

KLINISCHE LES

Hervoeding bij een tiener met een eetstoornis

ALS DE PATIËNT NIET WIL, MAAR DE ARTS WEL MOET INGRIJPEN

Charlotte M. Nusman en Annemarie C.M. van Bellegem

DAMES EN HEREN,

De somatische begeleiding van adolescenten met een psychiatrische eetstoornis kent veel uitdagingen. Deze kunnen variëren van het tijdig vaststellen van een acute somatische complicatie tot een niet-coöperatieve patiënt. Bij artsen kan deze groep negatieve gevoelens oproepen en onzekerheid geven over welke handelingen wel of niet zijn toegestaan wanneer de patiënt niet wil. In combinatie met onvoldoende kennis over de gevolgen van voedsel- en vochtweigering kan dit leiden tot ‘behandelverlegenheid’ – het uitstellen of zelfs afzien van behandeling – met mogelijk grote gevolgen.

Patiënt, een jongen van 12 jaar, werd door de huisarts verwezen naar de polikliniek van een perifeer ziekenhuis wegens gewichtsverlies en vermoeidheid. De anamnese door de kinderarts aldaar leerde dat er sinds 4 maanden sprake was van opzettelijk gewichtsverlies. Patiënt vertelde dat hij duizelig was bij opstaan, en een verminderde concentratie, een afgenomen inspanningsintolerantie en koude ledematen had. Laboratoriumonderzoek liet op dat moment geen bijzonderheden zien in de elektrolyten- en glucosewaarde of in het volledige bloedbeeld; wel was de creatiniewaarde 117 $\mu\text{mol/l}$ (referentiewaarde: 31-68).

Een aantal dagen na de poliklinische evaluatie werd patiënt opgenomen op de kinderafdeling omdat er sprake was van dreigende uitputting. Bij opname was zijn gewicht 25,9 kg (-3,5 SDS gewicht naar lengte) bij een lengte van 1,44 m (-1,7 SD naar leeftijd); zijn BMI was 12,5 kg/m^2 (-3,9 SD). Patiënt vertoonde een grote angst voor voedsel en weigerde mee te werken aan de behandeling. Hij wilde niet drinken of eten, behalve wat sperziebonen. Patiënt werd daarom overgeplaatst naar ons academische centrum omdat hier expertise is op het gebied van eetstoornissen.

Uit de aanvullende anamnese bij opname in ons ziekenhuis bleek dat patiënt periodes van extreem restrictieve vochtinname had. Bij lichamelijk onderzoek zagen we een cachectische, pezige jongen met anorectische kenmerken, zoals uitgesproken acrocyanose en donshaargroei in het gelaat en op de rug en armen (lanugo). Zijn hydratietoestand was wel goed. De hartfrequentie varieerde van 32-41 slagen/min op momenten dat patiënt wakker was (referentiewaarde: 80-120) en de bloeddruk was 95/64 mmHg (P_{5-50}). De creatiniewaarde was gestegen naar 134 $\mu\text{mol/l}$. Een urinesediment was niet-afwijkend.

AMC-Emma Kinderziekenhuis, afd. Kindergeneeskunde, Amsterdam.

Dr. C.M. Nusman, coassistent; drs. A.C.M. van Bellegem, kinderarts.

Contactpersoon: drs. A.C.M. van Bellegem

(a.c.vanbellegem@amc.uva.nl).

Echografisch onderzoek liet een niet-afwijkend aspect van de blaas en blaaswand zien en voor de leeftijd kleine nieren met dubieus, iets echorijk parenchym. Op basis van de bevindingen bij de anamnese met periodes van beperkte vochtinname, het lichamelijke onderzoek en aanvullend onderzoek stelden we de diagnose 'prerenale nierinsufficiëntie met mogelijk acute tubulusnecrose' en zetten een beleid van ruime vochtinname in. Er waren geen aanwijzingen voor pre-existent nierlijden, zoals nefronoftisis of primaire nierdysplasie.

Direct na opname spraken we met patiënt en zijn ouders over het herintroduceren van voeding. De ouders maar vooral patiënt zelf stemden hier uiteindelijk mee in. De vrijwillige herintroductie vond plaats onder monitorbewaking, waarbij uitgesproken bradycardie met hartfrequenties tot 29 slagen/min werden gezien. Met een eetlijst die bestond uit 6 eetmomenten per dag hoogden we de calorische belasting op tot 2000 kcal/dag. We zorgden voor intensieve begeleiding tijdens de eetmomenten en duidelijke afspraken rond bewegen en andere activiteiten. Hierbij hanteerden we een directieve, empathische, niet-veroordelende houding. Zowel patiënt als zijn ouders kregen psycho-educatie over anorectische cognities, lichaamsbeleving en mogelijke somatische complicaties. Ook betrokken we direct na opname de ggz in de vorm van begeleiding door het Centrum voor Eetstoornissen. Gedurende de hele opname werkten we met een multidisciplinair team.

De hervoedingsfase verliep ongecompliceerd, er deden zich geen hypoglykemieën meer voor en de bradycardie verdween; de creatinewaarde bleef echter verhoogd. Na 13 dagen kon patiënt naar huis worden ontslagen. Ondanks het klinische herstel in de maanden daarop verbeterde de nierfunctie niet. De geschatte glomerulaire filtratiesnelheid berekend volgens de formule van Schwartz is nu 60 ml/min per 1,73 m². Dit komt overeen met chronische nierziekte stadium 2 à 3.

BESCHOUWING

Deze casus toont een aantal van de somatische complicaties die kunnen optreden bij jonge patiënten met een eetstoornis. Artsen die met deze patiëntengroep te maken krijgen moeten kennis hebben over de mogelijke somatische complicaties en de juiste diagnostische hulpmiddelen, en zich bewust zijn van de geldende wet- en regelgeving rond de behandeling.

DIAGNOSTIEK

Om de ernst van de situatie te kunnen inschatten bij patiënten met een eetstoornis is een heteroanamnese van groot belang, naast lichamelijke onderzoek, een ecg en aanvullend bloedonderzoek. Patiënten hebben vaak

geen klachten en zien zichzelf ook niet als ziek. Als ze wel klachten hebben, kunnen ze deze ontkennen uit angst voor de consequenties, zoals toediening van glucose bij hypoglykemische verschijnselen. Deze factoren zorgen ervoor dat artsen de ernst van de ziekte kunnen onderschatten.

SOMATISCHE COMPLICATIES

Grote gewichtsverliezen, gewichtsschommelingen en het risicovolle gedrag waarmee gewichtsverlies wordt nagestreefd – zoals braken, laxeren, extreem sporten, veel water drinken om zwaarder te zijn vóór weegmomenten – kunnen niet alleen onschadelijke, passagère aanpassingen veroorzaken, maar ook acute en irreversibele, chronische complicaties. De mate van ondergewicht, de snelheid van het gewichtsverlies, de sekse en leeftijd van de patiënt, en het eventuele braken hebben invloed op de ernst en het optreden van complicaties.

De somatische complicaties bij jongens en bij jongere patiënten zijn vaak ernstiger dan bij meisjes, mogelijk omdat de diagnose bij deze eerste 2 groepen vaak laat wordt gesteld. Bij kinderen en adolescenten kunnen potentieel irreversibele, ernstige afwijkingen optreden, zoals groeiretardatie, vertraging of stagnatie van de puberteitsontwikkeling, en een verminderde botdichtheid. Ook is er mogelijk een effect op het groeiende en zich ontwikkelende brein.

De meest voorkomende acute complicaties doen zich voor op cardiaal, nefrologisch, gastro-intestinaal en metabool vlak. Sinusbradycardie (< 60 slagen/min), hypotensie en orthostase worden bij vrijwel alle patiënten in meer of mindere mate gezien, zo ook bij onze patiënt. Dit zijn fysiologische aanpassingen aan de slechte voedingstoestand. In het algemeen wordt aangenomen dat de cardiovasculaire complicaties van anorexia en boulimia nervosa de belangrijkste bijdrage leveren aan de relatief hoge mortaliteit van deze aandoeningen, naast suïcidaliteit.^{1,2}

Bij 33-62% van de patiënten wordt een mitralisklepinsufficiëntie gezien, die meestal klinisch niet relevant is.^{3,4} Bij de beoordeling van het ecg is het belangrijk om te letten op het ritme (brady- of tachycardie, AV-blok), de geleidingstijden (verlengd PR-interval, QT-tijdverlenging) en specifieke ST-segmentafwijkingen.

Of onze patiënt in een eerder stadium opgenomen had moeten worden, blijft arbitrair. Er bestaat wereldwijd geen consensus over de somatische opnamecriteria voor patiënten met een eetstoornis. In de tabel staan de opnamecriteria zoals die in Nederland worden gehandhaafd. Bovenstaande casus illustreert dat chronische nierinsufficiëntie secundair aan een eetstoornis kan ontstaan. Herhaalde en ernstige restrictieve vochtinname en een verminderd hartminuutvolume resulteerden bij onze

TABEL Indicaties voor klinische opname van een patiënt met een eetstoornis**indicatie**

ernstige ondervoeding (< 70% van uitgangsgewicht), met complicaties of een dreiging daarvan

acute somatische complicatie

ritmestoornissen, waaronder bradycardie < 40 slagen/min

ernstige hypotensie (diastolische bloeddruk: < P_3 voor leeftijd) en orthostase

al dan niet ernstige dehydratie, vochtweigering of een combinatie daarvan

ernstige elektrolytstoornissen of ernstig gestoord zuur-base-evenwicht

hypoglykemie (< 2,8 mmol/l)

hypothermie (< 33°C)

overig, onder andere

- pancreatitis
- convulsies
- uitputting

- **Als acute somatische complicaties optreden bij een patiënt met een psychiatrische eetstoornis, moet de arts direct ingrijpen, ook al is dit tegen de wil van de patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger.**
- **Een eeg is onmisbaar bij de opvang van patiënten met een eetstoornis, omdat cardiale complicaties voor een belangrijk deel bijdragen aan de morbiditeit en mortaliteit.**
- **Bij patiënten met een eetstoornis moet niet alleen worden gedacht aan de gevolgen van voedselweigering, maar ook aan die van vochtweigering, zoals prerenale nierinsufficiëntie.**
- **Een multidisciplinair behandelteam dat duidelijk, consequent en niet-veroordelend communiceert met de patiënt die een eetstoornis heeft, is van groot belang voor de kwaliteit van zorg.**
- **Hoogcalorische hervoeding is gunstig bij licht tot matig ondervoede patiënten vanwege de snelle gewichtstoename zonder verhoogd risico op somatische complicaties.**

patiënt in langdurige renale hypoperfusie en daardoor in acute tubulusnecrose. Mogelijk werd de ernst van de verhoogde creatinewaarde op de polikliniek van het perifere ziekenhuis onderschat.

Ondanks overmatig sporten leidt ondervoeding tot spierverval. Daardoor is de serumcreatinewaarde van patiënten met een eetstoornis over het algemeen lager dan verwacht. Dit kan leiden tot een overschatting van de nierfunctie. Bij deze patiënten kan de nierfunctie bepaald worden aan de hand van de concentratie van cystatine C, een molecuul waarvan de serumwaarde onafhankelijk is van de spiermassa of wisselingen daarin.

BEHANDELING

Bij de behandeling van patiënten met een eetstoornis zijn er meerdere aandachtspunten.

Communicatie Het is niet eenvoudig om te werken met adolescente patiënten met een eetstoornis. Door inzicht te krijgen in het ziektebeeld kan de hulpverlener het gedrag van de patiënt beter plaatsen. Dit gedrag, zoals het stiekem weggooien van eten of veel water drinken vóór het wegeen, komt vaak voort uit extreme angst voor bijvoorbeeld voeding of toename van het lichaamsgewicht. Het is van belang begrip te tonen voor dergelijk gedrag, maar het tegelijkertijd niet toe te staan. Een positieve, steunende en open houding van de hulpverlener en duidelijke, directe en niet-veroordelende communicatie worden als helpend ervaren door de patiënt.

Tijdens de behandeling wordt gestreefd naar een eenduidige en consequente benadering. Dit vraagt een nauwe

samenwerking binnen het multidisciplinaire team, met ruimte voor intervisie en regelmatige overlegmomenten. Hierbij dienen de patiënt, het gezin, de verpleegkundigen, de ggz-hulpverleners, de somatische artsen en de diëtist betrokken te worden en moet eenieder zijn of haar rol innemen.

Acuut gevaar Als een patiënt met een eetstoornis voedsel of vocht geheel of gedeeltelijk weigert en informed consent van de patiënt zelf of van een wettelijke vertegenwoordiger ontbreekt, mag de arts, conform de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), alleen ingrijpen bij ernstig en acuut gevaar, wilsonbekwaamheid of een combinatie daarvan.⁵ Voor kinderen jonger dan 12 jaar geldt dat de wettelijke vertegenwoordiger toestemming dient te geven voor de behandeling. Oudere patiënten moeten wilsonbekwaam worden verklaard; dit gebeurt volgens het stappenplan van de KNMG.⁶ De patiënt wordt wilsonbekwaam verklaard op grond van het feit dat hij of zij de informatie over de behandeling niet meer kan begrijpen en afwegen, niet begrijpt wat de gevolgen van zijn of haar besluit over de behandeling zijn, of geen besluit kan nemen.

Als het gevaar het gevolg is van de psychische stoornis en dat gevaar alleen kan worden voorkomen door een opname in een psychiatrisch ziekenhuis, kan een maatregel op grond van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) worden overwogen: een inbewaringstelling voor de acute situatie en een rechterlijke machtiging voor de langere termijn. Het nadeel is echter dat een BOPZ-maatregel alleen kan worden uitgevoerd in een door de Wet BOPZ erkende instel-

ling, waar de somatische zorg die nodig is meestal niet kan worden geboden. De medisch-psychiatrische afdelingen en de psychiatrische afdeling van algemene ziekenhuizen hebben vaak geen jeugdbedden, op een enkele uitzondering na.

Snelheid van hervoeding Bij het opnieuw introduceren van voeding bij onze patiënt begonnen we met hoogcalorische voeding en hoogden de calorische inname snel nog verder op. Om het optreden van het hervoedingsyndroom te voorkomen werd lange tijd gedacht dat herintroductie van voeding bij patiënten in een katabole fase langzaam en met laagcalorische voeding moest gebeuren. Er kunnen namelijk levensbedreigende complicaties optreden door elektrolytstoornissen die worden veroorzaakt door een metabole cascade, die tijdens hervoeding in gang wordt gezet. Recent wetenschappelijk onderzoek laat zien dat het sneller geven van hoogcalorische voeding veilig is bij licht tot matig ondervoede patiënten en resulteert in een significant hogere gewichtstoename, zonder dat er meer somatische complicaties

optreden.⁷ Bij ernstig ondervoede patiënten is het effect van hoogcalorische voeding onvoldoende onderzocht.⁸

Dames en Heren, het optreden van somatische complicaties bij jonge patiënten met een psychiatrische eetstoornis is geen uitzondering. Om optimale zorg te kunnen leveren is kennis over de mogelijke complicaties, diagnostische hulpmiddelen en juridische kaders nodig. Hoewel patiënten die voedsel, vocht of beide weigeren lastig te behandelen zijn, is adequaat ingrijpen binnen deze juridische kaders noodzakelijk om structurele somatische schade te voorkomen.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 9 augustus 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D896

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D896**

LITERATUUR

- Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB. Predictors of mortality in eating disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:179-83.
- Hall RC, Beresford TP, Popkin MK, et al. Mitral valve prolapse and anxiety disorders in patients with anorexia nervosa. *Psychiatr Med*. 1989;7:217-33.
- Sachs KV, Harnke B, Mehler PS, Krantz MJ. Cardiovascular complications of anorexia nervosa: A systematic review. *Int J Eat Disord*. 2016;49:238-48.
- Van Bellegem ACM, Eikendal ALM. Somatische complicaties en behandeling van anorexia nervosa bij kinderen en adolescenten: lichte lijven, zware gevolgen. *Praktische Pediatie*. 2012;4:208-14.
- Dwang op grond van de WGBO. Informatiepunt dwang in de zorg. www.dwanginezorg.nl/onzijwillige-zorg/regels-en-richtlijnen/dwang-in-een-noodsituatie-die-niet-door-een-psychische-stoornis-is-ontstaan, geraadpleegd op 10 augustus 2016.
- Bijlage 9 Stappenplan bij beoordeling wilsbekwaamheid. In: Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 2 Informatie en toestemming. Utrecht: KNMG; 2004.
- O'Connor G, Nicholls D, Hudson L, Singhal A. Refeeding low weight hospitalized adolescents with anorexia nervosa: a multicenter randomized controlled trial. *Nutr Clin Pract*. 11 februari 2016 (epub).
- Garber AK, Sawyer SM, Golden NH, et al. A systematic review of approaches to refeeding in patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2016;49:293-310.