

Spiseforstyrrelser – Regionalt behandlingstilbud

291106
Stein Frostad
www.nmsf.no



Seksjon for
spiseforstyrrelser

Avdeling for
psykosomatisk
medisin

Divisjon for
Psykiatri

Helse Bergen

Seksjon for spiseforstyrrelser:
Bjørn Einar Rogde seksjonsleder

Lederteam:
Stein Frostad endokrinolog (faglig leder)
Stine Laberg psykolog
Haldis Økland Lier psykiater
Asle Halvorsen psykolog

Sykepleiere 19
Ergoterapeut 1
Fysioterapeut 1,5
Sosionom 0,5
Merkantile 1,5

Ved Seksjon for spiseforstyrrelser behandles:

Anorexia nervosa

Bulimia nervosa

Overspisingslidelse (binge eating disorder)

Aldersgruppe: 16 – 50 år

Regional opptrappingsplan for psykisk helse
for Helse Vest 2004:

”Spesialenheten ved Haukeland
Universitetssykehus etableres som en regional
funksjon med ansvar for å gi tilbud til
de tyngste pasientene i regionen”

5 heldøgns plasser 7 dager/uke

12 dagplasser 5 dager/uke

etablert fra 2003

Spesialistpoliklinikk etablert 2005

Inntaksteam vurderer henvisninger:

Rett til nødvendig helsehjelp

Fordeler behandlingsansvar

Plan for utredning og behandling

Poliklinisk utredning:

Komplikasjonsdiagnostikk,
komorbiditet,
risikovurdering

Motivasjonssamtaler

Gruppebehandling:
bulimia nervosa og for overspisingslidelse

Ved alvorlig spiseforstyrrelse
skal lege ha ansvar for:

Differensialdiagnoser
Komorbiditetsdiagnostikk
Påvisning av komplikasjoner

Risikovurdering

Komplikasjoner:

Psykiatriske

Somatiske

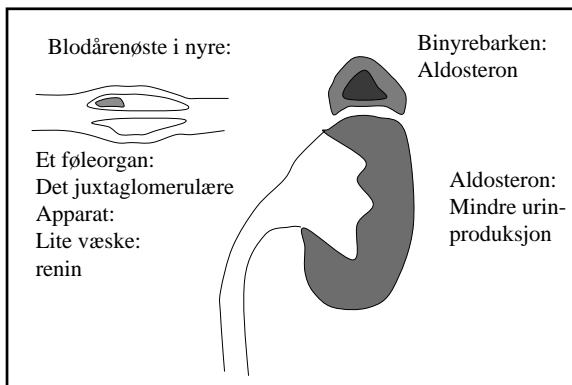
Somatiske komplikasjoner

Væske- og elektrolyttforstyrrelser
Vitamin- og mineralmangler
Gastrointestinale komplikasjoner
Organiske forandringer i CNS
Vekstretardasjon
Osteoporose
Mortalitet

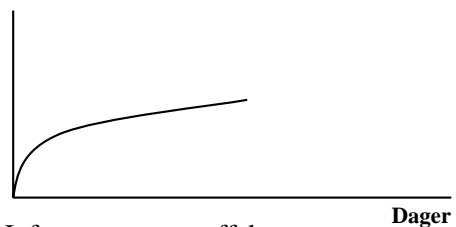
Væske og saltforstyrrelser:

Dehydrering ved bruk av avføringsmidler:

Vekttap på grunn av dehydrering,
gradvis økende behov for mer laksantia
for å unngå rehydrering og vektøkning



Vekt



Informert: svamp-effekt
Max 1,5 ltr væske pr døgn de første ukene

Overhydrering ved anorexia nervosa:
Veiting: drikk for å øke vekt:
hyponatremi: kramper, bevissthetstap

Mangel på vitaminer og mineraler:

Fettløselige vitaminer
Jern
Sink
Kobalamin (B12)

Thiamin (B1), magnesium og fosfat,
se reernæringsyndrom

Sinkmangel: psykiske plager; depresjon, nedsatt appetitt, menstruasjonsforstyrrelser

B12 mangel: psykiske plager, forstyrrelser i nervefunksjon
Anemi kommer sent

Gastrointestinale komplikasjoner

Postprandial oppfylthet
Obstipasjon

Nedsatt tarmmotilitet

Organiske forandringer i CNS

Computertomografi ved alvorlig AN:
utvidet ventrikkelssystem og atrofi
en følge av sult
reversibelt

Magnetisk resonans (MR):

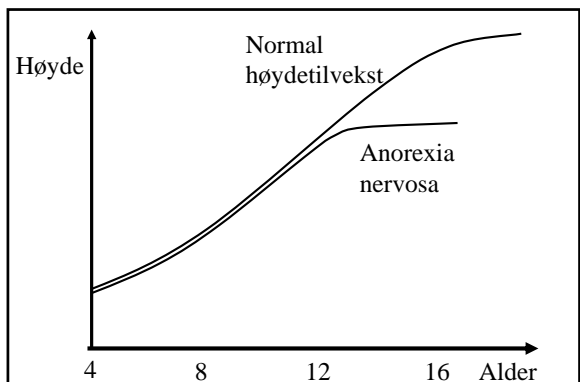
6 pas i alder 17+/- 3,5 år:
varige forandringer i grå substans
etter at pasienten var blitt frisk
Årsak eller virkning ?

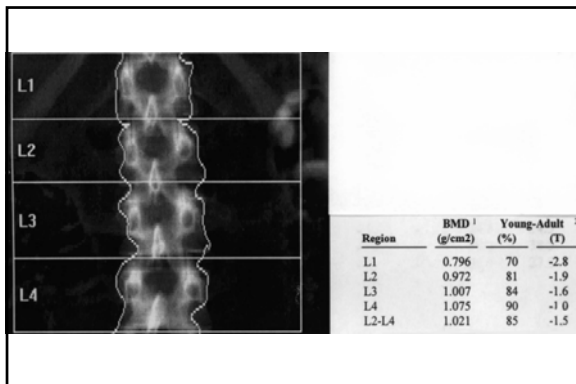
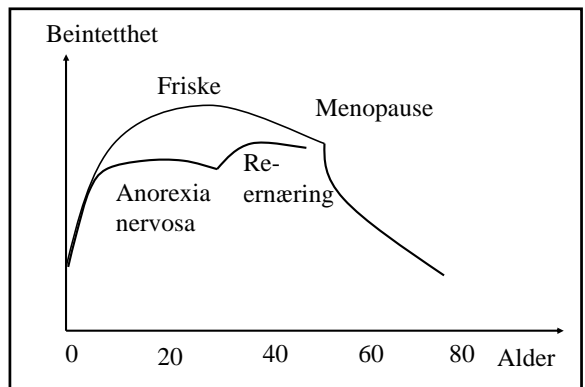
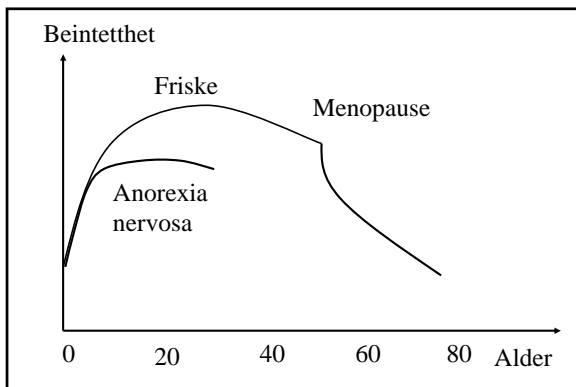
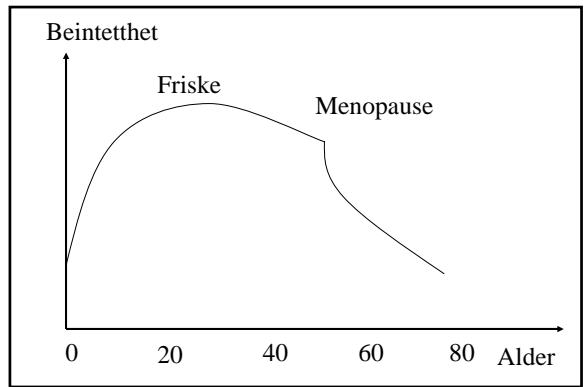
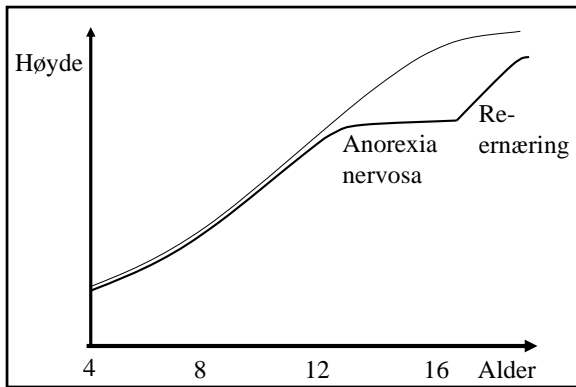
(Katzman. Arch Ped Adolesc Med 1997)

Vekstretardasjon

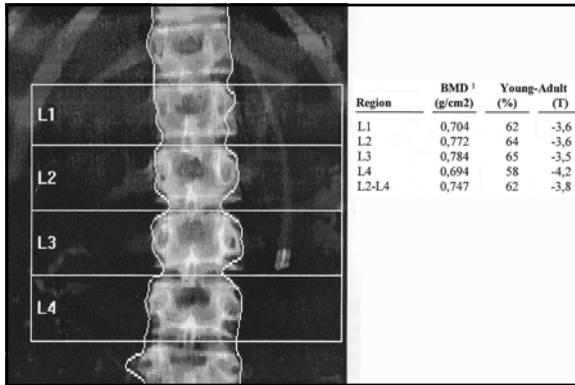
Alvorlig anorexia nervosa før en er utvokst:
ofte total stopp i høydetilvekst.

Vanligvis høye veksthormon-nivåer,
men lave IGF-1-verdier





Region	BMD ¹ (g/cm ²)	Young-Adult (%)	Young-Adult (T)
L1	0.796	70	-2.8
L2	0.972	81	-1.9
L3	1.007	84	-1.6
L4	1.075	90	-1.0
L2-L4	1.021	85	-1.5



Anorexia nervosa: halvparten får osteoporose

Reernæring kan gi bedring av osteoporose
Sammenpressningsbrudd i ryggen
Langvarige smerter

Mehler 2002

Tidlig reduksjon av bentetthet:

170 jenter 10-17 år
med anorexia nervosa:
Bentetthetsmåling: 44 % hadde osteopeni

Castro 2000.

Behandling med kalsium og vitamin D
kan sannsynligvis redusere beintap:
Standard anbefaling ved amenore:

Kalsium 1500 mg/dag
Vitamin D 400 Enh/dag

Mehler 2000

Østrogentilskudd har ingen effekt på
benskjørhet ved anorexia nervosa

Mortalitet og

Risikovurdering

Risiko for letalt forløp:

Svært varierende mortalitet:
0 -20 % pr 10 år.

Spiseforstyrrelser og mortalitet:

Anorexia nervosa: meta-analyse:
42 studier, 3006 pasienter
mortalitet: 5,9%
27% suicid
59% somatiske komplikasjoner
19% annen eller ukjent årsak
(Sullivan. Am J Psychiatry 1995)

Somatiske dødsårsaker:

Hjerterytmeforstyrrelser
Reernæringssyndrom
Infeksjoner (granulocytopeni)

Hjerterytmeforstyrrelser risikofaktorer:

Hypokalemi
Forlenget QTc-tid
Thiaminmangel
Hypofosfatemi (reernæringssyndrom)
Hypoglykemi

Hypokalemi:
lavt innhold av kalium i blodet

brekninger
(avføringsmidler, vandrivende)

Terri Schiavo
1963 – (1990) 2005

Terri Schiavo collapsed in her home in 1990, suffering from heart failure that led to severe brain damage because of lack of oxygen. Her husband has said she suffered from bulimia, an eating disorder, that resulted in a potassium deficiency that triggered the heart failure



Hypokalemi:

Hvis brekninger > 4 ganger/uke
over 4 uker: mål s- kalium

Hvis kalium under referanseområdet:
kalium tabletter eller mixtur

(Kajos mixtur 30 ml x 2,
eller Kaleorid 750 mg 2 tabl. x 2)

Obs: hyperkalemi

Individuell tilpasning av prøvetaking og behandl.



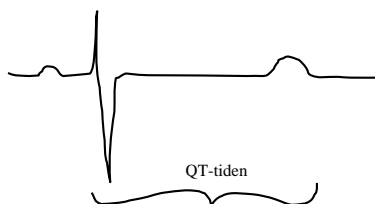
The image shows a screenshot of a medical record system. At the top, it displays the name of the patient, 'Petter P.', and the name of the doctor, 'Petter P.'. Below this, there is a list of medications, including 'Kajos mixtur' and 'Kaleorid'. The system also shows various medical history and examination notes.

Forlenget QTc-tid

øket risiko for
alvorlige hjerterytmeforstyrrelser

Men: alvorlige arrytmier
sett ved normal QTc-tid

QT-intervallet måles fra begynnelsen av QRS-
komplekset til punktet der T-bølgen kommer
tilbake til den isoelektriske linjen i EKG.



QT intervallet bør korrigeres for hjerterytmen
ved å bruke formelen $QTc = QT / (R-R)^{1/2}$ der
QT måles i s og R-R er avstanden mellom
kompleksene i sekunder. Derved oppnås QT
tid korrigert for hjerterefrekvens, også kalt
QTc..

For kvinner er $QTc > 0,45$ s forlenget

For menn er $QTc > 0,43$ s forlenget

Frostad Tidsskr Nor Lægeforen 2004.

www.nmsf.no

Dersom pas. bruker neuroleptika eller antidepressiva :

sjekk om dette gir forlenget QTc-tid:
i så fall skift eller seponer

Eks: haloperidol (Haldol)
og tricycliske antidepressiva

Thiaminmangel:

Hjerterytmeforstyrrelser
Encephalopati (Wernicke)
Irreversible CNS-forandringer (sjeldent)
Encephalopati kan utløses av glukose i.v.
Alltid thiamin 50 mg i.v./i.m.
ved langvarig glukoseinfusjon

Reernæringsyndrom

”Cardiac arrest and delirium:
presentation of the refeeding
syndrome in severely malnourished
adolescents with anorexia nervosa”.

J Adolesc Health 1998

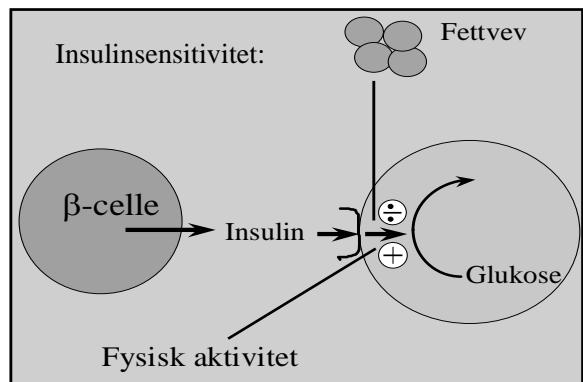
Risiko for reernæringsyndrom:
Alvorlig anorexia nervosa siste 2-3 måneder
Eller intet næringsinntak siste 7-10 dager
Nedsatt s-fosfat

Hypofosfatemien kan maskeres av dehydrering
S-fosfat daglig første 1-2 uker

Hypoglykemi

Tomme glykogenlagre
Forstyrret glukoneogenese
Øket insulinsensitivitet
Hjerterytmeforstyrrelser

Posthyperglykemisk hypoglykemi:
Etter næringsdrikk eller glukosedrypp



BASISKOST

Frokost	2 brødskeer med margarin og pålegg 1 glass lettmeik
Formiddag	1 glass appelsinjuice 1 frukt – evt. Drikke
Lunsj	2 brødskeer med margarin og pålegg 1 glass lettmeik salat eller grønnsaker
Middag	1 porsjon middag etter "tallerkenmodellen" (poteter/ris/pasta, kjøtt/fisk, grønnsaker og saus) 1 fruktyoghurt eller dessert 1 glass eplejuice eller saft
Ettermiddag	1 frukt – evt. Drikke
Kvelds	2 brødskeer med margarin og pålegg 1 glass lettmeik

Tallerkenmodellen



utredningsserie



Statens helsetilsyn

7-2000 **ALVORLIGE SPISEFORSTYRRELSER**
RETNINGSLINJER FOR BEHANDLING I SPESIALISTHELSETJENESTEN



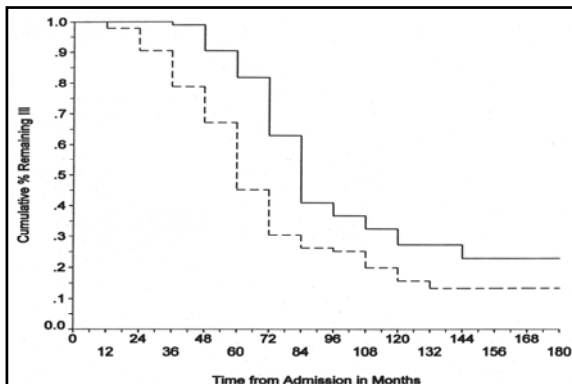
Se www.nmsf.no lenker

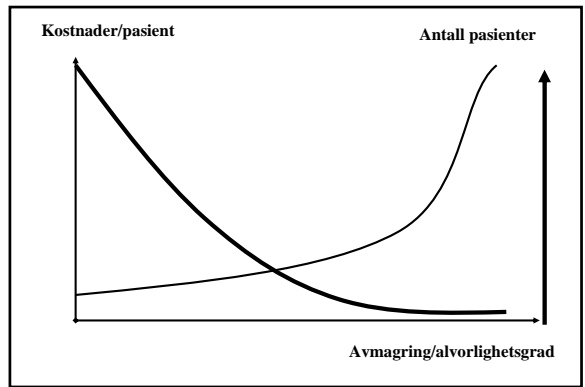
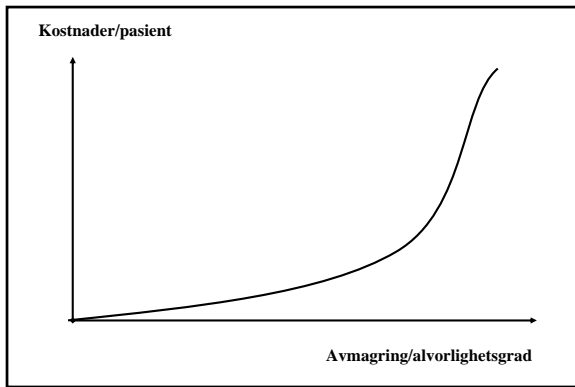
Somatisk utredning
og behandling av spiseforstyrrelser
Stein Frostad
Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2121-5

Spiseforstyrrelser: langvarig oppfølging:
Strober. Int J Eat Disord. 1997:

Prospektiv studie:

- 95 pasienter med AN
- alder 12-18 år
- inkludert 1980-85 ved sykehusinnleggelse
- BMI=14,1 ± 1,9 (ex: 40kg/1,70m)
- Intensiv psykoterapi i UCLA-regi
- oppfølging 10-15 år
- Kurert (fri for alle AN-kriterier):
2 år: 0% kurert
10 år: 73% kurert





Oppsummering:

Noen få pasienter har mye komplikasjoner og trenger langvarig tverrfaglig behandling på regional spesialenhet

De fleste pasientene har lite komplikasjoner og kan behandles av poliklinisk av personell med kompetanse på utredning og behandling av spiseforstyrrelser