



UNIVERSITY OF
EASTERN FINLAND

Keliakian ja syömishäiriöiden rinnakkaissairastavuus

Silja-Liina Karjalainen

Ravitsemustieteen koulutusohjelma

Itä-Suomen yliopisto

Terveystieteiden tiedekunta

Lääketieteen laitos

Kansanterveystieteen ja kliinisen

Ravitsemustieteen yksikkö

5.9.2022

Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta

Lääketieteen laitos

Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö

Ravitsemustieteen koulutusohjelma

Karjalainen, Silja-Liina K.: Keliakia ja syömishäiriöt

Kandidaatintutkielma, 28 sivua

Tutkielman ohjaaja: Kliininen opettaja, Aino-Maija Eloranta

Syyskuu 2022

Asiasanat: keliakia, syömishäiriöt, anoreksia, bulimia

KELIAKIA JA SYÖMISHÄIRIÖT

Keliakia on autoimmuunisairaus, jossa tiettyjen viljatuotteiden gluteeni aiheuttaa tulehdusreaktion ohutsuolen limakalvolla. Oireet voivat olla hyvin erilaisia ja vaihdella paljon yksilöittäin. Hoitokeinona toimii elinikäinen gluteeniton ruokavalio, jossa vältetään gluteenia sisältäviä viljatuotteita. Syömishäiriöt ovat mielenterveydenhäiriöitä, joissa henkilön suhde ruokaan on vääristynyt ja syöminen on häiriintynyt. Oireilu voi olla hyvin erilaista ja diagnooseja on monenlaisia, kuten laihuushäiriö eli anoreksia sekä ahmimishäiriö eli bulimia. Yleisimmin syömishäiriöitä esiintyy nuorilla naisilla, mutta oireilu on mahdollista kenellä vain. Tässä kirjallisuuskatsauksessa tavoitteena oli tutkia keliakian ja syömishäiriöiden yhteyttä toisiinsa.

Kirjallisuushaussa löytyi yhteensä 15 tapaus-verroki -tai poikkileikkaustutkimusta, jotka tutkivat keliakian ja syömishäiriöiden yhteyttä. Näistä tutkimuksista 11:ssä havaittiin yhteyttä keliakian ja syömishäiriöiden välillä. Puolestaan neljässä yhteyttä ei havaittu. Täten keliakian ja syömishäiriöiden välillä näyttäisi olevan kaksisuuntainen yhteys eli kumpi vaan sairaus voi altistaa toisen puhkeamiselle. Rinnakkaissairastavuus oli yhteydessä mm. korkeampaan ikään ja BMI:hin sekä naissukupuoleen.

Erytisesti laihuushäiriön ja keliakian välillä voi esiintyä ali- ja virhediagnooseja, jolloin terveydenhuollossa tulisi kiinnittää asiaan huomiota. Kaikkia keliakikoita tai syömishäiriöpotilaita koskevia seulontoja ei vielä voida suositella, koska tutkimusnäyttöä olisi hyvä saada vahvistettua entisestään. Täten tarvitaan vielä lisää tietoa ja erityisesti suuremman mittakaavan tutkimuksia tarvitaan lisää.

Lyhenneluettelo

BED	binge eating disorder, ahmintahäiriö
EAT-26	eating attitude test, syömisen asennetesti
EDI-2	eating disorder inventory-2, kysely
RED-S	Naisurheilijan oireyhtymä, suhteellinen energiavaje

Sisältö

1	Johdanto	5
2	Kirjallisuuskatsauksen toteutus	6
3	Keliakia	7
3.1	Keliakian diagnosointi.....	7
3.2	Keliakian oireet	8
3.3	Keliakian hoito.....	9
3.1.1	Gluteeniton ruokavalio	9
4	Syömishäiriöt	11
4.1	Anoreksia nervosa.....	12
4.2	Bulimia nervosa.....	13
4.3	Muita syömishäiriöitä.....	14
4.3.1	Ahmintahäiriö, BED.....	14
5	Keliakia ja syömishäiriöt	16
5.1	Keliakian ja syömishäiriöiden yhteys.....	16
5.2	Keliakian ja syömishäiriöiden yhteyttä selittävät tekijät.....	17
5.3	Tapausselostukset.....	18
6	Pohdinta	22
7	Johtopäätökset	24
	Lähteet	25

1 Johdanto

Keliakia on autoimmuunisairaus, jossa tietyissä viljatuotteissa esiintyvä gluteeni vaurioittaa ohutsuolen suolinukkaa ja aiheuttaa tulehdusta (Ravitsemustiede 2021). Keliakian ainoa hoitokeino on gluteeniton ruokavalio, jossa vältetään gluteenia sisältäviä tuotteita eli vehnää, ohraa ja ruista. Oireet ovat hyvin moninaiset, jonka vuoksi diagnoosin saaminen voi joskus olla hankalaa. Keliakiaa esiintyy noin 2 %:lla väestöstä (Ravitsemustiede 2021).

Syömishäiriöt ovat mielenterveydenhäiriöitä, jotka ovat kehon ja mielen sairauksia (Syömishäiriöt: Käypähoito-suositus 2014). Niille tyypillistä on häiriintynyt syömiskäyttäytyminen sekä vääristynyt keho kuva. Näiden lisäksi esiintyy myös muita fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemistä. Sairastuminen on yleisintä nuoruudessa ja naiset sairastuvat miehiä useammin. Syömishäiriöt voidaan jakaa moneen eri tyyppiin, joita ovat esimerkiksi laihuushäiriö, ahmimishäiriö sekä ahmintahäiriö (Syömishäiriöt: Käypähoito-suositus 2014).

Sekä syömishäiriöillä että keliakialla tiedetään olevan rinnakkaissairastavuutta muiden sairauksien kanssa. Esimerkiksi keliakikoilla on muuta väestöä suurempi riski sairastua muihin autoimmuunisairauksiin (Keliakia: Käypä hoito -suositus 2018, Tunturi 2022). Syömishäiriötä sairastavilla on puolestaan suurempi riski muihin psyykkisiin sairauksiin (Syömishäiriöt: Käypähoito-suositus 2014). Keliakian ja syömishäiriöiden rinnakkaissairastavuutta on kuitenkin toistaiseksi tutkittu vähemmän. Keliakian ja syömishäiriöistä erityisesti laihuushäiriön oireet voivat olla osittain samankaltaisia, jolloin ali- tai virhediagnoosit ovat mahdollisia.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on selvittää tämänhetkisen tiedon mukaan, esiintyykö keliakian ja syömishäiriöiden välillä yhteyttä. Lisäksi tavoitteena on selvittää yhteyden vaikuttavia tekijöitä sekä ratkaisuja tulevaisuuteen.

2 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku toteutettiin pääosin PubMedistä, Google Scholarista sekä Itä-Suomen yliopiston kirjastosta. Hakusanoina tutkimusten etsimiseen käytettiin: eating disorder* AND (celiac* OR coeliac*), anorexia* AND (celiac* OR coeliac*), eating disorder* AND (celiac* OR coeliac*) AND adolence*, eating disorder*, anorexia nervosa, anorexia*. Joitakin tutkimuksia valitsin myös muiden lähdeluetteloista.

PubMedin ja Google Scholar -tietokantojen hakutuloksista otettiin aluksi nuoria koskevat tutkimukset, jotka liittyivät joko laihuushäiriön tai syömishäiriöiden ja keliakian yhteyteen. Lopuksi valikointi laajennettiin myös aikuisiin sekä muita autoimmunisairauksia ja psyykkisiä häiriöitä yleisesti käsitteleviin tutkimuksiin. Mukana on täten tutkimuksia syömishäiriöiden yhteydestä autoimmunisairauksiin sekä psyykkisten häiriöiden yhteydestä keliakiaan. Keliakiaan ja syömishäiriöihin liittyvä muu taustatieto on haettu eri lähteistä, kuten terveyskirjastosta, eri julkaisuista sekä kirjoista.

3 Keliakia

Keliakia on autoimmuunisairaus, jossa tiettyjen viljatuotteiden gluteeni aiheuttaa ohutsuolen limakalvon tulehduksen sekä suolinukan vaurioita sitä sairastaville (Keliakia: Käypä hoito -suositus 2018, Ravitsemustiede 2021, Keliakialiitto 2022a). Gluteenia eli viljatuotteissa esiintyvää valkuaisainetta esiintyy vehnässä, ohrassa ja rukiissa. Kun suolinukka vaurioituu, pienenee suolen imeytymispinta-ala, jolloin ravintoaineiden imeytyminen suoletta vaikeutuu (Keliakia: Käypä hoito -suositus 2018, Ravitsemustiede 2021, Keliakialiitto 2022a). Suolen keliakian lisäksi esiintyy myös ihokeliakiaa. Se on keliakian ilmenemismuoto, jossa esiintyy iho-oireita (Keliakia: Käypä hoito -suositus 2018, Ravitsemustiede 2021, Tunturi 2022).

Suomessa keliakiaa sairastaa väestöstä noin 2 %, joka vastaa yli 100 000 henkilöä. Heistä diagnosoituja on vasta noin 0,7 %, eli reilu kolmannes (Ravitsemustiede 2021, Keliakialiitto 2022a). Lapsilla keliakian esiintyvyys on 0,5 % ja ikääntyneillä 2,5 % (Keliakialiitto 2022a). Diagnosoimatonta keliakiaa esiintyy paljon, sillä moni sairastaa sitä tietämättään lievien oireiden takia. Suolen keliakiaa sairastavista kaksi kolmasosaa on naisia (Tunturi 2022). Aikuisista keliakikoista noin 10 %:lla esiintyy ihokeliakiaa ja se on yleisempi miehillä (Tunturi 2022).

3.1 Keliakian diagnosointi

Keliakian syntymekanismi on vielä tuntematon, mutta sen puhkeamiseen tarvitaan gluteenialtistus, perinnöllinen alttius sekä mahdollisesti jokin muu tuntematon tekijä (Keliakialiitto 2022b). Lähes jokaiselta potilaalta voidaan todeta HLA-perintötekijät *DR3-DQ2* (alleelit *DQA1*0501* ja *DQB1*02*) tai *DR4-DQ8* (Keliakia: Käypä hoito -suositus 2018, Ravitsemustiede 2021). Näitä perintötekijöitä esiintyy myös 30–40 %:lla muusta väestöstä, ei vain keliakikoilla (Keliakia: Käypä hoito -suositus 2018, Ravitsemustiede 2021). Sairaus voi puhjeta koska tahansa, mutta suurin osa diagnooseista tapahtuu aikuisilla tai yli 10-vuotiailla (Jalanko 2021). Diagnosointi on kuitenkin mahdollista missä iässä tahansa, ja keliakia voi ilmetä jo imeväisikäisillä. Tähän tarvitaan kuitenkin viljatuotteille altistuminen (Jalanko 2021).

Keliakiaa epäiltäessä on hyvä hakeutua lääkäriin (Keliakia: Käypä hoito -suositus 2018). Varhainen diagnoosi sekä hoito ehkäisevät hoitamattomaan keliakiaan liittyviä oireita, kuten suolinukan vaurioitumista. Tämän lisäksi ehkäistään samalla pitkäaikaiskomplikaatioita, huonontunutta elämänlaatua ja terveydenhuollon kuormitusta (Keliakia: Käypä hoito -suositus 2018). Käypä hoito -suositus koskien keliakian diagnosointia

uudistui joulukuussa 2018 (Keliakialiitto 2022a, Keliakia: Käypä hoito -suositus 2018). Uuden ohjeen mukaan diagnosoisiin ei tarvitse ohutsuolen tähystystä. Täten keliakian voi todeta verinäytteen perusteella, jos kudostransglutaminaasivasta-ainepitoisuus on suuri, yli kymmenen kertaa viitealueen ylärajan. Myös endomysiumvasta-aineiden tulee olla positiivisia, jotta keliakia voidaan diagnosoida. Jos molemmat testit eivät näytä selkeää merkkiä keliakiasta, tarvitaan ohutsuolen limakalvon koepala (Keliakialiitto 2022a, Keliakia: Käypä hoito -suositus 2018). Lapsilla keliakiadiagnoosin tekee lastentautien erikoislääkäri (Keliakia: Käypä hoito -suositus 2018). Diagnosointi tapahtuu lapsilla aikuisten tapaan, mutta pienillä lapsilla koepala otetaan tähystyksen yhteydessä nieltävän kapselin avulla (Jalanko 2021). Ihokeliakiaa epäiltäessä diagnosoisiin tarvitaan verikoe sekä ihokoepala (Keliakialiitto 2022a). Lopullisen ihokeliakiadiagnoosin asettaa ihotautilääkäri (Keliakia: Käypä hoito -suositus 2018).

Ennen diagnosoimista ei pidä aloittaa gluteenitonta ruokavaliota, sillä tällöin keliakia voi jäädä diagnosoimatta (Keliakia: Käypä hoito -suositus 2018). Jos diagnosoimista ei saada liian aikaisen gluteenittoman ruokavalion takia, tarvitaan ainakin kolmen kuukauden gluteenialtistus uutta tutkimusta varten. Näin vasta-aineet ovat nousevat takaisin (Keliakia: Käypä hoito -suositus 2018). Suuremman sairastumisriksin omaaville henkilöille suositellaan keliakiaseulontoja, jotka toteutetaan tarvittaessa (Keliakia: Käypä hoito -suositus 2018, Tunturi 2022). Heitä ovat esimerkiksi keliakikon perheenjäsenet tai henkilöt, joilla on Downin oireyhtymä tai muita autoimmuunisairauksia, kuten tyypin 1 diabetes (Keliakia: Käypä hoito -suositus 2018, Tunturi 2022). Ensimmäisen asteen sukulaisilla on 5–10 % todennäköisyys sairastua keliakiaan (Keliakia: Käypä hoito -suositus 2018). Heille suositellaan seulontoja viiden vuoden välein (Keliakialiitto 2022b).

3.2 Keliakian oireet

Oireiden tunnistaminen keliakiassa voi olla hankalaa, sillä usein ne ovat lieviä tai niitä ei esiinny ollenkaan (Ravitsemustiede 2021, Tunturi 2022). Keliakiaan sopivat oireet eivät aina viittaa suolinukan tuhoutumiseen ja myös oireettomilla henkilöillä suolinukka voi vaurioitua (Tunturi 2022). Tyypillisimpiä oireita ovat pitkäaikainen ripuli tai löysä uloste, vatsakipu, turvotus, ilmavaivat, ummetus ja suolen toiminnan vaihtelu. Laihtuminen on yleistä, mutta nykyään suurin osa potilaista on normaali- tai ylipainoisia. Keliakiaan liittyy usein ravintoaineiden imeytymishäiriö, jolloin ravintoaineiden puutoksia voi esiintyä. Näitä ovat yleensä D-vitamiinin puute, raudanpuuteanemia sekä suolivaurion aiheuttama väliaikainen laktoosi-intoleranssi (Tunturi 2022).

Keliakiassa voi esiintyä myös muita vaivoja, jotka eivät liity suolistoon. Näitä ovat iho-oireet, lapsettomuus, keskenmenot, osteoporoosi, masennus, maksaentsyymien nousu, pysyvä hampaiden kiilleaurio sekä hermosto-oireet, kuten muistihäiriöt (Tunturi 2022, Keliakialiitto 2022b). Lapsilla oireita voivat olla huono

kasvu, suolisto-oireet, aftat, viivästynyt puberteetti eli murrosikä, hampaiden pysyvät kiilleauriot, psyykkiset oireet, esimerkiksi levottomuus ja ärtyisyys, niveleoireet sekä lisääntynyt murtumariski (Keliakialiitto 2022a). Tyypillisimpiä oireita ovat kasvun hidastuminen sekä vatsavaivat (Keliakialiitto 2022a). Keliakian oireet ovat täten hyvin moninaisia.

3.3 Keliakian hoito

Keliakia on elinikäinen sairaus, jonka ainoa hoitokeino on gluteeniton ruokavalio (Ravitsemustiede 2021, Tunturi 2022). Ruokavalion aikana vatsa- ja suolisto-oireet helpottavat yleensä muutamassa viikossa tai kuukaudessa (Keliakia: Käypä hoito -suositus 2018). Hoidon teho varmistetaan tarvittaessa vuoden kuluttua tähystyksessä koepalasta (Keliakia: Käypä hoito -suositus 2018). Lapsikeliakikkojen seurannasta päättää erikoissairaanhoidon ja seurannan jatkosta avoterveydenhuollossa päätetään tapauskohtaisesti (Tunturi 2022). Keliakiaa sairastava lapsi voi anoa Kelalta alle 16-vuotiaan vammaistukea (Keliakialiitto 2022a). Ihokeliakian hoito vastaa keliakian hoitoa eli hoitona on elinikäinen gluteeniton ruokavalio (Tunturi 2022). Alkuun saatetaan käyttää myös lääkehoitoa ihon voimakkaaseen kutinaan. Lääkehoitona toimii Dapsoni-lääke, jota käytetään yleensä 1–2 vuotta (Tunturi 2022).

Jos gluteenittomasta ruokavaliosta huolimatta oireet eivät parane, voi kyseessä olla jokin muu sairaus keliakia ohella tai refraktaarinen eli huonosti hoitoon reagoiva keliakia (Keliakia: Käypä hoito -suositus 2018). Se on Suomessa harvinainen ja sitä esiintyy vain aikuisväestöllä. Tässä tapauksessa ohutsuolilymfooman eli imusolmukesyövän riski on suurentunut ja ruokavalion lisäksi tarvitaan esimerkiksi immunosuppressiivista lääkitystä. Sillä tarkoitetaan lääkitystä, joka hidastaa immuunijärjestelmän toimintaa. Refraktaarinen keliakia voidaan jakaa tyypeihin I ja II, joista tyyppin II tapaukset ovat vakavampia. Niistä 50 % potilaista kehittyi muutaman vuoden kuluessa lymfooma. Myös ihokeliakia voi olla refraktaarinen, jolloin ihottuma ei rauhoitu ruokavaliosta huolimatta (Keliakia: Käypä hoito -suositus 2018).

3.1.1 Gluteeniton ruokavalio

Gluteenittomassa ruokavaliossa ei käytetä vehnää, ohraa, ruista tai muita gluteenia sisältäviä tuotteita (Ravitsemustiede 2021, Tunturi 2022). Gluteenitonta kauraa voi käyttää, sillä tavallisissa kauratuotteissa esiintyy usein gluteenikontaminaatiota. Ruokavalion merkitys on tärkeä ymmärtää. Ruokavaliohoitoon opastusta antaa ravitsemusterapeutti (Ravitsemustiede 2021, Tunturi 2022). Ensimmäinen ravitsemusterapiakäynti toteutetaan kuukauden kuluessa keliakiadiagnoosista (Keliakia: Käypä hoito -suositus

2018). Toinen käynti toteutetaan, kun ruokavaliohoitoa on käytetty 3–6 kuukautta. Tarvittaessa käyntejä on enemmän (Keliakia: Käypä hoito -suositus 2018).

Gluteenittomia tuotteita on tarjolla paljon eri tarkoituksiin (Ravitsemustiede 2021). Niitä ovat esimerkiksi gluteenittomat pastat, jauhoseokset, myslit, hiutaleet ja eri leivonnaiset. Gluteenittomia viljoja, jotka sopivat keliakikoille ovat muun muassa tattari, hirssi, maissi, kvinoa, riisi, teff ja amarantti. Lisäksi gluteeniton kaura sekä vehnästä valmistettu gluteeniton vehnätärkkelys ovat käytännössä gluteenittomia. EU-asetuksen mukaan tuotteet, joissa gluteenia esiintyy enintään 20mg/kg, ovat gluteenittomia. Vastaavasti 20–100mg/kg gluteenia sisältävät tuotteet ovat vähägluteenisia. Yleensä nämäkin ovat keliakikoille sopivia (Ravitsemustiede 2021).

4 Syömishäiriöt

Syömishäiriöt ovat mielenterveyshäiriöitä, joissa syömiskäyttäytyminen on häiriintynyt ja kehonkuva saattaa olla vääristynyt (Syömishäiriöt: Käypähoito-suositus 2014, Tarnainen ym. 2015, Ravitsemustiede 2021). Syömishäiriöt eivät ole vain mielen sairauksia, vaan myös kehon (Syömishäiriöt: Käypähoito-suositus 2014). Poikkeavan syömiskäyttäytymisen lisäksi syömishäiriöissä esiintyy fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemistä. Syömishäiriöiden puhkeaminen on tyypillisintä nuoruudessa, ja tavallisimmin sairastutaan 12–24-vuotiaana. Sairastuminen on yleisempää naisilla kuin miehillä (Syömishäiriöt: Käypähoito-suositus 2014). Miesten keskuudessa syömishäiriöt liittyvät usein lihaksikkuuden tavoitteluun (Nagata 2020). Heidän oireilunsa vastaavat harvemmin tavanomaisten syömishäiriöiden kriteerejä, jolloin niiden huomaaminen ja hoitaminen on vaikeampaa (Syömishäiriöt: Käypähoito-suositus 2014, Nagata 2020, Ravitsemustiede 2021). Erityisesti urheilijoilla sekä eri vähemmistöihin, kuten seksuaalivähemmistöihin kuuluvilla miehillä on suurentunut riski häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen ja syömishäiriöihin (Nagata 2020). Silénin (2021) Helsingin yliopistossa tehdyn tutkimuksen mukaan joka kuudes nainen ja joka neljäskymmenes mies on sairastanut syömishäiriön varhaisaikuisuuteen mennessä Suomessa. Heistä vain kolmasosa tunnistettiin terveydenhuollossa ja sitä harvempi sai hoitoa (Silén 2021). Galmichen ym. tutkimuksessa (2019) raportoidaan syömishäiriöitä esiintyvän 8,4 % naisista ja 2,2 % miehistä. Tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa oli mukana tutkimuksia Euroopasta, Amerikasta, Australiasta sekä Aasiasta. Sairastumisen syitä ei tiedetä tarkkaan, mutta altistavina tekijöinä voidaan pitää biologisia, psykologisia sekä kulttuurisidonnaisia tekijöitä, kuten genejä, stressiä tai laihdutuskuulttuuria (Syömishäiriöt: Käypähoito-suositus 2014).

Yleisimpiä syömishäiriöitä ovat laihuushäiriö eli anorexia nervosa sekä ahmimishäiriö eli bulimia nervosa. Tavallisin epätyypillinen syömishäiriö on ahmintahäiriö eli binge eating disorder (Syömishäiriöt: Käypähoito-suositus 2014, Tarnainen ym. 2015). Se on otettu mukaan itsenäisenä diagnoosina uuteen DSM-5-tautiluokitukseen, mutta ICD-10-tautiluokituksessa se ei ole oma diagnoosinsa (Syömishäiriöt: Käypähoito-suositus 2014). ICD-10-tautiluokituksesta (2011) löytyy tällä hetkellä seuraavat diagnoosit: F50.0 Laihuushäiriö, F50.1 Epätyypillinen laihuushäiriö, F50.2 Ahmimishäiriö, F50.3 Epätyypillinen ahmimishäiriö, F50.4 Muuhun psyykkiseen häiriöön liittyvä ylensyöminen, F50.5 Muuhun psyykkiseen häiriöön liittyvä oksentelu, F50.8 Muu syömishäiriö ja F509 Määrittämätön syömishäiriö.

4.1 Anoreksia nervosa

Anoreksia nervosa eli laihuushäiriö on vakava syömishäiriö, johon liittyy kohonnut kuolleisuuden riski (Ruuska 2021b). Se on yleisempi naisilla, kuin miehillä ja alkaa yleensä nuoruusiässä. 12–24-vuotiaista nuorista naisista ja tytöistä vajaa 1 % sairastaa laihuushäiriötä (Ruuska 2021b). Keski-Rahkosen ja Mustelinin (2016) tutkimuksen mukaan esiintyvyys eurooppalaisilla naisilla on jopa 1–4 % ja esiintyvyys on noussut vuosien aikana. Lieväoireisena se on vielä yleisempi ja voi kestää monia vuosia (Ruuska 2021b). Vain noin puolet toipuvat laihuushäiriöstä täysin ja noin 5 % sairastuneista kuolevat ennen aikaisesti. Sairastuvat ovat yleensä menestyviä ja vaativia itseään kohtaan. Taustalla on monitekijäiset syyt, joita voi olla perinnölliset tekijät, kokemukset sekä negatiivinen kehonkuva. Myös pyrkimys syödä terveellisesti tai laihdutusyritys voi laukaista laihuushäiriön (Ruuska 2021b).

Laihuushäiriötä sairastava kokee itsenä ylipainoiseksi vääristyneen kehonkuvan vuoksi, vaikka todellisuudessa hän on usein alipainoinen, vähintään 15 % alle pituudenmukaisen keskipainon tai painoindeksi korkeintaan $17,5 \text{ kg/m}^2$ (Ravitsemustiede 2021, Ruuska 2021b). Lihominen pelottaa ja sairastuneella on pakonomainen tarve välttää sitä erilaisin keinoin (APA 2013b, Ruuska 2021b). Tällaisia keinoja on esimerkiksi pakonomainen liikunta, oksentaminen, ulostuslääkkeet, virtsan eritystä lisäävät lääkkeet eli diureetit sekä yleisin keino eli syömisen rajoittaminen (Ruuska 2021b). Tällöin vältetään usein energiapitoisia ja rasvaisia ruokia, sekä syödään pieniä annoksia tai jätetään aterioita välistä. Tämä johtaa usein yksinsyömiseen, koska laihduttamista halutaan salata (Ruuska 2021b). Se johtaa alipainoon sekä vajaaravitsemustilaan (Ravitsemustiede 2021). Laihdutuksen aiheuttama nälkiintyminen pahentaa oireita ja muodostaa noidankehän (Ruuska 2021b). Ruokaa ajatellaan koko ajan ja laihuushäiriössä esiintyy monesti myös masennusta, ahdistuneisuutta, ärtyneisyyttä, unettomuutta, ilottomuutta sekä sosiaalista eristäytymistä. Muita oireita on painon tarkkailu, yksinsyöminen, vartalon vikojen tarkkailu sekä ruokaan liittyvät pakonomaiset rituaalit. Laihtumisesta johtuvia oireita ovat muun muassa osteoporoosin vaaran lisääntyminen, hiusten ja kynsien kunnon heikkeneminen sekä kuukautisten poisjäänti tytöillä. Vakavassa tapauksessa oireita voi olla esimerkiksi jatkuva väsymys, palelu, nestehukka, ummetus, huimaus sekä matala verenpaine (Ruuska 2021b).

Laihuushäiriössä on tärkeä hakeutua hoitoon mahdollisimman nopeasti (Ruuska 2021b). Sairaus on erittäin vakava, mutta yleensä sairastunut ei koe itseään sairaaksi. Hoidon sekä hoitoon hakeutumisen ongelma on monesti se, että sairastunut ei huomioi muiden kehotuksia huolehtia painostaan ja ruokavaliostaan terveellä tavalla. Hoito koostuu painon seurannasta sekä ravitsemusterapiasta. Tarvittaessa mukana voi olla psyko- tai perheterapiaa. Yleensä hoito tapahtuu avohoidossa kotona, mutta tarvittaessa sairastunut voi joutua

sairaalaan hoidettavaksi. Sairaalahoitoon voi joutua myös tahdonvastaisesti, jos paino on hyvin alhainen tai laskenut nopeasti (Ruuska 2021b).

4.2 Bulimia nervosa

Bulimia nervosa eli ahmimishäiriö on syömishäiriö, jossa esiintyy ahmimiskohtauksia (APA 2013b, Ruuska 2021a). Tällöin ominaista on hallitsematon syöminen, johon liittyy runsasenergiaisen ruoan syömistä suurissa määrin. Tämän jälkeen syömistä kompensoidaan yleensä oksentamalla, mutta myös esimerkiksi pakonomaisella liikunnalla, paastoamalla tai lääkkeillä. Kompensointiin syynä on lihomisen välttely, sillä sairastuneella on usein negatiivinen kehonkuva ja lihomisen pelko (APA 2013b, Ruuska 2021a). Paino saattaa pysyä samana tai vaihdella voimakkaasti ahmimisen ja paastoamisen välillä (Ruuska 2021a). Ahmimiskohtaus voi olla kertaluontoinen, mutta yleensä on kyse syömishäiriöstä, jolloin kohtaukset ovat jatkuvia. Ahmimishäiriö muistuttaa ahmintahäiriötä, mutta ahmintahäiriössä syömistä ei kompensoida. Myös laihuushäiriössä voi esiintyä ahmimiskohtauksia (Ruuska 2021a).

Ahmimishäiriö on yleisintä nuorilla naisilla ja alkaa yleensä myöhemmin kuin laihuushäiriö (Ruuska 2021a). Eurooppalaisista naisista <math><1-2\%</math> kärsii ahmimishäiriöstä elämänsä aikana (Keski-Rahkonen, Mustelin 2016). Ahmimishäiriön syntyyn vaikuttaa moni vielä tuntematon tekijä, mutta tekijöitä voi olla esimerkiksi laihuuden ihannointi, perinnölliset tekijät sekä heikko itsetunto (Ruuska 2021a). Kohtaukset liittyvät usein tiettyihin stressaaviin tilanteisiin tai mielentilaan. Ahmimishäiriön yhteydessä esiintyy tavallisesti myös muita mielenterveydenhäiriöitä, kuten masennusta tai ahdistusta. Jatkuvilla kohtauksilla ja kompensoinnilla voi olla hengenvaarallisia vaikutuksia. Oksentamisen vaikutuksia ovat esimerkiksi hampaiden reikiintyminen, ruokatorven limakalvon vaurioituminen sekä suun haavaumat. Ulostuslääkkeiden sekä oksennus- ja virtsaneritystä lisäävien lääkkeiden käyttö voi johtaa kaliumin puutteeseen, sydämen rytmihäiriöihin tai sydänlihaksen tulehtumiseen (Ruuska 2021a).

Kun ahmimiskohtaukset muuttuvat säännöllisiksi ja kompensointi esiintyy, on erityisen tärkeä hakeutua hoitoon (Ruuska 2021a). Monesti tämä ei toteudu heti, sillä sairastunut voi olla haluton hakemaan hoitoa. Hän saattaa kieltää ongelmansa ja monesti ahminta tapahtuu salassa. Ahmimishäiriön hoito perustuu ravitsemusohjaukseen ja yksilöllisesti suunniteltuihin psyko- ja perheterapioihin. Tarvittaessa hoidon avuksi voidaan käyttää SSRI-lääke fluoksetiinista, joka vähentää ahmimiskohtausten tiheyttä ja pakonomaisuutta. Apua annetaan vääristyneeseen kehonkuvaan sekä syömiseen. Syömisessä tärkeää on säännöllinen ruokarytmi sekä terveellinen sekä monipuolinen ruokavalio. Kehonkuvaa parannetaan eri keinoin ja laihdutuskierteestä pyritään pääsemään eroon (Ruuska 2021a).

4.3 Muita syömishäiriöitä

Häiriintyneen syömisen muotoja on monia erilaisia. Kaikki syömishäiriöt eivät oireile samalla tavalla, joten on tärkeää, että diagnooseja on monenlaisia. Epävirallisista ja epätyypillisistä syömishäiriödiagnooseista ahmintahäiriön rinnalla yksi tunnetuimpia on ortoreksia, jota voidaan kuvailla pakonomaisena elämäntapana ja terveellisenä syömisenä (Duodecim terveyskirjasto 2021, Syömishäiriöliitto 2022). Ortoreksiaa sairastava pyrkii terveelliseen syömiseen joustamattomasti (Syömishäiriöliitto 2022). Muita epävirallisia syömishäiriöitä ovat esimerkiksi diabulimia sekä naisurheilijan oireyhtymä (relative energy deficiency in sport, RED-S) (Syömishäiriöliitto 2022).

4.3.1 Ahmintahäiriö, BED

Kuten aikaisemmin todettu, tavallisin epätyypillinen syömishäiriö on ahmintahäiriö eli BED (Syömishäiriöt: Käypähoito-suositus 2014, Tarnainen ym. 2015). Se ilmenee usein häiriintyneen syömisen ja painon ongelmien kautta, vaikka onkin mielen sairaus (Meskanen 2018). Ahmintahäiriön oireilu vastaa ahmimishäiriötä, mutta syömisen jälkeistä kompensatiota ei esiinny. Kaiken ikäisillä voi esiintyä ahmintahäiriötä. On arvioitu, että noin 2–3 %:a aikuisväestöstä sairastaa ahmintahäiriötä ja ylipainoisilla määrä on vielä enemmän. Vaikeasti ylipainoisilla joka viides kärsii ahmintahäiriöstä arvion mukaan (Meskanen 2018). Ahmiminen satunnaisesti on ahmintahäiriötä yleisempi ilmiö (APA 2013a, Meskanen 2018). Syitä ahmimiseen ei tunneta tarkkaan, mutta laukaisevia tekijöitä ovat esimerkiksi stressitekijät, huono itsetunto tai raskas elämäntilanne (Meskanen 2018). Ajatus ahminnasta herää usein myös silloin, kun aterioväli on pitkä. Laihdutuskuurit lisäävät ahmimistaipumusta ja ahmimishäiriötä sairastavilla todetaan paljon myös muita psyykkisiä oireita, kuten masennusta ja ahdistusta (Meskanen 2018).

On tärkeä osata erottaa ahmintahäiriö satunnaisesta ahminnasta. Ahminnalla tarkoitetaan syömiskohtausta, jossa syödään nopeasti enemmän ruokaa mitä muut tai itse tavallisesti söisi. Kohtauksissa ihminen ei myöskään hallitse syömistään (APA 2013a, Meskanen 2018). Ruokaa syödään, vaikka ei olisi nälkä ja syöminen on pakonomaista. Tämä tapahtuu yleensä salassa, sillä se aiheuttaa usein häpeää (APA 2013a, Meskanen 2018). Kohtauksen loputtua vatsassa voi tuntua kipua ja olo on hyvin täysi (Meskanen 2018). Ulkoinen tekijä, kuten ruoan loppuminen voi aiheuttaa kohtauksen loppumisen. Usein ahminnan jälkeen nukahdetaan ja olo voi olla masentunut ja halveksuva itseään kohtaan. Tällainen ahminta johtaa suureen energian saantiin, jolloin ajan myötä paino nousee. Ahminta kohdistuu usein ”epäterveellisiin ruokiin”, jotka tavallisesti kielletään itseltä. Syöminen voi kuitenkin kohdistua myös tavalliseen ruokaan. Ahmintahäiriöstä on kyse, kun oireet

toistuvat viikoittain useamman kuukauden ajan. Diagnoosiin tarvitaan myös muita oireita, kuten itsensä halveksuntaa (Meskanen 2018).

Ahmintahäiriön hoito pohjautuu säännöllisen ruokarytmin tavoitteluun ja laihdutuskierteen lopettamiseen (Meskanen 2018). Täsmäsyöminen on tärkeä osa hoitoa. Siinä tavoitellaan säännöllistä ateriarytmiä ja sitä, että syöminen on riittävää ja monipuolista. Tämän avulla ahmintakohtausten ruokamäärää saadaan pienennettyä ja kohtauksien esiintyminen vähenemään. Ruokapäiväkirjasta on suuri apu syömisensääntelyn opettelussa. Jos täsmäsyöminen ei auta, on syytä hakeutua hoitoon. Hoitoon hakeudutaan usein ylipainon takia, ei ahmimisoireilun. Perusterveydenhuollossa voi toteuttaa ahmintahäiriön hoitoa ja tärkeää hoidossa on potilaan tiedollinen ohjaus eli psykoedukaatio. Mikäli ravitsemusohjaus, itseohjaus ja psykoedukaatio eivät ole riittäviä hoitokeinoja, voi psykoterapeuttisista hoitomuodoista tai lääkityksestä olla apua (Meskanen 2018).

5 Keliakia ja syömishäiriöt

5.1 Keliakian ja syömishäiriöiden yhteys

Keliakian ja syömishäiriöiden yhteyttä on tutkittu viime aikoina jonkin verran (Taulukko 1). Tutkimuksia löytyy eri ikäryhmien välillä ja eri tavoin toteutettuna. Tutkimustyyppit ovat enimmäkseen tapaus- tai poikittaistutkimuksia. Ne ovat toteutettu ympäri maailmaa, muun muassa Suomessa, Ruotsissa, Yhdysvalloissa, Israelissa sekä Italiassa. Tutkimusten tutkimuskohteet vaihtelevat, osassa puhutaan syömishäiriöistä, häiriintyneestä syömisestä, näiden riskeistä tai yksittäisestä syömishäiriöstä. Tällä hetkellä tulokset näyttävät yhteyttä keliakian ja syömishäiriöiden välillä (Karwautz 2008, Arigo 2021, Passanati 2013, Raevuori 2014, Wagner 2015, Satherey 2016, Wotton 2016, Mårilid 2017, Nacinovich 2017, Latzer 2018, Hedman 2019, Nikniaz 2021). Aihe vaatii kuitenkin yhä enemmän tutkimuksia varsinkin suuressa kaavassa, sillä kaikissa tutkimuksissa yhteyttä ei esiinny, vaan toisen sairauden riski toista sairastavalla oli samaa luokkaa muun väestön kanssa (Pynnönen 2004, Basso 2013, Babio 2017, Saldanha 2018). Tutkimuksissa on myös huomattu keliakian ja syömishäiriöiden kaksisuuntainen yhteys. Yhteyttä voi olla molempiin suuntiin, eli kumpi vaan voi vaikuttaa toisen diagnosointiin.

Nikniaz ym. (2021) mukaan keliakikoilla syömishäiriön yleisyys on keskimäärin 8,88 %, aikuisilla 6,37 % ja lapsilla 11,97 %. Vastaavasti tavallisella väestöllä niitä esiintyy 8,4 % naisista ja 2,2 % miehistä (Galmiche 2019). Luvut voidaan katsoa suuremmaksi kuin tavallisella väestöllä, jolloin yhteyttä syömishäiriöiden ja keliakian välillä tämän mukaan esiintyisi. Yksittäisistä syömishäiriöistä yleisimmin on tutkittu laihuushäiriötä sekä ahmimishäiriötä. Mårilidin (2017) tutkimus osoitti vahvaa näyttöä laihuushäiriön ja keliakian kaksisuuntaisesta yhteydestä ja sen mahdollisista syistä. Yhteys esiintyi kuitenkin yksinomaan naisilla, mutta ei juuri miehillä. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että esiintyvyys miehillä ei ole mahdollinen. Nacinovich (2017) sai samankaltaisia tuloksia omassa tutkimuksessaan. Sen sijaan Basso (2013) mukaan toisen sairauden yleisyys toista sairastavilla ei poikkea muusta väestöstä. Myös ahmimishäiriön esiintyvyyttä keliakikoilla tutkittiin ja sen yleisyydeksi saatiin 7,26 % (Nikniaz 2021). Muutamassa tutkimuksessa tutkittiin yleisesti autoimmuunisairauksien yhteyttä syömishäiriöihin ja tulosten mukaan laihuushäiriötä tai ahmimishäiriötä sairastavilla naisilla on suurentunut riksi sairastua autoimmuunisairauteen ja toisinpäin (Wotton 2016, Hedman 2019).

BED:iä eli ahmintahäiriötä on tutkittu vähemmän. Tähän yhtenä syynä on se, että se ei ole mukana DSM-5-tautiluokituksessa omana diagnoosinaan. Tavallisesti sitä sairastavat ovat vanhempia ja miehillä se on yleisempi kuin laihuushäiriö tai ahmimishäiriö (Raevuori 2014). Tutkimuksen mukaan ahmintahäiriöstä

kärsivillä on suurempi riski sairastua autoimmuunisairauteen, kuin laihuushäiriötä tai ahmimishäiriötä sairastavilla (Raevuori 2014).

5.2 Keliakian ja syömishäiriöiden yhteyttä selittävät tekijät

Keliakikoiden tarvitsee noudattaa gluteenitonta ruokavaliota tarkasti ja tämä voi aiheuttaa stressiä, pelkoa ja ahdistusta esimerkiksi siitä, toimiiko ruokavalio tai välttävät he suolisto-oireilta (Satherey 2016). Suolisto-oireet, alhainen painoindeksi sekä hoidon aiheuttama painonnousu voivat johtaa heikentyneeseen elämänlaatuun, ruokavalion noudattamattomuuteen sekä vaikeuksiin ongelman hyväksymisessä (Karwautz 2008). Tätä esiintyy erityisesti 12–17-vuotiailla nuorilla (Karwautz 2008). Lisäksi keliakikot ovat tietoisempia omasta ruokavaliostaan, koska heidän tarvitsee välttää gluteenia sekä olla tarkempia ruoan suhteen (Karwautz 2008, Babio 2017, Hedman 2019). Tämä voi aiheuttaa kroonisen rajoittavan taakan potilaalle ja aiheuttaa muita haittoja, kuten syömishäiriön puhkeamisen (Karwautz 2008, Babio 2017, Hedman 2019). Lisäksi gluteenittomat tuotteet ovat yleensä kalliimpia, niissä on niukempi valikoima ja ne voivat olla mauttomampia (Karwautz 2008). Nämä aiheuttavat negatiivisen vertaisryhmäpaineen ja voivat olla myös syynä häiriintyneen syömisen kehittymiselle (Karwautz 2008). Lisäksi tunteiden hallinnalla on vaikutus, kun esimerkiksi ruokavalion puutteet ja ruoan kontrollointi aiheuttaa ongelmia (Arigo 2012).

Syömishäiriötä ja keliakiaa sairastavat ovat yleensä vanhempia ja heillä on korkeampi painoindeksi (Karwautz 2008, Wagner 2015, Babio 2017). Myös häiriintynyt syömiskäyttäytyminen on yleisempää keliakikoilla, joilla on ylipainoa, naissukupuoli ja vanhempi ikä (Latzner 2018). Lisäksi näillä henkilöillä esiintyy enemmän masennusta ja heikentynyttä elämänlaatua (Arigo 2012, Wagner 2015). Gluteenittoman ruokavalion noudattamattomuus on yleistä keliakikoilla, joilla esiintyy syömishäiriöoireilua (Wagner 2015, Satherey 2016, Saldanha 2018). Satherey (2016) mukaan vain 68,5 % osallistujista noudatti gluteenitonta ruokavaliota koko ajan, 22,1 % noudatti osittain ja 9,1 %. Tiukka ruokavalio nostaa riskiä ahmimiselle ja muuten häiriintyneelle syömiskäyttäytymiselle, jolloin syömisen kompensointi yleistyy (Wagner 2015). Tutkimuksissa on huomattu, että myös keliakikoilla syömistä kompensoidaan painon vuoksi: oksentaminen, liikunta ja laksatiivien käyttö on suosittua (Karwautz 2008). Tämä ei kuitenkaan eroa tavallisesta väestöstä, jossa käytetään samoja tapoja syömisen kompensointiin (Wagner 2015). Lisäksi joissakin tutkimuksissa on huomattu, että keliakikko noudattaa huonommin gluteenitonta ruokavaliota säilyttääkseen painonsa tai laihtuakseen (Mårilid 2017, Nacinovich 2017, Hedman 2019).

Persoonalla voi olla vaikutus keliakian ja syömishäiriöiden oireilussa. Kaikissa syömishäiriöissä esiintyy vähentynyttä yhteistyökykyä ja itseohjattavuutta sekä nousutta turvallisuushakuisuutta (Wagner 2015). Laihuushäiriössä tyypillistä ovat sinnikkyys ja uusien asioiden välttäminen, kun puolestaan ahmimishäiriössä korkea impulsiivisuus ja elämishakuisuus (Wagner 2015). Persoonan vaikutusta keliakian ja syömishäiriöiden rinnakkaisairastavuudesta on tutkittu vähän ja tutkimuksia tarvitaan enemmän.

5.3 Tapausselostukset

Syömishäiriöiden ja keliakian yhteydestä on tehty myös tapausselostuksia (Taulukko 2). Ne kertovat yksittäistapauksista, joilla esiintyy keliakian ja syömishäiriöiden välistä yhteyttä. Tutkimukset on toteutettu Turkissa, Kanadassa sekä Italiassa. Jokaisen tapausselostuksen kautta näkyy yhteys keliakian ja syömishäiriöiden välillä. Kolmessa tapauksessa potilaalla on ensin todettu syömishäiriö ja sen myötä keliakia. Yksi tapauksista kertoo keliakiadiagnoosin aikaansaamasta syömishäiriöstä.

Ensimmäisessä tutkimuksessa (Yucel 2006) tutkittiin yhtä 31-vuotiasta naista. Hän oli alipainoinen ja hänellä esiintyi muun muassa pahoinvointia ja ongelmia syömisen sekä kehonkuvan kanssa. Tätä oli jatkunut kahden vuoden ajan ja hänellä oltiin diagnosoitu epätyypillinen syömishäiriö. Jatkotutkimuksissa huomattiin, että hänellä oli keliakia. Täten keliakia todettiin vasta syömishäiriön myötä, koska oireet olivat päällekkäisiä. Toinen tapausselostus (Deschner 2017) kertoo 12-vuotiaasta tytöstä, jolla todettiin ensin epätyypillinen syömishäiriö, joka kehittyi myöhemmin laihuushäiriöksi. Kahden vuoden sisään hänellä todettiin keliakia, kun hän lisäsi ruokavalionsa gluteenia. Gluteeni aiheutti oireita, jotka johtivat hänet keliakiatutkimuksiin. Altistuksen myötä arvot oli koholla ja keliakia voitiin todeta. Kolmannessa tutkimuksessa (Ricca 2000) tutkittiin kahta naista. Ensimmäinen nainen oli 23-vuotias ja hänellä todettiin keliakia aterianjälkeisen vatsakivun vuoksi. Diagnoosin jälkeen hän laihtui entisestään ja hänellä diagnosoitiin laihuushäiriö. Tässä tapauksessa ruokavalion rajoittaminen laukaisi hänessä lopullisen syömishäiriön. Toinen tapaus on päinvastainen eli 23-vuotiaalla naisella todettiin laihuushäiriö 14-vuotiaana. Oireet jatkuivat ja vatsaoireiden seurauksena hänellä todettiin keliakia 22-vuotiaana. Tässä voi ajatella, että keliakian puhkeaminen on pahentanut laihuushäiriön kliinisiä oireita. Näiden kaikkien neljän tapauksen perusteella vaikuttaisi siltä, että erityisesti laihuushäiriön ja keliakian välillä on yhteyttä ja vahvistavat sitä, että keliakiaa voitaisiin seuloa erityisesti laihuushäiriötä sairastavilla.

Taulukko 1. Tutkimuksia syömishäiriöiden ja keliakian yhteydestä

Viite (maa)	Tutkimusasetelma	Aineisto (N)	Tutkimusmenetelmät	Tulokset
Mårild ym. 2017 (Ruotsi)	Rekisteripohjainen kohorttitutkimus	17 959 CD ja 89 379 kontrolli 6–52-vuotiaita naisia	ED: ICD-8,9,10 CD: suolen biopsia, serologinen testi	AN ja CD: +
Babio ym. 2017 (Espanja)	Poikittaistutkimus	98 tapausta ja 98 kontrollia 10–23-vuotiaita, 61,2 % naisia	ED: EAT-26, kyselylomake CD: suolen biopsia, vasta-ainetesti	ED ja CD: 0
Karwautz ym. 2008 (Itävalta, Saksa)	Poikittaistutkimus	283 10–20-vuotiaita, 74,2 % naisia	ED: EDI-2, EDE-Q, DSM-4 CD: suolen biopsia, serologinen testi	ED ja CD: +
Latzer ym. 2018 (Israel)	Poikittaistutkimus	136 12–18-vuotiaita, 68,3 % naisia	ED: EAT-26 ja muita kyselyjä CD: valmis diagnoosi	DEB ja CD: +
Wotton ym. 2016 (UK)	Kohorttitutkimus	yli miljoona 10–44-vuotiaita, ≈ 93 % naisia	ED: ICD-9,10 CD: valmis diagnoosi	AID ja ED: +
Basso ym. 2013 (Italia)	Poikittaistutkimus	177 ikä 14,5 ± 2,8, 144 naista	AN: DSM-4 CD: serologinen testi	AN ja CD: 0
Saldanha ym. 2018 (USA)	Poikittaistutkimus	1160, joista 464 ED 7–22-vuotiaita, 87,7 % naisia	ED: syömishäiriön alkuarviointitarkastelu CD: suolen biopsia ja serologinen testi	ED ja CD: 0
Hedman ym. 2019 (Ruotsi)	Rekisteripohjainen kohorttitutkimus	2 545 611 0–35-vuotiaita, 48,6 % naisia	ED: ICD-9,10, DSM-4 CD: ICD-8,9,10 (AID)	ED ja CD: +

Raevuori ym. 2014 Suomi	Kohorttitutkimus	2342 ED ja 9368 kontrolli ED: ≈10–64-vuotiaita, ≈96 % naisia	ED: ICD-9,10, DSM-4 CD: suolen biopsia	20 (28) AID ja ED: +
Nacinovich ym. 2017 Italia	Poikittaistutkimus	82 ikä: <18, 100 % naisia	ED: DSM-5 CD: serologinen testi,	AN ja CD: +
Satherey ym. 2016 UK	Poikittaistutkimus	157 CD ja 142 kontrolli 18–69-vuotiaita, 100 % naisia	ED: EAT-26, BES CD: itseraportoitu	DEB ja CD: +
Pynnönen ym. 2004 Suomi	Poikittaistutkimus	29 CD ja 29 kontrolli ikä 14,2 ± 1,9, 55 % naisia	ED: DSM-4 CD: suolen biopsia	ED ja CD: 0
Wagner ym. 2015 Itävalta	Poikittaistutkimus	259 10–20-vuotiaita, 100 % naisia	ED: EDE-kysely CD: suolen biopsia, serologinen testi	ED ja CD: +
Passanati ym. 2013 Italia	Tapaus-verrokki	100 CD ja 100 kontrolli 18–60-vuotiaita, 79 % naisia	ED: BES, EAT-26, EDI-2, CD: suolen biopsia, serologinen testi	DEB ja CD: +
Arigo ym. 2012 USA	Poikittaistutkimus	177 ikä >18, 100 % naisia	ED: kysely CD: lääkärin diagnoosi	ED ja CD: +

+	positiivinen yhteys
0	ei ole yhteyttä
AID	autoimmune disease, autoimmuunisairaus
AN	anorexia nervosa, laihuushäiriö
BES	binge eating scale, syömistapakysely
DEB	disordered eating behavior, häiriintynyt syömiskäyttäytyminen
EAT-26	eating attitude test, syömisen asennetesti
ED	eating disorder, syömishäiriö
EDI-2	eating disorder inventory-2, kysely
EDE-Q	eating disorder examination questionnaire, kysely
CD	celiac disease, keliakia
DSM-4	diagnostic and statistical manual of mental health, psykiatrian häiriöluokitus
ICD	international statistical classification of diseases and health related problems, tautiluokitus

Taulukko 2. Tapausselostukset

Viite (maa)	Tutkimusasetelma	Aineisto (N)	tulokset
Yucel ym. 2006 Turkki	Tapausselostus	1	+ ED ja CD
Deschner ym. 2017 Kanada	Tapausselostus	1	+ AN ja CD
Ricca ym. 1998 Italia	Tapausselostus	2	+ AN ja CD

6 Pohdinta

Tässä kirjallisuuskatsauksessa käsitellyissä tutkimuksissa havaittiin, että syömishäiriöiden ja keliakian välillä on kaksisuuntainen yhteys. Syömishäiriöpotilailla on suurentunut riski sairastua keliakiaan ja myös toisinpäin. Yhteys huomattiin erityisesti keliakian ja laihuushäiriön välillä, joilla voi olla hyvin samankaltaisia oireita keskenään. Kuitenkaan kaikissa tutkimuksissa toista sairautta sairastavilla ei riski sairastumiseen poikennut muusta väestöstä.

Tämän vuoksi keliakian ja syömishäiriöiden tutkimiseen tarvitaan enemmän suuren koon tutkimuksia. Tällä hetkellä moni tutkimuksista on poikittaistutkimuksia. Näin saataisiin enemmän arvokasta tietoa keliakian ja syömishäiriöiden yhteydestä. Tämä olisi tärkeää, sillä tutkimustulokset ovat edelleen hieman ristiriitaisia. Tulosten ristiriitaisuus saattaa johtua tutkimusten eri ikäluokista sekä sukupuolista. Keliakia todetaan yleensä aikuisiällä tai yli 10-vuotiailla (Jalanko 2021). Diagnoosin saaminen missä iässä tahansa on kuitenkin mahdollista ja esiintyvyys aikuisilla on korkeampi kuin lapsilla (Keliakialiitto 2022a). Täten lapsilla tehdyissä tutkimuksissa on mahdollisuus, että keliakiaa sairastetaan tietämättä. Syömishäiriöihin puolestaan sairastutaan yleisimmin nuoruudessa noin 12–24-vuotiaana (Syömishäiriöt: Käypähoito-suositus 2014). Diagnoosit saattavat mennä keskenään ristiin, jolloin tulokset voivat vaihdella paljon tutkimuksesta riippuen. Tässä katsauksessa mukana olleet tutkimukset, jotka eivät juuri osoittanut yhteyttä syömishäiriöiden ja keliakian välillä toteutettiin pääosin nuorilla, noin 7–23-vuotiailla. Lähes kaikissa muissa mukana olleissa tutkimuksissa oli mukana aikuisia ja ne osoittivat yhteyden keliakian ja syömishäiriöiden välillä. Tämä vahvistaa myös väitettä siitä, että sekä syömishäiriöitä että keliakiaa sairastavat ovat yleensä vanhempia (Karwautz 2008, Wagner 2015, Babio 2017, Mårlid 2017, Latzer 2018). Sukupuoli voi vaikuttaa puolestaan siten, että syömishäiriöt sekä keliakia ovat yleisempiä naisilla kuin miehillä, jolloin yhteisesiintyvyys on myös oletettavasti suurempi naisilla (Syömishäiriöt: Käypähoito-suositus 2014, Tunturi 2022).

Mekanismeja keliakian ja laihuushäiriön yhteydestä ei tiedetä tarkkaan, mutta on esitetty erilaisia teorioita. Ensimmäisenä tekijänä voivat olla geenit (Mårlid 2017, Latzer 2018). Toiseksi rajoittava ruokavalio voi laukaista pakkomielisiiä syömismalleja, joka voi osalla olla käännekohta laihuushäiriön kehityksessä (Mårlid 2017). Kolmanneksi päällekkäiset oireet, kuten laihtuminen ja mielenterveydenhäiriöt, voivat altistaa väärälle diagnoosille (Mårlid 2017, Nacinovich 2017). Neljänneksi syynä voi olla tutkimusharha (Babio 2017, Mårlid 2017, Latzer 2018).

Keliakian ja laihuushäiriön välinen kaksisuuntainen yhteys vaatii huomiota näiden tilojen arvioinnissa ja seurannassa, sillä alidiagnoosi ja väärä diagnoosi ovat mahdollisia, ja ne aiheuttavat tarpeetonta ja pitkäaikaista sairastavuutta (Mårlid 2017). Laihuushäiriön yhteissairastavuus keliakian kanssa ei ole hyväksi, sillä monesti hän ei noudata tiukasti gluteenitonta ruokavaliota (Satherey 2016, Mårlid 2017). Tämä voi johtua gluteenittomien tuotteiden suuremmasta energiamäärästä ja pienemmästä valikoitavuudesta, kun henkilö yrittää jatkuvasti laihduttaa (Mårlid 2017). Tämän vuoksi moniammatillinen osaaminen ja aikainen diagnoosi näiden tautien hoidossa on tärkeää (Wagner 2015, Mårlid 2017). Hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää huomiota sairauksien yhteyteen enemmän, erityisesti korkeamman painoindeksin omaavien, naisten ja vanhemman iän kohdalla (Karwautz 2008, Latzer 2018).

Myös tutkimusten eri tutkimusmenetelmillä ja kohteilla voi olla vaikutus tuloksiin. Osassa tutkittiin laihuushäiriön, osassa syömishäiriöiden yleisesti ja osassa häiriintyneen syömisen yhteyttä keliakiaan ja toisinpäin. Täten syömishäiriön määritelmät eri tutkimusten välillä voi erota toisistaan, jolloin se saattaa vaikuttaa myös tutkimusten tuloksiin. Muutamissa tutkimuksissa, joissa tutkittiin syömishäiriötä yleensä, ei yhteyttä havaittu. Voikin olla, että keliakian yhteys eri syömishäiriöihin on erilainen. Erityisesti laihuushäiriön ja keliakian välillä on havaittu yhteyttä melko yhtenäisesti. Siksi syömishäiriöiden erottelu tutkimuksissa olisikin tärkeää. Lisäksi syömishäiriötä oli tutkittu eri tutkimuksissa eri menetelmin, kuten esimerkiksi EAT-26 sekä EDI-2 kyselyin. Erityisesti itse täytetyt kyselylomakkeet ja hoitohenkilökunnan tekemät diagnoosit voivat tuottaa erilaisia tuloksia. Keliakian diagnosointi on puolestaan eri tutkimuksissa lähes sama ja se on kaikissa käsitteenä yksiselitteinen

7 Johtopäätökset

Syömishäiriöiden ja keliakian välillä näyttää olevan yhteyttä. Erityisesti laihuushäiriön ja keliakian välillä yhteys on huomattu useaan kertaan. Ne saattavat esiintyä samanaikaisesti ja oireita tulisi tarkkailla mahdollisimman hyvin, jotta vältetään turhalta pitkäaikaissairastuvuudelta ja vaivoilta.

Vaikka yhteyttä näyttää olevan, ei toisen sairauden seulontoja voi vielä suositella kaikille toista sairautta sairastaville. Asia vaatii silti tarkkaavaisuutta ja seurantaan diagnoosin ja sairastelun välillä. Tutkimuksia tarvitaan lisää suuressa kaavassa, jotta saadaan lisää vahvistettua näyttöä asioiden yhteydestä. Seulonta voitaisiin aloittaa esimerkiksi riskiryhmään kuuluvilla, mikäli se koettaan hyödylliseksi. Heitä olisivat korkean painoindeksin, naissukupuolen sekä vanhemman iän omaavat henkilöt.

Lähteet

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2013a.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5. painos). 2013b.

Arogi D, Anskis A, Smyth J. Psychiatric comorbidities in women with Celiac Disease. *Chronic Illness* 2011; 8:45-55.

Babio N. ym. Risk of eating disorders in patients with celiac disease. *JPGN* 2018; 66.

Basso M. ym. Is the screening for celiac disease useful in anorexia nervosa? *Eur J Pediatr* 2013; 172:261-263.

Deschner E, Barkley J, Harrison M. Celiac disease and anorexia nervosa: a case report. *Int J pediatr Adolesc Med* 2017; 4:144-146.

Duodecim terveyskirjasto. Ortoreksia. 2021. www.terveyskirjasto.fi/ltt04379 (Luettu 22.6.2022)

Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr* 2019; 109:1402-1413.

Hedman A. ym. Bidirectional relationship between eating disorders and autoimmune diseases. *J Child Psychol Psychiatr* 2019; 60:803-12

Jalanko H. Keliakia lapsella. Duodecim terveyskirjasto 2021. www.terveyskirjasto.fi/dlk00683 (Luettu 18.5.2022)

Karwautz A. Eating pathology in adolescents with celiac disease. *Psychosomatics* 2008; 49:399–406.

Keliakialiitto. a. Keliakia ja ihokeliakia sairautena. www.keliakialiitto.fi/kuluttajat/keliakia/keliakia-sairautena/ (Luettu 17.5.2022)

Keliakialiitto. b. Keliakia voi oireilla monella eri tavalla.

www.keliakialiitto.fi/ammattilaiset/terveydenhuolto/keliakia-koko-elimiston-sairaus/ (Luettu 17.5.2022)

Keliakia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gastroenterologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018. Päivitetty 18.12.2018.

www.kaypahoito.fi/hoi08001

Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr opin in psychiatry* 2016; 29:340-345.

Latzer I. ym. Disordered Eating Behaviors in Adolescents with Celiac Disease. *Eat weight disord* 2020; 25:365-371.

Mårild K. ym. Celiac Disease and Anorexia Nervosa: a nationwide study. *Pediatrics* 2017; 139.

Mutanen M. ym. Ravitsemustiede. (8. painos). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2021. s. 476-478, 552-553.

Nacinovich R. ym. Anorexia nervosa of the restrictive type and celiac disease in adolescence. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2017; 13:1211-1214.

Nagata J. ym. Eating Disorders in Adolescent Boys and Young Men: an update. *Curr Opin Pediatr* 2020; 32:476-481.

Nikniaz Z. ym. A systematic review and meta-analysis of the prevalence and odds of eating disorders in patients with celiac disease and vice-versa. *Int J Eat Disord* 2021; 54:1563–1574.

Passananti V. ym. Prevalence of Eating Disorders in Adults with Celiac Disease. *Gastroenterol Res Pract* 2013.

Pynnönen P. ym. Mental Disorders in Adolescents With Celiac Disease. *Psychosomatics* 2004; 45:325–335.

Raevuori A. ym. The Increased Risk for Autoimmune Diseases in Patients with Eating Disorders. *PLOS ONE* 2014; 9.

Ricca V. ym. Anorexia nervosa and celiac disease: two case reports. *Int J Eat Disord* 2000; 27:119-122.

Ruuska J. Ahmimishäiriö (bulimia nervosa) Duodecim terveyskirjasto 2021a. www.terveyskirjasto.fi/dlk00352
(Luettu 17.6.2022)

Ruuska J. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa) Duodecim terveyskirjasto 2021b. www.terveyskirjasto.fi/dlk00111
(Luettu 17.6.)

Saldanha N, Weiselberg E, Fisher M. Screening for celiac disease in patients with eating disorder. *Int J Adolesc Med Health* 2018; 30.

Satherley R-M, Howard R, Higgs S. The prevalence and predictors of disordered eating in women with coeliac disease. *Appetite* 2016; 107:260-267.

Silén Y. Eating disorders in adolences and young adults: diagnosis, occurrence, treatment and outcome. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. 2021.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä, Duodecim: Syömishäiriöt, 11.12.2014, (Luettu 20.6.2022)
www.kaypahoito.fi/hoi50101

Syömishäiriöliitto. Tietoa syömishäiriöistä. <https://syomishairioliitto.fi/tietoa/tietoa-syomishairioista>
(Luettu 20.6.2022)

Tarnainen S. Suokas J, Vuorela P. Syömishäiriöt. Duodecim terveyskirjasto 2015.
www.terveyskirjasto.fi/khp00109 (Luettu 16.6.2022)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tautiluokitus ICD-10. (3. painos). Mikkeli: WHO 2011. s.267.
www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80324/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Luettu 16.6.2011)

Tunturi S. Keliakia. Duodecim terveyskirjasto 2022. www.terveyskirjasto.fi/dlk00026 (Luettu 17.5.2022)

Wagner G. ym. Eating Disorders in Adolescents with Celiac Disease: Influence of Personality Characteristics and Coping. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 2015; 23:361-370.

Wotton C, James A, Goldacre M. Coexistence of eating disorders and autoimmune diseases: record linkage cohort study, UK. *Int J Eat Disord* 2016; 49:663-672.

Yucel B. Eating disorders and celiac disease: a case report. *Int J Eat Disord* 2006; 39:530-532.