



OLGULARLA ADRENAL KRİZ

Prof.Dr. Şevki Hakan EREN

Gaziantep Üniversitesi

- Tanım ve Epidemiyoloji
- Adrenal bez anatomi
- Etiyoloji
- Tanı
- Klinik
- Tedavi
- Olgular



Tanım

Adrenal yetmezlik, adrenal korteksteki hormonlarının üretimindeki yetmezlik durumunu tanımlar.

Adrenal kriz, fizyolojik kortizol ihtiyacının artmasına veya kortizolün elde edilmesindeki azalmaya bağlı gelişen adrenal yetmezliğin hayatı tehdit eder hale gelmesidir.



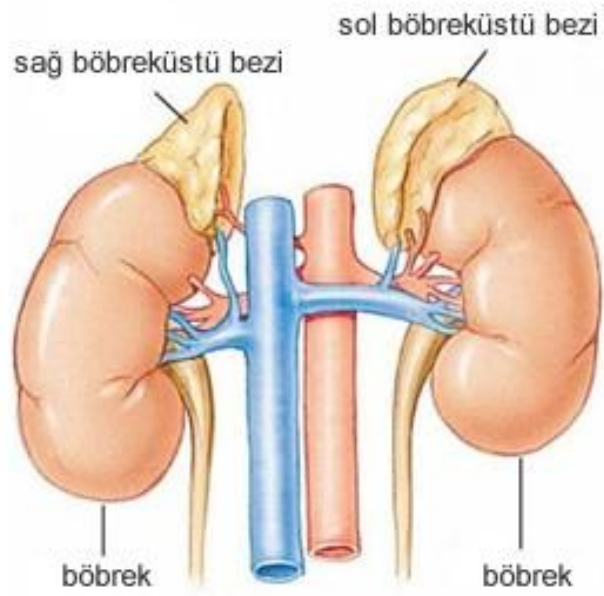
Primer adrenal yetmezlik (Addison hastalığı):

Adrenal bez korteksinde hasar vardır. Sonuçta kortizol ve aldosteron üretimi azalır.

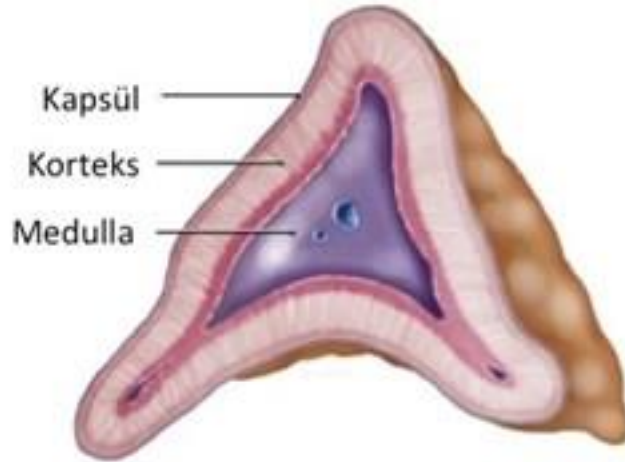
Sekonder adrenal yetmezlik:

Hipotalamohipofizer aksdaki bozukluğa bağlı meydana gelir. Kortikotropin ve/veya ACTH salgılanmasında yetersizlik vardır.

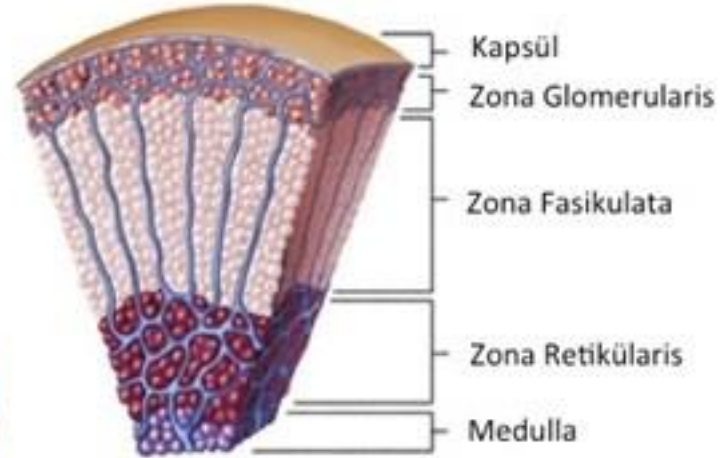




Adrenal Bez -yatay kesit ile-



Mikroskopik Kesit ile Katmanlar



- Zona Glomerulosa: mineralokortikoid
- Zona Fasikulata: glukokortikoid
- Zona Retikularis: gonadokortikoid salınımı...



glukokortikoidler

- Yaşam için şart
- Glukokortikoid terimi glukozu düzenleme özelliğinden kaynaklanmakta
- Stres durumunda glukokortikoid sekresyonu 10 kata kadar artabilir
- Hepatik glukoneogenezi artırarak glukoz üretimini arttırırlar.
- Glikoliz, lipoliz ve proteolizi uyararak glukoneogenez için daha fazla substrat sağlarlar
- Ayrıca insülin direncini artırarak hücre içine glukoz girişini azaltırlar

(eksikliği hipoglisemi ile sonuçlanır)



- Pozitif inotropik etkileri vardır (eksikliğinde kalp debisi azalabilir ve şok gelişebilir)
- Fazlalığı epifizleri direkt inhibe ederek lineer büyüme ve iskelet maturasyonunu engellerken, normal büyüme gelişme için de gereklidir.
- Enflamatuvar süreci azaltır. Yüksek doz glikokortikoidler monosit, eosinofil ve lenfositleri tüketir.



- Bağırsaktan emilimi ve renal geri emilimi inhibe ettiği için hiperkalsemi tedavisinde etkindir.
- Uzun dönem glukokortikoid fazlalığının kemik metabolizması üzerine etkisi osteroporozdur (osteoblastları inhibe eder)



Mineralokortikoidler

- Sodyumu tutarak, potasyum ve hidrojen iyonunun atılmasını sağlayarak intravasküler volumun idame ettirirler.

(Eksikliklerinde tartı kaybı, hipotansiyon, hiponatremi ve hiperkalemi gelişir)

Adrenal androjenler

- Androjen eksikliği belirgin acil klinik bulgu vermez



Adrenal yetmezlik-Klinik bulgular

Glukokortikoid eksikliği

- Bulantı, kusma
- Halsizlik, güçsüzlük
- Büyüme gelişme geriliği
- Sabahları yoğun baş ağrısı
- İnsulin duyarlılığında artma
- Gastrik asit salgılamada azalma
- Serbest su klirensinde azalma

Adrenal androjen eksikliği 'kızlarda'

Pubertal kızlarda aksiller ve pubik tüylenmede azalma

Mineralokortikoid eksikliği

- Hipotansiyon
- Halsizlik, güçsüzlük
- İştahsızlık, bulantı kusma
- Tuz açlığı
- Kilo kaybı
- Dehidratasyon
- Hiponatremi, hiperkalemi, metabolik asidoz, hipoglisemi

POMC yıkım ürünlerinden melanocortin artışı

Cilt, mukoza, aksilla, avuç içi ve gingivada hiperpigmentasyon

Primer Adrenal Yetmezlik

**Otoimmün
adrenalitis: %70-90**

Sporodik; izole
adrenal yetmezlik
PGA-I ve II

Enfeksiyonlar

Tüberküloz: Dünyada en
sık neden

Mantar enfeksiyonları

HIV: ABD'de en sık
neden

Sifilis

İlaçlar:

Etomidat, ketokonazol,
fenitoin, barbitüratlar
aminoglutatamide...

Kanama veya tromboz:

Waterhouse-Friderichsen,
meningokokseмик sepsis,
anti-koagulan kullanımı

İnfiltratif hastalıklar:

Sarkoidoz, amiloidoz,
kanser metastazı

Sekonder adrenal yetmezlik

Hipotalamus/hipofiz lezyonları

- Kitle lezyonları
- Cerrahi veya radyasyon
- İnfiltratif lezyonlar: Sarkoidoz, hemokromatoz...
- Sheehan sendromu

İzole ACTH eksikliği

- İlaçlar: Yüksek doz progestinler, opiatlar
- Uzun süreli glukokortikoid tedavinin aniden kesilmesi

Adrenal krizin en sık iyatrojenik sebebi, uzun süre steroid kullanımına bağlı adrenal atrofi gelişen hastalarda steroidin aniden kesilmesidir.



Belirti, bulgu ve laboratuvar anormallikleri	Sıklık (%)
Gücsüzlük, çabuk yorulma, halsizlik	100
İştahsızlık	100
Mide-bağırsak sistemi belirtileri	92
Bulantı	86
Kusma	75
Kilo kaybı	100
Hiperpigmentasyon	94
Hipotansiyon (sistolik kan basıncı < 110 mm Hg)	85-94
Elektrolit bozuklukları	92
Hiponatremi	88
Hiperkalemi	64
Azotemi/Anemi	55/40

Tanı

Klinik özellikler,

Laboratuvar testler:

Serum kortizol seviyesi

Plazma ACTH, renin ve
aldosteron seviyeleri

ACTH stimülasyon testleri

Abdomen BT

Hipofiz BT veya MRI



KLİNİK !!!

Primer adrenal yetmezlikte kortizol eksikliği yanında aldosteron eksikliği belirtileri de hakimdir.

Primer adrenal yetmezlikte kortizol seviyesi düşük, ACTH yüksek.

Sekonder adrenal yetmezlikte ise aldosteron eksikliğine bağlı belirtiler yoktur.

Sekonder adrenal yetmezlikte kortizol ve ACTH seviyeleri düşük.



KLİNİK

- **Kortizol eksikliği belirtileri;**

Kilo kaybı, halsizlik, güçsüzlük, letarji, bilinç değişikliği ve GIS belirtilerini kapsar.

- **Aldosteron eksikliği belirtileri;**

Dehidratasyon, bayılma, hipotansiyon (ortostatik)



Klinik

- Primer surrenal yetersizlikte çoğunlukla kortizol yanı sıra aldosteron yapımı da etkilenir. Hipoglisemi ilk belirtidir. Alternatif enerji kaynağı olarak ketoasitlerin kullanımı ketoza yol açar. Açlık, iştahsızlık, bulantı ve kusma ketozu belirginleştirir.



KLİNİK- Adrenal Kriz

- Adrenal kriz;
- Tanı konmamış primer adrenal yetmezlikli hastaların enfeksiyon, travma veya cerrahi gibi akut major bir strese maruz kaldıklarında
- Tanı konmuş hastalarda ise steroid dozunun yetersiz kalabileceği akut ciddi stres durumunda
- Steroid tedavisi gören hastalarda ani olarak tedavinin kesilmesi durumunda görülür.



KLİNİK- Adrenal Kriz

- Klinik tabloya hakim olan;
şok ve hipotansiyondur.
- Sıklıkla iştahsızlık, bulantı, kusma, karın ağrısı, halsizlik, güçsüzlük, letarji, ateş, konfüzyon veya koma.
- Sekonder adrenal yetmezliği olan hastalarda adrenal kriz nadiren gelişir.



!!! Şu bulgulara dikkat!!!

- **Dehidratasyon, hipotansiyon veya şok**
- Kilo kaybı ve iştahsızlıkla birlikte bulantı ve kusma
- Karın ağrısı «**akut karın**»
- Açıklanamayan hipoglisemi
- Açıklanamayan ateş
- Hiponatremi, hiperkalemi, azotemi, eozinofili
- Hiperpigmentasyon veya vitiligo
- Diğer otoimmün endokrin bozukluğu bulguları

Kısaca...

- Acil servise başvuran hastalarda;
Açıklanamayan şok
Açıklanamayan ateş varlığında

adrenal kriz düşünülmelidir.



TEDAVİ- Adrenal Kriz

Öncelikli hedef **hipotansiyon ve hipoglisemi...**

- **Sıvı tedavisi; İlk 12-24 saat içinde 1-3 L NS ve %5 Dx**
- Steroid tedavisine başlamadan önce serum kortizol, renin, ACTH ve biyokimyasal testler için kan alınmalıdır.



TEDAVİ- Adrenal Kriz

- **Glukokortikoid tedavi:**
- Önceden tanı almış hastalarda;
- Hidrokortizon 100 mg veya eşdeğeri başka bir steroid iv olarak ilk 24 saatte her 6 saatte bir
- İkinci 24 saatte ise 50 mg her 6 saatte bir



TEDAVİ- Adrenal Kriz

- Önceden adrenal yetmezlik tanısı olmayan hastalarda deksametazon (4 mg iv bolus) tercih edilir.
- NEDENİ; hidrokortizonun aksine serum kortizol düzeyini etkilememesi.



TEDAVİ- Adrenal Kriz

Sıvı tedavisine yanıtıız hastalarda steroid tedavisi sonrası vazopressörler kullanılabilir.

Eşlik eden hastalık veya tetikleyici sebebe yönelik destekleyici ve kesin tedavi girişimlerine başlanmalı.

Akut dönemde genellikle mineralokortikoid replasman gereksizdir.



Steroid eşdeğer dozları

25 mg kortizon

20 mg hidrokortizon (kortizol)

5 mg prednizolon veya prednizon

4 mg metilprednizolon

0.75 mg deksametazon

'a eşdeğerdir.

Özetle Adrenal Kriz

- Halsizlik
- Bulantı
- Kusma
- Şiddetli karın ağrısı
- Kas ağrısı ve krampları
- Dehidratasyon ve hipotansiyonla seyreden şok durumlarında akla gelmelidir.

Tanı koyma amaçlı tetkikler
için tedavi geciktirilmemelidir!

Serum Kortizol, ACTH, Na⁺, K⁺, kreatinin,glukoz
için kan alınmalı ve ACİLEN tedaviye
başlanmalıdır!



- Hidrokortizon 100mg IV bolus
- 200mg/gün şoktan çıkıncaya kadar devam edilir.
- Azaltılarak idame tedavisine geçilir..



Olgu 1

- 32 yaşında erkek hasta son zamanlarda ayıflama ve tuz yemede artış olduğunu fark ediliyor. Gittiği tatilde bulantı kusma ve iştahsızlık ataklarıyla acil erwise başvuruyor ve non spesifik tedaviyle taburcu ediliyor. Şikayetleri gittikçe artıp yol yürüyemez hale gelince tekrardan acil servise başvuruyor. Başvuru anında TA:70/45 mmHg, genital bölgede bronz cilt yapısına sahip, mukozaları kuru, kan şekeri 73 mg/dl, Na:125meq/L, BUN: 43 mg/dl olarak ölçülüyor.şüphe üzerine acilen alınan kanda kortizol seviyesi 3,8qg/dl bulunuyor. Akut adrenal kriz kabul edilerek 4*20 mg/gün metilprednizolon tedavisine başlanıyor.%5 dextroz içerisinde SF 3000cc/gün sıvı tedavisine başlanıp yatırılan hasta uygun oral glukokortikoid ve mineralokortikoid tedavisi ile düzelen hasta taburcu ediliyor.

Olgu 2

Olgu Sunumu / Case Report

Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine 2016;55(1):38-40

Halsizlikle gelen 19 yaşında erkek hastada adrenal yetmezlik

Adrenal insufficiency in a 19-year-old male patient admitted with fatigue

Özden Gökdemir¹ Hilal Dalkıran² İlgin Yıldırım Şimşir² Mehtap Kartal¹ Füsün Saygılı²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Öz

Adrenal yetmezlik oldukça enderdir ve %70-90'ı otoimmün adrenalitis sonucu meydana gelir. Geri kalan olgular ise diğer enfeksiyonlar, kanser metastazı, adrenal hemoraji / infarkt ya da ilaç etkisine bağlı gelişir. Primer adrenal yetmezlik Addison hastalığı olarak da bilinir ve adrenal korteksin hastalığıdır. Adrenal yetmezlik genellikle 10-15 yaşlarında başlar. Bu yazıda, yorgunluk ve halsizlik yakınmaları ile başvuran ve adrenal yetmezlik tanısı alan genç erkek bir olgu sunulmaktadır. Bu gibi semptomlarla başvuran genç hastalarda adrenal yetmezlik akılda tutulmalıdır.

Olgu 2

- On dokuz yaşındaki erkek hastanın, herhangi bir bilinen hastalığı olmamasına karşın 16 yaşından beri halsizlik, yorgunluk şikayetleri varmış. Bu yıllarda mukokutanöz hiperpigmentasyon gelişmeye başlamış. Hasta bu şikayetlerle birçok merkeze başvurmuş; kendisine semptomatik tedaviler verilmiş ve herhangi bir ileri inceleme yapılmamış. Son olarak bir hafta önce halsizlik, yorgunluk, tansiyon düşüklüğü, kilo kaybı nedeniyle başvurduğu merkezden adrenal yetmezlik ön tanısıyla Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalına yönlendirilmiş. Hiponatremi, hiperpotasemi saptanan olguda ACTH >1250 pg/mL (10-46), kortizol 6 µg/dL (3-10) ve DHEAS 61.1µg/dL (23-266) olarak bulundu.
- Hidrate edilen hastaya intravenöz metilprednizolon uygulandı. Elektrolit dengesi düzeltildikten sonra replasman tedavisi olarak peroral 30 mg/gün hidrokortizon başlandı. Serviste izlendiği sürece hastada akut adrenal kriz görülmedi.

Olgu 3

Cumhuriyet Üniversitesi
Tıp Fakültesi



Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Olgularda Gelişen Adrenal Yetmezliğin Tanısal Güçlüğü: Olgu Sunumu

A Diagnostic Difficulty of Adrenal Insufficiency Developed in the Cases with Chronic Renal Failure: Case Report

Hatice Sebila DÖKMETAŞ *, İlyas DÖKMETAŞ **, Serdal KORKMAZ ***, Mehmet ŞENCAN ****, Hasan BODUR ***

ÖZET

Kronik böbrek yetmezliği olanlarda sonuçlar çelişkili olsa da çoğunlukla plazma kortizol düzeyleri artmış olarak bulunmuştur. Akciğer, lenf bezi, böbrek tüberkülozu ve buna bağlı gelişen kronik böbrek yetmezliği ile takip edilen bir

SUMMARY

Basal plasma cortisol levels in patients with chronic renal failure mostly have been found to be elevated although there are discrepancies results. In a patient followed up with pulmonary, lymph node and renal tuberculosis causing chronic

OLGU 3

Son dönem KBY tanısı alarak düzenli dializ programına alınan 59 yaşında erkek hastada klinik ve laboratuvar bulguları, sedimantasyon (123 mm/saat) yüksekliği, balgam ve idrar mikroskopisinde ARB pozitifliği, balgam ve lenf bezi biopsisinin tüberküloz kültüründe üreme olması ile hastada akciğer, böbrek ve lenf bezi tüberkülozu tanısı konuldu. Rifampisin içeren antitüberküloz tedavi başladıktan 3 gün sonra hipotansiyon (60/20mmHg), hipoglisemi (20mg/dl), genel durumda bozulma olunca adrenal fonksiyonlar açısından değerlendirildi. Bazal plazma kortizol düzeyi: 12.6 µg/dl (5-25 µg/dl), ACTH uyarı testinde pik kortizol düzeyi: 20.3 µg/dl, ACTH düzeyi: 124.48 pg/ml (10-60 pg/ml), adrenal CT: bilateral adrenal bezler büyümüş olarak bulundu. Hastaya prednizolon tedavisi 3.75 mg/gün 2 bölünmüş dozda verildi. Hipoglisemileri artık olmayan ve arteriyel tansiyonu normale gelen hasta 20 gün sonra taburcu edildi.

Olgu 4



Barış Önder PAMUK¹
Sevgi POLAT²
Gülseren PAMUK³

¹İzmir Katip Çelebi
Üniversitesi,
İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Endokrinoloji Bilim Dalı,
İzmir, TÜRKİYE

²İzmir Bozyaka Eğitim ve
Araştırma Hastanesi.

OLGU SUNUMU

F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg.
2013; 27 (1): 33 - 37
<http://www.fusabil.org>

İleri Yaşta Primer Adrenal Yetmezliğine Bağlı Ciddi Hiponatremi: Olgu Sunumu ve Literatür Derlemesi

Hiponatremi en sık görülen elektrolit bozukluğu olup yaşlı hastalarda yaygın bir hastane yatış nedenidir. Hiponatremi adrenal yetmezliğin ilk bulgusu olabilir. Konjestif kalp yetmezliği, karaciğer yetmezliği, hiperglisemi, hormonal bozukluklardan hipotiroidi, adrenal yetmezlik, tiazid grubu diüretik ve antipsikotik ilaçların kullanımları hiponatremi nedenlerini oluştururlar. Yaşlı hastalarda hiponatremi ek kardiyak, hepatik ve renal yetmezlikler nedeniyle daha sık görülmekte ve hiponatremi bu hastalıkları daha komplike hale getirebilmektedir. Adrenal yetmezlik tanısı, çoğu zaman hiponatremi, hiperpotasemi, metabolik asidoz ve hipotansiyonla karakterizedir. Tüberkülozda adrenal bez tropizmi zayıf olmasına karşın halen adrenal yetmezliğin en sık sebeplerinden olup mekanizması net olarak anlaşılamamıştır. Semptomlar adrenal yetmezliğin gelişme hızına ve adrenal bez tahribatının yaygınlığına göre değişir; bulantı, kusma, baş ağrısı, kas krampları, patolojik refleksler, konvulziyon, koma gibi beyin ödemeine bağlı olarak oluşan bulgularla karşımıza çıkabilir. Adrenal yetmezlikte araya giren bir hastalık, fiziksel ve psikolojik travma ile tetiklenen bir kriz ortaya çıkıncaya kadar tanı konulmamış olabilir. Eşlik eden diğer hastalıkların (konjestif kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği gibi) semptom ve bulguları ile klinik olarak ortaya çıkabilir. Acil servisten hiponatremi nedeniyle konsülte edilen, kronik primer adrenal

Olgu 4

Olgu Sunumu

Bilinen ek hastalığı olmayan 80 yaşında erkek hasta acil servise 15 günden beri devam eden bulantı, kusma ve son altı ayda altı kilogram vücut ağırlığı kaybıyla başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde TA: 90/65 mm Hg olarak ölçüldü, dehidrate, kaşektik görünümdeydi ve cilt rengi de koyuydu. Geliş biyokimyasında kan şekeri:80mg/dl sodyum:118mEq/l, potasyum: 4.5mEq/L, klor: 95 mmol/L, BUN: 28 mg/dL, kreatinin:0.7mg/dL saptandı. Spot idrar sodyumu:18mEq/L ölçüldü. Kan gazı analizinde, pH:7.38, PaO₂:87 mmHg, PaCO₂: 40mmHg, HCO₃: 26mEq/L saptandı. Herhangi bir nörolojik bulgu saptanmadı. Hemogramında, Hb:9.5 g/dL, MCV: 87 saptandı.

Olgu 4

- İdrarda 1+ keton dışında ek patolojik bulgusaptanmadı. Hastaya hipotonik hipovolemik hiponatremi (serum ozmolalitesi: 245mosm/kg) olduğu düşünülerek sıvı desteği sağlandı ve hipertonic (%3 NaCl) sıvı infüzyonları yapıldı. Hastanın idrarında piyürisinin olması ve CRP'nin 15 olarak saptanması nedeniyle seftriakson başlandı ve takibinde antibiyoterapi ile CRP değerleri geriledi. Hastanın anemisi nedeniyle istenen ferritin:466 g/L,Vitamin B12: 930 pg/ml, folik asit: 3.45 pg/ml olarak saptandı. Periferik yaymasında %60 lenfosit, %36 monosit ve eritrositlerde belirgin anizositoz, hipokromi ve yer yer makrositoz saptandı. Hastaya myelodisplastik sendrom ön tanısıyla yapılan kemik iliği aspirasyon, biyopsisinde sellüleriteri %10, miyeloid hücre serilerinde baskılanma ve retiküler lif derecesi: 1 olarak saptandı.

Olgu 4

- Kontrol sodyum: 136 mmol/l olması üzerine hasta hemotoloji poliklinik takibi ile taburcu edildi. Hastanın iki ay sonra bulantı, kusma titreme şikayetleriyle acil servise tekrar başvurusunda sodyum:125mmol/l, WBC:3.5/mm³,Hb:9.4 gr/dl, PLT:111000 ateş:38°C derece ve sedimentasyon değeri 98mm/saat olarak saptandı.

Olgu 4

- Başlangıçta hastanın tekrarlayan hiponatremisinin öncelikle gastrointestinal sıvıların kaybına bağlı olduğu düşünülse de hipertonic sıvı replasmanlarına yanıt alınamaması kilo kaybı ve kaşektik görünümü nedeniyle uygunsuz ADH sendromu ön tanısı düşünülerek düşünülerek, olası maliniteyi ekarte etmek amacıyla tüm batın, toraks bilgisayarlı tomografileri çekildi. Sağ akciğer üst zonlarda plevral kalınlık artışı, sekel fibrotik değişiklikler ve batın BT'de hepatosplenomegali saptandı. Hastanın sodyum değerlerinin %3 NaCl infüzyonlarına rağmen artmaması nedeniyle, övolemik hiponatremi nedenleri göz önüne alınarak tiroid fonksiyon testleri istendi ve normal olarak değerlendirildi.

Olgu 4

- Hiponatremi yapabilecek ilaç öyküsü yoktu. Hastada adrenal yetmezliğin araştırılması için bazal kortizol ve ACTH düzeyleri istenildi. Bazal kortizol:6 µg/dl, ACTH:75pg/ml saptandı. Hastaya Synacten uyarı testi (250 mcg /İM) yapıldı. Hastanın stres sonrası yanıt olarak kortizol:8.5 µg/dl, olarak saptandı. Hastaya adrenal yetmezlik tanısıyla prednol 100mg /gün başlandı ve kademeli olarak doz düşürüldü. Klinik bulgular ve laboratuvar değerleri dramatik olarak düzeldi. Sodyum 133meq/l olarak saptandı. Hipofiz MR'ı çekilen hastada radyopatolojik bulgu saptanmadı ve hastada kronik primer adrenal yetmezlik tanısı konularak tedavisi başlandı. İdame tedavisi deltacortril 7.5 mg olarak düzenlenen hasta endokrinoloji poliklinik kontrolü ile taburcu edildi.

Olgu 5

Case Report

105

DOI: 10.4274/tjem.3088

Turk J Endocrinol Metab 2016;20:105-107



Aggravation of Acute Adrenal Crisis Due to Varenicline in a Patient with Adrenal Insufficiency

Variniklinle İndüklenen Akut Adrenal Kriz: Olgu Sunumu

Elif Turan, Yaşar Turan*, Bülent Savut**, Mustafa Kulaksızoğlu**, Feridun Karakurt**

Bozok University Faculty of Medicine, Department of Endocrinology and Metabolic Disease, Yozgat, Turkey

*Bozok University Faculty of Medicine, Department of Cardiology, Yozgat, Turkey

**Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine, Department of Endocrinology and Metabolic Disease, Konya, Turkey

Abstract

We present a male patient with the diagnosis of primary adrenal insufficiency. He had acute adrenal crisis while receiving varenicline treatment for smoking cessation. The patient was examined carefully for the potential cause of adrenal crisis. His medical history was unremarkable except

Case Report 5

The patient was a 24-year-old man who had the diagnosis of adrenal insufficiency for 20 years and was being treated with 30 mg/dL of oral hydrocortisone and 0.2 mcg/dL oral fludrocortisone. He was taking his medication orderly and had no aggravation for a long time. He had started smoking one year ago and was receiving varenicline treatment for a week. The patient was admitted to our emergency department with the complaints of fatigue and shortness of breath for the last 3 days. On physical examination, his temperature was 36 °C, blood pressure was 90/60 mmHg and heart rate was 96 beats/minute. The patient's initial laboratory data at the admission were as follows: Blood urea nitrogen: 41 mg/dL, creatinine: 1.12 mg/dL,

Cas report 5

sodium: 122 mEq/L, potassium: 7.1 mEq/L, white blood cells: 8.8×10^9 /L, and C-reactive protein: 6.12 mg/L. The patient was referred to our intensive care unit because of hypotension, hyponatremia and hyperpotassemia. Physical symptoms and laboratory findings were consistent with adrenal crisis. Varenicline treatment was terminated and intravenous methylprednisolone 2x40 mg and hydration was initiated. The sodium and potassium levels had returned to the normal limits after the treatment. On the follow-up, the patient ameliorated and the methylprednisolone dosage was decreased. The patient was discharged on maintenance therapy.

Kaynakça

1. http://file.atuder.org.tr/_atuder.org/fileUpload/MR6aDvWC3LFI.pdf
2. Kriz, Variniklinle İndüklenen Akut Adrenal. "Aggravation of acute adrenal crisis due to varenicline in a patient with adrenal insufficiency." (2016).
3. http://millipediatri.org.tr/Uploads/EditorImages/files/Fatma_Demirel.pdf
4. http://www.turkendokrin.org/files/file/ADRENAL_TTK_web.pdf
5. http://www.gunceltipdernegi.org/pdf/5/gonca_tamer.pdf
6. Gökdemir, Özden, et al. "Halsizlikle gelen 19 yaşında erkek hastada adrenal yetmezlik."
7. DÖKMETAŞ, Hatice Sebila, et al. "Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Olgularda Gelişen Adrenal Yetmezliğin Tanısal Güçlüğü: Olgu Sunumu."
8. PAMUK, Barış Önder, Sevgi POLAT, and Gülseren PAMUK. "İleri Yaşta Primer Adrenal Yetmezliğine Bağlı Ciddi Hiponatremi: Olgu Sunumu ve Literatür Derlemesi."

- Teşekkürler