

# BULIMIA NERVOSA:

## Dentalni aspekti i uloga stomatologa

Martina Voloder

**B**ulimia nervosa definirana je kao poremećaj u hranjenju (tzv. *eating disorder*) koji je karakteriziran učestalim uzimanjem prekomjernih količina hrane (barem dva puta tjedno kroz 3 mjeseca, 3000 - 6000 kcal/dnevno) te namjerno izazvanim povraćanjem, uporabom diuretika, laksativa i sl. u svrhu "čišćenja" organizma. Bolest u 85% slučajeva pogađa ženski spol, pretežito adolescentice i mlade žene. Rezultat je socijalnih, obiteljskih, emocionalnih, fizičkih ali i genetskih utjecaja na osobnost. Posebno su riziku izložene djevojke koje zbog ovih ili inih razloga smatraju presudnim izgled svog tijela (manekenke, balerine, sportašice). U tome ih pothranjuje i od društva nametnuta ideja kako samo vitki, mršavi i lijepi uspijevaju u utakmici za ostvarivanje životnih ciljeva. I dok mnogi bulimiju smatraju bolešću modernog razdoblja, "bulimično ponašanje" zabilježeno je još u doba grčke i rimske vladavine kod bogatijeg sloja društva. Problematika bolesti je u tome što mali broj pacijentica bude dijagnosticiran, i to su uglavnom one koje same zatraže pomoć nakon dugog niza godina želeći izići iz začaranog kruga u kojem se nalaze, ili roditelj dovede svoje dijete liječniku premda treba naglasiti da pacijentice vrlo vješto kriju svoju bolest. Kako su promjene u usnoj šupljini većinom prepoznatljive i nepobitne (prisutna je naime tendencija negiranja bolesti), stomatolog bi trebao biti upoznat s bolešću kako bi mogao adekvatno reagirati. Rano otkrivenog pacijenta uspješnije se liječi i sprečavaju se opasne posljedice dužeg trajanja bolesti:

- poremećaj metabolizma i elektrolitni disbalans
- dehidracija ili edemi
- pojava malnutricije
- hipo/hipertenzija
- oštećenje srčane funkcije, aritmije
- oštećenje bubrežne funkcije
- razvoj šećerne bolesti
- amenoreja, neplodnost
- erozivne promjene na jednjaku i povećana incidencija razvoja karcinoma jednjaka
- oštećenje jetrene funkcije
- artritis
- razvoj depresije i dr.

Letalno završava 1% bulimičnih pacijenata (najčešće

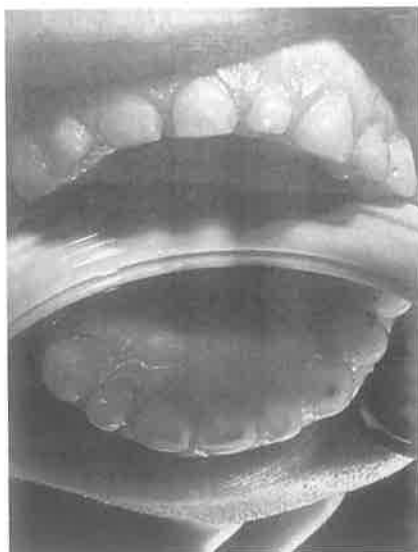
usljed suicida, pothranjenosti te srčane i bubrežne disfunkcije).

### PROMJENE U USNOJ ŠUPLJINI

Glavni znak habitualnog povraćanja je dentalna erozija. Bitno ju je razlikovati od drugih tipova erozije te od ostalih oblika gubitka zuba: abrazije, dekalifikacije ili hipoplazije cakline. Za bulimiju je karakterističan tip erozije koji se naziva perimyolysis ili perimolysis.

Mjesta koja su najviše izložena kiselom sadržaju iz želuca jesu palatinalne plohe maksilarnih sjekutića. Slijede:

- palatinalne plohe maksilarnih molara
- palatinalne plohe maksilarnih očnjaka
- okluzalne plohe maksilarnih molara
- palatinalne plohe maksilarnih premolara
- okluzalne plohe maksilarnih premolara



**Erozije labijalnih i palatinalnih površina prednjih zuba endogenog podrijetla (ljubaznošću Prof. dr. sc. Jozse Šutala)**

Mandibularni molari su obično pošteđeni zbog jezičnih refleksnih pokreta pri povraćanju.

Usljed erozije, incizalni brid postaje sve tanji i translucetniji, sa sitnim napuknućima cakline. Okluzalne plohe postaju ravne, glatke, fasetiranog ili udubljenog izgleda.

Pacijent će se žaliti na povećanu osjetljivost zuba na toplo, hladno i kiselo. Stupanj erozivnih promjena ovisi o učestalosti i dužini trajanja bolesti. Obično postaju vidljive nakon jedne godine učestalog povraćanja ili nakon tri godine s manje čestim epizodama.

### Ostale oralne manifestacije

- eritematozna i oštećena sluznica, pogotovo uvula i meko nepce; prisutno je otežano gutanje
- petehije na nepcu
- ogrebotine na mekom nepcu zbog guranja prstiju pri induciranom povraćanju
- glosopyrosis
- benigno povećanje parotide (sialoadenosis); lice je otečeno između jagodične kosti i vrata (tzv. "chipmunk face"); pojava je prisutna 3-6 dana nakon epizode povraćanja
- kserostomia

Kada stomatog zabiljezi neke od gore navedenih promjena, treba oprezno povesti razgovor s pacijenticom. Obično se radi o pametnim, ambicioznim osobama, perfekcionistkinjama koje žele i dobro izgledati a ne mogu se odreći uživanja u hrani ili se pak radi o anksioznom tipu osobe, niskog samopoštovanja, koje



imaju iskrivljenu sliku o sebi i srame se svog ponašanja, ali si ne mogu pomoći. Ako pacijentica prizna da "ponekad" namjerno povraća, sigurno pritom umanjujući stvarno stanje, treba pokazati razumijevanje i nikako ne osuđivati. Pokušati uputiti na razgovor sa psihologom ili psihijatrom ili o tome razgovarati s roditeljima.

Najnovija saznanja upućuju na najveću uspješnost kognitivno-bihevioralne terapije, grupne terapije te liječenje tricikličkim antidepressivima. Izlječenom se smatra osoba tek nakon 4-5 godina, iako se često pojavljuju recidivi i postotak izlječenih nije velik. Stomatolog može pomoći eventualnim restorativnim postupcima u usnoj šupljini: kompozitom, keramičkim lju-



*Erozije labijalnih površina gornjih i donjih zuba endogenog podrijetla (ljubaznošću Prof. dr. sc. Joze Šutala)*

skama i sl., zaštitom zuba plastičnim splintovima ispunjenim magnezijevim hidroksidom, čestom aplikacijom topikalnih fluorida.

Može se preporučiti kućno ispiranje usta sodom bikarbonom i fluoridiranim vodicama te savjetovati da se ne peru zubi odmah nakon povraćanja jer je omekšana caklina podložna abraziji kroz to vrijeme. U vezi suhoće usta može se preporučiti vlaženje usta čajem od sljezova korijena ili korištenje žvakaćih guma.

Naravno nema puno smisla provoditi stomatološku terapiju ukoliko se obrazac ponašanja ponavlja, no možda uspijemo motivirati pacijenta, te pokazujući brigu i razumijevanje pomoći mu u rješavanju ovog ozbiljnog problema.

## OSTEOGENESIS IMPERFECTA - Osnova nekih poremećaja stomatognatog sustava

Dragana Gabrić

Moja prva ideja za ovaj rad je ciljano bila dentinogenesis imperfecta, ali zbog dostatnih podataka o ovoj bolesti u dostupnoj literaturi, odlučila sam se za samu jezgru i podlogu ove bolesti. Izvor su rezultati novih istraživanja istaknutih svjetskih genetičara objavljenih u kolovozu prošle godine, a na čijoj dostupnosti prvenstveno zahvaljujem svom mentoru dr. sc. Draganu Primorcu, koji je ujedno i jedan od spomenutih znanstvenika.

Osteogenesis imperfecta ili osteopsatyrosis ili bolest lomljivih kostiju je nasljedni poremećaj karakteriziran povećanim brojem fraktura kostiju. U većini slučajeva osnova je redukcija sinteze normalnog kolagena tipa I ili povećana sinteza abnormalnog kolagena koja je rezultat mutacije gena zaduženog za regulaciju sinteze normalnog kolagena tipa I. Na početku stoljeća predloženo je mnogo klasifikacija imperfektne osteogeneze za vrednovanje kliničkog statusa, prognoziranje stanja bolesti zahvaćene djece, te mogućnost objašnjenja genetskog statusa njihovim roditeljima. Kriteriji su uključivali kliničku prezentaciju, rendgenografske nalaze i tip bolesti s obzirom na nasljeđivanje. Širok spektar bolesti i raznovrsne unutarobitljske i međuobitljske varijacije su uvelike otežale klasifikaciju bolesti.

Iscrpljujuća biokemijska, genetska i klinička istraživanja proteklih godina pridonijela su boljem razumijevanju patogeneze bolesti, ali i dalje nisu omogućila preciznu kliničku klasifikaciju. Usprkos svim novim spoznajama bolest još uvijek ima klasičnu podjelu (*Sillence's classification*) na četiri osnovna tipa grupirana po kliničkim značajkama, rendgenskim nalazima i tipu nasljeđivanja. U posljednje vrijeme nova skupina pacijenata, identificirana na molekularnoj i kliničkoj razini, dopunjava opću klasifikaciju kao osteogenesis imperfecta (OI) tip V, OI- tip VI i rizomelična OI

larnoj i kliničkoj razini, dopunjava opću klasifikaciju kao osteogenesis imperfecta (OI) tip V, OI- tip VI i rizomelična OI

### Nedeformirajući oblik- OI tip I

Osteogenesis imperfecta tip I je bolest koja se nasljeđuje autosomno dominantno, a karakterizirana je uglavnom plavim bjeloočnicama i velikom tendencijom frakturiranju kostiju čak i nakon minimalne traume. Većina pacijenata sa OI, preciznije njih 60%, pripada ovoj skupini. Prevalencija za ovaj tip OI je procijenjena na jedno od 15 000- 20 000 novorođenčadi, ali izrazito blagi slučajevi se često mogu previjati. Moguće su i novonastale mutacije. Frakture su rijetke u perinatalnom razdoblju i uglavnom se pojavljuju između djetinjstva



Slika 1.

i puberteta. Najčešće su frakture locirane na dugim kostima gornjih i donjih ekstremiteta, te na malim kostima šake i stopala. Tip i lokacija genske mutacije imaju utjecaj na klinički fenotip: u blagim slučajevima bolesti opaženo je tek nekoliko fraktura i/ili blaga osteopenija, međutim pacijenti sa mnogo ozbiljnijim oblicima mogu imati više od 50 fraktura različito distribuiranih. Frakture cijele solidnom formacijom kalusa i samo kod 15% pacijenata se razvijaju deformacije dugih

