# Reernæringssyndromet er vanskeligt at diagnosticere og forebygge

**LEDER**

René Klinkby Støving

Ugeskr Læger 2018;180:V70050

I dette nummer af Ugeskrift for Læger bringes en vigtig statusartikel med en meget nyttig oversigt over de gængse nationale og internationale guidelines for håndteringen af et klinisk problem, der enten helt overses eller afføder usikkerhed: reernæringssyndromet [1]. Syndromet ses i forbindelse med genoptagelse af fødeindtag efter længerevarende underernæring og bør ikke eksklusivt defineres biokemisk ud fra serumkoncentration af fosfat, magnesium eller kalium. Som det rigtigt påpeges i artiklen [1], kan serumkoncentrationerne af disse elektrolytter nemlig være normale trods intracellulær mangel. De kliniske manifestationer af reernæringssyndromet er uspecifikke og meget varierende: universelt ødem, hæmolytisk anæmi, trombocytopeni, hjertearytmi, hjerteinkompensation, bevidsthedssvækkelse, paralyse (osmotisk demyelinisering), opkastninger, rabdomyolyse, nyresvigt og respirationssvigt. Der er utvivlsomt tale om et kontinuum fra lette subkliniske til fatale tilfælde.

I artiklen fokuseres der på anorexia nervosa. Her findes syndromet i sin »reneste« form. Det gælder i særdeleshed, når en patient indlægges med henblik på intensiv reernæring. Men de beskrevne komplikationer kan givetvis også forekomme uden for hospitalet hos patienter, som har anorexia nervosa og enten er i et ambulant behandlingsforløb eller slet ikke er i nogen behandling. Syndromet fortjener også opmærksomhed hos andre og større patientgrupper, især inden for gastrointestinale og maligne sygdomme, geriatri, svære hjerte-lunge-sygdomme, misbrug, dysreguleret diabetes og i det postoperative forløb efter større operationer. Risikoen menes at være større ved parenteral end ved enteral ernæring, omend der foreligger retrospektive studier, hvor dette ikke bliver bekræftet [2]. Reernæringssyndromet kan udløses af intravenøs glukoseinfusion givet forud for ernæringen på indikationen hypoglykæmi. Syndromet kan forekomme i svær grad, også selvom risikoen identificeres tidligt, og der administreres hypokalorisk ernæring efter guidelines. Omvendt, ses der ikke altid manifest reernæringssyndrom hos højrisikopatienter, selvom der startes på et relativt højt energitrin.

Reernæringssyndromet er potentielt dødeligt. Der er i litteraturen en række kasuistikker, hvori man beskriver fatalt forløbende reernæring af patienter med anorexia nervosa, og en arbejdsgruppe under Royal College of Physicans and Psychiatrist, London, omtaler 12 fatale tilfælde [3]. Men der er intet overblik i litteraturen over, hvor hyppigt fatal reernæring forekommer. Givetvis er der tilfælde, hvor syndromet ikke identificeres, men hvor det er medvirkende årsag til et letalt forløb. Derfor hilses statusartiklen [1] velkommen.

I den tidlige reernæring synes der at være et rationale for, at let kulhydratrestriktion kan muliggøre en lidt mindre konservativ energioptitrering end anbefalet i guidelines. Men rationalet hviler på observationelle studier af patienter med anorexia nervosa [4], der potentielt er behæftet med *bias by indication*, og på to små interventionsstudier med patienter, der havde anorexia nervosa og ikke opfyldte kriterierne for at være i højrisiko for reernæringssyndromet [4]. Et initialt vægttab er en uundgåelig konsekvens af de konservative MARSIPAN- [3] og NICE-guidelines [5]. Men i de undersøgte patientpopulationer [4] er dette vægttab næppe i sig selv kritisk – som det ville være hos ekstremt undervægtige patienter. Omvendt kunne man formentlig uden videre starte behandlingen på fuldt energitrin i stedet for at applicere reernæringsregimer hos patienter, som de ikke er tiltænkt [4].

Reernæringsregimer til højrisikopatienter er således alene baseret på observationelle studier. Korttidseffekten i form af væskeelektrolytforstyrrelser (især hypofosfatæmi) kan potentielt afdækkes ved randomiserede studier af forskellige reernæringsregimer med varierende energitrin og mikronæringsstofsammensætning. Men indtil studierne foreligger, kan det for de definerede højrisikopatienter ikke anbefales at ændre den nuværende praksis: *start low, advance slow*.

**LITTERATUR**

1. Ibrahim IB, Hussain AA, Sjögren JM. Reernæringssyndrom ved anorexia nervosa. Ugeskr Læger 2018;180:V06170463.
2. Zeki S, Culkin A, Gabe SM et al. Refeeding hypophosphataemia is more common in enteral than parenteral feeding in adult patients. Clin Nutr 2011;30:365-8.
3. Management of really sick patients with anorexia nervosa (MARSIPAN), 2nd. www.rcpsych.ac.uk/usefulresources/publications/collegereports/cr/cr189.aspx (20. aug 2018).
4. Garber AK, Sawyer SM, Golden NH et al. A systematic review of approaches to refeeding in patients with anorexia nervosa. Int J Eat Disord 2016;49:293-310.
5. Eating disorders: recognition and treatment NICE guideline 2017. http://nice.org.uk/guidance/ng69 (20. aug 2018).

**KORRESPONDANCE:** *René Klinkby Støving*, Ernæringsklinikken, Center for Spiseforstyrrelser, Odense Universitetshospital. E-mail: rene.k.stoving@gmail.com

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk



24 VP 18.indd 2171 20/11/2018 12.28