

Stappenplan



Detectie en somatische opvolging van eetstoornissen in de huisartsenpraktijk

Hoofdstuk 4. Behandeling en medische opvolging

2024

Inhoudstafel

<u>INLEIDING</u>	<u>FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.</u>
KLINISCHE VRAGEN	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
WETENSCHAPPELIJKE ACHTERGROND EN RICHTLIJNEN	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
OPBOUW	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
<u>1 INDELING EN KENMERKEN VAN EETSTOORNISSEN</u>	<u>FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.</u>
1.1 ANOREXIA NERVOSA	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
1.2 BOULIMIA NERVOSA	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
1.3 EETBUISTOORNIS	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
1.4 VERMIJDENDE/RESTRICTIEVE VOEDSELINNAMESTOORNIS (ARFID)	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
1.5 ANDERE GESPECIFICEERDE VOEDINGS- OF EETSTOORNIS	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
1.6 ONGESPECIFICEERDE VOEDINGS- OF EETSTOORNIS	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
<u>2 LICHAAMELIJKE GEVOLGEN VAN EETSTOORNISSEN</u>	<u>FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.</u>
2.1 ANOREXIA NERVOSA	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
2.1.1 GEVOLGEN VAN ONDERVOEDING	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
2.1.1.1 Klinische kenmerken van vertraagd metabolisme	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.1.1.2 Biochemische kenmerken van ondervoeding	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.1.2 GEVOLGEN VAN HERVOEDEN	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
2.1.3 GEVOLGEN VAN EETBUIEN-PURGEERGEDRAG	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
2.2 BOULIMIA NERVOSA	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
2.2.1 GEVOLGEN VAN EETBUIEN	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
2.2.2 GEVOLGEN VAN PURGEERGEDRAG	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.

2.2.2.1	Gevolgen van braken	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.2.2.2	Gevolgen van misbruik van laxeermiddelen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.2.2.3	Gevolgen van misbruik van diuretica	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
2.3	EETBUISTOORNIS/BINGE EATING DISORDER	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
2.3.1	GEVOLGEN VAN EETBUIEN	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
2.3.2	GEVOLGEN VAN OVERGEWICHT	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
2.4	ARFID	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
2.4.1	GEVOLGEN VAN ONDERVOEDING	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
2.4.2	GEVOLGEN VAN HERVOEDEN	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.

3 **DETECTIE EN DIAGNOSTIEK** **FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.**

3.1	AANMELDING	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
3.2	VERKENNING VAN DE HULPVRAAG	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
3.3	SCREENING	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
3.3.1	SCREENINGSVRAGENLIJSTEN	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
3.3.2	AANVULLENDE ITEMS	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
3.4	MOTIVATIE	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
3.5	ANAMNESE	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
3.6	KLINISCH ONDERZOEK EN TECHNISCHE ONDERZOEKEN	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
3.6.1	METEN EN WEGEN	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
3.6.2	KLINISCH ONDERZOEK	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
3.6.3	TECHNISCHE ONDERZOEKEN	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
3.6.3.1	Bloedanalyses	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.6.3.2	Electrocardiogram	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.6.3.3	Botdensitometrie	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3.7	DIFFERENTIAALDIAGNOSE	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.

3.7.1	BIJ ONDERGEWICHT	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
3.7.2	BIJ OVERGEWICHT	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
3.7.3	BIJ BRAKEN	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
3.8	RISICO INSCHATTING EN URGENTIES	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.

4 BEHANDELING EN MEDISCHE OPVOLGING **6**

4.1	ZORGTRAJECT EN ROL VAN DE HUISARTS	6
4.2	HERSTEL VAN EETGEDRAG EN GEWICHT	8
4.2.1	GEWICHTSDOELEN	8
4.2.1.1	Minimaal Gezond Gewicht (MGG)	9
4.2.1.2	Optimaal gewicht (OG)	9
4.2.1.3	Berekening MGG en OG bij jongeren	10
4.2.1.4	Berekening MGG en OG bij volwassenen	12
4.2.2	EETHERSTEL	14
4.2.2.1	Gezond eetgedrag	17
4.2.2.2	Stoppen met purgeergedrag	18
4.3	MEDISCHE OPVOLGING TIJDENS DE BEHANDELING	19
4.3.1	EETSTOORNISSYMPTOMEN EN MOGELIJKE COMPLICATIES BIJ HERSTEL	19
4.3.1.1	Algemeen	19
4.3.1.2	Bloedanalyse	20
4.3.1.3	ECG	22
4.3.1.4	Botdensitometrie	23
4.3.2	EXTRA AANDACHTSPUNTEN TIJDENS DE HERVOEDINGSFASE	24
4.3.2.1	Fosfaat/Refeeding Syndrome	25
4.3.2.2	Hervoedingsoedeem	26
4.3.2.3	Hervoedingspancreatitis	26

4.3.3	OPVOLGEN VAN MEDICATIE	28
4.4	OPVOLGING VAN EEN HERSTELDE PATIËNT	31

5 **MATERIALEN** FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.

5.1	FLOWCHARTS EN SAMENVATTINGSFICHE	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
5.2	INFOFICHES	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
5.3	ONDERSTEUNINGSFICHES	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.
5.4	AANVULLENDE DOCUMENTEN	FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD.

1 Behandeling en medische opvolging

1.1 Zorgtraject en rol van de huisarts

De behandeling van eetstoornissen is multidisciplinair, en gebeurt bij voorkeur ambulant, met een hogere zorgintensiteit naarmate er meer ernst of complexiteit is. De huisarts kan hiervoor samenwerken met hulpverleners met expertise in eetproblemen en eetstoornissen, en er is intussen ook een gesubsidieerd aanbod.

Het ambulant (gesubsidieerd) zorgaanbod voor eetstoornissen is gelaagd:

- Voor **beginnende eetproblemen** kan een jongere of volwassene terecht binnen de ELP-conventie. Voor **jongeren** (tot en met 23 jaar) worden er 18 sessies vergoed over een periode van 12 maanden, waarvan maximum **10** individuele (de overige zijn groepssessies), binnen de netwerken GGZ Kinderen en jongeren. Voor **volwassenen** gaat het over 13 sessies waarvan maximum **8** individuele. Vanaf 15 jaar kan men terecht binnen een netwerk GGZ volwassenen¹. Deze eerstelijnszorg is rechtstreeks toegankelijk voor de patiënt. Meer info over het ELP-aanbod vind je [hier](#).
- Voor **gediagnosticeerde eetstoornissen** (AN, BN en BED) is er vanaf februari 2024 een uitbreiding van het aanbod gespecialiseerde ambulante zorg voor eetstoornissen binnen de netwerken Kinderen en adolescenten (dus tot en met 23 jaar). Hiervoor is een diagnose AN, BN of BED nodig², een behandelplan opgesteld door de behandelend arts, en een multidisciplinair overleg bij de start van het zorgtraject. Naast de reeds voorziene gespecialiseerde psychologische zorg binnen de ELP-conventie (tot **20** sessies bij een gespecialiseerde eerstelijnspsycholoog per 12 maanden), zijn er ook tot **15** sessies voedingsadvies terugbetaald bij een diëtist met expertise in eetstoornissen. Voor **volwassenen** is dit extra voedingsadvies niet voorzien, maar zij kunnen ook beroep doen op de voorziene gespecialiseerde psychologische zorg binnen de conventie (tot **20** sessies per 12 maanden). Meer info over het gesubsidieerde zorgtraject voor kinderen en adolescenten vind je [hier](#).
- Indien **meer zorg of expertise nodig blijkt**, kunnen deze ambulante zorgteams voor kinderen en jongeren ondersteuning vragen bij gespecialiseerde **MAST teams** (multidisciplinaire ambulante supportteams vanuit de netwerken GGZ Kinderen en jongeren)
- In het voorjaar 2024 wordt ook extra zorgaanbod voorzien voor jongeren met complexere zorgnoden, door een verdere diversifiëring van het aanbod residentiële zorg (deeltijdse behandeling en intensieve *multi-family therapy*)

¹ Let op: er is geen cumul mogelijk tussen sessies binnen een netwerk GGZ Kinderen en jongeren, en een netwerk GGZ volwassenen.

² Voor andere diagnoses is het klassieke G-ELP-aanbod nog steeds mogelijk.

De huisarts heeft dus verschillende taken:

- Diagnosestelling (zie 3)
- Het ondersteunen van **gewichtsherstel en herstel van eetgedrag** (zie 4.2)
- **Lichamelijke opvolging**, waarbij de arts zicht houdt op de gewichtsevolutie en op mogelijke complicaties, dit zowel tijdens als na het herstel (zie 4.3)
- **Psycho-educatie** rond normaal eet- en beweeggedrag, (gevolgen van) eetstoornissen, en samenhangend ook het vasthouden/ondersteunen van de **motivatie**. Deze maken geen expliciet onderdeel uit van dit stappenplan, maar werden uitgewerkt binnen andere stappenplannen of materialen, zoals het [Stappenplan voor de eerstelijns](#). Ook het informeren en [ondersteunen van de context](#) maakt hier deel van uit.
 - Je kan ouders toeleiden naar de [Toolbox eetstoornissen voor ouders](#), naar informatieve [groepsessies voor ouders](#) en naar lotgenotencontact bij [ANBN](#)
- Het **samenwerken** met andere hulpverleners met expertise in eetstoornissen, in het bijzonder een diëtist en een psycholoog; en bij niet-volgroeiende minderjarigen ook een kinderarts; en in functie van de klachten kan ook een kinesitherapeut/psychomotore therapeut een partner zijn in de behandeling.
- De coördinatie kan in principe door elk van de betrokken hulpverleners gebeuren, maar de behandelend arts heeft wel een belangrijke rol in het **initiëren van het zorgtraject** bij een diagnose AN, BN, of BED, concreet:
 - Het **opstellen** en opvolgen van het **behandelplan** en dit [integreren in het EMD](#). Dit bevat:
 - Datum van opmaak
 - Identificatie van de patiënt
 - De gegevens van de patiënt, waaruit blijkt dat deze recht heeft op het zorgtraject (diagnose, leeftijd)
 - De betrokken zorgverleners en hun contactgegevens.
 - Data en aanwezigheid op de multidisciplinaire overlegmomenten.
 - Een algemene beschrijving van gegevens die van belang kunnen zijn voor de verdere zorg- en hulpverlening.
 - De algemene doelstellingen die met de patiënt worden nagestreefd.
 - De vooropgestelde taakafspraken (activiteiten/handelingen) om deze doelstellingen te bereiken.
 - De zorgactiviteiten en de verantwoordelijken van zowel de betrokken zorgverleners als de patiënt zelf.

Het behandelplan wordt ook besproken met de patiënt en zijn context.
 - Maximaal 2 keer per 12 maanden een **multidisciplinair overleg organiseren** (online of in vivo; minimaal 15 minuten), een keer rond het behandelplan en een keer rond de evaluatie van het behandelplan.

Hulpverleners met expertise rond eetstoornissen vind je op de [verwijstool van Eetexpert](#). Sommige hulpverleners geven op de verwijstool aan of ze geconventioneerd zijn. Je kan ook contactgegevens vragen van geconventioneerde psychologen en diëtisten via de netwerken GGZ.

- De contactgegevens van de netwerken Kinderen en jongeren vind je [hier](#)
- De contactgegevens van de netwerken Volwassenen vind je [hier](#)

Aan de netwerken GGZ Kinderen en jongeren zijn vanaf 1/2/2024 ook MAST-teams verbonden. Zij kunnen je ondersteunen als de zorg voor de patiënt moeilijk loopt. Ook Eetexpert blijft beschikbaar bij vragen.

1.2 Herstel van eetgedrag en gewicht

[Download hier](#) de samenvattingsfiche.

1.2.1 Gewichtsdoelen

Kernwoorden

Starthoeveelheid energie

Hypermetabolisme

Gastro-intestinaal herstel

Vetafzetting

Het is belangrijk dat de patiënt een gewicht bereikt dat terug **binnen de gezonde range** ligt aangezien deze gewichtstoename een basisvoorwaarde vormt voor psychologisch herstel van een eetstoornis [23]. Hierbij wordt rekening gehouden met de **leeftijdsspecifieke grenswaarden** voor BMI. Binnen deze range zou er sprake moeten zijn van **hormonaal herstel**. Bij volwassenen (met ondergewicht) zou het gewichtsdoel het gewicht kunnen zijn dat overeenkomt met **BMI 20** [4, 5], maar afhankelijk van het **lichaamsgewicht vóór de eetstoornis** kan ook een lager of een hoger gewichtsdoel bepaald worden. Het bepalen van de gewichtsdoelen is dus **geen exacte wetenschap**, en vraagt een klinische blik. Verder impliceert gewichtsherstel niet noodzakelijk herstel van de eetstoornis, maar het is wel een noodzakelijke voorwaarde.

Bij (kinderen en) jongeren is het belangrijk dat het **normale groei- en ontwikkelingstraject** zich kan herstellen.

Tabel 6 en 7 geven mogelijke grenswaarden voor BMI per leeftijd. In het stappenplan [Basiskennis eetstoornissen en gewichtsproblemen bij kinderen](#) vind je per leeftijdscategorie alle informatie rond gewichtsoopvolging. De groeicurven vind je [hier](#).

Recent werden definities ontwikkeld over het Minimaal Gezond Gewicht (MGG) en het optimaal gewicht (OG) waarbij rekening wordt gehouden met o.a. groeicurven, leeftijd, geslacht, etniciteit. In tegenstelling tot volwassenen, zijn kinderen en jongeren nog in groei, en moet hun gewichtsdoel dus regelmatig herberekend worden tijdens de behandeling [12].

Het gewichtsdoel wordt ook besproken in het multidisciplinair overleg.

1.2.1.1 Minimaal Gezond Gewicht (MGG)

Het **minimaal gezond gewicht (MGG)** is het **noodzakelijke gewicht** dat de jongere **ondersteunt** in zijn **lichamelijk, emotioneel, en cognitief herstel**. Hoewel er geen uniek en omvattende correcte methode is voor het bepalen van MGG, gebeurt het steeds op een **individueel specifieke manier** rekening houdend met het oorspronkelijke **groeitraject** van de jongere (gewichtsgeschiedenis, lengte, en puberteitsstadium). Ook de leeftijd, geslacht, etniciteit, de leeftijd waarop de puberteit startte, eerdere voedings- en activiteitengeschiedenis, en (indien van toepassing) de leeftijd van menarche en het gewicht waarop menstruaties stopten (menstruele grensgewicht) kunnen gebruikt worden [12].

Net omwille van de individuele inschatting en dynamische groei en ontwikkeling bij kinderen en jongeren, wordt het MGG **regelmatig geëvalueerd**. Zo wordt, zeker bij niet-volgroeide jongeren, het MGG idealiter elke 3 tot maximaal 6 maanden opnieuw berekend, vertrekkend vanuit de eerder vastgestelde BMI-curve [81, 82, 83]. Voor nog groeiende jongeren is er de *good practice* het MGG al zeker te verhogen met een kilogram per gegroeide centimeter. Regelmatig wordt de gewichtsevolutie dan terug op de BMI curve uitgetekend, om na te gaan of de vooropgestelde curve gevolgd wordt.

Praktijktip: Er wordt bewust gekozen voor de term 'minimaal gezond gewicht', omdat de ervaring leert dat bij de term 'streefgewicht' de gewichtstoename stagneert bij het bereiken van het 'streefgewicht'. Benadruk ook meteen naar de jongere toe dat het MGG tijdelijk is en verhoogd wordt in lijn met hun leeftijd en groei, zodat ze zich niet op het aanvankelijke getal fixeren of dit zien als het maximale gewicht dat ze moeten bereiken.

1.2.1.2 Optimaal gewicht (OG)

Het **optimaal gewicht (OG)** is het **gewicht waarop het normale groei- en ontwikkelingstraject van de jongere zich herstelt**. Net zoals het MGG, moet het optimaal

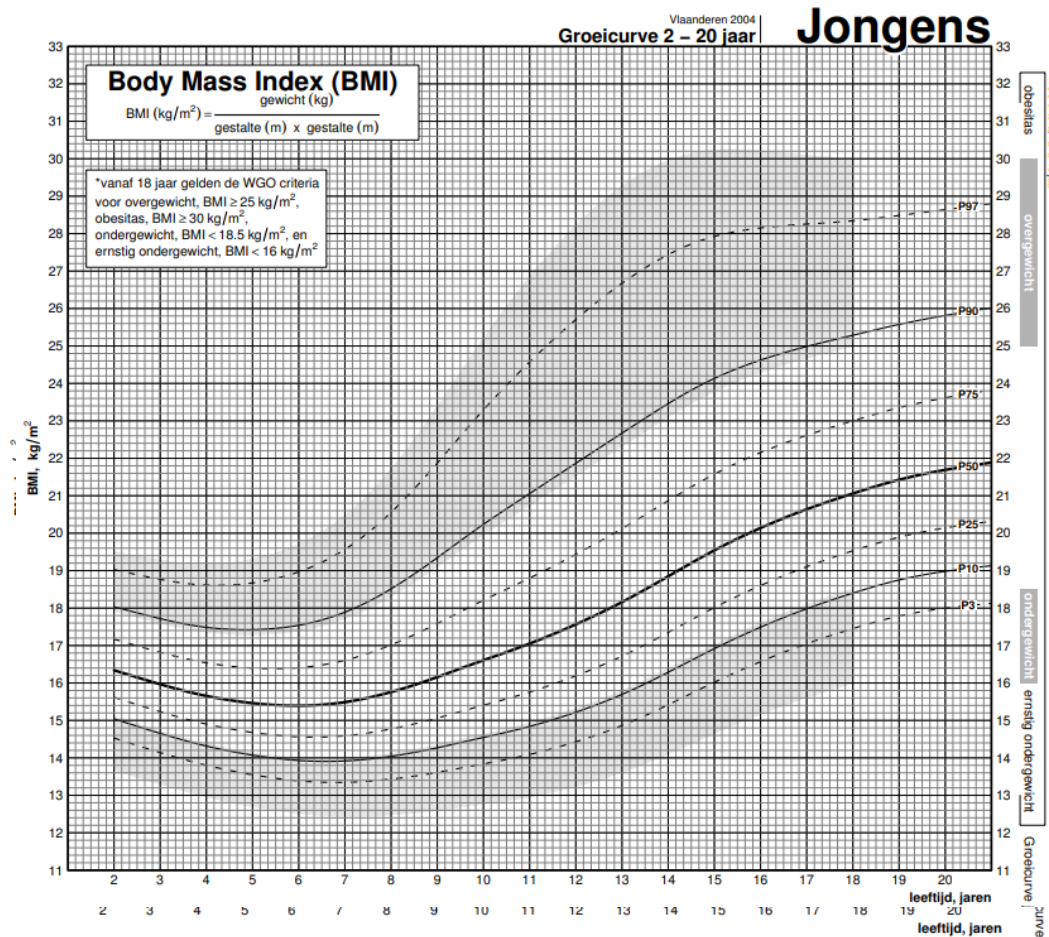
gewicht rekening houden met de groeicurven (gewicht, lengte, BMI) vóór de eetstoornis, de leeftijd waarop de puberteit startte, en het huidige puberteitsstadium [82]. Het optimaal gewicht ligt in principe hoger dan het MGG. Het is in ieder geval niet zo dat je een optimaal gewicht op de BMI-kaarten kan afleiden op basis van populatiegegevens, het optimaal gewicht is dus **niet per se het mediaan BMI**. Zeker bij personen met atypische anorexia nervosa of diegenen zonder ondergewicht is de bepaling van het OG een moeilijke aangelegenheid [83].

Hieronder volgt een mogelijke uitwerking van de gewichtsdoelen, gebaseerd op Norris et al. [12] en een panel van experts uit de (Vlaamse) praktijk. Neem in acht dat er verschillende onderbouwde methoden bestaan, en dat er dus niet één methode is die alles overstijgt [12]. Een overzicht van verschillende onderbouwde methoden is te vinden in Norris et al. (2018) [12]. Op basis van deze methode bij jongeren werd een voorstel uitgewerkt om MGG en OG op een gelijkaardige manier te berekenen bij volwassenen. Hou ook hier in gedachten dat er geen één juiste methode is.

1.2.1.3 Berekening MGG en OG bij jongeren

- Vraag het gezin naar **een recente uitprint van de BMI-curve** van de persoon met een eetstoornis, verkrijgbaar bij het CLB, huisarts of kinderarts:
 - Dit is de berekende gewicht-voor-lengte groeicurve per geslacht, rekening houdend met leeftijdsspecifieke normen. Hou, indien mogelijk, ook rekening met etniciteit.

- o Blanco Vlaamse curven te raadplegen [hier](#).



- o Universeel toepasbare groeicurven, behalve bij Zuid-(Oost-)Aziatische afkomst, blanco te raadplegen [hier](#).

- Bepaal of de jongere **al dan niet volgroeid** is:
 - Niet volgroeide jongeren: primaire amenorroe of minder dan 2 jaar na eerste menstruatie
 - Jongeren die ongeveer volgroeid zijn: ongeveer 2 jaar na de eerste menstruatie
 - Ook het bepalen van de skeletleeftijd kan helpend zijn
- Bepaal het **Minimaal Gezond Gewicht (MGG)**:
 - **Niet-volgroeide jongeren**: bepaal de **oorspronkelijke BMI-percentielijn**, en laat jongeren hiernaar terugkeren. Aangezien lengtegroei afgebogen kan zijn, is het ook belangrijk om te kijken naar wat de verwachte lengte is op basis van de oorspronkelijke groeicurve (gewicht-voor-lengte curve) en het MGG te bepalen in functie van de lengtegroei vóór de eetstoornis. Dit kan dan soms tijdelijk een hogere BMI geven, in afwachting van het terug herstellen van de groei.

- Jongeren die ongeveer volgroeid zijn: in eerste instantie **1 percentiellijn lager dan de oorspronkelijke BMI-percentiellijn**, en evalueer vervolgens – indien van toepassing - of menstruatie zich herstelt.
 - Er zijn percentiellijnen voor p3, p10, p25, p50, p75, p90, p97
- Jongeren die uit de gewichtscategorie 'overgewicht' (of obesitas) komen, krijgen een MGG op **percentiel 75**.
- Geef altijd een afgerond gewicht, zonder kommagetallen (afgerond naar boven of onder)
- Bepaal het **Optimaal Gewicht (OG)**:
 - Niet-volgroeide jongeren: aangezien het MGG al op de oorspronkelijke BMI-percentiellijn ligt, wordt het Optimale Gewicht een **2-tal kilogram boven het MGG** gezet (om wat reserve te hebben bij bv. ziekte).
 - Jongeren die ongeveer volgroeid zijn:
 - Het optimaal gewicht ligt op de **oorspronkelijke individu specifieke BMI-curve**.
 - Bij jongeren die al volgroeid zijn, is terug menstrueren ook een goede parameter (minstens 3 regelmatige menses, zonder gebruik van de anticonceptiepill).
 - Jongeren die overgewicht of obesitas hadden voor de aanvang van de eetstoornis, behouden hun OG op **percentiel 75**, net als het MGG.
 - **Praktijktip**: neem een spreiding rond de 2 à 4 kg voor het OG zodat de jongere ziet dat het normaal is dat het gewicht schommelt, en zich niet op het getal gaat fixeren.

1.2.1.4 Berekening MGG en OG bij volwassenen

1.2.1.4.1 Minimaal gezond gewicht

- Bepaal de BMI die in eerste instantie **1 percentiellijn lager is dan de oorspronkelijke BMI-percentiellijn (vóór de eetstoornis)**, en evalueer vervolgens – indien van toepassing - of menstruatie zich herstelt.
 - Er zijn percentiellijnen voor p3, p10, p25, p50, p75, p90, p97

Percentiellijn	BMI mannen (vanaf 20j)	BMI vrouwen (vanaf 20j)
p3	18	17,5
p10	19	18,5
p25	20	20
p50	22	21,5
p75	23,5	24
p90	26	27
p97	28,5	31

- Jongeren die uit de gewichtscategorie 'overgewicht' (of obesitas) komen, krijgen een MGG op **percentiel 75 (BMI 23-24)**.
- Geef altijd een afgerond gewicht, zonder kommagetallen (afgerond naar boven of onder)

1.2.1.4.2 Optimaal gewicht

- Het optimaal gewicht ligt op de **oorspronkelijke individu specifieke BMI(-percentiellijn)**.
 - Bij vrouwen is terug menstrueren ook een goede parameter (minstens 3 regelmatige menses, zonder gebruik van de anticonceptiepil).
- Personen die overgewicht of obesitas hadden voor de aanvang van de eetstoornis, behouden hun OG op **percentiel 75 (BMI 23-24)**, net als het MGG.
- **Praktijktip:** neem een spreiding rond de 2 à 4 kg voor het optimaal gewicht zodat de persoon ziet dat het normaal is dat het gewicht schommelt, en zich niet op het getal gaat fixeren.

1.2.1.4.3 Andere overwegingen

- Het gewichtsdoel bepalen in de behandeling is geen exacte wetenschap en vraagt een klinische blik
- Het gewichtsdoel moet lichamelijk, fysiek en cognitief herstel toelaten
- Hou rekening met de **grenswaarden van normaal gewicht**. Voor volwassenen (vanaf 18 jaar) hanteert de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) de volgende afkapwaarden:

BMI	Classificatie
<16	Ernstig ondergewicht
16-18,5	Ondergewicht
18,5-25	Normaal gewicht
25-30	Overgewicht
30-35	Obesitas klasse 1
35-40	Obesitas klasse 2
≥ 40	Obesitas klasse 3 (morbide obesitas)

- Hou rekening met het **gewicht vóór** de start van de eetstoornis
 - De percentiellijn voor de start van de eetstoornis en de aangrenzende percentiellijnen zijn informatief voor een mogelijke range

- Bij personen met ondergewicht of een normaal gewicht voor de eetstoornis kan BMI 20 (p25) richtinggevend zijn
- Bij personen met overgewicht voor de eetstoornis kan BMI 23-24 (p75) richtinggevend zijn

Percentiellijn	BMI mannen (vanaf 20j)	BMI vrouwen (vanaf 20j)
p3	18	17,5
p10	19	18,5
p25	20	20
p50	22	21,5
p75	23,5	24
p90	26	27
p97	28,5	31

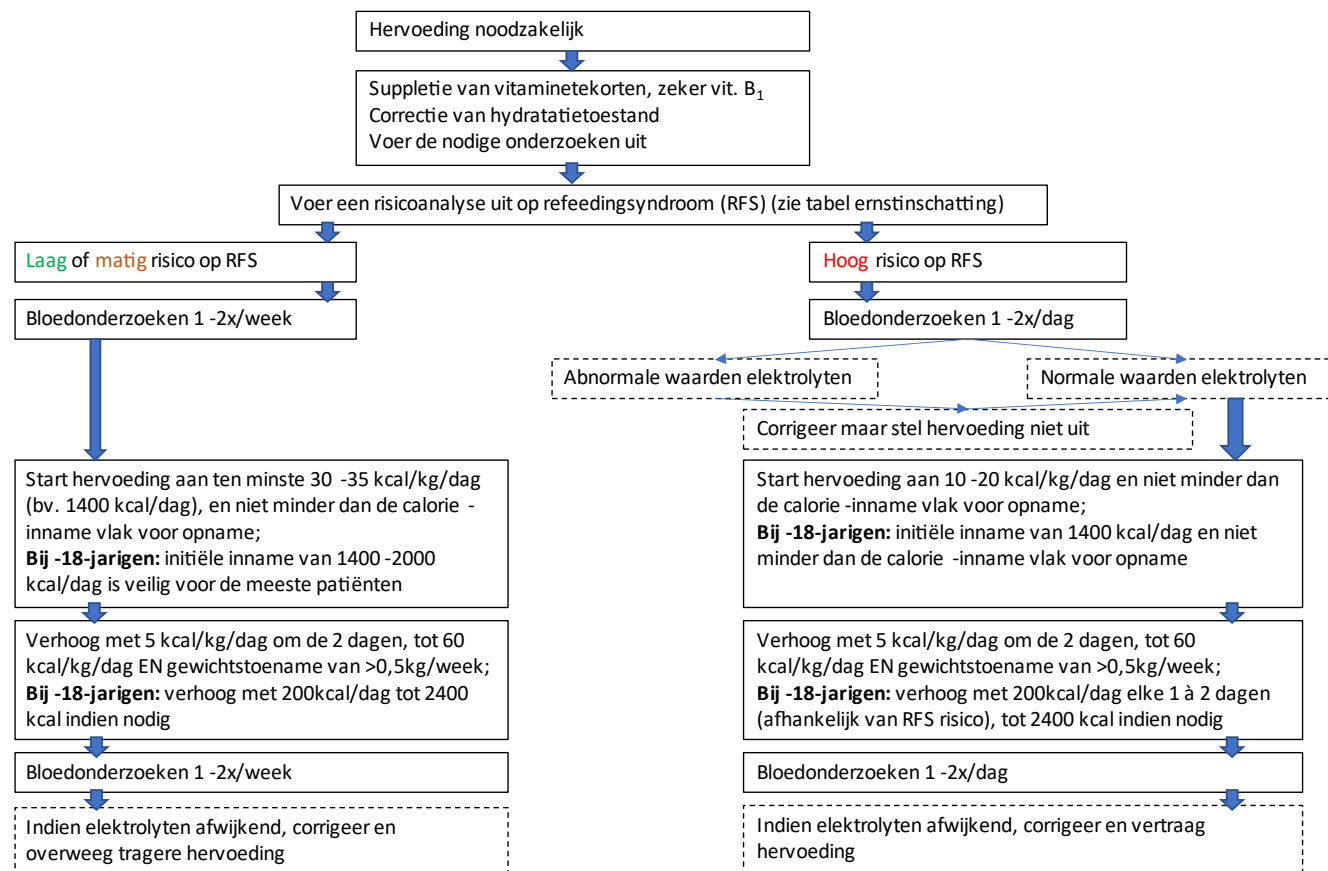
Noot: grenswaarden gebaseerd op de Vlaamse groeicurven 2004

1.2.2 Eetherstel

De meningen over de optimale **starthoeveelheid energie** om gewichtstoename te bereiken vertonen verschillen. De klassieke opinie is om gewichtstoename **geleidelijk** te laten verlopen, zowel om 'refeeding syndrome' te vermijden als om de weerstand en angst voor bijkomen bij de patiënt hanteerbaar te houden. Anderzijds kan een te voorzichtige aanpak het risico met zich meebrengen dat een sterk ondervoede patiënt verder medisch achteruitgaat [6]. Dit laatste heeft echter eerder betrekking op een residentiële setting, en wordt niet (enkel) door de huisarts opgevolgd. In een ambulante setting wordt voorgesteld om een **gewichtstoename van 0.25 tot 0.50 kg per week** na te streven [4, 5, 80]. Het is aanbevolen om **normale voedingsschema's** te gebruiken.

Voor de bepaling van de **startwaarde** wordt het lichaamsgewicht vaak in rekening gebracht, en het risico op refeeding syndroom. **Gezonde volwassen vrouwen** hebben gemiddeld **30 kcal/kg/dag** nodig om hun **gewicht op peil** te houden (**range 20-40 kcal/kg/dag**), wat overeenkomt met 1500 kcal (1000-2000 kcal) voor een vrouw van 50 kg [84]. MEED raadt aan om te starten met een calorie-inname van 30 à 35 kcal/kg/dag bij een laag tot matig risico op refeeding syndroom (1400 à 2000 kcal/dag bij jongeren) en stelselmatig op te drijven tot (maximaal) 60 kcal/kg/dag bij volwassenen (en tot 2400 kcal bij jongeren), in functie van hun gewichtstoename [6]. Bij ernstige ondervoeding (bv. BMI < 15, erg beperkte voedselinname) zal de startwaarde lager liggen, van 20 kcal/kg/dag tot 10 kcal/kg/dag [85, 6]. Deze startwaarden gaan doorgaans gepaard met een mate van ondervoeding die niet meer in een ambulante context behandeld wordt. MEED raadt wel aan om te starten met een calorie-inname van minstens 1400 kcal/dag, en niet minder dan de calorie- inname vlak voor de opname. En uiteraard worden ook de nodige onderzoeken uitgevoerd om de medische veiligheid tijdens het hervoedingsproces te monitoren.

In de MEED-richtlijn wordt volgende flowchart beschreven, in functie van het risico op refeeding syndroom (RFS). Houd in gedachten dat een hoog risico op RFS een medische opname vereist.



Figuur 1. Veilig hervoeden van ondervoede patiënten met een restrictieve eetstoornis (gebaseerd op MEED [6], p. 69.)

Vanuit een klinisch standpunt worden patiënten met anorexia nervosa vaak gekenmerkt door **hypermetabolisme** (toename in rustmetabolisme) in de periode van gewichtsherstel. Dit betekent dat ze een **hogere calorie-inname nodig** hebben voor gewichtsstijging/-stabilisatie dan een persoon met een normaal metabolisme. MEED stelt een stelselmatige verhoging van de startwaarde voor van 5kcal/kg/dag om de 2 dagen, tot 60 kcal/kg/dag bij volwassenen (en bij jongeren 200 kcal/dag tot 2400 kcal) en het bereiken van een gewichtstoename van (minstens) 0,5 kg per week.

Personen met anorexia nervosa **sporten** vaak excessief, wat kan bijdragen tot hun versnelde rustmetabolisme. Onderzoek toont ook dat een groot percentage van de energie-inname in het begin van gewichtsherstel wordt omgezet in **lichaamswarmte** in plaats van het opbouwen van lichaamsmassa (30% gaat naar lichaamswarmte in plaats van 14-16%). Patiënten met anorexia nervosa klagen dan ook vaak over **zweetaanvallen** en warmte tijdens de periode van gewichtsherstel [84]. Verstoringen in het metabolisme in relatie tot gewicht zijn niet uniek voor anorexia nervosa. Bij personen met obesitas die gewicht verliezen, wordt namelijk een vertraagd metabolisme gevonden [86]

Wanneer teruggekeerd wordt naar een **regelmatig eetpatroon**, hebben de meeste ondervoede patiënten last van maagpijn, misselijkheid, een opgeblazen gevoel, krampen en diarree. Het duurt meestal een **tweetal weken** voordat het **gastro-intestinaal systeem** zich **herstelt** [22].

De patiënt moet bij elke consultatie **gewogen** worden, **liefst wekelijks** en idealiter op hetzelfde moment van de dag. Hierbij draagt de patiënt één dunne laag kledij, geen schoenen, en is de blaas leeg. Bij gewichtsherstel is er aanvankelijk meer vetafzetting ter hoogte van de buik. Deze **verschuiving van vetafzetting** is tijdelijk, en de patiënt kan hierin gerustgesteld worden [5, 4]. Initieel is er ook vaak een grotere gewichtstoename omdat de dehydratatie (extra- en intracellulair) zich corrigeert, maar voor patiënten kan dit wel extra angst uitlokken”.

Zie ook de [infociche voor patiënten](#) met psycho-educatie rond de herstelfase van een eetstoornis.

1.2.2.1 Gezond eetgedrag

Kernwoorden

Regelmatig eetpatroon
 Voldoende variatie
 Evenwichtige voedingskeuze
 Fosfaatrijke voeding
 Monitoring elektrolyten
 Beweging

Gewichtsherstel verloopt idealiter via de terugkeer naar een **normale voedingspatroon**, bestaande uit een **regelmatig eetpatroon** (3 hoofdmaaltijden, 3 tussendoortjes), met voldoende **variatie**, en een **evenwichtige keuze** binnen de voedselgroepen (inclusief voedingsmiddelen uit de restgroep) [4]. Voor de aanbevelingen rond voeding verwijzen we naar de [website van Gezond Leven](#) [87]. Meestal wordt **gewone gezonde voeding** aangeboden, soms aangevuld met **supplementen** (vitamines en mineralen) [15]. Het gebruik van supplementen is niet onderbouwd met onderzoek [3], maar wordt wel door sommige bronnen aangeraden [15, 17]. Om *refeeding syndrome* te vermijden wordt best voldoende **fosfaatrijke voeding** aangeboden, zoals zuivel, vis, vlees, peulvruchten, noten en volkoren producten³ [69]. Sommige bronnen raden ook aan om **elektrolyten te monitoren** in de eerste weken van het hervoeden [80, 18]. *Refeeding syndrome* komt echter minder vaak voor in een ambulante setting, waar de toestand van de patiënt minder ernstig is en het hervoeden doorgaans trager verloopt [88].

Binnen psychoeducatie is het belangrijk om **evenwichtig eetgedrag** als een ruimer concept te zien dan de voeding die men eet. Het verwijst naar het competent omgaan met voeding en omvat een evenwicht tussen 4 specifieke vaardigheden namelijk de 4G's van eetcompetentie: gevarieerd eten, genieten eten, geregeld eten en genoeg eten. Hier vind je [meer info](#).

Ook **educatie** rond een **actieve levensstijl** is wenselijk. Beweging maakt deel uit van een gezonde levensstijl, maar **te veel beweging**, zeker zonder voldoende energie- en vochtinname, is **schadelijk** voor de gezondheid. Voor de aanbevelingen rond beweging verwijzen we naar de [website van Gezond Leven](#) [87].

³ Alle voedingsmiddelen waarin eiwit zit, bevatten ook fosfaat.

Daarnaast worden evenwichtig eetgedrag en beweeggedrag steeds gezien als onderdeel van een ruimere gezonde leefstijl die over meer gaat dan enkel gezond eten en voldoende bewegen. Een gezonde leefstijl bestaat onder meer uit groeithema's die belangrijk zijn in de preventie van problemen met eten en gewicht en die we samenvatten in het letterwoord A.L.L.E.S.:

- Afwisselend eten
- Leuk bewegen
- Lief zijn voor jezelf en je lichaam
- Emoties hanteren
- Slapen

In het [Stappenplan voor de eerstelijns](#) wordt uitgewerkt hoe een hulpverlener, zoals de huisarts, hiermee aan de slag kan. Daarnaast zijn er verschillende ondersteunende infofiches rond elk van deze deelthema's, zowel voor de patiënt zelf, de ouders, of binnen een specifieke risico-context zoals sport. Alle info en ondersteuningsfiches werden samengebracht op deze [infopagina rond Gezonde leefstijl](#).

1.2.2.2 Stoppen met purgeergedrag

Kernwoorden

Ineffectief
Motverende gespreksvoering
Oedemen
Constipatie

Het is belangrijk dat het purgeergedrag **zo snel mogelijk** gestopt wordt. Informatie geven rond de ineffectiviteit van purgeren om gewicht te verliezen en de gevolgen van braken, misbruik van laxeermiddelen en misbruik van diuretica kan helpend zijn [4, 5]. Hou hierbij wel rekening met de principes van motiverende gespreksvoering. Vraag na wat de patiënt hierrond al weet, en vraag toestemming om bijkomende informatie te geven [89]. Gebruik de informatie niet om de patiënt angst aan te jagen, en bewaak dat je de patiënt niet leidt naar een gedrag van restrictie en selectie in voeding.

Stoppen met laxeermiddelen of diuretica vraagt **doorgaans geen afbouwperiode** (een uitzondering hierop is de aanwezigheid van hartproblemen). Hierbij kan wel een sterk **oedeem** optreden, en het is best de patiënt hiervan te verwittigen en gerust te stellen dat dit van tijdelijke aard is (enkele dagen tot weken) [4, 5]. De patiënt kan ook last hebben van overmatig (nachtelijk) zweten en overmatig (nachtelijk) plassen [17]. Ook wanneer de patiënt stopt met braken kan oedeem optreden. Een zoutbeperkt dieet vermindert de

vochtophoping [3, 28]. Bij ernstig oedeem (met risico op hartfalen) kan eventueel gebruik gemaakt worden van kaliumsparende vochtafdrijvende middelen [4, 15, 51].

Bij het stoppen met laxeermiddelen kunnen ook **constipatieklachten** optreden. Ook deze zijn meestal na één à twee weken terug verdwenen met behulp van een vezelrijke voeding, voldoende vochtinname en matige beweging [4, 28]. Ook psycho-educatie rond normale stoelgangfrequentie (vanaf 2x/week is normaal) kan helpend zijn. Wanneer de klachten aanhouden of ernstige vormen aannemen, kunnen eventueel tijdelijk minder agressieve laxeermiddelen gebruikt worden, zoals psylliumzaad, lactulose of macrogol [4, 15, 28, 63].

Door de chronische ontspanning van de sfincter kan de patiënt last hebben van reflux en kan het braken onvrijwillig worden. Aanhoudend braken of zure oprispingen kunnen eventueel behandeld worden met protonpompinhibitoren (PPI) [5, 28].

1.3 Medische opvolging tijdens de behandeling

[Download hier](#) de samenvattingsfiche.

1.3.1 Eetstoornissymptomen en mogelijke complicaties bij herstel

1.3.1.1 Algemeen

Kernwoorden

Gewicht

Bloedruk

Hartslag

Cardiovasculair

Suïcidaliteit

Zelfverwondend gedrag

Het is noodzakelijk om **fysiologische en psychologische tekenen van achteruitgang** te monitoren, zoals veranderingen in gewicht, bloeddruk, hartslag, cardiovasculaire of metabole status, suïcidaliteit, zelfverwondend gedrag, en ander impulsief gedrag [68].

1.3.1.2 Bloedanalyse

Kernwoorden

Afwijkende waarden

Laag BMI

Purgeren

Frequente **bloedtesten** (cofo, glucose, elektrolyten...) zijn nodig bij

- patiënten die afwijkende (hoog-risico) waarden hadden bij een vorige meting
- patiënten met een BMI < 15 of waarbij de BMI weinig betrouwbaar is (bv. bij patiënten die veel water drinken om hun gewicht te manipuleren, bij jongeren, bij oedeem...)
- purgeergedrag (in het verleden) [64]

De **meeste afwijkingen** in de bloedwaarden vragen geen interventie en **normaliseren** zich wanneer het eetgedrag en het gewicht zich herstellen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de verstoorde hormoonproductie, lever- en nierwaarden. De menstruatie keert doorgaans terug samen met gewichtsherstel. De verlaagde schildklierwerking is een beschermingsreactie van het lichaam op de toestand van ondervoeding. Schildklierhormoon bijgeven wordt afgeraden. Ook haar- en huidveranderingen zijn omkeerbaar [4, 3, 17].

Alertheid voor **dehydratie** is belangrijk. Uitdroging kan snel leiden tot een medische crisis door verminderde bloedsomloop en nierfalen. Daarom is het belangrijk dat alle patiënten nauwkeurig getest worden op uitdrogingsverschijnselen. Vochtintname en tekenen van decompensatie (duizeligheid/flauwvallen) moeten bevestigd worden. Bij het klinisch onderzoek worden de huidturgor, oogdruk en bloeddruk (staand en liggend) gemeten.

Controleer de elektrolyten (ureum, creatinine, natrium en kalium) in het bloed [80]. De **verstoorde elektrolytenhuishouding** kan levensbedreigend zijn. Het **kaliumgehalte** in het bloed mag in principe niet lager zijn dan 3,5 mmol/l, en bij een waarde lager dan 3,0 mmol/l is **extra kalium** noodzakelijk. Bij een laag kaliumniveau⁴ is het belangrijk na te gaan of er **klinische verschijnselen** zijn, zoals misselijkheid, vermoeidheid, zwakke spieren, constipatie, vaak plassen, gebrek aan eetlust, lusteloosheid, hartkloppingen/hartritmestoornissen,.... Dan is afname van een ECG aangewezen [4, 5]. Indien er uitgesproken symptomen zijn van

⁴ Kaliumgehalte in het bloedserum is gevoelig voor hemolyse. Bij hemolyse zullen de bloedbestanddelen die zich in de erythrocyten bevinden in het plasma/serum terecht komen. Kalium bevindt zich in hoge concentratie in de erythrocyten. Bij het vrijkomen van dit intracellulaire kalium zal de concentratie in het serum dus foutief te hoog worden gemeten. Verder kan het serum kaliumgehalte normaal zijn, terwijl het totale kaliumgehalte in het lichaam toch te laag is. Ook bij een normaal kaliumgehalte is het dus belangrijk klinische verschijnselen na te gaan.

hypokaliëmie (los van de waarde) is spoedopname nodig. Veel eetstoornispatiënten met een **langdurig lage kaliumspiegel** hebben echter geen klinische symptomen, wat erop wijst dat er een zekere vorm van adaptatie optreedt [4]. Een **snelle daling** van kalium houdt meer risico's in dan langdurig lage niveaus [80]. **Regelmatische maaltijden met stoppen van purgeergedrag** is doorgaans voldoende om de kaliumwaarden terug op hun normale niveau te krijgen. Wanneer suppletie nodig is worden de elektrolytenbalans en de vochtbalans best regelmatig nagekeken. Bij een kaliumwaarde tussen 2,5 en 3 opname algemeen ziekenhuis sterk aanbevolen en bij kaliumwaarden onder de 2,5 is opname in een algemeen ziekenhuis noodzakelijk.

Uit de praktijk* – Hypokaliëmie

Normale waarden: 3,5-5,1 mmol/l

Klinische kenmerken: misselijkheid, vermoeidheid, zwakke spieren, constipatie, vaak plassen, gebrek aan eetlust, lusteloosheid, hartkloppingen/hartritme stoornissen,...

Basisprincipes bij hypokaliëmie:

- Stoppen met braken, laxeren, gebruik van diuretica
- Herstel eetgedrag
- Check voor bijkomende symptomen: ECG, spierzwakte, rhabdomyolyse, magnesium

Suppletie:

Kaliumwaarde	Suppletie (bv. Ultra-K® = kaliumgluconaat; 4680mg/15ml (= 20meqK ionen) en opvolging	Setting
3.0 mmol/l < x < 3.5 mmol/l	10-20 mEq, 2 - 4 keer/ dag; Controle na 3 à 4 dagen	Kan ambulante
2,5 mmol/l ≤ x ≤ 3.0 mmol/l	20 mEq, 4 keer/ dag; Controle na 3 à 4 dagen	Opname algemeen ziekenhuis aanbevolen
x < 2,5 mmol/l	Snelle orale toediening, 40 mEq, 3 – 4 keer/ dag; Dagelijkse bloedname	Opname algemeen ziekenhuis sterk noodzakelijk
Uitgesproken symptomen op gelijk welke kaliëmie	IV substitutie (kaliumchloride of kaliumfosfaat)	Spoedopname

Toedieningswijze:

- geef orale supplementen buiten het eetmoment, om de kans op uitbraken te minimaliseren
- overweeg in eerste instantie IV indien $<2,5\text{mmol/L}$; pas op voor hyperkaliëmie

**Met dank aan dr. Katrien Schoevaerts, PK Alexianen Zorggroep Tienen.*

Zie ook bcfi.be voor aanbevelingen per os inname.

Hypokaliëmie kan in stand gehouden worden door te lage magnesium- en calciumwaarden, dus deze waarden moeten ook nagekeken, indien nodig aangevuld, en opgevolgd worden [80]. Aanvulling kan met een oraal supplement [4]. Het is belangrijk om met de patiënt te bespreken wanneer het supplement wordt ingenomen (bv. los van de maaltijdmomenten, om de kans tot uitbraken van het supplement te minimaliseren). Wanneer de patiënt blijft braken, kan het kaliumniveau in het bloed laag blijven ondanks supplementen. Een protonpompinhibitor om braken tegen te gaan kan helpen om metabole alkalose te verminderen en adequate kaliumniveaus te vrijwaren, maar pas in tweede instantie [80].

Sommige patiënten drinken **extreem veel water**, bijvoorbeeld om hun gewicht te manipuleren bij een weegmoment. Dit kan leiden tot een tekort aan natrium en een verdunning van het bloed [3, 4]. In eerste instantie wordt de vochtinname bij deze patiënten beperkt [14]. Bij lage natriumwaarden dient extra zout gegeven te worden, bij voorkeur door de tweede lijn [5, 6]. Dit moet namelijk met de nodige voorzichtigheid gebeuren aangezien extra zoutintake oedemen kan veroorzaken (zeker in fase van hervoeden). Hyponatriëmie kan convulsies en coma veroorzaken en dus ook dodelijk zijn [3]. Bij ernstige hyponatriëmie is een opname dan ook noodzakelijk.

1.3.1.3 ECG**Kernwoorden**

Medicatie met effect op QT-interval

Ondervoeding

Purgeren

Verstoring elektrolyten

Bradycardie / ritmestoornis

Dehydratatie

Osteoporose/osteopenie

Wanneer de patiënt **medicatie** gebruikt die een effect heeft op het QT-interval, is het raadzaam een **aanvullend ECG** uit te voeren [64]. Een ECG is ook geïndiceerd bij patiënten met **ondervoeding** (BMI < 15) [47], **purgeren** [48, 6, 14, 47], een **ernstige verstoring van de elektrolyten**, een **onregelmatige hartslag of bradycardie** (<50 slagen/min.) [7, 14]. Bij een verlengd QT-c moet elke zware fysieke inspanning gestopt worden (dus stop sporten). Meestal worden enkel in ernstige gevallen (extreem ondergewicht/purgeergedrag), en bij 'refeeding syndrome' duidelijke afwijkingen gevonden. Na hervoeden treedt een normalisatie van de QT-tijd en de QT-tijd dispersie op [6].

1.3.1.4 Botdensitometrie

Ondergewicht en amenorroe hebben een impact op de ontwikkeling van **osteopenie** en osteoporose. Dit kan vastgesteld worden door het uitvoeren van een botdensitometrie (bij ondergewicht of amenorroe dat minstens 6 maanden bestaat). Er is heel wat **discussie** rond het mogelijke **behandeleffect van oestrogensuppletie**, waarbij sommige studies geen effect vinden en andere studies wel pleiten voor oestrogensuppletie [90, 68]. Ook calcium- en vitamine D suppletie worden niet standaard aanbevolen omdat de onderzoeksondersteuning niet consistent is [3, 68, 80, 18]. In sommige programma's behoren ze wel tot de behandeling [15] en sommige auteurs bevelen suppletie aan [22, 91]. **Gewichtsherstel** is de **belangrijkste factor** om het botmetabolisme te normaliseren [3, 5, 68, 19, 64]. Dit moet echter gepaard gaan met een **spontane terugkeer van de maandstonden** om te leiden tot een verbetering van de botdensiteit [92]. Vrouwen met ondergewicht die een oestrogeenbehandeling krijgen zonder dat er sprake is van voedingsherstel hebben nog steeds meer botfracturen [19]. Verder verhoogt ook fysieke activiteit de botsterkte [18].

Uit de praktijk* - Interpretatie resultaten botdensiteitsmeting en aanpak

Voor patiënten met een leeftijd **boven de 20 jaar**.

T-score	Indicatie	Aanpak
➤ Hoger dan -1.0 SD	Normaal	
➤ Tussen -1.0 en -2.5 SD	Osteopenie	Ca + Vit D (+/- 500mg calcium/400 U.I vit D per dag) (voorbeelden, zie BCFI)
➤ Lager dan -2.5 SD	Osteoporose	Ca + Vit D (+/- 1000mg calcium/800 U.I vit D per dag)

Voor patiënten met een leeftijd **onder de 20 jaar**.

Z-score	Indicatie	Aanpak
➤ Hoger dan -2 SD	Normaal	
➤ Lager dan of gelijk aan -2 SD	Afwijkend	Ca + Vit D (+/- 1000mg calcium/800 U.I vit D per dag)

Noot:

De T-score vergelijkt de botdensiteit van de persoon met de piekbotmassa. De Z-score vergelijkt de botdensiteit van de persoon met de gemiddelden van personen van dezelfde leeftijd zonder osteoporose.

*Met dank aan dr. Katrien Schoevaerts, PK Alexianen Zorggroep Tienen. Meer info over betekenis botdensiteitsscan: <https://www.ntvg.nl/artikelen/praktische-betekenis-van-botdichtheidsmeting-bij-osteoporose/volledig>

Patiënten die braken moeten regelmatig naar de tandarts. Tandpoetsen meteen na het braken kan het probleem erger maken. Na het braken kan de mond gespoeld worden met (zout) water of melk om **gebitsschade** te beperken [93, 94, 95].

1.3.2 Extra aandachtspunten tijdens de hervoedingsfase

Kernwoorden

Traag hervoeden
 Fosfaatrijke voeding
 (Supplementen)
 Urgentie
 Vochtretentie
 Hartfalen
 Hartritmestoornissen
 Hypofosfatemie
 Refeeding syndrome

1.3.2.1 Fosfaat/Refeeding Syndrome

Tijdens het hervoeden kan, bij ernstig ondergewicht en/of te snelle gewichtstoename, een tekort aan fosfaat ontstaan, dat dodelijk kan zijn [22]. Het helpt om (a) **traag te hervoeden** (zie Behandeling en medische opvolging - Streefgewicht) en (b) in de eerste fase van het hervoeden **fosfaatrijke voeding** te geven, zoals melkproducten, vlees, vis, peulvruchten en noten [64]. Het is belangrijk om tijdens de hervoedingsfase samen te werken met een **diëtist** [22]. Een **fosfaatsupplement** kan ook nodig zijn. Bij patiënten met anorexia nervosa bestaan doorgaans meerdere tekorten in vitamines en mineralen, en kan bijkomend een multivitamine supplement aangewezen zijn [80].

Optreden van het **refeeding syndrome** is **zeldzaam**. In eerstelijns ligt de focus op het **risico verminderen** en personen met een hoog **risico detecteren**⁵ (zoals personen met ernstige ondervoeding of verwaarloosbare voedselinname). Bij optreden van het syndroom is er medische haast en is opname in een algemeen ziekenhuis aangeraden. In residentiële centra wordt het optreden van refeeding syndrome ook goed opgevolgd.

In de eerste twee weken van hervoeden is het risico op het refeeding syndrome het grootst. Er moet gelet worden op: **vochtretentie** met perifeer oedeem (behoeft geen therapie), **hartfalen** (pas op voor te snelle gewichtstoename), **hartritmestoornissen** bij ernstige ondervoeding en **hypofosfatemie** (suppleren) [3].

In de eerste fase van hervoeden bij **ernstige ondervoeding** en op grond van het totale klinische beeld moeten **gewicht, vochtbalans** en **inname** dagelijks worden gecontroleerd. Regelmatig moeten de **vitale functies** gecontroleerd worden. Daarnaast dient men daarbij meerdere malen per week **elektrolyten, calcium, fosfaat en het ECG** te controleren [3].

Uit de praktijk* – supplementen

Patiënten met Anorexia Nervosa hebben vaak een tekorten aan vitamines en mineralen dewelke herstellen bij normaliseren van het voedingspatroon.

- Tijdens het ziekteproces is het aangeraden om supplementen van vitamines en mineralen (inclusief selenium en zink) in te nemen.

⁵ Mogelijke criteria: BMI < 16 kg/m², > 15 procent ongewenst gewichtsverlies in de laatste 3 – 6 maanden, > 10 dagen geen/te verwaarlozen voedingsintake en/of lage plasmawaarden elektrolyten voor start voeding (kalium, fosfaat, magnesium) [106]

- Bij start hervoeden vitamine B1 (Thiamine) 100 mg/dag en foliumzuur max 1 mg per dag bijgeven ter preventie van het refeeding syndrome
- Overweeg calcium/vit. D supplementen i.k.v. osteoporose en/of amenorrea
- Bij BMI < 16 start monobasis natriumfosfaat gelule 1g (3 x 2 gelules per dag, magistraal), minimum 3 weken in acute fase, ter preventie van refeeding syndroom
- Kaliumsupplementen bij hypokaliëmie (zie boven)

Bron: UpToDate [96]

**Met dank aan dr. Katrien Schoevaerts, PK Alexianen Zorggroep Tienen.*

1.3.2.2 Hervoedingsoedeem

Bij het **begin van het hervoeden** treedt vaak een (faciaal) **oedeem** op, dat op zich onschadelijk is en na enkele weken spontaan verdwijnt. Het is belangrijk de patiënt hiervan op de hoogte te brengen. **Differentiaaldiagnose** met oedeem ten gevolge van **hartfalen** is wel noodzakelijk [80].

1.3.2.3 Hervoedingspancreatitis

Tijdens het begin van het hervoeden kan pancreatitis optreden, maar dit is een **zeldzame complicatie** [18, 22, 28].

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de belangrijkste symptomen die een aanpak vergen.

Tabel 11. Klinische bevindingen en hun aanpak ([14], p.987.; [3])

Systeem	Klinische bevindingen	Aanpak
Hart	Bradycardie/tachycardie Lage/hoge bloeddruk Hartritmestoornissen	<ul style="list-style-type: none"> • ECG • Monitoren hart • Doorverwijzing: Consult bij cardioloog • Voedingsanamnese/-toename • Rehydratatie: voorkeur voor orale vloeistoffen wegens risico op hartfalen; glucose-oplossingen kunnen risico verhogen op 'refeeding syndrome'

Lichaamstemperatuur	Hypothermie (wat ernstige infectie kan maskeren)	Monitoren; warm houden (externe warmtebron), voedingsherstel
Endocrien	<ul style="list-style-type: none"> • Hypoglycemie • Bij diabetes type 1: slechte metabole controle • Amenorroe • Secundair hyperaldosteronisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Indien in de eerste week van 'refeeding', geef extra vit. B₁*en foliumzuur, verzeker een adequate, stabiele voorraad van koolhydraten en monitor de glucosespiegel; • Doorverwijzing: Consult bij een diabetesspecialist • Voedingsherstel tot de menstruatie terugkeert • Verschaf heel traag intraveneuze vloeistof
Vochtbalans en elektrolyten	<ul style="list-style-type: none"> • Tekort aan kalium, tekort aan chloride, metabole alkalose • Tekort aan fosfaat • Tekort aan magnesium • Tekort aan natrium 	<ul style="list-style-type: none"> • Denk aan purgeren, voorzichtige kalium- suppletie (eerst alkalose corrigeren, blijven monitoren) • Suppletie van fosfaat tot normaal niveau, monitoren • Suppletie van magnesium • Denk aan overmatig water drinken, beperking tot 1,5l/dag opleggen
Hematologisch	<ul style="list-style-type: none"> • Anemie • Neutropenie 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoren, bekijk ijzerwaarden en voorraad aan vit. B₁₂ en foliumzuur en vul aan waar nodig • Verbeter de voedingstoestand
Gastro-intestinaal	<ul style="list-style-type: none"> • Ernstige acute pancreatitis • Vergroting van de speekselklieren • Vertraagde maaglediging 	<ul style="list-style-type: none"> • Doorverwijzing: geen gewone voeding eten, afvoer maagsap, intraveneuze vloeistof • Geen specifieke behandeling • Kleinere maar frequentere maaltijden

	<ul style="list-style-type: none"> • Scheurtjes in slokdarm/scheur in slokdarm • Oesofagitis • Constipatie • Verhoogde leverwaarden en verlaagd albumine 	<ul style="list-style-type: none"> • Dringende chirurgische doorverwijzing • Bij milde symptomen: symptoomverlichting; bij ernstige vormen: overweeg protonpompinhibitoren • Stel gerust, verhoog vocht en vezels, eventueel niet-agressieve laxeermiddelen (volume-vergrotende laxeermiddelen) • Monitor en verbeter voedingstoestand
Huid/botten	<ul style="list-style-type: none"> • Osteopenie en stressfracturen • Broos haar, haaruitval, donshaartjes • Wonden aan de rug van de hand, bloedingstoringen in de ogen of het gezicht 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor botdichtheid, herstel van eetgedrag tot menstruatie terugkeert, suppletie van calcium en vitamine D, doorverwijzing naar een specialist • Geen specifieke behandeling • Geen specifieke behandeling
Gebit	<ul style="list-style-type: none"> • Tanderosie 	<ul style="list-style-type: none"> • Doorverwijzing naar een tandarts

Noot: *Vit. B₁ heeft fosfaat als derivaat.

1.3.3 Opvolgen van medicatie

Soms krijgen eetstoornispatiënten naast psychotherapie ook medicamenteuze ondersteuning, maar het is belangrijk om hier zeer voorzichtig in te zijn en deskundig advies in te winnen. **Start als huisarts geen medicatie bij eetstoornissen zonder overleg met een (kinder)psychiater met kennis van eetstoornissen.**

Als huisarts is het belangrijk om zicht te hebben op welke medicatie een patiënt met een eetstoornis neemt, omdat sommige medicatie (al dan niet voorgeschreven voor eetstoornissen) bijwerkingen heeft die gevaarlijk kunnen zijn bij patiënten met een eetstoornis (bv. QTc-verlenging), of een effect hebben op het eetgedrag (bv. toename of afname in eetlust). Wees extra aandachtig bij combinatie van medicatie.

Hieronder vind je wat achtergrondinformatie rond medicatie die soms voorgeschreven wordt bij eetstoornissen.

Achtergrondkader – medicatie bij eetstoornissen (in overleg met (kinder)psychiater)

- SSRI's en topiramaat verminderen het voorkomen van eetbuien bij boulimia nervosa en de eetbuistoornis [3, 5, 51], maar topiramaat heeft ook verminderde eetlust als bijwerking en kan een anorectische fase in gang zetten. Van de SSRIs blijkt fluoxetine een bewezen effect te hebben bij Boulimia Nervosa. Een dosis van 60 mg Fluoxetine zou ook efficiënter zijn dan 20 mg (Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group 1992) doch vaak treden bijwerkingen op bij deze hoge dosis (slaapstoornissen, nausea, asthenie) [97].
- Bij Anorexia Nervosa worden soms SSRIs ingezet om terugval te vermijden. Hou rekening met verminderde werking van SSRIs bij ondergewicht [98].
- Bij AN worden soms kortdurend (3 weken) neuroleptica (bv. Zyprexa®, Risperdal®) gegeven ter ondersteuning van de acute fase, bij zeer ernstige eetstoornissen waarbij er geen vooruitgang is in de therapie.
- Bij het gebruik van citalopram is voorzichtigheid geboden in kader van QT-verlenging. Bupropion geeft dan weer een verhoogd risico op epileptische insulten [20] en is contra-geïndiceerd bij Bulimia Nervosa.

Bij **therapieresistente patiënten** met anorexia nervosa kan een proefbehandeling met medicatie overwogen worden [5]. Gezien uithongering depressieve symptomen veroorzaakt, is behandeling van anorexia nervosa met een antidepressivum pas zinvol na gewichtsherstel, als er duidelijk sprake is van **comorbide depressie** [5]. Verder is er ondersteuning dat SSRI's de kans op **terugval verminderen** na gewichtsherstel bij anorexia nervosa. Medicatie kan overwogen worden als de kans op terugval als groot wordt ingeschat [3, 51].

Indien een SSRI gestart wordt, kan er best een ECG gemaakt worden voor de start en opnieuw enkele dagen na de opstart. Indien $QTc > 60$ ms is toegenomen, dient de medicatie terug gestopt te worden⁶.

De huisarts volgt **bijwerkingen** op van eventuele antidepressiva of andere medicatie die voorgeschreven werd door een specialist. Verder is alertheid belangrijk voor medicatie die gevolgen van de eetstoornis kunnen verergeren (bv. medicatie die hartritmestoornissen kan veroorzaken). Ondervoede patiënten zijn **gevoeliger voor de bijwerkingen** van medicatie [65].

Aandachtspunten

Wanneer de patiënt last heeft (gehad) van een verlengde QT-tijd, vermijd QT-tijd verlengende medicatie. Ook pro-kinetica werken hartritmestoornissen in de hand en worden beter vermeden. Ook metoclopramide (Primperan®) wordt ontraden [3, 5]. Voor een uitgebreidere lijst, zie www.crediblemeds.org.

Uit de praktijk:

medicatie die vaak gebruikt wordt bij kinderen en met een gekende QTc-verlenging:

Ondansetron
Domperidone
Olanzapine
Ketoconazole
Levofloxacin
Fluoxetine
Erythromycine
Aripiprazole
Azithromycine
Pantoprazole

⁶ Expertadvies cardioloog UZ Leuven.

1.4 Opvolging van een herstelde patiënt

Kernwoorden

Steunende functie
Gewicht en BMI
Algemeen KO
Bloedtesten biochemische parameters
Groei
Hersenfunctie
Vruchtbaarheid
Osteoporose
Complicaties

[Download hier](#) de samenvattingsfiche.

De huisarts is voor de meeste mensen een belangrijke **vertrouwenspersoon** en is hulp die **snel toegankelijk** is. Deze vertrouwdheid en beschikbaarheid hebben een belangrijke en **steunende functie**. De huisarts kan bevragen hoe het gaat met het eetgedrag van de patiënt wanneer deze een **stressvolle periode** doormaakt. De huisarts is ook opmerkzaam voor signalen van (herval van) een eetstoornis. Vooral als de patiënt een **verlieservaring** heeft is extra waakzaamheid nodig [5].

De **voedingstoestand** van de patiënt wordt best op lange termijn opgevolgd, ook na herstel van de eetstoornis, en idealiter wordt het eetgedrag van de patiënt ook verder opgevolgd door een diëtist. De huisarts brengt op regelmatige tijdstippen de **BMI** in kaart, samen met een **algemeen klinisch onderzoek** (temperatuur, hartslag, bloeddruk en bloeddorstrooming). Tussentijds worden ook enkele **biochemische parameters** nagekeken, zoals hormoonprofielen en vitamine D [14].

Bij kinderen en adolescenten kan een eetstoornis impact hebben op hun **groei**. Hoewel de groei na herstel van een eetstoornis terug versnelt, kan de schade tijdens de eetstoornis leiden tot een kleinere lengte als volwassene. Er is ook bezorgdheid dat sommige structurele veranderingen in de (groeierende) **hersenen**, veroorzaakt door de eetstoornis, onomkeerbaar zijn [17].

Door de impact van (gebrek aan) vetweefsel op de geslachtshormonen kan een eetstoornis leiden tot een onvoldoende ontwikkeling van de secundaire geslachtskenmerken en soms zelfs tot atrofie van de eierstokken met steriliteit tot gevolg [3]. Wanneer de herstelde patiënt een kinderwens heeft, kunnen bezorgdheden rond en problemen met

vruchtbaarheid naar voor komen [88, 25]. Voor meer informatie rond zwangerschap en eetstoornissen, zie [hier](#).

Langdurige amenorroe is een risicofactor voor **osteoporose**, vooral wanneer de eetstoornis zich op jonge leeftijd ontwikkelt. Gezien de adolescentie een periode is van snelle botvorming, wordt de verwachte **piekbotmassa niet gehaald** bij anorexia nervosa die voor of tijdens de puberteit ontstaat. Wanneer de patiënt een botdensiteitsscan heeft gehad, wordt aangeraden dit om de twee jaar te herhalen zolang dit geïndiceerd is [15]. Een verminderde botdensiteit kan behandeld worden met vitamine D- en calciumsuppletie en botversterkende oefeningen [99]. Wees wel aandachtig voor (heropflakking van) overmatig bewegen in kader van eetstoornissymptomatologie.

Indien de eetstoornis (tijdens de behandelfase) **medische complicaties** heeft veroorzaakt (bv. orgaanschade), die zich niet herstellen samen met herstel van de eetstoornis, is verdere opvolging van deze complicaties nodig, eventueel met tussentijdse consultaties bij een specialist.