

SYÖMISONGELMIEN HOITO URHEILIJOILLA

"urheilijalle enemmän terveitä harjoituspäiviä"

TERVE URHEILIJA



HOITO

"Erityisen tärkeää on varhainen puuttuminen ja aktiivisen hoito-otteen luominen"

MITÄ TEHDÄÄN TUNNISTAMISEN JÄLKEEN?



- Ohjataan hoitoon tutulle lääkärille, kouluterveydenhoitajalle tai -lääkärille tms. lähellä olevalle ammattilaiselle
 - Ruokavalio-ohjeet, psykoedukaatio
 - Ruokamäärän lisääminen, liikunnan vähentäminen yms.
 - Painon seuranta, oireseuranta
- Rakennetaan yhteistyö valmentajan, vanhempien ja hoitavien henkilöiden välillä paranemisen tukemiseksi
 - Urheilija tarvitsee tukea hoitotahon antamien ohjeiden noudattamisessa
 - Ympärillä olevien aikuisten viestinnän nuoren suuntaan on tärkeää olla johdonmukaista
 - Ristiriitainen viestintä hämmentää, vie luottamusta ja pahimmillaan hidastaa paranemista

Aloitetaan ns. kevyestä hoidosta, koska urheilijoiden syömishäiriöt usein helpottuvat jo sen avulla



PSYKOEDUKAATIO

- Tavoitteena antaa tietoa:
 - kehon toiminnasta, ruoansulatuksesta, oireiden somaattisista ja psyykkisistä vaikutuksista
 - Tutkimustuloksia, kuvia, käyriä, kirjallisuutta
- Lievimmin oireileville 25-45%:lle tapauksista hyviä tuloksia ainoana hoitona
- ahmimis- ja oksentamisoireissa sekä psykopatologiassa merkitsevä muutos

HARJOITUSOHJELMAN SOPEUTTAMINEN TILANTEESEEN



- Harjoittelun määrän vähentäminen
 - yksilöllisen tilanteen mukainen arviointi
 - Esim. 20-30 min sessiot, 2-3 krt/vko
 - Reipas kävely tai kevyt hölkkä - keskusteluvauhti
- Ei kilpailuihin osallistumista ennen kuin keho ja syöminen jälleen tasapainossa
- Jos mahdollista, yhteyden säilyttäminen joukkuetovereihin kaikissa vaiheissa

RUOKAVALIO-OHJEISTUKSEN SOPEUTTAMINEN TILANTEESEEN



- Urheilijan päivittäinen energian tarve on 3000-5000 kcal
 - Syömishäiriötä sairastavalla saanti saattaa olla vain 800-1000 kcal
- Energian saannin nosto mahdollisimman nopeasti väh. 2000 kcal:iin
 - Säännöllinen (nestemäinen) runsasenerginen ravintolisä +300-600 kcal/päivä
 - Viikoittaiset nostot, kunnes paino normalisoitunut
- Energiämäärän nosto harjoittelun alettua, kunnes määrä riittävä kulutukseen nähden



ONNISTUMISEN EDELLYTYKSET

- Hyvän hoitomotivaation saavuttaminen
- Perheen tai muun sosiaalisen verkoston tuki
- Hoidon toteutus riittävän lähellä sosiaalista ympäristöä



Jos kevyt hoito ei auta, eikä tilanne ala helpottaa 2-3 kuukauden sisällä. Lääkäri laatii lähetteen syömishäiriöihin erikoistuneeseen yksikköön

KOKONAISVALTAINEN HOITO



Syömishäiriöiden hoito sisältää psyykkisten ja konkreettisten oireiden rinnakkaisen hoidon

- **Konkreettiset oireet**
 - ruokavalion laajentaminen (anorexia nervosa)
 - ahmimisen hallinta (bulimia)
 - painon normalisoiminen
 - kehon vaurioiden hoitaminen
- **Psyykkiset oireet**
 - pakko-oireiden poistaminen
 - vääristyneen ajattelun korjaaminen (kehon koko, maaginen ajattelu)
 - trauman hoito
 - itsetunnon korjaaminen

KÄYTÄNNÖN VINKKEJÄ



- Jos ei ole hengenhätä, lähdetään rauhassa liikkeelle interventiossa
 - Hätäntyneenä tekee yleensä liian ison intervention / ylireagoi
 - Pieni muutos -> hyöty -> lisää muutosta -> isompi hyöty (positiivinen kierre)
- Psyhyke ja somatiikka hoidettava samassa paikassa
 - Jottei tueta niiden erotusta toisistaan
- Seurataan millainen vaikutus urheilulla on urheilijaan ko. hoidon vaiheessa
 - Tukeva: pirteämpi, iloinen jne.
 - Ei-tukeva: ahdistunut, väsynyt jne.
- Selvitetään toimintatapoja ja syömiskäyttäytymistä arjessa
 - hoitava henkilö käy syömässä potilaan kanssa

Lääkehoito



- Erikoissairaanhoito aloittaa tarvittaessa
 - Liitännäisoireiden (ahdistus, masennus, pakko-oireet) lääkintä
 - Fluoksetiini vähentää ahmimis- ja oksentamiskohtauksia 50%
- Luuston hoito
 - Ca: 1500mg/päivä yhteensä
 - D-vitamiini: 1500-2000 IU/päivä yhteensä (32-50 ng/mL)
 - Bisfosfonaatit: ei lisääntymisikäisille naisille (teratogeenisia)
 - Miehillä testosteronitasojen mittaus ja hoito tarv.
 - DXA-mittaukset seurannassa

E-pillerit



- Saattavat häiritä energiavajeeseen liittyvien kuukautiskierron häiriöiden huomaamista
- Ei korjaa energiavajeen syytä, vaikka kuukautiset tulisivatkin säännöllisemmin -> haitat e. luustoon jatkuvat
- Toiminnallisessa hypotalaamisessa amenorreassa e-pillerit aiheuttavat nuorilla luiden kasvulevyjen ennenaikaista sulkeutumista, pysäyttäen luiden kasvun
- Anoreksiassa yhdistelmävalmisteilla saatu luuntiheyttä parannettua

URHEILUUN OSALLISTUMISEN ARVIOINTITYÖKALU RED-S CAT

Table 1 Relative Energy Deficiency in Sport risk assessment model for sport participation (modified from Skårderud *et al*)¹⁴⁰

High risk: no start red light	Moderate risk: caution yellow light	Low risk: green light
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Anorexia nervosa and other serious eating disorders ▶ Other serious medical (psychological and physiological) conditions related to low energy availability ▶ Extreme weight loss techniques leading to dehydration induced haemodynamic instability and other life-threatening conditions 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prolonged abnormally low % body fat measured by DXA or anthropometry using The International Society for the Advancement of Kinanthropometry ISAK¹⁴¹ or non-ISAK approaches¹⁴² ▶ Substantial weight loss (5–10% body mass in 1 month) ▶ Attenuation of expected growth and development in adolescent athlete ▶ Abnormal menstrual cycle: FHA amenorrhoea >6 months ▶ Menarche >16 years ▶ Abnormal hormonal profile in men ▶ Reduced BMD (either from last measurement or Z-score < –1 SD). ▶ History of 1 or more stress fractures associated with hormonal/menstrual dysfunction and/or low EA ▶ Athletes with physical/psychological complications related to low EA/ disordered eating - ECG abnormalities- Laboratory abnormalities ▶ Prolonged relative energy deficiency ▶ Disordered eating behaviour negatively affecting other team members ▶ Lack of progress in treatment and/or non-compliance 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Healthy eating habits with appropriate energy availability ▶ Normal hormonal and metabolic function ▶ Healthy BMD as expected for sport, age and ethnicity ▶ Healthy musculoskeletal system

BMD, bone mineral density; DXA, dual-energy X-ray absorptiometry; EA, energy availability; FHA, functional hypothalamic amenorrhoea; ISAK, International Society for the Advancement of Kinanthropometry

Table 3 The Relative Energy Deficiency in Sport Return-to-Play Model (modified from Skårderud *et al*, 2012)¹⁴⁰

High risk red light	Moderate risk yellow light	Low risk: green light
<ul style="list-style-type: none"> ▶ No competition ▶ Supervised training allowed when medically cleared for adapted training ▶ Use of written contract (see supplementary appendix 1) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ May compete once medically cleared under supervision ▶ May train as long as is following the treatment plan 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Full sport participation

The IOC consensus statement: beyond the Female Athlete Triad--Relative Energy Deficiency in Sport (RED-S). Br J Sports Med. 2014 Apr;48(7):491-7. Mountjoy M, Sundgot-Borgen J, Burke L et al.