

PRIKAZ SLUČAJA – CASE REPORT

Potreba ranog prepoznavanja i prevencije anoreksije u adolescentnom dobu  
Early Recognition and Prevention of Anorexia in Adolescent Age

Milena Tomašević<sup>1</sup>, Miodrag Stojanović<sup>1</sup>, Vesna Veković<sup>2</sup>, Aleksandar Tomašević<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata Beograd, Beograd, Srbija

<sup>2</sup>Kliničko bolnički centar "Dr Dragiša Mišović", Dečja bolnica za plućne bolesti i tuberkulozu, Beograd, Srbija

<sup>3</sup>Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Klinika za radioterapiju, Beograd, Srbija

<sup>4</sup>Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Beograd, Srbija

**Summary**

**Uvod:** Anoreksija nervoza je poremećaj u ishrani koji se manifestuje kada osoba odbija da jede adekvatnu količinu hrane, ili nije u stanju da održi minimalnu telesnu masu (TM) i odgovarajući Body Mass Index (BMI). Anoreksija tako predstavlja psihički poremećaj koji je izuzetno ozbiljan jer u 6-20% slučajeva može dovesti do smrtnog ishoda. Istraživanje usmereno ka polnoj distribuciji ukazuje da je 90% pacijenata sa dijagnozom anoreksije nervoze ženskog pola, i to najfrekventnije u dobi od 13 do 18 godina.

**Metodologija i rezultati:** Pacijentkinja stara 23 godine, rođena iz blizanačke trudnoće, bez prethodne istorije bolesti. Javlja se u Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata zbog malaksalosti i umora. U objektivnom pregledu bez patološkog nalaza, BMI 19. Ginekolog dijagnostikuje policistične ovarijume, ima i gubitak menstrualnog ciklusa 6 meseci. Šest meseci kasnije pacijentkinja ima BMI 15.8, spontano ispadanje zuba, menstrualni ciklus i pored terapije neuredan. Pacijentkinja ispitivana kod ginekologa, hematologa, endokrinologa, gastroenterologa, nefrologa i infektologa. Sve vreme odaje utisak da je zainteresovana za svoje zdravlje i negira probleme sa ishranom. Na sledećem kontrolnom pregledu utvrđen je BMI 13 (TV 159cm, TM 33kg) i postavljena sumnja na anoreksiju. Upućena u KBC „Dr Dragiša Mišović“ gde je hospitalizovana sa BMI 11.5 (TM 29kg). U lečenje je uvedena antidepresivna terapija i parenteralna ishrana. Nakon 5 meseci lečenja postignuta je TM 42kg i BMI 16.6.

**Zaključak:** Prevencija anoreksije mora sprovesti pre samog početka bolesti. Edukacija u školama o zdravim navikama u ishrani trebale bi da budu prvi korak u formiranju zdravog stila života.

**Cljučne reči:** anoreksija, amenoreja, adolescencija

**Sažetak**

**Introduction:** Anorexia nervosa is an eating disorder that manifests itself when a person refuses to eat an adequate amount of food or is unable to maintain a minimum body weight and a corresponding Body Mass Index (BMI). Anorexia is a mental disorder that is extremely serious because in 6-20% of cases it can be fatal.

**Methodology:** A female 23-year-old patient, with no previous medical history was examined in the Service for Students Health due to symptoms of fatigue and tiredness. Her physical finding was normal, and BMI was 19 at that stage. Due to lack of menstrual cycle the gynecologist was consulted and diagnoses polycystic ovaries was made. Further decline of BMI to 17.2 was detected.

Six months later, the patient had a BMI of 15.8, spontaneous tooth loss, and an irregular menstrual cycle despite hormone therapy. The patient was examined by hematologist, endocrinologist, gastroenterologist, nephrologists and infectologist. She continually gave the impression that she was interested in her health status, and she denied any diet problems.

Anorexia was suspected at the next check up when her BMI was 13 (TV 159cm, TM 33kg).

She was hospitalized at Psychiatry Unit with a value of BMI 11.5 (TM 29 kg). Antidepressant therapy and parenteral nutrition were administered.

After 5 months of treatment, she gained her weight; TM was 42kg, with a BMI of 16.6.

**Conclusion:** Prevention of anorexia must be carried out before the onset of the disease. Education in schools about eating habits should be the first step in forming healthy lifestyles.

**Keywords:** anorexia, amenorrhea, adolescence

**Uvod**

Pacijentkinja M.J., 23 godine stara, rođena iz blizanačke trudnoće, bez prethodne istorije bolesti.

Javlja se prvi put u Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata zbog malaksalosti i umora. U objektivnom pregledu bez

patološkog nalaza. Pri prvom javljanju, njen Body Mass Index (BMI) je bio 19. Učinjene laboratorijske analize pokazale su lak snižena bela krvna zrnca -  $3.3 \times 10^9/L$ , i snižen broj trombocita -  $125 \times 10^9/L$ , ostali nalazi uredni. Anamnestički otac ima leukopeniju.

Za mesec dana ponovljena laboratorijska analiza pri čemu su svi rezultati bili u granicama referentnih vrednosti, sem i dalje niskih vrednosti leukocita  $-3.3 \times 10^9/L$ . Žali se na gubitak menstrualnog ciklusa unazad 6 meseci.

Pregledana u našoj ustanovi i upućena kod ginekologa radi daljeg hormonskog statusa. Postavljena je dijagnoza sindroma policističnih jajnika. U terapiju uvedena hormonska supstituciona terapija (HST -estrogen i progesteron) i metformin.

Za šest meseci dolazi na kontrolni pregled, terapiju uzima redovno, ima pad BMI na 17.2. I dalje ima leukopeniju, le  $3.0 \times 10^9/L$  i limfocitozu od 54.4%. Urađene virusološke analize pri čemu je nadjena povišena vrednost IgG EBV. Upućena na konsultativni pregled infektologu i hematologu, i nalazi su bili u granicama normale.

Za šest meseci na redovnoj kontroli ginekolog indikuje osteodenzitometriju, ali zbog žućkasto prebojene kože upućuje pacijentkinju gastroenterologu. Učinjen i Coombsov test zbog sumnje na hemoliznu anemiju. Nalaz je bio uredan.

Na sledećoj kontroli za 6 meseci pacijentkinja ima BMI 15.8, spontano ispadanje zuba, menstrualni ciklus i pored redovnog uzimanja terapije neuredan. U laboratorijskoj analizi još izraženija leukopenija, povišena vrednost ukupnog bilirubina i alanin aminotransferaze, snižena vrednost uree.

Za 3 meseca leukopenija još izraženija  $2.7 \times 10^9/L$ , sada i anemija sa brojem crvenih krvnih zrnaca  $3.5 \times 10^9/L$ , Hgb 112 g/L, MCV 100.2 fl, a zbog snižene vrednosti uree, opservirana od strane nefrologa, i postavljena dijagnoza Nephropatia gr III.

Bez konačne dijagnoze, sa sve lošijim zdravstvenim stanjem, pacijentkinja je do tada već ispitivana kod ginekologa, hematologa, endokrinologa, infektologa i nefrologa. Sve vreme ona odaje utisak svesne osobe, zainteresovana je za svoje zdravlje i negira problem sa ishranom.

Na sledećem kontrolnom pregledu izračunata vrednost BMI 13 (TV 159cm, TM 33kg) i tada je izražena definitivna sumnja na anoreksiju.

**Slika 1:** Izgled pacijentkinje pre postavljanja dijagnoze (slika se prikazuje uz odobrenje pacijentkinje)

**Picture 1.** Physical appearance before diagnosis (picture release with patient agreement)



Upućena na prioritetni psihijatrijski pregled u KBC „Dr Dragiša Mišović“ pri čemu je pacijentkinja hospitalizovana sa vrednostima BMI 11.5 (TM 29kg). U lečenje je uvedena antidepressivna terapija uz inhibitore protonske pumpe i suplementaciju parenteralne ishrane.

Nakon 5 meseci lečenja postignuta je TM 42kg i BMI 16.6.

**Slika 2:** Izgled pacijentkinje nakon sprovedenog lečenja  
**Picture 2.** Physical appearance after treatment



Anoreksija nervoza je poremećaj u ishrani koji se manifestuje kada osoba odbija da jede adekvatnu količinu hrane ili nije u stanju da održi minimalnu telesnu masu i odgovarajući BMI. Pojedinci sa anoreksijom često imaju iskrivljenu sliku o telu. Oni sa anoreksijom sebe smatraju debelim ili glomaznim u određenim oblastima i imaju intenzivan strah da će dobiti na težini ili postati debeli (2). Proces ograničavanja postaje preokupacija i često je opsesivne prirode. Neretko u svakodnevnom životu izbegavaju ono što vide kao visoko kaloričnu hranu birajući niskokalorične namirnice koje konzumiraju u malim količinama i pažljivo ih mere (1). Dijagnoza anoreksije se postavlja prema sledećim kriterijumima Internacionalne klasifikacije bolesti (IKB) 10:

- Telesna težina se održava na najmanje 15% od očekivane težine ili je BMI (Qutelet-ov) indeks manji ili jednak 17.5.
- Gubitak težine idukovan je od strane pacijenta putem izbegavanja "hrane koja goji" i primenom jednog ili više sledećih načina ponašanja: povraćanje i proliv koje izaziva sam pacijent, preteranim vežbanjem, upotrebom supstanci koje suprimiraju apetiti ili upotreba diuretika. Poremećaj telesne šeme u formi psihopatologije perzistira kao intenzivna preceñjena ideja i pacijent sam sebi nameće standarde željene niske težine.
- Difuzni endokrini poremećaj koji uključuje osu hipotalamus-hipofiza-gonade. Poremećaj se kod žena

manifestuje amenorejom, a kod muškaraca gubitkom seksualnog interesa i potencije.

- Ako je početak poremećaja pre puberteta, pubertet se usporava ili prekida. Sa izlječenjem pubertet se često nastavlja, ali menarha kasni (3).
- Istraživanja su pokazala da se prevalenca u kasnijoj adolescenciji kreće između 0,5 i 1%, a incidenca se intenzivno povećala unazad šezdeset godina sa 18,8 na 20,4 (1) slučaja na 100.000 stanovnika. Anoreksija nervosa je značajno zastupljenija u razvijenim zemljama, gde je hrana dostupna ali je ženska mršavost simbol lepote. U Sjedinjenim Američkim Državama, procenjuje se da 0,9% žena i 0,3% muškaraca tokom života pati od anoreksije nervoze. Istraživanje usmereno ka polnoj distribuciji ukazuje da je procenat od 90% javljanja anoreksije nervoze vezan za ženski pol i to najčešće u dobi od 13 do 18 godina (1).

U diferencijalnoj dijagnozi potrebno je napraviti razliku između anoreksije nervoze i somatskih uzročnika gubitka težine kod mladih pacijenata kao što su hronična i skrpljujuća oboljenja, tumori, crevni poremećaji poput Kronove bolesti. Mogu se javiti dodatni simptomi depresije ili opsesije i karakteristike poremećaja ličnosti. Ova situacija nameće pitanje diferencijalne dijagnoze ili upotrebe više od jedne šifre dijagnoze po internacionalnoj klasifikaciji bolesti (3).

Anoreksija nervosa je psihički poremećaj koji je izuzetno ozbiljan i čak u 6-20% slučajeva može dovesti do smrtnog ishoda. Stope mortaliteta kod poremećaja u ishrani, posebno anoreksije nervoze, su među najvišima u domenu mentalnih poremećaja (1). Hronicitet je prisutan kod 20-25% pacijenata, dok se oko 40-45% oporavi uspešno, funkcioniše sa mogućim povremenim recidivima (4).

Terapijski pristup je multidisciplinaran (psihijatar, psiholog, gastroenterolog, endokrinolog, ginekolog). Farmakoterapijski je preporučena upotreba psihofarmaka iz grupe antidepresiva i antipsihotika (olanzapine, kvetiapin) (5). Takođe, moguća je upotreba anksiolitika, selektivno pre obroka, u smislu redukcije anticipatorne anksioznosti vezane za unos hrane u organizam. (6)

Prevencija anoreksije mora početi edukacijom u školama o načinu zdrave ishrane, što bi trebalo da bude prvi korak u formiranju zdravog načina života i ishrane.

## Literatura

1. Van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry*. 2021;34(6):515-524. doi:10.1097/YCO.0000000000000739
2. Murray S, Quintana DS, Loeb KL, Griffiths S, Le Grange D. Treatment outcomes for anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological medicine*. 2019;49(4):535-544.
3. Morawiecka-Pietrzak M, et al. The relationship of neutrophil-to-lymphocyte ratio and platelet-to-lymphocyte ratio with bone mineral density in adolescent girls suffering from anorexia nervosa. *Endokrynologia Polska*. 2021;72(4):336-346. Pubmed: 34010435. DOI: 10.5603/EP.a2021.0036
4. van den Berg E, Houtzager L, de Vos J, et al. Meta-analysis on the efficacy of psychological treatments for anorexia nervosa. *Eur Eat Disorders Rev*. 2019; 27: 331–351. <https://doi.org/10.1002/erv.2683>
5. Herpertz-Dahlman B. Intensive treatments in adolescent anorexia nervosa. *Nutrients* 2021, 13(4), 1265; <https://doi.org/10.3390/nu13041265>
6. Bulik CM, Carroll IM, Mehler P. Reframing anorexia nervosa as a metabo-psychiatric disorder. *Trends in Endocrinology & Metabolism*. 2021;32(10):752-761. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2021.07.010>.

---

Primljen/Received: 02.03.2022.

Prihvaćen/Accepted: 13.03.2022.

---

## Correspondence to:

Dr Milena Tomašević

Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata Beograd, Beograd, Srbija

Mail: milenatom011@gmail.com

---