

HİPERTİROİDİ KRİZİNİ İZLEYEN BİR TİROTOKSİK ENSEFALO-MİYOPATİ VAKASI

Dr. Faruk MEMİK*

Dr. Fahrettin ALPARSLAN**

Ö Z E T

Hipertiroidi teşhisi ile yatırılıp, hastahane de tiroid krizi geçiren ve tirotoksik ensefalo-miyopati tablosu gösteren 23 yaşında bir erkek hasta takdim edildi. Bu nadir vaka münasebetiyle konu ile ilgili malumat verildi.

GİRİŞ

Tiroid hormonunun fazla salgılanması ile birlikte olan hastalıklarda birçok şekilde nöromusküler ve mental değişiklikler ortaya çıkar. Bu değişiklikler her klinikçi tarafından kolayca izlenir ve tanımlanır. En basit olarak bir tirotoksikoz vakasında izlenebilen çokça görülen umumi adale kuvvetsizliği, irritabilite, reflekslerdeki değişikliklerin yanı sıra, nadir olarakta adalelerin lokalize paralizisi; adale atrofileri; miyastenia gravis ve periodik paralizi gibi ağır tablolar görülebilir.

(1-4) Her hipertiroidi vakasında adale kontraksiyon kuvvetinde az çok bir azalma bahis konusudur. Fakat bu semptom, kilo kaybı, umumi asteni ve hastalığın diğer genel belirtileri arasında klinikcinin gözünden kaçabilir. Hastanın en bariz olarak yaptığı şikâyet bilhassa yokuş ve merdiven çıkarken meydana gelen bacaklardaki, veya kolları uzun süre havada tuttuğunda omuzlarda çabuk ortaya çıkan kuvvetsizlik ve yorulmadır. Bu adale kuvvet azalması klinik olarak en iyi Quadriiceps testi ile ortaya çıkartılabilir. Sandalyeye oturtulmuş bir şahıs

(*) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Kliniği Doçenti.

(**) Erzurum Mareşal Çakmak Hastahanesi Cerrahi Servisi Uzmanı.

bacağını ileri, horizontal bir durumda kaldırdığında, 60 saniye-den fazla bu durumu muhafaza edebildiği halde tirotoksikozlu bir hasta ancak 20-25 saniye tutabilir.

Hipertiroidi ile seyreden tiroid hastalıklarının en korkulan bir şekli olan tiroid krizi veya fırtınası dediğimiz ve % 40-70 Ölümle neticelenen durumda ise akut bir metabolik bozukluğun yanında şiddetli nöromusküler ve mental değişiklikler yer alır.

Bu yazımızda bahsedeceğimiz vaka bilhassa tiroid krizinin tedavisinden sonra ortaya çıkan şiddetli bir miyopati ve ensefalopati göstermesi bakımından ilginç bulunmuştur.

Vak'a takdimi:

23 yaşında erkek hasta 400 protokol numarası ile hastahane-ye kabul edildi. Geliş şikâyeti boynunda şişlik, ellerde titreme ve terleme. Fizik muayenede: TA: 130/80 mmHg; nabız muntazam ve dakikada 106; ateş 36, C. Boynunda tiroid diffüz olarak büyümüş ayrıca sol lobda ceviz iriliğinde sertçe bir kitle palpe ediliyor (şekil 1). Tiroid üzerinden oskültasyon ile üfürüm alınmıyor, gözler hafif ekzoftalmik, deri nemli, derin tendon refleksleri artmış, patolojik refleks yok, şurur açık ve hasta koopere idi.



Şekil 1. Tiroide diffüz büyüme.

Kardiopulmoner sistemde sinuzal taşikardi haricinde bir patoloji yok, gastrointestinal, jeni-

toüriner ve nöromüsküler sistemler normal hudutlarda idi.

Hastahane imkânları ile tiroid testleri yapılamıyordu. Diğer labaratuvar testleri şöyle idi:

Hemoglobin % 13 gm; Hematokrit % 40; Lökosit 6000; Periferik kan formülü: Segment % 60; Lenfosit % 28; Monosit % 2; Eozinofil % 2; Sedimentasyon 1 saatte; 20; Trombosit 160.000; Glisemi % 93 mg; Azotemi % 24 mg; Serum sodyum 137 mEq/L; Serum potasyum 4,7 mEq/L kreatinin % 1,4 mg; serum albumin % 2,8 gm; serum globulin % 2,8 gm; SGPT 31 ünite; kolesterol % 242 mg; total lipit % 724 mg; idrar tahlili normal hudutlarda.

Bu fizik bulgu ve semptomlarla hastada hipertiroidi düşünü-lüp tetkiklere başlandı. Bu arada hasta sol loptaki kitle nedeni ile cerrahi servisi tarafından da görüldü. Cerrahi konsültasyonunun akşamında hastada birdenbire şiddetli bir taşikardi (180-200), hiperventilasyon (40-45), Klonik konvülziyonlar başladı. Şuur kayboldu, şiddetli terleme ve kusma dolayısı ile dehidratasyon ve hipotansiyon gelişti. Hastaya sıvı tedavisi ile birlikte Propylthiouracil (günde 800 mg), Solu Dacortin (günde 2 ampul) serpasil (günde 3.0 mg. I.M.). Sodyum Iodur (günde 2.0 Gm.p.o.), Cortrophin Z (gün aşırı 60 ünite) ve antibiotikler başlandı. Hastada ikinci günden itibaren kalp hızı, solunum hızı ve kon-

vulzuyonlar azalmaya başlamasına rağmen disorientasyon, disartri disfaji ve delirium durumları ortaya çıktı. Visual ve taktil halüsinasyonlar ve hezeyanlar ön plana geçti. Beşinci günden itibaren hastada genel durum düzeldi. Kendisi yemek yemeye başladı, buna rağmen dizorientasyon ve dizartiri devam ediyordu. Bugünlerden sonra hastanın tuvalete gitmek istediğinde ayağa kalkamadığı görüldü (Şekil 2).

Vücudun bütün adalelerinde genel bir zayıflık ve hareketlerde koordinasyon bozukluğu vardı. Ayağa kaldırılan hasta yardımla dahi olsa ayakta duramıyor den-gesini kaybedip düşüyordu (şekil 3).

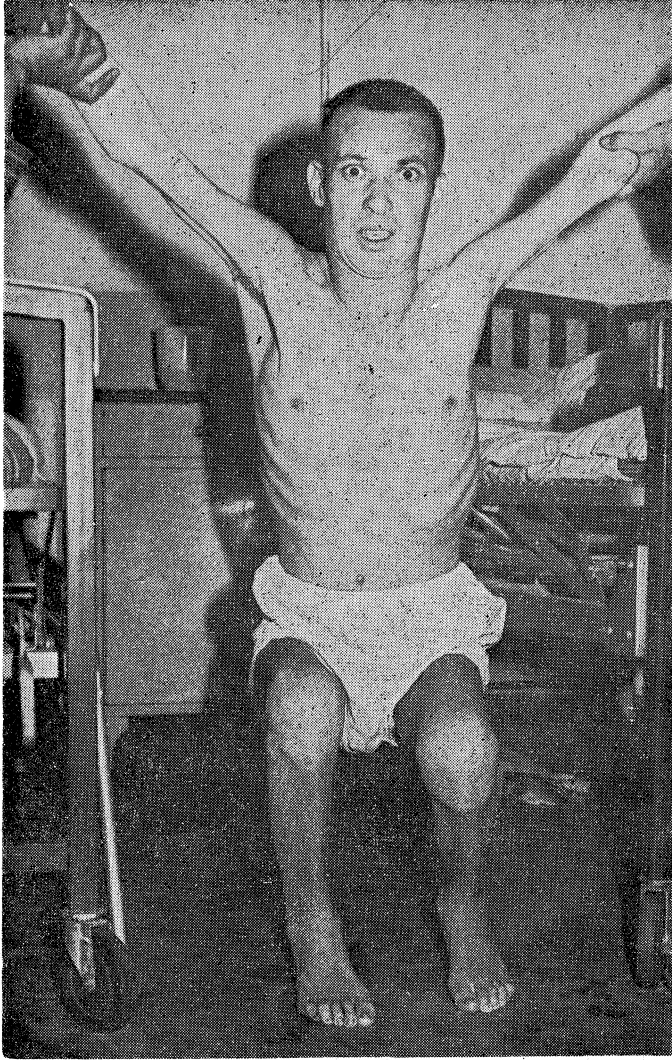
Propylthiurocil ve iodla tedaviye devam edildi. Hasta 44 günden itibaren yardımsız yürüme-yeye başladı. 61. günün sonunda şuur ve orientasyon tamamen düzeldi, dizartiri kayboldu ve hastada krizden sonra meydana gelen bariz adale erimesi düzelmeye başladı. Hasta 77. gün taburcu edildi.

TARTIŞMA:

Son 20 sene içinde tirotoksikoza bağlı miyopatiler dört ayrı sendrom olarak sınıflandırılmışlardır. (5);

1 — Kronik tirotoksik miyopati.

2 — Eksoftalmik oftalmopleji



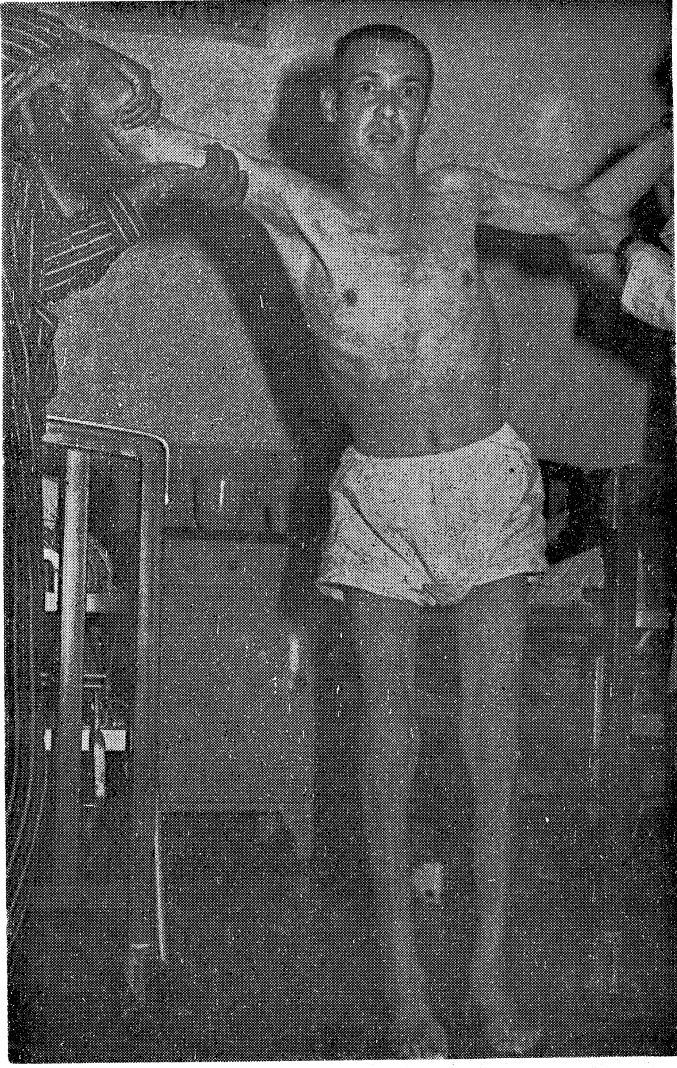
Şekil 2.

3 — Toksik Diffüz guatr ile beraber görülen miyasthenia gravis.

4 — Toksik diffuz guatr ile beraber görülen periodik paralizi.

Bu sınıflandırmaya dahil edilmeyen ve nadir görülen diğer bir

hastalıkta akut tirotoksik miyopatidir. Literatürde bu sendrom, tiroid fırtınasının bütün sinirsel bozuklukları yanı sıra akut paratik dizartiri ve disfaji diye tarif ediliyor. (6, 7). Bazıları bunu akut tirotoksik ansefalopati veya miyopati diye adlandırırlar. Mamefi bozukluğun merkezi sinir



Şekil 3.

sisteminemi yoksa iskelet adelesine mi bağlı olduğu henüz kesin değildir.

Bazı yazarlar tirotoksik miyopatinin, tirotoksikoz ile aynı anda ortaya çıkan akut miyasthenia gravis veya periodik paralizi olduğunu ileri sürerler. Tiroid

miyopatilerinde bozukluk adele- nin kontraktıl mekanizmasındadır. Miyonöral bölgeden sinir impulslarının geçmesinde veya adenin yapısında herhangi bir bozukluk şimdiye kadar ispat edilmiş olmayıp hadise fonksiyonel bir bozukluktan ibarettir. Hiper-tiroidizmde adele lifinin kont-

raksiyon hızı artmış ve kontraksiyon süresi azalmıştır. Bunun neticesi olarak normal bir hareketle dahi çabuk yorulma ve adele takatsizliği ortaya çıkar. Hipotroidizmde ise hadise bunun tamamen aksi yöndedir.

Tirotoksikozun seyri esnasında muayyen psijik ve nöromusküler bozuklukların ortaya çıktığı bilinir bu durum kronik hastalarda bulunur ve uzun zaman asteni gibi genel manada teşhislerle tirotoksikoz teşhisi tam yapıncaya kadar tanınmayabilir. Bazı vakalarda epileptiform krizler veya delirium ön planda olabilir. Tirotoksik miyopati denilen şekil ise hakiki miyastenya gravisden, bu hastalıkta Prostigminden alınan iyi cevap ile ayırt edilir. Tiroid krizinden sonra meydana gelen şiddetli yorgunluk ve adele zafiyetine Apethetic tiroid fırtınası diyenler de vardır (8).

SONUÇ

Hipertiroidinin kronik veya akut klinik görünümünde çeşitli derecelerde nöromusküler bozukluklar görülür. Bunlar daha çok sinirlilik, çabuk öfkelenme, titreme, reflekslerde artma, çabuk yorulma ve adele kuvvetsizliği şeklinde görülürler. Ayrıca tiroid fırtınasından sonra aşikâr bir asteni ortaya çıkabilir. Fakat bu asteni ile beraber disfaji, dizartri, koordinasyon bozuklukları gibi semptomların meydana gelişleri daha çok merkezi sinir sisteminin de bu hastalıkta tutulmasını gösterir ve tirotoksik ensefalmiyopati adını alır.

Bu nadir klinik tablo, tiroid hormonunun sinir sistemi fizyolojisinde mühim bir rol oynadığını bize birkere daha hatırlatmaktadır.

SUMMARY

A CASE OF THYROTOXIC ENCEPHALOMYOPATHY FOLLOWING THYROID STORM

A 23 year old male patient who was admitted to the hospital with the diagnosis of hyperthyroidism and presented with the syndrome of thyrotoxic encephalomyopathy after going into the state of thyroid storm is presented and related literature regarding to this unusual case is discussed.

KAYNAKLAR

1. Ramsay, I. D.; Muscle dysfunction in hyperthyroidism. Lancet 2: 931. 1966.
2. Kroll, A. J. ve Kuwabara, T. Dysthroid ocular myopathy. Arch. Ophtal. (Chicago) 76: 244, 1966.

3. Gaelen, L. H.; Levitan, S. Myasthenia Gravis and Thyroid function. Arch. Neurol. 18: 107 1968.
4. Mc. Fadzean, A. J. S. ve Young, R. Periodic Paralysis complicating thyrotoxicosis in Chinese. Brit. Med. J. 1: 451. 1967.
5. Werner, C. S.; Ingbar, H. S. (The thyroid. Third Edition p. 618 Harper and Row Publ. New York 1971
6. Heuer, G. J. The cerebral nerve disturbances in exophthalmic goitre Amer. J. Med. science, 151: 339 1916.
7. Waldenstrom, J. Acute Thyrotoxic Encephalo - or Myopathy, its cause and treatment. Acta Med. Scand. 151: 251 1945.
8. Beeson and Mc. Dermott. Textbook of Medicine. 11 Edition W. B. Saunders Co. 1963 Philadelphia and London sayfa, 1374.