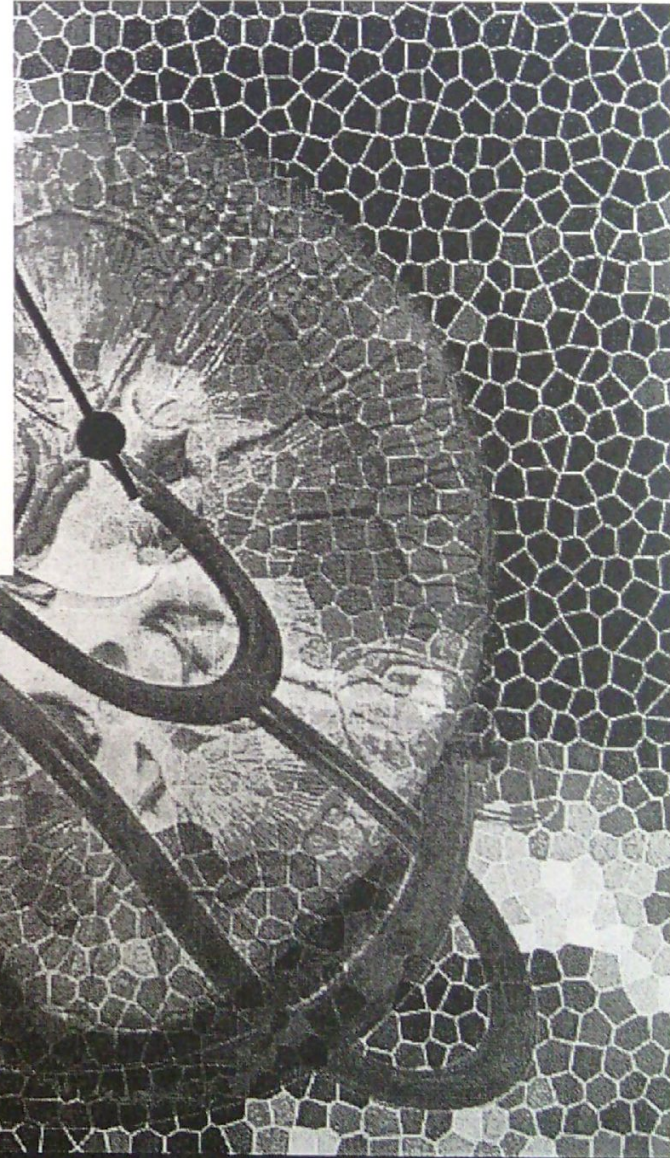


12

ULUSAL HİPERTANSİYON ve BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ



KONGRE KİTABI

www.turkhipertansiyon.org

* Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Dünya Hipertansiyon Ligi üyesidir.

MULTIPLE KRANIAL SINIR TUTULUMU VE HIZLI İLERLEYEN GLOMERÜLONEFRİT İLE BAŞVURAN VE FATAL SEYREDEN WEGENER GRANULAMATOZUTOLGA KÖŞECİ¹, EBRU GÖK¹, KENAN TURGUTALP¹, AHMET KIYKIM¹MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ¹

Wegener granulomatozu (WG) alt ve üst hava yolları, böbrekler, deri ve eklemleri etkileyen nekrotizan granülomatoz vaskülitik sendromdur. Tutulan organa bağlı klinik bulgular olacağından bazen sadece klinisyenin şüphesi ile tanı konulabilir. Bu olgu sunumunda 5, 8 ve 9. kranial sinir tutulumu ile başvuran ve fatal seyreden WG'li hasta tartışılmıştır. 40 yaşındaki erkek hasta, bir dış merkezde, akut otit tanısı ile bir hafta amikasin tedavisi almış. Sonrasında iki kulağında da ani işitme kaybı ve yutma güçlüğü ile hastanemiz acil ünitesine gelen hasta KBB bölümüne yatırılmış. İşitme kaybına dönük spesifik bir neden bulunamamış. Yatışının üçüncü gününde; yutma güçlüğüne ilerlemesi, tüm ekstremitelerde purpurik döküntü ve serum kreatinin değerinde yükselme saptanması üzerine kliniğimize danışıldı. Fizik muayenesinde; bilinci açıktı, vital bulguları, ateşi olması dışında, normaldi. Bilateral akciğer bazalinde inspiratuar raller mevcuttu. Ekstremitelerde purpurik döküntüler ve 2+ pretibyal ödem vardı. Laboratuvar incelemelerinde; hemoglobin 9.6 gr/dl, beyaz küre 24.000/mm³, trombosit 433.000/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı: 88 mm/saat, CRP:310mg/dl, kreatinin 2.7 mg/dl ve tam idrar analizinde: prot: 25 mg/dl, glukoz: negatif, her sahada 1-2 granüler silendir, 2-3 eritrosit silendiri ve 1-2 lökosit gözlendi. Ön-arka akciğer grafisinde bilateral plevral efüzyon ve toraks bilgisayarlı tomografisinde sol alt lob posterobazal segmentte buzlu cam dansitesinde alan saptandı. Solunum semptomu olmadı ve kan gazı parametreleri tamamen normaldi. Disfaji nedeniyle istenen Nöroloji konsültasyonunda; 5, 8 ve 9. kranial sinir tutulumu saptandı. Beyin MR incelemesi normaldi. BOS incelemesi normaldi. Cilt biyopsi sonucu lökositoklastik vaskülit ile uyumlu geldi. Renal biyopsi yapıldı. Bakılan cANCA testi pozitif bulundu. Kültürlerinde üreme olmadı. Balgamda ARB 3 kez negatifti. Ekokardiyografik inceleme normaldi. Ampirik meropenem tedavisi ile birlikte pulse steroid ve siklofosamid tedavisi başlandı. Hasta, kabulünün 4. gününde; ateşi düşmüş, beyaz küresi gerilemiş, döküntülerinde %50 oranında solma görülmüş, sedimentasyon değeri 20 mm/saate gerilemiş, CRP: düşmüştü. Ancak yatışının 5. gününde ani solunum arresti gelişen hastanın entubasyonu sırasında hemorajik vasıflı bronş sekresyonu saptandı. Resusitasyona yanıt vermeyen hastanın pulmoner-renal sendroma bağlı alveolar hemoraji nedeniyle kaybedildiği düşünüldü. WG kafa içi tutulumu 3 şekilde olabilir; ekstrakraniyal granülom invazyonu, intrakraniyal granülom ve santral sinir sistemi vaskülit. Kranial sinir tutulumu nadirdir. Literatürde nörojenik disfajili tek olgu vardır. Olgumuz ise 5, 8 ve 9. kranial sinir tutulumu ile sağrlık ve disfaji ile gelmişti. WG bir çok organı tutabileceğinden heterojen klinik bulgu verme özelliği vardır. Kranial sinir tutulumu ile gelen olguların ayırıcı tanısında WG'nin de akla getirilmesi gerekir.

