

## Bölüm 17

# ADDİSON HASTALIĞINDA BULANTI, KUSMA

Emine KARTAL BAYKAN<sup>19</sup>

### GİRİŞ

Addison Hastalığı, 1855 yılında Thomas Addison tarafından tarif edilmiştir (1). Thomas Addison hastalığının en sık nedeni tüberküloz olarak belirtmiş, günümüzde ise otoimmünite hastalığının en sık nedenidir.

#### *Primer Adrenal Yetmezlik Nedenleri*

#### 1. Otoimmün

Otoimmün poliglandüler sendrom tip 1(OPS tip1): Addison hastalığı, hipoparatiroidizm, mukokütanöz kandidiazis, primer gonadal yetmezlik, malabsorbsiyon

Otoimmün poliglandüler sendrom tip 2 (OPS tip 2, Schmidt sendromu): Addison hastalığı otoimmün tiroid hastalıkları, primer gonodal yetmezlik, hipoparatiroidizm, tip 1 diabetes mellitus

#### 2. İnfeksiyonlar

- Tüberküloz
- Yaygın mantar enfeksiyonları
- HIV
- Sifilis

#### 3. Metastatik tümörler (Akciğer, meme, gastro-intestinal, vb.)

#### 4. Bilateral adrenal kanama (meningokoksemiksepsis, anti-koagulan kullanımı)

#### 5. İlaçlar (aminoglutatamide, etomidate, ketakonazol, metyropone, mitotone) (rifampin, flukanazole, fenitoin, barbituratlar (adrenal rezervi kısıtlı kişilerde))

<sup>19</sup> Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Uzmanı, SB. Üniversitesi, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, [emnkrtl@hotmail.com](mailto:emnkrtl@hotmail.com)

## **Tanı**

**Serum Kortizol Düzeyi:** Sağlıklı kişilerde sabah serum kortizol düzeyi genellikle 10–20 µg/dl düzeyindedir. Sabah kortizol düzeyinin 3 µg/dl' nin altında bulunması adrenal yetmezliği kuvvetle düşündürür ancak tek başına tanı koydurucu değildir (9). Sabah kortizolünün 18–20 µg/dl üzerinde bulunması tanıdan uzaklaştırır.

**ACTH Uyarı Testi:** Adrenal yetmezlik düşünülen her hastada, bazal kortizol seviyesi 20 µg/dl altında ise uygulanması gereken bir testtir. Sentetik ACTH 250 µg şeklinde IV veya IM olarak uygulandıktan sonra, 30 ve 60. dakikalarda kan kortizol düzeyi ölçülür. Zirve kortizol düzeyi, 18 µg/dl üzerinde saptanırsa primer adrenal yetmezlik tanısı dışlanır.

**İnsülin Tolerans Testi:** Hipofizer-adrenal aks değerlendirilmesinde “altın standard” test olarak kabul edilmektedir. Test 8–10 saat açlık sonrası 0,1–0,15 U/kg insülinin IV yoldan verilmesi sonrası oluşacak hipoglisemi esnasında ölçülen serum kortizol düzeylerinin değerlendirilmesi esasına dayanır. Hipoglisemi esnasında kortizol düzeylerinin 18–20 µg/dl üzerine çıkması beklenir.

## **Tedavi**

Tedavide yaklaşım, eksik olan glukokortikoid, mineralokortikoid yerine koymaktır. Genellikle 2–3 doza bölünmüş halde, kısa etkili glukokortikoid (hidrokortizon) tedavide tercih edilir. Günlük doz ikiye bölünüyor ise, toplam dozun 2/3' ü sabah uyanınca 1/3' ü ise öğleden sonra uygulanır. Mineralokortikoid replasmanında genellikle sentetik bir mineralokortikoid olan fludrokortizon 0,05–0,2 mg/gün dozunda kullanılır.

## **SONUÇ**

Bulantı kusma ile gelen hastanın ayırıcı tanısında mutlaka adrenal yetmezlik düşünülmelidir, adrenal yetmezlik tedavisi kolay bir hastalık olmakla beraber eğer tanı zamanında konmazsa ve uygun tedavi yapılmazsa ciddi hipovolamik şoka neden olabilir.

## **KAYNAKLAR**

1. Willis AC, Vince FP. The prevalence of Addison's disease in Coventry UK. *Postgrad Med J* 1997;73:286
2. Delayed diagnosis of adrenal insufficiency is common: a cross-sectional study in 216 patients. Bleicken B, *Am J Med Sci*. 2010;339(6):525.
3. Eighty-six cases of Addison's disease. *Dunlop d br med j*.1963;2(5362):887.
4. Tobin MV, Aldridge SA, Morris AI, et al. Gastrointestinal manifestations of Addison's disease. *Am J Gastroenterol* 1989; 84:1302.

5. McBrien DJ, Jones RV, Creamer B. Steatorrhoea in Addison's disease. *Lancet* 1963; 1:25.
6. Irvine WJ, Barnes EW. Adrenocortical insufficiency. *Clin Endocrinol Metab* 1972; 1:549.
7. Zuckerman-Levin N. The importance of adrenocortical glucocorticoids for adrenomedullary and physiological response to stress: a study in isolated glucocorticoid deficiency. *J Clin Endocrinol Metab* 2001; 86:5920.
8. Barnett AH, Espiner EA, Donald RA. Patients presenting with Addison's disease need not be pigmented. *Postgrad Med J* 1982; 58:690.
9. Hägg E, Asplund K, Lithner F Value of basal plasma cortisol assays in the assessment of pituitary-adrenal insufficiency. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1987;26(2):221.