

# Poruchy příjmu potravy

## PPP



**Hana Přikrylová Kučerová**

Psychiatrická klinika LF MU Brno

# Co jsou PPP?

- Duševní porucha vedoucí k tomu, že příjem potravy přestává být samozřejmou každodenní potřebou.
- Není zjištěno žádné závažné tělesné onemocnění, které by k takovému stavu vedlo.

# Jak se třídí PPP

- Jako u všech duševních poruch u nás používáme v současnosti platnou klasifikaci nemocí MKN 10, kde jsou duševní poruchy v oddíle F. Existuje též klasifikace DSM-IV, používaná v USA.
- Třídění duševních poruch v současnosti není založeno na etiologii, nýbrž na pozorovatelných projevech (symptomech).

# Jaké známe PPP?

- Mentální anorexie (F50.0)
- Mentální bulimie (F50.2)
- Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (F50.4)
- Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami (F50.5)

# Jsou PPP „moderní“ nemocí?

- **anorexia** = nechutenství, odmítání potravy
- odmítání jídla je známo odnepaměti
- „Svaté ženy“, „zázračné panny“  
ve středověku (zdánlivě žily bez příjmu potravy)
- v 17. století je poprvé popsána MA
- nemoc se nazývala „blednička“ - nemoc postihovala mladé dámy z lepší společnosti

# Jsou PPP moderní nemocí?

- na poč. 20. stol. považována za poškození podvěsku mozkového (tzv. Simondsova kachexie) - poněvadž při pitvě byly někdy nalézány změny na hypofýze.
  - Dnes tyto změny ale spíše hodnotíme jako sekundární.
- pod vlivem psychoanalýzy ve 40. letech 20. století zařazena mezi duševní poruchy

# Jsou PPP moderní nemocí?

- dějiny **přejídání** jsou stejně dlouhé jako dějiny hladovění
- v 18. století se popisuje několik druhů bulimií
- v současné podobě se diagnostikuje od roku 1979





# Obecné poznámky

- mnoho případů klinicky nerozpoznáno:
  - odhaduje se, že praktickými lékaři je odhaleno:
    - 12% pacientů trpících mentální bulimií
    - 45% pacientů trpících mentální anorexií
- společné znaky:
  - strach z tloušťky
  - nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti

# Mentální anorexie

# Charakteristika

- porucha charakterizovaná zejména úmyslným snížením tělesné hmotnosti

# Mentální anorexie



# Epidemiologie

- incidence vzrůstá, ale mnoho pacientů zůstává neevidováno
- prevalence:
  - až 1% adolescentních dívek
  - pacienti mužského pohlaví tvoří méně než 10% všech případů
- prevalence výskytu některého z příznaků anorexie (tedy ne plného syndromu) je až 5% (v populaci dospívajících dívek)

# Etiologie

- mnoho hypotéz (endokrinologické, stresové, psychoanalytické, psychodynamické, systemické aj.)
- kontrolovanými studiiemi zatím nepotvrzena obecná platnost žádné z nich

## ■ **biologické rizikové faktory (některé vybrané):**

- ženské pohlaví – jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů (u této poruchy ale hraje především roli postavení ženy ve společnosti a nikoli primárně biologické pohlaví)
- distribuce tělesného tuku: vyšší riziko u žen s těl. tukem uloženým nejvíce na bocích a hýždích
- genetické studie v rodinách ukazují na vztah mezi poruchami příjmu potravy a poruchami nálady

## ■ **sociální, kulturní a rodinné faktory:**

- sociální tlak na udržení štíhlosti (sílí od pol. 20. stol.)
- časté jsou napjaté rodinné vztahy, hyperprotektivní a dominantní matka, pasivní, emočně vzdálený otec

## ■ **psychologické faktory:**

- osobnost často zvýšeně neurotická, introvertní, úzkostná
- častá vnitřní nejistota, extrémní perfekcionismus, zaměření na výkon

# Diagnóza

## Diagnostická kritéria dle MKN-10 pro F50.0:

1. **tělesná hmotnost** udržovaná nejméně 15% pod předpokládanou úrovní (snížena nebo nikdy nedosažena) nebo BMI 17,5 a nižší, u prepubertálních chybí očekávaný nárůst hmotnosti
2. snížení hmotnosti si **způsobuje pacient sám** tím, že se vyhýbá „jídlům, po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků:
  - vyprovokované zvracení
  - užívání laxativ, anorektik, diuretik, thyreoidálních preparátů, vynechávání léčby inzulínem u diabetiků
  - nadměrné cvičení



# Diagnóza

3. přetrvává **strach z tloušťky** a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální nebo cílové váhy)
4. rozsáhlá **endokrinní porucha**, zahrnující hypothalamo-hypofýzo-gonádovou osu, projevující se u žen jako amenorhea (výjimkou je děložní krvácení při užívání hormonální léčby – HAK), u mužů jako ztráta sexuálního zájmu či potence, mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulinu
5. opoždění či **vymizení pubertálních projevů**, je-li začátek onemocnění před pubertou

# Specifické typy MA diff.dg.

- v DSM-IV se rozlišují 2 základních typy:
  - nebulimický, restriktivní (především restrikce potravy; větší rezistence, odlišný náhled, často odlišná komorbidity)
  - bulimický, purgativní (přijímaná potrava je záměrně vyzvracena)
- **diferenciální diagnóza:**
  - somatické choroby (musí být primárně vyloučeny):
    - nádorová onemocnění, tuberkulóza, hypothalamická porucha, endokrinopatie aj..
  - psychické choroby:
    - depresivní a psychotické poruchy, toxikománie aj..

# Klinické souvislosti

- počátek obvykle mezi 13 a 20 lety
- pomalý a nenápadný rozvoj
- zpočátku často období stupňujících se diet, zájem o „zdravou výživu“.

# Somatické komplikace

- MA:

- má ze své podstaty nejvíce somatických komplikací ze všech psychiatrických diagnóz
- a také má nejvyšší mortalitu

# Somatické komplikace MA

- **spojené s úbytkem hmotnosti:** kachexie, snížená tolerance chladu, hypotermie, hypoproteinémie
- **kardiovaskulární:** 80% pacientů: bradykardie, hypotenze, arytmie, riziko náhlé srdeční smrti, snížená velikost srdce, poruchy funkce mitrální chlopně aj..
- **metabolické:** 60% pacientů: hypokalémie, hyponatrémie, hypochlorémie, metabolická alkalóza, hypofosfatémie (při rychlé realimentaci), hypomagnezémie, otoky
- **gastrointestinální:** zhoršení motility GIT, zácpa, reverzibilní steatóza jater

# Somatické komplikace MA

- **kosterní:** zpomalení růstu, osteoporóza, osteomalacie
- **endokrinní:** amenorea, hypogonadismus, snížené hladiny LH a FSH, hypoestrinismus, hyperkortizolémie, zvýšení hladiny STH, snížení hladiny T3
- **hematologické:** leukopenie, anémie
- **neurologické:** svalová slabost, periferní neuropatie
- **dermatologické:** lanugo, xerodermie, šupinatá kůže, karotenodermie

# Průběh a prognóza

- průběh variabilní:
  - jediná epizoda s úplnou remisí
  - dlouhodobý chronický průběh
  - epizody opakující se mnoho let
- přibližně pětina pacientů se zcela uzdraví
- u 10-20% pacientů postupné zhoršování
- mortalita kolem 15%
- často přetrvávají abnormální stravovací návyky i přes normalizaci hmotnosti a menstruačních funkcí
- u některých pacientů se vyvine mentální bulimie

# Léčba

- úprava nutričního stavu:
  - léčba iontových a metabolických dysbalancí
  - léčba dehydratace
- zvýšení hmotnosti:
  - pozvolná realimentace
  - přírůstek hmotnosti by se měl pohybovat mezi 0,5-1 kg/týden



## ■ Optimální je kombinace:

- edukace
- režimového přístupu
- individuální a skupinové psychoterapie
- rodinné psychoterapie
- psychofarmakoterapie: SSRI (fluoxetin - prevence relapsu?), ale neexistuje „lék na MA“!. Léčíme komorbidní symptomy (např.. depresi, obsedantní příznaky aj..)
- rehabilitace

## ■ hospitalizace doporučena u pacientů s:

- tělesnou hmotností více než 20% pod očekávanou hmotností vzhledem k výšce
- rychlým váhovým úbytkem
- těžkou depresí
- selháním ambulantní léčby

# Mentální bulimie

# Charakteristika

- opakující se záchvaty přejídání, spojené s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti, doprovázené pocitem ztráty kontroly nad příjmem potravy

# Epidemiologie

- 1-3% mladých žen
- 0,1-0,4% pacientů tvoří muži

# Etiologie

## ■ **biologické faktory:**

- uvažovalo se např.. o zvýšené hladině endorfinů, epi paroxyzmy v oblasti hypothalamu aj., nic není jednoznačně potvrzeno

## ■ **sociální, kulturní a rodinné faktory:**

- sociální tlak na štíhlost

## ■ **psychologické faktory:**

- nezdrženlivost, psychastenie, hysteroidní struktura osobnosti
- pacienti více extrovertovaní a impulsivní než pacienti s anorexií

# Diagnóza

Diagnostická kritéria dle MKN-10 pro F50.2:

1. opakované **epizody přejídání** (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátké době konzumováno velké množství jídla
2. neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná **touha po jídle** (žádostivost)

3. snaha **potlačit „výkrmný“ účinek** jídla jedním nebo více z následujících způsobů:

- vyprovokované zvracení
- zneužívání projímadel, anorektik, thyreoidálních preparátů nebo diuretik, vynechávání léčby inzulínem u diabetiků
- střídavá období hladovění

4. pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou **obavou z tloustnutí** (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost, často je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle



# Specifické typy MB

- v DSM-IV rozlišení 2 základních typů:
  - purgativní (zvrací)
  - nepurgativní (nezvrací) – přísné diety, hladovky, cvičení
- diferenciální diagnóza oproti mentální anorexii:
  - nepřítomnost závažnějšího úbytku tělesné hmotnosti u mentální bulimie
  - nepřítomnost trvalé amenorhey u mentální bulimie
- častá komorbidita:
  - závislost na alkoholu (impulzivní chování)
  - hraniční poruše osobnosti

# MB

## ■ diferenciální diagnóza:

– somatické choroby:

■ primární porucha horního GIT vedoucí ke zvracení

■ neurologické poruchy:

– Klein-Levinův syndrom (nadměrná spavost a přejídání)

– Prader-Williho syndrom (zvýšená chuť k jídlu, obezita, mentální retardace, hypotonie, hypogenitalismus)

■ poškození ventromediálního hypothalamu

– psychické poruchy:

■ obsedantní a depresivní poruchy, mánie, oligofrenie aj.

# Klinické souvislosti

- počátek mezi 16 a 25 lety
  - tedy později než u anorexie
- pomalý a nenápadný rozvoj
- epizody mohou být evokovány stresem, někdy mohou být plánované
- příjem potravin s vysokou kalorickou hodnotou (pečivo, sladkosti), konzumované rychle a v tajnosti

# Somatické komplikace

- **iontová dysbalance:** hypokalémie, hypochlorémie
- **kardiovaskulární:** arytmie, náhlá srdeční smrt (!)
- **renální:** chronické renální selhání při nadužívání diuretik, močové infekce
- **neurologické:** tetanie, epileptické paroxysmy, změny EEG
- **gastrointestinální:** esofagitida, pankreatitida  
zduření parotických slinných žláz (se zvýšením amylázy v séru)
- **poškození chrupu** (kyselými žaludečními šťávami)

# Průběh a prognóza

- průběh variabilní:
  - jediná epizoda s úplnou remisí
  - dlouhodobý chronický průběh
  - epizody opakující se mnoho let
- průběh choroby je dlouhodobý, abnormální stravovací návyky přetrvávají často několik let, avšak vyjádřeny s různou intenzitou
- o chronicitě se hovoří při trvání choroby více než 10-15 let
- dlouhodobě příznivější průběh než anorexie, většina pacientů se uzdraví, mortalita není zvýšena

# Léčba

- lepší nosognose, pacienti si častěji sami přejí uzdravení
- chybí kachexie, tedy není nutnost zvyšování hmotnosti
- obvykle ambulantní:
  - psychoterapie – např. kognitivně-behaviorální terapie (popsané postupy pro MB)
  - psychofarmakoterapie – antibulimický účinek antidepresiv (především fluoxetinu ze skupiny SSRI - nutnost vyšších dávek pro die)

# Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy

- forma, kdy pacienti nesplňují všechny příznaky (resp. subklinická forma):
  - chybí jeden nebo více základních příznaků poruchy
  - vykazují však téměř typický klinický obraz
- častý rozvoj kompletních příznaků choroby
- Atypická mentální anorexie F50.1
- Atypická mentální bulimie F50.3



# Jiné poruchy příjmu potravy

- **pika** (=požívání nestravitelných předmětů)  
neorganického původu v dospělém věku
- **psychogenní ztráta chuti k jídlu**

# Závěry – epidemiologie

Krch et al., 2005

- Většina děvčat neví, jaká je jejich přiměřená tělesná hmotnost, jen obtížně se smiřují s tím, že tělesná hmotnost vzrůstá v závislosti na věku a výšce.
- Už ve starším školním věku velká část děvčat pokládá některá dietní omezení za samozřejmá a neví jak by měl vypadat přiměřený jídelní režim bez dietních omezení a strachu z tloušťky.

# Závěry – epidemiologie

Krch et al., 2005

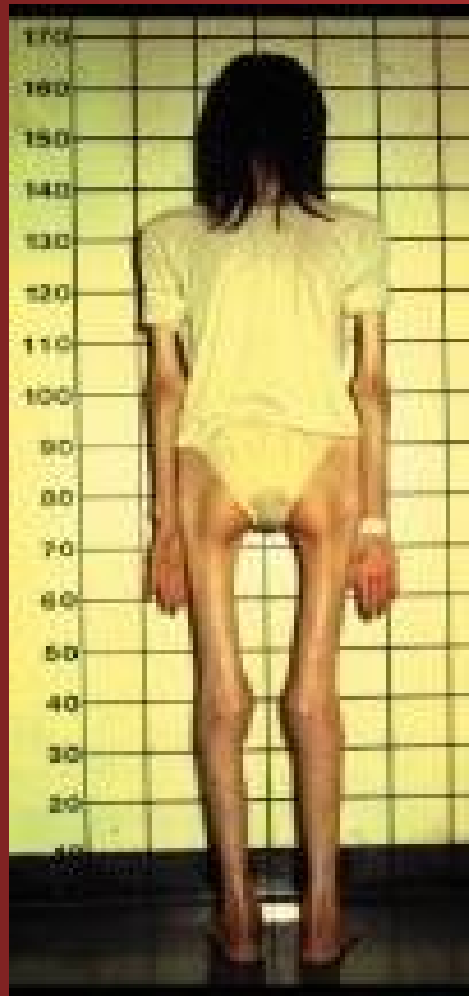
- Velkou částí dospívajících je zvracení akceptováno jako možný prostředek kontroly tělesné hmotnosti, mnoho dívek užívá kouření (42% snažících se zhubnout a 26% ostatních) jako způsob kontroly těl. hmotnosti.
- Přibývá nemocných napříč sociálním spektrem (věk, místo, bydliště, typ studia a soc. status).
- V hubnutí celkem umírnění chlapci jsou schopni stále více obětovat a riskovat pro dosažení atraktivního těla.

# Internet

- např. jaro 2003 - více než 2000 zmínek o bulimii a 1440 odkazů o anorexii
- existuje více než 100 aktivních stránek o anorexii a bulimii, některé registrují až 80 000 vstupů
- obsahují především
  - informace
  - kontakty
  - diskuzní fórum

# Internet - nebezpečí

- Existují stránky jako „StarvingForPerfection“ nebo „BeautifulByBones“, ve kterých se „čtenáři“ navzájem podporují a vytváří určitý druh komunity oslavující „tělesný image, vyhublost, hladovění, sebekontrolu a různé dietní způsoby“.
- Podle S. Bloomfielda (EDA) jsou tyto stránky nesmírně nebezpečné, protože mají nemocné utvrdit ve víře, že nejsou nemocní a nabízejí jim smrtelné návody.
- „Nehezské tělo znamená nehezského člověka.“
  - jeden ze vstupů









WWW.FTIPKY.CZ

**Děkuji za pozornost.**

# Literatura:

- Krch FD et al.: Poruchy příjmu potravy, Grada, 1999
- Smolík P: Duševní a behaviorální poruchy, Maxdorf, 2002