

VOEDINGS –EN EETSTOORNISSEN

Typen en kenmerken

Classificatie volgens DSM 5

Eetstoornis	
Anorexia Nervosa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beperken van energie inname to energie behoefte resulterend in een te laag lichaamsgewicht voor leeftijd en geslacht. Bij kinderen te bepalen adhv groeicurve *, bij volwassenen adhv minimaal gezond gewicht. 2. Intense vrees om aan te komen en gedrag wat dat verhindert. 3. Verstoorde lichaamsbeleving welke grote invloed heeft op zelfoordeel <ul style="list-style-type: none"> • <i>Restrictief type</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ verminderde intake en of overmatig bewegen • <i>Purgerend type</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ met eetbuien of purgeergedrag **
Boulimia Nervosa	<ul style="list-style-type: none"> • Recidiverend eetbuien *** • Recidiverend inadequate purgeergedrag **/ vasten/ overmatig bewegen • Gedurende meer dan 3 maanden, minimaal eens per week. • Gestoorde lichaamsbeleving welke grote invloed heeft op zelfoordeel
Eetbui stoornis	<p>Recidiverend eetbuien (zie boven)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meer dan 3 maanden lang, minimaal 1 x per week • Geen compensatoir gedrag
Pica	<p>Het eten van niet voor consumptieve geschikte stoffen gedurende minimaal 1 maand</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niet passend bij ontwikkelingsniveau betrokkene of cultuur • Zonder ander psychische, psychiatrische, somatische aandoening of zwangerschap
Ruminatie stoornis	<p>Herhaaldelijk rumineren gedurende minimaal 1 maand</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zonder somatische oorzaak, psychiatrische aandoening of psychische stoornis
Vermijdende/ restrictieve voedselinnamestoornis	<p>Persisterend te weinig voedselinname met een of meer van de volgende kenmerken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Significant gewichtsverlies of uitblijvende te verwachte groei bij kinderen • Voedingsdeficiëntie • Niet voldoende aan criteria voor anorexia of boulimia nervosa • Zonder dat deze (geheel) kan worden toegeschreven aan een andere aandoening of stoornis
Ongespecificeerde voedings- of eetstoornis	<p>Klinische beelden waarbij symptomen kenmerkend voor een voedings- of eetstoornis aanwezig zijn, maar niet aan alle diagnostische criteria wordt voldaan</p>

* Groeicurve

Curves voor kinderen tot 18 jaar van Nederlandse, Marokkaanse origine en voor kinderen met Syndroom van Down te downloaden op

https://www.tno.nl/content.cfm?context=thema&content=inno_case&laag1=891&laag2=902&item_id=1141

**Eetbui

- Grote hoeveelheden eten zonder honger/trek
- Binnen bepaalde tijdsperiode, bijvoorbeeld 30 minuten
- Controleverlies: geen beheersing over eten tijdens eetbui en niet kunnen stoppen

***Purgeergedrag

Zelf- opgewekt- braken, laxeren, medicatie- middelen- of kruidengebruik welke gewicht mogelijk beïnvloedt

Lichamelijke aanwijzingen

Klachten

Moeheid
Concentratieverlies
Slaapproblemen
Kouwelijkheid

Koude acra
Maag darm klachten
Obstipatie
Menstruatiestoornissen (amenorroe)
Ejaculatiestoornissen

Verschijselen

Bij ondergewicht

Cachexie, spieratrofie
Bradyfrenie
Hypothermie
Bradycardie

Hypotensie
Lanugo beharing
Acracyanose

Verschijselen

Bij zelf opgewekt braken

Vergrote parotis
Glazuurverlies snijtanden
Petechiën gelaat
Wondjes handrug (Russels sign)
Perifeer oedeem

Meet

Gewicht (in ondergoed)
Lengte
Temperatuur
Tensie liggend en staand
Hartfrequentie in rust
Glucose

Alarmsignalen

Gewicht < 70% uitgangsgewicht of gezond gewicht (te bepalen bij kinderen a.d.h.v. groeicurve)

Stilstaande groei en ontwikkeling (bij kinderen)

Hartfrequentie < 40 slagen/ min, ECG is dan geïndiceerd

Orale temperatuur < 35 ° C

Hypotensie (< 90/50) met aanwijzingen voor (near) syncope

Terminale ondervoeding en/ of uitputting (spierzwakte)

Hypoglycemie <3,5

In deze gevallen is overleg met een kinderarts, of internist gewenst.

Differentiaal diagnose

Endocriene aandoeningen: hypo- of hyperthyreoidie, M Addison, M. Cushing, Diabetes Mellitus, Diabetes Insipidus

Gastrointestinale aandoeningen: IBD, IBS, Coeliakie, malabsorptie

Genetische aandoeningen: Prader Willi, MCR4 deficiëntie, Klinefelter etc.

Aanvullend onderzoek

Onderzoek	Indicatie	Bepaling	Ratio
Laboratorium	Ondergewicht	Bloedbeeld	Leukopenie bij ondervoeding Anemie bij gastro-intestinaal bloedverlies
	Purgeren	Na, K, bicarbonaat	Gestoord bij purgeren; hypokaliemie, dehydratie
	Dehydratie	Ureum, Kreatinine	Kunnen verhoogd zijn bij ondervoeding en/of dehydratie
	Ondergewicht	ASAT, ALAT	Kunnen stijgen tot 2x de normaalwaarde bij ondervoeding
		Glucose	Hypoglykemieën komen vaak voor bij verminderde intake, icm gestoorde contra-regulatie bij ondervoeding
	Hervoeden	Ph, Ca, Mg, gluc, K	Kunnen afwijkend zijn bij hervoeden
ECG	HF < 50 / min K < 3.0 mmol/L		Let o.a. op QTc (afwijkend indien > 0.45 sec) U- golven (komen voor bij hypokaliemie)

Een normale uitslag van laboratoriumonderzoek zegt weinig, afwijkingen ontstaan vaak pas in een later stadium

Slechts een deel van de patiënten ontwikkelt elektrolytafwijkingen bij purgeren.

ECG afwijkingen en/ of elektrolytstoornissen zijn, zeker i.c.m. alarmsymptomen bij lichamelijk onderzoek, indicatie tot overleg met een (kinder)arts.

Stabiliseren en starten met (her)voeden

Bij snel gewichtsverlies, met evt. dreigende somatische complicaties is het geïndiceerd de neergaande spiraal te staken.

Advies is energieverbruik te beperken bijvoorbeeld door verminderen/ staken van sport, stoppen van fietsen naar school of werk of zelfs verminderen of staken van school/ werk. Soms is zelfs "ziekenhuis thuis; doen of je in het ziekenhuis ligt, dat wil zeggen op de bank of in bed, raadzaam.

Daarnaast is opbouwen van orale intake aangewezen. Start met 20 kcal/ kilo, en bouw per 2-3 dagen met 200-300 kcal per dag. Advies is om verhoudingen van 50-% koolhydraten, 20% vet en 30% eiwit te hanteren. Eventueel zijn er voorbeeld eetlijsten te vinden op <http://www.proud2bme.nl/health/Voedingslijsten>, ook kunt u een diëtist om advies vragen.

Op het moment dat het metabolisme van katabool naar anabool omslaat, u kunt dit merken door het verhogen van de hartslag en orale temperatuur, is er theoretisch kans op een *hervoedingssyndroom*. Dit is een zeldzame aandoening die gepaard gaat met hartfalen, en in ernstige gevallen multi organ failure.

Bij herstel van intake, bevordert insuline de shift van natrium, kalium, magnesium en glucose van extra naar intra-cellulair. De hypofostatemie kan tot hartfalen leiden, meestal pas bij waarden onder 0.3 mmol/L. Klassiek ontstaan tekorten in de eerste 1-2 wk na het starten van hervoeden. Beschreven incidenties wisselen sterk, verhoogde kans op een hervoedingssyndroom hebben patiënten met ernstig ondergewicht (< 70% uitgangsgewicht), snel gewichtsverlies (> 1.5 kilo. wk, gedurende > 3 wk) en lage uitgangswaarden van bovengenoemde elektrolyten. Bij laag-risicopatiënten is eenmaal per week laboratoriumonderzoek voldoende, bij hoogrisico dient klinisch dan wel intensievere monitoring overwogen te worden.

Psychiatrische comorbiditeit

Depressie, vraag naar evt suicidaliteit.

Angsten

Dwangstoornissen

Nadere informatie

Trimbos, Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen: www.ggzrichtlijnen.nl

Kenniscentrum kinder en jeugdpsychiatrie: www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Stoornissen/Eetstoornissen-bij-adolescenten

NAE: www.naeweb.nl

Internet: www.Proud2Bme.nl

Gespecialiseerde instellingen

<http://www.naeweb.nl/professionals/zorgaanbod>