

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

Tablo 1 Başvuru sırasında laboratuvar sonuçları

PARAMETRELER	Hastanın Değerleri	Normal Değerler
BUN (mg/dL)	30.8	(9-23)
Kreatinin (mg/dL)	3.5	(0.5-0.9)
Na (mg/dL)	131	(136-145)
K (mmol/l)	1.4	(3.5-5.1)
Ca (mg/dL)	7.7	(8.6-10)
P (mg/dL)	2.2	(2.7-4.5)
Albumin (g/dL)	2.5	(3.5-5)
CK (U/L)	10254	26-192
AST (U/l)	501	(17-35)
ALT (U/l)	431	(7-35)
LDH (U/l)	880	(0-214)
24 saat idrar K (mmol/l)	18.5	(25-125)
24 saat idrar Na (mmol/l)	160	(40-220)
Ph	7.16	7.35-7.45
HCO3	7.9	24 - 28
PCCO2	22.3	35 - 45

[PS/GN-266]

Romatoid Artritli Olguda Nadir Bir Hipokalemi Nedeni: Sekonder Gitelman Sendromu

Salih İnal¹, Meryem Atak², Veysel Kadir¹, Mehmet Şahin³, Mehmet Tuğrul Sezer¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Isparta

²Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta

³Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

Giriş: Romatoid artrit, nedeni bilinmeyen, kronik seyirli, sistemik, inflamatuvar, otoimmün karakterde romatolojik bir hastalıktır. Bazı romatolojik hastalıklar seyirinde renal tübül hasar ve beraberinde elektrolit imbalansları gözlenmektedir. Gitelman sendromu; hipokalemi ve metabolik alkalozun eşlik ettiği, hipokalsüri, hipomagnezemi ile giden, otozomal resesif geçiş gösteren ailesel bir sendromdur. Genellikle genç erişkin yaşta teşhis edilir. Romatoid artrit seyirinde, ileri yaşta bir hastada görülen ve klinik olarak sekonder Gitelman sendromu tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Altmış iki yaşında kadın hasta iştahsızlık ve karında şişlik şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde 16 yıldır Romatoid artrit ile takipli olup başka ek bir sistemik hastalığı olmadığı öğrenildi. Özellikle son 2 aydır iştahsızlık, karında şişkinlik, kabızlık, ellerde uyuşma - karıncalanma, sık idrara çıkma ve ara ara olan bulantı yakınmaları mevcut. Fizik incelemede, omuz, metakarpofalangeal ve proksimal interfalangeal eklemlerde kısıtlılık ve hassasiyet dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Hastanın laboratuvar değerleri; Hb:11,8 g/dl, kreatinin: 0.72 - 0.66 mg/dl, potasyum: 3.1 - 2.7 mmol/l, Mg: 1.0 - 1.2 mg/dl (N:1.9-2.5), arter kan gazında pH: 7.51, HCO3: 26.8 mmol/l, 24 saatlik idrarda Ca atılımı 0.3 mg/dl (N: 6.7 - 21.3) şeklindeydi. Abdomen ultrasonografisinde patolojik bulguya rastlanmadı. Kusma, ishal, diüretik kullanma öyküsü olmayan ve laboratuvar incelemelerinde metabolik alkaloz, hipokalemi, hipomagnezemi, hipokalsüri tespit edilen normotansif hasta klinik olarak Gitelman sendromu olarak kabul edildi. Oral potasyum ve magnezyum replasmanı ve spiranolakton tedavisi ile elektrolit düzeyleri ve beraberinde hastanın yakınmalarında belirgin gerileme gözlemlendi.

Sonuç: Gitelman Sendromu genellikle genç erişkin yaşta tanı almaktadır. Bazı otoimmün hastalıklarla birlikteliği bildirilmiş olup, bu durum Sekonder Gitelman Sendromu olarak adlandırılmaktadır. Literatürde Sjögren sendromlu

hastanın izleminde ortaya çıkan Gitelman sendromu vakaları bildirilmektedir. Bu vakada da Romatoid artrit ile birlikteliği görülmektedir. Romatolojik hastalıkların seyirinde, normal kan basıncı olan erişkin bir hastada, metabolik alkaloz, hipokalemi, ve hipomagnezemi görülmesi durumunda, diüretik ve laksatif kullanımı ve kronik kusmanın dışlanması sonrası Gitelman sendromu da ayrıntı tanıda akılda tutulmalıdır.

[PS/GN-267]

Hipokalemi Metabolik Alkalozun Nadir Bir Nedeni: Gitelman Sendromu

Şanver Koç, Ömer Celal Elçioğlu, Ali Bakan, Kübra Aydın Bahar, Abdullah Özkök, Ali Rıza Odabaş

S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Gitelman sendromu, otozomal resesif geçişli, distal tübülde tiyazide duyarlı Na/Cl kotransporterini kodlayan SCL12A3 genindeki mutasyonla bu sistemin inaktive olması sonucu gelişen hipomagnezemi, hipermagnezüri, hipokalemi, hipokalsüri ve metabolik alkaloz ile seyreden hiperreninemik hiperaldosteronizm olup hipertansiyon görülmeyen bir hastalıktır. Genellikle genç erişkinlerde tanı konur. Burada 43 yaşında tanı konan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Prerenal akut böbrek hasarı (ABH) ve hiperglisemi tanılarıyla kliniğimize yatırılan 43 yaşında erkek hastaya tip 2 diyabet tanısı kondu. Fizik muayenesinde kan basıncı 110/70 mmHg ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Gözlerinde retinopati saptanmadı. Ultrasonografide böbrek boyutları normaldi. Tetkiklerinde HbA1C % 17, glukoz= 483 mg/dl, kreatinin= 1,73 mg/dl, sodyum= 120 mEq/L, potasyum= 3,1 mEq/L, klorür= 74 mEq/L, kalsiyum= 9,2 mg/dl, fosfor= 1,8 mg/dl, magnezyum= 1,5 mg/dl (1,6-2,6 mg/dl), albumin= 3,8 g/dl saptandı. Kan gazında pH 7,23 ve idrarda keton vardı. Proteinüri yoktu. Tiroid hormonları ve bazal kortizolü normaldi. Uygun hidrasyon ve insülin ile ABH ve diyabetik ketoasidozu düzeldi. Gelişinden itibaren 200 mEq/gün potasyum replasmanına rağmen potasyum düzeyi uzun süre 2,5 mEq/L civarında seyretti. Kan şekeri düzelterip kreatinin 0,65 mg/dl'ye düşmesine rağmen hipokalemi devam etti. Kusma veya ileusu yoktu. Diüretik, laksatif kullanımı yoktu. Stabilleştiğinde bakılan kan gazında metabolik alkaloz saptandı. 24 saatlik idrarda magnezyum, klor ve potasyum yüksek, kalsiyum düşük saptandı. Normotansif olması, hipokalemi, hipomagnezemi, metabolik alkaloz, hipokalsüri, hiperpotasyümüri, hipermagnezüri olması nedeniyle Gitelman sendromu düşünüldü. İndometazin 25 mg ve ramipril 2.5 mg başlandı. 48 saat sonra potasyumu normale döndü. Bir daha replasman gerekmedi. Alkalozu düzeldi.

Sonuç: Gitelman sendromu ayrıntı tanısında diüretik ve laksatif bağımlılığı, kronik kusma ve diğer bir ailesel hipokalemi alkaloz nedeni olan Bartter sendromu göz önünde bulundurulmalıdır. Gitelman sendromu hipokalsüri ve hipomagnezeminin olması ile Bartter sendromundan ayrılabilir. Sonuçta metabolik alkaloz, hipokalemi ve normal tansiyonu olan erişkinde öncelikle diüretik kullanımı, laksatif kötüye kullanımı ve kronik kusma düşünülmelidir. Ancak ailesel hipokalemi alkaloz sendromu olan Gitelman sendromu da ayrıntı tanıda düşünülmelidir.

[PS/GN-268]

Hipokalemi Metabolik Alkalozla Seyreden Pellegra Olgusu: Nadir Bir Vaka

Simge Bardak, Kenan Turgutalp, Eda Mermi, Ahmet Kıyıkım

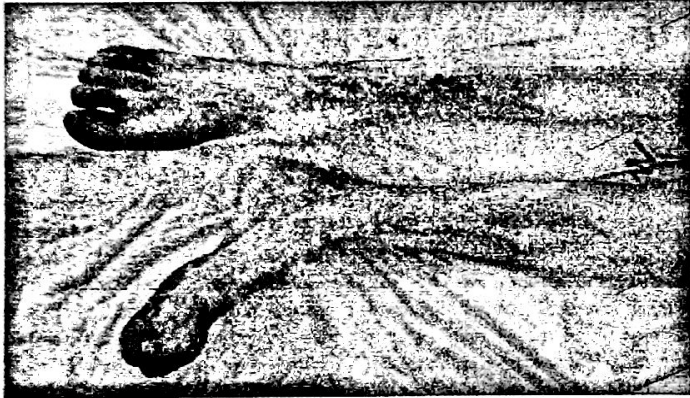
Mersin Üniversitesi, İç Hastalıkları Nefroloji, Mersin

Amaç: Pellegra, niasin eksikliği sonucunda gelişen, gastrointestinal, cilt ve nöropsikiyatrik bulgularla seyreden, günümüzün nadir bir hastalığıdır. Semptom

ve bulguları geniş olması nedeniyle şüphelenilmediği takdirde atlanılabilmektedir. Hafif düzey niyasin eksikliğinde; iştahsızlık, halsizlik, irritabilite, glossit, kilo kaybı gibi nonspesifik semptomlar görülürken, derin eksikliklerinde ise dermatit, diyare ve demans, izlenmektedir. Özellikle tahıl ağırlıklı diyetle beslenenlerde, alkol bağımlılarında, bazı ilaç etkileşimlerinde ve daha nadiren hartnup hastalığında izlenebilmektedir. Bu vakada hipokalemi metabolik alkalozu olması sebebiyle kliniğimize yatırılan ve Pellegra tanısı konulan bir vaka tartışılmıştır.

Vaka: Kronik alkolizm öyküsü olan 64 yaşındaki erkek hasta, 2-3 aydır olan iştahsızlık, kilo kaybı, halsizlik ve günde 4-5 kez sulu, kansız ishal şikâyetleri ile acil servise başvurdu. Fizik muayene: Orofarenks ve dil kuru görünümde, barsak sesleri hiperaktif ve bilateral tibia orta kısımdan başlayıp ayak başparmağına kadar uzanan eroziv alanları mevcuttu (Şekil 1). Laboratuvar: potasyum: 1,6 mEq/L. Kan gazı: PH: 7.56, HCO₃: 46 mEq/L, klor: 93 mEq/L. Gaita mikroskopisi normaldi. Kültüründe üreme saptanmadı. Ayakta ve bacak alt kısmındaki lezyonları nedeniyle cilt hastalıkları tarafından değerlendirilen hastada dermatit düşünüldü. Beyin tomografisinde nonspesifik kronik değişiklikler izlendi. Yakan bellek bozukluğu olan hastada, alkol yoksunluk sendromu düşünülmedi. Potasyum düşüklüğü nedeniyle hastaya intravenöz potasyum replasmanı yapıldı. Kronik alkolizm öyküsü ile beraber dermatit, diyare ve demans bulguları olması nedeniyle hastaya pellegra tanısı konuldu. Nikotinamid replasmanı başlandı. İshali gerileyen, potasyum ve bikarbonat değeri normal aralığa gelen hastada cilt lezyonlarında da düzelleme izlendi (Şekil 2).

Sonuç: Ölümle sonuçlanabilen ileri pellegra vakalarında tanı ek bir tetkike gerek olmadan klinik ve fizik muayene ile konulabilmekte, tedavisi ise sadece nikotinamid replasmanı ile yapılabilmektedir. Günümüzde nadir görülmekte birlikte özellikle alkol kullanan hastalarda düşünülmesi gereken bir hastalıktır.



Şekil 1. Nikotinamid tedavisi öncesi cilt bulguları



Şekil 1. Nikotinamid tedavisi sonrası cilt lezyonlarının gerilemesi.

[PS/GN-269]

Hipokalemi ve Metabolik Alkalozla Prezente Olan Adrenal Karsinomlu Vaka

Yasemin Coşkun Yavuz¹, Safa Ganıdağlı², Serkan Yavuz³, Şahin Murat⁴, Gökalp İrem², Doğan Ekrem¹

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji BD

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD

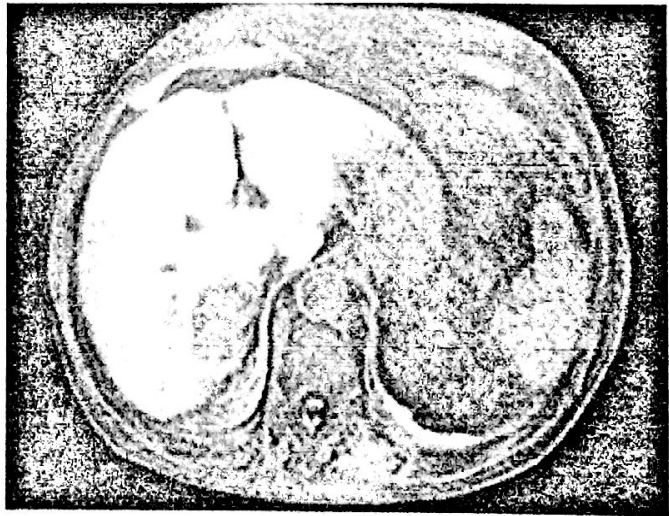
³Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD

⁴Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji BD

Giriş: Adrenal karsinomlar, milyon nüfus başına 1-2 kişide görülen nadir tümörlerdir. Vakaların %60'ı salgıladıkları hormona göre klinik ve laboratuvar bulgu verir. Bizim sunacağımız vaka, Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde pnömoni sebebiyle takip edilirken dirençli hipokalemi, metabolik alkaloz sebebiyle devraldığımız bir olgudur.

Vaka: 68 yaşında, KOAH, hipertansiyon tanıları olan erkek hasta Acil Servise nefes darlığı ile başvurdu. Acil Servisten KOAH ve pnömoni tanıları ile Göğüs Hastalıkları Kliniğine yatırıldı. Dirençli hipokalemi ve metabolik alkaloz olması sebebi ile tarafımızca görüldü. Kliniğimize devralınan hastanın TA 150/90 mmHg, nabız 90/dk, ateş 37C, solunum sisteminde yaygın wheezing, her 2 akciğer bazalde raller, pretibial ödem +/+, diğer muayene bulguları normaldi. Laborauvarda tokluk glukoz 138 mg/dl, kreatinin 1,32mg/dl, Na 142mmol/L, K:2,5 mEq/L, venöz kan gazında Ph:7,53, Pco2:36, HCO3:31 idi. Gönderilen idrar K artmıştı. Hipokalemi için K replasmanı ve metabolik alkalozu için asetolazamid verilmesine rağmen düzellemedi. Spiranolakton başlandı. Kortizol değeri 37 UG/dl idi. Bu arada Göğüs Hastalıklarınca istenen Toraks BT'de sağ sürrenalde karaciğere doğru invaze olan 7cm'lik kitle, sol böbrek parankimde inceleme saptandı. Abdomen MR ile kitle teyid edildi (Resim1). Endokrinoloji tarafından aldosteron, renin, metanefrin, normetanefrin gönderilmesi önerildi ancak bu sırada hastada spontan olarak sol psosa içine kanama oldu. Bu sebeple yoğun bakımda takip edildi. Spiranolakton 100 mg, oral K 80 mEq 'e kadar çıktı. Kanaması durup stabilize olan hasta taburcu olmak istedi. K:3,6, hco3 25 ile taburcu edildi. Onkoloji polikliniğine kontrole gelen hastanın sürrenal kitleden biyopsi alındı. Patoloji raporu inhibi (+), kalretinin(+), sinaptofizin(+), kromogranin(-), MELAN A(+), HEPPAR(-), CK20(-), CK19(-), CD117(0) adrenal tümör saptandı. Hastanın renin, aldosteron, metanefrin sonuçları beklenmektedir.

Sonuç: Hipokalemi ve metabolik alkalozu olan hastalarda renal arter stenozu, tuz kaybettiren nefropatiler, diüretikler, gastrointestinal sebepler, dehidratasyon gibi pek çok sebep vardır. Bu sebeplerin yanında hormon salgılayan sürrenal patolojilerde aynı tabloyu oluşturabilir. Hipokalemi ve metabolik alkalozu olan hastalar genelde Nefrolojiye yönlendirildiğinden böbrek dışı sebeplerde göz ardı edilmemelidir.



Şekil 1. Sağ sürrenalde KC sağ lobunu kısmen invaze etmiş kitle.