

# 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.<sup>nd</sup>

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

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

## 25.<sup>th</sup>

**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**





PS/GN-045

**NÖROENDOKRİN TÜMÖR VE MEMBRANÖZ NEFROPATİLİ BİR OLGU SUNUMU**

Simge Bardak<sup>1</sup>, Kenan Turgutalp<sup>1</sup>, Kadir Esen<sup>2</sup>, Mahmut Bakır Koyuncu<sup>1</sup>, Ebru Ballı<sup>3</sup>, Banu Coşkunay<sup>3</sup>, İclal Gürses<sup>4</sup>, Serap Demir<sup>1</sup>, Ahmet Kıyıkım<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

<sup>2</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Onkoloji Bilim Dalı

<sup>3</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı

<sup>4</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

**Giriş:** Membranöz nefropati özellikle ileri yaşta malignitelere sekonder gelişebilmektedir. Akciğer kanseri, prostat kanseri en sık kanser nedenleri arasında yer alır. Birçok hastada tanı anında malignite tanısı da mevcuttur. Ancak, daha nadiren membranöz nefropati ileri zamanlarda gelişebilecek malignitenin habercisi olabilir. Nöroendokrin tümör ve membranöz nefropati birlikteliği ise literatürde az sayıda bildirilmiştir. Burada nefrotik sendrom kliniği ile başvuran membranöz nefropati tanısı alan ve takipte nöroendokrin tümörü tespit edilen bir vakayı sunduk.

**Olgu:** 63 yaşında kadın hasta, 8 yıldan beri bilinen tip 2 diyabetes mellitus hastası, bacaklarda şişlik şikayetiyle başvurmuş. Diyabetik retinopatisi ve nöropatisi yokmuş. Fizik muayene bilateral 2+ pretibial ödem dışında normaldi. Laboratuvar: hemoglobin:10.4gr/dL MCV:60.7, serum kreatinin:0.45mg/dL, albumin:2.49gr/dL, ESR:82-118mm/s, idrar mikroskopisi normal, 24 saatlik idrarda protein:2.6-4.7gr/g, LDL:123mg/dL idi. Hastaya nefrotik sendrom nedeniyle renal biyopsi yapıldı. Işık mikroskopisi, immünofluoresen ve elektron mikroskopisi bulguları membranöz nefropati ile uyumluydu. Membranöz nefropatiye neden olabilecek sekonder nedenler tarandı. Anti HIV, Hbsag, Anti HCV, ds DNA, ANA negatif, transferin saturasyonu %13.7 ferritin:6ng/ml idi. Batın ultrasonografisinde hepatomegali dışında belirgin patoloji izlenmedi. Tarama amacıyla yapılan endoskopide fundus, korpus bileşkesinde büyük kurvatur tarafında 2 cmlik subepitelyal lezyon izlendi, biyopsi alındı. Kolonoskopi iç hemoroid dışında normaldi. Batın BT'de 25x17mm boyutunda mide fundusu düzeyinde büyük kurvatur tarafında duvar yerleşimli iyi sınırlı solid lezyon saptandı. Mide fundustan alınan biyopsi nöroendokrin tümör ile uyumluydu. Kromogranin ve sinaptofizinin boyanma saptandı. Ki-67 ile proliferasyon indeksi <%2 idi. P53 ve Nöron-spesifik enolazla seyrek dağınık soluk boyanma görüldü. Bunun üzerine wedge rezeksiyon uygulandı. Patoloji derece 1 (DSÖ 2010) ile uyumlu nöroendokrin tümör olarak sonuçlandı.

**Sonuç:** İleri yaşta membranöz nefropati saptanan hastalarda membranöz nefropatiye yol açacak sekonder nedenler mutlaka düşünülmeli, kanserler ayırıcı tanıda ön sırada yer almalıdır. Bu hastada membranöz nefropatiye uyumlu yönlere ilaveten "full-house" boyanma paterninin olması SLE ve malignite taranması konusunda uyarıcı olmuştur. İki klinik arasındaki ilişkinin tümör tedavisi sonrası klinik izlemde netleşeceğini düşünmekteyiz.

PS/GN-046

**SUISİD AMAÇLI İNTRAMÜSKÜLER DELTAMETHRİN UYGULAMASINA BAĞLI GELİŞEN YAYGIN PODOSİT HASARI: BİR PSÖDO-RPGN VAKASI**

Simge Bardak<sup>1</sup>, Kenan Turgutalp<sup>1</sup>, Mert Koray Özcan<sup>1</sup>, İclal Gürses<sup>2</sup>, Ebru Ballı<sup>3</sup>, Banu Coşkunay<sup>3</sup>, Serap Demir<sup>1</sup>, Ahmet Kıyıkım<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

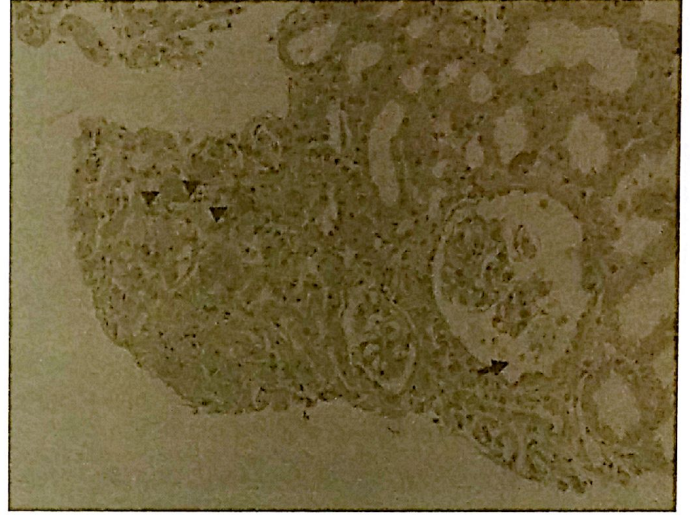
<sup>2</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı

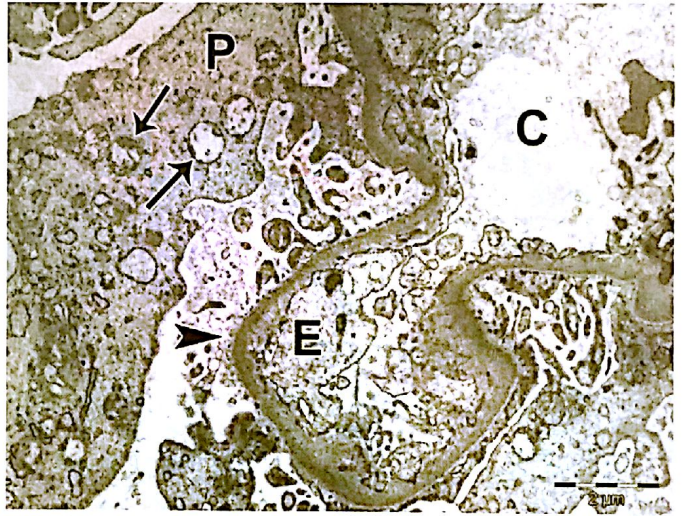
**Giriş:** Podosit hasarı, immunolojik nedenlerin yanısıra viral enfeksiyonlar, ilaçlar, lokal renin anjiyotensin sistemi aktivasyonu ve reaktif oksijen ürünleriyle de gelişebilir. Tarım ürünlerini korumada kullanılan bir insektisit ajan olan

deltamethrinin intoksikasyonunda oksidatif stres önemli rol oynamakta, antioksidan enzimlerde azalma izlenebilmektedir. Deltamethrine bağlı toksisite inhalasyon, enteral, parenteral yollarla gelişebilmektedir. Burada, deltamethrinin suisit amacıyla intramüsküler olarak uygulayan bir hastada gelişen hızlı ilerleyen glomerülofriti (RPGN) taklit eden 'psödo-RPGN' tablosu ve biyopsi bulguları tartışıldı. Literatürde bizim olgumuzdaki gibi deltamethrinin intramüsküler uygulamasına bağlı toksisite bildirilen olgu yoktur.

Figür 1



Figür 1



**Olgu:** 46 yaşında şizofreni tanısıyla izlenen erkek hasta deltamethrin etken maddeli insektisit ajanı suisit amacıyla intramüsküler olarak bacaklarına uygulamış. Başka bilinen kronik bir hastalığı olmayan hastanın bacaklarında yaygın morluklar gelişmiş. Fizik muayenede sağ bacak diz altında, sol bacakta diz üstünde ekimotik alanları, bilateral 3+ gode bırakan ödemi mevcuttu. Laboratuvar: Serum kreatinin:1.68mg/dL (Bazal değeri:0.8mg/dl), albumin:2.2gr/dL, pH:7.36, HCO<sub>3</sub>:12.2. TİT:27 eritrosit, 24 lökosit, protein 1+, glukoz 1+. İdrar kültüründe üreme yok, 1.1 gr/g proteinürisi mevcuttu. Doppler ultrasonografide renal arterler açık, böbrek boyutları normaldi. ANA 1/100+, dsDNA, ENA, CMV IgM, rubella IgM, Hbsag, antiHCV, antiHIV negatifti. Tiroid fonksiyon testleri, C3, C4, IgA-G-M-E normaldi. Hastanın serum kreatinin değerlerinin ilerlemesi ve 4.2'ye ulaşması nedeniyle RPGN ön tanısıyla renal biyopsi yapıldı. Histopatolojik değerlendirmede kresent formasyonu gözlenmedi. Bowman aralığına düşmüş nekrotik podositler, tübül içerisinde eritrosit silendirleri ve nekrotik tübül hücreleri izlendi (Figür 1). Elektron mikroskopisinde podositlerde