

Ruhsal Belirtilerle Başvuran Bir Addison Hastalığı Olgusu

Addison Disease Presenting with Psychiatric Symptoms: Case Report

Sinem SEVİL,^a
Altan EŞSİZÖĞLU,^a
Ferdî KÖŞGER,^a
Gülcan GÜLEÇ^a

^aPsikiyatri AD,
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Eskişehir

Geliş Tarihi/Received: 06.08.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 25.10.2014

Yazışma Adresi/Correspondence:
Altan EŞSİZÖĞLU
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Psikiyatri AD, Eskişehir,
TÜRKİYE/TURKEY
altanessizoglu@gmail.com

ÖZET Addison hastalığı (AH), böbrek üstü bezinin otoimmün yıkımı sonucu oluşan bir hastalıktır. Bu hastalığa özgü fiziksel belirtiler ve laboratuvar bulguları ortaya çıkmadan önce depresyon belirtileri ortaya çıkabilir. Bu durum, tanı konulmasının gecikmesine ve hastanın yaşamını tehlikeye sokabilecek sonuçlar ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu olgu sunumunda, 23 yaşında, moral bozukluğu, keyifsizlik, kilo kaybı, bulantı ve kusma yakınmaları ile başvuran ancak yapılan tetkiklerde herhangi bir patoloji saptanmaması sonucunda psikiyatrye yönlendirilerek depresyon tanısı ile tedavi düzenlenen, AH'ye bağlı metabolik değişiklikler gelişmesi üzerine bu hastalığa tedavi başlanan ve depresyon belirtileri tamamen düzelen bir olgu sunulmuştur. Bu olgu, AH olanlarda ortaya çıkan ruhsal belirtilere yaklaşımın ve ruhsal bozukluklarda bütüncül yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Depresyon; tanı; Addison hastalığı

ABSTRACT Addison's disease (AD) is caused by autoimmune destruction of the adrenal glands. Symptoms of depression may occur before disease-specific physical symptoms and laboratory findings in AD. This may cause a delay in diagnosis and a life-threatening condition. A 23-years-old patient who was admitted with demoralisation, weight loss, nausea and vomiting and diagnosed as depression in consequence of normal laboratory findings is presented in this case report. Due to observation of metabolic changes that were occurred in AD, the patient was diagnosed as AD and medical treatment was applied for AD. Spontaneous recovery is observed in symptoms of depression as a result of treatment of AD. This case report emphasizes the importance of the management of psychiatric symptoms occurring in patients with AD and the importance of comprehensive approach in psychiatric disorders.

Key Words: Depression; diagnosis; Addison disease

Türkiye Klinikleri J Case Rep 2015;23(4):397-400

Başlangıcında depresyon belirtileri olan birçok fiziksel hastalık bulunmaktadır ve endokrinolojik hastalıklar bunların önemli bir kısmını oluşturmaktadır.¹ Depresyon ile endokrinolojik hastalıkların sıklıkla birlikte görülmesi, depresyonun endokrinolojik sistemle ilgili oluştuğu nedenleri açısından da önemlidir. Böbrek üstü bezinin işlevinde hem azalma hem de artmaya neden olan hastalıklar, depresyonla ilişkilendirilen endokrinolojik bozukluklar arasında yer almaktadır.

Böbrek üstü bezi yetmezliği, böbrek üstü bezi tarafından üç ana steroid hormonunun yetersiz üretiminden kaynaklanan bir hastalıktır.² Böb-

rek üstü bezlerinin otoimmün harabiyeti nedeniyle ortaya çıktığı öne sürülen Addison hastalığı (AH), gelişmiş ülkelerde birincil böbrek üstü bezi yetmezliğinin %65 oranıyla en sık görülen sebebi- dir.³ Seyrek görülen bir hastalık olan AH'nin yay- gınlığı 40-110/1 000 000 iken, yeni vaka görülme hızı yılda 6/1 000 000 olarak bildirilmektedir.⁴ AH'nin başlangıç belirtileri halsizlik, kronik ishal, kilo kaybı, huzursuzluk, baş dönmesi, iştahsızlık, ortostatik hipotansiyon, kas ve eklem ağrısı gibi özgül olmayan belirtilerdir. AH'nin başlangıç dö- neminde, depresif duygudurum, sinirlilik, duy- gusal dengesizlik, psikomotor aktivitede azalma görülebilir.⁵ Klinik görünümüne en sık eşlik eden be- lirtilerden olan hiperpigmentasyon özellikle diş et- leri, deri kıvrımları ve yara izlerinde belirgin olmak üzere tüm vücutta görülebilir.^{5,6}

Ruhsal belirtilerin, bedensel bir hastalığın be- lirtisi olarak, bedensel belirtilerden önce ortaya çıkması, bedensel hastalığın tanısının konulma- sında zorluklara neden olmaktadır.⁷ AH başlan- gıcında görülen depresyon belirtileri birincil depresyonla karışabilmektedir.⁸

AH tanısının konulabilmesi için sabah korti- zol düzeyinin düşüklüğü (<150 nmol/L) ve eş za- manlı olarak adrenokortikotropin hormon (ACTH) yüksekliği (>20 pmol/L) gösterilmelidir.⁶ Daha sonra otoantikörlerin incelenmesi gerekir. Oto- antikör tespit edilemezse tüberküloz, tümör, adrenolokodistrofi gibi olası diğer nedenler araş- tırılmalıdır.⁹

Bu olgu sunumunda, depresyon belirtileri ne- deni ile tedavi alan ancak bu tedaviye yanıt ver-meyen, depresyon belirtilerinin başka bir sağlık sorununa bağlı olduğu belirlenen bir olgu sunul- muştur.

OLGU SUNUMU

Olgumuz 23 yaşında, kadın, bekâr, üniversite me- zunu, öğretmen olarak çalışmaya yeni başlamış. Moral bozukluğu, keyifsizlik, kilo kaybı, bulantı ve kusma yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Polikliniğimizde değerlendirilen hastanın öykü- sünden beş ay önce Kamu Personeli Seçme Sı- navı'na (KPSS) çalışırken gelecekle ilgili kaygı

duymaya başladığı, hayatındaki belirsizliğin ken- disini huzursuz ettiği öğrenildi. KPSS'de başarılı olan ve ataması yapılan hastada olumsuz yaşam olayları ortadan kalkmasına rağmen, son bir ayda depresyon yakınmalarında belirgin artış olmuş, zevk alamama, isteksizlik, halsizlik bulantı ve kusma yakınmaları başlamış ve işine devam ede- memiş. Özellikle son bir ayda altı kilo kaybı olan hasta dâhiliye polikliniğine başvurmuş. Dâhiliye polikliniğinde tam kan sayımı, biyokimya tetkik- leri, tiroid fonksiyon testleri, elektrokardiyografi, akciğer grafisi ve batin ultrasonografisi istenmiş ve tetkik sonuçlarının normal sınırlarda olduğu, mev- cut yakınmalarının ruhsal olabileceği söylenerek ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine yönlendi- rilmiş. Bunun üzerine başvurduğu ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğinde ağır depresif dönem ta- nısı konulan hastaya sertralin 50 mg/gün tedavisi başlanmış. Yakınmalarının devam etmesi üzerine sertralin kesilerek duloksetin 60 mg/gün başlanmış. Yakınmaları gerilemeyen ve polikliniğimize geti- rilen hasta ağır depresif dönem, genel tıbbi duruma bağlı depresif dönem ön tanıları ile kliniğimize ya- tırıldı.

Hastanın kendisinden ve yakınlarından alınan öyküsünden; uyumlu bir çocukluk geçirdiği, ders başarısının orta düzeyde olduğu, genel olarak dışa dönük birisi olduğu, daha öncesinde ruhsal bozuk- luk öyküsü bulunmayan hastanın olumsuz yaşam olayları ile karşılaştığında isteksizlik, keyifsizlik, bulantı, kusma, iştahsızlık yakınmalarının olduğu ancak yakınmalarının daha önce hiç bu kadar şid- detli ve uzun süreli olmadığı öğrenildi.

Ruhsal durum muayenesinde; bilinci açıktı, iş- birliğine giriyordu, yönelimi tamdı. Genel görü- nümü yaşı ile uyumlu, düşük kilolu, kendine bakımı azalmış, bitkin görünümdeydi. Konuşması normal hızda, anlaşılır, amaca yönelikti. Depresif duygulanım gözlemlendi. Psikomotor aktivitesi azal- mıştı.

Hastanın tam kan sayımı, B12 vitamini, folat, tiroid fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Bi- yokimya tetkiklerinde Na: 122 mmol/L (135-145 mmol/L), K: 7,5 mmol/L (3,5-5,5 mmol/L), Ca: 10,5 mg/gl (8,5-10,5 mg/dL) saptanması üzerine acil dâ-

hiliye konsültan hekimliğine danışılan hastaya 1/3 tamponize mayı (%5 dekstroz+33 ünite kristalize insülin), 500 mL, 2-4 saatte gidecek şekilde başlandı. Bu tedavi esnasında hipoglisemisi (Glukoz: 60 mg/dL) ve bilinç bozukluğu gelişen hastaya intravenöz dekstroz puşe şeklinde uygulandı. Kan şekeri normale dönmesine rağmen bilinç bozukluğu devam eden hasta servisimizden dâhiliye yoğun bakıma aktarıldı. Dâhiliye yoğun bakımda alınan bazal sabah kortizol değeri 2,2 µgm/dL gelen ve elektrolit dengesizliği giderilen hastaya adrenal yetmezlik ön tanısı ile 80 mg/gün prednizolon başlandı ve endokrinoloji servisine yatırılı yapıldı.

Endokrinoloji servisinde yapılan tetkiklerinde bazal sabah plazma ACTH değeri 1250 pgm/mL (5-30 pgm/mL) saptanan hastanın fizik muayenesinde oral mukozada hiperpigmentasyon saptandı. Böbrek üstü bezi spiral bilgisayarlı tomografisinde böbrek üstü bezlerinin iki taraflı atrofik olduğu belirlendi. Böbrek üstü bezi yetmezliğinin oluş nedenlerinin belirlenmesi amacıyla istenen tetkiklerinde antinükleer antikor negatif, antiparietal antikor pozitif, antitroglobulin 10,96 IU/mL (0-2 IU/mL), anti-TPO 5 IU/mL (0-2 IU/mL) olduğu belirlenen ve tüberküloz açısından tetkikleri negatif saptanan hastaya AH tanısı konuldu. Hidrokortizon 30 mg/gün tedavisi başlanan hasta dâhiliye servisinden çıkarıldıktan 15 gün sonra yeniden değerlendirildiğinde depresyon ile ilgili yakınmalarında tamamen gerileme olduğu belirlendi.

TARTIŞMA

Ruhsal bozukluklar, endokrinolojik hastalıklara eşlik edebildiği gibi, ruhsal bozukluklarda görülen belirtilerde endokrinolojik hastalıklarda görülebilmektedir. Yapılan bir çalışmada, endokrinolojik hastalığı bulunan 218 kadın hastada %14 oranında depresyon saptanmıştır.¹⁰ Endokrinolojik hastalıklarda görülen ruhsal belirtiler, hastalığa özgü belirtiler ortaya çıkmadan önce görülebilmektedir.¹¹ Olgumuzda da AH'ye özgü belirtiler ve laboratuvar bulgularının ortaya çıkmasından beş ay önce moral bozukluğu, keyifsizlik, hayattan zevk alamama, kilo kaybı, bulantı, kusma ve halsizlik yakınmaları başlamış ve zamanla ilerlemiştir. Yakınmalarının başladığı ilk dönemde yapılan tet-

kiklerinde depresyon belirtilerine neden olabilecek başka bir genel tıbbi durum saptanmamıştır. Bir olgu bildiriminde, olgumuza benzer şekilde, uyku düzensizliği, halsizlik, kas ağrısı gibi depresyonun bedensel ve fizyolojik belirtileri bulunan, endojen depresyon tanısı ile takip edilen, ilgili bölümlerde hiçbir fiziksel hastalık saptanmamış ancak daha sonrasında AH tanısı konulan bir hasta bildirilmiştir.¹² Tiryaki ve Özkorumak, özellikle kilo kaybı ile giden, bedensel ve fizyolojik belirtilerin ön planda olduğu, depresif yakınmaları olan ve tanısı atlanan bir AH olgusu bildirmişlerdir.¹³ Bedensel ve fizyolojik belirtilerin ön planda olduğu ancak düşünce içeriklerinde depresyonu düşündürecek bulguların olmadığı hastalarda mevcut ruhsal durumun başka bir sağlık sorunu ile ilişkili olabileceği akılda tutulmalıdır. Sunduğumuz olgu ve daha önce sunulmuş olgu bildirimlerindeki özellikleri taşıyan hastalarda, başlangıçta yapılan tetkiklerin klinisyenleri yanıltabileceği, yapılan tetkiklerin takip süreci içerisinde tekrarlanması gerektiği görülmektedir.

AH'a daha özgün olabilecek belirtilerden laboratuvar bulgularından önce ruhsal bozukluklara ait belirtilerin ortaya çıkması nedeniyle bu hastalara ruhsal bozukluk tanısı koymak, alta yatan temel hastalığın tanınmasını geciktirebilmektedir. Bu durumda, hasta uzun süre tedavisiz kaldığından, yaşamı tehdit eden ciddi metabolik sorunlar ortaya çıkabilir. AH'a bağlı depresif yakınmaları olan hastalarda ortaya çıkabilecek ve yaşamı tehdit eden metabolik sorunlardan birisi, akut adrenal krizdir. Depresyon tanısı ile antidepresan ve anksiyolitik tedavi alan ancak akut adrenal kriz sonrası AH tanısı konulabilen bir olgu bildirilmiştir.⁴ Sunduğumuz olguda da hayatı tehdit edecek düzeyde hiponatremi ve hiperpotasemi gibi metabolik sorunlar tespit edildikten sonra AH tanısı konulabilmiştir. AH tanısının atlanmasının bu denli hayati sonuçları olabileceği bilindiğinden bu gecikmeyi önlemek için ruhsal bozukluklar nedeni ile tedavi edilen hastalarda ACTH ve kortizol kan düzeylerinin rutin olarak bakılmasını önerenler bulunmaktadır.¹² Ancak bu tetkiklerin ruhsal bozukluklar nedeniyle tedavi görmekte olan bütün hastalara yapılması maliyet ve uygulama güçlükleri düşünüldüğünde mümkün görünmemektedir. Özellikle

halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı gibi bedensel ve fiziksel belirtilerin ön planda olduğu hastalarda bu tetkiklerin de yapılması düşünülebilir.

AH'da hipotalamopitüiter devrenin uyarılması sonucu melatonin salgılatıcı hormon ve ACTH düzeylerinin yükselmesi ciltte hiperpigmentasyona neden olmaktadır.¹⁴ Tiryaki ve Özkorumak, bildirdikleri olguda hiperpigmentasyon tespit ettiklerine dikkat çekmişlerdir.¹³ Bu nedenle depresyonun bedensel ve fiziksel belirtilerinin ön planda olduğu hastalarda ayrıntılı bir fizik muayene ile saptanacak hiperpigmentasyon, tanının atlanmamasını sağlayabilir.

Sonuç olarak, endokrin bozukluklarda görülen belirti ve bulguların ruhsal bozukluklarda da görülüyor olması, bu hastaların ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniklerine başvurmalarına veya yönlendirilmelerine neden olabilmekte ve bu durum endokrin bozukluğun tanısının ve tedavisinin gecikmesiyle sonuçlanabilmektedir. AH, ruhsal bozukluklarda görülen belirtilerle başlayabilen, tanısı ve tedavisi geciktiğinde hayati sonuçlara yol açabilen endokrin bozukluklardan birisidir. Bu olgu, AH olanlarda ortaya çıkan ruhsal belirtilere yaklaşımın ve ruhsal bozukluklarda bütüncül yaklaşımın önemi vurgulamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Thase ME. Mood disorders: neurobiology. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins; 2009.p.1664-74.
2. Rasgon NL, Hendrick VC, Garrick TR. Endocrine and metabolic disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins; 2009. p. 2303-13.
3. Brandão Neto RA, de Carvalho JF. Diagnosis and classification of Addison's disease (autoimmune adrenalitis). Autoimmun Rev 2014;13(4-5):408-11.
4. Kaushik ML, Sharma RC. Addison's disease presenting as depression. Indian J Med Sci 2003;57(6):249-51.
5. Brosnan CM, Gowing NF. Addison's disease. BMJ 1996;312(7038):1085-87.
6. Løvås K, Husebye ES. Addison's disease. Lancet 2005;365(9476):2058-61.
7. Bleicken B, Hahner S, Venz M, Quinkler M. Delayed diagnosis of adrenal insufficiency is common: a cross-sectional study in 216 patients. Am J Med Sci 2010;339(6):525-31.
8. Ten S, New M, Maclaren N. Clinical review 130: Addison's disease 2001. J Clin Endocrinol Metab 2001;86(7):2909-22.
9. Arlt W, Allolio B. Adrenal insufficiency. Lancet 2003;361(9372):1881-93.
10. Fornaro M, Iovieno N, Clementi N, Boscaro M, Paggi F, Balercia G, et al. Diagnosis of comorbid axis-I psychiatric disorders among women with newly diagnosed, untreated endocrine disorders. World J Biol Psychiatry 2010;11(8):991-6.
11. Fava GA, Morphy MA, Sonino N. Affective prodromes of medical illness. Psychother Psychosom 1994;62(3-4):141-5.
12. Iwata M, Hazama GI, Shirayama Y, Ueta T, Yoshioka S, Kawahara R. [A case of Addison's disease presented with depression as a first symptom]. Seishin Shinkeigaku Zasshi 2004;106(9):1110-6.
13. Tiryaki A, Özkorumak E. [A case of endocrinological disorder that the medical treatments are not sufficient]. Klinik Psikiyatri 2007;10(1):46-52.
14. Kendereski A, Micić D, Sumarac M, Zorić S, Macut D, Colić M, et al. White Addison's disease: what is the possible cause? J Endocrinol Invest 1999;22(5):395-400.