

# Kaçınan Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu ve Anoreksiya Nervosa: Ayırıcı Tanı ve Tedavi Sürecinin Bir Ergen Olgu Üzerinden Tartışılması

*Avoidant Restricted Food Intake Disorder and Anorexia Nervosa: Discussion of the Differential Diagnosis and Treatment Process on an Adolescent Case*

© Büşra Büyükatdeş Çelebi<sup>1</sup>, © Aylin Yücel<sup>2</sup>, © Ömer Faruk Akça<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Pediatrik Gastroenteroloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

## ÖZ

Kaçınan/kısıtlı yiyecek alım bozukluğu Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5'te "Yeme Bozuklukları" başlığı altında sınıflandırılan ve beslenme yetersizliği, kilo kaybı, iştahsızlık ve yemeye karşı ilgisizlik ile karakterize bir bozukluktur. Fizik ve ruhsal muayenede çok çeşitli bulgulara rastlanabilen bir durum olup diğer yeme bozukluklarıyla ayırımı yapılması tedavi yaklaşımı için önemlidir. Bu olgu sunumunda psikososyal stresör sonrası derinleşen beslenme yetersizliğine bağlı ciddi kilo kaybı ve hayati riski ortaya çıkan bir ergen olgu sunularak ayırıcı tanı ve tedavi süreci tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Yeme bozuklukları, kaçınan/kısıtlı yiyecek alım bozukluğu, anoreksiya nervosa, atipik antipsikotik, olanzapin

## ABSTRACT

Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) is classified under the title of "Eating Disorders" in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 which is characterized by malnutrition, weight loss, loss of appetite, and reluctance on eating. Wide variety of findings can be found in physical and mental examination in this disorder and distinguishing from other eating disorders is important to establish the treatment plan. In this case report, an adolescent case with ARFID deepened after psychosocial stressor and admitted to our hospital with severe weight loss and vital risk due to nutritional deficiency is reported and the differential diagnosis and treatment process was discussed.

**Keywords:** Eating disorders, avoidant/restricted food intake disorder, anorexia nervosa, atypical antipsychotic, olanzapine

## Giriş

Kaçınan/kısıtlı yiyecek alım bozukluğu (KKYAB) "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" başlığı altında ilk defa Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5'te (DSM-5) tanımlanmış ve önemli kilo kaybı (ya da çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması ya da gelişmede bozulma olması), ciddi beslenme yetersizliği, oral beslenme takviyesi veya enteral beslenmeye bağımlılık, psikososyal işlevsellikte önemli ölçüde düşme olması ile karakterize bir bozukluktur.<sup>1</sup> Yemeye karşı ilgisizlik ve iştahsızlık KKYAB'nin en önemli özellikleridir. KKYAB olan hastalarda fiziki muayenede kaşektik görünüm, kuru cilt, lanugo kılları, solukluk, skafoid karın, hipotermi, bradikardi gibi beslenme yetersizliği bulguları görülebilir. Hazımsızlık, şişkinlik ve karın ağrısı, kabızlık, soğuk intoleransı, baş dönmesi gibi belirtiler olabilir. Hastalığın şiddetine göre yatarak tedavi

gerektirebilir.<sup>2</sup> Bu hastalarda ciddi vitamin eksikliklerine bağlı ağır tıbbi komorbid durumlar görülebilmektedir.<sup>3</sup> Anoreksiya nervosa (AN) kronik gidişli, kişide hayati tehdit oluşturacak düzeyde yememe ve kilo vermeye çalışma ve kendini kilolu hissederek sürekli kilo vermeye çalışma ile karakterize bir yeme bozukluğudur.<sup>4</sup> AN'nin yaygınlığı % 0,05-1,0 arasında olup kadınlarda daha sık görülmektedir.<sup>5</sup> KKYAB klinik görünümdeki benzerlikler nedeniyle AN ile karışabilmektedir. Bu olgu sunumunda yemek yememe ve çok ciddi kilo kaybı ve buna bağlı hayati riskin olduğu bir ergen olgunun ayırıcı tanı ve tedavi süreci bildirilmektedir.

## Olgu Sunumu

On üç yaş 9 aylık kız olgu kilo kaybı, besin alımı azlığı, iştahsızlık, mide bulantısı, son 1 haftadır neredeyse hiçbir şey yiyememe

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Büşra Büyükatdeş Çelebi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

**Tel.:** +90 539 279 63 31 **E-posta:** busrabuyukates06@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0003-2517-3963

**Geliş Tarihi/Received:** 03.01.2023 **Kabul Tarihi/Accepted:** 28.04.2023

Copyright © 2024 Yazar. Türkiye Çocuk ve Gençlik Psikiyatrisi Derneği adına Galenos Yayınevi tarafından yayımlanmıştır. Creative Commons Atıf-GayriTicari-Türetilemez 4.0 (CC BY-NC-ND) Uluslararası Lisansı ile lisanslanmış, açık erişimli bir makaledir.



ve eşlik eden bayılmalar nedeniyle Pediatrik Gastroenteroloji kliniğine başvurmuştur. Klinik değerlendirmesi yapılan olgu AN ön tanısı ile Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (ÇERSAH) polikliniğine konsülte edilmiştir. ÇERSAH polikliniğinde psikiyatrik değerlendirmesi yapılan olgunun yatarak tedavisinin sürdürülmesi planlanmış ve pediatri servisine yatırılarak Pediatrik Gastroenteroloji ve ÇERSAH bölümleri tarafından takipleri sürdürülmüştür. Olgunun ebeveyninden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Olgunun öyküsünden alınan bilgiye göre son 4 ay içerisinde 49 kg'dan 31 kg'a düştüğü, son 6 gündür hiçbir şey yemediği, bir önceki hafta boyunca da toplam bir bardak ayran dışında oral alımının olmadığı öğrenilmiştir. Küçüklüğünden beri yiyecekler ve yemek yeme eylemine karşı ilgisinin çok az olduğu, çok sınırlı miktarda ve birkaç çeşit yemek yediği, farklı yemekleri tatması konusunda zorlandığında bulantı hissi yaşadığı ve farklı yiyecekleri tadamadığı, iştahlı bir döneminin olmadığı öğrenilmiştir. Daha önce başlamış olmasına rağmen son 1 yıldır menstruasyon döngüsünün olmadığı öğrenilmiştir. Olgunun kliniğimize ilk başvurusundaki fizik muayene bulguları; kaşektik görünümde, kalp atım hızı 45 atım/dk, kan basıncı 80/50 mmHg, vücut sıcaklığı 36,0 °C olarak belirlenmiştir. Vücut kitle indeksi (VKİ) 10,9 kg/m<sup>2</sup> VKİ standart sapma skoru: -6,0 olarak hesaplanmıştır. Yapılan biyokimyasal tetkiklerinde hemoglobin: 9 gram/dL, sodyum: 132 mEq/L olarak saptanmıştır. Diğer biyokimyasal analizler normal aralıkta olarak raporlanmıştır. Çocuk Kardiyoloji bölümü tarafından değerlendirilen hastanın elektrokardiyografide sinüs bradikardisi saptanmış ve QTc: 0,37 olarak hesaplanmıştır. Yapılan ekokardiyografide bir patoloji saptanmamıştır. Olgunun yatışı esnasında semptomlara neden olabilecek olası organik sebepleri değerlendirmek için endoskopi, yutma testleri, kontrastlı üst-alt abdomen bilgisayarlı tomografi, beyin manyetik rezonans görüntülemeleri yapılmıştır ve herhangi bir patoloji saptanmamıştır.

Olgunun ilk başvurusu esnasındaki ruhsal durum muayenesinde; konuşmakta zorluk yaşadığı, halsiz olduğu ve iletişime isteksiz olduğu gözlenmiştir. Konuşma hızı ve miktarının azaldığı, bellek ve yöneliminin olağan olduğu, duygudurumunun depresif, duygulanımının depresif duygudurumu ile uyumlu olduğu, dikkatinin azaldığı, gerçeği değerlendirme yetisinin korunduğu gözlenmiştir. Varsanı ya da sanrı tariflemeyen olgunun ilk görüşmesinde beden algısı bozulma olduğu ile ilgili bir izlenim edinilmemiştir. Psikiyatrik öyküsünde olgunun daha önce herhangi bir çocuk ve ergen psikiyatri başvurusu olmadığı, çocukluk öyküsünde öne çıkan önemli bir stres faktörünün olmadığı, girişken bir yapıda olduğu, ailesi ve arkadaşları tarafından sevildiği öğrenilmiştir. Annesiyle iletişiminin iyi olduğu, babasıyla ilişkisinin ise daha mesafeli olduğu, 5 yaşındaki erkek kardeşi ile ilişkisinin çok iyi olduğu öğrenilmiştir. Olgu yaklaşık 4 ay önce kardeşinin geçirdiği bir nörolojik hastalık sonrası bu durumdan çok etkilendiğini, çok üzüldüğünü ve zaten az olan iştahının neredeyse tamamen kapandığını, bu nedenle bir şey yiyip içemez hale geldiğini ifade etmiştir. Kardeşinin nörolojik hastalığı sürecinde kardeşinin yeme ve yedirme süreçleri

ile ilgili bir belirti tariflememişlerdir. Kardeşi iyileşmeye başladığında ise artık midesinin herhangi bir besini almadığını, yemek yediğinde mide bulantılarının olduğunu bu nedenle beslenmekten kaçındığını ifade etmiştir. Kardeşinin hastalığı döneminde bununla ilgili üzgün olma dışında depresif belirti tariflememiştir. Ayrıca başvuru esnasında major depresif bozukluk (MDB), anksiyete bozukluğu gibi yeme sürecini sekonder olarak etkileyecek herhangi bir bozukluğun tanı ölçütlerini karşılamadığı belirlenmiştir.

AN olan hastalarda beden algısı ile ilgili düşünceleri gizleme eğiliminin olabileceği göz önünde bulundurularak olgu AN ve KKYAB ön tanıları ile pediatri servisinde takip edilmiştir. Olguya ÇERSAH tarafından fluoksetin 20 mg, pediatrik gastroenteroloji tarafından total parenteral nütrisyon (TPN) tedavisi başlanmıştır. Yapılan günlük psikiyatrik görüşmelerde olgu kilo almaktan korkmadığını, çok zayıf olduğunu bildiğini ve bu durumdan rahatsız olduğunu ifade etmiştir. Kalori saymadığı, kilo kaybı sürecinde herhangi bir diyet ya da egzersiz yapmadığı öğrenilen olgunun çıkarma davranışının da olmadığı öğrenilmiştir. Yatış sürecinde de bu konularla ilgili herhangi bir davranışının olmadığı gözlenmiştir. Değerlendirmeler sonucunda olgunun psikofarmakolojik tedavisi fluoksetin 20 mg/gün ve olanzapin 5 mg/gün olarak düzenlenmiş ve gıda alımının artırılması, düzenli beslenme ile beslenme eksikliklerinin giderilmesi hedeflenmiştir. Olgu ile birlikte bir beslenme planı oluşturulmuştur. Yatışının 9. gününde ilk oral alımı gerçekleşen olgunun kontrollü bir şekilde oral alımı artırıldı. Yiyecek miktarı arttıkça TPN miktarı azaltılan olgu ilk oral alımdan 10 gün sonra hastalık öncesi beslenme düzenine yakın bir beslenme düzeni gösterdi. Üç hafta süren yatışı sonrası olgunun 5 kg alarak 36 kg'a çıktığı, beslenme sırasında bulantılarının kalmadığı, yemekten korkmadığı görüldü. Taburcu edilen olgu haftalık ÇERSAH ve Pediatrik Gastroenteroloji bölümlerince poliklinikte takip edildi. Taburculuk sonrası 20. günde iştahının tamamen normale döndüğü gözlenen olgunun ağırlığı 43 kg, VKİ 15,1 kg/m<sup>2</sup> olarak ölçüldü.

## Tartışma

Bu bildirimde sunulan olgunun başvuru esnasında VKİ'sinin oldukça düşük olması, oral alımının olmaması ve beslenmeye yönelik isteksizlik nedeniyle beden algısının bozuk olabileceği düşünülmüş ve AN ön tanısı ile kliniğimize konsülte edilmiştir. Fakat takip süreci boyunca olgu ve ailesi ile yapılan görüşmelerde küçüklüğünden beri kısıtlı beslendiği, yemeklerde seçici olduğu, son dönemde kardeşinin hastalığı ile bu sürecin derinleştiği öğrenilmiştir. Olgunun beden algısında bozulma olmadığı ve kilo almaktan korkmadığı belirlenmiş ve AN tanısı olası tanılardan çıkarılarak KKYAB tanısı konulmuştur. Literatürde KKYAB hem erişkin hem pediatrik hastalarda bildirilmektedir<sup>6</sup> ve KKYAB'nın tıbbi ve psikolojik komplikasyonlar açısından AN kadar ciddi olabileceği bildirilmiştir<sup>7</sup> Yapılan bir çalışmada AN ile karşılaştırıldığında KKYAB'nın daha erken başlangıç yaşı ve daha yüksek VKİ ile seyrettiği, psikiyatrik komorbiditelerin daha az eşlik ettiği gösterilmiştir.<sup>8</sup> Bizim olgumuzda da ek psikiyatrik tanısının olmaması ve muhtemelen çocukluk döneminden itibaren KKYAB özelliklerini taşıyor olması literatür ile

uyumludur. Ancak başvurusu esnasında olgumuzun VKİ'nin ciddi düzeyde düşük olması literatür bilgisi ile uyuşmamaktadır.

Diğer yandan öyküden, hastanın belirtilerinin kardeşinin hastalandığı dönemle birlikte şiddetlendiği anlaşılmaktadır. Bu durum depresif belirtilere ya da kaygı bozukluğuna bağlı olarak gelişen bir iştahsızlık sürecini akla getirmektedir. Ancak olgu sunumunda belirtildiği üzere yapılan değerlendirme ve klinik öyküye göre hastanın kardeşinin hastalığı döneminde ve kliniğimize başvuru yaptığı dönemde MDB veya kaygı bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamadığı, o süreçteki üzümlük dışında depresif belirtilerinin olmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle bu durum depresif belirtilere veya kaygı bozukluğuna bağlı iştahsızlık süreci olarak değerlendirilmemiştir. Ayrıca küçüklükten itibaren hep az ve kısıtlı çeşit yiyecek alımı olan bir çocuk olması, yiyeceklere ilgisinin olmaması ve az yemesine rağmen sıklıkla bulantı hissinin olduğu öyküsü bu sürecin ruhsal stresle şiddetlenmesine rağmen temelde bir KKYAB olgusu olduğunu düşündürmektedir.

KKYAB tedavisi için multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir. Literatürde bilişsel davranışçı terapi ve aile temelli terapinin etkili olabileceği bildirilmiştir.<sup>9,10</sup> KKYAB tedavisinde ilacın kullanımını destekleyen hiçbir randomize kontrollü çalışmaya rastlanmamıştır. Olanzapinin iştah artışı ve kaygı azaltma etkisiyle KKYAB tedavisinde kullanılabileceğini bildiren vaka raporları mevcuttur.<sup>11</sup> Biz de olguya ilk değerlendirmesinde belirlenen depresif belirtiler ve yeme konusundaki kaygıları nedeni ile fluoksetin tedavisi başladı ve olgunun ayırıcı tanısı yapıldıktan sonra iştah açıcı özelliği olması nedeni ile tedaviye olanzapin ekledik. AN ile KKYAB ayırıcı tanısının tam olarak yapılmadığı durumlarda iştah açıcı özelliği olan ilaçların kullanımının riskli olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Kilo alma ile ilgili ciddi kaygıların olduğu AN olgularında iştah açıcı ajanların kullanımının kilo alma kaygısını artırabileceği, buna bağlı olarak da kusma, aşırı diyet ve spor yapma gibi uygunsuz davranışları şiddetlenebileceği akılda tutulmalıdır. Literatürde AN tedavisinde olanzapinin faydalı olabileceğini bildiren çalışmalar bulunmasına rağmen bu çalışmalar ergenlerde çelişkili sonuçlar bildirmektedir.<sup>12</sup> Diğer yandan bazı yazarlar AN olgularında olanzapin kullanımının beden algısının bozulmasına neden olarak daha kötü sonuçlara neden olabileceğini bildirmektedirler.<sup>13</sup> Bu nedenle olanzapin tedavisi başlanmadan önce AN ve KKYAB ayırıcı tanısının yapılmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

## Sonuç

Sonuç olarak KKYAB, DSM-5 ile tanımlanmış bir bozukluktur ve literatürde henüz sınırlı sayıda KKYAB olgusu bildirilmiştir. Bu olgu sunumu, ciddi oral alım kısıtlılığı ve VKİ düşüklüğü olan olgularda AN yanı sıra KKYAB tanısının da ayırıcı tanıları arasında bulundurulmasının önemli olduğunu ve tedavi sürecini yönetirken olgunun ayırıcı tanısının doğru olarak yapılmasının önemli olduğunu göstermektedir. Bu iki bozukluğun patofizyolojik ve klinik özellikleri bakımından benzerlik ve farklılıklarını araştıran çalışmalar bu konudaki bilgimizi genişletecektir. Diğer yandan KKYAB'nin çocukluk ve ergenlik dönemindeki tedavisi ile ilgili henüz kısıtlı araştırmalar

bulunmaktadır. Bu konudaki araştırmalar klinik uygulamalarda tedavi sürecinin sağlıklı yönetilmesine yardımcı olacaktır.

## Etik

**Hasta Onayı:** Olgunun ebeveyninden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

## Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: B.B.Ç., A.Y., Ö.F.A., Konsept: B.B.Ç., Dizayn: B.B.Ç., Ö.F.A., Analiz veya Yorumlama: B.B.Ç., A.Y., Ö.F.A., Literatür Arama: B.B.Ç., Yazan: B.B.Ç.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

## Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fifth Edition (DSM-5®). American Psychiatric Publishing, Arlington, VA 2013.
2. Strandjord SE, Sieke EH, Richmond M, Rome ES. Avoidant/restrictive food intake disorder: Illness and hospital course in patients hospitalized for nutritional insufficiency. *J Adolesc Health*. 2015;57:673-678.
3. Chandran JJ, Anderson G, Kennedy A, Kohn M, Clarke S. Subacute combined degeneration of the spinal cord in an adolescent male with avoidant/restrictive food intake disorder: A clinical case report. *Int J Eat Disord*. 2015;48:1176-1179.
4. Özdel O, Ateşçi F, Oğuzhanoglu NK. Bir anoreksiya nervosa olgusu ve bu olguya farmakoterapi ile birlikte psikodrama teknikleri ile yaklaşım. *Türk Psikiyatri Derg*. 2003;14:153-159.
5. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;1;61:348-58.
6. Murray HB, Bailey AP, Keshishian AC, Silvernale CJ, Staller K, Eddy KT, Thomas JJ, Kuo B. Prevalence and Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Adult Neurogastroenterology Patients. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020;18:1995-2002.
7. Society for Adolescent Health and Medicine, Medical Management of Restrictive Eating Disorders in Adolescents and Young Adults. *J Adolesc Health*. 2022;71:648-654.
8. Becker KR, Keshishian AC, Liebman RE, Coniglio KA, Wang SB, Franko DL, Eddy KT, Thomas JJ. Impact of expanded diagnostic criteria for avoidant/restrictive food intake disorder on clinical comparisons with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2019;52:230-238.
9. King LA, Urbach JR, Stewart KE. Illness anxiety and avoidant/restrictive food intake disorder: Cognitive-behavioral conceptualization and treatment. *Eat Behav*. 2015;19:106-109.
10. Thomas JJ, Lawson EA, Micali N, Misra M, Deckersbach T, Eddy KT. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: a Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19:54.
11. Brewerton TD, D'Agostino M. Adjunctive Use of Olanzapine in the Treatment of Avoidant Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents in an Eating Disorders Program. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2017;27:920-922.
12. Han R, Bian Q, Chen H. Effectiveness of olanzapine in the treatment of anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav*. 2022;12:e2498.
13. Norris ML, Spettigue W. How much do we really know about the effectiveness of olanzapine use in patients with anorexia nervosa? *Neuropsychiatry*. 2012;2:83-85.