



GAZİ TIP DERGİSİ MEDICAL JOURNAL

2009, Cilt 20, Sayı 2 - 2009, Volume 20, Issue 2

GAZİ MEDICAL JOURNAL - GAZİ TIP DERGİSİ

ISSN 1300-056X

GAZİ TIP DERGİSİ

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinin resmi yayınıdır

Yılda dört kez çıkan Tıbbi Dergi

GAZİ MEDICAL JOURNAL

Is official publication of Gazi University Faculty of Medicine

Quarterly Medical Journal

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Adına

Yayın Sahibi – Official Owner

Rektor: Dr. Rıza AYHAN

Editör - Editor

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Dekan: Dr. Peyami CİNAZ

Editörler Kurulu – Editorial Board

Dr. Hakan ÖZDEMİR (Başkan)

Dr. Cem YÜCEL

Dr. Çimen KARASU

Dr. Gülçin K. KARATAŞ

Dr. Reha YAVUZER

Dr. Serdar KULA

Dil Editörü – Language Editor

Russell FRASER

Sekreter - Secretary

Duygu TIRIÇ

Abone Bedeli

150 YTL

Türkiye İş Bankası Gazi Tıp Şubesi

Hesap No: 436731616

Subscription Rate

100 USD

Türkiye İş Bankası Gazi Branch

Account No: 137248032

Yayın Türü – Publication Type

Yaygın-Sürekli

Yayın İdare Makamı – Publication Administration

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

Adres - Address

Gazi Tıp Dergisi – Editor Ofisi

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası 6.Kat

Beşevler 06500, Ankara - TÜRKİYE

Tel - Phone: 90 312 202 6850

Faks - Fax: 90 312 212 4647

e-mail: duygu@gmjournal.net - <http://www.gmjjournal.net>

İndeks Bilgileri – Index Information

EMBASE / Excerpta Medica

Electronic Publishing Division, Chemical Abstracts (CA)

TUBİTAK/ULAKBİM - Türk Tıp Dizini

Baskı – Publisher

Hazar Reklam Mat. Ltd. Şti.

Kazım Karabekir Cad. Kültür Çarşısı 7/56-57 İskitler-ANKARA

Tel-Phone: +90 312 341 22 06-07

bilgi@hazarreklam.com.tr

Baskı Tarihi – Publication Date

2009

Baskı Hazırlık – Preparation for Publication

Hazar Reklam Mat. Ltd. Şti.

Kazım Karabekir Cad. Kültür Çarşısı 7/56-57 İskitler-ANKARA

Tel-Phone: +90 312 341 22 06-07

bilgi@hazarreklam.com.tr

İÇİNDEKİLER

ARAŞTIRMALAR - ORIGINAL ARTICLES

- İNFEKTİF ENDOKARDİT SAPTANAN ÇOCUKLARDA KLİNİK, LABORATUVAR VE EKOKARDİYOĞRAFİK PARAMETRELERİN RET-
ROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ
*RETROSPECTIVE EVALUATION OF CLINICAL, LABORATORY, AND ECHOCARDIOGRAPHIC PARAMETERS OF INFECTIVE ENDOCARDITIS
IN CHILDREN*
Vedide TAVLI , Berna Şaylan ÇEVİK, Türkay SARITAŞ , Timur MEŞE47-50
- GASTROSKOPİ ÖNCESİ AÇLIK SÜRESİNİN GASTRİK REZİDÜ VE pH ÜZERİNE ETKİSİ
EFFECTS ON GASTRIC RESIDUE AND PH OF FASTING PERIOD BEFORE GASTROSCOPY ABSTRACT
Yusuf ÜNAL, Mustafa SARIOĞLU, Tülay KORKMAZ51-54
- EROZİV GASTRİTLERDE CA 19-9, CEA VE CA 72-4 DÜZEYLERİ
THE LEVELS OF CA 19-9, CEA, AND CA 72-4 IN EROSION GASTRITIS
Ramazan YILDIZ, Mehmet CİNDORUK, Süleyman BÜYÜKBERBER, Ali Osman KAYA, Emel YAMAN, Banu ÖZTÜRK,
Uğur COŞKUN, Mustafa BENEKLİ.....55-56
- COMPARISON OF IN VITRO ACTIVITY OF CEFDITOREN WITH OTHER ORAL ANTIBIOTICS
AGAINST NOSOCOMIAL URINARY ESCHERICHIA COLI STRAINS
*NOZOKOMİYAL ÜRİNER ESCHERICHIA COLI İZOLATLARINDA SEFDİTORENİN IN VITRO ETKİNLİĞİNİN DİĞER ORAL
ANTİBİYOTİKLERLE KARŞILAŞTIRILMASI*
Murat DİZBAY, Derya Özcan KANAT, Arzu ALTUNÇEKİÇ, Özgür GÜNAL, Dilek ARMAN57-59
- THE SIGNIFICANCE OF NEUROENDOCRINE DIFFERENTIATION
IN PATIENTS WITH RESECTED NON-SMALL CELL LUNG CARCINOMA
REZEKE KÜÇÜK HÜCRELİ DİSİ AKCİĞER KARSİNOMLU HASTALARDA NÖROENDOKRİN DİFERANSİYASYONUN ÖNEMİ
Sibel PERÇİNEL, Sema BİRCAN, Ayşe SERTÇELİK, Ayten Cangır KAYI.....60-67
- İNSAN MULTİPLE MYELOMA HÜCRE DİZİSİ ARH77'DE VİNKRİSTİNİN SURVİVİN GEN İFADESİ ÜZERİNE ETKİSİ
VINCISTINE INDUCED SURVIVIN EXPRESSION IN THE HUMAN MULTIPLE MYELOMA CELL LINE ARH77
Erkan YURTCU, Fatma Belgin ATAÇ, Feride İffet ŞAHİN68-71
- OLGU SUNUMLARI - CASE REPORTS
- TRANSIENT ERYTHROBLASTOPENIA AND PARVOVIRUS B19 INFECTION IN A HEALTHY NEWBORN
SAĞLIKLI BİR YENİDOĞANDA GEÇİCİ ERİTROBLASTOPENİ VE PARVOVİRÜS B19 ENFEKSİYONU
Deniz ASLAN, Özden TURAN, Canan TÜRKYILMAZ, Yıldız ATALAY.....72-74
- PULMONER ARTERİYEL HİPERTANSİYON HASTALARININ TEDAVİSİNDE VAZOAKTİF AJANLARIN ETKİNLİĞİ
THE EFFECT OF VASOACTIVE AGENTS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION
Gülten TAÇOY, Kaan OKYAY, Bülent BOYACI.....75-79
- PERCUTANEOUS DRAINAGE OF SPONTANEOUS RETROPERITONEAL URINOMA: A CASE REPORT
SPONTAN RETROPERİTONEAL ÜRİNOMUN PERKÜTAN DRENAJI: OLGU SUNUMU
Onder A ORS , Murat ZOR, Tayfun EYİLETEN, Murat KOCAOĞLU, Seref BASAL, Mujdat YENİCESU80-82
- GUILLAIN-BARRE SYNDROME ASSOCIATED WITH HEPATİTİS B
VACCINE AND A REVIEW OF THE LITERATURE
HEPATİT B ASISINA BAĞLI GUİLLAİN BARRE SENDROMU OLGUSU VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ
Ebru ARHAN, Kıvılcım GÜCÜYENER, Aysima AKTÜRK, Çiğdem KASAPKARA, Ercan DEMİR, Ayşe SERDAROĞLU.....83-85
- TÜBERO SKLEROZLU HASTADA BİLATERAL RENAL ANJİOMYOLİPOM SEBEBİ İLE MASİF RETROPERİTONEAL KANAMA
*MASSIVE RETROPERITONEAL HEMORRHAGE DUE TO BILATERAL RENAL ANGIOMYOLIPOMA IN A PATIENT
WITH TUBEROUS SCLEROSIS ABSTRACT*
Özcan KILIÇ, Talat YURDAKUL, Mehmet KAYNAR, Orhan ÖZBEK, Füsün BABA86-89
- HİPOPİTÜİTARİZM'Lİ BİR OLGUDA KORONER ARTER BAYPAS CERRAHİSİ: VAKA SUNUMU
CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING IN A PATIENT WITH HYPOPITUITARISM: REPORT OF A CASE
Koray AK, Ahmet GÜLER, Selim İSBİR, Sinan ARS90-92

2009: Cilt 20: Sayı 2: 90-92

HİPOPİTUITARİZM'Lİ BİR OLGUDA KORONER ARTER BAYPAS CERRAHİSİ: VAKA SUNUMU

Koray AK, Ahmet GÜLER, Selim İSBİR, Sinan ARS

ÖZ:

Koronar arter baypas cerrahisi yapılan hastalarda preoperatif hipopituitarizm varlığı hem anestezi hem de cerrahi işleme bağlı komplikasyonların görülme riskini arttırmaktadır. Özellikle adrenokortikal ve tiroid hormonlarının uygun dozlarda perioperatif replasmanı bu hasta grubunda yasal önem arz etmektedir. Bu yazıda hipopituitarizm nedeniyle takip edilen bir hastada başarılı bir şekilde gerçekleştirilen koroner arter baypas cerrahisi anlatılmış ve bu hasta grubunda uygulanması gereken optimal peroperatif tedavi stratejisi tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hipopituitarizm, Koroner Arter Baypas Cerrahisi, Tiroid Hormonu, Adrenokortikal Hormon.

CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING IN A PATIENT WITH HYPOPITUITARISM: REPORT OF A CASE
ABSTRACT

Presence of hypopituitarism in patients undergoing coronary artery bypass grafting increases the risks related to both anesthesia and surgery. Perioperative replacement of adrenocortical and thyroid hormones in appropriate amounts plays a vital role in the management of such patients. In this paper successful coronary artery bypass grafting in a patient with hypopituitarism is presented and the perioperative management strategy in these patients is discussed.

Key words: Hypopituitarism, Coronary Artery Bypass Grafting, Adrenocortical Hormone, Thyroid Hormones.

GİRİŞ

Hipopituitarizm hipofizer ve hipotalamik hastalıklar nedeniyle ön ve arka hipofiz bezinden salgılanan hormonların kısmi veya tam azalmasıyla karakterize bir hastalıktır.¹ Tanı konulması ile beraber özellikle adrenokortikal ve tiroid hormonların replasmanları yaşamsal önem teşkil eder. Bu hasta grubunda yapılacak olan kardiyak cerrahi gibi majör cerrahi girişimler esnasında uygun doz ve zamanda uygulanan hormon replasman tedavisi peroperatif morbidite ve mortalitenin engellenmesinde önemlidir.² Bu yazıda hipofiz cerrahisi sonrası gelişen hipopituitarizm nedeniyle tedavi edilen bir olguda yapılan koroner arter baypas cerrahisi (KABC) sunulmuş ve peroperatif tedavi stratejisi tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

73 yaşında erkek hasta son 15 gündür unstable karakterde anjina pectoris ve efor dispnesi (NYHA klas II-III) şikayetleri ile hastanemize başvurmuştur. Hastanın değerlendirmesinde; Elektrokardiyografide (EKG) anterior göğüs derivasyonlarında (V1-V6) miyokardiyal iskemi ile uyumlu bulgular tespit edilmiştir. Laboratuvar incelemesinde Troponin-I (<0.001 ng/mL), Creatine kinase (CK, 16,4 ng/mL) ve MB fraksiyonu (CK-MB, 3,64 ng/mL ng/mL) normal olarak bulunmuştur. Tam kan sayımında hemoglobin 14,5 g/dL, nötrofil sayısı 9,8 x 10³/µL ve trombosit sayısı 234 x 10³/µL olarak tespit edilmiştir. Serum biyokimyasal incelemesinde; hiperkalemi (K⁺ 6,38 mEq/L) tablosu dikkati çekiyordu. Diğer serum elektrolit seviyeleri normal idi (Na⁺ 144,2 mEq/L, Ca⁺⁺ 8,8 mg/dL ve Cl⁻ 114 mg/dL). Karaciğer ve böbrek fonksiyonları normal sınırlarda bulunmuştur. Akciğer direk grafisi tamamen normal sınırlarda idi. Transtorasik ekokardiyografide sol ventrikülde konsantrik hipertrofi, normal sol ventrikül sistolik fonksiyonları (ejeksiyon fraksiyonu %60), eser derecede aort kapakta ve mitral kapakta yetmezlik tespit edilmiştir. Hastanın yapılan koroner anjiyografisinde ciddi üç damar koroner arter hastalığı tespit edilmiş (proksimal sol anterior inen arterde (LAD) %90, sirkumfleks arter (Cx) proksimalinde %70 ve sağ koroner arter (RCA) posterior desendan dalı (PDA) proksimalinde %70 darlık). Hasta KABC için kliniğimize refere edildi. Özgeçmişte hipertansiyon dışında koroner arter hastalığı için başka bir kardiyovasküler risk faktörü yok idi. İki yıl önce tekrarlayan baş ağrıları nedeniyle yapılan incelemesinde hipofiz adenom'u tespit edilmiş ve transsfenoidal hipofizektomi yapılmıştır. Hasta postoperatif dönemde oral L-Thyroxine (Levatron tablet) ve oral Hidrokortizon (Deltacortril) 10 mg oral doz ile takip edilmekte idi. Preoperatif serum serbest T3 (1,55 pg/mL) ve serbest T4 (0,84 ng/dL) seviyeleri düşük olarak bulundu. Diğer hormon seviyeleri (prolaktin, kortizol, IGF-1,

Geliş Tarihi : 02/03/2009
Received : March 02, 2009

Kabul Tarihi : 22/04/2009
Accepted : April 22, 2009

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp Ve Damar Cerrahisi Ad.,
İstanbul, Türkiye

parathormon, FSH, LH, total testesteron) normal sınırlarda idi. Hastada ek olarak yedi yıl önce akut fibrinöz perikardit sonrası gelişen kardiyak tamponad nedeniyle küçük bir sol anterior torakotomi ile perikardiyo-plevral pencere açılması öyküsü pozitif idi.

Hasta preoperatif dönemde mevcut tedavisine ek olarak oral thyroxine yüklemesi ile ötroid hale gelince KABC için operasyona alındı. Anestezi indüksiyonundan hemen sonra 20 mg intravenöz prednizolon verildi. Prime solüsyonuna kortizol eklenmedi. Median sternotomi sonrası perikard açıldı. Geçirilmiş perikardite bağlı yapışıklıklar keskin ve künt diseksiyonlarla serbestleştirildi. Sol plevral alandaki yapışıklıklar nedeniyle sol internal mamariyan arter (LIMA) kullanılmadı. Aorto-kaval kanülasyon yapılarak kardiyopulmoner baypas'a (KPB) geçildi. Hasta 30 dereceye kadar soğutuldu. Aortik kros klemp sırasında miyokard koruması antegrad tepid kan kardiyoplejisi ile sağlandı. Safen ven grefti (SVG) kullanılarak üç damar koroner baypas operasyonu gerçekleştirildi (SVG-LAD, SVG-Cx ve SVG-PDA). Hasta KPB'dan sorunsuz olarak ayrıldı. Aortik kros klemp ve KPB zamanları sırasıyla 51 ve 108 dakika idi. Operasyon standart olarak tamamlandı. Hasta postoperatif 12. saatte ekstübe edildi. İlk 24 saatte mediastinal drenlerinden 600 ml lik drenajı oldu. Postoperatif 2. günde bakılan kontrol hormon Postoperatif erken dönemde sorun yaşamayan hasta operasyon sonrası 7. günde hastaneden Levatron 0,1 mg tablet ve Deltacortril 10 mg tablet tedavisi ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Hipopituitarizm'i olan ve majör bir cerrahi girişim uygulanacak hastalarda uygun dozlarda ve uygun zamanda yapılan peroperatif hormon replasman tedavisi bu hastalarda erken dönem mortalite ve morbiditeyi etkileyen en önemli unsurdur.^{2,3} Peroperatif dönemde adrenokortikal hormonların eksikliği metabolizmanın strese karşı cevabının azalmasına sebep olmakta ve ciddi sıvı-elektrolit dengesizlikleri, ateş, hipotansiyon, sepsis ve toksik psikoz tablosuna sebep olabileceği bildirilmektedir.³⁻⁵ Preoperatif hipotiroidizm başta kardiyovasküler sistem olmak üzere pulmoner, renal ve santral sinir sisteminde depresyona sebep olabilmekte ve peroperatif mortaliteyi arttırmaktadır.² Ladenson ve arkadaşları,⁶ hipotiroidizm'li hastalarda kardiyak cerrahi sonrası gastrointestinal ve nöropsikiyatrik komplikasyonların daha fazla görüldüğünü ve kalp yetmezliği riskinin arttığını göstermişlerdir. Bu yazıda preoperatif hipopituitarizm nedeniyle takip edilen bir hastada başarılı bir şekilde gerçekleştirilen KABC sunulmuştur. Perioperatif dönemde glukokortikoid ve tiroid hormonlarının optimal dozlarda yerine konması postoperatif dönemde olası komplikasyonların ortaya çıkmasını engellemiştir.

Literatür taramasında KABC uygulanan hasta grubunda preoperatif eşlik eden hipopituitarizm hakkında sınırlı sayıda yazı bulunmaktadır. Yasuda ve arkadaşları² KABC uygulanan

ve hipopituitarizm'i olan üç hasta bildirmişlerdir. Hastaların tümünde preoperatif oral thyroxine tedavisi ile serum tiroid hormonları ötiroid seviyeye çekilmeye çalışılmıştır. Ayrıca operasyon gününde 200 mg intravenöz kortizol uygulamasına ek olarak 1000 mg kortizol prime solüsyonu içerisine eklenmiştir. Bizim hastamızda serum kortizol seviyesi normal olarak bulunmasından dolayı operasyon günü düşük doz intravenöz kortizol (20 mg) yüklemesi yapıldı. Prime solüsyonuna eklenmedi. Kardiyak cerrahi sırasında ortaya çıkan stres cevaba bağlı olarak hipotalamik-pituiter-adrenal aks (HPA) aktive olur ve plazma adrenokortikotropik hormon (ACTH) and kortizol seviyeleri artar. Bu hastalarda intraoperatif kortizol dozu hastanın ameliyat öncesi serum kortizol seviyesine göre ayarlanmalı ve uygulanan doz postoperatif dönemde ortaya çıkan stress cevabındaki internal kortizol salımın miktarı ile eşdeğerde olmalıdır. Ayrıca operasyon öncesi son altı ay içerisinde steroid kullanım öyküsü olan hastalar peroperative stres dozunda steroid tedavisi yapılması gerekmektedir.⁷

Peroperatif sıvı-elektrolit dengesinde bozukluk hipopituitarizm'li olgularda ortaya çıkabilecek bir komplikasyondur. Hiponatremi en sık rastlanan elektrolit bozukluğu olup adrenal yetmezlik, renin-angiyotensin-aldesteron sistemindeki değişiklik, antidiüretik hormon veya tiroid hotmon eksikliğine bağlı gelişebileceği bildirilmiştir. Genellikle peroperatif kortizol tedavisine yanıtı iyidir.⁸ Bizim hastamızda preoperatif hiperkalemi tablosu mevcuttu. Hiperkalemi bu hastalarda sık olmamakla beraber hipopituitarizme bağlı görülebilir ve peroperatif dönemde ciddi ventriküler aritmi riskini artırır.⁹

KABC uygulanan hastalarda çok nadir olmakla beraber operasyon sonrasında hipopituitarizm geliştiği çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir. Bu hastalar akut ve geç presentasyon olmak üzere iki farklı şekilde bulgu verebilirler. Akut hipopituitarizm bulguları genelde operasyon sonrası ilk 48 saatte ortaya çıkar ve hipofiz bezinin nekrozu, kanama ve akut şişmesi ile ilgilidir. Geç prezentasyonda ise genelde cerrahiden bir kaç ay sonra ortaya çıkar. KPB sırasında oluşan mikroemboli ve nonpulsatil akıma bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu hastalar tamamen asemptomatik olabilmekte beraber hipogonadizm bulgularının ön planda olduğu klinik bir tablo ile başvurabilirler.³

Sonuç olarak KABC yapılacak hastalarda preoperatif hipopituitarizm varlığı bu hastalarda peroperatif morbidite ve mortalitenin önlenmesi için kortizol ve tiroid hormonlarının uygun dozlarda replase edilmesi gerekmektedir.

Yazışma Adresi: Koray AK

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kalp Ve Damar Cerrahisi Ad., İstanbul, Türkiye

Tel: 0 506 599 07 81

E-mail: akkoray@hotmail.com

KAYNAKLAR:

1. Bayraktaroglu T, Azezli A. Hypopituitarism and replacement therapy: medical education. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2007; 27: 247-260.
2. Yasuda T, Kawasuji M, Ishida Y, Sakakibara N, Fujii S, Nishida S, Watanabe Y. Coronary artery bypass grafting in patients with hypopituitarism. *Jpn Circ J* 2000; 64: 207-8.
3. Syed AU, Al Fagih MR, Fouda M. Coronary bypass surgery in patients with Sheehan's syndrome. *Eur J Cardiothorac Surg* 2001; 20: 1264-6.
4. Diederich S, Franzen NF, Bähr V, Oelkers W. Severe hyponatremia due to hypopituitarism with adrenal insufficiency: report on 28 cases. *Eur J Endocrinol* 2003; 148: 609-17.
5. Hubay CA, Weckesser EC, Levy RP. Occult adrenal insufficiency in surgical patients. *Ann Surg* 1975; 181: 325-32.
6. Ladenson PW, Levin AA, Ridgway EC, Daniels GH. Complications of surgery in hypothyroid patients. *Am J Med* 1984; 77: 261-6.
7. Khalpey ZI, Ganim RB, Rawn JD. Postoperative Care of Cardiac Surgery Patients. *Card Surg Adult* 2008; 3: 465-486.
8. Pham PC, Pham PA, Pham PT. Sodium and Water Disturbances in Patients With Sheehan's Syndrome. *Am J Kidney Dis* 2001; 38: E14.
9. Mattke AF, Vender JR, Anstadt MP. Pituitary Apoplexy Presenting as Addisonian Crisis after Coronary Artery Bypass Grafting. *Tex Heart Inst J* 2002; 29: 193-9.