigen kosten gebruiken. Ditzelfde geldt overigens ook voor liraglutide 3,0 mg.

De verwachting is dat in de loop van 2022 Wegovy® (semaglutide wekelijks 2,4 mg) beschikbaar zal komen. Eventuele vergoeding is nog niet bekend. De effectiviteit qua gewichtsreductie zal waarschijnlijk hoger zijn dan van liraglutide 3,0 mg.

Daarnaast lopen er meerdere studies in vergevorderde stadia naar nieuwe anti-obesitas medicatie, waarvan de effectiviteit mogelijk oploopt tot 25% gewichtsreductie.

De toekomst ziet er veelbelovend uit qua behandeling van obesitas!

Wilt u meer weten?

Over gecombineerde leefstijl interventie: Miranda Janssen, regiocoördinator GLI Zuid-Holland Zuid, miranda@yourhealthspot.nl, 078-612 55 49

Over specifieke (patiëntgebonden) vragen over diagnostiek en medicamenteuze behandeling van obesitas: Rosalie Kiewiet-Kemper, internist-endocrinoloog, r.kiewiet@asz.nl

Q&A over Saxenda: <https://www.partnerschapovergewicht.nl/2022/saxenda/>

Educatievideo's over diagnostiek en niet-chirurgische behandeling van obesitas: <https://www.partnerschapovergewicht.nl/pon-media-video/>