



Syömisongelmien hoito urheilijoilla

 UKK-instituutti
Tampereen Urheilulääkäriasema

 terveurheilija®

Mitä tehdä 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% tapauksista hyviä tuloksia ainoana hoitona
- ahmimis- ja oksentamisoireissa sekä psykopatologiassa merkitsevä muutos.

Harjoitusohjelman sopeuttaminen tilanteeseen

- Harjoittelun määrän vähentäminen
 - yksilöllisen tilanteen mukainen arviointi
- Ei kilpailuihin osallistumista ennen kuin keho ja syöminen jälleen tasapainossa.
- Jos mahdollista, yhteyden säilyttäminen joukkueovereihin ja valmentajaan 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 vähintään 2000 kilokaloriin
 - Säännöllinen (nestemäinen) runsasenerginen ravintolisä + 300 – 600 kcal / päivä
 - Viikoittaiset nostot, kunnes paino normalisoitunut
- Energiamäärän 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 jne.)
 - 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

- Erikoissairaanhoidon aloittaminen tarvittaessa
 - Liitännäisoireiden (ahdistus, masennus, pakko-oireet) lääkintä
 - Fluoksetiini vähentää ahmimis- ja oksentamiskohtauksia 50 %
- Luuston hoito
 - Kalsium: 1500 mg / päivä yhteensä
 - D-vitamiini: 1500–2000 IU/päivä yhteensä (32–50 ng/mL)
 - Bisfosfonaatit: ei lisääntymisikäisille naisille (teratogeenisiä)
 - Miehillä testosteronitasojen mittaus ja hoito tarvittaessa
 - DXA-mittaukset seurannassa

E-pillarit

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

Urheilun 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