

Een onsje meer of juist een pondje minder: voedingsleer in de MDL

Het begrip voeding is moeilijk af te bakenen, 'goede voeding' nog lastiger. Het is net als kwaliteit, efficiency en veiligheid een ongrijpbaar containerbegrip. Welk weldenkend mens is tegen kwaliteit, veiligheid, efficiency of goede voeding? En zoals bij alle containerbegrippen kan iedereen ermee aan de haal gaan, met of zonder verstand van zaken. Met als resultaat een stortvloed aan diëten, diëtistische stellingen en gewauwel, zeker nu voeding in de mode raakt als onmisbaar onderdeel van blakende gezondheid, preventieve geneeskunde of anderszins lifestyle-adviezen. Met (gezondheid)claims die veelal onvoorstelbaar mogen worden genoemd. Het ontbreekt ons aan een ordeningssysteem om de goedbedoelde voedingsadviezen wetenschappelijk inhoudelijk of medisch te beoordelen.



Ad van Bodegraven

Dieetwaarheden

De dagelijkse dieetwaarheid was vastgelegd in *Het Haagse Kookboek van de Huishoudschool*. De grote medicus Boerhaave oordeelde dat "rust, wandelen, paardrijden, goede wijn en soms een melkdieet de gezondheid bevorderde". Incidenteel vonden de diëtistische en medische wereld elkaar. Veel later pas kregen dieet en metabolisme meer biochemische nuance. Benedict, die met Harris een energiebehoefte-formule opstelde, deed studies naar macronutriënten bij vasten, ongeveer in 1920. Rond 1930 ontdekte Eijkman vitamine(tekort) in Ons-Indische kippen, rond 1950 ontwikkelde Dicke het glutenvrije dieet. Maar de twee werelden van voeding en medische kennis zijn eigenlijk altijd gescheiden gebleven. Zo heeft een diëtist kennis van voedings samenstelling, van gewenste hoeveelheden, met deels inzicht in metabolisme. Maar niet – spontaan – van ziekteleer. Het opleidingsniveau van voedingskundigen varieert van mbo tot gepromoveerd Wagenings ingenieur.

Voeding en metabolisme

Een arts daarentegen is ziekteleerkundige met variërende beschikking over (patho-)fysiologische inzichten. Van voeding en metabolisme ontbreekt als regel structurele kennis, zijnde vrijwel verdwenen uit het curriculum, uit de dagelijkse praktijk en uit ons medisch interessegebied. Voor wie meent dat dit te streng geformuleerd is: bedenk eens hoe goed de cardioloog de hartfunctie kan meten, en longarts, nefroloog, hepatoloog en orthopeed hun respectievelijke orgaanfuncties. Zo pijnlijk hapert de MDL-arts als deze wordt gevraagd naar de darmfunctie. In de gebruikelijke ziekenhuispraktijk ontbreekt analyse van ondervoeding, voedingstoestand en voedingsbehoefte

vrijwel geheel. Terwijl dat toch belangrijke prognostische waarde heeft. Op z'n best wordt SNAQ of MUST vastgesteld, afgenomen door niet-dokters, waarna eventueel 'de diëtiek' wordt gemobiliseerd door die 'in consult' te roepen. En als arts heb je vervolgens geen idee wat die voedingskundige uitspookt.

Op deze manier wordt voorbijgegaan aan al het belangrijke en goede dat met voeding kan worden bereikt. Wat zou het handig zijn te weten, zeker als MDL-arts, wat voedingsleer in medische context behelst en welke expertise daarbij hoort. Afbakening en samenwerking zijn daartoe essentieel, zozeer als gerichte opleidingsprogramma's.

Voedingsleer

Veelkleurig is de wereld van de voedingsleer. Een vegetarisch dieet, bijvoorbeeld, kan lekker, milieubewust en CO₂-besparend, gezond zonder rood vlees, religieus bepaald, sociaal ter verdeling van voeding op wereldniveau en nog veel meer zijn. Zie je in het ei de schoonheid van God zoals Helmantel, of een voedzaam, of eerder eiwitrijk voedingsproduct, de voedselindustrie of een cholesterolbom? Is het zout in de pap essentieel of juist een recept voor onafwendbare nierinsufficiëntie?

Een – medische – definitie van voeding is dringend gewenst. Op basis van bestaande expertisevelden van diëtist en medicus zouden voeding, voedingsleer en metabolisme in drie aandachtsgebieden kunnen worden opgedeeld.

Segment één betreft Goede Dagelijkse Voeding, lekker eten dus, dat niks met medische interventie van doen heeft. Dingen als de Schijf van Vijf en andere adviezen van het Voedingscentrum. Of Michelin-waarde- ▷

ring. En ook sportvoeding, preventieve voedingsadviezen of – waar zinvol – adviezen over supplementen, bijvoorbeeld vitamine D voor de oudere of donkerhuidige mens.

Ten tweede is er standaard voedingsleer, ofwel Goede Gezonde Voeding. Het medisch terrein van de fysiologie van voeding en metabolisme en daarmee het typische terrein van diëtist, huisarts en (p)rehabilitatie. Hier past ook de kennis van ondervoeding en obesitas, die gezondheidskundig majeure problematiek vormen op vrijwel elke polikliniek.

Ten derde is er dan gespecialiseerde voedingsleer bij ziekte (Goede Medische Voeding). Dat is het terrein waarbij pathofysiologie een belangrijke rol gaat spelen. Te denken valt aan een situatie met intestinaal falen door uitval van verteringsorganen, Crohn- of *bypass*-chirurgie, waar kwantificering van darmfunctie en voedingsbehoeften complex zijn. Ook een verstoord metabolisme kan meespelen, zoals de obligate katabolie bij *intensive care*-, ernstig zieke en kankerpatiënten. Voedingsadviezen krijgen hier een medische betekenis en dragen bij aan ziektebeloop. Kennis daarvan ontberen oncoloog, internist en, erger, ook de specialist van de *tractus digestivus*, de MDL-arts. Het is opvallend hoe weinig aandacht dit onderdeel van therapie in de dagelijkse praktijk krijgt. Zelfs zoiets simpels als het wegen van de patiënt is in ziekenhuizen vrijwel verdwenen. Laat staan analyse van lichaamssamenstelling, metabolisme en andere boeiende pathofysiologische processen. Dit is een ware kers op de taart van darmfunctie en voedingsleer die ik ieder aanbeveel eens te smaken.

Ad van Bodegraven, MDL-arts
Zuyderland Ziekenhuis,
Heerlen-Sittard-Geleen

LEEFSTIJL BIJ IBS EN IBD

Hippocrates zei het al!

Citaten Hippocrates:

Ik zal leef- en dieetmaatregelen inzetten ten bate van de zieken, naar beste weten en oordeel; ik zal ze behoeden voor schade en onrecht.

Wandelen is een natuurlijke oefening, meer dan andere vormen van lichaamsbeweging.

Voor wie het nog niet wist: de binnenkant van de darm is de buitenkant van het lichaam. De darmwand laat voedingsstoffen door én kan schadelijke stoffen buiten het lichaam houden. Om deze taken op de juiste wijze te kunnen vervullen, werkt de darm samen met het microbioom en het afweersysteem van de darm. Dit is een ingewikkeld maar zeer belangrijk proces dat, als het goed in balans is, kan leiden tot gezondheidswinst. Een disbalans leidt daarentegen mogelijk tot minder goede opname van belangrijke voedingsstoffen, afname van de barrièrefunctie (lekkende darm) of dysbiose. Dit kan resulteren in buikklachten, (meer) ziekteactiviteit, een minder goede conditie en meer vermoeidheid.

Om deze disbalans te keren, is het belangrijk de onderliggende ziekte zo goed mogelijk te behandelen, zodat de darmfunctie goed blijft. Het goede nieuws: voeding met veel vezels en voldoende bewegen beïnvloeden de darmfunctie, het microbioom en het afweersysteem in positieve zin. Naast de juiste medicatie is het bij ziekte dus van belang gebruik te maken van gezonde vezelrijke voeding en voldoende te bewegen. Ook het vermijden van stressvolle en ongezonde situaties, zoals roken en het drinken van alcohol, kan een gunstig effect hebben.

Bewegen bij IBD

Ten aanzien van IBD hebben we, in samen-

werking met de afdeling Fysiologie van het Radboudumc, onderzoek gedaan naar het effect van lichamelijke inspanning op inflammatoire markers (cytokines en calprotectine) tijdens de Nijmeegse Vierdaagse [1]. Aan dit onderzoek hebben 19 Vierdaagse-lopers met IBD en 19 mensen zonder IBD deelgenomen, evenals een extra controlegroep van 19 mensen met IBD die de Vierdaagse niet hebben gelopen. Voorafgaand aan de Vierdaagse en aan het eind van elke wandeldag werd bloed afgenomen. Daarnaast hebben alle deelnemers met IBD driemaal een feces-*sample* ingeleverd. Uit de cytokine-analyses kwam naar voren dat alle deelnemers aan het eind van de eerste wandeldag hogere cytokineconcentraties in hun bloed hadden dan vóór de start van de Vierdaagse. In de loop van de Vierdaagse daalden deze concentraties weer. Deze veranderingen in cytokineconcentraties verschilden niet significant tussen wandelaars met of zonder IBD. Ook het calprotectine werd niet beïnvloed door het lopen: de waarden voor, halverwege en aan het eind van de Vierdaagse waren niet significant verschillend. Hieruit hebben we geconcludeerd dat het voor IBD-patiënten veilig is om langdurige, herhaalde matig-intensieve inspanning te leveren.

Eetscore

Op het moment loopt er nog een leefstijlinterventiestudie en doen we in samenwerking met het Rijnstate ziekenhuis onderzoek