

Choroba trzewna glutenozależna u pacjentki ze wstępnym rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego

Gluten-dependent coeliac disease in a female patient with an initial diagnosis of anorexia nervosa

AGATA BRZOZOWSKA, CELINA TOMASZEWICZ-LIBUDZIC

Z Kliniki Psychiatrii Wieku Rozwojowego Akademii Medycznej w Warszawie

STRESZCZENIE. Autorzy przedstawiają przypadek pacjentki ze wstępnym rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego, u której ostatecznie rozpoznano chorobę trzewną glutenozależną (celiakę). Ze względu na trudności diagnostyczne i terapeutyczne podjęto zagadnienie diagnostyki różnicowej stanów wyniszczenia ze szczególnym uwzględnieniem zespołów złego wchłaniania.

SUMMARY. In the presented case of a female patient initially diagnosed as suffering from anorexia nervosa the gluten-dependent coeliac disease (diarrhoea chylosa) was eventually recognized. Due to diagnostic and therapeutic difficulties the issue of differential diagnosis of cachexic states, and particularly, of malabsorption syndromes, was dealt with in more detail.

Słowa kluczowe: jadłowstręt psychiczny / choroba trzewna / diagnostyka / opis przypadku
Key words: anorexia nervosa / coeliac disease / diagnostics / case study

Jednym z objawów jadłowstrętu psychicznego (*anorexia nervosa*, AN) jest celowa utrata masy ciała wywołana lub podtrzymywana przez pacjenta. Występuje najczęściej u dziewcząt w okresie pokwitania i u młodych kobiet. Zdarza się u dzieci zbliżających się do okresu pokwitania i u dojrzałych kobiet, u chłopców i młodych mężczyzn [3]. Współczesne klasyfikacje zaburzeń psychicznych (DSM-IV, ICD-10) precyzyjnie definiują kryteria diagnostyczne AN, eksponując równocześnie potrzebę różnicowania AN z innymi zaburzeniami psychicznymi i chorobami somatycznymi prowadzącymi do stanów niedożywienia i wyniszczenia [1, 3]. Zachowania „anorektyczne”: unikanie, odmowa spożywania pokarmów z towarzyszącym spadkiem masy ciała, niechęć do niektórych produktów spożywczych mogą towarzyszyć wielu chorobom somatycznym, spośród których wymienić należy m.in. przewlekłe choroby wyniszczające, guzy mózgu, zaburzenia jelitowe, chorobę Crohna lub

zespoły wchłaniania [3]. Przyczyny uogólnionych stanów złego wchłaniania przedstawiamy niżej za Nelsonem [4]:

Częstsze:

1. mukowiscydoza
2. atrezja dróg żółciowych
3. rozległe wycięcie jelita
4. zespół pętli zastoinowej
5. przewlekłe zakażenia, np. lamblioza
6. celiakia (choroba trzewna glutenozależna)

Rzadsze:

1. przewlekłe zapalenie trzustki
 2. zakażenia, np. niedobory odpornościowe
 3. inne cholestazy
 4. wrodzony zespół krótkiego jelita
 5. nietolerancja białek pokarmowych (mleka, soi)
 6. sprue tropikalna
 7. rozległe zmiany śluzówkowe o nieznannej etiologii.
-

Choroba trzewna glutenozależna (celiakia), u podłoża której leży defekt błony komórkowej enterocytów warunkujący zmiany morfologiczne w błonie śluzowej jelit pod wpływem zawartego w diecie glutenu, najczęściej ujawnia się w pierwszych latach życia dziecka w związku z wprowadzeniem do diety produktów zawierających gluten [2]. W obrazie klinicznym dominują objawy ze strony przewodu pokarmowego: cuchnące, luźne, obfite, niekiedy lśniące stolce, o masie dochodzącej do 1000 g/dobę, duży, wzdęty brzuch kontrastujący z ogólnym wyniszczeniem dziecka.

Dziecko może przejawiać takie objawy rzekomonerwicowe, jak: smutek, apatię, utrudniony kontakt, drażliwość, płaczliwość, lęki nocne i utratę łaknienia. Do obrazu choroby dołączają się objawy zależne od zaburzeń wchłaniania – stany niedoborowe, m.in. niedokrwistość niedobarwliwa lub megaloblastyczna, krzywica, napady tężyczkowe, osteoporoza, wtórny niedobór wzrostu [5]. Późne ujawnienie się choroby, w drugiej dekadzie życia lub w wieku dorosłym, należy do rzadkości [4].

OPIS PRZYPADKU

Dziewczynka w wieku 11 lat i 6 miesięcy została przyjęta do Kliniki z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego, postawionym przez konsultanta psychiatrę oddziału dziecięcego szpitala rejonowego w niewielkim mieście. Pochodziła z rodziny wielodzietnej, zrekonstruowanej. Ojciec pacjentki zmarł na zawał serca, gdy była w wieku niemowlęcym. Matka (l. 43), w czasie hospitalizacji naszej pacjentki przebywała na urlopie macierzyńskim – opiekowała się dwumiesięcznym synem. Zawarła ona związek małżeński w ok. 2 r.ż. pacjentki. Z tego związku pochodzi troje przyrodniego, zdrowego rodzeństwa: siostra (7 lat) i dwaj bracia, (7 lat, 2 miesiące). W rodzinie nikt nie chorował psychicznie. Pacjentka urodziła się z ciąży pierwszej, prawidłowej, z porodu prawidłowego, siłami natury. Rozwój psychoruchowy

przebiegał prawidłowo. Karmiona była piersią przez miesiąc, potem sztucznie. Przed 6 miesiącem życia matka wzbogacała mieszanek kaszą manną. Od 3 r.ż. dziewczynka chodziła do przedszkola przez 7 miesięcy, dobrze się tam adaptowała, potem pozostawała w domu pod opieką matki zajmującej się młodszym bratem. Problemy z jedzeniem pojawiły się w klasie „0”. Niechętnie jadła w domu i w szkole, unikała zwłaszcza mięsa i wędlin. W II i III klasie wyraźnie schudła, skarżyła się na bóle brzucha. Koleżeńska, lubiana w klasie, ambitna, uczyła się dość dobrze. W ostatnim roku więcej czasu poświęcała nauce uzyskując lepsze oceny. Od trzeciej klasy była mniej zainteresowana kontaktami z rówieśnikami, przestała pomagać w zakupach, więcej czasu spędzała w domu. W czasie ostatnich wakacji była na pierwszej w życiu kolonii, z której wróciła bardzo wychudzona. Przed wakacjami zaczęła samoistnie wymiotować w trakcie posiłków. Dotychczas nie mięszkowała.

W wieku szkolnym była dwukrotnie hospitalizowana w oddziale dziecięcym. Pierwszy raz w wieku 10 lat i 4 miesięcy z powodu niedoboru masy ciała, bólów brzucha, niedokrwistości z niedoboru żelaza. Ważyła wówczas 24 kg (<5 c) przy wzroście 135,5 cm (10–25 c). Druga hospitalizacja poprzedziła leczenie w naszej Klinice o 2 miesiące i związana była z pogłębiającym się ubytkiem masy ciała, niedoborem wzrostu, utratą łaknienia i samoistnymi wymiotami po posiłkach. W oddziale dziecięcym szpitala rejonowego nie obserwowano bólów brzucha ani biegunki. Wykluczono organiczne przyczyny zaburzeń odżywiania, w tym chorobę trzewną. Konsultant psychiatra rozpoznał jadłowstręt psychiczny i bezwzględnie zalecił hospitalizację w oddziale psychiatrii dziecięcej. Pacjentkę przeniesiono do Kliniki bezpośrednio z oddziału dziecięcego. Krótco przed tym, po krótkotrwałej przepustce do domu, wymagała terapii zaburzeń elektrolitowych z powodu wymiotów po posiłkach. Utrzymywały się obrzęki podudzi.

Przy przyjęciu pacjentka ważyła 21 kg przy wzroście 135,5 cm (BMI – 11,44 kg/m²). Była bardzo wyniszczona, ale poruszała się o własnych siłach. Ciśnienie tętnicze krwi było obniżone (80/40 mmHg), ciepota ciała wahała się od 36,4°C do 37°C. W okolicach stawów skokowych obserwowano obrzęki. Brzuch był wzdęty, wysklepiony powyżej klatki piersiowej, co kontrastowało z ogólnym wyniszczeniem.

W oddziale pozostała niechętnie, na skutek nacisków matki. Przyznała, że unika jedzenia, gdyż pokarmy szkodzą jej. Nie lubiła zwłaszcza wędliny, mięsa i pieczywa. Nie akceptowała swojego wyglądu, uważała, że szpeci ją wada uzębienia i duży brzuch. Przed posiłkami ujawniała lęk, jadła niechętnie, powoli, bez apetytu, trzymając się za brzuch. W drugim dniu hospitalizacji w czasie obiadu obficie wymiotowała – wiązała to ze zdenerwowaniem z powodu kontroli pielęgniarskiej. Między posiłkami czytała książki, izolowała się od dzieci. Niechętnie przebywała w łóżku, dość często wychodziła do toalety – obserwowano, że po niektórych posiłkach plukała usta. W trakcie hospitalizacji coraz częściej wymiotowała w czasie posiłków, po spożyciu niewielkich ilości pokarmu. U pacjentki narastała drażliwość z tendencją do płaczu, co utrudniało nawiązanie rzeczowego kontaktu. Dziewczynka skoncentrowana była na problemie jedzenia, próby rozmowy na inny temat kończyły się skargami na niesmaczne i zbyt obfite posiłki. Nalegała, by zaniechać podawania posiłków, zamiast tego podawać tabletki. Kilkakrotnie w ciągu dnia oddawała półpłynne, cuchnące stolce. Stan ogólny pacjentki w ciągu kilku dni dramatycznie się pogorszył, wystąpiły objawy odwodnienia, tachykardia 120–170/min., zasadowica metaboliczna, hipokaliemia (K = 2,37 mEq/l), hipokalcemia (Ca = 3,5 mEq/l), hipofosfate mia (fosforany w surowicy = 0,7 mEq/l), hipoproteinemia (białko całkowite w surowicy = 2,35 g%), niedokrwistość niedobarwliwa (Hb = 9,3 g%, krwinki czerwone = 3,3 mln/mm³). Posiewy stolca nie ujaw-

niły czynników patogennych. Stosowano dożylnie wlewy płynów kroplówkowych, a następnie, po konsultacji anesteziologicznej, włączono żywienie pozajelitowe. Z powodu nasilonej niedokrwistości i znacznego wyniszczenia z hipoproteinemią przetoczono 500 ml masy erytrocytarnej oraz 300 ml mrożonego osocza. Dwukrotnie wystąpiły napady tężyczki, szybko ustępujące po dostnym podaniu glukonianu wapnia.

Pacjentka odmawiała przyjmowania posiłków. W wyniku odżywiania pozajelitowego stan psychiczny i somatyczny uległ znacznej poprawie. Masa ciała wzrosła do 24,5 kg. Zaburzenia metaboliczne i obrzęki ustąpiły. Nastrój wyrównał się, kontakt z dziewczynką poprawił się. Pacjentka okazywała zadowolenie z poprawy stanu zdrowia, zaprzeczyła lękom przed należąną masą ciała. Wyrażała obawy przed włączeniem doustnej diety. Matka pacjentki przekazała fotografie sprzed okresu choroby, które przedstawiały prawidłowo odżywną dziewczynkę, jednak uwagę zwracał nieproporcjonalny do sylwetki duży, wzdęty brzuch.

W związku z podejrzeniem choroby trzewnej pobrano krew na poziom przeciwciał przeciwendomezjalnych uzyskując wysoki poziom 320 j. w teście immunofluorescencji w klasie IgA.

Rozpoznano chorobę trzewną glutenoależną (celiakę) o nietypowym późnym początku. Pacjentkę przeniesiono do Instytutu Matki i Dziecka, gdzie kontynuowano leczenie. Włączono dietę bezglutenową, bezmleczną uzyskując w ciągu miesiąca przyrost masy ciała do 28 kg oraz ustąpienie objawów klinicznych choroby trzewnej.

Dziewczynka pozostaje od roku pod opieką ambulatoryjną. Stan odżywienia jest prawidłowy. We wrześniu 1997 r. ważyła 37 kg. Nadal wymaga stosowania diety eliminacyjnej.

KOMENTARZ

Wątpliwości, co do trafności rozpoznania wstępnego pojawiły się po krótkiej obserwacji pacjentki w klinice. Były one związane

z nietypowym obrazem klinicznym oraz poprawą kontaktu z pacjentką w wyniku żywienia pozajelitowego. Wtedy dopiero możliwa stała się pełna ocena kryteriów diagnostycznych jadłowstrętu psychicznego. Zaobserwowano brak spełnienia kryteriów DSM-IV i ICD-10. Naszą uwagę zwracała następująca konstelacja objawów:

-
-
- obawa przed jedzeniem przy braku obawy przed przyrostem masy ciała,
 - brak zaburzeń spostrzegania własnego ciała, a jedynie niezadowolenie z własnego wyglądu,
 - brak informacji świadczących o odchudzaniu się, utracie apetytu (być może nieświadome unikanie produktów zawierających gluten),
 - nietypowe dla AN częste, nieprawidłowe stolce (wywiad w kierunku zażywania środków przeczyszczających – negatywny), duży, wzdęty brzuch nawet przed „chorobą” – objawy sugerujące zespół złego wchłaniania,
 - bardzo wczesny początek choroby (niedożywienie i anemia niedobarwliwa stwierdzone w 10 r.ż.).
-
-

Trudności diagnostyczne związane były z następującymi czynnikami: (1) wykluczenie choroby trzewnej w oddziale dziecięcym szpitala rejonowego, (2) trudności weryfikacji rozpoznania wstępnego (uzupełnienie wywiadu było utrudnione ze względu na znaczną odległość od miejsca zamieszkania i sytuację rodzinną oraz ciężki stan somatyczny, drażliwość i niechęć pacjentki do nawiązywania kontaktu werbalnego).

Rozpoznanie jadłowstrętu psychicznego u wyniszczonej chorej, zwłaszcza w wieku przedpokwitaniowym powinno być bardzo ostrożne. Należy wykluczyć inne przyczyny stanów niedożywienia i zaburzeń łaknienia.

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Ed. Washington DC 1994.
2. Górnicki B., Dębiec B.: *Vademecum pediatrii*. PZWL, Warszawa 1990, 246–250.
3. ICD-10. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, Kraków 1994.
4. Podręcznik pediatrii Nelsona. PWN, Warszawa 1996, 1107–1114.
5. Szczepski O., Walczak M.: *Zarys pediatrii*. PZWL, Warszawa 1984, 359–360.

*Adres: Dr Agata Brzozowska, Klinika Psychiatrii Wieków Rozwojowych AM,
ul. Marszałkowska 24, 00-576 Warszawa*