

Somatische zorg voor jongeren met een eetstoornis

Emma Horton, Lilian van Geelkerken

Eetstoornissen bij jongeren komen weinig voor, maar kunnen een gevaarlijk somatisch beloop hebben. U als huisarts kunt een vitale rol spelen bij het inschatten van de somatische conditie van een patiënt. Daarbij mogen anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek niet ontbreken, zeker als u moet beoordelen of een ziekenhuisopname nodig is.

Anorexia nervosa en boulimia nervosa zijn de meest voorkomende eetstoornissen en hebben de hoogste mortaliteit van alle psychiatrische ziektebeelden. Per tien jaar overlijdt 5% van de patiënten met anorexia nervosa en 2% van de patiënten met boulimia nervosa. In beide groepen overlijdt 20% door suïcide; de overige 80% sterft aan de gevolgen van het gebrek aan voeding en somatische complicaties.¹

In een huisartsenpraktijk van circa 2100 patiënten hebben gemiddeld 20 patiënten een eetstoornis. Deze patiënten zullen zich niet zo snel melden met eetproblemen, maar wel met specifieke klachten, zoals maag-darmklachten, het uitblijven van menstruatie en vermoeidheid.¹ Bij anorexia nervosa is er

CASUS

Een 14-jarige vwo-scholiere komt op het spreekuur. Sinds een half jaar valt ze af – ze heeft nu een gewicht van 41,9 kg (≤ -2 SD G/L), terwijl zij eerder 58 kg (0 SD G/L) woog. Zij is 172 cm lang en heeft een BMI van 14,2 kg/m² (ernstig ondergewicht). De patiënte is haar calorische inname een half jaar geleden steeds meer gaan beperken en zit nu op slechts 500 kcal per dag. Thuis doet ze geregeld spiroefeningen.

sprake van een beperking van de energie-inname, een laag gewicht en een verstoord lichaamsbeeld. Er zijn twee typen: het restrictieve en het purgerende. Patiënten met boulimia nervosa hebben recidiverende eetbuien, kampen met controleverlies tijdens een eetbui en vertonen purgeergedrag om gewichtstoename tegen te gaan. Net als bij anorexia nervosa kunnen patiënten met boulimia nervosa hun calorische inname compenseren met excessief bewegen en sporten. Eetstoornissen komen vaker voor bij meisjes dan bij jongens. De belangrijkste risicogroep zijn vrouwen tussen 12 en 25 jaar. Vaak is er sprake van onderdiagnostiek en onderbehandeling



Jongeren met een eetstoornis kunnen ernstige somatische problemen hebben.

Foto: iStock

DE KERN

- Eetstoornissen bij jongeren kunnen een gevaarlijk somatisch beloop hebben.
- Bepaalde onderdelen van het lichamenlijk en aanvullend onderzoek mogen niet ontbreken bij het beoordelen van de somatische toestand van een patiënt.
- Patiënten die voldoen aan de criteria voor een ziekenhuisopname, moeten verwezen worden. Parallel aan dit proces kunnen zij ook verwezen worden naar een gespecialiseerd centrum voor eetstoornissen.

omdat zorgverleners of ouders een eetstoornis niet of te laat herkennen.¹

ANAMNESE EN LICHAAMELIJK ONDERZOEK

Sluit bij onverklaard gewichtsverlies een somatische oorzaak van de klachten uit – onverklaard afvallen kan passen bij een scala aan ziektebeelden. Maak bij een eetstoornis onderscheid tussen anorexia nervosa en boulimia nervosa.

Vergeet niet aan een eetstoornis te denken bij onverklaard gewichtsverlies bij jongeren

Bij verdenking op een eetstoornis zal een gerichte anamnese bijdragen aan de diagnose. Vraag naar het eetpatroon, braken, de menstruatie, het lichaamsbeeld van de patiënt, het gebruik van laxantia en diuretica, en de hoeveelheid bewegen op een dag. Daarnaast kunt u vragen naar stemmingsklachten, angst, de belastbaarheid van de patiënt en andere psychiatrische klachten. Ook is het goed om te vragen naar suïcidaliteit. De sociale anamnese kan andere problemen aan het licht brengen die binnen het gezin of bij andere dagelijkse activiteiten spelen. Lichamenlijk onderzoek is noodzakelijk om de conditie van de patiënt te beoordelen en om te kunnen inschatten of een ziekenhuisopname noodzakelijk is. Het onderzoek richt zich op de kenmerken van zowel een restrictieve als een purgerende eetstoornis.

Tabel 1

Aanbevolen aanvullend onderzoek

Laboratorium	ECG
Bloedbeeld, natrium, kalium, chloor, calcium, fosfaat, magnesium, ureum, creatine, capillair bloedgas, ASAT, ALAT en GGT, glucose, vitamine B1	Bij hartfrequentie < 50 vanwege een hogere kans op ritmestoornissen [QTc-verlenging en/of QT-dispersie], en bij braken en elektrolytentekorten [T-topafwijkingen]

VERVOLG CASUS

Uit de anamnese blijkt dat de scholiere niet braakt of laxeert en 3,5 liter vocht per dag drinkt. Na het eten heeft ze buikpijn en eenmaal per week heeft ze last van harde ontlasting. Ze heeft het vaak koud en haar menstruatie is vier maanden geleden gestopt. Ze doet het op school bovengemiddeld goed en is perfectionistisch ingesteld. Ze heeft steeds vaker stemmingswisselingen, waarbij ze vaker somber dan vrolijk is. Haar ouders zijn betrokken, maar weten niet goed hoe ze moeten omgaan met haar weigering om meer te eten. Bij het lichamenlijk onderzoek is er bij de patiënte sprake van een lage lichaamstemperatuur [35,5 °C oraal], een lage bloeddruk [96/54 mmHg, p10] en een forse bradycardie in rust [31/min].

Meet de vitale parameters bloeddruk en pols (zowel liggend als zittend), naast de lichaamstemperatuur, het gewicht en de lengte. Het is van belang de vitale functies te vervolgen, zeker als er sprake is van gewichtsverlies, braken en onvoldoende vochtinname. Andere lichamenlijke verschijnselen kunnen zijn: lanugobeharing ten gevolge van ondergewicht, wondjes en littekens op de knokkels door zelf opgewekt braken (*Russell's sign*), gezwollen parotisklieren (meestal bilateraal) en heesheid door braken.

AANVULLEND ONDERZOEK

Bij een patiënt met een eetstoornis mag aanvullend onderzoek niet ontbreken. Zie [tabel 1] voor de aanbevelingen.

HET REFEEDING-SYNDROOM

Patiënten met anorexia die hervoed worden, lopen risico het *refeeding*-syndroom te ontwikkelen als gevolg van de verandering in het glucosemetabolisme. In de eerste twee weken van hervoeden is het risico het grootst, met een piek in de eerste 72 uur. De insulineafgifte door het hervoeden heeft als gevolg dat glucose, kalium, magnesium en fosfaat van extracellulair naar intracellulair verschuiven. Een ernstige hypofosfatemie (< 0,30 mmol/l) kan decompensatio cordis veroorzaken. Door het toenomen glucosemetabolisme kan vochtretentie ontstaan. Er is een verhoogd verbruik van thiamine (vitamine B1), wat bij onvoldoende voorraad tot een deficiëntie kan leiden. Het refeeding-syndroom kan, in zeldzame gevallen, multiorgaanfalen veroorzaken. Risicofactoren zijn: zeer ernstig ondergewicht, gewichtsverlies van meer dan 1,5 kg per week in de afgelopen drie weken, verlaagde kalium-, magnesium- en fosfaatwaarden, weigeren van voeding gedurende meer dan vijf dagen bij een langdurige eetstoornis en een comorbide chronische ziekte.²

OPNAMECRITERIA

Sommige jongeren met een eetstoornis zijn zo ziek dat een ziekenhuisopname noodzakelijk is. Er zijn voor hen opnamecriteria

VERVOLG CASUS

Uit de anamnese en het lichamenlijk onderzoek blijkt duidelijk dat verwijzing naar de kinderarts nodig is. De patiënte heeft bijna 30% gewichtsverlies, ernstig ondergewicht en een bradycardie van < 40/min. Ze krijgt ook een verwijzing naar een gespecialiseerd centrum voor behandeling van de eetstoornis.

Tabel 2

Opnamecriteria ziekenhuis bij een eetstoornis

Ernstig gewichtsverlies	40% van oorspronkelijk gewicht verloren 30% gewichtsverlies met [dreigende] complicaties
Bradycardie Hypotensie ECG-afwijkingen	Pols \leq 40/min Diastole $<$ p5 voor leeftijd en orthostatische klachten Ritmestoornissen en/of geleidings- en repolarisatiestoornissen
Ernstige elektrolytstoornissen of gestoord zuur-base-evenwicht	
Hypoglykemie	$<$ 3,5 mmol/L
Hypothermie	$<$ 33 °C, rectaal
Dreigende uitputting, syncope, pancreatitis, convulsies en dergelijke	

vastgesteld, al dan niet met monitorbewaking [tabel 2]. Overleg met een kinderarts wanneer u twijfelt over de verwijzing.

CONCLUSIE

U zult niet vaak jongeren met een eetstoornis in uw praktijk zien. Deze patiënten kunnen echter wel ernstige somatische problemen hebben. Met anamnese, lichamelijk en aanvullend onderzoek kunt u het beloop van het ziekteproces vervolgen en snel een duidelijk beeld krijgen van de ernst van de somatische situatie van het kind. Bij ernstige somatische klachten moet u de patiënt naar het ziekenhuis doorverwijzen omdat dat de eerstaangewezen locatie is voor de benodigde zorg. Daarnaast zult u het kind moeten doorverwijzen naar een gespecialiseerd ggz-centrum voor behandeling van de eetstoornis. Bij deze verwijzing is het belangrijk om over documentatie te beschikken van het beloop van het ziekteproces, inclusief het lichamelijk en aanvullend onderzoek, omdat u daarmee inzicht kunt geven in de snelheid waarmee het gewichtsverlies verloopt en de mate waarin somatische problemen zijn opgetreden. Voor een beknopt overzicht over eetstoornissen hebben het Fonds Psychische Gezondheid en GGZ Rivierduinen/Centrum Eetstoornissen Ursula voor huisartsen twee kaarten ontwikkeld met aanvullende informatie.^{3,4} ■

LITERATUUR

1. Zorgstandaard Eetstoornissen Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen>.
2. Van Bellegem AIM, Eikendal ACM. Somatische complicaties en behandeling van anorexia nervosa bij kinderen en adolescenten: lichte lijven, zware gevolgen. *Prakt Pediatr* 2008;4:208-14.
3. Signalenkaart. <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/wp-content/uploads/2018/04/Signalenkaart-eetstoornissen.pdf>.
4. Algemene kaart. https://www.rivierduinen.nl/~media/_centrum%20eetstoornissen/professionals/huisartsenkaart-voedings-en-eetstoornissen.ashx.

Horton EE, Van Geelkerken LAFE. Somatische zorg voor jongeren met een eetstoornis. *Huisarts Wet* 2018;61:001:10.1007/s12445-018-0251-8. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde, Leiden: E.E. Horton, huisarts in opleiding (destijds werkzaam als arts-assistent somatiek bij Centrum Eetstoornissen Ursula in Leiden), emehorton@gmail.com. Centrum Eetstoornissen Ursula, GGZ Rivierduinen, Leiden: L.A.F.E. van Geelkerken, kinderarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.