

Kossuth Lajos Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet
(igazgató: Dr. Mészáros István egyetemi tanár), Debrecen
Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház, I. sz. Pszichiátriai Osztály
(osztályvezető főorvos: Dr. Túry Ferenc), Miskolc és
Debreceni Orvostudományi Egyetem, Sztomatológiai Klinika
(igazgató: Dr. Keszthelyi Gusztáv egyetemi tanár), Debrecen

A bulimia nervosa sztomatológiai vonatkozásai

Irodalmi összefoglalás

DR. SZABÓ PÁL, DR. TÚRY FERENC és DR. MADLENA MELINDA

Magyarországon a táplálkozás zavarai közül mind a népszerű ismeretterjesztő irodalomban, mind a szakirodalomban az obesitas veszélyeit hangsúlyozzák, ugyanakkor egy súlyos — olykor halálos — szövődményekkel járó és egyre gyakoribbá váló táplálkozási zavar, a bulimia nervosa csak egyetlen magyar nyelvű orvosi szakkönyvben, *Pető Bertalan* 1989-ben megjelent „Részletes pszichiátria” című tankönyvében szerepel [12]. Pedig a téma aktualitását jelzi, hogy szinte egyidőben, 1989 őszén, három irodalmi összefoglalást is közöltek a bulimiáról magyar nyelven [2, 20, 21].

A jelen munkában a bulimia nervosa sztomatológiai szövődményeit tekintjük át. Mivel tapasztalataink szerint ezt a kórképet a hazai orvostársadalom viszonylag kevéssé ismeri, szükségesnek tartjuk a kórkép rövid ismertetését.

A „bulimia” szóösszetétel (boüsz + limosz) eredetileg ököréhséget jelentett görögül. A bulimia kétféle értelemben használatos: egyrészt a falásrohamot értik rajta, másrészt azt a szindrómát, amelynek a falásroham a legfeltűnőbb tünete. Ez utóbbi értelemben az „anorexia nervosa” analógiájára a „bulimia nervosa” jelzős szerkezetet használják.

A bulimiát korábban a másik jellegzetes táplálkozási zavar, az anorexia nervosa tüneteként, majd alcsoportjaként, változataként tárgyalták. Önálló betegségként először *Russell* [15] írta le 1979-ben, 1980-ban a *DSM-III* nevű, a pszichiátriai betegségek osztályozását tartalmazó kézikönyvben a bulimia már külön diagnózisként szerepel. A *DSM-III* 1987-ben átdolgozott kiadása, a *DSM-III-R* [4] a bulimia nervosát a korábnál lényegesen szigorúbb diagnosztikai kritériumokhoz köti.

Fontos tudni, hogy a bulimiás betegek nagy része normális súlyú, nem hízik el, mert a falásrohamok hizlaló hatása ellen különböző súlycsökkentő manőverekkel (önhánytatás, hashajtó, vízajtó vagy étvágycsökkentő gyógyszerek szedése, koplalás vagy diétázás, kemény testedzés) védekeznek. Tehát a bulimiás beteg — az elhízottal vagy az anorexiással ellentétben — nem ismerhető fel a külső megjelenése alapján. A betegség felismerését nehezíti az is, hogy a bulimiások titkolják tüneteiket, illetve általában nincs is betegségbelátásuk táplálkozási zavarukra nézve.

A bulimia nervosa jelentőségét a kórkép sokféle szövődménye és gyakori előfordulása adja. A szövődmények a falási roham (gyomor-distensio, sőt halálos gyomor-ruptura), a diétázás-kooplalás (a mennyiségi és minőségi éhezés következményei: vitaminhiány, ásványi anyagok hiánya miatti osteoporosis, hormonális eltérések stb.), valamint a súlycsökkentő manőverek következményei (az önhánytatás miatt hámsérülések a kézháton, kötőhártya-vérzések, dehidráció, elektrolit-zavarok következményes szívritmuszavarral, EEG-abnormalitásokkal stb.) Ezek a tényezők gyakran együtt hatnak, egymás hatásait súlyosbítják.

Érkezett: 1991. május 24.

Elfogadva: 1991. július 2.

A kórkép **furcsa** tünettanának megértésében segít, ha ismerjük a tünetek hátterét képező pszichológiai sajátosságokat: a testkép zavarát, valamint az alakkal, testsúllyal és táplálkozással való fokozott és kóros törődést. A beteg számára a testsúly kontrollálása mindennél fontosabb, kórosan nagy jelentőséget nyer. A bulimiásnak a súlycsökkentés érdekében semmi sem drága, képes vért hányni, a fogak elvesztését és egyéb veszélyes szövődményeket kockáztatni.

A táplálkozás zavarai, az obesitas, az anorexia nervosa (a továbbiakban: AN) és a bulimia nervosa (a továbbiakban: BN) nem különülnek el egymástól olyan élesen, mint korábban tartották. Mind a tünetekben (falásroham, önhánytatás, koplalás stb.), mind a betegség mögött megbúvó pszichés tényezőkben (a testkép zavara, a súllyal, külső megjelenéssel és táplálkozással való fokozott törődés), sok az átfedés az obesitas, az AN és a BN között, továbbá ezek a kórképek át is alakulhatnak egymásba.

A szerzők felmérése szerint [18, 22] a BN ugyanolyan gyakran fordul elő hazánkban, mint a fejlett nyugati országokban (pl. az USA-ban és Angliában): egyetemi hallgatók körében a nők 1,3, a férfiak 0,8%-a teljesíti a BN igen szigorú, DSM-III-R [4] szerinti diagnosztikai kritériumait. Azonban ennek többszörösére tehető az azon egyének száma, akik atípusos vagy kevert táplálkozási zavarban szenvednek, illetve többé-kevésbé rendszeresen falási rohamaik vannak és súlycsökkentő módszereket alkalmaznak, bár nem felelnek meg a kórkép megállapításához szükséges gyakorisági kritériumoknak.

A BN (és ez bizonyos mértékig az AN-ra is érvényes), számos szövődménye közül a sztomatológiaiak azáltal emelkednek ki, hogy bár a betegség tartós fennállása szükséges a szövődmények kialakulásához, ezek irreverzibilisek, szemben az egyéb szövődményekkel, melyek közül a legsúlyosabbak is reverzibilisek. A BN és az AN közötti hasonlóságuk miatt nem szorítkozunk kizárólagosan a bulimia szövődményeinek a tárgyalására.

Az AN sztomatológiai szövődményeire való első utalás 1961-ből származik. Thoma [19] megemlíti, hogy az anorexiás beteg elveszítheti fogait, mert lelki állapota miatt elhanyagolja őket, emellett a vitaminhiány miatt gyakori a gingivitis AN-ban.

Helström [5] 9 AN-s beteg fogászati státuszát vizsgálva úgy találta, hogy a hányó betegeknél gyakori a perimyololysis, fokozott szénhidrát-fogyasztás miatt pedig a caries is gyakran előfordul.

Hellström [6] 1977-ben 39 AN-s beteg fogászati státuszát és nyáltermelődését vizsgálta, elkülönítve a hányó ($n=27$) és nem hányó ($n=12$) betegek csoportját. A szénhidrátok túlzott fogyasztása miatt gyakori volt a súlyos fogszuvasodás, a hányó betegek szinte mindegyikénél jelen volt a linguális és occlusalis fogfelszín súlyos eróziója. Azoknál a betegeknél, akik a dehidrációból származó szomjat savanyú gyümölcsök és savtartalmú gyümölcslevek fogyasztásával oldják, gyakori a buccalis fogfelszín eróziója is. A dehidráció és a szájszárazságot okozó gyógyszerek miatt az anorexiások nyáltermelése csökkent.

Stege és mtsai [17] áttekintésükben a következőkben foglalják össze az AN orális, illetve dentális manifesztációt: kifejezett érzékenységet okozó súlyos attritiók és eróziók, a pulpa megnyílása, a fogív integritásának elvesztése, csökkent rágó funkció, valamint nem esztétikus megjelenés. Ezen összefoglaló értékét korlátozza, hogy a szerzők mindössze két eset ismertetésével illusztrálják megállapításaikat.

A bulimia fogászati szövődményeiről először Pyle és mtsai [13] közölnek — meglehetősen hozzátétőleges — adatokat. Számszerű adatok közlése nélkül megjegyzik, hogy a sokféle szövődmény között 34 bulimiás betegük körében a parotis fájdalommentlen duzzanata, a torokfájás és szájhigiéniés problémák révén caries gyakran előfordul.

1982-ben *Andrews* [3] egy 19 éves fiú esetét ismerteti, akinél igen kifejezett eróziót talált a fogak lingualis és palatinalis felszínén. Csak évek múlva derült fény a súlyos fogászati elváltozás okára, a bulimia tünetét képező rendszeresen ismétlődő falásrohamokra és az önhánytatásra.

Wolcott és mtsai [23] 2 bulimiás eset ismertetése kapcsán a következőkben határozzák meg a fogászati teendőket: ha a zománc károsodása miatt a fogak érzékenyek az ételre, hideg folyadékokra, a fogmosásra, és esetleg a pulpa is károsodott, szükség lehet gyökerkezelésre és a fogak koronázására. A bulimia fogászati szövődményei megelőzhetők a hányás utáni azonnali fogmosással, alapos szájböblítéssel (Na-bikarbonát-oldattal). A fluorid-tartalmú gél, fogkrém vagy szájböblítőszer hozzájárul a zománc védelméhez.

Abrams és *Cuff* [1] igen jó áttekintésükben 5 pontban foglalják össze a bulimiához társuló orális tüneteket. Ezek a következők: zománc-erózió, nyálmirigy-duzzanat, xerostomia, a szájnyalkahártya irritációja és cheilosis. Érdekes, hogy a cariest nem említik a szövődmények között, és saját tapasztalataikról sem írnak.

Simmons és mtsai [16] bulimiás nőbetegei hetente legalább háromszor hánytak, a 66 beteg 38⁰/₀-ánál jelentős erózió volt, az erózió lokalizációját azonban nem közlik. A betegség tartama és az erózió között összefüggés van. Legalább 4 éves betegségtartam esetén a betegek 55,2⁰/₀-ánál, ennél rövidebb betegségtartam esetén a betegek 24,3⁰/₀-ánál találtak eróziót. A súlyos caries ritka volt, a bulimiások szájhigiénéje kielégítőnek bizonyult, fogászati szempontból „jó beteg” volt a bulimiások többsége. A szerzők a hányás utáni szájböblítés (a gyomorsavat semlegesítő bikarbonáttal), valamint a fluor-tartalmú fogkrémek, szájvizek és a helyi fluor-kezelés védő hatása mellett felhívják a figyelmet arra is, hogy a hányást követő azonnali fogmosás hozzájárulhat az erózióhoz, mivel a savak által károsított zománc sérülékenyebb.

Jensen és mtsai [9] egy 19 éves anorexiás és bulimiás nő részletes, részben post mortem vizsgálati eredményeit közlik. A beteg 3—4 éve fennálló tünetek (falási rohamok és önhánytatás) után öngyilkosság áldozata lett. A 3 hetes fogászati kezelés (naponta szájböblítés 0,05⁰/₀-os nátrium-fluoriddal) előtt és után nyál-elemzés és zománc-biopsia történt. Nem tudtak eróziót kimutatni, ez a gondos szájhigiéné következménye lehetett. A fluorid-kezelés kedvezően befolyásolta a nyáltermelést, valamint a nyál kalcium-, foszfát- és fluorid-szintjét. A zománc-biopsia eredményei szerint a sav miatt elvékonyodott zománc is képes beépíteni a fluoridot. Ezt erősítette meg a post mortem elvégzett scanning elektronmikroszkópos vizsgálat is: kalciumot, foszfátot és fluoridot tartalmazó kristályokat lehetett kimutatni az érintett területek felszínén.

Roberts és *Li* [14] 17 anorexiás és 30 bulimiás beteg fogászati státuszát vizsgálták. A caries-index, a plakk-index és a gingivális index nem különbözött a 2 betegcsoportban. A felső frontfogak lingualis felszíne erodált volt mind az anorexiások, mind a bulimiások 1/3-ánál.

Jones és *Cleaton-Jones* [10]. 11 bulimiás egyén fogászati státuszát hasonlította össze egy kor, nem, iskolázottság és foglalkozás szerint egyeztetett, 22 fős kontrollcsoportéval. Eróziót a bulimiás betegek 69⁰/₀-ánál találtak, míg a kontrollszemélyek 7⁰/₀-ának volt erodált

Bulimiára utaló orális tünetek

Jelenség	Klinikai megjelenés	Etiológiai tényezők
Fogkopás (elsősorban erózió, de attritio és abrasio is) [1, 3, 5—7, 10, 14, 16, 23]	Jellegzetes lokalizációjú erózió: oralisan a frontfogak, buccalisan a felső szemfogak, premolarisok és az alsó őrlők érintettek	Regurgitált savas gyomortartalom; savas italok, savanyú gümölcsök fogyasztása
Nyálmirigyduzzanat [1, 6, 13]	A parotis, ritkábban a submand, nyálmirigy fájdalmas vagy fájdalommentes megnagyobbodása	Valószínűleg metabolikus eredetű
Xerostomia [1, 6]	Szájszárazság, a nyáltermelés csökkenése	Csökkent folyadékfelvétel és/vagy önhánytatás okozta általános dehidráció, gyógyszer mellékhatás, szorongás, depresszió
A szájnyalvakahártya irritációja [1, 19]	Különösen a garatot és szájpapot, esetleg az ínyt is érintő erythema	A regurgitált savas gyomortartalom; a gyors evésből vagy önhánytatásból fakadó sérülések
Cheilosis [1]	Vörös, száraz, cserepes ajkak, a szájjugban rhagadok	Vitaminhiány (B ₁), regurgitált gyomorsav
Caries [5, 6, 10, 13]	Caries	Fokozott szénhidrát-(cukor)-fogyasztás, hiányos fogápolás

foga ($p < 0,001$). A kontrollcsoportban csak zománc-erózió fordult elő, a bulimiás betegek eróziója nagyobb kiterjedésű és mélyebb volt, gyakran a dentint, sőt a pulpát is elérte. Az erózió lokalizációja jellegzetes a bulimiás betegekénél: buccalisan a felső szemfogak és premolarisok, valamint az alsó premolarisok és molarisok erodálódnak a leginkább, oralisan az erosio a felső és alsó frontfogakon a legkifejezettebb. A fogszűrés gyakoribb volt a bulimiásoknál, de a különbség nem szignifikáns. A szerzők nem említik, de a közlemény I. táblázata alapján kiszámítható, hogy a bulimiás betegeknek lényegesen kevesebb foguk van (átlagosan 21,9), mint a kontrollcsoport tagjainak [26, 8].

Milošević és Slade [11] 18 anorexiás és 40 bulimiás beteg fogászati státuszát hasonlították össze 50 kontrollszemélyével. A táplálkozási zavarban szenvedő betegek caries-indexe, plakk-indexe, gingivális indexe és a nyál puffer-kapacitása nem különbözik a kontrollcsoportban kapott értékektől. A bulimiások között azonban a patológiás fogkopás sokkal gyakoribb volt.

Az eddig ismertett eredményeknek bizonyos mértékig ellentmondanak Howat és mtsai eredményei [8]. A vizsgálatukban szereplő 10 bulimiás egyetemi hallgató eróziós indexe és parodontális indexe nem különbözött a kontrollcsoportétól. A kontrollcsoporthoz képest a bulimiás csoportban ritkábban fordult elő a fogkőképződés, de a nyál pH-értéke alacsonyabb volt.

jel
jár
zat
egy
kez
egy
J
ész
vag
ban
hog
tam
ugy
gon
M
dett
bete

IR
diag
rexia
1989.
limia
and
D. C
Swed
nervc
nervc
8. Ho
dietit
90, 1
and
Patho
of de
1989.
bulim
Magy
Mitch
42, 60
nervos
nervos
16. Si
dental
17. St
oral a
The p
popula
Anorex
L.: Bu
A tápl
sára.
füzet,
egyeter
Yager,
report

S z a b é
aspects

tblázat

k

or-

étel
kozta

yomor-
sból

cukor)-
ogápolás

ult elő,
t, gyak-
gzetes a
sok, va-
bb, orá-
fogszu-
szignifi-
pján ki-
guk van

fogászati
ozási za-
s indexe
ban ka-
pás sok-

tmonda-
10 buli-
nem kü-
bulimiás
H-értéke

Az irodalmi áttekintések sorát *Hellström* legfrissebb, 1990-ben megjelent összefoglalója zárja [7].

Táblázatban foglaljuk össze azokat az orális tüneteket, amelyek alapján a bulimia diagnózisa a gyakorló fogorvosban felmerülhet (*I. táblázat*). Az egyes tünetek megjelenése a falási rohamok, az önhánytatás és egyéb súlycsökkentő manőverek gyakoriságától, valamint a betegség kezdetétől eltelt időtől, a szedett gyógyszerektől, a szájhigiénétől és egyéni/alkati tényezőktől függ

Jelen irodalmi áttekintésünket azzal egészítjük ki, hogy az általunk észlelt 15 bulimiás beteg egyötödének, 3 betegnek volt lényeges panaszt vagy esztétikai zavart okozó fogászati problémája. Ez a szakirodalomban közöltekhez képest alacsony arány egyrészt azzal magyarázható, hogy a fogászati szövödmények hosszabb (általában 4 éves) betegség-tartam után jelentkeznek [16], másrészt mivel a külső megjelenésnek ugyanúgy része a fogsor, mint az alak, a bulimiás betegek fokozott gondot fordítanak fogazatuk állapotára is.

Mivel a bulimia hazai előfordulása növekszik, és a már megbetegedettek betegség-tartama is egyre hosszabb lesz, várható, hogy a bulimiás betegek rövidesen megjelenjenek a fogorvosi rendelőkben is.

IRODALOM: 1. *Abrams, R. A., Cuff, J. C.*: Oral signs and symptoms in the diagnosis of bulimia, *JADA*, 113, 761, 1986. — 2. *Altomare Gy., Riskó A.*: Anorexia és bulimia a mai pszichiátriai gyakorlatban. *Psychiatria Hungarica*, 4, 187, 1989. — 3. *Andrews, F. F.*: Dental erosions due to anorexia nervosa with bulimia. *Br. Dent.* 152, 89, 1982. — 4. *American Psychiatric Association*: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition — Revised. Washington, D. C. APA, 1987. — 5. *Hellström, I.*: Anorexia nervosa — odontologiska problem. *Swed. Dent. J.* 67, 253, 1974. — 6. *Hellström, I.*: Oral complications in anorexia nervosa. *Scand. J. Dent. Res.* 85, 71, 1977. — 7. *Hellström, I.*: Anorexia/Bulimia nervosa: dental problems. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 82, 18, 361, 1990. — 8. *Howat, P. M., Varner, L. M., Wampold, R. L.*: The effectiveness of the dental/dietitian team in the assessment of bulimic dental health. *J. Am. Diet. Assoc.* 90, 1099, 1990. — 9. *Jensen, O. E., Featherstone, J. D. B., Stege, P.*: Chemical and physical oral findings in a case of anorexia nervosa and bulimia. *J. Oral. Pathol.* 16, 399, 1987. — 10. *Jones, R. R. H., Cleaton-Jones, P.*: Depth and area of dental erosions, and dental caries, in bulimic women. *J. Dent. Res.* 68, 1275, 1989. — 11. *Milošević, A., Slade, P. D.*: The orodental status of anorexics and bulimics, *Br. Dent. J.* 167, 66, 1989. — 12. *Pető B.* (szerk.): Részletes pszichiátria. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest, 1989., 1088–1092. old. — 13. *Pyle, R. L., Mitchel, J. E., Eckert, E. D.*: Bulimia: a report of 34 cases, *J. Clin. Psychiatry*, 42, 60, 1981. — 14. *Roberts, M. W., Li, S.*: Oral findings in anorexia and bulimia nervosa: a study of 47 cases. *JADA*, 115, 407, 1987. — 15. *Russell, G. F. M.*: Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol. Med.* 9, 429, 1979. — 16. *Simmons, M. S., Grayden, S. K., Mitchell, J. E.*: The need for psychiatric-dental liaison in the treatment of bulimia. *Am. J. Psychiatry*, 143, 783, 1986. — 17. *Stege, P., Visco-Dangler, L., Rye, L.*: Anorexia nervosa: review including oral and dental manifestations. *JADA*, 104, 648, 1982. — 18. *Szabó P., Túry F.*: The prevalence of bulimia nervosa in a Hungarian college and secondary school population. *Psychotherapy and Psychosomatics* 56, 43, 1991. — 19. *Thoma, H.*: Anorexia nervosa. Suttgart, Hubert-Klett, Bern, 1961. — 20. *Tölgyes T., Simon L.*: Bulimia nervosa. *Ideggyógy. Szemle*, 42, 397, 1989. — 21. *Túry F., Szabó P.*: A táplálkozási zavarok pszichoszomatikája, különös tekintettel a bulimia nervosára. A MÁOTE és az MPT Pszichoszomatikus Szekciójának közleményei, 27. füzet, 1989. — 22. *Túry F., Szabó P., Szendrey G.*: Evészavarok prevalenciája egyetemista populációban. *Ideggyógy. Szemle*, 43, 409, 1990. — 23. *Wollcott, R. B., Yager, J., Gordon, G.*: Dental sequelae to the binge-purge syndrome (bulimia): report of cases. *JADA*, 109, 723, 1984.

Szabó P. Dr., Túry F. Dr., Madléná M. Dr.: *Stomatological aspects of the bulimia nervosa. Bibliography.*