

Essstörungen

Diagnose und Behandlung

Mittagsseminar

Continuum Psychiatrie & Psychotherapie im Fokus

4. Juli 2024

Google Bilder

Prof. Dr. med. Gabriella Milos

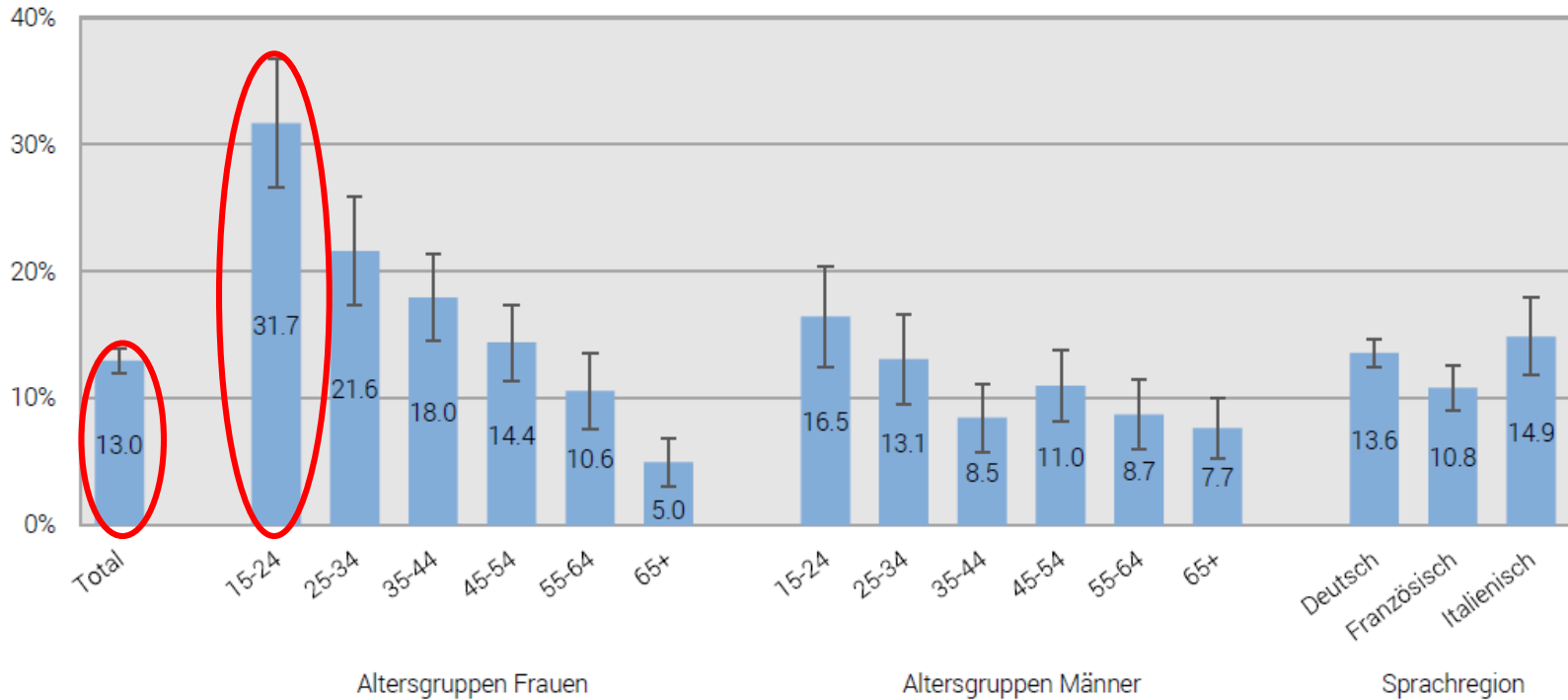
Universitätsspital Zürich

Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik

gabriella.milos@usz.ch

G 3.13 **Symptome Essstörung** nach Geschlecht, Alter und Region, 2022

Anteil der Bevölkerung in %



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%

n=5484

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

Um Hinweise für eine Essensstörung, wie Anorexie oder Bulimie, zu erhalten, wurde der SCOFF (Sick, Control, One, Fat and Food) verwendet (Morgan, Reid, & Lacey, 1999). Dieser besteht aus 5 ernährungsbezogenen Fragen, wie mit dem Essen nicht aufhören können, Gewichtsabnahme, sich bei Völlegefühl übergeben, Selbstbild, Stellenwert der Ernährung im Leben. Personen, welche 2 oder mehr Fragen bejahen, berichten von Symptomen einer Ernährungsstörung.

Entstehung einer Essstörung

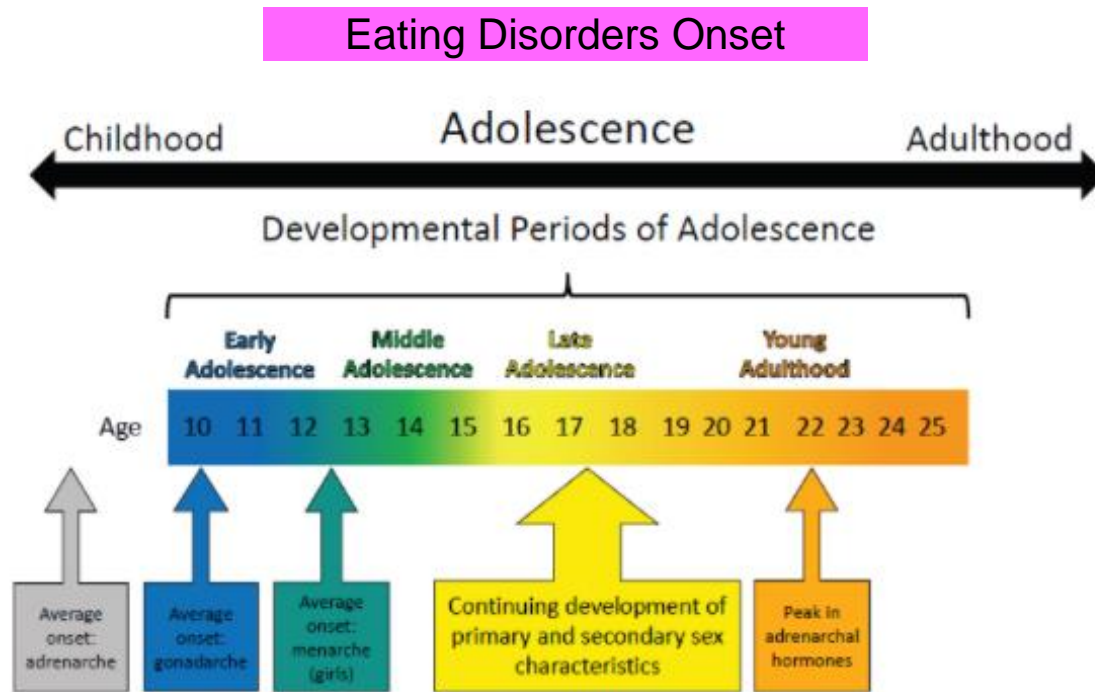
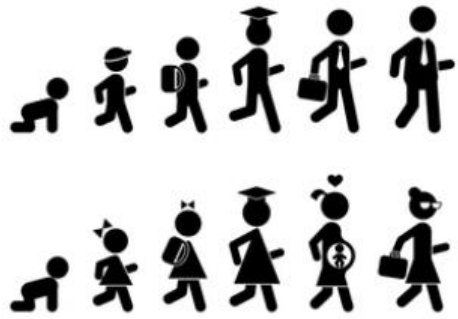


FIGURE 2-1 Key pubertal events across adolescence.

Adoleszenz, junges Erwachsenenalter

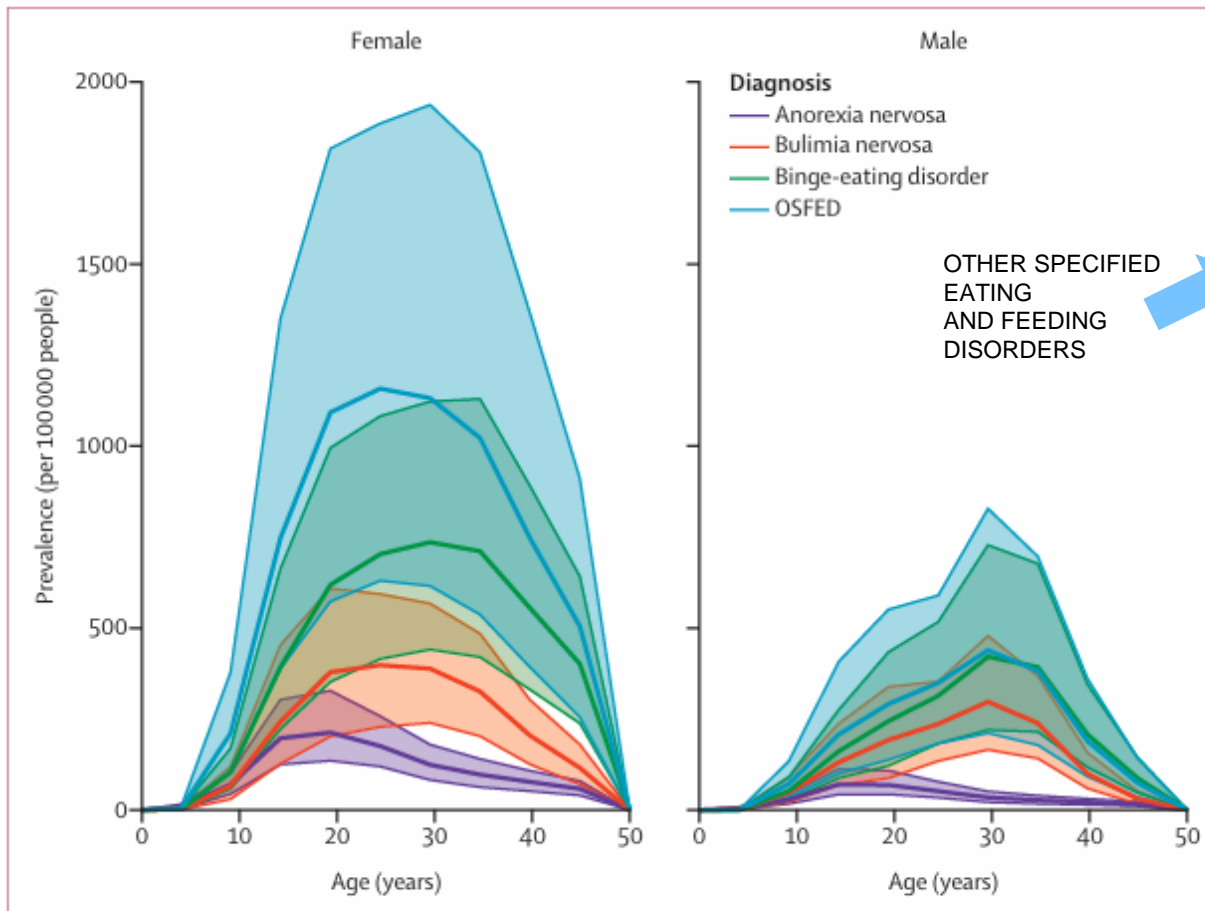
- Neurobiologische Veränderungen
- Wandel der Lebensbedingungen und Anforderungen
- Ablösung von der Familie
- Aufbau von Beziehungen, Sexualität
- Ausbildungs- und Berufswahl

The promise of the adolescence.
Realizing Opportunity for All Youth
2019
National Academies of Sciences,
Engineering, and Medicine

The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019

Damian F Santomauro, Sarah Melen, Deborah Mitchison, Theo Vos, Harvey Whiteford, Alize J Ferrari

Lancet Psychiatry 2021



- Atypical anorexia nervosa
- Bulimia nervosa of low frequency and/or limited duration
- Binge eating disorder of low frequency and/or limited duration
- Purging disorder
- Night eating syndrome

Figure 2: Global prevalence by eating disorder diagnosis, sex, and age in 2019
OSFED=other specified feeding or eating disorder. Shaded areas denote 95% uncertainty intervals.

Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review

Marie Galmiche,^{1,2,3} Pierre Déchelotte,^{2,3} Grégory Lambert,¹ and Marie Pierre Tavolacci^{2,4}

Am J Clin Nutr 2019

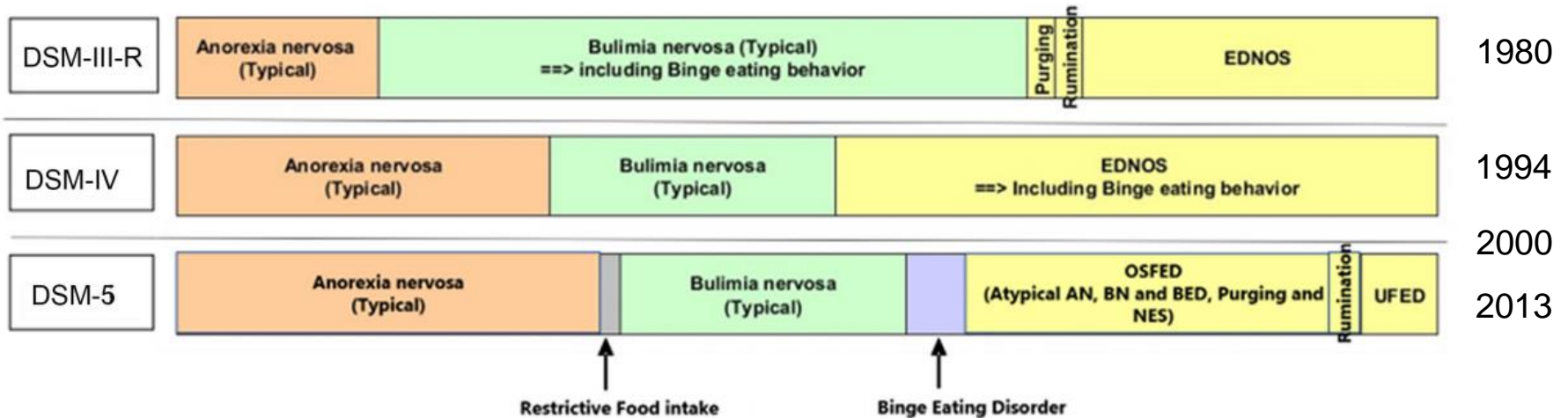


FIGURE 1 Evolution of the distribution of the main different types of eating disorder along the evolution of DSM classification. The visual proportion is only indicative. AN, anorexia nervosa; BED, binge eating disorder; BN, bulimia nervosa; DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; EDNOS, eating disorders not otherwise specified; NES, night eating syndrome; OSFED, other specified feeding or eating disorders; UFED, unspecified feeding or eating disorders.

Despite the complexity of integrating all ED prevalence data, the most recent studies confirm that EDs are highly prevalent worldwide, especially in women.

Moreover, the weighted means of point ED prevalence increased over the study period from **3.5% for the 2000–2006 period to 7.8% for the 2013–2018 period.**

ICD-10 Essstörungen

Anorexia nervosa (AN)

- Angst einer Gewichtszunahme
- Körperwahrnehmungstörungen
- Essverhalten
 - Restrictive
 - Binge-Eating-/Purging

BMI \leq 17.5 kg/m²

Atypische AN

ICD-11 Fütter- und Essstörungen

Anorexia nervosa (AN)

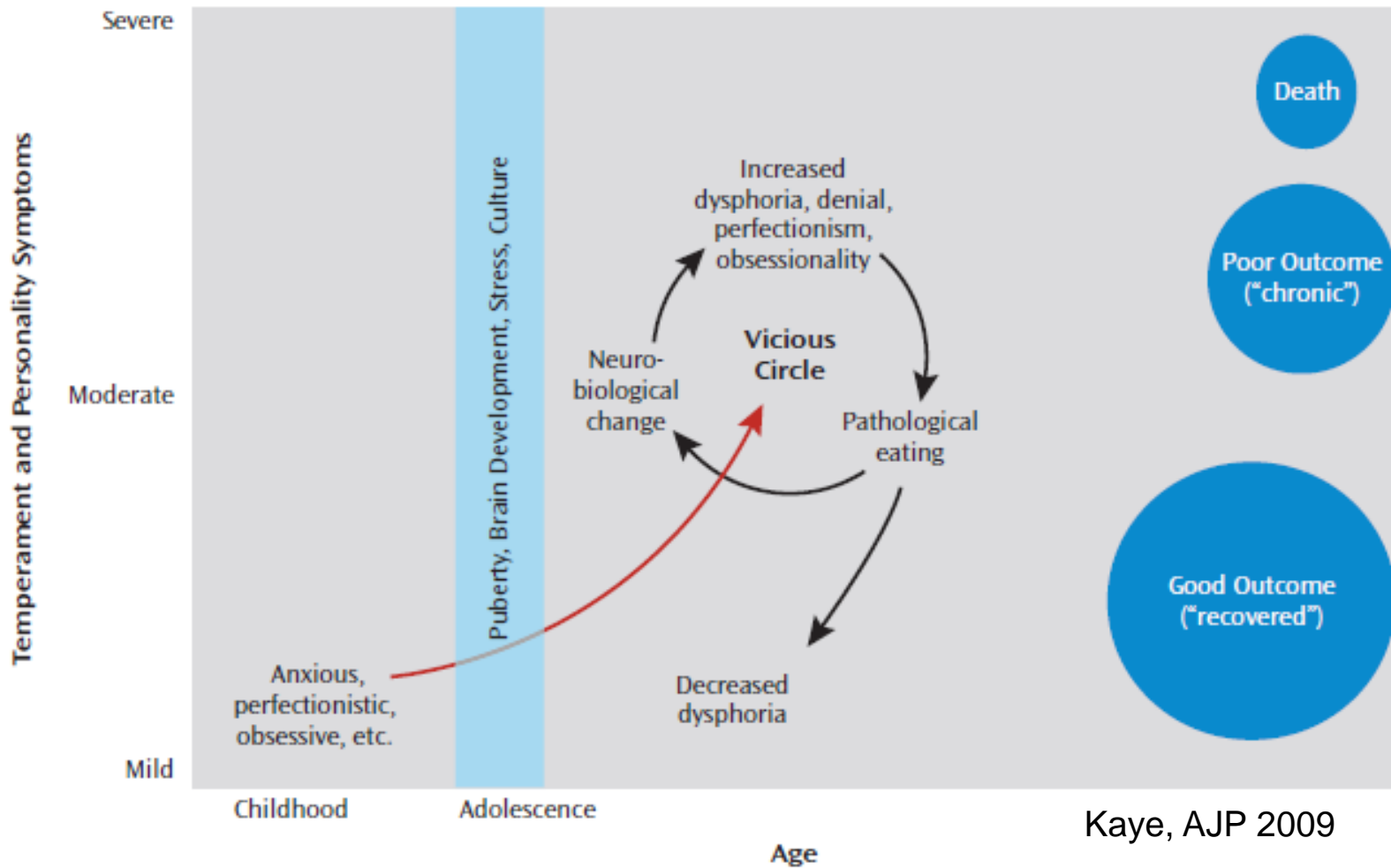
- Angst einer Gewichtszunahme
- Übermäßige Beschäftigung mit dem eigenen Körper
- Essverhalten
 - Restrictive
 - Binge-Eating-Purging
- AN mit signif. niedrigem KG
BMI < 18.5 kg/m²; BMI < 5. Altersperz.
- AN mit gefährlich niedrigem KG
BMI < 14 kg/m²; BMI < 3. Altersperz.
- Nicht näher bezeichnete AN mit gefährlich niedrigem KG
- AN in **Remission mit normalem Körpergewicht**
- Andere spezifische AN
- Sonstige AN

DSM-5

AN Erwachsene

Mild	BMI \geq 17.5 kg/m ²
Moderate	BMI 16-16.99
Severe	BMI 15 – 15.99
Extreme	BMI < 15

FIGURE 1. The Time Course and Phenomenology of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa^a



Kaye, AJP 2009

Mortality in anorexia nervosa

PF Sullivan (Am J Psychiatry) 1995

«... mortality due to all causes of death for subjects with anorexia nervosa in these studies was **5.9%** (178 deaths in 3,006 subjects). The aggregate mortality rate was estimated to be 0.56% per year, or approximately 5.6% per decade.»

Arcelus et al. (Arch Gen Psychiatry) 2011

Meta-analysis of 36 Studies

5.1%

Fichter & Quadflieg (Int J Eat Disord) 2016

Study 1639 Pat.

5.35%

Papadopoulos et al. (Psychosom Med) 2016

5.4 -18.1%

Guinhut et al. (Acta psychaitrica Scandinavica) 2020

Very severely malnourished patients with AN 5 years

after first hospitalisation in specialized clinical nutrition unit (age 29 ± 11 y)

11.5%

Mortality and mental health funding—do the dollars add up? Eating disorder research funding in Australia from 2009 to 2021: a portfolio analysis

The Lancet Regional
Health -Western Pacific
2023

E. Bryant,^{a,*} N. Koemel,^b J. A. Martenstyn,^{a,c} P. Marks,^a I. Hickie,^d and S. Maguire^a

Eating disorders					Schizophrenia	Depression	Anxiety disorders
	All ED	AN	BN	OSFED			
Zilber et al., 1989					6.33	8.53	
Emborg, 1999	6.69	22.03					
Löwe et al., 2001		9.80					
Birmingham et al., 2005		10.50					
Chang et al., 2010						1.29	
Arecelus et al., 2011		5.86		3.30			
Rosling et al., 2011	10.00	11.70					
Khan et al., 2013					1.32–2.83	1.59–2.02	0.90–1.88
Cuijpers., 2014						1.64	
Keshaviah et al., 2014		5.17					
Olfson et al., 2015					3.70		
Walker et al., 2015					2.54	1.71	1.43
Fichter & Quadflieg 2016			1.49	2.39			
Pratt et al., 2016						1.6	
Heiberg et al., 2018					4.9		
Tanskanen et al., 2018					2.7		
Lomholt et al.m 2019					4.58		

AN = Anorexia Nervosa; BN = Bulimia Nervosa; ED = Eating Disorders; OSFED = Other Specified Feeding or Eating Disorder.

Table 2: Standardised mortality ratio (SMR) for major mental disorders reported by large-scale epidemiological studies or meta-analyses with up to 30 years follow-up.

Alarmzeichen bei AN

vitales Risiko	mittel	hoch
BMI kg/m ²	< 15	< 13
Gewichtsverlust	> 0.5 kg / W.	> 1 kg / W.
Puls/Min.	< 50	< 40
Körpertemperatur (°C)	< 35	< 34.5
systolische BD	< 90	< 80
Fähigkeit aus der Hockstellung aufzustehen ohne Hilfe der Armen	möglich	unmöglich

modifiziert nach Treasure et al., Lancet 2010 -2015

Somatische Komplikationen bei AN

Organ systems or organ	Pathological findings	Leading systems
CNS	Morphological and functional cerebral changes; volume reduction in cerebral grey and white matter	Cognitive deficits
Dental system and parotis glands	Impaired dental status, dental caries, increased serum amylase	Dental caries, enlargement of the parotid glands
Endocrine system and reproductive function	Hypothalamus-pituitary-gonadal-axis, low T ₃ syndrome, hypercortisol	Amenorrhoea in women, symptoms of hypothyroidism, depression, elevated stress levels
Cardiovascular system	Hypotension, bradycardia, arrhythmia	Syncope
Gastrointestinal tract	Impaired gastric emptying, gastric dilation, gastroduodenal ulcers	Constipation, ileus, upper gastrointestinal bleeding
Haematological and immune system	Bone marrow hypoplasia, anaemia with reduced leucocytes and immunoglobulin	Anaemia, (bacterial) infections, compromised immune competence
Renal tract	Hypokalaemia, hypophosphataemia, hypernatraemia	Nephrolithiasis, oedema, syncope
Bone	Reduced bone density (osteopenia) or osteoporosis	Bone fractures and concomitant pain, spinal compression

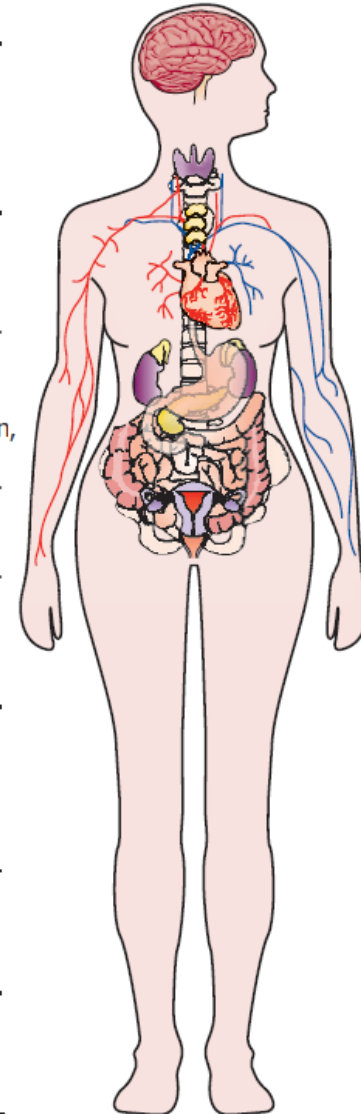


Figure: Impaired organ function in anorexia nervosa

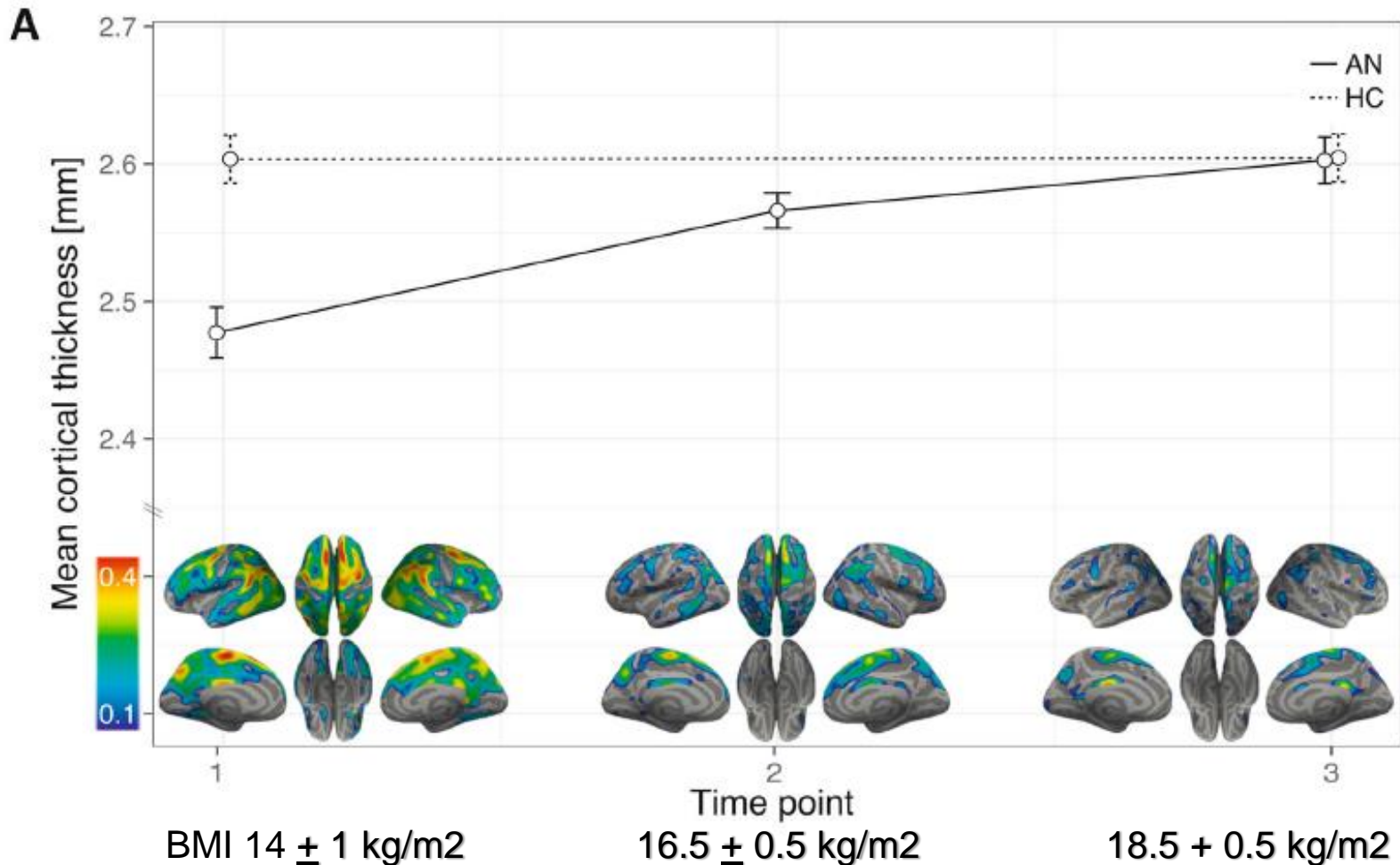
Age influences structural brain restoration during weight gain therapy in anorexia nervosa

AN $N = 26$
Age 22 ± 4 y

HC $N = 30$
Age 24 ± 3 y
BMI 21 ± 2 kg/m²

Lisa-Katrin Kaufmann^{1,2,3}, Jürgen Hänggi², Lutz Jäncke^{2,4,5}, Volker Baur¹, Marco Piccirelli⁶, Spyros Kollias⁶, Ulrich Schnyder⁷, Chantal Martin-Soelch³ and Gabriella Milos¹

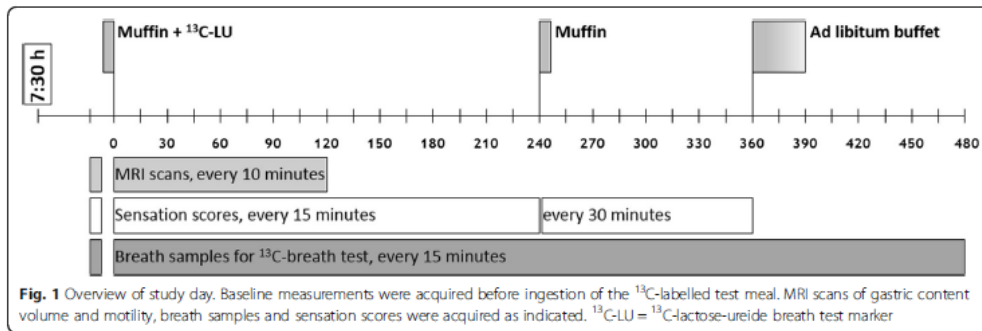
Translational Psychiatry (2020)



Relationship of body weight with gastrointestinal motor and sensory function: studies in anorexia nervosa and obesity

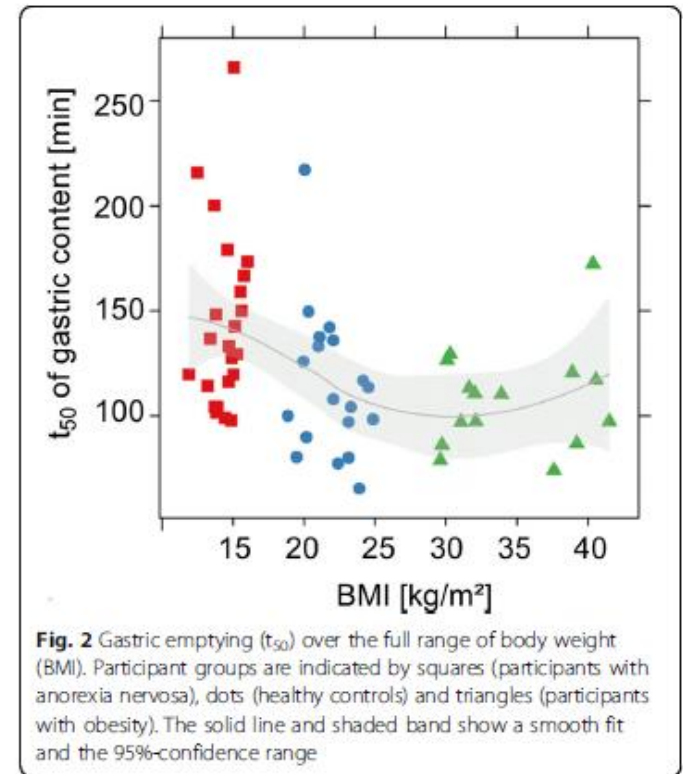
Sena Bluemel¹, Dieter Menne³, Gabriella Milos⁴, Oliver Goetze¹, Michael Fried^{1,5}, Werner Schwizer^{1,5}, Mark Fox^{1,5} and Andreas Steingoetter^{1,2*}

BMC Gastroenterology 2017



Gastric emptying, antral contractions and oro-cecal transit after ingestion of a solid meal were investigated by MRI and ¹³C-lactose-ureide breath test. AN have slower gastric emptying and heightened visceral perception compared to HC and OB

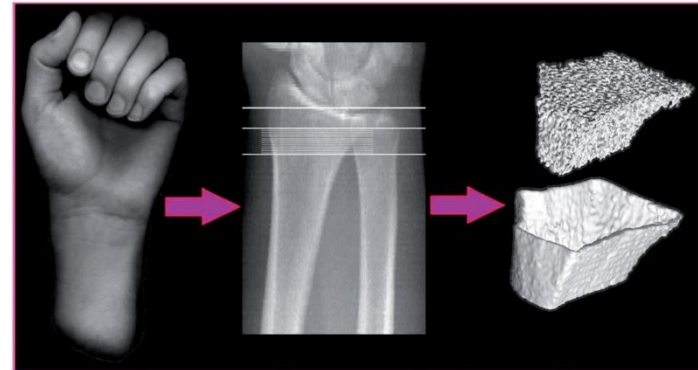
AN
HC
OB



36 AN Pat. nur 11% normale Knochendichte,
40 % Osteoporose

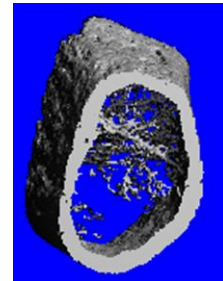
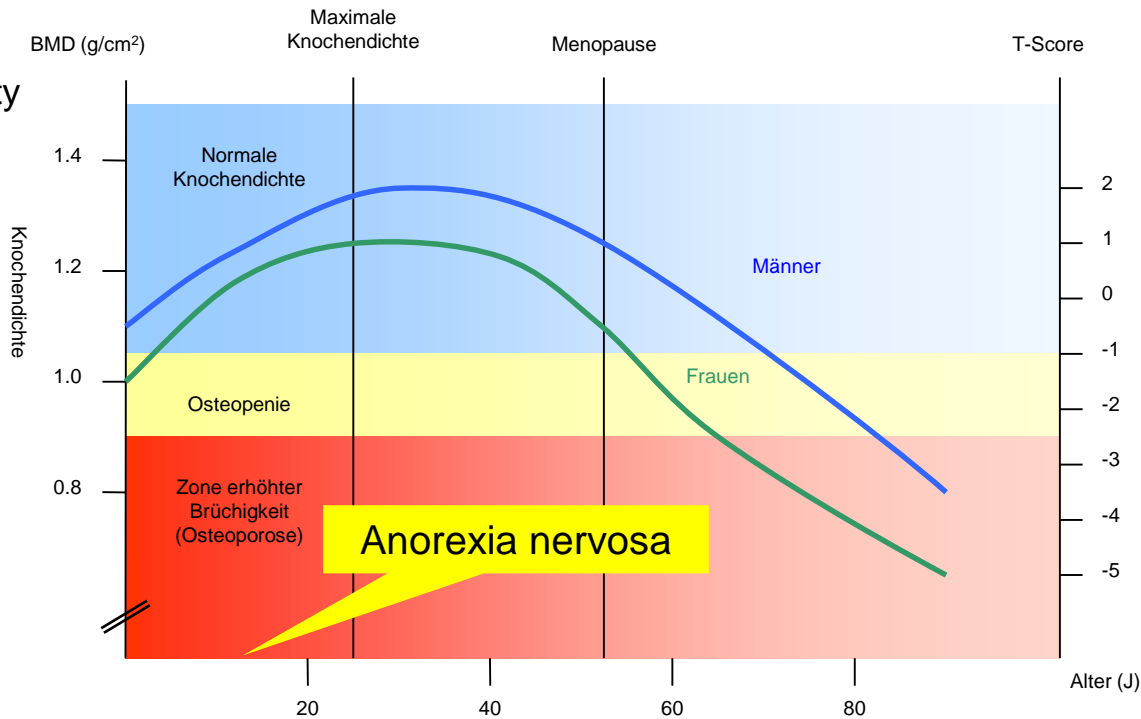
Trabecular und Cortical Knochen

(Milos et al. OI, 2005)



3D-pQCT

Bone density



Milos et al. 2005,
2007, 2014, 2021

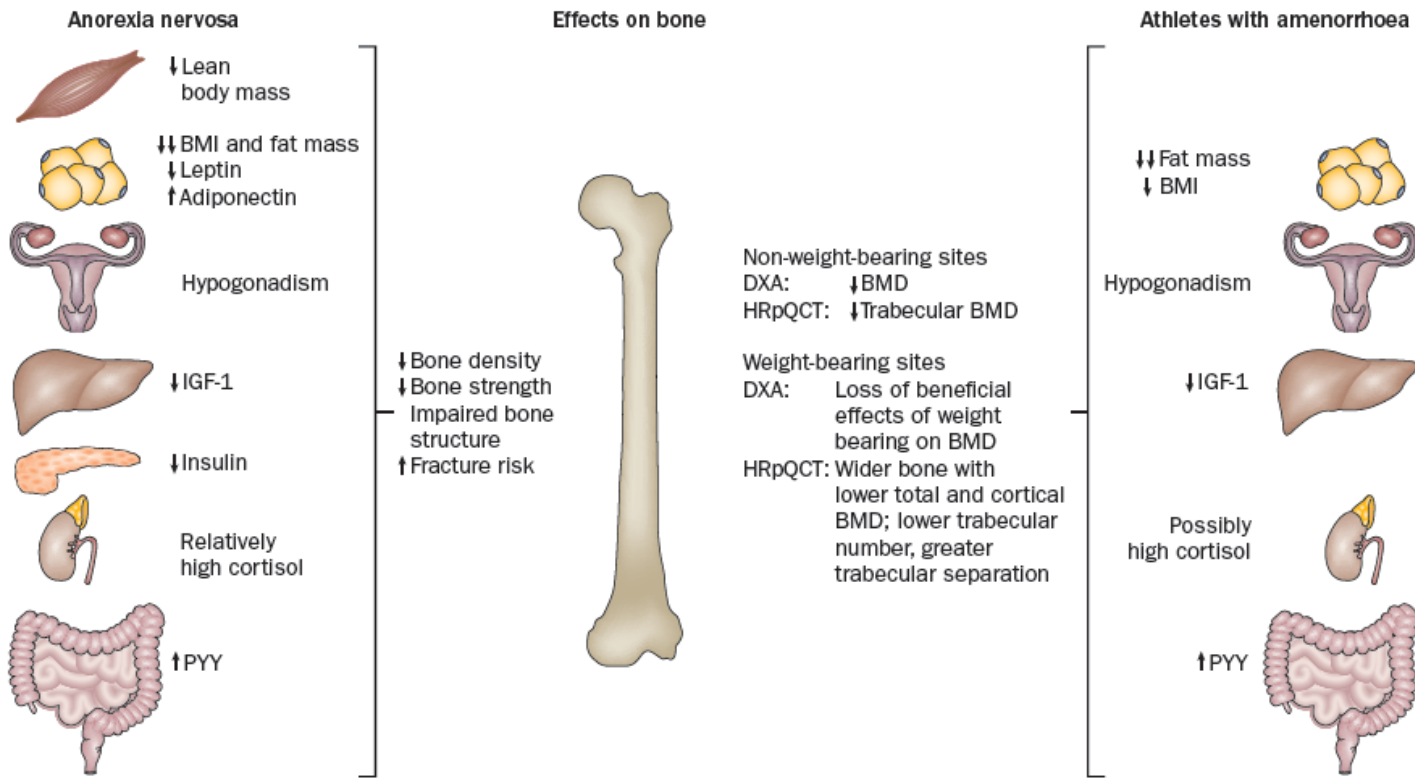


Figure 2 | Factors contributing to impaired bone metabolism in female adolescents and young adults with anorexia nervosa (left) or athletic amenorrhoea (right). Abbreviations: DXA, dual energy X-ray absorptiometry; HRpQCT, high-resolution peripheral quantitative CT; IGF-1, insulin-like growth factor 1; PYY, peptide YY.

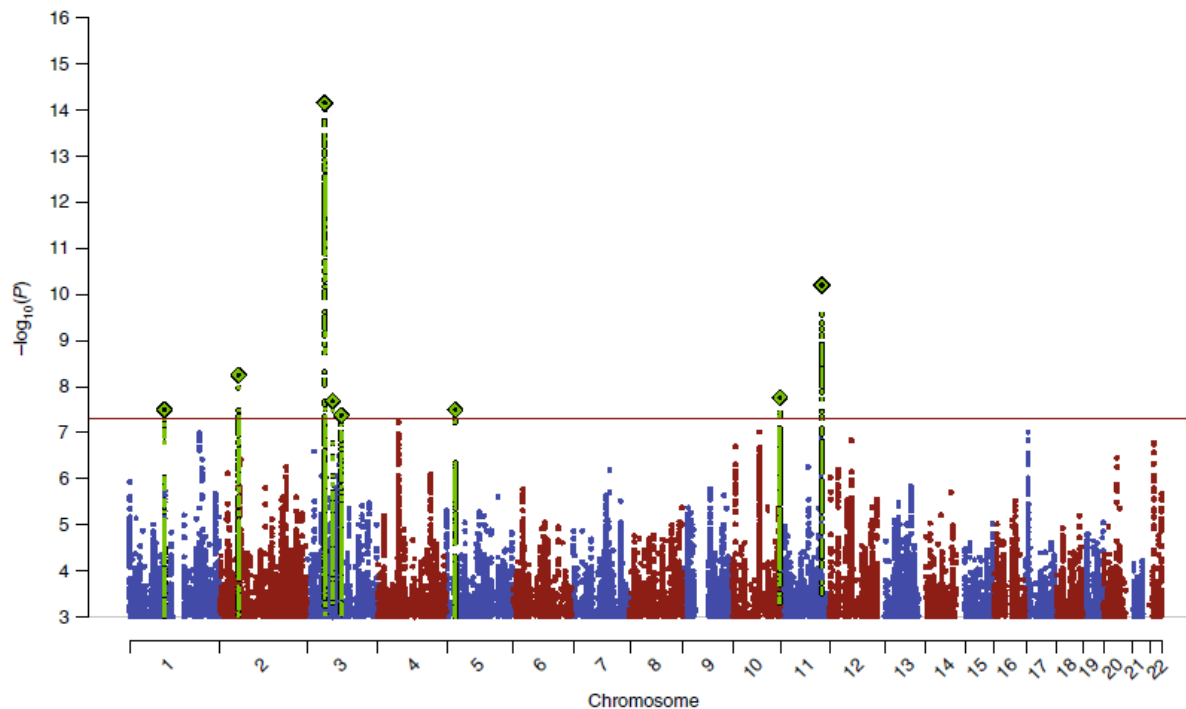


Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa

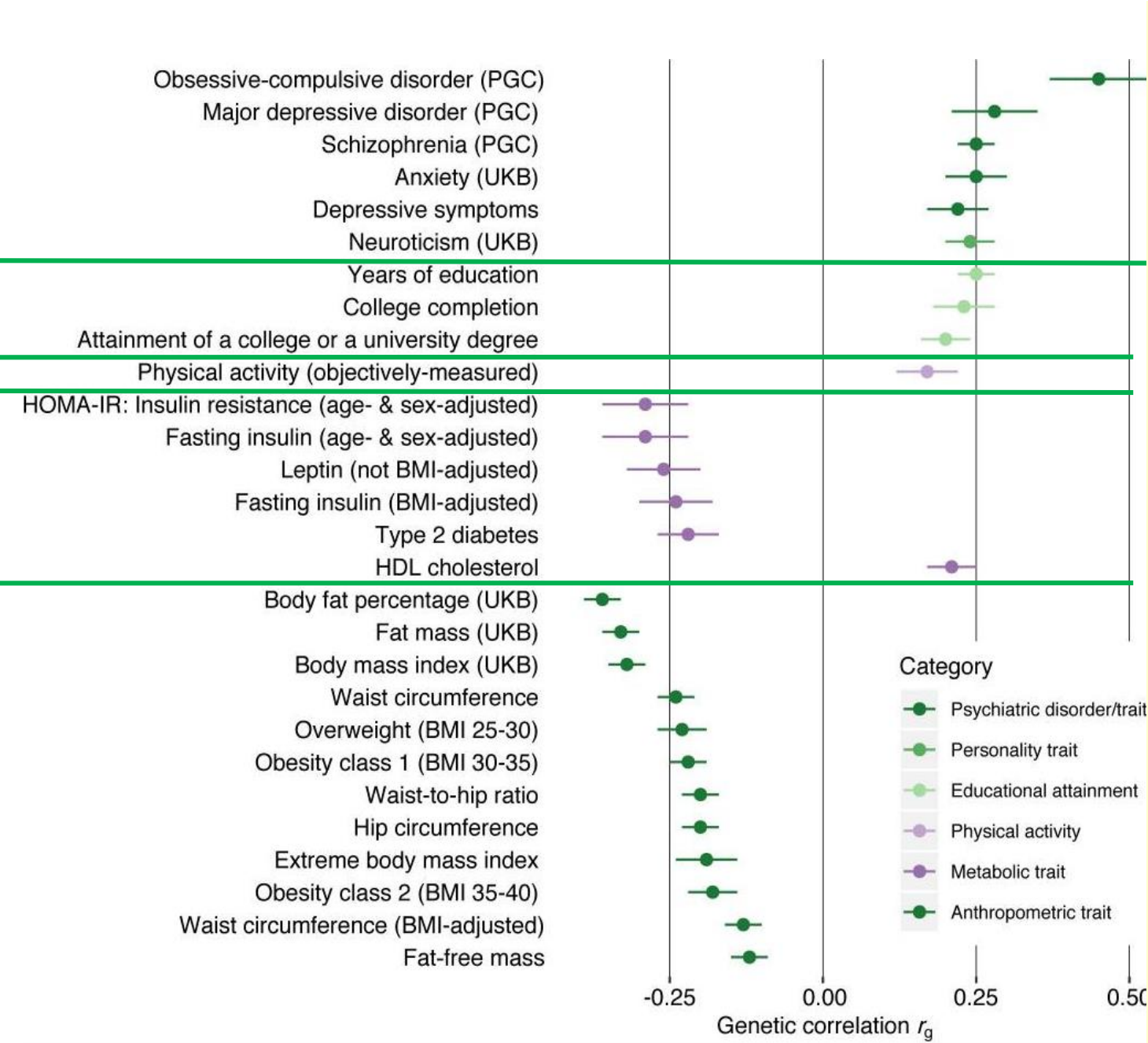
Hunna J. Watson et al.*

Nature Genetics 2019

“The genetic architecture of anorexia nervosa mirrors its clinical presentation, showing significant genetic correlations with **psychiatric disorders, physical activity, and metabolic, lipid and anthropometric traits, independent of the effects of common variants associated with body-mass index.** These results further encourage a reconceptualization of anorexia nervosa as a **metabo-psychiatric disorder**”.



AN 16'990
HC 55'500

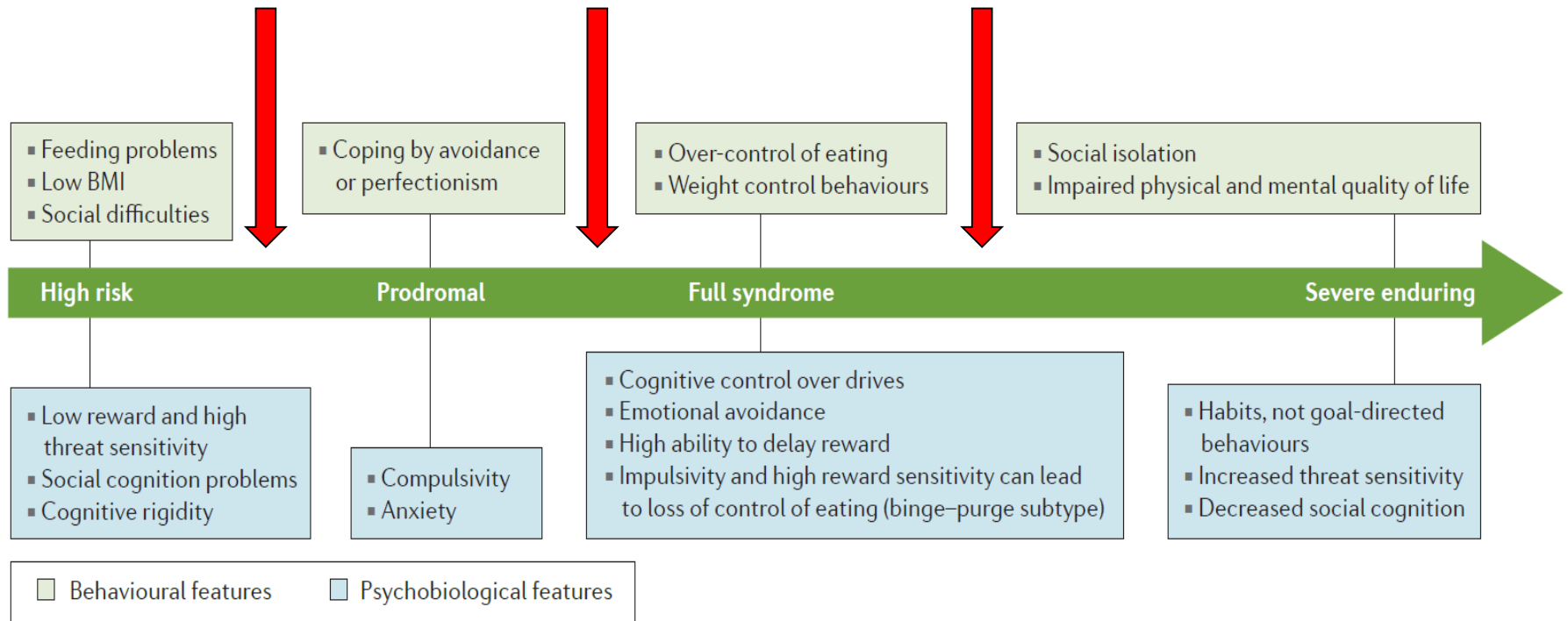


(nach Bonferroni-Korrektur)
 (SNP-rg) **zwischen AN und anderen Phänotypen**
 (LDSC-Linkage disequilibrium score regression)

These results further encourage a reconceptualization of anorexia nervosa as a metabo-psychiatric disorder.

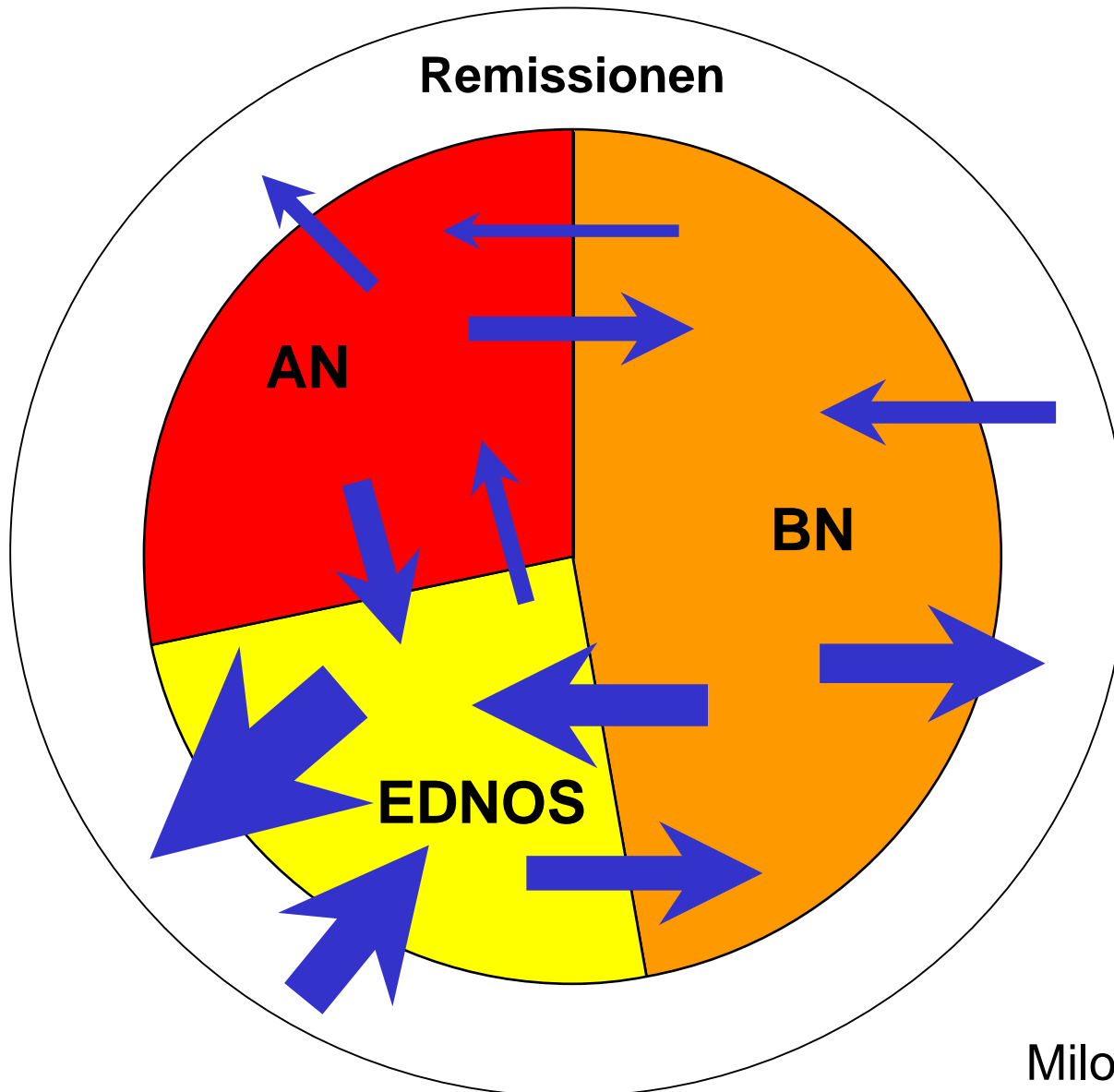
Elucidating the metabolic component is a critical direction for future research, and paying attention to **both psychiatric and metabolic components may be key to improving outcomes.**

Anorexia Nervosa – zeitlicher Verlauf



Treasure et al. 2015 Nature Reviews Disease Primers

Instabilität der ES-Diagnosen





Psychic traits

Psychiatrische Komorbidität aller ES

- Depression
- Zwang- und Angststörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Somatoforme Störungen (oft Magendarm)
- Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADS/ADHS)
- Autismus Spektrum Störung
- Suchterkrankungen

Reduzierte exekutive bei AN

- Schwierigkeiten Entscheidungen zu treffen
altered decision making
- Reduzierte kognitive Flexibilität
- Reduzierte Konzentration
- Schwierigkeiten Gefühle zu erkennen
- Vorliebe für Details; Verlust des „Gesamtbildes“

Tchanturia et al. 2004; 2007; 2008; 2011; 2012; 2014

Cavedini et al. 2006, Robets et al. 2007; Lang et al. 2012; 2015

Konstantakopoulos et al. 2011; Dickson et al. 2008

Harrison et al. 2009; Guillaume et al. 2010, 2015

Bernardoni et al. 2017

Tenconi et al. 2021

Keegan et al. 2022

Behandlung

Hauptziele bei der Behandlung von ES

Kommunikation/Interdisziplinarität

Etablieren eine tragfähige therapeutische Beziehung

Verbesserung der Einsicht, des Vertrauens und der Motivation zur Veränderung

Scham berücksichtigen!!!

- Bei **Untergewicht**: primäre Normalisierung des Gewichtes BMI ca. 18.5 – 20 kg/m²
- Normalisierung der Essgewohnheiten (3 Mahlzeiten und 2-3 Snacks)
- Bei **Normalgewicht** oder **Übergewicht**:
 - Stabilisierung des Gewichts und Verbesserung der Essgewohnheiten
- Behandlung der somatischen und psychiatrischen Komorbiditäten
- Behandlung der Risikofaktoren, die zu einem chronischen Verlauf führen könnten
(Familie, Beziehung, Beruf usw.)

modifiziert nach

S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ 2018

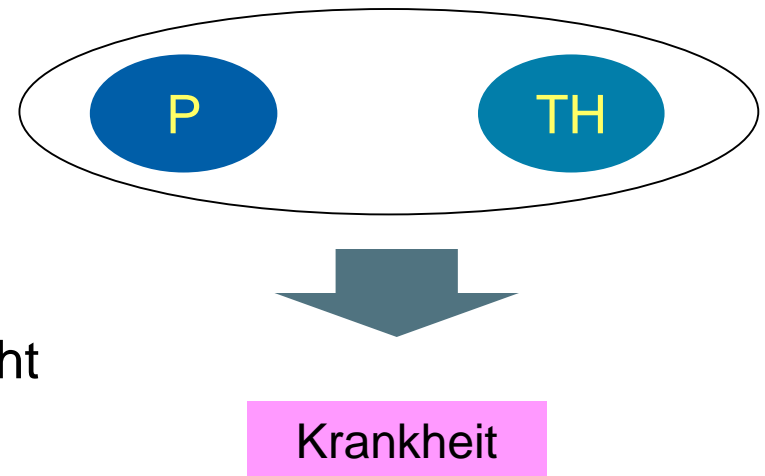
NICE guideline 2020

Therapie der ES



«Schulterchluss gegen die Krankheit»

- Patientin verstehen
- Empathie zeigen
- Wertungsfreiheit
- Scham / Schuld berücksichtigen
- kognitive Beeinträchtigung bei schwerem Untergewicht berücksichtigen



Allg. Ziele der Behandlung bei AN

Therapeutische Beziehung erstellen
Krankheitseinsicht und Therapiemotivation fördern

Essverhalten
und **Gewicht normalisieren**

körperliche Folge der AN angehen

emotionale, kognitive und interaktionelle Problemen angehen

Tagesstruktur gewährleisten und soziale Integration fördern

Modifiziert nach
S3-Leitlinien 2018
NICE-guidelines 2020

Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for the treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis

Lancet Psychiatry 2021

M Solmi, T D Wade, S Byrne, C Del Giovane, C G Fairburn, E G Ostinelli, F De Crescenzo, C Johnson, U Schmidt, J Treasure, A Favaro, S Zipfel, A Cipriani

N = 1047 patients

13 studies included in network meta-analysis

- 1 family-based treatment vs CBT
- 1 MANTRA vs enhanced CBT vs SSCM
- 3 psychodynamic-oriented psychotherapies vs treatment as usual
- 1 psychodynamic-oriented psychotherapies vs family-based treatment vs treatment as usual
- 1 CBT vs CBT-LEAP
- 1 CBT vs cognitive remediation therapy followed by CBT
- 1 SSCM vs CBT vs interpersonal therapy
- 2 MANTRA vs SSCM
- 1 SSCM vs CBT
- 1 psychodynamic-oriented psychotherapies vs enhanced CBT vs treatment as usual

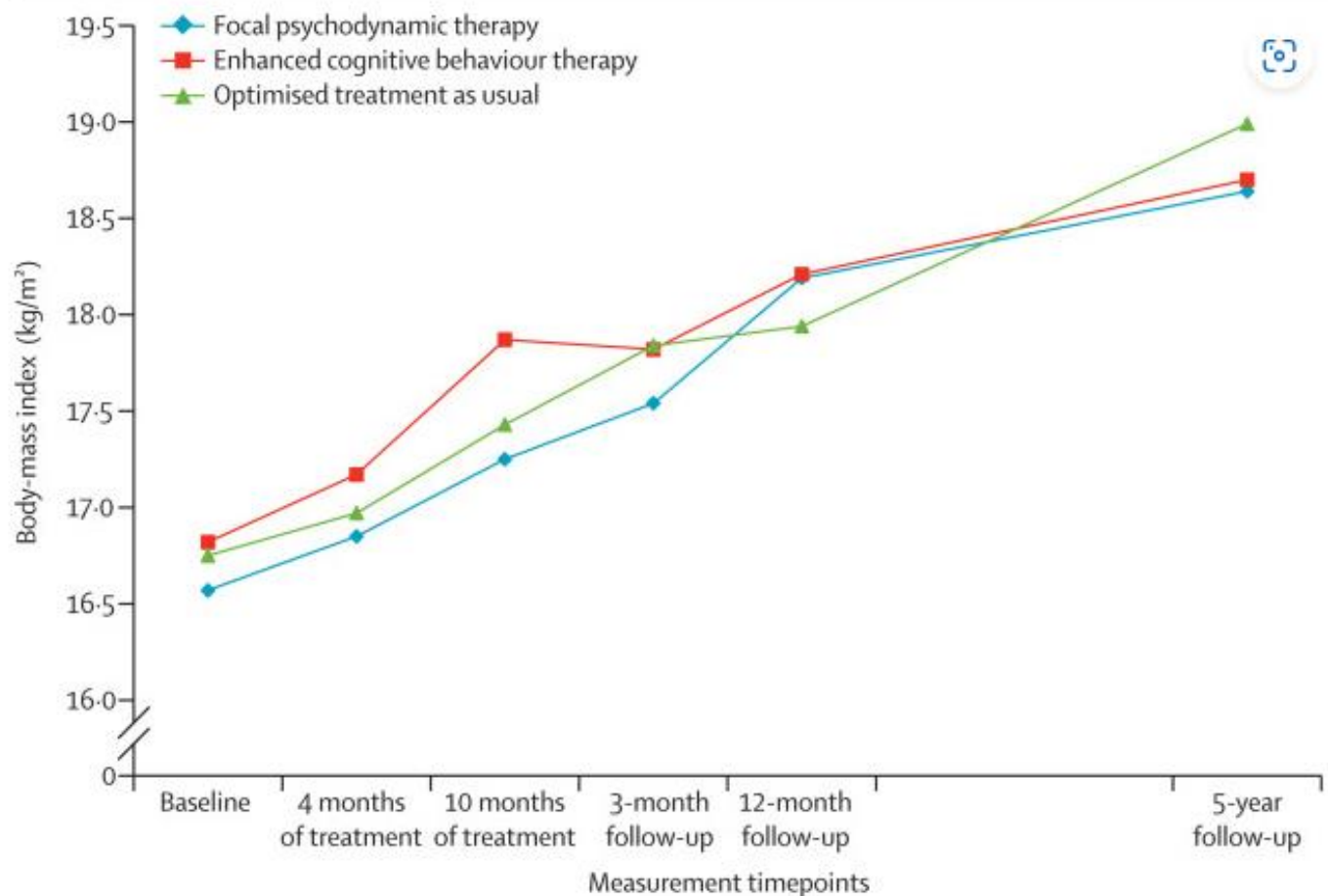
Interpretation

Compared with treatment as usual, specific psychological treatments for adult outpatients with anorexia nervosa can be associated with **modest improvements in terms of clinical course and quality of life, but no reliable evidence supports clear superiority or inferiority of the specific treatments that are recommended by clinical guidelines internationally.** (...)

Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in female outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): 5-year follow-up of a randomised controlled trial in Germany

Wolfgang Herzog*, Beate Wild*, Katrin E Giel, Florian Junne, Hans-Christoph Friederich, Gaby Resmark, Martin Teufel, Dieter Schellberg, Martina de Zwaan, Andreas Dinkel, Stephan Herpertz, Markus Burgmer, Bernd Löwe, Almut Zeeck, Jörn von Wietersheim, Sefik Tagay, Carmen Schade-Brittinger, Henning Schauenburg, Ulrike Schmidt, Stephan Zipfel

Lancet Psychiatry 2022



Modifiziert nach

S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ 2018
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-026>



The World Journal of Biological Psychiatry

ISSN: (Print) (Online) Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/loi/iwbp20>

World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines update 2023 on the pharmacological treatment of eating disorders

Hubertus Himmerich, Yael Doreen Lewis, Chiara Conti, Hiba Mutwalli, Andreas Karwautz, Jan Magnus Sjögren, María Mercedes Uribe Isaza, Marta Tyszkiewicz-Nwafor, Martin Aigner, Susan L. McElroy, Janet Treasure, Siegfried Kasper & The WFSBP Task Force on Eating Disorders

Pharmakotherapie AN I



- Neuroleptika sind zur Erreichung der Gewichtszunahme bei AN nicht geeignet.
- Neuroleptika **2. Generation (Olanzapin)** bei:
 - erhebliche Gewichtsängste
 - Essen eingeschränktem Denken, Gedankenkreisen
 - nicht zu beherrschender Hyperaktivität
- **Benzodiazepine** – für kurze Zeit
 - Antidepressiva für das Erreichung einer Gewichtszunahme nicht empfohlen.
(trizyklischer Antidepressiva keine Wirksamkeit)
- **Antidepressiva** (SSRI) zur Behandlung der Depression, Zwänge (wenig Wirkung)

Pharmakotherapie AN II



- Zink - sehr unsicherere Wirkung
- Cycloserin – Antibiotikum eingesetzt gegen TBC, auch bei VT-
Behandlungen. Es wirke nicht angstdämpfend, sondern verstärkt die
Wirkung des in Form einer Angstexposition angewendeten
psychotherapeutischen Verfahrens
- Oxytocin – wahrscheinlich keine Eindeutige Wirkung
- Ketamin - Anästhetika – Wirkung unklar

Risikos der Pharmakotherapie bei AN

Das Körpergewicht ist niedriger; die Verteilungsvolumina geringer.

In Anbetracht des unregelmäßigen Essverhaltens und des rezidivierenden Erbrechens ist die orale Zufuhr erschwert.

Kardiale Nebenwirkungen sind aufgrund der ohnehin bestehenden kardialen Besonderheiten bedrohlicher.

Elektrolytstörungen sind häufiger.

Das Risiko ein induziertes Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion (niedriges Natrium) zu übersehen, ist damit höher.

De Zwaan & Svitek 2022

Pharmakotherapie AN III



Experimentell

- **Psychedelika – Psilocybine**
- **Probiotika (Mikroorganismen)**
Präbiotika (Nahrung für Mikroorganismen)
- **Metreleptin**



nature medicine



Article

<https://doi.org/10.1038/s41591-023-02455>

Psilocybin therapy for females with anorexia nervosa: a phase 1, open-label feasibility study

Received: 27 October 2022

Accepted: 9 June 2023

Stephanie Knatz Peck¹✉, Samantha Shao¹, Tessa Gruen^{1,2}, Kevin Yang¹,
Alexandra Babakanian¹, Julie Trim¹, Daphna M. Finn¹ & Walter H. Kaye¹✉

Table 4 | Qualitative perceptions of treatment

3-month follow-up % agreement since the psilocybin dosing...	n=10
1. Have you felt that the overall quality of your life has improved?	70%
2. Have you felt as though the importance you place on your physical appearance has decreased?	60%
3. Have you felt more optimistic regarding your life endeavors?	90%
4. Have you felt a shift in your personal identity or a sense of who you are?	70%
5. Have you felt a greater sense of spirituality?	60%
6. Do you feel that the psilocybin dosing was one of the top five most meaningful experiences of your life?	80%
7. Was one dosing session enough? (% disagreement)	90% (No)

Table 1 | Sample demographics

Demographic profile n=10	Mean (s.d.)
Baseline BMI (kg m ⁻²)	19.7 (3.7)
Duration of illness, years	8.9 (5.9)
Age, years	28.3 (3.7)
Ethnicity	
White/Caucasian	9 (90%)
Hispanic	1 (10%)
Diagnosis	
AN-R, current	4 (40%)
AN-BP, current	1 (10%)
AN-R, partial remission	5 (50%)
Gender	
Female	10 (100%)
Male	0 (0%)
Self-reported MDD comorbidity	7 (70%)
Self-reported GAD comorbidity	7 (70%)
Self-reported OCD comorbidity	3 (30%)
Prescribed serotonergic medications that require titration	7 (70%)

GAD, generalized anxiety disorder; OCD, obsessive compulsive disorder.

Table 2 | Safety and tolerability: treatment-emergent AEs and summary of safety measures at post-treatment (day 1)

Treatment-emergent AEs	
MedDRA preferred term	COMP360 25mg n=10 (%)
Headache	8 (80%)
Fatigue	7 (70%)
Nausea	3 (30%)
Feeling abnormal	2 (20%)
Migraine	2 (20%)
Dizziness	2 (20%)
Illusion	2 (20%)
Pain	1 (10%)
Anxiety	1 (10%)
Orthostatic heart rate response increased	1 (10%)
Abdominal pain upper	1 (10%)
Safety assessments	
Clinically significant changes in clinical laboratory tests	
Hypoglycemia	2 (20%)
Clinically significant changes in ECG	0 (0%)
Clinically significant changes in vital signs	0 (0%)
Clinically significant increases in C-SSRS	0 (0%)

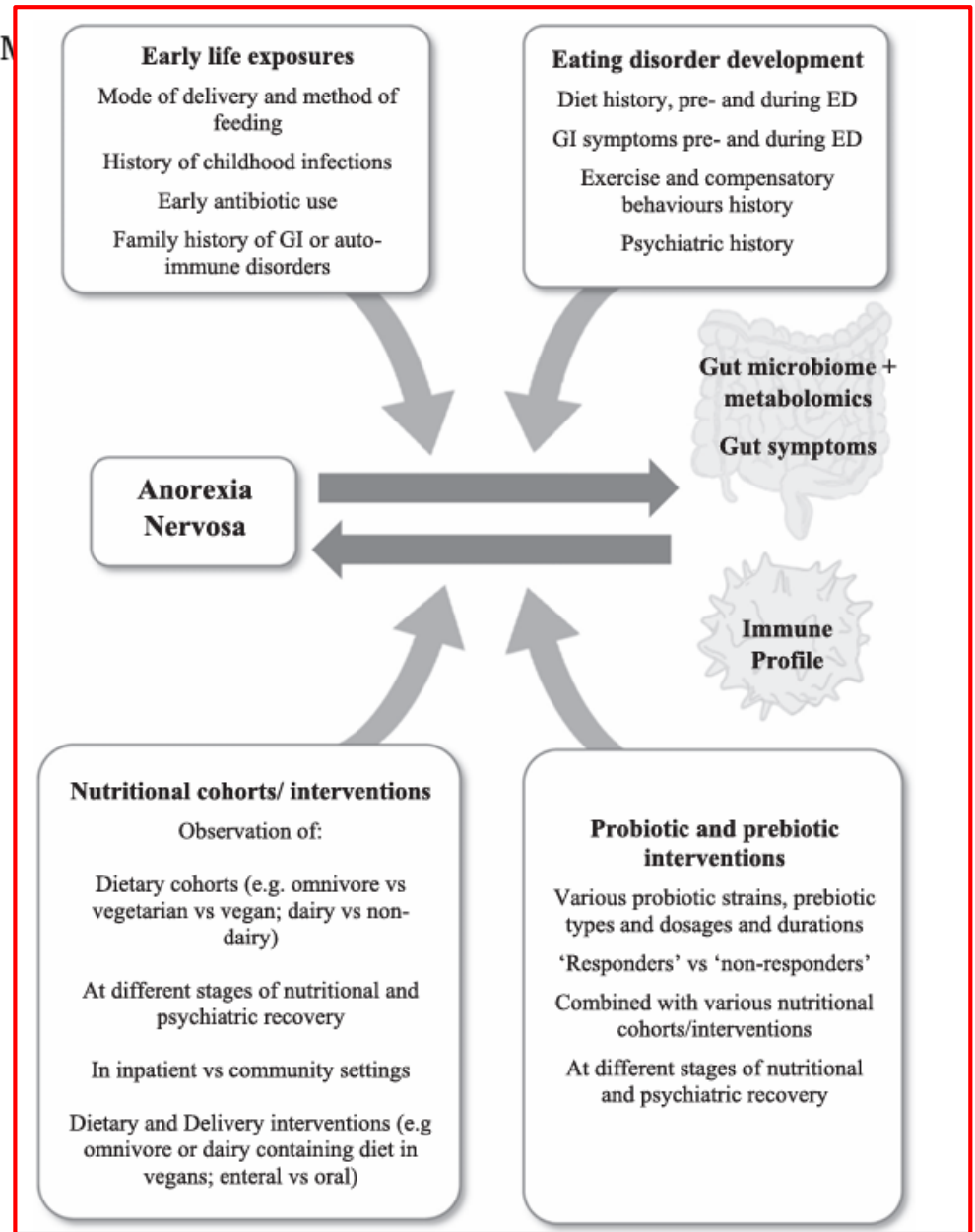
COMP360, psilocybin.

We did not observe a significant effect on BMI over time, and results were highly variable among participants. BMI did not follow the same change trajectory as ED psychopathology for participants who showed reductions on core psychopathology. Of the four treatment

Gastrointestinal symptoms, gut microbiome, probiotics and prebiotics in anorexia nervosa: A review of mechanistic rationale and clinical evidence

Namrata Dhopatkar^a, Johanna Louise Keeler^b, Hiba M
Janet Treasure^{a,b}, Hubertus Himmerich^{a,b,*}

Psychoneuroendocrinology 147 (2023)



Leptin treatment of patients with anorexia nervosa? The urgent need for initiation of clinical studies

Johannes Hebebrand · Özgür Albayrak

Clinical Trials Required to Assess Potential Benefits and Side Effects of Treatment of Patients With Anorexia Nervosa With Recombinant Human Leptin

Frontiers in Psychology 2019

Johannes Hebebrand^{1*}, Gabriella Milos², Martin Wabitsch³, Martin Teufel⁴,
Dagmar Führer⁵, Judith Bühmeier¹, Lars Libuda¹, Christine Ludwig¹ and Jochen Antel¹

Milos et al. *Translational Psychiatry* (2020) 10:303
<https://doi.org/10.1038/s41398-020-00977-1>

Translational Psychiatry
2020

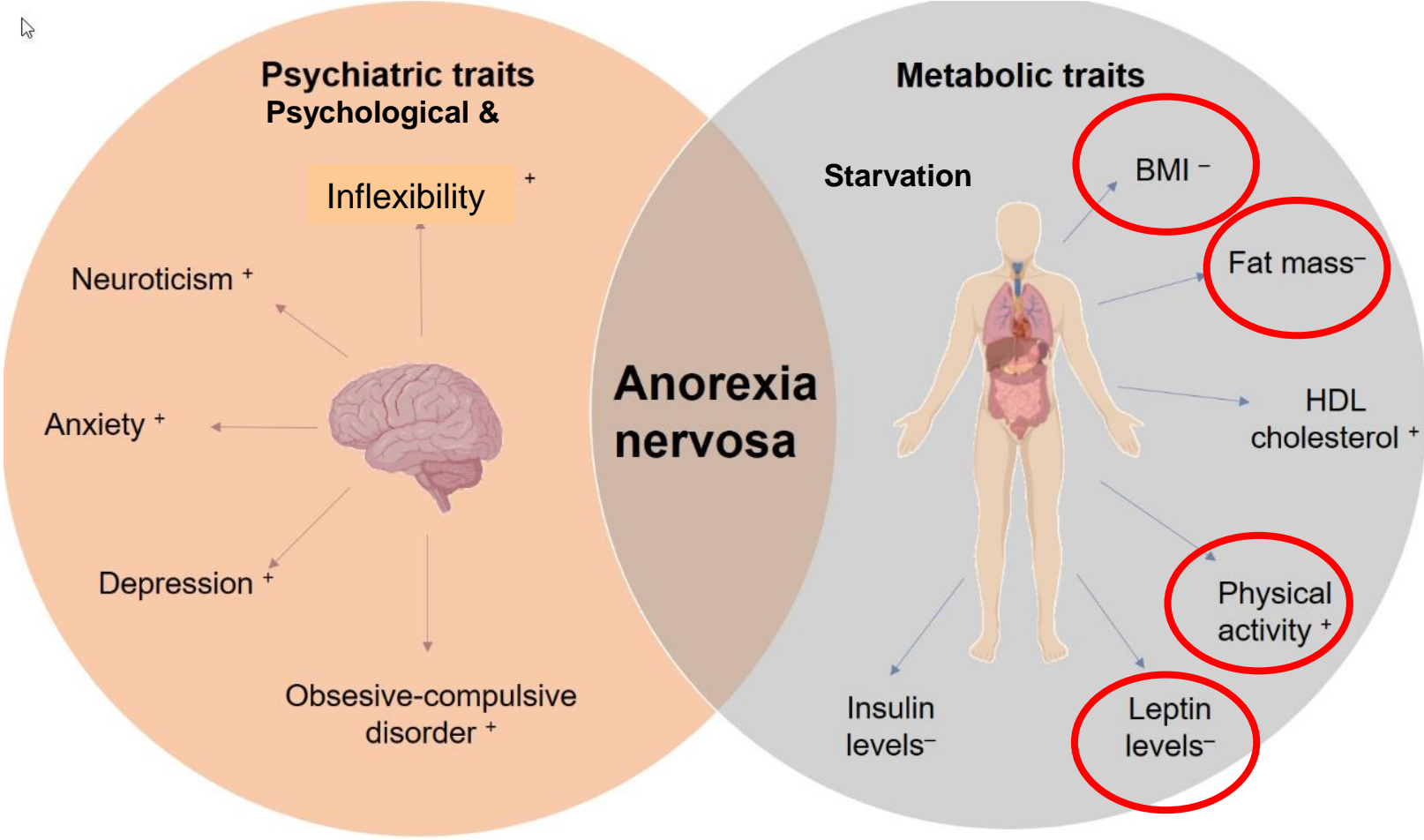
ARTICLE

Open Access

Short-term metreleptin treatment of patients with anorexia nervosa: rapid on-set of beneficial cognitive, emotional, and behavioral effects

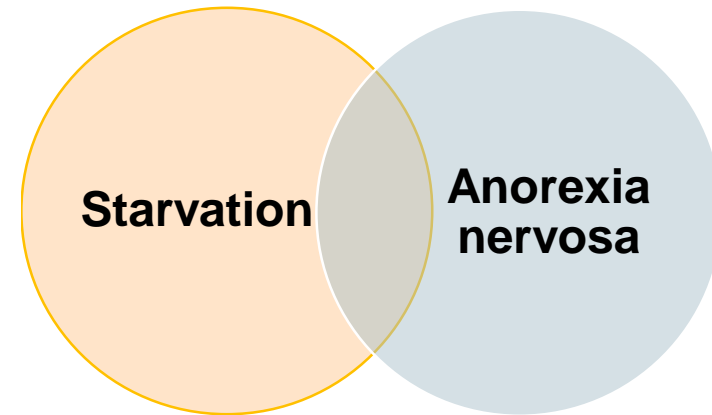
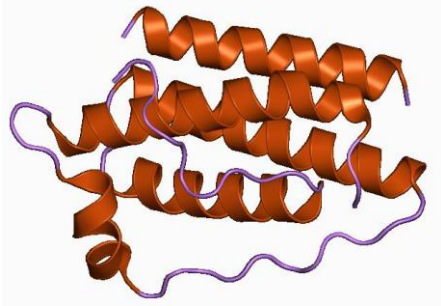
Gabriella Milos¹, Jochen Antel², Lisa-Katrin Kaufmann³, Nikolaus Barth², Antonia Koller³, Susanne Tan³,
Urban Wiesing⁴, Anke Hinney², Lars Libuda², Martin Wabitsch⁵, Roland von Känel¹ and Johannes Hebebrand²

AN hat viele Stoffwechselprozesse und psychische Charakteristika, die sich mit Hungern (Starvation) überschneiden



Leptin ist ein Hormon, das hauptsächlich von Fettzellen hergestellt wird.

Leptin ist auch am Belohnungssystem für Nahrung beteiligt.



Der **Leptinspiegel im Blut** ist mit dem **prozentualen Körperfettanteil** verbunden, so dass der Leptinspiegel bei schwerer AN sehr niedrig ist.

Metreleptin ist ein rekombinantes humanes Leptin-Analogon (**synthetische Leptin**).

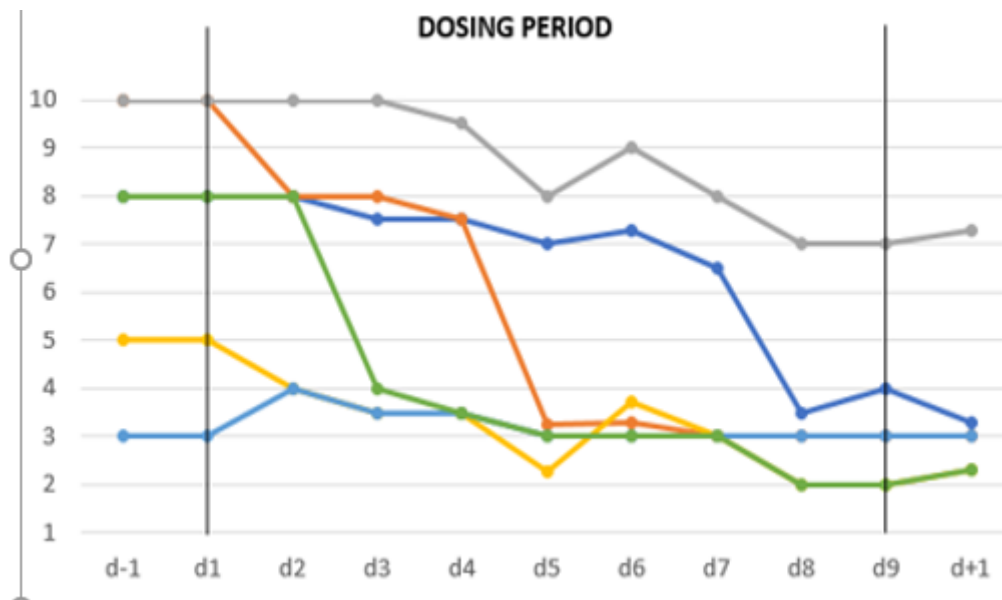
Das Medikament (Myalepta®) ist zur Behandlung einer seltenen Krankheit zugelassen: der Lipodystrophie.

Im Allgemeinen wird Metreleptin gut vertragen.

	Pat. A ZH
Alter	26 J.
Begin der AN	15 J.
BMI min – max. lifetime	11 - 17 kg/m ²
BMI <u>beim Beginn der Behandlung</u>	13.6 kg/m ²
<u>Metreleptin dosis (s.c.)</u>	4 mg – 10 mg

«Ich konnte meine Mutter liegend auf dem Bett anrufen, ich habe dies seit Jahren nicht mehr gemacht»

Es traten keine schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse auf.



- Angst von der Gewichtszunahme
- Bewegungsdrang
- Essgedanken
- Sich dick fühlen
- Innere Spannung
- Depression

Bulimia nervosa (BN)

I



Pharmakotherapie

Psychotherapeutische Behandlungen sind wirksamer als alleinige Pharmakotherapie, daher ist die Psychotherapie die Behandlungsmethode der ersten Wahl (A).

Wenn Pharmakotherapie **Fluoxetin** (B).

Wirksame Dosis von Fluoxetin bei der BN 60 mg/die (B)

Behandlungsversuch Mindestdauer 4 Wochen, bei Therapieerfolg ist von einer längeren Behandlungsdauer auszugehen (KKP).

Bei gutem Ansprechen Therapiedauer von 9–12 Monaten empfohlen.

„Mood stabilizer“: Lithium, Valproat sind kontraindiziert (Gewichtszunahme)

Bulimia nervosa (BN) Binge Eating Störung (BED) II



BN / BED und ADHS/ADS.

Bei gesicherter Komorbidität sollte entsprechend eine Behandlung mit Stimulanzien (Methylphenidat) oder Atomoxetin erwogen werden. Da vor allem unter Methylphenidat eine Appetitreduktion auftritt, muss das Risiko eines potenziellen Missbrauchs überwacht werden.

„Mood stabilizer“: Lithium, Valproat sind kontraindiziert (Gewichtszunahme)

Binge Eating Störung (BED)



SSRIs und SNRIs können Essanfälle und eine komorbide depressive Symptomatik effektiv reduzieren.
Die Dosierung an der Obergrenze der für die Behandlung der Depression empfohlenen.

Topiramate positive Wirkung auf Essanfälle und Gewicht zeigen
(Antikonzeption!)

Psychiatrische Komorbidität der Adipositas

- Depressive Störung
- Angststörungen, soziale Phobie
- **Essstörungen (v.a. Binge Eating Störung 6-56%)**
- Persönlichkeitsmerkmale, -störungen
- Impulskontrollstörungen, ADHS
- Abhängigkeitserkrankungen (inkl. «Esssucht» 16-32%)
und somatoforme Störungen
- «Stress»: Adipositas als dysfunktionale Abwehr
(z.B. Grenzüberschreitungen)

Behandlung



Untreatable or unable to treat? Creating more effective and accessible treatment for long-standing and severe eating disorders

James Downs, Agnes Ayton, Lorna Collins, Suzanne Baker, Helen Missen, Ali Ibrahim

Lancet Psychiatry 2023



Universität
Zürich^{UZH}

Weiterbildung



Diagnostik und Behandlung von Essstörungen

Certificate of Advanced Studies (CAS)
Medizinische Fakultät der
Universität Zürich

Take home message

- ES möglichst schnell erkennen und die Behandlung möglichst schnell einschalten; Interdisziplinarität sehr wichtig v.a. bei schweren Verläufe
- Berücksichtigen, dass ES sehr oft Scham besetzt sind
- Beim Untergewicht, Fixierung auf Ernährungs- und Sportthemen sowie diffuse Verdauungsprobleme v.a. bei jungen Frauen an AN denken
- AN ist nach neusten Erkenntnissen eine metabo-psychiatrische Erkrankung, wichtig für die Entwicklung von neuen Behandlungen
- Binge Eating Störung ist bei Menschen mit Adipositas oft vorhanden
- Magersucht kann zur Invalidität und/oder Tod führen