

Przypadek 6

- 13,5 letnia pacjentka- skierowana do szpitala z powodu utraty masy ciała, ponadto od kilku miesięcy zgłasza bóle brzucha, zaburzenia łaknienia

Spadek masy ciała ok. 8 kg w ciągu 6 miesięcy z 45 kg do 37kg w dniu konsultacji

Wywiad:

- Od kiedy są bóle brzucha? Czy występują inne objawy chorobowe (wymioty, biegunka, zaparcia, krew w stolcu, polidypsja, poliuria , bóle stawów)?
- Jak wygląda dieta dziewczynki ?(posiłki i ich skład z ostatnich 3 dni)
- Czy choruje przewlekle? Czy przyjmuje leki na stałe?
- Dotychczasowy wywiad rozwojowy
- Czy miesiączkuje ?

Wywiad:

- Bóle brzucha od kilku miesięcy, towarzyszył im nieprzyjemny zapach z ust
- Ponadto dziewczynka miała uczucie kołatania serca
- W rejonie badania z kału wykryto zakażenie H. pylori – zastosowano antybiotykoterapię amoksycylinę i klarytromycynę przez 10 dni, pomimo tego bóle brzucha nie ustąpiły
- Miesiączkuje, ostatnio skąpe miesiączki
- Często skarży się uczucie zimna

Badanie pediatryczne:

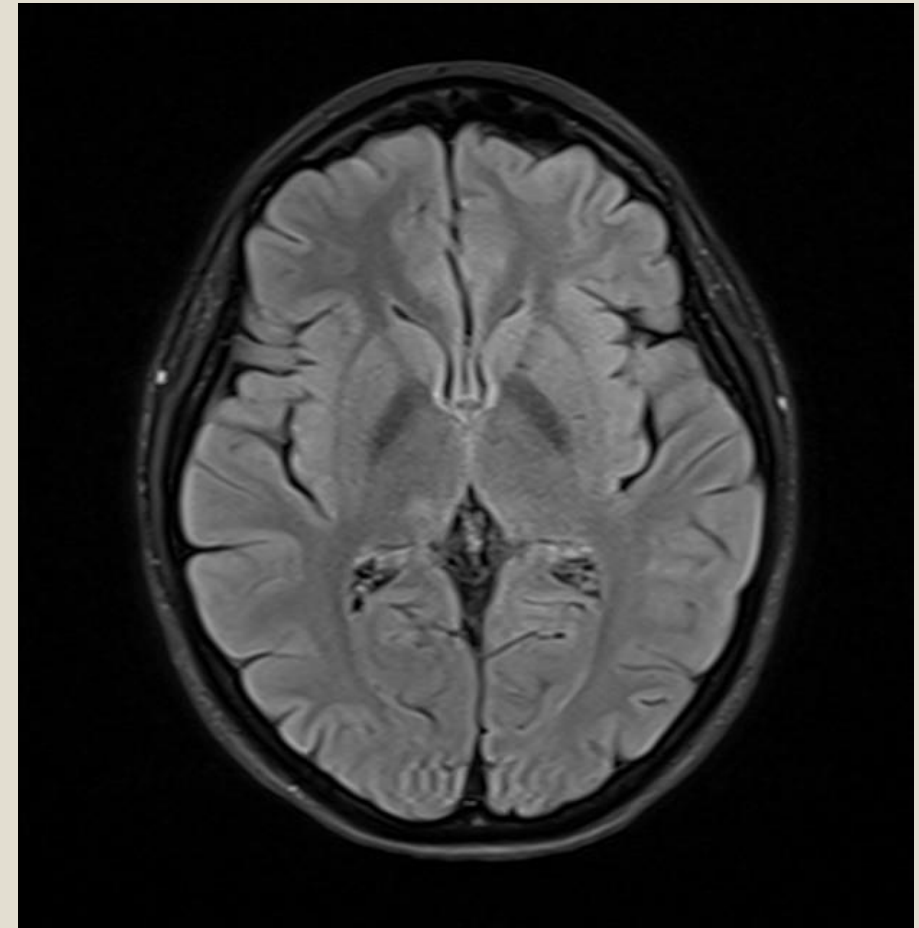
- Stan ogólny dość dobry, obniżony nastrój, ale otwarcie mówi o dolegliwościach
- Skóra sucha, blada, zimne dłonie i stopy. Podskórna tkanka tłuszczowa skąpa, zażółcone twardówki. Śluzówki jamy ustnej blade, podsuchające.
- Osluchowo: płuca szmer pęcherzykowy prawidłowy, serce: HR 50 – 67/min, RR 96 /55mmHg.
- Brzuch miękki, palpacyjnie niebolesny. Wątroba, śledziona - niepowiększone. Perystaltyka leniwa
- Węzły chłonne dostępne badaniem niepowiększone. Bez obrzęków.

Diagnostyka:

- Badania laboratoryjne: morfologia z rozmazem, biochemia (glukoza, mocznik, kreatynina, bilirubina całk), Fe, ferrytyna, jonogram (Na, K, Mg, Ca), hormony tarczycy, białko całkowite, albuminy, mocz badanie ogólne, mocz posiew
- Konsultacja kardiologa
- Konsultacja gastrologa
- Inne badania? Badanie obrazowe?
- Konsultacja psychologa

MR głowy :

- W obrębie prawego wzgórza widoczna niespecyficzna zmiana hiperintensywna w sekwencji T2, poza tym obraz mózgowia bez zmian.



Konsultacja neurologiczna:

- W badaniu neurologicznym nie stwierdzono objawów ogniskowego uszkodzenia OUN.
- Konsultujący neurolog zalecił diagnostykę w kierunku infekcji : wykluczono boreliozę, infekcje CMV, EBV, Myc. pneumoniae,
- Diagnostyka w kierunku obecności autoprzeciwciał ANA , ANCA jest negatywna
- Zalecono kontrolne badanie MR głowy za ok. 3 miesiące

Konsultacja kardiologiczna:

- EKG - bez bradykardii, Holter EKG – bez zaburzeń rytmu serca, ECHO serca – bez płynu w osierdziu.

Konsultacja gastrologiczna:

- Wykonano gastroskopię :

błona śluzowa dwunastnicy bz. W opuszcze dwunastnicy widoczne zaciągnięcie błony śluzowej – prawdopodobnie blizna po owrzodzeniu. Bez zmian w obrębie błony śluzowej żołądka, wpustu, przełyk bez zmian. Pobrano wycinki z błony śluzowej przełyku, żołądka, dwunastnicy – wyniki prawidłowe; wykonano test ureazowy w kierunku zakażenia H. pylori – wynik ujemny.

- Wykluczono celiakię : przeciwciała TTG (przeciwko transglutaminazie tkankowej)- wynik ujemny
- Kalprotektyna w kale – w normie, krew w stolcu – wynik ujemny
- USG jamy brzusznej – prawidłowy obraz narządów jamy brzusznej
- Zalecono włączenie diety odżywczej i Fresubin (preparat odżywczy bogatobiałkowy i wysokoenergetyczny)

Wywiad:

- Wywiad rodzinny, sytuacja rodzinna dziecka
- Czy są problemy psychologiczne, czy zmiana nastroju, problemy ze snem?
- Kontakty z rówieśnikami
- Problemy zdrowotne, problemy psychiczne u innych członków rodziny
- Konsultacja psychologiczna

Konsultacja psychologiczna:

Pacjentka twierdzi, że nie odchudza się ale zwraca uwagę na kaloryczność posiłków, nie słodzi,

Wg mamy ogranicza posiłki (ostatnio jadła tylko warzywa, piła wodę, odmawiała ciepłych posiłków), jest rozdrażniona, często awanturuje się z matką, potrafi być agresywna (uderzyła matkę przedmiotem, ślad na głowie matki)

Rodzice w trakcie rozwodu, ojciec jest uzależniony od alkoholu, bywał agresywny

Dziewczynka jest bardzo ambitna – średnia ocen na świadectwie 6,0

Ma problemy ze snem, pojawiły się myśli rezygnacyjne

Dużo ćwiczy

Konsultacja psychiatryczna

- Masa ciała 37kg, wzrost 165cm BMI 13,8,
- Miała myśli rezygnacyjne, ale nie było samookaleczeń, ma obniżony nastrój
- Ma problemy ze snem nie może zasnąć, wybudza się w nocy, często jest niewyspana, sen nie daje wypoczynku, ma problemy z koncentracją
- Zgłasza brak apetytu, w szpitalu niechętnie je
- Wywiad rodzinny obciążony alkoholizmem – ojciec matki
- Ocena w skali depresji Becka
- Kwestionariusz samooceny,
- Kwestionariusz dla rodziców

Rozpoznanie:

Jadłowstręt psychiczny F50

Zaburzenia nastroju

Zalecono dietę odżywczą, pomiary masy ciała

Terapia indywidualna

Terapia rodzinna

Opieka psychiatry w trybie ambulatoryjnym

W przypadku braku przyrostu masy ciała , myśli „S” zalecono pilną konsultację psychiatryczną i hospitalizację w Oddziale Psychiatrii

Anoreksja (jadłowstręt psychiczny)

- zazwyczaj rozpoczyna się ona u młodych dziewcząt w okresie pokwitania lub u młodych kobiet (najczęściej 14 - 18 r. ż.), z obserwowaną obecnie tendencją do obniżania się wieku w chwili zachorowania
- polega na podejmowaniu licznych celowych działań prowadzących do utraty masy ciała i/lub podtrzymywaniu małej masy ciała przez pacjenta
- masa ciała wynosi co najmniej 15% poniżej oczekiwanej normy dla wieku i wzrostu, lub też wskaźnik masy ciała (*body mass index* – BMI), czyli tzw. wskaźnik Queleta jest równy lub spada poniżej 17,5

Anoreksja

Celem pacjenta cierpiącego na anoreksję jest redukcja masy ciała do coraz mniejszych jej wartości oraz w dalszej kolejności utrzymanie osiągniętej zbyt małej masy ciała. W związku z tym:

- pacjent ciągle ogranicza ilość i częstość przyjmowanych posiłków, zawęża dietę, unika tzw. tuczących pokarmów o wysokim indeksie kalorycznym;
- dodatkowo wykonuje przynajmniej jedną z czynności: stosuje wyczerpujące ćwiczenia fizyczne, przyjmuje środki redukujące łaknienie, doprowadza do wymiotów, stosuje środki przeczyszczające lub moczopędne;
- wymienionym wyżej działaniom towarzyszy zaburzony obraz własnego ciała, pacjent postrzega je jako „nadal zbyt grube”, towarzyszy temu również lęk przed przytyciem;
- u pacjenta pojawiają się zaburzenia hormonalne z zakresu tzw. osi podwzgórze–przysadka–nadnercza i gonad, co u kobiet prowadzi do braku miesiączki (przed okresem pokwitania) lub zatrzymania miesiączkowania (po okresie osiągnięcia dojrzałości płciowej), a u mężczyzn do zaburzeń potencji i libido.
- Inne zaburzenia hormonalne, jakie mogą wystąpić, to m.in. nieprawidłowe stężenia hormonów tarczycy, hormonu wzrostu i insuliny.

Anoreksja:

- U pacjenta mogą wystąpić zaburzenia somatyczne oraz nieprawidłowości w wynikach badań laboratoryjnych, zaburzeń wodno-elektrolitowych i metabolicznych
- Objawy wyniszczenia organizmu, zaniki mięśniowe, obrzęki, bladość, suchość i łuszczenie się skóry, obniżenie temperatury ciała, wypadnie włosów, pojawienie się na ciele charakterystycznego owłosienia w postaci meszku (lanugo), obniżenie ciśnienia krwi, zmniejszenie częstotliwości akcji serca, zaburzenia rytmu serca, omdlenia, bóle i zawroty głowy, zaparcia, wzdęcia, stany zapalne błony śluzowej żołądka, niedokrwistość, a także (będące wynikiem nasilonych wymiotów) – obrzęk ślinianek oraz próchnica zębów
- Anoreksję należy różnicować także z niektórymi chorobami somatycznymi, zwłaszcza ze strony przewodu pokarmowego i zaburzeń neurohormonalnych.

Anoreksja

Anoreksji mogą towarzyszyć także objawy zaburzeń psychicznych

- m.in. obniżenie nastroju, zmniejszenie radości życia, poczucie braku sensu życia, myśli samobójcze, napięcie, lęk, drażliwość, zaburzenia snu, objawy myślenia obsesyjnego i zachowań kompulsywnych.
- W szczególnych przypadkach objawy anoreksji mogą być wynikiem innych zaburzeń i chorób psychicznych, dlatego wymaga ona szczegółowej diagnostyki w celu postawienia właściwego rozpoznania i zaproponowania odpowiedniego leczenia.

Bulimia

- Zaburzenie to polega na koncentrowaniu życia wokół jedzenia, z jednoczesnymi próbami kontrolowania masy ciała, z okresowo występującymi niekontrolowanymi napadami tzw. żarłoczności, po których pacjent podejmuje szereg czynności „przeciwdziałających skutkom” przyjętego w nadmiernych ilościach pokarmu.

Bulimia

Aby rozpoznać bulimię według klasyfikacji ICD-10, konieczne jest występowanie u pacjenta podanych niżej wszystkich grup objawów:

- pacjent koncentruje swoją uwagę wokół odżywiania się, staje się ono najistotniejszym obszarem jego życia, okresowo występują u niego nie dające się powstrzymać napady żarłoczności,
- pacjent podejmuje wiele różnych działań kompensacyjnych mających na celu „zapobiegać tuczącym skutkom” spożytego pokarmu, między innymi prowokuje wymioty po nadmiernym jedzeniu (albo po przyjęciu takiej ilości pokarmu, którą uzna za zbyt dużą czy zbyt wysoko kaloryczną), stosuje środki hamujące apetyt, środki przeczyszczające (czasami w dawkach przekraczających zalecane normy), środki moczopędne, preparaty hormonów tarczycy. Może podejmować też okresowo tzw. głodówki, które zazwyczaj kończą się ponownymi napadami żarłoczności;
- pacjentowi towarzyszy także stałe chorobliwe poczucie obawy przed otyłością, skoncentrowany jest on na ocenie swojej aktualnej masy ciała i ustanawia limity swojej wagi znacznie poniżej odpowiedniej dla niego normy.

Bulimia

Może powodować liczne zaburzenia somatyczne tj.

- zaburzenia wodno-elektrolitowe (zwłaszcza niebezpieczne dla życia zmniejszenie stężenia potasu), niedobory witaminowe,
- zaburzenia ze strony układu krążenia,
- zaburzenia układu neuroendokrynnego,
- układu pokarmowego (głównie ze strony jego górnego odcinka, np. uszkodzenie lub stany zapalne gardła i przełyku oraz jamy ustnej; w rzadszych przypadkach porażenie jelit i niedrożność przewodu pokarmowego, biegunki , zaparcia
- powikłania stomatologiczne (próchnica zębów, obrzęk ślinianek przyusznych
- neurologiczne (napady drgawek, bóle głowy)

Bulimia

- Bulimii towarzyszyć mogą różne objawy zaburzeń psychicznych, m.in. zaburzenia depresyjne, lękowe, snu, osobowości, uzależnienia (między innymi od alkoholu), czy różne czynności kompulsywne.
- Zachowania bulimiczne należy także różnicować z innymi chorobami psychicznymi, m.in. zaburzeniami depresyjnymi czy psychotycznymi.

Różnica między bulimią i jadłowstrętem

- Pacjent z bulimią koncentruje się na obniżeniu wagi (prowokuje nawet wymioty), ale ma okresy żarłoczności i jego waga utrzymuje się na podobnym poziomie. Są okresy głodzenia i incydenty żarłoczności.
- Pacjent z jadłowstrętem traci masę ze wszystkimi skutkami.

Zaburzenia odżywiania

- Są zaburzeniami psychicznymi, które należy leczyć.
- Bardzo ważne jest właściwie zdiagnozowanie zaburzeń, określenie stopnia ich rozwoju, nasilenia, czasu trwania.
- Diagnoza najczęściej stawiana jest przez lekarza psychiatrę, który zaleca dalsze odpowiednie sposoby leczenia i postępowania.
- Terapia chorych jest leczeniem kompleksowym, które powinno obejmować psychoedukację, psychoterapię i farmakoterapię.