

Yeme bozukluğu olan bir ergende psikojenik polidipsi: Bir olgu sunumu

Koray Kara (*), Mehmet Ayhan Cöngöloğlu (*), İbrahim Durukan (*), Dursun Karaman (*)

ÖZET

Psikojenik polidipsi, psikiyatrik hastalıklarda görülen, aşırı su içme ile karakterize klinik bir tablodur. Polidipsiye bağlı hiponatremide konfüzyon, letarji, psikotik belirtiler ve nöbetlerin olduğu su zehirlenmesi tablosu gelişebilmektedir. Anoreksiya nervozada (AN) komplike olmayan polidipsi ve kompulsif su içme gibi değişik içme alışkanlıklarının sık olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur. Bu olgu sunumunda kilo verme amacıyla aşırı su alımı sonrasında su zehirlenmesi bulguları görülen ergenlik dönemi anoreksiya nervozaya olgusu tartışılacaktır. Yeme bozukluklarında çeşitli miktarda sıvı alımı olabilmektedir. Bu tür davranışların erken dönemde belirlenmesi olası ölümcül komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Bu nedenle yeme bozukluğu olan hastalarda sıvı alımının sorgulanması klinik değerlendirmenin bir parçası olmalıdır. AN'da aşırı su alımını tetikleyen veya yol açan çevresel, biyolojik, genetik sebepleri anlamamız için daha fazla olgu sunumu ve çalışmaya gereksinim duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Psikojenik Polidipsi, Anoreksiya Nervoz, Ergenlik Dönemi.

SUMMARY

Psychogenic Polydipsia in an Adolescent with Eating Disorder: A Case Report
Psychogenic polydipsia, a clinical disorder characterized by polyuria and polydipsia, is a common occurrence in patients with psychiatric disorders. Hyponatremia (as a result of polydipsia) can progress to water intoxication that is characterized by confusion, lethargy, psychosis, and seizures. A number of studies show that uncomplicated polydipsia and compulsive water consumption are frequently seen in anorexia nervosa, also hyponatremia is infrequently reported in the constellation of metabolic abnormalities in patients with eating disorders. In this case report we will present an adolescent with anorexia nervosa who had water intoxication after excessive water consumption with the intent of weight loss. Patients with eating disorders may consume different amounts of fluid. Early recognition of polydipsia in these patients is important because of its mortal complications. Therefore examining the amount of fluid consumption should be a part of clinical examination in patients with eating disorders. There is need for further studies examining the triggering environmental, biological, genetic factors of polydipsia in eating disorders.

Key words: Psychogenic polydipsia, anorexia nervosa, adolescent.

Giriş

Psikojenik polidipsi, psikiyatrik hastalıklarda görülebilen ve fizyolojik uyarı olmaksızın ortaya çıkan aşırı su içme davranışı ile karakterize klinik bir tablodur. Kötü seyirli olgularda hayatı tehdit edebilen hiponatremi veya su zehirlenmesine yol açabilir. Psikolojik nedenlere bağlı olarak fazla sıvı tüketimi olduğu düşünüldüğü için, psikojenik olarak tanımlanmıştır (1). Psikojenik polidipsi; kompulsif tarzda su içme, kendi kendine başlatılan su zehirlenmesi, primer polidipsi veya psikoza bağlı ortaya çıkan hiponatremi-polidipsi sendromu olarak da adlandırılmaktadır (2).

Psikojenik polidipsinin fizyopatolojisi henüz tam olarak aydınlatılmamıştır. Ancak birden çok faktörün etiyolojide rolü olduğu ileri sürülmektedir. Hipotalamustaki susama merkezindeki bozukluklar, antidiüretik hormonun (ADH) uygunsuz salınımı ya da ADH'a duyarsızlık, kompulsif bir davranış, antikolinergik tedaviye bağlı yan etki gibi çeşitli faktörlerin etiyolojide rolü olduğu ileri sürülmüştür (3).

Psikojenik polidipsi psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, mental retardasyon, alkol bağımlılığı, postensefalitik sendromlar, organik mental bozukluklar, anoreksiya nervoz ve kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklarda görülebilir (2,4). Psikiyatrik hastalıklarda psikojenik polidipsi prevalansının %6-20 oranında olduğu bildirilmektedir (5). Polidipsi saptanan psikiyatrik tanı olgularda su zehirlenmesi bulguları görülebilmektedir. Su zehirlenmesinde baş ağrısı, görme bulanıklığı, güçsüzlük, kramplar, kusma, ishal, hipersalivasyon, huzursuzluk, konfüzyon, letarji, psikotik belirtiler, koma ve ölüm şeklinde ilerleyen metabolik ensefalopati gelişir. Su zehirlenmesinde ölüm genellikle akciğer ödemi ve beyin ödemeine bağlıdır. Polidipsi ve poliüri ayrıca mesane dilatasyonu, hidronefroz, kronik böbrek yetmezliği, konjestif kalp yetmezliği gibi kronik komplikasyonlara da yol açabilir (6).

Yeme bozukluklarında farklı sıvı alımı davranışları görülebilmektedir (7). Ciddi sıvı kısıtlanmasının yanında komplike olmayan polidipsi ve kompulsif su içme gibi değişik içme alışkanlıklarının sık olduğuna dair kanıtlar artmaktadır. Yazında psikojenik polidipsi anoreksiya nervoz (AN) birlikteliği ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Bu hastalarda aşırı sıvı alımının açlığı yatıştırma, detoksifikasyon, toksin ve kalorileri idrar yolu ile atma veya kontrol öncesi hızlı kilo alma girişimiyle açıklandığı olgu sunumları bildirilmiştir (4, 8-10). Bu olgu sunumunda kilo verme amacıyla aşırı su alımı sonrasında su zehirlenmesi bulguları görülen bir ergen anoreksiya nervozaya olgusu tartışılacaktır.

GATA Çocuk Psikiyatrisi .

Ayrı Basım İsteği: İbrahim Durukan
GATA Çocuk Psikiyatrisi
e-mail: idurukan2003@yahoo.com

Makalenin Geliş Tarihi: Feb 26, 2014 • Kabul Tarihi: Oct 30, 2014 • Çevrim İçi Basım Tarihi: 18 Mart 2016

Olgu Sunumu

15 yaşında lise birinci sınıfa devam eden kız hasta aşırı su içme, sık idrara çıkma, gece altını ıslatma, yemek yememe yakınmalarıyla başvurdu. Yakınmaları 1 yıl kadar önce aşırı miktarda çikolata tüketimi (günde bir kilograma yakın), huzursuzluk ve çevreden soyutlanma şeklinde başlamış. İlerleyen dönemlerde aşırı karbonhidrat tüketimi sonrası vücut ağırlığı 56 kilograma kadar yükselmiş. Aşırı kilolu olduğunu düşünen hasta yaz tatilinde diyetine başlamış. Öğünlerinde yediği miktar ve öğün sayısı azalmış. Aile bireyleriyle konuşmuyor, sürekli odasında zaman geçiriyormuş. Aile, şehir değişikliği yapmasına rağmen yakınmalar burada da devam etmiş. Bu dönemde sinirlilik ve kasılma şeklinde yakınmaları da tabloya eklenmiş. Bir internet sitesinden su içerek kilo verilmesi ile ilgili bir yazı okuduktan sonra su alımını arttırmış. Okul döneminde akşam eve geldikten sonra odasına kapanıp yaklaşık 10-12 litre su içiyormuş. Yaklaşık üç ay aşırı su alımı devam etmiş. Gece boyunca sık sık tuvalete gidiyor, bazen altına kaçırımları da oluyormuş. Diyet sürecinde sekiz ayda 55 kg'dan 42 kg'a düşmüş.

Polikliniğimize başvurmasından bir ay önce altı saat içinde yaklaşık on litre sıvı alımı sonrasında baş dönmesi, baş ağrısı gelişmiş. Evde baygın halde bulunan hasta ailesi tarafından acil servise götürülmüş. Acil servise getirildiğinde konfüze, dehidrate görünümdeymiş. Kusmaları oluyormuş. Yapılan biyokimyasal analizde serum sodyum düzeyinin 116 olması üzerine (referans değer 130-140 mmol/L) psikojenik polidipsi, hiponatremi ve diabetes insipidus ön tanıları ile yoğun bakıma yatırılmış. Yoğun bakım servisindeki muayenesinde bilinç konfüze, çevresine ilgisiz, gözler açık ve dezoryante olup sözlü uyarana anlamsız yanıt veriyormuş. Ciltte kuruluk mevcutmuş. Diğer sistem muayeneleri ve vital bulguları normal olarak değerlendirilmiş.

Hastada hiponatremi (116 mmol/L), hipokloremi (83 mmol/L) ve idrar dansitesinde düşüklük (1,002) saptanmış. Diğer serum elektrolit düzeyleri ve hemogram normal sınırlardaymış. Beyin tomografisinde herhangi bir patolojik bulgu saptanmamış. Batın ultrasonografisinde her iki böbrek pelvisinde hidrasyona ikincil olduğu değerlendirilen hafif belirginlik izlenmiş. Batın içinde özellikle pelviste intestinal yapılar çevresinde serbest mai izlenmiş.

Yatış süresinde sıvı miktarı takip edilmiş ve serum sodyum değeri normal düzeye ulaşmış. Yapılan klinik ve biyokimyasal değerlendirmelerin normal sınırlarda olması üzerine hasta çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine yönlendirilmiş. Başvurduğu eğitim ve araştırma hastanesi çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğinde anoreksiya nervoza ve psikojenik polidipsi tanıları ile sertralin 50 mg/gün ve risperidon 1 mg/gün tedavisi başlanmış. Ancak birkaç kontrol muayenesi sonrası hasta takip ve tedaviye devam etmemiş. Bu dönemde sıvı alımı 2-3 litre civarına düşmesine rağmen öğünlerde yemek yememenin devam etmesi üzerine aile GATA Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğine başvurulmuş.

Polikliniğimizde yapılan klinik değerlendirilmesinde vücut ağırlığı 46 kg, boy 157 cm, beden kitle indeksi (BKİ) %18,5 olarak saptandı. Günde bir öğün yemek yiyor ve az miktarda besin tüketiyor ve akşam saatlerinde iki litre su içiyordu. Ruhsal muayenesinde yaşında görünümde, çevresine ilgisi az, duygulanım ve düşünce akışı normal, bilinci açık, yönelimi tamdı. Algı normal ve davranışları isteksiz ancak uyumluymuş.

Kan ve idrar biyokimyasal değerleri normal sınırlarda idi. Hastaya uygulanan psikometrik değerlendirmelerde Beck Depresyon Ölçeğinden 7 puan, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğinden 24 puan aldı.

Hastanın anoreksiya nervoza ve psikojenik polidipsi tanılarıyla ayaktan takibe alınması planlandı. Sıvı alımının azaltılması ve gün içerisinde yayılmasını içeren davranışsal hedefler belirlendi. Fluoksetin 20 mg/gün tedavisi başlandı. Aylık yapılan klinik muayenelerde serum elektrolit düzeyleri, idrar dansitesi, diyet uyumu ve sıvı miktarı değerlendirildi. Takibin üçüncü ayında sıvı miktarı 1.5 litre/güne düştü. Fluoksetin dozu 10 mg/güne azaltıldı. Takibin altıncı ayında hasta ilk kez adet görmeye başladı. Bu dönemde geceleri yoğun karbonhidrat alımı başladı. Aşırı karbonhidrat tüketimi nedeniyle tekrar kontrolsüz kilo alımı başladı. Poliklinik takibin sekizinci ayında kilosu 65 kg'a yükselen hasta tedavi sürecini kendi isteğiyle sonlandırdı.

Tartışma

Sunulan olguda yapılan fizik muayene ve laboratuvar bulguları sonucunda herhangi bir organik patoloji saptanmamıştır. Psikojenik polidipsi, çeşitli psikiyatrik hastalıklarda bir belirti olarak görülebilmektedir. Psikojenik polidipsi, AN hastalarında da görülebilen bir tablodur. Ancak nadiren tıbbi komplikasyonlara neden olmaktadır (11). AN'lı hastalarda aşırı su tüketiminin altında yatan en sık neden kaybedilen kiloları gizleme girişimi olduğu bildirilmiştir (8). Bunun yanında aşırı sıvı alımı bulimiya nervozanın bir formu (4) veya kalorinin giderilmesi girişimi (9,10) olarak da değerlendirilmektedir.

Sunulan olgudaki aşırı su içimi hastalığın öyküsü göz önüne alındığında literatürde belirtilen olası nedenlerden kilolarını gizleme davranışı (9-11), kilo kontrolüne yönelik katı davranışsal program (9,10) ya da antipsikotik kullanımı (8,9) ile ilişkili gözükmemektedir. Olgumuzda kendisinin de kabul ettiği gibi kilo verme amacıyla aşırı su içme davranışı başlamıştır. Bu nedenle kalorileri vücuttan atma düşüncesi aşırı sıvı tüketiminin asıl nedeni olarak değerlendirilebilir. AN'lı hastalarda su zehirlenmesine bağlı semptomatik hiponatremi nadiren görülmektedir. Nöbetler ve su zehirlenmesi sonucu serebral ödeme bağlı ölüm gelişebilmektedir (8).

Fizyolojik koşullarda hiponatremi nadiren aşırı su alımının bir belirtisi olarak gelişir. Çünkü serbest sıvı atılımı için böbrek kapasitesi 28 litre/gündür. Ancak AN'lı hastalarda su diürezisi değişik düzeylerde bozulmuştur. Ciddi düzeyde azalmış protein alımına bağlı düşük kan üre azotu glomerüler filtrasyon hızında azalmaya neden olur. Bu da proksimal tübülde düşük çözünmeye bağlı olarak yetersiz sodyum reabsorpsiyonu ile sonuçlanır. (12). Ayrıca, düşük üre konsantrasyonunda azalmaya bağlı henle kulpu ve ince çıkan kıvrımda sodyum reabsorpsiyonu da bozulmuştur (13). Serbest su atılımı için böbrek kapasitesindeki bu tür karmaşık bozukluklar AN'lı hastalarda göreceli olarak küçük miktarda sıvı alımı olsa bile belirgin ve tehlikeli hiponatremi düzeylerine yol açabilir. Bu hastalarda azalmış su diürezisi, malnütrisyona bağlı olarak değişmektedir (14).

AN'lı olgularda gelişen hiponatremi etyolojisinde antidepresan ve antipsikotik ilaçlar sorgulanmalıdır. Trisiklik antidepresanlar ağız kuruluğu hissini artırarak, selektif serotonin gerilim inhibitörleri (SSRI) ve fenotiazin kullanımına bağlı olarak gelişen uygunsuz ADH salınımı nedeniyle aşırı su alımına bağlı hiponatremiye neden olabilirler (15). Sunulan olguda

olduğu gibi AN tedavisinde antidepresan ilaç başlandığında hiponatremi olasılığı akılda tutulmalıdır.

Yeme bozukluklarının tedavisinde genellikle ilaç ve psikoterapinin birlikte kullanılması önerilmektedir. Tedavide hasta ile etkin bir işbirliği kurmak tedavinin başarısı için gereklidir. Hastanın duygusal kırılganlığının farkında olunmalıdır. Sorun sadece yeme sorununa ve beden algısındaki bozukluğa indirgenmemelidir (16). Olgumuzun tedavi ve kontrollerine uyumunda güçlükler yaşadık. Ancak tedavinin ilerleyen dönemlerinde hastamızın uyumu arttı. Bu nedenle tedavide hastayla kurulacak ilişki ve işbirliği önemlidir.

Sonuç olarak psikojenik polidipsinin nedenleri henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Yeme bozukluklarında çeşitli miktarda sıvı alımı olabilmektedir. Bu tür davranışlar bazen ölümcül komplikasyonlara yol açabilir. Bu nedenle yeme bozukluğu olan hastalarda sıvı alımının sorgulanması klinik değerlendirmenin bir parçası olmalıdır. Anormal sıvı alımından şüphelenilen hastalarda anamnezin yanı sıra serum elektrolitlerinin değerlendirilmesi hiponatreminin varlığını ortaya koyabilmek için gereklidir. Bu tür davranışların erken dönemde belirlenmesi olası ölümcül sonuçların önlenmesi açısından önemlidir. AN'da aşırı su alımını tetikleyen veya yol açan çevresel, biyolojik, genetik sebeplerin ortaya konabilmesi için daha geniş olgu serileri ve araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

Kaynaklar

1. Rosenbaum JF, Rothman JS, Murray GB. Psychosis and water intoxication. *J Clin Psychiatry*1979; 40(7): 287-91.
2. Illowsky BP, Kirch DG. Polydipsia and hyponatremia in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 675-683.
3. Dundas B, Harris M, Narasimhan M. Psychogenic polydipsia review: Etiology, differential, and treatment. *Current Psychiatry Reports* 2007; 9(3): 236-241.
4. Myers KM, Smith MS. Psychogenic polydipsia in a patient with anorexia nervosa. *J Adolesc Health Care* 1985; 6: 404-406.
5. Verghese C, de Leon J, Josiassen RC. Problems and progress in the diagnosis and treatment of polydipsia and hyponatremia. *Schizophr Bull* 1996, 22: 455-464.
6. Singh H, Linas SL. Compulsive water drinking in the setting of anticholinergic drug use: a unrecognized cause of chronic renal failure. *Am J Kidney Dis* 1995; 26 (4): 586-589.
7. Hart S, Abraham S, Luscombe G, Russell J. Fluid intake in patients with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2005; 38:1, 55-59.
8. Jacquin P, Ouvry O, Alvin P. Fatal water intoxication in a young patient with anorexia nervosa. *J Adolesc Health*1992; 13: 631-633.
9. Roberts A, Mandin H, Roxburgh P. Unexplained seizures in anorexia nervosa. *Can J Psychiatry*1986; 31: 653-655.
10. Silber TJ. Seizures, water intoxication in anorexia nervosa. *Psychosomatics* 1984; 25: 705-706.
11. Santonastaso P, Sala A, Favaro A. Water intoxication in anorexia nervosa: A case report. *Int J Eat Disord* 1998; 24: 439-442.
12. Bosch JP, Sacaggi A, Laver A, Ronco C, Belledonne M, Glabman S. Renal function reserve in humans. Effect of protein intake on glomerular filtration rate. *Am J Med* 1983; 75: 943-950.
13. Imai M, Kokko JP. Sodium chloride, urea and water transport in the thin ascending limb of Henle. Generation of osmotic gradients by passive diffusion of solutes. *J Clin Invest*1974; 53: 393-402.
14. Bahia A, Chu ES, Mehler PS. Polydipsia and hyponatremia in a woman with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2011; 44(2): 186-188.
15. Woods A, Smith C, Szewczak M, Dunn RW, Cornfeldt M, Corbett R. Selective serotonin re-uptake inhibitors decrease schedule-induced polydipsia in rats: a potential model for obsessive compulsive disorder. *Psychopharmacol* 1993; 112:195-198.
16. Küey G. A. (2008) Ergenlerde Yeme Bozuklukları, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Yayınları:3 Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 42: 407-422.