

Psişik Semptomların Ön Planda Olduğu Bir Hiponatremi Olgusu

A Hyponatremia Case Report Presenting with Psychic Symptoms

Zeynep Tuğba ÖZDEMİR,^a
Nermin TANIK,^b
Asuman ÇELİKBİLEK^b

^aİç Hastalıkları AD,
^bNöroloji AD,
Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yozgat

Geliş Tarihi/Received: 29.12.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 07.07.2015

Bu çalışma, 50. Ulusal Nöroloji Kongresi
(21-27 Kasım 2014, Antalya)'nde poster olarak
sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence:
Zeynep Tuğba ÖZDEMİR
Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları AD, Yozgat,
TÜRKİYE/TURKEY
drtugba09@gmail.com

ÖZET Hiponatremi, klinik pratikte en sık karşılaşılan elektrolit bozukluğudur. Hastalarda klinik, hiponatreminin oluşum hızına bağlı olarak değişebilmektedir. Hastalar asemptomatik veya iştahsızlık, bulantı, kusma gibi nonspesifik; baş ağrısı, kas seyirmeleri, hiperaktif tendon refleksleri, refleks kaybı, artmış kafa içi basıncı, letarji, ataksi gibi nörolojik ya da psikoz gibi psikiyatrik semptomlarla da başvurabilmektedir. Klinik pratikte hiponatremi, serum sodyum değerinin 135 mEq/L'nin altında olmasıdır. Bu değer 120 mEq/L'nin altına indiğinde ise şiddetli hiponatremiden bahsedilmektedir. Şiddetli hiponatremi durumunda, genellikle nörolojik semptomlar ön plandadır ve ciddi nörolojik sekellerle sonuçlanabilmektedir. Bu çalışmada, şiddetli hiponatremi olmasına rağmen nörolojik semptomların değil, anksiyete gibi psişik semptomların ön planda olduğu bir olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hiponatremi; uygunsuz ADH sendromu

ABSTRACT Hyponatremia is the most common electrolyte disorder in daily clinical practice. Patients vary in clinical depending on the formation rate of hyponatremia. Patients can be asymptomatic or may apply in the clinic with non-specific symptoms such as loss of appetite, nausea, vomiting or with neurological symptoms such as headache, muscle jerks, hyperactive tendon reflexes, loss of reflexes, increased intracranial pressure, lethargy, ataxia or with psychiatric symptoms as psychosis. Serum sodium levels under 135 mEq/L called as hyponatremia and when this level decreases under 120 mEq/L it is severe hyponatremia. In case of severe hyponatremia usually neurological symptoms in the foreground and may result in serious neurological sequelae. We will present a case of severe hyponatremia with psychic symptoms such as anxiety contrary to expectations.

Key Words: Hyponatremia; inappropriate ADH syndrome

Türkiye Klinikleri J Neur 2015;10(3):90-3

Hiponatremi, serum sodyum yoğunluğunun 135 mEq/L'den düşük olmasıdır ve günlük klinik uygulamada en sık karşılaşılan elektrolit bozukluğudur. Geriatrik yaş grubunda ve özellikle de hospitalize hastalarda (%15-30) sıklıkla gelişen ciddi bir klinik problemdir.¹ Şiddetli hiponatremi (serum sodyum <120 mEq/L), hayatı tehdit eden nörolojik komplikasyonlarla seyredabilen ciddi bir elektrolit bozukluğudur. Hastaların çoğunluğu asemptomatiktir ve klinik belirtileri büyük ölçüde oluşum hızına bağlıdır. Patogenezinde, hastaların %95'inde antidiüretik hormon (ADH)'un nonozmotik salgılanmasının sorumlu temel mekanizma olduğu saptanmıştır.^{2,3} Hiponatremik hastalar iştahsızlık, bulantı, kusma, baş ağrısı,

kas seyirmeleri, hiperaktif tendon refleksi, refleks kaybı, artmış kafa içi basıncı, letarji, ataksi, psikoz nedeni ile kliniğe başvurulmaktadır. Hiponatremi özellikle hızlı gelişiyorsa; nöbet, koma, kalıcı beyin hasarı, solunum durması, beyin sapı herniasyonu ve ölüme neden olabilmektedir. 120 mEq/L ve altı serum sodyum değerleri genellikle bilinç bulanıklığı veya kaybı ile sonuçlanmaktadır.

Bu çalışmada, acil servise son birkaç gündür olan psikişik semptomlar nedeni ile başvuran ve sodyum değeri 111 mEq/L saptanmış olan diyabetik kadın hasta sunulmuştur. Bu olgu, şiddetli hiponatremi olmasına rağmen nörolojik semptomların değil, psikiyatrik semptomların ön planda olması nedeni ile sunulmaya değer bulunmuştur.

OLGU SUNUMU

Altmış sekiz yaşındaki kadın olgu, üç gündür devam eden bulantı, kusma, hâlsizlik, huzursuzluk, anksiyete, motivasyon eksikliği, çarpıntı, terleme şikâyetleri ile acil servise başvurdu. Ara ara hareketsiz hâlde iken bile çarpıntı ve terleme olduğunu ifade eden olgu, üşüme-titrete tariflemedi. Bulantı-kusmanın yemeklerle ilişkisiz olduğunu söyleyen olgu, başına kötü bir olay gelecekmış gibi korku ve endişesinin mevcut olduğunu belirtti. Evde bakılan kan şekerinin de genellikle 120-150 mg/dL arasında olduğu öğrenildi. Bu süre zarfında ani şeker düşüklüğü ya da yükselmesi yaşamadığı ifade edildi.

Olgunun geçmişinde 25 yıldır diyabet öyküsü mevcuttu ve bu nedenle metformin 2x1 g kullanıyor idi. Oral antidiyabetik dışında herhangi bir antihipertansif veya diüretik veya başka bir ilaç kullanımı yoktu. Psikiyatrik hastalık geçirme veya psikiyatrik ilaç kullanma öyküsü de mevcut değildi. Aynı şekilde son birkaç gündür herhangi bir emosyonel stres yaşamamıştı. Olgu acilde görüldüğünde şuuru açık, oryante idi. Huzursuz bir görünümü mevcuttu. Fizik muayenesinde tansiyon: 110/80 mmHg, nabız 88/dk, ateş: 36,5°C, solunum sesleri doğal, kalp ritmik idi, batında hepatosplenomegali yoktu ve pretibial ödem saptanmadı. Olguda dehidratasyon tespit edilmedi. Kas tonusu normal, kas

gücü tüm ekstremitelerde normal idi. Derin tendon refleksi normoaktif, patolojik refleks yoktu. Fizik muayenesi ve nörolojik muayenesinde özellik saptanmadı. Acile gelişinde bakılan spot kan şekeri 108 mg/dL idi. Laboratuvar incelemesinde; glukoz: 92 mg/dL, üre: 32 mg/dL (16-48,5), kreatinin: 0,69 (0,3-1,4) mg/dL, sodyum: 111 (136-145) mEq/L, potasyum 3,8 (3,5-5) mEq/L saptandı. Olguda psikişik semptomlarının hiponatremiye bağlı olduğu düşüncesi ile psikiyatri konsültasyonu istenmedi ve ileri tetkik ve tedavi için dâhiliye servisine yatırıldı. Hiponatremi ayırıcı tanısı için öncelikli olarak ozmolalite hesaplandı. Olgunun plazma ozmolalitesi 238,5 mosm ve idrar ozmolalitesi 300 mosm/kg, idrar sodyumu 76 idi. Hipoozmolar normovolemik hiponatremisi olan olguda uygunsuz ADH sendromu (SIADH) düşünöldü. Olguda sodyum açığı 1183 mEq/L (7680 mL %0,9 NaCL) olarak hesaplandı. İlk gün sodyum açığının yarısı kadar sıvı replasmanı yapıldı ve kontrol tetkiklerinde sodyum değeri 121 mEq/L'ye yükseldi. İkinci gün izotonik replasmanından sonra sodyum değeri 133 mEq/L oldu. Olgunun izleminde vital bulguları stabil seyretti ve geldiğinde tariflediği gibi huzursuzluk, sinirlilik hâli ve mevcut olan diğer şikâyetleri normale döndü. SIADH'nin etiyolojisini saptamaya yönelik; nöroloji bölümü ile tekrar konsölte edilen olguda kranial manyetik rezonans görüntöleme (MRG) istendi. MRG'de patoloji görölmüdi. Diğer tetkiklerinde akciğer patolojisi ya da enfeksiyon saptanmadı. Olgunun kan şekeri insölin tedavisi ile regöle edildi. Klinik olarak toparlanan olgu öneriler ile taburcu edildi.

Olgumuza kendi hastalığı ile ilgili verilerin bilimsel olarak kullanılabileceği detaylı şekilde anlatılmış, yazılı olarak bilgilendirilmiş imzalı onam formu alınmıştır.

TARTIşMA

Akut (<48 saat) ve şiddetli (<125 mEq/L) semptomatik hiponatremi acil tıbbi bir durumdur. Hiponatremi belirtileri büyük ölçüde hiponatreminin gelişim hızına bağlıdır. Hızlı gelişmediği sürece, hafif hiponatremi (135-125 mEq/L) genellikle asemptomatiktir. Hızlı gelişen ve şiddetli hipo-

natremide (<115 mEq/L) ise bulantı, kusma, baş ağrısı, iştahsızlık, letarji, yorgunluk, apati, disor-yantasyon, bayılma hissi, ajitasyon, kas krampları ve konvülsiyonlar başlıca semptomlardır. Fizik muayenede dehidratasyon bulguları, bilinç bozuklukları, ataksi, derin tendon reflekslerinde azalma, patolojik refleksler, psödobulber paralizi, kafa içi basınç artış sendromu (KİBAS), hipotermi, Cheyne-Stokes solunumu gözlenebilmektedir. Yaşlı hastalarda, hafif hiponatremi dikkat eksikliği ve sık sık düşmelerin önemli bir nedeni olabilmektedir.⁴ Nörolojik semptomlar genellikle serum sodyum yoğunluğu 120 mEq/L'nin üzerinde iken görülmez. Akut ve kronik hiponatremi arasındaki ayırım klinik olarak çok önemlidir, çünkü kronik hiponatremi şaşırtıcı olarak, çok düşük serum sodyum seviyelerinde bile, iyi tolere edilmektedir ve bu durumun aşırı agresif tedavisi ciddi nörolojik se-kellere yol açabilmektedir.

Akut semptomatik hiponatremi tedavisindeki en büyük sorun, hedef sodyum değeri için sodyum düzeltme hızının ve tuzlu su tedavisinin nasıl yapılacağıdır. Akut hiponatremik hastanın serum sodyumu düzeltme hızı 0,5-1 mEq/L/saat ve 12-15 mEq/L/gün olmalıdır. Hastada serum sodyum açığı hesaplanarak replasman yapılmalıdır. Ancak nörolojik semptomları olan akut hiponatremik hastanın serum sodyum düzeyi hipertonic tuzlu su ile 4-6 saatte 8-10 mEq/L yükseltilmelidir.⁵ Akut semptomu olmayan hiponatremilerde serum sodyumu ise düzeltme hızı, eşit zaman birimine dağıtılarak 24 saatte maksimum 12 mEq/L (0,5 mEq/L/saat) olmalıdır.⁶ Biz de akut hiponatremi tablosu düşündüğümüz olgumuzda psişik semptomları da olması nedeni ile hipertonic ve sonrasında izotonik salin infüzyonu uyguladık. Hiponatremiyi santral pontis miyelinozise yol açmaması için günlük 10-12 mEq/L kadar yükselttik.

SIADH, klinikte normovolemik hiponatreminin en sık nedenidir. Yatan hastalarda yüksek mortalite ve morbiditeyle ilişkili olup, altta yatan hastalığın şiddetinin önemli bir göstergesidir.^{1,7} Normal şartlarda ADH hiperozmolaliteye ve hipovolemiye yanıt olarak salgılanmaktadır. SIADH'de ise efektif volüm normal olduğu hâlde ADH'nin nonozmolar veya baroreseptörlerle ilgili

olmayan mekanizma ile uygunsuz uyarılması söz konusudur. Tümörler, akciğer hastalıkları, santral sinir sistemi hastalıkları ve ilaçlar, enfeksiyonlar gibi çok değişik nedenlere bağlı olarak gelişebilmektedir. SIADH tanısı koyduğumuz olguda eti-yolojide neden saptanamamıştır.

Literatürde çok sayıda hiponatremi olgu sunumları mevcuttur. Örneğin; Yürüten ve Güney'in çalışmasında; 52 yaşındaki kadın hasta acil servise ani gelişen şuur kaybı ile başvurmuş ve hastanın sodyum değeri 108 mEq/L olarak saptanmıştır.⁸ Hastada akut hiponatremi kliniği kronik böbrek yetmezliği nedeni ile diüretik kullanımına bağlanmıştır. Yıldız ve ark'nın olgu sunumunda 51 yaşında kadın hasta, baş dönmesi, mide bulantısı ve kusma yakınmaları ile nöroloji polikliniğine başvurmuş; 2 haftadır 1200 mg/gün dozda okskarbazepin ve 2000 mg/gün dozda sodyum valproat kullanan hastanın Na değeri 118 mEq/L olarak bulunmuş ve etyolojide uygunsuz ADH sendromu tespit edilmiştir.⁹

Kaya ve ark.nın çalışmasında ise 64 yaşındaki hipertansif, diyabetik kadın hasta dâhiliye polikliniğine bulantı-kusma ve huzursuzluk şikâyetleri ile başvurmuş ve sodyum değeri 115 mEq/L olarak saptanmıştır.¹⁰ Bu hastada kronik hiponatremi kliniği "empty sella" sendromuna bağlanmıştır. Karahan ve ark.nın çalışmasında ise acile bulantı-kusma, karın ağrısı, zayıflama şikâyetleri ile başvuran 77 yaşındaki erkek hasta sunulmuştur.¹¹ Hastada sodyum: 112 mEq/L olarak saptanmıştır. Hastada herpes zoster nedeni ile kodein kullanımı tespit edilmiş ve SIADH gelişmiştir.

Çalıyurt ve ark. ise essitalopram kullanımına bağlı hiponatremi vakası bildirmişlerdir.¹² Literatürdeki en genç vaka olan 17 yaşında kız hasta, antidepresan kullanımı sonrası ajitasyon, huzursuzluk nedeni ile tetkik edilmiş ve sodyum: 106 mEq/L olarak saptanmıştır. Hastada hiponatremi kliniği SIADH'ye bağlanmıştır. Bu vaka bizim olgumuzdaki gibi psişik semptomlar nedeni ile tetkik edilmiştir. Sawano ve ark., özofagus kanseri nedeni ile sisplatin ve 5-fluorourasil tedavisi başlanan 60 yaşındaki erkek hastada kemoterapi sonrası SIADH sendromu geliştiğini belirtmişlerdir.¹³ Hasta tedavinin beşinci gününde şuur bulanıklığı ve dezor-

yantasyon ile başvurmuş ve sodyum değeri: 111 mEq/L olarak bulunmuştur.

Elazzazy ve ark.nın çalışmasında, 43 yaşındaki kadın hasta meme kanseri nedeni ile kemoterapi alırken, tedavinin üçüncü gününde şiddetli bulantı-kusma, mental konfüzyon ve jeneralize nöbet ile acile başvurmuştur.¹⁴ Hastada sodyum: 112 mEq/L olarak saptanmış ve siklofosfamide bağlı hiponatremi teşhis edilmiştir. Başka bir çalışmada ise, 31 yaşındaki kadın hasta yine bulantı-kusma, mental konfüzyon ve jeneralize nöbet ile acile başvurmuş ve hastanın son iki saat içinde yaklaşık 10 L kadar su içtiği öğrenilmiştir.¹⁵ Sodyum değeri: 126 mEq/L olarak bulunan hastada psikojenik polidipsi düşünülmüştür.

Dikkat edildiği üzere, anlatılan vakalar, essitalopram kullanımına bağlı hiponatremi vakası hariç, akut veya kronik seyirde acile veya polikliniğe gelmede nörolojik, gastrointestinal semptomlarla başvurmuşlardır. Bizim olgumuz ise acile geldiğinde psikişik semptomları ön planda olduğu için ilk başta psikiyatrik vaka olarak değerlendirilmiş, fakat tetkikler sonucunda hiponatremi saptanınca olgu dahiliye kliniğine yatırılmıştır. Bu olgu, diğer hiponatremi vakalarından farklı olarak psikişik semptomların ön planda olması sebebiyle sunulmaya değer bulunmuştur. Son olarak, hastalara psikiyatrik tanı konulmadan önce ayrıntılı olarak organik patolojinin araştırılması gerektiğine dair olan klasik düşüncenin önemini de tekrar hatırlatmak istiyoruz.

KAYNAKLAR

1. Upadhyay A, Jaber BL, Madias NE. Incidence and prevalence of hyponatremia. *Am J Med* 2006;119(7 Suppl 1):S30-5.
2. Hoorn EJ, Lindemans J, Zietse R. Development of severe hyponatraemia in hospitalized patients: treatment-related risk factors and inadequate management. *Nephrol Dial Transplant* 2006;21(1):70-6.
3. Anderson RJ, Chung HM, Kluge R, Schrier RW. Hyponatremia: a prospective analysis of its epidemiology and the pathogenetic role of vasopressin. *Ann Intern Med* 1985;102(2):164-8.
4. Renneboog B, Musch W, Vandemergel X, Manto MU, Decaux G. Mild chronic hyponatremia is associated with falls, unsteadiness, and attention deficits. *Am J Med* 2006;119(1):1-8.
5. Kokko JP. Symptomatic hyponatremia with hypoxia is a medical emergency. *Kidney Int* 2006;69(8):1291-3.
6. Lauriat SM, Berl T. The hyponatremic patient: practical focus on therapy. *J Am Soc Nephrol* 1997;8(10):1599-607.
7. Ellison DH, Berl T. Clinical practice. The syndrome of inappropriate antidiuresis. *N Engl J Med* 2007;356(20):2064-72.
8. Yürüten B, Güney F. [Extrapontine myelinolizis]. *Genel Tıp Derg* 2004;14(1):23-5.
9. Yıldız D, Yeliz Y, Ceyda HÖ, Handan I. Okskarbazepin Kullanımına Bağlı Ağır Hiponatremi Olgusu (A Case of Oxcarbazepine-Induced Severe Hyponatremia Epilepsi) 2011;17(2):58-60.
10. Kaya T, Nalbant A, Varım C, Akay E, Tamer A. [A rare cause of severe hyponatremia: Empty sella syndrome]. *Yeni Tıp Dergisi* 2013;30(1) 263-4.
11. Karahan S, Karagöz H, Erden A, Avcı D, Esmeray K. Codeine-induced syndrome of inappropriate antidiuretic hormone: case report. *Balkan Med J* 2014;31(1):107-9.
12. Çalıyurt O, Derici S. [Hyponatremia associated with escitalopram use in a young woman]. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2011;21(2):156-60.
13. Sawano T, Kawasaki H, Wajima N, Miyamoto K, Ishizawa Y, Nakai M, et al. [A case of syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion in a patient with esophageal carcinoma possibly induced by cisplatin in neoadjuvant chemotherapy]. 2014;41(8):999-1003.
14. Elazzazy S, Mohamed AE, Gulied A. Cyclophosphamide-induced symptomatic hyponatremia, a rare but severe side effect: a case report. *Oncol Targets Ther* 2014;7:1641-5.
15. Ceyhan Dirican A, Altunkaynak Y, Çelik S, Mutluay B, Coşkun K, Köksal A, et al. [Psychogenic polydipsia associated with hyponatremic encephalopathy: a case report]. *Cerrahpaşa J Med* 2005;36(4):221-3.