

Psikiyatri Kliniğinde Tanı Konulan Anoreksiya Nervosa Görünümlü Gitelman Sendromu



Gökçe KAVAK SİNANOĞLU¹, Memduha AYDIN²

ÖZET

Anoreksiya nervosa vücut ağırlığı ve biçimi ile aşırı zihinsel uğraşın olduğu, kilo alma korkusu nedeniyle bilinçli olarak zayıf kalma çabaları ile giden bir bozukluktur. Anoreksiya nervosa hastalarının zayıf kalmak için kullandıkları yöntemlerden biri olan kusma hipokaleminin en önemli sebeplerinden birisidir. Diüretik kullanımı ve diyare hipokaleminin sık karşılaşılan diğer nedenleri arasındadır. Hipokalemi kronik ve tedaviye dirençli ise yeme bozuklukları ve diğer metabolik durumlar araştırılmalıdır. Gitelman sendromu hipokaleminin nadir görülen sebeplerinden birisidir. Gitelman sendromu klinik olarak hastalarda kusma ile giden ve hipokalemi, metabolik alkaloz, hipokalsiüri, hipomagnezemi görülen distal tübüllerin genetik geçişli bir hastalıdır. Sıklıkla adolesan dönemde tanı koyulan, bazen ömür boyu asemptomatik seyredilen bir sendromdur. Kas zayıflığı, halsizlik, yorgunluk, kramp veya karpopedal spazm gibi belirtiler görülür. Nadiren tetani, rabdomiyoliz ve paraliz gibi ciddi belirtiler de görülebilir. Bu yazıda fiziksel görünümü, vücut kitle indeksinin (VKİ) düşük olması, sık sık kusmalarının olması ile anoreksiya nervosa tanısı almış; diğer tıbbi patolojiler yeterince araştırılmamış olan bir Gitelman sendromu vakası sunulmaktadır. Psikiyatrik bozuklukların tanısı konulmadan önce, belirtiler ile ilişkili olabilecek tıbbi durumları dışlamak için tıbbi değerlendirmeler yapılması önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Anoreksiya nervosa, hipokalemi, Gitelman sendromu

GİRİŞ

Anoreksiya nervosa ince bir bedene sahip olma arzusuyla kilo alma korkusunun eşlik ettiği bilinçli olarak zayıf kalma çabaları ile giden bir bozukluktur. Bu kavram ilk olarak William Gull tarafından 1873'te tariflenmiş olsa da köklerinin çok daha eskilere, Helenistik dönemdeki azize diyetlerine dayandığına dair kayıtlar mevcuttur (Yücel ve ark. 2013). Toplumda yaygınlık oranının düşük olması ve olguların

SUMMARY

A Case of Gitelman Syndrome Diagnosed with Anorexia Nervosa in a Psychiatry Clinic

Anorexia nervosa is a disorder that is characterized by excessive preoccupation with body weight and shape, and conscious attempts to stay in low weight due to fear of weight gain. Vomiting, one of the methods used by anorexia nervosa patients to stay in low weight, is one of the most important causes of hypokalemia. Diuretics and diarrhea are other common causes of hypokalemia. If hypokalemia is chronic and resistant to treatment, eating disorders and other metabolic conditions should be investigated. One of the rare causes of hypokalemia, an electrolyte imbalance that can cause fatal outcomes, is Gitelman syndrome. Gitelman Syndrome is a genetically inherited disease of the distal tubules which causes hypokalemia, metabolic alkalosis, hypocalcemia, hypomagnesemia and vomiting. It is a syndrome usually diagnosed during adolescence, however it sometimes remains asymptomatic throughout life. Severe symptoms such as tetanus, rhabdomyolysis, and paralysis can also be seen. A case of Gitelman syndrome which was diagnosed as anorexia nervosa due to physical appearance of the patient, low body mass index (BMI), and frequent vomiting and in which the other medical pathologies have not been adequately investigated is presented in this article. Assessments to exclude the medical conditions that may be associated with symptoms are necessary before a diagnosis of a psychiatric disorder is made.

Keywords: Anorexia nervosa, hypokalemia, Gitelman syndrome

doktor başvurularının az olması nedeniyle sıklığı hakkında net bir bilgi olduğu söylenemez. Tedavi arayışına girenler göz önüne alındığında yılda ortalama 100.000'de 270 kişi gibi bir oran göze çarpmaktadır (Smink ve ark. 2012). Anoreksiya nervosa hastaları besin alımını kısıtlamak, kusma, laksatif ve diüretik ilaçların kötüye kullanımı ve benzeri yöntemlerle vücut ağırlığını azaltma yoluna giderler. Kusma dış çürüklere, tükürük bezlerinin genişlemesine, gastroözofageal reflü hastalığına ve elektrolit dengesizliğine yol açabilir. Kusma

Geliş Tarihi: 15.09.2018, **Kabul Tarihi:** 21.05.2019, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 09.10.2019

¹Asis., ²Dr. Öğr. Üyesi, Selçuk Üniv, Psikiyatri AD., Konya.

GKS: <https://orcid.org/0000-0003-4786-2110>, **MA:** <https://orcid.org/0000-0001-7679-6568>

Dr. Gökçe Kavak Sinanoğlu, e-posta: drkokcecek@gmail.com

veya laksatiflerin kötüye kullanımı hipokalemiye yol açarak ölümcül aritmilere neden olabilir (Sato ve Fkudo 2012). Hipokalemi kronik ve tedaviye dirençli ise en sık sebepleri olan diyare, diüretik bağımlılığı, yeme bozuklukları ve diğer metabolik durumlar detaylandırılmalıdır. Sunulan vaka zayıf kalmak arzusuyla kustuğu ve beden imgesinin bozuk olduğu düşünüldüğü, vücut kitle indeksinin (VKİ) oldukça düşük olması (VKİ:13,8) ve sık kusmaları nedeniyle şiddetli anoreksiya nervosa hastası olarak tanılandırılmış ve bu tanı ile tedavi edilmeye çalışılmış, yapılan incelemeler sonucunda Gitelman sendromu tanısı almış bir hastadır. Bu vaka ile psikiyatri kliniklerine başvuran hastaları değerlendirirken özellikle de somatik yakınmaları psikojenik kökenlere dayandırma eğiliminden önce olası diğer tıbbi durumların iyi araştırılması gerekliliği vurgulanmaktadır.

OLGU

B. K. 22 yaşında, 3,5 aylık evli, üniversite mezunu, daha önce 1,5 ay çalışmış, şu anda çalışmıyor, ailenin ikinci çocuğu, eşi görevi nedeniyle yanında değil, babasının mesleği nedeniyle daha önce farklı illerde yaşamış. Şu anda ailesiyle birlikte yaşıyor.

İlk şikayetleri yaklaşık 8 yıl önce lise giriş sınavlarına hazırlanırken, midesine kramp girmesi, karın ağrısı şeklinde başlamış. Sınav yerini görünce bayılmaya kadar giden sınav kaygısı mevcutmuş. Üniversite sınavına hazırlanırken de benzer şikayetleri olması üzerine psikiyatri başvurusu olmuş, ilaç tedavisi başlanmış, yaklaşık üç ay kullandıktan sonra tedaviden fayda sağlamadığı için tedaviyi sürdürmemiş. Üniversiteyi ailesinin yanında ikinci öğretimde (akşam eğitim olarak) okuyan hastanın üniversiteye ilk başladığı günlerden itibaren neredeyse haftanın her günü akşam yemeğinden birkaç saat sonra bulantı kusma, karın ağrısı şikayetleri başlamış, zamanla mevcut şikayetleri diğer öğünlerden sonra da olmuş, bu şikayetleri nedeniyle önce dahiliye bölümüne başvurmuş fakat mevcut şikayetlerini açıklayan tıbbi bir neden bulunamamış. Bunun üzerine dahiliye doktorlarının yönlendirmesiyle psikiyatriye başvurmuş. Kliniğimize başvurana kadar olan süreçte farklı psikiyatri polikliniklerine başvurusu olan hastaya olanzapin ve klomipramin tedavisi verilmiş. Tedaviden fayda görmeyen hasta bitkisel ürünlere başvurarak civan perçemi (achillea millefolium) adlı bitki çayı kullanmış, fayda sağlamamış. Yaklaşık iki yıl süresince özel bir psikoterapi merkezinde farklı aralıklarla psikoterapi seansları almış. Son bir yıldır ise hemen hemen tüm öğünlerde yemek yedikten hemen sonra kusma olması nedeniyle bir süre sonra yemek yemekten kaçınma davranışları başlamış. Üç yıl önce 60 kilogram olan hasta bir yıl önce 45 kilografa gerilediğinde sekonder amonere başlamış. Son bir yılda 7 kilogram veren hastanın polikliniğimize başvurduğunda vücut ağırlığı 37 kilogram, boyu 164 cm'ydi.

Kliniğimize başvurduğunda hastanın şikayetleri; hemen hemen her öğünde yemek yedikten sonra başlayan bulantı ve kusma, halsizlik, yorgunluk, kasılmalar, baş dönmesi, bayılma, göğüs ağrısı ve kilo kaybıydı. Sıklıkla "Herkes bana anoreksi hastası diyor, ben anoreksi değilim, bilerek kustuğumu zannediyorlar, ben kilo almak istiyorum" cümlelerini dile getiriyordu. Kendini ifade edemediğini ve yanlış anlaşıldığını söyleyen hastanın süreç içinde aile ilişkileri bozulmuş, sinirlilik şikâyeti artmış, ailesine ve doktorlara tepkisel davranışları başlamıştı. İlk olarak olası elektrolit dengesizliği ve metabolik bozuklukları açısından hastanın ayrıntılı laboratuvar tetkikleri istendi. Yakın takibi ve tedavi planı için yatarak tedavi alması gerekliliği anlatıldı. Hasta yatarak tedavi görmeyi kabul etmese de sonuçlanan laboratuvar bulgularında potasyum replasmanı gerektirecek düzeyde potasyum düşüklüğü (K: 2,3 mEq/L; normal sınırlar: 3,7 mEq/L-4,9 mEq/L) olması nedeniyle acil olarak gastroentoroloji servisine yatırıldı. Gastroenteroloji servisinde yatarak tedavi gördüğü sırada potasyum replasman tedavisi yapıldı ve üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapılarak etyoloji araştırıldı, biyopsi materyali patoloji tarafından incelendi, çölyak hastalığı açısından araştırıldı. Potasyum düşüklüğünü açıklayacak tıbbi bir neden saptanmadı, potasyum düşüklüğünün yeterli beslenmeme ve kusmalara bağlı olduğu belirtilerek hasta psikiyatriye yönlendirildi.

Hasta kliniğimize yeme bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu ön tanıları ile yatırıldı. Ruhsal durum muayenesinde; bilinci açık, yönelimi tam, koopere olarak değerlendirildi. Bellek muayenesi doğaldı. Dikkati normaldi, dış görünüşü oldukça kaşektikti (VKİ:13,8). Yorgun ve bitkin görünüyordu. Göz küreleri belirginleşmiş, yanakları çökmüştü. İletişime açıktı, göz teması kuruyordu. Konuşması yavaş ve ses tonu cılızdı. Duygudurumu kaygılıydı. Algılaması olağandı. Düşünce süreci doğal, düşünce içeriğinde sağlık durumu ile ilgili endişeleri mevcuttu. Uzun süredir tedavi arayışı içinde olmasına rağmen durumunun giderek kötüye gittiğini, kilo kaybetmeye devam ettiğini, yanaklarının eskisi gibi dolgun olmasını istediğini ve kilo almak istediğini ifade etti. Muayenede kendini ifade etmeye çalışırken huzursuzluğu ve gerginliği artıyordu. Çevresindeki insanların sürekli kendisini bilerek kusturduğunu düşünüp suçlamasından dolayı insanlara karşı öfkeliydi. Özellikle aile bireyleri ile ilişkileri bozulmuştu. İştahının iyi olduğunu ancak kusmaktan korktuğu için artık yememeyi tercih ettiğini ifade etti. Uyku düzeni bozuktu. Kan alınmasından korktuğu için potasyum düzeyi takibi amacıyla kan alınması gerektiği için tepkili ve endişeliydi. Yatarak tedavi aldığı süre boyunca tansiyon takiplerinde kan basıncı genellikle normal sınırlarda (TA: 90/60 mm Hg) seyretti, nadiren ise düşük (TA: 70/40 mm Hg) ölçüldü; vital bulguları stabildi. İlk değerlendirmede laboratuvar sonuçları potasyum (K): 2,81 mEq/L (3,7-4,9 mEq/L), klor (Cl): 71 mmol/L (101-109 nmol/L), sodyum (Na): 129 mEq/L (137-144), hemoglobin: 11,5 g/dl (12-15,5 g/dl), hemotokrit:

%33,6 (%34,8-44,5) olarak bulundu. İdrar tetkiki sonucunda dansite düşüklüğü (1,009; normal sınırlar: 1,015-1,025) dışında patoloji saptanmadı. Elektrokardiyografide (EKG) P dalgasının amplitüdü artmış, T dalgası düzleşmişti; kronik hipopotasemi ile uyumlu olarak değerlendirildi. QT mesafesi uzamıştı (0,47 sn; normal sınırlar: 0,36-0,44 sn).

Hastanın enerji alımında kısıtlama yoktu, kilo almaktan ve şişmanlamaktan korkmadığını ifade ediyordu, vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yüklememişti. Kendi kendini kusturma, laksatif veya diüretik grubu ilaç kullanımı yoktu. Yaygın anksiyete bozukluğu ve psikojenik kusma ön tanıları ile, öfke nöbetleri de dikkate alınarak hastanın tedavisine essitalopram 5 mg /gün, risperidon 0,25 mg/gün ile başlanıp takipler sırasında essitalopram 20 mg/güne, risperidon 1 mg/güne yükseltildi; Hiyozin N Butilbromür Medazepam Hcl günde 3 adet olarak düzenlendi.

İlk değerlendirmeden sonra hasta potasyum düşüklüğü açısından nefroloji bölümüne danışıldı ve potasyum replasman tedavisi başlandı. Diyetisyenle birlikte günlük kalori ihtiyacı hesaplandı ve diyetine oral dengeli beslenme ek gıdaları (kutu paket sıvı mama) ilave edildi. Günlük aldığı kalori yaklaşık 2000-2200 kaloriydi. Öğünlerden sonra kusmasını önlemek için önerilerde bulunuldu. Yaklaşık 1 ay psikiyatri servisinde yatan hastanın potasyum değeri nefroloji bölümünün önerisiyle replasman yapılarak dengede tutulmaya çalışıldı. Yatışının ilk iki haftasında, hastanın kusma sıklığı oldukça azalmıştı, yemekten hemen sonra olan kusma şikâyeti yemekten uzun zaman sonrasına ertelenebiliyordu, ancak henüz kusmadığı bir gün olmamıştı. Kusma sonrası ise potasyum düşüklüğü, potasyum düşüklüğüne bağlı el ve ayaklarda kasmalar tekrarlıyordu. Hasta kendisine önerilen tedavileri uygulama konusunda istekliydi; ilaç kullanımı, mama kullanımı, beslenme miktarının artırılması, yemek sonrası kusma takibi için gözleme alınması gibi yaklaşımlara olumsuz tepki vermiyordu. Yatışının üçüncü haftasında hastanın üç gün süre ile hiç kusmadığı ve iyi beslendiği bir dönem oldu, bu dönemde hastanın elektrolit değerleri kontrol edildiğinde potasyum değeri K:2,9 mEq/L (3,7-4,9 mEq/L), sodyum (Na):133 mEq/L (137-144), klor (Cl):81mmol/L (101-109) magnezyum (Mg):1,51 mg/dL (1,9-2,7) olarak bulundu. Tedaviye rağmen tekrarlayan potasyum düşüklüğü ve bu konuda yapılan tahliller konusunda ailesi bilgilendirildiğinde, annesi yıllar önce başka bir şehirde ilk şikayetleri başladığı dönemde başvurdukları hastanede bir genel cerrahinin potasyum düşüklüğü olduğunu kendilerine söylediğini, o dönemde bununla ilgili ileri bir araştırma yapılmadığını hatırladı. Düzenli beslendiği ve kusmanın olmadığı dönemde de potasyum değerinin düşük bulunması üzerine bu durumu açıklayabilecek altta yatan başka bir tıbbi sebep olabileceği şüphesi artınca, hasta ilgili bölümlere yeniden danışıldı ve potasyum düşüklüğüne yönelik etiyolojik araştırmalar arttırıldı. Hastanın 24 saatlik idrarda elektrolit düzeyleri, venöz kan

gazı, eş zamanlı kan elektrolit düzeyi incelendi. İntravenöz potasyum replasmanı sonrası potasyum düzeyi 4 mEq/L'nin üzerine çıktıktan sonra plazma renin ve aldosteron düzeyleri çalışıldı; renin: 4,44 ng/ml/saat (0,51-2,61 ng/ml/saat) ve aldosteron: 11,8 ng/dl (1-16 ng/dl) bulundu. ACTH: 21,97 pg/ml (7,2-63,3 pg/ml), kortizol: 18,41 ug/dl (0-10000 ug/dl), FSH: 1,08 U/L (0-10000 U/L), LH<0,1 U/L (0-10000 U/L), estradiol<5 ng /L (0-10000 ug/dl), venöz kan gazında pH: 7,479 -log(H) (7,32-7,42 -log(H)), K: 3,1 mEq/L (3,4-4,5 mEq/L), HCO₃: 32,8 mmol/L (22-26 mmol/L) bulundu. 24 saatlik idrarda kalsiyum: 15,96 mg/gün (100-300 mg/gün), klor: 18,6 mmol/g (24-250 mmol/g), fosfor: 46,5 mg/gün (400-1300 mg/gün), olarak sonuçlandı. Hastaya dahiliye doktorları tarafından kusmalarının sık olması, kas kasmalarının olması, yeterli beslenmeye rağmen kilo alamaması, laboratuvar sonuçlarında dirençli hipopotasemiye eşlik eden hipokalsiürinin olması nedeniyle Gitelman Sendromu tanısı konuldu. Gitelman Sendromu tanısı konulan hastaya oral magnezyum ve potasyum takviyesi önerildi. Hastanede yatarak tedavi aldığı dönemlerde yapılan görüşmeler sırasında aile ilişkilerinden etkilendiğinden, meslekleri nedeniyle özellikle babası ve eşi için oldukça kaygılandığından bahseden, kaygısının arttığı dönemlerde kusma sıklığında artış olduğunu ifade eden hasta psikiyatrik ilaç tedavisinin kendisine yoğun kaygı, bedensel yakınmalar, sinirlilik, öfke kontrol sorunu konularında yardımcı olduğunu, ilaç tedavisine devam etmek istediğini belirtti. Anksiyete belirtileri ve öfke kontrol sorunu nedeniyle essitalopram ve risperidon tedavisi sürdürüldü. Hastanın tedavisi psikiyatri polikliniğinde psikofarmakolojik tedavi ve destekleyici görüşmeler ile devam ettirildi. Poliklinik takiplerinde kusmalarının eski sıklığında olmasa da hala devam ettiği öğrenildi, kilo alımı olmadığı görüldü. Gitelman sendromu ile ilgili yakın takip amaçlı nefroloji bölümüne ve genetik danışmanlık alması konusunda genetik bölümüne yönlendirildi. Ancak hasta ailevi nedenlerle uzun süreli şehir dışında bulunması nedeniyle genetik testlerini yaptıramadı.

TARTIŞMA

Bu vaka sunumunda, anoreksiya nervosa tanısı konulmuş ve tedavi edilmeye çalışılmış bir hastanın belirtilerinin çoğunun sebebi olan Gitelman sendromu teşhisi koyulması süreci anlatılmıştır. Hastanın fiziksel görünüşü, VKİ düşüklüğü, kaygılı kişilik yapısı, kusmalarının sık olması ve kusmaların zaman zaman stres verici yaşam olayları ile artması gibi bilgiler uzun süre psikiyatristleri ve psikologları anoreksiya nervosa tanısına yönlendirmiş. Hastanın kilo alma arzusu içinde olduğunu ancak bunu bir türlü başaramadığını dile getirmesi, isteyerek kusmadığını ifade etmesi de anoreksiya nervosa hastalarında görülebilen yanıltıcı tutumlardan birkaçı gibi değerlendirilmiş. İlk muayenede hastanın şikayetleri, geçmiş öyküsü, muayene sırasındaki gözlem ve yapılan ölçümler klinisyeni anoreksiya nervosa tanısına yönlendirecek kadar güçlüydü.

Önceki olumsuz tedavi deneyimleri ve anlaşılmadığı düşüncesi, hatta yanlış anlaşılma ve bunun yaratmış olduğu tedavilere güvensizlik sonucunda muayene odasındaki tutumları da ön yargıları besler nitelikteydi. VKİ düşüklüğü, kusmalar ve hipopotasemi nedeniyle hastanın yatarak tedavi alma zorunluluğu klinikte iyi bir gözlem yapma şansı sundu. Yatışının ilk günlerinden sonra başlangıçta da şüphe ile yaklaşılana anokrekisiya nervoza tanısından uzaklaşmaya başlandı. Şikayetlerinin başlangıcından itibaren olan öyküsü, ailevi ilişki problemleri ve tartışmalar sonrası bedensel yakınmalarında ve kusmada artış gözlenmesi, zaman zaman eşlik eden bayılma, ellerde uyuşma şikayetleri, kaygı artışı ile şikayetlerinin alevlenmesi hastanın yeme bozuklukları, anksiyete bozuklukları, bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar tanılarını açısından değerlendirilmesini gerektiriyordu.

Vakamızda ilk dikkati çeken bulgu sebat eden kusma ve potasyum düşüklüğü idi. Kusma yakınmasıyla başvuran bir hastayı etiyolojik açıdan incelerken yedi ana başlık altında değerlendirmek uygun olacaktır. Kusmanın altında yatan neden santral sinir sistemini etkileyen hastalıklar, gastrointestinal hastalıklar, enfeksiyöz nedenler, medikal tedavide kullanılan ilaç ve toksik maddeler, metabolik hastalıklar ve psikojenik kökenli kusmanın da içinde bulunduğu diğer durumlar olabilir (Scorza ve ark. 2017). Hastamızın bilinç bulanıklığı, şiddetli baş ağrısı, yüksek ateş gibi santral kökenli hastalıklara bağlı kusmayı düşündürecek bir klinik tablosu olmaması ve beyin görüntüleme yöntemlerinde kusmayı açıklayacak bir bulgu olmaması nedeniyle santral sinir sistemi kökenli kusmadan uzaklaşıldı. Kliniğimizde yatışından kısa bir süre önce gastroenteroloji kliniğinde yatarak tedavisi düzenlenen hastanın yapılan endoskopik patoloji sonucunda kusmayı açıklayacak bir hastalık düşünülmemişti. Hastamızın kusma şikayetinin akut başlangıçlı olmaması ve enfeksiyon hastalığını düşündürecek klinik özelliklere sahip olmaması, laboratuvar parametrelerinde enfeksiyon belirteçlerinin normal sonuçlanması nedeniyle enfeksiyonlara bağlı kusmadan uzaklaşıldı. Hastamız uzun zamandır kusmaya neden olabilecek herhangi bir ilaç tedavisi kullanmıyordu ayrıca kendisi ve ailesinden alınan bilgiye göre kusmaya neden olabilecek herhangi bir toksik madde ile teması yoktu. Bu nedenle metabolik ve psikojenik kökenli kusma üzerinde yoğunlaşıldı. Hastanın hemen hemen her gün neredeyse her öğünden sonra olan kusmalarına eşlik eden hipopotasemi tablosu hayati öneme sahipti. Bu nedenle potasyum düşüklüğünün etiyolojisine önem verildi.

Potasyum düşüklüğünün en sık nedenleri kusma, diüretik kullanımı ve diyaredir. Hipokalemi ve metabolik alkaloz diüretik bağımlıları ile gizli kusmaları olan hastalarda ve laksatif bağımlılarında görülebilir. Diüretiklerin kötüye kullanımında idrarda sodyum, potasyum ve klor atılımı yüksek bulunur (Akçakaya ve ark. 2009). Laksatiflerin yoğun kullanımda ise hipokalemi ile birlikte sıklıkla metabolik asidoz görülür. Hastanın yoğun kusmaları vardı ancak klinik gözlemi ve

laboratuvar tetkikleri herhangi bir laksatif ya da diüretik ilaç kötüye kullanımını desteklemiyordu. Kusmaya neden olabilecek patolojilere bakıldığında; santral sinir sistemi patolojileri, bu vakada olduğu gibi metabolik alkaloz, hipokalemi ve normal kan basıncı olan erişkin hastalarda diüretik ve laksatif kötüye kullanımı ve kronik kusmanın yanı sıra ailesel hipokalemi alkaloz sendromu olan Gitelman sendromu ve Bartter sendromu ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Gitelman sendromu hipopotasemi nedenleri arasında nadir görülen bir hastalıktır. Prevalansı yaklaşık olarak 40000'de 1 olarak tahmin edilmektedir. Heterozigot kişilerin prevalansı beyaz ırk toplumunda yaklaşık %1 olduğu düşünülmektedir (Levtchenko ve Knoers 2008). Gitelman sendromu, renal potasyum kaybı, hipokalemi, metabolik alkaloz, hipokalsiüri, hipomagnezemi ile karakterize otozomal resesif bir hastalıktır (Cruz ve ark. 2001, Enríquez ve ark. 2010). Distal tübülün tiyazid duyarlı segmentlerinde sodyum klorür ve magnezyum taşıyıcılarını kodlayan genlerin mutasyonundan kaynaklanır. Genetik defekt 16. kromozomun kısa kolu üzerindeki SCL12A3 geni üzerinde tanımlanmıştır (Ji W ve ark. 2008). Bu hastalık bazen ömür boyu asemptomatik seyredebilir veya vakamızda olduğu gibi adolesan dönemde, kusma, kas zayıflığı, halsizlik, yorgunluk, kramp veya karpopedal spazm gibi belirtiler ile ortaya çıkabilir. Bununla beraber tetani, rabdomyoliz ve paralizi gibi ciddi belirtilerin de eşlik edebileceği bildirilmiştir (Gjate ve ark. 2007). Hastanın sınav döneminde olması ve babasının mesleği nedeniyle ayrı kalmalarından dolayı yaşadığı kaygı vakada adolesan dönemde başlayan müphem belirtilerin anksiyete bozukluğu lehine değerlendirilmesine yol açmıştır. İlerleyen dönemlerde de şikayetlerin artarak devam etmesi yaşam olayları ile ilişkilendirilmiştir. Hastanın ailevi durumu ve sınavları ile ilgili yoğun kaygısı, halsizlik, yorgunluk şikayetleri, kas gerginliği, sinirlilik hali, kasılmalar, uyku bozukluğu yaygın anksiyete bozukluğu ile ilgili belirtiler olarak değerlendirilebilse de bu belirtilerin bir kısmı Gitelman sendromunda görülen halsizlik, kasılma belirtileri ile örtüşmektedir.

Gitelman sendromu metabolik alkaloz ve hipokaleminin bir arada görüldüğü diğer bir kalıtsal tübüler fonksiyon bozukluğu Bartter sendromu tip 3 ile sık karışabilir. Bartter sendromu tip 3 semptomları sıklıkla iki yaşından önce ortaya çıksa da çoğu hastada iyi prognoz sergilediğinden tanı koyma süreci ergenlik dönemine kadar uzayabilir. Tanı ve tedavinin gecikmesi sonucu büyüme geriliği görülebilir. Bartter sendromunun daha erken yaşlarda gelişme geriliği ile bulgu vermesi ile Gitelman sendromundan ayrılabilir. Gitelman sendromunda sık görülen hipomagnezemi ve hipokalsürinin Bartter sendromunda sık görülmemesi gibi farklılıklar olsa da bu iki sendromun aynı fenotipik varyantlara sahip olması nedeniyle ayırıcı tanısı oldukça zordur (Shibli ve Narchi 2015). Vakamızın tanısının erken erişkinlik döneminde konulması hipomagnezemi ve hipokalsiürisinin eşlik etmesi nedeniyle

SONUÇ

hastamıza Gitelman sendromu tanısı konulmuştur. Ancak hastanın ruhsal durum muayenesinde halsizlik, çabuk yorulma, çabuk sinirlenebilme, huzursuzluk hali, uyku sorunları, kas gerginliği olması ve psikostresör yaşam olayları sonrası kusmalarının artması, telkinle kusmalarında azalma olması, destekleyici psikoterapi, essitolopram 20mg /gün ve risperidon 1 mg/ gün psikofarmakolojik tedavisinden fayda görüyor olması da dikkate alındığında hastada komorbid yaygın anksiyete bozukluğu tanısı düşünülmüştür. Hastanın klinik takibinde bayılma ve ellerde kasılma şikayetinin kusma sonrası olduğu, potasyum tedavisi ile kasılma şikayetinin kaybolduğu gözlenmiştir; bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar tanılarında uzaklaşmıştır. Hastada anksiyete belirtileriyle birlikte psikososyal stresörlerin tetiklediği kusma atakları olduğu için psikojenik kusma tanısı düşünülse de kaygı düzeyinin ve gerginliğinin azaldığı, kendini daha rahat hissettiği dönemlerde de kusmalarının olduğu gözlenmiştir. Bu durum Gitelman Sendromu nedeniyle kusmaya yatkınlığı olan hastanın, anksiyete düzeyinde artış olması ile beraber mevcut şikayetlerin tetiklenip kusma ataklarının artması ile sonuçlanması olarak yorumlanmıştır.

Kusma, halsizlik yorgunluk, kas spazmları birçok hastalıkta görülebilecek belirtiler olup ilk akla gelmesi gereken durumlardan biri elektrolit dengesizliğidir. Hipokalemi ölümcül sonuçlar doğurabilecek önemli bir elektrolit bozukluğudur. Bu nedenle dirençli hipokalemi olan hastalarda mutlaka altta yatan neden aydınlatılmalıdır. Zaman zaman psikiyatri kliniklerinde klinisyenler psikiyatrist gözlüğü ile tanı kriterleri etrafında gezinerek diğer tıbbi durumları göz ardı edilebiliyorken zaman zaman psikiyatri dışındaki kliniklerde de klinisyenler hastanın diğer tıbbi durumlarını değerlendirirken var olan psikopatoloji çerçevesinden çıkamamaktadırlar. Hastanın birçok şikayetini önceden konulmuş bir tanı ağacına bağlamak, klinisyenlerin mesleklerini uygulamaları konusunda bakış açılarını daraltabilir, tanı ve tedavi yaklaşımlarını öteleyebilir.

Klinisyenler olarak hastalardan ve hasta yakınlarından ayrıntılı öykü alarak, dikkatli bir fizik muayene ve tıbbi inceleme yaparak şikayetlere neden olabilecek tıbbi ve ruhsal etkenlerin detaylı olarak ortaya konulmasını sağlayabiliriz.

Bu vaka gerek psikiyatride muayene ve tanı süreçleri ile ilgili takip ve gözlemin önemine vurgu yapması gerekse tıbbin multidisipliner bir yaklaşım olduğunu gözler önüne sermesi bakımından önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

- Akçakaya M, Oymak O, Ünal A ve ark. (2009) Ailesel hipokalemik alkaloz: Gitelman Sendromu. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 18: 97-9.
- Cruz DN, Shaer AJ, Bia MJ ve ark. (2001) Gitelman's syndrome revisited: an evaluation of symptoms and health-related quality of life. *Kidney Int* 59: 710-7.
- Enríquez R, Adam V, Sirvent AE ve ark. (2010) Gitelman syndrome due to p.A204T mutation in CLCNKB gene. *Int Urol Nephrol* 42: 1099-102.
- Ji W, Foo JN, O'Roak BJ ve ark. (2008) Rare independent mutations in renal salt handling genes contribute to blood pressure variation. *Nat Genet* 40: 592-99.
- Knoers NV, Levchenko EN (2008) Gitelman syndrome. *Orphanet J Rare Dis* 3: 22.
- Gjata M, Tase M, Gjata A (2007) Gitelman's Syndrome (Familial hypokalemia-hypomagnesemia) *Hippokratia* 11: 150-3.
- Oğlağı Z, Küey Gürdal A (2013) Tarihçe, Yeme Bozuklukları ve Obezite, 1.basım, Yücel B, Akdemir A, Maner F, Küey Gürdal A, Varder E, Ankara, BAYT bilimsel araştırmalar basın ve yayım, s.3.
- Sato Y, Fukudo S (2015) Gastrointestinal symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Clin J Gastroenterol* 8: 255-63.
- Scorza K, Williams A, Phillips JD ve ark. (2007) Evaluation Of Nausea And Vomiting, *Fam Physician* 76: 76-84
- Shibli A, Nachi H (2015) Gitelman syndromes: Spectrum of clinical manifestations caused by different mutations. *World J Methodol* 5: 55-61.
- Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW (2012) Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 14: 406-14.