

Venlafaksin Sonrası Gelişen Uygunsuz Antidiüretik Hormon Salınımı Sendromu: Vaka Sunumu

Mert Bektaş^{1*}, Baraa Kıttana², Mehmet Sami İslamoğlu³, Serap Yavuzer⁴, Mahir Cengiz⁵

^{1,2,3,4,5}İstanbul Aydın Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Özet

Hiponatremi serum sodyum konsantrasyonunun normalin altında olması olup klinik pratikte oldukça sık karşılaşılan bir durumdur. Hiponatremi ile başvuran hastaların acil tedavisi başlandıktan sonra etiyolojik incelemesinin mutlaka yapılması gerekmektedir. Övolemik hiponatremi ile başvuran hastalarda ise uygunsuz antidiüretik hormon salınımı sendromu (UADHS) mutlaka akla getirilmelidir. Venlafaksin gibi sıkça kullanılan bazı ilaçlar UADHS'a sebep olabilmektedir. Bu yazımızda, nöropatik ağrı sebebiyle venlafaksin başlanan bir hastada gelişen UADHS vakası sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hiponatremi, Övolemi, Uygunsuz Antidiüretik Hormon Salınımı Sendromu, Sıvı Kısıtlanması, Venlafaksin

TFK, 2024; 7(3): 141-144.

Syndrome of Inappropriate Antidiuretic Hormone Secretion After Venlafaxine: Case Report

Abstract

Hyponatremia is the condition that the serum sodium concentration is below normal and is a very common condition in clinical practice. Etiological examination of patients presenting with hyponatremia must be performed after emergency treatment is initiated. Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion (SIADH) should definitely be considered in patients presenting with euvoletic hyponatremia. Some commonly used medications, such as venlafaxine, can cause SIADH. In this article, we present a case of SIADH that developed in a patient who was started on venlafaxine due to neuropathic pain.

Keywords: Hyponatremia, Euvolemia, Syndrome of Inappropriate Antidiuretic Hormone Secretion, Fluid Restriction, Venlafaxine

J Med Clin, 2024; 7(3): 141-144.

^{1*} **Sorumlu Yazar / Corresponding Author:** E-mail: mertbektas60@gmail.com. ORCID: 0000-0001-9614-2801

² E-mail: baraa2kt@gmail.com. ORCID: 0009-0001-6556-2368

³ E-mail: islamoglu Mehmet.1983@gmail.com. ORCID: 0000-0003-3426-6950

⁴ E-mail: drserapsahin@gmail.com. ORCID: 0000-0001-7618-9987

⁵ E-mail: drmahirc@yahoo.com. ORCID: 0000-0003-3343-8650

GİRİŞ

Hiponatremi serum sodyum konsantrasyonunun 135 mEq/L'nin altında olması durumudur. Rutin klinik uygulamada en sık karşılaşılan elektrolit bozukluğudur. Semptomları arasında baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, kusma, kaslarda güçsüzlük, nöbet, uyku hali ile konfüzyon gibi nörolojik değişiklikler görülmektedir (1). En sık görülen sebepleri kusma, ishal, diüretik kullanımı, UADHS, hipotiroidi, adrenal yetmezlik, konjestif kalp yetmezliği, akut veya kronik böbrek yetmezliği, siroz ve nefrotik sendromdur (2). Hastanın volüm durumuna göre hipovolemik, övolemik ve hipervolemik olmak üzere üçe ayrılır. En sık görülen övolemik hiponatremi sebebi uygunsuz antidiüretik hormon salınımı sendromudur (3). UADHS tanısı için hastanın volüm durumu, serum ve idrar sodyum konsantrasyonu, serum ve idrar osmolalitesi, böbrek ve tiroid fonksiyon testleri, serum kortizolü ve diüretik kullanım öyküsü sorgulanmalıdır (4). UADHS sebepleri arasında maligniteler (küçük hücreli akciğer kanseri, baş boyun kanserleri, gastrointestinal sistem kanserleri), pulmoner patolojiler (pnömoni, tüberküloz, apseler), intrakranial patolojiler (tümör, menenjit, ensefalit, kanama) ve ilaçlar görülmektedir (5) İlaçlardan en sık SSRI grubu olmak üzere antidepresanlar, antikonvülsanlar ve antipsikotik ajanlar UADHS'a neden olmaktadır (6). Uygunsuz antidiüretik hormon salınımı sendromunun tedavisinde sıvı kısıtlanması ve vaptan grubu diüretikler kullanılmaktadır (7).

Bu çalışmamızda nöropatik ağrı nedeniyle venlafaksin başlandıktan sonra UADHS gelişen bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

65 yaşında erkek hasta, bel ağrısı ve depresyon tanıları ile 2 hafta önce venlafaksin başlandıktan sonra polikliniğe halsizlik, yorgunluk ve uyku hali şikayetleri ile geliyor. Özgeçmişinde esansiyel hipertansiyon tanısı ile amlodipin 10 mg/gün kullanımı mevcut. 10 paket yıl sigara öyküsü ve sosyal alkol içiciliği mevcut. Soygeçmişinde belirgin bir özellik yok. Polikliniğe başvurusunda bakılan vital bulgularında ateş 36,3°C, tansiyon 135/80 mmHg, nabız 88 atım/dakika ve dakika solunum sayısı 14 olarak ölçüldü. Yapılan kardiyovasküler ve solunum sistemleri muayenesi normal olan hastanın taraf tutan motor veya duyu kusuru görülmedi, pretibial alanda ödem görülmedi, cilt turgoru normal, oral mukozası nemli görüldü. Bakılan rutin laboratuvar tetkiklerinde hemogramı normal, kan biyokimyasında sodyum 109 mmol/L saptandı. Hastanın laboratuvar sonuçları Tablo 1'de detaylıca verilmiştir. Ciddi hiponatremisi görülen hasta fizik muayene bulguları ile beraber övolemik hiponatremi olarak değerlendirildi. Ayırıcı tanısı için yollanan serbest T4, TSH ve kortizol testleri normal aralıkta görüldü. İdrar osmolalitesi 400 mOsm/kg ve serum osmolalitesi ise 235 mOsm/kg olarak görüldü. Bakılan spot idrar sodyum konsantrasyonu 55 mEq/L görüldü. 2 hafta önce de venlafaksin başlanması sebebi ile hastada ilaca bağlı uygunsuz ADH sendromu tanısı konuldu. Ciddi hiponatremisi olması sebebi ile 3% hipertonic salin infüzyonu ve sıvı kısıtlanması başlandı. Nöroloji bölümüne danışılarak venlafaksin tedavisi yerine tramadol başlanan hastanın servis takibinde serum sodyum düzeyi günlük 8-10 mmol/L kadar arttırılarak 4 gün içinde önatremi sağlandı.

Tablo 1. Laboratuvar Sonuçları

Test	Sonuç	Birim	Referans aralığı
WBC	7,5	10 ³ /µL	4,3 - 10,3
Hgb	13,6	g/dl	13 - 17
Hct	40	%	39 - 51
Plt	356	10 ³ /µL	156 - 373
üre	20	mg/dl	15 - 40
kreatinin	1,0	mg/dl	0,5 - 1,2
BUN	15	mg/dl	6 - 20
sodyum	109	mmol/L	135 - 150
potasyum	3,6	mmol/L	3,5 - 5,5
kalsiyum	8,5	mg/dl	8,4 - 10,2
glukoz	90	mg/dl	70 - 110
CRP	8	mg/L	0 - 5
ürik asit	2,6	mg/dl	3 - 5,5
serbest T4	1,21	ng/dl	0,7 - 1,51
TSH	1,34	mIU/L	0,35 - 4,94
Kortizol	15	mcg/dl	10 - 20

TARTIŞMA

Hiponatremi rutin dahiliye pratiğinde her gün karşılaşılabilen sık görülen bir durum olup etiyolojik incelemesinin her hastada mutlaka yapılması gerekmektedir. Övolemik hiponatremili hastalarda UADHS mutlaka düşünülmelidir. Uygunuz antidiüretik hormon salınımı sendromu venlafaksin ve SSRI grubu ilaçlara bağlı sıkça görülebilmektedir (8). Özellikle yaşlı hastalarda depresyon sık görülmekte ve yine bu hasta grubu hiponatremiye daha yatkın olmaktadır (9). Yaşlılıkta böbreklerin idrarı konsantre etme ve seyreltme yeteneği ile sodyum tutma yeteneği azalır, bu da AVP'nin bazal sekresyonunun artmasına neden olur. Buna ilaveten, ozmotik uyarıya aşırı tepki verme eğiliminden dolayı UADHS'in oluşması muhtemeldir. Trisiklik antidepresanların, antikolinerjik etkiyle susuzluğu uyaran merkezi sinir sistemi yoluyla AVP salgılanmasında rol oynaması mümkündür, ancak ayrıntılı mekanizma bilinmemektedir (6,10,11). Geriatrik popülasyonda demans, depresyon gibi durumlar hiponatremi semptomlarını maskeleyebileceği ve iç içe geçebileceği için bu hastalarda ilaç kullanım anamnezi her vizitte irdelenmeli, sodyum düzeyleri de sıklıkla takip edilmelidir. Bizim va-

kamız literatürde bildirilen vakalara göre daha erken dönemde UADHS ortaya çıkmasıyla öne çıkmaktadır.

Yazarların katkıları

Fikir ve tasarımı – BK, BK, MSİ, SY, MC; Veri toplama – BK, BK, MSİ, SY, MC, Veri analizi/yorumlama – BK, BK, MSİ, SY, MC; Makalenin yazımı – BK, BK, MSİ, SY, MC,

REFERANSLAR

1. Poch E, Molina A, Piñeiro G. Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion. *Med Clin (Barc)*. 2022;159(3):139-146. doi:10.1016/j.medcli.2022.02.015
2. Meyer I, Frank D, Janssens U. [A case of venlafaxine-induced syndrome of inappropriate ADH secretion (SIADH) - treatment with tolvaptan]. *Dtsch Med Wochenschr*. 2012;137(21):1096-1099. doi:10.1055/s-0032-1305012
3. Thompson C, Hoorn EJ. Hyponatraemia: an overview of frequency, clinical presentation and complications. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2012;26 Suppl 1:S1-6. doi:10.1016/S1521-690X(12)00019-X

4. Peri A, Grohé C, Berardi R, Runkle I. SIADH: differential diagnosis and clinical management. *Endocrine*. 2017;55(1):311-319. doi:10.1007/s12020-016-0936-3
5. Hannon MJ, Thompson CJ. The syndrome of inappropriate antidiuretic hormone: prevalence, causes and consequences*. *European Journal of Endocrinology*. 2010;162(Supplement_1):S5-S12. doi:10.1530/EJE-09-1063
6. Shepshelovich D, Schechter A, Calvarysky B, Diker-Cohen T, Rozen-Zvi B, Gafter-Gvili A. Medication-induced SIADH: distribution and characterization according to medication class. *Br J Clin Pharmacol*. 2017;83(8):1801-1807. doi:10.1111/bcp.13256
7. Jones DP. Syndrome of Inappropriate Secretion of Antidiuretic Hormone and Hyponatremia. *Pediatrics In Review*. 2018;39(1):27-35. doi:10.1542/pir.2016-0165
8. Sato A, Yasui-Furukori N, Oda Y, et al. Asymptomatic syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone (SIADH) following duloxetine treatment for pain with depression: Two case reports. *Neuropsychopharmacology Reports*. 2022;42(3):387-390. doi:10.1002/npr2.12279
9. Smith JM. Clinical implications of treating depressed older adults with SSRIs: possible risk of hyponatremia. *J Gerontol Nurs*. 2010;36(4):22-27; quiz 28-29. doi:10.3928/00989134-20100202-04
10. Gandhi S, Shariff SZ, Al-Jaishi A, Reiss JP, Mamdani MM, Hackam DG, et al. Second-generation antidepressants and hyponatremia risk: a population-based cohort study of older adults. *Am J Kidney Dis*. 2017;69:87-96
11. Letmaier M, Painold A, Holl AK, Vergin H, Engel R, Konstantinidis A, et al. Hyponatraemia during psychopharmacological treatment: results of a drug surveillance programme. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2012;15:739-48