



Refeeding syndroom bij eetstoornissen

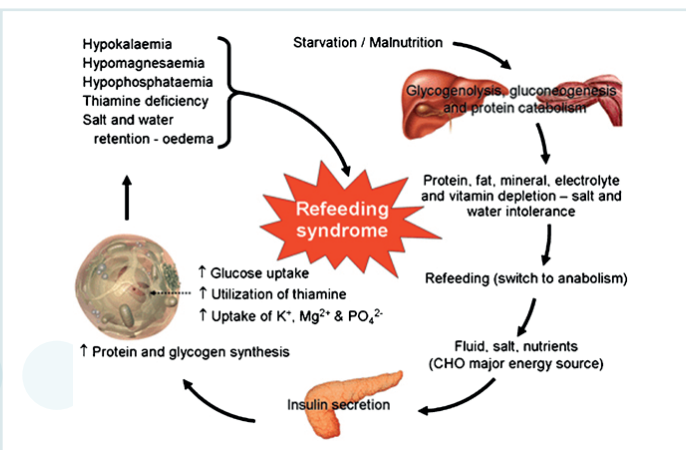
Ontwikkeld door de stuurgroep VIE (Voedings Interventie Eetstoornissen)

Refeedingsyndroom bij eetstoornissen

Traditioneel wordt gedacht dat door, bij een ondervoede patiënt met een eetstoornis, het hervoeden langzaam te starten, het refeedingsyndroom voorkomen kan worden. Deze aanpak is voor deze patiëntengroep te conservatief en geeft een risico op onnodig 'ondervoeden'. Laag calorisch hervoeden hangt samen met verdere medische achteruitgang, onvoldoende gewichtstoename en mogelijk langere hospitalisatie.

Wat is het refeedingsyndroom?

Het refeedingsyndroom kan worden omschreven als de ernstige en potentieel fatale verschuivingen in vocht en elektrolyten tussen de verschillende lichaamscompartimenten. Deze ontstaan bij het starten van voeding bij patiënten die langdurig niet gevoed zijn of om een andere reden ondervoed zijn. Het betreft een breed scala aan mogelijke complicaties.



Biochemische bevindingen bij het refeedingsyndroom	Symptomen bij het refeedingsyndroom
Hogere insuline secretie	Insuline stimuleert de glucosestofwisseling (cave hypo- of hyperglycemie) en induceert water- en zoutretentie met als mogelijk gevolg oedeem en hartfalen.
Hypofosfatemie	Verminderd respiratoir, cardiovasculair en neuromusculair functioneren. Mogelijke symptomen zijn spierzwakte, respiratoire insufficiëntie, hartfalen (openbaart zich vooral door vochtretentie/ophoping, insul-ten en hartritmestoornissen).
Hypokaliëmie	Spierzwakte, respiratoire insufficiëntie, hartritme- stoornissen, ileus, concentratiestoornissen in de nier.
Hypomagnesiëmie	Spierkrampen, hartritmestoornissen, insul-ten, te laag calcium.
Thiaminedeficiëntie	De voorraad thiamine in het lichaam volstaat voor maximaal 7 dagen. Het is een cofactor in de aërbe glucoseverbranding. Een tekort leidt tot een anaeroob glucosemetabolisme met als gevolg een toename van lactaat (lactatacidose, hartfalen). Daarnaast kan het Wernicke Korsakoff syndroom optreden.

Risico

Risico op refeedingsyndroom bij eetstoornissen bij een of meerdere van ondergenoemde factoren:

- Ernstig ondergewicht (BMI <15 kg/m² of < 80% uitgangsgewicht) of bij jeugdigen < 70% ideaal gewicht-lengte groeilijn (SDSO).
- Snel gewichtsverlies in korte tijd (>1,5 kg/week gedurende meer dan 3 weken) en bij jeugdigen > 1,0 kg/week gedurende meer dan 3 weken.
- Voedselweigering > 5 dagen of zeer afwijkend eetpatroon (extreem laag in koolhydraten, veel drop, hoge zoutinname, zeer eenzijdige voeding).
- Lage uitgangswaarden pre-albumine, fosfaat, magnesium of kalium bij start hervoeden.

Beleid

- Dagelijks wegen op vast tijdstip in ondergoed, na uitplassen.
- Vochtbalans bijhouden in eerste 48 uur.
- Dagelijks lichamelijk onderzoek: pols, bloeddruk, temperatuur en ademhaling. Alert zijn op tekenen van cardiaal decompenseren zoals het ontstaan van oedemen.
- Voor start hervoeden: uitgangswaarden glucose, K, Mg, P, Ca, ureum, creatinine, pre-albumine, capillaire bloedgas bepalen.
- Minimaal 3x per week laboratorium onderzoek (glucose, K, Mg, P, Ca, creatinine, ureum, capillaire bloedgas) (frequentie van bepaling elektrolyten spiegels is o.a. afhankelijk van hoogte van uitgangswaarden en reactie op therapie).
- ECG 2x per week.
- Minimaal één keer per week een volledig bloedbeeld en transaminase-spiegels.
- Uitbreiden lab en ECG controles op geleide klinische toestand patiënt bij tekenen van cardiale decompensatie.
- Voorlichting geven aan patiënt over gevolgen refeedingsyndroom.
- Suppletie Thiamine kan overwogen worden: in de eerste 3-5 dagen van hervoeden: 30 minuten voor start hervoeden 100-300 mg (i.o.m. arts, geen consensus).
- Grootste risico is in de eerste 2 weken van hervoeden, daling fosfaat vaak op dag 3 of 4.
- K, Mg, P: suppleren a.h.v. elektrolytenpiegel.
- Geen indicatie voor parenterale voeding.

Opbouw voeding

- 40-50 kcal/kg actueel gewicht per dag, verdeeld over 6 eetmomenten.
- Vocht: 1000-1500 ml/dag (bij cardiale decompensatie i.v.m. mogelijke vochtretentie).
- Eiwit: 15-20% Koolhydraten: 50-60% Vet: 25-35%.
- Natrium: opletten met producten die veel zout bevatten.
- Om de andere dag ophogen met 250-300 kcal tot aan hypercalorische inname waarbij gewichtsherstel mogelijk is.
- Wanneer er geen refeedingsyndroom optreedt, vocht- en natriuminname normaliseren.
- Indicatie sondevoeding (alleen kortdurend, streven naar normale voeding):
 - Extreme cachexie (< 60% uitgangsgewicht) met bradyfrenie en/of spierzwakte
 - Ernstige elektrolytenstoornis of recidiverende hypoglykemie
 - Totale weigering te eten en te drinken
 - Verzoek van patiënt bij onvermogen om zelf te eten en te drinken

Indicatie voor opname

Bij hervoeden in de eerste lijn is een opname op de interne afdeling geïndiceerd om acuut gevaar af te wenden, wanneer wordt voldaan aan 1 van onderstaande criteria:

- Ritmestoornissen waaronder bradycardie <40/min;
- Ernstige hypotensie (diastole < P5 voor leeftijd)+ klachten orthostase;
- (Ernstige) dehydratie +/- vochtweigering;
- Ernstige ondervoeding (< 70% uitgangsgewicht) met (dreigende) complicaties;
- Ernstige elektrolytstoornissen of ernstig gestoord zuur-base evenwicht;
- Hypoglycemie (< 2.8 mmol/l);
- Hypothermie (< 33 graden);
- Overig: pancreatitis, convulsies, syncope, uitputting e.a.



Effect behandeling diëtist

- Bij hervoeden zo snel mogelijk opbouwen van voeding met als doel gewichtstoename waarbij risico op refeedingsyndroom zo beperkt mogelijk is.
- Complicatie door malnutritie, onder- en overvoeding voorkomen.
- Beoordelen voeding op volwaardigheid.
- Patiënt motiveren voor diëtistische behandeling.

Handelen diëtist

- Vertaalt wetenschappelijke kennis in een persoonlijk, praktisch en haalbaar dieetadvies.
- Stemt de behandeling af op voedingsgedrag en somatische, psychische en sociale behoeften van de patiënt.
- Gebruikt counseling- en gedragsstrategieën zoals Stages of Change-model.
- Werkt vraaggericht, methodisch en evidence based.
- Werkt multidisciplinair.
- Is empathisch, duidelijk, stelt grenzen en heeft kennis van het ziektebeeld.

Bronnen

1. Zorgstandaard Eetstoornissen : ggz zorgstandaarden, Akwa GGZ (2017)
2. Garber A.K., et al (2016) A systematic review of approaches to refeeding in patients with anorexia nervosa. Int.J. Eat Disord, 2016 Mar; 49(3), 293-310.
3. Handboek Eetstoornissen 3e druk 2018
4. Dieet behandelingsrichtlijnen, Elsevier gezondheidszorg (mei 2015) Eetstoornissen.
5. Werkboek Voeding voor zieke kinderen, 2e druk, 2017
6. Stanga Z., Brunner A., Leuenberger M., et al (2008). Nutrition in clinical practice - the refeeding syndrome: illustrative cases and guidelines for prevention and treatment. Eur. J. Clin. Nutr. 62: 687-694.
7. Nederlandse Vereniging van Diëtisten (2003), Beroepsprofiel Diëtist