

SHEEHAN SENDROMU

Dr. Nadire (Güresin) Apaydın Dr. Hikmet Yurtsever

Tam : Doğum esnasında veya doğumdan sonra meydana gelen kanamanın sebep olduğu şokun sonunda, hipofiz ön lobu arterin tromboz veya lokal spazmla tıkanması sonucu oluşan yaygın doku nekrozunun sebep olduğu, panhipopitüitarizmle seyreden klinik tabloya Sheehan sendromu denir.

Prof. H. Sheehan, postpartum kanama sonucu oluşan, hipofiz ön lobu nekrozunun asıl nedeni, arterin, lokal spazmı olduğunu söylemektedir. Trombozun ise yerel olarak oluştuğunu, yaygın nekroz oluşumunda arter spazmı kadar etkili olmadığını belirtmektedir.

Eskiden beri, klinik olarak panhipopitüitarizm, Simmonds hastalığı olarak bilinmekteydi. İlk kez 1914 yılında Glinski ve Simmonds tarafında tanımlanan bu klinik tabloda kaşeksi hakimdir. Prof. Sheehan 1937 yılında, postpartum olarak meydana gelen ve Simmonds hastalığından önemli ayrıcalıklar gösteren, panhipopitüitarizmle karakterize yeni bir klinik tablo tanımladı.

Doğumdan sonra veya doğum esnasındaki kanama ve bunun sonucu oluşan şokun sebep olduğu hipofiz ön lobundaki geniş doku nekrozu, hipofiz hipofonksiyonuna, bu da hipotiroidi, hipogonadizm ve sürrenal yetmezliğini meydana getirmektedir. Bu klinik tablo literatüre Sheehan sendromu olarak geçmiş bulunmaktadır.

Hipofiz bezi, bilindiği gibi beyin tabanında sella türsikanın yuvasına oturmuş, 0,6 gr. ağırlığında, 10X6X13 mm boyutlarında bir salgı organıdır. Bezin 3/4'ü ön lob, 1/4'ünü orta lob ile nöral lob dediğimiz arka lobdan meydana gelmiştir.

Hipofiz ön lobunda üç tip hücre vardır.

- 1 — Kromofob (Chromophobe) hücreler. Bezin % 52'sini oluşturur.
- 2 — Eozinofil hücreler, bezin % 32'sini,
- 3 — Bazofil hücreler bezin % 11'rini teşkil eder.

Hipofiz ön lobunda 6 çeşit hormon vardır. (Şema I)

- 1 — Gelişme hormonu. G.H.

- 2 — Adrenokortikotropin. ACTH.
- 3 — Thyrotropin TSH.
- 4 — Follikülü stümüle eden hormon FSH.
- 5 — Lüteinize hormon. LH.
- 6 — Laktogen hormon veya prolaktin LtH.

Bu hormonlardan GH., LH., LtH. eozinofil hücreleri tarafından, ACTH., TSH. ve FSH. ise bazofil hücreleri tarafından salgılanmaktadır.

Hipofiz bezinde doku nekrozu olunca, bu hormonlar da salgılanamayacaklardır. Hormonların sütümüle ettiği tiroid, sürrenal ve gonatlarda da atrofi ve hipofonksiyon meydana gelecektir.

Bugüne kadar, hipofiz ön lobu doku nekrozundan ölene rastlanmamıştır. Başka nedenlerle ölen vakaların otopsilerinde doku nekrozu saptanabilmiştir.

Klinik belirtilerin meydana gelebilmesi için, hipofiz ön lobunun % 70'inden fazlasının nekroze olması şarttır. Daha küçük orandaki bir doku nekrozu olan vakalarda inkomplet panhipopitüitarizm tablosu görülür. Tabiidirki bu da değişik klinik tabloların ortaya çıkmasına sebep olacaktır.

Örneğin: 88 vaka üzerinde yapılan araştırmada:

77 vakada devamlı amenore ve diğer klinik bulgular.

9 vakada zaman zaman görülen uterus kanamaları ve diğer bulgular.

2 vakada ise gebelik görülmüştür.

Bu vakaların hepsinin otopsilerinde, değişik oranlarda hipofiz ön lobu nekrozu saptanmıştır.

Postpartum kanama ile şoka giren bir hasta 12 saat zarfında ölürse, otopsilerinde, hipofiz ön lobu dokusunda nekroz saptanamaz. Nekroz, kanama ve şoktan 24 saat veya daha uzun zaman sonra meydana gelebilir. Klinik bulgular ise, ancak altı ay sonra belirgin olarak ortaya çıkabilir.

Klinik olarak, Sheehan sendromunda panhipopitüitarizmin bütün klinik bulgularını bulmak mümkündür. Hasta; Gonad, tiroid ve sürrenal korteks yetmezliği kliniğiyle hekimin karşısına çıkar. Hipogonadizm verisi olarak amenore, libido kaybı, genellikle sterilite, iç ve dış genital organlar ve memelerde atrofi, pubis ve aksiller bölgedeki kılların döküldüğü görülür.

Hastadaki asteni, hipotansiyon ve insüline aşırı hassasiyeti sürrenal korteks yetmezliğine bağlıdır.

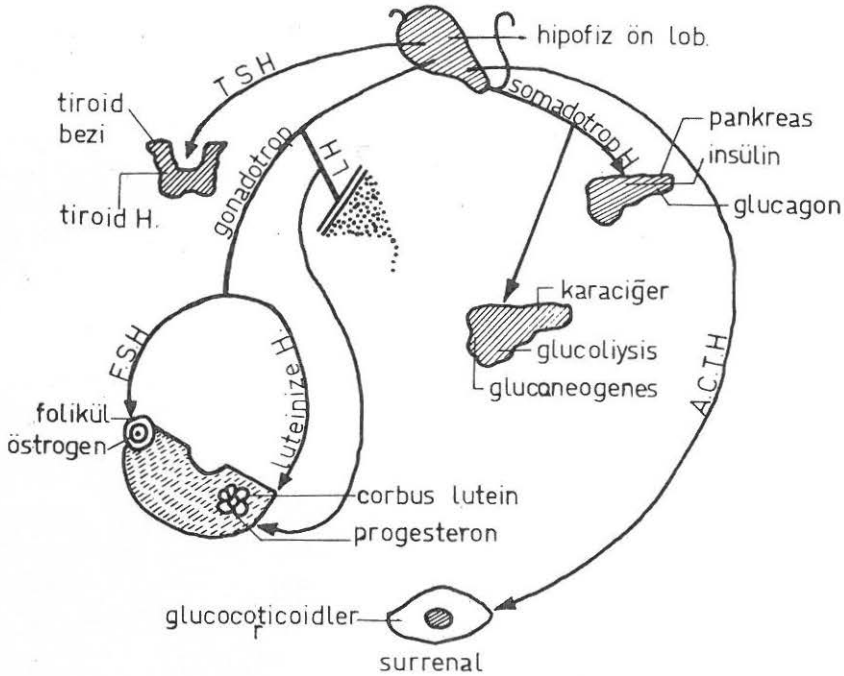
Hipotiroidinin klinik bulgusu olarak hastada, kuru atrofik ve soluk bir cilt görürüz. Saçlar ve kaşlar ince, kolay kırılır ve dökülür. Hipotermi, bradikardi, soğuğa dayanıksızlık, dişlerde erken çürüme, konstüpsiyon, apati hali, konvülsiyon ve depresyon çocuklukta görülen hipotiroidi bulgularıdır. Miksödem çok hastada ön planda görülen bir klinik bulgudur.

Toparlamak gerekirse, Sheehan sendromu kliniğinde, doğumdan sonra beklenen laktasyon görülmez, memelerde ve genital organlarda mutlaka atrofi ve hipoplazi meydana gelir.

Amanore ve libido kaybını her hastada görmek mümkündür. Halsizlik, uyusukluk, bradikardi, hipotansiyon, derinin atrofik, ince kuru oluşu, renginin soluk görünümü, soğuğa dayanıksızlığı, aşikar miksödemi genellikle rastlanan klinik bulgularıdır.

Hastada pubis ve aksiller kıllar dökülür, dişler çürür.

Bu kadar yoğun klinik bulgulara rağmen, hasta ya bir travma veya enfeksiyon veyahut başka bir nedenle hekime baş vurur. Bu baş vuru değerlendirilir, klinik ve laboratuvar tetkiklerine özen gösterilirse vakayı tanımlamak zor olmayacaktır.



ŞEMA. I

Laboratuvar : Sheehan sendromunda laboratuvar bulguları da, klinik bulgularında olduğu gibi hipofiz, tiroid, sürrenal korteks ve gonatların hipofonksiyonunu yansıtır.

Bazal metabolizma düşük bulunur, Hipoglisemi ve glüköz tolerans testinde anormal bir kurb saptanır.

Hastanın insüline aşırı hassasiyeti vardır. PBİ ve tiroid bezinin radyoaktif iyot bağlama kapasitesi düşük bulunur. EKG de düşük voltaj ve negatif T dalgaları görülür.

Hastanın idrarında 17 ketosteroid, 17 hidroksikortikosteroid, ve 17 ketogenik steroid miktarı azalır.

Endometrium biopsi ve vaginal frottide östrojen ve progesteron yetmezliği saptanır.

Kan elektrolitlerinde Na. azalır, K. artar. Eozinofili, normokrom ve normositer bir anemi meydana gelir.

Ayırıcı Tanı : Panhipopitüitarizm kliniği ile müracaat eden hastanın, primer veya sekonder olduğunu saptamak zor değildir. Şöyleki: Vakada sürrenal, gonat ve tiroid yetmezliği bir arada bulunuyorsa, büyük bir olasılıkla bu hipofizerdir. Ayırıcı tanıda su kriterleri gözönünde bulundurmak lazımdır.

Sheehan sendromunda miksödem, primer hipotiroidideki kadar belirgin değildir. Tiroid bezi de primer hipotiroidinin aksine atrofikdir. Bunlardan başka, bir hafta süre ile hastaya, TSH. uygulanırsa, hipofizer hipotiroidide BM. PBİ ve radyoaktif iyot bağlama kapasitesi normal sınırlara yaklaştığı halde, primer hipotiroidilerde bir değişiklik görülemez.

ACTH uygulandığı zaman, idrardaki 17 ketosteroid ve 17 hidroksikortikosteroid miktarı artar ve kanda eozinofili azalıyorsa bu hipofizer sürrenal yetmezliği vakasıdır. Primer sürrenal yetmezliği vakasına ACTH uygulanırsa cevap alınmaz.

Tedavi : Sheehan sendromu vakaların tedavisinde hedef eksikliği yerine koymaktır. (Replacement). Kural olarak, Sheehan Sendromu tanısı konmuş bir hastaya günde, 25 mg. (I, tbl.) thyranon, I, 25 mg. (I tbl.) premarin ve gerekirse 10 mg. methyltestosteron verilir. Genellikle bekompleksi vitaminlerin ilavesinde yarar vardır. Hasta antianemik tedaviye alınmalıdır. Gerekirse kan tansfüzyonu yapılmalıdır.

Vakalarımız :

Kliniğimize müracaat eden hastalar arasında dört Sheehan sendromu vakası saptanmıştır. Aşağıda sunduğumuz dört vakanın da, gerek şikayet, gerekse klinik ve laboratuvar bulguları arasında çok benzerlik bulunmaktadır.

Pinci vaka :

E. Y. 33 yaşında, Kırklareli doğumlu, ev kadını.

Şikayeti : Halsizlik, kuvvetsizlik, baş dönmesi, üşüme, vücudunun şişmesi ve adet görememe.

Hikayesi : 5 Sene önce köyde doğum yapan hasta, doğum esnasında fazla kan kaybetmiş. Doğumdan sonra menstrüasyon ve laktasyon olmamış. Zamanla saçların, kaşların ve aksiller ile pubik bölgedeki kılların döküldüğünü ifade ediyor. Uzun süre antianemik tedavi gören hastanın şikayetleri artınca kliniğimize müracaat etmiş ve yatırılmıştır.

Öz ve Soy Geçmişi : İki doğum yaptığını ifade eden hasta, bir hastalık geçirmediğini ve ailevi bir hastalığın olmadığını söylüyor.

Genel Durum : Hasta apati ve dalgın. Sorularına isteksiz ve geç cevap veriyor. Rengi soluk, cildi ince ve kuru. Saçları ve kaşları seyrekleşmiş, aksiller ve pubis kılları dökülmüş. Tibia, yüzde ödem mevcut; (Resim I)

Solunum Sistemi : Normal.

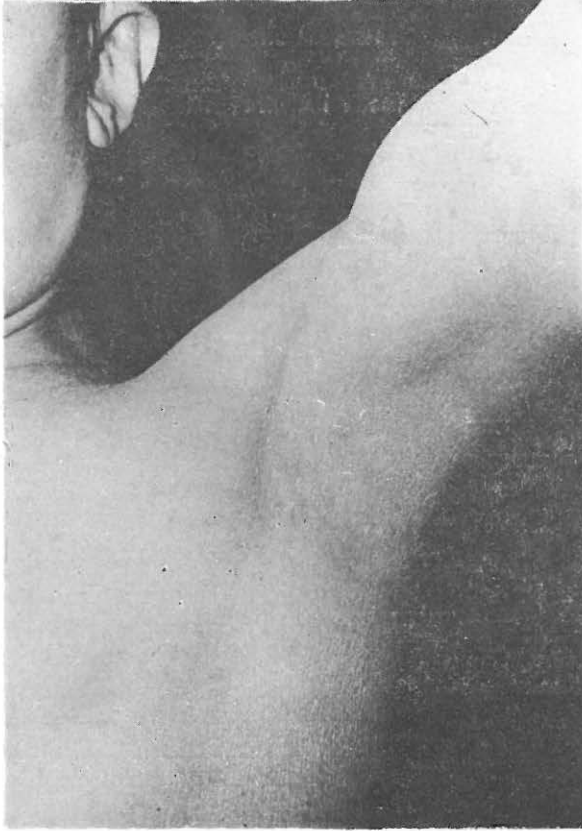
Dolaşım Sistemi : K. T. A. görülüyor. Çok zayıf olarak palpe diliyor. Nabız 56/dak. ve ritmik. T. A. 95/60 mm Hg.

Sindirim Sistemi : Dişler eksik ve çürük. Bunun dışında bir patoloji saptanamadı.

Laboratuvar : Sed. 50-60 mm. Eritrosit: 2 630 000, lökosit: 6 400 Hb. % 55, Lökosit formülünde hafif lenfositöz görülüyor. İdrar normal, Glisemi % 87 mg. İdrarda 17 ketosteroid 2,3 mg/24 saatta. Kan elektrolitleri normal. Kolesterol % 158 mg., total lipit % 470 mg., kan üresi % 18 mg. olarak bulundu.

Radyolojik olarak sella türsika normal, kalp ve akciğer normal. BM. -21, EKG'de votaj düşük, T dalgaları negatif. PBI 3,8 gama.

Ginekoloji muayene raporu : Pubis kılları dökülmüş, uterus hipoplazik.



Resim I E. Y. 33 yaşındaki hastanın aksiller bölgedeki kıllar tamamen dökülmüş

İPnci Vaka :

F. V. 33 yaşında. Kastamonu doğumlu, ev kadını.

Şikayeti : İştahsızlık, halsizlik, saçlarının, kaşlarının ve vücudun diğer bölgelerindeki kılların dökülmesi ve amenore.

Hikayesi : İki sene önce ikiz doğum yapmış. Doğum esnasında çok kan kaybettiğini ifade ediyor. Doğumdan sonra laktasyon ve mest-rüasyon olmamış. Bir süre sonra saçlarının ve kaşlarının döküldüğünü fark ettiğini ifade ediyor. Daha sonra kirpikleri, aksiller bölgedeki ve pubis kıllarında da dökülme görülmüş. Memelerinin de küçüldüğünü söyleyen hastanın iştahsızlık ve halsizlik şikayetleri artınca kliniğimize müracaat etmiştir.

Öz ve Soy Geçmişi : Bir özellik yok.

Beden Fonksiyonları : İştahsızlık ve amenore dışında özellik yok.

Genel Durum : Rengi soluk, astenik ve apatik bir hali var. Sorularına isteksiz ve geç cevap veriyor. Cildi ince ve kuru, saçları seyrek.

Solunum Sistemi : Normal.

Dolaşım Sistemi : KTA görülmüyor ve palpe edilmiyor. Oskültasyonla kalp sesleri derinden geliyor. T. A. 10/7 mm Hg. Nabız 72/dak. ritmik.

Sindirim Sistemi : Normal.

Genital Sistemi : Dış görünüşüyle genital organlar ve memeler atrofik. Pubis ve aksiller bölgedeki kılların döküldüğü görüldü.

Laboratuvar : Sedimentasyon, 30-60 mm. Lök 9600, eritrosit, 3 200 000, Hb. % 64. İdrarda 17 ketosteroid miktarı 2,43 mgr./24 saatte kan şekeri % 76 mg. Kan elektrolitleri normal, radyolojik olarak sella türsika normal.

Ginekologik muayenede genital organların ileri derecede atrofik olduğu bildirilmektedir.

III'üncü Vaka :

Ş. A. Rize doğumlu, 43 yaşında ev kadını.

Şikayeti : Halsizlik, kuvvetsizlik, iştahsızlık ve adet görmeme ve saçlarının dökülmesi.

Hikayesi : Beş sene önce yaptığı doğumda fazla kan kaybetmiş. Doğumdan sonra laktasyon ve mestruasyon olmamış. Zamanla vücut kıllarının döküldüğünü fark etmiş. Hastanın halsizliği, kuvvetsizliği ve soluk görünümü gittikçe artmış. Bu şikayetlerle kliniğimize müracaat eden hasta yatırılmıştır.

Öz ve Soy Geçmişi : Bir özellik yok.

Beden Fonksiyonları : Fazla uyuduğunu ve iştahsızlık olduğunu ifade ediyor. 5 Seneden beridir adet görmüyor.

Genel Durum : Hasta apatik. Sorularına zamanında cevap vermiyor. Saçlar seyrek, kaşlar ve pübis ile aksiller bölgedeki kıllar tamamen dökülmüş. Deri ince ve kuru, rengi ileri derecede soluk. (Resim 2, 3, ve 4).



Resim II Ş. A. 43 yaşında. Hasta zayıf astenik ve anemik.
Apati hali ve anlamsız bakışları var.

Solunum Sistemi : Normal.

Dolaşım Sistemi : KTA görülüyor. Patolojik ve ilave ses yok.
T. A. 90/60 mm Hg., radial nabız 76/dak. ritmik ve dolgun.

Sindirim Sistemi : Dişler eksik ve bakımsız. Bunun dışında bir patoloji saptanamadı.

Laboratuvar : Sedimentasyon 25-50 mm., lökosit 4 200, eritrosit 3 100 000., Hb. % 65, Kan şekeri % 65 mg. Kan elektrolitleri, Na. 123 mEq/lt. K. 5,2 mEq/lt. Kan kolesterolü 340 mg.

İdrarda 17 ketosteroid 1,03 mg./24 saatta

Radyolojik olarak sella türsika normal.

IV'üncü Vaka :

S. Y. Erzurum doğumlu. 50 yaşında, ev kadını.

Şikayeti : Halsizlik, çabuk yorulma ve dalgınlık.



Resim III Resim II deki hasta. Aksiller bölgedeki kıllar tamamen dökülmüştür.

Hikayesi : 15 Sene önce yaptığı doğum sonunda fazla kan kaybettiğini, doğumdan sonra laktasyon ve mestriüasyonun olmadığını söyleyen hasta zamanla vücudundaki bütün kılların döküldüğünü ifade etmektedir. Daha sonra dalgınlık olduğunu, çevreyle ilişkisinin kesildiğini ve vücudunda şişleri görüldüğünü ve peltek konuşmaya başladığını belirtmektedir.

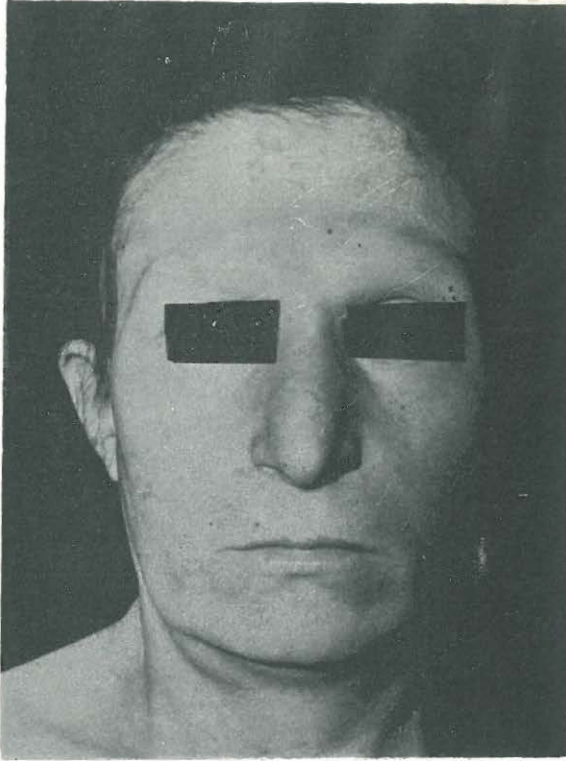
Öz ve Soy Geçmişi : Bir özellik yok.

Beden Fonksiyonları : İştah az, devamlı uyuklama hali mevcut.

Genel Durum : Hasta apatik, vücut kılları dökülmüş. Saçları dökülmüş. (Resim 5, 6, 7.)

Solunum Sistemi : Normal.

Dolaşım Sistemi : KTA. gözle görülmüyor, elle palpe edilmiyor. Radial nabız zayıf palpe ediliyor. T. A. 110/60 mm Hg. Nabız 60/dak. ritmik.



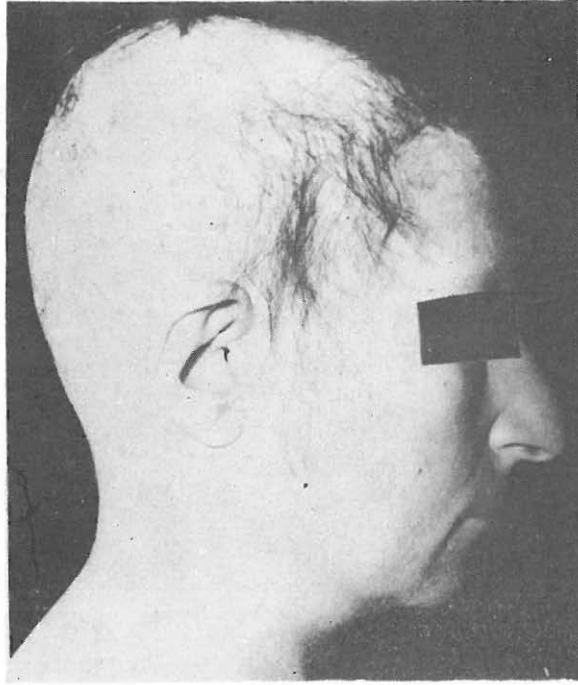
Resim V S. Y. isimli hastamızın önden ve yandan saçların döküldüğünü gösteren iki resmini görüyoruz

sağlık koşullarını bilebilseydi bu değerlendirmede daha da cömert davranacaktı.

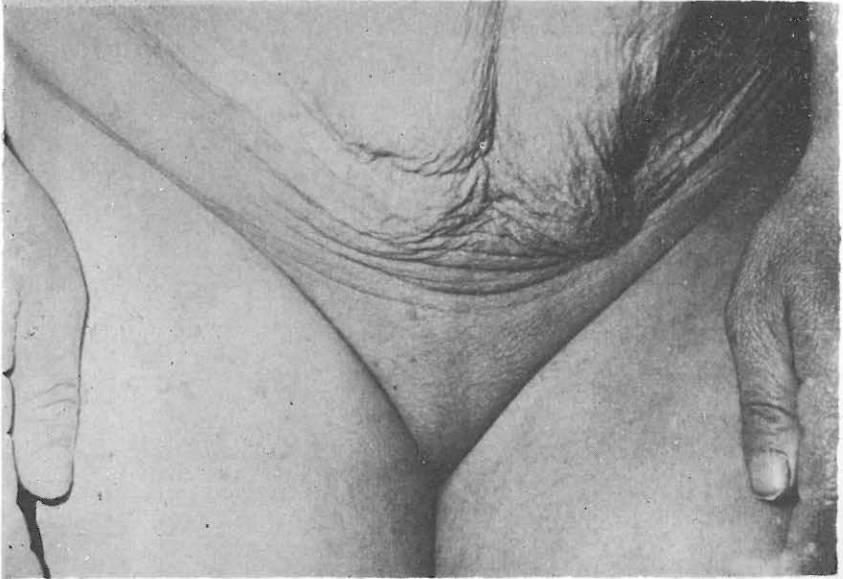
Sheehan sendromu vakalarının apati, kayıtsız halleri kendi sorunlarıyla ilgilenmeyi engellemektedir. Yakınları, hastanın soluk görünümünü nedeniyle hekime müracaat etmektedirler. Çok üzücüdür ki, uzun zaman yalnız antianemik tedavi ile hastaya zaman kaybettirilmektedir.

Ülkemizde bu güne kadar, Sheehan sendromu vakaları ile ilgili bir arama yapılmamıştır. Oysaki, batı ülkelerinde, belirli yöntemlerle bu çalışmalar sürdürülmektedir. Şöyleki:

1 — Form doldurma yöntemi: Düzenlenen formlar, doldurulup geri göndermek kaydı ile, adresleri saptanan ailelere gönderiliyor. Formu doldurup iade etmeyen aileler, adreslerinde ziyaret edildikleri takdirde, hastalığının doğal karakteri nedeniyle bu girişime kayıtsız kalmış bir Sheehan sendromu vakası ile karşılaşmak mümkündür.



Resim VI



Resim VII Resim V ve resim VI da saçlarının döküldüğünü gösteren hastamızın bu resmi de pubik bölgedeki kılların tamamen döküldüğü, cilt altı yağ dokusunun eridiğini gösteriyor.

2 — Apati hali ve aktivitelerini yitirmiş olmaları nedeniyle bu hastaların ekonomik sorunları doğacaktır. Geçim sıkıntıları nedeniyle, bunların çoğu yardım kurumlarına baş vuracaklardır. Bu nedenle yardım kurumlarından yararlanan şahıslar arasında bir araştırma yapılırsa Sheehan sendromu vakalarına rastlamak mümkün olacaktır.

Tedavi :

Sheehan sendromunda replacement tedavisi uygulanır. Hipofonksiyona uğrayan bezlerin, eksik olan hormonlarının yerine koyma yöntemi ile tedavi edilir. Genellikle, tiroid ekstrasi, kortikosteroid ve östrogen uygulanır. Kliniğimizdeki vakalara, günde 25 mgr. thyronon, 1.25 mg. östrogen ve vakaya göre 5-10 mg. prednisolon uyguladık. Vakaya göre haftada 10 mg. methyltestosteron ve kan transfüzyonu yapıldı. Bol karbonhidratlı, proteinli bir diyet uygulandı. Bu tedavi ile dört vakamızda da önemli ölçüde iyileşme saptandı.

Özet

İlk kez 1937 yılında Prof. Sheehan tarafında tanımlanan Sheehan sendromu bir panhipopitüitarizm olgusudur. Post partum kanamaların meydana getirdiği bu vakaların, ülkemizde önemli bir oran teşkil ettikleri kanısındayız. Üç sene içinde, I. Dahiliye polikliniğine başvuran hastalar arasında dört Sheehan sendromu vakasını saptamakta bunu kanıtlar.

Summary

Sheehan's syndrome or panhypopituitaris ma is a morbid entity described by Sheehan in 1937 we beleire that this syndrome constitutes an important percentage in our country, and is the result of postpartum hoemorrhages. In a period of 3 years we had 4 cases in our medicale dutpatient department.

LİTERATÜR

- 1 — Baycın Tokay, Özdemir A. İlhan. Sheehan Sendromu, Ankara Ü. Tıp Fakültesi mecmuası 1965.
- 2 — Yörükoğlu Sedat, Canbazoğlu A. Metin. Sheehan Hastalığı, Obstetrik ve jinekoloji seminerleri. Ankara 1963.

- 3 — H. L. Sheehan. Postpartum hipopituitarizm. Obstetrik ve jinekoloji seminerleri. 1963.
- 4 — Kolođlu Selahattin. Endokrinoloji. 1961.
- 5 — Titiz İrfan, Oktay Sabih, Aktan Hamdi. İ Hastalıklar semptomatoloji ve tedavi 1970.
- 6 — Abaođlu Cihat, Aleksanyan Vahe. Semtomdan Teđhise. 1974.
- 7 — Abaođlu Cihat, Aleksanyan Vahe. Teđhisten Tedaviye 1975.
- 8 — Mathé. G. ve Richet. G. Sémiologie Medicale 1977.