

(13)内分秘疾患（別添 留意事項（４）の１８疾患分野から選択）

中枢性摂食異常症（疾患名を記載）

1. 概要

主として思春期～青年期女性に好発する心身症で、神経性食欲不振症と神経性大食症がある。神経性食欲不振症は著しいやせがあり、食事量が少ない制限型と、飢餓の反動で過食が起こるが、やせを維持するために嘔吐や下剤を乱用しているむちゃ食い/排出型がある。神経性大食症は抑制できない発作的なむちゃ食いを繰り返し、体重増加を防ぐために自己誘発性嘔吐、下剤や利尿剤の使用、ダイエット、激しい運動を行っている排出型と、そうでない非排出型がある。神経性大食症は体重が正常範囲である。両疾患には移行がある。

2. 疫学

受療しない患者が多いので、病院を対象にした調査で得られた有病率は過小評価になることが明らかになっている。2010～2012年の学校を対象にした疫学調査では、女子の神経性食欲不振症は小学高学年から発症があり、中学3年生で急増し、高校生では0.2～0.3%に見られ、この頻度は英国や米国の若年女性の有病率と同等であった。神経性大食症は本人の申告なしには発見できないが、その有病率は神経性食欲不振症より高いと推測され、2002年の京都での地域調査で女子高校・大学生の0.5%と報告されている。

3. 原因

遺伝因子と環境因子を背景に、ストレスに対するコーピング(対処)不全によって発症するストレス疾患とみなされている。心理学的には、やせや過食は現実からの回避、生理学的にはストレスによる摂食調節機能異常と考えられている。遺伝因子として、食欲と情動に関係する候補遺伝子の一塩基多型が検討され、セロトニン2A受容体のプロモーター領域やBrain-derived neurotrophic factorの多型との相関は複数の報告があるが、人種間で共通した異常は示されていない。脳グルコース代謝の検討では、回復後でさえも脳の特定部位でのセロトニン2A受容体結合能の低下があり、ストレスに対する情動反応の程度の違いが発病素因の一つである可能性が考えられる。病前から、神経性食欲不振症には強迫性障害や社交不安障害(極度の怖がり)、強迫性や回避性パーソナリティー障害が、神経性大食症には境界性パーソナリティー障害の合併が多いと報告されている。これらの病前性格もストレスに適切に対処できない要因の一つになりうる。最近では、発達障害に合併する例も増えている。摂食障害の発症と家族病理に関して膨大な研究があるが、未だに家族関係が摂食障害の発症因子であるという科学的根拠は示されていない。しかし、家族の対応やサポートが回復に良い効果をもたらすことは明らかにされている。ラットでは心理ストレスによる摂食量の減少は雌で大きい。これが、本症が女性に多いという性差を説明できる可能性がある。

4. 症状

神経性食欲不振症では、やせは挫折体験や不安に対する感受性を鈍磨させるという心理的効果があるので、ストレス事象のたびにやせは進行する。神経性大食症では暴食で一時的に現実逃避できるような心境になり、そのメリットのために症状が習慣化する。神経性食欲不振症では、低体重を維持する行動(少食、偏食、活動性の亢進)、飢餓の反動としての食への執着(料理雑誌や番組への過剰な興味、食品売り場めぐり、調理と家族への摂食の強要、大量の食品の貯蔵、栄養士などの食に関連のある進路、隠れ食いや過食)、飢餓による精神症状(気分の不安定、抑うつ、不安、過敏性、怒り、不眠、強迫性の増強、精神病的症状、集中力・判断力の低下、人柄の変化)があり、無月経、背部のうぶ毛、慢性便秘症、カロチン症、低血圧、徐脈、などのやせに伴う身体所見がある。

神経性大食症では、短時間に大量の食物を衝動的に食べる発作を繰り返す。正常体重のため、低栄養による身体的症状や検査異常は少ない。

5. 合併症

緊急治療を要する内科的合併症として、低血糖昏睡、脱水症、電解質異常、不整脈、腎不全、横紋筋融解症、上腸間膜動脈症候群、結核などの感染症がある。成長期に罹患すると成長障害（低身長）になることがある。骨粗鬆症、歯の喪失（自己誘発性嘔吐例）、遷延する無月経が後遺症になりうる。精神科的併存症は、病前の疾患（前出）やうつ病などの気分障害の併存が高率である。アルコール、薬物依存症、クレプトマニア（窃盗症）が併発することもある。

6. 治療法

治療の最終目標は、柔軟性のある認知や対処行動を学ばせて、うまくいかない現実問題をストレスとして受け取りにくく、溜め込まず、適切な対処ができるようになり、やせや過食を必要としなくなることである。神経性食欲不振症では、やせに伴う合併症による死亡率が高いので、栄養療法が優先される。両疾患で、全か無かなどの極端な物事の捉え方（認知）のゆがみを修正し、ストレスへの対処能力を向上させるために精神療法が行われる。支持的精神療法に加えて、個々の患者の病状や必要性を考慮しながら、行動療法、認知行動療法、対人関係療法、家族療法、芸術療法、集団精神療法などが組み合わせて行われる。神経性大食症には抗うつ薬が有効な場合がある。

7. 研究班

中枢性摂食障害に関する調査研究班