

Strokovni prispevek/Professional article

SPREMEMBE V USTNI VOTLINI PRI MOTNJAH HRANJENJA – OPIS PRIMERA

EATING DISORDERS: DENTAL IMPLICATIONS – CASE REPORT

Matjaž Rode¹, Samo Oblak²

¹ Zdravstveni dom Ljubljana Moste, Prvomajska 5, 1000 Ljubljana

² Zasebna zobna ordinacija, Dunajska 53, 1000 Ljubljana

Prispelo 2003-06-03, sprejeto 2003-08-23; ZDRAV VESTN 2003; 72: 571-3

Gljučne besede: anoreksija; bulimija; usta

Izvleček – Izhodišča. Debelost, anoreksija in bulimija so tipične civilizacijske bolezni oziroma bolezni nezdravega načina življenja. Prizadenejo predvsem belopolte ženske v otroštvu in mladostništvu. Pojavnost teh duševnih motenj tudi v Sloveniji narašča.

Pri kliničnem pregledu ustne votline in dovolj natančni anamnezi lahko zobozdravnik prvi odkrije simptome teh bolezenskih stanj. Pri bulimiji lahko vidimo veliko karioznega zobovja in zaradi bruhanja nastalih erozij na zobeh.

Bolniki in metode. Prikazan je primer uspešnega zdravljenja bolezenskih simptomov v ustni votlini in stomatoprotetične rehabilitacije pri bolnici z bulimijo.

Zaključki. Stomatoprotetična rehabilitacija je za te bolnike več kot samo nadomestitev in popravilo okvarjenih in izgubljenih zob. Je prvi korak k povrnitvi njihovega samospoštovanja. Pomembna naloga zobozdravnika pa je tudi, da pozna klinične znake teh bolezni, ki se lahko odkrijejo v ustni votlini, saj lahko s tem pomagajo pri rehabilitaciji.

Uvod

Debelost, anoreksija in bulimija so tipične civilizacijske bolezni oziroma bolezni nezdravega načina življenja. Sodobna družba s pomočjo medijev predstavlja vitkega človeka kot zdravega in uspešnega, to pa vodi zlasti pri nekaterih mladih ljudeh lahko v skrajnost, v anoreksijo ali bulimijo (1). Motnje hranjenja so prisposoda razdiralnega obrata proti sebi (2).

Cilji, ki jih postavlja sedanja družba (na eni strani poklicna in materialna uspešnost, na drugi strani pa telesni videz kot pomemben dejavnik za uveljavitev), so za današnjo mlado generacijo zelo obremenjujoči. To stresno življenje poleg ostalih vzrokov je krivo, da izrazito narašča pojavnost duševnih motenj v otroštvu in mladostništvu in da tudi v Sloveniji narašča število obiskov v pedopsihiatričnih ambulantah. V zadnjih letih tudi pri nas ugotavljajo izrazit porast motenj hranjenja pri mladih (3).

Anoreksija in bulimija sta glavni motnji prehranjevanja. V 95% prizadeneta ženske. Ocenjuje se, da anoreksija nastopi pri 1% žensk med 12. in 25. letom življenja. Bulimija je še pogostejša,

Key words: anorexia; bulimia; mouth

Abstract – Background. Obesity, anorexia and bulimia are typical civilisation diseases or diseases of unhealthy living. They affect mainly white women in their childhood and adolescence. Occurrence of these diseases is getting higher also in Slovenia. Changes inside the oral cavity of a bulimic patient may be detected during a routine clinical examination. This places dental professionals in a position to be among the first to detect bulimia which is usually characterized by episodes of purging behaviors such as self-induced vomiting. Such vomiting brings stomach acids in contact with the mouth and teeth, causing erosion of tooth enamel which often leads to severely decayed teeth.

Methods. This study presents a case of successful treatment of oral symptoms and dental rehabilitation in female patient with bulimia.

Conclusions. Dental rehabilitation for bulimic patients is more than just a substituting of their bad and lost teeth. It is actually the first step toward their regained self-respect. Therefore it is important for the dentist to be familiar with the clinical symptoms of these diseases that can be revealed in oral cavity to efficiently contribute to a patient rehabilitation.

saj se razširjenost ocenjuje na do 5% populacije. Okoli 50% oseb z anoreksijo ima tudi bulimijo. Več kot 50% bolnikov z bulimijo ima osebne motnje (1).

Vzroka nastanka teh motenj ne poznamo. Nekateri avtorji menijo, da te motnje nastanejo zaradi disfunkcije hipotalamusa, vendar izgleda, da imajo te motnje sekundarni značaj. Te motnje so bolj pogoste pri ženskah s sladkorno boleznijo tipa II. Družinske študije nakazujejo možno genetsko predispozicijo in s tem več možnosti, da se razvijeta obe bolezni.

Pomemben je tudi vpliv okolice, saj v nekaterih družbah prevladuje želja po suhosti in strah pred debelostjo. Nekateri poklici so povezani k povečani nagnjenosti do teh bolezni, saj je npr. med baletnimi plesalkami število takih z anoreksijo desetkrat večje, kot je med ostalo populacijo.

Pomembni so tudi psihiatrični vzroki, vendar je mehanizem še neznan.

Motnje v serotoninskem živčnem prenosu naj bi bile tudi možni vzrok, saj serotonin zavira neuropeptid Y, ki se sprošča v hipotalamusu, in je močan signal za lakoto (4).

Klinična slika

Anoreksija in bulimija sta motnji v prehranjevanju, ki nastanejo iz strahu pred debelostjo. Zato so ogrožena skupina predvsem belopolte ženske, medtem ko pri temnopoltih ženskah teh motenj skoraj ni. Pri anoreksiji gre predvsem za izrazito zmanjšanje prehranjevanja, pri bulimiji pa predvsem za bruhanje po obilnem obroku hrane. Nekateri avtorji menijo, da sta obe motnji različni bolezni, drugi pa menijo, da sta dostikrat povezani in sta le dve različici ene bolezni.

Diagnoza se lahko postavi ob kliničnem pregledu. Teža je 85% in manj pričakovane idealne teže (1). Pri bulimiji je značilno, da teža ne narašča, kljub temu da bolnik veliko je.

Anoreksija nervoza se največkrat prične v puberteti. Bolniki so utrujeni, konstipirani, težko prenašajo hlad. Pri ženskah je pogosta amenoreja. Pojavita se tudi bradikardija in hipotenzija. Pogoste so tudi kožne spremembe (plešavost, čezmerna poraščenost, krhki nohti).

Bolniki z bulimijo jedo veliko hrane, potem pa to hrano na skrivaj izbruhajo. Dostikrat si pri tem pomagajo s prsti in včasih imajo zato na dorzalnih delih prstov poškodovano kožo zaradi stika z zgornjimi sekalci (Russelov znak). Zapleti bulimije so aspiracija, razpok želodca, hipokaliemija, pankreatitis (4).

Bolniki z bulimijo nervozo nimajo zmanjšane teže. Frekvenca bruhanja je različna, lahko je celo večja kot 140 bruhanj na teden. Pri 66% bolnikov z bulimijo pride do difuznega in vztrajnega otekanja obeh parotidnih žlez. Pogosto bruhanje povzroči tudi odstopanja od normale pri elektrolitih v serumu (hipokaliemija, hiponatremija in hipokloremija). To lahko povzroči srčne aritmije in hipotenzijo (4).

Prognoza je ugodnejša pri anoreksiji kot pri bulimiji, pri kateri so bolj prisotne psihiatrične motnje.

Pogostejši zapleti pri anoreksiji so hipotenzija, bradikardija, kronično zaprtje, anemija, hipokaliemija, hipovolemija, znižana raven krvnega sladkorja, amenoreja, osteoporoza, suha koža, pri bulimiji pa ezofagitis, akutna gastrična dilatacija (5).

Zdravljenje

Zdravljenja so deležni le tisti, ki jih posledice motenega odnosa do hrane in svojega telesa prisilijo k iskanju zdravniške pomoči (2). Osnova zdravljenja je psihoterapevtski pristop. Izredno pomembna je zgodnja razpoznavna in zdravljenje, saj je kroničnost vzrok slabi napovedi izida bolezni. Prepoznavanje te bolezni pa je težko, ker jo bolnik skriva (6). Vloga zobozdravnika je pri zgodnjem odkritju zato zelo pomembna, saj ga bolniki zaradi zobnih bolečin morajo obiskati. Značilne poškodbe trdih zobnih tkiv, ki nastanejo zaradi bruhanja in zaradi kserostomije, pa so dober napovedni znak za postavitev napotne diagnoze. Zdravljenje je predvsem psihiatrično, paziti pa je treba tudi na elektrolite (7).

Stomatološka oskrba

Pri natančnem kliničnem pregledu ustne votline in dovolj natančni anamnezi lahko zobozdravnik prvi odkrije simptome nekaterih bolezenskih stanj. Tako lahko tudi prvi opazi nekatere spremembe, ki so posledica vedenjskih motenj. Taki sta tudi motnji v prehranjevanju anoreksija nervoza in bulimija nervoza.

Pri bulimiji lahko vidimo veliko zob s kariesom in zaradi bruhanja nastalih erozij na zobeh. Prav zaradi erozivnih sprememb, ki nastanejo zaradi pogostega bruhanja in so predvsem izrazite na oralnih ploskvah zgornjih zob, je zobozdravnik lahko prvi, ki posumi na bulimijo. Zobne erozije lahko nastanejo tudi zaradi pogostega uživanja močno kislih pijač ali sadnih sokov, predvsem iz agrumov ali paradižnika. Te erozije pa v nasprot-

ju s tistimi, ki nastanejo zaradi pogostega bruhanja, nastanejo na labialnih zobnih ploskvah! Pri bulimiji so včasih lahko prizadete tudi okluzalne ploskve, ki se nato zaradi grizenja hrane še hitreje obrabijo (razpr. 1).

Razpr. 1. *Spremembe v ustih (ustni votlini) pri motnjah hranjenja.*

Table 1. *Eating disorders: Oral findings.*

Spremembe v ustni votlini Oral findings	Anoreksija Anorexia	Bulimija Bulimia
Erozije / Dental erosions	ne / no	da / yes
Zobna občutljivost / Tooth sensitivity	ne / no	da / yes
Suha usta / Dry mouth	da / yes	da / yes
Karies / Dental caries	ne / no	da / yes
Parodontalna bolezen / Periodontal disease	ne / no	da / yes
Atrofična sluznica / Atrophic mucosa	da / yes	ne / no
Slaba higiena / Poor oral hygiene	ne / no	da / yes

Zobozdravnik mora bolnika opozoriti na možne zaplete pri bulimiji, poučiti ga in motivirati za pravilno ustno higieno in mu svetovati uporabo fluoridnih preparatov in desenzibilirajočih zobnih past.

Največkrat je potrebna kompleksna stomatoprotetična rehabilitacija z obsežno endodontsko in parodontološko predpripravo zob.

Zobozdravnikova vloga je tudi pomembna takrat, ko se bolnik odloči, da se bo z boleznijo spopadel, saj je za samosplošovanje in ugodno počutje urejeno zobovje še kako pomembno.

Opis primera

Bolnica, stara 21 let, s potrjeno bulimijo, je bila napotena v specialistično parodontološko ambulantno v ZD Ljubljana, ker se je odločila, da se bo pričela zdraviti zaradi svoje bolezni, je pa imela velike probleme s svojim zobovjem. Pri kliničnem pregledu in analizi RTG posnetkov smo ugotovili, da ima bolnica močno destruirano zobovje v obeh zobnih vrstah. Poškodbe sklenine in dentina so bile tako izrazite, da je pri posameznih zobeh že prišlo do vnetja zobne pulpe, ki pa še ni pri nobenem zobu gangrenozno razpadla (sl. 1).



Sl. 1. *Klinično stanje v ustni votlini bolnice ob prvem obisku.*

Figure 1. *Clinical state of patient's oral cavity at the first visit.*

Ustna sluznica je bila suha in pordela, izrazito je bilo tudi vnetje ustnih kotov - angulus infectiosus oris (sl. 2).

Po izdelavi študijskega modela so izdelali načrt zdravljenja in stomatoprotetične rehabilitacije, s katerim se je bolnica strinjala. Naj-



Sl. 2. *Angulus infectiosus oris.*
Figure 2. *Angulus infectiosus oris.*



Sl. 3. *Izgled ustne votline pri bolnici po parodontalnem zdravljenju, protetični pripravi zob nosilcev.*

Figure 3. *State of patient's oral cavity after parodontal treatment and prosthetic preparation of teeth-carriers.*

prej smo s parodontalno-kirurškim posegom podaljšali zobne krone in preoblikovali obzobno kost in po predhodni predpripravi izdelali koreninska sidra, ki služijo kot nosilci za fiksni stomatoprotetični nadomestek (sl. 3). Bolnico smo od vsega začetka zdravljenja opogumljali in jo motivirali za vzdrževanje zobnega in ustnega zdravja. Za zdravljenje vnetja ustnih kotov smo ji predpisali mikonazolsko mazilo. Po čakalnem obdobju nekaj mesecev smo izdelali totalni mostiček v zgornji zobni vrsti (sl. 4).

Psihično in telesno stanje se je že med zdravljenjem, še veliko bolj pa ob njegovem koncu, izrazito izboljšalo. Bolnici se je povrnila volja do dela in druženja in povedala je, da je k njenemu počutju izrazito pripomoglo urejeno zobovje.



Sl. 4. *Zaključena stomatoprotetična rehabilitacija.*
Figure 4. *Completed dental rehabilitation.*

V pismu, ki ga je napisala ob koncu obiskovanja, je zapisala, da si najbrž ne predstavljamo, kako težko se je odločila za to »bitko« s seboj. Bodrilne besede, ne pa graja ob prvem obisku, so ji razblinile strahove in napisala je, da so ji ti prvi obiski okrepili voljo in svoje težave je pričela dojemati na povsem drug način. Lahko se je spet posvetila stvarim, ki se jim je zaradi težav s svojim zobovjem že odrekla, predvsem pa si je zopet upala med ljudi.

Zaključki

Zobozdravnik lahko pomaga pri rehabilitaciji teh bolnikov. Stomatoprotetična rehabilitacija je za te bolnike več kot sama nadomestitev okvarjenih zob. Je prvi korak k povrnitvi samospoštovanja. Pomembna naloga zobozdravnika pa je tudi v tem, da lahko prvi odkrije nekatere klinične znake obeh bolezni, ki so v ustni votlini lahko prisotni že kmalu po začetku motenj v prehranjevanju. Tako lahko v sodelovanju z izbranim zdravnikom in ostalimi strokovnjaki prispeva k čim hitrejši rehabilitaciji, ki je pri teh motnjah zelo pomembna.

Literatura

1. Little JW. Eating disorders: Dental implications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 93: 138–43.
2. Tomori M. Telo - med ugodjem in tesnobo. In: Tomori M ed. *Motnje hranjenja. IX. seminar o delu z mladostniki*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za psihiatrijo; 1995: 5–12.
3. Pavletić-Kopilović M, Mažer A, Majcan-Kopilović I. Pedopsihiatrija na obali: včeraj, danes, jutri? *ISIS* 2002; 11: 42–5.
4. Mandel L, Surattanont L. Bilateral parotid swelling: a review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 93: 221–37.
5. Preželj J. Somatski vidiki motenj hranjenja. In: Tomori M ed. *Motnje hranjenja. IX. seminar o delu z mladostniki*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za psihiatrijo; 1995: 13–7.
6. Lapajna-Kastelic D. Mladostniki z motnjami hranjenja v šolskem dispanzerju. In: Tomori M ed. *Motnje hranjenja. IX. seminar o delu z mladostniki*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za psihiatrijo; 1995: 45–53.
7. Bretz WA. Oral profiles of bulimic women: Diagnosis and management. *J Evid Dent Pract* 2002; 2: 267–72.