

Voedingstherapie bij patiënten met COPD

COPD gaat vaak samen met een slechte voedingstoestand en vroegtijdige signalering is gewenst. Verbetering van de voedingstoestand is een belangrijk onderdeel van de therapie. De diëtist levert een belangrijke bijdrage door advies op maat bij voedingsgerelateerde klachten, voedingskeuze en terugvalpreventie.

COPD is de afkorting van 'chronic obstructive pulmonary disease', de verzamelnaam voor chronische bronchitis en longemfyseem. Ruim 300.000 Nederlanders, voornamelijk 55-plussers, hebben deze ziekte. Roken is de belangrijkste risicofactor voor COPD. Door de vergrijzing en een betere screening zal het aantal patiënten met COPD de komende jaren toenemen. Uit onderzoek is gebleken dat een verminderde voedingstoestand bij COPD negatief geassocieerd is met kwaliteit van leven en algeheel functioneren, tot

een verhoogd risico op ziekenhuisopname leidt en een licht verhoogde kans op sterfte veroorzaakt'. In onderzoeken (waarvan enkele niet zijn gepubliceerd) wordt ondervoeding gevonden bij 7 tot 35 procent van de COPD-patiënten.

Metten is weten

Femke Belder is diëtist bij Sorgente, specialist in voedingszorg thuis. COPD behoort tot de top drie van indicaties waarvoor drinkvoeding bij het bedrijf wordt aangevraagd. Patiënten met COPD vormen dan ook een relatief grote klantengroep. Belder signaleert dat in de praktijk nog niet alles verloopt zoals wenselijk is: 'Een verminderde voedingstoestand wordt vaak (te) laat gesignaleerd. De Stuurgroep Ondervoeding is in 2006 gestart met het project "Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding in Nederlandse ziekenhuizen" waarin ziekenhuisbreed alle patiënten bij opname gescreend worden op (het risico op) ondervoeding. In de thuissituatie zijn de huisarts, praktijkassistent en -ondersteuner meestal het eerste aanspreekpunt voor de patiënt. Daarom is het belangrijk dat zij screenen en op de hoogte zijn van de mogelijkheden van de diëtist, zodat tijdig doorverwezen wordt.' Bij voorkeur wordt de beoordeling van de voedingstoestand een vast on-

derdeel van het totale behandelplan, zodat gewicht en gewichtsverloop, lengte en BMI standaard bepaald worden. Omdat ondergewicht en gewichtsverlies vaak gepaard gaan met een verlies van vetvrije massa, geeft een gewichtsbepaling geen volledig beeld. Daarom is het aan te raden ook de lichaamssamenstelling te bepalen met behulp van bio-impedantiemeting. Wanneer er sprake is van een verminderde voedingstoestand is het belangrijk dat de voedingsinterventie zo snel mogelijk start.

Voedingsinterventie

COPD-patiënten verbruiken - als gevolg van luchtweginfecties en de toename van de ademarbeid - gemiddeld zo'n 30 procent extra energie in vergelijking met gezonde personen. Daarnaast hebben zij soms een verminderde energie-inname door kortademigheid voor en vooral tijdens het eten, slijmvorming, een droge mond, chronische vermoeidheid of een verminderde eetlust. Deze combinatie van factoren kan leiden tot ongewenst gewichtsverlies. De disbalans tussen eiwitsynthese en -afbraak kan bovendien een tekort aan vetvrije massa veroorzaken. Bij ondervoeding is energieverrijking tot 150 à 200 procent aanbevolen, bij overgewicht is het goed om te streven naar gewichtsbehoud. De aanbe-

Femke Belder: 'Als de patiënt met COPD na ziekenhuisopname thuiskomt, is begeleiding door een diëtist gewenst, zodat de patiënt ook thuis de voeding op de juiste manier blijft gebruiken.'



veling voor eiwit is 1,5 tot 1,7 gram per kg lichaamsgewicht en de aanbeveling voor microvoedingsstoffen volgens de Richtlijnen goede voeding.

Belder: 'In het verleden werd een vetrijke voeding geadviseerd, maar nu zijn er aanwijzingen dat bij enteraal voeden een voeding met veel koolhydraten de voorkeur heeft omdat hierdoor de hoeveelheid spierglycogeen toeneemt, wat positief is in verband met inspanning. Bovendien kan een vetrijke voeding de dyspnoe verergeren en een vol gevoel veroorzaken, waardoor de eetlust afneemt.'

Het is heel belangrijk dat de patiënt - naast de extra hoeveelheid eiwit - ook bewegingstherapie krijgt, zodat de vetvrije massa toeneemt. 'Mogelijk kan suppletie met visolie en antioxidanten een positief effect hebben op de lichamelijke conditie en ontstekingsfactoren. Er zijn aanwijzingen dat ghreline (hongerhormoon) de voedselinname bij COPD-patiënten stimuleert, maar hiernaar is verder onderzoek nodig. Adviezen zoals het gebruik van kleine, frequente maaltijden, tips bij slijmvorming, een goede houding en ademhalingstechniek zijn soms al toereikend om voldoende energie- en eiwitinname te bereiken', aldus Belder.

Dieetpreparaten

Het assortiment dieetpreparaten is groot. Als aanvulling van specifieke voedingsstoffen nodig is, kan een modulaire voeding uitkomst bieden. Dit zijn preparaten die uitsluitend koolhydraten, vetten of eiwitten bevatten en er zijn combinatiepreparaten verkrijgbaar. Is dit niet toereikend, dan komt drinkvoeding in aanmerking. Die kan aanvullend (een- tot driemaal per dag) en eventueel in combinatie met de genoemde modules gebruikt worden, of als volledige dagvoeding. Bij slijmvorming voldoet de yoghurt- of sapvariant beter, maar door het lagere eiwitgehalte van de sapvariant is deze niet geschikt als volledige voeding.

De verwijzer (in twee derde van de

gevallen is dit een diëtist) kiest in ongeveer de helft van de gevallen voor een ziektespecifieke dieetvoeding. Dit is een drinkvoeding die specifiek is afgestemd op patiënten met COPD of een drink- of sondevoeding voor patiënten met ademhalingsinsufficiëntie. 'Door het kleine volume van de pakjes (125 ml i.p.v. 200 ml) wordt deze voeding goed geaccepteerd en dit kan een positieve invloed hebben op de compliance', legt Belder uit. Bij ernstige benauwdheid of kunstmatige beademing en vermoeidheid, slikproblemen door slijmvorming of sputumproductie kan (een combinatie met) sondevoeding een optie zijn.

Goede samenwerking

'Het is belangrijk om voor de patiënt die thuis is of naar huis gaat, het aanvraagformulier voor dieetpreparaten goed in te vullen en op te sturen naar de apotheek of een facilitair bedrijf zoals Sorgente', vertelt Belder. 'Als de patiënt na ziekenhuisopname thuis komt, is begeleiding door een diëtist gewenst, zodat de patiënt ook thuis de voeding op de juiste manier blijft gebruiken. Een goede overdracht tussen de diëtisten in de diverse settings en een goede samenwerking met andere disciplines is hiervoor erg belangrijk. COPD is een chronische aandoening, en de kans op terugval is groot. Een jaarlijkse evaluatie met de diëtist is dan ook wenselijk, zodat de puntjes weer op de i gezet kunnen worden.'

Corien Maljaars

Literatuur

1. Stichting Ketenzorg COPD. Richtlijn Ketenzorg COPD. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications, Alphen aan den Rijn, 2005. ISBN 90-8523090-x.

2. Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose. Richtlijn Voeding en COPD. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications. Alphen aan den Rijn, 2002. ISBN 90-7690655-6.

3. Creutzberg, E.C., Wouters, E.F.M., Mostert, R., et al. Efficacy of nutritional supplementation therapy in depleted patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Nutrition* 2003; 19: 120-127.

4. Leeuwen, P.A.M. van. Klinische voeding, p.204-217 (Voeding bij longziekten). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000.

5. Dieetbehandelingsrichtlijn COPD. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2000.

Er wordt bij patiënten met COPD van een verminderde voedingstoestand^{1,2} gesproken indien:

1 BMI ≤ 21 kg/m², al dan niet in combinatie met ongewenst gewichtsverlies en/of

2 meer dan 5 procent gewichtsverlies in een maand of meer dan 10 procent gewichtsverlies in zes maanden en/of

3 depletie van spiermassa indien de vetvrije massaindex (VVMi, vetvrije massa in kg/m²) ≤ 16 kg/m² bij mannen en ≤ 15 kg/m² bij vrouwen.

Aan dit artikel is een e-learningmodule gekoppeld. De St.ADAP heeft de module voor diëtisten geaccrediteerd met 2 studiepunten. Kijk op www.online-e-elearning.nl en log in met de activeringscode gvo68.

