



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Mavi Servis Olgu Sunumu

18.01.2024

Arş. Gör. Dr. Ömer Muhideen



• Olgu:

- 16 yıl 7 ay, kız hasta

• **Şikayeti:**

• Halsizlik, bacaklarda tutmama

• Hikayesi:

- Nisan 2023 ten beri kilo kaybı başlamış.

Nisan 2023'de 68kg, Aralık 2023'de 32kg, Ocak 2024'de 29kg

- Yemek yerse hemen kilo alacağını düşünüyormuş o yüzden yemek yemek istemiyormuş, yemekleri cebine saklıyormuş.
- Sekiz aydır adet görmüyormuş. Kendini kusturması yokmuş.
- Aile yemek yemesi için ısrar ettiğinde intihar edeceğini söyleyip yemeyi reddediyormuş.
- İki gün önce merdivenlere çıkarken düşmüş. Şehir Hastanesi'ne götürülmüş. Tarafımıza yönlendirilmiş. Tekrar düştüğü için acilimize gelmiş.

Özgeçmiş:

- **Öz geçmişinde** : özellik yok
- Anne: 45 yaşında, ilk okul mezunu, ev hanımı, hipertansiyon, diyabetes mellitus
- Baba: 47 yaşında, meslek lisesi mezunu, emekli , sağ-sağlıklı
- Anne baba arasında akrabalık: Yok
- Kardeşler:
- 1. Çocuk: Hastamız
- 2. Çocuk: Kız 15 yaşında, sağ-sağlıklı
- 3. Çocuk: Erkek, 15 yaşında, sağ-sağlıklı

Fizik Muayene

- Ateş: 36,1 derece
- Nabız: 80 /dk
- Solunum sayısı: 22 /dk
- Kan basıncı (mmHg): 95 / 60
- SO_2 : 98
- Boy: 158 cm, 21 p, -0,78 SDS
- Ağırlık: 29 kg, < 3 p, -5,93 SDS
- Boya göre ağırlık: 58%
- BKİ (VKİ): $11,6\text{kg}/\text{m}^2$, < 5 p, -8,63 SDS
- Genel durum orta, halsiz, cilt kuru
- Zayıf
- Gözleri çökük
- Derialtı yağ dokusu çok azalmış
- Bacaklarda yaralar
- Hareketlerde yavaşlanma

Patolojik Bulguları

Kilo kaybı

Yemek yememe, yemek istememe, yemek yerse hemen kilo alacağı düşüncesi

Sekiz aydır adet görmemesi

Halsizlik

Düşme

İşlevlerde yavaşlama

Deri altı yağ dokusunda azalma, gözlerde çöküklük, deride kuruluk

Beden kitle indeksi ve ağırlık standart sapma skorlarının sırasıyla -8.6 ve -5.9 olması

Ön tanı ?

LABORATUVAR

- Açlık Kan Şekeri (AKŞ) - 68,7 mg/dL
- Ürea - 56,4 mg/dL
- BUN (Kan üre azotu) - 26,36 mg/dL
- Kreatinin - 0,7 mg/dL
- Bilirubin, Total - 0,54 mg/dL
- Bilirubin, Direkt - 0,25 mg/dL
- Bilirubin, İndirekt - 0,29 mg/dL
- AST (SGOT) - 48,5 U/L
- ALT (SGPT) - 71,5 U/L
- Protein, Total - 60,8 g/L
- Albumin - 43,7 g/L
- Sodyum (Na) - 138 mmol/L
- Potasyum (K) - 4,71 mmol/L
- Klor (Cl) - 103 mmol/L
- Kalsiyum - 8,98 mg/dL
- Düzeltilmiş Kalsiyum - 8,68 mg/dL
- Magnezyum (Mg) - 2,59 mg/dL
- Fosfor (P) - 2,24 mg/dL
- WBC (Lökosit) - $6,05 \times 10^3 / \mu\text{L}$
- LYM (Lenfosit Sayısı) - $2,580 \times 10^3 / \mu\text{L}$
- HGB (Hemoglobin) - 13,10 g/d
- PLT (Trombosit) - $144 \times 10^3 / \mu\text{L}$

Anoreksiya nervoza

- Anoreksiya nervoza, enerji alımının gereksinimlere göre kısıtlanmasıyla tanımlanan ve önemli ölçüde düşük vücut ağırlığına yol açan bir yeme bozukluğudur.
- Hastalar, belirgin derecede düşük vücut ağırlığının ciddiyetini anlayamamalarıyla birlikte, kilo alma konusunda yoğun bir korkuya ve çarpık vücut imajına sahip olurlar.

Epidemiyoloji

- Anoreksiya nervoza kadınlarda erkeklerden daha sık görülür.
- Başlangıç geç ergenlik ve erken yetişkinliktir.
- Yaşam boyu yaygınlık kültür, etnik köken ve ırktan bağımsız olarak %0,3 ila %1 arasındadır (Avrupa çalışmaları %2 ila %4 arasında bir yaygınlık göstermiştir).

Epidemiyoloji

- Yeme bozuklukları için risk faktörleri:
 - Çocuklukta obezite
 - Kadın cinsiyeti
 - Duygudurum bozuklukları
 - Kişilik özellikleri (dürtüsellik ve mükemmeliyetçilik)
 - Cinsel istismar
 - Aile veya akran çevrelerinden kaynaklanan kiloyla ilgili endişeler .

Patofizyoloji

- Çalışmalar, anoreksiya nervoza gelişiminde çevresel faktörlerin yanı sıra biyolojik faktörlerin de rol oynadığını göstermektedir.
- Eğitim düzeyi, nevrotiklik ve şizofreni arasında genetik korelasyonlar mevcuttur.
- Anoreksiya nervoza hastalarında beyin fonksiyonu ve yapısı değişmiştir; nörotransmitterler dopamin (yeme davranışı ve ödül) ve serotonin (dürtü kontrolü ve nörotisizm) eksiklikleri, kortikolimbik sistemin diferansiyel aktivasyonu (iştah ve korku) ve frontostriatal devreler arasında azalmış aktivite vardır. (alışılmış davranışlar).
- Hastalarda majör depresif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi eşlik eden psikiyatrik bozukluklar vardır.

Öykü

- Hastalar amenore, soğuğa tahammülsüzlük, kabızlık, ekstremitelerde ödem, yorgunluk ve sinirlilik gibi semptomları bildirir.
- Kalori sayma veya porsiyon kontrolü gibi gıdayla ilgili kısıtlayıcı davranışları ve kendi kendine kusma veya diüretik veya müşil kullanımı gibi temizleme yöntemlerini tanımlayabilirler.
- Birçoğu uzun süreler boyunca egzersiz yapar.
- Anoreksiya nervoza hastalarında uzun süreli açlık ve çıkarma davranışlarıyla ilişkili birçok komplikasyon gelişir.

Komplikasyonlar

- **Hematolojik:** sitopeniler, kemik iliği hipoplazisi/aplazisi
- **Nörolojik:** beyin atrofisi, periferik nöropati (mineral ve vitamin eksiklikleri)
- **Obstetrik:** doğum öncesi ve doğum sonrası komplikasyonlar
- **Psikiyatrik:** depresyon, konsantrasyon bozukluğu, uykusuzluk, sinirlilik
- **Böbrek ve elektrolitler:** hipokalemik, metabolik asidoz veya alkaloz (müshil veya diüretik kötüye kullanımı, sırasıyla), prerenal böbrek yetmezliği, yeniden beslenme sendromu.
- **Kardiyovasküler:** bradikardi, dilate kardiyomiyopati, elektrolite bağlı aritmiler, hipotansiyon, mitral kapak prolapsusu, perikardiyal efüzyon
- **Yapısal:** büyümenin durması, hipotermi, düşük vücut kitle indeksi, kas kaybı
- **Dermatolojik:** karotenoderma, lanugo, kserozis
- **Endokrin:** hipotalamik hipogonadizm, osteoporoz
- **Gastrointestinal:** kabızlık (müshil kötüye kullanımı), gastroparezi

Komplikasyonlar

- Amenore
- Gecikmiş ergenlik
- Hiperkarotenemi
- Hipotermi
- Hipoglisemi
- Osteoporoz
- Gelişme başarısızlığı
- Kardiyomiyopati
- Bradikardi
- Aritmiler
- Böbrek yetmezliği
- Kabızlık
- Periferik nöropati
- Pansitopeni
- Kısırlık

Ayırıcı tanı

- Kanser
- Kronik mezenterik iskemi
- Akalazya
- Hipertiroidizm
- Huzursuz bağırsak sendromu
- Çölyak hastalığı
- Crohn hastalığı
- Mitokondriyal nörogastrointestinal ensefalomyopati

ŞÜPHE HALİNDE BAŞVURULABİLECEK ÖRNEK TARAMA SORULARI

CLINICAL REPORT Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care

American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®

Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents

Laurie L. Hornberger, MD, MPH, FAAP,^a Margo A. Lane, MD, FRCP, FAAP,^b THE COMMITTEE ON ADOLESCENCE

Hornberger LL, Lane MA, AAP THE COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. Pediatrics. 2021; 147(1):e2020040279

TABLO 2 Olası Yeme Bozukluğu Olan Ergenlere Sorulacak Örnek Sorular

Tarih/Bilgi	Örnek Sorular
Ağırlık geçmişi	<p>En yüksek kilonuz neydi? Boyunuz ne kadardı? Kaç yaşındasın?</p> <p>En düşük kilonuz neydi? Boyunuz ne kadardı? Kaç yaşındasın?</p>
Beden imajı	<p>Sizce kilonuz ne olmalı? Çok yüksek hissettiren şey nedir? Çok düşük hissettiren şey nedir?</p> <p>Vücudunuzda strese neden olan bölgeler var mı? Hangi alanlar?</p> <p>Herhangi bir vücut kontrolü yapıyor musunuz (yani tartma, vücut kısıtım veya kontrol, ayna kontrolü)?</p> <p>Gününüzün ne kadarı yiyecekleri veya vücudunuzu düşünerek geçiyor?</p>
Diyet geçmişi	<p>24 saatlik diyet geçmişi Kalori, yağ ve karbonhidrat sayıyor musunuz? Ne kadarına izin veriyorsun? Hangi yiyeceklerden kaçınırsınız?</p> <p>Yemek yerken kendinizi hiç suçlu hissettiğiniz oluyor mu? Bu suçluluk duygusuyla nasıl başa çıkıyorsunuz (örneğin, egzersiz yapmak, arınmak, daha az yemek yemek)?</p> <p>Yemek yerken kontrolünüzü kaybettiğinizi mi hissediyorsunuz?</p>
Egzersiz geçmişi	<p>Egzersiz yapıyor musun? Hangi aktiviteler? Ne sıklıkta? Antrenmanınız ne kadar yoğun?</p> <p>Egzersiz yapamadığınız zaman ne kadar stresli hissediyorsunuz?</p>
Aşırı yeme ve temizleme	<p>Hiç içki içiyor musun? Hangi yiyeceklerde? Ne kadar? Ne sıklıkta? Herhangi bir tetikleyici var mı?</p> <p>Kusuyor musun? Ne sıklıkta? Yemekten ne kadar sonra?</p> <p>Müşil, idrar söktürücü, diyet hapları, kafein kullanıyor musunuz? Hangi türler? Kaç tane? Ne sıklıkta?</p>

Aile öyküsü	Ailenizde diyet veya yeme bozukluğu geçmişi olan biri var mı? Özel diyet uygulayan var mı (örn. vejetaryen, glütensiz)? Obezite hastası olan var mı? Ailenizde depresyon, anksiyete, bipolar bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, madde bağımlılığı veya başka psikiyatrik hastalık geçmişi olan herhangi biri var mı? Ailenizde psikiyatrik ilaç kullanan var mı?		
Sistemlerin gözden geçirilmesi	Baş dönmesi, senkop, halsizlik veya yorgunluk? Solgunluk, kolay morarma veya kanama, soğuğa tahammülsüzlük? Saç dökülmesi, lanugo, kuru cilt? Kabızlık, ishal, erken doyma, şişkinlik, karın ağrısı, mide ekşimesi? Çarpıntı mı, göğüs ağrısı mı? Kas krampları, eklem ağrıları mı? Aşırı susama ve işeme? Kızlar için: Menarş yaşı? Adet sıklığı? LMP mi? LMP sırasındaki ağırlık?	Ev Eğitim	Evde kim yaşıyor? Aile üyeleri birbirleriyle ne kadar iyi anlaşılıyorlar? Aile herhangi bir stres etkeni yaşıyor mu?
Psikososyal tarih (KAFASIZ) Ev Eğitim	Okula nerede gidiyorsunuz? Ne notu? Normal sınıf mı? Okul sizin için zorlayıcı mı? Hangi notları alıyorsunuz? Notlarınızda bir değişiklik oldu mu?	Faaliyetler İlaç kullanımı	Ders dışında hangi aktivitelere katılıyorsunuz? Güvenebileceğiniz arkadaşlarınız var mı? Herhangi bir zorbalığa maruz kaldınız mı? Çevrimiçi olduğunuzda en sık hangi Web sitelerini ziyaret ediyorsunuz? Her gün internette ne kadar zaman geçiriliyor?
	Okulda nereden gidiyorsunuz? Ne notu? Normal sınıf mı? Okul sizin için zorlayıcı mı? Hangi notları alıyorsunuz? Notlarınızda bir değişiklik oldu mu?	Depresyon / intihar	Hiç tütün, e-sigara, alkol veya uyuşturucu kullandınız mı? Hangileri? Ne kadar? Ne sıklıkta? Hiç anabolik steroid veya uyarıcı kullandınız mı? Kafein tüketimi? Diğer maddeler? Nasıl hissediyorsun? Artan sinirlilik? Depresyon veya umutsuzluk duyguları mı? Herhangi bir kaygı ya da obsesif kompulsif düşünce ya da davranışlar? Herhangi bir kesme veya kendine zarar verme geçmişiniz var mı? Hiç ölmeyi diledin mi? Bu düşüncelere ne sıklıkla kapılıyorsunuz? En son ne zamandı? İntihar düşünceniz var mı? Hangi yöntemleri hayal ettiniz? Herhangi bir girişim var mı? Fiziksel, cinsel veya duygusal istismar geçmişiniz var mı? Daha önce herhangi bir akıl sağlığı bakımı aldınız mı?

TEDAVİ

- Yatarak tedaviye ihtiyaç duyan hastaların özellikleri :
 - Hastaneye yatmayı gerektiren mevcut psikiyatrik bozukluklar
 - Yüksek intihar riski (son derece ölümcül plan yapma veya başarısız girişimde bulunma niyeti)
 - Destek sisteminin eksikliği (ciddi aile çatışması veya evsizlik)
 - Sınırlı erişim (günlük tedavi programına katılamayacak kadar uzakta yaşıyor)
 - Tıbbi açıdan stabil olmayan (bradikardi, dehidrasyon, hipoglisemi veya kötü kontrol edilen diyabet, hipokalemi veya yeniden beslenme sendromunun göstergesi olan diğer elektrolit dengesizlikleri, hipotermi, hipotansiyon, akut tedavi gerektiren organ hasarı)
 - İyileşme konusunda motivasyonu zayıf (işbirliği yapmayan, müdahaleci düşüncelerle meşgul)
 - Kalıcı, şiddetli ve günde birçok kez ortaya çıkan temizleme davranışları
 - Şiddetli anoreksiya nervoza (ideal vücut ağırlığının %70'inden az veya yemeğin reddedilmesiyle akut kilo kaybı)
 - Denetimli beslenme ve/veya özel beslenme (nazogastrik tüp) gerekli durumlar.
 - Kompulsif egzersiz yapmayı bırakmamak (hastaneye kaldırılmanın tek göstergesi değildir).

TEDAVİ

- Ayakta tedavi yoğun tedaviyi (hafta içi günde 2 ile 3 saat) ve kısmi hastanede kalmayı (günde 6 saat) içerir. Pediatrik hastalar, altta yatan dinamikleri keşfetmek ve ev ortamını yeniden yapılandırmak için aile temelli psikoterapiden yararlanır.
- Uzun süreli açlığın ardından yeniden beslenme sendromu ortaya çıkabilir.
- Vücut, adenosin trifosfat (ATP) moleküllerini üretmek için glikozu kullandığından, kalan fosfor depolarını tüketir.
- Ayrıca hücrelere glikoz girişi insülin aracılığıyla gerçekleşir ve uzun süre yiyeceksiz kaldıktan sonra hızla gerçekleşir.
- Her ikisi de hipofosfatemi ve hipokalemi gibi elektrolit anormalliklerine neden olarak kalp ve solunum yetmezliğini tetikler.
- Hastalar yeniden beslenme sendromu belirtileri açısından dikkatle takip edilmeli ve elektrolitler yakından izlenmelidir.

TEDAVİ

- Farmakoterapi başlangıçta kullanılmaz. Olanzapin, başlangıç tedavisine yanıt vermeyen akut hastalar için birinci basamak ilaçtır.
- Diğer antipsikotikler kilo alımı üzerinde benzer etkiler göstermemiştir.
- Akut hasta olmayan ancak yaygın anksiyete bozukluğu veya majör depresif bozukluk gibi eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıkları olan hastalar için, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar) ile kombinasyon tedavisi ve tedavi en iyisidir.
- SSRI'lara yanıt vermeyen hastaların ikinci kuşak antipsikotiklere ihtiyacı olabilir. Trisiklik antidepresanlar (TCA'lar), özellikle yetersiz beslenen hastalarda kardiyotoksisite endişeleri nedeniyle daha az tercih edilmektedir.
- Nöbet riskinin artması nedeniyle yeme bozukluğu olan hastalarda bupropion kontrendikedir.

PROGNOZ

AN'de remisyon değişiklik gösterir. Ayakta tedavi gören hastaların dörtte üçü 5 yıl içinde iyileşiyor ve orta-iyi sonuçlar (kilo alımı dahil) görülüyor.

Hastalık süresi daha uzun olan veya tedavi sonunda vücut yağı/ağırlığı düşük olan, eşlik eden psikiyatrik bozuklukları olan veya özel bir klinik dışında tedavi gören yaşlı hastalarda nüksetme daha sık görülür.

PROGNOZ

- Kısmi iyileşme sağlayan hastalarda sıklıkla yeme bozukluğunun başka bir türü gelişir (örn. bulimia nervoza veya tanımlanmamış yeme bozukluğu).
- AN'da tüm nedenlere bağlı ölüm oranı daha yüksektir.
- Tıbbi komplikasyonlar, madde bağımlılığı ve intihar nedeniyle tüm yeme bozuklukları arasında en yüksek ölüm oranlarından birine sahiptir.
- AN hastalarında intihar oranları artmıştır ve bu, ilişkili ölümlerin %25'ini oluşturmaktadır.

Kaynak



- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459148/#:~:text=Anorexia%20nervosa%20is%20a%20psychiatric,and%20have%20distorted%20body%20images>.

American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®

- Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents

TEŞEKKÜRLER...