

Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

DOPORUČENÉ POSTUPY PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3

Reg. č. o/038/125

Anorexia nervosa, bulimia nervosa

Autor: prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.

Gesce: Psychiatrická společnost ČLS JEP

Oponenti: Doc. MUDr. M. Hrdlička, CSc.
MUDr. Bohumil Skála

Poruchy příjmu potravy (PPP) představují kontinuum patologického jídelního chování mezi nejzávažnějšími klinickými jednotkami, Anorexia Nervosa (AN) a Bulimia Nervosa (BN). Jedná se o **multifaktoriálně podmíněné onemocnění**, které by mělo být chápáno v **celém biopsychosociálním kontextu**. Současný výzkum se vrací k neurobiologickým faktorům: genetickým determinantám, neurobiologii jídelního chování, kontroly váhy, stresu. Jednoduché psychosociální, rodinné ani biologické modely příčinu toto komplexního onemocnění nevysvětlují. Proto nelze přistupovat ani k posuzování a léčbě PPP s jednostrannými koncepcemi. Péče má být komplexní, s důrazem na koordinaci **adekvátních, diferencovaných postupů** (7).

PPP definujeme **podle MKN 10**. DSM-IV klasifikace dělí AN na restriktivní a purgativní (se zvracením a jinými kompenzačními mechanismy) a jasněji vymezuje přejídání a zvracení u BN. **Incidence i prevalence PPP výrazně stoupla** ve světě i u nás a ovlivnila dostupnost adekvátních zařízení i hledání nových forem léčby (např. svépomocných programů). **Celoživotní prevalence u žen je udávána 0,5% u zúžených a až 3,7% u širších kriterií pro AN a 1.1-4.2% u BN** (8). **Anorexia nervosa F50.0** je především charakterizována snižováním váhy, které si *pacientka úmyslně způsobuje a udržuje sama*. Vyskytuje se v 90-95% u dospívajících dívek a mladých žen, vzácněji u mladých chlapců a mužů, dětí před pubertou a starších žen. Klinické rysy syndromu u **spolupracující pacientky nebo rodiny lze poznat snadno**. Diagnóza je spolehlivá při splnění **všech diagnostických vodítek**: a) Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou váhou (ať již byla snížena nebo jí nikdy nebylo dosaženo) nebo Queteletův index hmoty těla (body mass index): *BMI váha (kg) /výška (m)² je 17.5 nebo méně*. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek. (b) *Pacientka si snižuje váhu sama*, dietami, vyprovokovaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxantiv či excesivním cvičením. (c) *Specifická psychopatologie spočívá v přetrvávajícím strachu z tloušťky při výrazné podváze, zkreslených představách o vlastním těle a ve vtíravých, ovládacích myšlenkách na udržení nízké váhy*. (d) *Rozsáhlá endokrinní porucha, hypothalamo-pituitární-gonádové osy u žen amenorhea (s výjimkou vaginálního krvácení při užití hormonální antikoncepce), u mužů ztráta sexuálního zájmu*. (e) Při začátku před pubertou, je *puberta opožděna nebo zastavena* (růst, vývoj prsou, primární amenorhea, dětské genitály u chlapců). Po uzdravení dochází k jejímu normálnímu dokončení, i když menarché může být opožděna. **F50.2 Mentální Bulimie** začíná později a často se z MA vyvíjí. Je charakterizována *opakovanými záchvaty přejídání a přehnanou patologickou kontrolou tělesné váhy*. (a) Neustálým zabýváním se jídlem, neodolatelnou

touhou po jídle, přejídáním s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby. (b) *Snahou potlačit výkrmný účinek jídla* jedním (nebo více) způsoby: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, hladovkami, anorektiky, diuretiky, thyreoidálními preparáty, laxativy, u diabetických pacientů manipulací insulinovou léčbou. Restriktivní a bulimické subtypy se mohou střídát. (c) *Specifická psychopatologie* spočívá v chorobném strachu z tloušťky, pacientka má váhový práh nižší než premorbidní váha (optimální či zdravá). ***U atypických forem AN (F50.1) a BN (F50.3) chybí jeden i více klíčových rysů, ale jinak vykazují typický klinický obraz nebo všechny symptomy v mírném stupni (více v konsiliární a primární péči).*** ***Ke specifickým problémům v práci s PPP patří nedostatek náhledu a motivace k léčbě.*** To často přispívá k prodlení v léčbě a většímu riziku chronifikace. První kontakt s nemocnými má nejčastěji praktický lékař, pediatr nebo gynekolog (viz schéma), kteří hrají nezastupitelnou roli v diagnostice i dalším léčebném postupu, zvláště u pacientek, které odmítají jakýkoliv kontakt s psychologicko-psychiatrickou návaznou péčí (podobně jako u některých dalších psychiatrických poruch, např. somatoformních poruch). Na PPP má *pomyslet především* při výskytu podváhy, či váhových výkyvů a jejich výše uvedených následků, u populace rizikové z hlediska věku (adolescenti a mladé dívky), povolání (modelky, tanečnice, sportovkyně), či při životním zaměření na zdravou stravu a výkon. ***Jednoduché ověřovací, časově nenáročné kritérium, bohužel neexistuje. Multidimensionální vyšetření*** někdy vyžaduje i více hodin (somatické vyšetření, získání objektivní anamnézy, kontakt s rodinou, doporučení psychologicko-psychiatrického vyšetření). Postup je třeba přizpůsobit somatickému stavu nemocné, její osobnostní zralosti a motivaci. ***Vyšetření somatického stavu*** má být komplexní a rychlé. Důležitá je úplná anamnéza ke stanovení rizika dalších komplikací. Fyzikální vyšetření se zaměřuje především na kardiovaskulární systém a stav metabolismu. Znamky zvracení jako zduření glandula parotis či mozol na hřbetě ruky pomohou u pacientek, které zvracení popírají. *Názory na rozsah laboratorního vyšetření se v literatuře liší.* Důležitý je především kompletní krevní obraz a biochemické vyšetření, především elektrolyty, natrium, kalium, kalcium a magnesium (u těch, které zvracejí, užívají laxativa a diuretika s největším rizikem srdeční arytmie). Nezbytné je EKG vyšetření s následnou kardiologickou konzultací v případě potřeby. ***Vážné komplikace*** mohou nastat při hypofosfatemii, navozené rychlou realimentací především uhlohydráty (může vést k deliriu, srdečnímu selhání i náhlé smrti) a hypoproteinemii (nízké hladiny albuminu se zdají nejlepšími biochemickými prediktory nepříznivého průběhu). Dále jsou sledovány jaterní testy, amylázy, thyreoidální funkce, k vyloučení hyperthyreózy a glukózy k vyloučení diabetes mellitus. Někdy je důležité zjistit hladiny thiaminu (vitamin B1, může být nižší až u

38% pacientek), a B12 a folátu při dlouhodobém průběhu. Literatura o klinickém přínosu rutinně vyšetřované kostní density je nejednotná a léčba osteoporózy a osteopenie u AN estrogeny ani kalcium není spolehlivě účinná. U BN jsou důležitá stejná vyšetřovací schéma jako AN, především u vyhublých pacientek. EKG i zde pomůže zjistit důsledky elektrolytové dysbalance ze zvracení diuretik a laxativ *U dětí a mladších adolescentů* (3) je nutné uvědomit si ohrožení zpožděním či zastavením růstu, puberty a rozvoje kostí, také riziko dehydratace je větší. Proloužení intervalu QT na EKG může být u mladších jedinců známkou závažnosti onemocnění. Měření a posuzování tukové tkáně a dalších nutričních parametrů má být pečlivě srovnáno s normami. Jaterní steatóza může být známkou malnutrice, po realimentaci ustoupí. Byl popsán nedostatek zinku (v USA je vitaminoterapie a substituce minerálů je součástí standardní léčby, zvláště u mladších jedinců). **Komplexní vyšetření** spočívá vedle hodnocení *nutričního stavu a somatických komplikací*, v posouzení *jídelní patologie* (zúžení výběru potravin, vynechávání a preference jídel, rychlost konzumace jídla, záchvaty přejídání, vyvolávající faktory a frekvence, neschopnost jíst na veřejnosti apod.), *kompenzačních mechanismů* (užívání léků a jejich množství, cvičení a jeho frekvence), celkové *psychopatologie, obsedantně kompulsivní symptomatiky* (*rituály kolem jídla a nutkavé myšlení na jídlo*), *motivace k léčbě* (*ochota spolupracovat na nárůstu váhy a změně jídelního režimu*), *zralosti osobnosti a psychiatrických komorbidit* (*deprese, zneužívání návykových látek*), *sociální a rodinné situace i dostupnosti léčby*.

Lékař primární péče by měl po vyloučení jiného tělesného onemocnění sdělit pacientce i rodině podezření na diagnózu PPP a poskytnout jí základní informace o **diferencované léčbě** a důsledcích onemocnění. Bylo vhodné mít k dispozici svépomocný manuál nebo doporučit literaturu. V ordinaci praktického lékaře může být dívka pravidelně vážena a kontrolována, odmítá-li jiný kontakt nebo není-li jiný dostupný a předem dohodnuta změna přístupu, nebude-li tento úspěšný. Ke stanovení adekvátního, dobře **koordinovaného**, individualizovaného léčebného plánu, má být **konzultován psychiatr** (8). Důležité je navodit a udržet kvalitní terapeutický vztah, spolupráci s dalšími klinickými pracovníky (nutriční poradenství, interní, endokrinologické i gynekologické, stomatologické konzultace) a přizpůsobit postup závažnosti somatického a psychického stavu, bezpečnosti léčby i spolupráci rodiny. Zvláště u dětí a mladších adolescentů je důležité přizpůsobit postup kognitivním schopnostem. **Cílem léčby u AN** je především nutriční rehabilitace, a) navození normální váhy, k obnovení reprodukčních funkcí-menstruace a normální ovulace u žen, normálního sexuálního citění a hormonálních hladin u mužů a normálního tělesného růstu a sexuálního vývoje u dětí a adolescentů a k zastavení demineralizace kostí), b) odstranění

biologických i psychologických následků malnutrice, c) zvýšení motivace ke spolupráci na terapii d) psychoedukace o zásadách zdravé výživy a následcích hladovění a diet, e) stanovení a dosažení „zdravé“, cílové váhy, týdenního nárůstu váhy (součást písemné smlouvy pacientky s terapeutem), f) změna maladaptivního myšlení, postojů a pocitů týkajících se příjmu potravy, g) a léčba další psychopatologických projevů, poruch nálady, sebehodnocení a chování h) podpora rodiny nebo partnerů, zajištění poradenství nebo terapie v indikovaných případech a ch) prevence relapsu (8). Pouhá realimentace beze změny postojů k jídelnímu režimu má většinou krátkodobý efekt. **Při léčbě BN** je základním cílem a) redukovat přejídání a zvracení, b) akceptovat individuálně stanovenou optimální váhu pro dosažení fyziologické a emoční stability, c) nastolit pravidelnou a pestrou stravu, minimalizovat různé diety (vhodné nutriční poradenství) a d) volit adekvátní tělesnou zátěž. I u BN pracujeme s dalšími psychopatologickými symptomy, které mohou souviset s tématy e) osobního vývoje, hledání vlastní identity, f) sebehodnocení zúženého pouze na vlastní váhu a tělesné tvary g) s problémy sexuality, kontroly vlastní agresivity a emocí, akceptace ženské či mužské role, rodinnou situací a způsoby zvládání stresu a řešení problémů (6). *V primární péči* lze řešit především somatickou problematiku a pacientce postupně doporučit další léčebné kroky, dle výsledků léčby i spolupráce i dostupnosti specializovaných programů.

Nutriční rehabilitace je nutná u všech vážně podvyživených pacientek. Ideální nárůst váhy je 1,0-1,5 kg u hospitalizovaných a 0,5 kg u ambulantních pacientek. Kalorický příjem je doporučen zprvu 1000-1600 kcal/den a postupně zvyšován, ve fázi zvyšování váhy by měl dosáhnout až na 70-100kcal/kg/den, v udržovací 40-60kcal/kg/den. Vyšší kalorický příjem může znamenat vyšší metabolický obrát, ale pátráme i po zvracení, vyhazování jídla, zvýšené tělesné aktivitě a motorickém neklidu. Při realimentaci sledujeme příjem a výdej potravy i tekutin, elektrolyty, edémy (při rychlém nárůstu váhy, souvisejícím s nadměrným pitím), riziko srdečního selhání, symptomy GIT (obstipace, nadýmání, dyspepsie). U dětí pod 70% standardní váhy je monitorování srdeční činnosti užitečné v noci. **Předání do odborné psychiatrické péče** závisí na znalosti onemocnění lékaře primární péče, schopnosti a ochotě navázat kvalitní kontakt s pacientkou a rodinou a flexibilně volit ve spolupráci s psychiatrem a psychologem další postup, dle vývoje onemocnění a přístupnosti specializované péče. **Specializovaná psychoterapeutická intervence** během akutní realimentační fáze je problematická. Pacientka však má být poučena (již v primární péči) o charakteru nemoci, o vztahu hladovění k psychickým i somatickým symptomům (*psychoedukace*). *Motivační terapie* může být použita na vytvoření terapeutického vztahu a zvýšení motivace po konzultaci s odborníkem (8). Samotná psychoterapie u vážně podvyživených pacientek je

nedostatečná, **doporučujeme ji při postupném nárůstu váhy**. PPP jsou vykládány na základě mnoha teorií: (psychoanalytické, psychodynamické, kognitivní, rodinné, sociokulturální, feministické, teorie učení). Žádná nevede k universálně nejúčinnější psychoterapii. *Kvalifikovaná intervence*, podložená znalostmi o psychodynamickém rozvoji konfliktu, kognitivním vývoji jedince, psychologických obranách i komplexnosti rodinných vztahů, může trvat 1 rok až 5-6 let (8). U BN jsou zdůrazňovány pozitivní výsledky **kognitivně behaviorální terapie a behaviorálních technik** (plánování jídel a jejich monitorování pacientkou) a užívání **svépomocných manuálů** (1,5). Další terapeutické přístupy i delší léčba jsou doporučovány u případů **s psychiatrickou komorbiditou, hraniční osobností**, s anamnézou **traumatizace a sexuálního zneužití a posttraumatické stresové reakce**. **Rodinná terapie a poradenství** jsou indikovány především u mladších adolescentů a dětí (6,8). **Farmakoterapie** (2) je často užívána na empirickém podkladě: *antidepresiva* (AD), především SSRI, u AN, kde deprese přetrvává i po zvyšování váhy (nemají být užívána jako jediná či primární terapie) a pro prevenci relapsu, při obsedantně kompulsivní symptomatice *malé dávky neuroleptik*-při symptomech dosahujících psychotické hloubky. *Anxiolytika* podaná před jídlem mohou zmírnit anticipační úzkosti. U BN kontrolované studie ukázaly účinnost AD, imipraminu, desipraminu, trazodonu, phenelzinu a fluoxetinu v redukci bulimické symptomatiky. Kombinace AD s kognitivně behaviorální terapií měla však lepší výsledky než monoterapie. **Současný abusus návykových látek** by měl být léčen první, není-li malnutrice kritická a není-li dostupná terapie pro duální diagnózy. **Svépomocné skupiny** vedené odborníky nebo laiky poskytují podporu pacientům a jejich rodinám a přispívají k primární či sekundární prevenci. **Pacientky s AN** a váhou pod 30% ideální váhy mohou být ambulantně jen při dobré motivaci, kooperativní rodině a krátkém trvání symptomů. Je nutné časté monitorování léčby i váhy (jednou týdně i častěji). Pacientky s výraznou podváhou a fyziologickou nestabilitou, děti a adolescenti vyžadují hospitalizaci. Rozhodnutí o **hospitalizaci na psychiatrickém, interním nebo pediatrickém** oddělení závisí na stavu pacienta i možnostech spádové péče. Začíná se s denními **programy parciální hospitalizace** (pro motivované pacientky, schopné práce ve skupině). U **nekomplikované BN** je hospitalizace nutná zřídka, má být léčena zprvu **ambulantně nebo denním centru**. **Hospitalizaci** doporučujeme u suicidálních pacientek, při současném abusu alkoholu a drog, život ohrožujících somatických komplikacích a u pacientek, u kterých je jídelní režim zcela mimo kontrolu a nelepší se během adekvátní ambulantní léčby. **Po propuštění z hospitalizace má být doporučen dostupný doléčovací program**. Dlouhodobé sledování ukázalo, že 44% pacientek s MA a 27% s BN mělo **dobrou prognózu (remisi)**, 28% MA a 40% BN **neúplnou**

remisi a 24% AN a 33% BN mělo **nepříznivou prognózu**. Pod 5% pacientek s AN zemřelo (časná mortalita). **Mortalita MA**, spojená především se srdeční zástavou a suicidiem se zvyšuje s délkou pozorování (až 20%). Při **chronickém průběhu** pacientky neudrží zdravou váhu, přetrvává u nich patologické zaujetí jídlem a váhou, bulimické symptomy, dystymie, deprese, sociální fobie, obsedantně kompulsivní symptomy nebo zneužívání návykových látek. **Klinický obraz i léčba PPP se rychle vyvíjejí**, proto jsou třeba častá doplnění o nové poznatky.

První kontakt

Pediatr
Praktický lékař
Klinický psycholog

Endokrinolog
Gastroenterolog
Internista

Stomatolog
Gynekolog
Dermatolog



Diagnóza, psychoedukace
Kontrola somatického stavu



Psychiatricko-psychologická péče

Krizová centra

Ambulantní
léčba

Konzultace. Diagnóza.
Návrh DALŠÍ terapie

Hospitalizace
ev. parciální hospitalizace

Svépomocná
skupina

NE

Extrémní malnutrice?
Excesivní zvracení
/laxativa ?
Somatické komplikace
Suicidální tendence

ANO

Hospitalizace JIMP
Realimentace pouze
(Chybí náhled a motivace)

Psychoedukace
Nutriční poradna

Rodinné
poradenství

Kognitivně-behaviorální
terapie

Farmakoterapie
(persistující deprese, výrazná
obsedantně kompulsivní
symptomatika)-antidepresiva
gastrokinetika,
antidopaminergika

Hospitalizace
Realimentace
Psychologicko-psychiatrický
komplexní program

Dlouhodobá terapie

