

**Lupus Ön Tanısıyla Değerlendirilen Ailevi Akdeniz Ateşi Vakası**

Ali Delibaş<sup>1</sup>, İclal Gürses<sup>2</sup>, **Gönül Parmaksız**<sup>3</sup>, Serra Sürmeli Döven<sup>1</sup>, Ebru Ballı<sup>4</sup>, Kaan Esen<sup>5</sup>, Selma Ünal<sup>6</sup>, Meltem Çobanoğulları Direk<sup>7</sup>, Çetin Okuyaz<sup>7</sup>,

<sup>1</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Nefroloji BD, Mersin

<sup>2</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji ABD, Mersin

<sup>3</sup>Mersin Kamu Hastaneler Birliği Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Pediatrik Nefroloji Kliniği, Mersin

<sup>4</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji ABD, Mersin

<sup>5</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Mersin

<sup>6</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Hematoloji BD, Mersin

<sup>7</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Nöroloji Bilim Dalı, Mersin

**Olgu:** Oniki yaşında kız hasta, sol kolda kasılma ve gözde kayma şeklinde nöbet geçirerek başvurduğu merkezde kan basıncı 150/100mmHg saptanmış. Fenitoin, amlodipin ve enalapril tedavisi başlanan hasta hastanemize sevk edilmiş. Özgeçmişinden hastanın altı yıl önce apendektomi olduğu ve beş senedir Ailevi Akdeniz Ateşi(AAA) tanısıyla izlendiği ve Kolşisin 1x1 tablet kullandığı öğrenildi. Hastanemize yatırıldığında şiddetli kas ve eklem ağrıları olan ve makroskopik hematürisi bulunan hastanın fizik muayenesinde genel durumu orta kan basıncı: 130/70 mmHg, oral aftöz lezyonlar, eklemlerde ve kaslarda palpasyonla hassasiyeti mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde Hgb:6,7 gr/dl, Lökosit sayısı:17200/mm<sup>3</sup>, sedim:66 mm/sa, üre:13,7 mg/dl, kreatinin:0,3 mg/dl, Albumin:3,2 g/dl, Na:129 mEq/L, K:4 mEq/L, CRP:16 mg/L, ASO:2270 IU/ml, RF:22,7 IU/ml, Fibrinojen:537 mg/dl Tam idrar tetkikinde; idrar çay renginde Dansite:1012 protein(-) mikroskopide bol dismorfik eritosit görüldü. Serebral MR ve EEG normal olarak değerlendirildi. ANA: 1/100 (+), AntiDs-DNA: <10 IU/ml, ACA-IgM(-) ACA-IgG:(-) Factor VIII:%83, Factor VIII inhibitör:<0,5, lupus antikoagulan taraması(+) doğrulanması(-), VDRL(-) ve ENA profili negatif olarak geldi. MEFV:M694V/M694V saptandı. Coombs (+) hemolitik anemi saptanan hastada kemik ağrılarının da olması sebebiyle maligniteyi ekarte etmek için yapılan kemik iliği aspirasyonu normal olarak değerlendirildi. Hastaya IVIG verildi. Göz muayenesinde üveit saptanmadı. Ağızda aftların bulunması, Coombs(+) hemolitik anemi, proteinüri (345 mg/m<sup>2</sup>/gün), hematüri, eklem ağrıları, nöbet geçirme hikayesi ve ANA(+)'liği saptanan hastada Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) nefriti ön tanısıyla böbrek biyopsisi yapıldı. Böbrek biyopsi

sonucu membranoproliferatif glomerulonefrit (MPGN) ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastaya prednizolon (60mg/m2/gün) tedavisi başlandı. Genel durumu iyi olan hasta, yatışının 15. gününde fenitoin, kolşisin ve prednizolon tedavileriyle taburcu edildi. Üç ay sonra bakılan idrar mikroskopisinde hematürinin düzeldiği tespit edildi. Prednizolon ve fenitoin azaltılarak kesildi. Onbir aydır izleniyor. Hastanın aktif şikayeti yok. Kolşisin 3x1 kullanmaya devam ediyor.

**Sonuç:** AAA nedeniyle izlenen hastanın hipertansiyon ve nöbetleri geçirmiş olduğu Akut glomerülonefrite (MPGN) bağlandı. Kolşisin uygun dozda kullanılmadığı için araya giren AAA atağının klinik durumu karıştırdığı düşünüldü.

