

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η νευρογενής ανορεξία σχετίζεται με πληθώρα επιπλοκών, που αποδίδονται στην μειωμένη θερμοϊδική πρόσληψη και την απώλεια βάρους.<sup>1</sup> Πρόκειται για μια από τις πιο θανατηφόρες ψυχιατρικές νόσους με την θνητότητα αυτών των ασθενών σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό να είναι 5-10 φορές μεγαλύτερη.

- Ο ασθενής επανήλθε ένα μήνα αργότερα → **εκ νέου άνοδος των αμινοτρανσφερασών (AST/ALT:1670/1980U/L).**
- Περαιτέρω απώλεια βάρους (BMI:13,70kg/m<sup>2</sup>), υπογλυκαιμία, υποϊνωδογοναιμία και παράταση INR, μη ανταποκρινόμενη στην χορήγηση βιταμίνης Κ. Επιπλέον, ο ασθενής παρουσίαζε **υπόταση (ΣΑΠ:75-80mmHg), βραδυκαρδία (37-50bpm), ψυχρό δέρμα, κριγμό** κατά την ψηλάφηση του τραχήλου και του θώρακα και **οιδήματα κάτω άκρων.**
- Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε παρουσία **πνευμομεσοθωρακίου** και **υποδόριου εμφυσηματος** (πιθανώς οφειλόμενα σε προηγθέν επεισόδιο εμέτου ή βήχα), καθώς και μικρή ασκτική συλλογή (εικόνα 1).
- Νέος υπερήχος καρδιάς ανέδειξε **επηρεασμένο κλάσμα εξώθησης (35-40%) και μικρή περικαρδιακή συλλογή.**

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

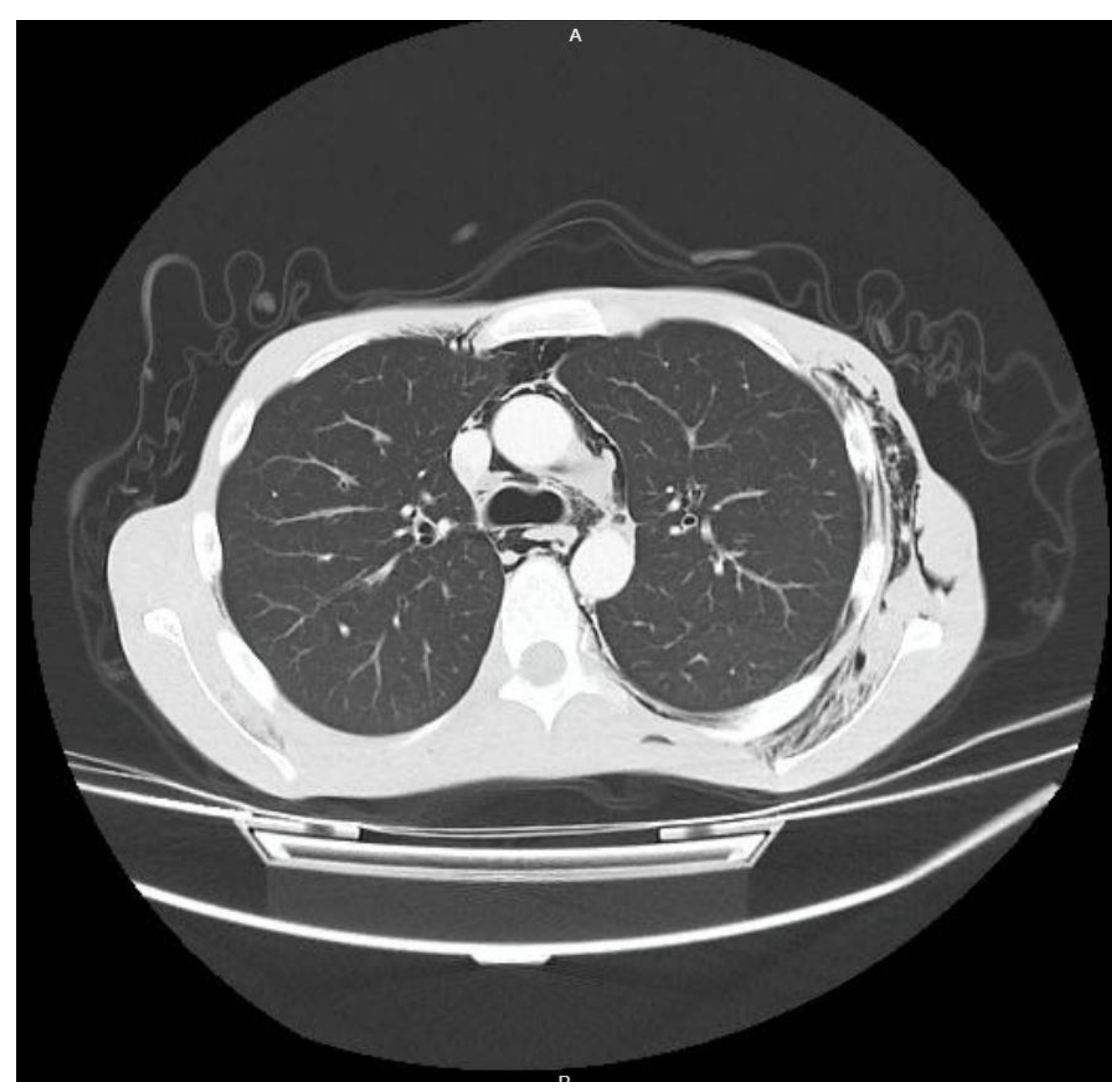
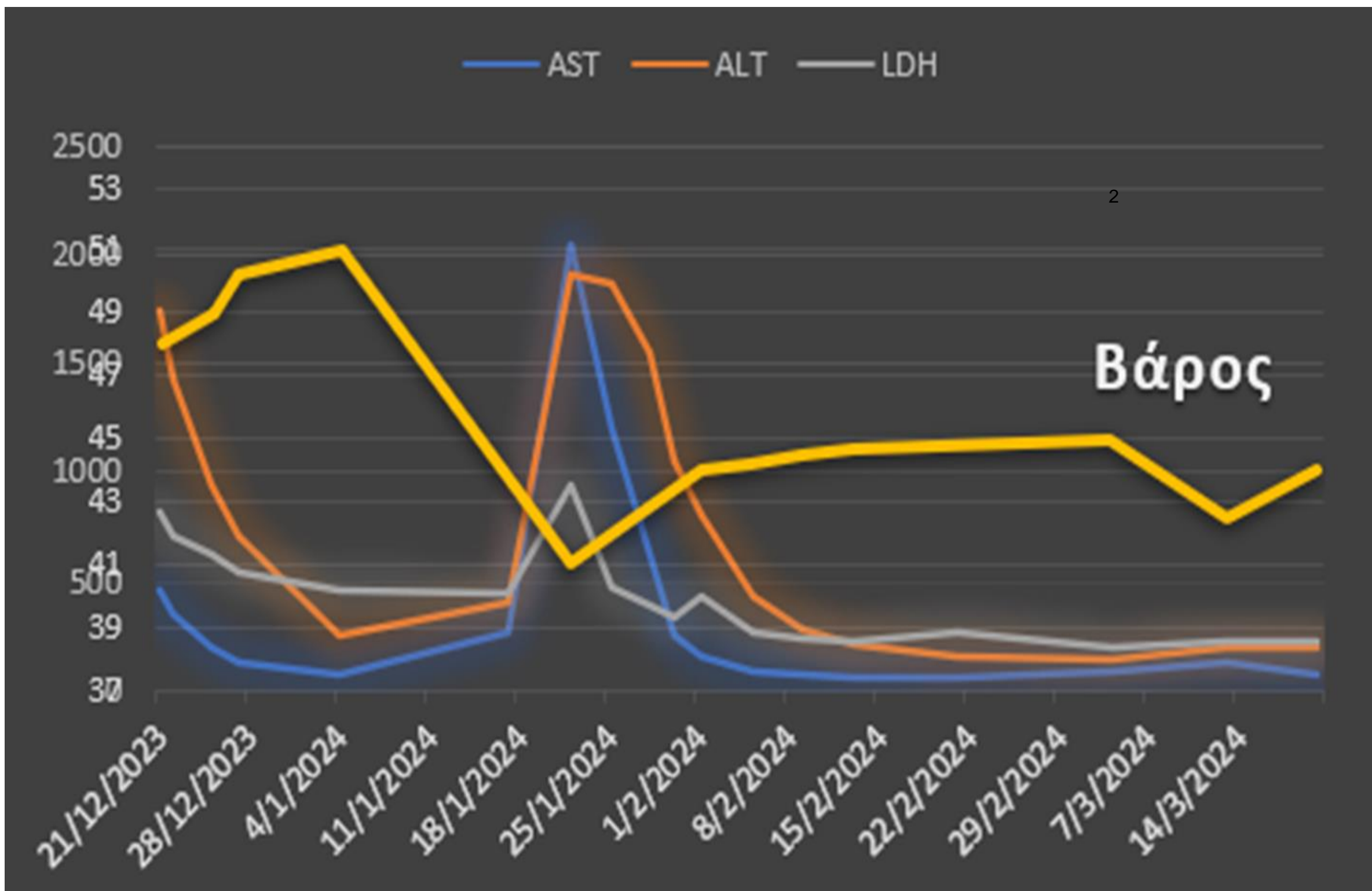
20χρονος καχεκτικός ασθενής προσήλθε λόγω ανεύρεσης **τρανσαμινασαιμίας (AST/ALT:1105/1721U/L)**. Από διμήνου ελάμβανε σκευάσματα κρεατίνης και πρωτεΐνης και γυμναζόταν εντατικά. Αναφέρει απώλεια βάρους περί των 20 κιλών από 2μήνου και 45 κιλών από 2ετίας (BMI:16,04kg/m<sup>2</sup>). Πέραν της καχεξίας, ο ασθενής εμφάνιζε **βραδυκαρδία (50-55bpm)** και **υπόταση (ΣΑΠ:85-95mmHg)**. Προς διερεύνηση των 4ψήφιων επιπέδων αμινοτρανσφερασών, εστάλη εκτεταμένος εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος, που δεν ανέδειξε κάποια κλασική αιτία ηπατοπάθειας. Η διενέργεια υπερήχου καρδιάς ανέδειξε **κλάσμα εξώθησης 55% και φυσιολογική συσπαστικότητα μυοκαρδίου.** Ο ασθενής σιτίστηκε κατά τη νοσηλεία, με παράλληλη βελτίωση της ηπατικής βιοχημείας, ενώ εκτιμήθηκε από διατροφολόγο και ψυχίατρο και έλαβε σαφείς οδηγίες για περαιτέρω παρακολούθηση (BMI εξόδου:16,87kg/m<sup>2</sup>).

**ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ**

- Προοδευτική αποδέσμευση από ορούς γλυκόζης, χωρίς επεισόδια συμπτωματικής υπογλυκαιμίας
- **Εξάλειψη σημείων καρδιακής ανεπάρκειας**
- Νέος υπέρηχος καρδιάς λίγες ημέρες αργότερα → **ΚΕ: 50-55%**
- Προοδευτική πτώση αμινοτρανσφερασών, ομαλοποίηση χρόνων πήξης, αύξηση BMI (διάγραμμα 1)
- Σύσταση για ψυχιατρική παρακολούθηση από ειδικό τμήμα διατροφικών διαταραχών

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η αιτία θεωρείται ότι προκαλεί ηπατική δυσλειτουργία με τον μηχανισμό της **«αυτοφαγίας»**.<sup>2</sup> Η καρδιακή ανεπάρκεια αποδίδεται κυρίως στην **ατροφία του καρδιακού μυός**, ενώ η βραδυκαρδία στην **αυξημένη παρασυμπαθητικοτονική δραστηριότητα**.<sup>2</sup> Η ηπατική και η καρδιακή δυσλειτουργία είναι **αναστρέψιμες** με την σωστή και έγκαιρη επανασίτιση. Λόγω της δυνητικής προσβολής πολλαπλών συστημάτων στη νευρογενή ανορεξία, είναι αναγκαία η διεπιστημονική συνεργασία για τη σωστή διάγνωση, διαχείριση και θεραπευτική προσέγγιση αυτών των ασθενών.



Διάγραμμα 1. Προοδευτική πτώση αμινοτρανσφερασών με ταυτόχρονη αύξηση του σωματικού βάρους του ασθενούς

Εικόνα 1. Ανάδειξη υποδόριου εμφυσηματος και πνευμομεσοθωρακίου από την αξονική θώρακος του ασθενούς.

**ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΒΗΜΑΤΑ**

- Αυστηρό monitoring ζωτικών σημείων
- Επιτήρηση γευμάτων
- Διατροφολογική και ψυχιατρική εκτίμηση
- Υπερλευκωματούχος δίαιτα, προοδευτική αύξηση θερμίδων
- Χορήγηση iv dextrose 10%
- Χορήγηση N-ακετυλοκυστεΐνης

**Βιβλιογραφία:**  
 1. Overview on eating disorders. December 2018. *Progress in Nutrition* 20(2-S):29-35,  
 2. Rosen, Dig Dis Sci (2017) 62: 2977-2981