

Mortaliteit bij eetstoornissen

Anorexia nervosa heeft een hoge mortaliteit vergeleken met andere psychiatrische stoornissen. Patiënten met boulimia nervosa hebben waarschijnlijk geen verhoogde sterftekans. In de literatuur gesuggereerde risicofactoren voor sterfte bij anorexia nervosa zijn een lager gewicht, slechter psychosociaal functioneren en opname. Risicofactoren voor sterfte bij boulimia nervosa zijn onbekend.

Keel e.a. (2003) voerden daarom een prospectief longitudinaal onderzoek uit met als doel gestandaardiseerde sterftecijfers onder vrouwen met anorexia en boulimia nervosa te bepalen. Daarnaast werd gekeken naar predictoren van sterfte in deze patiëntengroep. In een naturalistisch onderzoek werden 246 vrouwen gevolgd vanaf poliklinische aanmelding wegens anorexia nervosa (136 patiënten) of boulimia nervosa (110 patiënten). Elke 6 tot 12 maanden vond een follow-upmeting plaats om eetstoornissen en comorbide psychiatrische stoornissen vast te stellen. De gemiddelde follow-upduur was 8,6 jaar.

Tijdens de follow-upperiode overleden 11 patiënten: 10 patiënten met anorexia nervosa (waarvan 4 door suïcide) en 1 patiënt met boulimia nervosa. De voor leeftijd en geslacht gecorrigeerde sterfte bedroeg 11,6 (95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 5,5-21,3) voor anorexia nervosa en 1,3 (95%-BI: 0,0-7,2) voor boulimia nervosa.

Risicofactoren voor sterfte waren een langere ziekte duur, slechter sociaal functioneren en ernstiger alcoholmisbruik tijdens follow-up. Dit alcoholmisbruik was deels niet bekend bij aanmelding. De auteurs adviseren bij patiënten met een eetstoornis alert te blijven op alcoholgebruik.

Gewicht bleek geen voorspeller voor sterfte. Vier patiënten met anorexia nervosa hadden bij overlijden ernstig ondergewicht (body mass index (BMI) < 15), 3 een matig ondergewicht (BMI tussen 17 en 19,5), en 3 een gezond gewicht.

Er zijn enkele punten van kritiek mogelijk bij

dit onderzoek. De auteurs noemen zelf als kritiekpunt dat van 12 patiënten (5%) niet achterhaald kon worden of zij nog leefden. Aangezien slechts 11 sterfgevallen bestudeerd werden, kunnen 1 of 2 gemiste sterfgevallen de gevonden sterftecijfers en risicofactoren sterk beïnvloeden. Verder geven de auteurs geen informatie over het beloop van de eetstoornissen. Aangezien 3 patiënten met anorexia nervosa bij overlijden een gezond gewicht hadden, voldeden zij niet meer aan de criteria voor anorexia nervosa.

Uit ander onderzoek is bekend dat de verschillende subtypen eetstoornissen regelmatig in elkaar overgaan. Zo heeft een kwart van de patiënten met boulimia nervosa ooit aan de criteria voor anorexia nervosa voldaan (Fairburn & Harrison 2003). Wellicht hebben sommige patiënten met anorexia nervosa gedurende het onderzoek boulimia nervosa ontwikkeld alvorens te overlijden. Dit zou de gevonden sterftecijfers kunnen vertekenen. Dat de auteurs zich over deze kwestie niet uitlaten, is een gemiste kans.

LITERATUUR

- Fairburn, C.G., & Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- Keel, P.K., Dorner, D.J., Eddy, K.T., e.a. (2003). Predictors of mortality in eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 60, 179-183.

E.M.C. WILLEMSSEN, psychiater

Verhoogde kans op psychiatrische aandoeningen na hersenletsel

Onderzoeken tonen een toename van psychiatrische stoornissen na hersenletsel, maar kennen beperkingen zoals recall-bias door geheugenproblemen en geven geen duidelijkheid over de relatie met de ernst van het letsel. Een psychiatrische stoornis draagt bij aan de problematiek die door hersenletsel veroorzaakt wordt, en een psychiatrische voorgeschiedenis predisposeert hiervoor.

Fann e.a. (2004) onderzochten door middel

van een prospectief cohortonderzoek het risico van psychiatrische stoornissen bij 939 patiënten (leeftijd minimaal 15 jaar) met hersenletsel en bij 2817 op sekse en leeftijd gematchte controlepersonen. Exclusiecriteria waren hersenletsel het jaar vóór de indexperiode en onduidelijkheid over de ernst. Hersentrauma werd beschouwd als licht als het bewustzijnsverlies minder dan een uur was en er geen intracranieële laesie was. Hersentrauma werd beschouwd als (matig tot) ernstig bij bewustzijnsverlies langer dan een uur of intracranieële laesie(s). Een psychiatrische aandoening werd vastgesteld indien een psychiatrische diagnose gesteld was, psychiatrische medicatie was voorgeschreven of behandeling in een psychiatrische setting (incl. verslavingszorg) was ondergaan. De driejaarsprevalentie van psychiatrische aandoeningen bleek 49% na ernstig hersenletsel, 34% na licht hersenletsel en 18% voor de controlegroep.

Een licht hersentrauma zonder psychiatrische voorgeschiedenis vergrootte de kans op een psychiatrische aandoening binnen 6 maanden 2,6 maal; een ernstig hersentrauma 4 maal. Bij iemand met een psychiatrische voorgeschiedenis was dit respectievelijk 1,6 en 2,1. Na een licht hersentrauma bleef een psychiatrische aandoening langer aanwezig en werd vaker een affectieve stoornis ontwikkeld dan na een ernstig hersentrauma, wat consistent is met eerder onderzoek. Het onderzoek bevestigde dat een psychiatrische aandoening vóór een hersentrauma predisponeert voor een psychotische stoornis, vaak na een *delay*-periode. Gerepliceerd werd dat na een ernstig hersentrauma middelemisbruik afneemt en na een jaar weer toeneemt, behalve bij patiënten zonder psychiatrische voorgeschiedenis.

Het onderzoek werd volgens de onderzoekers beperkt door de mogelijke misclassificatie van psychiatrische aandoeningen, onvolledige opsporing van hersenletsel en hogere mortaliteit bij ernstig hersentrauma terwijl bij deze groep door grotere zorgconsumptie vaker een psychiatrische aandoening vastgesteld kan worden.

De auteurs adviseren om patiënten binnen zes tot twaalf maanden na een hersenletsel te

screenen, waakzaam te blijven tot drie jaar na het letsel, niet meteen verschijnselen aan het hersenletsel zelf te wijten en kennis te nemen van de psychiatrische voorgeschiedenis. Wij willen hierbij aantekenen dat door overlappende en brede criteria betreffende psychiatrische voorgeschiedenis onduidelijk bleef wat precies predisponeerde tot psychiatrische problematiek.

LITERATUUR

Fann, J.R., Burington, B., Leonetti, A., e.a. (2004). Psychiatric illness following traumatic brain injury in an adult health maintenance organization population. *Archives of General Psychiatry*, 61, 53-61.

P. WAUBEN, assistent-geneeskundige in opleiding tot psychiater

J. DE JONG, psychiater