



# Aspekty gastrologiczne w jadłowstręcie psychicznym

*Iwona Sakowska-Maliszewska*

**Poradnia Gastrologiczna dla Dzieci**

**Centrum Pediatrii Sosnowiec**

**ZWPS Katowice**

Zaburzenia odżywiania :

- jadłowstręt psychiczny (14-18rż)
- bulimia (powyżej 18rż)
- formy mieszane, czyli zaburzenia spożywania posiłków niezdefiniowane gdzie indziej
  - łąpczywe spożywanie pokarmów bez kompensacyjnego wywoływania wymiotów lub biegunki
  - zespół nocnego spożywania pokarmów
  - zespół przeżuwania
  - zespół wymiotów psychogennych



# Anoreksja. Bulimia

W celu redukcji masy ciała wykorzystuje się

- redukcja spożycia energii
- tabletki redukujące apetyt
- środki przeczyszczające
- leki wymiotne
- leki moczopędne
- inne sposoby (często niesprawdzone substancje sprzedawane jako leki)



# Kryteria rozpoznawania anoreksji

- 1. **Obsesyjna potrzeba redukcji masy ciała z towarzyszącymi zaburzeniami cyklu miesięcznego** (brak miesiączki może wyprzedzić nawet o rok widoczny ubytek masy ciała).
- 2. **Manipulowanie dietą** (rezygnacja z tłuszczów i węglowodanów, duża ilość warzyw, dieta monotonna).
- 3. **Zaburzenia proporcji masy ciała do wzrostu** (niska masa ciała, wzrost prawidłowy).
- 4. **Zaburzona samoocena własnego ciała** (obsesyjne oglądanie ciała )
- 5. **Wzrost aktywności fizycznej** (przymus, konieczność ćwiczenia po każdym posiłku)
- 6. **Częste ważenie się.**
- 7. **Pogorszenie się nastroju oraz wyników w nauce/pracy.**

Charakterystyczne jest **zamiłowanie do gotowania i podawania posiłków** rodzinie, jak również zainteresowanie publikacjami o dietach i przepisach kulinarnych.



# Kryteria diagnostyczne bulimii

- 1. **Niekontrolowane spożywanie w krótkim okresie dużych objętościowo posiłków.**
- 2. **Uciekanie się do czynności, mających na celu zachowanie niskiej masy ciała**, takich jak: wymioty, stosowanie leków przeczyszczających, leków moczopędnych oraz intensywnych ćwiczeń fizycznych.

*Oprócz „klasycznej” anoreksji lub bulimii, czasem obserwuje się niespecyficzne zaburzenia odżywiania, które charakteryzują się współwystępowaniem cech obu wymienionych schorzeń. Jest to tzw. **bulimioreksja**. Często przyjmuje ona postać naprzemiennego występowania anoreksji i bulimii.*



# Różnicowanie anoreksji i bulimii

- **zaburzeniami endokrynologicznymi:**
  - niewydolność nadnerczy – choroba Addisona
  - choroby tarczycy – niedoczynność i nadczynność
  - niedoczynność przysadki mózgowej
  - cukrzyca
- **zaburzeniami gastrologicznymi:**
  - zapalenie jelit
  - choroba wrzodowa
  - refluks żołądkowo-przełykowy
  - zapalenie przełyku
  - achalazja
  - atonía jelit



# Różnicowanie anoreksji i bulimii

- **zaburzeniami neurologicznymi i psychiatrycznymi**  
(maski anoreksji):  
nadciśnienie śródczaszkowe  
guzy i pseudoguzы ośrodkowego układu nerwowego  
depresja, nerwice lękowe, obsesje
- **zaburzeniami odżywiania w chorobie nowotworowej**
- **przewlekłymi infekcjami**  
(gruźlica, wirusowym zapaleniu wątroby, AIDS)
- **chorobami układowymi**  
(toczeń układowy, reumatoidalne zapalenie stawów).



## Konsekwencje:

- Zaburzenia kardiologiczne
- Zaburzenia neurologiczne
- Zaburzenia endokrynologiczne
- Zaburzenia gastrologiczne





# Zaburzenia kardiologiczne

- bradykardia, niskie ciśnienie tętnicze
- komorowe oraz przedsionkowe zaburzenia rytmu
- nieprawidłowe załamki QT
- zaburzenia funkcji mięśnia sercowego
- zmniejszenie masy mięśnia sercowego
- wypadanie zastawek serca.



# Zaburzenia neurologiczne

- atrofia kory mózgowej
- spadek objętości płynu mózgowo-rdzeniowego
- zmniejszenie ilości istoty białej i szarej mózgu.
- testy psychologiczne odbiegają od normy
- trudności w uczeniu się, zapamiętywaniu
- osłabiona koncentracja uwagi.

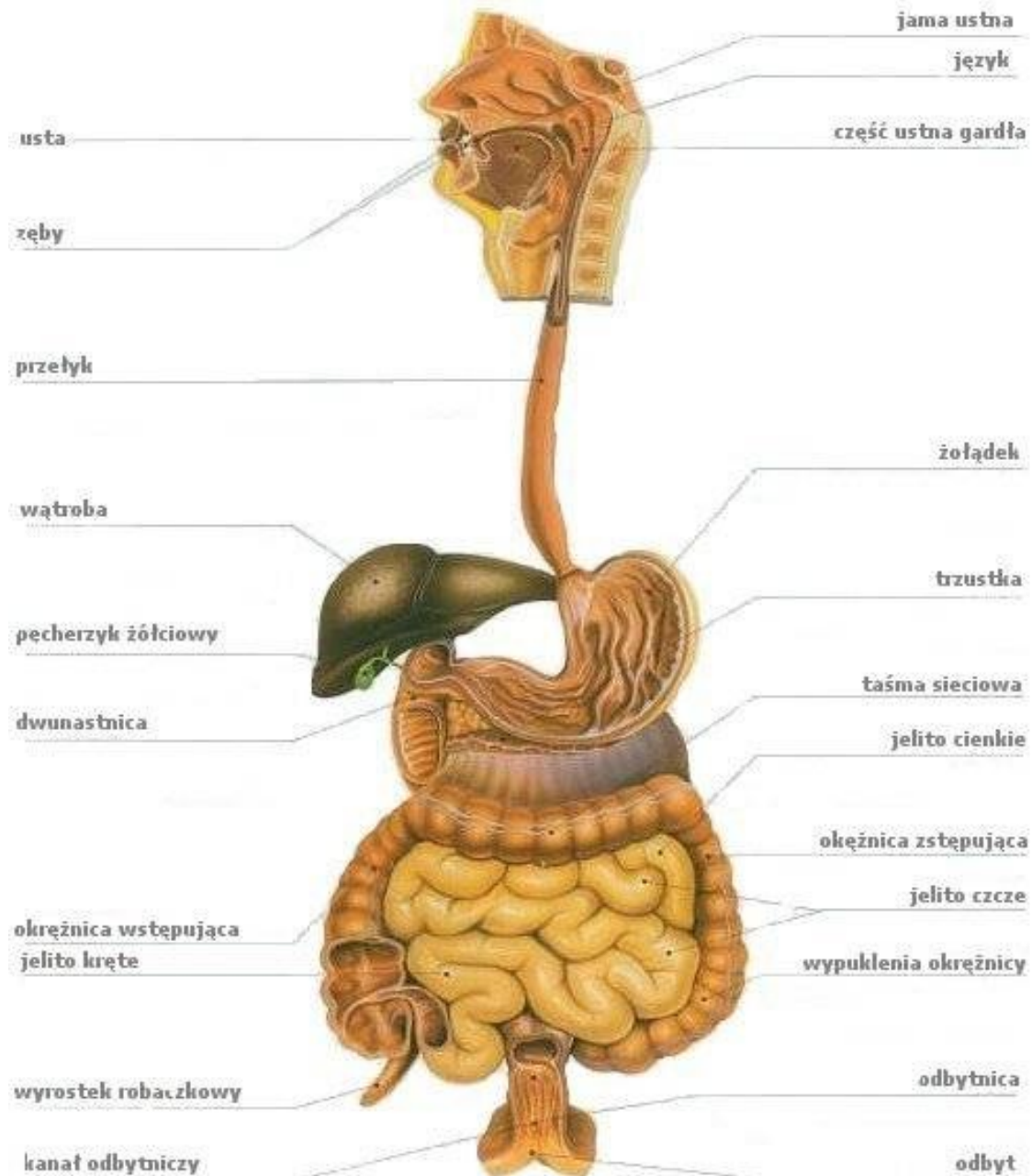


# Zaburzenia endokrynologiczne

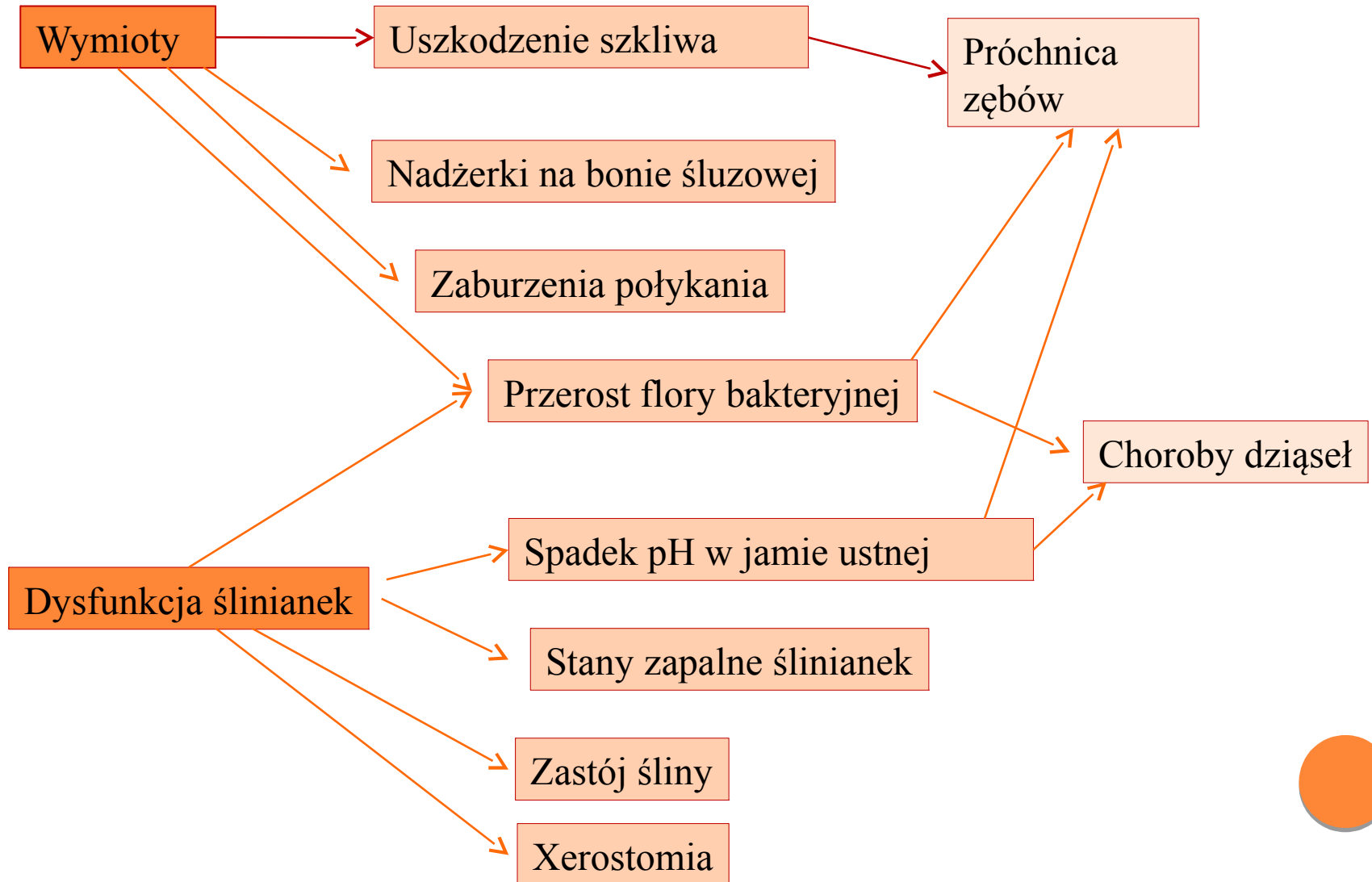
- zaburzenia metabolizmu kortyzolu (wysoki poziom krążącego kortyzolu bez wyglądu cushingoidalnego - prawdopodobnie oporność na kortyzol)
- zaburzenia regulacji produkcji leptyny
- zaburzenia objętości płynów oraz poziomu elektrolitów
- zaburzenia funkcji tarczycy (niedoczynność - utrata włosów, sucha skóra, hypotermia, bradykardia)
- stany hipoglikemii (autokanibalizm)
- zaburzenia funkcji płciowych
- osteoporoza (zaburzenia metaboliczne, wysoki poziom kortyzolu)



# Zaburzenia gastrologiczne



# Jama ustna

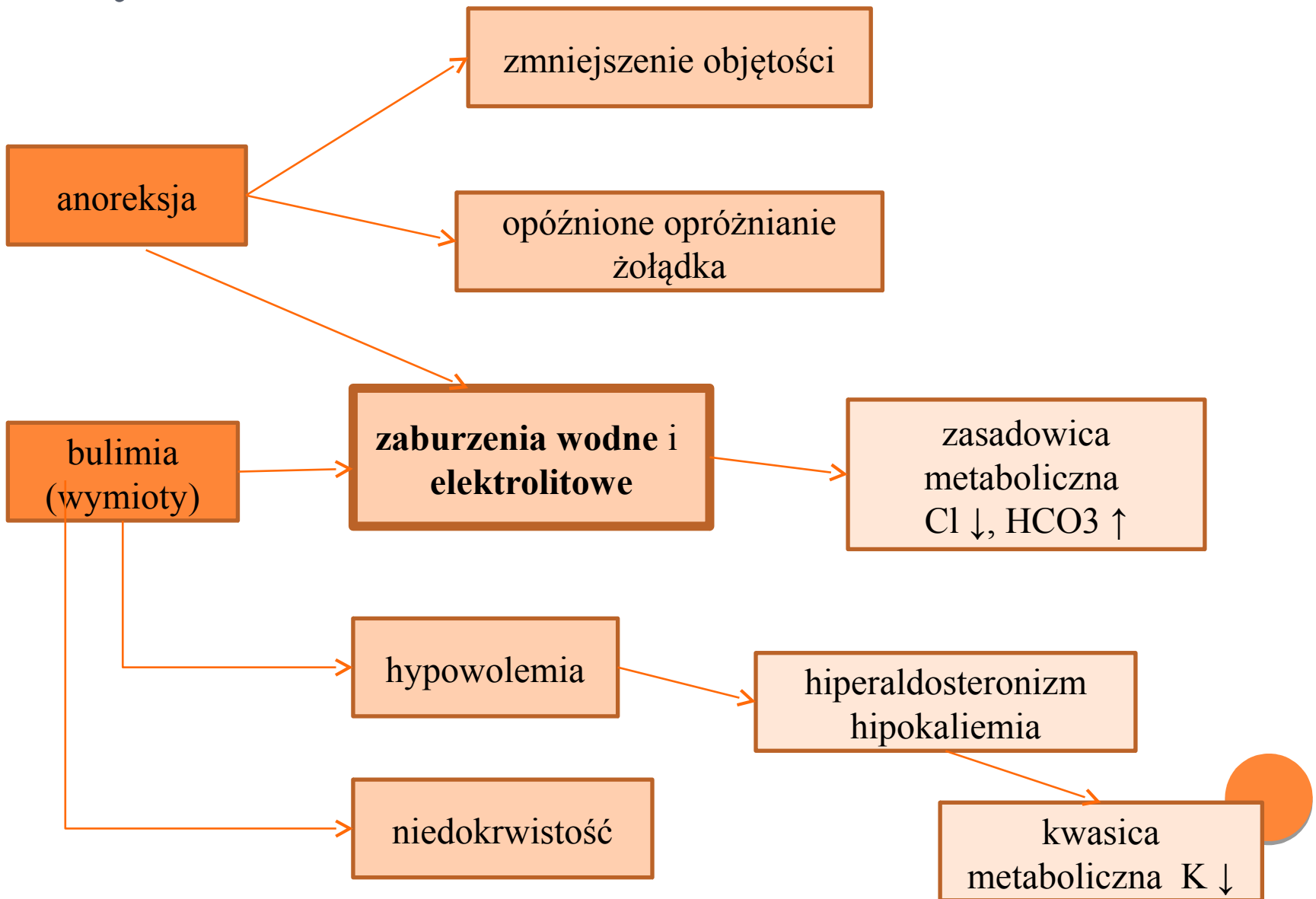


# Przełyk

- Refluksowe zapalenie przełyku
- Zaburzenie perystaltyki przełyku



# Żołądek



# Zaburzenia metaboliczne jako skutek zaburzeń elektrolitowych i hipowolemii

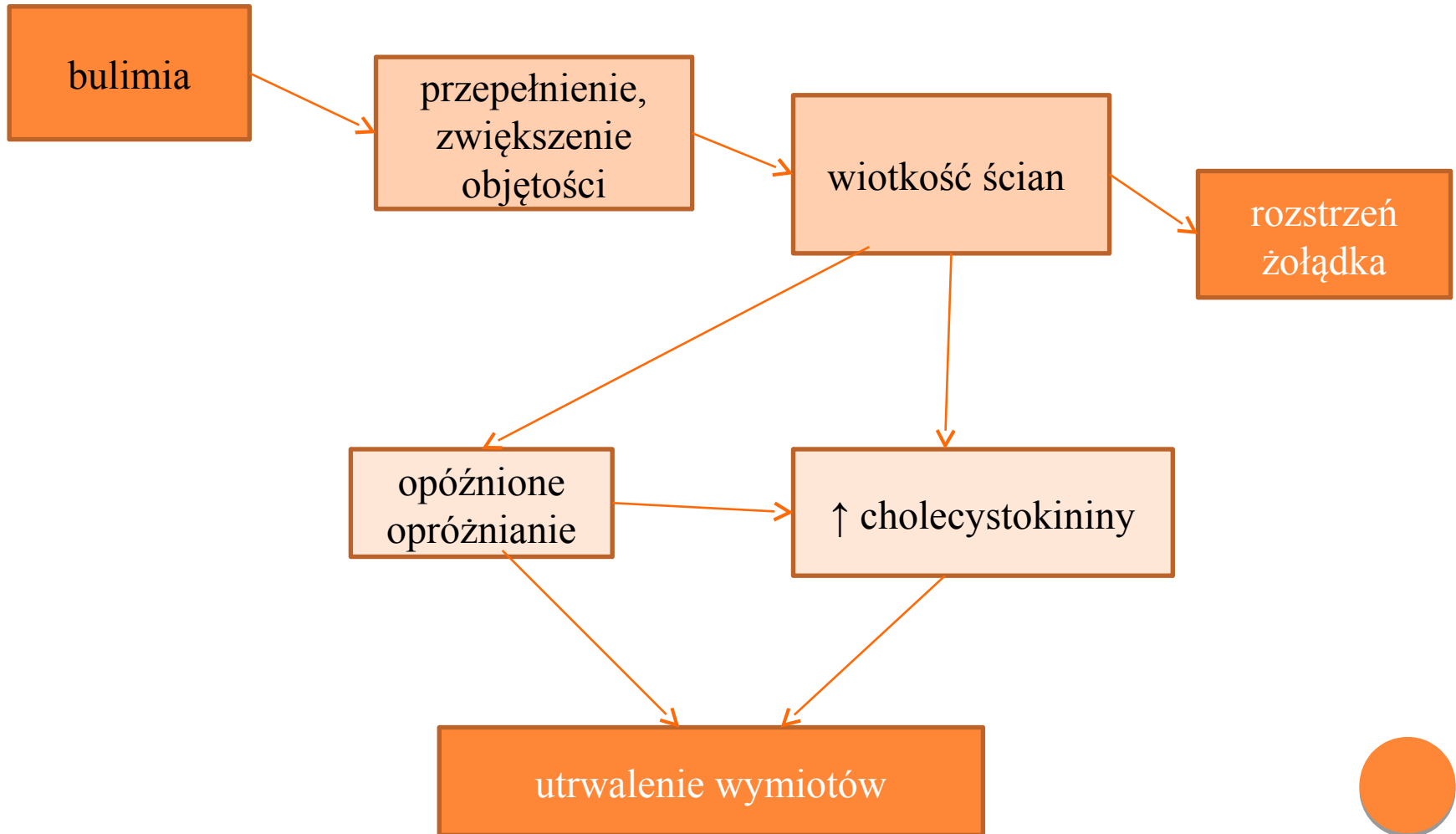
- Uogólnione lub miejscowe obrzęki kończyn dolnych
- Dusznosc, zaburzenia rytmu serca, spadek ciśnienia tętniczego
- Zmniejszony wyrzut serca, słabo wyczuwalne tętno, słabo słyszalne tony serca
- Rozdęcie brzucha, niedrożność porażenia jelit,
- Neuropatie, objawy psychoorganiczne, zaburzenia świadomości
- Stałe lub nasilone pragnienie, zwiększona ilość produkowanego moczu
- Miopatia, napady drgawkowe i kurcze mięśniowe





# Żołądek

cd



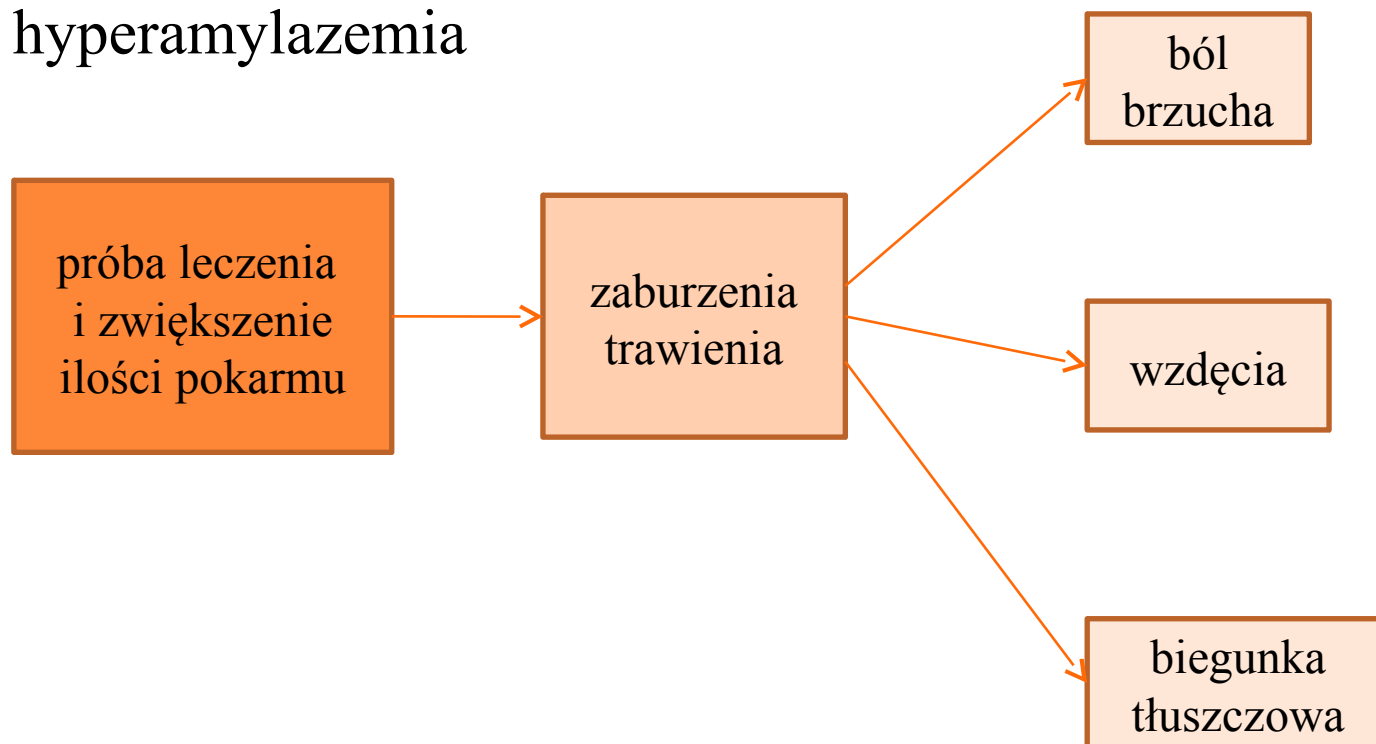
# Jelita

- zaparcia nawykowe
- szczeliny oraz pęknięcia odbytu
- u osób stosujących środki przeczyszczające:
  - wypadanie odbytu
  - zaburzenia elektrolitowe
  - odcinkowe poszerzenie okrężnicy
  - melanoza
  - nagłe odstawienie – obrzęki z odbicia
- bulimia – wzdęcia, uczucie pełności



# Trzustka

- zanik i włóknienie trzustki
- hyperamylazemia



# Leczenie

- Wykluczenie chorób przewodu pokarmowego
- Współpraca psychiatry, gastroenterologa i dietetyka
- Leki objawowe:
  - hamujące wydzielanie żołądkowe
  - rozkurczowe
  - przeciwwzdęciowe
  - ułatwiające trawienie
  - regulujące wypróżnianie stolca i opróżnianie żołądka





# Przypadek I

# Wywiad

**S.Z. dziewczynka, 12 lat**

- Wymioty od ponad roku
- Leczona jako bulimia



# Badanie fizykalne

- Znaczne wychudzenie,  
ostatni miesiąc ubytek 1,5kg
- masa ciała 25,8 kg ( $\ll 3pc$ ),
- wzrost 140cm ( $< 3pc$ );
- BMI 13,8 ( $\ll 3pc$ )



## Badania laboratoryjne

○ OB. 10

○ Hb 13,8    MCV 82,4  
Ht 39    pł. 256 tys

E 4,73

L 3,8    S 49    L 43    M 5    E 3

○ TSH            2,2                    AlAT    27

glukoza    79,0                    GGTP    23

kreatynina    0,6                    Fe        65





## Badania laboratoryjne cd

○ amylaza w moczu 564 U/l (↑)

○ kał na krew utajoną ujemny

○ białko całk. 6,8 g/l

alb. 52,6%

glob.α1 4,6%

glob.α2 11,1%

glob.β 17,2%

glob.γ 14,2%



# Gastroskopia

- Wsuniecie endoskopu wywołało **natychmiastowe wymioty** a właściwie **bardzo obfite ulewanie** mętną treścią płynną z domieszkami pokarmów stałych sprzed kilkunastu godzin.
- Szybki, możliwy do wykonania ogląd sugerował duże **poszerzenie przełyku**.



# RTG gopp

- Przełyk poszerzony.
- Wpust zwężony.

Zawiesina barytowa  
w niewielkich porcjach,  
strzykami przechodzi do  
żołądka.



# Rozpoznanie

## ○ Achalazja wpustu

### ○ Def.:

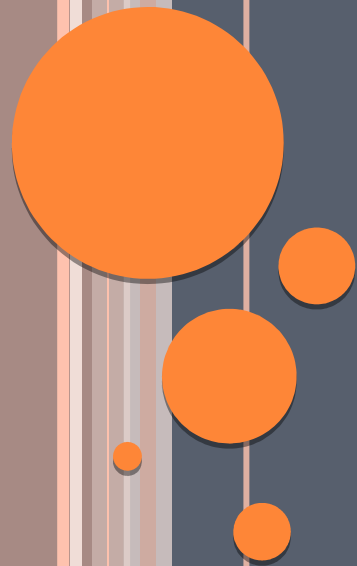
Pierwotna choroba motoryczna przełyku o niejasnej etiologii, z podwyższonym ciśnieniem spoczynkowym i upośledzeniem rozkurczu LES oraz brakiem pierwotnej fali perystaltycznej przełyku.



# Leczenie

- Zabieg operacyjny:  
kardiomiotomia Hellera





## Przypadek II

# Wywiad

- **S.A. pacjentka 17lat**
- Leczona jako naprzemienne występowanie anoreksji i bulimii
- Ostatnio wymioty codziennie, dodatkowo pojawiły się bóle brzucha i zgaga, zaparcia



# Badanie fizykalne

- Masa ciała 45kg (3pc)
- Wzrost 164 cm (50pc)
- BMI 16,6 (<3pc)
  
- Tkliwość w nadbrzuszu środkowym, wysoko pod mostkiem





# Badania laboratoryjne

- Morfologia:

Hb 13,0 g/l

PLT 417 tys

Ht 38 %

rozmaz prawidłowy

E 4,12 mln

L 6,0 tys

TSH 1,86 uIU/ml

Ca 10,4 mg/dl

cukier 71 mg/dl

**Mg 1,84 mg/dl**

AlAT 16 U/l

Fe 98 ug/dl

GGTP 21 U/l



# Badania laboratoryjne

○ Białko całkowite 78 g/l

○ Proteinogram:

albuminy 59,8%

glob.  $\alpha$ 1 2,5%

glob.  $\alpha$ 2 12,9%

glob.  $\beta$  9,5%

glob.  $\gamma$  15,3%

Profil lipidowy:

TC 214 mg/dl

HDL-C 58 mg/dl

LDL-C 136 mg/dl

TG 100 mg/dl

○ Kał na stopień strawienia: skrobia nb

tłuszcz-poj.kule

pH 5



# Gastroskopia

- Przelyk - nad wpustem zaczerwieniona błona śluzowa. Wpust ziejący, w inwersji duża nieuszczelność. Dno i trzon żołądka bez zmian. Zaleganie obfitego jeziora śluzowego podbarwionego żółcią. Antrum żołądka bez zmian. Opuszka i część pozaopuszkowa dwunastnicy bez zmian.

*Bad.hist-pat:*

*Dwunastnica – status normalis, żołądek – Hyperaemia mucosae.*

*przelyk – mucosa normalis*

- Wniosek: **Zapalenie przelyku. Choroba refluksowa.**



# Elektrogastrografia

- Na czczo zapis prawidłowy- normogastria 100%
- Po posiłku – brak poposiłkowego wzrostu PDF (częstotliwości rytmu wiodącego)
- Zamiast oczekiwanego poposiłkowego wzrostu PDP (moc rytmu wiodącego) jest mniejsza niż na czczo.
- W zapisie poposiłkowym udział normogastrii mieści się w normie tj. > 70%



# Rozpoznanie

- **Bulimia.**
- **Zapalenie przełyku**
- **Zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego w przebiegu bulimii.**



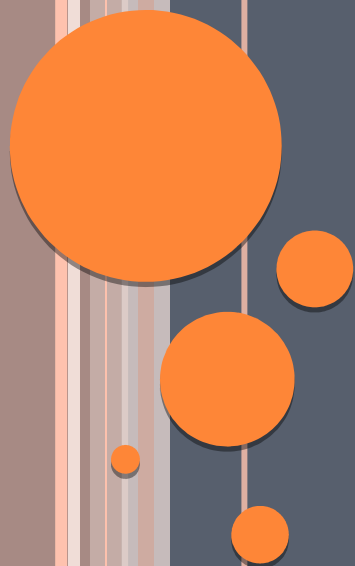
# Leczenie

- **Stale leczenie psychiatryczne**
- IPP- inhibitory pompy protonowej
- Prokinetyk – cisaprid

*Efekt leczenia dobry, każde zaprzestanie ich brania...  
przy wymiotach nadal 1 x w tygodniu  
skutkowało nawrotem dolegliwości*

- Leki zwiększające objętość masy kałowej
- Leki żółciopędne i ułatwiające trawienie





## Przypadek III

# Wywiad

- **R.N. pacjentka lat 11,5**
- „od zawsze” zaburzenia odżywiania, ale gwałtowne pogorszenie w ciągu 1-2miesiący przed wizytą, znaczny ubytek masy ciała
- Bóle brzucha, często związane z nastrojem
- Zamknięta w sobie, istotne problemy w rodzinie





## Badanie fizykalne

- Cechy wyniszczenia, brak tkanki podskórnej  
masa ciała 25,8 kg ( $\ll 3pc$ )  
wzrost 139 cm (10pc)  
BMI 13,3 ( $< 3pc$ )
- Brzuch palpacyjnie miękki, bez organomegalii,  
bez tkliwości



## Badania laboratoryjne

- OB. 6/h

- Morfologia:

Hb 14,8 g/l                      MCV 80

Ht 43%                              PLT 220 tys.

E 5,3 mln

L 8,2 tys

- glukoza 83 mg/dl

AlAT 12 u/l

**TC 280 mg/dl**

GGTP 13,7 u/l

Fe 105,2 ug/dl

amylaza 98,2 u/l



## Badania laboratoryjne

○ TSH 3,43 uIU/ml

fT4 1,46 ng/dl

○ IgA 1,36 g/dl

IgAtTG 0,06

Białko całk. 83,9 g/l

proteinogram:

albuminy 62,4%

glob.α1 2,5%

glob.α2 13,4%

glob.β 10,7%

glob.γ 11,0%



# Rozpoznanie psychiatryczne

○ **Dgn. Depresja**



# Leczenie

- Psychoterapia
- IPP – Inhibitor pompy protonowej – ustąpienie bólów brzucha
- Ciproheptadyna (Peritol) – poprawa apetytu i znaczny przyrost masy ciała





Dziękuję za uwagę