

Chronisch entzündliche Darmerkrankung oder psychogene Essstörung Interdisziplinäre Herausforderungen an Diagnostik und Therapie

Fall 1/2012

27.1.2012

Psychosomatik
Gastroenterologie

Inflammatory bowel disease or eating disorder –
Interdisciplinary challenges in clinical diagnostics and treatment

Michaela Muthig¹, Sandra Becker¹, Katrin Elisabeth Giel¹, Christian Kortüm²,
Jürgen Kuprion³, Stephan Zipfel¹, Martin Teufel¹

¹ Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Medizinische Universitätsklinik Tübingen

² Abteilung Gastroenterologie, Hepatologie, Infektionskrankheiten, Medizinische Universitätsklinik Tübingen

³ Abteilung Endokrinologie, Diabetologie, Angiologie, Nephrologie und Klinische Chemie,
Medizinische Universitätsklinik Tübingen



Einleitung

- > Die Anorexia nervosa geht häufig mit gastrointestinalen Beschwerden (z.B. Meteorismus, Völlegefühl, Oberbauchschmerzen, Obstipation) einher. Ursache sind unter anderem Störungen der gastrointestinalen Motilität mit Magenentleerungsstörungen und verlängerter Magen-Darm-Passage.
- > Durch einen Laxantienmissbrauch als häufige Gewichtsregulationsmethode bei Anorexia nervosa kann es zu zusätzlicher Darmträgheit und Stuhlunregelmäßigkeiten kommen.
- > Bei einer komorbiden gastrointestinalen Erkrankung (z.B. einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung) oder dem Verdacht auf eine solche ist die Einordnung der gastrointestinalen Symptome und die differenzialdiagnostische Abgrenzung zur psychogenen Anorexie schwierig.
- > Wir berichten nachfolgend über eine 33-jährige Patientin, die mit bekannter chronischer Anorexia nervosa und zunehmendem Gewichtsverlust in unsere psychosomatische Behandlung kam. Der seit 4 Jahren bestehende Verdacht auf eine chronisch entzündliche Darmerkrankung erschwerte die diagnostische Einschätzung und die Therapie.



Kasuistik | Aktuelle Anamnese

- > 33-jährige Patientin, Zeitarbeiterin in einer Medizintechnikfirma
- > Reduzierter Allgemeinzustand (AZ) und kachektischer Ernährungszustand (EZ)
- > Body-Mass-Index (BMI) 14,6 kg/m²
- > Einweisung durch Hausarzt mit folgenden Einweisungsdiagnosen:
 - > Anorexia nervosa
 - > M. Crohn
 - > Anämie
 - > V.a. Komplizierte Migräne

Kasuistik | Vorbefunde 3,5 Jahre zuvor

Vorbefunde aus der Abteilung Gastroenterologie im Hause vor 3,5 Jahren:

Einweisung aufgrund Gewichtsabnahme (5 kg in einem Monat) und gastroenteraler Beschwerden (Blähungen, postprandiale Bauchschmerzen, Diarrhoen)

> **Abdomensonographie**

- > Unauffälliger Abdominalstatus

> **Stuhluntersuchung**

- > Kein Hinweis auf pathogene Keime
- > Virologische Stuhl Diagnostik negativ

> **Ösophagus-Gastro-Duodenoskopie**

- > Leichtgradige Antrumgastritis
- > Ösophagus und Duodenum unauffällig

> **Histologie**

- > Antrum: fokale gering aktive Antrumgastritis
- > Korpus: minimale chronische Gastritis im Grenzbereich zur Norm
- > Fundus: geringgradige chronische nicht-aktive Oberflächengastritis
- > Duodenum: allenfalls sehr leicht chronische, nicht aktive Duodenitis, im Grenzbereich zur Norm, kein Hinweis auf Sprue oder M. Whipple
- > Keine morphologischen Hinweise auf Manifestation einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (CED)

Kasuistik | Vorbefunde 3,5 Jahre zuvor

> **Koloskopie**

- > Auffällige Bauhin-Klappe (geschwollen, gerötet, Feinstruktur der Zotten und des Übergangs vergrößert), vereinbar mit M. Crohn
- > Restliches Kolon unauffällig

> **Histologie Kolon:**

- > Ileozökalregion mit fokal betonter, gering- bis mäßiggradiger chronischer herdförmiger minimal aktiver Kolitis mit fokaler reaktiver Hyperplasie und diskreter netziger Schleimhautfibrose
- > Befunde uncharakteristisch/unspezifisch
- > Leichtgradige chronische nicht-aktive Kolitis/Proktitis im Grenzbereich zur Norm
- > Keine Hinweise auf floride entzündliche Veränderungen einer CED

Fazit im Entlassbrief:

- > Dringender Verdacht auf CED, histologische Befunde nicht eindeutig beweisend für M. Crohn oder Colitis ulcerosa
- > Therapie bei Entlassung: Mesalazin 500 mg 1-1-1



Kasuistik | Vorbefunde einen Monat zuvor

Gastroenterologische Abklärung einen Monat vor aktueller Aufnahme:

- > Einweisung zur erneuten Abklärung einer Gewichtsabnahme (8 kg in 6 Wochen)
- > Abdomensonographie
 - > Hyperperistaltische Dünndarmschlingen mit vermehrter Flüssigkeit
 - > Keine sonomorphologischen Hinweise auf CED
 - > Normalbefund der übrigen Oberbauchorgane
- > Ösophagus-Gastro-Duodenoskopie
 - > Refluxösophagitis III
 - > Fibrin- und hämatinbelegte flache Erosionen im Magen
- > Histologie aus Duodenum, Antrum und Korpus
 - > Gering aktive Helicobacter-pylori-Gastritis im Antrum und Magenkorpus
 - > Kein Hinweis auf Zöliakie, Lambliasis oder M. Whipple
 - > Inaktive und geringgradige Korpusgastritis
 - > Duodenalschleimhaut regelhaft
- > Nebenfundlich Nachweis von Ketonkörpern im Urin

Kasuistik | Vorbefunde einen Monat zuvor

- > Koloskopie
 - > Pseudomelanosis coli, sonst ohne pathologischen Befund
 - > Kein Hinweis auf CED
- > Histologie aus Ileum, Zökum, C. ascendens, transversum, descendens, Sigma und Rektum
 - > Kein Anhalt für mikroskopische Kolitis oder CED
 - > Keine Malignität
 - > Pseudomelanosis coli
- > Labor
 - > Stuhl auf pathogene Keime unauffällig,
 - > Unauffällige Werte für Gliadin-IgG, Endomysium-IgA und -IgG

Entlassdiagnosen

- > Erneute Exazerbation einer Essstörung
- > V.a. Laxantienabusus
- > Refluxösophagitis
- > Helicobacter-positive erosive Gastritis

Therapie bei Entlassung

- > Pantoprazol 40 mg 1-0-0-0
- > Eradikation mit Metronidazol und Clarithromycin für 7 Tage



Kasuistik | Psychosomatische Vorgeschichte

- > Restriktives Essverhalten und erhöhte körperliche Aktivität seit 12 Jahren
- > Nach Ende der Schwangerschaft vor 12 Jahren dick gefühlt, Selbstwertprobleme, gewollte Gewichtsabnahme 20 kg innerhalb weniger Monate durch restriktives Essen und 4-6 h Fitnessstudio täglich
- > Höchstes Gewicht vor 13 Jahren 54 kg, niedrigstes Gewicht vor 4 Jahren 35 kg
- > → aktuell 39 kg (BMI 14,9 kg/m² bei 1,62 m Größe)
- > Erste Behandlung der Anorexie vor 10 Jahren für 6 Wochen. Anschließend bulimische Komponente (Anorexie vom Purging-Typ)
- > Folgebehandlungen vor 7 Jahren in psychosomatischer Klinik
- > Vor 3 Jahren 3-monatige stationäre Behandlung mit anschließender teilstationärer Behandlung (BMI bei Aufnahme 13,8 kg/m², bei Entlassung aus Tagesklinik 15,2 kg/m²)
- > Bisher keine ambulante Psychotherapie



Kasuistik | Biographische Eckdaten

- > Ältestes von 3 Kindern, zusätzlich eine ältere Halbschwester väterlicherseits
- > Suchterkrankungen im familiären Umfeld
- > Scheidung der Eltern kurz vor Einschulung der Patientin
- > Hauptschulabschluss mit 16 Jahren
- > Berufliche Laufbahn:
 - > Ausbildung zur Landwirtin
 - > Nach Kündigung diverse Jobs
 - > Vor 2 Jahren vorübergehend selbständig mit einem Dienstleistungsunternehmen
 - > Seit 4 Monaten als Zeitarbeiterin in Medizintechnikfirma tätig
 - > Aktuell seit 4 Monaten krank geschrieben



Kasuistik | Aktuelle Beschwerden

- > Magenkrämpfe
- > Darmkrämpfe, v.a. nach Butter und Milchprodukten
- > Wechselnder Stuhlgang mit erhöhter Stuhlfrequenz bis zu 8x täglich
- > Wechsel aus Obstipation und Diarrhoe ohne Blut- oder Schleimbeimengung
- > Gewichtsabnahme 11 kg (ca. 20% des Körpergewichts) seit 6 Monaten
- > Dumpf-drückende, v.a. linksseitige Kopfschmerzen andauernd, Schmerzstärke 5-9 von 10
- > Gewichtsabnahme wird von der Patientin allein auf organische Ursache zurückgeführt.

- > **Klinischer Befund**
 - > Größe 162 cm, Gewicht 39 kg
 - > Druckschmerz epigastrisch und rechter Oberbauch, keine Resistenz tastbar, Leber nicht vergrößert tastbar
 - > Zahnschmelz angegriffen
 - > Herzfrequenz 52/min, Blutdruck 116/62 mmHg



Kasuistik | Aktuelle Medikation

Wirkstoff	Dosis	Einheit	Verabreichung
Mesalazin	500	mg	1-0-0-0
Budesonid	3	mg	1-0-1-0
Metoclopramid 4mg/ml	30	Tropfen	1-0-1-0
Pantoprazol	40	mg	1-0-0-0

Kasuistik | Laboruntersuchungen

Parameter	Werte der Patientin	Normwerte
Leukozyten [Anzahl/ μ l]	4680	4000-9500
Hämoglobin [g/dl]	10,3	12,0-16,0
Hämatokrit [%]	31	37,0-47,0
Ferritin [μ g/dl]	0,60	1,0-20,0
C-reaktives Protein [mg/dl]	0,01	<0,51
Kalium [mmol/l]	4,8	3,5-4,8
Natrium [mmol/l]	140	136-148
Alpha-Amylase [U/l]	50	<111
GOT [U/l]	18	<36
GPT [U/l]	13	<35
GGT [U/l]	22	<41
TSH [mU/l]	0,83	0,4-2,5

GGT: gamma-Glutamyl-Transferase; GOT: Glutamat-Oxalacetat-Transaminase;
GPT: Glutamat-Pyruvat-Transaminase; TSH: Thyreoidea-stimulierendes Hormon



Kasuistik | Weitere Diagnostik

- > **Sonographie Abdomen**
 - > Kein Hinweis auf entzündliche Darmwandverdickung
 - > (eingeschränkte Untersuchungsbedingungen)
- > **MR-Sellink**
 - > Regelrechte Darstellung der parenchymatösen Oberbauchorgane
 - > Wenig Aszites in Morrison-Pouch
 - > Kein Nachweis einer umschriebenen Darmwandverdickung. Im linken Mittelbauch fand sich eine minimal betonte Kontrastmittelaufnahme der Darmschlingen jedoch ohne Nachweis einer Darmwandverdickung. Regelrechte Darstellung des Dün- und Dickdarms. Regelrechte Haustrierung des Kolons.
- > **Eingehendere Anamnese**
 - > Erbrechen prästationär ca. 2x/Woche, selbst induziert
 - > Unregelmäßig Laxantiengebrauch von Natriumpicosulfat bis vor 4 Monaten (keine Angaben zur genauen Dosierung)
 - > Aktuell werden Laxantienmissbrauch oder Erbrechen verneint.



Kasuistik | Weiterer Verlauf

- > Budesonid und Mesalazin abgesetzt
- > Eisensubstitution unter Annahme einer nutritiven Eisenmangelanämie mit Ferrosanol duodenal 100 mg (Schwierigkeiten bzgl. Compliance)
- > Aufbau eines Behandlungsbündnisses durch Gewichtszielvereinbarungen und Motivationsförderung
- > Multimodales, individuell angepasstes Behandlungskonzept mit Gewichtsvereinbarungen, Aufbau einer ausreichenden und ausgewogenen Ernährung, Selbstbeobachtung durch Führen von Ernährungstagebüchern, Arbeiten am Körperbild, Klärung der sozialen Situation
- > Schwerpunkt liegt auf Erlernen eines normalen Essverhaltens und Gewichtsaufbau, Zulassen eines erweiterten Krankheitsmodells mit dem Ziel einer Abnahme eines rein somatischen Krankheitsmodells und Umgang mit Widerstand
- > Therapie erschwert durch ausgeprägte Behandlungsambivalenz, Entlassung in ambulantes Setting, evtl. Intervalltherapie



Diskussion | Typische Zeichen einer Anorexie

- > Gewichtsphobie, Gewichtsobergrenze 50 kg
- > Körperschemastörung
- > Schwierigkeiten, normale Nahrungsmengen zu essen, nur mit Widerstand und Verweigerung
- > Restriktives und selektives Essverhalten, verträgt „verbotene“ (= fett- oder kalorienreiche) Lebensmittel nicht
- > Erhöhter Bewegungsdrang
- > Behandlungsambivalenz (Misstrauisch im Kontakt, große Angst vor Gewichtszunahme, setzt die nötigen Behandlungsschritte [z.B. Essensmengen aufstocken] nicht um)
- > Auffällige essensassoziierte Beschreibung des Stuhlgangs (Form des Stuhlgangs wird z.B. als Hähnchenkeule beschrieben)



Diskussion | Gastrointestinale Probleme bei Anorexia nervosa

- > Die Differenzierung zwischen Essstörungen und primär gastrointestinalen Erkrankungen ist schwierig.
- > Gastrointestinale Beschwerden werden bei über der Hälfte der Essstörungen angegeben.
- > CED und Achalasie können Essstörungssymptome imitieren.

► PubMed

McClain CJ et al. J Am Coll Nutr 1993;12:466-474

- > Häufige gastrointestinale Symptome der Anorexie sind verzögerte Magenentleerung und Obstipation.
- > Bei Bulimie v.a. vergrößerte Magenkapazität, verminderte Magenrelaxation, verzögerte Magenentleerung, verringerte Cholezystokinin-Freisetzung und weitere Abnormalitäten der enteralen autonomen Funktion

► PubMed

Hadley SJ et al. Curr Drug Targets CNS Neurol Disord 2003;2:1-9



Diskussion | Gastrointestinale Probleme bei Anorexia nervosa

- > Gastrointestinale Probleme als häufigste Komplikation bei Anorexie und Bulimie
- > Anorexie geht häufig mit verzögerter Magenentleerung, verzögerter Darmpassage und Atrophie der glatten Muskelzellen des Gastrointestinaltrakts einher.
- > Beim Purging-Typ häufig Erbrechen als Ursache von schweren Läsionen von Ösophagus und Magen bis hin zu Ösophagitis und Perforation von Magen oder Ösophagus

► PubMed

De Caprio C et al. Eat Weight Disord 2000;5:228-230

- > Anorexiepatienten vom Purging-Typ (Gewichtsreduktion erfolgt u.a. durch kompensatorische Maßnahmen wie Erbrechen oder Medikamentengebrauch) haben mehr gastrointestinale Beschwerden und ein schlechteres Ergebnis als vom restriktiven Typ (Gewichtsreduktion erfolgt allein durch eingeschränkte Nahrungszufuhr).
- > Die gastrointestinalen Beschwerden erschweren den Patienten die Essensaufstockung und die Gewichtszunahme.

► PubMed

Zipfel S et al. Auton Neurosci 2006;129:99-106



Diskussion | Gastrointestinale Probleme bei Anorexia nervosa

Autoren	Stichprobe	Behandlung	Messung	Ergebnisse
Benini et al. 2004	23 AN-Patienten (12 Purging-Typ, 11 restriktiver Typ), 24 Kontrollen	Ernährungs-Rehabilitations-Programm (1500-4000 Kalorien/d), keine enterale oder parenterale Ernährung, keine Medikation, kognitiv-behaviorale Psychotherapie	Magenentleerung mittels Sonographie, psychologische Test- und Symptomfragebögen vor, 4 und 22 Wochen nach Therapie	GI-Symptomscores bei AN-Patienten höher als bei Kontrollen und Besserung im Therapieverlauf. Zu Studienbeginn war die Magenentleerung in beiden AN-Untergruppen verlängert. Nach 4 und 22 Wochen war sie beim restriktiven Typ besser, beim Purging-Typ nicht. Keine bedeutsamen Korrelationen zwischen den Magensymptomen und psychologischen Testscores.
Ravelli et al. 1993	14 Patienten mit früher AN, 6 mit nicht klassifizierter Essstörung, 4 mit funktioneller Dyspesie, 10 Kontrollen	Zum Zeitpunkt der Studie hatten 6 Patienten gerade ein Reha-Programm begonnen, 2 wurden mit Antidepressiva behandelt	Elektrogastrographie (EGG)	Alle Patienten mit Dyspesie hatten gastrale Dysrhythmien. Bei Essstörungen fanden sich keine Unterschiede in der EGG im Vergleich zu Kontrollen. Bei AN zeigte sich postprandial ein niedrigerer Amplitudenanstieg.
Waldholtz et al. 1990	16 Patienten mit chronischer AN, 12 Kontrollen	Ernährungsprogramm: 12 Wochen stationär mit wöchentlicher Erhöhung der Kalorienzahl	Erhebung von 12 verschiedenen GI-Symptomen vor und nach Therapie	Zunahme des Gewichts → Abnahme des GI-Symptomscores, der aber immer noch höher als bei den Kontrollen war. Jedes Symptom verbesserte sich. Ausnahme: Aufstoßen

► [PubMed](#) Quelle der Tabelle: Rapps N et al. Z Gastroenterol 2007;45:273-280

► [PubMed](#) Benini L et al. Am J Gastroenterol 2004;99:1448-1454

► [PubMed](#) Ravelli AM et al. Arch Dis Child 1993;69:342-346

► [PubMed](#) Waldholtz BD et al. Gastroenterology 1990;98:1415-1419



Diskussion | Gastrointestinale Probleme bei Anorexia nervosa

Autoren	Stichprobe	Behandlung	Messung	Ergebnisse
Abell et al. 1987	8 AN-Patienten, 8 Kontrollen, 5 Patienten wurden nach 4-15 Monaten erneut untersucht	Ernährungs-Rehabilitations-Programm	EGG, Magenmanometrie, szintigraphische Magenentleerung, Bestimmung der hormonellen Antwort auf Mahlzeiten und der autonomen Antwort im „Cold-pressor“-Test	Alle AN-Patienten hatten signifikante gastrale Dysrhythmien, postprandialer Motilitätsindex abnormal niedrig und Magenentleerung für feste Nahrung (nicht für Flüssigkeit) signifikant verzögert. Postprandialer Anstieg von Norepinephrin und Neurotensin signifikant vermindert. Hautleitfähigkeit unter Ruhebedingungen verändert. 5 erneut untersuchte AN-Patienten hatten weiterhin gastrale Dysrhythmien in der EGG und eine pathologische Magenentleerung.
Stacher et al. 1989	30 AN-Patienten, 24 Kontrollen	6-8-wöchige stationäre Behandlung: Psychotherapie, Ernährungs-Rehabilitations-Programm mit kalorischer Supplementierung, Sondenernährung, keine Medikation	Ösophagusmanometrie, szintigraphische Magenentleerung bei allen Patienten mit normaler Ösophagusmotilität	15 AN-Patienten hatte eine gestörte ösophageale Motilität. Die Magenentleerung war bei 13 von 16 Patienten verzögert im Vergleich zu Kontrollpersonen.

► [PubMed](#) Quelle der Tabelle: Rapps N et al. Z Gastroenterol 2007;45:273-280

► [PubMed](#) Abell TL et al. Gastroenterology 1987;93:985-965

► [PubMed](#) Stacher G et al. Gut 1986;27:1120-1126



Diskussion | M. Crohn und Anorexie

- > Patienten mit M. Crohn können evtl. aufgrund der sehr ähnlichen Symptomatik irrtümlich als Anorexie falsch diagnostiziert werden. Oft fehlen bei M. Crohn Körperschemastörung und Gewichtsphobie.

▶ PubMed

Wellmann W et al. Dtsch Med Wochenschr 1981;106:1499-1502

▶ PubMed

Jenkins AP et al. Br Med J (Clin Res Ed) 1988;296:699-700

- > Anorexie und M. Crohn können in Kombination vorkommen. Differenzialdiagnostisch schwierig, die eine Erkrankung von der anderen abzugrenzen. Therapeutisch schwierig wegen häufiger Verweigerung einer Glukokortikoidbehandlung.

▶ PubMed

Mallett P et al. Arch Dis Child 1990;65:298-300

▶ PubMed

Metcalfe-Gibson C. Br J Surg 1978;65:231-233



Diskussion | Laxantienmissbrauch

- > 10-60% aller Anorexie- und Bulimiekranken missbrauchen Laxantien. Häufigste Laxantiengruppe, die von Essstörungspatienten verwendet wird sind Stimulantien, da sie irrtümlicherweise annehmen, durch die daraufhin einsetzende Diarrhoe eine Kalorienabsorption vermeiden zu können.
- > Komplikationen durch Laxantienabusus: Verschiebungen im Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushalt, Beeinträchtigung der Nieren- und Herzfunktion bis hin zu lebensbedrohlichen Zuständen.
- > Bei Weglassen kann es zu Ödembildung und plötzlichem Gewichtsanstieg kommen, was zu einem Rebound führt, da Patient dann wieder Laxans einnimmt.
- > Verdachtserregend sind v.a. Wechsel von Diarrhoe und Obstipation, in Kombination mit anderen gastrointestinalen Beschwerden.

 PubMed Roerig JL et al. Drugs 2010;70:1487-1503

Diskussion | Laxative-abuse-Syndrom

- > Laxative-abuse-Syndrom als eine Form artifizieller Störungen
- > Klinische Zeichen sind komplex und imponieren oft als CED oder Malabsorptionssyndrome.
- > Patienten beklagen oft Wechsel von Durchfall und Obstipation, geben Übelkeit und Gewichtsverlust an.
- > Häufig auch in Komorbidität mit psychischen Erkrankungen, v.a. Anorexie
- > Komplikationen können z.B. Melanosis coli, Elektrolytentgleisungen, Hyperurikämie und Hyperaldosteronismus sein.
- > Diagnostik und Therapie sind sehr schwierig, v.a. weil die Patienten gewöhnlicher Weise den Laxantienmissbrauch verleugnen.

 PubMed

Oster JR et al, Am J Gastroenterol 1980;74:451-458

Fazit

- > Gastrointestinale Beschwerden sind bei Anorexie häufig.
- > Sie stellen in ihrer Komplexität eine große Herausforderung an Diagnostik und Therapie dar.
- > Die Diagnostik und Differenzialdiagnostik sind erschwert aufgrund der Ähnlichkeit der Beschwerden und der Vielzahl der möglichen Ursachen.
- > Die Therapie der Anorexie wird durch gastrointestinale Beschwerden erschwert.
- > Krankheitsbedingt sind Patienten mit Essstörungen oft nur eingeschränkt in der Lage, das Verhalten und Erleben zu reflektieren und daher auf organische Erklärungsmodelle fixiert.

Zusammenfassung | Abstract

Anamnese, klinischer Befund: Eine 33-jährige Patientin mit chronischer Anorexie kam wegen erneuter ausgeprägter Gewichtsabnahme in psychosomatische stationäre Behandlung. Seit 4 Jahren stand zudem der hochgradige Verdacht auf eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung im Raum. Die Patientin selbst war überzeugt, dass ihre Gewichtsabnahme rein organisch bedingt sein müsse und gab häufige Durchfälle nach den Mahlzeiten an. Zudem ergab sich bei Melanosis coli der Verdacht auf einen Laxantienabusus.

Untersuchungen: Ein MR-Sellink zeigte keinen Hinweis auf eine derzeit aktive Entzündung im Darmbereich. Auch laborchemisch zeigten sich keine erhöhten Entzündungsparameter. Die erhöhte Durchfallfrequenz ließ sich durch Stuhlbeobachtung und durch Führen eines Symptomtagebuchs nicht nachvollziehen.

Therapie und Verlauf: Die Behandlung erfolgte mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt. Während des Verlaufs zeigten sich immer deutlicher anorexietytische Kognitionen. Behandlungsziele waren ein besserer Umgang mit der Essstörung und die Distanzierung von der somatischen Fixierung, was nur teilweise gelang.

Folgerung: Eine gleichzeitig zu einer chronischen Anorexie vorliegende komorbide organische Störung des Gastrointestinaltrakts, bzw. der Verdacht auf eine solche, erschwert Diagnostik und Therapie, da eine organische Ursache oft nur schwer von einer psychosomatischen Ursache abgrenzbar ist und gastrointestinale Beschwerden häufige Symptome einer Essstörung sind. Infolge der organischen Fixierung sind die Patienten einer Therapie der Essstörung mitunter schwer zugänglich.

Schlüsselwörter: Anorexia nervosa, Chronisch entzündliche Darmerkrankung, Psychotherapie, Laxantienabusus



Zusammenfassung | Abstract

History and admission findings: A 33-year-old female patient with chronic anorexia nervosa was admitted for inpatient psychosomatic treatment after a recent severe weight loss. In addition, an inflammatory bowel disease had been suspected in the past 4 years. The patient was convinced that the weight loss had purely organic reasons. She reported frequent diarrhea after meals. Also laxative abuse was suspected because of melanosis coli.

Diagnosis: An MR Sellink showed no evidence for actual intestinal inflammation. No increased inflammation parameters were found in blood tests. Diarrhea could not be proved by investigation of excrements or a symptom diary.

Treatment and course: Treatment consisted of a multimodal approach with focus on cognitive behavioural therapy. Treatment revealed eating disorder specific cognitions, fears and behaviour. A partial acceptance of gastrointestinal symptoms and weight loss as eating disorder symptomatology could be achieved.

Conclusion: Diagnostics and treatment of chronic anorexia nervosa are complicated by a coincidental (or suspected) organic intestinal disease. Gastrointestinal problems are common in eating disorders. Organic symptoms are often difficult to distinguish from psychosomatic symptoms. Somatic fixation complicates treatment of eating disorders.

Keywords: Anorexia nervosa, Inflammatory bowel disease, Psychotherapy, Laxative abuse



Diskussion zum Fall

- > Diskussionsbeitrag erstellen
- > Diskussion ansehen

- > Weitere E-Fälle finden Sie unter <http://www.thieme.de/dmw/>

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer Firma haben, deren Produkt in dem Beitrag eine wichtige Rolle spielt (oder mit einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt betreibt).

Korrespondenzadresse

Dr. med. Michaela Muthig
Medizinische Klinik und Poliklinik
Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universitätsklinikum Tübingen
Otfried-Müller-Str. 10
72076 Tübingen
Telefon: 07071 - 29 – 86819
E-mail: michaela.muthig@med.uni-tuebingen.de

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0031-1298833
©Georg Thieme Verlag KG • Stuttgart New York

Impressum

