

RARE CASE OF NON-CLASSIC CONGENITAL ADRENAL HYPERPLASIA ASSOCIATED WITH HYPERCORTISOLISM*Iskra Bitoska¹, Marija Ilijovska¹, Biljana Todorova¹, Tatjana B. Prosheva¹, Argjent Muca¹, Goce Hristov, Toso Plaseski¹*¹University Clinic of Endocrinology, Diabetes and Metabolic Disorders, Medical Faculty, Skopje, R.N.Macedonia²Public Hospital Strumica³Private hospital "New 20's"

Introduction: Congenital adrenal hyperplasia (CAH) describes a group of autosomal recessive disorders characterized by enzyme deficiency in the steroidogenic pathways most commonly due to 21 hydroxylase deficiency. CAH is generally associated with decreased or absent production of cortisol, increased ACTH secretion and excessive production of adrenal androgens and progesterone, including 17OH progesterone. We report a rare case of CAH associated with hypercortisolism. **Case report:** A 40 years old woman was referred to the Endocrinology unit for management of infertility presented with oligomenorrhea, acne and hirsutism. She had previously been labelled as a case of PCOSy and had been placed on various types of medications such as hormonal therapy and spironolactone. The first laboratory findings showed elevated levels of cortisol, adrenal androgens and testosterone. 17OH progesterone was also increased. After the diagnosis of CAH multiple laboratory tests were made and the plasma cortisol appeared to be repeatedly elevated. Dexamethasone test showed partial suppression. 24hour urine cortisol test, abdominal CT and MRI of the pituitary gland were also performed and showed no pathological findings. The diagnosis of CAH due to 21 hydroxylase deficiency was confirmed with genetic studies that showed mutation in CYP21A2 (I172N). The genotype was homozygous. **Conclusion:** As the pathophysiology is basically a defect in the biosynthesis of cortisol, one may not consider CAH in patients with hypercortisolism. Although this is an extremely rare case, more attention should be paid to this condition in hyperandrogenic women even if cortisol levels are elevated. **Key words:** CAH, hyperandrogenism, PCOSy, hypercortisolemia

35. СИЛНА ГРАДНА БОЛКА ИСПРОВОЦИРАНА ОД ДИЈАБЕТИЧНА КЕТОАЦИДОЗА КАЈ ПАЦИЕНТ СО ТИП 2 ДИЈАБЕТЕС МЕЛИТУС*Надица Божиновска-Димова¹, Димитар Душкоски¹, Златана Петковска¹*¹ПЗУ Клиничка Болница „Аџибадем Систина“, Скопје, С. Македонија

Пациент на 72 годишна возраст со тип 2 дијабетс мелитус на терапија со метформин (2гр) и емпаглифлозин (25мг), со историја на кардиоваскуларни болести (два прележани миокардни инфаркти, поставен пејсмејкер) хоспитализиран со силна градна болка под сомнение за акутен миокарден инфаркт. На прием нотирани лесно покачени гликемиски вредности (11.8mmol/L), со присутна кетонурија (+++) и гликозурија (++++) како и присутна манифестна инфекција – леукоцити $12.78 \cdot 10^9/L$, Моноцити $1.97 \cdot 10^9/L$. Преостанат наод на метаболни и кардиолошки параметри комплетно уреден. Се доби податок дека еден ден пред да му се слоши, пациентот бил на ручек и јадел непроверено месо, а веќе неколку часа подоцна започнал да не се чувствува добро и започнал профузно да се поти, но не се чувствувал добро и само лежел, не внесувал течности и храна, продолжил да ја зема неговата редовна терапија. Во првите 24 часови пациентот интубиран (присутно Кусмаулово дишење, pH 6.8, покачени лактати, кислородна сатурација 60%) и интензивно хидриран, поставен на инсулинска пумпа на мали единици за одржување на гликемија на прием, започната двојна антибиотска терапија (позитивен наод за *Klebsiella pneumoniae*-кожа, *Staphylococcus aureus*-нос и трахеален аспират) и кардиолошка поддршка. Во текот на хоспитализацијата мониториран од кардиолог, гликемиските вредности стабилизирани. При пад на калиумот, истиот беше стабилизирани со калиум штедачки кардиолошки лекови, во координација со кардиолог. **Дискусија:** Дијабетична кетоацидоза кај тип 2 дијабете мелитус е поретка појава споредбено со тип 1, но дали бројот на овие настани се зголемува со примената на новите лекови? Или дали не-едуцираноста кај пациентите при вакви ситуации придонесува за влошување на состојбата и појава на дијабетична кетоацидоза?

SEVERE CHEST PAIN PROVOKED BY DIABETIC KETOACIDOSIS IN PATIENT WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS*Nadica Bozhinovska-Dimova¹, Dimitar Dushkoski¹, Zlatana Petkovska¹*¹Private Clinical Hospital "Acibadem Sistina", Skopje, N. Macedonia