

KLINISCHE LES

Ondervoeding door een extreem gezondheidsdieet

EEN NIEUWE EETSTOORNIS?

Klaas-Jan Nauta, Koen Toxopeus en E.M.W. (Marelise) Eekhoff

DAMES EN HEREN,

Patiënten met een eetstoornis hebben afwijkend eetgedrag dat gekoppeld is aan een buitensporige preoccupatie met het eigen gewicht of de lichaamsvorm.¹ Wij zagen echter een patiënt met ernstige ondervoeding door een obsessie met een gezondheidsdieet. Bij hem speelden preoccupaties met uiterlijk en gewicht geen rol. Ondervoeding door het volgen van een extreem gezondheidsdieet is een onderbelicht fenomeen in de medische literatuur. Aan de hand van een ziektegeschiedenis willen we de aandacht vestigen op dit onvolgende onderkende medische probleem.

Patiënt A, een 71-jarige man, wordt door de ambulance op de Spoedeisende Hulp (SEH) gebracht vanwege een gedaald bewustzijn en bradycardie (hartfrequentie: 28 slagen/min). Zijn dochter heeft hem verminderd aanspreekbaar aangetroffen en vertelt dat patiënt al jarenlang een extreem dieet volgt. Dit dieet bestaat uit alleen rauwe groenten, peulvruchten en soja, aangevuld met 10 g zout per dag.

Bij onderzoek zien we een ernstig cachectische man met een BMI van 13,8 kg/m² (gewicht: 39,8 kg; lengte: 1,70 m). Op de Glasgow-comaschaal heeft hij een score van 10 (E3-M4-V3), zijn bloeddruk is 120/70 mmHg en zijn hartfrequentie is 90 slagen/min nadat hij inotrope medicatie in de ambulance heeft gehad. Hij heeft fors pitting oedeem van de extremiteiten.

Laboratoriumonderzoek toont de volgende uitslagen (referentiewaarden tussen haakjes): kalium: 3,3 mmol/l (3,6-4,8); calcium (gecorrigeerde niet-eiwitgebonden serumconcentratie): 2,16 mmol/l (2,2-2,6); albumine: 26 g/l (32-45); creatinine: 54 µmol/l (64-104); ureum: 15,7 mmol/l (3-7,5); alkalische fosfatase: 414 U/l (≤ 120); γ-GT: 82 U/l (≤ 55); ASAT: 588 U/l (< 35); ALAT: 327 U/l (≤ 40); LDH: 515 U/l (< 250); vitamine B₁₂: 101 nmol/l (80-160).

Röntgenonderzoek van de thorax laat decompensatio cordis met bilateraal pleuravocht zien. Echografisch onderzoek van het abdomen toont een ruime hoeveelheid ascites. Het ecg laat een sinusritme zien zonder tekenen van ischemie; wel zijn microvoltages zichtbaar. Echografisch onderzoek van het hart toont een redelijke linker- en rechterventrikelfunctie, abnormale kamersептumbeweging, geringe aortaklepinsufficiëntie, geringe mitralisklepinsufficiëntie en geringe pericardeffusie.

We nemen patiënt op op de IC onder de werkdiagnose 'bewustzijnsverlaging met bradycardie op basis van hart-

VU medisch centrum, Amsterdam.

Afd. Ziekenhuispsychiatrie: drs. K. Nauta, psychiater;

drs. K. Toxopeus, aios psychiatrie (thans: psychiater, GGZ Noord-Holland-Noord).

Afd. Interne Geneeskunde: dr. E.M.W. Eekhoff, internist-endocrinoloog.

Contactpersoon: drs. K. Nauta (k.nauta@vumc.nl).

falen e.c.i. met mogelijk een rol voor cachexie'. Differentiaaldiagnostisch denken we vanwege het pleuravocht en de septale wandbewegingsstoornissen aan natte beriberi. Deze diagnose wordt echter minder waarschijnlijk door de niet-afwijkende vitamine B₁-concentratie. Daarnaast hebben we patiënt direct na de opname thiamine gegeven. Hierop verminderde het hartfalen niet, zoals wel te verwachten was als patiënt beriberi zou hebben. Na suppletie van elektrolyten, en toediening van sondevoeding en diuretica herstelt het bewustzijn van patiënt en nemen het perifere oedeem, het pleuravocht en de ascites af.

De somatische voorgeschiedenis van patiënt vermeldt meerdere opnames vanwege complicaties bij een inadequaat dieet. Hij was 5 jaar eerder opgenomen geweest vanwege een collaps en verwardheid door hyponatriëmie bij een inadequaat dieet. 2 jaar later werd hij opgenomen vanwege bilateraal pitting oedeem bij een afwijkend dieet met weinig eiwit en veel zout.

Aangezien patiënt ondanks veelvuldige waarschuwingen van hulpverleners over de gezondheidsrisico's zijn dieet blijft volgen, wordt de psychiatrische consultatieve dienst in consult gevraagd voor diagnostiek naar een onderliggende psychiatrische oorzaak.

Patiënt vertelt dat hij vanuit bezorgdheid over zijn gezondheid al zijn hele leven bezig is met gezonde voeding en diëten. Hij raakte 14 jaar geleden geïnspireerd door een boek waarin beweerd werd dat een dieet met alleen zout, olie, groente en water een optimale gezondheid geeft. Patiënt is dit dieet gaan volgen en zijn ervaringen waren positief. Hij voelde zich fitter en energiever.

Patiënt woont alleen sinds zijn echtgenote 14 jaar geleden is overleden. Hij heeft 4 volwassen kinderen, maar heeft alleen met zijn jongste dochter regelmatig contact. De andere kinderen konden niet meer aanzien hoe hun vader zichzelf in gevaar bracht door zijn dieet. Patiënt leeft geïsoleerd en besteedt veel tijd aan lezen en zijn geloof. Hij is op 51-jarige leeftijd gestopt met werken vanwege overbelasting.

Zijn psychiatrische voorgeschiedenis vermeldt een obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis, maar nadere informatie hierover kunnen we niet achterhalen. Sinds 4 jaar is patiënt onder behandeling bij de polikliniek Ouderenpsychiatrie vanwege de nabehandeling van een doorgemaakt delier. Diagnostisch onderzoek gaf toen geen aanwijzing voor een persoonlijkheidsstoornis of een as I-stoornis. Wel werden dwangmatige persoonlijkheidstrekken en bijzondere ideeën ten aanzien van gezondheid en voeding gerapporteerd.

Bij psychiatrisch onderzoek zien wij een verzwakte, magere man, die met bevoegenheid vertelt over zijn dieet en de theorieën die hij daarover heeft. Hij heeft weinig ziekte-inzicht, noch inzicht in de redenen van zijn ziekenhuisopname. Patiënt twijfelt aan de relatie tussen zijn

dieet en de huidige en eerdere ziekenhuisopnames. Het bewustzijn is helder; de aandacht is te trekken en te behouden. Het beloop van het denken is licht vertraagd, maar is wel coherent. Hij heeft geen formele denkstoornissen. In zijn inhoud van denken heeft hij een preoccupatie met gezonde voeding en is hij overtuigd dat veel voedingsbestanddelen schadelijk zijn. Verder heeft hij megalomane denkbeelden. Hij gelooft dat God hem heeft uitverkoren als pionier om de wereld te tonen hoe je optimaal gezond kunt leven. Deze gedachten zijn sinds meer dan 10 jaar stabiel aanwezig. Ze worden door patiënt beleefd als egosyntoon, dat wil zeggen: bij hem passend, en hij kan op zijn gedachten reflecteren. Zijn stemming is normofoor met een adequaat modulerend affect. In zijn persoonlijkheid zien we aanwijzingen voor een laag, extern gereguleerd zelfgevoel en dwangmatige persoonlijkheidstrekken.

Nadat patiënt is hersteld van de acute somatische problemen, wordt hij overgeplaatst naar de Medisch Psychiatrische Unit voor het continueren van de sondevoeding onder bewaking van de elektrolytenhuishouding en voor psychiatrische diagnostiek.

De sondevoeding kan snel worden afgebouwd. Hoewel patiënt dwingend is op het gebied van voeding, eet hij alle maaltijden. Patiënt ontvangt uitleg over gezonde voeding van een diëtist en internist. Ook wordt zijn familie betrokken bij het voedingsbeleid. Na 2 weken zegt patiënt toe zijn dieet te zullen aanpassen volgens de adviezen van de diëtist om de bezorgdheid bij zijn familie weg te nemen en ziekenhuisopnames te voorkomen.

Meer dan 1 jaar later hecht patiënt nog altijd grote waarde aan een gezond dieet. Hij houdt zich echter aan de adviezen van zijn diëtist. Zijn gewicht is stabiel op 53,5 kg (BMI: 18,3 kg/m²) en hij is niet meer opgenomen geweest.

BESCHOUWING

De confrontatie met deze patiënt riep 3 vragen bij ons op. Ten eerste vroegen wij ons af of ondervoeding met ernstige complicaties door gezondheidsdiëten vaker wordt gezien in ziekenhuizen. Ten tweede wilden we graag weten in hoeverre de extreme dieetgewoonten van patiënt verklaard konden worden door een actuele, behandelbare psychiatrische aandoening. En ten derde vroegen we ons af of we hier wellicht te maken hebben met een nieuwe eetstoornis. Hieronder bespreken wij bovenstaande vragen aan de hand van verdieping van de ziektegeschiedenis en de literatuur.

EPIDEMIOLOGIE

Wij zochten in de medische literatuur naar informatie over ondervoeding en medische complicaties van

TABEL 1 Literatuuroverzicht van patiëntbeschrijvingen over diëten en ondervoeding

somatische diagnose of deficiëntie	dieet	psychiatrische diagnose volgens de DSM-IV	psychopathologisch mechanisme
keratomalacie door vitamine A-deficiëntie ⁵	rijst, peulvruchten en alfalfa	schizofrenie	vergiftigingswanen
scheurbuik door vitamine C-deficiëntie ⁶	havermoutpap	obsessieve-compulsieve stoornis	dwanggedachten
wernicke-encefalopathie door vitamine B1-deficiëntie ⁷	rijstzoutjes en kipnuggets	zwakbegaafdheid	verstandelijke handicap
hyponatriëmie, pneumomediastinum, rabdomyolyse en pancytopenie door onder andere proteïnedeficiëntie ⁸	bruine rijst en groente	orthorexia nervosa*	obsessie met gezondheid

* Orthorexia nervosa is geen DSM-IV-geclassificeerde diagnose.

gezondheidsdiëten. Aangezien ondervoeding door het volgen van een extreem gezondheidsdieet niet als een aparte stoornis is gedefinieerd, zijn er geen cijfers bekend over de prevalentie hiervan. Wij identificeerden wel een aantal beschrijvingen van patiënten met ernstige ondervoeding door gezondheidsdiëten. Een overzicht hiervan is te zien in tabel 1.

Opvallend is dat bij alle patiëntbeschrijvingen sprake is van zeldzame somatische complicaties. Dit werpt de vraag op wat dit betekent voor de epidemiologie van dit verschijnsel. Het is niet ondenkbaar dat er sprake is van onderrapportage op dit gebied, omdat alleen de zogenaamde 'extreme ziektegeschiedenissen' worden gepubliceerd.

PSYCHOPATHOLOGIE

Op basis van onze klinische beoordelingen en het literatuuronderzoek overwogen wij een aantal behandelbare psychiatrische aandoeningen als verklaring voor de extreme voedingsgewoonten van onze patiënt (zie tabel 1).

Vanwege de lang bestaande magische gedachten van patiënt dachten we aan een psychose in het kader van schizofrenie of een waanstoornis. De vreemde denkbeelden van patiënt werden echter niet beoordeeld als wanen, omdat ze vanuit zijn referentiekader niet bizar waren en patiënt in staat was om op zijn gedachten te reflecteren en deze zelfs te corrigeren. Daarnaast vertoonde patiënt geen andere symptomen van een psychose en had hij een blanco psychiatrische voorgeschiedenis. Differentiaaldiagnostisch dachten we aan obsessieve-compulsieve stoornis. Hiertegen sprak echter dat patiënt zijn denkbeelden en het gedrag dat hieruit voortkwam beleefde als bij hem passend (egosyntoon).

We overwogen daarnaast de diagnose 'obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis' vanwege de geobserveerde dwangmatige persoonlijkheidstrekken en de mogelijk in het verleden gestelde diagnose 'persoonlijkheidsstoornis'. Op basis van onze onderzoeken was er echter onvoldoende grond voor deze diagnose. We veronderstelden wel een rol voor de dwangmatige persoon-

TABEL 2 Criteria van anorexia nervosa volgens de DSM-IV¹

criteria

- weigering het lichaamsgewicht te handhaven of op boven een voor de leeftijd en lengte minimaal normaal gewicht
- intense angst in gewicht aan te komen of te dik te worden, terwijl er juist sprake is van ondergewicht
- stoornis in de manier waarop iemand zijn of haar lichaamsgewicht beleeft, onevenredig grote invloed van het lichaamsgewicht, of lichaamsvorm op het oordeel over zichzelf of ontkenning van de ernst van het huidige lage lichaamsgewicht
- amenorroe bij meisjes na de menarche

TABEL 3 Criteria van orthorexia nervosa³

criteria

- een sterke preoccupatie met gezond eten die zich manifesteert in het vermijden van voeding of ingrediënten die als ongezond worden beschouwd
- een ongewone bezorgdheid over de eigen gezondheid
- significante stress of beperking in het sociaal, beroepsmatig of ander functioneren
- gewichtsverlies en ondervoeding kan ontstaan vanwege het selectieve eetgedrag
- de symptomen zijn niet het gevolg van een andere psychiatrische stoornis, met name geen gevolg van hypochondrie of anorexia nervosa

LEERPUNTEN

- **Patiënten met een eetstoornis hebben afwijkend eetgedrag dat gekoppeld is aan een buitensporige preoccupatie met het lichaamsgewicht of de lichaamsvorm.**
- **Ondervoeding met medische complicaties kan optreden door abnormaal eetgedrag dat wordt gemotiveerd door een obsessie met gezondheid.**
- **Er is geen specifieke psychopathologische stoornis beschreven die een obsessie met een gezondheidsdieet betreft en er is niets bekend over de epidemiologie hiervan.**
- **In de populaire literatuur is veel aandacht voor orthorexia nervosa; een vermeende eetstoornis die leidt tot een dusdanige preoccupatie met gezond eten dat een hieruit voortkomend selectief en restrictief dieet kan leiden tot ernstig ondergewicht en ernstige ondervoeding.**
- **Behandelaren van patiënten met een eetstoornis zien in de praktijk regelmatig patiënten met symptomen van orthorexia nervosa.**
- **Meer aandacht voor orthorexia nervosa door klinische en wetenschappelijke onderzoekspublicaties in de medische literatuur is wenselijk, zodat er meer duidelijkheid komt over dit ziektebeeld.**

lijkheidstrekken in het ontwikkelen van het afwijkende eetgedrag, zoals ook in onderzoek is aangetoond.² Patiënt voldeed ook niet aan de criteria van anorexia nervosa volgens de DSM-IV (tabel 2).¹ De motivatie van patiënt voor het dieet was niet gelegen in een angst om dik te worden of in een gestoorde beleving van zijn lichaamsgewicht. Ook voldeed patiënt niet aan de criteria van een andere eetstoornis volgens de DSM-IV.

EEN NIEUWE EETSTOORNIS?

Bestudering van de literatuur vestigde onze aandacht op orthorexia nervosa. Bij deze vermeende eetstoornis, die voor het eerst werd beschreven in 1997, hebben patiënten een dusdanige fixatie op gezonde voeding dat een hieruit voortkomend selectief en restrictief dieet kan leiden tot ernstige ondervoeding.³

Hoewel orthorexia nervosa in de populaire literatuur veel aandacht heeft gekregen, is de aandoening door de medische literatuur grotendeels genegeerd.^{4,9} Dit heeft te maken met de geringe wetenschappelijke onderbouwing. Er zijn namelijk geen universele criteria voor orthorexia nervosa gedefinieerd, en betrouwbare en valide meetinstrumenten ontbreken. Verder zijn er veel vragen over de validiteit van orthorexia nervosa: moet deze aandoening bijvoorbeeld gezien worden als een extreme dieetge-

woonte, een voorstadium van een bekende eetstoornis, of gaat het om een nieuwe eetstoornis?¹⁰

Op basis van eerdere beschrijvingen van ziektegeschiedenissen zijn diagnostische criteria voor orthorexia nervosa opgesteld (tabel 3).⁴ Onze patiënt voldeed aan al deze criteria. De klinische relevantie hiervan is echter onduidelijk, aangezien de criteria van orthorexia nervosa onvoldoende geoperationaliseerd zijn om te kunnen spreken van een diagnose.

Bovenstaande ziektegeschiedenis illustreert dat ondervoeding door het volgen van een gezondheidsdieet een medisch probleem is dat meer aandacht verdient. In een groep erkende behandelaren van patiënten met een eetstoornis gaf 66,7% van hen aan de verschijnselen van orthorexia nervosa te zien in hun praktijk. Ook vond 68,5% dat meer aandacht voor dit fenomeen gewenst is.⁴ Schattingen van de prevalentie van orthorexia nervosa in de algemene populatie, hoewel deze zijn gebaseerd op matig betrouwbare meetinstrumenten, lopen uiteen van 6,9-57,6%.⁸ Het is niet ondenkbaar dat de talrijke, wetenschappelijk vaak onvoldoende gefundeerde diëten die via de media vrijelijk beschikbaar zijn, op andere mensen een even schadelijke uitwerking hebben als op onze patiënt.²

Dames en Heren, ondervoeding door het volgen van een dieet dat voortkomt uit een obsessie met gezondheid vormt een onvoldoende onderkend medisch probleem. Wij zagen een patiënt die vanwege ernstige complicaties van een gezondheidsdieet werd opgenomen in het ziekenhuis. Dit fenomeen is niet gedefinieerd als een aparte eetstoornis in de DSM-IV en er is niets bekend over de epidemiologie hiervan. In de populaire literatuur daarentegen bestaat veel aandacht voor orthorexia nervosa, een vermeende eetstoornis, waarvan de symptomen veel overeenkomsten vertonen met de symptomen van onze patiënt en die door behandelaren van patiënten met een eetstoornis veel wordt gezien. Meer aandacht voor dit onderwerp door klinisch en wetenschappelijk onderzoek en door berichtgeving in de medische literatuur is wenselijk, zodat meer duidelijk wordt over de epidemiologie, de validiteit van de definitie en het klinisch beeld van orthorexia nervosa.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 18 februari 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:A9164

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A9164**

LITERATUUR

- 1 Vandereyken W. Eetstoornissen. In: Hengeveld MW, Balkom AJLM, red. Leerboek psychiatrie. Deel 2. Utrecht: De Tijdstroom; 2009.
- 2 Koven NS, Abry AW. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015;11:385-94.
- 3 Bratman S. Health food junkie. *Yoga Journal.* 1997;42-50.
- 4 Vandereycken W. Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eat Disord.* 2011;19:145-55.
- 5 Olver J. Keratomalacia on a 'healthy diet'. *Br J Ophthalmol.* 1986;70:357-60.
- 6 Yaegaschi MY, Torres AR. Scurvy, anemia and malnutrition secondary to obsessive-compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32:198-9.
- 7 McKenna LA, Drummond RS, Drummond S, Talwar D, Lean ME. Seeing double: the low carb diet. *BMJ.* 2013;346:f2563.
- 8 Park SW, Kim JY, Go GJ, Jeon ES, Pyo HJ, Kwon YJ. Orthorexia nervosa with hyponatremia, subcutaneous emphysema, pneumomediastinum, pneumothorax, and pancytopenia. *Electrolyte Blood Press.* 2011;9:32-7.
- 9 Oksman O. Orthorexia: when healthy eating turns against you. *The Guardian* 26 september 2015.
- 10 Varga M, Dukay-Szabó S, Túry E, van Furth EF. Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord.* 2013;18:103-11.