

(50)

Niekorzystny przebieg zmian w narządzie wzroku u młodych kobiet z długo trwającą cukrzycą i objawami jadłowstrętu psychicznego

Disadvantageous course of ophthalmological changes in young women with long-lasting diabetes mellitus followed by the symptoms of anorexia nervosa

Jadwiga Bernardczyk-Meller, Anna Napierała,
Joanna Siwiec-Prościńska, Anna Lubczyńska, Jarosław Kocięcki

Z Katedry i Kliniki Okulistyki Akademii Medycznej w Poznaniu
Kierownik: dr hab. n. med. Jarosław Kocięcki

Summary:

Purpose: To present the course and progression of very severe proliferative retinopathy in young women with long lasting diabetes mellitus and symptoms of anorexia nervosa.

Material and methods: The data of 5 young women, in age 25-32 years, suffering from diabetes mellitus 15 to 29 years with intended weight lose. The progression of ophthalmological changes was observed, followed by considerable fluctuations of glucose blood.

Results: In the time of weight lose in all patients, the worsening of the visual acuity was observed and it was the first reason for ophthalmological check-up. The initial best corrected visual acuity was 0.1-0.9. The rubeosis of the iris, cataracts and proliferative retinopathy with intravitreal hemorrhage and tractional retinal detachment were observed. Despite the immediate ophthalmological treatment (lasertherapy, pars plana vitrectomy, criopexy and retinopexy) the useful visual acuity (>0.1) was maintained only in one eye.

Conclusions:

1. In case of significant exacerbation of progression of ophthalmological changes in patients with long lasting diabetes mellitus and anorexia nervosa the monitoring of their psychological and physical conditions is essential.
2. In the case of weight lose in patients with long lasting diabetes mellitus the rigorous ophthalmological monthly consultations are obligate.

Słowa kluczowe: cukrzyca, retinopatia cukrzycowa, jadłowstręt psychiczny, zaburzenia przyjmowania pokarmów.

Key words: type 1 of diabetes mellitus, diabetic retinopathy, anorexia nervosa, eating disorders.

Do zaburzeń odżywiania należą dwa zespoły chorobowe: jadłowstręt psychiczny (ang. *anorexia nervosa*, AN) oraz bulimia (ang. *bulimia nervosa* BN). Występują one głównie u młodzieży i młodych kobiet, pomiędzy 11. a 25. rokiem życia, sporadycznie u mężczyzn (1).

Pierwszy opis „uporczywego braku łaknienia” pochodzi od Richarda Mortona (1689 r.). Doniesienia o występowaniu AN u chorych na cukrzycę pochodzą z lat 70. ubiegłego stulecia (1).

Kryteria diagnostyczne AN zostały ustalone przez WHO i obejmują zdecydowaną odmowę przyjmowania pokarmów, obniżenie masy ciała BMI (*body mass index*) do 17,5 kg/m² lub mniej, lęk przed otyłością, zaburzenia endokrynologiczne. Do obniżenia masy ciała może dojść na skutek uporczywego odmawiania przyjmowania pożywienia, prowokowania wymiotów, stosowania leków diuretycznych i przeczyszczających oraz forsownych ćwiczeń fizycznych.

Pacjentki, u których dochodzi do pojawienia się tych zaburzeń, wykazują zwykle pewne charakterystyczne cechy osobowościowe i schizoidalną konstrukcję psychiczną. Mają zwykle utrudniony kontakt z otoczeniem. Szczególnie niekorzystnie układają się

ich kontakty z najbliższą rodziną, matką i siostrami (1,2). Konflikty te są zwykle starannie maskowane przez członków rodziny oraz same pacjentki i dlatego są trudne do wykrycia, co uniemożliwia odpowiednio wczesną interwencję lekarza czy psychologa.

Wystąpienie AN u chorych na cukrzycę pociąga za sobą szereg problemów, których nie stwierdza się u osób bez tych zaburzeń metabolicznych. Chore te mają bowiem dodatkowe możliwości manipulowania swoim stanem zdrowia poprzez zmiany dawek insuliny (celowe opuszczenie iniekcji, podawanie niewłaściwej dawki) w celu wywołania zaburzeń metabolicznych w organizmie, w tym glikozurii. Celowe pogarszanie kontroli glikemii manifestuje się nawracającymi epizodami kwasicy ketonowej w rezultacie opuszczenia dawki insuliny oraz nawracającymi hipoglikemiami jako wynik restrykcji dietetycznych (1,3).

Częstość występowania zaburzeń przyjmowania pokarmów u młodych kobiet bez cukrzycy wynosi około 1% w przypadku AN (1). Dane te dla pacjentek z cukrzycą są nieznane.

Rozpoznanie AN u chorych na cukrzycę jest zdecydowanie trudniejsze niż u osób zdrowych. Chore z cukrzycą maskują swe zachowania dietetyczne. Złe wyrównanie metaboliczne cukrzy-

cy, naprzemienne stany kwasicze i hipoglikemiczne mogą być cenną wskazówką w podejrzeniu tego zespołu. U chorych tych często dochodzi do zaburzeń endokrynologicznych dotyczących tarczycy, podwzgórza, przysadki, nadnerczy i gonad (1).

Leczenie zaburzeń odżywiania jest niezwykle trudne ze względu na ich psychogenne uwarunkowania. Prowadzenie cukrzycy u tych pacjentek również następuje z trudnościami. Śmiertelność z powodu AN jest w grupie pacjentek bez cukrzycy określana na 1-6,6%, natomiast w grupie chorych z cukrzycą jest prawdopodobnie większa (1). Badania autorów duńskich wskazują na zdecydowanie większą śmiertelność pacjentek, u których jednocześnie występowały objawy cukrzycy oraz AN. Wynosiła ona 34,6 na 1000 osób/ rok w porównaniu z 2,2 osób na 1000 osób/ rok w odniesieniu do pacjentek z cukrzycą typu 1., ale bez AN (3).

Zmiany w narządzie wzroku u pacjentów z długo trwającą cukrzycą mogą przybrać niezwykle poważną postać. Nierzadko są znacznie nasilone u chorych z innymi współistniejącymi schorzeniami ogólnoustrojowymi.

Celem pracy jest przedstawienie przebiegu zmian w narządzie wzroku u młodych kobiet długo chorujących na cukrzycę,

u których współistnieją objawy jądłowstrętu psychicznego. W dostępnym piśmiennictwie polskim i zagranicznym nie znaleziono podobnego doniesienia.

Materiał i metoda

W klinice okulistycznej w Poznaniu w okresie od 2002 r. do 2005 r. rozpoznano ciężkie powikłania oczne u młodych kobiet w przebiegu cukrzycy i AN u 5 kobiet. Wiek chorych wahał się od 21 do 27 lat (średnia wieku 24,2 roku), czas trwania cukrzycy wynosił od 10 lat do 25 lat (średnio 15,2 roku). Cechą charakterystyczną było to, że wszystkie chore dotychczas leczyły się, zwykle niesystematycznie, w innych ośrodkach i do kliniki zostały skierowane w chwili znacznego, gwałtownego pogorszenia widzenia.

Objawy subiektywne, z jakimi zgłosiły się pacjentki, to znaczne pogorszenie widzenia (do braku poczucia światła) oraz widzenie za mgłą. U jednej z chorych wystąpiły silne dolegliwości bólowe oka z powodu jaskry wtórnej.

U chorych wykonano pełne badanie okulistyczne, uzupełnione w przypadkach koniecznych o badanie ultrasonograficzne gałki ocznej (USG), oraz dokumentację fotograficzną. Zebrano

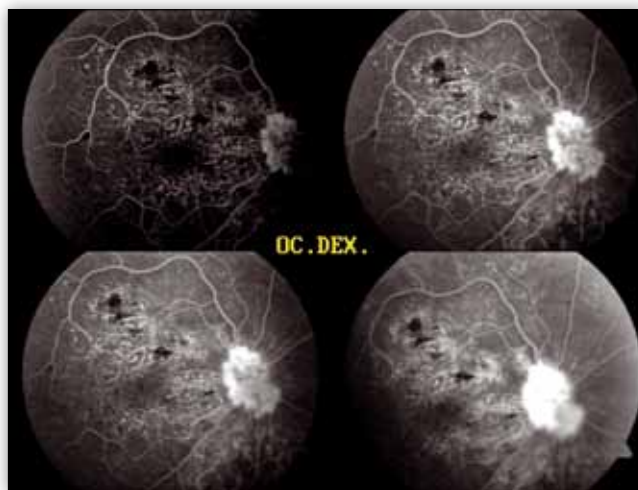
Lp. No	Pacjent i wiek w chwili obecnej Patient and her age at present	Czas trwania cukrzycy (w latach) w chwili obecnej Duration of diabetes at present (years)	Vis w momencie zgłoszenia Visual acuity at the beginning	Vis końcowy Final visual acuity	Powikłania dodatkowe Additional complications	Przeprowadzone leczenie Performed treatment	Okres obserwacji (lata) Years of follow-up
1.	J.D lat 31 J.D aged 31	14	o.p. 3/50cc o.l. 5/25cc R.E. 3/50 with correction L.E. 5/25 with correction	o.p. bpś, o.l. 5/25 R.E. no light perception L.E. 5/25 with correction	Jaskra wtórna o.p. Secondary glaucoma of R.E.	o.p. ppv z olejem silikonowym o.l. panfotokoagulacja R.E. ppv with silicone oil L.E. panfotocoagulation	4
2.	E.P. lat 28 E.P. aged 28	17	o.p. 5/50cc o.l. pocz. św. R.E. 5/50 with correction L.E. light perception	o.p. 1/50 o.l. bpś R.E. 1/50 L.E. no light perception	Bezsoczewkowość rzekoma o.o. Pseudophakia of R.E./L.E.	o.p. panfotokoagulacja, retinopeksja, R.E. panfotocoagulation, retinopexy	5
3.	M.B. lat 27 M.B. aged 27	23	o.p. 5/7 o.l. 5/6 R.E. 5/7 L.E. 5/6	o.p. bpś o.l. bpś R.E./L.E. no light perception	Jaskra wtórna o.o. Secondary glaucoma of R.E./L.E.	o.p./o.l. panfotokoagulacja, kriopeksja siatkówek retinopeksja ciała rzęskowego R.E./L.E. panfotocoagulation, retinopexy, kryopexy	6
4.	J.W. lat 25 J.W. aged 25	14	o.p. rppo. o.l. 5/7cc R.E. hand movements L.E. 5/7 with correction	o.p. bpś o.l. 4/50 R.E. no light perception L.E. 5/50	Jaskra wtórna o.p. Zaćma dojrzała o.p. Secondary glaucoma of R.E. Cataract of R.E.	o.p. retinopeksja, kriopeksja o.l. panfotokoagulacja, ppv R.E. retinopexy, kryopexy L.E. panfotocoagulation, ppv	2
5.	K.Z. lat 32 K.Z. aged 32	30	o.p. bpś o.l. bpś R.E./L.E. no light perception	o.p. bpś o.l. bpś R.E./L.E. no light perception	Zaćma dojrzała o.o. Jaskra wtórna o.o. Cataract of R.E./L.E. secondary glaucoma R.E./L.E.	Obserwacja (wcześniejsze ppv o.o.) R.E./L.E. observation (earlier ppv with silicone oil)	5

Tab. I. Charakterystyka grupy pacjentek.

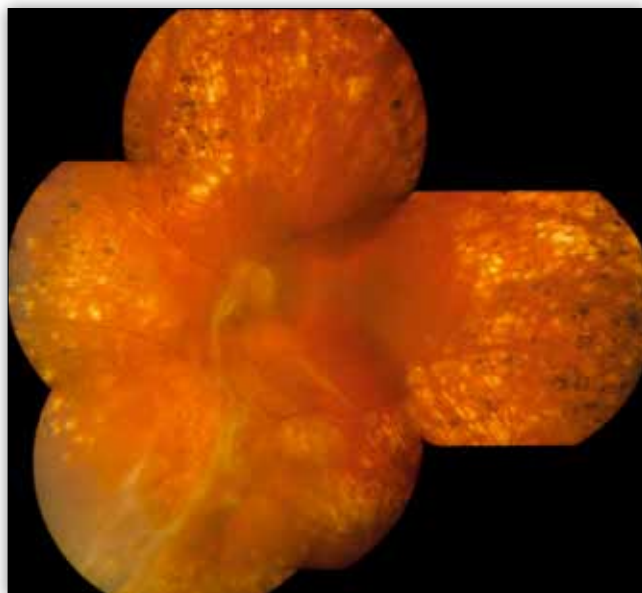
Tab. I. Characteristic of patients' group.



Ryc. 1a. Obraz dna oka przed podjęciem leczenia.
Fig. 1a. Fundus of the eye before treatment.



Ryc. 2. Angiografia fluoresceinowa.
Fig. 2. Fluorescein angiography.



Ryc. 1b. Obraz dna oka po zakończeniu panfotokoagulacji.
Fig. 1b. Fundus of the eye after panfotocoagulation.



Ryc. 3. Zaćma dojrzała z nowotwórstwem naczyń na tęczęwce.
Fig. 3. Cataract and pathological vessels on the iris.

dokładny wywiad na temat schorzenia podstawowego oraz schorzeń towarzyszących (AN). Zebranie wywiadu było we wszystkich przypadkach dość trudne ze względu na zatajanie i zmienność niektórych informacji. Żadna z pacjentek nie przyznała się do celowej, zamierzonej utraty wagi ciała. Informacje te zostały ustalone przypadkowo lub podane przez osobę towarzyszącą, zwykle matkę.

Wyniki

Wszystkie pacjentki nadal pozostają pod kontrolą Kliniki Okulistyki AM w Poznaniu; okres obserwacji wynosi od 2 do 6 lat.

Tabela I przedstawia charakterystykę grupy pacjentek oraz funkcję narządu wzroku i opis przeprowadzonego leczenia.

U chorych stwierdzano nowotwórstwo naczyniowe tęczęwki (5 oczu), zaćmę cukrzycową (6 oczu) (ryc. 3) oraz retinopatię proliferacyjną z krwotokami do ciała szklanego (10 oczu), a także odwarstwienie siatkówki wtórne (8 oczu).

U wszystkich chorych rozpoznano na dnie oka retinopatię proliferacyjną i rozpoczęto natychmiast leczenie laserem argonowym (panfotokoagulacja) (ryc. 1a,b,2).

Informacje na temat stanu ogólnego, wyrównania metabolicznego cukrzycy oraz innych powikłań pochodziły od pacjentek, osób opiekujących się i posiadających dokumentację medyczną pacjentek lub lekarza diabetologa. Spadek wagi ciała wahał się pomiędzy 8 a 17 kg w okresie od 2 do 8 miesięcy. Wahania glikemii wynosiły od 15 do 400 mg%.

Dyskusja i wnioski

Rozwój cywilizacji, oprócz wielu korzyści, niesie niebezpieczeństwo nieprawidłowych zachowań jednostki, w tym nieprawidłowych zachowań żywieniowych. Szcupła sylwetka staje się marzeniem wszystkich dziewcząt, czasem również tych poważnie chorych. Należy do nich zaliczyć pacjentki z cukrzycą (4).

Jednoczesne występowanie cukrzycy i AN jest rzadkim, ale niezwykle poważnym schorzeniem u kobiet. Zdecydowane postępowanie terapeutyczne może uchronić te pacjentki przed niekorzystnymi następstwami schorzenia. Szybko wdrożona

współpraca diabetologa, dietetyka i psychologa może przynieść oczekiwane efekty. W przypadku dołączenia się powikłań ocznych, jak to miało miejsce u naszych pacjentek, problemy terapeutyczne znacznie się nasiliły. Mimo natychmiastowych terapeutycznych działań okulistycznych nie udało się zahamować postępu zmian.

Według Rydall i wsp. problem współistnienia cukrzycy i zaburzeń przyjmowania pokarmów jest dość powszechny w USA. Współistnienie to prowadzi do słabej kontroli metabolicznej i zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań na poziomie małych naczyń. Autorzy przeanalizowali grupę 91 młodych kobiet z omawianymi przez nas zaburzeniami. Unikanie podawania insuliny lub zbyt małe dawki insuliny miały na celu doprowadzenie do spadku wagi. U 46% pacjentek ze znacznymi zaburzeniami pokarmowymi występowała retinopatia nieproliferacyjna cukrzycowa w porównaniu z 24%, u których zaburzenia przyjmowania pokarmów były mniej nasilone. Tylko u jednej chorej wystąpiła ciężka retinopatia proliferacyjna wymagająca laseroterapii (5). W naszej grupie retinopatia proliferacyjna była rozpoznana u 100% pacjentek, panfotokoagulację co najmniej w jednym oku wykonano u wszystkich chorych.

Ostatnio Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne opublikowało szczegółowe wytyczne i zasady postępowania wobec dzieci i młodzieży z cukrzycą. Przestrzeganie niektórych z nich może ułatwić monitorowanie przebiegu schorzenia i wykrywanie innych dodatkowych nieprawidłowości. Wśród wspomnianych zaleceń wymienia się pomiar wagi i wzrostu podczas każdej wizyty oraz obliczanie BMI. Jakiegokolwiek nieprawidłowości powinny nasuwać podejrzenie innych komplikacji, które należy natychmiast leczyć w razie potwierdzenia (6).

Nawracająca kwasica ketonowa u dzieci i młodzieży powinna zwrócić uwagę lekarzy i opiekunów, gdyż zwykle jest ona następstwem nieprawidłowej dawki insuliny. U tych dzieci częściej obserwuje się zaburzenia psychiczne, w szczególności tendencje do pojawienia się depresji. Mogą też pojawić się zaburzenia przyjmowania pokarmów.

Retinopatia proliferacyjna rzadko pojawia się u chorych poniżej 20. roku życia. Do czynników powodujących zwiększone ryzyko rozwoju retinopatii zalicza się między innymi: nadciśnienie tętnicze, złe wyrównanie cukrzycy, obecność albuminurii, hiperlipidemię, palenie tytoniu, czas trwania cukrzycy, ciążę. Wczesna identyfikacja tych czynników może prowadzić do uratowania

widzenia. Zaleca się coroczne badanie narządu wzroku, a przy stwierdzeniu jakiegokolwiek zmian nawet częstsze. Naszym pacjentkom proponujemy przeprowadzanie kontroli 1 raz w miesiącu.

Wnioski

1. W przypadku zaobserwowania spadku wagi ciała u wszystkich chorych z cukrzycą konieczne jest zalecenie comiesięcznych kontroli okulistycznych, mających na celu wcześniejsze wykrycie zmian i poprzez włączenie intensywnego leczenia okulistycznego niedopuszczenie do rozwoju ślepoty.
2. Ze względu na znaczne nasilenie progresji zmian w narządzie wzroku w przebiegu jadłowstrętu psychicznego u młodych kobiet z długo trwającą cukrzycą niezbędne jest stałe monitorowanie ich stanu fizycznego i psychicznego.
3. Wczesna diagnostyka zaburzeń przyjmowania pokarmów u chorych na cukrzycę może zapobiec dekomensacji choroby oraz zagrożeniu zdrowia i życia młodych pacjentek.

PIŚMIENNICTWO:

1. Otto Buczkowska E, Jarosz-Chobot P: *Zaburzenia przyjmowania pokarmów u dziewcząt chorych na cukrzycę insulinozależną*. Diabetologia Polska 1996, 3-4, 205-207.
2. Maharaj S, Rodin G, Connolly J, Olmsted M, Daneman D: *Eating problems and the observed quality of mother-daughter interactions among girls with type 1 diabetes*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2001, 69, 950-958.
3. Nielsen S, Emborg CH, Molbak A-G: *Mortality in Concurrent Type 1 Diabetes and Anorexia Nervosa*. Diabetes care 2002, 25, 309-312.
4. Otto Buczkowska EO: *Zaburzenia przyjmowania pożywienia w cukrzycy typu 1*. Diabetologia Polska 2005, 12, 351-355.
5. Rydall AC, Rodin GM, Olmsted MP, Devenyi RG, Daneman D: *Disordered eating behavior and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus*. N Eng J Med 1997, 336, 1849-1854.
6. Silverstein J i wsp.: *Care of Children and Adolescents with Type 1 Diabetes*. Diabetes Care 2005, 28, 186-210.

XXVIII Sympozjon Retinologiczny, PTO, Poznań
12-14.04.2007 r.

Praca wpłynęła do Redakcji 19.02.2007 r. (935)
Zakwalifikowano do druku 01.03.2007 r.

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
dr n. med. Jadwiga Bernardczyk-Meller,
Długa 1/2
61-848 Poznań