

Case Report / Olgu Sunumu

Nadir Bir Ketoasidoz Nedeni: Pilonidal Sinüs

A Rare Cause Of Ketoacidosis: Pilonidal Sinus

Merve Şenay Özçalık¹, İhsan Ateş¹, Mustafa Altay¹, Nisbet Yılmaz¹

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye .

Corresponding Author:

Dr. İhsan Ateş

Address:

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye .

E-mail:

dr.ihsanates@hotmail.com

Phone: 903125084666

Başvuru Tarihi/Received :

05-06-2015

Kabul Tarihi/Accepted:

08-06-2015

ÖZET

Pilonidal sinüs detaylı bir fizik muayene ile ancak saptanabilen, çoğu zaman semptomları silik, basit ve gözden kaçabilen bir enfeksiyon odağıdır. Pilonidal sinüs lokal ve çoğu zaman cilt-cilt altına sınırlı bir enfeksiyon olduğundan dolayı nadiren sistemik semptomlara neden olur. Bu olgu sunumunda acil servise bulantı, kusma, karın ağrısı şikayetleri ile başvuran ve detaylı fizik muayene sonucu enfeksiyon odağı olarak abse formasyonu gelişmiş pilonidal sinüsün saptandığı 34 yaşında bir DKA olgusu sunulacaktır.

Anahtar kelimeler: apse, enfeksiyon, ketoasidoz

ABSTRACT

Pilonidal sinus is an infectious source that can only be diagnosed by detail physical examination and whose symptoms are mostly obscure, simple and easily overlooked. Pilonidal sinus rarely leads to systemic symptoms because it is a local infection and is mostly limited to the skin and subcutaneous tissues. In this case presentation, a 34-year old DKA case presenting to the emergency service with complaints of nausea, vomiting and abdominal pain and found to have pilonidal sinus with abscess formation in physical examination will be discussed.

Keywords: abscess, infection, ketoacidosis

GİRİŞ

Diyabetik ketoasidoz (DKA), tedavi edilmediği takdirde mortalitesi yüksek olabilecek diyabetin akut bir komplikasyonudur. Altta yatan temel mekanizma insülin eksikliği veya glukagon, kortizol, katekolaminler ve büyüme hormonu gibi insülin karşıtı hormonların artmasıdır. DKA diyabetin ilk bulgusu olabilirken, diyabet tanısı olan hastalarda başta enfeksiyonlar olmak üzere çeşitli faktörlere bağlı olarak da gelişebilmektedir [1]. Enfeksiyon odağı; çoğu olgularda kolaylıkla saptanabilirken, bazı olgularda atipik yerleşimli olduğu için saptanamayabilir [2]. Bu olgu sunumunda acil servise bulantı, kusma, karın ağrısı şikayetleri ile başvuran ve detaylı fizik muayene sonucu enfeksiyon odağı olarak abse formasyonu gelişmiş pilonidal sinüsün saptandığı DKA olgusu sunulacaktır.

OLGU SUNUMU

Otuzdört yaşında erkek hasta bulantı, kusma, karın ağrısı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Şikayetlerinin bir gün öncesinde subfebril ateş ile birlikte başladığı öğrenildi. Bir yıl önce dış merkezde tip 1 diyabetes mellitus tanısı konulmuş ve dörtlü insülin tedavisi başlanmış. Hasta insülin tedavisini düzenli kullandığını belirtiyor. Fizik muayenesinde; ateş: 37°C, kan basıncı: 100/60 mm Hg, nabız: 106/dk idi. Genel durumu orta, bilinci açık, oryante ve koopere idi. Anormal fizik muayene bulgusu olarak dil ve mukozalar kuru, intergluteal sulkusta cilde fistülize apseli pilonidal sinüs saptandı. Laboratuarda beyaz küre $23,4 \times 10^3$ μ L, hemoglobin 16,7 gr/dl, eritrosit sedimentasyon hızı 6 mm/saat, C-reaktif protein 42 mg/L. Kan şekeri 522 mg/dl, idrarda glikoz 4+, keton 4+ idi. Üre 29 mg/dl, kreatinin 0,9 mg/dl, Na 130 mmol/L, K 4,24mmol/L idi. Arteriel kan pH 7,19, CHCO_3 5,8 mmol/L olarak saptandı. Hastaya DKA tanısı ile gerekli sıvı-elektrolit replasmanı ve insülin tedavisi başlandı. Pilonidal sinüs nedeniyle siprofloksasin 500 mg

2x1, metranidazol 500 mg 2x1 tedavisi başlandı. Antibiyotik tedavisi 10 güne tamamlandı. Uygun antibiyotik tedavisi ve sıvı-elektrolit replasmanları sonrasında ateşi düştü, semptomları geriledi. Konvansiyonel insülin tedavisi ile diyabet regülasyonu sağlandı. İnsülin tedavisine devamı önerilerek, preoperatif hazırlıkları yapılarak genel cerrahi birimine operasyon için nakil verildi.

TARTIŞMA

Diyabetin ciddi bir komplikasyonu olan DKA insülin eksikliği veya direncine bağlı gelişen hayatı tehdit edici bir durumdur. Metabolik asidoz, ketonemi ve hiperglisemi ile karakterize olup hastaların büyük çoğunluğu dehidratasyon ve bilinç bulanıklığı ile karşımıza gelmektedir [3]. DKA'nın en sık nedenleri enfeksiyonlar (% 15), yetersiz insülin tedavisi (% 68), medikal hastalıklar (% 4) ve saptanamayan nedenler (%3) [4]. DKA vakaları sıklıkla üst ve alt solunum yolu, üriner sistem, malign eksternal otit, rinoserebral mukormukoz ve gangrenöz kolesistit gibi enfeksiyonlar ile prezente olurlar. DKA'ya neden olan bu enfeksiyon hastalıklarında enfeksiyon odağı kolaylıkla saptanabilirken; ketoasidoza neden olan atipik yerleşimli enfeksiyon odaklarının da olduğu literatürde gösterilmiştir [5]. Bizim vakamız da insülin tedavisini düzenli kullanmasına rağmen pilonidal sinüs enfeksiyonuna bağlı insülin ihtiyacı artan bir vaka idi. Detaylı bir fizik muayene ile ancak enfeksiyon odağı saptanabilmişti. Hasta anemnezinde herhangi bir ağrı ve akıntı şikayetinden bahsetmemişti. Budenli küçük, atipik yerleşimli ve lokal bir odakta enfeksiyonun ketoasidoza neden olması vaka değeri taşıdığından dolayı bu vakayı sunduk.

Enfeksiyona bağlı ketoasidoz patogeneğinde ana mekanizmalar; hipergliseminin patojenlerin virulansını artırması, enfeksiyona yanıt olarak üretilen interlökin üretiminin azalması, kemotaksis ve fagositik aktivitenin azalması, polimorfonükler

lökositlerin hareket kısıtlılığı, glikozüri, gastrointestinal ve üriner dismotilite sayılabilir [5].

Sonuç olarak, diyabetli olgularda atipik yerleşimli enfeksiyon sıklığı yüksektir. Pilonidal sinüs gibi silik bulguları olan enfeksiyonlar ile karşılaşılabilir. Bu nedenle diyabetik hastalarda, özellikle ketoasidoz ile başvuruda enfeksiyon odakları taranırken tüm vücut inspeksiyonu yapılmalı, herhangi bir cilt lezyonu enfeksiyon açısından değerlendirilmelidir. Ayrıntılı öykü, tam bir fizik muayene ve doğru laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri ile tanıya gidilmeli, doğru tedavi hızlı bir şekilde gerçekleştirilmelidir.

REFERANSLAR

1. Eledrisi MS, Alshanti MS, Shah MF, et al., Overview of the diagnosis and management of diabetic ketoacidosis. *Am J Med Sci*, 2006. **331**(5): p. 243-51.
2. Köş T, Beyan E, Yılmaz N, et al., . Nadir Bir Diyabetik Ketoasidoz Nedeni: Spinal Epidural Abse. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2007;27(5):805-6
3. Ferri's Clinical Advisor 2015, 377-378, e2. Diabetic Ketoacidosis
4. Randall L, Begovic J, Hudson M, et al., Recurrent diabetic ketoacidosis in inner-city minority patients: behavioral, socioeconomic, and psychosocial factors. *Diabetes Care*, 2011. **34**(9): p. 1891-6.
5. Casqueiro J, Casqueiro J, Alves C, Infections in patients with diabetes mellitus: A review of pathogenesis. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, 2012. **16**(Suppl1): p. S27.