



14-8-2009

## Advies voeding Guillain Barré Syndroom

Op verzoek van de auteurs van de CBO-richtlijn in ontwikkeling over het Guillain Barré Syndroom is een voedingsadvies geschreven dat gedeeltelijk is opgenomen in de richtlijn. Hieronder volgt de volledige tekst van het advies.

### Acute fase opname afdeling

Uitgangspunt voeding volgens Richtlijnen Goede Voedselkeuze.

- bij dysfagie aanpassing consistentie: zachte, gemalen of dik vloeibare voeding, indien nodig aangevuld met dieetpreparaten; steeds in overleg met logopedist.
- bij gewichtsverlies behandelingsplan volgen conform screening SNAQ of MUST.
- bij onvoldoende intake en/of toenemende dysfagie overschakelen op enterale voeding; streven naar stabilisatie gewicht (want gewichtsverlies is verlies vetvrije massa) met 1,0-1,5 g E/kg bij matige stress tot 1,5-2,0 g E/kg bij ernstige stress en maximaal 40 kcal/kg actueel lichaamsgewicht; bij overgewicht terugrekenen naar BMI 27.
- bij gemeten rustmetabolisme (mbv indirecte calorimetrie) is energiebehoefte + 30%.

### Acute fase opname IC

- op IC zo snel mogelijk starten enterale voeding.
  - tolerantie voedsel is afwezigheid van retentie in maag en afwezigheid van diarree.
  - start 10 ml/uur ; als het goed verdragen wordt steeds verder ophogen tot benodigde hoeveelheid; als het niet goed gaat eventueel overschakelen naar parenterale voeding.
  - toediening enterale voeding bij voorkeur continu.
  - bij diarree volume of concentratie verlagen en vocht intraveneus toedienen.
  - contra-indicaties voeding: misselijkheid, braken, darmobstructie, ileus en hypotensie (kan leiden tot ischemie van darmkanaal) dan parenteraal voeden.
  - complicaties: obstipatie en ileus; daartoe dagelijkse buikcontrole ter preventie en laxantia ter preventie fecale impactie.
- 
- doel is stabilisatie gewicht, met vermindering ondervoeding en hyperalimentatie (lab-controle op hyperglykemie, hypertriglyceridemie, electrolytendisbalans, leverfunctiestoornissen en grotere CO<sub>2</sub>-productie).
  - bij gemeten rustmetabolisme (mbv indirecte calorimetrie) is energiebehoefte op IC + 10%.

- schatting energiebehoefte mbv Harris-Benedict formule: maximale toeslag + 50%, met als start 40 kcal/kg/dag; bij overgewicht terugrekenen naar BMI 27.
- optimale eiwit-behoefte bedraagt 1,5-1,7 g/kg actueel lichaamsgewicht/dag.
- controle op fosfaat en indien nodig suppletie (heeft effect op ademhalingsfunctie en weaning).
- controle op natrium ivm relatief laag Na-gehalte in enterale voeding en overvloedig zweten met risico op hyponatriëmie (<130 mmol/l); indien nodig suppletie Na of via infuus.
- continue monitoring op geschiktheid voedingsvoorschrift, met eventuele bijstelling op basis van medische status of metabole tolerantie.

## Herstelfase

Op geleide van de actuele situatie van de patiënt met betrekking tot

- gewicht: bij te laag gewicht (slechte intake door vermoeidheid, doorgemaakte periode en nog niet volledig herstelde ademhalingsfunctie) energiehoeveelheid verrijken; bij gewichtstoename, meestal later in herstelfase bij langduriger immobiliteit: energie beperken; hoeveelheid energie op geleide van gewichtsverloop bijstellen.
- dysfagie vast voedsel: afbouw van enterale naar dik vloeibare voeding, vervolgens van gemalen naar zachte tot normale voeding; dysfagie vocht: afbouw van dik vloeibaar naar dun vloeibaar; steeds in overleg met logopedist.
- obstipatie: voedingsvezelverrijkte voeding met veel vocht.
- decubitus: wordt bij langdurige immobiliteit soms gezien; dan energie- en eiwitverrijkte voeding met voldoende vocht.

Bovenstaande is deels onderbouwd vanuit de literatuur, deels gebaseerd op practice based handelen van diëtisten van IC's, UMC en revalidatiecentra.

## Referenties:

Chalela JA. Pearls and pitfalls in the Intensive Care management of Guillain-Barré Syndrome. *Seminars in Neurology* 2001; 21 (4): 399-405.

Fulgham JR, Wijdicks EFM. Guillain Barré Syndrome. *Critical Care Clinics* 1997; 13 (1): 1-15.

Roubenoff RA, Borel CO, Hanley DF. Hypermetabolism and hypercatabolism in Guillain Barré Syndrome. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 1992; 16 (5): 464-472.

Campbell CG, Zander E, Thorland W. Predicted vs measured energy expenditure in critically ill, underweight patients. *Nutrition in Clinical Practice* 2005; 20: 276-80.

Sauerwein HP, Strack van Schijndel RJM. Perspective: how to evaluate studies on peri-operative nutrition? Considerations about the definition of optimal nutrition for patients and its key role in the comparison of the results of studies on nutritional intervention. *Clinical Nutrition* 2007; 26: 154-58.