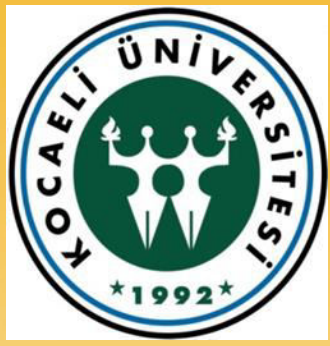




Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Servisi
Olgu Sunumu

05 Temmuz 2017 Salı

Araş. Gör. Dr. Mert Şengün



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Servisi
Olgu Sunumu

Arş. Gör. Dr. Mert ŞENGÜN

Olgu

- Üç yaşında erkek hasta
- Şikayeti: Kırmızı renkte idrar çıkarma, bacaklarda şişlik

Öykü

- Hastanın 3 gün öncesinde kırmızı renkli idrar yapma yakınması gelişmiş.
- Bacaklarında şişlik yakınmasının eklenmesi üzerine hastanemiz acil servisine başvurmuş.
- Hastanın yaklaşık 20 gün önce geçirilmiş ateşli üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü mevcut.

Olgu

Özgeçmiş

- Hastanın doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası öyküsünde özellik yok.
- Düzenli kullandığı ilaç, süregelen bir hastalığı ya da geçirdiği ameliyat yok.

Soy-geçmiş

- Ailede herhangi bir böbrek hastalığı öyküsü yok.

Fizik Bakı

Ateş:36,2° C Nabız:104 /dk Solunum sayısı: 24 /dk

Kan basıncı: 90/50 mmHg (50p-75p)

- Genel durum iyi
- Deri ve saçlı deride lezyon yok
- Baş, boyun muayenesi doğal, LAP yok
- Dinlemekle solunum sesleri doğal, ral, ronküs yok
- KVS muayenesi doğal, S1, S2 doğal, ek ses yok
- Karın rahat, defans, rebound yok, hepatosplenomegali bulgusu yok
- Haricen erkek, skrotal ödemi yok
- **Bilateral +1 pretibial ödem**

Laboratuvar

- **Kan**

AKŞ: 76 mg/dl

BUN: 8 mg/dl

Kreatinin: 0,24 mg/dl

Ca: 8,8 mEq/l

Na: 140 mEq/l

K: 5,5 mEq/l

Cl: 108 mEq/l

Beyaz küre: 14.563/ul

Hb: 8,24 g/dl

Trombosit: 298000/ul

CRP: 3,18 mg/dl

Albumin: 3,0 g/dl

Total protein: 6,3 g/dl

Laboratuvar

- **İdrar**

pH: 7,0

Kan: +++

Lökosit: +++

Glukoz: -

Protein: +

Eritrosit sayısı: 222

Mikroprotein: 40,3 mg/dl

Kreatinin: 29,3 mg/dl

Protein/kreatinin oranı: 1,37

İdrar sedimi: silme eritrosit

Ön tanı?

ASO: 421 (yüksek)

C3: 51 (düşük)

C4: 17,4

- Akut poststreptokoksik glomerülonefrite bağlı nefritik sendrom olarak düşünüldü. Kan basıncı, aldığı ve çıkardığı sıvı izlemi ve hematüri açısından izlemi yapıldı.
- Boğaz kültürü gönderildi.

- Hastanın izleminde kan basıncı aynı persantil aralığında devam etti. Pretibial ödemi geriledi.
- ASO pozitifliği olan hastada streptokokkal enfeksiyona yönelik benzatin penisilin tedavisi verildi.

APSGN

- Akut poststreptokoksik glomerülonefrit (APSGN), A grubu beta-hemolitik streptokokların bazı suşlarıyla geçirilen bir üst solunum yolu ya da deri enfeksiyonunu izleyen dönemde tipik olarak akut nefritik sendromla seyreden bir immün kompleks hastalığıdır.

APSGN

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

- APSGN nin en sık görülen klinik formu akut nefritik sendromdur
 - Hematüri,
 - Ödem,
 - Hipertansiyon
 - Orta düzeyde proteinüri

Klinik

- Ani başlayan hematüri
- Ödem
- Hipertansiyon
- Böbrek yetmezliği

Spot idrarda Protein / Kreatinin (mg/mg)

< 0.2 Normal

> 0.2 Proteinüri

< 0.5 <2 yaş

> 2 Nefrotik sendrom

Etiyolojik ve epidemiyolojik özellikleri

- Akut poststreptokoksik glomerülonefrit, grup A beta hemolitik streptokokların nefritojenik suşlarıyla deri ya da boğaz enfeksiyonunu takiben gelişir.
- Epidemik nefritler serotip 12 streptokokların boğaz enfeksiyonunu, serotip 49 streptokokların cilt enfeksiyonunu takiben oluşur.
- **Ancak hastalık genellikle sporadiktir.**

Patoloji

- Böbrekler simetrik olarak büyümüştür. Işık mikroskopunda tüm glomerüller genişlemiştir, mesengial matrikste artma ile diffüz mesengial proliferasyon vardır. Ciddi vakalarda kresent oluşumu vardır.
- **İmmünfloresan mikroskopide; glomerül bazal membranında ve mesengiumda immünglobulin ve kompleman depolanması vardır.**

Patoloji

Böbrekler simetrik olarak büyümüştür.

Işık mikroskopunda

- Glomerüller genişlemiştir mesengial matrikste artma ile diffüz mesengial proliferasyon vardır. Ciddi vakalarda kresent oluşumu görülür (%10-15) . PMN hücre egemenliği mevcuttur.

İmmünfloresan mikroskopunda

- Glomerül bazal membranında ve mesengiumda immünglobulin ve kompleman depolanması vardır.
- Sıklıkla IgG, C₃, C1q
- Daha az IgA, IgM, C₄, properdin

Patogeneze

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

Poststreptokoksik glomerülonefrit **en sık 4-14 yaşlarındaki** erkek çocuklarda görülen bir hastalıktır.

Üç 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, hafıza kaybı, görme bozukluğu, afazi, koma ve konvülsiyonlar görülebilir.
- Akut faz bir ay kadar sürüp geçer, ancak mikroskopik hematüri bir yıl kadar devam edebilir.

- Streptokoksik boğaz enfeksiyonundan 2 hafta, deri enfeksiyonununundan iki haftadan daha uzun süre sonra tipik olarak hastalarda akut nefritik sendrom oluşur.
- Böbrek tutulumunun derecesi belirtsiz mikroskopik hematüriden, böbrek yetmezliğine kadar değişkenlik 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 **cilt 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,
 - hematürinin ve/veya proteinürinin sebat etmesi,
 - Böbrek fonksiyonlarının azalması (1 yıldan fazla) veya 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 antibiyotik tedavisi(Penisilin) önerilmektedir. Ancak antibiyotik tedavisinin hastalığın seyri üzerine etkisi yoktur.
- Hastalığın akut fazı dışında aktivite kısıtlanmamalıdır.
- Akut böbrek yetmezliği ve hipertansiyon döneminde tuz kısıtlaması yapılabilir.

Prognoz

- Olguların %95'i kalıcı sorun gelişmeden iyileşir. Eğer akut dönem çok ağır seyretmiş ve glomerüler hyalinizasyona neden olmuşsa kronik böbrek yetmezliğine bağlı ölüm olabilir.

Teşekkürler ...