

SHEEHAN SENDROMUNDA PSİŞİK BOZUKLUKLAR (*)

Dr. Suat Efe - Dr. Halis Karsu (**)

Komplike doğumları tâkiben ortaya çıkan hipofiz ön lobunun iskemik nekrozuna ait hipopitüitarizm vak'alarını ilk tarif eden Sheehan'dır (1) (1949).

Bu hastalık yalnız kadınlarda görülür. Doğum sırasında kanama ve kollaps komplikasyonu olarak hipofizde meydana gelen nekroz Sheehan sendromuna sebep olmaktadır. Uterus kanaması ile birlikte seyreder, fakat kanamasız vak'alar da tarif edilmiştir. Kan kaybı olmaksızın meydana gelenler hipotansiyon devresinden sonra gelişir. Bu hastalıklarda doğumdan sonra laktasyon kaybı, hipoglisemi ve dış genital organlarda atrofi olur. Menstrüel fonksiyonlar tekrar görülmez. Libido kaybı, saç dökülmesi, aksilla ve pubis kıllarında azalma vardır. Hastalarda mikzödem görünüşü hâkimdir. Bazal metabolizma ve tansiyon düşüktür. TSH ile stimülasyon sonucu tiroid fonksiyonlarında artma husule gelir.

Hastalarda halsizlik, uyusukluk, soğuğa dayanıksızlık görülür. Gerçek teşhis konuncaya kadar psikonörotik zannedilip bu yönde uzun yıllar tedavi görürler. Bir kısım hastalar süratle ön hipofiz yetmezliğine girerler. Bu son durumda gonad, tiroid ve sürrenal fonksiyonları gitgide geriler.

Deri ince, soluk, sarı renkte, atrofiktir. Deride depigmentasyon vardır ve bu özellikle mamillaların solukluğu şeklinde göze çarpar. Deride erken kırışıklıklar teşekkül eder.

Patolojik anatomi: Ön hipofizde nekroz ve nedbe görülür. Adrenal korteksi ve tiroidde atrofi vardır. Overler, uterus ve visserlerde küçülme vardır. Bu vak'alar hipofiz lezyonunun total olmaması ile Simmond sendromundan ayrılırlar.

Fizyopatoloji : Tirotrop hormon yetersizliği sebebi ile pitüiter yetersizlik yerleşir. Ensüline karşı hassasiyet vardır. Kanda kolesterin hiç bir zaman 300 mgr. ı aşmaz. Kanda tirotrop hormon seviyesi ya düşüktür yada hiç yoktur.

(*) 11.5.1977 tarihli bilimsel toplantıda tebliğ edilmiştir.

(**) Şişli Çocuk Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği. (Şef: Doç. Dr. Suat Efe).

Sheehan sendromunda ön plânda sahneye mikzödem tablosu hâkimdir. Burada tiroidin çalışmamasına sebep hipofizer tireostimulan hormonun noksan salgılanmasıdır. Bu hastalarda hipofizin hastalığı sebebi ile ACTH noksanlığı ve bunun neticesinde de sürrenal yetmezliği meydana gelir. Fakat sürrenal yetersizliği bu hastalarda ikinci plânda kalır. Sheehan'lılarda pigmentasyon teşekkül etmez. Mikzödem tedavisi edilen hastalarda sürrenal yetmezliği daha belirgin hale gelir. Mikzödem tedavisinden sonra hastanın iyileşmesi beklenirken fenalaştığı, genel durumunun bozulduğu görülür. Hastalık semptomlarında artma, bulantı ve kusma görülür. Kollaps, koma ve hattâ ölüm meydana gelebilir.

Tiroid hormonu verilmesi ile meydana gelen bu tablo şöyle izah edilebilir: Verilen tiroid ekstreleri ile metabolizma yükseliyor, fakat korteks hormonları verilmediği için sürrenal yetmezliği ve buna bağlı olarak meydana gelen şok neticesi hasta kaybedilebiliyor.

Bu hastalarda 17-keto-steroid ve 17-hidroksi-keto-steroid itrahi 24 saatte 5 mgr. a kadar düştüğü gibi bazen de kaybolur. Yine idrarda gonadotropinlerin seviyesi düşüktür. Ekseriya normokrom bir anemi vardır.

Sheehan kendisi 1963 yılına kadar 50 vak'a teşhis etmiş, bunların 25 inde otopsi yapılmıştır (5). Genel nüfusa göre morbiditenin 50: 1 000 000 olduğu tahmin ediliyor.

Vak'a

E.Y. 40 yaşında kadın. Prot No 1892/69. Giriş: 1.2.1977. Çıkış: 9.3.1977.

Şikâyetleri: Hasta servise getirildiği zaman konuşamıyor ve durumunu anlatamıyordu. Yanındakilerin ifadelerine göre vücudunun muhtelif yerlerinde ve başında ağrı, ileri derecede halsizliği vardı.

Hikâyesi: İleri derecede halsizliği, zaman zaman bulantı ve kusması olan hasta servisimize komada getirilmiştir. Yapılan âcil kontrollerde şekeri ve üresi normal bulunan hasta koma sebebinin aydınlatılması için servisimize yatırıldı. Bir müddet evvel hastanemiz 1. Dahiliye servisinde yatarak tedavi görmüş.

Özgeçmiş: Evli bir çocuğu sağ ve sıhhatte. Bir çocuk bilmediği bir hastalıktan ölmüş. Bir defa ikterli bir hastalık, bir defasında da vajinal bir kanama nedeni ile hastaneye yatarak tedavi görmüş.

Soy Geçmişi: Babası bilmediği bir hastalıktan ölmüş. Annesi ve beş kardeşi sağ ve sıhhatte.

Fena alışkanlığı: Yok.

Beden fonksiyonları: İştahı azalmış. Miksiyon normal. Defekasyon bazen ishal tarzında oluyormuş.

Genel durum: Şuur kısmen açık, sorularına kısmen cevap veriyor. Hasta pasif etrafı ile, etrafının kalabalığı, kendisinin hastanede oluşu ile hiç ilgilenmiyordu. Hasta uzun müddet servisimizde yattığı halde hiç bir gün evini ve çocuğunu sormadı. Yatağında devamlı olarak halsiz ve bitkin vaziyette yatıyordu. Yattığı yatağın temiz veya kirli oluşu, düzgün olmaması onu ilgilendirmiyordu. Yüzüne dağılan saçlarını ve başındaki örtüsünü bile düzeltmek ihtiyacını duymuyordu. Yemek vakti önüne getirilen yemekle dahi ilgilenmiyordu. Bir çocuk gibi başkası yemeğini ağzına vermezse yemek yemek istemiyordu. Hasta servisimizde yattığı müddet zarfında miksiyon ve defekasyonunu zaman zaman yatağına yapıyor ve bu durumdan hiç şikâyet etmiyordu. Hastaya birkaç battaniye örtüldüğü halde üşüyordu. Hastada devamlı bir hipotansiyon tesbit edildi. Memeler atrofik ve meme başları depigmente idi. Pubis ve koltuk altı kılları dökülmüştü. Gündüzleri hiç konuşmuyor, bazı geceler biraz konuştuğu, yanında yatan hastalar tarafından ifade ediliyordu.

Solunum Sistemi: Her iki hemitoraks solunuma eşit olarak iştirak ediyor. Vibrasyon torasik normal. Perküsyonla normal sonorite alınıyor. Oskültasyon bulguları normal.

Dolaşım Sistemi: T.A. yattığı müddet zarfında 60/30 mm.Hg ile 100/30 mm.Hg. arasında oynadı. Nabız 60/dak. ve muntazam. Apeks 5. interkostal mesafe ve medioklaviküler çizgi üzerinde. Oskültasyonla kalp sesleri normal, patolojik ve ilâve ses yok.

Sindirim Sistemi: Dişler eksik ve bakımsız. Dil kuru ve pashlı. Batın serbest ve yumuşak. Dalak ele gelmiyor. Karaciğer kosta kenarını geçmiyor.

Sinir Sistemi: Ense sertliği var. Babinski müsbet. Karın derisi refleksleri alınmıyor. Şuur açık.

Ürojenital Sistem: Normal.

Laboratuar Bulguları:

	31.1.1977	18.2.1977	22.2.1977
Hgb	: % 60	% 60	% 65
Eritrosit	: 3 060 000	3 170 000	3 360 000
Renk ind.	: 1	0,9	0,9
Lökosit	: 4 200	5 200	7 200
Retikülosit	: % 01		

Sedimentasyon :

	31.1.1977	18.2.1977	22.2.1977
1. saatte :	120	83	62 mm.
2. »	137	110	107 mm.

Lökosit formülü :

Segment :	66
Lenfosit :	22
Monosit :	12

İdrar tahlili :

	7.2.1977	9.2.1977	15.2.1977	22.2.1977
Renk :	Sarı	Sarı	Sarı	Sarı
Görünüm :	Berrak	Bulanık	Bulanık	Bulanık
Reaksiyon :	Asit	Asit	Asit	Asit
Dansite :	1007	1010	1005	1005
Albümin :	Yok	Müsbet (0.5 gr/lit)	Yok	Müsbet (0.5 gr/lit)
Bilirubin :	Yok	Yok	Yok	Yok
Ürobili. :	Yok	Yok	Yok	Yok
Şeker :	Yok	Yok	Yok	Yok
Sediment :	mebzül lökosit ve lökosit kü- mesi bol epitel hücreleri	bol lökosit 15-20 epitel	10-12 löko.	silme lökosit

İdrar kültüründe coliform bakteriler üredi. Teramisin ve trimethoprim + sulfomethoxazol'e hassas bulundu.

	31.1.1977	22.2.1977	23.2.1977
Kan şekeri (% mgr.)	74	61	70

	31.1.77	3.2.77	7.2.77	10.2.77	18.2.77	2.3.77
Azotemi (% mgr.)	150	110	35	20	20	25
Kreatinin »	—	4	—	—	1,3	—
Yedek alkali (cc CO ₂)		57,9	48,5	47,9	43,5	—

Kan elektrolitikleri :

	31.1.1977	7.2.1977	2.3.1977
Na :	320 mgr.	320 mgr.	330 mgr.
K :	14,7 »	14,2 »	15 »
Cl :	355 »	310 »	340 »

Lipitler :

T. lipid : % 500 mgr.
Kolesterin : % 200 »
K. Fenol : 12 ü.

Alkali fosfataz : 1.5 B.ü.
Asit fosfataz : 0,1 »
P : % 1.6 mgr.

24 saatlik idrarda 17 — ketosteroidler : 19,75 mgr.

Likor : Kaya suyu rengindeydi ve kültür steril kaldı.

Likorda: şeker % 64 mgr.

Cl % 712 mgr.

Pandy menfi

Sella tursika grafisi : Normal.

Read metodu ile bazal metabolizma : % — 14 bulundu.

Göz konsültasyonunda : Göz dibi normal.

EKG : Voltaj düşüklüğü dışında patolojik bulgu yok.

2.2.1977 tarihinde yapılan nöroloji konsültasyonu sonucu : «Mevcut nörolojik bulguları bir merkezî sinir sistemi hastalığına bağlamak olasılığı azdır. Hastanın anemisi, kan üresinin yüksek oluşu göz önüne alındığında daha ziyade üremiye bağlı bir ansefalopati üzerinde durmak gerekir.» (Dr. Y. A.).

İkinci göz konsültasyonu : Göz dibi bulguları tabii bulundu.

17.2.1977 tarihinde yapılan ikinci nörolojik konsültasyon sonucu : «Hastada görülen ve sonradan kısmen açılan bilinç bozukluğu nefropati + azotemi + anemi + yüksek ateşli enfeksiyon halinin meydana getirdiği bir durumdur.» (Dr. Y.A.).

Tartışma :

Vak'amızın tanısı önceden başka bir klinik tarafından konmuş bulunmaktaydı. Bizim amacımız bu vak'anın endokrinolojik psikiatri açısından ele alınmasıydı. Bu nedenle ilk kez karşılaştığımız bu psikişik

tabloyu Sheehan sendromunun karakteristik psişik tablosu olarak tanımak ve değerlendirmek suretiyle huzurunuza getirmekte yarar gördük. Çünkü bu tablo çok az tanınmakta ve tanı güçlüklerine neden olmaktadır. Nitekim hastamızı biz de bir süre Sheehan sendromunun psişik bozukluğu olarak tanımakta güçlük çektik. Bizden sonra kaldırıldığı Sigorta Hastanesinde de hastanın önce dahiliye kliniğine yatırıldığı, sonra ense sertliği nedeniyle Enfeksiyon servisine nakledildiği, orada da menenjit tanısından uzaklaşıldığı için Bakırköy Akıl Hastanesine nakledildiği, fakat psikoz olmadığı nedeniyle oradan da tekrar Sigorta Hastanesinin Dahiliye servisine nakledildiği öğrenildi. Anlaşıyor ki az bilinen bu tablonun tanıtılması gereklidir. Bizzat Sheehan'ın kendi yayınlarında (5) bu hastaların yatalak hale geldiği, genellikle öğleye kadar yataktan çıkmadıkları veya ocak yakınında bir koltukta oturdukları, ilerlemiş safhada sık sık komaya girdikleri kaydedilmektedir. Hiç pubis kılı olmadığı farkedilip kesin tanı konuncaya kadar bu hastaların üremi, barbitürat entoksikasyonu veya arakncidal kanama tanısı ile işlem gördüklerini ısrarla belirten Sheehan bu hastaların sürekli bir apati içinde bulduklarını, amenoreik olduklarını fakat bununla ilgilenmediklerini, evlerini ve çocuklarını ihmal ettiklerini de ayrıca kaydetmektedir. Bizim vak'amızda da psişik tablo buna çok benzemekteydi. Bizi uyaran Bleuler'in (6) Endokrinolojik Psikiatri adındaki kitabının Sheehan sendromuyla ilgili bölümü oldu. Konunun iyice aydınlığa kavuşması için bu kitaptan bazı bölümleri aynen buraya almak istiyoruz:

«Bu sendromdaki psikiatrik bozukluklar sanıldığından daha sık görüldüğü halde beklendiğinden daha az dikkati çekmiş, geniş literatürdeki yazıların çoğunda sadece kısa psikiatrik bulguların zikredilmesi ile yetinilmiştir. Daha geniş psikiatrik tanımlamalar hemen hemen yok denecek kadar azdır. Kendi kliniğimizde (Bleuler) 4 vak'a müşahade edilmiştir. Bunlardan ikisi uzun süre ve çok iyi bir şekilde müşahade ve takip edilmiş, diğer ikisi ise psikiatrik olarak çok iyi incelenmiş, fakat teşhisleri ancak otopside konmuştur. Bu vak'alar Wipf (2) und Staehelin (3) taraflarından yayınlanmıştır.»

«Hastalığın başlangıcında çeşitli emosyonel psişik değişiklikler bulunursa da bunlar hafiftir. Hastalığın ilerlemesiyle yıllar zarfında gitgide hastanın aktivitesinde azalma ve nihayet tamamen kaybolma hali dikkati çeker. Muhitindekiler hastanın inanılmaz derecede bir tembellik içine düştüğünü ve bütün görevlerini ihmal ettiğini farkedeler. Özellikle hasta anne tarafından çocukların tamamen ihmal edilmesi çocuklar üzerinde çok kötü sonuçlar ortaya çıkarır. Hastalar

kendilerini de çok ihmal eder ve âdeta pislik içinde yüzerler. Yakınları ile ilişkilerini keserler. Hiç konuşmak istemezler. Bazen de çok can sıkıcı ve tehammül edilmez bir şekilde konuşurlar. O zaman da kimse kendilerini dinlemek istemez.»

«Sübjektif olarak bu durum yorgunluk ve ilgisizlik ile karakterizedir. Bazen geçici olarak hastalarda (harekete zorlandıkları takdirde) iritabilite husule gelir, hiddetlenirler.»

«Ağır vak'alarda hastalar kirli yataklarında öylece yatarlar ve açlıktan dolayı ölüm kendilerini bekler. Hareket ihtiyacı, seksüalite tamamen durmuştur. (Genital bezleri atrofisi «4») Hastalar üşürler (miksödem). Uyku ihtiyacı hemen daima çok artmıştır. Açlık ve susama hissi çok azalmış olabilir, fakat bazan artar (hipoglisemi). Genel hareketsizlikten dolayı entellektüel cevap azalmış görülür. Bu hastalar konuşmak ve düşünmek için hiç bir gayret göstermezler. Düşünseler ve konuşsalar bile bu çok yavaş ve sathî olur, yorgun ve bitkin hale gelirler. Konuşma isteksizliği mutismus derecesine varır. Yavaş yavaş tam amnestik bir psikosendrom bütün belirtileriyle gelişip yerleşir.»

«Bu anlattıklarımız hastaların mizerabl durumunu ifadeye yetmez. Bunlarda akut eksojen reaksiyon tipine uyan psikozlar sık görülür. Halusinozlar, alkol hulasinasyonlarını andırır. Deliryum halleri ve eta preküsüpüler sık görülür. Devamlı uyku periyotları da sık müşahede edilir. Bu psikotik haller zamanla komaya dönüşür.»

«Psikotik haller zaman zaman kaybolabilir ve özellikle geceleyin hastalar kısa süreli düzelmeler gösterebilirler. Zamanla kronik halusinatıvar - paranoid psikozlar ortaya çıkabilir. Bu halleri şizofreni ile karışabilir. Fakat bunların şizofreni ile bir ilişiği yoktur.»

«Buraya kadar anlattıklarımız Sheehan sendromunun dahiliyeciler kadar psikiyatrları da ilgilendirdiğini ortaya koymaktadır.»

«Vak'alar : Kliniğimizde müşahede edilen 3 Sheehan vak'asını Staehelin (3) özetle şöyle tarif etmektedir: Yıllarca ve hattâ uzun yıllar süren bir durgunluk ve apati dikkati çeker. Gece ve gündüz bu hastalar rahatsız edilmeksizin hep yatakta kalmak isterler. İskemleye oturtulsalar bile uyukluyarak düşebilirler. Çevreleri kendilerini hiç ilgilendirmez. Kocalarının, çocuklarının, evlerinin işleri tamamen ihmale uğrar. Bu hastalardan biri anlayışsız kocası tarafından dövülmüş, aç bırakılmış ve ölünceye kadar en kaba şekilde muamele edilmiş-

tir. Fakat hasta bunların hiç birisine en ufak şekilde reaksiyon göstermemiştir. Diğer bir hasta çok ihmal ettiği evindeki yiyeceklerin küflendiğini, koktuğunu ve boşaltılmayan oturakların kokusunu fark edememiştir. Diğer iki hastanın kocaları yemeklerini kendileri pişirmek ve ev işlerini bizzat yapmak mecburiyetinde kalmışlardır. Üçüncü erkek te evini ve karısını terk etmek mecburiyetinde kalmıştır. Bu hasta kadınlar kirlenmiş gece kıyafetlerini sırtlarından çıkarmamaktaydılar. Çocukları bakımsız ve sahipsiz kalmış, komşuları tarafından bakılmaktaydı. Bir kadının üç çocuğundan iki oğlu cinayet işlemiş, kızı da seksüel patoloji göstermiştir.»

«Sheehan sendromunun psikopatolojisinin mahiyeti endokriniyen Psikosendrom çerçevesinde kolay anlaşılır. Şöyle ki genital bezlerin, tiroidin ve sürrenal kortekslerinin hipofonksiyonuna bağlı bir psikopatoloji tablosu ortaya çıkar.»

«Adı geçen endokrin organların hormonları ile yapılacak bir substitüsyon tedavisi uzun bir süre için fizik bir düzelme sağlar. Hattâ psişik durumu bile düzelterebilir. Fakat fizik düzelmede olduğu kadar psişik bir düzelme her zaman sağlanamaz. Bir Sheehan'lı vak'amızda yıllarca ileri derecede bir apati içinde kaldığı halde tedavi başarılı olmuştur. Tedavinin başlangıcında hasta o derece apatik idi ki kendisinde bir psikozun bulunduğu söylenebilirdi. Hiç konuşmuyor ve hiç bir harekette bulunmuyordu. Sübstitüsyon tedavisi ile hastada bir kaç haftada yalnız fizik bir düzelme olmakla kalmadı, psişik olarak ta fevkalâde düzeldi. Klinikte bir psişik hasta olarak dikkati çekmez hale geldi. Rahatça konuşuyordu ve yattığı servisteki hayata iştirak ediyordu. Taburcu edilirken taşımakta olduğumuz ümitler maalesef gerçekleşmedi. Evine gittikten kısa bir zaman sonra (tedaviye devam edildiği ve fizik durumu iyi olduğu halde) yeniden eski korkunç tembelliğine ve ilgisizlik haline düştü. Ne yaparsak yapalım pasif mukavemetini yenemiyorduk. Buna benzer müşahedeleri sık olarak yapıyoruz. Endokriniyen hastaların fizik tedavisi parlak başarılar sağlıyor ve objektif psişik belirtiler kayboluyor fakat bütün bunlara rağmen hasta içine düştüğü depresif kişilik kusurundan kurtulamıyor. Anemnezlerine bakarak söyleyebiliriz ki tedavi başarısı ancak geçici, kısa bir süre için olmaktadır. Bunlardaki şahsiyet değişikliğinin düzeltilmesi konusunda çalışılması hekimliğin büyük vazifeleri arasındadır. Sheehan'la yaptığımız kişisel bir görüşmede söylediğine göre küçük dozlarda kortizonla (günde 12,5 mgr. veya daha az) bizim tecrübelerimizin aksine uzun süreli ve daha belirgin psişik düzelmeler sağlanabilmektedir.»

Bleuler'in kitabından aldığımız bölümler burada bitiyor. Bizim vak'amızdaki semptomlar hemen tamamen Bleuler'in anlattıklarına uymaktadır. Tedavi denemelerimiz hastadaki piyelonefriti ve hiperezotemiyi tamamen düzeltmeye yetmiştir, fakat hastadaki kişilik bozukluğunu ve apatiyi düzeltmeye yetmemiştir.

Özet

40 yaşındaki bir kadın hastada Sheehan sendromunun ileri derecede apati, çevreye ve kendisine ilgisizlik, devamlı uyku hali, hareketsizlik ile seyreden kişilik kusuru tablosu belirtilmiş ve bu konudaki literatür geniş şekilde özetlenmiştir. Sheehan sendromunun endokrinolojik psikiyatrik tablosu çok az tanındığı için bu vak'anın yayınlanmasında yarar görülmüştür.

Summary

A 40-year-old white female showing the mental changes associated with Sheehan syndrome is presented. In this connection the endocrinological psychiatric aspect of Sheehan syndrome is reviewed.

LİTERATÜR

- 1 — Sheehan, H.L. ve V.K. Summers: The Syndrome of hypopituitarism. Quart. J. Med. (Oxford) 18, 319 (1949).
- 2 — Wipph, H.: Psychische Störungen bei sog. multipler Blutdrüsensklerose (Falta). Arch Psychiatrie, u. Zschr. Neurol. 180, 465-491 (1949).
- 3 — Stähelin, B.: Psychopathologie des Sheehan - Syndroms. Acta Endocrinol. K'hvn. 14, 145-152 (1953).
- 4 — Mc Cullagh, E.P., A. Gold, J.B.R. Mc Kendry: Alterations in testicular structure and function in organic disease of the pituitary. J. Clin. Endocr., Springfield, 871 (1950).
- 5 — Sheehan, H.L.: Postpartum hipopituitarizm. Obstetrik ve Jinekoloji Seminerleri, Fasikül II. Ankara 1963.
- 6 — Bleuler, M.: Endokrinologische Psychiatrie. Georg Thieme Verlag-Stuttgart, 1954.