

*Osmangazi Journal of Medicine**e-ISSN: 2587-1579***Yeme Bozukluğu Tanılı Ergenlerin Klinik Özellikleri**

Clinical Characteristics of Adolescents with Eating Disorders

Demet Aygün Arı^{ID} Semra Çetinkaya^{ID}¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Ergen Sağlığı Kliniği, Ankara, Türkiye²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Endokrinoloji Kliniği, Ankara, Türkiye**Correspondence / Sorumlu yazar**

Demet AYGÜN ARI

Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Ergen Sağlığı Kliniği, Ankara, Türkiye

e-mail: demetaygunari@gmail.com

Received 30.09.2025

Accepted : 26.03.2026

Abstract: Eating disorders (EDs) are psychiatric conditions often beginning in adolescence, with increasing prevalence and significant comorbidities. This study aimed to present data from adolescents diagnosed with EDs to raise awareness. Patients presenting to our Adolescent Health Outpatient Clinic between June 2019 and June 2023 were included. Age, sex, presenting complaints, clinical and follow-up characteristics (symptom duration, weight loss, menstrual history, comorbidities, hospitalization, follow-up) were retrospectively collected from hospital records. A total of 76 patients (two males, 2.6%) were included: 21 (27.6%) with anorexia nervosa (AN), 46 (60.5%) with atypical AN (AAN), seven (9.2%) with bulimia nervosa (BN), and two (2.6%) with avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). The mean age at presentation was 15.4 ± 1.4 years (range 12.3–17.8), and median follow-up was seven months (range 2–14). The most common presenting complaint in AN and AAN groups was food restriction. Weight loss and hospitalization rates were similar between AN and AAN patients ($p = 0.215$ and 0.329 , respectively). Secondary amenorrhea occurred in half of AN patients ($n = 10$) and in 45.5% of AAN patients ($n = 20$) ($p = 0.736$). Refeeding syndrome was not observed. Two patients in each of the AN, AAN, and BN groups had comorbid depression, and one patient in the AAN group had comorbid anxiety disorder. EDs in adolescence may require hospitalization and structured follow-up. As diagnosis largely depends on clinical interview and history, routine assessment of nutritional and psychosocial history is essential for accurate diagnosis, follow-up, and evaluation of comorbidities.

Keywords: Adolescence, eating disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, avoidant/restrictive food intake disorder

Etik Kurul Onayı: Çalışma Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Karar no: 2012 KAEK- 15-2704, Tarih: 26.04.2023).

Onam: Yazarlar retrospektif bir çalışma olduğu için olgulardan imzalı onam almadıklarını beyan etmişlerdir.

Telif Hakkı Devir Formu: Tüm yazarlar tarafından Telif Hakkı Devir Formu imzalanmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Hakem değerlendirmesinden geçmiştir.

Çıkar Çatışması Bildirimi: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Destek Beyanı: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir

Özet: Yeme bozuklukları sıklıkla ergenlik döneminde başlayan, sıklığı giderek artan, önemli komorbiditeleri olan psikiyatrik hastalıklardır. Bu çalışmada yeme bozukluğu nedeniyle izlenen hastaların verileri sunulurken, bu konudaki farkındalığın artırılması amaçlandı. Haziran 2019-Haziran 2023 tarihleri arasında hastanemiz Ergen Sağlığı polikliniğine başvuran ve yeme bozukluğu tanısı alan olgular çalışmaya dahil edildi. Olguların yaş, cinsiyet, başvuru şikayetleri, klinik ve izlem özellikleri (şikayetlerin süresi, kilo kaybı düzeyi, menstrual öyküleri, komorbiditeler, hastaneye yatış, izlem süresi) hastane kayıtlarından geriye dönük olarak değerlendirildi. Çalışmaya ikisi (%2,6) erkek, 76 yeme bozukluğu tanısı alan olgu dahil edildi. Olguların 21'i (%27,6) anoreksiya nervoza (AN), 46'sı (%60,5) atipik AN (AAN), yedisi (%9,2) bulimiya nervoza (BN) ve ikisi (%2,6) kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu ('Avoidant/restrictive food intake disorder', ARFID) idi. Olguların başvuru yaşları ortalama 15.4 ± 1.4 yıl (yaş aralığı 12,3-17,8), ortalama izlem süreleri 7 (2-14) ay idi. AN ve AAN grubunda en sık başvuru şikayeti gıda alımının kısıtlanması idi. AN ve AAN gruplarında kilo kaybı yüzdeleri ve hastaneye yatış yüzdeleri benzer bulundu (p sırasıyla 0,215 ve 0,329). AN grubunun yarısında ($n:10$) ve AAN grubunun %45,5'inde ($n:20$) sekonder amenore mevcuttu ($p=0,736$). Olguların hiçbirinde yeniden beslenme sendromu görülmedi. AN, AAN ve BN gruplarında ikiyeşer olguda depresyon, AAN grubunda bir olguda anksiyete bozukluğu eşlik ettiği gözlemlendi. Yeme bozuklukları ergenlik döneminde hastane yatışı gerekebilen, izlemin önemli ve özellikli olduğu hastalıklardır. Tanı büyük ölçüde klinik görüşme ve öyküye dayandığından, tüm ergenlerin rutin değerlendirmelerinin bir parçası olarak beslenme öyküsü ve psikososyal öykü alınması; tanı, izlem ve komorbiditelerin değerlendirilmesi açısından gereklidir. **Anahtar Kelimeler:** Ergenlik, yeme bozukluğu, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu

1. Giriş

Son yıllarda sıklığının giderek arttığı bildirilen yeme bozuklukları, özellikle kadınlarda daha yaygın olarak görülmektedir. Yaşam boyu prevalans kadınlarda %8,4; erkeklerde ise %2,2 olarak bildirilmektedir. Tüm yaş gruplarının değerlendirildiği sistematik bir derlemede, yeme bozukluğu nokta prevalansının yıllar içinde belirgin artış gösterdiği; 2000–2006 döneminde %3,5 iken 2013–2018 döneminde %7,8'e ulaştığı bildirilmiştir (1). Ancak güncel ve gerçek prevalansın bildirilenden daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Ayrıca çalışmalar sıklıkla batı ülkelerinde yapılsa da, yeme bozukluklarının daha global bir sorun olduğu bilinmektedir (2). Tüm dünyada çocuk ve ergenlerde yeme bozukluğunun prevalansının giderek arttığı, Türkiye'nin de en fazla artış görülen 3 ülkeden biri olduğu bildirilmiştir (3).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5'te ('Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5', DSM-5) 'Beslenme ve Yeme Bozuklukları' altı hastalık olarak sınıflandırılmıştır; pika, ruminasyon bozukluğu, kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu ('Avoidant/restrictive food intake disorder', ARFID), anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN) ve tıknırcasına yeme bozukluğu ('binge eating disorder', BED). Bunlardan pika ve ruminasyon bozukluğu sıklıkla bebeklik ve erken çocukluk dönemlerinde görülmektedir. Bu hastalıklar dışında kalan atipik AN (AAN) gibi yeme bozuklukları ise tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu ('other specified feeding or eating disorder', OSFED) olarak gruplanmıştır (4).

AN enerji alımının kısıtlanması, belirgin düşük vücut ağırlığı, kilo alma korkusu ve beden algısındaki bozulma ile tanımlanan bir yeme bozukluğudur. AAN ise, AN'nin klinik özelliklerini taşımakla birlikte, vücut ağırlığının yaş ve cinsiyete göre normal sınırlar içinde ya da üzerinde olduğu bir tablodur. BN, yineleyici tıknırcasına yeme atakları ve bunları dengelemek amacıyla gerçekleştirilen kusma, laksatif veya diüretik kullanımı, aşırı egzersiz ya da aç kalma gibi uygunsuz telafi edici davranışlarla karakterizedir. ARFID ise, diğer yeme bozukluklarının aksine beden algısının bozulmadığı; yemeğe karşı ilgisizlik, besinlerin duyuşal özelliklerine dayalı kaçınma veya yemenin olumsuz sonuçlarına ilişkin kaygılar nedeniyle yetersiz besin alımı ile seyreden bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (4). Yaşam boyu prevalans ergen ve genç erişkin kadınlarda AN için %0,8-6,3 ve BN için %0,8-2,6 olarak bildirilmiştir. AAN için net veri

olmasa da OSFED başlığı altında, genç kadınlarda yaşam boyu prevalans %0,6-11,5; ARFID için çocuk ve ergenlerde prevalans %0,3-15,5 bulunmuştur. ARFID için net bir ayırım olmasa da, diğer yeme bozukluklarının prevalansı erkeklerde kadınlara göre daha düşük olarak görülmektedir (2).

Yeme bozukluklarının kadınlara özgü hastalıklar olduğuna dair bir yanlış hem toplumda hem sağlık çalışanlarında mevcuttur (5). Yeme bozukluğu semptomları erkeklerde, kadınlara benzer veya daha farklı olarak ortaya çıkabilmektedir. Yeme bozukluğu olan erkeklerde, zayıflık yanında kaslı olma isteğinin de ön planda olduğu, özellikle kas yapımını artırmak için takviye kullanımının yoğun olduğu bilinmektedir (6). Yeme tutumundaki bu bozuklukların bilinmesi ve fark edilebilmesi, hem doktora başvuru oranını hem de hekimin tanı koyabilme olasılığını artırarak, tanının erkeklerde atlanmasını önleyebilir.

Beslenme düzeninde değişiklik, hızlı kilo alıp verme, istemli kusma gibi şikayetlerle başvuran ergenlerde yeme bozuklukları akla gelmektedir. Ancak belli gıdaları tüketmek istememe, seçici beslenme, yeme atakları olması, kilo vermeye yönelik yoğun egzersiz veya laksatif/diüretik etkili ilaçların kullanımı da yeme bozukluğu bulgusu olabilir. Bu noktada hastanın beden algısını değerlendirmek önemlidir. Yine yeme bozuklukları enerji defisitine bağlı oligomenore veya amenore yapabilmekte, hastalar yeni başlangıçlı adet düzensizlikleri ile başvurabilmektedirler (7). Laboratuvar testleri tanı koydurucu olmasa da, ayırıcı tanı ve komplikasyonları tanımak için önemlidir. Laboratuvar testlerinde anemi, lökopeni, trombositopeni, elektrolit bozukluğu, transaminazlarda artış ve hasta ötiroid sendromu gibi pek çok patolojik bulgu saptanabilmektedir. Ayrıca hastanın beslenmesinin düzenlendiği dönemde, elektrolit dengesizliğine bağlı yeniden beslenme sendromu ("refeeding sendromu") ortaya çıkabilmektedir (8). Özellikle AAN hastaları, normal veya normale yakın bir vücut ağırlığı ile başvurdıkları için, bu hastalarda gelişebilecek komplikasyonlar gözden kaçabilmektedir. Oysa AAN'de, AN ile benzer oranda fiziksel ve psikolojik komorbidite görüldüğü gösterilmiştir (9).

Bu çalışmada, yeme bozukluğu tanısı ile izlenen ergenlerin başvuru, klinik ve izlem özellikleri değerlendirilerek; özellikle AAN sıklığı, amenore oranı ve hastane yatış gereksinimi gibi klinik açıdan önemli göstergelerin ortaya konması ve tanı, tedavi

ve izlem süreçlerine yönelik farkındalığın artırılması amaçlandı.

2. Gereç ve Yöntem

2.1 Katılımcılar

Araştırmaya Haziran 2019-Haziran 2023 tarihleri arasında Dr Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Ergen Sağlığı polikliniğine başvuran ve yeme bozukluğu tanısı alan, tanı, tedavi ve izlem verileri tam olan, izlem verilerinin değerlendirilebilmesi için tanı sonrası en az bir kez kontrole gelen olgular dahil edildi. Hastane elektronik kayıt sisteminde Yeme Bozuklukları için tanımlanmış ICD-10 tanı kodu F50 ile tarama yapıldı. Yeme bozukluğu tanısı girilmiş olup tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu ("unspecified feeding or eating disorder", UFED) tanısı alanlar, kilo kaybı yüzdesi ve menstrual verileri eksik olanlar çalışma dışında bırakıldı. Yeme bozukluğu tanısı girilen 95 olgudan 76'sı çalışmaya dahil oldu. Dahil etme ve dışlama kriterlerine göre hasta seçimi ve sayılarının gösterildiği akış şeması Şekil 1'de verildi.

Yeme bozukluğu tanısı, DSM-5 tanı kriterleri temel alınarak ergen sağlığı uzmanı tarafından, yapılandırılmış klinik görüşme ile konulmuştu. Tanı konulurken enerji alımını kısıtlama, beden algısında bozulma, kilo alma korkusu ve uygunsuz telafi edici davranışlar gibi tanıya özgü pozitif bulgular hastane elektronik kayıt sistemine ayrıntılı olarak kaydedilmişti. Çalışmada bu bulgular retrospektif olarak sistem üzerinden doğrulandı. Tanı kriterleri belirtilmemiş hastalar eksik veri nedeniyle değerlendirmeye alınmadı. Başlangıç ağırlığının en az %10'unu üç ay içinde kaybetmesine rağmen, vücut kitle indeksi (VKİ) yaş ve cinsiyet için 50. persentildeki VKİ değerinin (medyan VKİ) %85'i ve üzerinde olan olgular AAN olarak tanımlandı. AN ve AAN gruplarında; son üç ay içinde düzenli olarak tıknırcasına yeme ve/veya çıkarma davranışı bildirenler 'tıknırcasına yeme/çıkarma tipi', bu davranışları göstermeyenler ise 'kısıtlayıcı tip' olarak sınıflandırıldı (4). Tüm olgular çocuk psikiyatrisi ve beslenme uzmanı ile birlikte takip edildi.

2.2 Çalışma Protokolü

Olguların başvuru, klinik, laboratuvar, tanı ve izlem verileri hastane elektronik veri kayıt sisteminden elde edildi. Olguların başvuru yakınmaları, yakınmalarının süresi, başvuru verileri (antropometrik, muayene), laboratuvar ve izlem verileri, hastane yatışı olup olmadığı, hastane kayıtlarında yer alan komorbiditeleri ve adet

döngüleri kaydedildi. Başvuru yakınmaları, hastane elektronik kayıt sisteminde her olgu için kaydedilmiş ana başvuru yakınması esas alınarak değerlendirildi. İncelenen kayıtlarda birden fazla başvuru yakınması bildirilmediğinden, yüzdeler olgu sayısı üzerinden hesaplandı. Başvuru anındaki laboratuvar verilerinde patolojik bulgu varsa kaydedildi. Ayrıca izlemde refeeding sendromu gelişip gelişmediği, hem izlem notlarından hem de laboratuvar testleri incelenerek değerlendirildi. Son üç aydır menstruasyonun olmaması sekonder amenore olarak tanımlandı (10). AN ve AAN hasta gruplarında, başlangıca göre kilo kaybı yüzde (%) olarak hesaplandı. Başlangıç ve izlem antropometrik verileri [vücut ağırlığı (kg), boy (cm), VKİ (kg/m²)] kaydedildi. VKİ, vücut ağırlığının boyun metre cinsinden karesine bölünmesiyle hesaplandı. Medyan VKİ, yaş ve cinsiyete göre 50. persentildeki VKİ olarak tanımlandı (11). Medyan VKİ yüzdesi (%mVKİ), VKİ'nin medyan VKİ'ye bölünüp 100 ile çarpılmasıyla hesaplandı. Anlamli kilo kaybı, en az üç ay içinde vücut ağırlığının $\geq$ %10 kaybı olarak kabul edildi (4, 12). Hastane yatış sayıları ve izlem süreleri (ay olarak) de kaydedildi.

2.3 İstatistiksel Analiz

Çalışma verileri IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0 (Armonk, NY: IBM Corp.) programı ile istatistiksel olarak değerlendirildi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde (%) ile tanımlandı. Sürekli değişkenler için normal dağılım gösterenler aritmetik ortalama $\pm$ standart sapma ile, normal dağılım göstermeyenler ise ortanca (çeyrekler arası aralık, Q1–Q3) şeklinde tanımlandı. Parametrelerin normal dağılıma uygunluğu "Kolmogorov-Smirnov" ve "Shapiro-Wilk" testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenler parametrik test varsayımlarını sağlıyorsa Student's t testi, sağlamıyorsa Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırıldı. Gruplar arasındaki kategorik değişkenlerin dağılımı Ki-kare testi ile analiz edildi. P değerinin <0,05 olması istatistiksel olarak anlamlı değerlendirildi. Çoklu karşılaştırma düzeltmesi yapılmamış olup analizler keşifsel nitelikte değerlendirilmiştir. Grup sayıları BN ve ARFID grubunda düşük olduğu için, AN ve AAN grupları arasında karşılaştırma yapıldı.

2 Bulgular

Çalışmaya başvuru yaşları 15,4 $\pm$ 1,4 yıl (yaş aralığı 12,3-17,8) olan, ikisi erkek cinsiyette (AAN tanılı), 76 yeme bozukluğu olgusu dahil olmuştur. Çalışma dışı bırakılan 19 olgunun ortalama yaşı 14,9 $\pm$ 0,9 yıl olup 15'i (%79) kızdı. Olguların tanı dağılımı sırasıyla UFED (n=10), AAN (n=6) ve AN (n=3) idi. Çalışmaya dahil olan hastalardan ise 21 olgu

(%27,6) AN, 46 olgu (%60,5) AAN, yedi olgu (%9,2) BN ve ikisi (%2,6) ARFID tanısı almıştır. AN olgularının 15'i (%71,4) kısıtlayıcı tip, altısı (%28,6) tıknırcasına yeme/çıkarma tipi; AAN hastalarının ise 42'si (%91,3) kısıtlayıcı tip, dördü (%8,7) tıknırcasına yeme/çıkarma tipi yeme bozukluğu idi ($p=0,060$). Olguların tanılara göre başvuru demografik ve antropometrik karakteristik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

AN ve AAN grubundaki olguların en sık başvuru yakınması kısıtlı gıda alımı idi. AN grubunda adet düzensizliği, AAN grubunda kilo kaybı ikinci en sık başvuru yakınması idi. Seçici beslenme ve yemek sonrası kusma diğer başvuru yakınmalarıydı. Olguların tanılara göre başvuru yakınmaları Tablo 2'de sunulmuştur. AN grubunda beş (%23,8) olguda, AAN grubunda dokuz (%19,6) olguda, BN grubunda ise bir (%14,3) olguda yoğun egzersiz yapma mevcut idi.

Şikayetlerin başlangıcından başvuruya kadar geçen süre AN için 10 (6,5-12) ay, AAN için 6 (4-12) ay, BN için 12 (6-24) ay, ARFID için ise 30 (24-36) ay idi. AN ve AAN gruplarının başvuruya kadar geçen süreleri istatistiksel olarak benzer bulunmuştur ($p=0,23$). Kilo kaybı yüzdeleri iki grup için ortanca %20 (%15,5-%25,1); AN için %20,6 (17,7-28,6), AAN için %19,2 (14,6-24,6) bulunmuştur ve istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p=0,215$). AN olgularından biri, sekonder seks karakteristikleri

başlamış olmasına rağmen menarş olmamıştı, kalan AN olgularının %50'sinde (n:10), AAN olgularının %45,5'inde (n:20) sekonder amenore mevcuttu ve iki grup arasında mutlak fark %4,5 olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,736$). AAN grubunda iki (%4,5) olguda yeni başlangıçlı adet düzensizliği; BN grubunda bir (%14,3) olguda amenore, bir (%14,3) olguda yeni başlangıçlı adet düzensizliği görülmüştür.

Eşlik eden hastalıklara bakıldığında, AN grubunda bir olguda Swyer sendromu, bir olguda erken ergenlik, iki olguda depresyon; AAN grubunda bir olguda astım, bir olguda özgül öğrenme güçlüğü, bir olguda anksiyete bozukluğu, iki olguda depresyon; BN grubunda bir olguda polikistik böbrek hastalığı, iki olguda depresyon tanısı bulunduğu belirlendi.

AN grubunda bir hastada başvuru anında hiperlipidemi mevcuttu, AAN grubunda ise 5 hastada transaminaz yüksekliği saptanmıştı. AN grubunda dört olgu (%19), AAN grubunda 12 (%26,1) olgu hastaneye yatırılarak izlenmişti (mutlak fark %7,1, $p=0,329$), hastane yatışı olan tüm hastalar birer kez hastaneye yatırılmıştı. Beslenme rehabilitasyonu sırasında hastaların hiçbirinde yeniden beslenme sendromu görülmemişti. Olguların ortanca takip süreleri 7 (2-14) ay idi. Olguların tamamı düzenli olarak çocuk psikiyatrisi ve beslenme uzmanı tarafından da değerlendirilmişti.

Tablo 1. Olguların tanılara göre başvuru demografik ve antropometrik özellikleri.

	AN (n=21) n (%)	AAN (n=46) n (%)	BN (n=7) n (%)	ARFID (n=2) n (%)
Cinsiyet				
Kız	21 (%100)	44 (%95,7)	7 (%100)	2 (%100)
Erkek	-	2 (%4,3)	-	-
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Başvuru yaşı (yıl)	15,5±1,3	15,2±1,4	16,5±1,4	15,7±1,9
Başvuru VA (kg)	39,6±5,3	50,2±6,1	67,7±20,7	37,9±6,0
Başvuru boyu (cm)	159,3±6,9	160,8±5,8	156,7±5,4	153,0±0,9
Başvuru VKİ (kg/m ²)	15,6±1,1	19,5±1,9	27,5±7,9	16,2±2,8
Medyan VKİ (kg/m ²)	20,1±0,7	19,9±0,8	20,6±0,7	20,2±1,0
Medyan VKİ yüzdesi (%)	77,5±4,9 Median (IQR)	97,8±9,8 Median (IQR)	133,1±36,1 Median (IQR)	79,8±10,0 Median (IQR)
Şikayetlerin süresi (ay)	10 (6,5-12)	6 (4-12)	12 (6-24)	30 (24-36)
VA persentil	0,16 (0,04-1,13)	19,07 (7,82-40,24)	82,64 (9,01-99,98)	0,21 (0,02-0,39)
Boy persentil	34,09	40,91	12,92	7,16

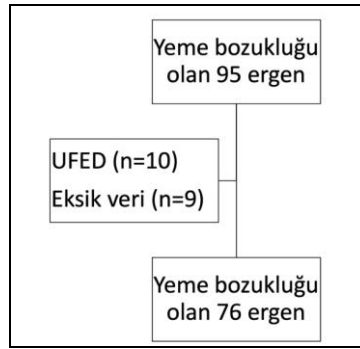
	(16,74-51,79)	(20,70-75,17)	(5,37-53,59)	(3,75-10,56)
VKİ persentil	0,09	20,31	97,50	1,55
	(0,02-0,34)	(9,18-46,22)	(38,21-99,91)	(0,02-3,07)

AAN: Atipik anoreksiya nervoza, AN: Anoreksiya nervoza, ARFİD: Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu ("Avoidant/restrictive food intake disorder"), BN: Bulimiya nervoza, VA: Vücut ağırlığı, VKİ: Vücut kitle indeksi.

Tablo 2. Olguların tanılara göre başvuru yakınmaları.

Başvuru Yakınmaları	AN (n=21) n (%)	AAN (n=46) n (%)	BN (n=7) n (%)	ARFİD (n=2) n (%)
Gıda alımını kısıtlama	12 (%57,1)	21 (%45,7)	2 (%28,6)	-
Kilo kaybı	2 (%9,5)	14 (%30,2)	-	-
Seçici beslenme	2 (%9,5)	3 (%6,5)	-	2 (%100)
Yeme atakları	-	-	1 (%14,3)	-
Yemek sonrası kusma	2 (%9,5)	1 (%2,2)	3 (%42,9)	-
Adet düzensizliği	3 (%14,3)	7 (%15,2)	1 (%14,3)	-

AAN: Atipik anoreksiya nervoza, AN: Anoreksiya nervoza, ARFİD: Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu ("Avoidant/restrictive food intake disorder"), BN: Bulimiya nervoza



UFED: Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu.

Şekil 1. Hasta seçim kriterlerini gösteren akış şeması.

3 Tartışma

Bu çalışma, ergen yaş grubundaki yeme bozukluğu hastalarının özelliklerini literatür verileri eşliğinde tanımlayarak, günümüzde özellikle ergenlerde sıklığı giderek artan yeme bozukluklarına vurgu yapmayı amaçlamaktadır. Çalışmamızda en büyük grubu AN ve AAN hastaları oluşturuyordu, ayrıca olguların çoğu kız hastalardı. En önemli başvuru nedenleri gıda alımının kısıtlanması, kilo kaybı ve sekonder amenore idi. AN ve AAN hastalarının kilo kaybı, amenore sıklığı ve hastane yatış oranı gibi klinik özelliklerinin çok benzer olduğu görüldü. Ayrıca literatüre göre daha düşük oranlarda olmakla birlikte, yeme bozukluklarına depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik komorbiditelerin eşlik ettiği saptandı.

Çalışmamızda olguların çoğu literatür ile uyumlu olarak kız cinsiyette idi. 76 olgunun sadece ikisi erkek idi. Yeme bozukluklarının genel olarak kadınlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir. Yaşam

boyu, yıllık ve nokta prevalansların hepsinin kadınlarda daha yüksek olduğu gösterilmiştir (1, 2). Bununla ilgili açıklamalardan biri, bedeninden memnun olmayan kız ergenlerde zayıf olma isteğinin, erkek ergenlerde ise daha kaslı olma isteğinin ön plana çıkması olarak bildirilmiştir (13). Ancak yine de erkek olgu sayısının beklenenin de altında kalması, benzer semptomlara sahip olsa da, hastane başvurusunun kız ergenlere göre daha düşük olması veya semptomların gözden kaçması nedeniyle daha az tanı almaları yüzünden olabilir. Kız ergenlerde yeme davranışlarında değişiklik fark edilmese de, adet düzensizliği veya amenore başvurusunun önemli bir nedeni olabilmekte, ancak erkeklerde böyle bir belirteç bulunmamaktadır.

AN ve AAN grubunda en sık başvuru şikayetleri gıda alımını kısıtlama, kilo kaybı ve adet düzensizliği idi. BN grubunda ise yemek sonrası kusma örneklemimizde en sık başvuru nedeniydi.

Ergen ve erişkinlerin birlikte değerlendirildiği bir çalışmada AAN ve AN'li olguların benzer klinik özellikler gösterdiği, ancak AAN'li olguların klasik AN'ye kıyasla kendilik değerlendirmesinde beden ağırlığı ve şeklini daha fazla önemseme eğiliminde oldukları ve kilo almanın sosyal sonuçları ile ilgili daha endişeli oldukları bildirilmiştir (14). Gıda alımının kısıtlanması, kilo kaybı, kusma gibi belirtiler yeme bozukluğu açısından uyarıcı olmakla birlikte, sadece adet düzensizliği veya amenore şikayeti ile gelen olgular, beslenme öyküsü alınmazsa atlanabilmektedir. Ayrıca AN'de kilo kaybı olmadan, hastalığın yarattığı strese ikincil olarak da amenore gelişebildiği gösterilmiştir (15). Yine AAN'de de, hasta normal kilo ve VKİ'ye sahip olmasına rağmen, AN ile benzer oranda amenore gelişebildiği bilinmektedir (16). Bu nedenle herhangi bir şikayetle başvuran ergenden psikososyal öykü alınması çok önemlidir. Son dönemde kilo veya beslenme düzeninde değişiklik olup olmadığını sormak, beden algısını değerlendirmek ergenlerde yeme bozukluklarının atlanmasını önleyecektir.

Bizim örneklemimizde ARFID tanısı alan olgularda tek başvuru şikayeti seçici beslenme iken, başvuruya kadar geçen sürenin diğer gruplardan daha uzun olduğunu saptadık. Bu olgularda seçici beslenme, yemeğe karşı ilgisizlik, yiyeceklerin duysal özelliklerine dayalı kaçınma veya yemenin olumsuz sonuçlarına ilişkin kaygı nedeniyle ortaya çıkmaktadır (17). Bu olgularda beden algısı bozulmadığı ve gıdaların kalorisinden bağımsız bir seçici beslenme olduğu için, ayrıca hastalar genelde daha küçük yaş grubunda olduğundan, sıklıkla psikiyatrik bir hastalık veya yeme bozukluğu düşünülmemekte, organik hastalık araştırılmakta ve tanı daha geç konmaktadır. Literatürde ARFID'in belirgin psikososyal ve fiziksel sağlık yükü ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Toplum temelli geniş ölçekli bir çalışmada ARFID olgularında ruh sağlığı ilişkili yaşam kalitesinin düşük olduğu ve anlamlı fonksiyonel kayıp bulunduğu bildirilmiştir (18). Ayrıca çocuk ve ergenlerde yapılan güncel bir sistematik derleme ve meta-analizde ARFID olgularında düşük vücut ağırlığı, besinsel eksiklikler ve düşük kemik mineral yoğunluğu gibi çeşitli fiziksel komplikasyonlar tanımlanmış; olguların önemli bir kısmının normal kiloda olmasına rağmen bu komplikasyonların görülebileceği vurgulanmıştır (19). Bu bulgular, ARFID'nin yalnızca zayıflıkla sınırlı olmayan geniş bir klinik spektruma sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıntılı beslenme öyküsü alınması ve beslenme davranışlarının sistematik olarak sorgulanması, tanı gecikmesini azaltmak ve

olası fiziksel komplikasyonları erken dönemde saptayabilmek açısından kritik öneme sahiptir.

AAN hastaları, AN hastaları ile benzer oranda kilo kaybetmişti ve düşük vücut ağırlığına sahip olmadığı halde benzer oranda sekonder amenore geliştirmişti. Restriktif yeme bozukluğu olan ergenlerde, toplam kilo kaybı ve son dönemdeki kilo kaybı, fiziksel komplikasyonları başvuru kilosundan daha iyi öngörmektedir. Bu bulgu, AAN olgularında düşük vücut ağırlığı gelişmemiş olsa da ciddi komplikasyonların görülebileceğini ve tüm ergenlerde kapsamlı bir klinik değerlendirme yapılması gerektiğini göstermektedir (20). Kısıtlayıcı tipte yeme bozukluklarında, normal kilo ve VKİ'ye sahip olgularda dahi sekonder amenore gelişebildiği bilinmektedir (9). Ergenlik döneminde gelişen amenorenin yalnızca üreme sağlığını değil, aynı zamanda kemik mineral yoğunluğu, büyüme potansiyeli ve uzun dönem kardiyometabolik riskleri de olumsuz etkileyebileceği bildirilmiştir. Bu dönemde östrojen eksikliğine bağlı olarak kemik mineral yoğunluğu azalabilir ve bu durum ilerleyen yaşlarda kırık riskini artırabilir (21). Ayrıca sekonder amenoresi olan olgularda tedavi sonrası, AAN'de AN'ye göre daha az kilo alımı ile ve daha kısa sürede menstrual fonksiyonun düzeldiği gösterilmiştir (22). Yani erken tanı ile ergenler düşük vücut ağırlığı gelişmeden yakalanırsa, menstrual fonksiyonun daha erken restorasyonu sağlanabilmektedir. Bu nedenle adet düzensizliği ile başvuran olgularda, olguların güncel kilolarından bağımsız olarak beslenme düzenlerini ve beden algılarını sorgulamak çok önemlidir.

Çalışmamızda AN, AAN ve BN olgularında yaklaşık %10 sıklıkta depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi eşlik eden psikiyatrik hastalıklar saptadık. Ergen ve erişkinlerin birlikte değerlendirildiği bir çalışmada AAN ve AN olguları arasında yeme bozukluğu şiddeti, yeme bozukluğu davranışları, psikiyatrik komorbiditeler veya mükemmeliyetçilik açısından belirgin fark bulunmadığı gösterilmiştir (14). Literatürde yeme bozukluğu olan bireylerde psikiyatrik komorbidite oranlarının akut hastalık dönemi veya öncesinde veya uzun dönem izlemde %70'in üzerinde olduğu bildirilmektedir (23). Ancak çalışmamızda komorbiditeler yalnızca hastane kayıtlarında yer alan mevcut tanılara dayalı olarak belirlendiğinden, saptanan oranlar literatürde bildirilen oranların altında kalmış olabilir. Ayrıca standart psikiyatrik tarama ölçekleri kullanılmamış olması ve örneklem tek merkezli olması da bu farklılığa katkıda bulunmuş olabilir. Yeme bozukluğu olgularında; kişilik bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk, anksiyete bozuklukları, duygu durum

bozuklukları ve madde kullanımı gibi psikiyatrik komorbiditelerin sık olduğu bilinmektedir. Ayrıca ek psikiyatrik tanısı olan hastalarda, yeme bozukluğunun uzun dönem sonuçlarının da daha kötü olduğu bildirilmiştir (24). Bunun dışında yeme bozukluğu olan ergenlerde kendine zarar verme, intihar girişimi ve intihar düşüncesinin de arttığı gösterilmiştir (25). Bu nedenle olgular, yeme bozukluğu ile açıklanamayacak psikiyatrik semptomlar açısından değerlendirilmeli, intihar düşüncesi mutlaka sorgulanmalıdır. Hastaların medikal komplikasyonlar ve beslenme rehabilitasyonu açısından izleminin ve psikiyatrik takibinin multidisipliner bir ekip tarafından yapılması, tedavi başarısını da artıracaktır (26).

Bu çalışmanın kısıtlılıkları; retrospektif olması, eksik verisi olan olguların çalışmaya dahil edilememesi, özellikle AN ve AAN dışındaki olgu sayılarının az olması, bu durumun diğer yeme bozukluğu tanıları ile kıyaslama yapılmasını zorlaştırması olarak sıralanabilir. Çalışma dışı bırakılan olguların genel özellikleri sunulmuş olmakla birlikte, seçim yanlılığı olasılığı tamamen

dışlanamaz ve bu durum bulguların genellenebilirliğini sınırlayabilir. Ayrıca retrospektif veri toplama sırasında yalnızca klinik olarak anlamlı laboratuvar anormallikleri ve refeeding izlemi kaydedilmiş olup, tüm laboratuvar parametrelerinin ham değerleri sistematik olarak arşivlenmemiştir. Yeme bozukluklarının etiolojisinde; genetik, biyolojik faktörler kadar ailenin, kültürel özelliklerin ve medyanın etkisi gibi çevresel faktörlerin de etkili olduğu, yeme bozukluğu görülme oranlarının ve sebeplerinin ülkelere göre de farklılık gösterdiği bilinmektedir. Bu nedenle ülkemiz verilerinin değerlendirildiği çalışmalar, ergenlerin takip ve tedavisi için önemli katkılar sağlayacaktır.

Sonuç olarak yeme bozuklukları karşımıza farklı semptomlarla çıkabileceğinden, herhangi bir nedenle başvuran ergenden öykü alırken beslenme düzenini sorgulamanın, beden algısını değerlendirmenin, psikososyal öykü almanın, ayrıca ergenlerin multidisipliner izlemi için Ergen Sağlığı poliklinikleri yapılandırmanın önemli olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr*. 2019;109(5):1402-13.
2. Silén Y, Keski-Rahkonen A. Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Curr Opin Psychiatry*. 2022;35(6):362-71.
3. Chen Q, Huang S, Peng JY, Xu H, Wang P, Shi XM, et al. Trends and prevalence of eating disorders in children and adolescents. *World J Psychiatry*. 2024;14(12):1815-26.
4. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5 ed. Arlington, VA: American Psychiatric Press; 2013.
5. Räisänen U, Hunt K. The role of gendered constructions of eating disorders in delayed help-seeking in men: a qualitative interview study. *BMJ Open*. 2014;4(4):e004342.
6. Hornberger LL, Lane MA. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2021;147(1).
7. Campbell K, Peebles R. Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics*. 2014;134(3):582-92.
8. Mehler PS, Brown C. Anorexia nervosa - medical complications. *J Eat Disord*. 2015;3:11.
9. Sawyer SM, Whitelaw M, Le Grange D, Yeo M, Hughes EK. Physical and Psychological Morbidity in Adolescents With Atypical Anorexia Nervosa. *Pediatrics*. 2016;137(4).
10. Deligeoroglou E, Athanasopoulos N, Tsimaris P, Dimopoulos KD, Vrachnis N, Creatsas G. Evaluation and management of adolescent amenorrhea. *Ann N Y Acad Sci*. 2010;1205:23-32.
11. Kuczmarski RJ, Ogden CL, Guo SS, Grummer-Strawn LM, Flegal KM, Mei Z, et al. 2000 CDC Growth Charts for the United States: methods and development. *Vital Health Stat* 11. 2002(246):1-190.
12. Medical Management of Restrictive Eating Disorders in Adolescents and Young Adults. *J Adolesc Health*. 2022;71(5):648-54.
13. Erdoğan Yıldırım AB, Gündoğdu Ü, Eroğlu M. Ergenlerde Yeme Bozuklukları ile İlgili Cinsiyet Farklılıkları Temelinde Bilinmeyenler. *Türk Psikiyatr Derg*. 2025;36(4):27-35.
14. Fitterman-Harris HF, Han Y, Osborn KD, Faulkner LM, Williams BM, Pennesi JL, et al. Comparisons between atypical anorexia nervosa and anorexia nervosa:

- Psychological and comorbidity patterns. *Int J Eat Disord.* 2024;57(4):903-15.
15. Saldanha N, Fisher M. Menstrual disorders in adolescents and young adults with eating disorders. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2022;52(8):101240.
 16. Shachar-Lavie I, Segal H, Oryan Z, Halifa-Kurtzman I, Bar-Eyal A, Hadas A, et al. Atypical anorexia nervosa: Rethinking the association between target weight and rehospitalization. *Eat Behav.* 2022;46:101649.
 17. Bourne L, Bryant-Waugh R, Cook J, Mandy W. Avoidant/restrictive food intake disorder: A systematic scoping review of the current literature. *Psychiatry Res.* 2020;288:112961.
 18. Hay P, Mitchison D, Collado AEL, González-Chica DA, Stocks N, Touyz S. Burden and health-related quality of life of eating disorders, including Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), in the Australian population. *J Eat Disord.* 2017;5:21.
 19. James RM, O'Shea J, Micali N, Russell SJ, Hudson LD. Physical health complications in children and young people with avoidant restrictive food intake disorder (ARFID): a systematic review and meta-analysis. *BMJ Paediatr Open.* 2024;8(1).
 20. Whitelaw M, Lee KJ, Gilbertson H, Sawyer SM. Predictors of Complications in Anorexia Nervosa and Atypical Anorexia Nervosa: Degree of Underweight or Extent and Recency of Weight Loss? *J Adolesc Health.* 2018;63(6):717-23.
 21. Misra M, Klibanski A. Endocrine consequences of anorexia nervosa. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014;2(7):581-92.
 22. Aygün Ari D, Pehlivan Türk Kizilkan M, Derman O, Akgül S. Menstrual characteristics of atypical anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2024;32(3):493-502.
 23. Juli R, Juli MR, Juli G, Juli L. Eating Disorders and Psychiatric Comorbidity. *Psychiatr Danub.* 2023;35(Suppl 2):217-20.
 24. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2015;24(1):177-96.
 25. Sohn MN, Dimitropoulos G, Ramirez A, McPherson C, Anderson A, Munir A, et al. Non-suicidal self-injury, suicidal thoughts and behaviors in individuals with an eating disorder relative to healthy and psychiatric controls: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2023;56(3):501-15.
 26. Özbaran NB, Erbasan Z, Yılancıoğlu HY, Çek D, Taş BY, Tokmak SH, et al. A follow-up and treatment model for pediatric eating disorders: examination of the clinical variables of a child and adolescent psychiatry eating disorder outpatient clinic. *Front Psychiatry.* 2023;14:1218604.