



MEDISCHE SCREENING EN BELEID BIJ EETSTOORNISSEN

volgens de Nederlandse Zorgstandaard Eetstoornissen

Disclaimer:

Ik ben niet de oorspronkelijke auteur van deze tekst. Dit document bevat delen uit de Nederlandse **Zorgstandaard Eetstoornissen (2017)** en werd voor uw gemak door mij samengesteld. Hoewel ik dit met de nodige zorgvuldigheid gedaan heb, is het echter steeds mogelijk dat deze samenvatting niet volledig of correct is. Ik geef dan ook geen garanties van om het even welke aard over de inhoud, de accuraatheid, de betrouwbaarheid of de volledigheid van dit document. U kan de volledige tekst en eventuele updates steeds raadplegen op www.ggzstandaarden.nl

Deze Nederlandse zorgstandaard is één van de vele nationale en internationale richtlijnen en aanbevelingen die er rond eetstoornissen te vinden zijn. U dient als medisch professional zelf te beoordelen of deze richtlijn de meest geschikte is voor u en uw patiënt. Voorts is de verstrekking alsook de inhoud van dit document niet bedoeld ter vervanging van professioneel medisch oordeel en advies. Het gebruik van de weergegeven informatie en eventuele beslissingen die op basis hiervan genomen worden, zijn steeds voor uw eigen verantwoordelijkheid. Ik aanvaard geen enkele aansprakelijkheid voor eventuele schade of gevolgen die voortvloeien uit de weergegeven informatie.

De inhoud van dit document betreft delen van de tekst zoals die op 23/05/2022 weergegeven en geraadpleegd werd op <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen>



INHOUDSTAFEL

1. SOMATISCHE COMPLICATIES VAN EETSTOORNISSEN	5
Hypoglykemie	5
Cardiovasculaire afwijkingen	5
Gastro-intestinale complicaties	6
Renale complicaties	6
Zuurbase verstoringen en elektrolytstoornissen	6
Groeiretardatie	7
Gynaecologische en obstetrische problemen	7
Stagnatie in de puberteitsontwikkeling	8
Verstoord botmetabolisme en osteoporose	8
Hematologische complicaties	8
2. DIAGNOSTIEK IN DE HUISARTSENPRAKTIJK	10
Anamnese en lichamelijk onderzoek	10
Aanvullend onderzoek	11
3. SPECIALISTISCHE SOMATISCHE DIAGNOSTIEK	13
Differentiële diagnostiek van ondervoeding en diagnostiek van complicaties van eetstoornissen	13
Aanvullend laboratoriumonderzoek	13
4. DIFFERENTIAAL DIAGNOSTIEK BIJ EETSTOORNISSEN	14
5. SOMATISCHE OPNAMECRITERIA BIJ ANOREXIA NERVOSA	15
6. CRITERIA VOOR MONITORBEWAKING (TELEMETRIE)	15
7. BIOLOGISCHE BEHANDELING: HERVOEDING	16
Refeedingsyndroom	16
Indicaties voor sondevoeding	17
9. MEDICAMENTEUZE BEHANDELING	18

TABELLEN

Tabel 1: Somatische complicaties van eetstoornissen.....	9
Tabel 2: Aandachtspunten lichamelijk onderzoek bij eetstoornissen.....	11
Tabel 3: Aanbevolen laboratoriumonderzoek bij patiënten met een eetstoornis.....	12
Tabel 4: Biochemische bevindingen bij het refeedingsyndroom.....	16
Tabel 5: Aanbevolen laboratoriumonderzoek bij de refeeding fase.....	17
Tabel 6: Beleid hervoeden.....	18

1. SOMATISCHE COMPLICATIES VAN EETSTOORNISSEN

Hypoglykemie

- Ernstige hypoglykemie is een zeldzame maar potentieel gevaarlijke complicatie bij patiënten met eetstoornissen. Regelmatig worden (asymptomatische) waarden onder de 3,5 mmol/l gezien. Veel patiënten rapporteren symptomen passende bij hypoglykemie, vooral postprandiaal (na de maaltijd) of na langdurig nuchter zijn.
- Zowel de nuchtere glucosewaarden als de waarden na toedienen van glucose zijn verlaagd t.o.v. van de waarden bij gezonde personen. Mogelijk spelen falende glucose nieuwvorming (gluconeogenese), onvoldoende glycogeen voorraden, excessief verbruik (sporten) en falen van glucagonsecretie hierbij een rol.
- Tijdens de hervoedingsfase worden zowel lage als hoge bloedsuikers gezien en blijkt er sprake van een insuline-glucose mismatch.
- Geadviseerd wordt te zorgen voor een adequate glucose-inname, verdeeld over meerdere voedingsmomenten gecombineerd met rust en intensieve controles van glucosewaarden en klachten. Frequenter of zelfs continue voeding kan overwogen worden wanneer glucosewaarden laag blijven.

Cardiovasculaire afwijkingen

- Acute hartdood door ritmeproblematiek en/of hartfalen wordt naast suïcidaliteit als de belangrijkste doodsoorzaak bij AN gezien.
- Een vertraagde hartslag (bradycardie), lage bloeddruk (hypotensie) en orthostase (plotselinge bloeddrukdaling bij opstaan) wordt bij vrijwel alle patiënten met AN gezien en worden beschouwd als fysiologische aanpassingen aan de slechte voedingstoestand. Orthostase herstelt over het algemeen wanneer de patiënt op ongeveer 80% van het gezonde gewicht zit.
- Een relatief snelle pols kan een signaal zijn van hartfalen.
- Anatomisch vindt vaak een afname van de linkerkamer massa plaats, neemt het hartminuutvolume en de verkortingsfractie af. Vaak ontstaat er een lekkende mitralisklep door malalignment bij ondervoeding.
- Perifere vaatafwijkingen zoals acrocyanose (blauwverkleuring van de uitstekende lichaamsdelen zoals handen/voeten, puntje van de neus e.a.) worden vaak gezien bij AN en geven met name cosmetische problemen en herstellen wanneer de voedingstoestand verbetert.
- Qtc-tijd verlenging (de normaalwaarde voor de gecorrigeerde QT tijd (QTc) is korter dan 450ms voor mannen en korter dan 460ms voor vrouwen) en wisselende QT-tijd dispersie (verschil tussen de langste en kortste QT-tijd op het ECG) worden in wisselende mate gevonden als gevolg van cardiale atrofie bij ondervoeding, bij elektrolytstoornissen (vooral door purgeren/laxeren of tijdens de hervoedingsfase), of als bijwerking van medicatie. De beschreven incidentie wisselt sterk.
- Bij patiënten met eetstoornissen dient kritisch omgegaan te worden met het voorschrijven van QTc-tijd verlengende medicatie. Wanneer alsnog besloten wordt QTc-tijd verlengende medicatie te geven wordt geadviseerd voor aanvang en 48 uur na een wijziging in de dosering een ECG te verrichten.
- Overige afwijkingen die gezien worden op het ECG : verlengde PR-tijd, verlaagde amplitudes, linkerastdeviatie, AV-block, repolarisatieafwijkingen.
- Bij echografisch onderzoek van het hart wordt vaak pericardvocht gevonden zonder duidelijke klinische relevantie, routinematig echografisch onderzoek is dan ook niet geïndiceerd.
- De meeste hartafwijkingen herstellen restloos na hervoeding.

Gastro-intestinale complicaties

- Acute gastro-intestinale complicaties komen weinig voor. Acute pancreatitis (alvleesklierontsteking), acute maagverwijding (maagdilatie), slokdarmscheur (oesophagusruptuur), ileus e.a. zijn beschreven.
- Het verlies van peritoneaal vet kan leiden tot het arteria mesenterica superior syndroom waarbij een obstructie van een deel van de dunne darm plaats vindt. Zie ook de EBRO Medische complicaties en somatische comorbiditeit.
- Veel patiënten ervaren een opgeblazen gevoel met name na de maaltijd door een vertraagde maaglediging. Prokinetica zoals erytromycine kunnen gebruikt worden, gezien de QTc- tijd beïnvloedende werking van deze medicatie wordt dit echter afgeraden. Uitleg en geruststelling met benoemen van het voorbijgaande karakter is vaak afdoende.
- De meeste patiënten hebben last van ernstige obstipatie. Geadviseerd wordt, naast het nemen van voldoende vocht en vezels, laagdrempelig volume vergrotende laxeermiddelen te starten.
- Leverenzymstijgingen worden frequent gezien waarbij een stijging tot 2x de bovengrens van normaal acceptabel is. Bij hogere waarden moeten andere oorzaken uitgesloten worden.
- Het serumalbumine is vaak normaal, ook bij ernstig ondervoede patiënten, met name door de relatief hoge eiwitname in het dieet van eetstoornispatiënten. Een verlaagd pre-albumine lijkt een voorspellende waarde voor het optreden van een verlaagd fosfaat en hypoglykemie in de vroege fase van hervoeding bij ernstig ondervoede patiënten met AN.
- Complicaties kunnen zich in het gehele gastro-intestinale traject voor doen als gevolg van de ondervoeding dan wel het purgeren. De meeste complicaties verdwijnen na hervoeding en herstel van ondergewicht en de eetstoornis.

Renale complicaties

- Nierproblemen en verstoringen van de water- en zouthuishouding worden bij veel patiënten beschreven. In extreme gevallen kan nierfalen ontstaan door te langdurige vochtrestrictie. Braken of het gebruik van laxantia kan hierin bijdragen.
- Het serum creatinine is, door de afname van spiermassa en productie, een slechte maat voor de nierfunctie. Er zijn aanwijzingen dat cystatine C (een laagmoleculair eiwit, bruikbaar als biomarker voor de nierfunctie) een betere maat is.
- Een ongevoeligheid voor vasopressine (anti-diuretisch hormoon) in de nieren of een verminderde productie van vasopressine (centraal, in de hersenen) zijn beschreven met als gevolg diabetes insipidus (aandoening die gekenmerkt wordt door polyurie (veel plassen) en polydipsie (veel drinken)).
- Deze beelden herstellen na het herstel van de voedingstoestand.

Zuurbase verstoringen en elektrolytstoornissen

- Stoornissen in de vocht-zuurbase en elektrolythuishouding komen vaak voor met name bij laxantia misbruik en braken. Een hyperchloremische metabole acidose met een laag kalium kan wijzen op laxantiamisbruik, een hypochloremische metabole alkalose met verlaagd kalium wordt gezien bij braken.
- Het risicovolle gedrag wat soms vertoond wordt om het gewicht te beïnvloeden of het hongergevoel te stillen (zoals waterloading) kan leiden tot levensgevaarlijke elektrolytstoornissen (waterintoxicatie).
- Bij langdurig braken of laxeren kan hypovolemie optreden en wordt het Pseudo-Bartter syndroom beschreven: een verhoogd aldosteron (bijnierschors hormoon wat zorgt voor terugresorptie van water en natrium in de nier), laag kalium, metabole alkalose en hypovolemie. Dit zorgt voor oedeemvorming wanneer het braken of laxeren gestaakt wordt. Dit is niet schadelijk maar kan veel angst veroorzaken bij de patiënt. Uitleg over dit fenomeen kan hierbij helpend zijn.

Groeiretardatie

- Het opstellen van een historische groeicurve wordt geadviseerd, zeker voor jeugdige patiënten met eetstoornissen.
- Onvoldoende gewichtstoename en groeivertraging gaan vaak vooraf aan het gewichtsverlies bij premenarchale AN.
- Het risico op achterblijvende groei is verhoogd. Het verlies aan lengtegroei is vaak niet volledig reversibel waardoor de voorspelde eindlengte niet wordt gehaald.
- Of bij postmenarchale AN de eindlengte wordt gehaald is onduidelijk. Herstel van gewicht en voedingstoestand is essentieel.
- Vanwege de relatieve groeihormoonresistentie lijkt het toedienen van groeihormoon weinig zinvol.

Gynaecologische en obstetrische problemen

Menstruatiestoornissen

- Amenorroe (uitblijven van de menstruatie > 3 maanden achtereen) en oligomenorroe (onregelmatige menstruatie met tussenpozen langer dan 35 dg en korter dan 6 maanden) wordt bij vrijwel alle vrouwen/adolescenten met AN beschreven.
- Amenorroe kan al optreden voordat de ondervoeding/relatieve energietekort zichtbaar wordt. Leptine (hormoon geproduceerd in vetweefsel) speelt hierbij mogelijk een belangrijke rol. Er is over het algemeen sprake van hypogonadotroop hypogonadisme waarbij er onvoldoende productie van de geslachtshormonen is als gevolg van onvoldoende productie van LH/FSH (gonadotrofines, de hormonen die de werking/uitscheiding van de geslachtshormonen regelen).
- Bij een groot aantal patiënten met BN en BED worden eveneens menstruatieproblemen beschreven, met name oligomenorroe. Bij BN is het mechanisme voor het ontstaan van menstruatieproblemen onduidelijk.
- Gewichtsherstel is het belangrijkste om de menstruatie te doen herstellen. Bij ongeveer 85 % van de patiënten treedt herstel van de menstruatiecyclus op binnen 6 maanden na het bereiken van de gezonde gewichtsmarge. Over het algemeen is het gewicht waarbij menstruatie hersteld 90 % van het ideale lichaamsgewicht. Op indicatie kan een echo van het kleine bekken geadviseerd worden om ovarieel volume en uterus volume vast te stellen.
- Bij jonge patiënten met een primaire amenorroe of persisterende secundaire amenorroe ondanks gewichtsherstel dient laagdrempelig aanvullend onderzoek te worden verricht.
- Polycysteus ovarium syndroom (PCOS) wordt hoogfrequent beschreven bij patiënten met BN en is eveneens geassocieerd met BED. Bij PCOS zijn er meerdere (poly) vochtblaasjes (cysten) in de eierstok (ovarium) aanwezig. Door de stoornis in de rijping van de eiblaasjes blijft de eisprong vaak uit en ontstaat er onregelmatigheid in de menstruatiecyclus. Doordat de eisprong onregelmatig of geheel niet plaatsvindt zijn deze vrouwen verminderd vruchtbaar. Behandeling vergroot de kans hierbij op normaliseren van de menstruatie.

Zwangerschap

- Ongeplande zwangerschappen komen vaker voor bij patiënten met eetstoornissen. Ondanks amenorroe of oligomenorroe kan een eisprong optreden, advies over voorbehoedsmiddelen is dan ook nodig.
- Patiënten met eetstoornissen loopt tijdens de zwangerschap meer risico op complicaties tijdens de zwangerschap met mogelijk invloed op de ontwikkeling van het kind in utero en de postnatale periode.

Overig

- Orale anticonceptie kunnen bij jeugdige nog in groei zijnde patiënten zorgen voor eerder sluiten van de groeischijven. Daarnaast vertroebelt het het zicht op de terugkeer van de menstruatie, een belangrijke maat voor somatisch herstel.
- Seksuele disfunctie wordt vaker benoemd bij patiënten met eetstoornissen. Dit heeft vaak invloed op de kwaliteit van leven.
- Bij mannen lijken de gonadale functies gespaard te blijven.
- Er zijn aanwijzingen dat gynaecologische kanker vaker voorkomt bij patiënten met eetstoornissen.

Stagnatie in de puberteitsontwikkeling

- Bij jeugdige patiënten wordt vaak een stagnatie in de puberteitskenmerken gezien. Na herstel van het gewicht treedt over het algemeen herstel op.

Verstoord botmetabolisme en osteoporose

- Tijdens de 2de tien levensjaren wordt 40-60% van de piek bot massa opgebouwd. Wanneer deze fase verstoord wordt door bijvoorbeeld ondergewicht zoals bij AN of ARFID kan dit levenslange gevolgen hebben.
- Anorexia leidt tot een verlaagde botdichtheid, verminderde botkwaliteit en een verhoogd risico op breuken. Belangrijke determinanten zijn een te laag gewicht, verlaagd IGF-1 gehalte, hypogonadisme (te lage spiegel geslachtshormonen) en veranderingen in andere hormonen die de botdichtheid beïnvloeden. Hoe dichterbij de menarche de AN begint, hoe erger de gevolgen op de botdichtheid. Ook bij jongens met AN is de botdichtheid verlaagd.
- De botdichtheid kan vastgesteld worden met behulp van een botdichtheidsmeting (DEXA-scan). Er bestaat in Nederland discussie over de meerwaarde van het verrichten van dit onderzoek daar er vrijwel geen therapeutische consequentie aan verbonden kan worden. Het valt te adviseren laagdrempelig een DEXA-scan te verrichten en zo nodig te herhalen na 12-24 maanden. Bij een verlaagde botdichtheid (z-score > -2,5) of pathologische fracturen moeten risicovolle contactsporten en activiteiten vermeden worden. Psycho-educatie blijkt motiverend te werken.
- Gewichtsherstel en herstel van menstruatie zijn belangrijk voor het verbeteren van de uitkomst van de botdichtheid bij anorexia of ARFID. Het is onduidelijk of volledig herstel van de botdichtheid plaats vindt. Daarnaast blijkt een lichte mate van lichamelijke inspanning beschermend.
- Farmacotherapeutische studies laten mogelijk een gunstig effect zien bij transdermale estradiol toediening. Bij volwassenen (met fracturen) kan het gebruik van bisfosfonaten overwogen worden. Bij mannen met osteoporose kan toediening van testosteron overwogen worden. Er is geen evidentie voor een betere outcome bij suppletie van vitamine D en calcium.
- Een normale dagelijkse inname van calcium (1200 mg) en vitamine D (2,5 ug) wordt geadviseerd.

Hematologische complicaties

- Ten gevolge van beenmergdepressie bij ondervoeding worden anemie (bloedarmoede), leukopenie (verlaagde witte bloedlichaampjes) en trombopenie (verlaagde bloedplaatjes) frequent gezien bij patiënten met anorexia nervosa. De beschreven prevalenties lopen sterk uiteen: anemie 9% tot 39% , leukopenie 29-75% en trombopenie 5-11%. Waarschijnlijk is dit een onderschatting ten gevolge van hemoconcentratie (indikking). Beenmerg onderzoek bij de meest ernstige gevallen laat een atrofisch beeld van het beenmerg zien met een gelatineuze transformatie en toename van het vet in het beenmerg.

- Op immunologisch gebied wordt een verlaagde activiteit gezien van granulocyten, complementactiviteit en celgemedieerde immuniteit. De klinische relevantie ervan is onduidelijk, al is het risico op complicaties van infecties verhoogd, onder meer door een vertraagde herkenning omdat koorts vaak ontbreekt. De respons op vaccinaties zou normaal zijn.
- De hemato-immunologische veranderingen zijn geassocieerd met ondergewicht en herstellen na gewichtstoename.

Systeem	Complicaties
Algemeen	Ondergewicht of onvoldoende gewichtstoename, gestoorde lengtegroei met evt. kort gestalte, verlaagd basaal metabolisme, gestoorde koude/warmte intolerantie, vermoeidheid, uitputting.
Neuro-endocrien	Ontregeling cholecystokinine, serotonerge-dopaminerge system, neuropeptide y, stagnatie of vertraging puberteitsontwikkeling of verlies secundaire seksuele kenmerken, eventueel irreversibele atrofie gonaden, hypogonadotroop hypogonadisme, verhoogd groeihormoon, verlaagd IGF-1, hypercortisolisme, verlaagd leptine, SIADH, centrale diabetes insipidus, euthyroid sick syndrome, syndroom van Wernicke-Korsakoff.
Metabool	Hypoglykemie, laag zink, hypercholesterolemia.
Cardiovasculair	Hypotensie, bradycardie, orthostase, acrocyanose, ECG-afwijkingen waaronder QTc-veranderingen, ritmestoringen, cardiale hypotrofie, mitralisklepprolaps, pericardeffusie, decompensatio cordis, oedemen, acute hartdood.
Bewegingsapparaat	Verminderde botmineraaldichtheid, krampen, tetanie, spierzwakte.
Hemato-immunologie	Beenmergdepressie (pancytopenie), neutrofiële dysfunctie, afwijkingen complementsysteem, gestoorde Ig-synthese, gestoorde cellulaire immuniteit, stijging Hb-F.
Neuropsychologisch/ neurologisch	(Pseudo)atrofie cerebrum met afname grijze en witte stof en vergroting liquorruimtes, cognitieve dysfunctie, afwijkingen EEG, convulsies, compressie perifere zenuwen, stoornissen autonome zenuwstelsel.
Tractus digestivus	Buikpijn, vertraagde maagontlediging, acute maagdilatie (zelden maagruptuur), pancreatitis, invaginatie, ernstige obstipatie, darmobstructie, leverfunctiestoornissen, necrotiserende colitis, galstenen, flatulentie, smaakstoornis, galstenen, arteria-mesenterica-superiorsyndroom.
Tractus digestivus – bij braken	Periorale stomatitis, cariës, erosie tandglazuur, gezwollen speekselklieren, oesofagitis, Mallory-Weiss laesies, slokdarm- en maagruptuur, Barrett-oesofagus, stoornissen vocht-, zuur-base- en elektrolythuishouding.
Tractus digestivus – bij laxantia	Slijmvlieslaesies colon, hematochezie, pseudomelanosis coli, megacolon, catarraal colon, stoornissen in vocht-, zuur-base- en elektrolythuishouding.
Renaal	(Partiële) nefrogene diabetes insipidus, glomerulaire nierfunctiestoornissen, nierstenen, hypokaliëmisches nefropathie, acute en chronische nierinsufficiëntie.
Huid	Droge huid (xerose), hypercarotenemie, lanugo (bij BMI <16), bleke huid, teken van Russel, pitting oedeem, vertraagde wondgenezing, haaruitval (telogeen effluvium), pili torti, acrocyanose, acrodermatitis enterohepatica, pemphigus, pellaagra, dermatitis artefacta, erythema ab igne, acne.
Nagels	Dystrofie/koilonychia's.
Dentitie	Erosie, parodontitis, stomatitis, tandvleesbloedingen, cariës.
Milieu interieur	Hypokaliëmisches hypochloremische metabole alkalose bij braken, hyperchloremische metabole acidose bij laxantia, hypokaliëmie bij braken en laxantia, hyponatriëmie, hypomagnesiëmie, hypocalciëmie, hypofosfatemie, dehydratie, reboundoedeem (na staken laxantia), waterintoxicatie, pseudo-Bartter.

Tabel 1: Somatische complicaties van eetstoornissen

2. DIAGNOSTIEK IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

2.1 Anamnese en lichamelijk onderzoek

Een eetstoornis is lastig te diagnosticeren. Patiënten melden zich vaak met weinig specifieke klachten bij de huisarts zoals psychologische klachten, obstipatie, uitblijven menstruatie, duizeligheid en moeheid, slaapproblemen, afbuigende lengtegroei. Denk ook bij een normaal lichaamsgewicht aan een mogelijke eetstoornis wanneer ouders ernstige zorgen aangeven.

Lichamelijk onderzoek dient altijd uitgevoerd te worden bij verdenking op een eetstoornis om somatische oorzaken uit te sluiten. Daarnaast is het lichamelijk onderzoek cruciaal om de mate van ondervoeding vast te stellen en eventuele complicaties op te sporen.

Bij jonge kinderen (<12 jr) met het vermoeden op een eetstoornis dient direct overlegd te worden met, en laagdrempelig verwezen te worden naar een kinderarts en/of gespecialiseerd centrum voor eetstoornissen voor begeleiding en behandeling.

Stel bij patiënten uit een risicogroep die op het spreekuur komen met psychische klachten, maagdarmklachten en/of menstruatieklachten oriënterende vragen over eetproblematiek. Een op eetstoornissen gerichte anamnese bevat de volgende elementen:

- eetpatroon en braken;
- lichaamsbeeld van de patiënt zelf;
- gedachtes over eten en gewicht;
- minimum- en maximumgewicht in de laatste jaren, gewichtsverloop;
- andere klachten, in het bijzonder betreffende de menstruatie;
- gebruik van medicijnen (met name medicijnen met een eetluststimulerende werking zoals corticosteroïden), laxeremiddelen, diuretica, slankpillen;
- gebruik van alcohol en/of drugs;
- obsessief bewegen of sporten/hyperactief;
- Indien er sprake is van obesitas: gewicht op de kinderleeftijd en hyperfagie (heeft iemand vanaf kinds af aan al opvallend meer eetlust dan anderen?).

Lichamelijk onderzoek dient altijd plaats te vinden en is een vast onderdeel van de diagnostiek. Daarmee kan de mate van ondervoeding vastgesteld worden, kunnen complicaties herkend worden en kunnen andere oorzaken van ondervoeding of overgewicht worden uitgesloten. Lengte, gewicht, bloeddruk en pols dienen gemeten te worden. Herhaal deze metingen regelmatig.

Verricht aanvullende diagnostiek bij verdenking op een mogelijk andere oorzaak voor de klachten. Wanneer de symptomen zoals vermeld in de DSM-5 criteria aanwezig zijn is de diagnose duidelijk. Met name de afwijkende lichaamsbeleving is onderscheidend naast het beperken van de energie-inname ten opzichte van de energiebehoefte.

Denk bij een atypisch klinisch beeld differentiaal diagnostisch onder meer aan hyperthyreoïdie, maligniteit, inflammatory bowel disease, malabsorptie, chronische infecties, ziekte van Addison, diabetes mellitus, cardiale aandoening, verwaarlozing en Pediatric Condition Falsification.

Bij prepuberale kinderen treden de afbuigingen van de groei en stagnatie van gewichtstoename vaak reeds op voordat een eetstoornis zich openbaart. Voeg daarom een eetstoornis toe aan de differentiële diagnostiek bij kinderen bij wie sprake is van onverklaard afbuigen van de groeicurve.

Algemene eerste indruk	> bewustzijnsniveau > dysmorphe kenmerken
Vitale parameters	> ademhaling, pols (vaak ernstig vertraagde hartslag (bradycardie), bloeddruk (vaak verlaagde bloeddruk (hypotensie)), bloeddruk liggend/staand gemeten (bim orthostase), temperatuur (vaak verlaagde temperatuur =hypothermie)
Hydratietoestand (vochttoestand)	> cave vochtophopingen (oedemen) of tekenen uitdroging
Voedingstoestand	> gewicht, lengte, body mass index (G/L2) > spieratrofie (dunner worden van spieren), hoeveelheid vetweefsel
Huid	> kleur: oranje waas van de huid tgv ophoping van caroteen (hypercarotenemie), bleek zien > lanugo (donshaar) > xerosis (droge huid) > haaruitval > broos/breekbaar haar > littekens (let op: automutilatie?) > nagels > wondjes aan vingers/handrug (teken van Russel) > decubitus (doorligplekken) > acrocyanose (blauwverkleuring uitstekende lichaamsdelen)
Hoofd/hals	> foetor ex ore (sterke ademgeur) > gebit en tandvlees, mond: keelslijmvlies/gehemelte beschadigingen (wondjes/puntbloedinkjes/ontstekingen) > speekselklieren vergroot (braken) > schildklier beoordelen
Thorax	> hartgrootte > hartruis (mitralisklep- insufficiëntie) > pericardwrijven (langs elkaar wrijven van de vliezen van het hartzakje bij vocht/ontsteking)
Abdomen (buik)	> scybalae (palpabele gevulde darmlissen bij obstipatie) > vergrote blaas (vocht vasthouden voor het beïnvloeden van gewicht voor een weegmoment)
Centraal zenuwstelsel	> bradyfrenie (vertraagd in denken) > afgenomen spierkracht > sensibiliteit (gevoelszin): neuropathie (storingen door het niet goed functioneren van 1 of meer zenuwen)
Puberteitskenmerken	> secundaire geslachtskenmerken, atrofie?

Tabel 2: Aandachtspunten lichamelijk onderzoek bij eetstoornissen

2.2 Aanvullend onderzoek

Aanvullend onderzoek door de huisarts is gericht op stellen van de definitieve diagnose eetstoornis; het uitsluiten van ander onderliggend lijden en het inschatten van ernst en mogelijke (metabole) complicaties.

2.2.1 Laboratoriumonderzoek

Als de huisarts een onderliggende ziekte vermoedt, dient hij zich te laten leiden door gegevens uit anamnese en de bevindingen bij lichamelijk onderzoek bij het bepalen of, en zo ja, welk aanvullend onderzoek hij laat verrichten.

- Aanvullend laboratoriumonderzoek moet minstens 1 keer plaatsvinden bij patiënten met een (vermoeden op) eetstoornis, omdat klachten ten gevolge van metabole complicaties van een eetstoornis afwezig kunnen zijn of niet gemeld kunnen worden.
- Eenmaal vastgestelde biochemische afwijkingen dient men te vervolgen om verbetering of verslechtering te kunnen vaststellen.
- Ook bij toenemend gewichtsverlies, grote gewichtsschommelingen en toename van purgerend gedrag wordt opnieuw laboratoriumonderzoek aangeraden om metabole complicaties op te sporen.

De huisarts bespreekt met de patiënt dat wel degelijk sprake is van een ernstig probleem, ook al worden er (nog) geen afwijkingen gevonden bij het aanvullende onderzoek.

In onderstaande tabel staat welk aanvullend laboratoriumonderzoek minimaal 1 keer dient plaats te vinden bij patiënten met een vermoeden op een eetstoornis. De interpretatie van laboratoriumuitslagen kan ingewikkeld zijn. Veel laboratoriumwaarden kunnen afwijkend zijn door ondervoeding of purgeren. Er is niet altijd een relatie tussen de ernst van de ondervoeding en de laboratoriumuitslagen.

Standaard minimaal één keer bepalen	
Bepaling	Ratio
leukocyten, Hb, trombocyten	Beenmergdepressie (onderdrukking) bij ondervoeding
Na, K, bicarbonaat, Cl	gestoord bij purgeren of waterloading
ureum, creatinine	kunnen verhoogd zijn bij ondervoeding en/of dehydratie
ASAT, ALAT	kunnen stijgen tot 2x de normaalwaarde bij ondervoeding
albumine	vaak hoog-normaal bij anorexia patiënten
glucose	hypoglykemieën
BSE	Verhoogd bij andere onderliggende ziekte

Tabel 3: Aanbevolen laboratoriumonderzoek bij patiënten met een eetstoornis

*let op, bij ondergewicht en spieratrofie zou het creatinine laag moeten zijn.

2.2.2 ECG

Bij patiënten bij wie sprake is van ondervoeding en/of purgeren dient een ECG gemaakt te worden om een QTc-tijdverlenging en tekenen van hypokaliëmie op te sporen. Bij een aangetoonde QTc-tijdverlenging moeten QTc-tijdverlengende medicijnen en zeker combinaties daarvan vermeden worden.

2.2.3 Groeigegevens en gewicht

De methode voor het vaststellen van ondergewicht is voor volwassenen anders dan voor kinderen. Bij volwassenen is de body mass index ($BMI = \text{gewicht}/(\text{lengte})^2 = \text{kg/m}^2$) de meest gebruikte methode om vast te stellen of er sprake is van ondergewicht. Bij volwassenen bedraagt de 5e percentielwaarde 18; er is sprake van ondergewicht als de BMI lager is dan 18,5.

Bij kinderen loopt de BMI op met de leeftijd. Geadviseerd wordt een groeicurve met longitudinale punten te reconstrueren om een eventuele lengtegroeiabwijking (zoals passend bij chronische

ondervoeding) vast te stellen. De constructie van een longitudinale curve is belangrijk omdat bij jonge patiënten vaak geen sprake is van een ernstig gewichtsverlies maar wel van een stagnatie van de verwachte gewicht- en lengtetoeename.

Vraag bij jeugdarts of jeugdgezondheidszorg (JGZ) instelling oude groeigegevens op voor een reconstructie van de historische groeicurve om groeiretardatie op te sporen en een gezond gewicht te bepalen.

3. SPECIALISTISCHE SOMATISCHE DIAGNOSTIEK

3.1 Differentiële diagnostiek van ondervoeding en diagnostiek van complicaties van eetstoornissen

Onverklaard gewichtsverlies is vaak, zeker bij kinderen, een reden voor verwijzing naar de gespecialiseerde ggz of medisch specialist (zoals kinderarts of medisch specialist). Veel aandoeningen kunnen aanleiding geven tot gewichtsverlies. Het voorkomen van een aantal afwijkingen hangt sterk af van de leeftijd. De klachten of symptomen die aanleiding geven tot de verwijzing zijn in eerste instantie richtinggevend voor de anamnese en het lichamelijk onderzoek. Daarbij dient de specialist een eetstoornis te overwegen, en daar gericht naar te vragen bij onverklaard gewichtsverlies, achterblijvende groei bij kinderen, maagdarmklachten en menstruatiestoornissen.

Anorexia nervosa kan ook optreden bij een patiënt met een somatische aandoening, in het bijzonder bij mensen met diabetes mellitus type 1.

Het lichamelijk onderzoek dient niet alleen ter uitsluiting van een andere somatische oorzaak van ondervoeding, maar juist ook ter vaststelling van de mate van ondervoeding en ter herkenning van complicaties. Tevens kunnen de gevolgen van purgerend gedrag en eventuele automutilatie worden gevonden. Bij het lichamelijk onderzoek dienen lengte en gewicht altijd bepaald te worden.

Ondanks versnelde groei na herstel van de voedingstoestand is het verlies aan lengtegroei bij premenarchale patiënten met anorexia nervosa niet volledig reversibel en bereiken zij hun genetisch voorspelde eindlengte niet.

- Teken die wijzen op eetstoornissen en die bij lichamelijk onderzoek kunnen worden gezien zijn bradycardie, hypothermie, hypotensie (vaak beneden de 80/50 mmHg), orthostatische hypotensie en een eventuele soufflé door mitralisklepinsufficiëntie.
- Bij inspectie valt de afwezigheid van lichaamsvet en de spieratrofie op. De huid is droog en schilferig. De huid kan bleek zijn door anemie en er kan sprake zijn van 'pitting' oedeem. Dit laatste is vaak het geval bij patiënten die diuretica misbruiken.
- Er is toename van fijn lanugoachtig lichaamshaar (dunne, donsachtige haartjes), vooral op het gezicht, de bovenarmen en de rug.
- Braken kan ook leiden tot gebitsafwijkingen, vergroting oorspeekseldklier en het teken van Russell (littekens en eeltvorming op de knokkels van de handen).

Vroegtijdig aandacht voor purgeren of laxeren bij eetstoornissen is van belang gezien het hoge risico van dehydratie en elektrolytstoornissen (hypokaliëmie) ten gevolge van dit risicovolle gedrag.

3.2 Aanvullend laboratoriumonderzoek

Omdat de klachten ten gevolge van metabole complicaties van een eetstoornis afwezig kunnen zijn of niet gemeld kunnen worden, dient aanvullend laboratoriumonderzoek plaats te vinden, als dit bij de huisarts nog niet is uitgevoerd. Het is zinvol om eenmaal vastgestelde biochemische afwijkingen te

vervolgen om verbetering of verslechtering te kunnen vaststellen. Ook bij toenemend gewichtsverlies en/of het ontstaan of toename van purgeergedrag dient opnieuw laboratoriumonderzoek plaats te vinden om metabole complicaties op te sporen.

Laboratoriumonderzoek dient enerzijds om de mate van katabolie vast te stellen en metabole complicaties van anorexia nervosa te vinden, en anderzijds om onderliggende ziekten uit te sluiten. Bij anorexia nervosa worden veel fysieke en biochemische afwijkingen gevonden die omkeerbaar zijn zoals leukopenie en verhoogde waarden van ASAT en ALAT. Deze zijn het gevolg van de ondervoeding en niet specifiek voor anorexia nervosa.

- Bij het purgerende type is de kans op elektrolytstoornissen verhoogd (Na, K) en bestaat het risico van dehydratie.
- Bij ernstige ondervoeding is het risico op hypoglykemieën verhoogd.
- Daarnaast lijkt een verlaagd pre-albumine een voorspellende waarde voor het optreden van een verlaagd fosfaat en hypoglykemie in de vroege fase van hervoeding.

Met behulp van aanvullend laboratoriumonderzoek kunnen onderliggende ziekten aangetoond worden, bijvoorbeeld diabetes mellitus en hyperthyreoïdie.

In de refeeding fase moet specifiek gelet worden op het ontstaan van elektrolytstoornissen, vooral hypokaliëmie, hypofosfatemie, hypomagnesiëmie en afwijkingen in het zuurbase-evenwicht.

Bij boulimia nervosa (BN) eten patiënten over het algemeen basaal te weinig of kwalitatief slecht en vallen daardoor iets af; door de eetbuien vallen ze niet zoveel af dat ze ondergewicht bereiken volgens de WHO-criteria. De katabole staat kan eveneens ontstaan wanneer een patiënt van hoog-normaal tot (laag-) normaal gewicht afvalt. Het tempo van gewichtsverlies lijkt eerder bepalend te zijn voor het optreden van aanpassingen in het lichaam zoals bradycardie en hypothermie. Daarom worden bij BN patiënten vaak dezelfde aanpassingen gevonden bij lichamelijk onderzoek als bij AN patiënten. Daarnaast worden dezelfde complicaties waargenomen. Bij eetbuistoornis (BED) is vaak sprake van (morbide) obesitas.

Op indicatie:

- eventueel schildklierwaarde (inclusief rT3) bij persisterende bradycardie, er is vaak sprake van een euthyreoid sick syndroom: afwijkende schildklierwaarden (normaal TSH, vaak verlaagd fT4 en T3, verhoogd rT3) vaak gezien bij ernstige ziekten, geduid als adaptatie, dit beeld heeft geen klinische consequenties;
- vitaminestatus (afhankelijk van vermoeden op deficiënties, met name vitamine D, B1 (thiamine), B12;
- amylase: vaak verhoogd bij braken;
- coeliakie screening;
- overige laboratoriumdiagnostiek voor het uitsluiten dan wel aantonen van mogelijk onderliggende ziektebeelden.

4. DIFFERENTIAAL DIAGNOSTIEK BIJ EETSTOORNISSEN

Deze differentiaaldiagnose is zeer uitgebreid, onderstaande is slechts een beperkte weergave.

Ongewenst gewichtsverlies, vaak met toegenomen eetlust:

- *Endocrien:* hypothyreoïdie - ongecontroleerde diabetes mellitus
- *Gastro-intestinaal:* malabsorptie

- *Relatieve energie deficiëntie bij excessieve inspanning*

Ongewenst gewichtsverlies met afgenomen eetlust:

Somatisch:

- *Gastro-intestinaal*: coeliakie - infectieuze diarree - chronische inflammatoire darmziekte - peptische ulcus - malabsorptie - obstructie, bv. arteria mesenterica superior syndroom
- *Endocrien*: diabetes mellitus - hypercortisolisme – bijnierschorsinsufficiëntie
- *Infectieus (chronisch)*: HIV - tuberculose - hepatitis
- *Oncologisch*: bv centraal zenuwstelsel tumoren
- *Auto-immuun*: reumatologische aandoeningen - sarcoïdose - vasculitis
- *Neurologisch*: beroerte - spierziekte
- *Overig*: medicamenteus (bijwerking) - chronische somatische aandoening (cardiaal, nefrologisch, pulmonaal)

Psychiatrisch:

- Depressie - obsessief compulsieve stoornis/angststoornis - bipolaire stoornis - verslavingsproblematiek/drug misbruik - voedsel-gerelateerde wanen bij andere psychiatrische stoornissen

Gewenst gewichtsverlies:

- Diëten - psychiatrische eetstoornis - medicatie (voorgeschreven of vrij verkregen) met als intentie gewicht te verliezen zoals bv cafeïne, amfetamine, schildklierhormoon - gebruik bepaalde homeopathische afslankmiddelen - sporters (zonder anorectische cognities)

5. SOMATISCHE OPNAMECRITERIA BIJ ANOREXIA NERVOSA

Er bestaat geen consensus over de somatische opnamecriteria. Onderstaande somatische opnamecriteria zijn gebaseerd op praktijkkennis van experts.

Criteria voor opname algemeen ziekenhuis: indien aan 1 van deze criteria wordt voldaan is opname op interne afdeling geïndiceerd om acuut gevaar (ernstig nadeel) af te wenden:

- 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;
- hypoglykemie (< 2.8 mmol/l);
- hypothermie (< 33 graden);
- overig: pancreatitis, convulsies, syncope, uitputting e.a.

6. CRITERIA VOOR MONITORBEWAKING (TELEMETRIE)

- Hartritmestoornissen waaronder sinusbradycardie < 40/min
- Geleidings- en repolarisatiestoornissen waaronder QTc-tijd verlenging en junctional escape ritme
- Ernstige ondervoeding (<60 % van uitgangsgewicht)
- Ernstige elektrolytstoornissen

7. BIOLOGISCHE BEHANDELING: HERVOEDING

7.1 Refeedingsyndroom

Bij patiënten met AN die werken aan herstel van gewicht door hervoeden bestaat risico op het ontstaan van het hervoedings- of refeedingsyndroom. Dit zijn biochemische en somatische complicaties als gevolg van metabole aanpassingen. Het syndroom kan zich ook uiten als multi-orgaan falen met gastro-intestinale en metabole complicaties. Refeedingsyndroom is een serieuze, potentieel dodelijke, medische complicatie bij hervoeden bij een patiënt die gedurende langere tijd ondervoed is geweest. Complicaties kunnen zich in het gehele gastro-intestinale traject voor doen als gevolg van de ondervoeding dan wel het purgeren. De meeste complicaties verdwijnen na hervoeding en herstel van ondergewicht en de eetstoornis.

Biochemische bevindingen	Symptomen
Stijging insuline	Insuline stimuleert de glucosetofwisseling (cave hypo- of hyperglykemie) en induceert water- en zoutretentie met als mogelijk gevolg oedeem en hartfalen
Te laag fosfaatgehalte (hypofosfatemie)	Verminderd respiratoir, cardiovasculair en neuromusculair functioneren. Mogelijke symptomen zijn spierzwakte, respiratoire insufficiëntie, hartfalen (openbaart zich vooral door vochtretentie/ophoping, insulten en hartritmestoornissen)
Te laag kaliumgehalte (hypokaliëmie)	Spierzwakte, respiratoire insufficiëntie, hartritmestoornissen, ileus, concentratiestoornissen in de nier
Te laag magnesiumgehalte (hypomagnesiëmie)	Spierkrampen, hartritmestoornissen, insulten, te laag calcium
Tekort aan vitamine B1 (thiaminedeficiëntie)	De voorraad thiamine in het lichaam volstaat voor maximaal 7 dagen. Het is een cofactor in de aërobe glucoseverbranding. Een tekort leidt tot een anaeroob glucosemetabolisme met als gevolg een toename van lactaat (lactatacidose, hartfalen). Daarnaast kan het Wernicke Korsakoff syndroom optreden

Tabel 4: Biochemische bevindingen bij het refeedingsyndroom

Bij hervoeden dient bij voorkeur normale voeding te worden gebruikt. Om het refeedingsyndroom te voorkomen wordt aangeraden te starten met 40-60 kcal per kg actueel lichaamsgewicht per 24 uur en dit geleidelijk op te hogen op geleide van de gewichtstoename. Hierna wordt een individueel voedingsadvies opgesteld, gebaseerd op een berekening van de energiebehoefte en het gewichtsverloop.

Klinisch hervoeden is van belang bij patiënten met een gewicht < 70% van het uitgangsgewicht. Er is gemiddeld 800-1100 kcal per dag extra nodig voor 1 kg gewichtstoename per week. Medische monitoring van patiënten gedurende het hervoeden is noodzakelijk. Deze monitoring bestaat uit:

- dagelijks lichamelijk onderzoek;
- 2 maal per week ECG of op indicatie frequenter;
- minimaal 3 keer per week laboratoriumonderzoek (creatinine, ureum, fosfaat, kalium, magnesium, glucose, capillaire bloedgaswaarde);
- vocht met vochtlijst (eerste 2 dagen);
- minimaal 1 keer per week een volledig bloedbeeld en transaminasespiegels.

Refeeding fase	
Bepaling	Ratio
Na, K	depletie
Fosfaat, Mg	depletie
Cl, bicarbonaat	verstoring zuur-base-evenwicht en vochthuishouding
Glucose	Zowel hypo-als hyperglykemie
Pre-albumine	Verlaagd bij ernstige ondervoeding
Hb, leucocyten, trombocyten	Vervolgen beenmergdepressie
Transaminasen	Vervolgen
Ureum, creatinine	Vervolgen nierfunctie tijdens hervoedingsfase

Tabel 5: Aanbevolen laboratoriumonderzoek bij de refeeding fase

Het risico voor het optreden van het refeedingsyndroom is het grootst in de eerste 2 weken na de start van het hervoeden met een piek in de eerste 72 uur. Suppletie wordt tijdelijk gegeven, vooral bij een laag of snel dalend fosfaat als gevolg van hervoeding. Overwogen kan worden om thiamine (vitamine B1) te suppleren. Er is geen consensus over de optimale dosering, toedieningswijze en toedieningsduur. Bij patiënten die een grote kans op het refeedingsyndroom lopen, kan het 30 minuten voor het hervoeden gesuppleerd worden.

Vertoont de patiënt tekenen van het refeedingsyndroom, dan worden de energie- en vochtinname eventueel aangepast. Het advies is deficiënties tijdig te suppleren, daarnaast kan een zout-arm dieet overwogen worden. Overige symptomen dienen op maat behandeld te worden.

Risicofactoren voor refeedingsyndroom zijn de mate van ondervoeding en adaptatie hieraan, de mineralen en elektrolytgehalten in het serum zoals fosfaat en kalium voorafgaand aan het hervoeden en de snelheid waarmee het lichaam van koolhydraten wordt voorzien in vergelijking tot andere voedingsstoffen.

7.2 Indicaties voor sondevoeding

- extreme cachexie (gewicht < 60 % van uitgangsgewicht) met bradyfrenie en/of spierzwakte;
- ernstige elektrolytstoornis (bijvoorbeeld hypokaliemie < 2,5 of < 3,5 met ECG-afwijkingen) of recidiverende hypoglykemie;
- totale weigering te drinken/eten;
- kortdurend op verzoek van patiënt bij onvermogen zelf te eten/drinken en wanneer dit leidt tot een (dreigende) complicatie.

Bijkomende adviezen met betrekking tot sondevoeding:

- duidelijke afspraken maken met patiënt vooraf wanneer te starten met sondevoeding;
- zo kort mogelijk handhaven van de sonde;
- doel: intake garanderen ten einde de levensbedreigende situatie af te wenden.

1. Dieet en vocht	➤ Opstellen eetlijst met 6 eetmomenten/dag ➤ Duur maaltijden afstemmen ➤ Samenstelling voeding: 50-60% koolhydraten, 15-20 % eiwit en 25-35% vet ➤ Hoogcalorisch starten: 40-60 kcal/kg/dg, gemiddeld is een eetlijst van 1500 kcal een goede start ➤ Elke 2 dagen ophogen met +/- 250 kcal ➤ Herstel vochttekort, handhaaf laag-normaal totaal vocht
2. Gewichtsherstel	➤ Streef naar gewichtsherstel 1 tot 1,5 kg per week. ➤ Note: de meeste patiënten vallen eerst af ➤ Er is gemiddeld 800-1100 kcal per dag extra nodig voor 1 kg gewichtstoename per week, afhankelijk van fase/type eetstoornis
3. Lichamelijke conditie	➤ Dagelijks lichamelijk onderzoek (eerste week) ➤ Cave plotselinge tachycardie en forse gewichtstoename: oedeem, decompensatio cordis)
4. Diagnostiek	➤ Eerste fase 3 x/week lab (incl creatinine, ureum, elektrolyten, met name fosfaat & magnesium/glucose/bloedgas, 1 x/week volledig bloedbeeld/transaminasen), op indicatie frequentie aanpassen ➤ 2 x/week ECG, op indicatie frequenter: let op QTc en repolarisatie ➤ Urine: overweeg bij opname Na/K/Ca/ureum/creatinine/ ➤ Osmolaliteit ➤ Klinische setting: glucose controles (8 punts-dagcurve, streefwaarden 3,5-10 tijdens de dag, tijdens de avond/nacht wordt een ondergrens van 4 gehandhaafd. Indien de glucose 24 uur stabiel is wordt geadviseerd nuchtere glucose 's te vervolgen en te staken indien 48 uur acceptabel) ➤ Uitbreiden lab + ECG controles op geleide klinische toestand patiënt
5. Activiteiten	➤ Beperk bewegingsactiviteit (herstel balans tussen energieverbruik en inname) ➤ Zorg voor zoveel mogelijk afleiding m.b.v. dagprogramma
6. Suppleties	➤ Overweeg thiaminesuppletie voor start hervoeding bij risicogroepen
7. Bij tekenen hervoedingssyndroom	➤ Suppleer deficiënties, overweeg zoutarm dieet, behandel symptomen. ➤ Calorische intake in principe niet aanpassen

Tabel 6: Beleid hervoeden

8. MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Over het algemeen geldt: cognitieve gedragstherapie is veel effectiever dan farmacotherapie. Bij patiënten met eetstoornissen dient kritisch omgegaan te worden met QTc-tijd verlengende medicatie.

Bij volwassenen met anorexia nervosa:

- Wees voorzichtig met het voorschrijven van psychofarmaca voor ernstige comorbide klachten/symptomen, zolang onduidelijk is of deze symptomen het gevolg zijn van ondervoeding/uithongering.
- SSRI's zijn niet geïndiceerd in de acute fase of als onderhoudsmedicatie van anorexia nervosa.

- Lage dosis antipsychotica zoals olanzapine kunnen helpen om irrealistische angst en obsessief denken te verminderen. Wees beducht op groter risico op cardiale bijwerkingen bij anorexia nervosa patiënten.

Bij kinderen en jongeren met anorexia nervosa:

- Wees vanwege somatische bijwerkingen terughoudend met het voorschrijven van anxiolytica, antidepressiva of andere medicatie.
- Wees uiterst voorzichtig met het (off label) voorschrijven van antipsychotica. Schrijf antipsychotica (olanzapine) alleen voor na consultatie van een kinder- en jeugdpsychiater werkzaam in de gespecialiseerde ggz op een eetstoornisbehandelafdeling.

Bij volwassenen met boulimia nervosa of eetbuistoornis:

- Overweeg farmacologische behandeling; daar is enig bewijs voor.
- SSRI's zijn effectief in het terugbrengen van eetbuifrequentie bij BN en BED. Fluoxetine in een hoge dosis (60 mg/dag) heeft de sterkste onderbouwing voor volwassenen met BN.

Bij kinderen en jongeren met boulimia nervosa of eetbuistoornis:

- Geen richtlijnen opgenomen