

TÜRK Nefroloji

DIYALİZ ve TRANSPLANTASYON DERGİSİ

Turkish Nephrology, Dialysis and Transplantation Journal

www.tndt.org

Cilt / Volume: 24, No: 3, Ek Sayı / Supplement:1, Eylül /September, 2015

32.nd

**Ulusal Nefroloji,
Hipertansiyon,
Diyaliz ve
Transplantasyon
Kongresi®**

*National Congress of
Nephrology, Hypertension,
Dialysis and Transplantation*

25.th

**Ulusal Böbrek Hastalıkları
Diyaliz ve Transplantasyon
Hemşireliği Kongresi**

*National Congress of
Kidney Diseases,
Dialysis and
Transplantation Nursing*

21 - 25 Ekim / October 2015
Sueno Hotel & Kongre Merkezi / Convention Center
Belek - ANTALYA

BİLDİRİ ÖZETLERİ / ABSTRACTS



böbrek hasarına yönelik istenen tetkiklerinden anti nötrofilik sitoplazmik antikor, anti nükleer antikor, serum ve idrar immünlüksasyon elektroforezi normal olarak geldi. Göz dibinde retinopati bulgusu izlenmedi. İlk başvuruda idrar miktarı 200 ml/gün olan hastanın, günlük takiplerinde idrar miktarı artmaya başladı. Kreatinin değeri 1,5 mg/dl'ye kadar gerileyen hasta yatışının 15. gününde ayaktan poliklinik takibi yapılmak üzere taburcu edildi.

Tartışma: Dünyada yetişkin popülasyonun %7'sinde, TEKHARF çalışmasına göre ise ülkemizde erkeklerin %11,3, kadınların %32,6'sında obezite bildirilmiştir. Obezite, yüksek kan basıncı, insülin direnci, tip 2 diabetes mellitus (DM), dislipidemi ve koroner arter hastalığı ile ilişkilidir ve böbrek yetmezliğinin progresyonunu hızlandırması nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur. Obezitenin kendisi glomerulopati nedeni olması dışında, bariatrik cerrahi sonrası hayatı tehdit eden ciddi sıvı elektrolit imbalansı ile birlikte ABH gelişebilir. Weingarten ve arkadaşlarının yaptığı retrospektif bir çalışmada, bariatrik cerrahi sonrası ABH insidansı %5,8 olarak bulunmuş ve yüksek BKİ ve DM, perioperatif ABH için bağımsız risk faktörleri olarak gösterilmiştir. ABH, genellikle bariatrik cerrahi sonrası 1. ayda gelişmektedir ve hastanın vücut ağırlığına göre kreatinin yüksekliği ön plandadır.

Sonuç: Bariatrik cerrahi sonrası görülen ABH sık görülmeyen bir komplikasyondur. Bu nedenle özellikle obezite cerrahisi sonrası volüm depleasyonu gelişen hastalarda ABH için artmış risk söz konusu olup bu açıdan dikkatli olunmalıdır.

PS/GN-198

HIZLI İLERLEYEN GLOMERULONEFRİT (RPGN) İLE PREZENTE TÜBERKÜLOZ OLGUSU

Erman Özdemir¹, Pınar Kutlutürk Özdemir², Erdoğan Özdemir², Meral Meşe¹, Ergün Parmaksız¹, Gülşah Boz¹, Okan Akyüz², Zerrin Bıçık Bahçebaşı¹

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği

²Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

³Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Olgu: Önceden bilinen sağlık sorunu olmayan 36 yaşında kadın hasta acil servise bulantı, kusma şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede +1 pretibial ödem dışında patolojik özellik saptanmadı. Laboratuvar incelemede tam kan sayımında özellik yoktu. Biyokimyasal incelemede üre:78 mg/dl kreatinin:2,4 mg/dl albumin:3,6 gr/dl, elektrolitler, karaciğer fonksiyon testleri ve diğer biyokimyasal testler normal sınırlardaydı. Hasta akut böbrek yetmezliği tanısıyla nefroloji kliniğinde yatırılarak tetkik edildi. Yatış sırasında yapılan üriner sistem usg'de her iki böbrek boyutları normal sınırlarda, parenkim kalınlıkları normal ancak ekojenitede garde 2 artış saptandı. TTT'de +2 protein ve 20-25 eritrosit/hpf, 4-5 lökosit/hpf saptandı. İdrar sedimentinde birçoğu dismorfik 20-25 eritrosit ve 1-2 eritrosit silindiri görüldü. Takiplerinde oligüri gelişen ve böbrek fonksiyon testlerinde hızlı bozulma görülen hastaya yatışının 2. gününde RPGN tanısıyla perkutan böbrek biyopsisi yapılması planlandı ancak üre:180, kreatinin:6 mg/dl olması nedeniyle işlem öncesi hemodiyalize alınmasına karar verildi. Hemodiyaliz hazırlıkları sürerken ANA, Anti-dsDNA, C3, C4, ANCA (PR3-MPO), Anti-GBM tetkikleri gönderildi. Hastaya ardışık 2 gün HD uygulandıktan sonra renal biyopsi yapıldı aynı gün ışık mikroskopisiyle yapılan incelemede diffüz proliferatif glomerulonefrit ve nekrotizan kresentler görüldü. İmmün floresan inceleme sonucu beklenmeden aynı gün hastaya pulse steroid (1 gr/gün metilprednizolon) 3 gün olarak order edildi. Hastanın hemodiyaliz ihtiyacı devam etmekte ve pulse sonrası idame 1 mg/kg steroid almaktaydı. Renal biyopsi materyalinin immün floresan incelemede granüler tarzda IgG ve C3 birikimi saptandı. Bu sırada sonuçlanan serum C3 ve C4 normal sınırlarda, ANA, ds-DNA, ANCA, Anti-GBM negatif olarak saptandı. Yatışının 10. gününde diyaliz ihtiyacı devam eden ve komplet anüri gelişen hastaya 5 gün plazmaferez uygulandı. Genel durumu iyi olan hasta ayaktan takip edilmek üzere oral steroid ve haftada 3 gün 4 saat HD tedavisi ile taburcu edildi. Poliklinik kontrolünde steroid tedavisinin 1. ayında olan ve renal fonksiyonları düzelmeyen hasta tekrar değerlendirildi. PA-AC grafisinde sol hiler bölgede kalsifiye lenfadenopati ile uyumlu dansite artışı saptandı. Balgamda ARB inceleme, TBC kültürü, PPD, Toraks BT ve HRCT tetkikleri yapılarak göğüs hastalıkları ile konsulte edildi. Toraks BT ve HRCT'de sol hiler bölgede 1,5 cm

çapında kasifiye LAP dışında özellik saptanmadı. PPD: 14 mm ve balgamda ARB inceleme (3 kez) negatif olarak saptandı. Mevcut bulgularla göğüs hastalıkları LAP örnekleme için transtorasik yaklaşımın uygun olmadığını TBC kültür sonucuyla tekrar değerlendirileceğini bildirildi. Hasta göğüs cerrahisi ile LAP eksizyonu için konsulte edildi ve örnekleme yapıldı. Patolojik incelemede kazeifiye granülomatöz lenfadenit saptandı. Steroid tedavisi kesilerek anti-TBC başlanan hastanın tedavinin 1. haftasında idrar çıkışı başladı ve HD ihtiyacı kalmadı. Şuan poliklinik kontrollerinde üre:24 mg/dl kre:0,8 mg/dl seyretmektedir.

Tartışma: Hızlı bozulan renal fonksiyonlarda erken ve agresif tedavi organı kurtarabileceği gibi alta yatan hastalığın alevlenmesine veya daha ciddi komplikasyonlara neden olabilir. RPGN ile prezente hastalarda immünsupresif tedaviye başlamadan önce, özellikle, TBC'nin göz önünde bulundurulması ve "primum non nocere" ilkesinin hatırlanması amacıyla vaka takdim edilmiştir.

PS/GN-199

LAKTİK ASİDOZUN NADİR BİR NEDENİ: MESALAZİN İNTOKSİKASYONU

Şimge Bardak¹, Mahmut Bakır Koyuncu¹, Kenan Turgutalp¹, Serap Demir¹, Ahmet Kıyıkım¹

¹Mersin Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Mesalazin (5-aminosalisilik asit), inflamatuvar bağırsak hastalıklarında kullanılan anti-inflamatuvar bir ilaçtır. Etki mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Bulantı-kusma, karın ağrısı gibi birçok yan etkileri vardır. Bazı mesalazin preparatlarında laktik asidoza sebep olabileceği iddia edilen propilen glikol bulunmasına rağmen, literatürde mesalazine bağlı gelişen laktik asidoz vakaları hala yoktur. Bu yüzden, mesalazine bağlı olabileceğini düşündüğümüz laktik asidozlu bu ilk vakayı, literatüre katkı yapabileceğini düşündüğümüz için sunmayı uygun gördük.

Olgu: 56 yaşında kadın hasta nefes darlığı, karın ağrısı ve bulantı yakınmasıyla acil servise başvurdu. Geldiğinde hastanın nabızı 130/dk, kan basıncı 85/55 mmHg, solunum sayısı 30/dk idi. Hastanın yaklaşık bir ay önce kanlı ishal nedeniyle başvurduğu hastanede Crohn Hastalığı tanısı olarak 3 gr/gün oral mesalazin tedavisi başlandığı öğrenildi. Mesalazin dışında hastanın düzenli kullandığı bir ilaç yoktu. Laboratuvar: beyaz küre:9,9x10³/µl, Hemoglobin:7,4gr/dL, trombosit:78x10³/µL, CRP:144 mg/l, pH:7,21, bikarbonat: 5,2 mEq/L, parsiyel oksijen basıncı:115 mmHg, parsiyel karbondiyoksit basıncı: 11,7 mmHg, kan şekeri 103 mg/dL idi. Böbrek fonksiyon testleri ve serum elektrolit düzeyleri normaldi. Anyon açığı 16 mEq/L olarak hesaplanan hastada artmış anyon gapli metabolik asidoz tablosu mevcuttu. Serum laktik asidoz düzeyi de yüksek olarak bulundu. Hastanın günde 2-3 kez normal kıvamlı dışkılaması mevcut olup, metanol ve etilen glikol gibi asidoza sebep olabilecek madde maruziyeti de yoktu. Takipneik ve hipotansif olan hastada çekilen kontrastlı toraks BT'de pulmoner tromboemboli veya pnömoni saptanmadı. Hastada enfeksiyon odağı bulunamadı, CRP yüksekliği Crohn Hastalığı'na bağlı olduğu düşünüldü. Acil servise takibi sırasında solunumu yüzleşen hasta mekanik ventilatöre bağlandı. Uygun alkalinizasyon tedavisine rağmen asidozu derinleşen hasta exitus oldu. Plazma salisilat konsantrasyonu çalışılmadı.

Sonuç: Salisilat zehirlenmesi tek seferde yüksek doz salisilat alan veya tekrarlayan terapötik dozlarda salisilat kullanan hastalarda açıklanamayan laktik asidoz varlığında akla gelmelidir. Özellikle geriatrik yaş grubunda açıklanamayan konfüzyon, ateş veya sepsise benzer bulguların (ateş, hipoksi, non-kardiyojenik pulmoner ödem, dehidratasyon, hipotansiyon) varlığında şüphe edilebilir. Açıklanamayan laktik asidoz varlığında hasta mesalazin kullanıyorsa mesalazine bağlı salisilat zehirlenmesi de ayrııcı tanıda yer alabilir.