



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Nefroloji Bilim Dalı
Olgu Sunumu

26 Ocak 2017 Perşembe

Ar. Gör. Dr. Şerife Kalkan
Prof. Dr. Kenan Bek



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Çocuk Nefroloji Bilim Dalı
Olgu Sunumu

26 Ocak 2017

**Ar.Gör.Dr. Şerife Kalkan
Prof.Dr.Kenan BEK**

14 yař, kız hasta

Bir hafta önce halsizlik, boğaz ağrısı, kusma
şikayetleri olan

hasta **antibiyotik tedavisi almış.**

Takibinde ishal, karın ağrısı da olmuş.



Dış merkezdeki tetkiklerde;

- Üre: 183 mg/dl (10-50 mg/dl)
- Kreatinin: 4,84 mg/dl (0,5-1,25 mg/dl)
- T. bil: 0,61 mg/l (0,2-1,2 mg/dl)
- D. bil: 0,13 mg/l (0-0,5 mg/dl)
- ALT: 788U/L (0-35U/L)
- AST: 782U/L (5-40U/L)



TİT:

- Ph: 5,5
- Dansite: 1.020
- Lökosit: negatif
- Kan: 3+
- Protein: 1+
- Nitrit: negatif



ÖZGEÇMİŞ

- Özellik yok



SOYGEÇMİŞ

Anne: 48 yaşında, guvaturı var

Baba: 50 yaşında, eks, hipertansiyon; kafa içi kanama

Ailede hastalık: Dedede böbrek taşı

1.çocuk: 25 yaşında, erkek, ss

2.çocuk: 18 yaşında, erkek, ss

3.çocuk: hastamız



FİZİK MUAYENE

- Kan basıncı: 90/50 mmHg (95p: 123/81 mmHg)
- Tartı: 45,6 kg (10-25 p)
- Boy: 153 cm (3 p-10 p)
- Ateş: 36.3 C
- Nabız: 117/dk
- SS: 24/dk
- SPO2: 99



FİZİK MUAYENE

- **Deri:** Ödem yok. Turgor tonus doğal
- **KBB:** Orofarinks doğal. LAP yok.
- **SS:** Akciğer sesleri doğal. Ral yok. Ronküs yok.
- **KVS:** S1+S2+üfürüm yok.
- **Batın:** Rebaund yok. Defans yok.HSMG yok.
- **KVAH+ / +**
- **Ekstremiteler:** PTÖ-/-



LABORATUVAR

- **Üre:139mg/l** (16,6-48,5)
- **Bun: 65mg/dl** (6-20)
- **Kreatin: 4,19mg/dl**(0,5-0,9)
- **AST: 278 U/L** (<32U/L)
- **ALT: 524 U/L**(<33U/L)
- GGT: 74U/L (6-42)
- ALP: 84U/L (35-104)
- LDH:1.499U/L (135-214)
- t.protein:7,1g/l(6,6-8,7)
- Albumin:3,7g/dl(3,9-4,9)
- Na:135mEq/L(136-145)
- K:4,7mEq/L(3,5-5,1)
- Cl:98mEq/L(98-107)
- Ca:9,8mg/dl(8,6-10,2)
- Mg:3,07mg/dl(1,6-2,6)
- **Crp:6,06mg/dl**(<0,5)



LABORATUAR

- BK: 10.660 (3600-10200)
- ANS: 6608 (1700-7600)
- Lenf: 2138 (1000-3200)
- Hgb: 11,8 (12,5-16,3)
- Hct: 34,6 (36,7-47,1)
- MCV: 81.0 (73.0-96.2)
- PLT: 312.600 (152-348bin)
- Sedim: 40 mm/h (<15)
- PT: 12,7(11,5-15,5)
- INR: 0,99
- aPTT: 20,6(26,5-40)
- C3:161,7 (90-180)
- C4: 35,1(10-40)



- **Tit:**
- Ph:5,5
- Dansite:1,013
- **Kan:3+**
- Lökosit:+/-
- Protein:trace
- Nitrit:negatif
- **İdrar sedimentinden yapılan yaymada yer yer eozinofiller gözlendi.**

- **PY**
- **%62 nötrofil**
- **%22 lenfosit**
- **%10 band**
- **%6 eozinofil**



PATOLOJİK BULGULAR

- Kreatinin, üre, bun artışı
- AST ve ALT artışı
- İdrar sedimentinden yapılan yaymada eozinofil varlığı
- Eozinofili
- Ödem yok
- Albümin normal
- Kompleman normal
- Tansiyon normal



- Ön tanı?



AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ

ABY böbrek işlevlerinin birden bozulduğu klinik sendromdur. Çocukların %2-3 ünde, infantların da %8 kadarında görülür.



ABY

- Prerenal
- Renal
- Postrenal



PRERENAL

- Dehidratasyon
- Hemoraji
- Sepsis
- Hipoalbüminemi
- Kalp yetmezliği



RENAL

- Glomerülonefrit
- HÜS
- ATN
- Renal ven trombozu
- Rabdomiyoliz
- Akut interstisyel nefrit
- Tümör yıkımı sendromu



POSTRENAL

- PUV
- UPJ darlık
- Tümör
- Ürolitiaz
- Nörojen mesane



AKUT TÜBÜLER İNTERSTİSYEL NEFRİT

Akut interstisyel nefrit (AİN),böbreklerde tübülointerstisyel bölgenin inflamasyonu ile birlikte akut böbrek yetmezliği tablosunun ortaya çıkması olarak tanımlanabilir.



PATOFIZYOLOJİ

ATIN'in özellikleri;
böbrek interstisyumunda lenfosit infiltrasyonu,
tübüler ödem,
değişen derecelerde tübül epitel harabiyetidir.

Özellikle ilaç ile ilişkili TİN'de
eozinofil infiltrasyonu mevcuttur.

Patogenez tam anlaşılmamakla beraber
T-hücre aracılı immün mekanizmalar sorumlu
tutulmuştur.



AKUT TIN NEDENLERİ

- **İlaçlar:**

beta-laktam antibiyotikler, sefalosporinler, sulfonamidler, rifampisin, tetrasiklin, NSAİ'ler, diüretikler , antikonvülzanlar

- **Enfeksiyonlar:**

Bakteriyel, viral, parazitler

- **İmmun aracılı:**

IgA nefropatisi, membranöz nefropati, lupus nefriti



KLİNİK

Ateş, döküntü ve eklem ağrısı ile birlikte yükselen serum kreatinin değerleri klasik bulgular olmakla birlikte, hastaların çoğunda bu belirtiler bir arada bulunmaz.

Döküntü geçici makülopapüler veya ürtikeryal özelliktedir.

Hastalarda böğür ağrısı ile birlikte bulantı, kusma ve halsizlik görülebilir.



Akut TIN'deki akut böbrek hasarının
Akut glomerülonefritten ayırıcı tanısı;
AGN de görülen hipertansiyon, bariz ödem,
önemli proteinüri ve idrarda eritrosit
silendirlerinin
Akut TIN de bulunmaması ile yapılır.

Akut TIN sonucu oluşan tübülopatide
tüm tübülüs segmentleri etkilenebilir.



YAPILACAK TETKİKLER

TIT de

proteinüri (<1gr/gün),eritrositüri, lökositüri, eozinofilüri (ilaca bağlı ATIN) görülür.

NSAI'a bağlı olan TIN de nefrotik sendrom gelişebilir.

İlaçla oluşan TIN de

normokrom normositer anemi, lökositoz, periferik eozinofili,yüksek transaminaz ve yüksek sedim düzeyleri görülür.

Tübüler disfonksiyon varsa glükozüri, aminoasidüri, bikarbonatüri, fosfatüri görülebilir.



Suçlanan ilacın kesilmesi ile kendiliğinden iyileşme olması tanıyı doğrular.

Tipik radyolojik bulgusu yoktur.

Kesin tanı renal biyopsi ile konulur.

Ancak biyopsiye çoğu zaman gerek duyulmaz.



TEDAVİ

- ABY nin hiperkalemi veya volüm yüklenmesi gibi komplikasyonları düzeltmek
- Etken ilacın kesilmesi
- Tedaviye rağmen böbrek fonksiyonları düzelmezse steroid tedavisi
- Diyaliz



KLINİK İZLEM

Hasta sorgulandığında

19 Aralık'ta butamirat sitrat, amoksisilin klavulanik asit, parasetamol

10 Ocak'ta amoksisilin klavulanik asit, flurbiprofen

16 Ocak'ta ibuprofen, seftriakson aldığı öğrenildi.

Süt çocuğu servisine yatırıldı.

Serum kreatinin izlemi ve AÇT yapıldı.



Serum kreatinin değerleri:

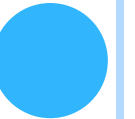
- 17/01/2017: 4,19 mg/dl
- 18/01/2017: 3,63 mg/dl
- 23/01/2017: 2,8 mg/dl

ALT/AST değerleri:

- 17/01/2017: 524/278 U/L
- 18/01/2017: 380/159 U/L
- 23/01/2017: 101/49 U/L



Hasta sütçocuęu servisinden taburcu edilip
 ocuk nefrolojiden izleme alındı.



TEŞEKKÜRLER

