



ODÜ Tıp Dergisi / *ODU Journal of Medicine*
http://otd.odu.edu.tr

Olgu Sunumu

Case Report

Odu J Med
(2015) 2: e29-e31

Kompulsif su içme: Bir olgu sunumu
Compulsive water drinking: A case report

Havva Keskin¹, Yasemin Kaya², Fatih Yılmaz¹, Kenan Çadircı¹, Atıf Bayramoğlu¹

¹ Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği ² Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Kliniği

Yazının geliş tarihi / Received: 04 Şubat 2014 / Feb 04, 2014
Düzeltilme / Revised: 13 Şubat 2014 / Feb 13, 2014
Kabul tarihi / Accepted: 27 Mart 2014 / Mar 27, 2014

Abstract

Compulsive water drinking is a common clinical symptoms in psychiatric disorders, although emergency services and particularly in elderly patients from nursing homes underdiagnosed in the first place is a clinical condition. As long as serum sodium level falls well tolerated that it is a clinical condition who had not clearly elucidated the etiology.

In this case, the nursing home brought in to the emergency room unconscious, cannot be adequate history, examination of many of the more corrupt and electrolytes was presented a patient is detected.

Key words: compulsion, excessive drinking

Özet

Kompulsif su içme psikiyatrik bozukluklarda sık rastlanan klinik bir belirti olmasına rağmen, acil servislerde ve özellikle bakım evlerinden gelen yaşlı hastalarda ilk etapta tanısı atlanmaktadır. Serum sodyum değeri düşmediği sürece iyi tolere edilebilen ve etyolojisi net olarak aydınlatılmamış bir klinik tablodur.

Bu olgu sunumunda, bakım evinden acil servise şuuru kapalı olarak getirilen, yeterli öykü alınamayan, yapılan tetkiklerde birçok elektrolit değerinin bozuk olarak tespit edildiği bir hasta sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: kompulsiyon, aşırı su içme

Giriş

Kompulsif su içme psikiyatrik bozukluklarda sık rastlanan bir klinik belirti olmasına rağmen, acil servislerde ve özellikle bakım evlerinden gelen yaşlı hastalarda ilk etapta tanısı atlanan klinik bir durumdur. Bu durum "kompulsif su içme", "psikojenik polidipsi" ve "kendisinin yol açtığı su intoksikasyonu" olarak da adlandırılır. Altında yatan neden açık değildir. Nedenleri arasında olası hipotalamik bir kusur, uygunsuz antidiüretik hormon salınımı ve antipsikotik tedavi olabileceği bildirilmiştir. Psikiyatrik hastalıkların %1-5'inde polidipsiye bağlı su intoksikasyonu ortaya çıkmaktadır (1,2).

Hastalar genellikle baş ağrısı, bulantı, kusma ve konfüzyon ile başvurmalarına rağmen nöbet, solunum durması, pulmoner ödem tablosuda başvuru nedeni olabilir (3-5). Nörolojik semptomlar sıklıkla hiponatremik ensefalopatiye bağlı olarak izlenir ve bu nedenle hiponatremi (serum sodyum düzeyinin 135mEq/Lnin altında olması) gelişmedikçe iyi tolere edilir.

Bu olgu sunumunda, bakım evinden acil servise şuuru kapalı olarak getirilen, bakım evinden geldiği için anamnezi net alınamayan, ilk etaptaki tetkiklerde birçok elektrolit değerinin birden bozuk tespit edildiği bir hasta sunulmuştur.

Olgu

51 yaşında kadın hasta, sabah başlayan şuur bulanıklığı yakınması ile acil servisimize bakım evinde çalışanlar tarafından getirildi. Fizik muayenede şuurunun kapalı olması dışında özellik yoktu.

Laboratuvar analizinde glukoz: 162 (70-105) mg/dl, üre: 9 (15-55) mg/dl, kreatinin: 0.4 (0,6-1,1) mg/dl, sodyum: 113 (135-145) mmol/l, potasyum: 2.3 (3,5-5,1) mmol/l, kalsiyum: 7.6 (8,4-10,3) mg/dl, albümin: 4 (3,5-5) mg/dl iken magnezyum, fosfor, klor, total protein, lipid profili, amilaz, karaciğer fonksiyonları ve tam kan sayımında özellik yoktu.

Bakım evine üç gün önce bırakılan hastanın bakıcısından alınan anamnezde kullandığı herhangi bir ilaç olmadığı ve bakım evinde de kendi yemeğini ve tuvalet ihtiyacını kendisinin karşıladığı öğrenildi. Nöroloji ve dahiliye bölümleri ile konsulte edildi ve fokal nörolojik bulgu tespit edilemeyince dahiliye servisine yatırıldı.

Ateşi olmayan ve muayenede enfeksiyon odağı da saptanamayan hastanın eritrosit sedimentasyon hızı (ESH):120 (0-20mm/saat) , CRP:107 (0-6mg/L) idi. Kranial tomografi ve akciğer filminde de özellik yoktu. Mevcut elektrolit bozukluğunun etiyojisi bilinmediği için yakın elektrolit takibi yapılarak, hiponatremi için ilk etapta su kısıtlaması yapılmasının uygun olacağı düşünüldü (24 saatte 1000cc % 0,9 NaCl intravenöz infüzyonu başlandı). Bu şekilde takip edilen hastanın hiponatremi ve hipopotosemisi 5 gün içinde progresif olarak düzeldi. Şuuru açıldıktan sonra geriye yönelik sorgulamasında;

göğüste yanma hissi nedeni ile bakıcısından habersiz günlük yaklaşık 8-10 litre su içtiği öğrenildi. Nöroloji ve psikiyatri ile yeniden konsülte edilen hastada hafif mental retardasyon ve psikoz tespit edildi.

Takiplerinde hipokalsemi de ilk 4 gün içinde progresif olarak derinleşti. Mevcut tedavisine parantal kalsiyum replasmanı eklendi. İleri derecede D vitamini eksikliği de (8.3 ng/ml) tespit edilince beraberinde oral D vitamini desteği de başlandı. PTH değeri ise normaldi (18.4pg/ml). Antibiyotik verilmemesine rağmen takiplerde ESH ve CRP değerleri de normale döndü. Genel durumu düzelen hasta önerilerle taburcu edildi.

Tartışma

Su intoksikasyonu aşırı su alımı öyküsüne eşlik eden düşük serum sodyum seviyesi ve düşük serum osmolaritesi ile karakterize bir hiponatremik ensefalopati tablosudur. Serum Na seviyesi 125mmol/L nin altına inince baş ağrısı, bulanık görme, kas krampları, konfüzyon, laterji, deliryum, nöbet ve komaya kadar değişen nörolojik semptomlar gözlenebilir. Beyin ödemi ve herniasyon gelişebilmesi nedeni ile mortalite riski yüksek bir durumdur (1,2,6-8).

Klinik tablonun iyi tanımlanmış olmasına rağmen multifaktöryel nedenlerden dolayı patofizyolojisi halen net olarak anlaşılamamıştır. Ailelerinde herhangi bir nedenle polidipsi anamnezi olanlarda psikojenik polidipsi daha sık görülmektedir. Çoğunlukla eşlik eden bir psikiyatrik bozukluk vardır. Bizim olgumuzda da psikoz eşlik ediyordu. Özellikle de hormonal olarak aktif dönemde olan kadınlarda psikojenik polidipsiye bağlı ensefalopati tablosunun daha sık olması dikkat çekicidir (4-9).

Hastanın oldukça yüksek ESH:120 (0-20mm/saat) ve CRP 107 (0-6mg/L) değerleri olmasına rağmen vücut ısısının normal ve muayenede de enfeksiyon odağı tespit edilemediği için antibiotik tedavisi başlanmadı. Ancak hastaya su kısıtlaması yapılıncaya ESH ve CRP değeri de açıklanamayan bir şekilde progresif olarak geriledi. Enfeksiyon odağı bulunamamasına rağmen ESH ve CRP'nin bu kadar yüksek olması ve antibiotik tedavisi verilmemesine rağmen 5 gün içinde hızlıca progresif olarak normal değerlere gerilemesi oldukça dikkat çekiciydi.

Su intoksikasyonunun tedavisinde çoğu vakada sıvı kısıtlaması yeterli olmaktadır. Bizim sunmuş olduğumuz olguda da sıvı kısıtlaması yeterli olmuştur. Ancak ağır vakalarda acil olarak hipertonic salin solüsyonları verilmesi önerilmektedir. Klonidin ve enalaprilin serum Na seviyeleri ve idrar çıkışına olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir (7). Demeklosiklin ve lityumum polidipsiyi önlediğine dair çalışmalar vardır (1,6,7). Bunun yanısıra klozapin, propranolol önerilen tedaviler arasındadır. Bu hastalarda furosemidin pulmoner konjesyon gelişimini önleyebileceği için kullanılabilirliği söylenmektedir (3). Bipolar bozukluğun eşlik ettiği bir

psikojenik polidipsi olgusunda ketiapinin, hipomani belirtilerinin yanı sıra poliüri ve polidipsiyi de düzelttiği görülmüştür (6). Psikozun eşlik ettiği polidipsi vakalarında elektro konvülsif tedavinin de etkili olabileceği bildirilmektedir (1).

Sonuç olarak; polidipsi ve poliüri psikiyatrik hastalıklarda çok da nadir olmayarak ortaya çıkmaktadır ve bu durum bazen morbidite ve mortalite riski olan hiponatremik ensefalopatiye yol açmaktadır. Bu nedenle akut veya kronik polidipsi, herhangi bir psikiyatrik hastada nöbet veya şuur bulanıklığı geliştirse sorgulanmalıdır (5).

Sonuç

Psikojenik polidipsi, herhangi bir psikiyatrik nedene bağlı olarak kısa süre içerisinde fazla su tüketilmesi anlamına gelir. Böbreklerden atılamayacak kadar aşırı su içimi olduğunda su intoksikasyonu ortaya çıkabilir. Su intoksikasyonu mortalite riskini de beraberinde taşıyan ciddi nörolojik tablolara yol açabilir. Yaygın elektrolit bozukluğu gelişmesine rağmen tanının kesin konamadığı hastalarda psikojenik polidipsi düşünülmelidir.

Bu çalışmada; acil servise şuur bulanıklığı ile getirilen, bakımevinden getirilmesi nedeniyle yeterli öykü alınamayan ve ilk değerlendirmede çeşitli elektrolit problemleri olduğu saptanan bir psikojenik polidipsi olgusu literatür eşliğinde tartışılmış ve bu tür olgular ile

ilgili farkındalığı artırmak amacı ile sunulması uygun bulunmuştur

References

1. Illowsky BP and Kirch DG. Polydipsia and Hyponatremia in Psychiatric Patients. Am J. Psychiatry 1988; 145(6): 675-83.
2. Singh S, Padi MH, Bullard H and Freeman H. Water intoxication in Psychiatric Patients. British Journal of Psychiatry 1985; 146, 127-31
3. Moritz ML and Ayus JC. The pathophysiology and treatment of hyponatremic encephalopathy: An update. Nephrol Dial Transplant 2003; 18(12): 2486-91.
4. Özgün F, Ertemir M, Ceylan ME, Demir Ç. Stres ve Polidipsi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2002; 12(2): 86-8.
5. Ceyhan Dirican A. ve Altunkaynak Y. Psikojenik Polidipsinin neden olduğu bir Hiponatremik Ensefalopati olgusu. Cerrahpaşa Tıp Dergisi 2005; 36: 221-3.
6. Bremner AJ and Regan A. Intoxicated by Water. British Journal of Psychiatry 1991; 158: 244-50.
7. Greendyke RM, Bernhardt AJ, Tasbas HE, Lewandowski KS. Polydipsia in Chronic Psychiatric Patients: Therapeutic Trials of Clonidine and Enalapril. American College of Neuropsychopharmacology 1998; 18(4): 272-81.
8. Moritz ML and Ayus JC. The pathophysiology and treatment of hyponatremic encephalopathy: An update. Nephrol Dial Transplant 2003; 18(12): 2486-91.
9. Kulkarni J, Mclachlan R and Copolov D. The Medical and psychological investigation of psychogenic polydipsia: A Case Study. British Journal of Psychiatry 1985; 146: 545-7.