



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Servisi
Olgu Sunumu

30 Mart 2016 Çarşamba

Ar. Gör. Dr. Orkun Dinç

Kıd. Ar. Gör. Dr. Mukaddes Kılıç



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Servisi
Olgu Sunumu

Ar. Gör. Dr. Orkun Dinç

Olgu



14 yaşında, erkek hasta

Şikayeti: İdrar renginde koyulaşma,
karın ve bacaklarda şişme

Hikaye:



- ❧ Çocuk endokrin polikliniğine diyabet kontrolü için başvuran hastanın son 1 haftadır idrar renginde koyulaşma, her iki bacakta, göz kapaklarında şişlik şikayeti olduğu öğrenilince nefroloji polikliniğine yönlendirilmiş.
- ❧ 2 hafta önce boğaz ağrısı, kulak ağrısı, öksürük şikayetleri ile pastil kullanan hasta, başka herhangi bir ilaç kullanmamış.
- ❧ Hastanemize başvurusundan 8 gün öncesinde bu şikayetleri düzelmiş.

Olgu



Özgeçmişi:

- Tip1 DM (4 ay önce diyabet ketoasidozu tablosuyla hastanemize başvurup Tip 1 DM tanısı almış.)
- Astım nedeniyle sık hastane yatışı varmış. (Son 2 yıldır herhangi bir tedavi almıyormuş.)

Soygeçmiş:

- Anne: 33 yaşında, aşçı (10 yıl önce tekrarlayan böbrek enfeksiyonu ile hastane yatışı)
- Baba: 40 yaşında, TIR şoförü (Tekrarlayan böbrek taşı nedeniyle ESWL yapılmış.)
- Akrabalık yok
- 1. Çocuk: 16 yaşında, kız, sağ, sağlıklı
- 2. Çocuk: Hastamız

Olgu



🔗 Fizik muayene:

🔗 Genel durumu iyi

🔗 Ateş: 36,4 C

🔗 KTA: 80/dk

🔗 SS: 22 /dk

🔗 **TA: 130/90 mmHg**

★ (95 p: 117/89 mmHg, evre 2)

🔗 Boy: 160 cm (50-75 p)

🔗 Ağ: 47 kg (50-75 p)

🔗 Preorbital ödem (++) , pretibial ödem (++) mevcut

Olgu



- ❧ KVS ve SS muayeneleri doğal
- ❧ Karın muayenesinde KC ve dalak ele gelmedi.
- ❧ Skrotal ödemi yoktu.

Laboratuvar:



- ❧ Hb: 10,2 g/dl
- ❧ Hct: %32,2
- ❧ MCV: 93,9
- ❧ BK: 10.500 /mm³
- ❧ Plt: 260.000/mm³
- ❧ CRP: 2,66 mg/dl

- ❧ Glukoz: 80 mg/dl
- ❧ Üre: 26 mg/dl
- ❧ Kre: 0,51 mg/dl
- ❧ ALT: 15 IU/dl
- ❧ AST: 21 IU/dl
- ❧ T. Prot: 6,8 g/dl
- ❧ Alb: 3,4 g/dl
- ❧ Na: 144 mEq/dl
- ❧ K: 4,6 mEq/dl
- ❧ Ca: 8,2 mg/dl

Laboratuvar:



🔗 TİT:

🔗 pH: 6

🔗 Dansite: 1.017

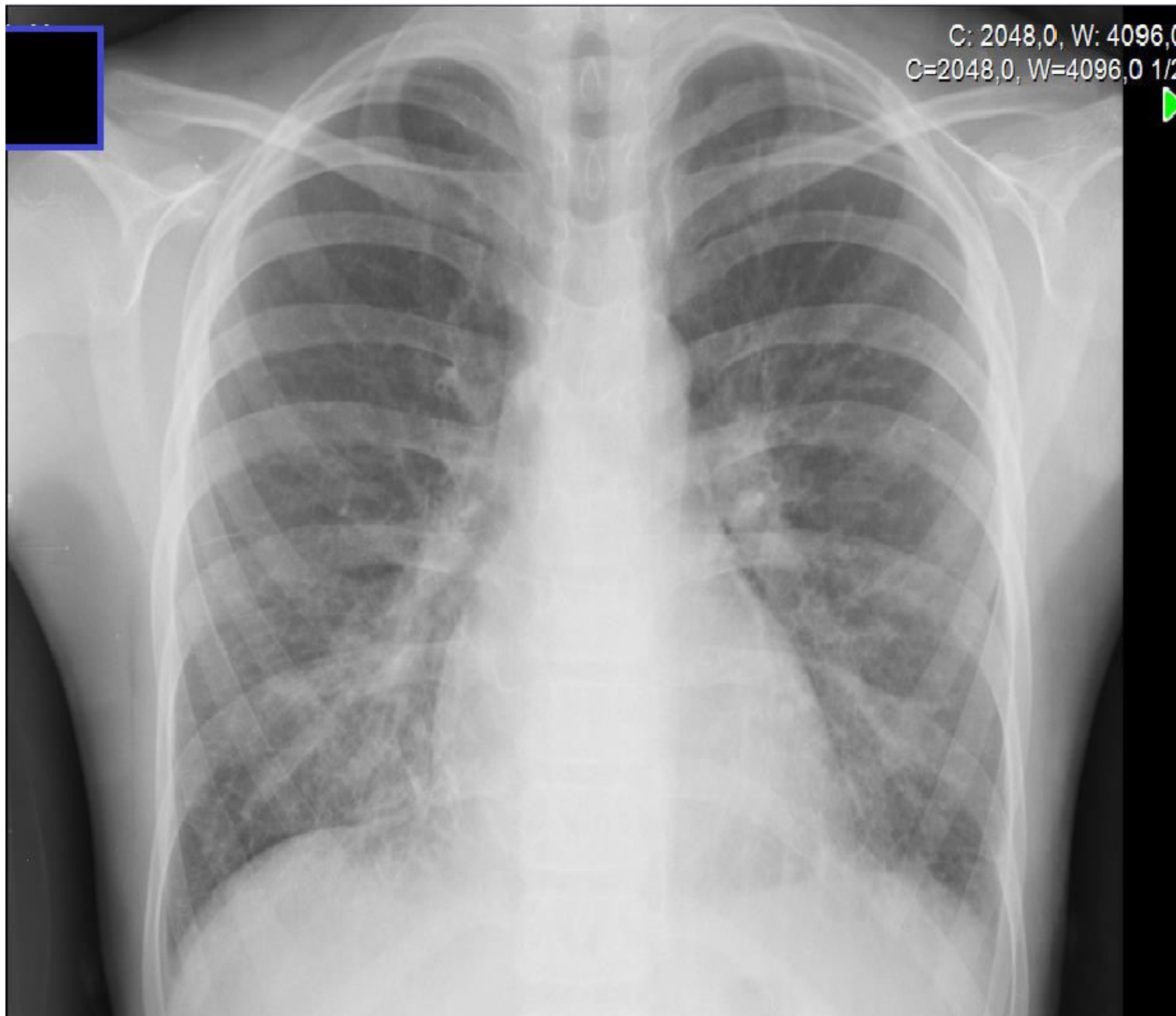
🔗 Kan: +++

🔗 Lökosit: - /+

🔗 Protein: ++

🔗 Glukoz: -

🔗 Sediment: Her alanda silme eritrosit





Patolojik bulgular

- İdrar renginde koyulaşma, vücutta şişlik
- Pretibial ödem
- Periorbital ödem
- Hipertansiyon
- Hematüri
- Proteinüri
- Hipoalbüminemi

Olgu

& Ön tanı?





Klinik İzlem:

- ⌘ C3: 49,2 mg/dl (Düşük) (N 90-180)
- ⌘ C4: 15,5 mg/dl (N 10-40)
- ⌘ ASO: 276 IU/ml (Yüksek)(N 0-200)
- ✦ İdrarda protein/kreatin: 0,43



🔗 Klinik izlem:

- 🔗 Aldığı-çıkardığı izlemi
- 🔗 Kan basıncı izlemi
- 🔗 Furosemid 2 mg/kg dozda
- 🔗 Ödemin gerilediği, idrar miktarında artış olduğu görüldü.
- 🔗 Günlük ağırlık izlemi



Klinik İzlem:

- ❧ Hastanın izleminde kan basıncı normal persantil değerlerine geriledi.
- ❧ İdrar çıkışı iyi olan, ödemi gerileyen hastanın furosemid tedavisi kesildi.
- ❧ Furosemid kesildikten sonraki gün, izleminde de KB 95. p altında seyretti.

Akut Poststreptokoksik Glomerülonefrit (APSGN)



Çocukluk çağında **hematürinin** en sık nedeni
APSGN'dir.



APSGN

- ❧ Subklinik
- ❧ Akut nefritik sendrom
- ❧ Nefrotik sendrom
- ❧ Hızlı ilerleyen glomerülonefrit (RPGN) tablosunda görülebilir.



ASPGN nin en sık görülen klinik formu **akut nefritik sendromdur**

- Hematüri
- Ödem
- Hipertansiyon
- Orta düzeyde proteinüri

Klinik:



- “ Ani başlayan **hematüri**
- “ **Ödem**
- “ **Hipertansiyon**
- “ **Böbrek yetmezliği**



❧ **Etyolojik ve epidemiyolojik özellikleri:**

❧ Akut poststreptokoksik glomerülonefrit,
grup A beta hemolitik streptokokların
nefritojenik suşları ile deri veya boğaz
enfeksiyonunu ertesinde gelişir.

❧ **Epidemik nefritler,**
serotip **12** streptokokların **boğaz** enfeksiyonu,
serotip **49** streptokokların **cilt** enfeksiyonu
ertesinde oluşur.

❧ **Ancak hastalık genellikle sporadiktir.**



❧ Patolojik özellikler:

❧ Böbrekler simetrik olarak büyümüştür.

Işık mikroskopunda

tüm **glomerüller genişlemiştir**,

mesengial matrikste artma ile

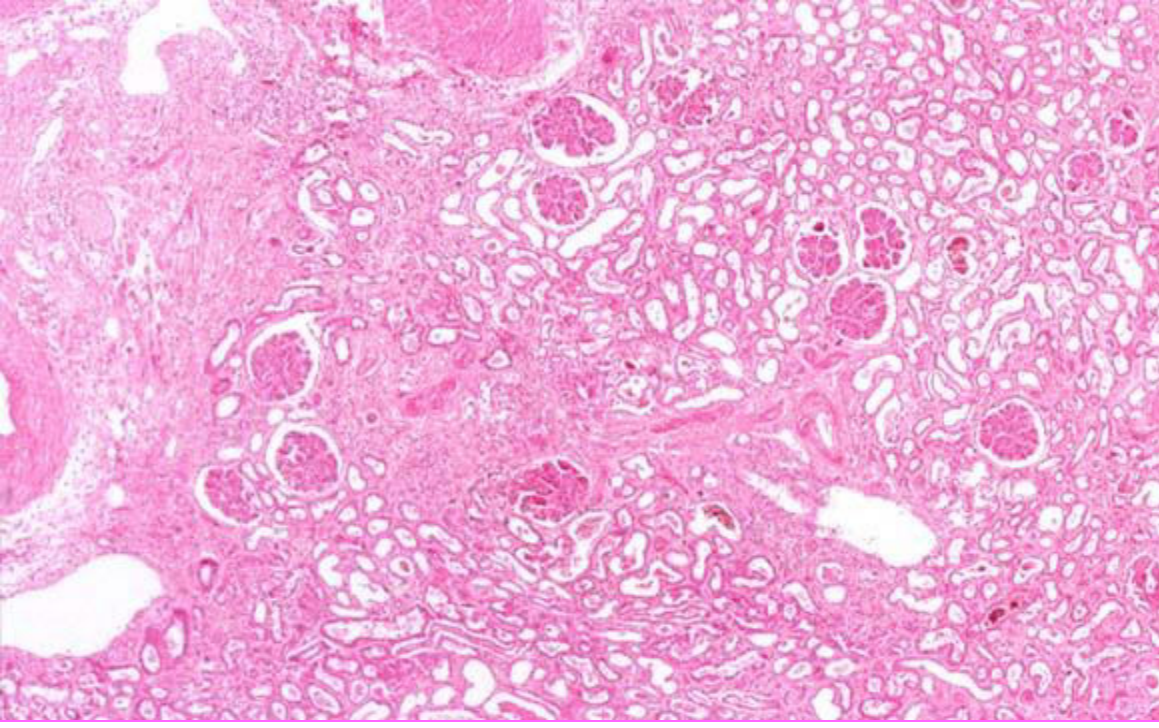
diffüz mesengial proliferasyon vardır.

Ciddi vakalarda kresent oluşumu vardır.

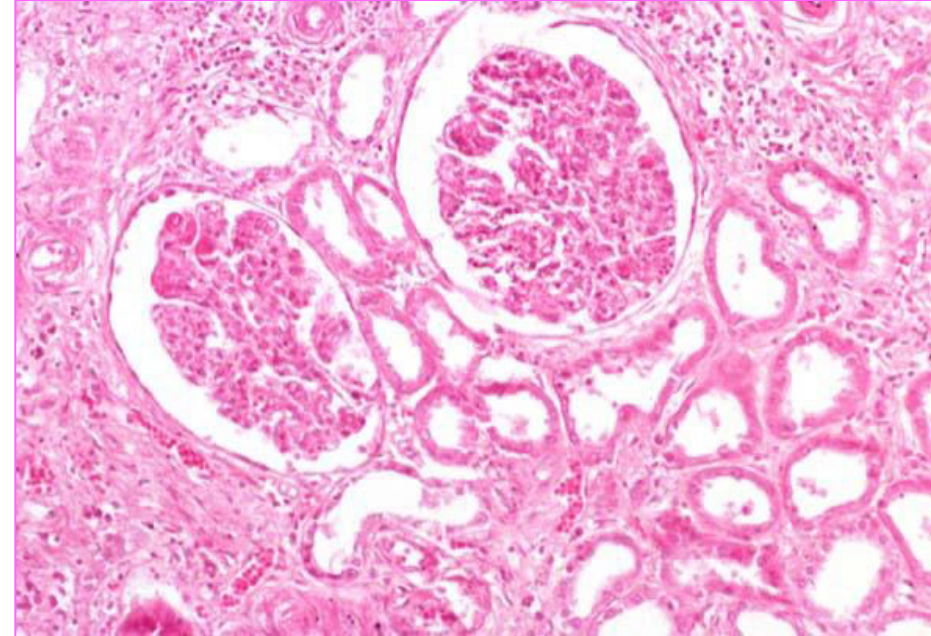
❧ **Immünfloresan mikroskopide;**

glomerül bazal membranı ve mesengiumda

immünglobulin ve kompleman depolanması vardır.



Tüm glomerüllerde
benzer proliferatif
değişiklikler





❧ Patogenez:

- ❧ Serum kompleman 3 (C3) düzeyinin ciddi şekilde azalması hastalığın immün kompleks oluşumuna bağlı olarak ortaya çıktığını düşündürmektedir.



Poststreptokoksik glomerülonefrit
en sık 4-14 yaşlarında

görülen bir çocukluk yaş grubu hastalığıdır,
3 yaşından önce görülmesi nadirdir.



- ❧ Böbrek tutumunun derecesine göre, ödem, hipertansiyon ve oligüri görülebilir.
- ❧ Hastaların çoğunda su ve tuz ekskresyonu azalır, ESS artar, bu nedenle :
 - ❧ ödem, anemi, hipertansiyon (vakaların %50-90'ında), dolaşım konjesyonu ve ensefalopati (% 5) görülebilir. Ensefalopatiye bağlı bilinç kaybı, bellek kaybı, görme bozukluğu, afazi, koma ve konvülziyonlar görülebilir.
- ❧ Akut faz bir ay kadar sürüp geçer, ancak mikroskopik hematüri bir yıl kadar sürebilir.



- ❧ Streptokok boğaz enfeksiyonu ertesinde iki hafta, deri enfeksiyonu ertesinde iki haftadan daha uzun süre sonrasında hastalarda tipik olarak akut nefritik sendrom oluşur.
- ❧ Böbrek tutulumunun derecesi asemptomatik mikroskopik hematüriden böbrek yetmezliğine kadar değişiklik gösterebilir.



❧ Tanı:

- ❧ İdrar sedimentinde **eritrositlerin, eritrosit silendirlerinin görülmesi**
- ❧ **Hafif proteinüri**
- ❧ Lökositüri
- ❧ Glikozüri
- ❧ Lökositoz
- ❧ Normositer normokrom anemi
- ❧ BUN ve kreatinin yüksekliği
- ❧ **C3 genellikle düşük**



- ❧ Pozitif boğaz kültürü tanıyı destekler, ancak negatif gelmesinin tanı açısından önemi yoktur.
- ❧ ASO titresinin artması tanıya yardımcıdır. Ancak **deri enfeksiyonlarında ASO titresi artmamış olabilir. Bu durumda geçirilmiş enfeksiyonu göstermesi açısından en duyarlı antikor ölçümü DNaz B antijenine karşı oluşmuş antikorların ölçülmesidir.**



- ❧ AGN kliniği olan bir çocukta streptokok enfeksiyonu kliniğinin olması ve C3'ün düşük bulunmasıyla klinik olarak APSGN'den şüphelenilir.
- ❧ Tanı için rutin böbrek biopsisine gerek yoktur. Biyopsi ancak;
 - ❧ Nefritik sendrom kliniği olan bir hastada streptokok enfeksiyonu kliniğinin olmaması,
 - ❧ Hipokomplementeminin olmaması,
 - ❧ hematüri ve/veya proteinürinin kalıcılık göstermesi
 - ❧ Böbrek fonksiyonlarının azalması
 - ❧ C3'ün hastalığın başlangıcından itibaren 3 aydan uzun süre düşük seyretmesi durumunda yapılır.



❧ **Komplikasyonları:**

- ❧ Akut böbrek yetmezliği
- ❧ Volüm yüklenmesi
- ❧ Dolaşım konjesyonu
- ❧ Hipertansiyon
- ❧ Hiperkalemi
- ❧ Hiperfosfatemi
- ❧ Hipokalsemi
- ❧ Asidoz
- ❧ Konvülziyon
- ❧ Üremi



❧ **Tedavi:**

- ❧ Akut böbrek yetmezliğine yönelik önlemler alınmalıdır. Streptokoksik enfeksiyonu için 10 gün ağız yoluyla penisilin tedavisi önerilmektedir. Ancak antibiyotik tedavisinin hastalığın seyri üzerine etkisi yoktur.
- ❧ Hastalığın akut fazı dışında aktivite kısıtlanmamalıdır.
- ❧ ABY ve hipertansiyon döneminde tuz kısıtlaması yapılabilir.



Prognoz:

🔗 Vakaların %95'i sekelsiz iyileşir.

Akut faz çok ciddi seyretmiş ve glomerüler hiyalinizasyona neden olmuşsa

kronik böbrek yetmezliğine bağlı mortalite olabilir.



🔗 Dinlediğiniz için teşekkür ederim.