

ISSN: 1300-7718

TÜRK Nefroloji

DİYALİZ ve TRANSPLANTASYON DERGİSİ

Turkish Nephrology, Dialysis and Transplantation Journal

www.tndt.org

Cilt / Volume: 22, No: 3, Ek Sayı/ Supplement: 1, Eylül / September, 2013

30.

Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi®

30th National Congress of Nephrology, Hypertension, Dialysis and Transplantation

23.

Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi

23rd National Congress of Renal Diseases, Dialysis and Transplantation Nursing

13 – 17 Kasım / November 2013

Maxx Royal Otel & Kongre Merkezi / Convention Center, Belek, Antalya

Bildiri Özetleri • Abstracts



Türk Nefroloji Derneği'nin Yayım Organıdır • Official Journal of the Turkish Society of Nephrology

[PS/GN-076]

Egzersiziz İndüklediği Akut Böbrek Yetersizliği İle Seyreden Renal Hipouremi Vakası

Simge Bardak, Kenan Turgutalp, Ahmet Kıyıkım

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Mersin

Amaç: Herediter Renal Hipouremi, üratin tübül geri emiliminde azalma ve düşük serum ürüt seviyeleri ile karakterize kalıtsal bir hastalıktır. Genellikle asemptomatik olmakla beraber nefrolitiazis ve egzersizle ilişkili akut böbrek yetmezliği ile komplike olabilmektedir. Teşhis genellikle hipouremi ve artmış fraksiyone ürik asit ekskresyonu (FE-UA) ile konur. Asya toplumlarında daha sık görülmekte, çok nadiren beyaz ırkta da izlenmektedir. Bu vakada biz, renal hipoureminin neden olduğu akut böbrek yetmezliğini sunmayı amaçladık.

Olgu: 23 yaşında erkek hasta 1,5 km'lik koşu sonrası gelişen halsizlik, karın ağrısı ve idrar miktarında azalma şikayetleri ile başvurdu. Bilinen kronik hastalığı, nefrotoksik ilaç kullanımı, kontrast madde alımı, bitkisel ürün veya madde kullanımı, ateş, enfeksiyon öyküsü olmayan hastanın fizik muayenesi doğaldı. Yapılan tetkiklerinde serum kreatinin 1.5 mg/dl, kreatin kinaz (CK):172 U/L, laktat dehidrogenaz (LDH): 221 U/L, ürik asit: 10 mg/dl (<7 mg/dl), ürik asit atılımı 778 mg/gün (250-750 mg/g), FE-UA %45 (%4-14) olarak bulundu. İdrar mikroskopi normal, 24 saatlik idrarda protein 1.8 g, Antinükleer antikor, Anti nötrofil sitoplazmik antikor, dsDNA, anti glomerüler bazal membran antikorunu negatif, C3, C4 normal sınırlarda saptandı. Renal doppler ultrasonografi normal saptandı. Takibi sırasında serum kreatinin 10.5 mg/dl'ye yükselip gerileme eğilimi içerisine girdi. CK ve LDH değerlerinde hafif bir yükselikle izlendi. Ürik asit değeri düşme eğilimindeydi. İlk baştaki ürik asit yüksekliği akut böbrek yetersizliğine bağlandı. Taburculuktan 1 hafta sonraki kontrolünde kreatinin 1.5 mg/dl, ürik asit 3.39 mg/dl, CK 52 U/L, 24 saatlik idrarda protein 300 mg/g, ürik asit atılımı 821 mg/gün. Prerenal-renal ve postrenal akut böbrek yetmezliğinin tüm nedenleri ekarte edildikten sonra anamnez ve laboratuvar bulgularının Herediter Renal Hipouremi ile uyumlu olduğunu düşündük.

Sonuç: Azalmış serum ürik asit düzeyine ek olarak artmış ürik asit atılımı ve artmış fraksiyone ürik asit ekskresyonunun tespiti ve buna ek olarak egzersizle indüklenen akut böbrek yetersizliği ile karşılaşılmaması durumunda Herediter Renal Hipouremi hatırlanmalıdır. Akut böbrek yetmezliği döneminde bakılan serum ürüt seviyelerinin hafif yükselmiş saptanabileceği unutulmamalıdır.

[PS/GN-077]

İnfiltratif Akut Böbrek YetmezliğiFeyza Bora¹, Fatih Yılmaz¹, Himmet Bora Uslu¹, Demet Şahiner², Fetah Fevzi Ersoy¹, Hüseyin Koçak¹, Ramazan Çetinkaya¹, Gültekin Süleymanlar¹¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Antalya²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

Giriş: Tümörlerin böbrek parankimini infiltre etmesi ile gelişen akut böbrek yetersizliği oldukça nadir görülmektedir. Fibrosarkom (fibroblastik sarkom) fibroz bağ dokusundan elde edilen ve olgunlaşmamış çoğalan fibroblast veya farklılaşmamış anaplastik iğ hücrelerinin varlığı ile karakterize bir malign mezenkimal tümördür. Malign öncü hücre(ler) kas, yağ, fibröz, kükürlük, sinir veya damar dokusu gibi bir veya birkaç gruptan diferansiye olabilirler.

Olgu: 54 yaşında kadın hasta daha önceden bilinen bir hastalığı yokken 2 aydır olan halsizlik nedeniyle gittiği dış merkezdeki doktor tarafından akciğerde kitle nedeniyle hastanemize yönlendirilmiş. Fizik muayenesinde: kan basıncı: 100/80 mmHg, nabız: 95 /dakika, ağrısız hepatomegali ve splenomegali mevcuttu. Saçlı deride nodüler lezyonlar ve tiroide nodülleri palpe edilebiliyordu. BUN 44 mg/

dl, serum kreatinin 2,98 mg/dL, CKD-EPI eGFR:17 ml/dk, ALT:36 U/L,AST: 53 U/L, LDH: 508 U/L, HCO3:19 mmol/l, HBG: 9,5 ve BK:17.000/µL bulundu. 24 saatlik idrarda 414 mg/gün proteinüri mevcuttu. İdrar sedimenti inaktifdi. USG'de böbrek boyutlarında artma (15cm) görüldü. Hastaya çekilen tomografiler sonrası yapılan Pet BT de her iki akciğerde, servikal, mediastinal ve abdominal LAPlar (metastatik), saçlı deride ve tüm vücutta cilt altında hipermetabolik alanlar, karaciğer, böbrekler ve dalakta hipermetabolik multiple metastazla uyumlu görünüm, aksiyel ve periferik kemiklerde litik hipermetabolik metastazla uyumlu multiple lezyonlar tespit edildi. Saçlı derideki lezyondan ve karaciğerden biyopsiler yapıldı. Fibroblastik-myofibroblastik diferansiyeasyon gösteren yüksek dereceli sarkom, miksofibrosarkom olarak raporlandı. Hastaya düşük doz kemoterapi başlandı. Takipte asidozu düzelmeyen oral alımı kötüleşen hastaya hemodiyaliz başlandı. Genel durumu günden güne kötüye giden hastada atrial fibrilasyon gelişti. Antikoagülasyon sonrası GIS kanama geçiren hasta yoğun bakımda hayatını kaybetti.

Sonuç: Yaygın metastatik olan bu sarkomun yayılımı en sık hematogen olup ağırlıklı olarak akciğerlere olur. Büyük, derin, yüksek dereceli sarkomlar ve özel histoloji ile uzak metastaz daha olasıdır. Yetişkin yüksek dereceli pleomorfik miyojenik farklılaşmalı sarkomlar (leiomyosarkom, rabdomiyosarkom ve myofibrosarkom) diğer pleomorfik sarkomlara göre daha kötü sağkalıma sahiptir. Böbreği büyüten durumlar arasında infiltratif hastalıklar aklı gelmelidir.

[PS/GN-078]

Akut Böbrek Hasarında Gizlenen Gerçek: Multipl MiyelomAlper Bayrak¹, Can Sevinç², Okan Akyüz¹, Müjdat Kahraman¹, Sercan Kiremitçi¹, Zehra Pınar Büyükyazıcı¹, Derya Şenel Yıldız¹, Süleyman Baş¹, Öznur Sadioğlu Çağdaş¹, Müşerref Funda Türkmen¹¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul²Trakya Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Edirne

Giriş: Multiple Myelom (MM) plazma hücrelerinin malign proliferasyonu ve kanda monoklonal immünglobulin veya fragmanlarının artışı ile karakterize malign bir hastalıktır. Hastalar renal yetmezlik, nefrotik sendrom, kemik kırıkları, radikülopati, kanama, hiperkalsemi ile farklı disiplinlerdeki hekimlere başvurabilirler; akla gelmediği zaman tanıda gecikmeler olabilir. Son bir yılda ilk kez kliniğimizde MM tanısı alan, başlangıçta değişik sağlık kuruluşlarında farklı tanımlarla tedavi uygulanıp, akut böbrek hasarı (ABH) kliniği ile yatırılan 12 MM olgusunu bu nedenle irdelemeyi uygun bulduk.

Bulgular: Mayıs 2012-2013 tarihleri arasında kliniğimize ilk defa yatırılarak tedavi edilen 1252 olgunun 578'inde (%46.1) birlikte ABH saptandı. ABH tanılı hastaların 12'sinde (%2) MM tanısı konuldu. Diğer bir deyişle MM tanısı konulan olguların hepsinde başvuru sırasında ABH mevcuttu. Dört olgu evre-2 ABH, 8 olgu evre-3 ABH tanılıydı. Renal biopsi yapılan 2 olguda cast nefropatisi saptandı (Şekil-1,2).

Tartışma: MM terminal olarak diferansiye olmuş plazma hücrelerinin malign bir hastalığı lenfomadan sonra en sık görülen hematolojik neoplazmdır. Klinikte kemik ağrıları, vertebra kırıkları, anemiyeye bağlı yorgunluk, kilo kaybı, tekrarlayan enfeksiyonlar, renal yetmezlik, nefrotik sendrom, radikülopati, hiperkalsemi, amiloidoza bağlı semptomlar olabilir. Farklı sistemik bulgu ve belirtilerden dolayı hastalar farklı disiplinlerdeki hekimlere başvurabilir; aklına gelmediği zaman tanı atlanabilir. Olgularımızın hepsinde yatış sırasında ABH saptanmış olup, kliniğimize son bir yılda ABH tanısı ile yatırılan olguların %2'ini MM tanılı olgular oluşturuyordu. MM tanısı alıp renal yetmezlik tanısı olmayan hastaya karşılaşılmaması olmamız olarak dikkat çekici bir bulgu olup serimizde bu bulgunun sık nsaid kullanımına ait olabileceğini düşündük. Bu sonuç ABH tanısında altta yatan MM'in nadir olmayan bir neden olarak akla gelmesi gerektiğini düşündürüyordu. Hepsini anemik olan olgularımızın 9'unda kemik kırıkları, kemik ağrıları nedeni ile farklı disiplinlerdeki hekimler tarafından önerilen NSAİİ kullanımı, bir olguda ek olarak radyokontrast maruziyeti vardı.