

DOĞU ANADOLU BÖLGESİ'NDE NEFROTİK SENDROMU'UM ETİYOLOJİSİ *

Dr. Güngör AKÇAY (x)
Dr. Yılmaz N. SELÇUK (xx)
Dr. Ayla SAN (xxx)
Dr. Engin N. AYDIN (xxxx)
Dr. Akın LEVENT (xxxxx)

ÖZET :

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bölümü'nde Haziran 1989 ile Şubat 1991 tarihleri arasında idiopatik Nefrotik Sendrom (NS) tanısıyla yatırılan 33 hastaya ultrason eşliğinde böbrek iğne biyopsisi yapıldı.

Böbrek biyopsi materyalleri ışık mikroskopunda değerlendirilerek histopatolojik tanısı kondu. Vakaların 9'unda (% 27) yeterli materyal alınamazken, yeterli materyal alınan 24 vakanın (% 73) 19'unda (% 79) primer glomerül hastalığı (% 52 diffüz proliferatif glomerülonefrit (GN), % 22 membranöz GN, %22 membranoproliferatif GN, % 4 forkal segmental glomerüloskleroz), (% 21)'inde sekonder glomerül hastalığı (amiloidoz) tesbit edildi. Primer GN'ler arasında en sık rastlanana diffüz proliferatif GN (% 52) idi. Bu vakaların kliniği sıklıkla akut glomerülonefrit şeklinde idi.

Vakalarımızın 24 saatte çıkarttıkları protein miktarına göre değerlendirilmesinde; primer GN vakaları kendi aralarında anlamlı bir farklılık göstermezken, amiloid nefroz vakalarında, glomerül filtrasyon hızına bağlı olmaksızın, 24 saatlik idrarla çıkartılan protein miktarı anlamlı ölçüde yüksek bulundu.

GİRİŞ :

Nefrotik Sendrom'un oluşmasında primer glomerül hastalıkları yanında birçok sekonder hastalıkta sorumlu tutulmaktadır. (1-4). Ülkemizde yapılan bir çalışmada NS sıklığı % 8.1 olarak tesbit edilirken (5), diğer bir çalışmada ise bu oran % 32.8 olarak bildirilmiştir (6). NS yeterli tedavi edilmediği takdirde 10-20

(x) Atatürk Üni. Tıp Fak. İç Hasta. ABD Öğr. Gör. (Uzm. Dr.)

(xx) Atatürk Üni. Tıp Fak. İç Hasta. ABD Öğr. Üyesi (Y. Doç. Dr.)

(xxx) " " " " " " " " (Prof.Dr)

(xxxx) " " " " " Patoloji ABD " " (Doç. Dr)

(xxxxx) " " " " " Radyoloji " " (Y. Doç. Dr)

* Bu çalışma VIII. Ulusal Böbrek Hastalıkları Kongresi'nde sunulmuştur.

yıl içerisinde kronik böbrek yetmezliğine götürebilmektedir (1). NS'un tedavisinde ve prognozunda sebep olan histopatolojik değişikliklerin önemi büyüktür.

Çalışmamızda, Doğu Anadolu Bölgesi'nden kliniğimize müracaat eden NS tanılı hastalarda böbrek biyopsisi ve laboratuvar incelemeleri ile NS'a yol açan nedenlerin sıklığını tesbit etmeyi amaçladık. NS ile ilgili Doğu Anadolu Bölgesi'nde herhangi bir epidemiyolojik çalışmanın yayınlanmış olmaması v.ebu konuda bölgemizde bir farklılığın bulunup bulunmadığını araştırmak amacıyla bu çalışmayı planladık.

MATERYAL VE METOD:

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'na bağlı Nefroloji Bilim Dalı'nda Haziran 1989 ile Şubat 1991 tarihleri arasında takip edilerek NS tanısı konmuş 33 hasta değerlendirildi.

Hastaların bütün rutin tetkikleri Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi laboratuvarlarında yapıldı.

Bütün hastalara yüzüstü yatar pozisyonda, ultrason (Toshiba SAL 77 A Gray Scale Real Time) Biyopsi probu eşliğinde, Tru-Cut biyopsi iğnesi (Travenol Tru-Cut Disposable Needle) kullanılarak, derin inspirasyon sırasında sağ böbreğin alt polünün korteks dokusundan biyopsi materyali alındı.

Böbrek iğne biyopsli materyalleri Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'nda, rutin olarak Hemotoxylin-Eozin, özel olarak Congo Red, MTB, Krezil Violet ve Gümüş boyaları ile boyanıp ışık mikroskopunda değerlendirildi.

İstatistiki sonuçlar Student-t testi ile tayin edildi.

BULGULAR :

Vakalarımızın böbrek biyopsisi sonuçlarına göre 5 vaka (% 21) amiloid nefroz, 4 vaka (% 17) mezangioproliferatif GN, 10 vaka (% 41) diffüz proliferatif GN, 1 vaka (% 4) fokal segmental glomerüloskleroz olarak tesbit edildi. 6 vakada (%27) yeterli böbrek dokusu alınamadı.

Vakalarımızdaki biyokimyasal değerler Tablo-1 ve Tablo-2'de özetlenmiştir.

Tablo -1: Primer Glomerülonefrit Vakaları

		Toplam
Vaka sayısı		19
Serum albumini	(gr/dl)	2.4±0.4
Serum trigliserid	(gm/dl)	272.6±171.1
Serum total kolesterol	(mg/dl)	351.2±192.3
Sedim 1. saat	(mm)	70.5±22.8
Sedim 2. Saat	(mm)	100.0±21.6
24 saatlik idrar proteini	(gr/gün)	4.6±1.5

Tablo -2: Sekonder Glomerülonefrit Vakaları (Amiloid nefroz)

		Toplam
Vaka sayısı		5
Serum total proteini	(gr/dl)	3.6±0.7
Serum albumini	(gr/dl)	1.7±0.4
Serum trigliserid	(mg/dl)	521.4±285.9
Serum total kolesterol	(mg/dl)	246.4±34.5
Sedim 1. saat	(mm)	77.8±41.6
Sedim 2. saat	(mm)	95.4±33.1
24 saatlik idrar proteini	(gr/gün)	8.7±3.5

TARTIŞMA:

Nefrotik Sendrom (NS) glomerül hastalığı bulunanlarda görülen bir grup semptom ve bulguların meydana getirdiği klinik tablodur. Primer anomali, idrarda bulunan protein miktarının aşırı artmasıdır (3.5 gr/gün) (1-4).

Erişkinlerin üçte ikisinde ve çocukların çoğunda NS'un sebebini minimal

değişiklik gösteren hastalık, membranöz GN veya membranoproliferatif GN gibi primer glomerül hastalıkları (% 80) oluşturmaktadır. Daha az bir kısmında (%20) sekonder glomerül hastalıkları (amiloidoz, maligniteler vb.) sorumludur (1-4,11). Biz de çalışmamızda vakaların % 79'unda NS'un sebebinin primer GN, % 21'inde ise sekonder GN (amiloidoz) olarak tesbit ettik.

Erek ve ark. tarafından yapılan çalışmada (1981) NS'a yol açan primer GN'lerden en sık olanı membranöz GN olarak tesbit edilirken (8), Yasavul Ü. ve ark. tarafından yapılan çalışmada (1985) proliferatif GN'in ön planda olduğu tesbit edilmiştir (4). Özdemir Aİ tarafından yapılan çalışmada (1980) NS'a sebep olan en sık patolojinin sekonder glomerül hastalıklarından amiloidoz olduğu bildirilmiştir (% 61) (6). Györkey ve ark. yaptığı çalışmada (1973) erişkinde NS'a yol açan primer GN'lerden en sık membranöz GN'e (% 35), daha sonra sıklıkla diffüz proliferatif GN'e (% 17), fokal GN'e (% 16), minimal değişiklik gösteren hastalığa (% 11), fokal segmental glomerüloskleroz' %11) ve membranoproliferatif GN'e (%10) rastlandığını bildirmiştir (9). Laville ve ark. (1988) erişkinde NS'a en sık membranöz GN (9/73)'in sebep olduğunu bildirmişlerdir (10).

Bizim yaptığımız çalışmada NS'a en sık primer GN'lerden diffüz proliferatif GN'in sebep olduğunu tesbit ettik. Vakalarımızın çoğunun genç yaşta olması ve akut GN klinik tablosu ve laboratuvar bulguları ile kliniğe başvurmalarının, bu GN tipinin ön plana çıkmasında önemli rol oynayabileceği kanatine vardık.

Etiyolojisi aydınlatılamayan NS vakalarında sebebi ortaya çıkarmak ve tedaviyi planlayabilmek için böbrek iğne biyopsisi yapmak gereklidir (7,12). Vim-Silverman iğnesi ile yapılan "körlemesine biyopsi"den ziyade, bugün böbrek iğne biyopsisinde retrograt pyelografi, bilgisayarlı tomografi veya ultrason eşliğinde Tru-Cut biyopsi iğnesi ile böbrek biyopsisinin yapılmasının çok daha geçerli olduğu kabul edilmektedir (12).

Biz de çalışmamızda böbrekleri ultrason ile görüntüleyip, Tru-Cut biyopsi iğnesi ile işlemi gerçekleştirdik. Önemli herhangi bir komplikasyona rastlamadık.

Erek E. proliferatif GN'li hastalarda glomerül filtrasyon hızının düşük olmasına bağlı olarak, membranöz GN vakalarından daha düşük proteinüri değerlerinin olduğu bildirilmiştir (8).

Biz ise vakalarımızda, glomerül filtrasyon hızına bağlı olmaksızın, primer GN'li hastalara göre, amiloid nefrozlu hastalarda 24 saatlik idrarla çıkartılan protein miktarının daha yüksek olduğunu tesbit ettik ($t:3.35$ $p<0.001$).

Yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şunlardır;

1- Ultrason eşliğinde Tru-Cut iğnesi ile yapılan böbrek biyopsisinin, önemli komplikasyonlara yol açmaması v euygulamadaki kolaylığı sebebiyle, en önemli böbrek biyopsisi yöntemi olduğu,

2- Erişkin idiopatik NS'u olan vakalarımızda en sık sebebin primer GN (% 79), ikinci sıklıktaki sebebin sekonder glomerülofrit nedenlerinden amiloi-

doz'un (%21) olduğu,

Primer GN vakalarımızda en sık olarak proliferatif GN'in bulunduğu, bu durumun hastalarımızın çoğunun genç yaşta (10 ile 20 yaş arasında) olup, kliniğe akut GN tablosu ve laboratuvar bulgularıyla başvurmasına bağlı olabileceği,

4- Vakalarımızda glomerül filtrasyon hızına bağlı olmaksızın, primer GN'li hastalar göre, amiloid nefrozlu hastalarda 24 saatlik idrarla çıkartılan protein miktarının daha yüksek olduğu tesbit edildi ($p<0.001$).

SUMMARY:

ETIOLOGY OF NEPHROTIC SYNDROME IN THE EASTERN REGION OF ANATOLIA.

We performed renal needle biopsy accompanied ultrasound to the patients with Nephrotic Syndrome in the Nephrology Section of Internal Medicine Department o Medical Facult of Atatürk Üniverstiy between June 1989 and February 1991.

We evaluated these materials in the light microscopy and diagnosed. We was taken enough material 73 per cent of our cases, however wasn't taken enough material 27 per cent of our cases. We diagnosed 79 per cent our cases primary glomerular diseases ((% 52 diffuse proliferative GN, % 22 membranous GN, 22 membranoproliferative GN, % 4 focal glomerular sclerosis), 21 per cent of our cases secondary glomerular diseases (amyloidosis).

We demonstrated high level of 24-hours proteins in the urine among primary glomerular diseases than secondary glomerular diseases.

KAYNAKLAR :

- 1- Couser W.G. Glomerular Disorders. In: Wyngarden JB and Smith L.H. eds. Cecil Textbook of Medicine. 18 th Edition. Philadelphia, W.B. Saunders Company. 1988. 591-598.
- 2- Glassock R. J. Glomerular Disorders. In: Massry S.G. and Glassock R.J. eds. Textbook of Nephrology. Second edition. Baltimore, Williams and Wilkins. Copyright 1989: 601-677.
- 3- Glassock R.J. and Brenner B.M. The Major Glomerulopathies. In: Braunwald E., Isselbacher K.J., Petersdorf R.G. eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. eleventh Edition. New York, Mc Graw-Hill Book Company. Copyright 1987: 1173-1182.
- 4- Yasavul Ü., Turgay Ç., Çađlar Ş. Glomerüler Hastalıklar. Klinik Nefroloji. (Ed. Ş. Çađlar), Medial Yayınları. Ankara, 1985 sayfa: 143-177.

- 5- Erek E., Ülkü Ü., Serdengeçti K. ve ark. Bir Nefroloji Polikliğinin 24 Yılı. VII. Ulusal Böbrek Hastalıkları ve Transplantasyon Kongresi Abs., Kuşadası-Aydın, 7-10 Kasım, 1990, s: 15.
- 6- Özdemir A.İ. Böbrek Hastalıklarının Türkiye'deki Durumu ve Coğrafi Dağılışı. 1144 Olguda Yapılan 1280 Biyopsinin Sonuçları. Ankara Tıp Mecmuası (The Journal of The Faculty of Medicine). 1980; 33: 365-380.
- 7- San A. Böbrek Biyopsisi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni. Nisan 1979; 11/2: 143-154.
- 8- Erek E. Glomerulonefritlerde Klinik ve Laboratuvar İlişkiler (Profesörlük Takdim Tezi): İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fak. İç hast. Anabilim Dalı, 1981, 60 sayfa.
- 9- Györkey F., Min K.W., Györkey P. Idiopathic Nephrotic Syndrome in Adults: Immunohistochemical and Electron Microscopic Study. Lab. Invest. 1973; 28/3: 385.
- 10- Laville M., Aguilera D., Maillet P.J. et al. The prognosis of renal vein thrombosis: A re-Evaluation of 27 cases. Nephrol. Dial. Transplant. 1988; 3/ 3: 247-256.
- 11- Cotran R.S. The Kidney and Its Collecting System. In: Robbins S.L. and Kumar V. **Basic** Pathology. Fourth Edition. Philadelphia, W.B. Saunders Company. 1987; 457-391.
- 12- Madaio M.P. Renal Biopsy. Kidney Int. 1990; 38: 529-543.