

Koolhydraatbeperkt dieet is geen heilige graal bij de behandeling van het metabool syndroom

Ingezonden brief bij het artikel: 'Te veel nadruk op verlaging van de vetconsumptie heeft de aandacht afgeleid van een belangrijker probleem: de te hoge consumptie van koolhydraten' door E. Slof en E. Govers, *Voeding & Visie*, december 2015

Met interesse heb ik het mooie overzichtsartikel gelezen van Erica Slof en Ellen Govers in *Voeding & Visie* van december 2015. Het effect van koolhydraatbeperking op het metabool syndroom wordt duidelijk uiteengezet. Het artikel belicht echter maar één kant van een veel complexer verhaal. In het artikel wordt de NDF Voedingsrichtlijn diabetes 2015 aangehaald om de lofzang aan het koolhydraatbeperkt dieet te onderstrepen. De boodschap van deze richtlijn is echter, dat er meerdere diëten geschikt zijn om de insulineresistentie van mensen met diabetes type 2 te verminderen en complicaties te voorkomen. Het laag-koolhydraat-dieet is er daar zeker één van, en ook in mijn eigen praktijk pas ik het vaak toe, met over het algemeen een goed resultaat. De belangrijkste conclusie van de NDF-voedingsrichtlijn is echter, dat de kwaliteit belangrijker is dan de kwantiteit; geraffineerde koolhydraten, en dan met name uit suikerrijke dranken, zijn geassocieerd met overgewicht en het ontstaan van diabetes (James, 2015; World Health Organization, 2015), maar ongeraffineerde koolhydraten uit producten hoog in voedingsvezels niet. De NDF-richtlijn geeft aan dat bijvoorbeeld een mediterraan dieet, hoog in ongeraffineerde koolhydraten, ook gunstige effecten heeft op insulineresistentie en lipidenconcentraties in het bloed. In een meta-analyse naar de effecten van diverse diëten bij mensen met diabetes type 2 kwam zelfs naar voren, dat een mediterraan dieet beter de insulineresistentie doorbreekt dan een laag-koolhydraat-dieet (HbA_{1c} daling van -0.41% [-0.58, -0.24] bij mediterraan dieet vs -0.12% [-0.24, -0.00] bij laag koolhydraat dieet) (Ajala, 2013). De hoge inname van vezels en enkelvoudige vetzuren zouden hiervoor verantwoordelijk zijn. In de PREDIMED studie (Estruch, 2013) werd aangetoond dat een mediterraan dieet met ofwel extra olijfolie ofwel extra noten, het risico op cardiovasculaire events met 30% verlaagde. Een dergelijke studie met harde eindpunten is voor het koolhydraatbeperkte dieet helaas nog niet uitgevoerd.

Ook andere diëten, zoals een *very low calorie diet*, laten goede resultaten zien op gewicht, HbA_{1c} en lipiden. Het doorbreken van een positieve energiebalans lijkt van groter belang dan de macronutriënt compositie van het dieet. Uit het mooie figuur dat bij het artikel in *Voeding & Visie* geplaatst is van McArdle (Finucane et al. 2013) blijkt hetzelfde: een positieve energiebalans leidt tot inflammatie en vervolgens insulineresistentie, het doorbreken van deze positieve energiebalans (met om het even welk dieet) zal gezondheidswinst opleveren.

In het *positioning statement* van de *American Diabetes Association 'obesity management for the treatment of type 2 diabetes'* (American Diabetes Association, 2016), staat in de conclusie: '*Diets that provide*

the same caloric restriction but differ in protein, carbohydrate, and fat content are equally effective in achieving weight loss (bewijsniveau A). Oftewel: de samenstelling in macronutriënten van een dieet maakt niet zoveel uit, zolang het maar beperkt is in energie.

De boodschap mag duidelijk zijn: het koolhydraatbeperkte dieet is een goede optie ter behandeling van insulineresistentie bij mensen met en zonder diabetes, maar is niet de heilige graal. Wij dienen onze patiënten niet door een eenzijdig advies te geven, wel door te werken conform de evidence based voedingsrichtlijn van de NDF, met als basis de voorkeuren van onze patiënten zelf.

Kirsten Berk, diëtist diabetesteam en onderzoeker afdeling Inwendige Geneeskunde, Erasmus MC, tevens lid van DNO

In verband met de ruimte in het blad, kunt u de volledige referenties op de website terugvinden.

Reactie van de auteurs:

Uiteraard wordt gekeken naar de voorkeuren van de patiënt zelf. Een koolhydraatbeperking is maatwerk. Patiënten hebben het meeste baat bij afvallen; daar gaan hun glucosewaarden het beste van omlaag. Hierbij dient opgemerkt te worden, dat de oorzaak van diabetes mellitus en overgewicht ligt bij insulineresistentie; een teveel aan insuline. Afvallen kan alleen als de insulinespiegels niet te hoog zijn. De eerste trigger voor insulineproductie is het eten van koolhydraten. Zo logisch als het is om bijvoorbeeld, lactose te beperken bij een lactosebeperking, zo logisch is het om koolhydraten te beperken bij insulineresistentie.

Een mediterraan dieet en een *'very low calorie diet'*, die ook in de richtlijn worden beschreven, zijn niet direct gericht op het verminderen van de insulineresistentie. Bovendien blijkt het mediterrane dieet in de praktijk heel wisselend van samenstelling te zijn, waardoor ook de gunstige effecten op afvallen soms beperkt zijn.

De richtlijn van de NDF is een kader waarbinnen we werken. De diëtistische diagnose en de compliance die de patiënt heeft bij een dieet bepalen mede de mate waarin wij, en een grote groep diëtisten in het land en wereldwijd, kiezen voor een koolhydraatbeperking. Op basis van onze praktijkervaring scoort een koolhydraatbeperking bij deze patiënten beter dan andere voedingen.

Erica Slof, Ellen Govers