

Riziko smrti a zákeřných komplikací u poruch příjmu potravy

doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

Soukromá psychiatrická ambulance a Psychiatrická klinika FN Olomouc

Proč pacientky s poruchami příjmu potravy (PPP) umírají? Jaké jsou příčiny jejich náhlé smrti? Článek vychází z některých prací publikovaných v zahraničí a uvádí kazuistiky, které odhalují skrytou tvář těchto závažných nemocí.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, nebezpečné somatické komplikace, mortalita.

Risk of death and insidious complications of eating disorders

Why do the eating disordered patients die? What are the causes of their sudden deaths? The article is based on works published abroad and presents several case reports which shows us the covered face of these serious disorders.

Key words: eating disorders, dangerous medical complications, mortality.

Pediatr. pro Praxi 2009; 10(5): 299–304

Úvod

Práce, které se věnují problematice poruch příjmu potravy (PPP), se často orientují na rizika, která zvyšují výskyt těchto nemocí a jejich četnost v populaci. Módní trendy, ideály krásy, zeštíhlující diety, ale i zvyšující se počty obézních v populaci, to jsou témata, kterým je v souvislosti s poruchami příjmu potravy věnována pozornost. Nebezpečí, které vyplývá z vysoce závažných duševních poruch, jakými anorexie nebo bulimie nepochybně jsou, bývá na druhé straně odbýváno prostým komentářem: jsou to nemoci, na které lze umřít.

Poruchy příjmu potravy a mortalita

Poruchy příjmu potravy jsou závažné a život ohrožující nemoci. Americký diagnostický manuál DSM IV, mezinárodně užívaný, uvádí, že je mortalita u mentální anorexie vyšší než 10 %. Smrt bývá obvykle v důsledku hladovění, sebevraždy, nebo v důsledku metabolického rozvratu. Ve stejném manuálu se dočteme, že dlouhodobé důsledky mentální bulimie nejsou známy (1). Jiná zahraniční literatura pak uvádí, že bulimie má lepší prognózu než anorexie a přibližně polovina pacientek uvádí zlepšení po léčbě (2). Tato informace může svádět k představě, že je mentální bulimie benigní záležitostí. Je potřeba zdůraznit, že rovněž pacientky trpící mentální bulimií umírají. Ne vždy umírají v důsledku sebevražedného jednání, jak se obecně soudí.

Cílem sdělení je upozornit na nebezpečné komplikace, které mohou souviset s poruchami příjmu potravy a jejichž obraz zachytily některé publikované kazuistiky.

Mentální anorexie – mortalita

Údaje standardizované mortality (SMR = poměr pozorovaných a očekávaných úmrtí) u mentální anorexie výrazně kolísají. Jak uvádějí zahraniční práce, kolísá v klinických studiích SMR od necelého 1 % do téměř 18 % (3). Procento zjištěné mortality je v dostupných analýzách různé a koreluje s faktory jako věk, závažnost stavu, doba sledování, ale také typ použitého diagnostického manuálu, neboť DSM-III a DSM-IV se v kapitole poruch příjmu potravy liší. Jednoduše lze shrnout, že čím jsou kritéria nemoci přísnější a pokud jsou do sledování zařazeny pacientky s vyhraněným obrazem (dle DSM IV), tím je mortalita vyšší a naopak, pokud manuál nerozlišoval mezi typickými a atypickými, tedy méně vyhraněnými a pravděpodobně lehčími formami nemoci (DSM III), jsou čísla mortality nižší. Přes uvedené diskrepance se většina prací shoduje v tom, že je úmrtnost pacientek v důsledku mentální anorexie vyšší než úmrtnost v běžné populaci (3, 4). Mentální anorexie se tak stává duševní nemocí s nejvyšší mortalitou, kterou mladé ženy trpí.

Závažný somatický stav, ve kterém pacientky často dlouhodobě setrvávají, je přímo ohrožuje na životě. Většinou se předpokládá, že je příčinou smrti zejména kardiovaskulární selhání, které souvisí s bradykardií a vznikem náhlé komorové tachykardie. Bezprostřední příčina smrti ale nemusí být vždy jasná. Proto se někteří autoři snaží cestou retrospektivní analýzy dat odhalit důvody, které u pacientek s poruchou příjmu potravy způsobily smrt.

Birminghamův tým provedl takovou studii, která sledovala úmrtnost nemocných, hospitalizovaných ve dvacetiletém období (1981–2000)

na specializovaném pracovišti pro poruchy příjmu potravy (3). Zjistili, že z celkového počtu 954 sledovaných bylo léčeno 474 pro bulimii, 326 pro mentální anorexii, 154 bylo léčeno pro atypickou podobu nemoci, která nenaplnovala kritéria mentální anorexie nebo bulimie (EDNOS). Z celkového počtu nemocných zemřelo 25 osob, 17 těch, kteří se léčili pro anorexii. V této skupině 17 zemřelých bylo 7 osob, které zemřely v důsledku sebevraždy, u 2 dalších byla příčinou smrti pneumonie, u 2 hypoglykemie, jaterní onemocnění bylo příčinou u dalších 2 zemřelých, 2 osoby zemřely na rakovinu, 1 v důsledku otravy alkoholem, 1 osoba zemřela na subdurální hematom. Ve skupině těch, které se léčily pro atypickou poruchu, kde tedy nebyla naplněna jasná kritéria anorexie nebo bulimie, registrovali jen jedno úmrtí neznámé příčiny (graf 1).

Pompili a kol. provedli metaanalýzu publikovaných studií (5). Vycházeli ze zpráv v Index Medicus (MedLine), kde našli 9 studií uveřejněných od r. 2002. Z celkového počtu zařazených 1536 nemocných jich celkem 36 suicidovalo. Porovnali počet sebevražd v populaci (roční statistiky WHO) s počtem sebevražd osob sledovaných pro mentální anorexii ve stejné věkové kategorii (14–25 let). Metaanalýza potvrdila, že je sebevražda u pacientek s mentální anorexií častější ve srovnání s celkovou populací (graf 2). Vzhledem k tomu, že se depresivní porucha vyskytuje až u 65 % pacientek, údaje o sebevraždách nás nepřekvapují (2).

Zpráva odborníků National Institutes of Health USA, uveřejněná v roce 2004, říká, že se sebevražednost pohybuje u pacientek s mentální anorexií kolem 57 % (6).

Katzman uvádí v přehledné publikaci o somatických komplikacích mentální anorexie, že asi jedna třetina dospělých pacientek umírá v důsledku kardiálního selhání (7). Pokud zhruba 50–60% nemocných umírá v důsledku sebevraždného jednání a 30% v důsledku kardiovaskulárního selhání, zůstává dalších 10–20% více či méně jasných příčin smrti, které ukončí život mladých dívek a žen trpících mentální anorexií.

Mentální anorexie – morbidita

Somatické komplikace u pacientek s poruchou příjmu potravy vyplňují dlouhé seznamy (8, 9). Závažné komplikace mohou probíhat pod vlivem přítomné poruchy příjmu potravy atypicky. Uvedeme jen stručné kazuistiky publikovaných případů, které mohou být pro klinického pracovníka určitým varováním.

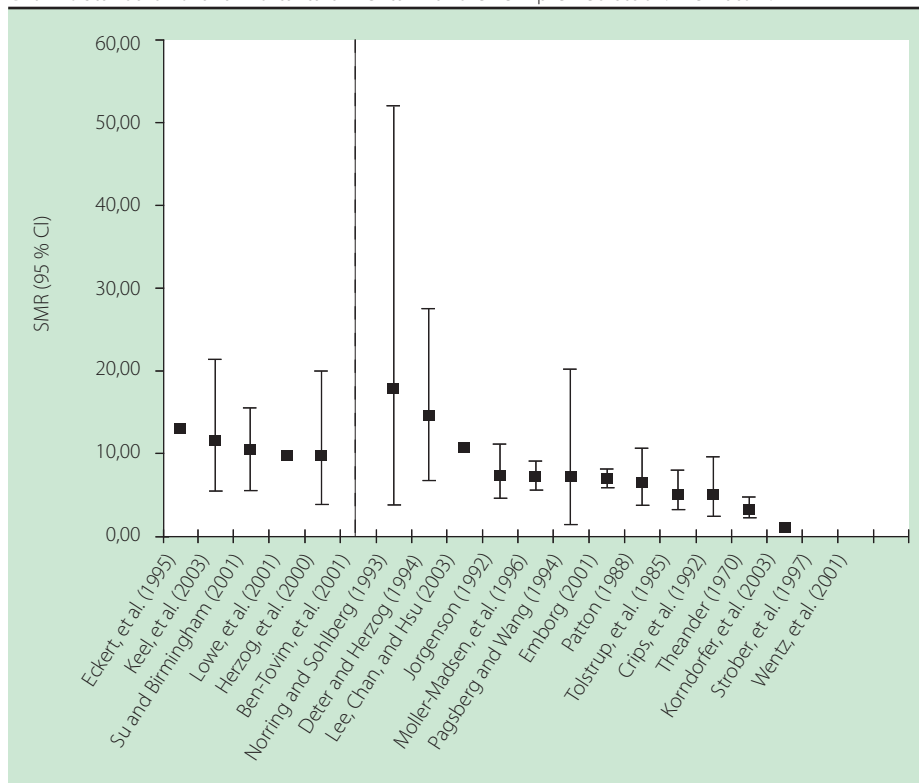
Kazuistika 1

Šestatřicetiletá žena, BMI v době přijetí 12,5 (159 cm; 31,6 kg). Odmítala diagnózu poruchy příjmu potravy a hovořila o tom, že je léčená pro hormonální problémy a intoleranci glukózy. Pacientka, jak bylo následně zjištěno, byla od svých 14 let léčená pro poruchu příjmu potravy, několikrát byla hospitalizována pro mentální anorexií nebo bulimii. V minulosti také excesivně cvičila, nyní pro únavu nevládala. V anamnéze byl abúzus analgetik. V léčbě před přijetím dostávala phenytoin, tyroxin, cimetidin, anxiolytika, perorální antikoncepci. Při přijetí bylo patrné mírné psychomotorické zpomalení, hypoprosexie, horší výbavnost paměti, nálada byla v normě. TK 110/80, pulz 80/min., pravid. Kůže byla suchá s projevy periferní cyanózy. Nebyly projevy kardiovaskulárního selhávání ani žádné patologické neurologické známky. Vzhledem k informacím o intoleranci glukózy dostávala diabetickou dietu a byla monitorována. Přes výraznou únavu bylo pozorováno její excesivní cvičení, proto byl ordinován chlorpromazin dvakrát denně 25 mg. Po celou dobu této léčby byla hemodynamicky zcela stabilizovaná.

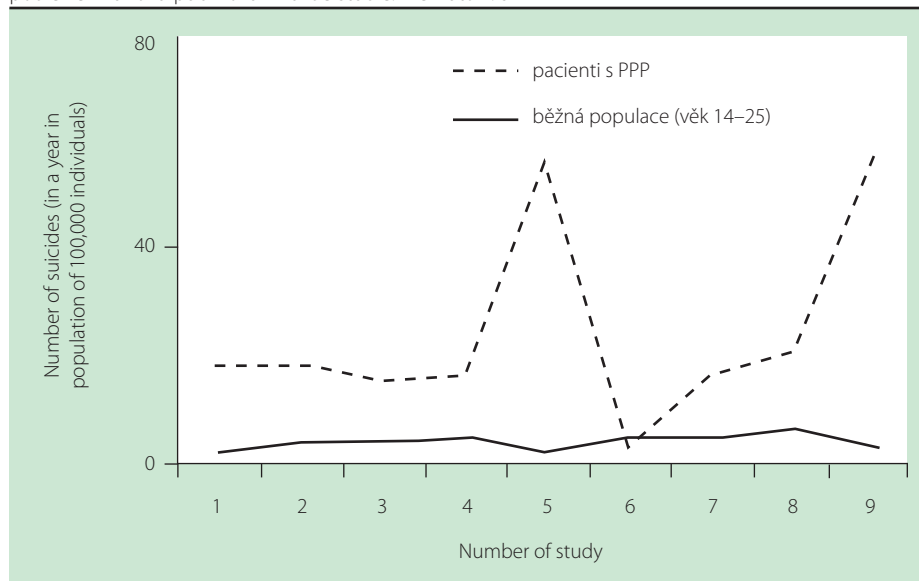
Chlorpromazin dostávala zhruba týden, pak byla medikace vysazena vzhledem k vedlejším nežádoucím účinkům. Její stav byl stabilizovaný, když večer ulehala. Ráno ji personál nemohl probudit, TK byl 50/30 mmHg, pulz se snížil na 24/min. Hladina glukózy byla glukometrem nedetekovatelná. Laboratorní testy nevykazovaly změny, rtg vyšetření bylo v normě, na EKG byla bradykardie. Přesto, že se podařilo stabilizovat glykemii a hemodynamické parametry, pacientka zemřela.

Provedená pitva prokázala, že zemřela v důsledku mnohočetné, oboustranné plicní

Graf 1. Standardizovaná mortalita u mentální anorexie – přehled studií. Převzato z: 12



Graf 2. Distribuce suicidií mezi pacienty s mentální anorexií ve srovnání s celkovou populací stejného věku podle zemí a roku publikování každé studie. Převzato z: 5



tromboembolie související s bilaterální flebotrombózou hlubokých žil. Byla zjištěna také subpleurální hemorragická ložiska v pravé plicí a myxomatózní degenerace mitrální chlopně. Nebyly prokázány žádné změny na endokrinních orgánech včetně hypofýzy, byla zjištěna jen celková vyhublost s redukcí velikosti všech orgánů.

Obvyklé klinické projevy plicní tromboembolie zcela chyběly! Autoři článku se domnívají, že možnost nedetekovatelné plicní embolie může být v pozadí některých náhlých úmrtí pacientek

s anorexií. Není jasné, zda anorexie sama o sobě riziko takové komplikace nezvyšuje. Jak podotýkají autoři v závěru článku, existují ojedinělé zprávy o přítomnosti disseminovaných intravaskulárních koagulací u pacientek s mentální anorexií (10).

Kazuistika 2

Devatenáctiletá dívka s celkovou podváhou (výška 160 cm, hmotnost 29 kg) byla léčena pro kašel, stanovena diagnóza bronchitis. Vzhledem k progresi kašle, subfebriliím a bolesti na levé stra-

ně hrudníku byla pacientka hospitalizovaná. Při přijetí měla kromě těžké podvážky teplotu 37,7 °C, hypotenzi TK 76/40 mmHg, tachykardii 116/min. a velmi nepříjemný zápach z úst. Rentgenové vyšetření hrudníku odhalilo rozsáhlý empyém hrudníku. Jednalo se o anaerobní a aerobní bakteriální infekci (*Streptococcus anginosus*, *Streptococcus intermedius* a anaerobní *Peptostreptococcus*). Právě tato anaerobní bakterie zřejmě vedla tomu, že se v levé části pleurální dutiny nahromadil plyn, který způsobil posun mediastina směrem doprava (obrázek 1). Šokujícím zjištěním bylo, že pacientka měla v tomto stavu normální hodnoty leukocytů (5800/μL). Hypalbuminemie, nízké hladiny lipidů, nízké hodnoty sérové cholinesterázy, to vše bylo podle autorů kazuistiky podmíněné těžkým stavem podvýživy. Je samozřejmé, že v takovém stavu nízké váhy může být pacientka ohrožena infekcí. Ovšem celkem nenápadný klinický obraz imponující jako bronchitida a především nedostatečná imunologická odpověď (očekávali bychom leukocytózu) byly překvapivé.

Autoři citovaného článku zdůrazňují, že bakteriální empyém je obecně se vyskytující diagnózou u osob středního věku, nejčastěji se s ním lze setkat u pacientů s diagnózou diabetes mellitus, u nemocných s bronchiectáziemi nebo v souvislosti s mozkovou obrnou. Ve 14% případů se může vyskytnout také u pacientek s mentální anorexií, kde je ponejvíce důsledkem aspirační pneumonie.

Nedostatečná odezva organismu na tak těžkou infekci, kterou dokumentují normální hodnoty leukocytů, může způsobit, že bude nemoc přehlédnuta (11).

K podobným závěrům, tedy nedostatečné odpovědi na zánět u pacientek s mentální anorexií, dospěli autoři jiné práce. Ta byla publikována už v roce 2003. Na základě čtyř kazuistik referovala o nedostatečné teplotní odpovědi u pacientek s mentální anorexií (12). Všechny pacientky byly přijaty pro bakteriální infekci, současně měly mentální anorexií. Žádná z těchto žen neměla v době těžké infekce teplotu vyšší než 37 °C. Například 40letá žena, léčená dlouhodobě pro chronickou anorexií, byla přijata pro diagnózu pravostranné otitidy, pneumonii a sepsi. Laboratorní nálezy prokazovaly závažnou acidemii s pH 6,77, hyponatremii, hypokalcemii, hyperglykemii. Teplota kolísala od 33,1 do 36,1 °C. Během 24 hodin pacientka zemřela.

Uvedené kazuistiky dokumentují, že mentální anorexie může příznaky běžných nemocí, zejména zánětů, maskovat. Snížená imunologická odezva pak způsobí, že pacientka nemusí reagovat ani na těžké záněty zvýšením teploty

a leukocytóza, kterou bychom při rozsáhlých infekcích předpokládali, se vůbec nemusí objevit.

Mentální bulimie – mortalita, morbidita

Publikace v souvislosti s mentální bulimií neuvádějí konkrétní čísla mortality, neboť se předpokládá, že se jedná o nemoc s nízkou mortalitou a relativně benignějším průběhem ve srovnání s mentální anorexií. Zřejmě ze stejných důvodů neanalyzovala ani Birminghamova studie příčiny smrti u 7 zemřelých, které byly léčeny pro mentální bulimii.

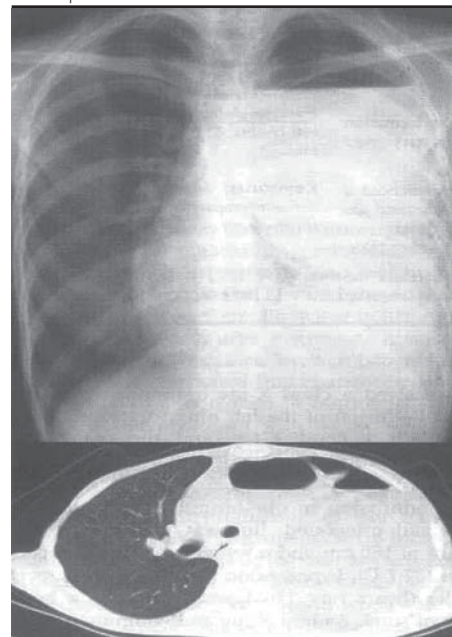
Klinická praxe nám skýtá dost důvodů k tvrzení, že se mentální bulimie často vyskytuje v komorbiditě s emočně nestabilní (hraniční) poruchou osobnosti, se závislostí na alkoholu či drogách, často se setkáváme se sebepoškozováním a suicidálními pokusy typu intoxikací. Nic z toho ovšem nemusí vést ke smrtelným důsledkům zvláště tehdy, když je celkový tělesný stav včetně hmotnosti zhruba v rozmezí normy. Bulimie může být rozvinuta u pacientek s normální váhou, nadváhou, ale i podváhou. Pokud provází bulimickou symptomatologií podvážka, somatické důsledky nemoci se pochopitelně zhoršují.

Nejde jen o metabolické změny, zejména hypokalemii či hypochloremickou alkalózu, eventuálně o poškození zubní skloviny nebo eroze na sliznici jícnu, které bývají uváděny na prvních místech seznamů komplikací bulimie. Následující kazuistiky mohou upozornit na jiné život ohrožující nebo dokonce smrtelné komplikace nemoci, o níž se zejména mladé dívky naivně domnívají, že je to nejlepší způsob, jak regulovat příjem potravy.

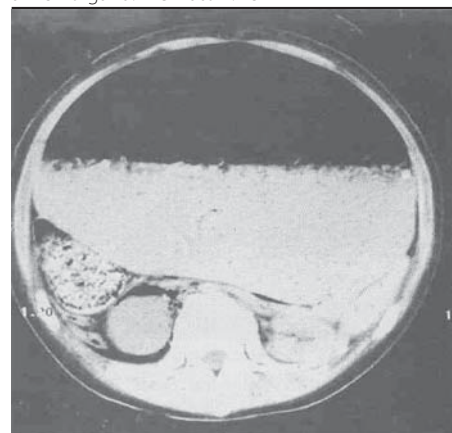
Kazuistika 1

Dvaadvacetiletá žena, vysokoškolská studentka, byla přijata na oddělení pro bolesti břicha. Její základní potíže jako průjemy, zvracení a bolesti břicha začaly po přejedení velkým množstvím jídla. Potíže začaly 5–6 hodin před přijetím do místní nemocnice. Zhruba 3 hodiny předtím konzumovala oběd, který sestával z mražené zeleniny. Byla přijata do nemocnice pro podezření na apendicitidu. Nebyla schopna zvracet a střeva byla dilatována. Potíže se zhoršovaly a bylo vysloveno podezření na perforaci žaludku. Byla akutně převezena na chirurgii. Byla při vědomí, ale téměř v šokovém stavu. Negovala požití toxické látky, žádné léky neužívala, neužívala ani perorální antikoncepci. Byla to celkově zdravá mladá žena dobré výživy, s extrémně vzedmutým břichem. TK měla 100/60 a pulz byl 120/min. Poslechově nebyl patrný žádný pohyb střev. Zatímco měla normální pulzaci na horní polovině těla, byla zcela

Obrázek 1. Masivní empyém s nahromaděním plynu v levé pleurální dutině. Převzato z: 11



Obrázek 2. CT snímek ukazuje roztažený žaludek, kompresi aorty, mezenterických žil a retroperitoneálních orgánů. Převzato z: 13



vymizelá pulzace na obou femorálních arteriích. Dolní končetiny byly chladné a kůže skvrnitá.

Laboratorní nálezy prokázaly leukocyty 8900/ml, řada dalších nálezů byla celkem v normě, jaterní enzymy vysoké. Rentgenové vyšetření břicha zachytilo masivní dilataci žaludku s vysokým obsahem tekutin. Velký cystický útvar, který byl interpretován jako extrémně dilatovaný žaludek, zasahoval až do pánve, což způsobilo dislokaci střev jak směrem laterálním, tak směrem inferiorním (obrázek 3). Ultrazvukové vyšetření prokázalo kompresi aorty a mesenterických žil (obrázek 2). Bylo přistoupeno k akutní laparotomii, odsáto nejdřív 4–5 l žaludečního obsahu, následně dalších 6–8 l. Po dekompresi žaludku se obnovila mesenterická a femorální pulzace. Následným vyšetřením byly zjištěny jasné zánětlivé změny v oblasti ileocekální, vysloveno podezření na m. Crohn, což bylo doda-

Obrázek 3. Extrémně roztažený žaludek vyňatý po provedení laparotomie. Převzato z: 13



tečným histologickým vyšetřením resekované části ileocéka potvrzené. Přestože pacientka operační zákrok zvládla, zemřela následujícího dne. Autoři článku předpokládají, že smrt nastala v důsledku reperfuze retroperitoneálních orgánů a reperfuze dolních končetin, což je provázené těžkou acidózou s hyponatremií.

Dodatečnou anamnézou bylo zjištěno, že trpěla bulimickou symptomatologií s epizodami přejídání nejméně několik let a občasně trpěla nespecifickými gastrointestinálními potížemi (13).

Kazuistika 2

Tricetiletá pacientka měla v době vyšetření 160 cm výšku a 45,2 kg váhu. Z anamnézy vyplynulo, že trpí 2 roky mentální bulimií a jeden rok chodí v souvislosti s nemocí na konzultace. Příznávala zvracení. Měla běžné somatické projevy nemoci, především nepravidelnosti menstruačního cyklu. Před přijetím se prakticky celou noc přejídala, nedařilo se jí zvracet. Ráno začala mít velké bolesti břicha a byla odeslána na pohotovost. Měla teplotu 35,8 °C, TK 111/78, P 74/min. Břicho bylo nápadně vzdučné a auskultační nález prokázal nepohyblivost střev. Rtg vyšetření zachytilo rozšíření žaludku a duodena s velkým množstvím tekutiny. Aspirace obsahu žaludku se nezdařila, došlo jen k uvolnění vzduchu ze žaludku, což přineslo pacientce mírnou úlevu a odešla domů. Krátce na to ji manžel doma nalezl v bezvědomí, z něhož se už neprobrala a přes intenzivní resuscitaci zemřela.

Pitva pacientky prokázala, že prakticky celá břišní dutina byla vyplněna žaludkem (obrázek 4). Žaludek byl dilatován až po tu část duodena, která prochází před páteří. Nebyla patrna striktura na konci dilatovaného duodena a intestinální část traktu byla v pořádku. Histologický nález žaludeční a dilatované části duodena odhalil ztenčenou sliznici se známkami nekrózy. Duodenální mukóza se zdála být stlačena – na jejím stlačení se podílel zřejmě vysoký intraabdominální tlak,

těžký, roztažený žaludek, ale i kost páteře, což mohlo narušit prokrvení ve tkáni a vést k ischemickým změnám v duodenální sliznici.

Vzhledem k tomu, že byl také snížený aortomezenterický úhel i jeho celková fyziologická vzdálenost, byla v úvaze i možná příčina smrti v důsledku tzv. SAM (syndromu mezenterické artérie). SAM je podmíněn obstrukcí transversální části duodena proti aortě. Ovšem těžký, dilatovaný žaludek vyplňoval u této pacientky celou břišní stěnu, takže se autoři domnívají, že byla příčinou smrti celková duodenální obstrukce a smrt nebyla jen důsledkem tzv. syndromu mezenterické artérie (14).

Kazuistika 3

Autoři analyzují příčiny smrti u 52leté ženy, kterou od jejích 26 let léčili pro těžkou anorexii – bulimický subtyp. V době prvních hospitalizací mívala BMI asi 12,8, což dokumentuje závažnost stavu. Nebyla vážněji somaticky nemocná, neměla žádnou anamnézu renálního poškození. Po léčbě se její hmotnost sice stabilizovala, ale trvalo stále chaotické stravování a přetrvávala nadále hypokalemie. Renální biopsie v té době neodhalila žádné primární nebo sekundární glomerulární poškození ledvin, stav byl hodnocen jako juxtmamedulární hyperplazie. Ve 40 letech byla hospitalizována pro zhoršení stavu, zjištěna gastroenteritida, vřed na jícnu, opět hypokalemie (2,5 mmol/L), anémie a renální insuficience. Po léčbě dochází ke zlepšení, pouze hypokalemie přetrvává. Pacientka umírá v 52 letech v důsledku pneumonie a sepse. Pitva odhalila bilaterálně atrofické ledviny s mnohočetnými cystami. Histologické vyšetření zjistilo chro-

nickou intersticiální nefritidu a difúzní glomerulární sklerózu, která dle názoru autorů článku odpovídá diagnóze hypokalemická nefropatie a může souviset s dlouhodobým přejídáním, zvracením a užíváním laxativ (15) (obrázek 5).

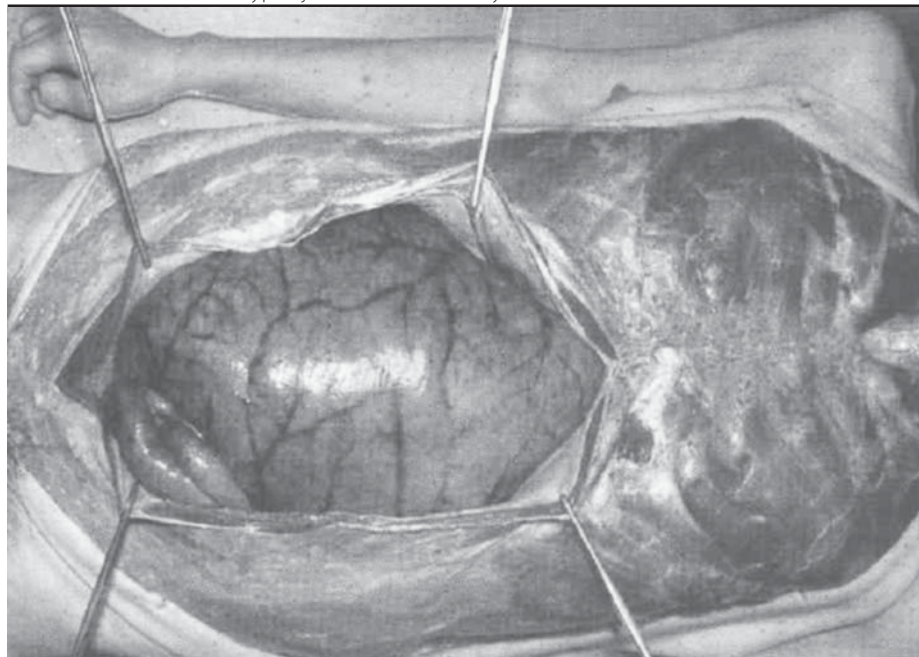
Kazuistiky přinášejí důkazy, že mentální bulimie může být nemoc závažná, která může mít nebezpečné důsledky pro tělo. Také mentální bulimie může život dívky nebo ženy předčasně ukončit.

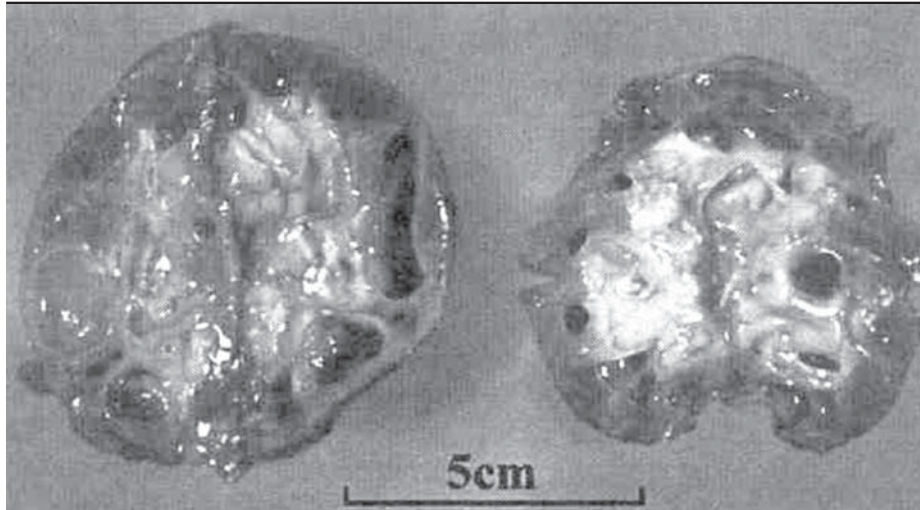
Diskuze

Média zcela výjimečně informují o úmrtí nějaké modelky, která se zhroutila na přehlídkovém molu, výjimečně jsou komentovány nebezpečné, často život ohrožující komplikace, které jsou nepochybně přímým nebo nepřímým důsledkem těchto nemocí. Výsledkem je, že se mladé dívky, které jsou nejčastějšími reprezentantkami těchto nemocí, domnívají, že v rámci mentální anorexie nebo bulimie nejde o nic jiného než o vylepšení tělesné souměrnosti. Tělo a jeho vnější křivky přece každý vidí, takže lze snadno demonstrovat, že svému tělu dokážeme poručit. Tělo je ovšem mnohem víc než tělesné rozměry. To, co se odehrává uvnitř, vidět pochopitelně není. Přísloví říká „Co oči nevidí, srdce nebolí...“. Pokud vycházíme z pravdivosti onoho rčení, nemůžeme se divit, že ignorování toho, co se odehrává v jejich tělech, je tak bezbřehé. Pokud nevidím, co je ve mně, nemusím se tím přece znepokojovat, důležitější je přece to, co vidím.

Poruchy příjmu potravy jsou duševními nemocemi, které svou nositelku dovedou pořádně zaslepit. Neustále ji ujišťují, že to, co vi-

Obrázek 4. Břišní dutinu vyplňuje extrémně roztažený žaludek. Převzato z: 14



Obrázek 5. Atrofické ledviny bilaterálně s mnohočetnými cystami. Převzato z: 15

dí, je v pořádku. Zkreslené vnímání vlastního těla (porucha body image), které je jednou ze základních charakteristik nemoci, způsobuje, že pacientka není schopna reálně reflektovat velikost svého těla, a dokonce v době těžké kachexie ji vede k přesvědčení, že je tlustá a měla by zhubnout (9). Má proto logicky reálný strach jíst víc. Možná v anorexii prožívá jakousi závislost na prázdném žaludku, jak tvrdí někteří autoři. Jiní zase hovoří o poruše implicitního učení – jako by se pacientka nemohla naučit a zapamatovat si, že naplnění žaludku normální porcí tloušťku nezpůsobí (16).

V naivním vidění jiných nezkušených dívek je žaludek nádobkou, kterou lze naplnit a vyprázdnit dle libosti. Najíst se a všechno vyzvracet. Jen si s jídlem zašpásovat a pryč s ním. Nic se přece nemůže stát, naplněnou nádobku lze přece tak snadno vyprázdnit! Jak hluboký omyl!

V rozsahu článku nelze zdaleka vyčerpávat všechny přehled somatických komplikací, které s sebou poruchy příjmu potravy přinášejí. Mohli bychom hovořit o důsledcích, podmíněných refeeding syndromem, mohli bychom hovořit o komplikacích kardiovaskulárních, endokrinních, dokonce bychom mohli hovořit o změnách velikosti některých mozkových struktur, které mohou provázet těžké stavy kachexie, které se v průběhu normalizace hmotnosti opět upravují. Všechny takové informace přináší rovněž odborný tisk posledních let. Naším cílem bylo ale upozornit jen na nebezpečné a život ohrožující stavy.

Závěr

Poruchy příjmu potravy jsou duševní nemoci. Kontrola jídla jeho přísným omezováním (hlado-

vením) nebo hladověním a následným přejídáním, které provází bezprostřední potřeba těla očistit a přijatou energii v potravě nějak vypudit (nejčastěji zvracením), má hluboké psychologické příčiny.

Mentální anorexie, jejíž obsahovou náplní je chorobná regulace příjmu jídla, posiluje sebejistotu a sebeúctu pacientky. Být na sebe hrdá, to je velmi příjemný pocit. Je pro pacientku významnější hodnotou než cokoli jiného. „Raději nežít, než být tlustá“, může být základním mottem jejího myšlení a chování. Varování ohledně možného nebezpečí důsledků hladovění, které poskytuje obvykle pacientce široké okolí, pak zůstává bez odezvy.

Opakované přejídání a kontrola příjmu potravy zvracením je základním patologickým chováním nemocných mentální bulimií. Bulimie takovou hrdost na vlastní sebekontrolu samozřejmě nepřináší. Spíše naopak – každé selhání, kterým je přejedení nebo vyzvracení, opakovaně doráží na křehkou sebeúctu pacientky a znovu a znovu ji zraňuje. Běžným obranným mechanismem každého člověka je vyhnout se tomu, co ho zraňuje. Vytěšňujeme ze své mysli to, o čem nechceme vědět, co nechceme vidět, co by nás mohlo trápit. Nelze se divit, že dívky ignorují signály nebezpečí. Somatické komplikace mohou navíc probíhat pod vlivem přítomné poruchy příjmu potravy atypicky.

Zvláštnosti průběhu některých komplikací, jak vyplynulo z kazuistických sdělení, mohou být určitým varováním. Zdá se být naprostou nutností upozornit na skrytou tvář těchto nemocí, kterou někdy poodhalí až smrt. Incidence poruch příjmu potravy se v naší zemi v posledních desetiletích zvýšila a zdá se, že se snižuje věk na počátku nemoci. Je potřebné hovořit o konkrétních důsledcích, které se v těle, zmítaném hladověním nebo přejídáním, mohou objevit, a jak nebezpečné pro

život mohou být. V rámci poruch příjmu potravy totiž zdaleka nejde o atraktivnost nebo neatraktivnost vzhledu, nejde o štíhlost nebo tloušťku, mnohdy jde skutečně o život nebo smrt.

Převzato: Psychiat. pro Praxi 2009; 10(3): 112–116

Literatura

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association 1994. P. 873.
2. Sadock JB, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry. Behavioral Science/Clinical psychiatry. 9th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2003. P. 1460.
3. Birmingham CL, Su J, Hlinsky JA, et al. The mortality rate from anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005; 38(2): 143–146.
4. Nielsen S. Standardized mortality in eating disorders – a quantitative summary of previously published and new evidence. *J Psychosom Res* 1998; 44(3/4): 413–434.
5. Pompili M, Mancinelli I, Girardi P, et al. Suicide in anorexia nervosa: a meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2004; 36(1): 99–103.
6. Agras WS, Brandt H, Bulik CM, et al. Report of the National Institutes of Health workshop on overcoming barriers to treatment research in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 2004; 35(4): 509–521.
7. Katzman DK. Medical complication in adolescents with anorexia nervosa: a review of the literature. *Int J Eat Disord*, 2005; 37(Suppl.): 552–559.
8. Papežová H. Poruchy příjmu potravy. In Höschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie. Praha: Tigris 2002. P. 600–606.
9. Stárková L. Poruchy příjmu potravy – psyché a soma. *Pediatr. pro Praxi* 2005; 6(1): 11–15.
10. Derman T, Szabo ChP. Why do individuals with anorexia die? A case of sudden death. *Int J Eat Disord* 2006; 39(3): 260–262.
11. Kikuchi N, Nomura A, Takeo E, et al. Anaerobic bacterial empyema accompanying intrathoracic gas formation in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006; 39(7): 621–623.
12. Birmingham CL, Hodgson DM, Fung J, et al. Reduced Febrile Response to bacterial infection in anorexia nervosa patients. *Int J Eat Disord*, 2003; 34(2): 269–272.
13. Gyurkovics E, Tihanyi B, Szijarto A, et al. Fatal outcome from extreme acute gastric dilatation after an eating binge. *Int J Eat Disord* 2006; 39(7): 602–605.
14. Ikegaya H, Nakajima M, Shintani-Ishida K, et al. Death due to duodenal obstruction in a patient with an eating disorder: a case report. *Int J Eat Disord* 2006; 39(4): 350–352.
15. Yasuhara D, Naruo T, Taguchi S, et al. „End-stage kidney” in longstanding bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005; 38(4): 380–382.
16. Steinglass J, Walsh BT. Habit learning and anorexia nervosa: a cognitive neuroscience hypothesis. *Int J Eat Disord* 2006; 39(4): 267–275.

doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.
Soukromá psychiatrická ambulance
a Psychiatrická klinika FN
Videňská 10, 772 00 Olomouc
l.starkova@seznam.cz

