

Konuşma Bozukluğu ile Seyreden Bir Miksödem Olgusu A Myxedema Case Assosicated with Speech Impairment

Mehmet Emre Ay¹, Muhammet Kızmaz¹, Nisa Çetin Kargın², Kamile Marakoğlu³

¹ Dr., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

² Uzm.Dr., Tuzlukçu İlçe Devlet Hastanesi, Konya, Türkiye

³ Prof.Dr., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Özet

Hipotiroidi; tiroid hormonlarının etkilerinin yetersizliği sonucu ortaya çıkan klinik bir tablodur. Miksödem koması; hipotiroidizmin nadir görülen ciddi bir komplikasyonudur. Miks ödem koması primer hipotiroidizm hikayesi olan yaşlı kadınlarda daha sık olarak görülebilmektedir. Mental durumda değişiklikler, letarji, kognitif fonksiyonlarda azalma, psikoz, hipotermi, hipotansiyon, bradikardi, hiponatremi ve hipoventilasyon miksödem kliniğinde görülebilecek klinik tablolardandır. Miksödem koması endokrin hastalıklarının acillerindedir ve mortalite %80'lere varabilmektedir. Birinci basamakta aile hekimleri olarak yoğun bakım şartlarında tedavi gerektirecek hastalarda dahil olmak üzere her türlü hastalar ile karşılaşmaktayız. Bu olgu nedeniyle seyrek görülen fakat prognozu kötü olan miksödem olgusunun teşhis ve tedavisindeki önemli hususlar gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hipotiroidi, konuşma bozukluğu, miksödem

Abstract

Hypothyroidism is a clinical presentation that result from deficiency of thyroid hormone effects. Myxedema coma is a serious complication of hypothyroidism which seen rarely. It often can be seen old women who has primer hypothyroidism story. Changes in mental status, lethargy, decreased cognitive function, psychosis, hypothermia, hypotension, bradycardia, hypoventilation, hyponatremia and hypoventilation can be seen in myxedema clinic. Myxedema coma is one of the endocrine emergencies and its mortality can go up until 80 percent. As family physician in primer care are encounter with all kind of patients who including need to intensive care treatment. With this case, important issues in diagnosis and treatment of myxedema coma that seen rare but poor prognosis was reviewed.

Key Words: Hypothyroidism, speech impairment, myxedema.

Kabul Tarihi: 21.Ocak.2016

Giriş

Hipotiroidi; tiroid hormonlarının etkilerinin yetersizliği sonucu ortaya çıkan klinik bir tablodur (1). Miksödem koması; hipotiroidizmin nadir görülen ciddi bir komplikasyonudur. Miks ödem koması primer hipotiroidizm hikayesi olan yaşlı kadınlarda daha sık olarak görülebilmektedir (2). Mental durumda değişiklikler, letarji, kognitif fonksiyonlarda azalma, psikoz, hipotermi, hipotansiyon, bradikardi, hiponatremi ve hipoventilasyon miksödem kliniğinden görülebilecek klinik tablolardır (2). Miksödem koması endokrin hastalıklarının acillerindedir ve mortalite %80'lere varabilmektedir (3,4). Miksödemin bilinen prespitema nedenleri (5,6); yanıklar, CO₂ retansiyonu, gis kanamaları, hipoglisemi, hipotermi, enfeksiyonlar (pnömoni, influenza, idrar yolu enfeksiyonu, sepsis), ilaçlar (amiadore, anestezi ajanları, barbitüratlar, beta

blokörler, diüretikler, lityum, narkotikler, fenitoin, rifampin, fenotiazinler), inme, operasyonlar, travma, miyokard enfarktüsü, uzamış iyot kullanımıdır.

Miksödem komasındaki hastalar öncesinde uzun süre hipotiroidi kliniği ile seyredebilmektedir. Halsizlik, yorgunluk, uyku hali, kabızlık, soğuğa tahammülsüzlük, deri kuruluğu, ses kalınlaşması, hareketlerde yavaşlama, kilo alımı, kramplar, karpal tünel sendromu, menoraji sık görülen semptomlar arasında yer almaktadır. Hipotiroidili yaşlı hastalarda atipik prezentasyonlara rastlanabilmektedir. Bu bulgular yaşlanmaya bağlanabilir ve yanlışlıkla Parkinson hastalığı, depresyon, Alzheimer hastalığı olarak yorumlanabilir (1).

Tiroid hormon seviyesi çok düşük olan hastalarda semptomlar ve klinikle beraber miksödem tanısı konur. Miksödem tanısı konulan hastalar veya

komaya yaklaşmış hastalar acilen tedavi altına alınmalıdır (7). Tedavide yoğun bakım şartları gerekebilir. Yaşlı ve kardiyak komplikasyonu olan hastalar büyük risk altındadır. Solunum sıkıntısından dolayı mekanik ventilasyon gerekebilir. Tiroid hormonu verilmeli, hipotermi, hipotansiyon, hiponatremi, hipoglisemi ve hiperkalsemi gibi metabolik bozukluklar düzeltilmelidir. Presipite eden faktör varsa tedavi edilmelidir. Hipoterminin düzelmesi için ısıtıcı battaniyeler ile yapılan pasif ısıtma tercih edilmelidir. Aktif ısıtma vazodilatasyon ve hipotansiyonu kötüleştirme riski taşır (1).

Olgu

Bir aydır ayak bileklerinde, yüzünde ve kollarında şişme (resim 1), bir haftadır konuşma bozukluğu şikayeti olan 49 yaşında kadın hasta Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine muayene olmak için başvurdu. Hastamız evli ve 3 çocuğu vardı. Hasta 8 yıldır hipotroidi hastası olduğunu ve ek hastalıklarının olmadığını belirtti. Özgeçmişinde hipertansiyon mevcuttu. Soygeçmişinde annesinde hipertansiyon, babasında diyabet mellitus olduğu ve ablasının kolon kanseri tanısı almış olduğu öğrenildi.

Resim 1. Kollarda şişlik



Hastanın yapılan fizik muayenesinde genel olarak şuuru açık, genel durumu orta, uykuya meyilli, hareketleri ve konuşması yavaşlamıştı. Yer ve zaman oryantasyonu bozuk, duygulanımı künüttü. Genel cilt görünümü, kuru ve kaba idi (Resim 2). Hastanın baş boyun muayenesinde periorbital ödem mevcuttu. Solunum muayenesinde solunum sayısı azalmış, solunum sesleri kaba ve derinden geliyordu. Batın muayenesinde batın distandü ve barsak sesleri azalmış olarak duyuldu.

Tansiyon 85/55 mmHg, nabız 65/dk, ateş 36° C, solunum sayısı 12/dk idi. Bilateral (++) gode bırakmayan pretibial ödem (resim 3) vardı. Akciğer grafisinde sinüsler açık kardiyotorasik

indeks normal sınırlarda idi. EKG normal olarak değerlendirildi.

Resim 2. Kuru ve kaba cilt



Resim 3. Pretibial ödem



Hastanın 8 yıldır hipotroidi hastası olduğu ve ilacını bir aydır kullanmadığı ve 8 aydır takibe gitmediği öğrenildi. Hastanın tetkikleri istendi. Tetkik sonuçları beklenirken hasta acil gözlem odasında müşadeye alındı ve konuşma bozukluğu sebebi ile nöroloji konsültasyonu istendi. Eşlik eden intrakrniyal bir hadiseyi ekarte etmek için beyin bilgisayarlı tomografi (BT) ve difüzyon magnetik rezonans (MR) istenildi ve radyoloji tarafından normal olarak yorumlandı. Nöroloji akut patoloji düşünmedi. Hastanın kan değerlerinde WBC:9,79 K/uL, PLT: 194 K/uL, HGB:12,7 g/dL, TSH: >100 µIU/MI, FT₄: 0,095 ng/dl, FT₃:1,03 ÜRE:35,1 mg/dl, kreatinin:1,04 mg/dl, AST:68 u/L, ALT:50 u/L, NA: 139 mEq/L, CL:105 mEq/L, K:4,4 mEq/L, CA: 9,2 mg/dl. Arterial kan gazı ise PH:7,38 -logH, CO₂:50,5 mmHg, HCO₃:30,4 mmHg idi. Hasta miksödem koması olarak değerlendirildi ve endokrinoloji ile konsülte edilerek dahiliye yoğun bakım servisine yatırıldı. Hastanın tedavisine levotroksin 300 mg/gün ve olası adrenal yetmezlik sebebi ile prednizolon başlandı. Miksödem altında yatabilecek diğer hastalıkları ekarte amacıyla kardiyak acilleri ekarte etmek için elektrokardiyografi (EKG) tekrarlandı ve kardiyak markerler istendi ve normal olarak değerlendirildi. Enfeksiyon markırları istendi ve hastanın kültürleri alındı ve sonuçları normal olarak değerlendirildi. Hastada yeni geçirilmiş travma veya operasyon

öyküsü yoktu. Hastanın miksödem kliniğinde olması ilaçlarını kullanmamasına bağlandı. Hasta üç günlük tedavi sonrasında TSH: FT₄:0,509 ng/dl kan gazı PH:7,33 -logH CO₂:37 mmHg HCO₃:23 mmHg idi. Hastanın tedavisine endokrinoloji servisinde devam edildi. Levotroksin dozu 200 mg/gün olacak şekilde azaltıldı. Hasta servisten TSH:1,04 ng/dl, T₄:1,4 ng/dl olarak levotroksin dozu 150 mg/gün olacak şekilde 4 hafta sonra endokrinoloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Tartışma

Miksödem komasında genellikle görülen üç klinik özellik; değişmiş mental durum, bozulmuş termoregülasyon ve presipite eden bir faktörün varlığıdır. Hipotermisi ve şuur değişikliği olan her hasta potansiyel miksödem koması var gibi kabul edilmelidir. Miksödem tanısının erken tanısı hayat kurtarıcıdır (8). Miksödem koması tipik olarak yaşlı kadınlarda ve daha sık olarak kışın görülebilmektedir (9). Hasta da bayan ve kış aylarında iken teşhis edilmiş bir vakadır. Bu hasta da ilaçlarını uzun süre kullanmamasına bağlı soğğun tetiklediği miksödem vakası olarak değerlendirildi.

Azalmış glukoneogenez ve azalmış insülin klirensi sebebiyle miks ödem komasındaki hastada hipoglisemiye eğilim vardır. Hipoglisemi ve dilüsyonel hiponatremi de miksödem koması gelişimine katkıda bulunur (10). Transaminazlar, kreatinin fosfokinaz, laktat dehidrogenaz artmıştır. EKG'de sinus bradikardisi, düşük voltaj, uzamış QT intervali, T dalgasında düzleşme ve negatifleşme görülebilir (11). Hipoventilasyon, hipoksi ve hiperkapniye yol açarak patogeneze major rol oynar. Hastada da solunum sayısı azalmış ve CO₂ değeri yükselmişti. Miksödem komasının başlangıç tedavisi; birlikte olabilen daha önce tanı konulmamış adrenal yetersizlik olasılığı için glukokortikoid ve yüksek doz tiroid hormon tedavisinden oluşur. Miksödem tedavisinde tedaviye başlamadan önce kortizol, TSH ve tiroid hormonu tespiti için kan örneklerinin alınıp kortizol eksikliği düşünülüyorsa kan kortizol sonuçlarını beklemeksizin 6-8 saatte bir 50-100 mg hidrokortizon veya eşdeğeri yapılmalıdır. Gelişebilecek solunumsal komplikasyonlar nedeniyle mekanik ventilasyon gerekebileceğinden kritik hastalarda tedavi yoğun bakımda sürdürülmelidir (11). Ek olarak, altta

yatan bir stres sıklıkla mevcuttur ve tedavi edilmelidir.

Birinci basamakta aile hekimleri yoğun bakım şartlarında tedavi gerektirecek hastalar da dahil olmak üzere her türlü hasta ile karşılaşmaktadır. Bu olgu nedeniyle seyrek görülen fakat prognozu kötü olan miksödem olgusunun teşhis ve tedavisindeki önemli hususlar gözden geçirilmiştir.

Kaynaklar

1. Tiroid hastalıkları tanı ve tedavi kılavuzu. http://www.turkendokrin.org/files/file/TIROID_TTK_web.pdf internet adresinden 12.05.2015 tarihinde erişilmiştir.
2. Wartofsky L. Myxedema coma. Endocrinol Metab Clin North Am 2006;35(4):687-98.
3. Yuan Y, Hu Y, Xie T, Zhao Y. Myxedema coma after esophagectomy. Ann Thorac Surg 2010;90(1):295-7.
4. Yamamoto T, Fukuyama J, Fujiyoshi A. Factors associated with mortality of myxedema coma: report of eight cases and literature survey. Thyroid 1999;9(12):1167-74.
5. Boucai L, Hollowell JG, Surks MI. An approach for development of age-, gender-, and ethnicity-specific thyrotropin reference limits. Thyroid 2011;21(1):5-11.
6. Helfand M; US. Preventive Services Task Force. Screening for subclinical thyroid dysfunction in nonpregnant adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2004;140(2):128-41.
7. Leblebici F, Gamlı M, Fikir E, Sakızcı B, Dikmen B. Myxedema Coma After Surgical Procedures: Case Report Türkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(6):1773-7.
8. Pimentel L, Hansen KN. Thyroid disease in the emergency department: a clinical and laboratory review. J Emerg Med 2005;28(2):201-9.
9. Tews MC, Shah SM, Gossain VV. Hypothyroidism: mimicker of common complaints. Emerg Med Clin North Am 2005;23(3):649-67.
10. Nicoloff JT, LoPresti JS. Myxedema coma. A form of decompensated hypothyroidism. Endocrinol Metab Clin North Am 1993;22(2):279-90.
11. Wall CR. Myxedema Coma: Diagnosis and treatment. Am Fam Physician 2000;62:2485.

İletişim:

Dr. Muhammet Kızmaz

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı Konya, Türkiye

Tel: +90.555.8493537

E-mail: muhammet-kizmaz@hotmail.com

