

Eetstoornissen bij kinderen

Pascale Grevesse, Joëlle Van Winghem, Laurence Franck, Martine Dassy, Nadine Cormann, Dominique Charlier, Dominique Hermans

Multidisciplinair team voor eetstoornissen bij jonge kinderen, dienst algemene kindergeneeskunde, Clin. Univ. St-Luc, UCL, Brussel

Eten is een vaardigheid die stapsgewijze wordt aangeleerd vanaf het embryonale leven tot op volwassen leeftijd. Veel kinderen zijn volgens hun ouders slechte eters, vooral kinderen die nog niet naar school gaan, en dat is een frequente reden tot consultatie bij een kinderarts. De meeste problemen zijn van voorbijgaande aard, maar bij een aantal kinderen verdwijnen ze niet en evolueren ze naar een echte eetstoornis. Signalen die de aandacht moeten trekken van de kinderarts en andere gezondheidswerkers die met jonge kinderen werken zijn negatieve gevolgen op de groei en de gezondheidstoestand van het kind, functionele en sensorische tekenen, gedragsafwijkingen, ongerustheid van de ouders over het verloop van de maaltijd enz. De evaluatie en de aanpak van eetstoornissen bij kinderen dienen te gebeuren door een multidisciplinair team. Een vroege interventie is raadzaam opdat de ontwikkeling van het eetgedrag van het jonge kind zijn morfologische en fysiologische ontwikkeling zo goed mogelijk zou volgen.



Pascale Grevesse

Inleiding

Eetstoornissen bij jonge kinderen zijn een frequente reden tot consultatie geworden (1). Meer dan 50% van de moeders vindt dat minstens één van hun kinderen slecht eet (2). Yang (3) definieert vroege eetproblemen als alle problemen die te maken hebben met voeding ongeacht de oorzaak, de ernst en de gevolgen ervan voor de gezondheid van het kind. Meestal vertellen de ouders dat het kind bepaalde voedingsmiddelen (bv. groenten) of een bepaalde textuur weigert (bv. brokken), dat de maaltijd lang duurt (langer dan 30 minuten) of dat het kind niet autonoom is tijdens de maaltijden hoewel het er de leeftijd voor heeft (bv. het kind wacht tot iemand hem eten toestopt). Ze worden selectieve eters of *picky eaters* genoemd. Het betreft hoofdzakelijk kinderen jonger dan 6 jaar (4). De kinderarts is dus de eerstelijnsarts en moet de bezorgdheid van de ouders aanhoren, adviezen geven en het kind en het gezin goed volgen. Bij 3-10% van de kinderen houden vroege eetstoornissen aan en kunnen ze evolueren naar een ernstige eetstoornis (5). De kinderarts moet elke situatie die een risico inhoudt op nutritief vlak aanpakken. Een restrictieve voeding of een voeding die niet geschikt is voor de leeftijd van het kind kunnen immers resulteren in een onvoldoende en/of ontoereikende voedselinname, wat de groei van het kind kan belemmeren. Eetstoornissen blijven bovendien zelden beperkt tot het kind alleen (6). Ze worden al gauw een gezinsprobleem en een belangrijke oorzaak van stress voor de ouders. Situaties die sociale en psychische weerslag of invloed op het gezin hebben, mogen nooit worden weggewuifd. Ouders van een kind dat 'niet eet', zullen zich ongetwijfeld zorgen maken.

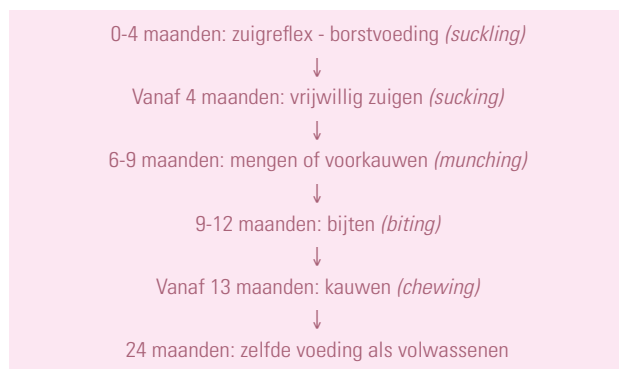
Ontwikkeling van het eetgedrag

De ontwikkeling van het eetgedrag verloopt in meerdere fasen, vanaf de eerste maanden van het embryonale leven tot een leeftijd van ongeveer 4-6 jaar. De foetus begint te slikken vanaf 10 weken amenorroe, en dat is belangrijk voor de trofische toestand van de foetus en de rijping van het spijsverteringskanaal. De foetus gaat almaar grotere hoeveelheden vruchtwater inslikken (van 500 tot 1000ml per dag) tot de hoeveelheden die de baby vanaf de geboorte zal inslikken. Zuigbewegingen behoren tot de eerste bewegingen die het embryo uitvoert (5). Het zuigen begint vanaf de tweede maand van de zwangerschap en is belangrijk voor de ontwikkeling. Het is namelijk essentieel voor de morfologische constructie van de organen van de mond (zoals de onderkaak, de vorm van het verhemelte, het temporomandibulaire gewricht). Het niet-nutritieve zuigen is functioneel vanaf 28 weken amenorroe en na 36 weken amenorroe is het voedselzuigen volledig ontwikkeld.

Na de geboorte volgt de voeding bij de meeste kinderen eenzelfde stramen. De ontwikkeling van het eetgedrag volgt de rijping van het kind (7) op meerdere niveaus:

op morfologisch en fysiologisch vlak (rijping van de tanden, speekselproductie, rijping van het spijsverteringsstelsel en het immuunsysteem), op het niveau van de algemene motoriek (bv. de positie van het hoofd, zittende houding, oog-handcoördinatie), op niveau van de motoriek van de mond (bv. de bewegingen van de tong en de onderkaak), op niveau van het gedrag (bv. autonomie) en de communicatieve vaardigheden.

Baby's krijgen eerst een zuiver vloeibare voeding, die geleidelijk wordt overgeschakeld op een combinatie van vloeibaar en vast voedsel. Voor de overgang naar vast voedsel eet het kind eerst halfvloeibaar voedsel, dat het veeleer zal drinken dan eten (papjes, gemixte puree), en vervolgens geplet voedsel (het begin van gemengde texturen met kruimels, malse stukjes) en tot slot voedingsmiddelen om op te bijten en te kauwen, en daarvoor moet het kind kunnen bijten (wat correleert met het uitkomen van de tanden), kauwen en slikken. Vanaf de leeftijd van 2 jaar eten kinderen hetzelfde als volwassenen. Evolutie van het eetpatroon:



Vanaf de geboorte tot de leeftijd van ongeveer 2 jaar doen kinderen sensorische ervaringen op (bv. nieuwe textuur) dankzij de motorische ontwikkeling van de mond. Omgekeerd ontwikkelt de motoriek van de mond dankzij die sensorische ervaringen. Het kind leert zo de verschillende voedingsmiddelen die hem worden aangeboden te herkennen en te verwerken. Kauwen is dus iets wat het kind moet leren. Na de leeftijd van 2 jaar ontwikkelen de vaardigheden zich verder en worden de sensorische en motorische patronen rijker (8, 9). Vanaf de leeftijd van 4-6 jaar kunnen kinderen autonoom eten en is het veilig om ze alleen alle texturen van voedingsmiddelen te laten eten.

Bezorgdheid van ouders over eetstoornissen: enkele cijfers

Het is niet bekend of de incidentie van eetstoornissen toeneemt dan wel of gezondheidswerkers en ouders zich er nu meer zorgen over maken (10). Volgens Patel (11) vertoont 25-35% van de jongen kinderen eetproblemen. Slechts 1-5% zou een echte eetstoornis vertonen die een weerslag heeft op de groei van het kind en/of ondervoeding veroorzaakt (12). Eetstoornissen ontstaan meestal tijdens de eerste kinderjaren en in het bijzonder bij de overschakeling op een andere voedingswijze, bv. bij het spenen, het overschakelen op een gediversifieerde voeding, een wijziging van de textuur en zelf eten. Volgens Manikam en Perman (6) vertoont 80% van de kinderen die zich trager ontwikkelen eetstoornissen en in de meeste gevallen gaat het om een organische oorzaak. De prevalentie van eetstoornissen stijgt immers sterk bij kinderen met een acute of chronische ziekte (6, 13). Volgens multidisciplinaire teams kunnen de oorzaken van ernstige eetstoornissen bij kinderen jonger dan 10 jaar die op spreekuur komen, als volgt worden samengevat:

- in 26-90% van de gevallen vertonen de kinderen een combinatie van medische aandoeningen en sensorische en motorische stoornissen van wisselende ernst, bv. orofaciale misvormingen (bv. gespleten lip en verhemelte), misvormingen van het spijsverteringskanaal (bv. atresie van de slokdarm), aandoeningen van het spijsverteringsstelsel (bv. gastro-oesofageale reflux, voedselallergie en -intolerantie), misvormingen van het hart, aandoeningen van het ademhalingsapparaat, metabole ziekten en/of nierlijden, genetische en neurologische syndromen;
- in 23-43% van de gevallen betreft het kinderen met een mentale achterstand, een psychomotorisch deficit of een vertraagde ontwikkeling;
- in 10-49% van de gevallen gaat het om een gevolg van vroeggeboorte of dysmaturiteit.

Evolutie van een concept

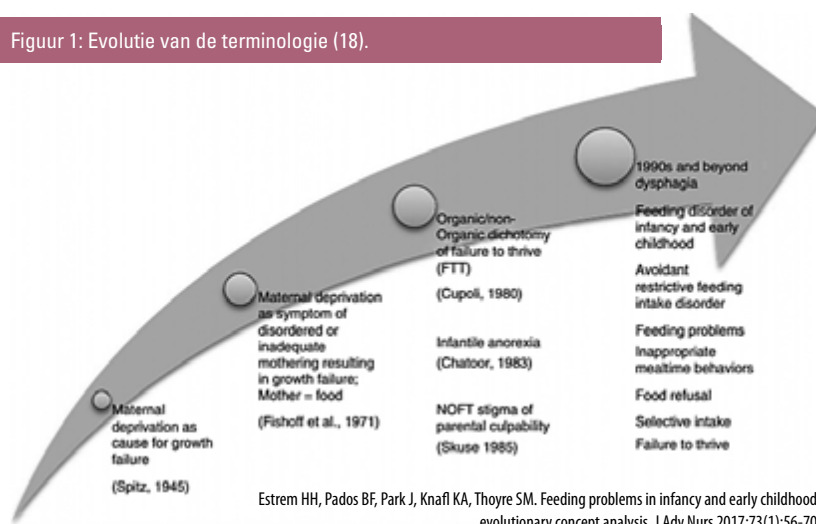
Pas in de jaren 1990 ontstond het concept van dysfagie bij kinderen, hoewel hechtingstheorieën, die de moeders vaak met schuldgevoelens opzaden, nog sterk verankerd zijn (Figuur 1) (18).

Verschillende auteurs spreken van een continuüm dat gaat van selectieve eters tot weigering van elke vorm van voedsel (6). We beschikken echter niet over instrumenten om de ernst te meten en er bestaat evenmin eensgezindheid over de woorden die worden gebruikt om aan te geven dat een kind slecht eet. Naargelang het specialisme (bv. kindergastro-enteroloog versus kinderpsychiater) zal de focus anders liggen, wat belangrijke klinische gevolgen heeft: moet men afwachten of is het beter om in te grijpen? Het risico is groot dat eetstoornissen bij kinderen pas laat worden gediagnosticeerd en behandeld (14). De gemiddelde leeftijd waarop een gespecialiseerde behandeling wordt gestart is ongeveer 2 jaar, maar vaak hebben de ouders al vroeger problemen gemeld (13). De eerste tekenen zijn bovendien soms heterogeen en aspecifiek, wat het stellen van de diagnose er niet op vergemakkelijkt. Voor de zorg is een interdisciplinaire consensus noodzakelijk (14).

Eetstoornissen bij kinderen

Goday, et al. (14) hebben onlangs criteria voorgesteld om een eetstoornis bij kinderen te diagnosticeren. Eetstoornissen bij kinderen worden gedefinieerd als afwijkingen van het voor de leeftijd normale eetpatroon

Figuur 1: Evolutie van de terminologie (18).



Estrem HH, Pados BF, Park J, Knaf KA, Thoyre SM. Feeding problems in infancy and early childhood: evolutionary concept analysis. J Adv Nurs 2017;73(1):56-70.

die minstens 2 weken aanhouden, meer bepaald problemen om een toereikende hoeveelheid en voldoende gevarieerd voedsel te eten, weigering of onvermogen om voldoende te eten en te drinken om de groei op peil te houden (3). We spreken van een acute eetstoornis bij het kind als die 2 weken tot 3 maanden aanhoudt, en van een chronische eetstoornis als die langer dan 3 maanden blijft bestaan. Die eetstoornis gaat gepaard met minstens één van de volgende oorzaken of complicaties:

- een onderliggende medische aandoening: atresie van de slokdarm, hartfalen, misvormingen van de mond en het gezicht enz.;
- weerslag op nutritief vlak: malnutritie, specifieke voedingstekorten door een selectieve voedselinname, afhankelijkheid van voedings-supplementen of enterale voeding;
- afwijkingen van de alimentaire vaardigheden: tragere ontwikkeling van de motoriek van de mond, noodzaak tot aanpassing van de textuur van vloeibaar of vast voedsel, gebruik van een geschikte positie of apparatuur, gebruik van aangepaste strategieën;
- psychosociale weerslag: actief of passief ontwikkelingsgedrag tijdens de maaltijden, de hulpverlener blijkt niet goed in staat te zijn het kind te voeden, afwijkingen van het sociale functioneren in de context van voeding, verstoorde relatie tussen de zorgverstreker en het kind als gevolg van de voeding.

De eetstoornis wordt niet veroorzaakt door cognitieve processen die compatibel zijn met voedingsstoornissen (bv. anorexie, afwijking van het lichaamsbeeld) of eetgewoontes als gevolg van een gebrek aan voedsel of conform culturele normen.

Samengevat, we spreken dus van een eetstoornis als kinderen geen voor de leeftijd normale en evenwichtige hoeveelheid vast of vloeibaar voedsel kunnen innemen om een harmonieuze groei en ontwikkeling te verzekeren.

Aandachtspunten

Een aantal alarmsignalen moeten de aandacht trekken, waardoor de arts aan een eetstoornis bij het kind zou moeten denken (8, 12, 15, 20):

- gedrag: verkramping of verstijving van het lichaam tijdens het eten, prikkelbaarheid of net onvoldoende waakzaamheid, weigering om vast of vloeibaar voedsel te eten, gedragsstoornissen tijdens het eten (bv. huilen, weglopen, stress, lijden), conflicten tijdens de maaltijden, neofobie (angst of weigering om nieuw of onbekend voedsel te proberen), onderbreking van de maaltijden, onvoldoende autonomie bij het eten, gebruik van hulpmiddelen die op die leeftijd niet gepast zijn (bv. een zuigfles gebruiken op de leeftijd van 4 jaar);
- functioneren: tragere ontwikkeling van de motoriek van de mond (12), onvermogen om verschillende texturen van voedsel in de mond te verwerken (8), zuig- en/of kauwproblemen (8), hoesten tijdens het eten, veel kwijlen, vast of vloeibaar voedsel komt uit de mond of de neus, problemen met de coördinatie van de ademhaling tijdens het eten en het drinken, verstikkingsgevoel tijdens de maaltijden, recidiverende luchtweginfecties;
- op sensorisch vlak: alle vormen van selectief eten (bv. textuur, kleur), een kind dat beter eet als het zijn lievelingseten is (wat ten onrechte als een grilligheid kan worden beschouwd), andere sensorische stoornissen (bv. kinderen die het gevoel van een bepaalde textuur niet kunnen verdragen);
- gemengde tekenen: oprispingen, braken, lange maaltijden (langer dan 30 minuten), grimassen, reflex van misselijkheid, weigering om verder te eten, lijden bij forceren.



Behandeling

De evaluatie en de behandeling van een eetstoornis dienen te gebeuren door een interdisciplinair team, waarin het kind en het gezin partners van het medische en paramedische team zijn (6, 16, 17). Mogelijke teamleden zijn: kinderarts, neus-keel-oorarts, kinderpsychiater, diëtist, kinesitherapeut, logopedist, verpleegkundige, tandarts. Alle leden van het paramedische team zijn gespecialiseerd in kindervoeding. Bij de evaluaties houden alle teamleden rekening met de observaties van de andere therapeuten. Een gecoördineerde aanpak is essentieel om de medische, re-educatieve en omgevingsgebonden prioriteiten vast te leggen.

Er zijn tal van argumenten die pleiten voor een vroege interventie. Belangrijk zijn vooral de gezondheidstoestand en de groei van het kind (3). De eetstoornis kan een weerslag hebben op de cognitieve ontwikkeling, het leren op school, de aandacht, het geheugen, het gedrag en de sociale relaties (16, 17). De ontwikkeling van het eetgedrag van het kind hangt nauw samen met de motorische ontwikkeling van de mond (5, 7). Voor een harmonieuze ontwikkeling heeft het kind sensorische ervaringen nodig die overeenstemmen met de motorische ontwikkeling van de mond (7). Eetstoornissen bij jonge kinderen zetten een neerwaartse

spiraal van motorische en sensorische desorganisatie van de mond in gang. Kunstmatige voeding is niet zonder gevaar en kan 'sondeafhankelijkheid' veroorzaken met als gevolg daarvan langdurige tegenzin om te eten en te drinken (19). Eetstoornissen bij kinderen zijn ook een belangrijke bron van angst voor de ouders: de ouders twijfelen eraan of ze hun kind wel kunnen voeden (12).

Conclusie

Eetstoornissen bij kinderen zijn een complex probleem, dat eet- en slikstoornissen omvat en een gecoördineerde, multidisciplinaire aanpak vergt om de medische, re-educatieve en omgevingsgebonden prioriteiten vast te leggen. Een vroege interventie is raadzaam om de weerslag op de groei en de gezondheid van het kind en een ongepast gedrag tot een minimum te beperken (3). Begeleiding van de ouders is belangrijk om het vermogen van de ouders om hun kind te voeden te garanderen. De medische en paramedische doelstellingen moeten in de mate van het mogelijke de levenskwaliteit van het kind en zijn omgeving op peil houden of verbeteren.

Referenties

1. Dubedout S, Cascales T, Mas E, et al. Troubles du comportement alimentaire restrictifs du nourrisson et du jeune enfant: situations à risque et facteurs favorisants. *Archives de Pédiatrie* 2016;23(6):570-6.
2. Kerzner B, Milano K, MacLean WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics* 2015;135(2):344-53.
3. Yang HR. How to approach feeding difficulties in young children. *Korean Journal of Pediatrics* 2017;60(12):379.
4. Linscheid TR, Budd KS, Rasnake LK. Pediatric feeding problems. 2003
5. Goulet O, Turck D, Vidailhet M. Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique. *Doin*. 2012
6. Manikam R, Perman JA. Pediatric feeding disorders. *J Clin Gastroenterol* 2000;30(1):34-46.
7. Bruns DA, Thompson SD. Feeding challenges in young children: Toward a best practices model. *Infants & Young Children* 2010;23(2):93-102.
8. Morris SE, Klein MD. Pre-feeding skills: A comprehensive resource for mealtime development. Pro-ed. 2000.
9. Simione M, Loret C, Le Révérend B, et al. Differing structural properties of foods affect the development of mandibular control and muscle coordination in infants and young children. *Physiol Behav* 2018;186:62-72.
10. Borowitz KC, Borowitz SM. Feeding problems in infants and children: assessment and etiology. *Pediatric Clinics* 2018;65(1):59-72.
11. Patel MR. Assessment of pediatric feeding disorders. In *Handbook of Crisis Intervention and Developmental Disabilities* 2013 (pp. 169-182). Springer, New York, NY.
12. Cascales T, Olives JP. Troubles alimentaires restrictifs du nourrisson et du jeune enfant: avantages d'une consultation conjointe entre pédiatre et psychologue. *Archives de Pédiatrie* 2013;20(8):877-82.
13. Rommel N, De Meyer AM, Feenstra L, Veereman-Wauters G. The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;37(1):75-84.
14. Goday PS, Huh SY, Silverman A, et al. Pediatric feeding disorder: consensus definition and conceptual framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2019;68(1):124.
15. Arvedson JC. Swallowing and feeding in infants and young children. *GI Motility online*. 2006.
16. Silverman AH. Interdisciplinary care for feeding problems in children. *Nutr Clin Pract* 2010;25(2):160-5.
17. Silverman AH. Behavioral management of feeding disorders of childhood. *Ann Nutr Metab* 2015;66(Suppl. 5):33-42.
18. Estrem HH, Pados BF, Park J, Knafel KA, Thoyre SM. Feeding problems in infancy and early childhood: evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs* 2017;73(1):56-70.
19. Forbes D, Grover Z. Tube feeding: Stopping more difficult than starting. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2015;51(3):245-7.
20. Demonteil L, Tournier C, Marduel A, Dusoulier M, Weenen H, Nicklaus S. Longitudinal study on acceptance of food textures between 6 and 18 months. *Food Quality and Preference* 2019;71:54-65.

Percentiel ook op internet

www.percentiel.be

