

# Voeding bij fistels: een multidisciplinaire aanpak!

## Inleiding

*Het voedingsteam in het VU ziekenhuis in Amsterdam wordt in consult geroepen indien een patiënt met een fistel kunstmatige voeding nodig heeft. Het kunstmatig voeden van patiënten via sondes of langs parenterale weg is niet eenvoudig en kan voor veel problemen zorgen. Vooral daar kennis hierover niet altijd aanwezig is bij verpleegkundigen en medici. Dit was voor het VU ziekenhuis*

*5 jaar geleden de reden om een voedingsteam aan te stellen met als doel:*

*Standaardisering en optimalisering van het beleid ten aanzien van kunstmatige voeding.*

*Om dit doel te verwezenlijken zijn een verpleegkundige en een diëtist aangetrokken op full-time basis (inmiddels zijn dit 4 part-timers). De samenstelling van het voedingsteam ziet er als volgt uit: arts(en), diëtist, verpleegkundige en apotheker. Een belangrijke rol is weggelegd voor de verpleegkundige en de diëtist; in de dagelijkse praktijk zijn zij de vaste kern van het team. Het voedingsteam werkt op consultbasis en wordt ingeschakeld bij patiënten die via een sonde of langs parenterale weg gevoed worden. Dit om enerzijds voedingsadvies te geven en anderzijds de verpleging te instrueren. Wekelijks is er met alle leden van het team een "voedingsbespreking". Hier worden de patiënten die in consult zijn besproken en zonodig wordt het beleid bijgesteld.*

*Indien het voedingsteam in consult geroepen wordt bij een patiënt met een fistel zijn de volgende vragen te verwachten:*

- *Welke voeding moet worden gekozen? Parenterale of enterale voeding? Indien het enterale voeding betreft, monomere of polymere voeding? En wat is de toedieningsweg, per os, per sonde, via jejuno- of gastrostomie?*
- *Wat kan van de gekozen voedingstherapie worden verwacht ten aanzien van het in evenwicht brengen van de vocht- en electrolytenbalans, behandeling van ondervoeding en het spontaan sluiten van de fistel?*

## Voeding bij fistels

Het is van belang om een patiënt met een fistel adequaat te voeden. Wanneer er sprake is van een hoge outputfistel en er niet adequaat gevoed wordt, zal er snel ondervoeding optreden. Niet alleen ten gevolge van de enorme verliezen via de fistel, maar ook als gevolg van een verhoogde behoefte (bij sepsis kan dit flink stijgen), en van verminderde inneming; de patiënt kan of mag vaak niet voldoende of helemaal niet eten.

Er is niet zo snel een algemene richtlijn te geven hoe de patiënt met een fistel gevoed moet worden, dit hangt af van verschillende factoren:

- De plaats van de fistel. De fistel kan gelokaliseerd zijn in het hele maagdarmlkanaal.
- Wat is het primaire lijden. Is er sprake van de ziekte van Crohn, kanker, of

anders. Is de fistel spontaan of postoperatief ontstaan.

- Wat is de behandeling, conservatief of operatief. Vooral bij conservatieve behandeling is voeding belangrijk.
- Op welke wijze moet er gevoed worden en welke soort voeding is dan het beste.

In de literatuur is het verschil in effect van enterale ten opzichte van parenterale voeding niet duidelijk aan te tonen. Indien het mogelijk is verdient enterale voeding de voorkeur.

## Voeding en het spontaan sluiten van fistels

Er is een duidelijke relatie tussen adequaat voeden en het spontaan sluiten van een fistel. Zowel met enterale als met parenterale voeding (TPN = total parenteral nutrition) sluiten meer fistels zich spontaan dan wanneer niet wordt gevoed. Van oudsher bestond de voor-

Willy Arjaans, voedingsverpleegkundige VU academisch ziekenhuis Amsterdam

keur voor parenterale voeding, omdat daarmee het maagdkanaal beter zou worden stilgelegd. Er zijn verschillende onderzoeken gedaan die aantonen dat zowel parenterale als enterale voeding positieve invloed heeft op het spontaan sluiten van een fistel.

Als onderdeel van de conservatieve behandeling moet zo snel mogelijk een voedingstherapie worden ingesteld. Het is van groot belang als er sprake is van een sepsis, dit eerst onder controle te brengen. Zolang die niet is behandeld, heeft voeding geen invloed op het sluiten van de fistel. Enterale voeding verdient de voorkeur boven parenterale voeding vanwege onder andere een betere benutting van de voedingsstoffen, minder kans op darmvlokotrofie, minder complicaties en een lagere prijs. Soms zal in de beginfase parenterale voeding worden gegeven, waarbij later overgegaan wordt op enterale voeding. In het algemeen zal de fisteloutput stijgen na de aanvang van enterale voeding. Dit is meestal een tijdelijk effect (enkele dagen). Als de fisteloutput stijgt tot meer dan 500 ml per dag moet de enterale voeding worden gestaakt en de parenterale voeding worden hervat, of daarmee worden begonnen. Er is geen klinisch bewezen voordeel van monomere voeding boven polymere voeding (monomere voeding is de vertering al een stapje voorbereid). In een enkel geval zal er een indicatie bestaan voor het uitsluitend geven van parenterale voeding. Namelijk wanneer er geen enterale voedingsweg is, wanneer het een hoge outputfistel (> 500 ml/24 uur) betreft, of wanneer er gastro-intestinale problemen ontstaan bij het toedien van enterale voeding. Voor welke voeding ook gekozen wordt: het is van groot belang dat de patiënt altijd voldoende vocht, electrolyten, energie en eiwitten krijgt toegediend.

#### **Voeding langs welke route?**

Afhankelijk van de plaats van de fistel en het feit of er enteraal gevoed mag worden, moet de route van de voeding afgesproken worden.

Bij een oesophagusfistel kan via een maag- of duodenumsonde een polymere voeding worden gegeven. Indien er langdurig sondevoeding gegeven moet worden kan een PEG sonde (PEG = percutane endoscopische gastrostomie) overwogen worden. Soms kan endoscopisch een slokdarmprothese geplaatst worden die de fistel afsluit. Dan kan er gewoon worden gegeten.

Bij maag- en duodenumfistel kan via een jejunumsonde of een jejunostomie polymere voeding gegeven worden.

Monomere voeding lijkt niet nodig, omdat er nog voldoende functionerende dunne darm is.

Bij een jejunumfistel is parenterale voeding nodig.

In het geval van een ileumfistel, bij een hoge output direct starten met parenterale voeding. Bij een lage outputfistel (meestal in het distale ileum) beginnen met een monomere of polymere voeding. Als de outputfistel aanzienlijk toeneemt alsnog overgaan op parenterale voeding.

Bij een colonfistel polymere voeding geven. Dit kan als drinkvoeding gegeven worden, maar vaker zal de voeding per sonde worden gegeven, aangezien het langdurig gebruiken van deze drinkvoeding vaak moeilijk vol te houden is voor de patiënt. Dit omdat de behoefte meestal verhoogd is en de eetlust vermindert.

Indien de sondevoeding via een jejunostomie of een gastrostomie gegeven wordt vraagt dit ook de nodige verzorging. In deze situatie is een (kunstmatige) fistel gecreëerd, die open blijft door de sonde die in de fistelgang zit. Maar op deze manier kan ook goed in de thuissituatie enteraal gevoed worden. In dat geval speelt het voedingsteam een rol in de coördinatie en afstemming om thuis sondevoeding te regelen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de zogenaamde ontslagprocedure "Met sondevoeding naar huis." Hierin worden de taken van de verschillende disciplines beschreven (arts, diëtist en verpleegkundige). De arts stelt de indicatie en vraagt bij de zorgverzekering de vergoeding aan voor sondevoeding thuis (sinds januari 1994 wordt dit via de AWBZ vergoed). De diëtist schrijft de benodigde voeding voor en heeft zonodig contact met de diëtist van de kruisvereniging. De verpleegkundige zorgt voor instructie aan de patiënt en/of mantelzorg omtrent het geven van sondevoeding. Folders kunnen hierbij een hulp zijn. Ook wordt er zonodig een overdracht geschreven aan de wijkverpleegkundige. Het is de bedoeling om deze procedure een week tot enkele dagen voor het ontslag te starten, zodat de patiënt goed voorbereid naar huis kan. In principe wordt dan ook een poliklinische controle-afpraak bij het voedingsteam gemaakt.

Bij parenterale voeding zal gekozen worden voor een centrale lijn, aangezien het vaak langdurig voeden betreft. In het VU ziekenhuis zijn twee methodes om een voedingscatheter te plaatsen. Binnen de interne kliniek wordt door een vaste groep artsen een centrale lijn geplaatst. Bij de heelkunde gaat de patiënt naar de

operatiekamer en wordt een zogenaamde "getunnelde" lijn via venasectie geplaatst. In alle gevallen wordt eerst een controlefoto gemaakt voor er begonnen wordt met voeding. Er zijn vaste richtlijnen voor de verpleegkundigen om deze voedingscatheters te verzorgen. Deze zijn via het geautomatiseerde informatiesysteem WYZER via het ZIS systeem op te roepen op iedere afdeling. De verpleegkundigen van het voedingsteam zorgen voor educatie en advisering omtrent het gebruik van centrale lijnen. Bij parenterale voeding in het VU ziekenhuis komt het voedingsteam altijd in consult. Er zijn een aantal vaste voedingsschema's, en de diëtist bepaalt in overleg met de behandelend arts welke de beste is gezien de situatie van de patiënt. Tijdens de voedingsvisite 3 maal per week, zonodig vaker, worden de parameters gecontroleerd en het beleid wordt zonodig bijgesteld.

### Casuïstiek

Tot slot nog een paar voorbeelden uit de praktijk, zoals het voedingsteam in consult is geweest bij patiënten met een fistel.

### Casus 1

Dhr. K. 16 jaar, met een tracheo-oesophageale fistel ten gevolge van een larynxtrauma (tijdens een brommerit tegen een gespannen draad gereden). K. heeft een tracheostoma in verband met pharyngeaal emfyseem. Aanvankelijk wordt hij een aantal maanden via een neus/maagsonde gevoed (ook al in de thuissituatie). Het wordt echter duidelijk dat er nog langdurig sondevoeding nodig zal zijn, aangezien K. niets per os mag hebben. In april 1993 wordt op de functie-afdeling gastro-enterologie een PEG sonde geplaatst. Het gewicht is dan 54 kg. bij een lengte van 1.72. K. is 4 kg afgevalen sinds het ongeluk in december 1992.

Na wat startproblemen met de PEG sonde; de eerste week buikpijn, en thuis last van diarree (waarvoor een tijdlang vezelverrijkte sondevoeding wordt gegeven) gaat het uitstekend met K. Hij gebruikt 2 liter energieverrijkte sondevoeding per dag (= 3000 kcal en 120 gram eiwit) en vervolgt zijn dagelijkse bezigheden, zoals school en sport (voetballen). In oktober wordt een operatie gepland, omdat de fistel zich niet spontaan sluit. In november 1993 wordt de fistel operatief gesloten. K. mag in december nadat de slikfoto goedgekeurd is, beginnen met sliktherapie en vloeibare voeding. K. weet de orale voeding goed uit te breiden naar zacht/normaal. Begin januari 1994 wordt de PEG sonde verwijderd. K. heeft

zijn gewicht in dit jaar weten te vermeerderen naar zijn oorspronkelijke gewicht van 54 kg.

### Casus 2

Dhr. R. 71 jaar, dunne darm fistel ontstaan uit reeds aanwezige fistel, gewicht 58 kg.

Voorgeschiedenis:

Brickerdeviatie + U.P. + nabestraling  
Ileus, hartmanprocedure + A.P.  
Opheffen A.P., naadlekkage + fistelvorming, opnieuw een A.P.

Voor de opname dronk R. thuis 450 ml pepti 2000/dag (= monomere voeding) R. wordt gedurende 3 weken gevoed met totale parenterale voeding via een subclaviacatheter, wat gecompliceerd wordt door een cathetersepsis. Hiervoor wordt de voedingscatheter verwijderd en na een paar dagen wordt de voeding via een nieuwe centrale lijn hervat. De fistelproductie varieert van 75 ml/dag tot 850 ml/dag. Na deze 3 weken lijkt de fistelproductie minimaal en wordt de lijn verwijderd en mag R. gewoon dieet. Al na 2 dagen neemt de fistelproductie weer toe en lijkt het fistelgaatje groter te worden. Er wordt 1 week geprobeerd R. te voeden met normale voeding aangevuld met polymere drinkvoeding. R. heeft dan ook klachten van ongeveer 16 maal per dag naar toilet te moeten i.v.m. rectaal verlies. Besloten wordt om R. te voeden met monomere sondevoeding, pepti 2000 2 liter/24 uur via een maagsonde. Het rectale verlies wordt hierna beduidend minder, de fistelproductie varieert nog van 60 ml/dag tot 250 ml/dag.

Na 9 weken wordt de fistel operatief opgeheven, tevens wordt 50 cm dunne darm resectie gedaan, een deel van het colon wordt weggehaald en het rectum wordt gesloten. R. wordt post-operatief nog 1 maand parenteraal gevoed, de buik komt langzaam op gang en de A.P. wordt flink productief. R. mag langzaam het dieet uitbreiden en wordt hierbij nog een tijd begeleid door een diëtist. R. is dan 74 dagen bij het voedingsteam voor verzorging en behandeling in consult geweest. Bij ontslag is het gewicht 57.4 kg.

### Bron:

- \* A. Halling, M. de van der Schueren, Voeding bij enterocutane fistel, Ned. Tijdschrift Diëtisten 45-9-1990