

Οι στοματικές εκδηλώσεις της νευρογενούς ανορεξίας και βουλιμίας

Ι.-ΓΡ. ΑΛ ΜΟΧΑΜΑΝΤ¹, Β. ΓΙΩΤΗΣ¹, Α. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ¹, Λ. ΖΟΥΛΟΥΜΗΣ²

Εργαστήριο Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρικό Τμήμα, Σχολή Επιστημών Υγείας Α.Π.Θ.

Oral manifestation of anorexia nervosa

i.-GrR. AL MOCHAMANT¹, V. GIOTIS¹, A. PAPADOPOULOS¹, L. ZOULOUIMIS²

Department of Oral-Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Faculty of Health Sciences, Aristotle University of Thessaloniki.

Περίληψη

Οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν σήμερα ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας και μία πρόκληση, ταυτόχρονα, για τους οδοντιάτρους. Είναι διαταραχές που επηρεάζουν τη σχέση του ασθενή με τη διατροφή και το σώμα του και έχουν ως αποτέλεσμα διαστρεβλωμένη ή παράξενη διατροφική συμπεριφορά. Οι σημαντικότερες διατροφικές διαταραχές είναι η νευρογενής ανορεξία και η νευρογενής βουλιμία. Ο ρόλος του οδοντιάτρου είναι ιδιαίτερα σημαντικός διότι είναι συχνά ο πρώτος που έρχεται σε επαφή με τα κλινικά συμπτώματα αυτών των νόσων. Ο οδοντίατρος είναι απαραίτητο να έχει τις γνώσεις, έτσι ώστε να μπορεί να συμμετέχει στη διάγνωση, πρόγνωση και θεραπεία αυτών. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των στοματικών εκδηλώσεων της νευρογενούς ανορεξίας και της νευρογενούς βουλιμίας καθώς και η διαχείριση αυτών των ασθενών στο οδοντιατρείο.

Summary

Eating disorders are now a major health problem and a challenge both for dentists. They are disorders that affect the relationship of the patient with the diet and the body resulting in distorted or strange eating behavior. The most important eating disorders are anorexia nervosa and neurogenic bulimia and other disorders. The role of the dentist is particularly important because it is often the first to come into contact with the clinical symptoms of these diseases. The dentist is necessary to have sufficient knowledge of these so he can participate in the diagnosis, prognosis and treatment. The aim of this article is the presentation of oral manifestations of anorexia nervosa and bulimia nervosa and the management of these patients in the dental office.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: νευρογενής ανορεξία, νευρογενής βουλιμία, στοματικές εκδηλώσεις, οδοντιατρική διαχείριση

KEY WORDS: anorexia nervosa, bulimia nervosa, oral manifestations, dental management

Στάλθηκε στις 12.3.2015. Εγκρίθηκε στις 30.3.2015.

¹ Χειρουργός Οδοντίατρος

² Καθηγητής Στοματικής και γναθοπροσωπικής Χειρουργικής

Received on 12th March, 2015. Accepted on 30th March, 2015.

¹ Dental Surgeon

² Professor of Oral-Maxillofacial Surgery, Dental Faculty Aristotle University Thessaloniki

Εισαγωγή

Η ανορεξία, τυπικά, περιλαμβάνει έναν ακραίο φόβο αύξησης του βάρους ή τρόμο του να γίνει το άτομο παχύ, ακόμα και αν είναι σημαντικά λιποβαρές. Οι πάσχοντες προσπαθούν να διατηρήσουν χαμηλό σωματικό βάρος, περιορίζοντας τη λήψη τροφής. Μπορεί επίσης να ασκούνται υπερβολικά ή να τρώνε ακατάσχετα και στη συνέχεια να ακολουθούν συμπεριφορές εξαγνισμού, όπως η πρόκληση εμετού ή η χρήση καθαρτικών, κλυσμάτων κτλ. Η ανορεξία έχει το υψηλότερο ποσοστό πρόωρης θνησιμότητας από οποιαδήποτε ψυχιατρική διαταραχή. Η πλειονότητα των θανάτων οφείλεται σε φυσιολογικές επιπλοκές¹.

Η βουλιμία περιλαμβάνει διακριτές περιόδους υπερφαγίας (binge eating), που μπορούν να συμβούν αρκετές φορές την εβδομάδα ή, σε πιο σοβαρές περιπτώσεις, αρκετές φορές την ημέρα. Κατά τη διάρκεια του φαγητού οι πάσχοντες αισθάνονται εκτός ελέγχου. Μπορεί να καταναλώνουν χιλιάδες θερμίδες με υψηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες και λίπος. Μετά τα επεισόδια υπερφαγίας ακολουθούν συμπεριφορές για να αντισταθμίσουν αυτήν την υπερβολική κατανάλωση τροφής και την αύξηση του σωματικού βάρους, όπως είναι η πρόκληση εμετού¹.

Η αιτιοπαθογένεια των διατροφικών αυτών διαταραχών είναι άγνωστη. Γενετικοί, πολιτιστικοί και ψυχιατρικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν βασικό ρόλο. Κάποιοι από τους παράγοντες κινδύνου που ενοχοποιούνται για τις διαταραχές αυτές είναι η σεξουαλική και σωματική κακοποίηση και το οικογενειακό περιβάλλον. Η εξάπλωση των ψυχοσωματικών διατροφικών διαταραχών είναι πολύ υψηλή στις βιομηχανικές χώρες και έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Οι γυναίκες καταλαμβάνουν την πλειοψηφία με 90%, ενώ οι άντρες καταλαμβάνουν ποσοστό μικρότερο του 10%^{2,3}.

Η νευρογενής ανορεξία και η νευρογενής βουλιμία είναι διατροφικές διαταραχές που εντοπίζονται κυρίως σε νεαρές, προηγούμενως υγιείς γυναίκες, ηλικίας 15-25 ετών που αναπτύσσουν έναν υπέρμετρο φόβο αύξησης του βάρους τους. Η εμφάνισή τους ξεκινά συνήθως στην πρώιμη εφηβεία, στη συνέχεια παρουσιάζει ύφεση για να επανεμφανιστεί κατά την ενηλικίωση.

ΣΤΟΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Οι στοματικές εκδηλώσεις μπορούν να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε φάση της εξέλιξης των διαταραχών και παίζουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση, χαρακτηρισμό και πρόγνυσή τους. Ο οδοντίατρος εξετάζει τους ασθενείς σε τακτά χρονικά διαστήματα και μπορεί να είναι ο πρώτος πάροχος υγει-

ονομικής περίθαλψης που θα αναγνωρίσει το πρόβλημα και θα παραπέμψει τον ασθενή για ιατρική διαχείριση. Οι στοματικές επιπλοκές μπορούν να αντιμετωπιστούν από τον οδοντίατρο, ο οποίος θα πρέπει να είναι ικανός να παρέχει την απαραίτητη θεραπεία σ' αυτούς τους ασθενείς.

Οδοντική Διάβρωση

Οι Holst και Lange (1939) επινόησαν τον όρο «perimyolysis» για να περιγράψουν την κατανομή της διάβρωσης στην υπερώια επιφάνεια των άνω προσθίων δοντιών που οφειλόταν στον εμετό και στη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση⁴.

Η επίδραση των διατροφικών διαταραχών στη στοματική υγεία περιγράφηκε αρχικά από τους Hellstrom και Husrt^{5,6}. Οι αρχικές μελέτες έδειξαν ότι η σοβαρότητα και η κατανομή της οδοντικής διάβρωσης διέφερε ανάλογα με το αν οι ασθενείς παρουσίαζαν ή όχι εμετούς^{5,6}. Γενικά, ο προκλητός από τον ασθενή εμετός (SIV) είχε ως αποτέλεσμα αυξημένη συχνότητα διάβρωσης της υπερώιας επιφάνειας των δοντιών, ωστόσο και οι δυο ερευνητικές ομάδες υπογράμμισαν ότι η διατροφή των ασθενών περιλάμβανε σημαντικές ποσότητες ποτών χαμηλού pH και φρέσκα φρούτα. Η ισχύς της σύνδεσης μεταξύ του εμετού και της διάβρωσης δεν αποσαφηνίστηκε μέχρι πρόσφατα. Η συχνότητα, η διάρκεια και ο συνολικός αριθμός των επεισοδίων εμετού δε συνδέεται γραμμικά με τη διάβρωση⁷ και δεν υπάρχουν διαφορές στο επίπεδο της διάβρωσης μεταξύ ασθενών που κάνουν εμετό περισσότερο ή λιγότερο συχνά⁸. Ωστόσο οι έρευνες αναφέρουν αυξημένη συχνότητα διάβρωσης στους ασθενείς με SIV και επομένως εμπλέκονται και άλλοι παράγοντες.

Εκτός από τον εμετό και τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, η οδοντική διάβρωση μπορεί να προκληθεί από δευτερογενείς παράγοντες, όπως η συχνή χρήση των όξινων ποτών, μη φυσιολογική χρήση καφέινης και βιταμίνης D ή αεριούχων ποτών, που χρησιμοποιούνται για να μειώσουν το αντανακλαστικό ερέθισμα πείνας, αλκοολούχων ποτών καθώς και η χρήση του ξιδιού και χυμού λεμονιού που εξαλείφει το αίσθημα πείνας⁹.

Οι ασθενείς παρουσιάζουν, σε μεγαλύτερη συχνότητα, διαβρώσεις στις υπερώιες επιφάνειες των άνω πρόσθιων δοντιών. Παρόλα αυτά, διαβρώσεις στις παρειακές και μασητικές οδοντικές επιφάνειες των εμφανίζονται τόσο σε ασθενείς με SIV, αλλά και σε ασθενείς που δε χαρακτηρίζονται από επεισόδια εμετού. Σύμφωνα με έρευνες της Scheutzel ο αιτιολογικός παράγοντας των διαβρώσεων στους ασθενείς χωρίς SIV είναι η κατανάλωση «μεγάλων ποσοτήτων όξινων φαγητών». Η έρευνα έδειξε ότι οι ασθενείς με SIV εμφανίζουν σχεδόν

αμέσως διαβρώσεις στις υπερώιες κυρίως επιφάνειες, αλλά και στις μασητικές. Ωστόσο, περισσότερα από πέντε χρόνια με συνεχή επεισόδια εμετών, προκαλούν διαβρώσεις και στις παρειακές και χειλικές επιφάνειες των δοντιών^{8,10}. Υπάρχει σήμερα στην επιστημονική κοινότητα η πεποίθηση ότι οι ενδογενείς παράγοντες (εμετός, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση) οδηγούν κυρίως σε διάβρωση της υπερώιας επιφάνειας των άνω προσθίων, ενώ οι εξωγενείς (όξεα από τη διατροφή) σε διάβρωση στις μασητικές και προστομιάλες επιφάνειες. Εάν όμως ο ενδογενής διαβρωτικός παράγοντας δρα για μεγάλο χρονικό διάστημα, οι διαβρώσεις μπορούν να επεκταθούν και στις κοπτικές ή μασητικές αλλά και προστομιακές επιφάνειες των δοντιών.

Εκτεταμένες διαβρώσεις μπορεί να οδηγήσουν σε ευαισθησία των δοντιών σε μηχανικά και θερμικά ερεθίσματα καθώς και σε μείωση του ύψους της κλινικής μύλης των πρόσθιων δοντιών. Εάν η διάβρωση επεκταθεί και στα οπίσθια δόντια μπορεί να παρατηρηθεί και μείωση της κατακόρυφης διάστασης²².

Οδοντική τερηδόνα

Η επικράτηση της οδοντικής τερηδόνας μεταξύ ασθενών με διατροφικές διαταραχές και του φυσιολογικού πληθυσμού παραμένει ασαφής. Σε διάφορες μελέτες έχει παρατηρηθεί ότι ο αριθμός των τερηδονισμένων επιφανειών είναι σημαντικά υψηλότερος μεταξύ των ασθενών με διατροφική διαταραχή που δείχνει την απροθυμία τους να αναζητήσουν οδοντιατρική φροντίδα. Η τερηδόνα μπορεί να είναι πιο διαδεδομένη σε αυτούς τους ασθενείς λόγω της διατροφής με υψηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες, φρούτα και ζαχαρούχα αεριοούχα ποτά. Η τερηδόνα των δοντιών θα πρέπει να αξιολογείται για κάθε ασθενή σύμφωνα με την υγιεινή του στόματος, τη διατροφή, τον υποσιτισμό, τη γενετική προδιάθεση και τη χρήση φαρμάκων^{3,11}.

Περιοδοντική νόσος

Τα αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με την κατάσταση του περιοδοντίου είναι αντικρουόμενα. Ο δείκτης ουλίτιδας στατιστικά δεν είχε σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων των ανορεξικών ατόμων, των βουλιμικών και της ομάδας ελέγχου^{11,13}. Οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές μπορεί να έχουν κακή στοματική υγιεινή, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε φλεγμονή των ούλων και δυνητικά να έχουν προδιάθεση για περιοδοντίτιδα. Διατροφικές ελλείψεις, ιδιαίτερα σε βιταμίνη C, μπορούν επίσης να επηρεάσουν το περιοδόντιο. Η αφυδάτωση των μαλακών ιστών του στόματος, που οφείλεται σε υπολειτουργία των σιελογόνων αδένων, σε συνδυασμό με τις διατροφικές ελλείψεις και την κακή στο-

ματική υγιεινή, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία των περιοδοντικών ιστών και τον στοματικό βλεννογόνο^{9,12}.

Βλάβες του βλεννογόνου

Γωνιακή χειλίτιδα, καντιντίαση, γλωσσίτιδα και εξέλκωση του στοματικού βλεννογόνου είναι δυνατόν να οφείλονται σε διατροφικές ελλείψεις. Μια ιδιόμορφη ενδοστοματική παρουσία μπορεί να εγείρει υποψίες στον οδοντίατρο. Ένα μεγάλο υπερώιο ερύθημα εντοπίζεται συχνά σε βουλιμικούς ασθενείς. Μειωμένη πρόσληψη βιταμινών και σιδηροπενική αναιμία μπορεί να οδηγήσει σε γενικευμένη ατροφία του βλεννογόνου, η οποία μπορεί επίσης να προκαλέσει αίσθημα καύσου στη στοματική κοιλότητα, που μπορεί να είναι πιο έντονο στη γλώσσα. Οι ερυθηματώδεις βλάβες του βλεννογόνου παρατηρούνται συχνότερα σε ασθενείς που εμφανίζουν άμετρη κατανάλωση φαγητού και την πρόκληση εμετού. Η μαλθακή υπερώα μπορεί να τραυματιστεί από αντικείμενα που χρησιμοποιούνται για την πρόκληση εμετού. Τέλος, επιθηλιακή διάβρωση μπορεί να σχετίζεται με την άμεση δράση του οξέος κατά τον εμετό¹³.

Εκδηλώσεις σιελογόνων αδένων

Οι λειτουργίες των σιελογόνων αδένων, ιδίως μετά από SIV, φαίνεται ότι είναι σημαντικές για τις διατροφικές διαταραχές. Η ροή των σιελογόνων αδένων αυξάνει δραματικά πριν τα επεισόδια του εμετού, καθώς το εγκεφαλικό κέντρο που ελέγχει τον εμετό συνδέεται με αυτό των σιελογόνων αδένων²⁰. Σύμφωνα με τον Hellstrom οι τιμές του σάλιου ηρεμίας ήταν χαμηλές σε αντίθεση με αυτές του σάλιου διέγερσης που ήταν φυσιολογικές⁵.

Οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές έχουν συχνά διευρυμένους παρωτιδικούς αδένες. Η έναρξη της διόγκωσης συνήθως ακολουθεί ένα επεισόδιο άμετρης κατανάλωσης τροφής και πρόκλησης εμετού. Στα πρώιμα στάδια της διατροφικής διαταραχής, μπορεί να εμφανιστεί η διεύρυνση και να εξαφανιστεί, αλλά αργότερα γίνεται πιο επίμονη. Αυτό οφείλεται στη σιαλαδενίτιδα, μια μη φλεγμονώδη διόγκωση των αδένων, που είναι υπεύθυνη για τον διαταραγμένο μεταβολισμό και έκκριση, με αποτέλεσμα τη διόγκωση και τη λειτουργική βλάβη. Η ροή του σάλιου μπορεί επίσης να μειωθεί και αλλαγές στην έκκριση των σιελογόνων αδένων μπορεί να οφείλονται σε αλλαγές στο εσωτερικό των αδένων. Η ξηροστομία είναι μια κοινή ανεπιθύμητη ενέργεια πολλών ψυχοτρόπων φαρμάκων που μπορούν να συνταγογραφούνται για τη θεραπεία ασθενών με διατροφικές διαταραχές^{9,14}.

Εκτός από τις προαναφερθείσες στοματικές

εκδηλώσεις, μερικές επιπλέον μπορούν επίσης να θεωρηθούν το αίσθημα καύσου, η δυσγευσία, ο ανεξήγητος πόνος και η ξηροστομία. Σε ασθενείς με νευρική ανορεξία μπορεί να παρατηρηθεί οστεοπόρωση, με αποτέλεσμα τη μείωση της πυκνότητας των οστών των γνάθων²¹. Τέλος, εμφανίζονται συχνά ερυθρότητα, γρατσουνιές και κοψίματα στην περιοχή της μαλακής υπερώας. Αυτό μπορεί να αποτελέσει προειδοποιητικό σημάδι για τους οδοντιάτρους.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Οι στοματικές εκδηλώσεις των διατροφικών διαταραχών μπορούν να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε φάση της εξέλιξης της νόσου. Η θεραπεία αυτών των ασθενών πρέπει να κινείται στους παρακάτω άξονες¹⁶:

1. εξάλειψη της συνήθειας της λαιμαργίας στο αρχικό στάδιο της διαταραχής
2. δημιουργία ενός πιο φυσιολογικού τρόπου διατροφής με τακτικά, ισορροπημένα γεύματα
3. αντιμετώπιση τυχόν φυσικών επιπλοκών της ασθένειας, όπως η οδοντική διάβρωση και η ανώμαλη έκκριση των σιελογόνων
4. αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων που συνοδεύουν την ασθένεια, συμπεριλαμβανομένων τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος, και άλλα μοτίβα δυσλειτουργικής σκέψης
5. πρόληψη της υποτροπής.

Κατά τη διάρκεια της πολύπλοκης θεραπείας για τη σοβαρή διάβρωση της οδοντοφυΐας, ο οδοντίατρος πρέπει να παρέχει στον ασθενή και γενικές συμβουλές υγείας. Η οδοντιατρική περίθαλψη που απαιτείται για τους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές είναι ίσως πιο συγκεκριμένη σε σχέση με τους άλλους ασθενείς, αλλά όχι απαραίτητα εξειδικευμένη. Η προσέγγιση των ασθενών δε θα πρέπει σε καμία περίπτωση να είναι επικριτική. Παρόλο που ο οδοντίατρος θα μπορούσε να υποπτευθεί τον εμετό ως αιτία της διάβρωσης, ο ασθενής δε θα παραδεχτεί εύκολα μια τέτοια συμπεριφορά. Η χρονική στιγμή της αποκατάστασης των δοντιών με διάβρωση είναι αμφιλεγόμενη. Η τερηδόνα και η περιοδοντική νόσος θα πρέπει να αντιμετωπίζονται κατά το σύνθημα. Δεν υπάρχει ξεκάθαρη αντένδειξη για την αποκατάσταση των διαβρωμένων επιφανειών εκτός από τη συνεχιζόμενη διάλυση της οδοντικής ουσίας στην περιοχή της αποκατάστασης λόγω των συνεχιζόμενων επεισοδίων εμετού. Γενικά πάντως οι εκτεταμένες αποκαταστάσεις ενδείκνυται να αναβάλλονται μέχρι τουλάχιστον τη σταθεροποίηση του ασθενούς από ψυχιατρικής πλευράς. Ενώ ο οδοντίατρος παρέχει την αρχική θεραπεία, ο οδοντικός φραγμός μπορεί να παρακολουθείται με εκμαγεία μελέτης και

φωτογραφίες, κάτι το οποίο θα βοηθήσει τον οδοντίατρο να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή. Έτσι ο ασθενής θα είναι περισσότερο πρόθυμος να συζητήσει σχετικά με τη διατροφική του διαταραχή και να προσπαθήσει να μειώσει τη συχνότητα των SIV. Η ανακούφιση από τον πόνο, η μειωμένη ευαισθησία και η βελτιωμένη εμφάνιση είναι επιπλέον παράγοντες που θα κινητοποιήσουν τον ασθενή^{8,15}.

Το βούρτσισμα μετά τον εμετό δε συνιστάται, επειδή οι επιφάνειες είναι πιο επιρρεπείς στη διάβρωση. Για τα άτομα που κάνουν εμετό συχνά, ένα στοματικό διάλυμα πλούσιο σε φθόριο μπορεί να χρησιμοποιηθεί αμέσως μετά το βούρτσισμα για μεγαλύτερη προστασία στα δόντια. Τα άτομα με βουλιμία συχνά συμβουλεύονται να ξεπλένουν το στόμα τους με μαγειρική σόδα μετά από τα επεισόδια εμετού, προκειμένου να εξουδετερώσουν τη δράση των οξέων του στομάχου^{8,15}.

Σε ασθενείς των οποίων η διατροφή είναι πλούσια σε υδατάνθρακες και καταναλώνουν χυμούς και ανθρακούχα ποτά σε μεγάλες ποσότητες, οι πιθανότητες για τερηδόνα και επιπλέον διάβρωση των δοντιών είναι αυξημένες. Στους ασθενείς, θα πρέπει να δοθούν οδηγίες για σωστή στοματική υγιεινή, χρήση οδοντικού νήματος και επίσης συνιστάται η τοπική εφαρμογή φθορίου. Οι ασθενείς πρέπει να εκπαιδεύονται ώστε να μειώσουν την λήψη των όξινων ποτών καθώς και φρούτων¹⁸.

Η αποκατάσταση που θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από τη σοβαρότητα της καταστροφής των σκληρών ιστών. Συντηρητικές αποκαταστάσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μείωση της ευαισθησίας των δοντιών. Επίσης στην πρόσθια περιοχή μπορούν να χρησιμοποιηθούν όψεις πορσελάνης ενώ σε σοβαρές περιπτώσεις ακόμα και full mouth αποκαταστάσεις για την εξισορρόπηση της σύγκλεισης. Οι τελευταίες πρέπει να αναβάλλονται έως τουλάχιστον την σταθεροποίηση του ασθενούς από ψυχιατρικής πλευράς^{13,19}.

Ο οδοντίατρος θα πρέπει να έρχεται σε επαφή με τον θεράποντα ιατρό. Η φαρμακευτική αγωγή, συνήθως αντικαταθλιπικά για βουλιμία, μπορεί να επηρεάσει την ροή σάλιου. Η πρόοδος του ασθενή σε θέματα συνεργασίας και συμμόρφωσης μπορεί να βοηθήσει τον οδοντίατρο στον καλύτερο σχεδιασμό της οδοντιατρικής θεραπείας¹⁷.

Τέλος συχνόι επανέλεγχοι είναι απαραίτητο να γίνονται στους ασθενείς για να μειωθεί η πιθανότητα υποτροπής.

Συζήτηση

Οι διατροφικές διαταραχές οδηγούν σε διατροφικές ελλείψεις, μπορεί να περιλαμβάνουν συχνούς εμετούς και να επηρεάζουν τη στοματική υγεία. Οι οδοντίατροι συχνά εμπλέκονται στη θεραπεία δοντιών των ασθενών με νευρική ανορεξία και βου-

λιμία. Χωρίς προσδιορισμό των ψυχολογικών προβλημάτων και τη θεραπεία τους, η ιατρική και οδοντιατρική υγεία του ασθενούς θα επιδεινωθεί καθώς η διαταραχή εξελίσσεται. Η οδοντοστοιχία του ασθενούς με μία διατροφική διαταραχή μπορεί να προσφέρει ειδικά σημεία και χαρακτηριστικά για να προσειδοποιήσει τον οδοντίατρο. Σε αυτό το σημείο πρέπει να επισημανθεί ότι σε πολλές περιπτώσεις ο οδοντίατρος είναι ο πρώτος, σε σχέση με άλλες ειδικότητες ιατρών, που μπορεί να «ανακαλύψει» το πρόβλημα των ασθενών, διαδραματίζοντας έτσι σημαντικό ρόλο στην έγκαιρη παραπομπή τους σε κατάλληλο ειδικό.

Τα σημεία και τα συμπτώματα στην κοιλότητα που σχετίζονται με την ανορεξία και τη βουλιμία έχουν περιγραφεί εκτενώς. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι ο οδοντίατρος διαδραματίζει ενεργό ρόλο στη διάγνωση, πρόγνωση και στη θεραπεία αυτών των ασθενών. Δεδομένου ότι οι διατροφικές διαταραχές είναι εξαιρετικά διαδεδομένες στην εποχή μας, κρίνεται σκόπιμη η συνεχής ενημέρωση του οδοντίατρου για τη σωστή καθοδήγηση και συνεργασία με τους ασθενείς.

Βιβλιογραφία

1. ADA American Dental Association. Anorexia Nervosa. (<http://www.ada.org>).
2. American Psychiatric Association, Eating disorders In: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV TR) (4th ed). Washington: American Psychiatric Association; 2000; 583-97.
3. Rolf Ohrn, Karin Enzell, Bigit Angmar -Mansson B, Oral Status of 81 subjects with eating disorders. Eur J Oral Sci 1999; 157-63.
4. Holst JJ, Lange F. Perimylolysis. A contribution towards the genesis of tooth wasting from non-mechanical causes. Acta Odontol Scand 1939; 1: 36–47.
5. Hellstrom I. Oral complications in anorexia nervosa. Scand J Dent Res 1977; 85:71-86.
6. Hurst PS, Lacey JH, Crisp AH. Teeth, vomiting and diet: A study of the dental characteristics of seventeen anorexia nervosa patients. Postgrad Med J 1977; 53:298-305.
7. Milosevic A, Slade PD. The orodental status of anorexics and bulimics. Br Dent J 1989; 167:66–70.
8. Robb ND, Smith B G N, Geidrys-Leeper E. The distribution of erosion in the dentitions of patients with eating disorders. Br Dent J 1995; 178:171–175.
9. Russo L Lo, Gampisi O Di Fede G, Di Liberto C, V'Pana zarella, Muzio L Lo. Oral Manifestations of eating disorders a critical review. Oral Diseases 2008; 14:479-84.
10. Scheutzel P. Etiology of dental erosion — intrinsic factors. Eur J Oral Sci 1996; 104:178–90.
11. Roberts W, Li SH. Oral findings in Oral findings in anorexia nervosa and bulimia nervosa a study of 47 cases. J Am Dent 1987; 115:407-10.
12. Roberts MW, Tylenda CA. Dental aspects of anorexia and bulimia nervosa Pediatrician 1989; 16:178-84.
13. Milosevic A. Eating disorders and the dentist. BDJ 1999; 186(3):109- 13.
14. Mignogna MD, Fedele S, Lo Russo L. Anorexia/bulimia-related sialadenosis of palatal minor salivary glands. J Oral Patho Med 2004; 33:441-2.
15. Milosevic A, Brodie D A, Slade P D. Dental erosion, oral hygiene, and nutrition in eating disorders. Int J Eat Disord 1997; 21:195–9.
16. The Role of Ghrelin, Salivary Secretions, and Dental Care in Eating Disorders Takakazu Yagi , Hirota Ueda, Haruka Amitani, Akihiro Asakawa , Shouichi Miyawaki and Akio Inui .
17. The Royal College of Psychiatrists. Eating Disorders Council Report CR14: 1992. London: The Royal College of Psychiatrists.
18. Oral Manifestations of Eating Disorders :Neeta Misra, Anshul Mehra, Pradyuman Misra, Jaya Mehra.
19. Deborah Studen Pavlovich, Magaret A. Elliott. Eating disorders in Women s Oral health. DCNA 2001; 45(3):491-511.
20. Edgar W M. Saliva: Its secretion, composition and functions. Br Dent J 1992; 172: 305–312.
21. Jeffcoal MK, Chestnut CH. Systemic osteoporosis and oral bone loss : Evidence shows increased risk factors. J Am Dent Asso 1993; 124:49-59.
22. Dental erosion: diagnosis, risk assessment, prevention, treatment. Editors: Lussi, Adrian, Jaegi, Thomas. Publisher: Quintessence Pub Co, 2011.