

## Komplexe Essstörungen und die Besonderheiten in St. Gallen

Referenten: Dr. Dirk Büchter, Leitender Arzt, Ostschweizer Kinderspital St. Gallen



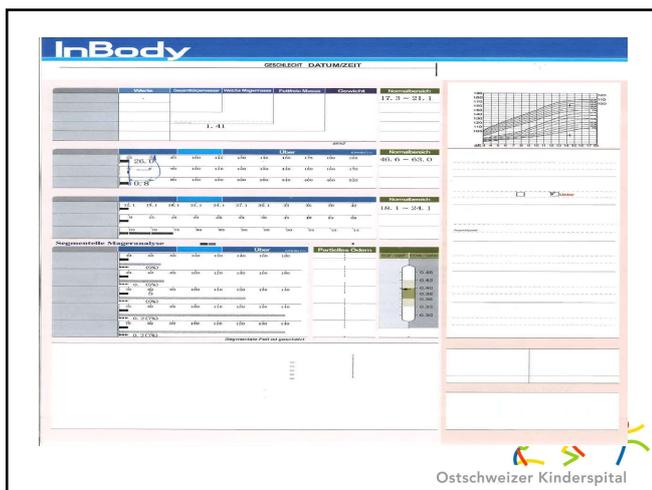
1

## Ess- und Fütterstörungen im DMS-5 und ICD-11

- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa
- Binge Eating Störung
- Atypische Anorexie (ARFID)
- Bulimie von geringer Frequenz oder Dauer
- Binge-Eating Störung mit geringer Frequenz oder Dauer
- Purging-Syndrom
- Night-eating Syndrom
- Ruminationsstörungen
- Vermeidende/Restriktive Nahrungsaufnahmestörung
- Andere spezifische Ess- und Fütterstörung



2



3

Chemie	Fall - Fallübergang vom 12.02.2017 bis 26.08.2017				
	22.08.2017 07:14	26.08.2017 09:01	26.08.2017 09:01	15.08.2017 07:50	24.07.2017 12:24
Glukose	5.3 - 5.3 mmol/l				4.9
Laktat	< 2.4 mmol/l				1.2
Altp. verm. reaktiv	*				
Glukose-6-Phosphat	< 71 U/ml	1.00			
Glukose-6-Phosphat	< 101 U/ml	1.60			
Gamma-GT	< 71 U/ml	0.60			
Natrium	132 - 145 mmol/l	143	142	143	142
Kalium	3.1 - 5.3 mmol/l	4.6	4.4	4.2	4.3
Calcium ionisiert	1.05 - 1.35 mmol/l	1.25	1.18	1.10	1.15
Chlorid	96 - 111 mmol/l	102	103		103
Magnesium	0.7 - 1.05 mmol/l			0.80	0.77
Phosphat	1.1 - 1.7 mmol/l	0.96	0.78	0.84	0.72
Bilirubin total	1 - 20 µmol/l	15			1.13
Kreatinin	< 88 µmol/l	45			
Harnsäure	< 362 µmol/l	128			
Harnstoff	< 8.0 mmol/l	2.7			
Albumin	30 - 54 g/l	46			
Ugk	0.44 - 3.93 g/l	3.04			
Aspartat	< 25 U/l	96			
Alanin	< 24 U/l	19			
GGT	* 24 U/l	14			
CK	< 123 U/l	49			
AP	90 - 362 U/l	43			
Lipase	< 135 U/l	26			
Cholesterin	< 8.2 mmol/l	2.6			
HDL-Cholesterin	> 0.51 mmol/l	1.10			
LDL-Cholesterin	< 3.36 mmol/l	1.80			
Triglyceride	< 1.7 mmol/l	0.60			
Insulin	7.14 µU/ml	128			
FT3	3.6 - 5.6 pmol/l	4.4			
FT4	8.5 - 24.6 pmol/l	11.3			
TSH	0.4 - 4.0 mU/l	2.05			
TSH				10.94	
Glukose	5.9 - 5.8 mmol/l			4.2	

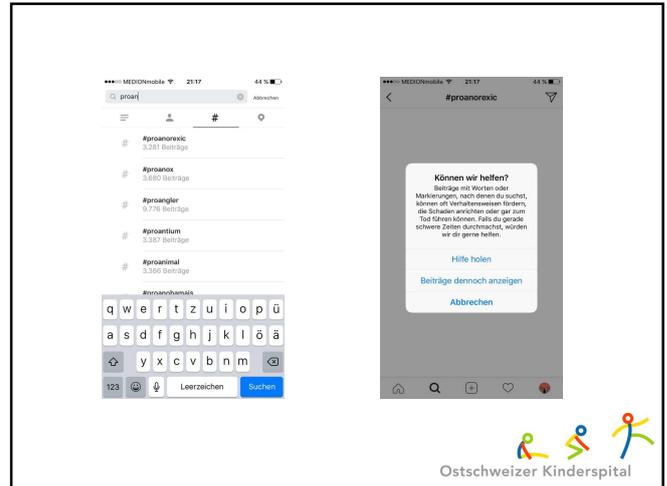
4

/ Hämats			
Darstellungsbereich: Fall Folienreihenfolge von 12/02:			
		22.08.2017 07:14	18.08.2017 08:51
<b>Erythropoese</b>			
Hämoglobin	120 - 146 g/l	134	135
Hämokrit	36 - 44 %	39	40
Erythrozyten	3,8 - 5,8 T.f.	4,5	4,5
MCH	26 - 32 pg	30	30
MCHC	320 - 360 g/l	340	339
MCV	69 - 93 fl	88	89
RDW-CV	< 14,5 %	15,0	14,9
<b>Leukopoese</b>			
Leukozyten	4,5 - G/l	3,8	3,8
Neutrophile Stabkernige	1 - 3 %	0,0	0,0
Neutro. Segmentkernige	45 - 51 %	31,0	39,0
Eosinophile	1 - 3 %	2,0	0,0
Basophile	0 - 2 %	0,0	0,0
Monozyten	0 - 5 %	11,0	15,0
Lymphozyten	25 - 35 %	55,0	46,0
Plasmazellen	0 - 1 %	1,0	0,0
Neutrophile Granula	ohne Befund	ohne Befund	
<b>Thrombopoese</b>			
Thrombozyten	154 - 442 G/l	231	195
<b>Hämatologie</b>			
<b>Gerinnung</b>			
Erbinahmeart			kapillar
Quasi	70 - 120 %		100
INR-Wert	< 1,3		1,00
<b>Bemerkungen</b>			



Ostschweizer Kinderspital

5



Ostschweizer Kinderspital

6

### Zehn Warnsignale zur Früherkennung von Essstörungen

- Keine altersentsprechende Gewichtszunahme
- Gewichtsverlust, dünner Körper unter weiten Pullovern kaschiert
- Vermeidung mit Familie zu essen; Interesse an Kochen für andere
- Aufnahme grosser Mengen Obst/Gemüse, dabei wenig bis keine kohlehydratreiche oder fettreiche Kost
- Sehr langsames Essen, die Nahrung wird in winzige Stücke geschnitten
- Übermässiges Lernen bei Jugendlichen
- Extreme Aktivität, stundenlanges Joggen etc.
- Grosse Nahrungsmengen verschlingen aus dem Kühlschrank oder dem Vorratsraum
- Die Toilette mehrmals täglich besetzt, auch in der Nacht
- Laxantien werden wiederholt eingenommen



Ostschweizer Kinderspital

7



Ostschweizer Kinderspital

8

### Fallbeispiel

16 6/12 jährige Patientin wird mit einem Gewicht von 35 kg bei 155 cm Grösse zugewiesen. War bis vor einem Jahr vor Zuweisung im Skisport sehr aktiv; da sie jedoch zu leicht für grosse Erfolge war, wechselte die Patientin auf Empfehlung des Sportarztes in den Laufsport. Dort kam es zu grossen Leistungsproblemen diese versuchte die Patientin mit noch intensiverer Diät zu begegnen.



9

### Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa

- Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht oder BMI <17.5
- Der Gewichtsverlust ist selbst herbei geführt durch
  - a) Vermeidung von hochkalorischen Speisen sowie
  - b) Selbst induziertes Erbrechen (purging -Verhalten)
  - c) Übertriebene körperliche Aktivität
  - d) Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika



10

- Körperschema-Störung in Form einer spezifischen psychischen Störung: Die Angst zu dick zu werden, besteht als eine tief verwurzelte überbewertete Idee. Die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.
- Eine endokrine Störung auf Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido und Potenzverlust. Erhöhte Spiegel von Wachstumshormon und Kortisol, Änderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können ebenfalls vorliegen.
- Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt.
- Nach Remission wird die Pubertätsentwicklung häufig normal abgewickelt. Die Menarche aber verspätet.



11

### Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa

- Häufige Episoden von Fressattacken ( >2x pro Woche min. drei Monate lang), bei denen grosse Mengen an Nahrung in kurzer Zeit konsumiert werden
- Andauernde Beschäftigung mit dem Essen, eine Gier oder Zwang zu essen.
- Massnahmen der Gewichtszunahme durch das Essen entgegenzuwirken
  - a) Selbstinduziertes Erbrechen
  - b) Missbrauch von Laxantien und Diuretika
  - c) Zeitweilige Hungerperioden
  - d) Gebrauch von Appetitzüglern
- Selbstwahrnehmung als zu Fett mit der Furcht zu dick zu werden



12

### Diagnostische Kriterien der Binge-Eating-Störung

- Regelmässige Essanfälle mit folgenden Merkmalen
- a) In einem abgegrenzten Zeitraum wird eine Nahrungsmenge gegessen, die deutlich grösser ist als die Menge, die andere Menschen in ähnlicher Zeit unter vergleichbaren Umständen essen würden.
- b) Während des Essanfalls wird der Verlust der Kontrolle über das Essen empfunden, das heisst das Gefühl, dass man einfach nicht aufhören kann zu essen und auch nicht mehr steuern kann, was und wieviel Essen man zu sich nimmt.



13

- Die Essanfälle sind mit mindestens drei der folgenden Merkmale verbunden
- a) Es wird schneller gegessen als normal
- b) Essen bis zu einem unangenehmen Gefühl
- c) Es werden grosse Mengen gegessen ohne hungrig zu sein
- d) Es wird allein gegessen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst
- e) Ekelgefühl gegenüber sich selbst, Depressivität oder grosse Schuldgefühle nach einem Essanfall
- Hinsichtlich der Essanfälle besteht ein deutlicher Leidensdruck
- Die Essanfälle treten min. 1x wöchentlich über 3 Monate auf
- Keine gewichtsregulativen Massnahmen werden ergriffen was zu Übergewicht oder Adipositas führt



14

### Psychische Komorbiditäten

- Anorexia nervosa: depressive Episoden 30-80%  
Zwangsstörungen 8-35%  
Angststörungen 35-70%
- Bulimia nervosa: Suchterkrankungen 50%  
Persönlichkeitsstörungen bis 80%
- Binge-Eating: Depressionen 50%  
Angststörungen 12-49%



15

### Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)



16

When they say "It's just picky eating!"

**Picky Eating**

- Continues to like eating and shows interest in meals.
- Avoids the 'yucky' food but will eat the 'okay' foods.
- No fear of swallowing, choking, vomiting, feeling full or stomach aches.
- Doesn't change their social eating activities, i.e. - eating with friends.
- Does not express anxiety and fear around eating.

**ARFID**

- Overall disinterest in eating and food.
- Not enjoying eating, avoids eating, even foods they like.
- Scared of choking, vomiting, belly pain or feeling full.
- Avoids functions and events that involve eating, i.e. - birthday parties, BBQs.
- Expresses anxiety with eating.

© Rebecca Thomas BS, LICM  
@rebeccathomasnutrition

Ostschweizer Kinderspital 

17

- Die Forschung weiss wenig über die Entwicklung von ARFID
- Bekannt sind folgende Dinge:
- Autismus, ADHS und kognitive Behinderung erhöhen das Risiko
- Kinder, die das normale picky eating nicht ablegen oder extreme picky eater sind
- Psychiatrische Begleiterkrankungen

Ostschweizer Kinderspital 

18

- Einteilung in 4 Gruppen
- Unzureichende Aufnahme oder Interesse an Nahrung
- Sensorische Probleme mit Nahrungsmitteln
- Aversive/traumatische Erfahrungen mit Nahrung
- Andere Gründe

Ostschweizer Kinderspital 

19

Characteristic	ARFID	Anorexia nervosa
Weight at presentation	Under/normal/overweight	Typically underweight Normal/overweight (atypical)
Peak age at onset, years	4–13	13–15
Gender distribution	Higher proportion of males	Higher proportion of females
Composition of diet	Limited amount/range of foods based on appearance, texture, taste, etc.	Limited amount/range based on caloric content Range may also be reduced if cutting out meat/dairy products
Attitude towards weight gain	Generally not bothered by weight gain or want to gain weight	Fear of weight gain
Attitude towards feeding by nasogastric tube	Require use of tube feeding more often and readily accept caloric content	May detest use of tube feeding as worried about caloric content
Comorbidity	Increased incidence of anxiety Increased incidence of comorbid medical illness	Increased incidence of depression Lower incidence of associated medical illness

Ostschweizer Kinderspital 

20

### Komplikationen

Die somatischen Komplikationen der Essstörungen betreffen den endokrinen, neurologischen, gastrointestinalen und hämatologischen Bereich



21

### Obligate Untersuchungen

1. Anamnese
2. Körperliche Untersuchung
3. Neurologische Untersuchung
4. Psychopathologischer Status
5. Regelmässige Laborkontrollen
6. Knochendichtemessung
7. Wöchentliche Gewichtskontrollen



22

### Fakultative Untersuchungen

1. EEG
2. Echokardiographie
3. CCT bei Verdacht auf Raumforderung
4. Abdomenultraschall
5. Gastroskopie



23

### Entstehungsbedingungen

Essstörungen haben keine isolierten Ursachen. Es müssen immer verschiedene Risikofaktoren in einem Leben zusammentreffen, damit die Erkrankung ausbricht. Die Entstehung dieser Bedingungen sind am besten in einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell abgebildet.



24

### Therapieempfehlungen

Generell ist ein Gesamtbehandlungsplan bei allen Essstörungen essentiell. Im Vordergrund steht bei der Anorexie die Gewichtsnormalisierung um das, durch Mangelernährung funktionell gestörte Gehirn, wieder mit Nahrungsmitteln zu versorgen.

Eine reine Psychotherapie ohne kompetente ärztliche Begleitung ist ein Kunstfehler!

Einsatz von Medikamenten teilweise unabdingbar



25

### St. Galler Schulkonzept im Umgang mit Essstörungen

- Schularztdienst wird an der Kantonsschule in St. Gallen vom Ostschweizer Kinderspital organisiert
- Schulpsychologe ist fest an der Schule einmal pro Woche
- Beide Professionen sind fest im Schulalltag integriert
- Eine Schulgesundheitskommission wurde aufgebaut
- Regelmässiger Austausch mit den Prorektoren und dem Rektor
- Einbezug der Sportlehrer, von dort regelmässige Rückmeldungen
- Elternarbeit



26

### St. Galler Schulkonzept im Umgang mit Essstörungen

- Klare Unterstützung der Schulleitung, im Sinne: Gesundheit geht vor Leistung.
- Individuelle Lösungen durch den intensiven Kontakt mit der Schule problemlos möglich.



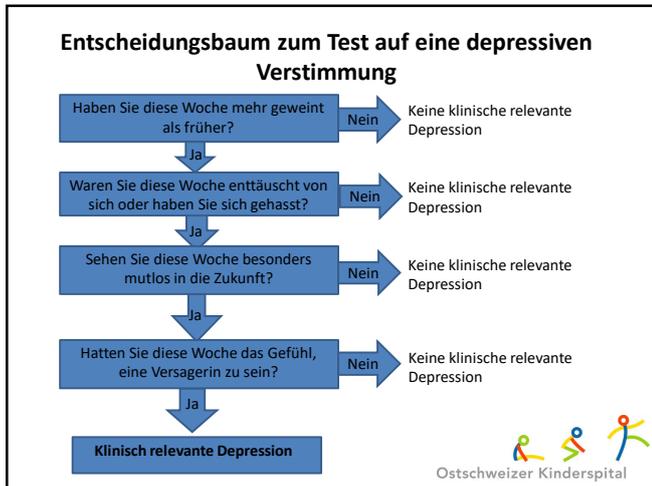
27

### Zusammenfassung

- Essstörungen sind selten, aber zunehmend
- Hoher Leidensdruck bei Patienten und deren Familien
- Die Entstehung ist komplex (bio-psycho-soziales Modell)
- Häufig psychische Komorbiditäten
- Sehr oft somatische Komplikationen
- Multimodale Therapie notwendig
- Langjähriger Verlauf



28



29