



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI SERVİSİ
OLGU SUNUMU
17 AĞUSTOS 2021 SALI
ARAŞ.GÖR.DR. MERVE MEMİÇOĞLU TURAN



OLGU

- 14 YAŞ ERKEK HASTA
- ŞİKAYET: HALSİZLİK, YORGUNLUK, MİDE BULANTISI, AĞIRLIK KAYBI



HİKAYE

- 1 AYDIR **HALSİZLİK, YORGUNLUK, MİDE BULANTISI, AĞIRLIK KAYBI**(25 GÜNDE 11 KG KAYBI) ŞİKAYETLERİ OLAN HAŞTA, BU DURUMU YAŞADIĞI SINAV STRESİNE BAĞLAMIŞ.
- ANCAK SINAV SONRASI ŞİKAYETLERİ GERİLEMEYEN HASTANIN DIŞ MERKEZ BAŞVURULARI OLMUŞ. YAPILAN MEDİKAL TEDAVİLERE RAĞMEN ŞİKAYETLERİ GERİLEMEYEN HASTA GENEL ÇOCUK KLİNİĞİNE BAŞVURMUŞ. YAPILAN KAN VE İDRAR TETKİKLERİ SONRASI HASTA TARAFIMIZA YÖNLENDİRİLMİŞ.

ÖZGEÇMİŞ

- DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM:ÖZELLİK YOK.
- DOĞUM DÖNEMİ:39. GEBELİK HAFTASINDA,HASTANEDE,NORMAL SPONTAN VAJİNAL YOLLA 4230 GR,57 CM OLARAK DOĞMUŞ.
- DOĞUM SONRASI DÖNEM:DOĞAR DOĞMAZ AĞLAMIS. ANNE YANINDA TAKİP EDİLMİŞ. YENİDOĞAN YOĞUNBAKIM YATIŞ ÖYKÜSÜ YOK. YENİDOĞAN SARILIĞI VE FOTOTERAPİ ALMA ÖYKÜSÜ YOK. AŞILARI SAĞLIK BAKANLIĞI AŞI TAKVİMİNE GÖRE EKSİKSİZ YAPILMIŞ.İLK 2 SENE ANNE SÜTÜ ALMIŞ. 6. AYDA EK GIDAYA GEÇİLMİŞ. NÖROMOTOR GELİŞİMİ NORMAL.HASTAYA 6 YAŞINDA ADENOİDEKTOMİ , 7YAŞINDA SÜNNET YAPILMIŞ. KAZA ÖYKÜSÜ YOK. 4 YAŞINDA ROTAVİRUS NEDENİYLE HASTANE YATIŞ ÖYKÜSÜ MEVCUT. BİLİNER EK HASTALIK VE DÜZENLİ İLAÇ KULLANMA ÖYKÜSÜ YOK. BİLİNER ALERJİ YOK. COVID TEMAS ÖYKÜSÜ,VEREM TEMAS ÖYKÜSÜ YOK.
- **BİZE BAŞVURUSUNDAN 2-3 AY ÖNCE BOĞAZ ENFEKSİYONU ÖYKÜSÜ, AMOKSİSİLİN KLAVULONAT VE PARASETAMOL TEDAVİSİ ALMA ÖYKÜSÜ MEVCUT. 2 AY ÖNCESİNDE GÜNDE 2-3 LİTRELERE VARAN SOĞUK ÇAY VE KOLA TÜKETİM ÖYKÜSÜ MEVCUT.**

SOYGEÇMİŞ

- ANNE: 40 YAŞ, MECKEL DİVERTİKÜLÜ
- BABA: 36 YAŞ, SAĞ-SAĞLIKLI
- ANNE VE BABA ARASINDA AKRABALIK YOK.
- KARDEŞLER:
- 1.ÇOCUK:HASTAMIZ
- 2.ÇOCUK:7 YAŞINDA, KIZ, SAĞ-SAĞLIKLI



FİZİK MUAYENE

- VİTAL BULGULARI

ATEŞ: 36,7 DERECE

KALP TEPE ATIMI: 86 ATIM/DK (10P-90P)

SOLUNUM SAYISI: 20 SOLUK/DK (10P-90P)

KAN BASINCI: 121/72 MMHG(75P-90P/75P-90P)

SPO2: 100

- AĞIRLIK :62 KG (75.54P)

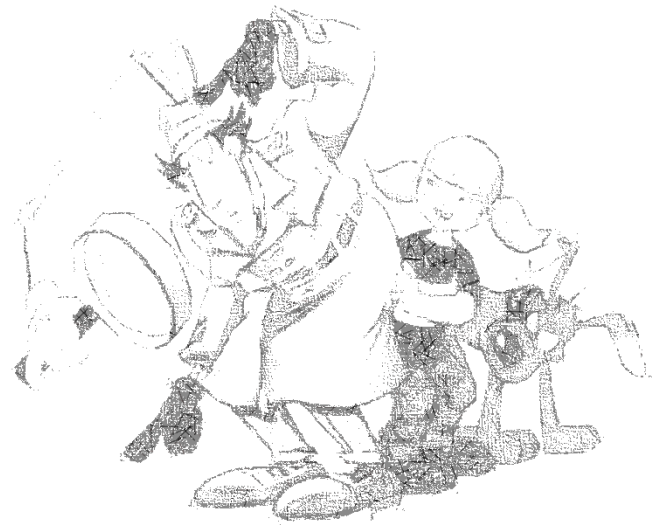
- BOY: 171 CM (85.77P)



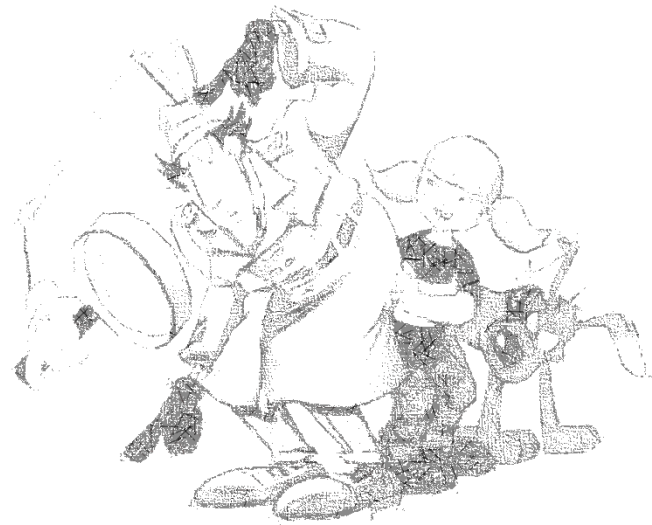
- GENEL DURUM : İYİ,BİLİNÇ AÇIK, ÇEVREYE İLGİLİ.
- DERİ: DERİ RENGİ,TURGOR- TONUS NORMAL. DÖKÜNTÜ İZLENMEDİ. CİLT ALTI YAĞ DOKUSU YETERLİ.
- LENF NODU İZLENMEDİ.
- BAŞ-BOYUN: SAÇ VE SAÇLI DERİ NORMAL. KAFA VE BOYUN YAPISI SİMETRİK. ANOMALİ İZLENMEDİ.
- GÖZLER: IŞIK REFLEKSİ ÇİFT TARAFLI MEVCUT. PUPİLLER İZOKORİK .YAPISAL ANOMALİ YOK. KONJOKTİVA VE SKLERA DOĞAL. GÖZ HAREKETLERİ HER YÖNE NORMAL.
- KULAK-BURUN- BOĞAZ: KULAK VE BURUN BİÇİMİ VE YERLEŞİMİ NORMAL. BURUN AKINTISI YOK. DUDAKLARDA, OROFARENKSTE PATOLOJİ İZLENMEDİ.
- DOLAŞIM: PERİFERAL NABIZLAR BİLATERAL EŞİT ŞEKİLDE HİSSEDİLİYOR. KALP SESLERİ S1 + S2 + VE EK SES, ÜFÜRÜM YOK.
- SOLUNUM SİSTEMİ: HER İKİ HEMİTORAKS SOLUNUMA EŞİT KATILIYOR. RAL VE RONKÜS İŞİTİLMEDİ.
- KARIN: RAHAT; DEFANS, REBOUND, HASSASİYET İZLENMEDİ. HEPATOSPLENOMEGALİ TESPİT EDİLMEDİ. TRAUBE AÇIK .
- ÜROGENİTAL :HARİCEN ERKEK. ÜROGENİTAL ANOMALİ İZLENMEDİ.
- KAS İSKELET DİZGESİ: DÖRT EKSTREMİTE HAREKETLİ . ARTRİT – ARTRALJİ İZLENMEDİ .EKLEM HAREKET AÇIKLIĞI NORMAL OLARAK İZLENDİ.
- NÖROLOJİK MUAYENE :ÖZELLİK YOK .

LABORATUVAR

- Açlık Kan Şekeri (AKŞ) - 96,3 mg/dL
- Ürea - 53,4 mg/dL
- **Kreatinin - 2,06 mg/dL**
- Bilirubin, Total - 0,32 mg/dL
- Bilirubin, Direkt - 0,12 mg/dL
- Bilirubin, İndirekt - 0,2 mg/dL
- AST (SGOT) - 12,9 U/L
- ALT (SGPT) - 13,3 U/L
- LDH - 180 U/L
- ALP (Alkalen Fosfataz) - 242 U/L

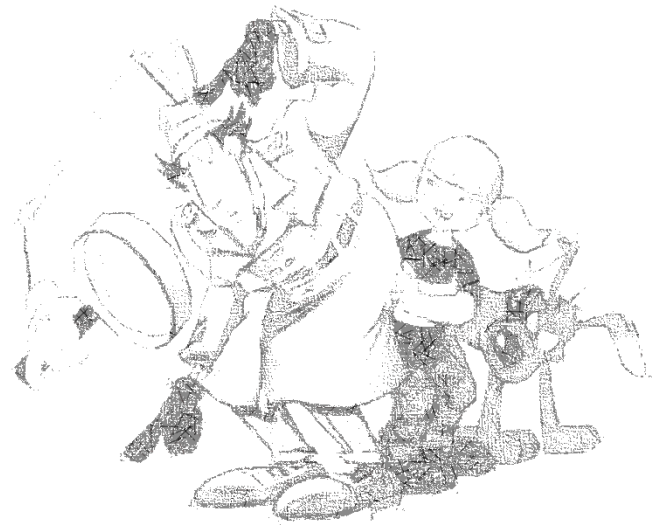


- Protein, Total - 87,9 g/L
- Albumin - 43 g/L
- Ürik asit - 3,3 mg/dL
- Sodyum (Na) - 137 mEq/L
- Potasyum (K) - 4,14 mEq/L
- Klor (Cl) - 103 mEq/L
- Kalsiyum - 9,73 mg/dL
- Fosfor (P) - 3,91 mg/dL
- **CRP - 131,13 mg/L**
- BUN (Kan üre azotu) - 24,95 mg/dL
- Düzeltilmiş Sodyum - 136,9 mEq/L
- Globulin - 44,9 g/L
- Düzeltilmiş Kalsiyum - 9,49 mg/dL
- eGFR (CKD-EPI Pediatrik) - 57,77 mL/dk/1.73m²



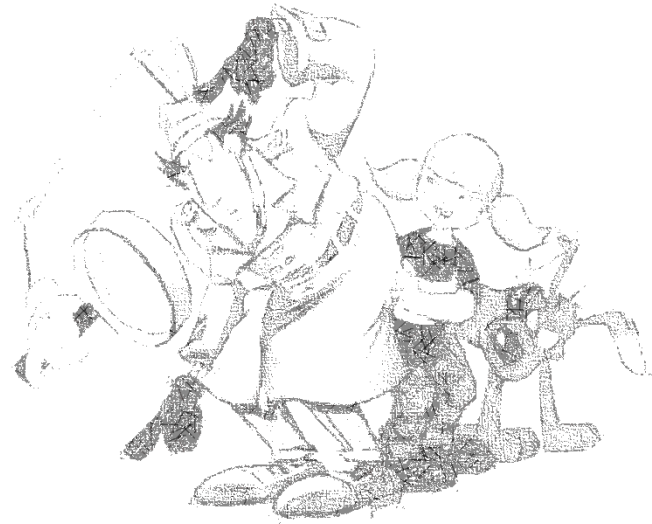
HEMOGRAM

- **WBC (Lökosit) - $12,84 \times 10^3/\mu\text{L}$**
- NEU (Nötrofil Sayısı) - $8,54 \times 10^3/\mu\text{L}$
- LYM (Lenfosit Sayısı) - $3,25 \times 10^3/\mu\text{L}$
- MONO (Monosit Sayısı) - $0,77 \times 10^3/\mu\text{L}$
- EOS (Eozinofil Sayısı) - $0,19 \times 10^3/\mu\text{L}$
- BASO (Basofil Sayısı) - $0,09 \times 10^3/\mu\text{L}$
- RBC (Eritrosit) - $4,63 \times 10^6/\mu\text{L}$
- HGB (Hemoglobin) - 12,1 g/dL
- HCT (Hematokrit) - 36,4 %
- MCV (Ortalama Eritrosit Hacmi) - 78,6 fL
- PLT (Trombosit) - $489 \times 10^3/\mu\text{L}$
- **Sedimentasyon - 38 mm/h**



TAM İDRAR TAHLİLİ

- Renk - AÇIK SARI
- Bulanıklık - BERRAK
- pH - 6,5 .
- Dansite - 1,013 .
- Kan - NEGATİF(-)
- Lökosit - NEGATİF(-)
- **Glukoz - +++**
- **Protein - ++ mg/dL**
- Keton - NEGATİF(-) mg/dL
- Nitrit - NEGATİF(-)



PATOLOJİK BULGULAR

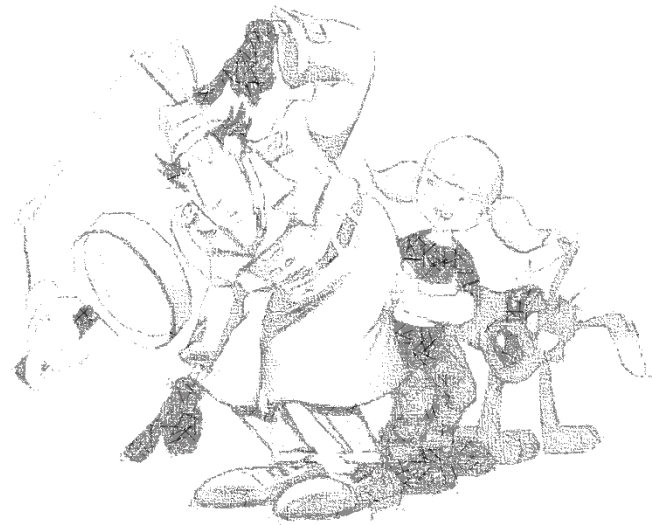
- 1 AYDIR HALSİZLİK, YORGUNLUK, MİDE BULANTISI, AĞIRLIK KAYBI ŞİKAYETLERİ MEVCUT.
- SERUM KREATİNİN - 2,06 mg/Dl
- WBC (Lökosit) - $12,84 \times 10^3/\mu\text{L}$
- CRP - 131,13 mg/L, Sedimentasyon - 38 mm/h
- TAM İDRAR TAHLİLİNDE GLUKOZ- +++ PROTEİN - ++ mg/Dl
- BİZE BAŞVURUSUNDAN 2-3 AY ÖNCE BOĞAZ ENFEKSİYONU ÖYKÜSÜ, AMOKSİSİLİN KLAVULONAT VE PARASETAMOL TEDAVİSİ ALMA ÖYKÜSÜ MEVCUT. 2 AY ÖNCESİNDE GÜNDE 2-3 LİTRELERE VARAN SOĞUK ÇAY VE KOLA TÜKETİM ÖYKÜSÜ MEVCUT.

- **ÖN TANINIZ NEDİR?**
- **EK TETKİK ÖNERİLERİNİZ NELERDİR?**



KAN GAZI

- pH - 7,367 (+)(7,35-7,45)
- PCO₂ - 34,3 mmHg (35-45)
- PO₂ - 35,5 mmHg(80-100)
- Na⁺ - 142 mmol/L
- K⁺ - 3,9 mmol/L
- iCa⁺ - 1,33 mmol/L
- Cl - 103 mmol/L
- Glu - 95 mg/dL
- Laktat - 10 mg/dL
- cHCO₃st - 19,8(22-26)



- Protein (24 Saatlik İdrar) - 1034,77 mg/gün-
>25,66 mg/m²/saat(<4)
- Albumin/Kreatinin Oranı (Spot idrar) - 143,69
mg/g kreatinin(<30)
- Protein/Kreatinin Oranı (Spot idrar) - 555,01
mg/g kreatinin->0,5(<0,2)
- İdrar Sedimentinde Eozinofil görülmedi.

- PR3 ANCA - < 2 NEGATİF(-) RU/mL
- MPO ANCA - < 2 NEGATİF(-) RU/mL
- Anti nükleer antikor (ANA) - NEGATİF(-)
- Anti ds DNA (ELISA) - < 10 NEGATİF(-) IU/mL
- C3 (Kompleman 3) - 2,06 g/L(0,9-1,8)
- C4 (Kompleman 4) - 0,58 g/L(0,1-0,4)

- Ferritin - 395 ng/mL(300-400)
- Vitamin B12 - 138 pg/mL(197-771)
- Folik Asit - 3,3 ng/mL(4,5-32,5)
- Parathormon - 12,7 pg/ML(15-65)
- Triglisericid – 109 mg /dl(<150)
- HDL-56,5 mg /dl(40-65)
- LDL- 66,1 mg/dl(<100)
- VLDL- 28,1 mg /dl (5-40)

- EBV VCA IgG - 39,31 POZİTİF(+) S/CO
- EBV VCA IgG EBNA - 18,96 POZİTİF(+) S/CO
- EBV VCA IgM - 0,1 NEGATİF(-)
- Toxoplazma IgM - 0,08 NEGATİF(-) İndeks
- Toxoplazma IgG - 0 NEGATİF(-) IU/mL
- Rubella IgM - 0,23 NEGATİF(-) İndeks
- Rubella IgG - 79,3 POZİTİF(+) IU/mL
- CMV IgG - > 250 POZİTİF(+) AU/mL
- CMV IgM - 0,1 NEGATİF(-) İndeks

- Anti HAV IgG - 0,06 NEGATİF(-) S/CO
- Anti HAV IgM - 0,23 NEGATİF(-) İndeks
- HBs Ag - 0,22 NEGATİF(-) S/CO
- Anti HBs - 124,2 IU/L(>10)
- Anti HCV - 0,05 NEGATİF(-) S/CO
- Anti HIV - 0,04 NEGATİF(-) S/CO
- Parvovirus B19 PCR - 705 POZİTİF(+) IU/mL

- Rose Bengal - NEGATİF(-)
- Brucella Coombs - NEGATİF(-)
- Brucella Tüp Aglütinasyonu (Wright) - NEGATİF(-)
- ASO - 186 IU/mL (<150)



PAAC GRAFİSİNDE
BELİRGİN PATOLOJİ
İZLENMEDİ.



- BATIN USG: SAĞ BÖBREK 130 MM, SOL BÖBREK 125 MM OLUP ÜST ÖLÇÜLMÜŞ SINIRDADIR.KARACİĞER BOYUTLARI 143 MM ÖLÇÜLMÜŞ OLUP HAFİF ARTMIŞ .DALAK BOYUTLARI YAŞA GÖRE ARTMIŞTIR(109 MM)BATINDA SAĞ ALT KADRANDA BÜYÜĞÜ 8,5 MM KISA ÇAPLI, MULTİPLE MEZENTERİK LENF NODLARI TESPİT EDİLDİ.
- PERİFERİK YAYMASINDA ATİPİK HÜCRE İZLENMEDİ.
- GÖZ DİBİ MUAYENESİNDE PATOLOJİ İZLENMEDİ.

- RENAL BİYOPSİ: GLOMERÜLLERDE HAFİF MEZENĞİAL ARTIŞ MEVCUT. TÜBÜLLERDE FOKAL ATROFİ, AKTİF KRONİK YANGI, TUBULİT, REJENERATİF DEĞİŞİKLİKLER VARDIR. İNTERTİSYUMDA FOKAL ALANLARDA BELİRGİNLEŞEN NÖTROFİL LÖKOSİTLERİN EŞLİK ETTİĞİ MONONÜKLEER HÜCRE İNFİLTRASYONU VARDIR. AMİLOİD DEPOLANMASI SAPTANMADI. IGA, IGM ,IGG, C3,C1Q, KAPPA, LAMBDALİ FİBRİNOJEN BİRİKİM İZLENMEDİ.
- TANI: TÜBÜLOİNTERTİSYEL NEFRİTLE UYUMLU BULGULAR
- MALİGNİTE BULGUSU İZLENMEDİ.

KLİNİK İZLEM

- GENEL DURUM, VİTAL BULGU, TARTI VE ALDIĞI ÇIKARDIĞI TAKİBİ YAPILDI.
- TAKİPLERİNDE DESTEK SIVI TEDAVİSİ VERİLDİ.
- SERUM KREATİNİN DEĞERLERİ MİNİMUM 1,6 OLARAK GÖRÜLDÜ. İDRARDA ANORMAL PROTEİNÜRİSİ DEVAM ETTİ.
- 3 GÜN 1X 1GR (30 MG/KG) METİL PREDNİZOLON İV TEDAVİSİ VERİLDİ.
- DELTACORTİL 5 MG 12 TABLET (1MG/KG) REÇETE EDİLDİ.
- ÇOCUK NEFROLOJİ POLİKLİNİK TAKİP ÖNERİLDİ.

TÜBÜLOİNTERTİSYEL NEFRİT

- Oligürik olmayan veya oligürik akut böbrek hasarı
- İnflamatuar hücreler tarafından böbrek interstisyumunun immün aracılı infiltrasyonu
- Daha az sıklıkla Kronik böbrek hastalığı (KBH) gelişimi ile birlikte kronik değişiklikler

ETYOLOJİ

- İlaça bağılı
- Enfeksiyöz
- Sistemik
- Otoimmün
- Genetik
- İdiyopatik



- İmmün supresif hastalarda TIN etyolojisinde -> Polioma virus, Adenovirus , HIV, CMV
- Epstein-Barr enfeksiyonları-> (TINU) sendromu
- TIN ile ilişkili diğer enfeksiyonlar-> Mycoplasma pneumoniae, Yersinia pseudotuberculosis ve Leptospira shermani
- Sistemik hastalıklar->İnflamatuvar barsak hastalığı, TINU sendromu, Sarkoidoz, Sistemik lupus eritematozus (SLE) ve Sjögren hastalığı , IgG4 ile ilişkili immün kompleks multiorgan otoimmün hastalığı (MAD)
- TIN antijeni (TIN-ag), hücre dışı bir matris bazal membran protein->anti-tübüler bazal membran antikor aracılı TIN'de bir hedef antijen
- Uromodulin , Renin , Hepatosit nükleer faktör 1B ve Mucin 1 ->Kronik bir TIN formu olan ilerleyici tübülointerstisyel fibrozis

Antimikrobiyal	NSAİD	Diüretikler	Nöropsikiyatrik	Diğer
Beta-laktamlar	İbuprofen	Furosemid	Karbamezepin	Allopurinol
Sefalosporinler	Ketorolak	Tiyazid	Lamotrijin	Azatiyoprin
Sülfonamidler		Diüretikleri	Levetirasetam	Antiepileptikler
Makrolidler		Triamteren	Fenitoin	Proton Pompa İnhibitörleri
İndinavir		Amilorid	Lityum	
Nitrofurantoin		Tienlinik asit		Alendronat
Kotrimazol				Klorpropamid
Doksisiklin				Kaptopril
Rifampin				Sülfasalazin
Etambutol				
İsoniazid				
Vankomisin				
Siprofloksasin				
Asiklovir				

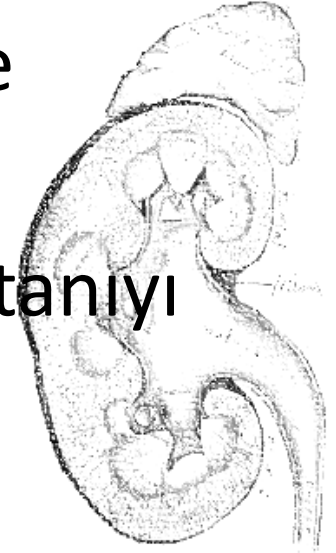
PATOFİZYOLOJİ

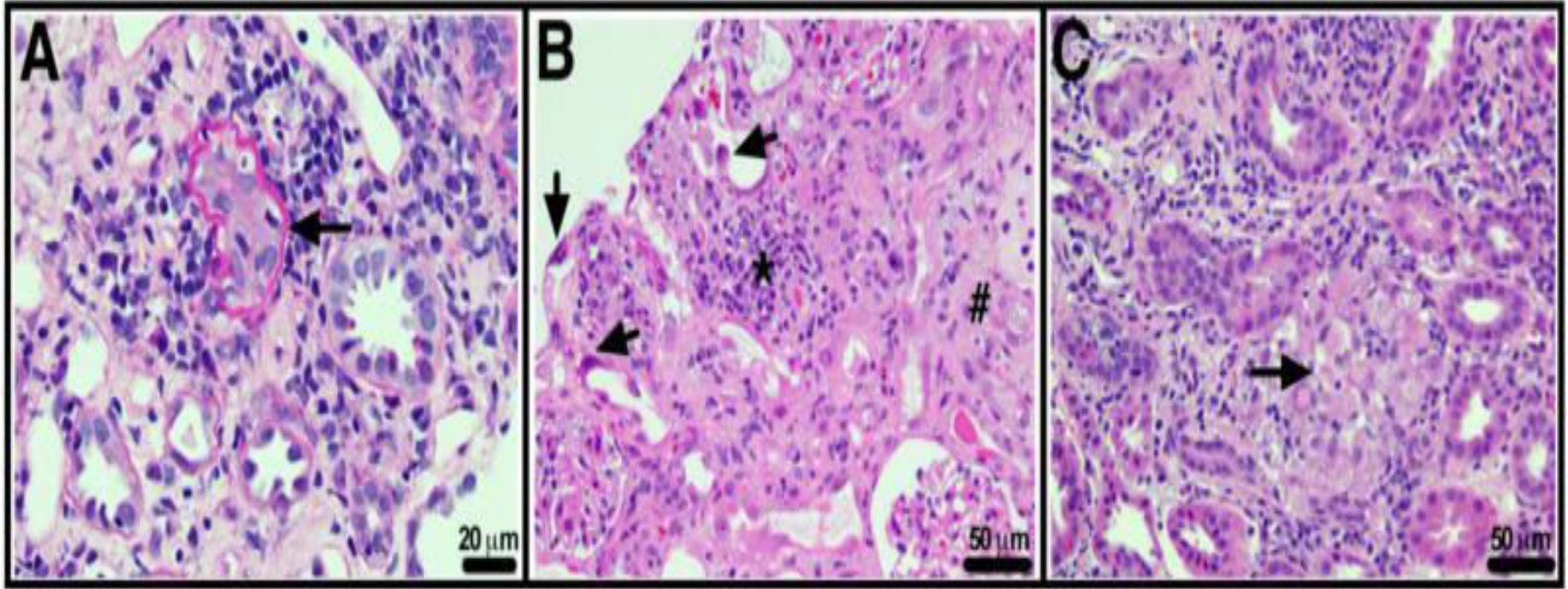
- Akut interstisyel inflamatuvar reaksiyonlar-
>Tubulointerstitiumun yüksek metabolik gereksinimi, inflamasyon ve ödem
- Kronik TIN->İnterstisyum fibrozisi
- Makrofajlar ->Akut hasarın onarılması,inflamasyon ve fibrojenik sitokinlerin üretimi
- İlaça bağlı TIN-> immün aracılı ve alerjik reaksiyonla ilişkili



PATOLOJİ

- Tubulointerstisyel inflamatuvar hücre infiltratı (öncelikle lenfositik ve eozinofilik) ve interstisyel ödem
- İlaça bağlı TIN->Eozinofil hakimiyeti tanıyı destekler
- NSAID ile indüklenen TIN->Eozinofil yoğunluğu daha az
- Bakteriyel TIN->Nötrofil ve Plazma Hücresi





- **Tubulointerstisyel nefritte (TIN) Renal Histopatoloji**
- **A.** Tübüler hasar ve tübülit ile ilişkili ağırlıklı olarak lenfositik infiltratlı TIN (*ok*). Periyodik asit Schiff boyası, orijinal büyütme x 400. **B.** Bu durumda cidofovire ikincil akut ilaca bağlı tübüler yaralanma. İnterstisyel infiltrat (*), ödem (#) ve belirgin tübüler rejeneratif değişiklikler (*oklar*) var. Glomerüller çok az değişiklik gösterir. Hematoksilen ve eozin boyası, orijinal büyütme x 200. **C.** Granülomatöz tübülointerstisyel nefrit (*ok*), bu durumda muhtemelen lamotrijine sekonder. Hematoksilen ve eozin lekeli, orijinal büyütme x 200.

KLİNİK

- Klasik olarak, sunumu döküntü, artralji, eozinofili ve ateş gibi bir aşırı duyarlılık reaksiyonu ile ilişkilidir.
- TIN çoğu vakada ilaca maruz kaldıktan sonra 1 ila 3 hafta arasında ortaya çıkabilir.



Belirtiler	Bulgular	Laboratuvar
Halsizlik	Ateş	Kan çalışmaları: Böbrek Yetmezliği, Anemi, Eozinofili
Anoreksiya, Kilo Kaybı	Deri döküntüsü	İdrar çalışmaları: Steril Piyüri, Proteinüri, Eozinofilüri, Mikro/Makroskopik Hematüri (nadir)
Baş ağrısı	Kostovertebral Açık hassasiyeti	
Böğür ağrısı		
Artraljiler		
Miyaljiler		

LABORATUVAR

- Elektrolit anormallikleri
- Artmış kreatinin
- Anemi
- Karaciğer enzimlerinde yükselme
- Artmış sedimentasyon
- Metabolik asidoz
- Eozinofili/Lökositoz
- Artmış IG E
- Artmış IG G
- İdrarda Yüksek fraksiyonel sodyum atılımı
- Glikozüri
- Aminoasidüri
- Piyüri
- Hematüri
- Eozinofilüri
- Hafif proteinüri



BÖBREK BİYOPSİ ENDİKASYONLARI

- Şiddetli böbrek fonksiyon bozukluğu
- Tanımlanabilir bir rahatsız edici ajan eksikliği
- Böbrek iyileşmesi eksikliği
- TIN'in yaygın olmayan özellikleri
- Tedaviye başlamadan önce



AYIRICI TANI

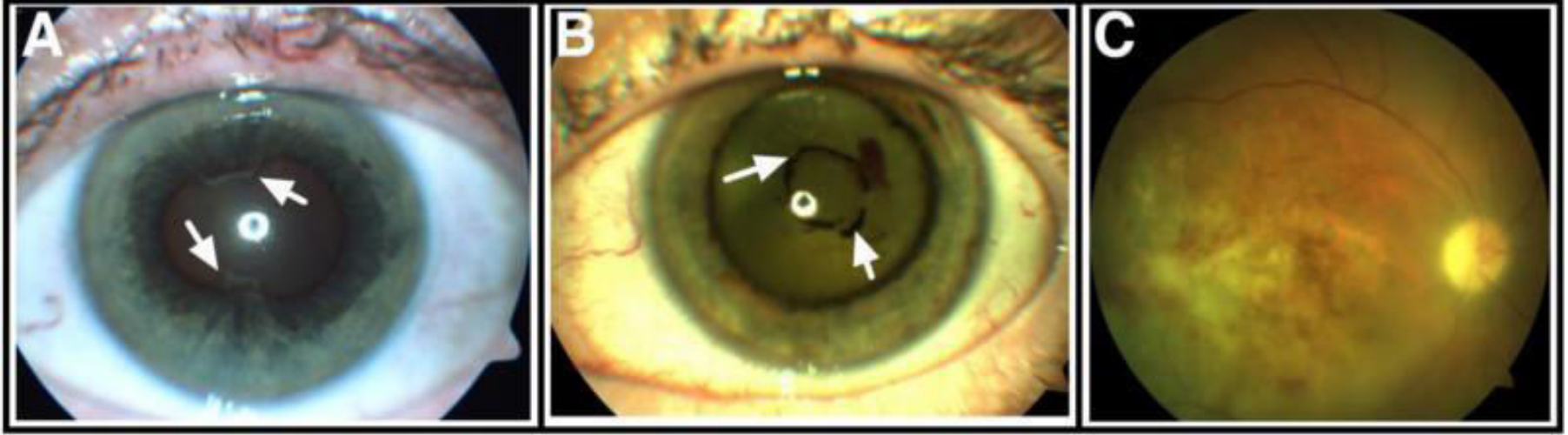
- Kronik TIN, obstrüktif nefropati, kronik piyelonefrit, papiller nekroz, Fanconi sendromu dahil tübülopatiler, progresif interstisyel fibroz veya Balkan endemik nefropatisi (BEN), Çin bitki nefropatisi ve radyasyon nefritine benzer şekilde ortaya çıkabilir.
- Akut TIN, akut glomerülonefrit, piyelonefrit, ateroembolik hastalık veya herhangi bir AKI nedenini (akut tübüler nekroz, prerenal azotemi, üriner obstrüksiyon veya ilaca bağlı AKI) içerebilen ayırıcı bir tanıya sahiptir.
- Eozinofilüri; sistit, prostatit, piyelonefrit, ateroembolik böbrek hastalığı, akut tübüler nekroz ve hızlı ilerleyen glomerülonefrit ile de görülebilir.

GRANÜLOMATÖZ TÜBÜLOİNTERTİSYEL NEFRİT

- Tubulointerstisyumu infiltre eden inflamatuvar hücreler, çok çekirdekli dev hücreli nekrotik olan veya olmayan granülomlar oluşturabilir.
- Zamanla, granülomların yerini sıklıkla fibrozis alır.

TINU SENDROMU

- Tanı hem TIN hem de üveitin varlığını gerektirir.
- Ön üveit daha yaygın görülür. Bulgular genellikle çift taraflıdır.
- Üveit genellikle TIN başlangıcından sonra ortaya çıkar .
- Üveit nüksü siktir, nüksler ilk ataktan daha şiddetli olma eğilimindedir.
- Genel olarak, TINU ile tedavi edilen hastaların çoğunda renal prognoz iyidir. Üveitin kontrol edilmesi daha zor olsa da, bildirilen kalıcı görme kaybı vakası nadirdir.
- HLA-DR ve –DQ alelleri TINU ile ilişkilendirilmiştir.



- **Üveitli tubulointerstisyel nefritte (TINU) oftalmolojik bulgular**
- **A.** Posterior (irido-lentiküler) sineşi (*oklar*) ile komplike olan ön üveit . **B.** Endotelyal çökelti ve kronik ön sineşili panüveit (*oklar*). **C.** Retina infiltratlarını gösteren panüveitli bir hastanın fundus fotoğrafı.

İNFLAMATUVAR BAĞIRSAK HASTALIĞI İLE İLİŞKİLİ TİN

- TİN, IBD ile güçlü bir ilişkiye sahiptir .
- IBD'deki inflamasyon ve hastalık aktivitesi, düşük moleküler ağırlıklı proteinüri ile ilişkilendirilmiştir. (Yüksek idrar beta2-mikroglobulin (B2M) ,alfa1-mikroglobulin (A1M) veya N-asetil-beta-D-glukozaminidaz (NAG))

KRONİK TUBULOİNTERTİSYEL NEFRİT

- Bazı Akut TIN atakları geri dönüşümlü iken, bazıları Kronik TIN'e ilerleyebilir.
- İdrarda LMW proteinlerinin süregelen tespiti, devam eden renal tübülointerstisyel inflamasyon veya fibrozis veya her ikisinin belirtileri olabilir.

TEDAVİ

- Kortikosteroid temel tedavi şeklidir.(2 mg/kg/gün 2-4 haftada Metilprednizolon azaltılarak kesilebilir.)
- Tedavi, belirlenebilirse, öncelikle altta yatan patofizyoloji tarafından yönlendirilir.
- Mikofenolat mofetil steroide dirençli TIN için veya steroid tedavisine kontrendikasyonları olan hastalarda yararlı bir tedavi olabileceğini göstermiştir.
- TINU'da anterior üveit tedavisi topikal kortikosteroidleri ve sikloplejik ajanları içerir.
- Ciddi olgularda Diyaliz tedavisi gerekebilir.

İZLEM

- Serum C3 ve C4 seviyeleri, IgG izotipleri ve IgE seviyeleri->IgG4 ile ilişkili immün kompleks aracılı TIN varyantları
- İdrar biyobelirteçleri((Beta-2 mikroglobulin (B2M) ve alfa-1 mikroglobulin (A1M))
- Düşük moleküler ağırlıklı (LMW) proteinüri->tubulointerstisyel hastalık ve olası fibrozis
- Üriner B2M->Üveiti olan bireylerde TIN tarama testi
- Üriner monosit kemotaktik peptit-1 (MCP-1) düzeyleri ilaca bağlı TIN le ilişkili

PROGNOSTİK FAKTÖRLER

- Böbrek biyopsisinde fibrozis
- Uzamış LMW proteinüri
- Tedavinin zamanlaması
- Önceki böbrek fonksiyonu



SONUÇ

- Tubulointerstisyel nefrit genellikle geç teşhis edilir, spesifik olmayan bulguları vardır. Klinik şüphe çok önemlidir.
- Rahatsız edici ajanların uzaklaştırılmasının yanı sıra, tedavinin temel dayanağı kortikosteroidler ve daha az sıklıkla mikofenolat mofetildir.
- İdrar biyobelirteçleri, TIN'deki hastalık aktivitesini teşhis etmeye ve izlemeye yardımcı olabilir.

DİNLEDİĞİNİZ İÇİN TEŞEKKÜRLER...