



UNIwersytet
MEDYCZNY
W ŁÓDZI



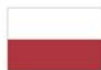
OPERACJA
I N T E G R A C J A

Zaburzenia odżywiania

Oliwia Gawlik-Kotelnicka



Fundusze
Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Przygotowanie merytoryczne seminariów w formie prezentacji przypadków klinicznych w ramach projektu „Operacja - Integracja!” Zintegrowany Program Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (POWR.03.05.00-00-Z065/17) współfinansowany z Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Priorytet III. Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju.
Działanie 3.5 Kompleksowe programy szkół wyższych

Opis przypadku 1

Pacjentka lat 14 zgłoszona do konsultacji psychiatrycznej w towarzystwie obojga rodziców, którzy podają, że od 7 miesięcy, pacjentka zaczęła prosić swoją matkę, by gotowała "zdrowiej", zmniejszać spożycie kalorii i okresowo omijać przyjmowanie posiłków. Rodzice początkowo sądzili, że jest to coś "normalnego w tym wieku,, i pozwalali na to, a nawet gratulowali jej utraty wagi. Obecnie uważają to za problem i nie wiedzą, jak ją zmotywować żeby jadła więcej. Pacjentka skrupulatnie liczy kalorie, które spożywa. Mówi, że nie będzie spożywać więcej niż 800 kalorii / dzień. Przez jeden miesiąc spożycie pokarmów zostało zredukowane do jabłek i wody. Straciła 11 kg [od 53 do 41 kg (21%)]. Nie miesiączkuje od 3 miesięcy. Rodzice nie zgłaszają, aby pacjentka stosowała środki przeczyszczające lub nadmiernie ćwiczyła. Często przegląda się w lustrze, komentuje swój wygląd mówiąc, że nadal ma grube uda i brzuch, na próby normalizacji diety reaguje irytacją lub agresją.

Opis przypadku 1

Matka pacjentki zwraca uwagę, że ta jako dziecko była "dość pulchną" dziewczyną. Zauważyli, że się bardzo zmieniła. Pacjentka, która zawsze była radosna i współpracująca jest bardziej zirytowana, często się gniewa, wycofuje się z życia rodziny z tendencją do zamykania się w swoim pokoju. Nigdy nie była bardzo komunikatywną dziewczyną.

Wydajność w szkole pogorszyła się, ponieważ była "wybitną uczennicą,,, a obecnie uzyskiwane 4 i 5 są odbierane przez rodziców jako istotnie gorsze oceny, niesatysfakcjonujące. Pacjentka rzadziej spotyka się z przyjaciółmi, którzy zwracają jej uwagę na nadmierną utratę wagi.

Pacjentka ma dobre relacje i opinię w szkole, a rodzice zaprzeczają wcześniejszemu nękanii pacjentki w szkole przez rówieśników czy nauczycieli.

Opis przypadku 1

Rodzice pacjentki rozstali się około 4 lata temu. Ojciec ponownie się ożenił 3 lata temu. Pacjentka mieszka z matką i młodszym bratem (10 lat). Każdego dnia widzą ojca. U Ojca spędzają co drugi weekend i część wakacji.

Badanie przedmiotowe:

masa ciała 41,1 kg, wzrost 162 cm. BMI 15,66 kg/m².

Częstość akcji serca 52/min. Ciśnienie tętnicze 105/60. Temperatura ciała 35,8 stopni C.

Morfologia: bez odchyień od stanu prawidłowego.

OB 8 mm/h

Badana biochemiczne: Glikemia 80 mg/dl. Cholesterol 211 mg/dl. Ferrytyna 12 ng/ml (norma 10-200) żelazo 70 mcg/dl (norma 43-184).

Próby wątrobowe i badania czynności nerek

Pozostałe badania bez odchyień.

TSH 2.1 mcIU/ml (norma 0,45–4,5)

Diagnoza

Jadłowstręt psychiczny (współtowarzyszące objawy depresyjne).

Postępowanie

- Kontrakt żywieniowy, kontrola masy ciała
- Terapia rodzicielska i rodzinna
- Terapia indywidualna
- Przy utrzymujących się objawach odpowiednio ukierunkowana terapia (w przypadku ew. farmakoterapii preferowana fluoksetyna 40 mg/dobę).

Jadłowstręt psychiczny (F50.0)

Jest to poważne i zagrożające życiu zaburzenie charakteryzujące się wypaczonym obrazem własnego ciała oraz stosowaniem drastycznych ograniczeń dietetycznych, ćwiczeń i innych działań prowadzących do znacznego niedożywienia.

Utrata wagi ciała jest celowa, wywołana lub podtrzymywana przez pacjenta.



Jakie zachowania wskazują na anoreksję?

- Stosowanie bardzo ścisłych, odchudzających diet lub częste głodówki
- Dziwne rytuały związane z jedzeniem, np. liczenie kęsów, dzielenie jedzenia na bardzo małe porcje, przygotowywanie jedzenia dla innych po to aby odmówić zjedzenia posiłku, twierdząc, że zjadło się już w czasie jego przygotowywania
- Ukrywanie nie zjedzonych posiłków, pozostawianie naczyń w takim stanie jakby się wszystko zjadło

Jakie zachowania wskazują na anoreksję?

- Ciągłe zgłaszana obawa przed przytyciem, pomimo niskiej wagi
- Unikanie sytuacji związanych z jedzeniem w towarzystwie (niedzielny obiad, wyjście do pizzerii)
- Stosowania długich, wyczerpujących ćwiczeń fizycznych (bieganie, aerobik)
- Zakładanie obszernych ubrań , aby ukryć swoją chudość
- Używanie środków przeczyszczających, moczopędnych czy też tłumiących łaknienie.

Jakie zachowania wskazują na anoreksję?

- Nadmierne zainteresowanie składem kalorycznym produktów (sprawdzanie etykietek)
- Częste ważenie się, sprawdzanie swojej sylwetki w lustrze
- Powtarzające się w czasie posiłków skargi na dolegliwości brzuszne (wymioty, biegunka)
- Twierdzenie po powrocie do domu, iż poza nim zjadło się tak dużo, że zjedzenie posiłku w domu byłoby już szkodliwe
- Wychodzenie do toalety lub łazienki bezpośrednio po posiłku

Diagnoza różnicowa

1. Bulimia psychiczna

W przypadku bulimii utrata masy ciała (lub jej niedobór) rzadko przekracza 15%.

Bulimia pojawia się u ok. 15-30% pacjentów z jadłowstrętem psychicznym w ciągu 2 lat od początku choroby.

2. Depresja

cecha	Depresja	Anoreksja psychiczna
apetyt	brak	Apetyt, odczuwanie głodu (utrata apetytu w późnym etapie choroby)
Skupienie na kaloriach	Rzadko nasilone	Zawsze nasilone
Lęk przed otyłością	Najczęściej brak	silny
Postrzeganie własnego ciała	Niezaburzone	zaburzone

U ok. 50% pacjentów z jadłowstrętem psychicznym występuje jednocześnie zespół depresyjny lub dystymia.

Jakie objawy fizyczne wskazują na anoreksję?

- Szybki spadek masy ciała
- Objawy niedożywienia
- Brak miesiączek, nieregularne miesiączkowanie
- Bładość skóry, często szarawy jej odcień
- Niska temperatura ciała, czemu często towarzyszy uczucie zimna
- Zawroty głowy, omdlenia
- Suche, łamliwe włosy

Jakie objawy fizyczne wskazują na anoreksję?

- Odwodnienie (podsychający język, skóra którą można zebrać w fałd, która powoli powraca do swego zwykłego wyglądu)
- Kołatanie serca, arytmie (nieregularna praca serca) spowodowana głównie niskim poziomem potasu (hipokaliemia) – hipokaliemia jest najczęstszą przyczyną śmierci u osób cierpiących na anoreksję
- Zanik narządów płciowych wewnętrznych (problemy z zajściem w ciążę pomimo powrotu normalnych miesiączek)
- Osteoporoza (łamliwość kości)

Objawy konieczne do rozpoznania jadłowstrętu psychicznego (F50.0)

Wg ICD-10

- Utrzymywanie się masy ciała na poziomie co najmniej 15% poniżej oczekiwanej (z powodu utraty wagi lub dlatego, że nigdy nie osiągnęła ona wartości należnej) albo wskaźnik Queteleta (BMI) wynosi 17,5 lub mniej
- Utrata masy ciała jest wywołana poprzez unikanie „tuczących pokarmów”, a ponadto za pomocą jednej z wymienionych czynności: prowokowanie wymiotów, przeczyszczanie, wyczerpujące ćwiczenia fizyczne, stosowanie leków tłumiących łaknienie i/lub środków moczopędnych
- Wyobrażenie własnego ciała jest zaburzone i przyjmuje postać specyficznego zespołu psychopatologicznego, w którym obawa przed otyłością występuje w formie natrętnej myśli nadwartościowej, powodującej narzucanie sobie niskiego limitu ciała

Objawy konieczne do rozpoznania jadłowstrętu psychicznego (F50.0)

Wg. ICD-10

- Liczne zaburzenia hormonalne obejmują oś przysadkowo-nadnerczową i gonady, co u kobiet objawia się zatrzymaniem miesiączki a u mężczyzn spadkiem zainteresowań seksualnych i potencji; wyjątek stanowi zachowanie krwawienia z dróg rodnych u kobiet z anoreksją, przyjmujących hormonalne leki substytucyjne, najczęściej pigułki antykoncepcyjne; stwierdza się również wzrost poziomu hormonu wzrostu i kortyzolu oraz zmiany metabolizmu hormonów tarczycy i zaburzenia wydzielania insuliny
- Jeżeli początek miał miejsce przed okresem pokwitania, to liczne zjawiska związane z pokwitaniem są opóźnione albo zahamowane (wzrost ulega zatrzymaniu, u dziewcząt nie rozwijają się piersi i występuje pierwotny brak miesiączki, u chłopców narządy płciowe pozostają w stanie dziecięcym); po powrocie do zdrowia pokwitanie często przebiega normalnie, ale pierwsza miesiączka jest opóźniona.

Rozpoznanie - uwagi

Jeżeli brak jednego z tych objawów to rozpoznajemy jadłowstręt psychiczny atypowy (F50.1)

Nie rozpoznajemy jadłowstrętu w przypadku z.o. podobnych, ale wywołanych chorobą somatyczną.

Anorexia nervosa wg DSM-V

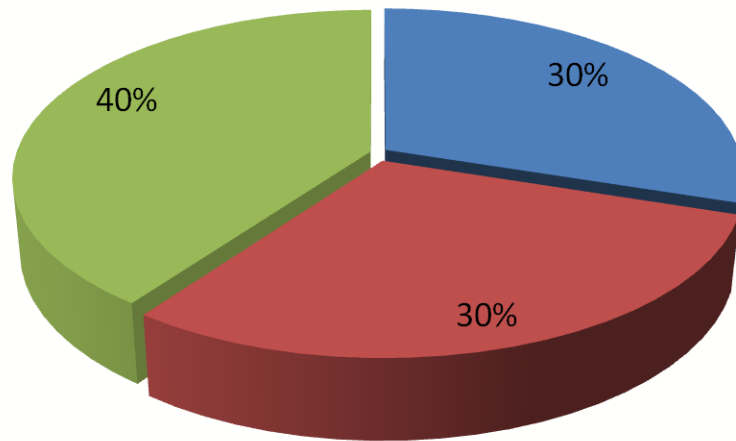
Wyróżnia się dwa typy:

- **Restrykcyjny**(ograniczający)
ograniczenie jedzenia, bez napadów objadania się.
- **Bulimiczny**(żarłoczno-wydalający)
z napadami objadania się i stosowaniem metod przeczyszczających.

Jadłowstręt ze względu na przyczyny powstawania

- typ reaktywny
- typ właściwy (zaburzenia więzi i struktury systemu rodzinnego)

Przebieg i rokowanie



■ poprawa ■ przewlekłe ■ wyzdrowienie

Powikłania jadłowstrętu psychicznego

- Somatyczne

Wyniszczenie

Zaburzenia elektrolitowe

Zaburzenia hormonalne

Osteoporoza

Zaburzenia rytmu serca

Hipotonia

Atrofia mózgu

niedokrwistość

- Psychiczne

Depresja

Zachowania samobójcze

Lęk

Zaburzenia funkcji
poznawczych

Zagrożenie zgonem dla anoreksji

Wskaźnik śmiertelności:

Autorzy	Wskaźnik śmiertelności po 5 latach	Wskaźnik śmiertelności po więcej niż 15 latach
Morgan, Russell (1975, 1983)	5%	15% (po 20 latach)
Engel i in. (1992)	4,5%	23,8% (po 17 latach)

*Anoreksja i Bulimia Psychiczna, Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się.
 Pod red. B. Józefik*

Leczenie jadłowstrętu psychicznego

Psychoterapia

Terapia poznawcza, rodzinna i inne.

Dodatkowo kontrakty żywieniowe.

Leczenie jadłowstrętu psychicznego

Farmakoterapia

Chorzy często odmawiają przyjmowania leków.

Przy towarzyszących objawach depresyjnych stosuje się SSRI np. fluoksetyna 40mg/dobę

Przymusowe leczenie na oddziale somatycznym w przypadku zagrożenia życia – na podstawie UoZL (kontrola żywienia, sonda).

Przymusowe leczenie na oddziale psychiatrycznym w przypadku zaburzeń współistniejących bezpośrednio zagrażających życiu pacjenta, np. epizodu depresji z myślami i tendencjami samobójczymi – na podstawie UoOZP.

Pewne zastosowanie znajdują też leki przeciwpsychotyczne
np. olanzapina

Opis przypadku 2

Pacjentka lat 14 zgłoszona do konsultacji psychiatrycznej w towarzystwie obojga rodziców. Od 10 roku życia zauważalna jest nadmierna troska troski o swoją wagę, a także o swój wizerunek ciała. Często mówi, że nie chce być gruba, ale chce być jak modelki, więc oprócz ćwiczeń, które zaproponowali jej rodzice, dochodzi do wniosku, że może używać produktów sprzedawanych przez matkę, która pracuje w aptece. Ostatnio kupuje tabletki z ekstraktem ze śliwek, które działają jako środki przeczyszczające, a także prowokuje wymioty po kłótniach z rodzicami, poprzedzone epizodami szybkiego jedzenia w nadmiarze. Wymiotami próbuje regulować swoją wagę i wygląd. Epizody narastającego niepokoju, który ulega rozładowaniu poprzez objadanie się, a także późniejsze wymioty występowały początkowo mniej niż raz w tygodniu. Od około 12 r.ż. Częstość tych epizodów wzrosła do 4 razy w tygodniu. Pacjentka unika jedzenia w towarzystwie w obawie przed napadem żarłoczności.

Opis przypadku 2

Pacjentka mieszka z obojgiem rodziców, ojciec - kierowca w transporcie międzynarodowym - często wyjeżdża, a kiedy wraca oczekuje spokoju i odpoczynku. Funkcjonowanie rodziny zależy głównie od matki, większość obowiązków jest „na jej głowie”.

Waga 48 kg, Wzrost 149 cm, BMI 21,6 kg/m²

W badaniu fizykalnym: tkliwe ślinianki przyuszne, nieprzyjemny zapach z ust, nalot na zębach, zniszczone szkliwo zębów z przewagą powierzchni językowej, niewielkie rany po stronie grzbietowej ręki prawej w okolicy stawu śródrečno-paliczkowego. Zaczerwienienie błony śluzowej gardła.

W badaniach laboratoryjnych bez istotnych odchyleń.

Diagnoza

Bulimia

Postępowanie

- Kontrakt żywieniowy, kontrola masy ciała
- Terapia rodzicielska i rodzinna
- Terapia indywidualna
- Przy utrzymujących się objawach depresyjnych ew. fluoksetyna 40 mg/24godz.

Żarłoczność psychiczna (F50.2)

Epizodyczne, niekontrolowane, gwałtowne spożywanie bardzo dużych ilości pokarmów o charakterze kompulsywnym, z prowokowaniem wymiotów i stosowaniem środków przeczyszczających i/lub moczopędnych, głodzeniem się, intensywnym wysiłkiem fizycznym. Wszystkie te działania mają na celu zapobieganie przyrostowi masy ciała.

Prezentowane zachowania nie poddają się kontroli chorego.

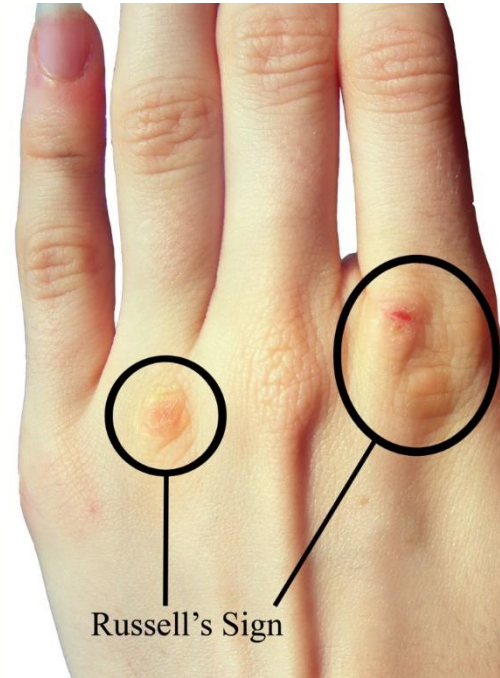
Jakie są fizyczne (somatyczne) objawy bulimii?

- Obrzęk ślinianek, pękające naczynia krwionośne pod oczami
- Skargi na palenie w gardle
- Uczucie zmęczenia, skurcze mięśni łydek
- Szybko rozwijająca się próchnica, nalot na zębach, uszkodzenia szkliwa
- Duże wahania masy ciała
- Odwodnienie (podsychający język; skóra, którą można zebrać w fałd, która powoli powraca do swego zwykłego wyglądu)



Jakie są fizyczne (somatyczne) objawy bulimii?

- Niski poziom sodu i potasu we krwi (hipokaliemia, hiponatremia)
- Objawy uszkodzenia nerek i wątroby
- Zaparcia
- Zrogowacenia, rany , które się nie goją na grzbietowej stronie paliczka bliższego palców (wskazujący i środkowy palec) oraz na tzw. „kostkach” należących to tych palców
- Wymioty z domieszką krwi
- Kołatanie serca, zaburzenia rytmu serca (objawy hipokaliemii)



Objawy konieczne do rozpoznania bulimii

Wg. ICD-10:

- Stałe zaabsorbowanie jedzeniem i niepowstrzymane pragnienie jedzenia; epizody żarłoczności
- Pacjent próbuje przeciwdziałać „tuczącym” skutkom pokarmów, stosując co najmniej jedną z następujących metod: prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, okresowe głodówki, stosowanie leków obniżających łaknienie, preparatów tarczycy, lub środków moczopędnych; chory ze współistniejącą cukrzycą może zaniechać przyjmowania insuliny
- Chorobliwa obawa przed otyłością, pacjent wyznacza nieprzekraczalne granice masy ciała, znacznie poniżej przedchorobowej lub zalecanej przez lekarza; często w wywiadzie anoreksja (od kilku miesięcy do wielu lat wcześniej), która mogła przebiegać również w sposób poronny (umiarkowany spadek masy ciała i/lub zatrzymanie miesiączkowania).

Objawy konieczne do rozpoznania bulimii

Epizody objadania się co najmniej 2x w tygodniu przez 3 kolejne miesiące.

Jeżeli brak jednego z tych objawów to rozpoznajemy żarłoczność psychiczną atypową (F50.3)

Przebieg i rokowanie

Rzadko przebieg wyniszczający.

Wyleczenie u ok. 60% chorych.

50% pacjentów nawrót w ciągu 5 lat.

Leczenie bulimii

Psychoterapia

Indywidualna, behawioralno-poznawcza, rodzinna, grupowa,

Kontrakty żywieniowe. Nie dopuszczać do głodu!

Leczenie bulimii

Farmakoterapia

Leki przeciwdepresyjne (LPD)

najczęściej SSRI- wg badań fluoksetyna zmniejsza częstość epizodów
fluoksetyna 40mg/doba

Cecha	anorexia nervosa	bulimia nervosa
rozpowszechnienie	0,5-3,7% kobiet (Kaplan, Sadock) 0,2-0,8% dorosłych (Kent i in, 1992)	1-4% kobiet (Kaplan, Sadock) 0,7-1,3% dorosłych (Kent i in, 1992)
początek choroby- wiek	10-30 r.ż.	16-18 r.ż.
M:K	1:20	1:10
rasa ₁	biali	biali
klasa społeczna ₂	średnia i wyższa	średnia i wyższa

1. U emigrantów przybywających do krajów „zachodnich” występuje częściej niż wynika to z rozpowszechnienia dla danej grupy etnicznej
2. Obecnie również częściej w niższych klasach społecznych.

Na podstawie *Psychiatria Kliniczna H.I. Kaplan, B.J. Sadock, V.A. Sadock* oraz *Anoreksja i Bulimia Psychiczna pod red. B. Józefik*

Dlaczego mężczyźni chorują rzadziej?

Teorie

- Mniejszy stres związany z dojrzewaniem biologicznym (Frasciello, Willard, 1995)
- Gwałtowny rozwój fizyczny → konfrontacja z własną seksualnością → podjęcie nowych ról społecznych → zmiana stosunku do siebie i innych (większe zmiany anatomii u kobiet) (Bryant-Waugh, 1988)

Realimentacja w niedożywieniu znacznego stopnia/kacheksji

- I tydz. 30-40 kcal/kg mc i półpłynna konsystencja
- od II tyg. 40-60 kcal/kg mc potem 70-100.
- Oczekiwany przyrost m.c. to 1-1,5 u pacjentek hospitalizowanych, a 0,5-1 u leczonych ambulatoryjnie.
- Uzupełniać fosforany ze względu na ryzyko zespołu realimentacyjnego

Realimentacja w niedożywieniu znacznego stopnia/kacheksji

- zesp tętnicy krezkowej górnej:

1/3 dalsza dwunastnicy zostaje uciśnięta między aortą a tętnicą krezkową górną. Prowadzi to do niedrożności górnego odcinka przewodu pokarmowego.

- Zesp realimentacyjny:

Obniżenie poziomu fosforanów, deficyt ATP, rozpad mięśni poprzecznie prążkowanych i erytrocytów, obrzęki, zastoinowa niewydolność krążenia, majaczenie.

- Zapalenie trzustki ostre:

3 x wzrost poziomu amylazy i ból brzucha. Oznaczyć izoenzym trzustkowy bo wymioty mogą zwiększać amylazę śliniankową.

Napadowe objadanie się

Spożywanie bardzo dużych ilości pokarmów w krótkim czasie, wiążące się z poczuciem dyskomfortu, a następnie poczuciem winy i przygnębieniem.
2-3 % populacji.

Pacjentka lat 16, do tej pory nie była leczona psychiatrycznie, została przywieziona na izbę przyjęć szpitala psychiatrycznego przez rodziców i wbrew swojej woli z powodu drażliwego nastroju, obniżenia napędu oraz myśli suicydalnych z tendencją do realizacji od około dwóch miesięcy. W wywiadzie znaczna utrata masy ciała w przeciągu ostatniego roku, pacjentka obecnie waży 33 kg przy wzroście 170 cm (BMI=11,42). Pacjentka przytomna, w badaniu przedmiotowym tętno 41/min oraz ciśnienie tętnicze 85/50 mmHg, suche śluzówki, dopostępowaniem lekarza izby przyjęć będzie:

1. Zalecenie terapii poznawczo-behawioralnej i leczenia w trybie ambulatoryjnym.
2. Przyjęcie pacjentki do szpitala psychiatrycznego bez zgody na oddział otwarty.
3. Przyjęcie tni objaw fałdu skórniego. Właściwym pacjentki do szpitala psychiatrycznego bez zgody na oddział zamknięty ze względu na znaczne ryzyko samobójcze.
4. Wystawienie skierowania na oddział pediatrii, gdzie pacjentka ma się udać z rodzicami w celu wykluczenia przyczyn somatycznych obecnego stanu zdrowia pacjentki i ewentualne przyjęcie pacjentki do szpitala psychiatrycznego w trybie planowym.
5. Skierowanie pacjentki w trybie pilnym na oddział pediatrii ze względu na zagrożenie życia z powodu stanu somatycznego (znaczne wyniszczenie, zaburzenia gospodarki wodnej); transport medyczny z lekarzem.