

Poruchy příjmu potravy z pohledu internisty

MUDr. Eva Meisnerová

IV. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha

Poruchy příjmu potravy postihují celý organismus se sekundárními orgánovými komplikacemi. Při biochemickém vyšetření vidíme těžký deficit minerálů, při zvracení je běžná metabolická alkalóza. Močový deficit minerálů předchází sérovému deficitu. Léčba poruch příjmu potravin patří do rukou specialistů z oboru psychiatrie ve spolupráci s psychologem. Internistovi přísluší léčba život ohrožujících stavů a orgánových komplikací. Mnohdy sleduje pacientku s poruchou příjmu potravy pod jinou diagnózou.

Klíčová slova: gastrointestinální projevy, kardiovaskulární systém, minerálová dysbalance, endokrinologické změny, refeeding syndrom.

Eating disorders in terms of internists

Eating disorders affect the entire body with secondary organ complications. When biochemical tests see heavy mineral deficiency, when vomiting is a common metabolic alkalosis. Urinary deficit precedes serum mineral deficiency. Treatment of eating disorders are in the hands of a specialist in psychiatry in collaboration with a psychologist. Intern for the treatment of life-threatening complications and organ. Often the patient monitors eating disorder under another diagnosis.

Key words: gastrointestinal manifestations, cardiovascular system, electrolytes disturbances, endocrine manifestations, refeeding syndrom.

Interní Med. 2013; 15(8–9): 266–268

Mezi poruchy příjmu potravy (PPP) patří

- Mentální anorexie – restriktivní podtyp, extrémně snížený příjem prostým hladověním
- Mentální anorexie – purgativní podtyp, střídání období hladovění s relativním přejídáním (příjem jídla neodpovídá normálním stravovacím zvyklostem), je přítomno zvracení
- Mentální bulimie – většinou normální BMI nebo mírná nadváha – záchvatovité přejídání v krátkém čase se zvracením
- Noční přejídání
- Psychogenní přejídání

Ve svém sdělení se budu věnovat mentální anorexii a závažným komplikacím bulimie. PPP jsou závažnou klinickou diagnózou, většina pacientek si u praktického lékaře nebo v interní ambulanci nestěžuje na úmyslný pokles hmotnosti a snížený příjem kalorií. Restrikce jídla vede k získání pocitu zvýšené kontroly nad vlastním životem a pocitu dokonalosti, výjimečnosti. Mnohdy je pokles hmotnosti od nejbližšího okolí hodnocen kladně, což pacientku utvrzuje v nutnosti dalšího omezování energetického příjmu. Zpočátku pacientky vylučují tučné a sladké potraviny, typické je vynechání teplých obědů. Pacientky často diagnózu PPP popírají a tají, a je proto důležitý aktivní přístup v pátrání po PPP i u lékaře primárního kontaktu. PPP se může skrývat za domnělou potravinovou alergií, je maskována zásadami tzv. zdravé výživy či alternativním způsobem stravování – veganství, vegetariánství, vitarianství. Nejbližší rodinní příslušníci

si často vznikající PPP nevšimnou. Pacientky s mentální anorexií se vyznačují tendencí k perfekcionismu, vynikají výraznou fyzickou aktivitou, i přes svou nízkou hmotnost, jsou velmi fyzicky i psychicky aktivní. Nemocné samy sebe vnímají jako tlusté i při život ohrožující podvýživě a každé porušení jejich zavedeného dietního režimu vidí jako důsledek selhání s nutností dalšího potrestání (další omezení jídla, zvýšení energetického výdeje). Je vhodné při rozhovoru se zaměřit i na otázky týkající se typu a frekvence sportovní aktivity. Anamnestické údaje jsou často získávány postupně, nevhodně zvolené otázky vedou k utvrzení nemocné, že je nadměrná fyzická aktivita správná nebo nedostatečná. Při znalosti rodinného zázemí jsme v diagnostické výhodě, u PPP většinou nacházíme hyperprotektivní rodiče se složitou rodinnou situací. Při mentální anorexii vzniká rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofyzární osu. S přibývajícím poklesem hmotnosti je typická amenorea, která nemusí být vyjádřena, pokud nemocná užívá hormonální antikoncepci. Rozvinutá PPP zasahuje celý organismus, jsou přítomny mnohé orgánové komplikace.

Postižení gastrointestinálního ústrojí

Pacient s PPP či jeho rodina často záměrně nevyhledají psychiatra, ale lékaře jiné odbornosti ve snaze zamaskovat základní onemocnění za jinou, „přijatelnou“, diagnózu. PPP jsou provázeny rozmanitou gastrointestinální symptomatologií. Pacientky si stěžují na pyrózu, nadýmání, časný pocit plnosti a předčasné sytosti. Objevují se bolesti břicha např. v okolí žaludku, obstrukce nebo

průjem při abúzu laxativ. Některé pacientky s PPP jsou dlouhodobě sledovány v gastroenterologických ambulancích pod různými funkčními diagnózami či diagnózou idiopatického střevního zánětu. Zejména u levostranného typu ulcerózní kolitidy při nepříznivých změnách a minimální reakci na zvyklou terapii je nutno pomýšlet i na poruchu příjmu potravy a abúzu laxativ.

Častým projevem bývají praskající ústní koutky, afty, změny v oblasti jazyka – mapovitě splývající plošky se šedobílým lemem na povrchu jazyka. U PPP dochází často k hypertrofii slinných a příušní žlázy – zvýšená stimulace sekrece žlázy při hladovění, mechanické poškození, extrémní příjem ovoce, nadměrné používání žvýkaček nebo bonbonů. Při zvracení vzniká otok v oblasti příušní žlázy, obličej je odulý a nazývá se „veverčí obličej“. Při zvracení vlivem kyselých obsahů zvratků dochází k porušení zubní skloviny, zvýšené kazivosti zubů a vzniku periodontitidy. Dlouhodobé hladovění vede poměrně často k evakuační poruše žaludku. Při perorální substituci vysokými dávkami KCl jsou přítomny eroze žaludeční sliznice. Akutní dilatace žaludku s nemožností zvracení a s poruchou střevní pasáže jako následek excesivního příjmu potravy např. extrémním množstvím mražené zeleniny může vyústit v život ohrožující akutní kompresi aorty a mezenterických žil. Ruptura žaludku je ojedinělým literárním údajem. Pokud radiolog při CT vyšetření popíše syndrom komprese duodena a. mesenterica superior, měli bychom pomýšlet na PPP.

Syndrom komprese a. mesenterica superior přispívá ke vzniku břišních bolestí, pocitu tlaku

v břiše, nadýmání a zvracení po jídle (1). Nemocní s mentální anorexií mají prodloužený „transit time“ tenkým střevem, při endoskopickém vyšetření je atrofie klku s rozvojem sekundární malabsorpce. Následkem hladovění dochází k jaterní steatóze a elevaci transamináz. Dlouhodobé hladovění vede ke snížení žaludeční i pankreatické sekrece, terapeuticky je možná pankreatická substituce. Při mentální bulimii je přítomna hyperamylazémie, s elevací zejména slinné amylázy. V období realimentace může vzniknout akutní pankreatitis. Podávání inhibitorů protonové pumpy pomáhá v prevenci hypochloremické alkalózy a zmírňuje poškození sliznice jícnu a zubní skloviny.

Postižení kardiovaskulárního systému

Kardiovaskulární komplikace patří mezi nejzávažnější, jsou akcentovány minerálovou dysbalancí. Maligní arytmie – ventrikulární tachykardie, torsades de pointes, fibrilace komor či akutní srdeční selhání je příčinou úmrtí. Poměrně často se může objevit bradykardie a hypotenze. Na ekg může být přítomno snížení amplitudy QRS komplexu, prodloužení QT nad 470 ms, antioventrikulární blokády, wandering pacemaker, nodální rytmus. Při echokardiografickém vyšetření je často přítomný prolaps mitrální chlopně méně často mitrální insuficience. Při malnutrici dochází k hypotrofii srdečního svalu.

Biochemické vyšetření

Při resktrivním typu mentální anorexie je zcela „běžné“ fyziologické biochemické vyšetření. Močový deficit minerálů předchází sérovému deficitu, a proto je vyšetření minerálů v moči cenné a nemělo by být v klinické praxi opomíjeno. Vyšetření osmolarity nativní moče může odhalit přepíjení nebo restriktivní tekutiny. Při zvracení je patrná močová hyponatremie a hypochloremie a v séru metabolická alkalóza. Velmi nízké hladiny minerálů jsou charakteristické pro pokročilou a dlouhodobou kachexii. Hyponatremie s hypochloremií bývá při zvracení, excesivním cvičení či nadměrném příjmu čisté vody (otrava vodou). Korekce chronické hyponatremie (trvající déle než 48 hodin) musí být pozvolná. Příliš rychlá korekce natremie vede k rozvoji pontinní myelinolýzy a těžkému neurologickému postižení.

U mentální anorexie je přítomna dyslipidemie multifaktoriální etiologie, častá je hypercholesterolemie zejména u restriktivního typu mentální anorexie. Je zcela nevhodné doporučit nízkocholesterolovou dietu nebo medikamentózně hypolipidemika. Při mentální anorexií vznikají endokrinopatie, které mohou být samostatně spojeny se sekundární dyslipidemií. Při mentální

anorexií dochází ke zvýšení resorpce exogenního cholesterolu, klesá aktivita lipoproteinové lipázy, je nedostatek mastných kyselin řady n-6, při hladovění klesá syntéza žlučových kyselin, dochází ke zpomalení katabolizmu LDL a metabolické přeměny VLDL na LDL2. Po realimentaci se koncentrace plazmatických lipidů upravují.

Kožní projevy mentální anorexie

Kožní změny jsou velmi časté, internista by měl být o nich informován. Typické jsou kožní změny akrocyanosa- chladné cyanotické zabarvení prstu rukou a nohou, livedo retikularis-síťovitý lividní erytém kůže, karotenodermie –žlutooranžové zabarvení kůže na dlaních a ploskách, purpura-..tečkovité petechie zejména v okolí očí a úst. Kůže je často suchá, objevuje se pruritus a dochází ke vzniku lanugozního ochlupení na zádech a břichu. Navozování zvracení může vést ke zraňování rukou a prstů, na hřbetu rukou vzniká hyperkarotická kůže, tzv. Russelovo znamení.

Hematologické postižení

V krevním obraze je normocytární normochromní anemie s leukopenií – neutropenií a lymfopenií a trombocytopenií. Při vyšetření kostní dřeně je přítomna atrofie a rosolovitá přestavba kostní dřeně.

Imunitní systém

Nemocní s těžkou podvýživou mají vyšší sklon k infekčním komplikacím, které mohou probíhat téměř areaktivně – i při život ohrožující infekci není teplota, je nízké CRP a není přítomna výrazná leukocytóza. Z infekčních komplikací vznikají aspirační pneumonie (při zvracení), oportunní nebo plicní atypické infekce. Při malnutrici jsou sníženy T lymfocyty a nízká hladina imunoglobulinu. Nízký komplement C3 s přítomností kožních změn – akrocyanóza, purpura může vést ke spuštění vyšetřovacího programu za účelem vyloučení autoimunitního onemocnění.

Metabolické a endokrinologické změny

Při hladovění, není-li přítomna infekční komplikace, operace, těžké poranění, dochází v organizmu k rozvoji adaptačních mechanismů. Postupně klesá sekrece inzulinu a zvyšuje se sekrece kontraregulačních hormonů katecholaminu, glukagonu, hydrokortizonu. Snížení tukové hmoty má za následek snížení hormonů tukové tkáně. Sérové hladiny leptinu bývají u pacientek s mentální anorexií sniženy, někdy téměř neměřitelné i v době, kdy ostatní nutriční parametry jsou v normě, při realimentaci dochází ke zvýšení, nikoliv k normalizaci

(3). Adiponektin a peptidy ovlivňující příjem stravy grelin a peptid YY, cholecystokinin jsou intenzivně studovány, ale v současné době nemají klinické využití v běžné praxi. Při hladovění dochází pravidelně ke změně osy hypothalamus-hypofýza-štítná žláza. U mentální anorexie je zvýšená sekrece kortikoliberinu, příčina není jasná. Kortikoliberin má přímé anorektické účinky, snižuje sekreci neuropeptidu Y v hypothalamu. Zvýšená sekrece kortikoliberinu vede ke zvýšení sérových hladin kortizolu (3). U pacientek s mentální anorexií dochází k zásadnímu narušení sekrece luteinizačního a FSH hormonu, je nízká hladina estradiolu. Klinicky je přítomna amenorea (krvácení může být ovlivněno hormonální substitucí). Snížení T4 a volného T3 je adaptací na snížení metabolismu. Není vhodná substituční terapie hormony štítné žlázy.

Osteoporóza

Nízké BMI a dlouhodobý průběh mentální anorexie souvisí s nízkou kostní densitou. Léčba bifosfonáty nebo estrogeny nevede ke zlepšení kostní density u mentální anorexie (4). Proto je důležité zvýšení hmotnosti.

Renální postižení

Na postižení ledvin při PPP se podílí hypokalemie, hypomagnezemie a změny související s abúzem projímadel – metabolická acidóza nebo se zvracením hypochloremická metabolická alkalóza. Při dlouhodobé hypokalemii vzniká kaliopenická nefropatie, může být přítomna urátová nefrolitiáza. Pokud je přítomna hypovolemie, dochází ke stimulaci osy renin-angiotenzin-aldosteron se zvýšením hladiny reninu a aldosteronu a vzniká sekundární hyperalosteronismus. Může být přítomna psychogenní polydipsie. Pacientky s mentální anorexií často pijí denně více než 5 l vody s rozvojem následné polyurie.

Refeeding syndrom (Realimentační syndrom – RS)

Je možná letální komplikace těžce podvyživených při zahájení nepřiměřené nutriční podpory. U mentální anorexie se vyskytuje až ve 28% (5). Klinické a laboratorní příznaky se objevují 3.–7. den po zahájení nutriční podpory. Je přítomna hypofosfatemie < 0,3 mmol/l, klinicky se projevuje paresteziemi, křečemi, narušením svalové kontraktility, postižením dýchacích svalů vede k hypoventilaci. Nízká koncentrace kalia < 3 mmol/l a magnézia < 0,5 mmol/l se spolupodílí na vzniku arytmií a srdeční smrti. Klinicky je u RS přítomna retence tekutin – otoky dolních končetin, městnavá srdeční slabost, respirační selhání, hypertenze, tachykardie, poruchy střevní motility, porucha

vědomí vyustující až v kómatózní stav. Prevencí RS je postupná realimentace, pravidelná kontrola minerálů a parenterální substituce minerálů, zejména kalia, fosforu a magnézia. Součástí nutriční podpory je i parenterální substituce thiaminu a dalších vitaminů, substituce mikronutrientů. Zahájení realimentace u nemocných s těžkou podvýživou musí být vždy zahájeno monitorovaném lůžku a energetický příjem zvyšujeme s ohledem na klinický stav a laboratorní vyšetření. RS nebo pokles minerálů při zahájení nutriční podpory svědčí pro příznivou reakci nemocného na nutriční podporu. Při monitoraci, substituci minerálů a vitamínů se RS nemusíme obávat.

Abúzus

U nemocných s PPP bývá často komplikací abúzus laxativ, diuretik, hormonů štítné žlázy, psychostimulanci, alkoholu nebo drog (zejména budivých aminů), v minulosti i anorektik. Nově se ukazuje velmi rizikové používání tramadolu, které může ovlivňovat snižování chuti k jídlu, tlumí nutkání k přejedení, otupuje prožívání negativních emocí (6). Lékař primární péče nebo internista by měl vždy zvažovat indikaci a délku užívání především u subpopulace psychiatrických pacientů (6).

Poruchy jídelního chování u interních onemocnění

U mladých a vnímavých jedinců dietní opatření, např. u diabetes mellitus I. typu, celiakie, idiopatického střevního zánětu mohou vést

k rozvoji sekundárního anorektického chování. Zatímco základní onemocnění je v remisi, vzniká sekundární porucha příjmu potravy s přísnými dietními opatřeními, která jsou obhajována přítomností základního onemocnění. Ve své klinické praxi se setkávám s mladými ženami s idiopatickým střevním zánětem, které odmítají teplé jídlo, mají jednotvárný jídelníček s energetickou restrikcí. Tato dietní opatření odůvodňují přítomností základního onemocnění, které je často v remisi, a nízké BMI spolu s nadměrnou fyzickou aktivitou s důrazem na štíhlost řadí nemocnou spíše k diagnóze PPP. Typický je odmítavý postoj ke změně stravovacích návyků a neakceptovatelnost psychiatrické léčby.

Interní onemocnění s poklesem hmotnosti

Diagnóza PPP není jednoduchá. Je neomluvitelnou chybou každé mladé ženě s poklesem hmotnosti přisoudit diagnózu poruchy příjmu potravy. Za nízkým BMI a neprospíváním se mohou skrývat vzácná metabolická onemocnění, např. MMGIE, poruchy polykání u systémových nebo neurologických onemocnění, malignita či vznik endokrinního onemocnění. Má-li všeobecný internista pochybnosti o diagnóze PPP, může odeslat pacientku současně na psychiatrickou a nutriční ambulanci. Zejména u mladých můžu je při mentální anorexii doporučeno neurologické vyšetření a NMR za účelem vyloučení nádoru CNS. Onemocnění spojené pokle-

sem hmotnosti např. idiopatický střevní zánět, celiakie, diabetes mellitus I. typu, plicní tuberkulóza se vyznačuje většinou specifickými klinickými a laboratorními příznaky. Podrobná komplexní anamnesa a základní biochemické vyšetření je nutné. U PPP je nutná multioborová spolupráce.

Literatura

1. Phiney SD, Halsted Ch. Obezity, anorexia nervosa and bulimia. In: Sleisenger and Fordtrans's Gastrointestinal and Liver Disease. Pathophysiology, Diagnosis, Management 6th ed. 1998; 1: 278–297.
2. Svačina Š, et al. Poruchy metabolismu a výživy. Galén 2010.
3. Papežová H. Spektrum poruch příjmu potravy-interdisciplinární přístup. Grada 2010.
4. Sobotka L. Basics in clinical Nutrition, Fourth Edition, Editor – 3in.Chief, Galén 2011.
5. Ornstein, Golden, Jacobson, Shenker. Hypophostatemia during nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: implications for refeeding and monitoring J. Adolex Health 2003; 32: 83–88.
6. Psychiatrie pro praxi, suppl. B 2013. Závislost na analgetikách u poruch příjmu potravy Holanová P, Papežová H. Sekot M Psychiatrická klinika 1LF UK a VFN Praha ročník 22.

Článek přijat redakcí: 2. 5. 2013

Článek přijat k publikaci: 26. 5. 2013

MUDr. Eva Meisnerová

IV.interní klinika VFN

U Nemocnice 2, 128 00 Praha 2

meisnerova.e@seznam.cz
