

NAŠE ZKUŠENOSTI S DIAGNOSTIKOU A LÉČBOU ATYPICKÝCH FOREM MENTÁLNÍ ANOREXIE OLANZAPINEM U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ

MUDr. Mgr. Zlata Baraníková¹, PhDr. Marie Nesrstová²

¹Dětská psychiatrická klinika FN Motol a 2. LF UK, Praha

²2. Pediatrická klinika FN Motol a 2. LF UK, Praha

Cílem práce bylo upozornit na možnost výskytu poruch příjmu potravy jako komorbidit se somatickým onemocněním zejména v oblasti gastrointestinálního traktu. Autorky se ve sdělení zabývají především zejména problematikou atypické formy mentální anorexie a zkušenostmi s její diagnostikou a terapií.

Klíčová slova: mentální anorexie, atypická mentální anorexie, diagnostická kritéria, komorbidita, terapeutické přístupy.

OUR EXPERIENCES WITH DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ATYPICAL FORMS OF MENTAL ANOREXIA IN PEDIATRIC AND ADOLESCENT PATIENTS

The aim of the article is to alert about the possible incidence of food intake disorders as the comorbidity to somatic disease, especially in the area of gastrointestinal tract. Authors discuss mainly the problem of atypical form of mental anorexia and experiences with its diagnosis and therapy.

Key words: mental anorexia, atypical mental anorexia, diagnostic criteria, comorbidity, therapeutic approaches.

Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou závažná onemocnění, zahrnující změny jak v oblasti psychické, tak i somatické. Onemocnění postihuje dívky a ženy mladšího věku, u chlapců a mužů je méně časté.

Rozeznáváme 2 formy onemocnění – mentální anorexii, kterou se budeme v našem sdělení zabývat, a mentální bulimii. Pro mentální anorexii je charakteristické vědomé omezování příjmu potravy s následnou ztrátou hmotnosti. Je spojena s podstatnými somatickými změnami, které vyplývají z déletrvající malnutrice. Některé dívky též zvrací nebo používají laxativa. Často jako komorbidita bývá přítomen depresivní syndrom, obsedantně kompulzivní syndrom, společně s dráždivostí, apatií a mírnou kognitivní poruchou. Dívka přes svou hubenost mívá pocit, že má nadváhu a je tlustá. Onemocnění začíná nejčastěji okolo puberty, poté, co se objeví sekundární pohlavní znaky, např. růst prsů. Dívka dochází k názoru, že je silná, a začne omezovat příjem stravy. V některých případech může být spouštěčem nevhodný výrok členů rodiny nebo spolužáků. Jindy se může na problematice podílet neurovanané rodinné prostředí (8). Psychologové velmi často zdůrazňují, že příčiny těchto nemocí jsou skutečně pouze psychologické, a vztahují je právě k transformaci dívky v ženu.

Z neurobiologického pohledu v pozadí biologické vulnerability je dysregulace a dysfunkce neurotransmiterových systémů. Jak bylo zjištěno, patologické mechanismy jak

neurochemické, tak endokrinologické jsou podobné těm, které provázejí úzkost, chronický stres, psychotické poruchy (12).

Diagnostická kritéria mentální anorexie dle MKN-10

(Mezinárodní klasifikace nemocí)

1. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou hmotností (ať byla již snížena, nebo jí nebylo nikdy dosaženo). Tzv. Queteletův index hmotnosti těla (BMI) činí 17,5 nebo méně. Prepubertální jedinci nesplňují očekávaný váhový přírůstek.
2. Snížení váhy si pacient způsobuje sám. Vyhýbá se jídlům, „po kterých se tloustne“, mívá jeden nebo několik z následujících projevů: vyprovokované zvracení, nadměrné cvičení, užívání laxativ s provokací opakovaných defekací, užívání diuretik, anorektik.
3. Je přítomna specifická psychopatologie, přetrvává strach z tloušťky a zkrácená představa o vlastním těle jako vtíravá, ovládaná myšlenka. Pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu.
4. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-pituitárně-gonádovou osu, která se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence.
5. Jestliže je počátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny a zastaveny. Po uzdravení dochází často

k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je zpožděna.

Pokud je stanovena diagnóza mentální anorexie, měla by být popisovaná kritéria všechna zastoupena. Pokud chybí jeden nebo více projevů, ale jinak je klinický obraz téměř typický, hovoříme o **atypické mentální anorexii** potravy.

Z našich dlouhodobých klinických zkušeností lze rozdělit atypické mentální anorexie do několika skupin:

1. Jde o subklinické příznaky poruch příjmu potravy. Tato oblast je velmi široká. Dívky vykazují problémy v některých, nebo ve všech diagnostických kritériích, avšak intenzita příznaků není velká.

Jedná se o skupinu dívek s hraničním Queteletovým indexem, častým zabýváním se jídlom a strachem z tloušťky. Dívky praktikuji nejrůznější dietní opatření, ale nedochází u nich ke vzniku kachexie. Mnoho dívek se subklinickými příznaky mentální anorexie nacházíme mezi modelkami, gymnastkami, baletkami. Lze sem také zařadit příznivkyň „moderních a zdravých trendů výživy“, např. vegetariánství, veganství, makrobiotiky.

2. Další skupinu poruch příjmu potravy tvoří pacienti, u kterých jsou zesíleny doprovodné psychopatologické syndromy, jako je depresivní a obsedantně kompulzivní syndrom.

3. Třetí skupinu tvoří pacienti, kteří nesplňují diagnostická kritéria, avšak v jednom

nebo několika kritériích jejich obtíže dosahují klinické hloubky. Nejčastěji shledáváme pokles hmotnosti do těžké kachexie.

4. Čtvrtou skupinu tvoří pacienti, u kterých hubnutí nasedá na somatické onemocnění, spojené běžně s nechutenstvím a určitým úbytkem hmotnosti. Hubnutí však pokračuje.

5. Odeznění nemoci – plynule přechází do obrazu atypické mentální anorexie. Pacienti popírají svůj aktivní podíl na snížení hmotnosti. Strach z tloušťky má ale charakter až dysmorfobického bludu.

6. Diagnosticky nejobtížnější je porucha příjmu potravy v podobě atypické mentální anorexie, která se vyskytuje jako komorbidita se somatickým onemocněním, především v oblasti gastrointestinálního traktu (GIT).

Terapie

Léčba atypických forem poruch příjmu potravy nebývá jednoduchá a odvíjí se již od stanovení správné diagnózy. Přístup k pacientům by měl být komplexní, má zahrnovat stránku psychotherapeutickou a dle závažnosti stavu také psychofarmakologickou.

Do naší studie v roce 2003–2004 bylo zahrnuto 15 pacientů ve věku 13–22 let, a to 13 dívek, 1 chlapec a jeden mladý muž.

Medikování byli středně malými dávkami olanzapinu (Zyprexa), která patří mezi atypická neuroleptika, a zároveň probíhala individuální psychotherapie, včetně podpůrných rodičovských setkání.

Z farmakologického hlediska olanzapin (Zyprexa) patří mezi atypická neuroleptika ze skupiny MARTA (multireceptorový antagonisté). Olanzapin zasahuje dopaminový, serotoninový, acetylcholinový, histaminový a (nor)adrenergický systém. U tohoto antipsychotika je blokáda D2 receptorů prostorově selektivní pro limbickou oblast, což příznivě ovlivňuje a výrazně zlepšuje jinak noncomplanci pacientů s atypickou mentální anorexií. Slabá vazba na D2 receptory v tuberoinfundibulární oblasti má za následek skutečnost, že nezvyšuje prolaktinémii a neovlivňuje již tak rozsáhlou endokrinní poruchu – amenorheu. Blokáda 5-HT_{2A} receptorů klinicky znamená antidepresivní působení, úpravu spánku, zlepšení sociability a zároveň uvolnění dopaminu ve frontální kůře a tím zlepšení compliance. Inhibice 5-HT_{2C} receptorů zvyšuje příjem potravy a spolu s inhibicí H1 receptorů znamená snížení anxiózy a zlepšení motility GIT.

V psychotherapii mentálních anorexií se dobře uplatňuje behaviorální terapie. Používanými metodami jsou techniky operantního podmiňování. Cílem terapie je nejen navýšení hmotnosti, ale zaměřen se i na další oblasti, jako je prožívání, myšlení a vztahy k druhým. Během hospitalizace stupňujeme u pacientů

sociální výhody spojené s váhovým přírůstkem, účast na aktivitách oddělení, vycházky v areálu nemocnice a před propuštěním návštěvou domácího prostředí. Behaviorální terapie otevřeně informuje dítě a rodiče o způsobech a cílech terapie. U dětských pacientů je důležitý kontakt s rodiči. Terapeutické prostředí musí být přijímající a akceptující, ale důsledné v přístupu k pacientovi.

Psychotherapeutický proces je založen na pozitivní terapeutické alianci, která se buduje velmi obtížně. Často vidíme vztahové manipulace, které patří k symptomatice tohoto onemocnění. S rodiči uskutečňujeme rodinné poradenství, zaměřené na zlepšení komunikace v rodině mezi jednotlivými členy a naším pacientem a též na schopnosti rodiny řešit dané problémy.

U těchto 15 pacientů s diagnózou atypická forma mentální anorexie jsme shledali zejména nezměněné body image, pacienti neprojevovali obavy z případné nadváhy. Menstruace byla zachována, ale ve většině případů byla slabá a nepravidelná. Dominovaly změny v jídelním režimu, někteří pacienti naopak vyhledávali sladká jídla, ale v omezeném množství. Dvě z těchto pacientek byly zastánky vegetariánského a veganského směru. U těchto našich pacientů byl vyšší výskyt komorbidních syndro-

mů – obsedantně kompulzivního a anxiózně depresivního. U většiny našich pacientů hubnutí nasedalo na různá somatická onemocnění spojená s nechutenstvím a často i s úbytkem hmotnosti. Ztráta hmotnosti dále pokračovala i po vyléčení somatického onemocnění a úbytek na váze pokračoval do obrazu výrazné kachexie. Komplexní přístup k těmto pacientům poukazuje na zkrácení doby hospitalizace, ale další následná péče byla nutná. Námí sledovaným pacientům byl s dobrým efektem podáván olanzapin (Zyprexa), jak vyplývá i ze zkušenosti v jiných zemích. Olanzapin nemá základní indikaci pro léčbu mentální anorexie a o jeho použití v dětské a adolescentní psychiatrii nás informují pouze krátká kazuistická sdělení v literatuře (4, 12). Rozhodnutí, zda začít s léčbou, by měl vyjádřit pedopsychiatrik, neboť uvedené neuroleptikum nemá v ČR registraci pro dětskou populaci (13).

Kazuistika

Na Pediatrickou kliniku FN Motol byla v únoru 2003 přijata 14,5letá dívka s těžkou kachexií nejasné etiologie, s recidivujícím průjmovým onemocněním, s dg. astma bronchiale, skoliózou páteře a hemangiomem jater.

Dívka je z 5. rizikové gravidity, kdy docházelo ke krvácení v I. trimestru. Porod nastal

Tabulka 1. Přehledná tabulka patnácti pacientů s atypickou formou MA

Věk	hmotnost při příjmu	hmotnost při propuštění	dobu hospital. počet dní	medikace	laboratoř při propuštění (KO, JT, základ. biochem. param.)
15,2	39,10 kg 160 cm	45,20 kg	97	Olanzapin 5 mg	beze změn
16,2	39,10 kg 156 cm	44,60 kg	27	Olanzapin 5 mg při propuštění 2,5 mg	beze změn
14,6	23,50 kg 143 cm	36,50 kg	92	Olanzapin 5 mg	beze změn
14,3	41,30 kg 153 cm	44,60 kg	40	Dosulepin 10 mg změna na Olanzapin 5 mg	beze změn
16,3	27,20 kg 160 cm	38,40 kg	81	Olanzapin 5 mg	beze změn
15,6	41,00 kg 173 cm	53,10 kg		Olanzapin 5 mg	beze změn
16,7	32,60 kg 147 cm	41,60 kg	44	Olanzapin 2,5 mg	beze změn
12,1	35,20 kg 162 cm	41,60 kg	51	Sertralin 50 mg změna na Olanzapin 5 mg	beze změn
17,2	43,00 kg 171 cm	47,50 kg	36	Olanzapin 5 mg	beze změn
17,3	37,00 kg 162 cm	41,90 kg	44	Olanzapin 7,5 mg	beze změn
12,7	39,30 kg 167 cm	44,00 kg	41	Olanzapin 5 mg	beze změn
16,8	32,40 kg 165 cm	41,20 kg	32	Olanzapin 5 mg	beze změn
17,4	41,20 kg	52,70 kg	48	Olanzapin 5 mg	beze změn
16,9 muž	40,10 kg 187 cm	59,60 kg	70	Olanzapin 5 mg	beze změn
21,8 muž	46,5 kg	65,30 kg	96	Olanzapin 5 mg	beze změn

v 36. týdnu, porodní hmotnost 2700 g, délka 46 cm. Nebyla kříšena, kojena plně 2 měsíce. Dívka od dětství málo jedla, byla vybíravá, některé pokrmy jako omáčky, zeleninu, těstoviny, ryby odmítala. Od kojeneckého věku byla léčena pro recidivující respirační infekty. V říjnu 2002 léčena v Jánských Lázních pro skoliózu. Po návratu domů měla váhový úbytek o 4,5 kg, a to na 24,5 kg ve 14 letech. V lednu 2003 nastal opět pokles hmotnosti na 23,5 kg. Byla unavená, měla subfebrilie, vysokou sedimentaci. Objevily se průjemové stolice s negativní kultivací. Vyšetřena neurologem, který stav uzavíral jako neuroinfekci a pacientku odeslal na Dětskou neurologickou kliniku ve FN Motol. Zde byla vyloučena neuroinfekce a jiné onemocnění CNS. Po pediatrickém konsiliu přeložena na pediatrickou kliniku ke stanovení diagnózy. Při příjmu měla 22,7 kg při výšce 143 cm a věku 14,6 roků. Byla těžce kachetická, bledá, anxiózní, měla hypotenzi 80/45. Sono a RTG břicha prokázalo zánětlivé změny aborálních částí ilea, céka a colon descendens. Charakter zánětlivých změn svědčil pro m. Crohn. Z pohledu dětských gastroenterologů je Crohnova choroba a komorbidita mentální anorexie v populaci málo častá. Typické pro tyto dětské pacienty je malý hmotnostní přírůstek a nízká růstová křivka. Antropologickým vyšetřením bylo zjištěno, že výška dívky odpovídá 10,8 roků a BMI byl 11,1.

Patrná hypotrofie tkání, svaloviny, primární amenorea. Byla zahájena kortikoterapie v kombinaci s Azatioprinem, parenterální doplňková výživa. Pro minimální perorální příjem byla zavedena nasogastrická sonda s Pep-tisorbem. Nedařilo se popíjení Nutridrinků. Postupně se upravily stolice, uzavřely píštěle, ale s běžným stravováním byly velké obtíže. Z domova nebyla zvyklá na normální jídla, ale jen na polévky „z pytlíku“, jak sdělovala dívka, guláš, párky, uzeniny. Dívka byla úzkostná, lakrimózní, nespoupracovala. Nedařilo se navýšení váhy při racionální perorální stravě. Uskutečněno pedopsychiatrické vyšetření a naordinován olanzapin 5 mg večer a sertralín 50 mg ráno. Po prostudování anamnézy a konzultaci s dětskými gastroenterology byl stav uzavřen jako atypická forma mentální anorexie při výrazně špatných stravovacích návycích.

Před přijetím dívky do nemocnice byl stravovací režim jídla následující: nesnídala, na dopolední svačinu snědla půl rohlíku a vypila sklenici limonády. Na oběd byla doma a měla půl talíře polévky z pytlíku, na odpolední svačinu půl jablka a k večeři opékany salám nebo půl nožičky párku, sklenici limonády. Celkově za den vypila cca 1/2 litru tekutin. Jak byla uvedeno, problémy s jídlem byly u dívky od útlého věku, ale výrazněji nastaly v sedmé třídě, kdy měla problémy se spolužáky. Říkali dívce, že je „malý procek“, „trpaslík“, chlapci často konstatovali, že není šikovná v tělocviku. Ze strany pedagogů byly výtky na špatnou přípravu na výuku. Intelektivní schopnosti byly u dívky v pásmu průměru. Výchova ze strany rodičů byla nejednotná a nedůsledná. V době hospitalizace byla pacientka depresivní, plačtivá, zvláště při rozhovoru o jídle. Často anxiózní, ale myšlenky na TS negovala. Osobnost výrazně nezralá, naprostá noncompliance. S dívkou v době hospitalizace probíhala intenzivní behaviorální psychoterapie, s rodiči psychoterapeutické rozhovory zaměřené na zvládnutí jídelního režimu a chování dívky. Postupně se upravovala spolupráce, začala přibývat na váze, upravil se somatický stav. Dívka je nadále ambulantně sledována, pokračuje te-

rapie Crohnovy choroby, péče psychologická a pedopsychiatrická. Byla po dobu 16 měsíců medikována olanzapinem 5 mg, bez nežádoucích účinků, podrobná laboratorní vyšetření nepotvrdila odchylky od normy. Ve škole opakovala 8. třídu ze zdravotních důvodů. Posléze přijatá na jednoduchý učební obor – „praktická škola“. Hmotnost při kontrolním setkání v květnu 2005 byla 39 kg a BMI 17,7. Dívka se velmi dobře začlenila mezi vrstevníky, rodiče doma neuváděli problémy se stravováním, menstruuje bez problémů.

Závěr

Poruchy příjmu potravy představují závažné onemocnění, které zejména v dospívání zasahuje do vývojových procesů. Terapie musí být komplexní a zahrnovat přístupy biologické, psychologické a sociální terapeutické intervence. Nejčastěji používanými metodami jsou psychoterapie, farmakoterapie, režimová léčba, nutriční poradenství, rodinná terapie. Vzhledem k tomu, že se u většiny dětských pacientů s atypickou formou MA jedná o závažnou komorbiditu, která velmi často přede- vším u dětských pacientů nasedá na somatické onemocnění, je nutná týmová spolupráce a komplexní přístup.

Literatura

1. Baštecký J, Šavlík J, Šimek J. Psychosomatická medicína. Praha, Grada Avicenum, 1993.
2. Bergh C, Eriksson M, Lindberg G, Sodersten P. Selective reuptake inhibitors in anorexia. *Lancet*, 1996; 384: 1450–1460.
3. Faltus F. Anorexia mentalis. Praha, Avicenum, 1979: 29 s.
4. Gakill JA, Treat TA, McCabe EB, Marcus MD. Does olanzapin effect the rate of weight gain among in patients with eating disorders? *Eat Disord Rev* 2001; 12: 1–2.
5. Hansen L. Olanzapin in the treatment of anorexia nervosa. *Br.J. Psychiatry*, 1999; 175: 595.
6. Kocourková J, et al. Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání, Praha, Galen, 1997: 16–17.
7. Koutek J. Poruchy příjmu potravy in: Dětská a adolescentní psychiatrie, Praha, Portál, 2000: 263–283.
8. Koutek J, Zámečníková R, Kocourková J, Nesrstová M. Některé charakteristiky pacientek s poruchou příjmu potravy s raným začátkem onemocnění. *Čes.-slov. Pediatr.*, 2004; 59, 8: 410–414.
9. Krch FD. Mentální anorexie, Praha, Grada, 1999.
10. Krch FD. Poruchy příjmu potravy, Praha, Portál, 2002.
11. La Via MC, Gay L, Kay WH. Casereport of olanzapin treatment anorexia nervosa. In *J. Eat Disord.*, 2000; 54: 363–366.
12. Strober M. Pathologic fear conditioning and anorexia nervosa on the search for novel padims. *Int. J. Eat. Disord.* vol. 35 2004 May: 504–508.
13. Mehler C, Wewetzer C, Schultze U, Warnke A, Theisen F, Dittman RW. Olanzapin in children and adolescents with chronic anorexia nervosa. A study of five cases. *Eur child Adolesc. Psychiatry*, 2001; 10: 151–157.
14. Nesrstová M, Kocourková J. Mentální anorexie s raným začátkem onemocnění. *Čes.-slov. Pediatr.*, 2003; 58, No 5: 310–312.
15. Papežová H. Poruchy příjmu potravy, In: Höschl C, Libiger J, Švestka J: Psychiatrie, Praha, Tis, 2002: 599–605.
16. Powers PS, Sanatana CA, Bannon ZS. Olanzapin in the treatment of anorexia nervosa: An open label trial. *Int J. Eat Disorders*, 2002; 32: 146–154.
17. Woolston JL. Eating and Growth Disorders in Infants and Children. In: Lewis M. (Ed.): *Child and Adolescent Psychiatry*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1996: 577–586.