

Poruchy příjmu potravy jsou velmi častým onemocněním, postihujícím zejména mladé ženy a dívky v rozvinutých průmyslových zemích. Ani jedno z obou tvrzení však neplatí absolutně, neboť tato onemocnění v menší míře postihuje rovněž i muže, kteří tvoří cca 10% všech nemocných. Rovněž v posledních letech se onemocnění rozšiřuje i do rozvinutějších asijských zemí.

Historie

Poruchy příjmu potravy nejsou však pouze civilizačním onemocněním. Záznamy o nich pocházejí již s minulých stolenní. Nejznámější historickou kazuistikou zůstává asi císařovna Alžběta Bavorská, známější všeobecně pod přezdívkou „princezna Sisi“, která držela drastické diety, jedla ovoce, pila šťávu ze syrového masa, zabývala se sportem, a při výšce 172 cm se její hmotnost pohybovala mezi 44-45 kg. Nemoc byla poprvé popsána Richardem Mortonem již v roce 1694, pojem mentální anorexie použil poprvé William Gull v roce 1983. Mentální bulimie byla jako nosologická jednotka popsána až mnohem později a to v 70tých letech 20. století.

Epidemiologie

Incidence poruch příjmu potravy stoupala a svého vrcholu ve světě dosáhla na konci 80tých let. V České republice byl vrchol nárůstu patrně o něco pozdější. Lze však všeobecně říci, že 1% žen ve věku od 15 do 35 let trpí mentální anorexií. Incidence mentální bulimie je zhruba trojnásobná. Zároveň však až desetnásobek mladých žen drží různé iracionální diety, a dá se u nich diagnostikovat nespecifická porucha příjmu potravy (EDNOS – eating disorder non specified)

Klasifikace

Restriktivní mentální anorexie

Pojem mentální anorexie není z medicínského hlediska ve svém překladu zcela správný, neboť anorexie znamená nechutenství. S pravým nechutenstvím se setkáváme spíše u závažných somatických onemocnění, kdežto pacientka s mentální anorexií redukuje svůj příjem potravy z důvodu obav ze zvýšení tělesné hmotnosti. Přitom řada těchto pacientem se naopak jídlem zabývá, pracuje v potravinářství, věnuje se problematice výživy, nebo sami vaří jídla, která však samy nezkonzumují.

Diagnostická kritéria dle MKN 10

- a) Tělesná váha je udržována nejméně 15% pod předpokládanou váhou, nebo Queteletův index ($BMI = \text{hmotnost v kilogramech} / \text{výška v metrech na druhou}$) je 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují očekávaný váhový přírůstek
- b) Pacient/ka si snižuje váhu sám/a dietami, užíváním diuretik, laxativ nebo excesivním tělesným cvičením.
- c) Je přítomen přetrvávající strach z tloušťky i při výrazné podvaze a nerealistické přesvědčení o vlastním těle.
- d) Rozsáhlá endokrinní porucha, projevující se ztrátou menstruace (amenorhoeu) u žen a ztrátou sexuálního zájmu u mužů. Menstruace však bývá často vyvolávána hormonálně.
- e) Pokud onemocnění začne před pubertou, dochází k opoždění či zastavení nástupu puberty (růst, vývoj prsů, primární amenorhoe, nevyvinutí genitálií u chlapců)

Purgativní mentální anorexie

Jedná se o diagnózu, která může být často zaměnitelná s mentální bulimií. U těchto pacientů dochází častěji k redukci tělesné hmotnosti za pomoci zvracení, nebo jiných očisťovacích aktivit. (purge – očist'ovat se). Na rozdíl od mentální bulimie zde však nedochází k záchvatům přejídání. Pacientka zvrací opakovaně i normální nebo minimální množství jídla. Dalším diagnostickým kritériem je podváha, která je stejná jako u restriktivní mentální anorexie

Mentální bulimie

Jedná se o onemocnění, které začíná později nežli mentální anorexie, a často se z ní vyvíjí. Je však možné, že pacient/ka v průběhu svého života vystřídá několik anorektických, bulimických nebo smíšených epizod.

Diagnostická kritéria MKN 10 pro bulimia nervóza

- Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání se a konzumace velkého množství jídla během krátké doby.
- Snaha potlačit kalorický účinek jídla více způsoby : samovolně vyvolaným zvracením, užíváním laxativ, diuretik, anorektik. U diabetických pacientů může docházet rovněž i k manipulaci s inzulinovou léčbou.
- Specifická psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky, přičemž hmotnost může kolísat od normy až po obezitu.

Syndrom záchvatovitého přejídání (binge eating disorder)

Jedná se o syndrom, který postihuje nejčastěji ženy středního věku. V tomto případě postižený řeší své osobní problémy konzumací nadměrného množství potravy. Onemocnění bývá často komorbidní s depresí. Na rozdíl od ostatních poruch příjmu potravy zde není cílem redukce hmotnosti a štíhlost, proto toto onemocnění může vést i k monstrózním obezitám.

Metabolický syndrom

Metabolický syndrom paradoxně tvoří nejčastější poruchu příjmu potravy. Jedná se o kombinaci obezity, hyperlipidémie, hypertenze a diabetu mellitu 2. typu. Podle údajů WHO v minulém roce zemřelo na této planetě na následky přejídání poprvé více lidí nežli na následky podvýživy. Udává se, že téměř 40% české populace je obézní, a až 60% lidí bojuje s nadváhou. Za hranici obezity je považována hodnota BMI vyšší nežli 30, Hranice nadváhy se pohybuje mezi BMI 25-30.

Diferenciální diagnóza

Poruchy příjmu potravy mají velice širokou diferenciální diagnózu. Za prvé je nezbytné vyloučit závažná somatická onemocnění, která mohou vést k nechutenství, váhového úbytku a kachektizaci. Zejména se jedná o nádorová onemocnění, endokrinní onemocnění (hypofýza, onemocnění štítné žlázy) a některá infekční onemocnění (např. tuberkulóza)

Druh onemocnění	Příznaky
Somatická onemocnění	nádorové onemocnění, tuberkulóza, hypothalamická porucha, endokrinopatie
Depresivní porucha	Odmítání potravy je způsobeno špatnou náladou nebo pocitu viny.
Schizofrenie	Nemocný se obává, že je jídlo otrávené, nebo mu to zakazují halucinatorní hlasy.
Sociální fobie	Odmítání jídla je omezeno na zátěžové sociální situace, jako je stravování se ve společných jídelnách nebo restauracích.
Obsedantně kompulsivní porucha	Odmítání potravy je součástí kompulsivních rituálů.
Somatizační porucha	Pacient se domnívá, že dietními opatřeními nebo odmítáním potravy se vyvaruje somatických potíží
Tělesná dysmorfická porucha	Pacient se domnívá, že některá část jeho těla je deformovaná (např. nosní přepážka) Vyžaduje často nerealistické operační zákroky

Somatické komplikace

Gastrointestinální komplikace

Dá se logicky očekávat, že tento typ komplikací bude nejčastější, paradoxně však tyto příznaky nejsou nejzávažnější, přestože pacientky si na ně nejčastěji stěžují. Jedná se o pocit nauzey, plnosti, bolesti břicha, křečí. Tyto příznaky se mohou akcelarovat při rychlé

realimentaci, po dosažení fyziologické výživy však pomíjejí. Rovněž zácpa, na kterou si stěžují zejména pacientky nadužívající projímadla, nebývá závažná, a jen zřídka vyžaduje indikovaný terapeutický zásah.

Kardiovaskulární syndromy

Podváha, zejména u restriktivní mentální anorexie může vést k výrazné bradykardii a hypotenzi. Je běžné těmto pacientkám naměřit krevní tlak 90/60 i nižší. Přesto však jsou pacientky na tuto hypotenzi adaptované a často nedochází ke kolapsovým stavům. Dále nacházíme abnormity na EKG, arytmie, ke kterým může dojít zejména v důsledku hypokalémie po zvracení. Extrémní hypokalémie může způsobit kolapsové stavy, v krajním případě i zástavu srdce.

Hematologické syndromy

Z hematologických symptomů je častá zejména sideropenická anémie. Vzniká zejména u pacientek, které podporují vegetariánství. Léčba spočívá v podávání preparátů obsahujícím železo a změně jídelních návyků. Vegetariánství je v počátcích léčby obtížně akceptovatelné, ačkoliv na obecné úrovni nelze zcela vyloučit.

Dermatologické komplikace

Z kožních komplikací lze uvést např. vypadávání vlasů, které může vést až k alopecii, infantilní ochlupení tzv. lanugo a zvýšenou lámavost nehtů.

Stomatologické komplikace

Ze stomatologických komplikací se jedná časté zduření slinné žlázy u pacientek, které zvrací. Zduření bývá většinou nebolestivé, může však dojít i k bolestivé parotitidě. Časté jsou však nejrůznější stomatologické komplikace, jako je zvýšená kazivost zubů, rozpad skloviny a vypadávání zubů. Zubní lékaři bývají často první, kdo na suspektní poruchu příjmu potravy poukážou.

Komplikace postihující centrální nervový systém

Centrální nervový systém bývá postižen zejména u dlouhodobě trvajících chronických mentálních anorexií. Na EEG nacházíme nespecifické změny. Na CT můžeme prokázat korovou atrofii (ztenčení mozkové kůry a rozšíření mozkových komor), která může v případě realimentace být i reverzibilní (vratná). V psychologických testech lze u těchto pacientem prokázat poruchu kognitivních funkcí. Dále se mohou vyskytovat neurologické komplikace postihující periferní nervový systém, jako jsou křeče, svalová slabost nebo neuropatie. Tyto komplikace bývají léčeny podáváním vitamínů nebo magnézia. U kognitivních poruch způsobené problematikou PPP nejsou indikována kognitiva, nootropika nebývají účinná. Nejzávažnější komplikací při realimentaci bývá tzv. centrální pontinní myelinolýza. Jedná se o edém v oblasti mozkového kmene, ke kterému dochází při rychlé realimentaci, a rychlém vzestupu hladiny některých iontů, zejména kalia a natria. Tato komplikace může být i letální.

Reprodukční a neuroendokrinní komplikace

Ztráta menstruace (amenorrhoe) patří k základním diagnostickým kritériím mentální anorexie. Přesto však velké množství pacientek má stabilizovaný menstruační cyklus díky hormonální antikoncepci. K otěhotnění může často velmi překvapivě dojít i u nemenstruujících pacientek s výraznou podváhou. Průběh těhotenství však bývá komplikovaný, setkáváme se s hypotrofiemi plodu a vyšším rizikem vrozených vývojových vad.,

Urologické a nefrologické komplikace

K nefrologickým komplikacím dochází zejména v souvislosti s poruchami elektrolytového hospodářství. Poruchy příjmu potravy mohou vést ve svém důsledku až k renálnímu selhání. Častěji se však setkáváme s otoky v oblasti kotníků, které se vyskytují zejména u pacientek zneužívající diuretika na počátcích léčby. Po realimentaci však tyto otoky mizí.

Terapie

Cílem léčby poruch příjmu potravy je nastolení normální tělesné hmotnosti (BMI mezi 19 a 25) a redukce příznaků, jako je zvracení, nadměrná hyperaktivita či abnormální jídelní návyky. Součástí léčby je edukace o vhodné stravě a normální tělesné hmotnosti. Daleko složitějším terapeutickým cílem však je smíšení s novými tělesnými proporcemi a s normální tělesnou hmotností. Pacientky mají často nerealistické cíle, například přestat zvracet, pravidelně jíst a přitom si udržet původní podváhu, či dokonce zhubnout.

Režimová léčba

Režimová léčba probíhá na specializovaných jednotkách psychiatrických lůžkových zařízení. V České republice v současné době jsou v provozu specializované jednotky na pražské a brněnské psychiatrické klinice. Pražská jednotka byla založena podle léčebného zařízení v belgickém Kortenberku. Pacientky nastupují na jednotku většinou po jedno až tříměsíčním čekání. Jsou zařazeny do speciálního terapeutického režimu, jehož těžiště spočívá ve speciálním jídelním režimu, kognitivně behaviorální psychoterapii a skupinových terapeutických aktivitách. Cílem by mělo být zvyšování hmotnosti o 1-1,5 kg týdně. K dosažení takového hmotnostního přírůstku běžná strava nepostačuje, je třeba příjem 3000-5000 kalorií. V případě potřeby je možnost přidání energetických nápojů (např. Fresubin), které však slouží jako doplněk ale nikoliv jako alternativa stravy. Účast na jednotlivých aktivitách je odstupňována podle BMI. Pacientky s nižším BMI než 15 mají klidový režim na lůžku a neúčastní se skupinových psychoterapeutických programů. Pacientky s blížící se normální hmotností mají nárok absolvovat víkendové vycházky v domácím prostředí. Pro pacientky s normální hmotností je určen denní stacionář pro poruchy příjmu potravy, který může sloužit jako doléčovací zařízení nebo může být alternativou léčby. Pro širší veřejnost jsou určeny kluby pro pacienty s poruchami příjmu potravy nebo jejich blízkou osobu.

Psychoterapie

Z psychoterapeutických postupů jsou nejčastěji používané metody kognitivně behaviorální terapie. Princip této terapie je rozpoznání, a získání náhledu na patologické jídelní návyky (kognitivní složka) a nácvik jejich praktické změny (behaviorální složka). Jídlo je zde chápáno jako lék, je podáváno pravidelně 5 x (u pacientek s výraznou podváhou 6x denně) Jídelní úlevy (např. vyloučení sladkých, masitých či moučných jídel ze stravy) nejsou akceptovány. Každá pacientka může uvést jedno jídlo, které nejí. (např. rajska omáčka, nikoliv však maso). Jiné psychoterapeutické metody, jako je např. psychoanalytická nebo dynamická psychoterapie jsou v počátečních stádiích nemoci méně úspěšné, u pacientů s výraznou podváhou dokonce kontraindikované. Dynamické a rodinné terapeutické postupy mohou být však úspěšné u doléčování poruch příjmu potravy

Farmakoterapie

Samotná indikace psychofarmakoterapie je velmi sporná. Psychofarmaka jsou indikována zejména u sekundárních poruch příjmu potravy a nebo u komorbidit. U pacientek s výraznou podváhou se vyskytují častěji anxiózní a depresivní příznaky. Přitom sama deprese bývá častěji onemocněním spíše středního věku, kdežto poruchy příjmu potravy se vyskytují častěji v adolescentním věku a rané dospělosti. V případě přítomnosti výrazných depresivních příznaků jsou indikována antidepresiva. Afektivní symptomatika se však ve většině případů normalizuje. Výrazná úzkost může být důsledkem obavy z přibírání na tělesné hmotnosti. V tomto případě jsou indikována přechodně anxiolytika, ačkoli i zde se obáváme rizika vzniku závislosti. Dále zůstává spornou otázkou podávání antipsychotik, která u této diagnózy nemají jednoznačnou indikaci, neboť se jedná o léky určené primárně k léčbě psychotických a některých těžkých afektivních poruch (např. schizoafektivní porucha, nebo bipolární afektivní porucha. Skutečností je, že vnímání tělesného schématu pacientem s poruchami příjmu potravy někdy dosahuje až bludné hloubky, a že podávání např. olanzapinu u těchto pacientů může vést k redukci neúčelné hyperaktivity.

Literatura

1. Krch D: Poruchy příjmu potravy. Grada 2005
2. Krch D: Mentální anorexie. Portál 2010
3. Papežová H: Spektrum poruch příjmu potravy. Grada 2010
4. Praško J, Látalová K: Psychiatrie v primární péči strana 678-706. Medical services 2013

1. Poruchy příjmu potravy:

postihují výhradně ženy

postihují převážně ženy, ale 10% pacientů tvoří mužská populace

ženy a muži jsou postiženi rovnoměrně

muži bývají poslední roky postiženi častěji

2. Restriktivní mentální anorexie se vyznačuje:

odmítáním jídla, touhou po zhubnutí, podváhou a zvracením

normální hmotností, touhou po štíhlosti a zvracením

odmítáním jídla, podváhou, touhou po zhubnutí a nadměrnou tělesnou aktivitou

nechutenstvím, a odporem zejména k masitým výrobkům

3. Nejzávažnější komplikací zvracení u pacientek s mentální bulimií je:

hypokalémie

hypochlorémie

hyponatrémie

hypokalcémie

4. Podávání psychofarmak u poruch příjmu potravy:

je základní terapeutickou metodou

je zcela kontraindikováno, protože pacienti s PPP vnímají citlivěji vedlejší účinky léků

není indikováno, protože hlavním léčebným prostředkem zůstává psychoterapie

je indikováno zejména při léčbě psychiatrických komorbidit jako jsou úzkostné nebo depresivní poruchy

Správné odpovědi

1.b

2.c

3.a

4.d