

Verslag NESPEN symposium over enterale voeding

Op 24 maart vond het NESPEN symposium 'enterale voeding' plaats in Veldhoven. Voorzitters waren Cora Jonkers, diëtist TPV en darmfalenteam AMC en Geert Wanten, gastro-enteroloog RadboudUMC.

De eerste spreker was Kurt Boeykens, verpleegkundig specialist voedingsteam AZ Nikolaas in België. Hij ging in op de neusmaagsondeplaatsingen voor enterale voeding. Hij beschreef twee problemen: het checken van de juiste positie van de sonde en het bepalen van de uitwendige lengte van de sonde. In de literatuur worden regelmatig dislocaties gerapporteerd wat tot overlijden kan leiden. Auscultatie wordt in veel tekstboeken beschreven om de ligging van de sonde te controleren, maar volgens de spreker is dit geen veilige methode. Hetzelfde geldt voor het beoordelen van aspiraats. Het is veiliger om de pH te meten en om met behulp van radiologie de ligging van de sonde te bepalen. Er zijn nieuwe producten op de markt, zoals een sonde met een sensor die de pH kan meten. Het bepalen van de juiste lengte van de sonde is belangrijk om niet in de slokdarm te voeden, reflux te voorkomen en om het oprukken van de sonde in de maag te voorkomen. Bij een pH <5,5 is er geen sprake van ligging van de sonde in de longen, ook niet bij het gebruik van zuurremmers. De gemiddelde pH in de maag zonder zuurremmers is 3,4 en met zuurremming 4,6.

De NEX-methode is het bepalen van de lengte van een neusmaagsonde door deze af te meten van het puntje van de neus, via de oorlel naar het uiteinde van het xyphoïd. Die NEX is mogelijk te kort bij volwassenen. De Nederlandse Landelijke multidisciplinaire richtlijn Neusmaagsonde wordt momenteel herzien. Hierin wordt de pH-test en de NEX + 10 cm geadviseerd.

Afbouwen van drink- en sondevoeding

Dr. Manon van den Berg, diëtist-onderzoeker in het Radboudumc besprak de opzet van het onderzoek naar het afbouwen van sonde- en drinkvoeding met behoud van voedingstoestand bij patiënten met hoofd-halskanker in de revalidatiefase. Als gevolg van onder andere kauw- en slikproblemen, misselijkheid, mucositis en anorexie, is ruim 38% van deze patiënten ondervoed. Drie maanden na behandeling gebruikt nog 54% van de patiënten drinkvoeding en 15% sondevoe-

ding, na zes maanden is dat respectievelijk 31% en 3%. Patiënten willen bijvoeding graag afbouwen, maar voelen zich daar onzeker over en zijn angstig voor opnieuw pijn- en slikklachten. Bovendien beperkt het hen in hun sociale activiteiten en revalidatieproces. Het onderzoek richt zich primair op het beperken van de duur van de sonde- en drinkvoeding bij patiënten met hoofd-halskanker tijdens de herstelfase na (adjuvante) (chemo)radiotherapie. En secundair op het handhaven van de voedingstoestand, verbetering van het sociale eten en de kwaliteit van het leven, en het verminderen van de kosten. Totaal dienen 214 patiënten te worden geïncludeerd, verdeeld over twee groepen. Er zijn 46 variatielijsten gemaakt voor vloeibare, zachte en vaste voeding. Om de drink- en sondevoeding af te bouwen is een speciale app ontwikkeld. De diëtist kan de eiwit- en energiebehoefte berekenen en als behandeldoel afspreken hoe de bijvoeding wordt afgebouwd. Patiënten maken vervolgens zelf een keuze met behulp van variatielijsten hoe ze dat willen doen en bijhouden op welk moment van de dag ze een voeding hebben vervangen. Op dit moment wordt de app bij patiënten getest. Het doel is om patiënten actief te stimuleren om sonde- en drinkvoeding af te bouwen.

Plaatsing van een Cortrak® duodenumsonde

Willy Arjaans, senior Verpleegkundig Consulent in de VUmc, Amsterdam heeft een studie gedaan naar de haalbaarheid van de introductie van de post-pylorische Cortraksonde®. De aanleiding voor het onderzoek was dat duodenum- en jejunumsondes in VUmc

*Monique van Kemenade, diëtist
in het levertransplantatieteam
van het ErasmusMC in
Rotterdam*



via een endoscopie/gastroscopie worden ingebracht en bij het 'sneuvelen' van de sonde is opnieuw een endoscopie/gastroscopie noodzakelijk. Dit leidt vaak tot logistieke en voedingsproblemen en er is een hoger risico op complicaties (patiënten krijgen sedativa). De Cortraksonde® wordt geplaatst door een verpleegkundige met behulp van een monitor waarop te zien is of de sonde in het duodenum ligt. Het is een veilige methode, mits de verpleegkundige er voldoende ervaring mee heeft. Arjaans heeft in een retrospectief onderzoek onderzocht in welke gevallen de Cortraksonde® een alternatief had kunnen zijn.

In 2012-2013 zijn er 506 plaatsingen van duodenumsondes geweest bij 330 patiënten. 135 plaatsingen (104 patiënten) hadden met de Cortrakmethode geplaatst kunnen worden. Literatuur laat een veilig en efficiënte wijze zien van het duodenumsondes plaatsen door verpleegkundigen. Een discussiepunt is of 1 tot 3 plaatsingen per week voldoende vaardigheden geeft aan de verpleegkundigen om dit een routine procedure te laten zijn. De resultaten van deze studie kunnen bijdragen aan een weloverwogen besluit tot wel of niet invoering van de Cortraksonde®. Nog steeds moet 2/3 van de duodenumsondes geplaatst worden via een endoscopie. De kosteneffectiviteit moet in deze situatie nog bediscussieerd worden na aanleiding van de data van dit onderzoek.

Hongerprovocatie in de praktijk

Hilde Krom, arts-onderzoeker kinder-MDL AMC, Amsterdam vertelde hoe de klinische hongerprovocatie bij kinderen die langdurig sondevoeding krijgen in zijn werk gaat. Sondevoeding kan de groei van een kind waarborgen en levensreddend zijn. Het risico bestaat echter dat het kind langdurig afhankelijk wordt van sondevoeding, zelfs wanneer de oorspronkelijke medische indicatie voor de sondevoeding niet meer van toepassing is. Het honger- en verzadigingssysteem raakt verstoord, het kind krijgt minder positieve orale prikkels en krijgt negatieve ervaringen bijvoorbeeld door het herplaatsen van de neusmaagsonde, en het kan leiden tot een verstoorde kind-ouderinteractie. De risicofactoren die hiertoe bijdragen zijn: het toedienen van sondevoeding op jonge leeftijd, de duur van het voeden, de sensitieve periode van het overgaan van onbewuste naar bewuste mondmotoriek op de leeftijd van 4-6 maanden. Er bestaan verschillende methoden om de overgang naar vaste voeding te bewerkstelligen. De klinische hongerprovo-

catie is een heel intensieve methode, die als laatste behandeloptie kan worden ingezet met een multidisciplinair team. De voorwaarden zijn onder andere dat het kind geen medische indicatie meer heeft voor sondevoeding, voldoende eettechniek heeft en een goed gewicht en voedingsstatus heeft.

Tijdens een opname van ca. twaalf dagen wordt de sondevoeding in stapjes afgebouwd en de orale voeding opgebouwd. Als eerste stap wordt 50% van de normale intake sondevoeding gegeven, maar nog geen orale voeding. Als tweede stap krijgt het kind alleen door de verpleging twee keuzes dik vloeibaar eten aangeboden, dat direct na de eetsessie per sonde tot 50% wordt aangevuld. Bij stap 3 wordt overdag geen sondevoeding meer aanvullend gegeven als het kind op het eetmoment niet eet, maar 's nachts bijgevoed tot 50%. Bij stap 4 wordt geen sondevoeding meer gegeven, alleen indien nodig water als 'insensible loss' in de nacht. Vanaf stap 5 kan de neusmaagsonde verwijderd worden en worden de ouders passief ingeschakeld bij het eten en vanaf stap 6 actief. Wanneer een proefverlof thuis goed is verlopen, mag het kind met ontslag naar huis. Deze methode is na een half jaar nog steeds succesvol bij 86% van de kinderen, maar is zeer ingrijpend.

Optimalisatie postoperatief voedingsbeleid na levertransplantatie

Presentatie van Monique van Kemenade, diëtist in het levertransplantatieteam van het ErasmusMC in Rotterdam.

Het hele postoperatieve beleid, dus ook het voedingsbeleid, na een levertransplantatie is in het ErasmusMC in een multidisciplinair behandelprotocol vastgelegd. Diëtetiek bezoekt ongeveer tweemaal per week de patiënt en de verpleegafdeling houdt tweemaal per week voedingslijsten bij. De diëtist is ook aanwezig bij het wekelijkse multidisciplinaire overleg waar het hele behandelteam het beleid met elkaar afstemt. De rol van de diëtetiek is dus goed opgenomen in de behandeling en wordt ook als 'belangrijk' gezien door het team. Toch constateerde de afdeling diëtetiek dat de voedingsinname vaak niet optimaal was. Om de chirurgen inzage te geven in het probleem heeft de afdeling diëtetiek heeft gedurende een maand van alle patiënten die een levertransplantatie ondergingen het postoperatieve voedingsbeleid bekeken en gepresenteerd in het wekelijkse multidisciplinaire team. Er werden die maand 5

Meld je aan voor het 39ste ESPEN congres 2017 in Den Haag!

Het internationale ESPEN Congres 2017 zal dit jaar voor de derde keer georganiseerd worden in Nederland. Dit maal in het World Forum in Den Haag van 9-12 september. Op vrijdag 8 september wordt het Healthy Food Congres georganiseerd voorafgaand aan ESPEN. Dit congres heeft als thema 'Nutrition meets innovation'. Ga naar de website www.espen.org/the-hague-2017 om je in te schrijven voor dit interessante congres en ontmoet internationale collega's.

patiënten getransplanteerd waarvan gegevens verzameld werden.

Alle patiënten werden protocollair verwezen naar diëtetiek. Het moment waarop varieerde van dag 1 tot dag 5 na levertransplantatie en was over het algemeen op het moment dat de patiënt mocht starten met orale voedingsinname. De gemiddelde energie inname was op dat moment 65% en de eiwit inname 40% van de door diëtetiek berekende behoefte. Voedingslijsten ontbraken structureel of waren zeer onvolledig bijgehouden (<1/2 ingevuld) en meestal niet bruikbaar voor evaluatie. Vooral bij de patiënt met een zeer grote taalbarrière werd dit als een groot gemis ervaren.

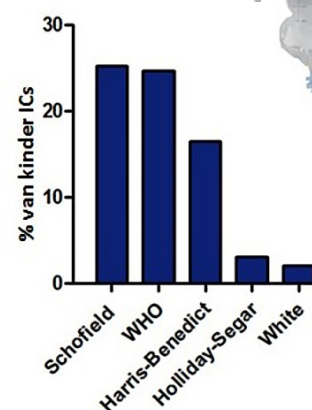
Tijdens de inventarisatie bleken meerdere en tegenstrijdige (afdelings) protocollen te bestaan waardoor het actuele (sonde) voedingsbeleid anders was dan het advies vanuit diëtetiek. Het protocol op de IC dat door diëtetiek mede ontwikkeld is, geeft wanneer het gewicht zonder oedeem of ascites wordt ingevoerd een zeer bruikbaar 'standaard' voedingsadvies dat is afgestemd op de persoonlijke behoefte van de patiënt. De afdelingsprotocollen gaan uit van een 'standaardbeleid' in milliliters van een bepaalde sondevoeding of parenterale voeding dat voor iedere patiënt gelijk is. Dit standaardbeleid toegepast resulteerde ook niet in een adequaat voedingsbeleid voor de patiënten.

Tijdens de presentatie heeft Monique de verbeterpunten besproken. Vooral door het beter afstemmen van de protocollen en het optimaliseren van de onderlinge communicatie denkt zij het voedingsbeleid na een levertransplantatie tijdens opname te kunnen verbeteren. "Het mooiste zou zijn als we hiermee klaar zijn om de inventarisatie te herhalen en te kijken of het nieuwe beleid daadwerkelijk in een betere voedingsinname resulteert."

Proefschriftprijs: 'Could less be more', door Dorian Kerklaan

Ernstig zieke kinderen eten niet zelf en hebben sondevoeding en/of TPV nodig om in hun voedingsbehoefte te voorzien. Maar wanneer moet je starten met voeden en hoeveel voeding moet er gegeven worden? Dorian verstuurde online vragenlijsten naar 156 kinder IC's in 52 landen. Uit de antwoorden blijkt dat er veel verschillende formules worden gehanteerd om de energiebehoefte te bepalen. Slechts 14% gebruikt indirecte calorimetrie. Ook blijkt

Veel verschillende formules



dat de beademingsmachine beter in voorspellen van het energieverbruik is dan formules bij kinderen vanaf 15 kg. De voedingsbehoefte is afhankelijk van meerdere factoren, zoals het moment in ziekteproces, de leeftijd en de voedingsroute (sonde of infuus). Wat betreft timing wordt op 60% van de IC's < 48 uur met infuusvoeding gestart. Bij volwassenen is bewezen dat het beter is om na een week te starten met TPV, maar bij kinderen was er nog geen bewijs. De PEPaNIC studie onder 1440 kritisch zieke kinderen toont aan, dat een late introductie van TPV (1e week geen parenterale *Dia uit de presentatie van Dorian Kerklaan waaruit blijkt dat wereldwijd verschillende formules op kinder IC's worden gehanteerd om de energiebehoefte te bepalen.*

voeding) leidt tot minder nieuwe infecties, minder dagen aan de beademing, minder nierproblemen en een korter verblijf op de kinder IC en in het ziekenhuis. Dit effect is groter bij pasgeborenen (< 1 maand) en kinderen met het hoogste risico op ondervoeding.

Dorian concludeert in haar proefschrift, dat gebrek aan bewijs leidt tot grote variatie in voedingsbeleid op kinder IC's wereldwijd. Het rustenergieverbruik kan gemeten worden met een beademingsmachine bij kinderen vanaf 15 kg. De energiebehoefte is afhankelijk van meerdere factoren. En laat starten van infuusvoeding is beter dan vroeg om complicaties te voorkomen.

Majorie Former, Monique van Kemenade