

## STATUS ASMATİKUS VE STATUS EPİLEPTİKUS'A BENZERLİK GÖSTEREN BİR HİPOPARATİROİDİ VAKASI

Dr. Özçelik OKAYER (\*)  
Dr. Hülya TANES (\*\*)  
Dr. Alpay ARICAN (\*\*\*)

*Tanım* : Hipoparatiroidizm; paratiroid hormonunun eksik salgılanması, klinik olarak nöromusküller hiperaktivite semptomları, biokimyasal olarak hipokalsemi, hiperfosfatüri dolaşımında immünreaktif paratiroid hormonun yokluğu ve azalması ile karakterizedir.

*Etiyoloji* : Paratiroid hormon eksikliği 3 durumda oluşur. Cerrahi hipoparatiroidizm, idiyopatik hipoparatiroidizm ve fonksiyonel hipoparatiroidizm.

Cerrahinin sebep olduğu hipoparatiroidizm; hastalığın en mutad sebebi ön boyun eksplorasyonu, tiroidektomi, anormal paratiroid bezlerinin çıkarılması, boyunda değişik tümöral lezyonların eksizyonu gibi cerrahi işlemlerden sonra oluşabilir.

İdiyopatik hipoparatiroidizm erken yaşta ve geç yaşta olmak üzere 2 sub gruba bölünebilir. Glandın konjenital yokluğundan başka otozomal resesif genetik geçiş gösteren Digreoge's sendromunda olduğu gibi erken yaşta vuku bulabilir. Hipoparatiroidizm'in bu şekli multipl endokrin eksikliği otoimmün candidiasis (MEDAC) sendromu veya juvenil familial endokrinopati hipoparatiroidizm, Addison hastalığı, candidiasis (HAM) sendromu.

Hipoparatiroidizm, Addison hastalığı, mukokuteneus candidiasis ile karakterize bir bozukluktur. Paratiroid ve adrenal dokunun dolaşan spesifik antikörları ekseriya mevcuttur, fakat klinik belirtilerle bağdaşmazlar. Otozomal resesif herediter sporadik vakalar rapor

---

(\*) Şişli Etfal Hastanesi 1. Dahiliye Kliniği Şef Yardımcısı (Şef : Dr. Nadire APAYDIN)

(\*\*) Şişli Etfal Hastanesi 1. Dahiliye Kliniği Başasistanı.

(\*\*\*) Şişli Etfal Hastanesi 1. Dahiliye Kliniği Asistanı.

edilmiştir. İleri şeklinde dolaşan glandüler antibadi olmaksızın sporadik idiyopatik hipoparatiroidizm vakaları teşekkül eder.

Herhangi bir sebepten uzun süren ve şiddetli hipomagnesiemia ile birlikte fonksiyonel hipoparatiroidizm oluşur. Parathormonun glanddan salınması için magnesium'a ihtiyaç vardır, böylece karakteristik olarak serum İPTH seviyeleri düşük bulunmakta veya tayin edilememektedir.

İnfüzyonla magnesium verilirse serum İPTH hızla yükselir, magnesium dolgunluğu sonucunda ökalsemi teessüs eder. Parathormonun periferik etkisi için muhtemelen magnesium'a ihtiyaç vardır.

Primer hiperparatiroidizm'li annelerin doğan çocuklarında neonatal hipoparatiroidizm meydana gelir. Paratiroid glandların maternal hiperkalsemi ile suppresyonu sonucunda paratiroid glandlarda yetmezlik doğumdan sonra hipokalsemik stimülasyona cevap verir.

*Patoloji* : MEDAC sendromlu hastalarda glandlarda fibrozis ve lenfositik infiltrasyon olabilir, bir kaç idiyopatik hipoparatiroidizm'in muayenesinde yağ infiltrasyonu ve atrofi ile fibrozis bulunmuştur.

Patofizyoloji ve Klinik Kimya :

- 2) Kemik rezorpsiyonu azalmıştır.
- 2) Renal fosfat ekskresyonu azalmıştır, serumda fosfat artmıştır.
- 1 Alfa -25. (OH)<sub>2</sub> - D<sub>3</sub> azalmıştır, Kalsiyumun intestinal absorpsiyonu azalmıştır.

*Klinik Bulgular* :

Hipoparatiroidizm'deki en bariz bulgular tetani veya onun ekevalanlarıdır. Bu belirtiler vakaların % 70'inde hastalığın şikayetlerini teşkil ederler. Tetani nöromüsküler iritabilitenin çok artmasına bağlı olarak husule gelen bir haldir. Aşikâr veya latent olur.

Aşikâr tetani ekstremiteletin uyşukluğu ve karıncalanması ile başlar, ellerde, ayaklarda ve dudaklarda bir sertleşme hissi olur.

Ekstremitelerde kramplar görülür, korpopedal spazm, laringeal stridor ve genel konvülsiyonlar olur. Fasial spazm, yüzde sertlik ve rigidite yapabilir ve yüze sabit bir ifade verir (tetani yüzü) ; strabismus,

nistagmus, anizokori, konuşma ve yutma güçlüğü olabilir. Laringospazm bilhassa çocuklarda görülür ve stimuluslarla (soğuk, sıcak, birden uyandırma gibi) ortaya çıkabilir. Kriz uzarsa dispne, siyanoz, koma, teneffüs felci ve ölüm görülebilir. Glottis spazmı ekseriyetle bir kaç dakikada geçer.

Diyafragma spazmı apneye sebep olarak öldürebilir. Bronkotetani astma'yı andırır, kalsiyum enjeksiyonuna cevap verir, fakat adrenalın enjeksiyonu tesirsiz kalır.

Konvülziyonlar ekseriyetle yaygın olmakla beraber bazen vücudun bir tarafına (Hemitetani) veya bir grub adaleye inhisar edebilir. Konvülziyonlar spontan olarak veya hafif tembihlerden sonra ortaya çıkarlar, konvülziyonlar sık olur ve uzun devam ederlerse (Status eklamptikus) ölüm görülebilir.

*Vakamız :*

A.G. Kastamonu'lu 56 yaşında kadın hasta.

*Şikayeti :* Nefes alamama, ellerinde kasılmalar, ağzından köpük gelerek kendinden geçme.

*Hikayesi :* Hasta nefes almada güçlük, vücudunda nöbet şeklinde gelen kasılmalar, konuşma bozukluğu, ellerinde ve ayaklarında uyuşmalar ve yorgunluk hissi, endişe hali, deri kuruluğu, şikayetleri ile hastanemiz âcil dahiliye polikliniğine getirildi.

*Öz Geçmişi :* 7 sene önce Kastamonu Devlet Hastanesinde subtotal tiroidektomi ameliyatı geçirmiş.

*Fizik Muayenesinde :* N :104-/dk. Kb : 150/85 mm Hg.

*Genel Durumu :* Düşkün, şuuru açık, sorularına yerinde ve zamanında cevap veriyor, saçlar kaba kuru, boyunda tiroidektomi insizyonu mevcut. Tremor yok. Chovostek belirtisi müsbet, Trousseau belirtisi müsbet. Hasta laringeal stridora bağlı solunum güçlüğü içerisinde dinlemekle solunum sesleri normal, kalp dinlemekle taşikardik üfürüm yok, ellerde korpopedal spazm (ebe eli) mevcut. Pupiller izokorik, katarakt yok.

*Laboratuvar Bulguları :* Hemoglobin : % 80, eritrosit 4.450.000 mm<sup>3</sup>, lökosit 6400 mm<sup>3</sup>'te periferik yaymada özellik yok sedimantasyon normal hudutlarda, idrar dansitesi 1020, Sulkowitch menfi, üre % 80 mg., kalsiyum % 4,1 mg, fosfor 7.8 mg, total protein % 8 gr.

albümin % 4,2 gr, globulin % 3,8 gr. Mg : 1,8 mg, kreatinin % 1,3 mg. Sodyum : 139,9 meq/1, potasyum : 4 meq/1, klorür : 103,8 meq/1. Total lipid % 628 mg. Kolesterol % 160 mg, alkalen fosfataz % 3,2 mg.

3 yönlü kraniyografileri normal. EEG : Her iki temporo parietal bölgede hipersenkroni eğilimi göstermekte.

*Ayrıncı Teşhis :*

Hipoparatiroidizm diğer iki halden ayırt edilmelidir :

- 1) Tetani yapan diğer haller.
- 2) Psödohipoparatiroidizm.

Vakamız kan kimyası, klinik ve radyolojik bulgular ile raşitizm ve osteomalaziden rahatlıkla ayırt edilmektedir. Zira bu hallerde kalsiyum düşüklüğü yanında fosfor konsantrasyonu da düşük veya normal, alkalen fosfataz yüksektir. Keza radyolojik bulgular tipik görünüşleri itibarıyla ayırımı mümkün kılarlar.

Eazen osteomelasi renal yetersizlik neticesi husule gelir. Bu hallerde plazma fosforu yükselir ve kalsiyumu düşürerek hipoparatiroidizm'dekine benzerlik gösterir, fakat azotemi böbreğin diğer fonksiyonlarının bozulması ve asidoz hipoparatiroidizm'den dolayı olan tetaniden ayırt edilmektedir.

Hastamızın potasyumunun normal oluşu, hipertansiyonunun olmayışı hipokalemik alkalozun bulunmayışı nedeniyle primer hiperaldosteronizm'den ayrılmaktadır. Hasta alkali alma, hiperventilasyon ve kusma tanımlanamamaktadır.

*Tedavi :* Vakamızda olduğu gibi tedavinin gayesi plazma kalsiyumunu normal seviyeye yükseltmektir. Bu gaye için hastalara D vitamini, bol kalsiyum ve az fosforlu diyet verilir.

Paratiroid hormonu pahalı olduğu için kullanılmıyor, tedavisi esnasında hiperkalsemi ve hiperkalsiüri olmamasına dikkat edilmelidir. Vakamıza haftada iki gün 300.000 ünite D<sub>3</sub> intramüsküler ve ağızdan kalsiyum efervessant tablet başlandı. Fosforun barsaktan absorpsiyonuna mani olmak için alüminyum hidroksitli antiasit verildi. Kan kalsiyumu % 5,5 mg. normal hududunu geçtiğinden D vitamini dozu tedricen azaltıldı, ayrıca idrarda Sulkowitch (+) üzerine çıkmadı.

*Özet*

Bir postoperatif hipoparatiroidizm vakası tarafımızdan teşhis edilerek takdim edildi.

*Summary*

A Case (Postoperative hypoparathyroidism) has been diagnosed and presented by us. We gave a few knowledge about the disease.

**LİTERATÜR**

1. Anast, CS., Mohs İM. : Magnesium eksikliğinde paratiroid yetmezliğine dair deliller. Science, 1972.
2. Avioli LV. : Vitamin D metabolitleri klinik önlemleri. Arch. Intern med. 138 : 835, 1978.
3. İrvine, WJ. : Addison hastalığı hipoparatiroidizm ve ovaryan yetmezlik. Cl. endocrinol metabol. 4 : 379, 1975.
4. Kooh, SV. : Hipoparatiroidizm tedavisi. N Engle J. Med, 1975.
5. Nusynowitz, ML. ve arkadaşları : Hipoparatiroidizmin klasifikasyonu ve fizyolojik prensipleri. Medicine. 1976.
6. Parfit, AM. : Hipoparatiroidizmin spektrumu. J. Clin. endocrinol metab 34 : 152-1972.
7. Porter, RH. : Chlorthalidone ile hipoparatiroid'li hastaların tedavisi. N. Eng. J. Med, 298 : 577, 1978.
8. Rude, RK. : Magnesium eksikliğinde paratiroid hormonu end organın rezistansı. Clin. endocrinol. 5 : 209, 1976.
9. Turner, TI. : Neonatal tetanide magnesium tedavisi. Lancet 1 : 283, 1977.