

Ciddi Hiponatremi ile Başvuran Sheehan Sendromu Olgusu

A Case of Sheehan's Syndrome Admitting With Severe Hyponatremia

Ramazan Danış¹, Şehmus Özmen², Ergun Parmaksız², Cihan Akgül Özmen³, Orhan Yazanel¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji BD, Diyarbakır

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Diyarbakır

³Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, Diyarbakır

ÖZET

Hipopitüitarizmin en sık nedenlerinden biri postpartum hipofiz bezinin nekrozudur. Postpartum hipofiz bezinin nekrozunun en önemli nedeni doğum anında veya doğumdan sonra masif kanamalardır. Yaşlılarda halsizlik ve yorgunluk gibi müphem semptomlar tanıda güçlüğü ve gecikmeye yol açabilmektedir. Sheehan sendromlu olgular nadiren akut hiponatremiye bağlı klinik bulgularla başvurabilir. Nefroloji kliniğimize ciddi hiponatremi (100 mEq/L), hipoglisemi (56 mg/L) ve stupor nedeniyle başvuran 55 yaşındaki kadın hastaya tipik anamnez bulguları (doğum sonrası transfüzyon gerektiren aşırı kanama, laktasyonun olmayışı), yapılan hormon çalışmaları ve görüntüleme çalışmalarıyla Sheehan sendromu tanısı konuldu. Hormon ve sodyum replasmanına dramatik yanıt veren hastaya poliklinik kontrolü önerildi. Sonuç olarak yaşlı kadın hastalarda hiponatremi görüldüğünde, Sheehan sendromu ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalı ve bu hastalarda hiponatreminin nadir de olsa ciddi düzeylerde olabileceği bilinmelidir.

Anahtar sözcükler: Sheehan sendromu, hiponatremi, hipoglisemi

ABSTRACT

Postpartum necrosis of pituitary gland is one of the most common reasons of hypopituitarism. It is most commonly due to massive bleeding before or during delivery. Nonspecific symptoms like fatigue and weakness may confuse and delay the diagnosis. Patients with Sheehan's syndrome may rarely present with hyponatremia signs. A 55-year-old woman admitted to our nephrology department with stupor, severe hyponatremia (100 mEq/L), and hypoglycemia (56 mg/L). The diagnosis of Sheehan's syndrome was based on medical history, laboratory and radiological imaging findings. The patient's clinical picture improved dramatically after hormone and sodium replacement therapy. Sheehan's syndrome must be in differential diagnosis of old women with hyponatremia and it must be known that hyponatremia in those patients may be severe.

Keywords: Sheehan's syndrome, hyponatremia, hypoglycemia

2005;14 (4) 208-210

Giriş

Sheehan sendromu ya da hipofiz bezinin nekrozu postpartum hemorajinin nadir bir komplikasyonu olarak ilk kez 1937 yılında tanımlanmıştır (1). Sheehan sendromunda mekanizma kesin olmamakla beraber hipotansiyon ile vazospazm anterior hipofiz bezinin arteriyel perfüzyonunu etkilemektedir. Hipofiz bezi gebelikte fizyolojik olarak büyümektedir ve aynı zamanda hipovolemik

şok ve masif hemorajinin neden olduğu kan akımının azalmasına oldukça hassastır. Laktasyonun yokluğu, Sheehan sendromunun ilk semptomlarından biri olup, prolaktin eksikliğine bağlanmaktadır. Çoğu kadında, aynı zamanda, doğumdan sonra amenore gelişmektedir. Hiponatremi Sheehan sendromunun başvuru şekillerinden biridir. Postpartum hemoraji ile ardından gelen klinik bulgular arasındaki süre değişkenlik göstermektedir (2). Nefroloji kliniğimize ciddi hiponatremi (100 mEq/L), hipoglisemi ve stupor nedeniyle başvuran ve Sheehan sendromu tanısı konulan 55 yaşındaki kadın hasta klinik ve laboratuvar özellikleriyle tartışılacaktır.

Yazışma Adresi: Yrd. Doç. Dr. Ramazan Danış
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji BD, 21280, Diyarbakır
Tel: 0 (412) 248 80 01 - 4172
E-posta: drdanis@dicle.edu.tr

Olgu Sunumu

Elli beş yaşında, 14 çocuk sahibi ve ev hanımı olan kadın hasta yaklaşık 12 gün önce başlayan halsizlik, dengesizlik ve karın ağrısı şikayetlerine son 3 gün içinde bulantı, halsizlik ve bilinç değişikliği eklenmesi nedeniyle kliniğimize başvurdu. Yapılan tetkiklerinde sodyum: 100 mEq/L, glukoz: 56 mg/dL bulunan ve stupor bulguları saptanan hasta nefroloji kliniğine yatırıldı.

Anamnezinden halsizlik, yorgunluk, kilo kaybı ve soğuğa tahammülsüzlük şikayetlerinin yaklaşık 6-8 yıldır olduğu, son doğumunun yaklaşık 17 yıl önce, evde gerçekleştiği, çocuğunun ölü doğduğu ve aşırı kanamadan dolayı hastaneye götürülüp çok miktarda kan transfüzyonu yapıldığı, doğumdan sonra adetten kesildiği ve laktasyonun olmadığı öğrenildi. Hasta o tarihten beri kilo kaybının olduğunu, devamlı halsiz, yorgun ve iş yapamaz durumda olduğunu belirtiyor.

Hastanın fizik muayenesinde genel durumu kötü, şuuru kapalıydı; ağırlı uyaranlarla gözlerini açıyordu ve dezoryantasyon mevcuttu. Kan basıncı: 60/40 mmHg, Nb: 72/dk, ateş: 36,8°C ölçüldü. Hasta kaşektik, konjunktivalar soluk, cilt soğuk ve soluk idi. Santral venöz basınç kontrolünde sodyum açığı hesaplanıp, sodyum replasmanı ve kan şekeri düzeyine göre glukoz replasmanı yapıldı. Tam kanında; Hct %31, Hb 11 g/dL, WBC 9500, PLT 429000, Sedimentasyon: 76 mm/saat bulundu. Bazal kortizolü (3.16 µg/dL) (6.2-19.4 µg/dL), TSH: 3.28 IU/L (0.27-4.2), FT3 ve FT4 seviyeleri düşük izlendi (0.145 ng/dL ve 0.577 ng/dL). Diğer hipofiz hormonları ise şöyle idi: FSH: 19.82 mIU/mL (48.6-143.9), LH: 12.1 mIU/mL (7.7-58.5), estradiol: 5 pg/mL (10-39.5 pg/mL). Hastaya yapılan TRH ve LH-RH stimülasyon testlerinin sonuçları Tablo I ve II'de verilmiştir.

Görüntüleme yöntemi olarak yapılan hipofiz magnetik rezonans incelemede hipofiz incelmış olarak izlendi. Yatışının üçüncü gününde ateşi yükselen hastanın kan kültüründe *S. aureus* üredi, antibiyotik ve hormon replasman tedavisi (prednizolon

Tablo I. TRH Stimülasyon Test Sonuçları	
Dakika	TSH IU/L (0.270-4.2)
0.	3.22
20.	4.45
60.	5.54

Tablo II. LH-RH Test Sonuçları

Dakika	LH (7,7-58,7 IU/L)	FSH (48,6-143,9 IU/L)
0	12.97	21.02
30	25.26	23.26
60	25.03	23.62
90	24.5	24.05
120	21.29	23.21

7.5 mg/gün ve levotiroksin sodyum 100 µg/gün tedavisi) başlandı. Genel durumu hızla düzelen ve kan basıncı 110/80 mmHg, sodyum 132 mEq/L, açlık kan şekeri 89 mg/L değerleri elde edilen hasta, endokrinoloji polikliniğinde takip edilmek üzere taburcu edildi.

Tartışma

Sheehan sendromu, postpartum hemoraji ve hipovolemi sonrası hemen ya da yıllar sonra ortaya çıkan nekroze hipofiz dokusuyla orantılı olarak hipopitüitarizme yol açan bir sendromdur (3). Ön hipofiz bezinin %75'inden fazlası çalışamaz hale geldiği zaman hipofiz yetmezliğinin klinik bulguları ortaya çıkar. Laktasyon yetmezliği ya da zorluğu sıklıkla rastlanan ilk semptom olabilir. Birçok kadın, doğum sonrası amenore tarif edebilir. Sheehan sendromu tanısı zor olabilir veya tanıda gecikme olabilir. Tanıda postpartum hemoraji anamnezi önemlidir. Spesifik anterior hormon yetersizlikleri değişik klinik semptomlara yol açar. Kortikotropin eksikliği; halsizlik, yorgunluk, baş dönmesi, gonadotropin eksikliği; sıklıkla amenore, ateş basması ve libido kaybına yol açar. Büyüme hormonu eksikliği ise yetişkinlerde yaşam kalitesi kaybı ve kas kitlesinde azalma gibi birtakım bulgulara yol açabilir.

Hipopitüitarizmde hiponatremi sık görülen bir elektrolit düzensizliği olup olguların %33-69'unda görülmektedir (2). Sheehan sendromlu olgular nadiren hiponatremi ile başvururlar (4). Bu hastalarda hiponatremi oluşumu, hipotiroidizmin serbest su klirensini azaltması veya glukokortikoid eksikliğinin vazopresinden bağımsız olarak serbest su klirensini azaltması gibi mekanizmalarla açıklanabilir. Ayrıca hipopitüitarizm kendi başına vazopresinin sekresyonunu stimüle edebilir ve ciddi uygunsuz antidiüretik hormon (ADH) sekresyonu ile hiponatremiye neden olabilir. Sheehan sendromunda hi-

ponatremi yalnızca sodyum replasmanı ile düzeltilemez.

Hipopitüitarizme bağlı sekonder hipotiroidizm klinik olarak primer hipotiroidizmden ayırt edilemez. Fakat hipopitüitarizme bağlı hipotiroidizmde düşük T3, T4 seviyeleri, normal ya da uygunsuz TSH seviyelerine rastlanabilir.

Transfüzyon gerektiren postpartum kanama öyküsü, hiponatremi, hipoglisemi, düşük T3, T4, sınırda TSH düzeyi, düşük kortizol seviyesi, yapılan TRH stimülasyon testi, LH-RH testi ve kraniyal MR bir araya getirilerek hastaya Sheehan sendromu tanısı konuldu. Prednizolon ve levotiroksin başlandı. Hasta tedaviye dramatik yanıt verdi. Tedavide dikkat edilmesi gereken bir ayrıntı kortikosteroid tedavisinin önce başlanmasıdır. Çünkü tiroksin tedavisi steroid eksikliğini daha da artırabilir ve teorik olarak adrenal krizi doğurabilir. Vakamızdaki sodyum değerini 100 mEq/L bulmamız üzerine literatür ve olgu sunumlarına baktığımızda, 28 kişilik Sheehan olgularının analizinde en düşük sodyum değeri 101 mEq/L (5), 40 kişilik ayrı bir vaka serisinde sodyum ortalaması 138 ± 4.3 , en düşük sodyum değeri ise sadece 2 olguda 126 mEq/L olarak tespit edilmiştir (6). Bizim olgumuzdaki 100 mEq/L'lik değer, bildirilmiş olgular arasındaki en düşük sodyum değeridir.

Yaşlı hastalarda halsizlik, yorgunluk gibi semptomlar genelde yaşlanmanın bir sonucu olarak görülmektedir. Özellikle yaşlılarda hiponatremi yaşlanmanın, su içmemenin, demansın bir sonucu olarak karşınıp geniş çaplı bir araştırma yapılmamaktadır. Özellikle yaşlı kadın hastalarda hiponatremi görüldüğünde Sheehan sendromu ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalı ve hipofiz fonsiyonları gözden geçirilmelidir. Bu hastalardaki hiponatreminin, nadir de olsa, çok ciddi düzeylerde olabileceği unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Sheehan H. Postpartum necrosis of the anterior pituitary. *J Path Bacteriol* 1937;45:189-214.
2. Huang YY, Ting MK, Hsu BR, Tsai JS. Demonstration of reserved anterior pituitary function among patients with amenorrhea after postpartum hemorrhage. *Gynecol Endocrinol* 2000;14(2):99-104.
3. Veldhuis JD, Hammond JM. Endocrine function after spontaneous infarction of the human pituitary: report, review, and reappraisal. *Endocr Rev* 1980;1(1):100-7.
4. Boulanger E, Pagniez D, Roueff S, et al. Sheehan syndrome presenting as early post-partum hyponatraemia. *Nephrol Dial Transplant* 1999;14(11):2714-5.
5. Sert M, Tetiker T, Kirim S, Kocak M. Clinical report of 28 patients with Sheehan's syndrome. *Endocr J* 2003;50(3):297-301.
6. Özbey N, Inanc S, Aral F, et al. Clinical and laboratory evaluation of 40 patients with Sheehan's syndrome. *Isr J Med Sci* 1994;30(11):826-9.