Bilateral Renal Enfarkt ve Adrenal Yetmezlikle Prezente Olan AFAS Olgusu

Pınar Dovan[1], Fatma Nur Erden[1], Mustafa Dinler[2], Nazife Şule Yaşar Bilge[2], Timuçin Kaşifoğlu[2]

[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

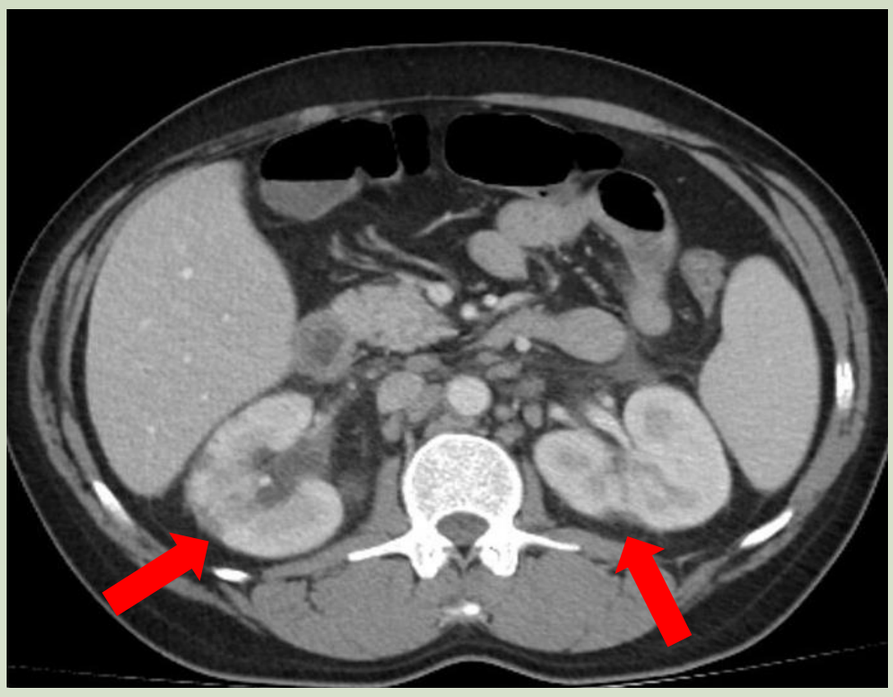
[2]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Giriş: Antifosfolipid antikor sendromu (AFAS), arteriyel/venöz tromboembolizm ve/veya gebelik morbiditesiyle ve antifosfolipid antikorların varlığı ile karakterize otoimmün sendromdur. AFAS'ın diğer klinik belirtileri arasında trombositopeni, nörolojik bulgular, böbrek yetmezliği ve kalp kapak hastalığı bulunur. Burada renal enfarkt ile presente olan bir AFAS olgusunu sunmayı amaçladık

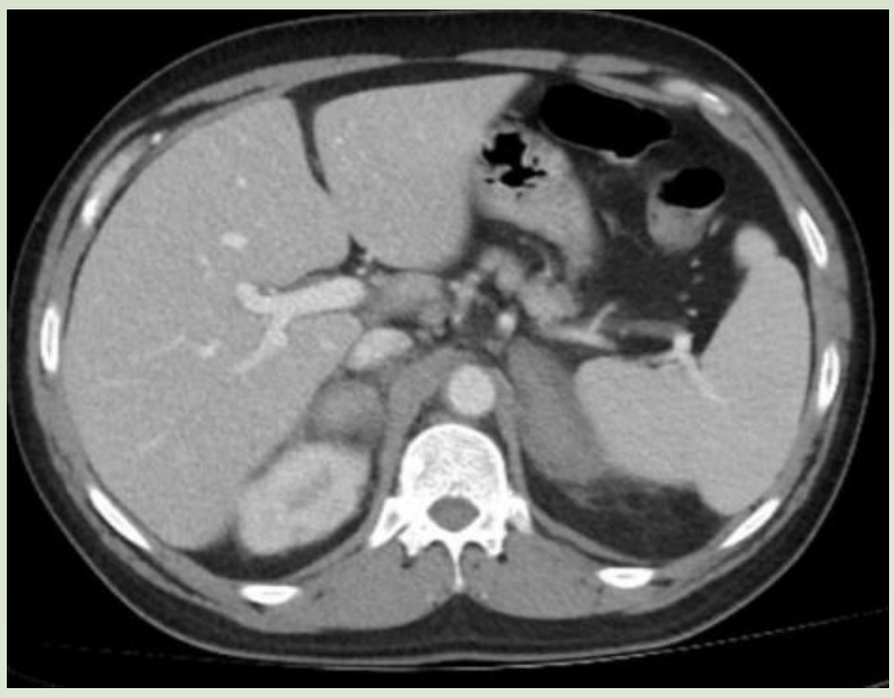
Olgu: 39 yaşında erkek hasta, 10 gündür süren karın ağrısı şikayetiyle başvurdu. Etyolojiye yönelik acil serviste çekilen kontrastlı BT'de her iki böbrekte enfarkt, bilateral sürrenal bezde hemoraji saptandı (Resim1 ve 2).

Tetkiklerinde Hgb:13,3g/dL, lökosit:16.020/uL, trombosit:91.000/uL,BUN:14mg/dL,kreatinin:1,33mg/dL, PT:15sn,INR:1,23, aPTT:51,3sn, eritrosit sedimentasyon hızı:96mm/saat, CRP:337mg/L izlendi. Enfarkt etyolojisi için yapılan ekokardiyografi, elektrokardiyogram, trombofili paneli, PNH paneli, protein C-S normal, ANA'sı negatifti.

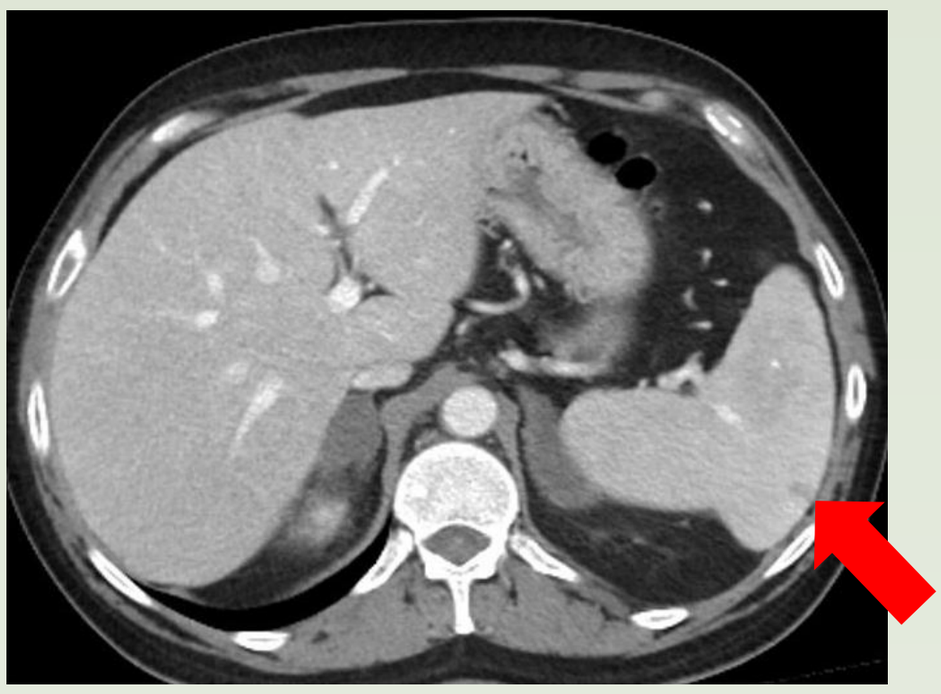
Lupus antikoagülanı 4,42 (yüksek titrede pozitif), anti Beta-2 Glikoprotein-1 IgG ve IgM >100U/mL, Anti Kardiyolipin IgG:39,2 GPL-U/mL, Anti Kardiyolipin IgM:22,3 MPL-U/mL saptanmasıyla primer AFAS olarak değerlendirildi. Hasta düşük molekül ağırlıklı heparin ile antikoagüle edildi. Kortizol:1,8 ug/dL, ACTH:65 pg/mL olması nedeni ile adrenal yetmezlik tanısıyla Endokrinoloji bölümünce hidrokortizon 30 mg/gün başlandı. Takiplerinde hastada dizartri gelişti. Çekilen beyin BT' de sağ talamus anterolateralinde akut enfarkt izlendi. Karın ağrısı şikayeti devam eden hastanın abdomen görüntülemesinde sürrenaldeki hemoraji alanında küçülme, dalakta yeni gelişen mikroenfarkt bulguları izlendi(Resim 3). Varfarin ve asetilsalisilik asitle takibe alındı. Varfarin 5 mg/gün, hidroksiklorokin 200 mg/gün, asetilsalisilikasit 100 mg/gün ve endokrinoloji önerisiyle hidrokortizon 30 mg/gün tedavisiyle izlenmektedir.



Resim1.Bilateral renal infarkt alanları



Resim2.Bilateral surrenal bezde hemoraji



Resim3.Dalak parankiminde mikroinfarktlar

Spesifik AFAS Otoantikorları	
Lupus antikoagülanı	4,42 (yüksek titrede pozitif)
Anti Beta-2 Glikoprotein-1 IgG	>100U/mL
Anti Beta-2 Glikoprotein-1 IgM	>100U/mL
Anti Kardiyolipin IgM	22,3 MPL-U/mL (0-7)
Anti Kardiyolipin IgG	39,2 GPL-U/mL (0-10)

Tartışma: AFAS,tromboz veya tekrarlayan gebelik kaybı ile seyreden bir otoimmün sendromdur. Renal infarkt ve sürrenal bez hemorajisi nadir görülüp adrenal yetmezliğe neden olmasından dolayı önemlidir. Sürrenal vende meydana gelen tromboz kan akışını bozar ve sürrenal bezde hemoraji ile sonuçlanır. AFAS'ın nadir görülen bir bulgusu olması nedeni ile klinisyenlerin dikkatini çekmeyi planladık.

Anahtar kelimeler: Antifosfolipid antikor sendromu, renal enfarkt, tromboembolizm

Referanslar:

1) Cervera, Ricard. "Antiphospholipid syndrome." Thrombosis research 151 (2017): S43-S47.
2) Schreiber, Karen, et al. "Antiphospholipid syndrome." Nature reviews Disease primers 4.1 (2018): 1-20.
3) BOZACI, İlter, et al. Akut Böbrek Hasarı ile Gelen Primer Antifosfolipid Antikor Sendromu, Olgu Sunumu Primary Antiphospholipid Antibody Syndrome Presenting with Acute Kidney Injury, Case Report.