



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Servisi-1(Mavi Servis) Olgu
Sunumu

20.01.2022

Arş. Gör. Dr. Seher Berk



OLGU

13 yıl 5 ay kız hasta

YAKINMA

Beslenememe

ÖYKÜ



Hasta, okul arkadaşı tarafından kilosuna ile ilgili yorumda bulunulması üzerine yemek yememeye başlamış. Kilo verdikçe kendini daha çok beğendiğini fark edince kilo almaktan korktuğu için öğünlerini gittikçe azaltmış. Daha sonra zayıflama, karın ağrısı, kusma, tırnak yeme, tırnaklarda morarma, baygınlık şikayetleri olunca 8 ay önce Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları tarafından Anoreksiya Nevroza tanısı almış.

20 kg'a ulaşan ağırlık kaybı olmuş.

8 aydır menstruasyon kanaması olmuyormuş.

Hasta kilo almaktan korktuğu için artık ilaçlarını ve su içmiyor; yemek yemiyormuş. ÇRS tarafından yapılan değerlendirme sonucu hasta çocuk gastroenterolojiye yönlendirilmiş. Beslenme takibi ve ilaç uyumu açısından servisimize yatışı yapılmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Miadında C/S ile 3500gr doğmuş.

YDYBÜde 1 hafta solunum sıkıntısı nedeniyle yatışı olmuş.

Doğum sonrası fototerapi öyküsü yok.

Aşıları tam.

Operasyon öyküsü yok.

Bilinen alerjisi yok.

SOYGEÇMİŞ

Anne 34y SS

Baba 43y, SS

Anne ve baba arasında akrabalık yok.

1.çocuk: Hastamız

2.çocuk: 11y kız SS

FİZİK MUAYENESİ

Tartı: 39.3kg (4p/-1.81 SDS)

Boy: 162cm (69p/0.48 SDS)

BMI: 15.0kg/m² (<5p/-2.56 SDS)

Boya göre ideal ağırlık 55.6kg

FİZİK MUAYENE

Ateş 36.5 C Nabız :75dk KB :90/60mm/hg SS:22 solunum hızı/dk

Cilt: Turgor, tonus doğal.

Tüm vücutta özellikle yüz, karın ve gluteal bölgede yağ dokusu azalmış.

Kuru cilt, saçlarda ve kaşlarda dökülme

Kıllanma

Tanner evre 4

Gözler: Işık refleksi bilateral mevcut. Pupiller izokorik. Göz küreleri her yöne hareketi doğal.

Kardiyovasküler: S1, S2 doğal. S3 yok.

Solunum sistemi: Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor. Dinlemekle ral-ronküs yok.

Gastrointestinal sistem: Batın rahat. Hepatosplenomegali yok.

Genitoüriner sistem: Haricen kız. Anomali yok.

Nöromusküler sistem: Doğal. Kas gücü 5/5.

Ekstremiteler: Kas kitlesi ve tonusu doğal.

LABORATUVAR

Açlık kan glukozu: 84 mg/dl

Kreatinin: 0.49 mg/dl

Total protein: 64 g/L

Albumin: 39 g/L

Ca: 9.33 mg/dL

Na: 137 mEq/l

K: 4.52 mmol/l

CL: 105 mg/dL

T Bilirubin: <0.15 mg/dL

D Bilirubin: <0.07 mg/dL

P: 5.05 mg/dL

Mg: 2 mg/dl

Ürik asit: 4mg/dL

CRP: 0.6 mg/l

WBC: 5.95 X103 μ L

Neu : 2.870 X 103 μ L

Lym: 2.42 X 103 μ L

Htc: **31.8 %**

Hb: **11.2 g/dl**

Plt: 302 X 103 μ L

TİT

Renk: açık sarı

pH :6

Dansite:1.025

Eritrosit 3

Lökosit 6

Glukoz (-)

Protein(-)

Keton eser

PATOLOJİK BULGULAR



- Kilo kaybı
- Oral alım kısıtlılığı

**SİZ BU HASTA İLE İLK KARŞILAŞMADA
NELER SORMAK İSTERSİNİZ?**

- Kilo deęiřimi?
- Yeme alışkanlığındaki değişiklikler?
- Tıknırcasına yeme/çıkarma ?
- Kusma?
- Vücutundaki değişiklikler?
- Menstrusyon?
- Dışkılama alışkanlığı? Kabızlık?
- Egzersiz?
- Aile hikayesi?
- Sosyal ortam? Okul ortamı ve arkadaş ilişkileri?
- Ruh hali? İntihara meyil?
- Kullandığı ilaçlar?

ÖN TANILAR?

Ağırlık kaybı	Gastrointestinal	İnflamatuvar bağırsak hastalıkları, Çölyak hastalığı
	Endokrinolojik	Hipertiroidi, Diyabetes mellitus, Adrenal yetersizlik
	Enfeksiyon ilişkili	Tüberküloz, HIV
	Psikiyatrik	Depresyon, psikoz, anksiyete/obsesif kompulsif hastalık, madde kullanımı
	Diğer	Malignensi
Kusma	Gastrointestinal	Gastroözofageal reflü hastalığı, eozinofilik özofajit, pankreatit, siklik kusma s.
	Nörolojik	Kafa içi basınç artışı, migren
Tıkınırcasına yeme veya açıklanamayan ağırlık artışı	Endokrinolojik	Hipotiroidi, hiperkortizolizm
	Psikiyatrik	Depresyon
	Yatrojenik	İlaç yan etkisi
	Genetik	Prader Willi syndrome; Kleine-Levin syndrome

Başlangıçta yapılacak olan fizik bakıda ve tıbbi değerlendirmelerde Anoreksiya nervroza belirti ve bulgularını taklit edebilen diğer tıbbi bozukluklar dışlanmalıdır. Diabetes mellitus, tiroid hastalıkları, kolitler, inflamatuvar barsak hastalıkları, Addison ve beyin tümörleri AN ile karışabilir.

Duygudurum bozuklukları, şizofreni gibi psikiyatrik bozukluklar iştah ve yeme davranışını etkileyebilir. Ayırt edici tanıda akılda tutulmalıdır.

TAM FİZİK MUAYENE

Yaşamsal bulgular

Bradikardi, hipotansiyon, ortostatik
hipotansiyon, hipotermi

Baş

Parotis bezlerinde şişkinlik, enamel erozyonlar

Göğüs

Aritmi, atrofik meme dokusu

Karın

Palpabl fekalom

Ekstremiteler

Ödem, kas atrofisi, zayıflığı, Russell işareti

Deri

Kuru deri, saç dökülmesi, lanugo, akrosiyanoz

LABORATUVAR

Tam kan sayımı, sedimantasyon

Elektrolitler, kan şekeri

Üre, AST, ALT

EKG

+

B12 vitamini, folat

Kemik sağlığına yönelik tetkikler

Ayırıcı tanıya yönelik tetkikler

...

.

.



Yeme bozukluklarının tedavisi ve takibi bir ekip çalışması gerektirir. Psikiyatrist, gastroenterolog, psikolog, diyetisyen, aile terapisti bu ekibin bir parçası olmalı ve hasta medikal, beslenme, psikolojik ve sosyal açıdan değerlendirilmelidir.

DSM - V Beslenme ve Yeme Bozuklukları

- Pika
- Geri Çıkarma Bozukluğu
- Kaçingın/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu
- Anoreksiya Nervoza
- Bulimiya Nervoza
- Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu
- Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu
- Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Yeme bozuklukları, yeme davranışının ciddi olarak bozulduğu bir tanı grubudur.

Ergenlik dönemi, meydana gelen biyolojik değişiklikler (hormonal değişiklikler ve beyinde sinaptik budanma ve miyelinizasyon), stresli yaşam olaylarının artması ve sosyal rollerdeki değişimler nedeni ile yeme bozukluğu davranışları için kritik bir dönemdir.

Cinsiyet dağılımı açısından belirgin farklılık gösteren bir tanı grubu olup, kadınlarda daha sık görülmektedir. Ancak günümüzde genç erkeklerde görülme sıklığı da giderek artmaktadır.

Yeme bozukluklarının etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte birden fazla etmenin olduğu düşünülmektedir.

Ebeveynlik biçimi, aile içi stres ve ebeveyn uyumsuzluğu yeme bozukluğu için risk etkeni olan kaygı ve kişilik özelliklerine katkıda bulunabilir.

Psikososyal çevre ve vücut şekli hakkında toplumsal idealizasyonlar önemli faktörlerdir.

ANOREKSİYA NERVOZA

AN, zayıf bir bedene sahip olma isteği ve şişmanlık konusunda aşırı korkunun hakim olduğu bir yeme bozukluğu tablosudur.

Başlangıç yaşı ortalaması 15 yaş civarındadır.

Genelde diyet yapma davranışı ile başlar.

En tipik özellik zayıflığına karşın hasta kendini şişman ya da şişmanlayacak gibi hissederek yemekten kaçınmasıdır.

EPİDEMİYOLOJİ

Erişkinlerde yaşam boyu prevelansı % 1–% 2

Ergenlerde prevelans % 0.3-% 0.7

Olguların yaklaşık % 50'si orta-geç ergenlikte ortaya çıkar (14-18yaş)

Kötü prognoz: Ergenlik öncesi ve erken ergenlik döneminde başlayan

> orta–geç ergenlikte başlayan

ETİYOLOJİ

AN patogeneğinde psikogelişimsel, sosyokültürel, genetik ve nöropsikiyatrik pek çok etken rol alabilir.

Tüm yeme bozukluklarının psikopatolojisinde erken dönem anne bebek ilişkisi bozukluklarının belirleyici olduğu vurgulanmaktadır .

AN olan olguların premorbid özellikleri incelendiğinde mükemmeliyetçilik ve obsesiflik en dikkat çekici kişilik özellikleridir. Bununla birlikte anksiyeteli ve gergin, zarardan kaçınıcı, değersizlik duyguları baskın, içe dönük kişilik özellikleri sergilerler.

Genetik etmenler tüm yeme bozukluklarının gelişiminde doğrudan ve dolaylı olarak önemli bir etkidir.

Kişilik özellikleri, duygudurum, anksiyete bozuklukları, hipotalamik disfonksiyon gibi genetik olarak belirlenen ve yeme bozukluğu riskini artıran durumlar dolaylı olarak etiyolojide rol oynar.

Biyolojik olarak yeme bozukluklarını anlamak için iştahı düzenleyen merkezi kontrol mekanizmalarını iyi anlamak gereklidir. Burada üç önemli sistem karşımıza çıkmaktadır. Beyin sapı ve hipotalamusta yer alan homeostatik sistem, gastrointestinal sistemden gelen periferik metabolik belirteçleri bütünleştirerek açlık, tokluk ve otonomik nöral aktiviteyi düzenler.

İkinci sistem olan drive sistem, mezolimbik korteks ve striatumda dağılan bir nöral devredir. Bu yapı yiyecek bulma ve yeme ile ilgili yeme-ödül mekanizmalarını düzenler.

Self regülatuar sistem ise iştahın yaşam amacı, değeri ve anlamını yukarıdan aşağıya (topdown) kontrol eden bir sistemdir.

Bu 3 sistemdeki anormal değişiklikler yeme bozukluklarının oluşmasında ve sürdürülmesinde rol alır. Diğer yandan yeme davranışı sorunları nedeniyle oluşan açlık, belirgin glukoz ihtiyacı olan beyin üzerinde olumsuz etkiler yaratır. Özellikle ergenlik gibi beyinin yeniden organize olduğu kritik dönemde başlayan yeme bozuklukları, beyin yapılanmasını değiştirerek önemli sonuçlar doğurabilir.

Nörokimyasal olarak yeme bozuklukları; noradrenerjik, serotonerjik, dopaminerjik ve opioid nörotransmitter sistemlerle ve kortikotropin salıcı hormon (CRH) gibi nöromodülatör sistemlerle ilişkilidir.

Yeme Bozukluğunda serotonin sistemi üzerinde özellikle çalışılmış.Hastalarda BOSTa serotonin yıkım ürünü 5-OHIAA düşük bulunmuş.

Nöroendokrin ve metabolik faktörleri, anorektik hastalarda hipotalamusdan gonadotropin salıcı hormon (GnRH) salınımının azalması ile amenore klinik tablosu oluşur.

Kortizol yüksekliği, hipogonadizm etkisiyle Kemik yoğunluğu azalır , osteopeni açısından hastalar yüksek risk taşırlar.

KLİNİK ÖZELLİKLER

- Besin alımının aşırı kısıtlanması, kendini kusturma, aşırı egzersiz, laksatif-diüretik kullanma gibi beden ağırlığını kontrol etmeye yönelik davranışlara ciddi bir beden algısı bozukluğu eşlik eder.
- **Temel klinik özelliği** kendi hastalıklarını reddetmeleri, ciddiyetini anlamamaları ve tedaviye direnç göstermeleridir.
- Yemekleri küçük parçalara ayırmak, tabağa belli oranlara göre yemek almak, kalori hesaplamak, sık sık tartılmak gibi değişik obsesif uğraşlar edinirler.
- Hastalar genellikle okul başarısı yüksek, mükemmeliyetçi gençlerdir.

- Beden ağırlığı olması gerekenden çok düşüktür.Hasta başlangıçtaki beden ağırlığının %20-30'unu kaybetmiştir.
- Hasta solgundur, saçları azalmış ve kurudur.
- Seconder cinsiyet karakterlerinin gelişimi durduğu için çocuksu bir görünüm.
- Deride atrofik değişiklikler ve kıllanmaya rastlanabilir.

- Kızlarda primer/sekonder amenore
- Amenore yetişkinlerde sık görülen bir belirti olmakla beraber, ergenlerde menarjin gecikmesi klinik bir belirti olarak saptanabilir.
- Nabız, kan basıncı ve vücut ısısı düşüktür.
- Süregelen bu tablo ölümle sonuçlanabilecek fiziksel sorunlara yol açabilir.

DSM-V Anoreksiya Nervoza Tanı Ölçütleri

A. **Gereksinimlerine göre enerji alımını kısıtlama** tutumu, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı bağlamında belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açar. Belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşüğü altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında olarak tanımlanır.

B. **Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma** ya da belirgin biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunma.

C. **Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini** nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, kişi, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.

Anoreksiya Nevroza

Kısıtlayıcı tip : Diyet yaparak, yeme miktarını azaltarak ve /veya aşırı egzersiz yaparak olmuştur. Son 3 ay içinde tekrarlayan yeme atakları veya kusma,laksatif kullanımı vb. olmamıştır.

Tıkınırcasına yeme / Çıkarma tipi : Kısıtlanmış rejim ile birlikte son üç ay içinde tekrarlayan aşırı yeme pişmanlık çıkarma davranışları mevcuttur.

Nadir görülen alt tip. Olguların %15-20'si Bulimiya nervozaya döner .

Komplikasyonlar:

Yeme Bozukluklarında Görülen Tıbbi Durumlar	Anoreksiya Nervosa
Fizik muayene bulguları	Yaşından küçük görünme, büyüme ve pubertal gelişimde gecikme, beden ısısı düşüklüğü, kuru cilt, lanugo, alopesi, akrosiyanoz, dehidratasyon
Kardiyovasküler sistem	Bradikardi, hipotansiyon, Q-T uzaması, S-T çökmesi, ödem
Gastrointestinal sistem	Azalmış motilite, kabızlık, pankreatit, karaciğer enzimlerinde ↑, amilaz düzeyinde ↑, akut gastrik dilatasyon
Hematolojik bulgular	Anemi, lökopeni, trombositopeni
Biyokimyasal parametreler	Hipokalemi, hiponatremi, hipokalsemi, hipofosfotemi, ALT ↑, AST ↑, kolesterol ↑
İskelet sistemi	Kemik dansitesinde azalma, osteopeni
Endokrin sistem	Kortizol ↑ FSH, LH ↓ Estradiol ↓ ST3 ↓ ST4 N/↓ TSH N/↓ GH ↑/N IGF-1 ↓ Leptin ↓

AYIRICI TANI

- Diabetes mellitus, tiroid hastalıkları, kolitler, inflamatuvar barsak hastalıkları, Addison gibi kilo kaybını açıklayacak diğer hastalıklar
- Duygudurum bozuklukları, şizofreni gibi psikiyatrik bozukluklar
- Bulimiya nervoza (BN)nın AN tablosundan farklı olarak hastanın beden ağırlığı **normal ya da normalin üzerindedir**. Hastalar durduramadıkları yeme atakları yaşarlar. Kısa süre içinde yüksek kalorili besinleri hızlıca tüketirler. Bu ataklar sonrasında kısa süren bir rahatlama duygusu yaşarlar. Ancak sonrasında şişmanlama korkusu ve yediklerinin yarattığı suçluluk duyguları nedeniyle uyararak ya da uyardıktan sonra kusma, laksatif kullanma gibi davranışlara yönelirler.

PROGNOZ

- AN'lı hastaların;
 - % 50 si tam remisyon
 - % 30'u kısmi remisyon
 - % 20'si kronik hasta
- Hastaların tedavi sonuçları değişken olmakla birlikte AN'de mortalite oranı yüksektir.
- Fiziksel nedenler veya intihar nedeniyle ölüm oranı yaklaşık %5-18 arasındadır.
- AN olgularında genç yaşta başlangıç, aile desteği, erken tanı ve tedavi iyi prognozla; kusma, ciddi kilo kaybı, bulimiya, kronisite ve obsessif kompulsif kişilik özellikleri ise kötü prognozla ilişkilidir.

TEDAVİ

Yeme bozukluklarının tedavisi bir **ekip çalışması** gerektirir. Psikiyatrist, gastroenterolog, psikolog, diyetisyen, aile terapisti bu ekibin bir parçası olmalı ve hasta medikal, beslenme, psikolojik ve sosyal açıdan değerlendirilmelidir.

Değerlendirmede hastanın ayaktan mı yoksa yatarak mı tedavi alacağı öncelikle belirlenmelidir.

TEDAVİ

Beslenme tedavisinin **ilk hedefi** ağırlık kaybını durdurmak ve hastayı olabildiğince stabil hale getirmek.

Beslenme tedavisinin **ikinci basamak hedefi** ağırlık artışı ve uzun dönemde metabolizma ve tüm vücut işlevlerini normal bir düzeye kavuşturmak.

- Ayaktan tedavi ilk tercih olmalı
- Kilo takibi
- Çoklu vitamin ve mineral desteği
- Elektrolit takibi

Yatış Endikasyonları

- İdeal ağırlığının %75 ya da tedaviye rağmen devam eden tartı kaybı
- Yemeği reddetme
- Beden yağ mik <%10
- Kalp atım hızı <50 atım/ dakika; gün içi, <45 atım/dakika ; gece
- Sistolik kan basıncı <90mmHg
- Ortostatik değişimler ; nabız>20 atım/dk ya da kan basıncı >10mm /Hg
- Vücut ısısı < 36.3 C
- Aritmi

- Onaylanmış ilaç tedavisi bulunmamakta

Antidepresan ilaçlar? fluoksetin Antipsikotik ilaçlar? olanzapin

- Sofra gıdaları ağız yoluyla alınacak enteral ürünle desteklenebilir.
- Zorunlu durumda nazogastrik sonda kullanılabilir, oral alım arttıkça azaltıp sonlandırılmalıdır.

Yeniden beslenme sendromu malnütrisyonlu hastaların yeniden beslenmesi sırasında karşılaşılabilecek ölümcül bir komplikasyondur.



Dinlediğiniz için teşekkürler.