

Yaşlılık Döneminde Tanı Konulan Sheehan Sendromu

Sheehan's Syndrome Diagnosed at Elderly Age: Case Report

Şule DEMİR,^a
Mustafa ÜNÜBOL,^{a,b}
Engin GÜNEY,^{a,b}
Yelda ÖZSUNAR^c

^aİç Hastalıkları AD,
^bEndokrinoloji ve
Metabolizma Hastalıkları BD,
^cRadyoloji AD,
Adnan Menderes Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Aydın

Geliş Tarihi/Received: 30.03.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 23.07.2012

*Bu çalışma, 33. Türkiye Endokrinoloji ve
Metabolizma Hastalıkları Kongresi
(12-16 Ekim 2011, Antalya)'nde poster olarak
sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Şule DEMİR
Adnan Menderes Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları AD, Aydın,
TÜRKİYE/TURKEY
suleselcuk85@hotmail.com

ÖZET Sheehan sendromu hipopitüitarizm nedenlerinden biri olup, şiddetli postpartum hemorajiye bağlı olarak, iskemik hipofiz nekrozunun sonucunda ortaya çıkmaktadır. Hipopitüitarizmin farklı klinik bulguları görülebilir. Postpartum hemorajiden yıllar sonra yaşlılık döneminde tanı konulması nadirdir. Yetmiş yedi yaşındaki kadın olguda ciddi hiponatremi saptandı. Altmış yedi yaşındaki diğer olgu, pnömöni ve tedaviye yanıtız septik şok ile yoğun bakımda dopamin infüzyonu almakta idi. Her iki hastanın öyküsünde de, postpartum hemoraji, laktasyon eksikliği ve amenore mevcuttu. Uzun yıllardır kronik halsizlik, kilo alamama semptomları olup herhangi bir tedavi almamaktaydılar. Anamnezlerindeki öyküleri ve hipopitüitarizmi düşündüren laboratuvar bulguları ile hastalarda Sheehan sendromu düşünüldü. İki olguya da, yaşlılık döneminde mortaliteye neden olabilecek akut tablolar ile Sheehan sendromuna bağlı hipopitüitarizm tanısı konuldu. Nadir bir neden olsa da, tanı konmamış Sheehan sendromuna bağlı hipopitüitarizmin yaşlılık döneminde akut tablolarla ortaya çıkabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hipopitüitarizm; yaşlı; hiponatremi

ABSTRACT Sheehan syndrome, which is one of the reasons of hypopituitarism, occurs as a result of ischemic necrosis of the pituitary depending on strong postpartum hemorrhage. Different clinical symptoms of hypopituitarism can be seen. After years, diagnosis of postpartum hemorrhage in older ages is rare. The woman in 77 years old was presented with serious hyponatremia. The other case in 67 years old in the intensive care unit was receiving infusion of dopamine with pneumonia and septic shock as unresponsive to treatment. In the histories of both patients, there were postpartum hemorrhage, lack of lactation and amenorrhea. They have had several symptoms such as chronic asthenia and unable to gain weight for a long years. Sheehan syndrome was thought because of their medical histories and laboratory tests, which worried about patients' hypopituitarism. Two cases were diagnosed as hypopituitarism according to Sheehan syndrome with acute tables, which may be a cause of mortality in older ages. Even though it is rarely seen, that should be kept in mind that dysfunction of pituitary related to non-diagnosed Sheehan syndrome may emerge in older ages with acute tables.

Key Words: Hypopituitarism; aged; hyponatremia

Türkiye Klinikleri J Endocrin 2013;8(1):33-8

Hipopitüitarizm (hipofiz bezi yetersizliği) bir veya daha fazla hipofiz hormonunun yetersiz yapımı ve salınımı sonucu gelişen bir klinik sendromdur.¹ Hipopitüitarizm prevalansı 45,5/100 000, insidansı yaklaşık 4,2/100 000/yıl vakadır.² Sheehan sendromu hipopitüitarizmin nedenlerinden biridir. Şiddetli postpartum hemorajiye bağlı olarak, iskemik hipofiz nekrozunun sonucunda ortaya çıkar.³ Hipofizin hasar de-

recesine göre belirtiler hemen ya da yıllar sonra ortaya çıkabilir.⁴ Sheehan sendromu, vasküler kolapsla birlikte akut olarak ortaya çıkabileceği gibi, daha sık olarak postpartum dönemde emzirememe, amenore, adrenal yetmezlik semptomlarını içeren subakut formda görülür.⁵ Postpartum hemorajiden yıllar sonra yaşlılık döneminde ortaya çıkması nadir olarak görülmektedir.⁶

Uzun yıllardır halsizlik, yorgunluk, kilo almama şikâyetleri olmasına rağmen tanı konmayan 67 ve 77 yaşındaki olgulara, yaşlılık döneminde, Sheehan sendromuna bağlı hipopitüitarizm tanısı konuldu. Sheehan sendromunun postpartum hemorajiden yıllar sonra akut tablolar ile ortaya çıkması nadir görülmekle birlikte ciddi morbidite ve mortaliteyle seyredebilmektedir.

OLGU SUNUMLARI

OLGU 1

Yetmiş yedi yaşındaki kadın hasta, üç gündür artış gösteren halsizlik, bulantı ve bilinç bulanıklığı yakınmalarıyla acil servise başvurdu. Öz geçmişinde tanı konulmuş kronik bir hastalığı bulunmamakta idi. Sistem sorgulamasında uzun yıllardır devam eden halsizlik, yorgunluk dışında bir özellik saptanmadı. Muayenesinde kan basıncı 90/60 mmHg, nabız 62 atım/dakika, vücut ısısı 36,5 °C, beden kitle indeksi (BKİ) 16,2 kg/m² idi. Cilt rengi soluk, kaşların dış kısımlarında dökülme mevcuttu. Hastanın volüm durumu övolemik olarak değerlendirildi. Laboratuvar incelemesinde, serum sodyum

(Na) 120 mmol/L saptandı. Serum osmolalitesi düşük, idrar osmolalitesi normal saptanan hastanın övolemik olması nedeni ile hastanın ayırıcı tanısında hipotiroidizm, adrenal yetmezlik ve uygunuz antidiüretik hormon sendromu olabileceği düşünüldü.⁷ Ayırıcı tanı için yapılan laboratuvar incelemelerinde; hemoglobin (hb) 9,5 g/dL, hematokrit %27,3, MCV 89,6 fL, sabah 08:00'da bakılan bazal hipofiz hormonları lüteinize edici hormon (LH), foliküler stimüle edici hormon (FSH) değerleri postmenopozal dönemdeki hastalara göre düşük, tiroid stimüle edici hormon (TSH) normal, serbest T4 (sT4) düşük, kortizol düşük (<3 µg/dL), adrenokortikotropik hormon (ACTH) 5 pg/mL olarak tespit edildi. Hastanın bazal hipofiz hormon değerleri Tablo 1'de görülmektedir. Hastamızın laboratuvar verileri değerlendirildiğinde; sekonder hipotiroidi, ACTH eksikliğine bağlı hipokortizolizm, hipogonadotropik hipogonadizm ile uyumlu bulundu. Hastada hipofizer yetmezlik düşünülerek, durumu stabil olduğunda insülin tolerans testi (İTT) yapıldı. Hastanın hipoglisemiye girdiği andan itibaren 0-15-30-60-90 ve 120. dakikalarda bakılan kortizol değeri en yüksek 13 µg/dL (<18 µg/dL), büyüme hormonu 1 µg/L (<3 µg/L) olarak saptandı (Tablo 2). Hastada kortizol ve büyüme hormonu yanıtı yetersizdi. Panhipopitüitarizm saptanan hastada etioloji için öyküsü derinleştirildiğinde; 31 yaşında 4. doğumdan sonra ciddi kanamasının olduğu, o dönemde çok sayıda kan transfüzyonu yapıldığı öğrenildi. O dönemde sütünün az gelmesi nedeni ile bebeğini emzirememiş ve sonrasında hiç

TABLO 1: Olguların bazal hipofiz hormon değerleri.

	TSH (µU/mL)	sT4 (ng/dL)	LH (µU/mL)	FSH (µU/mL)	E2 (pg/mL)	Bazal Kortizol (µg/dL)	ACTH (pg/mL)	PRL (ng/dL)
Olgu 1	2,63 (N)	0,3 (↓)	0,323 (↓)	1,09 (↓)	20	2 (↓)	5	3,44 (N)
Olgu 2	0,717 (N)	0,3 (↓)	0,494 (↓)	2,09 (↓)	45,5	1 (↓)	2	0,5 (↓)
Normal aralık	0,4-4	0,8-1,9	10,3-64,57	2,58-150,53	10-48	>3		1,9-25

TABLO 2: Olgu 1'in insülin tolerans testi (İTT) sonuçları.

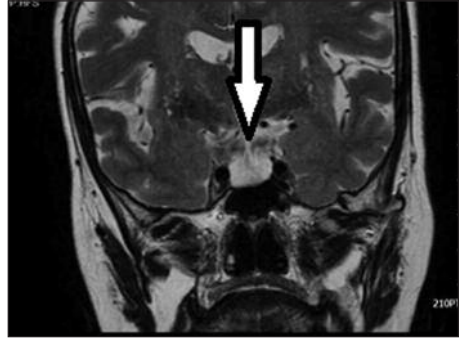
	0. dak	15. dak	30. dak	60. dak	90. dak	120. dak
Kortizol (µg/dL)	4	7,2	8	8,3	10	13
Büyüme Hormonu (µg/L)	0,34	0,6	0,8	1	1	0,9

İTT ile yeterli yanıt; kortizol için >18 µg/dL, erişkin hastada büyüme hormonu için >3 µg/L olarak kabul edilmiştir.¹

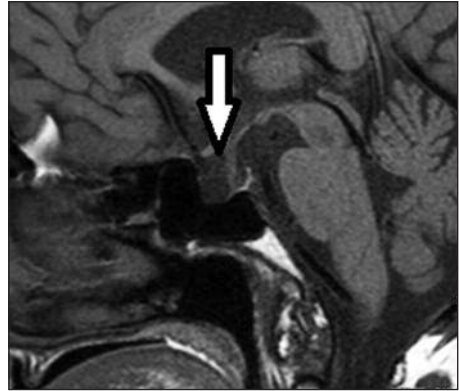
adet görmemişti. Kırsalda yaşayan hastanın o dönemden beri hep halsizliğinin olduğu, ev işlerini dahi zorlanarak yaptığı, ancak hiç sağlık kurumuna başvurmadığı öğrenildi. Hipofiz bezi manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'sinde boş sella saptandı (Resim 1-3). Öyküsüyle birlikte değerlendirildiğinde, hastada Sheehan sendromuna bağlı hipopitüitarizm düşünüldü. Hastaya 7,5 mg/gün prednizolon başlandı. Tedavinin üçüncü gününde 50 µg/gün L-tiroksin tedavisi eklendi. Hastanın yaşı nedeni ile gonadotropin ve büyüme hormonu replasman tedavisi verilmedi. Tedavinin beşinci gününde serum Na düzeyi 137 mmol/L olan hastanın semptomlarında belirgin düzelleme gözlemlendi. Hasta tedavileri ile sorunsuz izlenmektedir.

OLGU 2

Ateş yüksekliği, pürülan balgam ve öksürük şikâyetleriyle başvuran 67 yaşındaki kadın hastanın pnömoni tanısıyla yatışı yapılmış. Bilinen kronik bir hastalığı olmayan hastaya levofloksasin intravenöz (iv) tedavisi başlanmış. Yatışının ikinci gününde ateş yüksekliğine genel durum bozukluğu, hipotansiyon, taşikardi eşlik etmesi üzerine parenteral mayi desteği verilmiş. Ancak hastanın bilinç durumunda bozulma olması, belirgin hipotansif seyretmesi üzerine hasta septik şok tanısıyla yoğun bakıma alınarak dopamin infüzyonu başlanmış. Yoğun bakım yatışının üçüncü gününde TSH normal, serbest T4 değerinin düşük olması üzerine hasta değerlendirmeye alındı. Genel durumu kötü olan hastayla kooperasyon-oryantasyon sağlanamadı. Hastanın cilt ve konjonktivaları belirgin soluktu. Kaşlarının dış kısımlarında belirgin dökülme, sağ akciğer bazalde belirgin krepitan raller mevcuttu. Kan basıncı 60/40 mmHg, nabız 140/dk, vücut ısısı 39°C, BKİ 17,2 kg/m² idi. Hastanın TSH normal, sT4 düşük olması nedeni ile ayırıcı tanıda ötiroid sendrom ve sekonder hipotiroidi olabileceği düşünüldü. Yakınlarından alınan bilgilerde, kırsalda yaşayan hastanın 27 yaşında üçüncü doğumundan sonra ciddi kanamasının olduğu, bir daha adet görmediği, yıllardır devam eden halsizliğinin olduğu, kilo alamadığı ve evinden çok çabuk yorulması nedeni ile hiç çıkmadığı öğrenildi. Hastada Sheehan sendromuna bağlı hipopitüitarizm olabileceği düşünüldü. Stres altında bakılan kortizol 1



RESİM 1: Olgu 1'in hipofiz manyetik rezonans görüntülemesinde T₂ koronal kesit.



RESİM 2: Olgu 1'in hipofiz manyetik rezonans görüntülemesinde kontrastsız sagittal kesit.



RESİM 3: Olgu 1'in hipofiz manyetik rezonans görüntülemesinde kontrastlı sagittal kesit.

Resim 1, 2 ve 3'teki kesitlerde genişlemiş sellar kavite ve kısmi boş sella görülmektedir. Pituitary gland ağız biçiminde görülmektedir. Infundibulum normal görünümündedir.

µg/dL, ACTH 2 pg/mL saptandı. Sekonder adrenal yetmezlik düşünülerek metilprednizolon 4x20 mg IV tedavisi başlandı. Laboratuvar incelemelerinde Hb 11,1 g/dL, hematokrit %33,5, MCV 90,7 fL olup,

sabah 08:00'da bazal hipofiz hormonları değerlendirildi (Tablo 1). Postmenopozal dönemde olan 67 yaşındaki hastada LH ve FSH düşük saptandı. Adrenal yetmezlik ve sekonder hipotiroidi bulgularına hipogonadotropik hipogonadizm eşlik etmekte idi. Metilprednizolon tedavisinin birinci gününde dopamin infüzyonu sonlandırıldı. Hastanın klinik durumunda belirgin düzelme gözlemlendi. Tedavinin ikinci gününden itibaren hastanın ateş yüksekliği tekrarlamadı. Bilinç durumu düzeldi, kooperasyon ve oryantasyon sağlandı. Tedavinin üçüncü gününde 50 µg/gün L-tiroksin tedaviye eklendi. Hastanın yaşı nedeni ile gonadotropin replasman tedavisi eklenmedi. Steroid dozu göreceli olarak beşinci günde fizyolojik doza azaltıldı. Öyküsü ile Sheehan sendromu düşünülen hastanın hipofiz MRG'sinde boş sella saptandı. Replasman tedavileri altında hasta sorunsuz olarak izlemedir.

TARTIŞMA

Ciddi hiponatremi saptanan 77 yaşındaki kadın olguya ve tedaviye yanıtızsız septik şok ile yoğun bakımda dopamin infüzyonu alan 67 yaşındaki kadın olguya yaşlılık dönemlerinde Sheehan sendromuna bağlı hipopitüitarizm tanısı konuldu.

Hipopitüitarizm konjenital ve kazanılmış nedenlere bağlı olarak gelişmektedir (Tablo 3).¹ Sheehan sendromu, hipopitüitarizmin kazanılmış vasküler nedenlerinden biridir. İlk kez 1937 yılında İngiliz Patolog Harold Learning Sheehan tarafından tanımlanmıştır.⁸ Hipopitüitarizmi olan 1034 erişkin hastanın değerlendirildiği bir çalışmada, vakaların %3,1'inin Sheehan sendromuna bağlı ortaya çıktığı saptanmıştır.⁹

Sheehan sendromunun, patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Gebelikte artan östrojen etkisi ile laktotrop hücrelerin hiperplazisi, hipertrofisi sonucu hipofiz bezi belirgin şekilde büyür ve hipovolemeye hassas hale gelir. Dolayısıyla peripartum dönemdeki aşırı kanama ve hipotansiyona bağlı pitüiter infarkt sonucu gelişen hipopitüitarizm Sheehan sendromu veya pitüiter bezin nekrozu olarak adlandırılır.⁸⁻¹¹ Sheehan sendromlu bazı hastalarda antihipofiz antikör varlığının gösterilmesi Sheehan sendromu patogenezinde otoimmünitenin de rol oynadığını düşündürmektedir.^{12,13}

TABLO 3: Hipopitüitarizmin kazanılmış nedenleri.

Enfeksiyon	Sitomegalovirüs, fungal, parazitler, pnömosistit jiroveci, tüberküloz
İnfiltrasyon/inflamasyon	Hemokromatozis, primer hipofizitis, sekonder hipofizitis
Neoplazi	Parasellar kitle, hematolojik malignansi, diğer
Travma	Radyasyon hasarı, cerrahi rezeksiyon, travmatik beyin hasarı
Vasküler	Anevrizma, apopleksi, arteritis, diabetes, hipotansiyon, gebeliğe bağlı, orak hücreli anemi
Fonksiyonel	Kritik hastalık, ilaçlar, hormonlar, beslenme, diğer

Sheehan sendromuna bağlı hipopitüitarizmde klinik bulgular spesifik olmayan semptomlardan adrenal kriz ya da komaya kadar geniş bir yelpaze gösterebilir.¹⁴ Bazı ön hipofiz fonksiyonlarının selektif korunduğu izole olgular bildirilmiştir.^{15,16} Sheehan sendromlu olguların çoğunda somatotropik, gonadotropik, adrenokortikotropik ve tirotropik fonksiyonların sıralı kaybı söz konusudur.^{17,18} Sheehan sendromunda prolaktin eksikliğine bağlı laktasyon eksikliği veya zorluğu en sık rastlanan ilk bulgulardan biridir.¹⁰ Sert ve ark.nın çalışmasında, hastaların %93'ünde doğumdan hemen sonra laktasyon eksikliği geliştiği gösterilmiştir.¹⁶ Postpartum menstrüasyon eksikliği de Sheehan sendromunun en yaygın semptomlarından biridir.¹⁰ Sert ve ark.nın çalışmasında %86 hastada amenore bildirilmiştir.¹⁶ Bizim her iki olgumuzda da hipogonadotropik hipogonadizm mevcut olup, öykülerinde de, doğum sonrası laktasyon eksikliği ve amenore geliştiği öğrenilmiştir. Postmenopozal dönemdeki hastalarda LH ve FSH değerlerinin düşük olması hipopitüitarizmi düşündürdüren önemli bulgulardandır.

Sheehan sendromunda, sekonder hipotiroidizm gelişebilmektedir.¹⁹ TSH normal, düşük veya paradoks bir şekilde yüksek, sT4 düşüktür. Hastalarda zaman içinde hipotiroidizm bulguları görülebilmektedir.^{19,20} Dokmetas ve ark.nın serisinde 20 Sheehan sendromlu olgunun 18'inde sekonder hipotiroidi geliştiği gözlenmiştir.¹⁹ Hastalarımızda TSH normal, sT4 düşük olarak saptandı. Her iki hastada da sekonder hipotiroidi bulguları mevcuttu. Hastalarımızın her ikisinde de hipotiroidi ile

ilişkili olarak kaşların dış kısımlarında dökülme olduğu gözlemlendi.

Sheehan sendromlu olgularda anemi ve diğer hematolojik anormallikler de tanımlanmıştır. Normositer normokrom özellikte anemi, lökopeni, trombositopeni ve çeşitli kombinasyonları bu hastalarda sık görülmektedir.²¹ Dökmetaş ve ark.nın çalışmasında 20 Sheehan sendromlu hastanın ikisinde hipokrom mikrositer anemi, yedisinde normokrom normositer anemi saptanmış.¹⁹ Bizim her iki olgumuzda da normokrom normositer anemi mevcuttu.

Hipopitüitarizmli hastalarda hiponatremi görülebilmektedir.⁷ Dökmetaş ve ark.nın Sheehan sendromlu 20 olgunun değerlendirildiği serisinde, hastaların %35'inde hiponatremi saptanmıştır.¹⁹ Hiponatremi, glukokortikoid eksikliği ve hipotiroidizmin serbest su klerensini azaltması gibi mekanizmalarla vazopressinden bağımsız olarak açıklanabilir. Ayrıca, Sheehan sendromuna bağlı hiponatremide hipoosmolaliteye rağmen plazma arginin vazopressin seviyeleri normal veya artmış olarak bulunmuştur.²² Ahmed ve ark., hipopitüitarizm ya da Addison hastalığı olan hastaların plazmalarında arginin vasopressin seviyelerinde artış göstermişlerdir. Glukokortikoid ile tedavi sırasında plazma antidiüretik hormon aktivitelerinde azalma ve aynı zamanda su atılımında da iyileşme göstermişlerdir.²³ Hiponatremi, Sheehan sendromunun erken döneminde nadir bir bulgudur. Sheehan sendromu genellikle akut/subakut olarak tanı konulduğu ve tedavi edildiği için hiponatremi daha nadir görülmektedir.²² Yapılan bir çalışmada, ciddi hiponatreminin (serum sodyum <125 mmol/L) postpartum kanamadan 16 yıl sonra hastaların %50'sinden fazlasında görüldüğü bildirilmiştir.²⁴ Bizim olgumuzda gecikmiş tanı nedeni ile hiponatremi geliştiğini düşünmekteyiz. Hastamızda hiponatremiye neden olabilecek hipotiroidi ve sekonder adrenal yetmezlik mevcuttu. Yaşlı hastalarda hiponatremi görüldüğünde ayırıcı tanı açısından obstetrik anamnezin sorgulanması ve hipofiz fonksiyonlarının gözden geçirilmesinin önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Sheehan sendromunda ana radyolojik bulgu boş sella (%70) ya da parsiyel boş selladır (%30).²⁵ Boş sella primer ya da sekonder nedenlere bağlı olarak görülür. Sekonder formlar, pituitar adenom, en-

feksiyon, yaralanma, Sheehan sendromu ya da lenfositik hipofizitis sonucu ortaya çıkabilir.²⁶ Sherif ve ark.nın, Sheehan sendromu olan 57 kadın üzerinde yaptığı bir çalışmada vakaların tamamına yakınında boş sella saptanmıştır.²⁷ Lenfositik hipofizitis, gebelik ile ilişkili hipopitüitarizm nedenleri arasında yer almaktadır. Bu hastalarda uzun dönemde boş sella geliştiği gösterilmiştir. Sheehan sendromunun ayırıcı tanısında mutlaka düşünülmelidir. İki hastalığın ayırıcı tanısında postpartum aşırı kanama ve postpartum laktasyon eksikliği öyküsü Sheehan sendromu için önemli birer kriterdir.^{10,28} Bizim her iki olgumuzda da hipofiz MRG'sinde boş sella tespit edilmiştir. Olgularımızda postpartum aşırı kanama ve laktasyon eksikliği görülmesi nedeni ile tanıda ön planda Sheehan sendromu düşünülmüştür.

Sheehan sendromlu birçok hastaya yıllar sonra tanı konabilmektedir. Altmış hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, yaşanan obstetrik olay ile Sheehan sendromu tanısı konması arasında geçen süre ortalama 13 yıl olarak bulunmuştur.²⁹ Dökmetaş ve ark.nın ülkemizde yapılan çalışmasında postpartum hemoraji ile hipopitüitarizmin klinik bulguları arasında geçen süre ortalama 26,82±2,52 yıl (2 ile 40 yıl arası) olup, yine ülkemizde 28 Sheehan sendromlu olgunun değerlendirildiği Sert ve ark.nın çalışmasında bu süre 13,92±6,05 yıl (6 ile 30 yıl arası) olarak saptanmıştır.^{16,19} Literatür taramasında yaşlılık döneminde tanı konulan iki Sheehan sendromu olgusu bulunmaktadır ve bu iki olgu da ülkemizden bildirilmiştir.⁶ Bizim olgularımızda, hastaların yaşadığı obstetrik olay ile tanı konması arasında geçen süreler, literatürde bildirilen olgulardan daha uzun olarak (40 ve 46 yıl) saptandı. Her iki hastamızda da Sheehan sendromunun erken dönem bulgusu olarak amenore, laktasyon eksikliği ile uzun dönemde halsizlik, kilo alamama ve düşük BKİ bulunmakta idi. Hipopitüitarizmin klinik bulguları mevcut olan hastalara ancak obstetrik olaydan yıllar sonra akut tablolarla tanı konuldu. Hastaların kırsalda yaşaması, sosyoekonomik düzeylerinin ve eğitim seviyelerinin düşük olması yaşlılık dönemine kadar tanının konmamasındaki en önemli neden olduğunu düşündürmekteydi.

Sheehan sendromunun yıllar sonra ortaya çıkması nedeni ile hastalar yaşlılık döneminde karşımıza çıkabilmektedir. Hipopitüitarizm, yaşlılarda

genellikle daha geç ve zor tanı konulabilen bir durumdur. Bazı vakalarda ancak sekonder hipotiroidi ya da sekonder adrenal yetersizlik oluşumu ile yıllar sonra tanı konabilir.^{6,19} Sheehan sendromunun tanısı, araya giren ciddi bir enfeksiyon veya cerrahi girişim sonrası adrenal kriz tablosu gibi ciddi akut tablolar ile karşımıza çıkabilmekte ve tanıdan şüphelenilmediğinde mortaliteyle seyredebilmektedir.⁶ İkinci olgumuz, pnömöniye bağlı septik şok ve adrenal kriz tablosu gibi mortaliteyle seyredebilecek akut bir tabloyla ortaya çıktı.

Yaşlı hastalarda nedeni saptanmayan kronik halsizlik, hiponatremi veya tedaviye yanıt alın-

mayan septik şok tablolarında hipopitüitarizm ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Hastanın öyküsündeki postpartum hemoraji varlığı, laktasyon eksikliği, amenore Sheehan sendromu tanısı için önemli ipuçlarıdır. Hastalara daha erken dönemde tanı konulması ve replasman tedavilerinin başlanması, mortaliteye yol açabilecek akut tabloların önlenmesini sağlayacaktır. Sonuç olarak, nadir bir neden olsa da, tanı konulamamış Sheehan sendromuna bağlı hipopitüitarizmin, yaşlılık döneminde mortalite ile seyredebilecek farklı akut tablolarla karşımıza çıkabileceğini vurgulamak istemekteyiz.

KAYNAKLAR

- Melmed S, Kleinberg D. [Anterior pituitary]. In: Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, eds. *Williams Textbook of Endocrinology*. 11thed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008. p.235-43.
- Schneider HJ, Aimaretti G, Kreitschmann-Andermahr I, Stalla GK, Ghigo E. Hypopituitarism. *Lancet* 2007;369(9571):1461-70.
- Shivaprasad C. Sheehan's syndrome: newer advances. *Indian J Endocrinol Metab* 2011; 15(Suppl 3):203-7.
- Kovacs K. [Sheehan syndrome]. *Lancet* 2003;361(9356):520-2.
- Goldman L, Ausiello D. [Anterior pituitary]. Ünal S, editör. *Cecil Textbook of Medicine-Türkçe*. 23. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2011. p.1674-91.
- Karadag B, Akçam NY, Döventaş A, Beger T. [Two cases of panhypopituitarism presenting with severe hyponatremia]. *Turkish Journal of Geriatrics* 2005;8(1):34-5
- Fauci AS, Braunwald E, Weiner C, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, et al. [Fluid and electrolyte disturbances]. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 17thed. USA: McGraw-Hill Companies; 2008. p.274-85.
- Sheehan H. [Postpartum necrosis of the anterior pituitary]. *J Path Bacteriol* 1937;45(1): 189-214.
- Abs R, Bengtsson BA, Hernberg-Ståhl E, Monson JP, Tauber JP, Wilton P, et al. GH replacement in 1034 growth hormone deficient hypopituitary adults: demographic and clinical characteristics, dosing and safety. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1999;50(6):703-13.
- Keleştimur F. Sheehan's syndrome. *Pituitary* 2003;6(4):181-8.
- Dejager S, Gerber S, Foubert L, Turpin G. Sheehan's syndrome: differential diagnosis in the acute phase. *J Intern Med* 1998;244(3): 261-6.
- Goswami R, Kochupillai N, Crock PA, Jaleel A, Gupta N. Pituitary autoimmunity in Patients with Sheehan's syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 2002;87(9):4137-41.
- De Bellis A, Keleştimur F, Sinisi AA, Ruocco G, Tirelli G, Battaglia M, et al. Anti-hypothalamus and anti-pituitary antibodies may contribute to perpetuate the hypopituitarism in patients with Sheehan's syndrome. *Eur J Endocrinol* 2008;158(2):147-52.
- Bayraktaroğlu T, Azezi A. [Hipopituitarizm and replacement therapy: medical education]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2007;27(2):247-60.
- Zargar AH, Masoodi SR, Laway BA, Sofi FA, Wani AI. Pregnancy in Sheehan's syndrome a report of three cases. *J Assoc Physicians India* 1998;46(5):476-8.
- Sert M, Tetiker T, Kirim S, Kocak M. [Clinical report of 28 patients with Sheehan's syndrome]. *Endocr J* 2003;50(3):279-301.
- Rabkin MT, Frantz AG. Hypopituitarism: a study of growth hormone and other endocrine functions. *Ann Intern Med* 1966;64(6):1197-207.
- Landon G, Greenwood FC, Stamp TC, Wynn V. The plasma sugar, free fatty acid, cortisol and growth hormone response to insulin and the comparison of this procedure with other tests of pituitary and adrenal function. *J Clin Invest* 1966;45(4):437-49.
- Dökmetaş HS, Kilicli F, Korkmaz S, Yonem O. Characteristic features of 20 patients with Sheehan's syndrome. *Gynecol Endocrinol* 2006;22(5):279-83.
- Müller B, Trepp R, Diem P, Christ E. [The paradox of TSH elevation in Sheehan's syndrome]. *Dtsch Med Wochenschr* 2002; 127(49):2610-2.
- Laway BA, Mir SA, Bashir MI, Bhat JR, Samoon J, Zargar AH. Prevalence of hemato-
- logical abnormalities in patients with Sheehan's syndrome: response to replacement of glucocorticoids and thyroxine. *Pituitary* 2011;14(1):39-43.
- Boulanger E, Pagniez D, Roueff S, Binaut R, Valat AS, Provost N, et al. Sheehan syndrome presenting as early post-partum hyponatraemia. *Nephrol Dial Transplant* 1999;14(11):2714-5.
- Ahmed ABJ, George BC, González-Auvert C, Dingman JF. Increased plasma arginine vasopressin in clinical adrenocortical insufficiency and its inhibition by glucocorticoids. *J Clin Invest* 1967;46(1):111-23.
- Huang YY, Ting MK, Hsu BRS, Tsar JS. Demonstration of reserved anterior pituitary function among patients with amenorrhea after postpartum hemorrhage. *Gynecol Endocrinol* 2000;14(2):99-104.
- Kaplun J, Fratila C, Ferenczi A, Yang WC, Lantos G, Fleckman AM, et al. Sequential pituitary MR imaging in Sheehan syndrome: report of 2 cases. *Am J Neuroradiol* 2008;29(5):941-3.
- Komada H, Yamamoto M, Okubo S, Nagai K, Lida K, Nakamura T, et al. A case of hypothalamic panhypopituitarism with empty sella syndrome: case report and review of the literature. *Endocr J* 2009;56(4):585-9.
- Sherif IH, Vanderley CM, Beshyah S, Bosairi S. Sella size and contents in Sheehan's syndrome. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1989;30(6):613-8.
- Karaca Z, Tanriverdi F, Unluhizarci K, Keleştimur F, Donmez H. [Empty sella may be the final outcome in lymphocytic hypophysitis]. *Endocr Res* 2009;34(1-2):10-7.
- Gei-Guardia O, Soto-Herrera E, Gei-Brealey A, Chen-Ku CH. Sheehan syndrome in Costa Rica: clinical experience with 60 cases. *Endocr Pract* 2011;17(3):337-44.