

Mentální anorexie

Mentální anorexie je poměrně časté *psychiatrické onemocnění týkající se zejména dospívajících dívek*, vyskytnout se nicméně může i u chlapců. Mentální anorexie má na dospívající organismus devastující účinky a může vést k závažnému narušení tělesného i psychického vývoje. Ve svém důsledku může extrémní vyhladovění vést až k smrti postižené a smrt jako důsledek anorexie není nijak výjimečná.

Mentální anorexie je psychické onemocnění, které se závažným způsobem promítá do tělesného stavu.^[1]

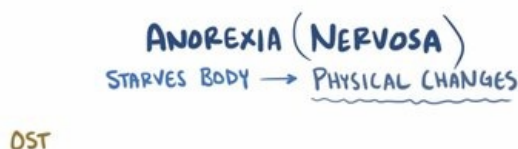
Diagnostická kritéria *anorexia nervosa* (MKN-10: F50 (<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50>)):

1. Tělesná váha udržovaná 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 (m²) je **17,5 nebo méně**. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.
2. Pacientka si **snižuje váhu sama** svými aktivitami, omezováním příjmu potravy, nadměrným cvičením apod.
3. Specifickou psychopatologií představuje především **strach z obezity** přetrvávající i při výrazné podvážce, **zkreslené vnímání vlastního těla** a vtíravé, ovládací myšlenky na udržení podvážky, někdy jídelní rituály.
4. Rozsáhlá **endokrinní porucha**, hypothalamo-hypofýzární-gonádové osy, u žen **amenorea**, (kterou často zakrývá HRT), u mužů ztráta sexuálního zájmu.
5. **Opoždění puberty**. Začátek před pubertou, zpozdí nebo zastaví další vývoj (vzrůst, vývoj prsou, primární amenorea, dětské genitály u chlapců). Po uzdravení dojde k dokončení puberty, ale menarché může být opožděna.^[1]

Poruchy příjmu potravy (PPP)

PPP jsou psychická onemocnění, která významně ovlivňují somatický stav nemocných. Patří mezi tzv. civilizační onemocnění, jejichž rozšíření souvisí s moderní představou, jak má vypadat zdravý úspěšný člověk, s propagací štíhlosti, zdravé výživy a s nadbytkem potravy. Dalšími spouštěcími faktory jsou: reakce na trauma, rozvod či konflikt v rodině. Podle biologické hypotézy se uplatňuje primární hypothalamická dysfunkce ovlivňující osu hypothalamus-hypofýza-gonády. Předpokládá se také vliv genetických dispozic. Rizikovým faktorem je též nadváha a obezita.^[1]

Dívky a mladé ženy jsou postiženy 10× častěji než chlapci a muži. PPP začínají typicky v pubertě a adolescenci (mezi 14. a 15. rokem a mezi 17. a 18. rokem).^[1]



Video v angličtině, definice, patogeneze, příznaky, komplikace, léčba.

 *Podrobnější informace naleznete na stránce Poruchy příjmu potravy.*

Epidemiologie

- incidence v poslední době stoupá, **0,5-1 % žen mezi 15 a 30 lety**
- onemocnění bývá často spojeno s **obsedantně-kompulzivní a anxiózní poruchou**
- z interních nemocí bývá častější **komorbidita** spolu s: DM, onemocněními GIT a nervovými poruchami (epilepsie, Tourettův syndrom, roztroušená skleróza)

Příčiny

Příčiny mentální anorexie **nejsou zcela jasné**. Předpokládá se **význam genetické predispozice**. Zpravidla mladá dívka získá **chorobný** (a velmi často zcela nesprávný) **pocit tloušťky**, které se chce za každou cenu zbavit, a zkreslenou představu o vlastním těle; dále pak vtíravé, nutkavé myšlenky na udržení nízké hmotnosti. Příčinou vzestupu onemocnění v poslední době je trend štíhlosti jako známky krásy. Podobný efekt může mít i jakákoliv negativní poznámka o dívčině postavě pronesená někým z kolektivu. Postižená začne hubnout **drastickým omezením přijímané potravy a usilovným cvičením**. Projevy mentální anorexie jsou ohroženy spíše inteligentní dívky se sklony k pečlivosti, které mívají dobré výsledky ve škole. Manifestuje-li se onemocnění před pubertou, **puberta je opožděna či nezačne** (vývoj prsů, primární amenorea, dětské genitály chlapců), po uzdravení dojde k pubertě.

Skupiny příčin:

- **nízká odolnost** jedince **vůči stresu**;
- **strach z dospělosti** - bojí se, že nebudou schopni zvládat „dospělácké“ úkoly, raději chtějí zůstat malí,

hubení, aby připomínali dítě;

- **snaha být** ve všem **perfektní** a nezklamat rodiče nebo okolí - nemocí často trpí velmi inteligentní osoby;
- silná závislost na matce či přehnaná péče ze strany rodičů;
- touha po samostatnosti, pocitu nezávislosti a získání sebevědomí, rozhodování o tom, co a v jakém množství jíst;
- **tlak společnosti**, kde je upřednostňována štíhlost jako symbol krásy a úspěchu;
- **tlak médií** - televize, internetu, módních časopisů.

Klinický obraz

- kachexie
- amenorea
- nápadně suchá kůže, kryta nápadným jemným ochlupením (lanugem)
- vypadávání vlasů, zvýšená lomivost nehtů
- bolesti břicha a zácpa (resp. snížená frekvence stolic při silně omezeném příjmu potravy^[2])
- bradykardie a arytmie
- metabolické změny (abúzus laxativ, zvracení): hypokalemická alkalóza, hypochloremie, hypokalemie, dehydratace
- anemie
- psychické změny: snaha zhubnout (drastické diety, excesivní cvičení, zneužívání laxativ, vyvolávání zvracení), porucha vnímání vlastního těla, depresivní ladění, sociální stažení, zvýšená dráždivost, nárůst konfliktů s rodiči zejm. kvůli příjmu potravy, sebepoškozování, suicidální jednání, obsedantně-kompulzivní porucha, strach z jídla.^[1]

Hladina cholesterolu, se paradoxně **zvýší** - je to dáno metabolickým rozvratem, který v organismu panuje. Největším nebezpečím je však výskyt **poruch srdečního rytmu**, které mohou způsobit **náhlou smrt** nemocné.

Komplikace a systémové následky onemocnění

- Ledviny - hypokalémie, metabolická alkalóza, edémy;
- GIT - hypertrofie parotis, zpomalené vyprazdňování žaludku, zácpa;
- kardiovaskulární systém - bradykardie, hypotenze;
- krev - hypercholesterolémie (nejasná);
- dermatologie - suchá kůže, periorální dermatitis, lanugo;
- stomatologie - kazivost zubů;
- endokrinologie - zvýšen STH, snížen inzulin, zvýšen kortisol a CRH;
- psychologické - omezení zájmů na diety, poruchy koncentrace, černobílé myšlení, nedůvěra, stud, afektivní labilita;
- sociální - izolace, ztráta zaměstnání, ztráta rodinného zázemí, ekonomické problémy.

Diagnostika

Diagnostická kritéria - viz výše.

Somatické vyšetření

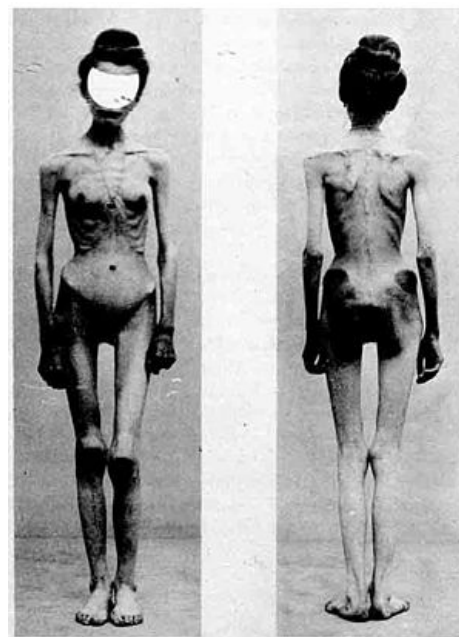
- kompletní laboratorní vyšetření, včetně endokrinních parametrů;
- EEG, MRI CNS, neurologické vyšetření;
- EKG, oční vyšetření, endokrinologické vyšetření.^[1]

Diferenciální diagnostika

- komplikována popíráním obtíží, zatajováním jídelních rituálů, odmítáním léčby
- nutno odlišit od kachexie z nemoci - tuberkulóza, nádory, hypertyreóza, Addisonova choroba, diabetes mellitus, Crohnova choroba, malabsorpce atd.

Léčba

- zlepšení stavu výživy a normalizace vnitřního prostředí (důraz na co nejčasnější obnovu normální perorální výživy, výživa nazogastickou sondou, parenterální výživa výjimečně - riziko elektrolytového rozvratu a dalších závažných komplikací^[2]);
- substituční hormonální terapie ke korekci amenorey (riziko osteoporózy a ireverzibilních změn v oblasti pohlavních orgánů);
- psychiatrická péče, psychoterapie, rodinná terapie.^[1]



Habitus u mentální anorexie

Léčba vyžaduje spolupráci lékařů z několika oborů. Intenzivní **psychiatrická léčba** spojená s dlouhodobou hospitalizací, důslednou **kontrolou přijímání potravy** a **rodinnou podporou** může být jedinou možností, jak mentální anorexii zvládnout. Cílem je **hlavně nutriční rehabilitace**, tedy navození normálního jídelního režimu.

Prognóza

Mentální anorexie má chronický průběh. Jen 10 % patientek se uzdraví v průběhu 2 let. I u vyléčených patientek přetrvávají nápadné jídelní návyky. Mortalita je 5–15 %, tj. nejvyšší ze všech psychiatrických onemocnění.^[2]

Prognóza: 44 % dobrá, 14 % nepříznivá, u 5 % smrt – nejčastější příčinou je srdeční zástava či sebevražda.

Odkazy

Související články

- Poruchy příjmu potravy • Mentální bulimie
- Poruchy příjmu potravy v těhotenství

Zdroj

- ŠTEFÁNEK, Jiří. *Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK* [online]. ©2010. [cit. 30-11-2010]. <<https://www.stefajir.cz/?q=mentalni-anorexie>>.
- BENEŠ, Jiří. *Studijní materiály* [online]. ©2010. [cit. 06-12-2010]. <<http://jirben2.chytrak.cz/>>.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Poruchy příjmu potravy* [online]. [cit. 2012-03-11]. <<https://el.lf1.cuni.cz/p51755144/>>.

Reference

- KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. Poruchy příjmu potravy - spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem. *Pediatric pro praxi*. 2014, roč. 15, vol. 4, s. 213-215, ISSN 1213-0494.
- MUNTAU, Ania Carolina. *Pediatric*. 4. vydání. Praha : Grada, 2009. s. 548. ISBN 978-80-247-2525-3.