

ZOFIA MARZEC-KORONCZEWSKA

Zaburzenia odżywiania *anorexia nervosa* i *bulimia nervosa* – charakterystyka zmian w jamie ustnej

Eating Disorders *Anorexia Nervosa* and *Bulimia Nervosa* – Oral Complications

Zakład Stomatologii Zachowawczej Katedry Stomatologii Zachowawczej i Periodontologii PAM w Szczecinie

Streszczenie

Zaburzenia odżywiania, *anorexia nervosa* i *bulimia nervosa* to poważne, mogące zagrażać życiu, schorzenia. W chorobach tych, obok ogólnoustrojowych, występują liczne objawy stomatologiczne: nadżerki zębów z powodu częstych prowokowanych wymiotów, kserostomia, powiększenie ślinianek przyusznych, zapalenie kątów ust i języka, a także uszkodzenia błony śluzowej jamy ustnej. Ponieważ stomatolodzy mogą odgrywać ważną rolę w rozpoznaniu anoreksji i bulimii, omówiono – na podstawie piśmiennictwa – te choroby, uwzględniając istotne objawy stomatologiczne (**Dent. Med. Probl. 2004, 41, 4, 769–772**).

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania, jadłowstręt psychiczny (anoreksja), bulimia, erozja zębów, kserostomia, powiększenie ślinianek.

Abstract

Eating disorders *anorexia nervosa* and *bulimia nervosa* are serious illnesses that can be life-threatening. Along with the medical conditions, serious dental diseases are found which frequently result in: dental erosion from self-induced vomiting, xerostomia, salivary gland enlargement, angular cheilitis, glossitis and oral mucosal ulceration. Because dentists play important role in the early diagnoses of anorexia and bulimia the article – review of the dental literature – describes the orodental signs and symptoms of these diseases (**Dent. Med. Probl. 2004, 41, 4, 769–772**).

Key words: eating disorders, *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa*, tooth erosion, xerostomia, parotid glands enlargement, cheilitis, glossitis.

Zaburzenia odżywiania, jadłowstręt psychiczny (AN – *anorexia nervosa*) i bulimia (BN – *bulimia nervosa*) to zaburzenia emocjonalne wywołujące poważne skutki somatyczne zagrażające zdrowiu, a nawet życiu dziewcząt i młodych kobiet. Największa zapadalność na jadłowstręt psychiczny przypada w okresach 13–14 i 17–25 lat. Bulimia występuje później, w wieku 17–25 lat [1].

W dosłownym tłumaczeniu nazwa *bulimia* oznacza „wilczy głód”, co trafnie i jednoznacznie obrazuje najbardziej charakterystyczne objawy tego schorzenia. Według DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, IV Edition 1995*) BN to nawracające epizody żarłoczości, charakteryzujące się zjedzeniem w określonym czasie znacznie większej ilości jedzenia niż

większość ludzi byłaby w stanie zjeść w takim samym czasie oraz poczuciem całkowitego braku kontroli nad spożywanym jedzeniem [2]. Docho-
dzą do tego nawracające niewłaściwe zachowania kompensacyjne mające na celu zapobieżenie przyrostowi masy ciała, takie jak: wywoływanie przez siebie wymiotów (dotyczy 80–90% chorych), nadużywanie środków przeczyszczających, diuretyków, lewatyw, a także powstrzymywanie się od jedzenia, zażywanie leków hamujących apetyt lub ustawiczne i intensywne ćwiczenia fizyczne. DSM-IV rozróżnia w bulimii typ wydalający – w czasie epizodu bulimii są prowokowane wymioty lub nadużywane środki przeczyszczające i typ niewydalający – charakteryzujący się przejawianiem niewłaściwych zachowań (głodzenie się, for-

sowne ćwiczenia fizyczne), ale bez prowokowania wymiotów. U podłoża BN leży lęk przed nadwagą bowiem samoocena jest dokonywana zawsze przez pryzmat kształtów i masy ciała [2, 3].

Uporczywe dążenie do zmniejszenia masy ciała i lęk przed przybraniem na wadze są najbardziej charakterystycznym objawem jadłowstrętu psychicznego. Objawy AN to utrata masy ciała > 15% w stosunku do masy należnej dla danego wieku i wzrostu i awersja do jedzenia spowodowana silnym lękiem przed zwiększeniem masy ciała przy jednocześnie istniejącym niedoborze wagi. Powikłania groźne dla życia to zaburzenia czynności tarczycy, podwzgórza (obniżenie temperatury ciała), zmiany w układzie sercowo-naczyniowym (bradykardia, niedociśnienie, arytmie), zaburzenia funkcji nerek (zmniejszona filtracja kłębkowa, kamica nerkowa, obrzęki), niedobory elektrolitów (głównie sodu, potasu), zaburzenia hematologiczne (niedokrwistość, leukopenia, trombocytopenia) i enzymatyczne (enzymy wątrobowe). Najbardziej charakterystyczny jest w przebiegu AN wtórny brak miesiączki [4].

Zaburzenia odżywiania są w Polsce coraz częstszym problemem medycznym i ze względu na objawy występujące w obrębie jamy ustnej stomatolodzy powinni zwracać na nie szczególną uwagę.

Częstym objawem zaburzeń odżywiania w przebiegu BN i AN jest utrata twardych tkanek zęba na skutek erozji. Erozja szkliwa jest najbardziej patognomicznym objawem bulimii w obrębie jamy ustnej, stwierdzanym też u chorych na anoreksję typu bulimiczno-przeczystyszczającego [5–13]. Ma to związek z częstym, trwającym przez dłuższy czas, kontaktem treści żołądkowej o bardzo małym pH, wynoszącym około 1, z powierzchnią zębów, podczas powtarzających się wymiotów. Utrata twardych tkanek szkliwa i zębiny ma charakterystyczne rozmieszczenie określane jako *perimolysis* lub *perimylolysis* [14–16]. Powierzchnia i głębokość zmian, pozostające w ścisłym związku z czasem trwania choroby, mogą być znaczne, nie rzadko obejmują głębsze warstwy zębiny, a nawet sięgają miazgi [5, 8, 17, 18]. W stanach zaawansowanych występuje wzmożona wrażliwość zębów na bodźce termiczne i mechaniczne [8, 16, 17, 19].

Hellström [17] podzieliła chore na anoreksję na dwie grupy: wymiotujące i niewymiotujące i stwierdziła, że erozja znacznego stopnia występująca na powierzchniach językowych i średnio nasilona na powierzchniach policzkowych zębów dotyczyła tylko pacjentów często prowokujących wymioty, natomiast w drugiej grupie erozja występowała sporadycznie i tylko na powierzchniach policzkowych. W badaniach Roberta [11] wszystkie pacjentki chore na bulimię często prowokowały wymioty, by w ten sposób kontrolować masę

ciała, w przeciwieństwie do 20–25% chorych na anoreksję. Mimo to, w grupie chorych na bulimię częstotliwość erozji była mniejsza, co autor tłumaczy właściwym przestrzeganiem zasad higieny i nawykiem płukania jamy ustnej po prowokowanych wymiotach. Robb et al. [13] stwierdzili, że częstość wymiotów, czas ich trwania oraz następujące po nich zabiegi higieniczne nie wpłynęły istotnie statystycznie na różnicę w nasileniu erozji szkliwa zębów pacjentek chorych na anoreksję i bulimię często i sporadycznie wymiotujących. Nie wykazano także różnic między pacjentkami rutynowo szczotkującymi i nieszczotkującymi zębami po wymiotach. Jednocześnie badania po raz kolejny potwierdziły tezę o częstszym występowaniu ubytków erozyjnych u osób z zaburzeniami jedzenia niż u osób z grupy kontrolnej [13, 20].

Często opisywanym zewnątrzustnym objawem AN i BN jest powiększenie ślinianek przyusznych [11, 12, 14, 21–23]. Niebolesne zazwyczaj powiększenie może wystąpić jedno- lub obustronnie, deformując rysy twarzy [14, 21]. Badania kliniczne tej grupy pacjentów potwierdzają występowanie powiększonych ślinianek w 10–50% przypadków [14]. Mniejszy odsetek powiększonych ślinianek przyusznych stwierdzili w swoich badaniach Roberts i Li [11].

Etiologia powiększenia przyusznicy nie została do końca wyjaśniona. Mówi się o przeroście wynikającym z jednej strony – z powtarzających się napadów żarłoczności, w czasie których dochodzi do pobudzenia gruczołów, z drugiej zaś – z ustawicznych wymiotów, podczas których kwasy żołądkowe działają drażniaco na przewody ślinowe i ich wyściółkę. Cholinergiczne pobudzenie gruczołów podczas wymiotów i autonomiczna stymulacja gruczołów przez uczynienie kubków smakowych to dwa mechanizmy wyjaśniające powiększenie gruczołów ślinowych [cyt. za 14]. Większość autorów wiąże powiększenie ślinianek przyusznych z regularnymi wymiotami, a potwierdzeniem tej opinii ma być to, że u osób stosujących inne niż wymioty metody przeczystyszczania nie stwierdzono powiększenia ślinianek.

Z powiększeniem ślinianek i zmniejszonym wydzielaniem gruczołów ślinowych ma związek występująca w tej grupie chorych kserostomia [8, 17, 22]. Hellström [17] stwierdziła u pacjentek wymiotujących małe i bardzo małe wydzielanie śliny spoczynkowej, a w kilku przypadkach nie udało się w ogóle zebrać śliny w standardowym czasie badania. Rytömaa et al. [8] w grupie z BN wykazali trzykrotnie więcej osób ze zmniejszonym wydzielaniem śliny niestymulowanej (< 0,2 ml/min) niż w grupie kontrolnej.

Do kserostomii przyczyniają się podawane podczas ogólnego leczenia choroby leki sedatyw-

ne, antydepresyjne i przeciwskurczowe, a także zaburzenia równowagi wodnej organizmu wywołane wymiotami, zażywaniem diuretyków i środków przeczyszczających. Występująca u pacjentów z zaburzeniami odżywiania suchość w jamie ustnej i zmniejszone wydzielanie śliny mogą być także następstwem niedożywienia, zaburzeń wchłaniania, niedokrwistości, zaburzeń hormonalnych i stanów emocjonalnych, np. lęku [17, 24].

Suchość w jamie ustnej może sprzyjać odkładaniu większej ilości płytki nazębnej, zapaleniu dziąseł i predysponować do próchnicy. Doniesienia na temat próchnicy u osób z zaburzeniami odżywiania są jednak sprzeczne. Niektórzy autorzy wskazują na jej dużą intensywność [3, 8], inni nie stwierdzają różnic w jej nasileniu u osób chorych na AN lub BN i z grupy kontrolnej [20–22].

U pacjentek prowokujących wymioty dochodzi także do urazów błony śluzowej jamy ustnej i gardła [21]. Okaleczenia i otarcia na podniebieniu miękkim są skutkiem prowokowania wymiotów palcami lub przedmiotami [14]. Okaleczenia powstałe wskutek stymulowania wymiotów (siniaki, otarcia, modzele) można zauważyć także na grzbietowych powierzchniach dłoni (tzw. objawy Russella i Crisspa). Zdarzają się także nadżerki i zapalenia paznokci (*paronychia*) wywołane ekspozycją na kwasy [cyt. wg 14, 21].

Rumień błony śluzowej jamy ustnej, gardła i podniebienia jest następstwem przewlekłego drażnienia kwasami żołądkowymi, stąd u pacjentów prowokujących wymioty często stwierdza się zapalenie języka i kątów ust, nadwrażliwość na zimno, ciepło i bodźce mechaniczne (żucie, szczotkowanie) [8, 7, 14, 16, 17, 21, 22].

Profesjonalne postępowanie profilaktyczne i lecznicze zależy od lokalizacji i natężenia zmian erozyjnych. Niezbędne są współpraca pacjenta i zmiana przez niego nawyków higienicznych i dietetycznych. Szczotkowanie zębów bezpośrednio po ekspozycji zębów na kwasy żołądkowe jest przeciwwskazane. Zaleca się natomiast płukanie jamy ustnej dwuwęglanem sodu lub wodorotlenkiem magnezu, które ma na celu zneutralizowanie kwaśnego odczynu kwasu żołądkowego w jamie ustnej. Obojętne pH płukanek fluorku sodu (0,5–2%) lub 0,4% żelu fluorku cynawego jest zalecane do uodpornienia zębów na działanie kwasów [16, 17]. Wskazane są także płukania jamy ustnej w ciągu dnia niezakwaszonymi roztworami

fluoru o małym stężeniu (0,025% – 0,05%) [25]. Szczotkowanie zębów powinno być wykonywane miękką lub średnio twardą szczoteczką z zastosowaniem past o niskiej ścieralności (RDA < 40). Wskazana jest pionowa technika szczotkowania. Pacjentom zaleca się żucie gumy bezcukrowej, zawierającej dwuwęglany lub mocznik, alternatywnie z gumą zawierającą fluor, co zwiększa wydzielanie śliny po ekspozycji na kwasy. Imfeld [25] przedstawił metody profesjonalnego postępowania profilaktycznego w przypadku erozji szkliwa i zębiny, które obejmują: dokładne poinformowanie pacjenta o przyczynie erozji, instruktaż higieny jamy ustnej z zaleceniem stosowania właściwych środków, profesjonalne usuwanie kamienia nazębnego (jako kompensacja stosowania przez pacjenta niskoabrazyjnych past do zębów), czterokrotne (lub częstsze) w ciągu roku zastosowanie lakierów fluorowych na początkowe zmiany erozyjne szkliwa (w zależności od nasilenia progresji), monitorowanie progresji erozji przez porównanie stanu aktualnego ze stanem początkowym (model gipsowy), wymianę wypełnień na powierzchniach żujących utraconych z powodu postępującej erozji otaczającego szkliwa.

W przypadku początkowych zmian erozyjnych szkliwa o niewielkim nasileniu stosuje się związki fluoru, najlepiej lakiery fluorowe o odczynie obojętnym.

Zmiany erozyjne przebiegające z odsłonięciem zębiny wymagają postępowania odtwórczego i odbudowy tkanek zęba z zastosowaniem cementów szklano-jonomerowych, kompozycji, kompozytów uwalniających fluor [26].

Przypadki erozji o znacznym nasileniu wymagają leczenia protetycznego. Pokrycie zębów licówkami, koronami lub odbudowa mostami zabezpieczają przed dalszym zniszczeniem [10, 16, 18, 27]. Pamiętać należy, że podatne zęby antagonistyczne mogą zostać uszkodzone z powodu atencji, dlatego i będą także wymagały nakładów, koron częściowych i całkowitych [26].

Postępowanie zachowawcze i leczenie protekcyjne nie tylko zabezpieczają zęby przed dalszą utratą tkanek, ale również poprawiają warunki zgryzowe i wygląd estetyczny. Niewątpliwie ten ostatni czynnik odgrywa ważną i skuteczną rolę w psychoterapii pacjentów z zaburzeniami odżywiania [16, 28].

Piśmiennictwo

- [1] NAMYSŁOWSKA I.: Zaburzenia odżywiania – jadłowstręt psychiczny i bulimia. Przewodnik Lekarza 2002, 88–91.
- [2] ŚREDNIAWA H.: Aspekty kliniczne i terapeutyczne leczenia bulimii. Nowa Med. 1996, 17, 72–78.
- [3] ROBB N. D., SMITH B. G. N.: Anorexia and bulimia nervosa (the eating disorders): conditions of interest to the dental practitioner. J. Dent. 1996, 24, 7–16.

- [4] DOMŻAŁ M.: Jadłowstręt psychiczny i bulimia. *Mag. Med.* 1995, 6, 9, 44–47.
- [5] JONES R. R. H., CLEATON-JONES P.: Depth and area of dental erosions, and dental caries, in bulimic women. *J. Dent. Res.* 1989, 68, 1275–1278.
- [6] MILOSEVIC A., DAWSON L. J.: Salivary factors in vomiting bulimics with and without pathological tooth wear. *Caries Res.* 1996, 30, 361–366.
- [7] WOLCOTT R. B., YAGER J., GORDON G.: Dental sequelae to the binge-purge syndrome (bulimia): report of cases. *JADA* 1984, 109, 723–725.
- [8] RYTÖMÄ I., JÄRVINEN V., KANERVA R., HEINONEN O. P.: Bulimia and tooth erosion. *Acta Odontol. Scand.* 1998, 56, 36–40.
- [9] BRADY W. F.: The anorexia nervosa syndrome. *Oral Surg.* 1980, 50, 509–516.
- [10] ANDREW F. F. H.: Dental erosion due to anorexia nervosa with bulimia. *Br. Dent. J.* 1982, 152, 89–90.
- [11] ROBERTS M. W., LI S. H.: Oral findings in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a study of 47 cases. *JADA* 1987, 115, 407–410.
- [12] WILLERHAUSEN B., PHILIPP E., PIRKE K.-M., FICHTER M.: Orale Komplikationen bei Patienten mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. *Zahn. Mun. Kieferheilkd.* 1990, 78, 293–299.
- [13] ROBB N. D., SMITH B. G. N., GEIDRYS-LEPPER E.: The distribution of erosion in the dentitions of patients with eating disorders. *Br. Dent. J.* 1995, 178, 171–175.
- [14] GROSS K. B. W., BROUGH K. M., RANDOLPH P. M.: Eating disorders: anorexia and bulimia nervosas. *J. Dent Child.* 1986, 9–10, 378–381.
- [15] IMFELD T.: Dental erosion. Definition, classification and links. *Eur. J. Oral Sci.* 1996, 104, 151–155.
- [16] BONILLA E. D., LUNA O.: Oral rehabilitation of a bulimic patient: A case report. *Quintessence Int.* 2001, 32, 469–475.
- [17] HELLSTRÖM I.: Oral complications in anorexia nervosa. *Scand. J. Dent. Res.* 1977, 85, 71–86.
- [18] MILOSEVIC A., JONES C.: Use of resin-bonded ceramic crowns in a bulimic patient with severe tooth erosion. *Quintessence Int.* 1996, 27, 123–127.
- [19] ABRAMS R. A., RUFF S. C.: Oral signs and symptoms in the diagnosis of bulimia. *JADA* 1986, 113, 761–764.
- [20] MILOSEVIC A., SLADE P. D.: The orodental status of anorexics and bulimics. *Br. Dent. J.* 1989, 167, 66–70.
- [21] MILOSEVIC A.: Eating disorders and the dentist. *Br. Dent. J.* 1999, 186, 109–113.
- [22] HAZELTON L. R., FAINE M. P.: Diagnosis and dental management of eating disorder patients. *Int. J. Prosth.* 1996, 9, 1, 65–73.
- [23] RZECZYCKI P., FILIPOWSKI M.: Powiększenie ślinianek przyusznych w *bulimia nervosa* i *anorexia nervosa*. *Otolaryngol. Pol.* 1996, 318–320.
- [24] STUDEN-PAVLOVICH D., ELLIOTT M. A.: Eating disorders in women's oral health. *Dent. Clin. North Am.* 2001, 45, 491–511.
- [25] IMFELD T.: Prevention of progression of dental erosion by professional and individual prophylactic measures. *Eur. J. Oral Sci.* 1996, 104, 215–220.
- [26] LAMBRECHTS P., MEERBEK B., PERDIGÃO J., GLADYS S., BRAEM M., VANHERLE G.: Restorative therapy for erosive lesions. *Eur. J. Oral Sci.* 1996, 104, 229–240.
- [27] DARBAR U. R.: The treatment of palatal erosive wear by using oxidized gold veneers: A case report. *Quintessence Int.* 1994, 25, 195–197.
- [28] COWAN R. D., SABATES C. R., GROSS K. B., ELLEDGE D. A.: Integrating dental and medical care for the chronic bulimia nervosa patient: a case report. *Quintessence Int.* 1991, 22, 553–557.

Adres do korespondencji:

Zofia Marzec-Koronczewska
Zakład Stomatologii Zachowawczej Katedry Stomatologii Zachowawczej
i Periodontologii PAM
ul. Powstańców Wlkp. 72
70-111 Szczecin
tel./fax: +48 91 466 17 45

Praca wpłynęła do Redakcji: 3.03.2004 r.
Po recenzji: 15.03.2004 r.
Zaakceptowano do druku: 29.04.2004 r.

Received: 3.03.2004
Revised: 15.03.2004
Accepted: 29.04.2004