

Psikotik Depresyon Belirtileri İle Başvuran Metastatik Adrenal Tümör Vakası

Elif Ece Arslan Yıldırım¹, Ceyda Acıhoğlu¹, Neşe Burcu Bal¹, Ahmet Kokurcan¹, Ali Çayköylü²

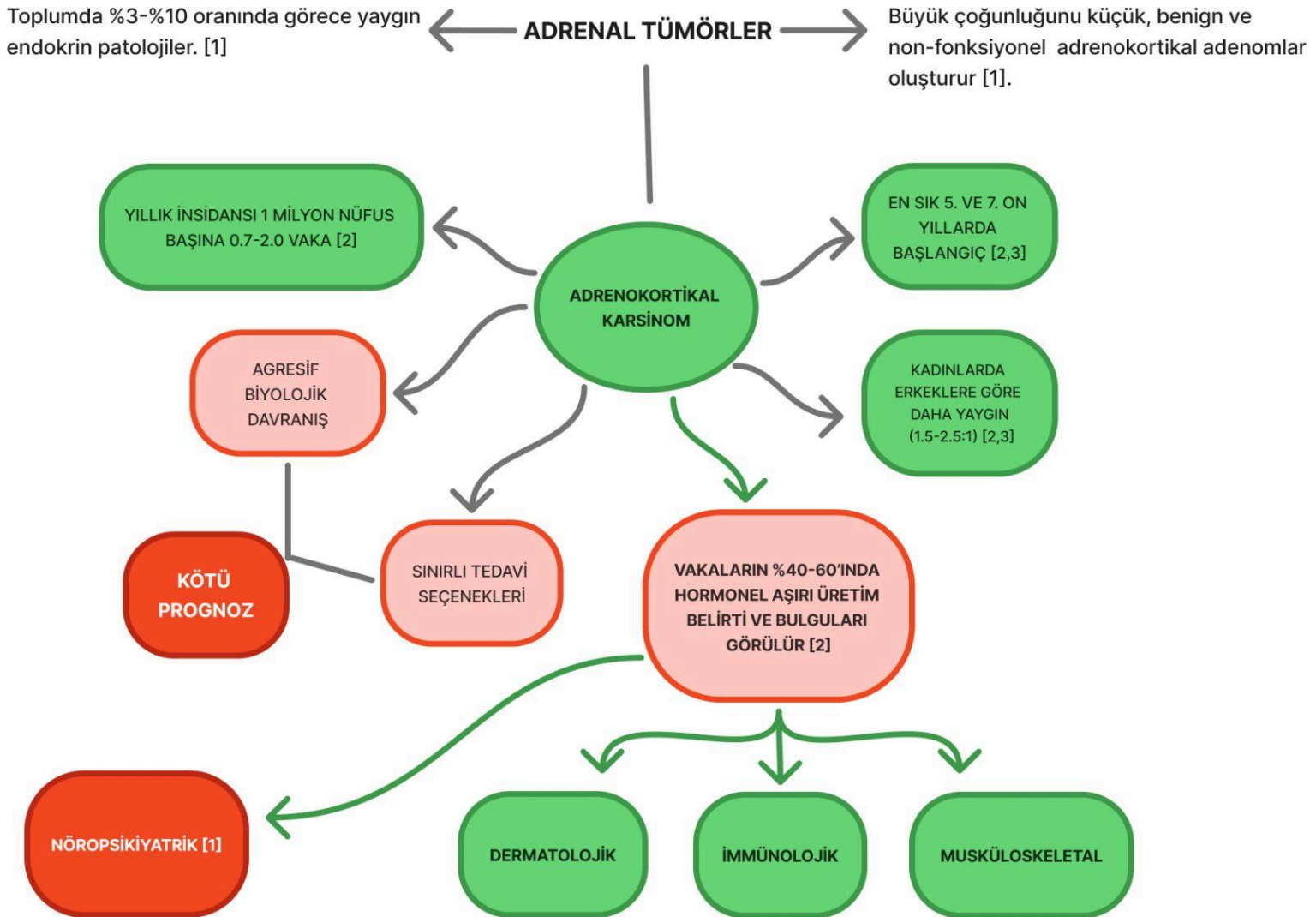
¹Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği Ankara

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ

Adrenal tümörler nadiren malign karakterli olup nispeten yaygın görülür. Buna karşın adrenokortikal karsinom(AKK) orta yaşta ve kadınlarda daha sık görülen, çoğunlukla hormonal aşırı üretim sergileyen primer solid malignitedir. (Figür 1). AKK'ler hiperkortizolizm, hiperaldosteronizm ve hiperandrojenizme yol açarak dermatolojik, immünolojik ve nöropsikiyatrik belirtilerle seyreden prognozu iyi olmayan bir klinik tablo oluştururlar (Figür 2).

Figür 1: Adrenal Tümörlerin ve Adrenokortikal Karsinomun Özellikleri



Figür 2: Adrenokortikal Karsinomların Nöropsikiyatrik Prezantasyonları

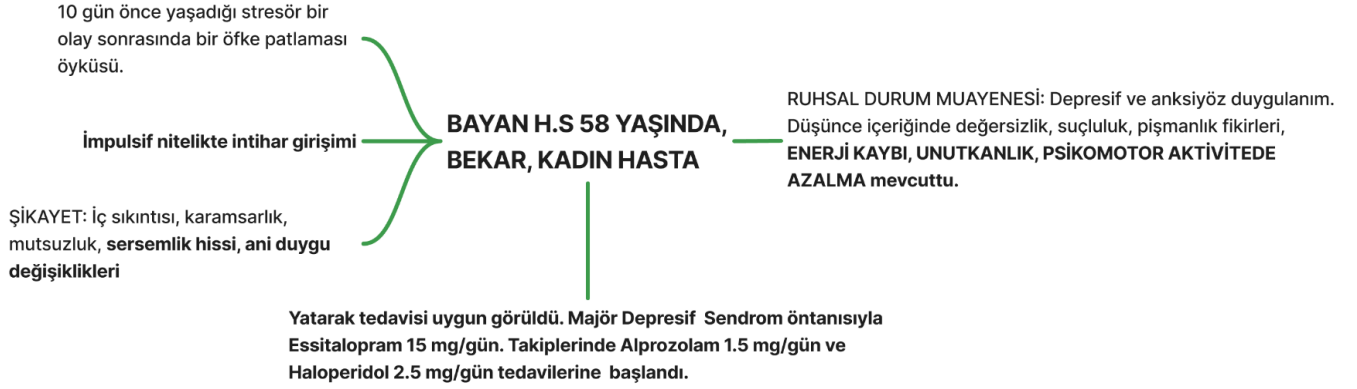


OLGU SUNUMU

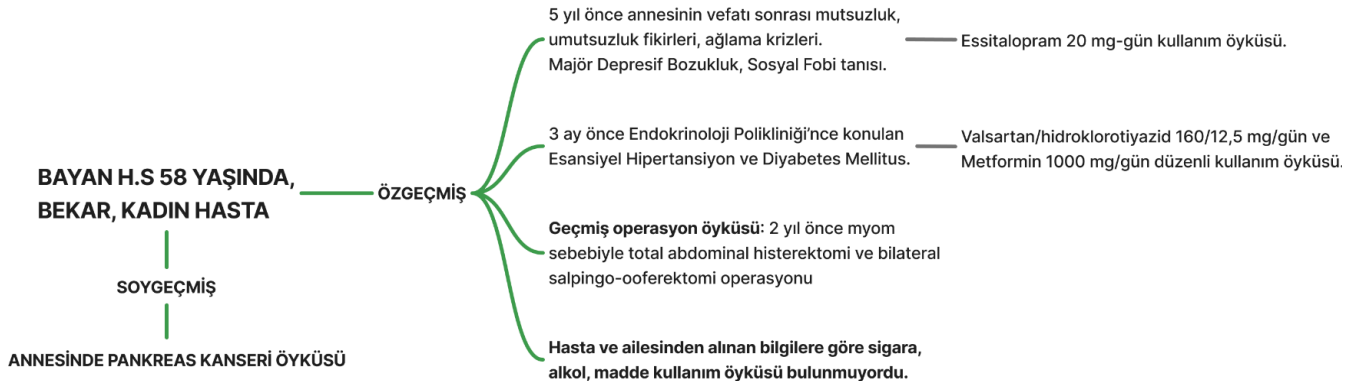
Mevcut Hastalık Öyküsü

Bayan H.S. 58 yaşında, bekar, kadın hasta **impulsif nitelikte intihar girişimi** sonrası 112 tarafından polikliniğimize getirildi. Kendisinden ve yakınından alınan bilgiye göre hastanın 10 gün önce yaşadığı stresör bir olay sonrasında bir **öfke patlaması öyküsü** ve sonrasında artan depresif şikayetleri bulunuyordu. Major Depresif Sendrom ön tanısıyla servis yatışı yapıldı. Mevcut şikayetlerine yönelik daha önce kullanmakta olduğu ve geçmişte fayda gördüğü değerlendirilen **Essitalopram 15 mg/gün** tedavisi başlandı. (Figür 3) Hastadan ve yakınından alınan bilgilerle anamnezi derinleştirildi. (Figür 4) Fizik muayenesi ve ruhsal durum muayenesi yapıldı. (Figür 5 ve Figür 6) Mevcut bulgular klinik izlemi boyunca düzenli aralıklarla takip edildi. Rutin laboratuvar tetkikleri yapıldı. Patolojik bulgular kaydedildi (Figür 8) ve gerekli konsültasyonlar yapıldı. (Figür 7)

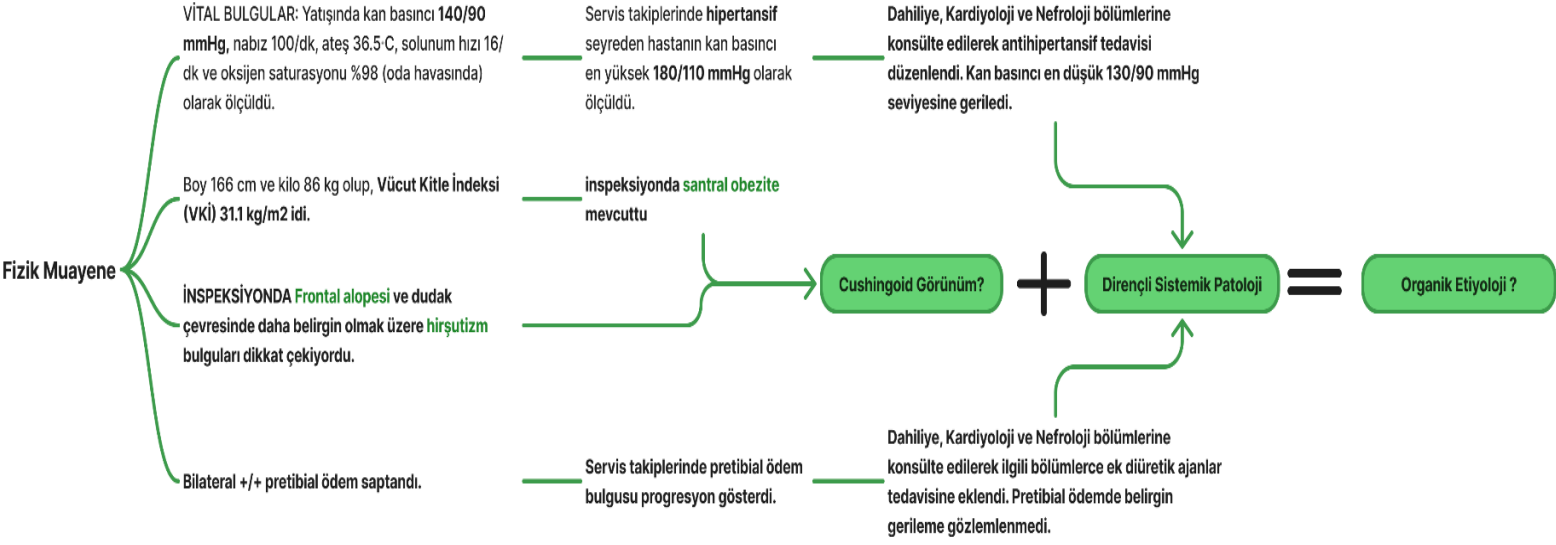
Figür 3: Bayan H.S Geliş Şikayetleri ve Ruhsal Durum Muayenesi



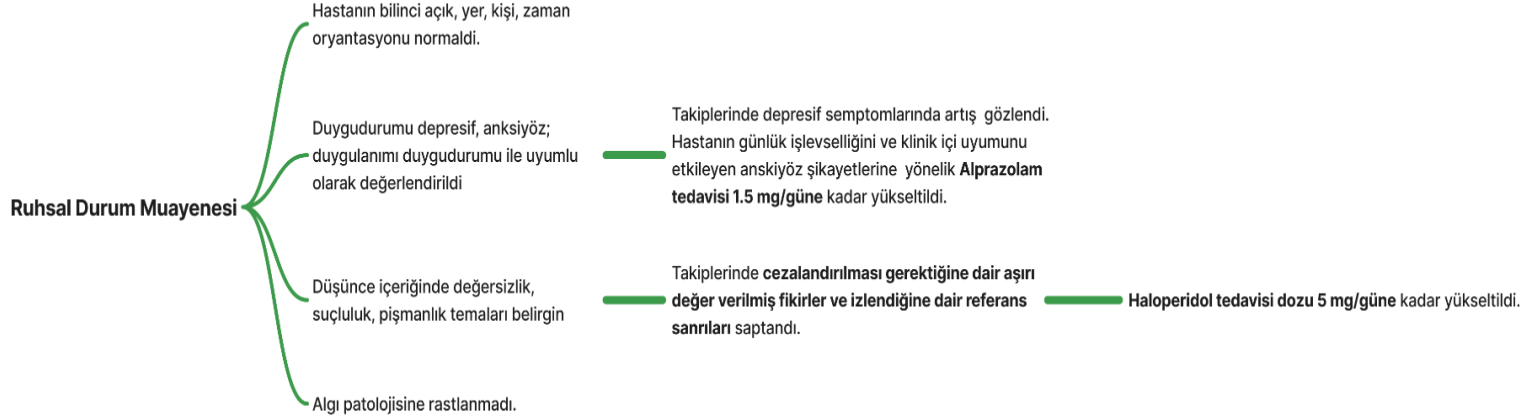
Figür 4: Bayan H.S Özgeçmiş ve Soygeçmiş



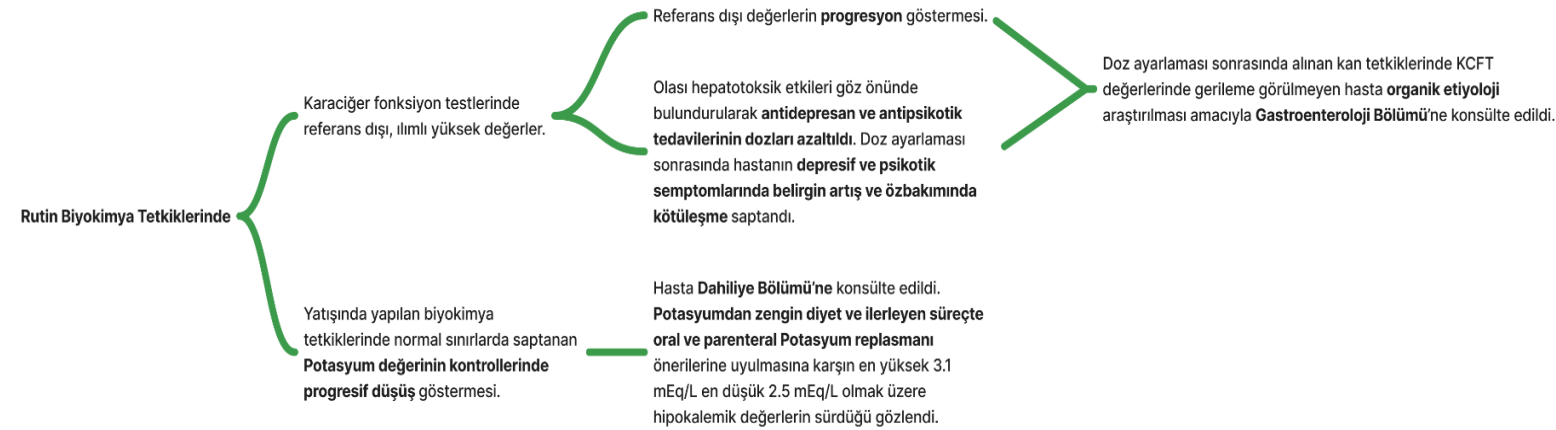
Figür 5: Fizik Muayene Bulguları



Figür 6: Klinik İzlemindeki Ruhsal Durum Muayenesi Bulguları ve Tedavi Düzenlenmesi



Figür 7: Laboratuvar Bulguları



Figür 8: Referans Dışı Laboratuvar Bulguları

Potasyum (K)	3.1	(D)	mmol/L	3.5 - 5.1
Kalsiyum (Ca)	9.06		mg/dL	8.6 - 10.6
Magnezyum (Mg)	1.83		mg/dL	1.6 - 2.6
Alanin aminotransferaz (ALT)	139.2	(Y)	U/L	0 - 35
Aspartat transaminaz (AST)	58.0	(Y)	U/L	0 - 35
Gamma glutamil transferaz (GGT)	426.9	(Y)	U/L	0 - 38

Potasyum (K)	2.50	(D)	mmol/L	3.5 - 5.1
Alanin aminotransferaz (ALT)	60	(Y)	U/L	0 - 35
Aspartat transaminaz (AST)	29		U/L	0 - 35
Gamma glutamil transferaz (GGT)	388	(Y)	U/L	0 - 38

Görüntüleme Bulguları

Hastaya Gastroenteroloji Bölümü önerileriyle yapılan **Hepatobiliyer Ultrasonografi** raporu incelendi. Gastroenteroloji Bölümü'nün görüşü istendi. İlgili bölümce değerlendirildikten sonra **Kontrastlı Dinamik Karaciğer Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)** yapılması önerildi. MRG sonucunda pozitif bulgular değerlendirildi (Figür 9).

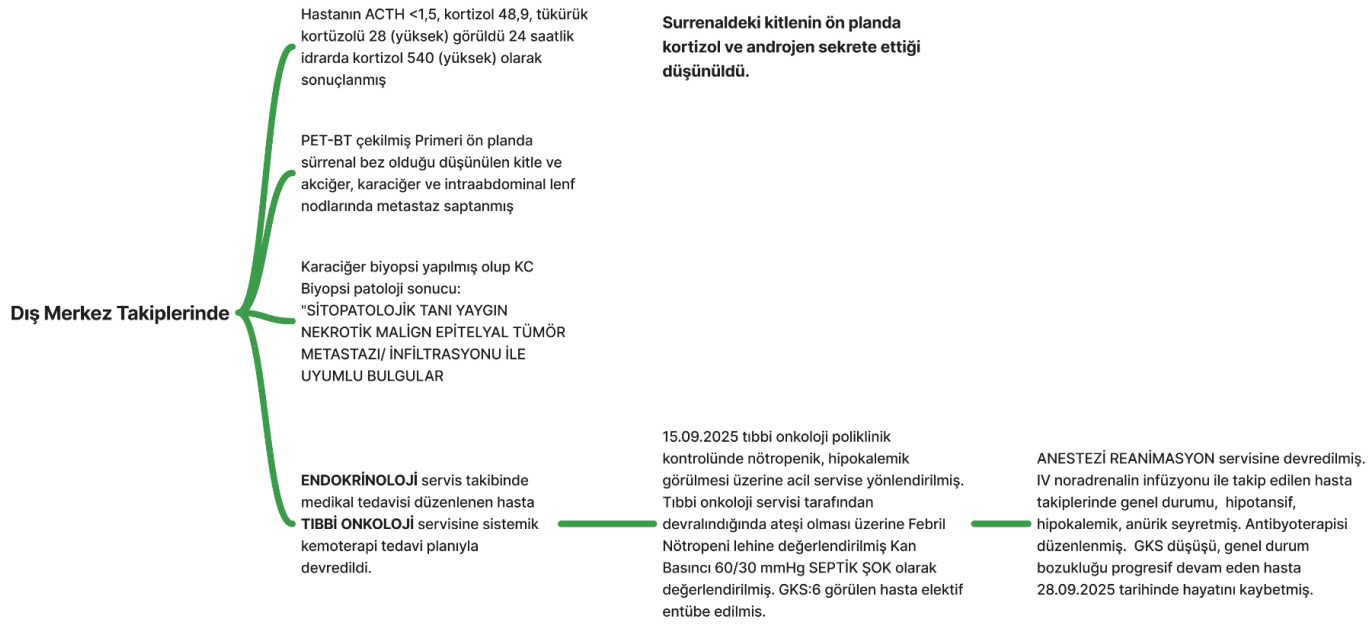
Figür 9: Kontrastlı Dinamik Karaciğer Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) Bulguları



Tedavi ve İzlem

Gastroenteroloji Bölümü tarafından mevcut tetkik sonuçları ile tekrar değerlendirilen hastanın **metastatik adrenal kitle** ön tanısıyla **Endokrinoloji ve Tıbbi Onkoloji** bölümlerince değerlendirilmesi önerildi. Tıbbi Onkoloji konsültasyonu sonucunda, kesin tanıya yönelik **karaciğer biyopsisi** ve **PET-BT** tetkiklerinin yapılması planlandı. Hastanın **hayatı tehdit edici organik patoloji şüphesi** nedeniyle **ayırıcı tanı ve tedavisinin Endokrinoloji ve Tıbbi Onkoloji Bölümü tarafından yürütülebilmesi için taburculuğu** planlandı.(Figür 10)

Figür 10: Dış Merkez Takipleri



SONUÇ

Adrenokortikal karsinomların aşırı kortizol ve aldosteron salgılayarak beyin nörotransmitter dengelerini bozup nöropsikiyatrik belirtilere yol açabileceği ve bu hastada da psikotik depresyonun bu tümörle bağlantılı olduğu kanaatine varıldı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Biz bu olguda pür psikiyatrik belirtilerle başvuran ve Psikotik Özellikli Majör Depresif Bozukluk tanısı alan hastanın klinik bulgularının Adrenokortikal Karsinom'a bağlı olduğu kanaatine vardık. Bu doğrultuda Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ilkelerine uyarak hastanın tetkik ve tedavilerini sürdürme yolunu seçtik. Sonuç olarak **fonksiyonel psikiyatrik bozukluklar ve bedensel hastalıklara bağlı ruhsal sendromların özellikle ileri yaşlarda ayırıcı tanıya muhtaç olduğu** konusuna psikiyatristlerin ve diğer branş hekimlerinin dikkatini çekmeyi amaçladık.

KAYNAKLAR

- [1] Kilani Y. An Unusual Presentation of Adrenocortical Carcinoma (ACC): Panic Attacks and Psychosis. Am J Case Rep. 2022; 23: e937298-2 DOI: 10.12659/AJCR.937298.
- [2] Mizdrak M, Ticinovic Kurir T, Bozic J. The Role of Biomarkers in Adrenocortical Carcinoma: A Review of Current Evidence and Future Perspectives. Biomedicines. 2021; 9(2): 174. DOI: 10.3390/biomedicines9020174.
- [3] Malik Z, Alpert O. Neuropsychiatric Manifestations of Adrenocortical Carcinoma: a review and Case Report of Adrenocortical Carcinoma Causing Mania. ESMO Rare Cancers. 2025; 1(3):100004. DOI: 10.1016/j.esmorc.2025.100004.
- [4] Alfakhri A S, Alaqeel M, Alnasir M. Cushing's Syndrome With Acute Psychosis: A Case Report. Cureus. 2022 Jun 08; 14(6): e25761. DOI: 10.7759/cureus.25761.