

Poruchy příjmu potravy – spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem

MUDr. Jiří Koutek, Ph.D., doc. PhDr. Jana Kocourková

Dětská psychiatrická klinika FN Motol a UK 2. LF, Praha

Poruchy příjmu potravy patří mezi psychická onemocnění, která významně ovlivňují somatický stav nemocných. Předmětem spolupráce psychiatra s pediatrem je zejména diagnostika spolu s vyloučením organické příčiny a dále realimentace často přítomné kachexie. Úkolem gynekologa je pak vyšetření a léčba amenorey, která je jedním ze základních symptomů mentální anorexie a vyskytuje se často také u mentální bulimie.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, spolupráce, pediatr, gynekolog.

Eating disorders: collaboration of psychiatrist with paediatrician and gynaecologist

Eating disorders are psychosomatic illnesses that significantly affect the patients' somatic condition. Collaboration with a paediatrician particularly involves diagnosing along with ruling out an organic cause as well as realimentation of cachexia that is frequently present. The role of a gynaecologist is then to examine and treat amenorrhoea that is one of the fundamental symptoms of anorexia nervosa and often occurs in bulimia nervosa as well.

Key words: eating disorders, collaboration, paediatrician, gynaecologist.

Pediatr. praxi 2014; 15(4): 213–215

Poruchy příjmu potravy patří mezi tzv. civilizační onemocnění, v jejichž etiologii působí kombinace vlivů psychologických, biologických i sociálních. Jejich počátek je v typické formě dán psychickými faktory, následně je však významně ovlivněn somatický stav nemocných. Rozšíření těchto poruch souvisí mimo jiné s moderní představou, jak má vypadat zdravý úspěšný člověk. Propagována je štíhlost, zaměření na tzv. zdravou výživu. Jako další důvod vzestupu výskytu jídelních poruch se udává nadbytek potravy v oblastech, kde se s těmito poruchami setkáváme (1). Kromě celospolečenských vlivů jsou důležité faktory individuální a rodinné, spouštěcím faktorem může být reakce na trauma, rozvodovou situaci či konflikty v rodině. Onemocnění postihuje zejména dívky a mladé ženy, u chlapců a mužů se vyskytuje méně často, je uváděn poměr asi 10:1 (2). Nejčastější počátek onemocnění je mezi 14.–15. rokem a mezi 17.–18. rokem věku. Porucha tedy často přichází ve vývojovém stadiu puberty a adolescence, které klade na jedince zvýšené nároky (3). Úkolem tohoto období je psychosexuální zrání a realizace autonomních snah směrem od rodiny. Biologická hypotéza zdůrazňuje primární hypotalamickou dysfunkci, projevující se na hypotalamo-pituitární-gonádové ose. Předpokládají se rovněž genetické dispozice (4). I když se porucha může rozvinout z jakékoliv výchozí hmotnosti, nadváha a obezita představují rizikový faktor pro její vznik. Kromě působení psychosomatického je v rozvoji poruchy důležitý i vztah somatopsychický,

spočívající ve zpětném biologickém ovlivnění psychiky (5). Je známo, že samotné hubnutí se podílí na psychických změnách při tomto onemocnění. Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí rozlišuje jako základní poruchy příjmu potravy mentální anorexii a mentální bulimii. Pokud nejsou přítomny všechny symptomy, hovoříme o atypické mentální anorexii nebo bulimii. Dále jsou mezi tato onemocnění zařazeny přejídání a zvracení spojené s jinými psychickými poruchami.

Somatické a psychické symptomy anorexie a bulimie

Diagnostická kritéria poruch příjmu potravy jsou uvedena v tabulce 1 a 2. Z uvedených pěti symptomů mentální anorexie se tři vztahují k somatickému stavu a pouze dva ke stavu psychickému. U mentální bulimie převažují příznaky

psychického charakteru, ale i u ní se vyskytují závažné somatické důsledky.

Mentální anorexie (MA) je psychické onemocnění, které se závažným způsobem promítá do tělesného stavu. V popředí je omezení výživy se všemi důsledky. Bývá přítomna kachexie, dosahující i pod BMI 12. Somatické příznaky také bývají prvními symptomy, které zaujmou rodiče. Nacházíme amenoreu, vypadávání vlasů, nápadně suchou kůži a zvýšenou lomivost nehtů. Kůže bývá pokryta nápadným jemným ochlupením, tzv. lanugem. Z gastrointestinálních symptomů lze jmenovat bolesti břicha a zácpu. Tělesným vyšetřením zjišťujeme často bradykardii a arytmiu. Hypotrofie může též vést k metabolickým změnám. Ty jsou výslednicí nutričního strádání, případně indukovaného zvracení a abúzu laxativ. Lze se setkat s hypokalemickou alkalózou, v laboratorním nálezu může být hypochloremie

Tabulka 1. Diagnostická kritéria mentální anorexie

Tělesná hmotnost 15 % pod předpokládanou hmotností, BMI je 17,5 a méně, během růstu není splněn nárůst hmotnosti
Pacientka si způsobuje snížení hmotnosti sama svými aktivitami, omezováním příjmu potravy, nadměrným cvičením apod.
Přetrvávající strach z nadváhy, porucha tělesného schématu
Endokrinní porucha hypotalamo-pituitární-gonádové osy – amenorea
Opoždění puberty

Tabulka 2. Diagnostická kritéria mentální bulimie

Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, záchvaty přejídání
Snaha potlačit výkrmný účinek jídla – vyprovokované zvracení, zneužívání laxativ, hladovky atd.
Chorobný strach z tloušťky, hmotnostní práh je nižší než premorbidní hmotnost, v anamnéze často MA

a hypokalemie, známky dehydratace. V krevním obraze může být anemie.

Z psychických změn je v popředí aktivní snaha pacientky zhubnout, nejčastěji jde o její rozhodnutí, které se projeví držením drastických diet, excesivním cvičením, zneužíváním laxativ, případně vyvoláváním zvracení. Důležitým příznakem je porucha tělového schématu, kdy dívka má i přes velkou vyhublost až kachexii pocit, že je silná a musí dále hubnout. Chybí (nebo je neúplný) náhled nemoci. Psychologický klinický obraz doplňuje nezřídka depresivní ladění, sociální stažení, zvýšená dráždivost. K tomuto obrazu patří nárůst konfliktů s rodiči, nejčastěji kolem příjmu potravy. Depresivní prožívání může být spojeno se suicidálním jednáním (6, 7) nebo sebepoškozováním (8). Dívky prožívají strach z jídla (9). Častou komorbidní poruchou je obsedantně-kompulzivní porucha, která se rozvíjí na bázi perfekcionista osobnosti a navazuje na excesivní cvičení. To může být zpočátku tzv. egosyntonní, tj. v souladu s přáním pacientky, může se však přesmyknout do polohy egodystonní, tedy do nutkavého symptomu, který dívka nemůže ovlivnit svou vůlí a je z něho nešťastná.

Klinický obraz mentální bulimie (MB) je dán kombinací nutričního strádání, epizod hyperfagie a následného zvracení. Při bulimii se podobně jako při anorexii může rozvinout závažná porucha vnitřního prostředí. Opakované zvracení a epizody omezování jídla a tekutin vedou k dehydrataci organismu, hypokalemické alkalóze, hypochloremii a hypokalemii. Tyto změny mohou vést k srdeční aritmii, v krajním případě až k zástavě srdeční činnosti. Zvracení

vede k poškození zubní skloviny a zvýšené kazuistice chrupu. V důsledku zvracení může dojít k reaktivnímu zvětšení příušních žláz, které je spojeno se vzestupem hladiny sérové amylázy. Vyšetření amylázy může být proto cenným ukazatelem stavu nemocné.

Z psychických změn je nejdůležitější touha být štíhlá, přičemž dívka si stanovuje sama pro sebe nevhodně nízkou váhu. Součástí obrazu je ale ztráta kontroly nad jídlem, dochází k opakovanému přejedení, které vyvolá pocity viny a beznaděje, jež pacientka nejčastěji řeší vyvoláním zvracení. Následuje pak další přejedení. Stejně jako u anorexie bývá přítomno depresivní ladění, nezřídka také sebepoškozování (10).

Spolupráce pediatra a psychiatra

U dětí a dospívajících bývá praktický lékař pro děti a dorost (případně pediatr pracující na dětském oddělení nemocnice) lékařem prvního kontaktu, který pomýšlí na diagnózu poruchy příjmu potravy. Jeho úkolem je zejména vyloučit organickou příčinu obtíží, tedy přítomnost somatického onemocnění, zhodnotit somatický stav a stav výživy, rozhodnout o potřebě hospitalizace nebo další ambulantní péči. Některá somatická onemocnění, která je zapotřebí vyloučit, ukazuje tabulka 3. Za standardní somatické vyšetření lze doporučit kompletní laboratorní vyšetření, včetně endokrinních hodnot, EKG, EEG, MRI CNS, oční pozadí, vhodné je doplnit neurologické a endokrinologické vyšetření k vyloučení případné endokrinopatie. V současné době, kdy je onemocnění mnohem více rozšířené a všeobecně známé, se k diagnóze poruchy příjmu potravy dospěje relativně brzy. Někdy však může nesnáze působit určité přetrvávání

tzv. stigmatizace psychiatrie, kdy rodiče adekvátní psychiatrickou léčbu odmítají.

Kromě správné diagnostiky a vyloučení somatického onemocnění je oblastí spolupráce psychiatra a pediatra při léčbě poruch příjmu potravy správná realimentace dívek a řešení somatických komplikací. V některých případech je kachexie již tak výrazná, nebo odmítání příjmu potravy natolik intenzivní, že je nutný pobyt dítěte na pediatrickém oddělení. Důvodem hospitalizace na pediatrii rovněž bývá metabolický rozvrat v důsledku hladovění nebo opakovaného zvracení (11). Léčba je pak zaměřena na zlepšení výživy dívky, normalizaci vnitřního prostředí a následně je indikován překlad na psychiatrické lůžkové oddělení. V léčbě je někdy nutné použít parenterální výživu nebo nazogastrickou sondu, tyto způsoby výživy by však měly být omezeny jen na dobu nezbytně nutnou. Cílem je obnovit co nejdříve normální perorální příjem jídla. Někdy může dojít k tomu, že pacientce výživa parenterální nebo nazogastrickou sondou vyhovuje a posiluje ji v odmítání běžného způsobu stravy. Indikací pro mezioborovou spolupráci s pediatrií mohou být také například kardiální komplikace, včetně perikardiálního výpotku nebo anemie. I v době pobytu na pediatrii by měl být stav sledován psychiatrem a měla by probíhat psychoterapie.

Spolupráce psychiatra a gynekologa

Předmětem spolupráce psychiatra s gynekologem při léčbě poruch příjmu potravy jsou endokrinní změny, projevující se hlavně amenoreou, kromě snížení hladiny tyreoidálních hormonů z důvodu sníženého bazálního metabolismu. Důsledkem hormonálních změn je opožděný nástup dospívání u těch dívek, u kterých se rozvinula mentální anorexie před nástupem puberty, zástava dospívání a primární amenorea u dívek, u kterých se příznaky mentální anorexie objevily v průběhu puberty, ale před menarche. Sekundární amenorea se pak objevuje u dívek postmenarcheálních. Za důvod těchto změn bývá považován přímý vliv poklesu či kolísání hmotnosti, zvažován bývá také význam primární poruchy hypotalamických funkcí. Uvádí se, že již ztráta 10–15 % tělesné hmotnosti je spojena s amenoreou (12). Přibližně 20 % dívek a žen přestane menstruuovat ještě před významnou ztrátou hmotnosti (13). Naopak amenorea většinou přetrvává po určitou dobu i po normalizaci tělesné hmotnosti (14). V naší klinické praxi na Dětské psychiatrické klinice FN Motol se rovněž setkáváme s případy, kdy ztráta menstruačního cyklu

Tabulka 3. Diferenciální diagnóza

Interní onemocnění	Psychiatrická onemocnění
zpomalení pasáže GIT	psychogenní zvracení
morbus Crohn	konverzní porucha
sprue	deprese
malabsorpční syndrom	schizofrenie
tuberkulóza GIT	somatizační porucha
alergie na potraviny	obsedantně-kompulzivní porucha
insuficience předního laloku hypofýzy	toxikomanie
insuficience nadledvinek	
hypertyreóza	
diabetes mellitus	
pankreatitida	
hepatitida	
tumory	
syndrom týraného dítěte	

předcházela výraznějšímu vyhubnutí a naopak se normální menstruační cyklus neobnovil ani dlouhou dobu po normalizaci hmotnosti. V dřívějších dobách, kdy nemoc nebyla tolik rozšířena, byla amenorea často prvním příznakem, který vzbudil pozornost rodičů a vedl k návštěvě gynekologa. Tento odborník také býval nezřídka prvním lékařem, který vyslovil podezření na poruchu příjmu potravy. V samotné léčbě došlo k určitému vývoji. Dříve jsme vedli s gynekology diskuzi o vhodnosti a načasování hormonální substituce jako léčby amenorey. Gynekolog při zjištění amenorey okamžitě nasazoval substituční hormonální terapii, psychiatři se domnívali, že prvotní je psychiatrická léčba a nárůst hmotnosti a poté se menstruační cyklus spontánně upraví. Gynekologové nás upozornili na nebezpečí dlouhodobé amenorey, zejména ve smyslu osteoporózy, případně možnosti ireverzibilních změn v oblasti pohlavních orgánů (15). V současné době jsme dosáhli ve spolupráci při léčbě konsenzu. V rámci FN Motol spolupracujeme s Gynekologicko-porodnickou klinikou UK 2. LF. Gynekologické vyšetření a případná substituční terapie jsou indikovány poté, co dívka dosáhne určitého vzestupu hmotnosti z těžké kachexie. Jak již bylo uvedeno, u řady pacientek amenorea přetrvává i po normalizaci hmotnosti. Proto je substituční hormonální terapie plně indikovaná, nejen jako prevence osteoporózy, ale též přispívá k harmonizaci endokrinního vývoje dospívajících dívek. V péči o tyto dívky je nutné starat se o dostatečnou estrogenizaci (16). Substituční terapie však někdy přináší jisté psychologické problémy. Ojedinele může nastat situace, kdy si dívka hormonální léčbu nepřeje. Tento názor je nutné respektovat s tím, že je vhodné psychote-

rapeutické působení s cílem tento postoj změnit (17). Někdy se s odmítáním hormonální léčby setkáváme i u rodičů našich pacientek. Na druhé straně výsledek terapie vede k obnovení cyklu, dívky pak mohou mít pocit, že jsou již vlastně zdravé, a nemusí tedy dále zvyšovat hmotnost. V každém případě gynekologická léčba pacientek s poruchou příjmu potravy patří do rukou zkušeného odborníka, který je seznámen se specifikou onemocnění. Jde o léčbu dlouhodobou, která vyžaduje opakované vyšetření hladiny hormonů a ambulantní kontroly i poté, co je pacientka propuštěna z hospitalizace.

Závěr

Léčba poruch příjmu potravy vyžaduje spolupráci psychiatra s odborníky z dalších oborů. Jde o primárně duševní onemocnění, které má být léčeno na psychiatrii. Vede však k rozvoji kachexie a s tím souvisejících somatických symptomů. U dětí a dospívajících je proto nutná spolupráce s pediatrem a gynekologem, někdy je v léčbě zapotřebí spolupracovat i s endokrinologem, kardiologem, dermatologem nebo stomatologem.

Literatura

1. Křeh FD, a kol. Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada, 2005.
2. Kocourková J, et al. Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a adolescenci. Praha: Galén, 1997.
3. Koutek J. Poruchy příjmu potravy. in Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, Malá E. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2000.
4. Papežová H. Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. in Raboch J, Zvolský P et al. Psychiatrie. Praha: Galén, 2001.
5. Papežová H (ed). Spektrum poruch příjmu potravy. Praha: Grada, 2010.
6. Fennig S, Hadas A. Suicidal behavior and depression. in adolescents with eating disorders. Nord J Psychiatry, 2010; 64(1): 32–39.

7. Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders occurrence, correlates, and clinical implications. Clin Psychol Rev, 2006; 26(6): 769–782.
8. Favaro A, Santonastaso P. Self-Injurious Behavior in Anorexia Nervosa. Journal of Nervous and Mental Disease 2000; 188(8): 537–542.
9. Malá E, Smrčka Z. Emoce hnusu u mentální anorexie. Čes a slov Psychiatri 2014; 110(1): 25–28.
10. Platznerová A. Sebepoškozování. Praha: Galén, 2009.
11. Stárková L. Riziko smrti a závažných komplikací u poruch příjmu potravy. Psychiatrie pro praxi, 2009; 10(3): 112–116.
12. Pařízek A, Papežová H, Uhlíková P. Poruchy příjmu potravy a ženský reprodukční systém. in Papežová H (ed). Spektrum poruch příjmu potravy. Praha: Grada, 2010.
13. Golden NH, Jacobson MS, Schebendach J, et al. Resumption of menses in anorexia nervosa. Arch Pediatr Adolesc Med, 1997; 151: 16–21.
14. Lebl J. Metabolické, neurohumorální a endokrinní aspekty. in Kocourková J, et al. Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Praha: Galén, 1997.
15. Hořejší J. Anorexia mentalis – spolupráce pediatra, psychiatra a gynekologa dětí a dospívajících. Sborník abstrakt, XXVI. kongres ČLS JEP, Brno, 2012.
16. Polová A, a kol. Problematika mezioborové péče u dívek s mentální anorexií – úloha dětského gynekologa. Sborník abstrakt, XXVI. kongres ČLS JEP, Brno, 2012.
17. Faleide AO, Lian LB, Faleide EK. Vliv psychiky na zdraví. Praha: Grada, 2010.

Podpořeno projektem MZD ČR koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (Fakultní nemocnice v Motole) a Programem rozvoje vědních oblastí na Univerzitě Karlově č. P07 Psychosociální aspekty kvality lidského života.

Článek doručen redakci: 2. 6. 2014

Článek přijat k publikaci: 24. 7. 2014

MUDr. Jiří Koutek, Ph.D.

*Dětská psychiatrická klinika FN Motol a UK 2. LF
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
jiri.koutek@lfmotol.cuni.cz*