

Anoreksiya nervroza tedavisine ekip yaklaşımı

Aliye ÖZENOĞLU (*), Armağan ÖZDEMİR (*), Özlem TECER (*), Huriye BALCI (**), Serdal UĞURLU (***), Şansın TÜZÜN (****), Müfit UĞUR (*)

SUMMARY

Team approach to the treatment of anorexia nervosa: Case report

Abstract: Because of its complex origin eating disorders affect many organ and systems. So that, optimal evaluation and treatment of eating disorders is possible only with a multidisciplinary team approach. In this study, roles of team members during the treatment period of an anorexia nervosa patient is outlined.

Key words: Anorexia nervosa, team approach

Anahtar kelimeler: Anoreksiya nervoza, ekip yaklaşımı

Yeme bozuklukları psikiyatrik bozukluklar olarak kabul edilmekle birlikte, kompleks biyopsikososyal yönleri nedeniyle multidisipliner bir değerlendirme ve tedaviyi gerektirir. Genel olarak yeme bozuklukları anormal yeme davranışları, besinler ve vücut ağırlığı konusunda bilişsel bozulma, tıbbi komplikasyonlar ile beslenme durumu ve sağlıkta olumsuz değişimlerle tanımlanır. Yeme bozukluklarının temel karakteristiği bozulmuş beden imajı, normal veya düşük vücut ağırlığında olmalarına rağmen kendilerini yağlanmış gibi algılamaları, kilo almaya karşı yoğun korku ve daha ince olmak için çok katı bir obsesyonun olmasıdır.

Yeme bozukluklarının tanı kriterleri “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)”ın 4. baskısında belirlenmiştir⁽¹⁾. Hastalığın psikolojik, davranışsal ve fizyolojik özelliklerine göre yeme bozuklukları Anoreksiya Nervroza (AN), Bulimia Nervroza (BN) ve diğer (EDNOS) olarak sınıflandırılır.

Anoreksiya nervroza (AN), daha çok ergenlik döneminde rastlanan, beden imajında bozuklukla karakterize, psikolojik nedenlere dayalı, yaşamı tehdit edecek boyutta besin alımının azaltılması ve ileri derecede zayıflamanın eşlik ettiği, tedaviye oldukça dirençli bir yeme bozukluğudur. AN, pek çok medikal komplikasyonları olan bir psikiyatrik bozukluk olduğundan optimal değerlendirme ve tedavisi psikiyatri, beslenme ve tıbbi profesyonellerden oluşan bir ekip yaklaşımı ile olanaklıdır. Yeme bozuklukları konusunda deneyimli bir diyetisyen tarafından verilen tıbbi beslenme tedavisi (TBT), yeme bozuklukları tedavisi ve yönetiminin integral bir parçasıdır⁽²⁾.

Bu çalışmada amacımız, AN tedavisinde deneyimli ve iyi organize olmuş bir ekibin hastanın değerlendirilmesi, tedavisi ve takibindeki etkinliğini değerlendirmektir.

OLGU SUNUMU

Yaklaşık 5 yıl kadar önce üniversite sınavında başarılı olamayan, ardından babasının işi gereği Sinop’tan Mersin’e taşınmaları gereken 23 yaşındaki bayan hastamız ESK, aynı yıl diyet yapmaya başladı. Başlangıçta normal ağırlıkta olan ESK’nın giderek daha az yemesi ve zayıflaması ailesini endişelendirir. Bu nedenle başvurdukları kurumlar ve aldıkları çeşitli tedavilerin yeterli olmaması sonucunda kliniğimize başvuran hastanın bir süre yatırılarak tedavi edilmesine karar verilir. Başlangıçta hastanın kapsamlı biyokimyasal testleri, psikometrik, nutrisyonel ve antropometrik değerlendirmesi

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD*; Merkez Biyokimya Lab.**; İç Hastalıkları ABD***; Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ABD****

yapılmış, daha sonra belirli aralıklarla bu ölçümler ve kan testleri tekrarlanmıştır. Hastamızın vücut analizi Body Stad Quad Scan 4000 ile yapılmıştır. Beslenme durumunun değerlendirilmesi ve tedavisinde derinlemesine görüşme yöntemi (In-depth Interview) kullanılmış, besin tüketim kayıtları BeBiS (Beslenme Bilgi Sistemi) bilgisayar programında hesaplanmıştır (3). Tedavide psikoterapi, farmakoterapi ve beslenme tedavisi birlikte kullanılmış, gerektiğinde diğer birimlerle işbirliği sağlanmıştır. Bir ay kadar hastanede yatırılarak tedavi edilen hasta, daha sonra taburcu edilerek, başlangıçta 15 günde bir yapılan kontrollerle tedavisi sürdürülmüştür. Yaklaşık iki yıldır ekibimiz tarafından takip ve tedavisi yürütülmekte olan hastamızın kontrolleri, sıklığı hastanın durumuna göre değişebilmekle birlikte genellikle 3-4 ayda bir kez olacak şekilde, halen devam etmektedir.

Hastamız 2000 yılı yaz ayında 54 kg iken rejim yapmaya başlamış. Giderek zayıflaması ve adetten kesilmesi üzerine ailesi Mersin’de bir doktora götürmüştü. Ancak hastamız doktorun önerdiği farmakolojik tedaviyi (Mirtazapin) uygulamamış. Diyet yapmaya devam eden hastamız, 2006 yazında 27 kg’a düşmüştü. Bu sırada tekrar babasının görevi gereği Bolu’ya taşınmışlar. Hastamız yeni taşındıkları şehirdeki evlerinde çok fazla kalamadan hastaneye yatırılmış. Bu kez Haydarpaşa Askeri Hastanesi Psikiyatri Kliniği’ne yatırılmış. Hastamızın

kendisinden 2 yaş küçük olan kız kardeşinin de aynı fiziksel semptomlar ve yeme davranışları ile giderek kg kaybetmesi üzerine 2 kardeş birlikte Anorexia Nervosa tanısı ile interne edilmiş. Burada yaklaşık 1 ay süren psikiyatrik tedaviden sonra taburcu edilen hastalarımız, tedaviden çok fazla yararlanamadıklarını belirterek birimize başvurmuşlardır. Birimizde yapılan psikiyatrik, medical ve nutrisyonel değerlendirme sonucunda 2 kardeşin yatırılarak tedavi görmesine karar verilir. Hastamızın kardeşinin hikayesi ve tedavisine ilişkin bilgiler bu çalışma kapsamına alınmamıştır. Hastamız ESK’nın beslenme durumunun değerlendirilmesinde diyet hikayesi, besin tüketim kayıtları, antropometrik ölçümler ve biyokimyasal parametrelerden yararlanılmıştır.

Başlangıçta hasta oldukça kaşektik görünümüne olup, fiziksel muayenesinde lanugo tüyleri, cilt kuruluğu, cansız saçlar ve ekstremitelerde siyanoz saptanmıştır. Ayrıca bradikardi, hipotansiyon ve kabızlık şikayeti vardı. Duygu durumu hafif depresye idi. Hastamız, kısıtlayıcı tip AN olduğu için elektrolit dengesizliği saptanmadı.

Body Stat Quad Scan 4000 (İngiltere) ile yapılan vücut analizinde, vücut yağı olması gereken değerlerin % 50’si kadar olup, total vücut suyunun normalin üzerinde olduğu bulundu.

Tablo 1. Tedavinin başlangıcında (I), altı (II), on iki (III) ve on sekiz (IV) ay sonra yapılan antropometrik ölçümler.

	Boy (cm)	Ağırlık (kg)	BKI (kg/m ²)	Bel (cm)	Kalça (cm)	BKO	V. yağı % (kg)	Yağsız kitle % (kg)	Vücut suyu % (lt)	BMH (kcal)
I	159	31	12.3	52	74	0.70	11.3 (3.5)	88.7 (27.5)	86.8 (26.9)	1089
II		57.5	22.3	79	94	0.84	29.5 (17.0)	70.5 (40.7)	49.2 (28.4)	1406
III		55.2	21.3	75	93	0.80				
IV		67.8	26.9	86	102	0.84				

Tablo 2. Tedavinin başlangıcında (I), altı ay (II) ve on sekiz ay sonra (III) yapılan biyokimyasal parametrelerin karşılaştırılması.

	AKŞ mg/dl	T.prot. mg/dl	Alb. mg/dl	Hgb mg/dl	Hct (%)	T ₃ ng/ml	T ₄ µg/dl	TSH mIU/ml	TG mg/dl	T.kol mg/dl	HDL mg/dl	LDL mg/dl	ALT U/L	AST U/L
I	65	5.7	3.4	10.2	30.7	0.49	5.8	3.28	79	129	43	70	51	30
II	85	6.9	3.9	12.6	37.8	1.05	5.27	2.16	49	169	52	107	23	22
III	84	7.2	4.1	13.6	39.8	0.81	6.60	3.13	101	204	34	150	27	23

Tedavinin başlangıcında, 6, 12 ve 18 ay sonra yapılan antropometrik ölçümler Tablo 1’de, biyokimyasal parametreler ise Tablo 2’de verilmiştir.

Başlangıç biyokimyasında lökopeni, trombositopeni, demir eksikliği anemisi, hipoproteinemi ve hipoproteinemi ile birlikte açlık hipoglisemisi saptanmıştır.

Diyete başladıktan sonra birkaç ay içinde amenoreye giren hastamızın hormonal bulguları Tablo 3’te verilmiştir.

Hormon testlerinin sonucuna göre hastamızda başlangıçta LH, FSH ve östrojen düşük; prolaktin ve kortizol yüksek düzeyleri yüksek bulunmuştur.

Hastamızın tedavinin başlangıcı ve 6 ay sonraki besin tüketim ortalama değerleri Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 3. Tedavinin başlangıcında (I), üç (II), altı (III) ve on sekizinci (IV) aylarında ölçülen hormon düzeyleri.

Ölçümler	I	II	III	IV
Prolaktin (ng/ml)	60.6↑	32.0 ↑	6.02 ↑	37.26↑
LH (mIU/ml)	<0.10↓	<0.10↓	<0.10↓	1.05
FSH (mIU/ml)	0.38↓	0.43 ↓	0.28 ↓	3.03
Östradiol (pg/ml)	<20.0↓	32.7	21.8	13.0
S. testesteron (pg/ml)	2.5	2.4	2.1	
İnsülin (mIU/ml)		2.13	15.2	
Kortizol (µg/ml)	26.6 ↑			
Free T ₃ (pg/ml)	1.63↓	1.69↓		2.32
Free T ₄ (ng/dl)	1.09	1.25		1.00

Tablo 4. Tedavinin başında (I) ve 6 ay sonrasındaki (II) besin tüketim değerleri.

Besin öğeleri	I	II
Enerji (kcal)	898.3	1288.4
Protein (g) %	49.1 (% 22)	63.3 (% 20)
Yağ (g) %	23.9 (% 24)	49.7 (% 35)
Karbonhidrat (g) %	117.5 (% 54)	139.9 (% 45)
Lif (g)	21.0	31.9
Kolesterol (mg)	113.8	160.7
Sodyum (mg)	1936.0	2674.2
Potasyum (mg)	2289.4	3102.5
Magnezyum (mg)	231.7	285.5
Kalsiyum (mg)	823.2	1149.4
Fosfor (mg)	199.4	1196.4
Demir (mg)	8.2	10.8
Çinko (mg)	7.5	9.4

TARTIŞMA

AN hastalarının % 50’sinde görülen kemik iliği hipoplazisinin anemi, lökopeni ve trombositopeniye yol açabileceği belirtilmiştir. AN’da troid hormonu üretimi normal olmakla birlikte, periferel troksin deiyodinizasyonu metabolik olarak daha az aktif olan rT₃ oluşumu lehinedir. Düşük T₃ sendromu olarak bilinen bu durum, AN’nın karakteristik özelliklerindedir ve beslenmenin düzelmesiyle normale döner (4,5). Nitekim, hastamızın başlangıçta total ve serbest T₃ düzeyleri düşük bulunmuş iken, beslenme durumunun iyileşmesine paralel olarak, tedavinin 6. ayında yapılan ölçümlerde hem troid fonksiyonlarında, hem de kan proteinleri ve kan sayımında iyileşme saptanmıştır.

Karaciğer enzimlerindeki yükselme ve yapılan US ile saptanan hepatomegali ve yağlanma, uzun süreli malnutrisyonun yapmış olduğu harabiyet olarak yorumlanmış; beslenmenin düzelmesiyle KC enzimleri de normal düzeylerine dönmüştür.

AN’nın primer özelliklerinden birisi de amenoredir. DSM kriterlerine göre amenore, menarşa girmiş kadınlarda ard arda en az 3 menstrual siklusun kaybı olarak tanımlanır (1). Amenorenin hipotalamik disfonksiyon ile birlikte kg kaybı, vücut yağının azalması, stres ve aşırı egzersiz kombinasyonu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. AN’da gonadotropinler prepubertal düzeylere ve salgı şekillerine geri döndüklerinden, amenorenin gonadotropin salgılatıcı hormonun regülasyonundaki bir değişiklikten kaynaklandığı kabul edilmektedir (4,5).

Hormon testlerinin sonucuna göre hastamızda hipogonadotropik hipogonadizm olduğuna karar verilmiş ve kadın doğum kliniği ile birlikte değerlendirilerek hormon replasman (HRT) tedavisine başlanmıştır. Prolaktin yüksekliğinde kullanılan psikotrop ilaçların (risperidon) etken olduğu düşünülmüştür. Hiperkortizolizm ise AN’da beklenen bir bulgudur.

Hastanede yatarak tedavi süresince hastanın bes-

lenmesi, besin tüketim kayıtları incelenerek izlenmiştir. Diyetin enerjisi ve yağı zaman içinde dereceli olarak artırılmıştır. Başlangıçta doğal besinlere ek olarak, enteral beslenme ürünlerinden de yararlanılmıştır. Ayrıca, bir multivitamin preparatı ile birlikte, w-3 kapsül de tedaviye eklenmiştir.

Farmakolojik tedavisinde clomipramin ve risperidon kullanılmıştır. Tedavinin 5. ayında hastamızın vücut ağırlığı 41.6 kg'a erişmiş iken, farmakolojik tedavisinde kullanılan risperidon yerine atipik antipsikotik olanzapine başlanmıştır. Tedaviye olanzapine eklenmesiyle birlikte şiddetli karbonhidrat açlığı gelişen hastamız aşırı yemek isteğinden ve vücudundaki şişlik hissinden rahatsızlık duymaya başlamıştır. Yaklaşık 1.5 aylık bir sürede 17 kg alan hastamız, BKİ'ne göre normal vücut ağırlığı sınırlarında (22.3 kg/m²) olmakla birlikte vücut yağ oranına göre hemen hemen obez sayılabilecek düzeye (% 29.5) ulaşmıştır (6). Yapılan biyokimyasal testlerde de insülin yüksekliği (HOMA-IR: 3.5) saptanması üzerine olanzapin kesilerek tedavide tekrar risperidona dönülmüştür. Hastamızın karbonhidrat açlığı ile başa çıkmasına yardımcı olması için yeterli protein ve kompleks karbonhidrat içeren diyetine choromium picolinate eklenmiştir. Bu süre zarfında yapılan tahlillerde psikofarmakolojik ilaçların da etkisiyle karaciğer enzimlerindeki yüksekliğin devam ettiği belirlenmiş ve bunun üzerine (*Advanced Milk Thistle ve Lesitin*) suplementasyonu önerilmiştir.

AN'da osteopeni ve osteoporoz, ciddi ve muhtemelen geri dönüşsüz medikal komplikasyonlardır. Çalışmaların sonuçları, vücut ağırlığının restorasyonu ile kemikte kısmi iyileşmenin muhtemel olduğunu, fakat kemik yoğunluğunun tamamen düzelmesinin vücut ağırlığının restorasyonundan 11 yıl sonra aşikar olduğunu ortaya koymuştur. Hastamızın ionize Ca düzeyinin düşük ve P düzeyinin yüksek olması üzerine yapılan kemik yoğunluk ölçümünde osteoporoz saptanmış (Lomber T skoru: -3.17 ve proksimal femur T skoru: -2.83) ve tedavisinin planlanması için Fizik Tedavi Kliniği'ne

yönlendirilmiştir. Burada hastamızın bulgularına uygun olarak kalsiyum ve D vitamini ile birlikte hormon replasman tedavisi başlanmıştır. Hastamızın yapılan poliklinik kontrollerinde biyokimyasal bulguları, duyu durumu ve besin tüketimi değerlendirilmelerine göre gerektiğinde multivitamin-mineral desteği yapılmıştır.

Tedavileri ve kontrolleri halen belirli aralıklarla ekibimiz tarafından sürdürülmekte olan hastamızın vücut ağırlığı normal sınırlarda kalacak şekilde korunmaya çalışılırken, bunun gerektirdiği beslenme ve yaşam tarzında davranış değişikliği için pekiştirici bilgilendirmeler yapılmaktadır.

AN'nın neden olduğu fiziksel, organik, psikik ve sosyal değişiklikler, hem erken dönemde ve hem de gelecekte, bireyin sağlığını ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Ayrıca, bu durumdan bilişsel fonksiyonların da geri dönüşsüz olumsuz yönde etkilenmesi olasıdır. Bu nedenle, yeme bozukluğu olgularının olabildiğince erken teşhis edilmesi ve tedavilerinin deneyimli bir ekip tarafından yürütülmesi, bir yandan sağlık harcamalarını azaltırken diğer taraftan da topluma bedenen, zihnen ve ruhen sağlıklı bireylerin kazandırılmasına da katkıda bulunacaktır.

KAYNAKLAR

- 1. American Psychiatric Association:** Diagnostic and statistical manual for mental disorders. 4th ed. APA Press: Washington DC; 2000.
- 2. ADA Reports:** Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). Journal of the American Dietetic Association 101(7):810-19, 2001.
- 3. BeBiS:** Beslenme Bilgi Sistemi Bilgisayar Programı 2004; 4. versiyon. Özenoğlu A. (Türkçe versiyon editörü).
- 4. Rock CL:** Nutritional and medical assesment and management of eating disorders. Nutr Clin Care 2:332-43, 1999.
- 5. Schebendach JE, Anderson PR:** Nutrition in eating disorders. In: Krause's Food, Nutrition and Diet Therapy, Mahan LK, Stump SE (eds). 11th ed. Saunders Comp. USA 594-615, 2004.
- 6. Özenoğlu A, Can G, Hatemi H:** Beden kitle indeksine göre normal ağırlıklı, fazla kilolu, obez ve morbid obez olarak gruplandırılan yetişkin kadın ve erkeklerde vücut kompozisyonu referans değerleri. Endokrinolojide Yönelişler 10(2):58-63, 2001.