

ANOREXIA NERVOASĂ



Conf.Dr. Mihaela Vlad

DEFINIȚIE

Anorexia nervoasă se caracterizează printr-o deformare severă a schemei corporale a pacientului și prin dorința neîntreruptă de a slăbi. Această tulburare ar putea fi înțeleasă și ca o teamă exagerată de a se îngrășa, care conduce pacientul la o limitare voluntară a alimentației și selectarea cantitativă și calitativă a alimentelor, având ca rezultat o scădere continuă în greutate care poate merge până la exitus prin inaniție.

EPIDEMIOLOGIE

Formele atipice ale comportamentelor anorectice, care nu îndeplinesc criteriile de diagnostic ale anorexiei nervoase au o incidență de până la 5% în populația generală.

Prevalența anorexiei nervoase definită prin toate criteriile de diagnostic este de **0,5-1% la adolescente și femeile tinere.**

Boala este de 10-20 de ori mai frecventă la sexul feminin decât la cel masculin

EPIDEMIOLOGIE

Debutul bolii are loc de obicei între **10 și 30 de ani**, dar în 85% din cazuri se produce între 13 și 20 de ani.

În ultimele decenii se descrie o creștere a prevalenței bolii.

Anorexia nervoasă este mult mai frecventă în țările dezvoltate decât în cele subdezvoltate, unde aceasta este rară.

ETIOPATOGENIE

Factori biologici

Studiile au demonstrat o incidență crescută la gemenii monoziagoți, față de cei dizigoți. Incidența este mai crescută și la frații pacienților cu anorexie nervoasă.

La pacienții cu anorexie nervoasă s-au evidențiat nivele scăzute ale noradrenalinei.

Subnutriția conduce la hipercortizolemie, cu lipsa supresiei la dexametazonă, scăderea nivelului hormonilor tiroidieni, amenoree, scăderea nivelului hormonilor hipofizo-gonadici (LH, FSH, GnRH).

Leptina, un hormon neuropeptidic secretat de adipocite, care joacă un rol esențial în reglarea depozitelor adipoase și a apetitului, este scăzută.

ETIOPATOGENIE

Factori psihologici

Anorexia nervoasă pare a fi o reacție la problemele adolescenței. Prin boală pacienții au tendința de a înlocui căutările fiziologice ale adolescenței cu preocuparea privind alimentația și greutatea corporală.

Bolnavii au deficit de autoidentificarea eu-lui și prin acest comportament doresc să obțină auto-aprecierea și să atragă atenția părinților.

Pacienții au de obicei caracteristici emoționale și psihologice precum personalitate obsesiv-compulsivă, tendință la izolare socială și la perfecționism.

Factori socioculturali

Cultura vestică modernă încurajează și cultivă modelul de frumusețe al omului slab. Mass-media abundă în imagini ale manechinelor și actorilor cu siluete “trase prin inel”. Succesul și reușita profesională sunt frecvent asociate cu a fi slab.

TABLOU CLINIC

Bolnavilor le este foame și se gândesc mereu la mâncare, dar nu se alimentează.

Pacienții se prezintă la medic când pierderea în greutate este deja evidentă.

Consultul medical este de obicei solicitat de aparținători, bolnavul negându-și boala. De aceea, este importantă obținerea istoricului și de la surse colaterale.

Examenul clinic urmărește, pe lângă aprecierea gradului deficitului ponderal, evidențierea complicațiilor bolii.

Starea generală poate fi afectată, pacienții prezentând astenie și fatigabilitate.

Tegumentele sunt palide uscate și pot fi carotenodermice. Pot să apară edeme, ca o consecință a diselectrolitemiilor.

Fanerele pot fi afectate, înregistrându-se căderea părului și fragilitatea unghiilor.

Țesutul osos poate prezenta osteopenie sau osteoporoză.

EXAMENE PARACLINICE

Hemoleucograma completa (anemie,leucopenie,trombocitopenie).

VSH

Ionograma serica (Na, K, Cl, RA)

Metabolism fosfo-calcic (Ca, Mg, P)

Evaluarea funcției hepatice (TGP,TGO, Pt, bil)

Evaluarea funcției renale (uree, creatinină)

LH, FSH, Estradiol

FT3,FT4

Sumar urină

Hemoragii oculte în scaun

CT cerebral (exclue o tumoră, poate evidenția mărirea de volum a ventriculilor).

EKG

Osteodensitometrie DEXA

Examene de specialitate:

Endocrinologic

Psihiatric

Psihologic

DIAGNOSTIC POZITIV

CRITERII DE DIAGNOSTIC:

Greutatea corporală să fie cu **cel puțin 15% mai mică** decât greutatea normală. Indicele de masă corporală să fie mai mic sau egal cu 17.5.

Pierderea în greutate este auto-indusă, prin evitarea “alimentelor care îngrașă” și una sau mai multe din următoarele: vărsături auto-induse; purgație auto-indusă; exercițiu fizic excesiv; utilizarea de medicație anorexigenă sau diuretice.

DIAGNOSTIC POZITIV

O multitudine de tulburări endocrine care implică axul hipotalamo-hipofizo-gonadal sunt prezente, manifestându-se la femei în principal prin amenoree, iar la bărbați prin scăderea potenței și a interesului pentru sex.

Dacă debutul este prepubertal, secvența evenimentelor pubertale este întârziată sau chiar oprită (oprirea creșterii; la fete sănii nu se dezvoltă și au amenoree primară; la băieți organele genitale rămân infantile).

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

BOLI SOMATICE care duc la scădere în greutate:

Tumori cerebrale

Malignități

Sindroame de malabsorbție

Boli inflamatorii cronice intestinale

Criza tireotoxică

Cetoacidoza diabetică

BOLI PSIHICE:

Depresia

Schizofrenia

Bulimia nervoasă

TRATAMENT

Complexitatea problemelor medicale și psihologice care caracterizează anorexia nervoasă impune o abordare interdisciplinară a tratamentului.

Spitalizarea este necesară în majoritatea cazurilor și obligatorie dacă:

- Scăderea în greutate depășește 20% din greutatea normală sau dacă aceasta s-a produs într-un timp foarte scurt.
- Sunt prezente complicații cardiace, dezechilibre metabolice sau electrolitice.
- Pacientul asociază și alte tulburări psihice.

TRATAMENT

Tratamentul nutrițional

Abordarea terapeutică a bolnavului începe cu tratamentul nutrițional.

Alimentația pe cale orală este preferată, dar la unii pacienți cu subnutriție severă poate fi necesară alimentația parenterală.

Se vor administra 1500-2000 kcal/zi împărțite în 5-6 mese.

Vor fi utilizate suplimente nutriționale de tipul vitaminelor și oligoelementelor.

Tratamentul endocrinologic

Vizează tratamentul amenoreei și osteoporozei prin substituție estrogenică.

Tratamentul psihologic

Psihoterapia deține un rol deosebit de important atât în timpul spitalizării cât și pe parcursul dispensarizării pacientului, fiind necesară pe o perioadă de 1-2 ani.

Tehnicile psihoterapeutice utilizate cu succes în anorexia nervoasă cuprind:

Hipnoza

Psihoterapia cognitiv-comportamentală

Psihoterapia interpersonală

Terapia familială

Tratamentul medicamentos

Diverse tratamente psihotrope au fost încercate în anorexia nervoasă, cu rezultate incerte asupra nucleului psihopatologic al bolii, acestea având efecte doar asupra simptomatologiei (anxietate, hiperkinezie, insomnie), de exemplu:

Anxioliticele benzodiazepinice:

- Alprazolam (Xanax®) 0,25-0,5 mgX2-3/zi
- Bromazepam (Lexotanil®, Calmepam ®) 1.5-3mgX3/zi

Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei SSRI:

- Fluoxetina (Prozac ®) 20-60 mg/zi
- Paroxetina (Seroxat ®) 20-50 mg/zi.
- Sertralina (Zoloft ®) 50-200mg/zi.

Toate aceste medicamente se prescriu de catre medicul psihiatru care evalueaza cazul.

EVOLUȚIE ȘI PROGNOSTIC

Evoluția pacienților cu anorexie nervoasă variază între vindecarea spontană, vindecarea după multiple tratamente, evoluție ondulantă cu revenirea la greutatea normală care este urmată de recăderi, până la agravarea continuă și stadială care conduce la deces prin complicațiile subnutriției.

Prognosticul pe termen scurt la pacienții spitalizați este, de obicei, bun.

Prognosticul pe termen lung este, în general, rezervat.