

## Olgu #2012001: Tanınız nedir?

### Case #2012001: What is your diagnosis?

Umur Kalyoncu<sup>1</sup>, Şerife Mehlika Işıldak<sup>2</sup>, Meral Çalgüneri<sup>1</sup>, Olcay Gedik<sup>2</sup>

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, <sup>1</sup>Romatoloji Ünitesi ve <sup>2</sup>Endokrinoloji Ünitesi, Ankara

"Sıradışılık hemen daima bir ipucudur. Bir vaka ne kadar sıradan ve özelliiksiz ise onu sonuca ulaştırmak o kadar zordur."

The Adventures of Sherlock Holmes  
The Boscombe Valley Mystery

Ellibeş yaşındaki erkek hasta, 5 gündür devam eden halsizlik, 39 °C ateş, sağ yan ağrısı ve karın ağrısı şikayetleriyle acil servise başvuruyor. Acil serviste kan basıncı, yatarken 110/70 mmHg, otururken 90/60 mmHg olarak ölçülüyor. Fizik muayenede sağ akciğer bazalde ral ve bilateral üst kadranda hassasiyeti var; sağ alt ekstremitede distal nabızlar alnamıyor. Akciğer grafisinde sağ bazalde infiltrasyon ve sağ kostofrenik sinüs künt görünüyor. Başvurusundan bir ay önce pnömoni ve hemoptizi tanısıyla tedavi edildiği ve toraks BT'de pnömonik konsolidasyon ve plevral effüzyon rapor edildiği görülüyor. Başvurusundan 20 gün önce karın ağrısı nedeniyle çekilen abdomen BT'sinde her iki akciğer bazalinde konsolidasyon, ayrıca sürrenal lojda sağda 2.5x2.5 cm, solda 3x3 cm boyutlarında kitle lezyonları rapor edilmiş. Levofloksasin 1x500 mg başlanarak merkezimize sevk edilen hastanın başvurusundan bir gün önce otururken baş dönmesi ve kusması gelişmiş ve ateşi 39 °C ölçülmüş. Hikayesinde ise bir sene önce ayaklarda morarma nedeniyle yapılan anjiyografide ana iliyak arter orijininde aterom plağına sekonder segmental darlık, sağ posterior tibial

arterde oklüzyon ve sol yüzeyel femoral arter uyluk orta kesiminde 3-4 cm'lik segmental darlık saptanmış, aspirin ve statin tedavisi önerilmiş. Hastanın klinik izleminde hastanede edinilmiş pnömoni ön tanısıyla piperasilin tazobaktam ve klaritromisin tedavisi başlandı. Kan basıncı 100/70 mmHg ve ateşi bir kez 38.0 °C ölçüldü. Laboratuvar incelemesinde serum sodyumu 128 mEq/L/dl; ACTH 432 pg/ml (0-46), kortizol 1.33 mcg/dl (5-15), saptandı. Hastaya 15 mg/gün metilprednizolon verildi, karın ağrısında azalma oldu, baş dönmesi ve kusması tamamen normale döndü, ateşi tekrar yükselmedi. Hastanemize yatışı sırasında çekilen abdominal BT **Şekil 1**'de gösterilmiştir. Bu dönemde pnömonik ve lezyonella antijenleri negatif saptandı; kan kültüründe üreme olmadı. Yatışının 5. gününde sol bacakta ağrı gelişti; Homans bulgusu pozitif. Alt ekstremitte venöz Doppler ultrasonografide sol popliteal venede trifurkasyondan itibaren distal dalları akut tromboze görünümünde olup akım izlenmedi. Ayrıca sol yüzeyel femoral arter orta 1/3 kesiminde de akım varlığı saptanamadı, ancak distalde akım görüldü.

### Sorular (Yanıtlar arka sayfada)

1. Tanınız nedir?
2. Tanıya ulaşmak amacıyla uygulanacak en basit yol nedir?

#### İletişim / Correspondence:

Dr. Umur Kalyoncu. Antakya Devlet Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Antakya, Hatay.  
Tel: 0533 421 25 97 • e-posta: umutkalyoncu@yahoo.com.tr

Çıkar çakışması / Conflicts of interest: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir. / No conflicts declared.

www.raeddergisi.org  
doi:10.2399/raed.12.007  
Karekod / QR code:



## Bulgular

Bu hastada mevcut bulgular sırasıyla şunlardır:

1. Pnömoni ve plevral effüzyon (hemoptizi ile birlikte)
2. Adrenal bezlerde bilateral spontan hemoraji
3. Periferik arter hastalığı öyküsü
4. Akut derin ven trombozu

## Laboratuvar İncelemesi

Hastanın laboratuvar incelemesi aşağıdaki gibidir:

ANA (-), antikardiyolipin Ig G: 17.5 GPLU/ml (0-12), antikardiyolipin Ig M: 22.9 MPLU/ml (0-12), antifosfolipid IgM (-), antifosfolipid IgG: 23.8 RU/ml (0-12), PTT LA: 63.1 (0-40) sn, antifosfolipid nötralizasyon: pozitif.

## Tanı

Antifosfolipid sendromu ve adrenal hemoraji

## Kısa Literatür Bilgisi

Antifosfolipid sendromu (APS) ve adrenal hemoraji ile ilgili 2003 yılında yayınlanan bir derlemede ilki 1983 yılında olmak üzere 86 hasta değerlendirilmiştir.<sup>[1]</sup> Bu hastaların %55'i erkek, ortalama yaşları ( $\pm$ SD)  $43\pm 16$ 'dır. Yaklaşık %71'i primer APS, %16'sı sistemik lupus eritematozusa bağlı APS'dir. Hastaların %36'sında ilk bulgu adrenal yetmezliktir. Klinik bulguların görülmesi sırayla karın ağrısı (%55), hipotansiyon (%54), ateş (%40), bulantıkusma (%31), yorgunluk-güçsüzlük (%31) ve bilinç değişiklikleridir (%19). Karın ağrısı, hipotansiyon ve ateş bizim hastamızda da başlangıç bulgularıydı. Görüntüleme teknikleriyle en sık rastlanan bulgu adrenal hemoraji, histopatolojik olarak ise damar trombozuyla birlikte hemorajik infarkt'tir. Hastaların %97'sinde lupus antikoagülanı pozitifdir; IgG tipinde anti-kardiyolipin antikor pozitifliği de sık (%93) görülmektedir. Bu laboratuvar bulguları bizim hastamızda da saptanmıştır. En önemli nokta ise hastaların %36'sında mortal seyirli olmasıdır.

Mayo Kliniğinin 25 yıllık adrenal kanama ile ilgili deneyimleri bize bu nadir ancak önemli klinik sonuçları olan hastalıkla ilgili değerli bilgiler vermektedir.<sup>[2]</sup> Altmış yedisi otopsi ile tanı almış 141 hastanın değerlendirildiği bu derlemede adrenal hemoraji nedenleri sıklık sırasına göre şunlardır; sepsis/stres (%39.7) insidentiloma (%19.8), lupus/heparine bağlı trombositopeni (%14.2), spontan



Şekil 1. Abdominal BT'de bilateral adrenal hemoraji ile uyumlu görünüm.

(%11.3), post-operatif (%9.9), anti-koagülasyon (%2.1) ve travmadır (%2.8). Yine bu çalışmada vurgulandığı gibi lupus antikoagülanı adrenal hemoraji için tespit edilebilecek en önemli risk faktörüdür. Özellikle enfeksiyonlar, anti-koagülanlar ve post-operatif dönem gibi kolaylaştırıcı durumların varlığında APS hastalarında adrenal hemoraji görülebilmektedir. Gerçekten de bizim hastamızın öyküsünde de 1 ay içerisinde geçirilmiş pnömoni öyküsü mevcuttur.

Bizim hastamızın bir ilginç özelliği de 1 yıl önce tanı konulan periferik arter hastalığıdır. APS'da arteriyel trombozun yanı sıra son zamanlarda klinik ve subklinik aterosklerozun da geliştiğini gösteren çalışmalar yayınlanmaktadır. Özellikle intima media kalınlaşması ve bozulmuş endotel fonksiyonu aterosklerozun göstergesi olarak saptanmaktadır.<sup>[3]</sup>

## Kaynaklar

1. Espinosa G, Santos E, Cervera R, et al. Adrenal involvement in the antiphospholipid syndrome: clinical and immunologic characteristics of 86 patients. *Medicine (Baltimore)* 2003;82:106-18.
2. Vella A, Nippoldt TB, Morris JC 3rd. Adrenal hemorrhage: a 25-year experience at the Mayo Clinic. *Mayo Clin Proc* 2001;76:161-8.
3. Ames PR, Antinolfi I, Scenna G, Gaeta G, Margaglione M, Margarita A. Atherosclerosis in thrombotic primary antiphospholipid syndrome. *J Thromb Haemost* 2009;7:537-42.