

# Jak leczyć jadłowstręt psychiczny? – opis przypadku

How to treat *anorexia nervosa*?  
– case report

Podfigurna-Stopa Agnieszka, Męczekalski Błażej, Warenik-Szymankiewicz Alina

Katedra i Klinika Endokrynologii Ginekologicznej  
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

## Streszczenie

Jadłowstręt psychiczny to zaburzenie odżywiania, charakteryzujące się zmniejszoną masą ciała oraz zaburzonym postrzeganiem własnej sylwetki, z towarzyszącą obsesją otyłości. Zaburzenie to zawiera komponentę psychiczną, neuroendokrynologiczną, hormonalną i metaboliczną.

Poniższy opis przypadku przedstawia młodą pacjentkę z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego i pierwotnego braku miesiączki, u której nie stwierdzono rozwoju wtórnych cech płciowych.

Wyniki badań hormonalnych potwierdziły podwzgórzową przyczynę wyżej wymienionych zaburzeń. Przeprowadzono ocenę nasilenia depresji w oparciu o skalę Becka i Hamiltona, rejestrując istotne zaburzenia nastroju w postaci ciężkiej depresji. Badanie densytometryczne odcinka lędźwiowego kręgosłupa wykonane u tej pacjentki wykazało zmiany o charakterze osteoporozy w obrębie odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Badania zostały przeprowadzone powtórnie po 1,5 rocznym okresie stosowania terapii estrogenowo-progesteronowej. U pacjentki wystąpiły prawidłowe, owulacyjne cykle miesiączkowe oraz prawidłowy profil hormonalny w zakresie osi podwzgórze-przysadka-jajnik.

Po 1,5 rocznym leczeniu hormonalnym pacjentka odżywiła się prawidłowo oraz ustąpiły objawy jadłowstrętu psychicznego. U pacjentki stwierdzono istotną poprawę nastroju. Ponadto, po opisanym okresie stosowania terapii hormonalnej, uzyskano znaczny przyrost masy kostnej w badaniu densytometrycznym odcinka lędźwiowego kręgosłupa tzn. stwierdzono zmiany o charakterze osteopenii.

Słowa kluczowe: **pierwotny brak miesiączki / jadłowstręt psychiczny /  
gęstość tkanki kostnej /**

## Abstract

*Anorexia nervosa is an eating disorder characterized by low body weight and body image distortion with obsessive fear of gaining weight. It is a complex condition involving psychological, neuroendocrine, hormonal and metabolic components.*

*The following is a case report of a young patient diagnosed as anorexia nervosa and primary amenorrhea, without the development of secondary female characteristics.*

## Adres do korespondencji:

Katedra i Klinika Endokrynologii Ginekologicznej  
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu  
ul. Polna 33, 60-535 Poznań  
email: blazejmeczekalski@yahoo.com

Otrzymano: 20.07.2007

Zaakceptowano do druku: 30.09.2007

Podfigurna-Stopa A, et al.

*Hormonal examination confirmed hypothalamic origin of the described disorders. There was an important impairment in the mood sphere (Beck's Depression Inventory and Hamilton Depression Rating Scale) of this young woman. Densitometry of lumbar spine revealed significant bone loss (diagnosed as osteoporosis) in this patient.*

*All of the abovementioned examinations were repeated after one and a half years of hormonal treatment (estrogen-progestins). A return of normal menstrual cycle (with ovulation function) and normal hormonal profile have been observed. After one and a half years of treatment the patient had regular feeding patterns and none of the anorexia nervosa symptoms have been found.*

*A significant improvement in Beck's Depression Inventory and Hamilton Depression Rating Scale was found after one and a half years of hormonal treatment. The patient was also characterized by important increase of bone mass density – osteopenia was described by the densitometry of the lumbar spine.*

Key words: **primary amenorrhea / anorexia nervosa / bone mass density /**

## Wstęp

Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*) jest zaburzeniem charakteryzującym się nieprawidłową oceną własnej sylwetki oraz bezgraniczną negacją spożywania pokarmów, prowadzącą do znacznego spadku masy ciała. Towarzyszy temu stała obawa przed otyłością oraz stopniowe niedożywienie i wyniszczenie organizmu.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatrii w 1994 roku ustaliło kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego [1] (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV*), które są powszechnie stosowane:

- brak akceptacji psychicznej utrzymania masy ciała na poziomie minimum normy odpowiedniej dla wieku i wzrostu (utrata masy ciała prowadząca do stanu poniżej 85% masy należnej lub niemożność przyrostu masy ciała w okresie wzrostu do 85% masy należnej),
- stała obawa przed wzrostem masy ciała lub otyłością, nawet w razie niedowagi ciała,
- zaburzenia w samoocenie dotyczące masy i wyglądu ciała; prawidłowa masa ciała jest postrzegana jako nadmierna, a niska masa ciała jako prawidłowa,
- u osób wcześniej miesiączkujących występuje wtórny brak miesiączki.

Jadłowstręt psychiczny należy do grupy zaburzeń odżywiania i charakteryzuje się pierwotnym lub wtórnym brakiem miesiączki uwarunkowanym niewydolnością podwzgórza oraz szeregiem zaburzeń metabolicznych. Kluczowe znaczenie mają nieprawidłowości w zakresie częstotliwości i amplitudy wydzielania GnRH i gonadotropin oraz głęboki hipostrogenizm [2].

Młode kobiety cierpiące na jadłowstręt psychiczny charakteryzują się określonym profilem psychicznym. Główne cechy to introwertyzm, obniżony nastrój, brak pewności siebie, zaburzenia pamięci i koncentracji [3].

Istotnym, lecz często niedocenianym problemem u pacjentek z jadłowstrętem psychicznym są wspomniane wcześniej zaburzenia metaboliczne takie jak hipokaliemia, zasadowica hipochloremiczna, hipoglikemia czy hipofosfatemia [2].

Należy szczególnie podkreślić, że stany związane z hipostrogenizmem takie jak jadłowstręt psychiczny prowadzą często do obniżenia gęstości tkanki kostnej o typie osteopenii lub osteoporozy [4].

## Opis przypadku

Do Katedry i Kliniki Endokrynologii Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu przyjęto pacjentkę lat 17 z rozpoznaniem pierwotnego braku miesiączki (*amenorrhea primaria*). W wywiadzie chora podaje:

- odchudzanie i spadek masy ciała o 20kg (z 59kg do 39kg) przez okres 11 miesięcy w 13 roku życia,
- silne przeżycia stresowe związane z sytuacją rodzinną,
- intensywny wysiłek fizyczny (bieganie, przysiady, ćwiczenia gimnastyczne) w celu utraty masy ciała.

Dwukrotnie (w 13 i 14 roku życia) hospitalizowana w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego typu restrykcyjnego. Leczona do tej pory lekami przeciwdepresyjnymi: Imipramina (trójpierścieniowy lek przeciwdepresyjny) w dawce 25mg rano, Mirtazapina (antagonista receptorów a adrenergicznych) w dawce 15mg na noc.

Aktualnie pod kontrolą Poradni Zdrowia Psychicznego w Poznaniu. Chora przerwała naukę, uczestnictwo w zajęciach wychowania fizycznego oraz zerwała kontakty z rówieśnikami. Dwukrotnie (w 15 i 16 roku życia) hospitalizowana z powodu zatrucia lekami przeciwdepresyjnymi i przeciwpsychotropnymi w celach samobójczych.



**Rycina 1.** Pacjentka lat 17, masa ciała 42,5kg, wzrost 163cm, Body Mass Index (BMI) = 15,9 kg/m<sup>2</sup>, XI. 2005.

Jak leczyć jądłowstręt psychiczny? Opis przypadku.

W momencie przyjęcia do Kliniki Endokrynologii Ginekologicznej pacjentka ważyła 42,5kg przy wzroście 163cm (*Body Mass Index* – BMI = 15,9 kg/m<sup>2</sup>).

Pobrano krew celem oznaczenia stężenia hormonu folikulo-tropowego (FSH), hormonu luteinizującego (LH), estradiolu, testosteronu, prolaktyny, tyreotropiny (TSH), wolnej trój-jodotyroniny (fT3), wolnej tyroksyny (fT4), glukozy, insuliny, siarczanu dehydroepiandrosteronu (DHEA-S) oraz białka wiążącego hormony płciowe (SHBG). Wykonano dobową zbiórkę moczu celem oznaczenia stężenia 17-ketosterydów (17KS). Wykonano badanie USG ginekologiczne, badanie densytometryczne odcinka lędźwiowego kręgosłupa, przeprowadzono ocenę nasilenia objawów depresji w oparciu o skalę depresji Becka i skalę depresji Hamiltona. Podobny komplet badań wykonano po 1,5 rocznym okresie terapii hormonalnej.

Badania hormonalne wykonano w Pracowni Immunodiagnostycznej i Radioimmunologicznej Centralnego Laboratorium Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego UM w Poznaniu.

Zastosowano metodę immunoenzymatyczną (ELISA) do oznaczenia stężenia FSH, LH, estradiolu, testosteronu, prolaktyny, TSH, fT3, fT4 oraz metodę radioimmunologiczną (RIA) do oznaczenia stężenia SHBG i DHEA-S.

**Uzyskano następujące wyniki badań hormonalnych:**

- FSH 5,15IU/l,
- LH 0,71IU/l,
- Estradiol 16,69pg/ml,
- Testosteron 0,28ng/ml,
- Prolaktyna 11,87ng/ml,
- TSH 4,84mU/l; fT4 1,17ng/dl; fT3 3,05ng/dl
- Glukoza 69,7mg/dl,
- Insulina 3,3mU/ml,
- SHBG 46,02nmol/l,
- DHEA-S 1,43ug/dl,
- 17KS 10,4mg/24godz.

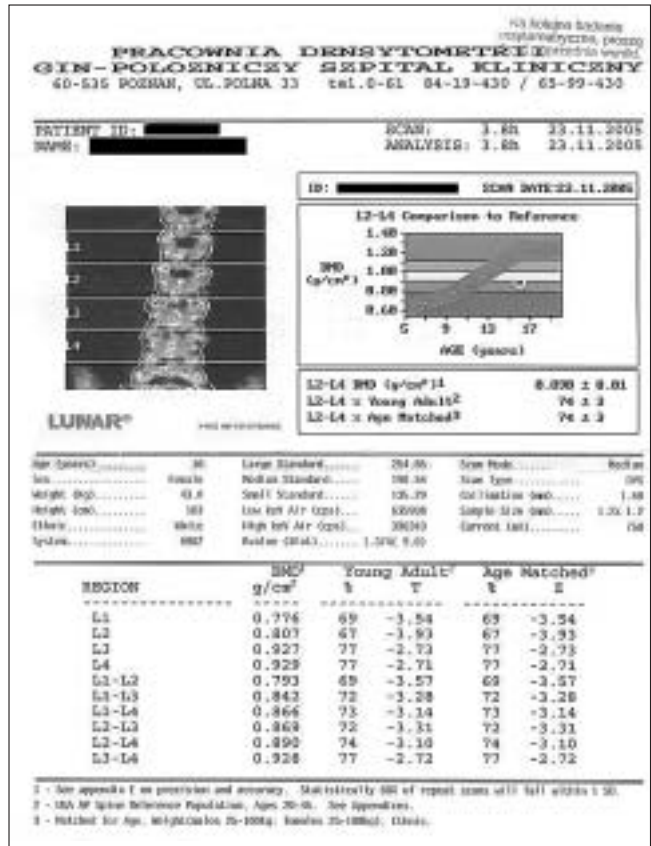
**Wynik badania ultrasonograficznego narządu rodowego:** trzon macicy w przodozgięciu, palczkowatego kształtu, mniejszy niż w normie, długości 3,0cm, AP 1,2cm. *Endometrium linijne*. Jajnik prawy o wymiarach 3,7cmx1,9cm, z małą ilością pęcherzyków. Jajnik lewy 2,4cmx1,1cm, z małą ilością pęcherzyków.

**Wynik badania densytometrycznego odcinka lędźwiowego kręgosłupa** wykonanego w Pracowni Densytometrii Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu: gęstość kości w odcinku L1-L4 kręgosłupa lędźwiowego wynosi 0,866g/cm<sup>3</sup>, co stanowi 73% wartości szczytowej (wskaźnik T/ -3,14) oraz 73% normy wiekowej (wskaźnik Z/ -3,14), **OSTEOPOROZA odcinka lędźwiowego kręgosłupa.**

**Oceniono stopień depresji w oparciu o skalę depresji Becka:** uzyskano wynik: **50 punktów**, co w istotny sposób przekracza normę i świadczy o ciężkiej depresji.

**Interpretacja wyników:**

- 0-11 punktów: nie stwierdza się depresji,
- 12-19 punktów: depresja łagodna,
- 20-25 punktów: depresja umiarkowana,
- 26 punktów i więcej: poziom depresji określany jest jako ciężki.



Rycina 1. Wynik badania densytometrycznego XI. 2005.

**Oceniono stopień depresji w oparciu o skalę depresji Hamiltona:** uzyskano wynik: **47 punktów**, co w istotny sposób przekracza normę i świadczy o bardzo ciężkiej depresji.

**Interpretacja wyników:**

- 0-7 punktów: bez zaburzeń depresyjnych,
- 8-12 punktów: łagodna depresja,
- 13-17 punktów: depresja o nasileniu umiarkowanym,
- 18-29 punktów: ciężka depresja,
- 30-52 punkty: bardzo ciężka depresja.

Z pacjentką i jej rodziną przeprowadzono rozmowę na temat rodzaju schorzenia i sposobów leczenia. Zaangażowano całą rodzinę pacjentki do pomocy w podjęciu odpowiednich metod leczenia.

Pacjentka z rozpoznaniem pierwotnego braku miesiączki i jądłowstrętu psychicznego została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym. Zalecono stosowanie doustnej terapii estrogenowo-progesteronowej (17 β-estradiol i dydrogesteron stosowany cyklicznie) oraz kontrolę w Poradni Endokrynologii Ginekologicznej UM w Poznaniu za 3 miesiące. Przez okres 1,5 roku zgłaszała się co 3 miesiące do Poradni Endokrynologii Ginekologicznej oraz była leczona nieprzerwanie doustną terapią estrogenowo-progesteronową.

Pacjentka zgłosiła się ponownie po okresie 1,5 rocznym do Kliniki Endokrynologii Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu w czerwcu 2007 w wieku 18 lat. Stwierdzono powrót do zdrowia, podjęcie nauki w szkole i uczestnictwo w zajęciach wychowania fizycznego.

Podfigurna-Stopa A, et al.



Rycina 3. Ta sama pacjentka lat 18, masa ciała 69,5 kg, wzrost: 165cm, BMI-26 kg/m<sup>2</sup>, VI. 2007.

Odnotowano powrót cykli miesięczkowych z owulacją oraz z rozwojem wtórnych cech płciowych. Masa ciała przy przyjęciu: 69,5kg, wzrost: 165cm, BMI-26kg/m<sup>2</sup>.

Pobrano krew celem oznaczenia stężenia FSH, LH, estradiolu, testosteronu, prolaktyny, TSH, glukozy, insuliny, DHEA-S i SHBG. Wykonano dobową zbiórkę moczu celem oznaczenia stężenia 17KS.

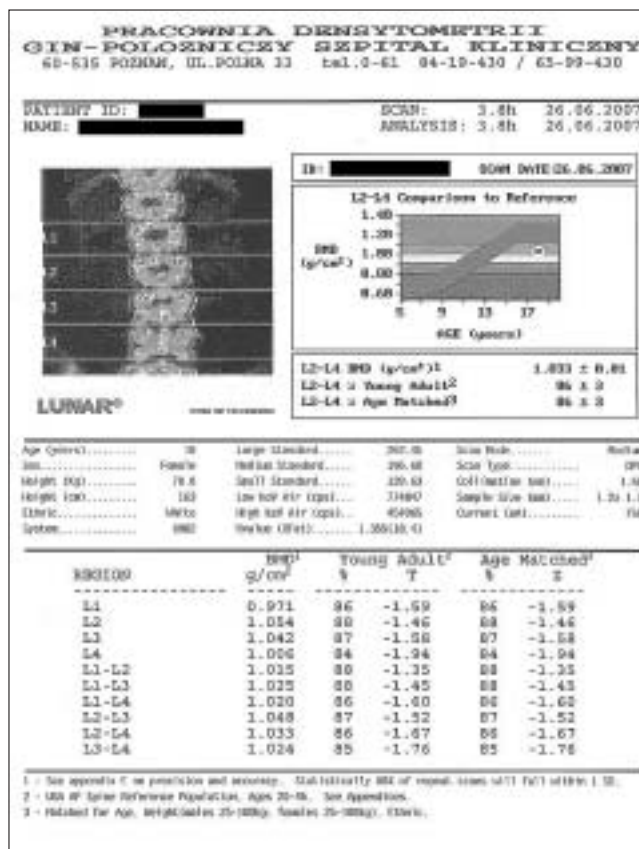
Wykonano badanie USG ginekologiczne, kontrolne badanie densytometryczne odcinka lędźwiowego kręgosłupa, przeprowadzono ocenę nasilenia objawów depresji w oparciu o skalę depresji Becka i skalę depresji Hamiltona.

Badania hormonalne wykonano w Pracowni Immunodiagnostycznej i Radioimmunologicznej Centralnego Laboratorium Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego UM w Poznaniu. Zastosowano metodę ELISA do oznaczenia stężenia FSH, LH, Estradiolu, Testosteronu, Prolaktyny, TSH oraz metodę RIA do oznaczenia SHBG i DHEA-S.

#### Uzyskano następujące wyniki badań:

FSH	8,17IU/l,
LH	33,74IU/l,
Estradiol	181pg/ml,
Prolaktyna	11,43ng/ml,
Testosteron	0,62ng/ml
TSH	1,18mU/l
Insulina	15mU/ml,
Glukoza	86,3mg/dl
SHBG	48,06nmol/l,
DHEA-S	0,65mg/ml,
17KS	10,6mg/24 godz.

**Wynik badania ultrasonograficznego narządu rodnego:** trzon macicy w przodozgięciu, prawidłowego kształtu i wielkości, długości 3,8cm, AP 2,9cm. Endometrium grubości 8mm. Obecny śluz owulacyjny w kanale szyjki macicy. Jajnik prawy o wymiarach 3,2cm x 1,4cm o prawidłowej echostrukturze. Jajnik lewy o wymiarach 2,9cm x 2,0cm, z pęcherzykiem dominującym wielkości 2,2cm x 1,6cm.



Rycina 4. Wynik badania densytometrycznego VI. 2007.

**Wynik badania densytometrycznego odcinka lędźwiowego kręgosłupa** wykonanego w Pracowni Densytometrii Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu: gęstość kości w odcinku L1-L4 kręgosłupa lędźwiowego wynosi 1,020g/cm<sup>3</sup>, co stanowi 86% wartości szczytowej (wskaźnik T/-1,60) oraz 86% normy wiekowej (wskaźnik Z/-1,60) – **OSTEOPENIA odcinka lędźwiowego kręgosłupa.**

**Oceniono stopień depresji w oparciu o skalę depresji Becka: 10 punktów**, co świadczy o braku depresji (0-11 punktów: nie stwierdza się depresji).

Interpretacja wyników powyżej.

**Oceniono stopień depresji w oparciu o skalę depresji Hamiltona: 10 punktów**, co świadczy o łagodnej depresji (8-12 punktów: łagodna depresja).

Interpretacja wyników powyżej.

## Dyskusja

*Anorexia nervosa* stanowi niezwykle trudny problem kliniczny, głównie w aspekcie terapeutycznym. Zaburzenia odżywiania uwarunkowane są wieloczynnikowo, więc postępowanie lecznicze powinno również mieć charakter wielokierunkowy. U około 14% pacjentek z jądłowstrętem psychicznym i wtórnym brakiem miesiączki, nawet po wieloletnim leczeniu nie dochodzi do powrotu prawidłowych cykli miesięczkowych [5]. Około 10% pacjentek umiera z powodu groźnych powikłań metabolicznych i popełnianych samobójstw [6].



## Jak leczyć jadłowstręt psychiczny? Opis przypadku.

Leczenie jadłowstrętu psychicznego powinno być więc podjęte jak najwcześniej i może trwać wiele lat. Duże znaczenie w terapii jadłowstrętu psychicznego przypisuje się psychoterapii. Rozmowa z pacjentką pozwala wyjaśnić podłoże zaburzenia i cel terapii [7].

Estrogenowo-progesteronowa terapia hormonalna jest bardzo istotnym elementem leczenia jadłowstrętu psychicznego. Estrogeny wpływają przede wszystkim pozytywnie na funkcje ośrodkowego układu nerwowego, między innymi regulują synaptogenezę, przepływ mózgowy oraz modulują wydzielanie neurotransmiterów i neuropeptydów. Terapia hormonalna stanowi nie tylko rolę substytucji hormonalnej, lecz również odgrywa istotne znaczenie w leczeniu i prewencji groźnych dla życia powikłań [2]. Należy zwrócić uwagę na istotę współpracy między ginekologiem, endokrynologiem oraz psychiatrą w leczeniu jadłowstrętu psychicznego.

Opisany przypadek przedstawia sukces leczniczy u pacjentki z bardzo zaawansowanym jadłowstrętem psychicznym i poprawę w zakresie powrotu prawidłowych owulacyjnych cykli miesięcznych, poprawy nastroju i gęstości tkanki kostnej. Chora leczona była psychiatrycznie od 13 roku życia i dwukrotnie hospitalizowana w trakcie terapii przeciwdepresyjnej z powodu prób samobójczych. Efekt terapii wyłącznie psychiatrycznej okazał się niezadowalający. Rodzina chorej z własnej inicjatywy zgłosiła się do ginekologa-endokrynologa z prośbą o pomoc.

Rzadko uzyskuje się tak szybki i dobry efekt leczenia, najczęściej dopiero wieloletnia terapia daje zamierzone efekty. U znacznej ilości pacjentek z podwzgórzowym brakiem miesiączki o podłożu psychicznym, nawet po stosowaniu wieloletniej złożonej terapii hormonalnej nie dochodzi do poprawy w zakresie stężeń gonadotropin i estradiolu. Ten sukces terapeutyczny spowodowany był dobrą współpracą z pacjentką oraz jej rodziną.

Stosowanie selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny w leczeniu jadłowstrętu psychicznego jest zagadnieniem kontrowersyjnym, a jego skuteczność nie jest do końca określona. Badania z 2005 roku potwierdziły u pacjentów cierpiących na jadłowstręt psychiczny zaburzoną aktywność receptorów układu serotonergicznego w ośrodkowym układzie nerwowym przy prawidłowym lub nawet podwyższonym stężeniu serotoniny, co w istotny sposób podważa dotychczasową skuteczność stosowania selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny [9].

Walsh i wsp. w 2006 roku w badaniu randomizowanym z podwójnie ślepą próbą udowodnili, iż stosowanie selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny w leczeniu jadłowstrętu psychicznego jest nieskuteczne [9].

Brambilla i wsp. [10] stwierdzili, że stężenia estradiolu u pacjentek z jadłowstrętem psychicznym negatywnie korelują z typowymi dla tego zaburzenia aspektami psychopatologicznymi. Natomiast Miller i wsp. [11] wykazali, że średni roczny ubytek w zakresie gęstości tkanki kostnej u pacjentek z anorexia nervosa wynosi 2,5%. Terapia hormonalna połączona z umiarkowanym wysiłkiem fizycznym skutecznie zapobiega utracie tkanki kostnej [11].

Przedstawiony powyżej opis przypadku chorej na jadłowstręt psychiczny ukazuje istotną wagę problemu jakim jest leczenie zaburzeń odżywiania oraz towarzyszących im zaburzeń funkcji rozrodczych i związanych z nimi licznych powikłań metabolicznych.

## Piśmiennictwo

1. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994.
2. Chial H, McAlpine D, Camilleri M. Anorexia nervosa: manifestations and management for the gastroenterologist. *Am J Gastroenterol.* 2002, 97, 255-269.
3. Meehan K, Loeb K, Roberto C, [et al.]. Mood change during weight restoration in patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2006, 39, 587-589.
4. Munoz M, Argente J. Anorexia nervosa in female adolescents: endocrine and bone mineral density disturbances. *Eur J Endocrinol.* 2002, 147, 275-286.
5. Jacoangeli F, Masala S, Staar Mezzasalma F, [et al.]. Amenorrhea after weight recover in anorexia nervosa: role of body composition and endocrine abnormalities. *Eat Weight Disord.* 2006, 11, 20-26.
6. Stoving R, Hangaard J, Hansen-Nord M, [et al.]. A review of endocrine changes in anorexia nervosa. *J Psychiatr Res.* 1999, 33, 139-152.
7. Tchanturia K, Davies H, Campbell I. Cognitive remediation therapy for patients with anorexia nervosa: preliminary findings. *Ann Gen Psychiatry.* 2007, 6, 14.
8. Kaye W, Frank G, Bailer U, [et al.]. Serotonin alterations in anorexia and bulimia nervosa: new insights from imaging studies. *Physiol Behav.* 2005, 85, 73-81.
9. Walsh B, Kaplan A, Attia E, [et al.]. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006, 295, 2605-2012.
10. Brambilla F, Monteleone P, Bortolotti F, [et al.]. Persistent amenorrhoea in weight-recovered anorexics: psychological and biological aspects. *Psychiatry Res.* 2003, 118, 249-257.
11. Miller K, Lee E, Lawson E, [et al.]. Determinants of skeletal loss and recovery in anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006, 91, 2931-2937.