

Meer zorg voor voeding van COPD-patiënten

De diëtist kan een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven van patiënten met COPD, met name door het geven van advies op maat bij een verminderde voedingstoestand. De onlangs verschenen herziene dieetbehandelingsrichtlijn COPD geeft concrete aanbevelingen.

Heleen Froom (links) heeft samen met Karlijn Schmidt de dieetbehandelingsrichtlijn COPD herzien. Beiden zijn lid van het Landelijk Diëtisten Netwerk COPD (LDN COPD).



COPD is de afkorting van *chronic obstructive pulmonary disease*. Ruim 300.000 Nederlanders, voornamelijk 55-plussers, hebben deze ziekte. Roken is de belangrijkste risicofactor voor het ontstaan van COPD. Het is een systeem-aandoening waarbij lokale en systemische ontstekingen, ontregeling van het metabolisme en afname van spierkracht een belangrijke rol spelen. Omdat de functionele capaciteit mede wordt beïnvloed door de spiermassa en niet alleen door de luchtwegvernauwing, is de multidisciplinaire behandeling niet alleen gericht op de luchtwegobstructie, maar ook op het disfunctioneren van de rest van het lichaam. Voeding kan, in combinatie met beweging, bijdragen aan een toename van de spiermassa en de afweer en zo de functionele capaciteit vergroten. De vorige editie van de dieetbehandelingsrichtlijn COPD verscheen in 2000. Heleen Froom is diëtist in het Sint Antonius Zieken-



huis Nieuwegein en heeft als aandachtsgebied COPD. Zij is lid van het Landelijk Diëtisten Netwerk COPD (LDN COPD). Samen met Karlijn Schmidt heeft zij de dieetbehandelingsrichtlijn COPD herzien.¹ Zij toetsten deze aan recente literatuur. De voedingsadviezen bleken in grote lijnen nog prima te voldoen. Nieuw is de aandacht voor calcium, vitamine D en omega 3-vetzuren.

Risico op ondervoeding

COPD-patiënten verbruiken – als gevolg van luchtweginfecties en de toename van

Bij COPD patiënten bestaat het risico op ondervoeding

de ademarbeid – extra energie in vergelijking met gezonde personen. Daarnaast hebben zij soms een verminderde energie-inname door kortademigheid tijdens het eten, slijmvorming, een droge mond, chronische vermoeidheid of een verminderde eetlust. Deze combinatie van factoren kan leiden tot ongewenst gewichtsverlies. Heleen Froom: “In ons ziekenhuis worden de klinische patiënten standaard door de verpleegkundige gescreend op ondervoeding met de Malnutrition Universal Screening Tool (MUST). Op basis van de uitkomst (BMI, ongewenst gewichtsverlies of ontbreken van voedselinname gedurende vijf dagen) wordt een verwijfsindicatie voor de diëtist gegeven. Ik zie voornamelijk mensen met een BMI onder de 21 kg/m². Collega’s in de eerste



© Shutterstock

lijzen zien vaker de patiënten in een vroegere fase van het COPD-proces en daardoor ook veel patiënten die juist overgewicht hebben. Het afkappunt ligt dan bij een BMI van 30 kg/m². De mortaliteit bij COPD-patiënten is bij een BMI onder de 21 kg/m² al hoger dan bij gezonde personen, vandaar dat we 21 als ondergrens aanhouden.

Op onze longfunctieafdeling wordt bij de klinische patiënten standaard de vetvrije massa (VVM) bepaald. Als je als diëtist een bio-impedantiemeting beoordeelt, is het belangrijk dat je een gevalideerde berekening voor COPD-patiënten gebruikt. Volgens de richtlijn is er bij patiënten met COPD sprake van depletie van spiermassa indien de vetvrije massaindex (VVMI, dit is vetvrije massa in kg gedeeld door de lengte in m²) bij mannen minder dan 16 kg/m² en bij vrouwen minder dan 15 kg/m² is. Resultaten uit recent onderzoek lijken een afkappunt van 17 voor mannen te rechtvaardigen, maar daarover bestaat nog geen consensus.

Voedingsadviezen

Het is niet duidelijk wat de optimale verhouding tussen vet en koolhydraten in de voeding van patiënten met COPD is, van-

daar dat we in het protocol uitgaan van de *Richtlijnen goede voeding*. Het is de uitdaging voor de diëtist om maatwerk te leveren en in overleg met de patiënt ernaar te streven deze macronutriënten zodanig te verdelen dat de totale energiebehoefte gedekt wordt. Drinkvoeding kan hierbij goede diensten bewijzen. De keuze van het soort drinkvoeding (op basis van melk of vruchtensap, of een drinkvoeding die is afgestemd op patiënten met COPD) is heel persoonlijk en afhankelijk van smaakvoorkeur, samenstelling van de rest van de voeding en individuele behoefte. Het is belangrijk om er alert op te zijn dat veel COPD-patiënten melk of melkproducten vermijden omdat ze het slijmerige gevoel in de mond associëren met het slijm dat zij uit de longen

ophoesten. Het gaat hier echter om slijmachtig speeksel dat verdwijnt door nadien een slokje water of vruchtensap te drinken. Bij zure melkproducten wordt minder slijmachtig speeksel aangemaakt. Verder is het belangrijk te letten op het beste moment van de dag, wanneer er minder kortademigheid en andere klachten zijn. Voor de één is dit 's morgens vroeg, de ander moet juist op gang komen. Het is de kunst om te leren de energie goed over de dag te verdelen en samen creatieve oplossingen te vinden (bijvoorbeeld 's avonds de boterhammen voor het ontbijt klaarmaken en die naast het bed zetten).

Bij COPD-patiënten is de kans op osteoporose vaak verhoogd door het gebruik van corticosteroïden, het vermijden van melkproducten in verband met de angst voor slijmvorming en doordat zij meestal weinig buiten komen. Bovendien zijn de meeste COPD-patiënten wat ouder. "Artsen adviseren vaak wel suppletie van calcium, maar meestal is volgens de in 2008 herziene vitamine D-adviezen van de Gezondheidsraad² ook suppletie met vitamine D aan te raden. Ook voor andere voedingsstoffen zoals omega 3-vetzuren en antioxidanten houden we de aanbevolen hoeveelheden van

de *Richtlijnen goede voeding* aan tot er voldoende bewijs is dat afwijkende hoeveelheden zinvol en veilig zijn," licht Heleen toe.

Richtlijn

In de periode tussen het schrijven en de publicatie van de dieetbehandelingsrichtlijn is inmiddels ook de *Artsenwijzer Diëtetiek* van de NVD geactualiseerd.³ De in de richtlijn genoemde behandelingsduur is daardoor alweer achterhaald. In plaats van vijftien consult-eenheden van 30 minuten (= 7,5 uur) in de COPD-richtlijn wordt er veertig kwartier (= 10 uur) gehanteerd in de *Artsenwijzer*. "Ik heb, mede namens het LDN COPD, ook dit deel van de artsenswijzer geactualiseerd, en we hadden eigenlijk ingezet op nog meer behandelingsduur. In sommige fasen van het ziekteproces heb je nu eenmaal veel behandelingsduur nodig", verklaart Heleen. "Daardoor vind ik deze patiëntengroep ook zo boeiend: ze zijn vaak langdurig in zorg en we bouwen echt een band op doordat ik een tijdje mag meelopen in hun ziekteproces. Ik vind het fijn dat ik iets kan doen om hun kwaliteit van leven optimaal te laten zijn."

Corien Maljaars

Literatuur

1. Schmidt, K., Froom, H. Chronische obstructieve longaandoeningen (COPD). In: *Dieetbehandelingsrichtlijnen*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2010.
2. Gezondheidsraad. Naar een toereikende inname van vitamine D. Publicatienr. 2008/15. Den Haag: 2008. www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/200815c.pdf.
3. Nederlandse Vereniging van Diëtisten. *Artsenwijzer Diëtetiek*. Houten: NVD, 2010. www.artsenwijzer.info.