

Bölüm 9

DİYABETİK KETOASİDOZLU BİR VAKADA YAKLAŞIM/ YÖNETİM

Özge ÜÇÜNCÜ¹

GİRİŞ

Diyabetik ketoasidoz (DKA) insülin kullanılmaya başlanmadan önce çoğu kez ölümlü sonuçlanan diabetes mellitusun akut ve ciddi bir komplikasyonudur. Diyabetik ketoasidoz insülinin mutlak veya göreceli eksikliği sonucunda ortaya çıkan, hiperglisemi, ketozis ve metabolik asidoz ile karakterize klinik bir tablodur.

Diyabetik ketoasidoz insidansı diyabetli bireylerde 10.000'de 46, genel popülasyonda ise 10.000'de 1,4 olarak bildirilmiştir (1). Diyabetli bireylerin hastaneye başvurularının %2-9'unu DKA oluşturmaktadır. Kadın/erkek oranı 1,5-1,8'dir (1).

Sıklıkla tip 1 diabetes mellitusda görülmekle birlikte hazırlayıcı faktörler eşliğinde tip 2 diabetes mellitusda da görülmektedir (1,2). Diyabetik ketoasidozu presipite eden neden sıklıkla fiziksel stres ve insülinin kesilmesidir. Fiziksel stresin en sık nedeni ise enfeksiyonlardır.

Bu bölümde karın ağrısı şikayetiyle genel cerrahi polikliniğine başvuran diyabetik ketoasidozlu bir vaka sunulacaktır.

VAKA

40 yaşında erkek hasta, karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleriyle genel cerrahi polikliniğine başvurmuş. Fizik muayenesinde batında yaygın hassasiyet mevcutmuş. Kan basıncı: 100/60 mmHg, nabız: 100/dak, vücut sıcaklığı: 36,8°C, solunum sayısı: 20/dakika olarak tespit edilmiş olup diğer sistem muayeneleri normalmiş. Çekilen batın ultrasonografisinde safra kesesinde taş bulunması nedeniyle akut kolesistit ön tanısıyla genel cerrahi servisine yatırılmış. Hastanın orali kapatılarak takibe alınmış.

¹ Doktor Öğretim Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Trabzon Kanuni Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, ozgeucuncu@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Katsilambros N, KanakaGantenbein C, Liatis S. DiabeticEmergencies. Wiley-Blackwell, Oxford, UK. p. 1-32, p. 61-78. 2011.
2. Tran TTT, Pease A, Wood AJ. Review of EvidenceforAdultDiabeticKetoacidosis Management Protocols. Front Endocrinol (Lausanne). 2017 Jun; 13;8:106.
3. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Derneği DiabetesMellitus ve Komplika-yonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuzu 2018, sayfa 120.
4. Türk Diyabet Vakfı, Diyabet tanı ve tedavi rehberi 2018, sayfa 82.
5. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Miles JM. Hyperglycemiccrises in adultpatientswithdiabetes. Di-abetesCare. 2009 Jul;32(7):1335-43.
6. Özyazar M, Satman İ. Hiperglisemik aciller. Geçmişten Geleceğe DiabetesMellitus, 2015. Sayfa 331-339.
7. Wyckoff J, Abrahamson MJ (2005). Diabeticketoasidosisandhyperosmolarhyperglisemicstate. In: KahnCR, Weir GC, King GL, Jacobson AM, Moses AC, Smith RJ. Joslin'sdiabetesmellitus. 14th ed.p.887-901. Boston, Lippincott Williams andWilkins.
8. Adrogue HJ, Lederer ED, Suki WN. Determinants of plasmapotassiumlevels in diabeticketoa-cidosis.Medicine (Baltimore). 1986 May;65(3):163-72.
9. Umpierrez GE, Latif K, Stoeber J. Efficacy of subcutaneousinsulinlisproversuscontinuousintra-venousregularinsulinforthetreatment of patientswithdiabeticketoacidosis.Am J Med. 2004 Sep 1;117(5):291-6.
10. Umpierrez GE, Cuervo R, Karabell A. Treatment of diabeticketoacidosiswithsubcutaneousin-sulinaspert.DiabetesCare. 2004 Aug;27(8):1873-8.
11. Dhatriya KK, Vellanki P. Treatment of DiabeticKetoacidosis (DKA)/HyperglycemicHyperos-molarState (HHS): NovelAdvances in the Management of HyperglycemicCrises (UK Versus USA). CurrDiabRep. 2017 May;17(5):33.
12. DeFronzo RA, Matzuda M, Barret E. Diabeticketoasidosis: a combinedmetabolic-nephrologi-capproachtotherapy. DiabetesRev. 1994;2:209.
13. Kaya A (2009). Diyabetik aciller. İmamoğlu Ş (ed). Diabetesmellitus 2009multidispliner yakla-şımın tanı, tedavi ve izlem. (s. 451-484). İstanbul: DeomedMedikal Yayıncılık.
14. Wolfsdorf J, Glaser N, Sperling MA; AmericanDiabetesAssociation.Diabeticketoacidosis in in-fants, children, andadolescents: A consensusstatementfromtheAmericanDiabetesAssociation. DiabetesCare. 2006 May;29(5):1150-9