

spot idrar protein/kreatinin:1.3 gr/gün olarak hesaplandı. Demir:69 ug/dL, demir bağlama kapasitesi:190 ug/dL, ferritin: 49 ng/mL ve ortalama eritrosit hacmi:92.2 fl,sonuçları kronik hastalık anemisi düşündürmüştür. Periferik yaymada rulo formasyonu dikkati çekmiştir. Protein elektroforezinde monoklonal gamapati saptanan hastaya yapılan kemik iliği yaymalarında %90 plazma hücre infiltrasyonu, biyopside ise total sellüleritenin yaklaşık %70'ini CD138 (+) ve Kappa (+) bazıları atipik monoklonal plazma hücre popülasyonunun oluşturduğu görüldü. Mevcut bulgular ışığında IG A tipi MM tanısı konulan hasta izlemede gastrointestinal kanama geçirdiği için yoğun bakıma alındı ve exitus olmuştur.

Tartışma: MM'da anormal plazma hücreleri'nin kemik iliğini işgal etmesi, bu hücrelerin monoklonal immunoglobulin üretmesi ve diğer poliklonal immunoglobulinlerin baskılanması ile artmış kemik yıkımı patofizyolojik mekanizmaları oluşturur. Bu nedenlere bağlı böbrek yetmezliği olguların %25'inde gözlenir. Normokrom normoster anemi çoğu vakada görülürken vakamızda da olduğu derin anemi daha nadir raporlanmıştır. IG A tipi MM ise tüm vakaların %20'sini teşkil eder. Bu hastalarda trombosit sayısı normal bile olsa M-proteinle etkileşime bağlı olarak niteliksel trombosit bozuklukları veya koagülasyon faktörlerinin inhibisyonu sonucu kanama eğilimi ortaya çıkabilir. MM'ün ölümcül komplikasyonlarını taşıyan ileri yaş ve IG A tipi MM vakamızı paylaşmak istedik

Anahtar Kelimeler: Multiple Myelom, Anemi, Nefropati, IgA

[PS/GN-249]

Hantavirüs enfeksiyonuna bağlı renal sendrom ve akut pankreatit olgusu

Tansu Sav¹, Alper Koç², Abdurrazzak Yılmaz³, Mücahit Gür², İdris Akkaş³, Yusuf Aydın⁴

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

⁴Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji Bilim Dalı

Giriş: Hantavirüsler bunyaviridae ailesine mensup olup insanlarda iki tip zoonotik viral enfeksiyona sebep olabilir. Renal sendrom ile seyreden kanamalı ateş akut böbrek hasarı, ateş ve trombositopeni ile seyredir. Ayrıca hastalığın seyrinde akut pankreatit, akut kolesistit, akut kolanjit, ciddi gastrointestinal kanama, myokardit, perikardit, menenjit, serebrit ve akut solunum sıkıntısı sendromu görülebilir.

Olgu: 33 yaşında erkek hasta, ateş yüksekliği, halsizlik, diyare, boğaz ağrısı yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Gelişinde renal fonksiyonlarda bozukluk (BUN: 22, Kre:2,3) ve karaciğer fonksiyonlarında bozukluk (ALT:153, AST:228) belirlendi. Gelişinde trombositopenisi nedeniyle böbrek biyopsisi planlanamayan hasta bulgulara dayanılarak akut intersisiyel nefrit kabul edildi. Takiplerinde Amilaz ve lipaz değerlerinde de karın ağrısı ile birlikte bir artış ve kreatininde tedrici artış olması nedeniyle steroid tedavisi altında iken hemodiyalize alındı. Toplam 3 seans hemodiyaliz sonrası renal fonksiyonlarda hızlı düzelme ve poliüri gelişti. Kreatinin düzeyleri ve pankreas enzimleri yaklaşık 10 gün içerisinde normale dönen hastanın viral markerlarında Hantavirus IgM ve IgG pozitif olduğu saptandı. Hasta destek tedavi ve kısa süreli steroid tedavisi ile normale döndü.

Sonuç: Nedeni açıklanamayan akut böbrek hasarı, trombositopeni ve ateş yüksekliği olan hastaların ön tanısında hantavirüs enfeksiyonu yer almalı ve bu hastaların takibinde pankreato biliyer hastalıkların gelişebileceği akıld tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hantavirus, Akut böbrek yetmezliği, pankreatit

[PS/GN-250]

Gebeliğin tetiklediği akut tübülointerstisyel nefrit-üveit sendromu (TINU Sendromu): Nadir bir vaka

Simge Bardak, Kenan Turgutalp, Feray Tabakan, Gizem Çulha, Serap Demir, Ahmet Kıyıkım

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

Giriş: Akut tübülointerstisyel nefrit ile birlikte seyreden üveit tablosu 'akut tübülointerstisyel nefrit-üveit sendromu' (TINU sendromu) olarak bilinir. Bu sendrom renal-oküler hastalıklar arasında yer alır. Her yaşta görülebilmese rağmen genellikle genç kızlarda ortaya çıkar. TINU sendromunun mekanizmasının ne olduğuna dair yeterli veri yoktur. Üveite eşlik eden başka bir sistemik hastalığa ait bulgu saptanmaz. Gebelikte böbrekte bazı fizyolojik değişiklikler meydana gelmekte, renal kan akımı artmaktadır. Akut kortikal nekroz, hipertansiyon, akut glomerülonefrit, preeklamsi, eklampsi, üriner enfeksiyon gibi hastalıklar gebelikte sık görülebilmese rağmen akut tübülointerstisyel nefrit nadiren görülür. Şu ana kadar çeşitli nedenlere bağlı olarak 200'e yakın TINU vakası bildirilmesine rağmen gebeliğin tetiklediği TINU vakası literatürde henüz yoktur. Bu vaka, şu ana kadar bildirilen tek vaka olması açısından da önem taşımaktadır.

Vaka: 28 yaşında kadın hastanın 1 ay önce zamanında, sağlıklı doğum yapma öyküsü mevcut. Gebelik öncesi ve gebelik esnasında herhangi bir şikayeti yokmuş. Gebelikten 5 ay önce anterior üveiti tespit edilmiş. Üveite neden olabilecek altta yatan hastalık tespit edilmemiş. Üveit için herhangi bir tedavi verilmemiş. Gebelikten 15 gün sonra ise baş ağrısı, idrar çıkışında azalma nedeniyle dış merkez sağlık kuruluşuna başvurduğunda tansiyonu:150/100 mmHg, nabız:92/dk, kreatinin 2.1 mg/dL, 24 saatlik idrarda 1200 mg/gün proteinüri, albümin: 3.7 mg/dL olarak tespit edilmiş. C3, C4 düzeyleri, antinükleer antikor (ANA) ve antinötrofil sitoplazmik antikorlar (ANCA) normal idi. Böbrek ultrasonunda böbrek boyutlarının normal saptanması üzerine merkezimizde böbrek biyopsisi yapıldı. Böbrek biyopsisi tübülointerstisyel nefrit ile uyumlu idi. 10 gün sonraki takibinde kreatinin düzeyinin azalması ve proteinürünün düzelmesi nedeniyle kortikosteroid başlanmadı. Hastanın üveit açısından göz hastalıklarında kontrolleri devam etmektedir.

Sonuç: Özellikle genç bayanlarda nedeni saptanamayan üveit tespit edildiğinde TINU sendromu da ayırıcı tanıda yer almalı, kortikosteroid tedavinin başlanması açısından hasta değerlendirilmelidir. Üveitin erken tedavisi ile ileride oluşabilecek TINU sendromu engellenebilir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, TINU sendromu, Üveit

[PS/GN-251]

Tubulointerstitial nephritis and uveitis syndrome

Ergün Parmaksız¹, Gökçen Gökcan², Meral Meşe¹, Nurhan Özdemir Acar²

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal training Hospital, Department of nephrology, İstanbul

²Başkent University İstanbul Hospital, Department of nephrology, İstanbul

A 30 year- old female presented with abdominal pain and impaired renal function. Fifteen days prior to presentation, she developed abdominal pain. During evaluation of the abdominal pain she was detected to have elevated serum creatinine and was referred to us. Past medical history was normal. The physical examination at admission was normal.

Laboratory assessment showed the following: blood urea nitrogen 30 mg/dl, serum creatinine 3.03 mg/dl, proteinuria of 781,75 mg/24 hours, microalbuminuria of 262,55 mg/24 hours, hemoglobin was 10.1 g/dl, white blood cell count 12.4 bin/UL, C-reactive protein (CRP) 48.56 mg/L, erythrocyte sedimentation 92 mm/hour. The liver function tests, serum sodium, serum potassium, serum calcium, uric acid and phosphate levels were all normal. The urine examination revealed protein(+), glycosuria in the presence of normoglycemia and 3 to 4 WBC/HPT. The ultrasonographical evaluation of the kidneys was normal. Antinuclear antibody, complement levels (C3,C4), anti neutrophil cytoplasmic antibody against