

# AŞIRI KİLO KAYBI İLE PREZENTE OLAN BİR TİP 2 DİYABETES MELLİTUS OLGUSU

## A Case of Type-2 Diabetes Mellitus Presenting with Excessive Weight Loss

Lütfi Akyol<sup>1</sup>, Asuman Çelikkbilek<sup>2</sup>, Mehmet Çelikkbilek<sup>3</sup>, Savaş Sarıkaya<sup>4</sup>, Murat Suher<sup>5</sup>

### ÖZET

İstenmeyen aşırı kilo kaybı tip-2 diyabetes mellitusun az sıklıkta görülen semptomlarından biridir. Altmışiki yaşında erkek hasta akut istenmeyen aşırı kilo kaybı şikayeti ile hastanemize kabul edildi. Çok su içme ve çok idrara çıkma şikayetleri olan hastada son bir ay içerisinde yaklaşık 32 kg kilo kaybı mevcuttu. Laboratuvar analiz sonuçlarında açlık kan şekeri 408 mg/dL ve hemoglobin A1c %17.6 idi. Hastada aşırı kilo kaybı yapabilecek malignite ön tanısı akciğer grafisi, abdomen ultrasonografi ve torako-abdomen bilgisayarlı tomografi ile dışlandı. Yüksek kan şekeri seviyeleri çoklu subkutan insülin tedavisi ile normalize edildi. Tedavi sonrası hastanın şikayetlerinde gerileme oldu.

**Anahtar kelimeler:** *Kilo-kayı, Kan şekeri, Tip 2 Diabetes Mellitus*

### ABSTRACT

Involuntary excessive weight loss is one of the less common symptoms in type-2 diabetes mellitus. 62-year-old male patient was admitted to our hospital with the complaint of an acute involuntary excessive weight loss. There was a weight loss of 32 kg in the patient who had a story of drinking a lot of water and excessive urination in the last month. Laboratory analysis revealed that fasting blood glucose was 408 mg/dL and hemoglobin A1c was 17.6%. An initial diagnosis of malignancy, which might cause excessive weight loss, was excluded by chest radiography, abdominal ultrasonography and thoraco-abdominal computed tomography. High blood glucose levels were normalized with multiple subcutaneous insulin treatment. The patient's complaints were resolved after the treatment.

**Key words:** *Weight-loss, Blood sugar, Type 2 Diabetes Mellitus*

<sup>1</sup>Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı  
Yozgat

<sup>2</sup>Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Nöroloji Anabilim Dalı  
Yozgat

<sup>3</sup>Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı  
Gastroenteroloji Bilim Dalı  
Yozgat

<sup>4</sup>Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Kardiyoloji Anabilim Dalı  
Yozgat

<sup>5</sup>Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi İç  
Hastalıkları Anabilim Dalı  
Endokrinoloji Bilim Dalı  
Yozgat

Lütfi Akyol, Yrd. Doç. Dr.  
Asuman Çelikkbilek, Yrd. Doç. Dr.  
Mehmet Çelikkbilek, Yrd. Doç. Dr.  
Savaş Sarıkaya, Yrd. Doç. Dr.  
Murat Suher, Prof. Dr.

#### İletişim:

Yrd. Doç. Dr. Savaş Sarıkaya  
Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi  
Hastanesi, İç hastalıkları  
Anabilim Dalı  
Yozgat

Tel: : +903542126070

#### e-mail:

cardiology58@gmail.com

Geliş tarihi/Received:15.04.2012

Kabul tarihi/Accepted:23.08.2012

## GİRİŞ

Tanı konulmamış diyabet önemli bir sağlık problemi olup, yapılan çalışmalarda prevalansı % 40-50 civarında bulunmuştur (1,2). Tanı almamış diyabet hastaları, normoglisemik insanlardan 2.5-3 kat fazla ölüm riskine sahiptir (3). Geç tanı alan diyabetik hastalarda ise hem komorbid hastalık, hem de diyabete sekonder ciddi komplikasyon görülme sıklığı artmakta, böylece tedavi maliyeti de yükselmektedir (4). Diyabette; ağız kuruluğu, polidipsi, poliüri triyadı şeklindeki kardinal bulgular yanında kilo kaybı da gözlenebilmektedir (5). Bu yazıda, son bir ay içinde istemsiz aşırı kilo kaybı şikayeti ile hastanemize başvuran ve yapılan tetkiklerde tip-2 diyabetes mellitus (DM) tanısı alan bir vakayı sunuyoruz.

## OLGU

62 yaşında erkek hasta, göğüs ağrısı nedeniyle başvurduğu kardioloji polikliniğinde yapılan tetkiklerinde bir patoloji saptanmaması ve belirgin kilo kaybı tariflemesi üzerine dahiliye polikliniğine yönlendirilmiş. Hastada, son bir ay içerisinde yaklaşık 32 kg kilo kaybı mevcuttu. Öyküsünde solunum ve gastrointestinal sisteme ait belirgin bir semptomu yoktu. İştahı normaldi. Kırk yıl -yaklaşık 3 paket/gün- sigara içme öyküsü veren hasta, son 10 yıldır sigara kullanmıyordu. Hasta, özellikle son bir aydır çok su içme (5-6 litre/gün) ve çok idrara çıkma şikayetleri belirtmişti. Ailesinde kanser öyküsü yoktu. Vital bulguları; ateş: 36.4°C, nabız: 80/dk ritmik, solunum sayısı: 22/dk, kan basıncı: 110/60 mmHg idi. Laboratuvar tetkiklerinde, tam kan sayımı; böbrek, karaciğer ve tiroid fonksiyon testleri; kan elektrolitleri normal sınırlarda idi. Ancak açlık kan şekeri (AKŞ), glikolize hemoglobin (HbA1c) ve lipid değerleri yüksek saptandı. AKŞ: 408 mg/dL (referans aralığı 70-109 mg/dL), HbA1c: 17,6% (4,6-6,25%), total kolesterol: 281 mg/dL (100-200 mg/dL), trigliserid: 256 mg/dL (35-160), LDL: 179 mg/dL (0-130 mg/dL) olarak ölçüldü. Tam idrar tetkikinde; glukoz (+), keton (-) protein (-) idi.

Enfeksiyon ve maligniteye yönelik etyolojik araştırma-  
da; sedimentasyon, C-reaktif protein, ferritin, vitamin

B12, folat ve karsinoembriyonik antijen (CEA) (6.25 ng/ml [referans aralığı 0-5 ng/ml]) dışındaki tümör işaretleyicileri normal olarak saptandı. Radyolojik taramada; akciğer grafisinde, abdomen ultrasonografisinde, torako-abdomen bilgisayarlı tomografi (BT)'de maligniteyi düşündürecek bir bulguya rastlanmadı.

Tip 2-DM tanısı konan hastaya, sıkı kan şekeri takibi ile birlikte bazal bolus subkutan analog insülin tedavisi başlandı. Hasta, aynı zamanda %0.9 serum fizyolojik ile hidrate edildi. Diyabetik periferik nöropati açısından yapılan elektronöromiyografisi normal idi. Göz muayenesinde diyabetik retinopati saptanmadı. Diyabetik nefropati açısından idrarda bakılan mikroalbümin ve kreatinin normal sınırlarda idi. Hastanın kan şekeri 3x20 ünite insülin aspart ve 1x20 ünite insülin detemir tedavisi ile regüle oldu. Tedavi sonrası hastanın şikayetlerinin gerileme oldu.

## TARTIŞMA

Tip 2-DM genellikle ağız kuruluğu, poliüri, polidipsi, polifaji veya iştahsızlık, halsizlik veya çabuk yorulma şikayetleriyle prezente olmaktadır. Bulanık görme, açıklanamayan kilo kaybı, inatçı tekrarlayan enfeksiyonlar da diyabete eşlik edebilen diğer semptomlar olup diyabet tanısında günümüzde duyarlılığı ve özgüllüğü en yüksek olan, 75 gram glukoz ile yapılan oral glukoz tolerans testi (OGTT)' dir. Ancak, aynı kişide bile günden güne değişkenlik göstermesi, yoğun emek ve maliyet gerektirmesi bu testin kullanımını güçleştirmektedir. Bu nedenle, açlık kan glukozu ölçümü daha kolay uygulanabilirlik ve ucuz olması bakımından klinik pratikte daha çok kullanılmaktadır. Öte yandan, eskiden standardizasyondaki sorunlar nedeniyle kullanımı önerilmeyen HbA1c'nin, günümüzde uluslararası standardizasyon kurallarını sağlamak koşuluyla- diyabet tanısında sınır değeri %6.5 (48 mmol/mol) olarak belirlenmiştir ve artık HbA1c, standart OGTT'ye alternatif bir tanı yöntemi olarak benimsenmiştir.

Ancak, yine de ülkemizde merkezler arası standardizasyon sağlanamadığı için HbA1c ölçümü henüz güvenilir bulunmamaktadır. Günümüzde açlık plazma glukozu değeri > 126 mg/dL, HbA1c değeri > %6.5 olduğu durumlarda tip-2 diyabetes mellitus tanısı konulmaktadır (5).

Kilo kaybı birçok hastalığın belirtisi olabilir. Özellikle yaşlı hastalarda, gastrointestinal tümörler, hastalığın erken döneminde besin alımını etkileyerek kilo kaybına neden olabilirler. Aşırı kilo kaybı ve CEA yüksekliği saptanmasına rağmen vakamızda gastrointestinal sisteme yönelik abdomen BT'de maligniteyi düşündürecek bir bulguya rastlanmadı. Ayrıca, bazı akciğer kanserleri de kilo kaybı ve atipik semptomlarla prezente olabilmektedir (6), ancak hastamızın toraks BT'sinde bu durum ekarte edildi. Anoreksiya nervoza gibi bazı psikiyatrik hastalıkların seyrinde de kilo kaybı görülebilmektedir (7) ancak psikiyatri konsültasyonu ile hastamızda bu tanıdan uzaklaşıldı.

Hastamızdaki akut süreçli aşırı kilo kaybı tetkikler sonucunda tip-2 DM'ye bağlanmıştır. Diyabetin nadir bulgusu olan kilo kaybı, insülin eksikliğinden veya insülin etkisinin azlığından dolayı glukozun kullanılmaması ve buna sekonder artmış glikojenoliz, lipoliz ve glukoneogenez ile kas ve yağ dokusunda meydana gelen kayıp ve hiperglisemide idrarla aşırı glukoz atılımı, sık idrara çıkma sonucunda gelişen dehidratasyon ile açıklanmaktadır. Bu vakada, aşırı kilo kaybı ile başvuran hastalarda diyabetin de ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiği vurgulanmıştır.

## KAYNAKLAR

1. Rathmann W, Haastert B, Icks A, et al. High prevalence of undiagnosed diabetes mellitus in Southern Germany: target populations for efficient screening. The KORA survey 2000. *Diabetologia* 2003; 46: 182-9.

2. Cowie CC, Rust KF, Ford ES, et al. Full accounting of diabetes and prediabetes in the U.S. population in 1988-1994 and 2005-2006. *Diabetes Care* 2009; 32: 287-94.

3. Valdes S, Botas P, Delgado E, et al. Mortality risk in Spanish adults with diagnosed diabetes, undiagnosed diabetes or pre-diabetes. The Asturias study 1998-2004. *Rev Esp Cardiol* 2009; 62: 528-34.

4. Heidemann C, Boening H, Pischon T, et al. Association of a diabetes risk score with risk of myocardial infarction, stroke, specific types of cancer and mortality: a prospective study in the European Prospective Investigation into Cancer and nutrition (EPIC) – Potsdam cohort. *Eur J Epidemiol* 2009; 24: 281-8.

5. Dinççağ N. Up to Date Diagnosis and Treatment of Diabetes Mellitus. *İç Hastalıkları Dergisi* 2011; 18: 181-223.

6. Navigante A, Morgado PC, Casbarien O, et al. Relationship between weakness and phase angle in advanced cancer patients with fatigue. *Support Care Cancer* 2013;21(6):1685-90.

7. Mattar L, Huas C, EVHAN group, et al. Relationship between affective symptoms and malnutrition severity in severe Anorexia Nervosa. *PLoS One* 2012; 7: 49380.