



**ULUSAL HİPERTANSİYON**

**VE BÖBREK HASTALIKLARI**

**KONGRESİ / 09-13 Mayıs 2018**

**Limak Cyprus Deluxe Hotel, Bafra, K.K.T.C**



# ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ / 09-13 Mayıs 2018



## POSTER BİLDİRİLER

### PS-004 Atipik hemolitik üremik sendrom tedavisinde Eculizimab tedavisi ne kadar tedavi aralığı ve dozunda devam edilmeli? İlk vaka deneyimi

Kenan Turgutalp, Simge Bardak, Esra Dölerslan, Serap Demir, Ahmet Kıyıkım

Mersin Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları A.D. Nefroloji B.D

**Amaç:** Eculizumab anti- C5 monoklonal antikoru olup atipik hemolitik üremik sendrom (aHUS) tedavisinde kullanılmaktadır. Eculizimab, aHUS tedavisinde Induction: 900 mg weekly for 4 doses, maintenance: 1200 mg at week 5, then 1200 mg every 2 weeks thereafter olarak kullanılması tavsiye edilmektedir. aHUS'te compleman faktör H, (CFH), compleman faktör I (CFI) başta olmak üzere birçok mutasyon tanımlanmıştır. Fakat hangi mutasyonda ne kadar sıklıkta ve sürede eculizimab tedavisinin verileceği kesin değildir. Şu an için önerilen tedavi süresi ve doz aralığı, ömür boyu olup her 2 haftada 1200 mg'dır. Bu durum ülkelerin ekonomisine ciddi mali yük getirmektedir. Amerika Birleşik devletlerinde bu tedavinin maliyeti yıllık 700.000 Amerikan \$'dır. Ülkemizde ise 300 mg olan eculizumab kutusunun maliyeti 4600 Amerikan \$ olup yıllık maliyet ortalama 440.000 Amerikan \$'dır. Bu vakanın amacı 2 yıldır aHUS nedeniyle takip edilen ve homozigot CFH (p.Glu936 Asp) ve homozigot CFI (p.Thr300 Ala) mutasyonları olan hastanın Eculizumab tedavisini 6 hafta arayla 1200 mg vermemize rağmen herhangi bir nöks görülmediğini vurgulamaktır. Bu duruma benzer bir vaka ya da vaka serisi literatürde yer almamıştır. Bu açıdan bizim vakamız literatüre ciddi katkı sağlayabilmesi açısından önemlidir.

**Olgu:** 29 yaşındaki bayan hasta ÜSYE ve ateş nedeniyle başvurdu. Ani kreatinin yükseliği ve 2.8 gr/gün proteinüri saptandı. Laboratuvar: Hemoglobin: 9.2gr/dL, trombosit: 103000/mm<sup>3</sup>, coombs: negatif, retikülosit: normal, kreatinin: 3.19 mg/dL, laktatdehidrogenaz: 667 U/L, potasyum: 5.17 mmol/L, hsCRP: 58.2 mg/L, tam idrar analizinde; proteinüri (+++), hematüri (her sahada 8-10) ve 24 saatlik idrarda 2 gr/gün proteinüri saptandı. Periferik yayma: şistositler ve fragmente eritrositler görüldü. C3, C4, immunglobulin düzeyleri ve koagülasyon testleri normal, renal USG normal. PAAC bilateral infiltrasyonu mevcut. Solunum sıkıntısı gelişmesi nedeniyle mekanik ventilatöre bağlandı. İdrar çıkışının olmaması ve volüm yükü olmasından dolayı hemodiyalize alındı. Hastada mikroanjyopatik hemolitik anemi ön tanısı düşünüldü. Böbrek biyopsisi: ışık mikroskopisinde afferent arteriyollerde hyalen ve hiperplastik değişiklikler, elektron mikroskopisinde subendotelyal genişleme ve granüler materyal birikimi, fenestrasyon kaybı saptanması nedeniyle aHUS açısından kabul edildi. 3 seans plazmaferez sonrası ADAMTS13 normal geldi. CFH (p.Glu936 Asp) ve CFI (p.Thr300 Ala) homozigot olarak geldi. Plazmaferez sonlandırıldı ve ilk 4 hafta 900 mg/hafta, 5. haftadan itibaren 1200 mg/2 hafta eculizumab tedavisi başlandı. Eculizimab tedavisi sonrası 3. haftada hastanın mekanik ventilasyon ve hemodiyaliz ihtiyacı ortadan kalktı. Klinik ve laboratuvar bulgularında tam düzelme oldu. Tedavinin 6. Ayından itibaren Eculizimab tedavisi 6 hafta ara ile 1200 mg verilmeye başlandı. Hasta halen 1.5 yıldır bu tedavi protokolü ile sağlıklı bir şekilde takip edilmektedir.

**Sonuç:** aHUS tedavisinde kullanılan Eculizimab tedavisi CFH (p.Glu936 Asp) ve CFI (p.Thr300 Ala) homozigot mutasyonları mevcudiyetinde daha uzun aralıklarla verilebilir. Fakat bunun için daha fazla vaka serilerine ve kontrollü çalışmalarına ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** atipik hemolitik üremik sendrom, eculizimab, gen mutasyonu

### PS-005 Malarya'ya Bağlı Akut Böbrek Hasarı: Olgu Sunumu

Erkan Şengül<sup>1</sup>, Arda Bilgili<sup>1</sup>, Serap Yıldız<sup>1</sup>, Abdulazim Er<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği  
<sup>2</sup>Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

**Amaç:** Akut böbrek hasarı olan hastaların ayırıcı tanısında malarya'nın göz önüne alınmasına vurgu yapmak

**Olgu:** 63 yaşında erkek hasta, 5 günden beri mevcut olan üşüme-titrete, ateş, baş ağrısı, sarılık, idrarda yanma, idrar renginde koyulaşma ve ishal şikayetleri üzerine İç Hastalıkları polikliniğine başvurdu. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon dışında özellik yoktu. Hasta, öyküsünde 6 aydan beri Etyopya'da yaşadığını bildirdi. Hastanın vücut sıcaklığı:38.7°C, kan basıncı:125/75mmHg, kalp hızı:98/dakika/ritmik, solunum sayısı:24/dakika olarak saptandı. Fizik muayenesinde skleralar subikterik, konjunktivalarda solukluk mevcuttu. Batın muayenesinde tüm kadranslarda minimal hassasiyet ve hepatosplenomegali saptandı. Alt ekstremitelerde bilateral pretibial ödem 1+olarak saptandı. Nörolojik Muayenesi olağandı.

Hastanın yatışında yapılan tetkiklerde, tam idrar mikroskopisinde 47 eritrosit, 26 lökosit, 8 yassi epitel görüldü. İdrarda protein atılımı 479.5mg/gün, albumin atılımı 122.5 mg/gün, kreatinin klirensi 7 ml/dakika olarak saptandı. Ayrıca, hastanın böbrek yetmezliği etyolojisine yönelik yapılan incelemesinde anti nötrofil sitoplazmik antikolar, anti nükleer antikor, anti-glomerüler bazal membran antikoru, hepatit belirteçleri negatif olarak saptandı. Batın ultrasonografisinde splenomegali (159 mm) saptandı. Hastanın takiplerinde idrar çıkışı progresif olarak azalması ve böbrek fonksiyon testlerindeki bozukluk nedeni ile saptanması üzerine toplamda 4 kez hemodiyalize alındı. Hastanın 40 derece üzerinde ateşi olması ve Etyopya'da kalış öyküsü nedeniyle malarya ön tanısı ile enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu istendi. Periferik yaymada Ring bulgusu görülen hastaya, P.falciparum'a yönelik tedavi (Arthemether 20mg+Lumefantrine 120mg, 2x4 tb şeklinde 3gün) başlandı. Takibinde klinik ve laboratuvar bulguları gerileyen hastanın hemodiyaliz ihtiyacı olmadı. Hastanın kontrol periferik yaymasında plasmodium görülmesi üzerine poliklinik takibi önerilerek taburcu edildi.

**Sonuç:** Vakamızda görüldüğü üzere özellikle endemik bölgeleri seyahat eden ve ateş, üşüme, titrete, ishal, sarılık, böbrek fonksiyon bozukluğu gibi semptom ve bulgularla seyreden vakalarda malarya akla getirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** akut böbrek hasarı, malarya, hemodiyaliz