

Tiroid cerrahisi komplikasyonları ve psikiyatri

Çiçek HOCAOĞLU (*)

SUMMARY

Complications of thyroid surgery and psychiatry: A case report

The most frequent complications after thyroid surgery are recurrent laryngeal nerve and superior laryngeal nerve injury, hypoparathyroidism, bleeding, hematoma, wound infection and flap edema. These complications may influence the life quality of the patient. Reason-result relations of psychiatric disorders and vitamin D, bone, calcium metabolism are important, but in reality, it is less emphasized subject in the clinical settings. In this study a patient, hypoparathyroidism after thyroid surgery for a half year, at the age of 23, high school graduate, having one children and housewife, is presented.

Key words: Thyroid surgery, complications, hypoparathyroidism

Anahtar kelimeler: Tiroid cerrahisi, komplikasyonlar, hipoparatiroidi

Tiroidektomi tüm dünyada yaygın olarak uygulanan ve mortalitesi oldukça düşük olan bir cerrahi uygulamadır (1,2). Bununla birlikte, uygulanan cerrahi yönetime ve deneyime bağlı olarak metabolik ve metabolik olmayan komplikasyonlara yol açabilmektedir. Sinir hasarı, kanama, hava yolu obstrüksiyonu, flep nekrozu sık görülen metabolik olmayan komplikasyonlar, hipoparatiroidi ve hipotiroidi ise sık görülen metabolik komplikasyonlardır (3). Kalıcı hipoparatiroidi, kendini hipokalsemi kliniği ile gösteren, yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri yaşam boyu devam eden bir tiroidektomi komplikasyonudur. Bu hastalar için kalsiyum ve vitamin D replasmanı ömür boyu bir zorunluluktur. Hipoparatiroidi sıklığı alta yatan tiroid hastalığına, cerrahi deneyime ve uygulanan

teknığe bağlı olarak değişmektedir. Subtotal veya totale yakın tiroidektomide rezeksiyonun genişliğiyle paralel olarak daha fazla komplikasyon görülebilmektedir. Hastalarda hipokalsemiye bağlı olarak özellikle egzersizle artan kas krampları, epileptik nöbetler, çarpıntı, göğüste sıkışma, terlemede artış, titremeler, huzursuzluk, sıkıntı hissi, halsizlik, enerji azlığı, yorgunluk, moralsizlik, unutkanlık, ciltte kuruma, tırnaklarda kırılma, saçta dökülmeler, iştahsızlık, kilo kaybı görülür. Bu belirtiler birçok hastada depresyon, panik bozukluk olarak değerlendirilebilmekte cerrahi sonrası gelişen hipoparatiroidi tanısı gözden kaçabilmektedir (4,5). Bu çalışmada tiroidektomi sonrası depresif belirtilerle başvuran hipoparatiroidi olgusu literatür bilgileri ışığında sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

SK, 23 y, kadın, evli, ev hanımı, lise mezunu, Konya'ya bağlı bir ilçede doğmuş, son 3 yıldır eşi ve çocuğu ile birlikte Trabzon'da oturuyor. Kendi isteği ile eşi refakatli olarak halsizlik, yorgunluk, unutkanlık, el ve ayaklarda kramp tarzı kasılma ve ağrılar, çarpıntı, sürekli yatma isteği, iş yapamama, evden çıkmak istememe, kilo kaybı, iştahsızlık, moralsizlik, isteksizlik, keyif alamama yakınmaları ile Psikiyatri Polikliniğine başvurdu.

Öyküsü: Öncesinde herhangi bir psikiyatrik hastalık ve tedavi görme öyküsü olmayan hastaya 6 ay önce toksik diffüz guatr nedeniyle total tiroidektomi uygulanmış. 13 yaşından beri guatrı olan ve çeşitli tedaviler gören hastanın özellikle son 2 yıl-

Geliş tarihi: 03.08.2009

Kabul tarihi: 17.01.2010

Rize Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Doç. Dr.*

dır yakınmalarının artması, egzoftalmusunun oldukça belirginleşmesi nedeni ile hekimi tarafından cerrahi tedavi önerilmiş ve sorunsuz geçen bir ameliyat sonrası hasta ameliyat sonrası 5. gün taburcu edilmiş. Hastanın ilk yakınmaları ameliyat sonrası ilk haftalarda başlamış. Halsizlik, yorgunluk, el ve ayaklarda kramp tarzı kasılma ve ağrılar, çarpıntı, sürekli yatma isteği, iş yapamama, çocuğuna bakamama şeklindeki ilk yakınmaları giderek artmış. Ameliyatı gerçekleştiren hekim mevcut durumun geçici olduğunu ve ameliyat sonrası bu tür yakınmaların olabileceğini belirtmiş. SK ve eşi bu yakınmaların ameliyat sonrası geçici bir durum olduğunu düşünmüşler ancak yakınmalarının artması üzerine hasta eşi tarafından bir psikiyatri uzmanına götürülmüş. Yapılan değerlendirme sonucunda hastaya depresyon tanısı ile Sertralin 100 mg/gün önerilmiş. 6 hafta süre ile tedavisini düzenli olarak alan SK'nin yakınmalarında herhangi bir değişiklik olmaması üzerine Sertralin 200 mg/gün olarak ilaç dozu arttırılmış ancak 2 hafta süre ile tedavisini alan hastanın iştahsızlık, dispepsi türü yakınmalarının olması, durumunun düzelmemesi üzerine farklı bir psikiyatr tarafından değerlendirilmiş. Son 1 ay içinde 6 kilo kaybeden hastaya Sertralin tedavisi kesilerek essitalopram 10 mg/gün önerilmiş ve ilaç dozu kademeli olarak 20 mg/gün olarak düzenlenen hastanın yakınmalarında değişiklik olmamış. Bütün günü evde yatakta geçiren, evden hiç dışarı çıkmayan, ev işlerini yapamayan hastaya yardımcı olması için kızkardeşi çağırılmış. Yakınlarına "ölsem de kurtulsam, artık dayanamıyorum, çocuğum olmasa şimdiye çoktan ölmüştüm, benden size fayda yok" diyen hastanın yakınmalarının artarak devam etmesi üzerine psikiyatri polikliniğine başvurmuş.

Gelişim ve sosyal öykü: 1985 yılında 4 çocuklu ailenin 3. çocuğu olarak evde normal yolla doğmuş. Zor doğum öyküsü yok. Annenin gebelik döneminde yaşadığı herhangi bir sağlık sorunu olmamış. Bebeklik döneminde hastalık öyküsü yok, yürüme ve konuşma zamanındaymış Annesi 55 yaşında, ilkokul mezunu, ev hanımı, babası 59 yaşında, ilkokul mezunu, çiftçilik ile uğraşiyor,

anne-baba arasında akrabalık yok, aile önemli bir ekonomik sıkıntı yaşamamış. Ailede nörolojik ya da psikiyatrik hastalık öyküsü yok. Hastanın kendisinden büyük biri erkek iki kardeşi ile kendisinden 3 yaş küçük, bekar bir kız kardeşi var, hastanın kardeşleri ile ilişkisi iyi. Başarılı bir öğrencilik dönemi olmuş ancak 2 yıl üst üste girdiği ÖSS'de başarılı olamamış. Tezgahtar olarak girdiği işyerinde bir rastlantı sonucu internette tanıştığı eşi ile ailesinin tüm karşı çıkmasına rağmen kaçarak 3 yıl önce evlenmiş. Eşi ile evlenmesine önceleri eşinin ailesi de karşı çıkmış. Eşi 29 yaşında ortaokul terk, değişik işlerde kısa süreli olarak çalışmış, son 1 yıldır işsiz. Hastanın eşi ile ilişkisi evliliğin ilk dönemlerinden beri iyi, SK eşini "en büyük destekçim eşimdir" olarak tanımlıyor. SK'nin 2 yaşında bir kız çocuğu var. Çocuğunu "Çok uslu, sorunsuz bir çocuk" olarak belirten SK'nin zor bir hamilelik dönemi ve doğumu olmuş. Doğum sonrası uzun bir süre sıkıntılı bir dönem geçiren hastanın evliliğinin 5. ayında düşük ile sonlanan bir hamilelik öyküsü de mevcut. Hastalık öncesi guatr dışında herhangi bir tıbbi sorun, hastalık geçirmeyen hastanın son 5 yıldır 3 günde bir paket sigara kullanımı mevcut ancak, son aylarda sigara kullanımını arttırmış. Hastalık öncesi uyku, iştah sorunu olmayan hastanın son 6 aydır belirgin uyku ve beslenme sorunları olmuş.

Ruhsal durum muayenesi: Kendine bakımı orta, yaşından büyük görünümlü, göz teması kısıtlı kaşektik görünümlü kadın hasta. Bilinci açıktı, yönelim kusuru yoktu. Görüşmeye ilgisiz ve görüşme sırasında ellerini gizliyor, tedirgin hali dikkat çekti. Konuşma hızı kısmen azalmış ve alçak ses tonundaydı. Duygudurumu çökkün, duygulanımı sıkıntılı ve kaygılıydı. Ameliyatı ve ailesi ilgili konuşmalar sırasında duygulanımda kaygı yönünde artma gözlenmekteydi. Algılamada herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı. Soyut düşünce korunmuştu. Bellek işlevleri, dikkat ve konsantrasyonu azalmıştı. Yargılama ve gerçeği değerlendirme yetisinde bozukluk yoktu. Düşünce sürecinde: çağrışımlar düzenli, Düşünce içeriğinde; intihar, belirsizlik, kararsızlık, tedavisi ile düşünceleri mevcut.

Dışa vuran davranışlar; azalmış. Benlik saygısı; azalmış olarak saptandı.

Fizik Muayene ve laboratuvar bulguları:

Vital bulgular: Normal, Nörolojik muayene ve diğer sistem muayeneleri: Normal

Lab bulguları: Hemogram normal, Ca: 4,5 mg/dl (% 8.1-% 10,4 mg/dl), P:6,6 mg/dl (% 2,5-5.0 mg), Ionize Ca 2,4 mg/dl (% 4,2-5,8 mg), PTH:0,4 ng/dl (0-27 ng/dl).

EKG'sinde Q-T mesafesi uzamış (0,42 sn).

Klinik Seyir

Son 6 aydır hayattan zevk almayan, ölüm düşünceleri olan, işlevselliği bozulan, uyku iştah düzensizliği olan ve antidepresan tedaviye yanıt alınamayan hasta görüşmeye alındı. Hastanın deneylik incelemesinde belirgin ölçüde hipokalsemi, düşük PTH düzeyleri dikkat çekiciydi. Endokrinoloji bölümü ile konsülte edilen hastaya tiroidektomi sonrası ortaya çıkan hipoparatiroidi tanısı ile Ca, vitamin D tedavisi ile kalsiyumdan zengin diyet önerildi. Ayrıntılı psikiyatrik değerlendirme sonucu DSM-IV'e göre Genel Tıbbi Duruma bağlı gelişen Depresyon tanıları ile antidepresan tedavisi ile haftalık görüşmeler düzenlendi. Hamilton Depresyon Ölçeğinden aldığı yüksek puanlar da tanıyı destekler nitelikteydi. Hastanın eşi hastanın durumu ve tedavisi konusunda bilgilendirildi. Tedavinin 2 haftasından itibaren hastanın yakınmalarında belirgin düzelme izlendi, işlevselliği artan hastanın mevcut tedavisi halen devam etmektedir.

TARTIŞMA

Psikiyatrik hastalıklarla D vitamini, kemik, kalsiyum metabolizmasının neden-sonuç ilişkileri için-

de bulunması önemli fakat klinik ortamlarda üzerinde az durulan bir konudur. Hipoparatiroidinin geri dönüşümsüz ağır bir komplikasyon olduğu düşünüldüğünde erken tanı ile sağaltımının hastanın prognozu ve yaşam kalitesi açısından önemi tartışılmazdır. Bu hastalarda çoğunlukla ilk yakınma olarak panik atak ve depresif belirtiler benzeri psikiyatrik belirtiler sıklıkla ortaya çıkmakta ve olgu sunumunda belirtildiği gibi hastaların altta yatan bedensel hastalığa ait sorunları gözden kaçabilmektedir (5). Depresif belirtiler % 13.2 oranında olup bilişsel fonksiyonlarda bozulma hastaların % 50'sinde mevcuttur (6,7). Bu tür olgularda dikkat çekici bir nokta ise kadın cinsiyette daha sık görülmesidir (8). Olgu sunumunda kadın hasta sunulmuştur. Bu nedenle iyi bir anamnez, bedensel hastalık-tedavi öyküsü ile özellikle psikiyatrik tedaviye rağmen iyileşme göstermeyen olgularda bu durumun anımsanması önemlidir. Hastaların yaşam kalitesinin artırılması ve iyilik halinin daha uzun süreli sağlanması için, klinik uygulamalarda bu konuların da üzerinde durulması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- 1. Yalçın E.** Tiroid cerrahisinin sonuçları ve komplikasyonları: 330 vakalık kişisel seri. Genel Tıp Dergisi 2006;16(3).
- 2. Batmne AK, İbiş C, İrfanoğlu ME.** Tiroidektomi Sonrası Görülen Komplikasyonlar. Cerrahpaşa Tıp Derg 2007;38:56-61.
- 3. Bohrer T, Krannich JH.** Depression as a manifestation of latent chronic hypoparathyroidism. World J Biol Psychiatry 2007;8(1):56-9.
- 4. Bes C, Okutur KS, Gültürk E ve ark.** Tiroidektomi Sonrası Hipoparatiroidizm Bağlı intrakraniyal Kalsifikasyonlar: Olgu Sunumu. Bakırköy Tıp Dergisi 2007;3:121-124.
- 5. Tezcan AE.** Depresyonun ayırıcı tanısı. Duygudurum Dizini 2000;2:77-79.
- 6. Lawlor BA.** Hypocalcemia, hypoparathyroidism and organic anxiety syndrom. J Clin Psychiatry 1988;49(8):317-8.
- 7. Özen Ş, Haspolat K.** D Vitamini, Kalsiyum, Kemik Metabolizması ve Psikiyatrik Bozukluklar. Klinik Psikiyatri 2003;6:102-113.
- 8. Bozdağ AD ve ark.** Benign Tiroid Cerrahisinde Postoperatif Komplikasyonları Etkileyen Risk Faktörleri. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2002;3(3):25-29.