Santral Diabetes İnsipidus Tedavisi

Amaç
A. Noktüriyi azaltmak
B. Gün içinde idrar miktarını azaltmak
C. Hiponatremiden korumak için agresif tedaviden kaçınmak

(1)

Tedavi seçenekleri
A. Su tutan ajanlar (L-arginin vasopressin, desmopressin, klorpropamid, karbamazepin, indometazin)
B. Natriüretik ajanlar (tiazidler, indapamid)

(2)

Desmopressin (dDAVP)
- İlk seçenek
- Sentetik vasopressin analogu
- L-arginin vazopressine göre antidiüreze 2000 kere daha fazla spesifite gösterir.
- Tablet, nazal solüsyon ve parenteral formu bulunmaktadır.
- Tedavi yaklaşımı Dİ süresi ve şiddetine göre değişkenlik gösterir.

Diğer ajanlar
- İlk basamak tedaviler değildir.
- Klorpropamid (200-500 mg/gün): Renal tubulde rezidüel AVP'nin etkinliğini artırır.
- Karbamazepin de bu amaçla kullanılabilir (200-400 mg/gün).
- Tiazidler düşük sodyum diyeti ile birlikte etkili olabilir.

Postoperatif veya kafa travmasına bağlı gelişen Dİ'un tedavisi

- Hipotalamik/pitüiter cerrahi sonrası gelişen Dİ genellikle geçicidir.
- Hasta uyanık ve susama mekanizması sağlam ise serum sodyumunu normal aralıkta tutacak şekilde sıvı içer.
- Ek tedavi gerekmeyebilir.
- Serum Na > 145 mEq/L ise, aşırı idrar outputu hastayı gece uykusuz bırakıyor ise, aldığı ve çıkardığı sıvılar dengeli değil ise 0.5-2 µg desmopressin IV olarak uygulanabilir.
- İdrar miktarı ve serum Na düzeyleri yakın takip edilmeli.
- Dİ uzarsa kronik tedaviye geçilir.

(3)

Kronik tedavi

- Hipotalamik Dİ granülomatöz hastalık, maligniteler gibi spesifik bir hastalığa bağlı ise, o hastalık tedavi edilmelidir. Ancak hastalığın tedavisi nadiren Dİ remisyonu sağlar.
- Desmopressin günde 2-3 kez, tablet (0.1 ve 0.2 mg), oral melt (60 ve 120 µg) veya intranasal sprey (10-20 µg) şeklinde verilir.
- Tedaviye başladıktan 1-2 gün sonra serum Na kontrolü yapılmalı, stabil doza eriştikten sonra yılda 2 kez takip edilir.
- Hiponatremi tedavinin nadir bir komplikasyonu olarak görülebilir.