

Bölüm 15

DİYABETİK KETOASİDOZ'DA BULANTI VE KUSMA

İlyas ÖZTÜRK¹⁷

GİRİŞ

Diyabetik ketoasidoz (DKA), insülin eksikliği ve ağır hiperglisemi sonucu ortaya çıkan bir metabolik bozukluktur. DKA'da mutlak insülin eksikliğine bağlı olarak lipoliz baskılanamaz, bunun neticesinde de ketonemi ve ketonüri gözlenir. Sıklıkla tip 1 diyabetli hastalarda görülmekle birlikte, tip 2 diyabetli hastalarda katabolik stres artışına sebep olan durumlarda (enfeksiyonlar, alkol, myokard enfarktüsü, serebrovasküler olay vb gibi) da gözlenebilir (1).

Semptomlar; halsizlik, iştahsızlık, bulantı-kusma, ağız kuruluğu, poliüri, polidipsi, karın ağrısı, kramplar, nefes darlığı, kilo kaybı gibi çok geniş spektrumda gözlenebilir. Fizik muayenede ise; taşikardi, müköz membranlarda kuruluk, deri turgorunda azalma, sıcak ve kuru cilt, dehidratasyon, hipotansiyon, takipne, Kussmaul solunumu, batında hassasiyet, ağızda keton kokusu, letarji, şuur geriliği, koma gibi bulgularla karşımıza gelebilir (1, 2).

Laboratuar olarak ise plazma glukoz düzeyi >300 mg/dl, ketonemi ≥ 3 mmol/l, idrarda keton $\geq 2+$, kan pH $\leq 7,30$, serum bikarbonat düzeyi ≤ 15 mEq/l, anyon açığında artış, hafif lökositoz ($10.000-15.000/\text{mm}^3$), nadiren hafif amilaz ve lipaz yüksekliği gözlenir (1).

DKA, halen en sık görülen hiperglisemik acil durumlardan biridir ve diyabete bağlı hastaneye yatışların önemli bir sebebi olarak yerini korumaktadır (3).

Bulantı, kusma ve karın ağrısı gibi geridönüşümlü gastrointestinal semptomlar DKA'da sık görülen bulgulardır (3-5). Farklı kaynaklarda farklı rakamlar verilmele birlikte hastaların yaklaşık %30-50'sinde karın ağrısı gözleendiği belirtilmektedir. Bulantı, kusma ise yaklaşık 3'te 2 hastada gözleendiği belirtilmektedir

¹⁷ Uzman Doktor, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları AD, drilyasozturk@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuzu, 12.Baskı, 2019.
2. Powers A.C, Niswender K.D, Rickels M.R. (2018). Diabetes Mellitus: Management and Therapies. In Jameson, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Loscalzo, Harrison's Principles of Internal Medicine (20th edition, pp 2870-2). United States: McGraw-Hill.
3. Umpierrez G, Freire AX. Abdominal pain in patients with hyperglycemic crises. Journal of critical care. 2002;17(1):63-7.
4. Pant N, Kadaria D, Murillo LC. Abdominal pathology in patients with diabetes ketoacidosis. The American journal of the medical sciences. 2012;344(5):341-4.
5. Fayfman M, Pasquel FJ, Umpierrez GE. Management of hyperglycemic crises: Diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. Medical Clinics. 2017;101(3):587-606.
6. Masharani U. (2018). Diabetes Mellitus & Hypoglycemia. In Papadakis M.A, McPhee S.J, Current Medical Diagnosis & Treatment (52th edition, pp 1256-60). United States: McGraw-Hill.
7. Parkman HP, Hallinan EK, Hasler WL, Farrugia G, Koch KL, Calles J, et al. Nausea and vomiting in gastroparesis: similarities and differences in idiopathic and diabetic gastroparesis. Neurogastroenterology&Motility. 2016;28(12):1902-14.
8. Parkman HP, Fass R, Foxx-Orenstein AE. Treatment of patients with diabetic gastroparesis. Gastroenterology&Hepatology. 2010;6(6 Suppl 9):1-13.
9. Kearney T, Dang C. Diabetic and endocrine emergencies. Postgraduate medical journal. 2007;83(976):79-86.
10. Canda E, Yazıcı H, Er E, Uçar SK, Gemperle-Britschgi C, Habif S ve ark. Tekrarlayan ketoasidoz atakları:keton metabolizma bozukluğu olabilir mi? İzmir Dr.Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2018;8(2):115-121.
11. Van Ness-Otunnu R, Hack JB. Hyperglycemic crisis. The Journal of Emergency Medicine. 2013;45(5):797-805.
12. Nyenwe EA, Kitabchi AE. The evolution of diabetic ketoacidosis: an update of its etiology, pathogenesis and management. Metabolism. 2016;65(4):507-21.