

PORUCHA PŘÍJMU POTRAVY U DESETILETÉHO CHLAPCE

MUDr. Jarmila Seifertová

Praktická lékařka pro děti a dorost, Kladno

Autorka předkládá případ desetiletého chlapce se složitými obtížemi, které jsou v ordinaci praktického dětského lékaře méně časté.

Chlapec žije v plně funkční rodině, dobře sociálně zabezpečené. Otec je o 12 let starší než matka, vysokoškolák, ve vysoce zodpovědné vedoucí funkci, matka středoškolačka, pracuje u letecké záchranné služby. Chlapec má o dva roky mladšího bratra.

Otec matky zemřel tragicky v 34 letech, matka matky na rakovinu v 60 letech. Otec otce zemřel v 77 letech na plicní embolii, když bylo chlapci devět let – velmi dobře si s ním rozuměl.

Z osobní anamnézy

Donošený, kojený, očkovaný řádně bez problémů. Kolem jednoho roku věku měl atypický ekzém.

Od tří let kašle v záchvatech na jaře a podzim, je vždy bez teplot, se spastickým poslechovým nálezem na plicích. Velmi dobře reaguje na bronchodilatancia. V sedmi letech byl odeslán k vyšetření alergologem se závěrem pollinosis, asthma bronchiale intermitens, spirometrie v době vyšetření byla normální. Doporučena intermitentní inhalační kortikoterapie. V osmi letech přechodně enuresis nocturna, všechna vyšetření s normálními nálezy. Problém spontánně ustoupil.

Chlapec navštěvoval od první třídy soukromou školu s výukou angličtiny, od třetí třídy přešel na jazykovou státní školu. Hraje 4x týdně tenis, navštěvuje ještě další kroužky, vše ho baví.

K nynějšímu onemocnění

V devíti letech v zimě si občas stěžoval na bolesti břicha, jednou týdně ráno zvracel, jedl normálně, matka dbá na zásady správné výživy. Začal sám více posilovat, aby „měl svaly na tenis“.

Byl vyšetřen v ordinaci pediatra, včetně základního laboratorního vyšetření. V biochemických vyšetřeních byla jen mírná elevace amyláz v séru. Doporučena jen lehká omezení tuků ve stravě. Chlapec na omezení přísně dbal, do ordinace nepřišel. Po půl roce, již v 10 letech, začal být ale unavený a občas vynechal trénink v tenise. Jedl málo, byl smutný,

asi jednou za deset dní zvracel. Zvracení si vyvolával pravděpodobně sám. Souvislost se školou se nabízela, ale zvracení se objevovalo i v neděli. Ve třídě měli nového žáka z Ukrajiny, všichni se ho trochu báli, chlapec s ním nikdy problémy neměl. Vyšetřen byl pediatrem bez abnormálního klinického nálezu. V ordinaci mírný úbytek na váze, chlapec byl ale spokojen, že jsou mu trochu vidět svaly. S matkou jsme dlouze probíraly možnost mentální anorexie.

Matka jela se třídou chlapce na školu v přírodě jako zdravotnice, kde se nic nápadného nestalo. Skleslost se u chlapce ale výrazně prohlubovala, začal odmítat jídlo, omezoval i pití, přestal chodit na tenis.

Po měsíci byl vyšetřen v ordinaci pediatra. Dítě bylo kachetické, smutné, mělo kruhy pod očima, hmatnou trochu asymetrickou štítnou žlázu, ostatní somatický nálezy byly v normě. Neuměl si svůj stav vysvětlit, na nic si nestěžoval. Váhový úbytek byl za měsíc 4 kg, výškově byl na 75. percentilu, váhově pod 3. percentilem. Chlapce jsem akutně odeslala k hospitalizaci na kliniku s diferenciální rozvahou mentální anorexie, pancreatitis levis, struma, změna nálad, únava, úbytek na váze.

Hospitalizace

Během pobytu byl komplexně vyšetřen: FW, CRP, KO a diff, ionty, biochemie, hormony štítné žlázy, glykemický profil, serologie/EBV, CMV, ASLO, RF/ vše negativní, hormony štítné žlázy: fT3 a fT4 pod normu, TSH v normě. V moči pozitivní ketolátky.

EKG sinusová bradykardie. Oční pozadí, UZ břicha, rtg hrudníku vše v normě.

Neurologické vyšetření: suspektní anxiózní depresivní syndrom.

Psychiatrické vyšetření: Depresivní fáze těžká, nelze vyloučit ani onemocnění schizofrenního okruhu.

Od počátku hospitalizace byl chlapec velmi tichý, minimálně přijímal potravu i tekutiny, třetí den se mu zhoršil psychický stav, byla nutná parenterální rehydratace, nereagoval na výzvy ani matky.

Organická příčina stavu nebyla zjištěna, proto byl přeložen na psychiatrickou kliniku.

Tento zvrat velmi negativně vnímala rodina a celá situace vyžadovala spolupráci praktického dětského lékaře, lékaře psychiatrického oddělení, lékaře kliniky dětí a dorostu a rodiny.

Na psychiatrické klinice byl uzavřený, bradypsychický, manipuloval s jídlem. Diferenciálně diagnosticky bylo uvažováno o atypické mentální anorexii. Dále byl veden a léčen s diagnózou smíšená úzkostně depresivní porucha s poruchou příjmu potravy.

Po základní kompenzaci stavu byl chlapec léčen a sledován ambulantně. Rodina velmi dobře spolupracovala. Šest měsíců užíval Zolof, tři měsíce Melipramin.

Dovyšetřen byl pro hypotyreózu, zjištěna hypotrofie až ageneze pravého laloku štítné žlázy, je dosud na substituci Euthyroxem.

Chlapec se postupně vracel ke své původní aktivitě, byl v kontaktu milý, bezproblémový. Zvolna se upravily antropometrické parametry k normě. Celé onemocnění trvalo 20 měsíců. Nyní, rok po skončení léčby, je chlapec ve velmi dobrém fyzickém i psychickém stavu.

Případ považuji za zajímavý právě pro atypický výskyt poruchy příjmu potravy u chlapce v mladším školním věku. Diferenciálně diagnosticky jsem zpočátku obtíže chlapce přikládala organické příčině, v další rozvaze dominovalo podezření na mentální anorexii, na depresivní poruchu jsem nepomýšlela.

Psychiatrický původ obtíží je u dětí v tomto věku vzácný. Nehledáme ho v dobře fungující rodině. Deprese v tomto věku mívá nezvyklé a nezřetelné projevy, s našimi malými zkušenostmi je obtížné na diagnózu pomýšlet. Údaje z literatury poukazují na zvýšenou psychickou zranitelnost chlapců (J. Langmeier, Z. Matějček: Psychická deprivace v dětství).

V současné době pocítuji velký nedostatek dětských psychiatrů v terénu.

Komentář psychiatra najdete na str. 167 (poznámka redakce).