

Algemeen medische informatie

Eetstoornissen

Vanwege de typische orale afwijkingen die zich bij eetstoornissen kunnen voordoen, kan de tandarts bij de opsporing van deze potentieel levensbedreigende aandoeningen een sleutelrol spelen. Er geldt bij eetstoornissen: hoe eerder de diagnose en de behandeling, hoe groter de kans op genezing. De Stichting Anorexia Nervosa vergelijkt een eetstoornis wel met een spiraalvormig pad, waarin de lijder steeds dieper en dieper verzeild raakt. Wie er in slaagt iemand bij de ingang van dat pad tegen te houden, voorkomt een hoop ellende. Het is dus belangrijk dat tandartsen, jeugdartsen, leraren, maatschappelijk werkers en familieleden, vrienden en kennissen van de betrokkenen tijdig signaleren wat er aan de hand is en hen naar een arts verwijzen die verstand heeft van deze eetproblematiek.

De diagnose is vaak niet eenvoudig, omdat de betrokken individuen weinig geneigd zijn over hun afwijking te praten, maar juist daarom kan een oplettende tandarts een eetstoornis als eerste signaleren (Br Dent J 1996; 180: 421-6). Er worden hier vier eetstoornissen besproken: anorexia nervosa (magerzucht), boulimia nervosa (vraatzucht), ruminatio (herkauwen) en pica (neiging tot het eten van oneetbare stoffen).

Anorexia nervosa

Anorexia nervosa komt tienmaal vaker voor bij vrouwen dan bij mannen; naar schatting één op de duizend meisjes lijdt er aan. Veel vrouwen proberen te vermageren. Wat maakt nu dat iemand daarin te ver gaat? Echt duidelijk is dat niet. Het lijkt erop dat het aantal gevallen van eetstoornissen in de tweede helft van deze eeuw duidelijk is toegenomen, al kan dat ook samenhangen met de grotere bekendheid van deze afwijking. Er wordt wel geopperd dat de toename te maken heeft met de grote discrepantie in onze huidige samenleving tussen enerzijds het slankheidsideaal bij de schoonheidskoninginnen en de fotomodellen en anderszijds de realiteit van de moderne Westerse mens, die vergeleken met die van twee eeuwen geleden bijna twee keer zoveel eet en daardoor dagelijks wordt geconfronteerd met zelfreguleringsproblemen over hoe de aangeboden hoeveelheden voedsel en drank de baas te blijven.

Het opvallendste kenmerk van anorexia nervosa is de algehele ondervoeding met het sterke gewichtsverlies. Anorexia-patiënten hebben een intense angst te dik te worden, zelfs als ze extreem mager zijn. De patiënten zijn vaak onzekere en sterk op prestaties gerichte meisjes. Anorexia lijkt te ontstaan uit een gevoel van minderwaardigheid, uit angst te falen of afgewezen te worden. Het begint met onschuldig afslanken. In het begin oogsten ze alle lof voor hun slanke figuur, maar dan stellen ze zich uit angst de controle te verliezen steeds veiliger marges en streven een steeds lager gewicht na. Hongeren en vermageren wordt een doel op zichzelf, een obsessie die zij met hand en tand tegen de buitenwereld moeten verdedigen.

De ziekte komt vooral voor in beroepen waar slank zijn belangrijk is, zoals stewardessen of balletdanseressen. Patiënten met anorexia nervosa weigeren hun lichaamsgewicht op een normaal peil te houden, zelfs als er een zeer ernstig of zelfs levensbedreigend ondergewicht bestaat. Zij hebben een verstoord lichaamsbeeld (overtuigd te dik te zijn, zelfs bij uitmergeling). Een patiënte met een volledig ontwikkelde anorexia

nervosa is meestal op het eerste gezicht duidelijk herkenbaar aan de ruimvallende kleding waarmee zij de vermagering tracht te camoufleren. De vermagering kan zeer uitgesproken zijn: een totaalgewicht van 30 kg bij een lengte van 1 meter 70 of meer is niet ongebruikelijk. De handen zijn blauwachtig en koud. Op onderarmen en rug groeit donsachtig lanugohaar, zoals bij baby's. Bij meisjes treedt amenorroe op. Opvallend is dat de patiënten ondanks hun uitgeteerde uiterlijk lichamenlijk en geestelijk zeer actief zijn.

Er is weinig zekerheid over het natuurlijk verloop van deze aandoening. Vermoedelijk herstelt de helft van de patiënten; de anderen blijven ziek, 20-30% zelfs ernstig. Het percentage sterfgevallen zou liggen tussen 1-8%, bij langere duur zelfs nog veel hoger.

De orale afwijkingen bij anorexia-patiënten blijven beperkt tot de effecten van eventuele voedingsdeficiënties, zoals een glossitis en afte-achtige zweertjes in de mond. Verder kan er bij anorexia osteoporose optreden die het gevolg is van de endocriene functiestoornissen, samen met een te geringe opname van calcium.

Boulimia nervosa

Boulimia nervosa-patiënten zijn, net als anorexia-patiënten, geobsedeerd door eten, uiterlijk en lichaamsgewicht. Anorexia-patiënten doen dat door extreem te vermageren. Lijders van boulimie daarentegen proppen zich periodiek (minstens tweemaal per week) vol met enorme hoeveelheden voedsel. Er bestaat een duidelijke overlap tussen de beide aandoeningen; soms gaat het ene syndroom in het andere over of komen beide afwijkingen naast elkaar voor. In het algemeen is boulimie minder zichtbaar omdat het gewicht vaak vrij normaal blijft. Daardoor is het onduidelijk hoe vaak deze afwijking voorkomt; naar schatting lijdt 1 op de 100 vrouwen er aan. De boulimie-patiënten houden hun gewicht meestal binnen de perken door zelfopgewekt braken, het gebruik van laxemiddelen of door perioden met een streng dieet.

Tijdens de vreetbuien, 'binges', worden stiekem grote hoeveelheden hoog calorische 'verboden' voedingsmiddelen, zoals snoep, chocolade en koekjes, zonder kauwen naar binnen gestouwd. De patiënt gaat vaak zover tot intestinale pijn ontstaat. Zelfgeïnduceerd braken moet de pijn oplossen en vormt meestal het einde van de vreetbui. Die wordt gevolgd door schuld en depressieve gevoelens. Er zijn vrijwel steeds symptomen van depressie en een zeer negatief zelfbeeld. Lijders verklaren hoe het verlies aan controle tijdens zo'n zwelgpartij gepaard gaat met gevoelens van schaamte, zelfverachting en depressie daarna.

Door het veelvuldige braken wordt het gebit van boulimie-patiënten aangetast. Zij vertonen een typische erosie aan het palatinale oppervlak van vooral de tanden en kiezen in de bovenkaak als gevolg van de regurgitatie van zure maaginhoud. Typische klachten zijn een verhoogde gevoeligheid van de tanden voor heet en koud en zure stoffen. De patiënt klaagt eventueel over een lelijk gebit vanwege de afronding van de tandcontouren of de rafelige randen van de snijtanden door fracturen in het niet langer ondersteunde tandglazuur. Als de

occlusale oppervlakken geërodeerd raken, kunnen gebitsrestauraties daarboven gaan uitsteken; het resulterende effect wordt wel beschreven als 'vullingen die lijken op eilanden van metaal'. Erosie kan verder worden veroorzaakt door uitwendige oorzaken, zoals het overvloedig drinken van vruchtensappen of cola.

Een ongewoon symptoom van boulimie is verder de aanwezigheid van eelt of zweren op de handrug van boulimiepatiënten als gevolg van het afschuren van de huid tegen de bovensnijtanden tijdens het opwekken van braken, het zogenoemde teken van Crisp. Soms zijn de speekselklieren gezwollen. Door caliumverlies tijdens het braken kan er latente tetanie ontstaan met een verhoogde prikkelbaarheid van de spieren.

Ruminatio

Wanneer opgerispt voedsel herkauwd wordt zonder tekenen van misselijkheid, spreekt men van ruminatio. Ruminatio is normaal bij kinderen en komt verder voor bij mentaal geretardeerden. Uit historisch onderzoek blijkt dat deze eetstoornis ook voorkomt bij normale volwassenen en wel vooral bij mannen (Brit J Psych 1994; 165: 303-14). Bij ruminatio bestaat er een verstoring van de maag- en slokdarmfunctie, waardoor het voedsel weer wordt opgerispt voordat het met maagzuur is vermengd. Vervolgens wordt het dan op een als aangenaam ervaren wijze herkauwd. Er is weinig bekend over deze afwijking.

In zeventiende-eeuwse beschrijvingen werd een erfelijke component benadrukt door te wijzen op familiale bovine trekken, zoals hoornachtige uitsteeksels op het voorhoofd. Uitlokkende factoren voor ruminatio zijn: angstige of neurotische karaktertrekken, snelle voedselconsumptie, slecht kauwen, afwijkingen in de maag en slokdarm. Een oraal gevolg van het herkauwen is het bestaan van een sterke halitosis.

Pica

Pica is het bij herhaling eten van niet voor consumptie bestemde stoffen, zoals verfschilders, aarde, haar, bladeren en steentjes. Het is een normaal verschijnsel bij baby's, die alles naar hun mond brengen; door opvoeding en ervaring leert een kind geleidelijk wat eetbaar is en wat niet. Als dit eetgedrag later blijft bestaan is dat abnormaal.

Uitlokkende factoren zijn een psychose, zwakzinnigheid, verwaarlozing, mishandeling en psycho-sociale stress. Pica kan leiden tot vergiftigingsverschijnselen, bijvoorbeeld door het eten van loodhoudende verf. Ook intestinale infecties na

het inslikken van faeces of aarde komen voor. Soms is er een duidelijke overlap tussen anorexia nervosa en pica. De aversie tegen normaal voedsel wordt dan gesublimeerd door het kauwen op bijvoorbeeld leer. Zo wordt de aandacht afgeleid van de honger. Het kauwen van niet eetbare stoffen kan tot abrasie, het optreden van slijtfacetten op de gebitselementen, leiden.

Gedragstherapie

De meest effectieve behandeling voor eetstoornissen is cognitieve gedragstherapie. Dat is een vorm van psychotherapie waarbij geprobeerd wordt via gedragsoefeningen veranderingen te bewerkstelligen in het gedrag en de waarneming van het lichaam, het uiterlijk en het gewicht (Voeding 1993; 54: 10-3). Eventueel kan deze behandeling gecombineerd worden met anti-depressieve geneesmiddelen. Omdat eetstoornissen een sterk verslavend karakter vertonen, is de noodzaak van preventie groot.

Een probleem voor de diagnose van anorexia en boulimie is dat patiënten hun eetproblemen dikwijls ontkennen. Wel klagen ze soms over het uitblijven van de menstruatie of ze vragen om plasmiddelen, omdat ze teveel vocht zouden vasthouden of om laxeremiddelen wegens obstipatie.

Dit alles kan de huisarts op een dwaalspoor brengen. Door de opvallende orale afwijkingen en symptomen kan de tandarts de eerste gezondheidswerker zijn die een eetstoornis vermoedt. Een meevoelende, informatieve en niet-veroordelende aanpak is dan essentieel wil de tandarts het vertrouwen van de patiënt winnen. Liever dan direct te vragen naar een eventuele eetstoornis, kan een tandarts informeren naar de hoeveelheid voedsel die iemand tot zich neemt en naar eventuele gastro-intestinale problemen. Het is verder essentieel de patiënten bewust te maken van hun gebitstoestand door deze te laten zien met een spiegel of op een video-opname. Dat maakt de stap om over de oorzaak daarvan te praten voor de lijder lichter.

Patiënten met eetstoornissen kunnen het best worden doorverwezen naar de afdeling psychotherapie van de plaatselijke RIAGG. Vroeger werd met een restauratieve behandeling door de tandarts gewacht tot de patiënt zijn of haar gewoonte onder controle had. Nu wordt er echter gedacht dat er een duidelijk psychologisch voordeel verbonden is aan het verbeteren van het tandheelkundige en esthetische comfort. Toch is het passend de patiënt erop te wijzen dat de prognose van de tandheelkundige behandeling geschaad wordt als de slechte eetgewoonte niet wordt beheerst.

J.B. Meijer van Putten, wetenschapsjournalist