

Diagnostyka laboratoryjna w zaburzeniach odżywiania

Tomasz Wolańczyk
Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM



Jadłowstręt psychiczny Kryteria diagnostyczne ICD-10

- A. Spadek wagi lub, u dzieci, brak przyrostu wagi prowadzący do masy ciała o co najmniej 15% poniżej prawidłowej lub oczekiwanej stosownie do wieku i wzrostu.
- B. Spadek wagi jest narzucony samemu sobie przez unikanie "tuczącego pożywienia".
- C. Samoocenie siebie jako osoby otyłej oraz zaburzający strach przed przytyciem, co prowadzi do narzucenia samemu sobie niskiego progu masy ciała.
- D. Obejmujące wiele układów zaburzenia endokrynne. Zaburzenia osi przysadkowo – gonadalnej.
- E. Zaburzenie nie spełnia kryteriów A i B dla żartoczości psychicznej (bulimia nervosa).

Jadłowstręt psychiczny Podtypy (wg DSM)

- typ restrykcyjny: redukcja m.c. następuje wyłącznie w wyniku stosowania coraz bardziej nasilonej diety.
- typ bulimiczny – przeczyszczający ; oprócz stosowania diety, chorzy wymiotują, stosują środki przeczyszczające, miewają napady objadania się.

Jadłowstręt psychiczny - etiologia

- A. Czynniki predysponujące
 - Osobnicze
 - Rodzinne
 - Kulturowe
- B. Czynniki wywołujące
- C. Czynniki podtrzymujące.

Jadłowstręt psychiczny – czynniki osobnicze

- a. **czynniki genetyczne** (w badaniach bliźniąt dziedziczność oceniana na 50-90% w przyp. j.p. i 35 – 50% w przyp. b.n.)
- b. **podatność konstytucjonalna i fizyczna** (skłonność do otyłości, wysoki wzrost, skłonność do wczesnego pokwitania).
- c. **czynniki psychologiczne**
(cechy osobowości): perfekcjonizm, uległość, trudności separacyjne, niska samoocena,
(deficyty w sferze emocjonalnej): rozpoznawanie, nazywanie, okazywanie uczuć
(deficyty w sferze poznawczej): poczucie nieefektywności, braku kontroli „wyczołowana bezradność”, wysoka częstotliwość występowania epizodów depresji i zaburzeń lękowych.

Jadłowstręt psychiczny – czynniki podtrzymujące

- czynniki podtrzymujące indywidualne
psychologiczne: regres dojrzewania, poczucie autonomii i kontroli, podwyższenie samooceny,
- czynniki podtrzymujące biologiczne: zaburzenia neuroprzebieżności w ośrodku, zaburzenia mechanizmu sytości i głodu, zaburzenia produkcji leptyny, zaburzenia wydzielania peptydów jelitowych: cholecystokininy i polipeptydu trzustkowego, zaburzenia perystaltyki jelit i opróżniania żołądka.
- czynniki podtrzymujące rodzinne (funkcja objawu w utrzymaniu homeostazy rodziny)



Zagrożenie życia

- Pacjenci z a.n. zazwyczaj nie zgłaszają dolegliwości związanych z zaburzeniami metabolicznymi i komplikacjami narządowymi a nawet im zaprzeczają.
- Medyczne powikłania są zależne od ciężkości niedożywienia (stopnia niedożywienia) i szybkości spadku masy ciała.
- J.p. jest zespołem chorobowym o przewlekłym przebiegu, często wymagającym wielokrotnych hospitalizacji
- W 40-60% przyp. pomyślne wyniki leczenia (całkowite wyrównanie stanu somatycznego i psychicznego)
- śmiertelność wynosi od 5-25%
- Najczęstszą przyczyną śmierci w j.p. są samobójstwa – 50% przypadków oraz somatyczne powikłania spowodowane wyniszczeniem organizmu.



Powikłania groźne dla życia

- pacjenci znacznie wyniszczeni
- pacjenci ze znacznym spadkiem masy ciała w krótkim okresie
- bulimiczny podtyp jadłowstrętu
- ograniczenia ilości przyjmowanych płynów
- pacjenci chorzy na cukrzycę ograniczający dawki insuliny
- narkotyki, nadużywanie leków

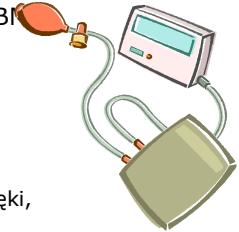


Wskazania do hospitalizacji w jadłowstręcie psychicznym

- 1. Masa ciała**
 - **niedobór masy ciała** w stosunku do masy ciała należącej **>25%**
 - **gwałtowny spadek masy ciała i odmowa przyjmowania pożywienia**
 - brak wzrostu masy ciała w leczeniu ambulatoryjnym
 - obniżenie masy ciała do poziomu, przy którym wcześniej występowało załamanie stanu ogólnego.
- 2. Powikłania somatyczne:**
 - czynność serca ok. 40/min,
 - ciśnienie krwi poniżej 90/60mmHg, ortostatyczne spadki ciśnienia
 - wydłużenie QTc, zaburzenia rytmu serca
 - niewydolność krążenia
 - omdlenia
 - hipokaliemia, hipofosfatemia, hipoglikemia
 - niewydolność nerek
- 3. Problemy psychiczne:**
 - intencje samobójcze
 - brak współpracy w leczeniu
 - jakiegokolwiek współwystępujące zaburzenie psychiczne wymagające leczenia w szpitalu
 - brak wsparcia w otoczeniu

Ocena stanu somatycznego

- Ocena stanu niedożywienia (%niedobór masy ciała, BIA)
- Ocena stanu ogólnego
 - temperatura ciała
 - tętno
 - ciśnienie
 - liczba oddechów
 - objawy odwodnienia, obrzęki, sinica



Badania dodatkowe

- OB, CRP
- morfologia+rozmaz
- jonogram (Na, K, Cl, Ca, Mg, fosforany)
- glukoza w surowicy
- białko/albuminy w surowicy
- próby wątrobowe
- próby nerkowe
- EKG z oceną QTc (norma do 0,42ms)
- Rtg klatki piersiowej



Dodatkowe wskazania:

- CT lub MRI głowy
- USG jamy brzusznej
- ECHO-2D serca (szmer nad sercem, poważne wyniszczenie)
- Rtg jamy brzusznej (ból brzucha, wzdęcie, wymioty)
- amylaza w moczu i surowicy
- stężenie żelaza w surowicy, stężenie wit. B₁₂
- densytometria (a.n. powyżej 6-12 mies.)





Zaburzenia metaboliczne

- ❑ Obniżona konwersja obwodowa tyroksyny do trójjodotyroniny i wynikające z tego między innymi: nietolerancja zimna, sucha skóra, hypercholesterolemia
- ❑ Obniżony poziom insuliny
- ❑ Okresowy wzrost glukagonu powodujący wzrost glikogenolizy, glikoneogenezy i ketogenezy w wątrobie.
- ❑ Obniżenie produkcji gonadotropin, doprowadzające do zahamowania jajczkowania, miesiączkowania, niepłodności i utraty libido.
- ❑ Wzrost stężenia kortyzolu i hormonu wzrostu we krwi



Zaburzenia elektrolitowe

- ❑ Hiponatremia, hipokaliemia, hipokalcemia, hipomagnezemia, hipofosfatemia, zasadowica hipochloremiczna.
- ❑ Hipofosfatemia i hipokalcemia wynika z obniżonej ich podaży i zaburzeń absorpcji



Zaburzenia układu moczowego

- ❑ Niedużego stopnia proteinuria, leukocyturia, hematuria ustępujące w miarę poprawy.
- ❑ Zmniejszone przesączanie kłębkowe, ze znacząco mniejszą wartością frakcji filtrowanej oraz zmniejszona gęstość moczu
- ❑ Wzrost wydalania sodu i potasu zależny w dużym stopniu od diety, nadużywanie diuretyków.
- ❑ Zwiększone wydalanie wapnia i fosforanów z moczem, krótkotrwała hiperkalcyria odwracalny.
- ❑ Często u pacjentek ze znacznym wyniszczeniem i wymiotujących stwierdza się alkaliczny odczyn moczu
- ❑ Zwiększenie stężenia mocznika na skutek odwodnienia, może pozostawać w granicy normy przy stosowaniu diety warzywno – owocowej



Zaburzenia hematologiczne

- ❑ Hypoplazja szpiku
- ❑ Anemie z prawidłową wielkością i barwnością erytrocytów lub z deficytem żelaza
- ❑ Leukopenie
- ❑ Trombocytopenie
- ❑ Procesy zapalne (np.: bakteryjne zapalenie płuc, gruźlica) w tej chorobie mogą przebiegać bez wzrostu wskaźników zapalnych (OB, leukocytozy, wzrostu ciepłoty ciała).

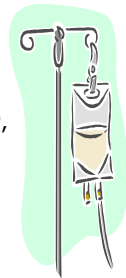


Powikłania groźne dla życia - okres realimentacji

- ❑ niewydolność krążenia
- ❑ „zespół realimentacyjny”
- ❑ zespół tętnicy kręzkowej górnej, niedrożność przewodu pokarmowego
- ❑ zapalenie trzustki (refeeding pancreatitis)

„Zespół realimentacyjny”

- ❑ ↓↓↓ stężenie fosforanów →
 - rabdomioliza
 - zaburzenia funkcji erytrocytów (↓ATP, 2-3DPG)
 - zastoinowa niewydolność krążenia
 - majaczenie
 - śmierć



„Zespół realimentacyjny” - zapobieganie

- pełny jonogram (na początku leczenia oznaczenie P co kilka dni)
- ↓P →
 - unikanie podawania kroplówek bogatych w glukozę
 - unikanie pokarmów z wysoką zawartością cukrów
 - ↑ podaży P (niemodyfikowane mleko w proszku, ryby morskie, fosforany i.v.)

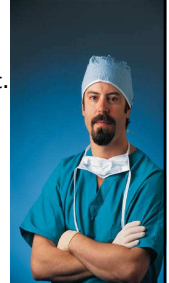
SMAS (superior mesenteric artery syndrome)

Przyczyna:

- pierwsze tygodnie realimentacji
- napad bulimiczny u wyniszczonych
- ilości tk. tłuszczowej w przestrzeni zaotrzewnowej i krezce jelit → ucisk t. krezkowej górnej na 1/3 dalszą dwunastnicy → niedrożność górnego odcinka p.pokarmowego.

Konsekwencje:

- rozstrzeń żołądka, zgorzel, perforacja
- wysoka śmiertelność (w przypadkach zaniedbanych do 65%)



Zapalenie trzustki (refeeding pancreatitis)

Przyczyny (zastój treści pokarmowej i zarzucanie do przewodu trzustkowego):

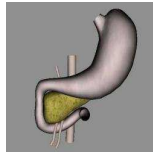
- zbyt gwałtowna realimentacja
- napad żarłoczności

Objawy:

- bardzo silny ból brzucha
- nudności, wymioty
- wzdęcie brzucha, niedrożność porażenna
- ↓RR, ↑HR
- skąpomocz, bezmocz
- gorączka

Diagnostyka:

- amylaza w surowicy i moczu
- izoenzym trzustkowy, lipaza w surowicy
- USG jamy brzusznej, CT jamy brzusznej



Powikłania przewlekłe

- amenorrhea
- powikłania położnicze
- osteoporoza
- upośledzenie wzrastania



Osteoporoza



- uwarunkowana wieloczynnikowo
- badania densytometryczne po 6-12 mies. j.p.
- ↓BMD (osteopenia) u 44 do 92% chorych na j.p.
- największe ryzyko złamań w przewlekłym przebiegu choroby (ok. 7-10 lat)



Żarłoczność psychiczna (bulimia nervosa)

A. Występują nawracające epizody przejadania się co najmniej dwa razy tygodniowo w przeciągu 3 miesięcy, w czasie których w krótkim okresie czasu spożywane są duże ilości pokarmu.

B. Utrzymuje się uporczywa koncentracja na jedzeniu i silne pragnienie lub poczucie przymusu jedzenia (głód).





Żarłoczność psychiczna (bulimia nervosa)

- C. Pacjent usiłuje przeciwdziałać efektem "tycia" za pomocą jednej lub więcej z następujących metod:
- prowokowanie wymiotów
 - prowokowanie wydalania stolca
 - kolejne okresy głodowania
 - stosowanie: leków obniżających łaknienie, preparatów tarczycy, leków moczopędnych,
- D. Ocenianie siebie jako osoby otyłej oraz zaburzący strach przed przytyciem (zwykle prowadzące do niedoboru m.c.).



Żarłoczność psychiczna- metody kompensacyjne

- prowokowanie wymiotów w 85% (stymulacja gardła, ucisk żołądka, użycie wymiotnicy)
- stosowanie środków przeczyszczających -15%
- stosowanie środków moczopędnych-30%
- stosowanie ćwiczeń fizycznych- 60%



Żarłoczność psychiczna- powikłania

- bóle i zawroty głowy
- uczucie stałego zmęczenia
- bóle mięśni
- omdlenia
- arytmie, skurcze dodatkowe serca
- stany zapalne dziąseł
- próchnica zębów
- wiotkość ścian żołądka,
- uszkodzenie ściany gardła i przetyku
- hipokaliemia, hiponatremia, hipomagnezemia, hipoglikemia (śr. moczopędne i przeczyszczające)
- nasilone rozstępy skórne, wynikające z wahań m.c.

