

NEFROKALSİNOZİS VE RENAL TÜBERKÜLOZ

Dr. Ahmet YILDIZ (x)

Dr. Nihat OKÇU (xx)

Dr. Ali BAYRAM (xx)

ÖZET:

Genelde az görülmeyen, oluşumu birçok faktöre bağlanan nefrokalsinozis hastalığının, üriner tüberkülozlu genç bir hastada oluşması nedeniyle hastalık anımsatılmaya çalışıldı.

GENEL BİLGİLER:

Bilindiği gibi böbreklerin toplayıcı kanallarının kalisiyel yapılarında taş teşekkülü oldukça sık görülen bir durumdur. Böbreklere yüksek düzeyde kalsiyum oturmasına ise nefrokalsinozis denmektedir. Böbrek taşlarının oluşumunun etiolojisinin de çeşitli görüşler ileri sürülmektedir. Bugün böbreklerde taş oluşumunda intrinsek ve ekstrinsek faktörlerin birlikte rol oynadığı kanısı mevcuttur (1,2,3,4,5).

Barsaklardan kalsiyum emiliminin arttığı durumlarda, iskelet sisteminde yıkım yapan hastalıklar sonucunda ve çeşitli nedenlerle böbrek dokusunun yıkımı hallerinde de taş oluşumu artar (1,2). Sözü edilen bu patolojik durumların dışında diğer bazı hallerde de taş teşekkülü olabilmektedir. Bu durumlarda idrarın fiziki ve biyosimik yapısı suçlanmaktadır (1,3,4). Böbreklerde taş oluşumunu kolaylaştıran bazı faktörlere karşın, taş oluşumunu engelleyen karşıt faktörlerin de olabileceği düşünülmektedir. Üriner sistemde idrar atılımını engelleyen ve kronik olan her türlü hallerde taş oluşumu artarken, böbreklerde ve ureterlerde idrar akımının sürekli olması taş teşekkülünü önleyen mekanizmaların başında gelmektedir (2,4).

Tüm bu nedenlerin dışında nedeni bir şeye bağlanamayan ve idiopatik diye adlandırılan taş oluşumu da az değildir.

(x) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi (Doç.Dr.)

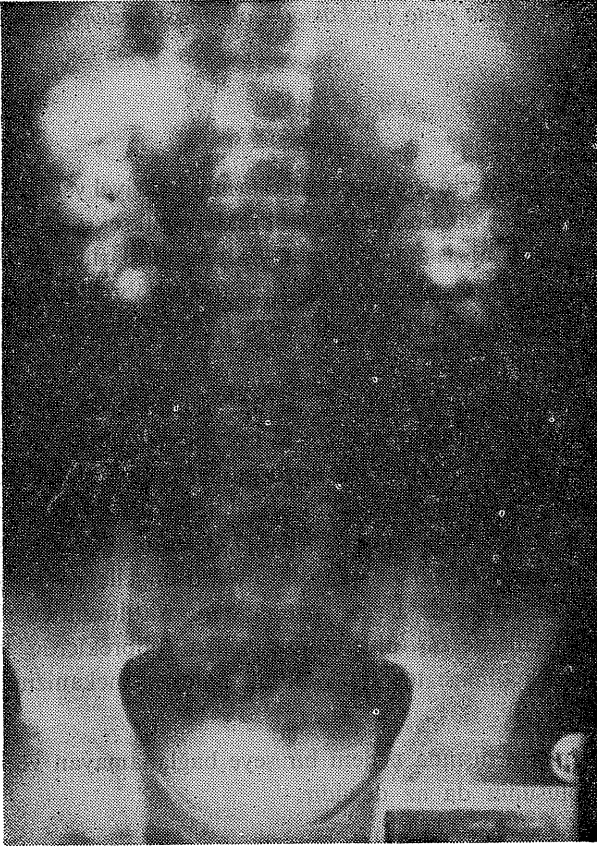
(xx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

Üriner sistemde taş hastalığı, gerek hastada oluşturduğu dayanılması güç semptomlar yönünden, gerekse böbreklerde oluşturduğu anlamlı fonksiyon bozuklukları yönünden, kesin tanı konarak erken evrede tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır.

VAK'A SUNUMU:

Hastamız onyediy yaşında erkek bir hasta olup bel ağrısı, idrarının bulanık gelmesi, idrar yaparken yanma ve sızı, gece terlemesi, ateşlenme şikayetleriyle Bayburttan müracaat ederek 4864/4868 protokol nosu ile kliniğimize yatırıldı.

Beş ay önce şikayetleri başlayan hastanın o tarihlerde sol boşluğunda ağrı hissetmeye başlamış, daha sonra sağ boşluğunda da aynı ağrıyı hissetmiş. Bu şikayetleriyle birlikte idrar yaparken yanma ve sızının da olduğunu, idrarının bazan kırmızı renkte geldiğini, üç dört aydan beri de gece terlemesinin olduğunu ve bu nedenlerle kilo kaybettiğini ifade ediyor.



Resim-1: Böbrek parankiminin hemen hemen tümünün taş oluşumuna terkettiği bilateral nefrokalsinozis görünümü.

Hastanın öz ve soy geçmişi önemli özellik arz etmiyordu.

Hastanın yapılan fizik muayenesinde pozitif bulgular olarak; ateş 37°C, nabız 100/dk, ritmik, T.A. 120/80 mmHg idi. Yüz ve dudaklar, avuç içleri soluk olup, her iki kostolomber bölge künt perküsyonla ve derin palpasyona hassastı.

Labaratuvar tahlilleri arasında, idrarda dansite 1005, şeker (-), protein (+++) mikroskopik muayenede her sahada bol lökosit ve eritrosit mevcuttu. Hematolojik incelemede Hb 12.1 gr, BK 10.000, formüde nötrofil % 68, eozinofil % 2, lenfosit % 30, trombosit (++) idi. Sedimentasyon hızı 1. saat 24 mm. 2. saat 40 mm idi. Hastanın kan biyokimyasal tetkiklerinde NPN % 28 mg, kreatinin % 1.5 Ca % 8,5, P % 4.4 idi. Diğer kan değerleri bir özellik göstermiyordu. 24 saatlik idrarda kalsiyum miktarı kantitatif olarak % 1500 mg saptandı. İdrarın bakteriyolojik incelenmesinde asido rezistans basil gözlemlendi. Mide suyunun biyosimik analizinde total asidite 20 mEq/L olup, serbest HCl yoktu. Hastanın çekilen İVP'de resimdeki gibi bir görünüm mevcuttu. Kafa, pelvis ve el bilek grafilerinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Bu bulguların ışığı altında hastada, Nefrokalsinozis, üriner sistem tüberkülozu olduğu düşünüldü.

Hastaya üriner sitem tüberkülozu nedeniyle günde 1 gram Streptomisin, 1500 mg ethambutol, 500 mg INH başlandı. Nefrokalsinozis yönünden üroloji anabilim dalı ile ilişki kurularak vaka tartışıldı ve cerrahi görüşim için Üroloji kliniğine sevk edildi.

TARTIŞMA:

17 yaşındaki bu genç hastamızın her iki böbreği resimde görüldüğü gibi çok sayıdaki taşlarla opasifiye olmuş, parankimin çok az bir kısmı fonksiyon görmektedir. Bu ölçüde böbrek taşı ile birlikte üriner sistem tüberkülozunun da bulunması ikinci bir özellik taşımaktadır. Böbreklerin bu görünümüne karşın biyosimik fonksiyonlarının tamamen normal oluşu ilginç bulunmuştur. Bazı kaynaklarda renal tüberküloz hastalığında böbrek papillalarının apekslerindeki lezyonların taş oluşumunu başlatabileceği ve bakterilerin taş oluşumu için bir başlangıç çekirdeği rolü oynayabileceği belirtilmektedir. (1,3). Vakamızda bulunan renal tüberkülozun, böbrek taşlarının oluşumunun kolaylaştırması yönünden önemli görülmüştür. Ancak tüberkülozu düşündüren semptomların yaklaşık 5 ay önce başlamış olduğu anlaşılmaktadır. Bu hastalığın bu kadar kısa bir süre içinde her iki böbrekte bu ölçüde fazla taşın oluşmasına neden olduğu kanısında değildir. Bu nedenle de nefrokalsinozisle birlikte bulunabilecek diğer klinik durumlar gözden geçirildi. Hiperparatiroidi yönünden vaka incelendi. Yapılan laboratuvar çalışmalarında hastanın kan Ca düzeyi normal sınırlarda buldu. Fakat idrarda Ca düzeyi yüksekti. Yapılan radyografik tetkikler ve diğer laboratuvar değerlerinde hastamızda hiperparatiroidiyi düşündüren bulgulara rastlanmadı. Vaka sarkoidoz, süt alkali

sendromu, aşırı D vitamini alınımı yönünden de araştırıldı. Vakada iskelet sisteminde destrüksiyona neden olan lösemi, lenfoma, multipl myeloma gibi bir kan hastalığı da saptanmadı. Hastamız böbrek dokusunda yıkım yapabilecek çok, anoksi, nefrotoksik ajana maruz kalma yönünden de araştırıldı. Hikaye derinleştirilmesine rağmen hastada bu yönde pozitif bulgu saptanamadı.

Bazı herediter enzim defektlerinde de böbrekte taş oluşabileceği belirtilmektedir (4,6,7). Örneğin 2,8 dihidroksiadeninfosforibozil, transferaz enziminin eksikliğinde 2,8 dihidroksi adenin ve üratin idrarda fazla itrah edilerek üriner sistemde taş oluşumunu artırdığı öne sürülmektedir (8). Vakanın bu yönden araştırılması, olanaksızlık nedeni ile mümkün olmamıştır. Çalışmalarımızın ışığında hastamızdaki klinik durumun idopatik nefrokalsinozis olabileceği kanısına varıldı.

SUMMARY:

NEPHROCALCINOSIS AND RENAL TUBERCULOSIS

Although the incidence is not very rare, we have reviewed nephrocalcinosis which is etiologically dependant on man, factors in a patient who has a disorder associated renal tuberculosis.

KAYNAKLAR:

- 1- Scott, R., Fletcher, R., Callandr, R.: Urology illustrated, Sec. Ed. 1982, p: 354.
- 2- Smith, D.R.: Generall Urology, 10, edetion, California, 1981 p: 215-222.
- 3- Anfarda, K., Özdiler, E., Önal, S., Ayder, A.R.: Üriner sistem taş hastalığı ve yeni gelişmeler. H. Ü. Tıp Fak. Yayını, Ankara 1980, sh: 35-70.
- 4- Müftüoğlu, Y.Z. Böbrek taş hastalığı, Türkiye Klinikleri sayı 2, S: 21-29.
- 5- Malek R.S. Urolitiazis. Arc İnter med. 1982 jun 142 (6)-1089.
- 6- Black, B.: Renal and ureteric calculi, Urology, London 1976, p: 291-344.
- 7- Williams, H. E.: Nephrolithiasis, New Engl j. Med. 290-223, 1974.
- 8- Goult, M.H., ve ark.: Urolithiasis due to 2,8 dihidroxyadenin in an adult New Engl j. Med. 1981 Dec. 24: 305 (26): 1570-2.