



# Olgularla Vaskülit

DR HAYRİYE ESRA ATAĞLU

DR YILDIZ OKUTURLAR

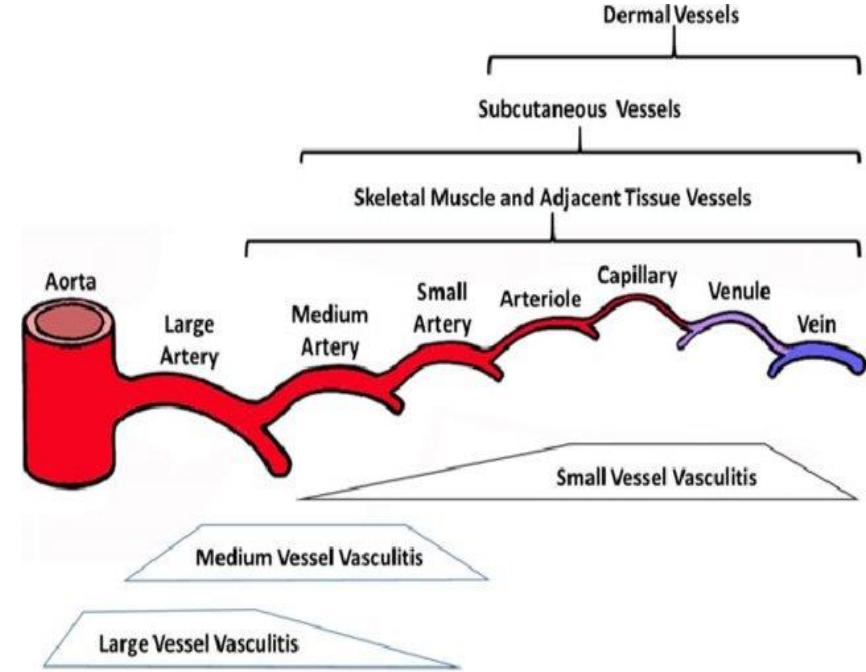
36 yaşında kadın hasta, 1 haftadır vücudunda alt ekstremiteye lokalize palpable purpura karakterinde döküntüleri ile başvurduğu dermatoloji polikliniğinde yapılan biyopside lökositoklastik vaskülit saptanması üzerine dahiliye polikliniğine gönderiliyor.

- Soru : Hastanın giriş anamnezini dikkate alındığında bu hasta için olası tanılar neler olabilir?



36 yaşında kadın hasta, 1 haftadır vücudunda alt ekstremiteye lokalize palpable purpura karakterinde döküntüleri ile başvurduğu dermatoloji polikliniğinde yapılan biyopside lökositoklastik vaskülit saptanması üzerine dahiliye polikliniğine gönderiliyor.

- Soru : Hastanın giriş anamnezini dikkate alındığında bu hasta için olası tanılar neler olabilir?
- Sistemik vaskülitler
- Hipersensitivite vaskülit
- Otoimmün hastalıklara sekonder vaskülitler
- Enfeksiyonlar
- Neoplazi



Lökositoklastik vaskülit: Ciltteki postkapiller venüllerin Vaskülitik tutulumunu ifade eder.

36 yaşında kadın hasta, 1 haftadır vücudunda alt ekstremitelere lokalize palpable purpura karakterinde döküntüleri ile başvurduğu dermatoloji polikliniğinde yapılan biyopside lökositoklastik vaskülit saptanması üzerine dahiliye polikliniğine gönderiliyor.

- Hastada cilt döküntülerine eşlik eden elde-ayakta uyuşma, idrar renginde koyuluk, ağız ve burun içinde yara ve sinüzit hikayesi yoktu. **Son 2 haftada yemeklerden sonra olduğunu ifade ettiği karın ağrısı tanımlıyor. Karın ağrısı umblikus civarındaydı. Bu nedenle iştahının azaldığını ifade ediyor ve 15 günde 3 kg vermiş.** Malar raş, fotosensivite, raynaud, artrit tarif etmiyor. Ateş – gece terlemesi yok.

- FM: Hasta soluk, Nabız:102 /dk TA:110/65 mmHg ateş: 36,8°C
- Her 2 alt ekstremitelerde palpable purpurik döküntüleri izlendi.
- FM başka özellik yoktu.

36 yaşında kadın hasta, 1 haftadır vücudunda alt ekstremiteye lokalize palpable purpura karakterinde döküntüleri ile başvurduğu dermatoloji polikliniğinde yapılan biyopside lökositoklastik vaskülit saptanması üzerine dahiliye polikliniğine gönderiliyor.

- Hasta 1 gün sonra karın ağrısı ve masif hematokezya nedeniyle acile başvurdu. Akut batın tablosunda olan hastaya acil laparotomide **kolonda perforasyon ve etrafında multipl ülserler** ve geniş nekroz sahası izlenmesi üzerine parsiyel kolektomi yapıldı.
- **Patoloji: Küçük arter ve arteriollerde nötrofilik infiltrasyon ve damar duvarında fibrinoid nekroz saptandı.**
- PA AC grafisi ve sonra çekilen toraks BT patoloji saptanmadı.
- EKO: Normal
- **PPD testi:12 mm**

36 yaşında kadın hasta, 1 haftadır vücudunda alt ekstremitelere lokalize palpable purpura karakterinde döküntüleri ile başvurduğu dermatoloji polikliniğinde yapılan biyopside lökositoklastik vaskülit saptanması üzerine dahiliye polikliniğine gönderiliyor.

	Sonuç
WBC x 10 <sup>3</sup> /μL	15600
Nötrofil %	65
Lenfosit %	32
Monosit %	2
Eozinofil %	1
Kreatinin mg/dl	3 (3 ay önce rutin kontrol normal)
Total protein g/dL	6
Albumin g/dL	3.1
Tam idrar	Hematüri (+) proteinüri (+)
Hepatit marker	negatif

	Sonuç
Sedimantasyon mm/saat	90
CRP mg/L	78
RF IU/L – Anti-CCP	5 / 7
ANA	negatif
ENA profili	negatif
P-ANCA	pozitif
C-ANCA	negatif
Anti- MPO	28.2 (0-5)
Anti- PR3	2.8 (0-5)

36 yaşında kadın hasta, 1 haftadır vücudunda alt ekstremiteye lokalize palpable purpura karakterinde döküntüleri ile başvurduğu dermatoloji polikliniğinde yapılan biyopside lökositoklastik vaskülit saptanması üzerine dahiliye polikliniğine gönderiliyor.

- Kreatinin 3 mg/dl ( 3 ay önceki tetkiki normal sınırlarda) , hematüri (+), 24 saatlik idrarda protein:1.1 gr. Renal US : böbrek boyutları normal.
- Renal biyopsi : 12 glomerulun 8 inde fibröz kresent oluşumu izlendi, tubuluslarda atrofi seçildi. Bazal membranda hücresel proliferasyon yoktu ve immunfloresanda herhangi birikim saptanmadı. Amiloidoz (-) ve granülom (-)

36 yaşında kadın hasta, kilo kaybı, ciltte lökositoklastik vaskülit , barsak perforasyonu küçük damar vaskülit ,P-ANCA(+) ve hızlı ilerleyici progresif kresentik glomerulonefrit.

Bulgu	Mikroskopik PAN	Granüloatoz polianjit	Eosinofilik granüloatoz polianjit	Henoch-Schonlein purpurası	Kriyoglobulinemik vaskülit
Nekrotizan granülom	-	+	+	-	-
IgA birikimi	-	-	-	+	-
ANCA	+	+	+	-	-
Astım/eozinofili	-	-	+	-	-
Kriyoglobulin	-	-	-	-	+



36 yaşında kadın hasta, kilo kaybı, ciltte lökositoklastik vaskülit , barsak perforasyonu küçük damar vaskülit ,P-ANCA(+) ve hızlı ilerleyici progresif kresentik glomerulonefrit.

Bulgu	Mikroskopik PAN
Nekrotizan granülom	-
IgA birikimi	-
ANCA	+
Astım/eozinofili	-
kriyoglobulin	-

**Tanı: Mikroskopik Polianjiitis**

36 yaşında kadın hasta, kilo kaybı, ciltte lökositoklastik vaskülit , barsak perforasyonu küçük damar vaskülit ,P-ANCA(+) ve hızlı ilerleyici progresif kresentik glomerulonefrit.

- Hasta operasyonunun 4. gününde yara yerinde herhangi bir enfeksiyon bulgusu olmaması üzerine 1 gr/gün pulse steroid 3 gün, kreatinin değeri ile doz ayarlanarak 500 mg/ ayda siklofosamid tdv
- İmmunsupresif tedavi alacak hastaya latent tbc İNH tedavi .

# Vaskülit

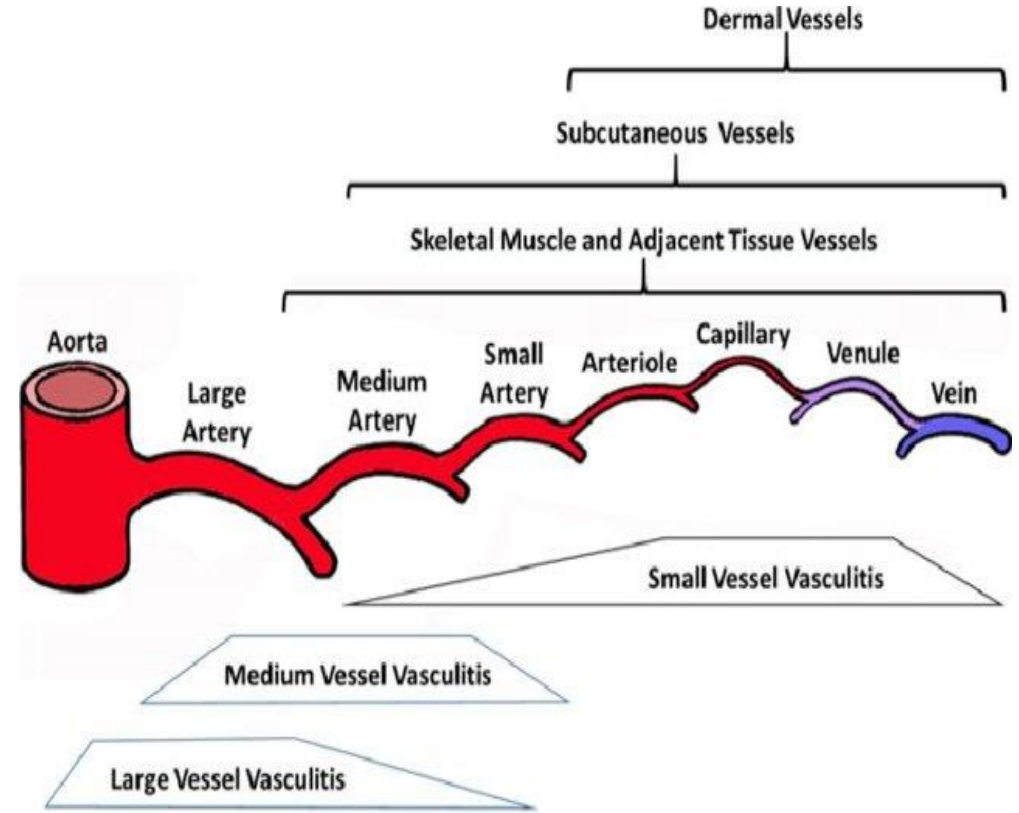
- Damar duvar inflamasyonu
  - Heterojen hastalık grubu
  - Damar duvarının nekroz ve inflamasyonu histopatolojik özellikleri oluşturur
  - Farklı büyüklükte damar
  - Farklı organlar
  - Farklı etyolojiler

# Sınıflama Zorluğunun Başlıca Nedenleri:

- Vaskulitlerinin çoğunun etyolojisi hakkında bilgimiz yoktur.
- Bir etken birden fazla hastalık yapabilmektedir (Hepatit B ile polyarteritis nodoza, kriyoglobunemi, glomerulonefrit, artrit)
- Aynı vaskulit birden çok etkenle oluşabilmektedir (PAN HCV, HBV ve HIV ile)
- Değişik vaskulitlerde benzer histopatolojik görünümler olabilmektedir (Temporal arterit ve Takayasu)
- Aynı hastalık farklı histoloji ile karşımıza çıkabilmektedir.

# Vaskülit

- **Tanım:** Kan damarı duvarında oluşan inflamatuvar değişimlerin tümü  
Periarterit: Yalnızca kan damarlarının en dış tabakasında oluşan inflamatuvar değişiklikler.
- Kan damarlarının
  - nötrofilik,
  - eozinofilik,
  - mononükleer hücre enflamasyonudur.
- Sonuç olarak, damarsal sistemde
  - tıkanma,
  - daralma,
  - anevrizmalar oluşur.



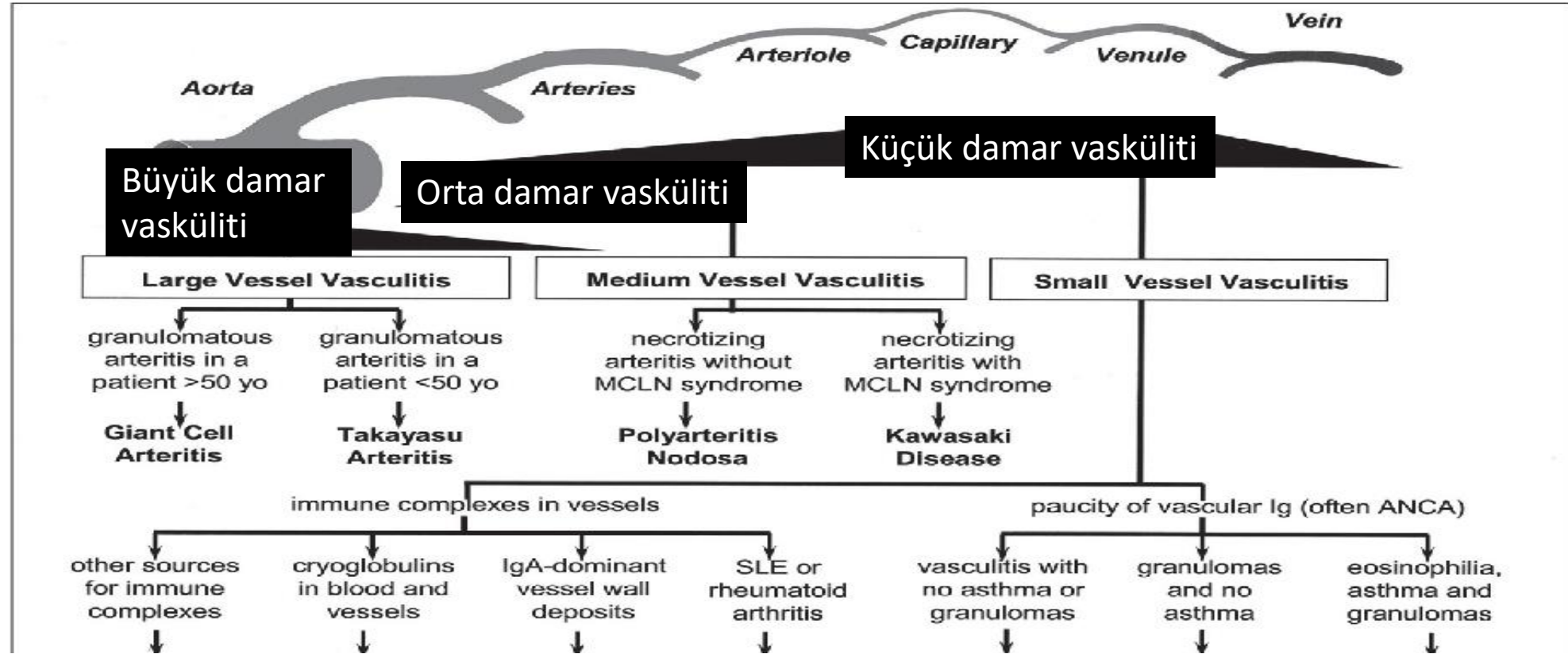
# Patogenez

- İmmun aracılı inflamasyon
- Direkt damar duvar invazyonu (infeksiyöz)
- Fiziksel /kimyasal ajanlar

# Patogenez

- İmmun aracılı inflamasyon
- Direkt damar duvar invazyonu (infeksiyöz)
- Fiziksel /kimyasal ajanlar
- İmmun kompleks depozisyonu
- Anti- netrofil sitoplamik antikorlar (ANCA )
- Anti-endotelial hücre antikorları

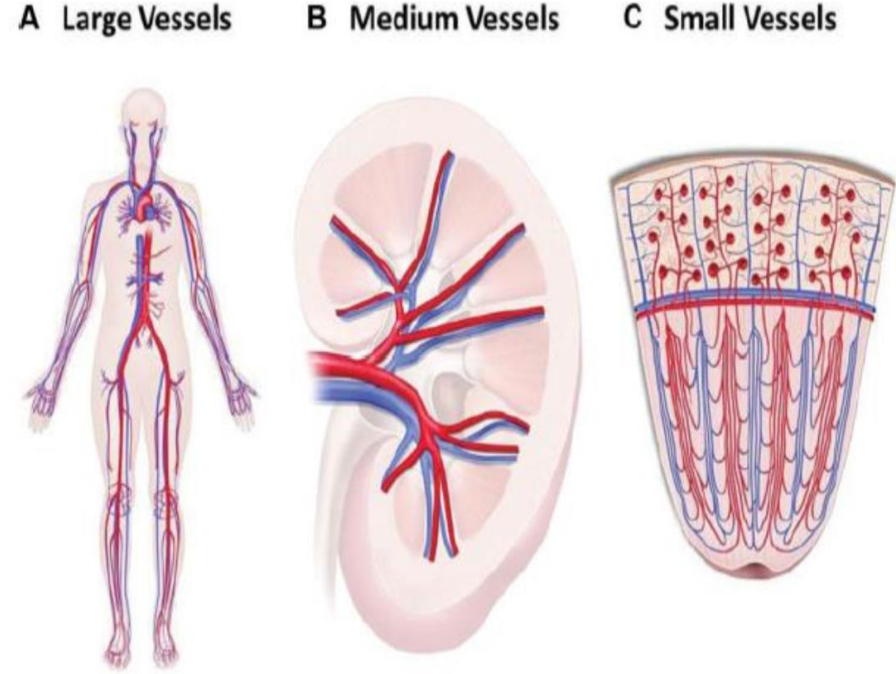
# VASKÜLİTLER-Sınıflama





# Organ tutulumu

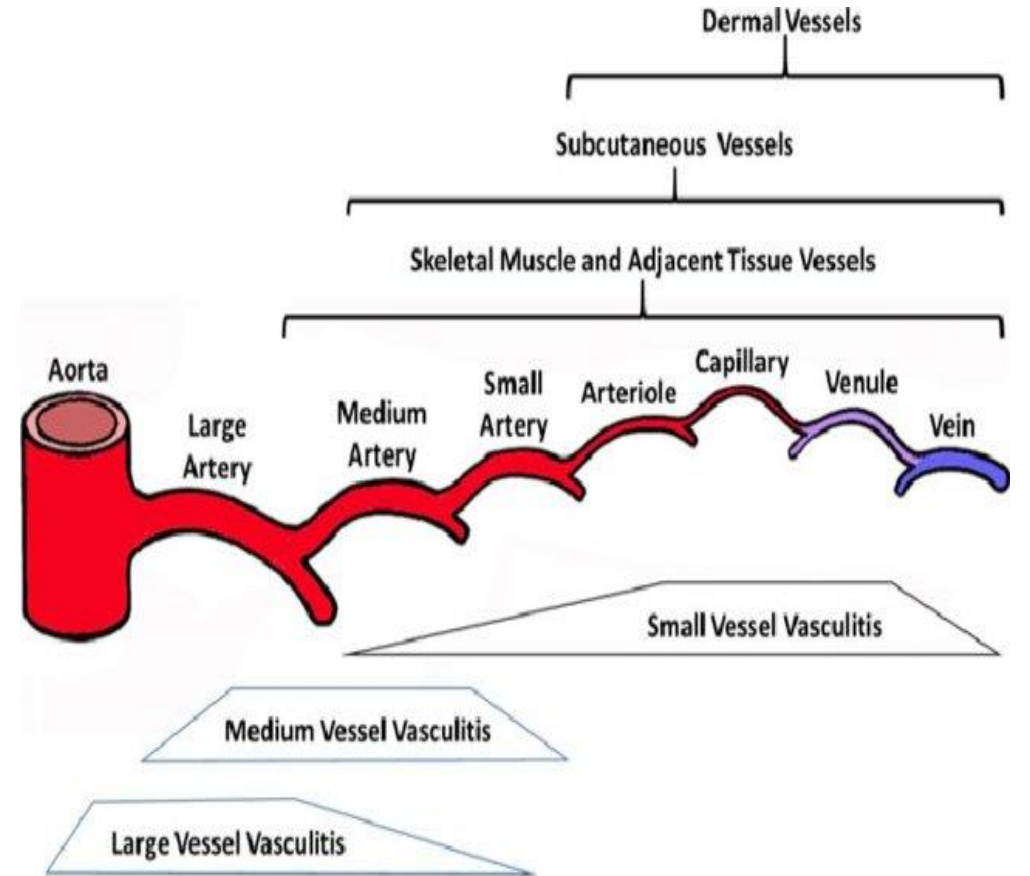
- Hava yolları
- Akciğer
- Kardiyovasküler
- Böbrek
- Nörolojik
- Gastrointestinal
- Kutanöz



**Figure 1.** Types of vessels that are defined as large vessels (A), medium vessels (B), and small vessels (C) in the Chapel Hill Consensus Conference nomenclature system. The kidney is used to exemplify medium and small vessels. Large vessels are the aorta and its major branches and the analogous veins. Medium vessels are the main visceral arteries and veins and their initial branches. Small vessels are intraparenchymal arteries, arterioles, capillaries, venules, and veins.

# Hangi klinik bulgular akla vaskülit olasılığını getirmeli ?

- Odağı bilinmeyen ateş, kilo kaybı ve yorgunluk
- Cilt lezyonları (ürtiker, livedo retikularis, palpabl purpura, nodül, ülser, nekroz)
- Nedeni açıklanamayan miyalji, artrit ya da artralji
- Hipertansiyon
- Yumuşak doku ödemi



# Vaskülit olasılığını düşündürebilecek laboratuvar verileri ?

- Lökositoz, anemi, trombositoz
- Artmış sedimantasyon hızı
- Hematüri proteinüri
- Pozitif antinötrofilik sitoplazmik antikor
- Artmış F-VIII ile ilgili antijen düzeyi
- Kriyoglobülinemi
- Hepatit B virüsü

# Vaskulitik Sendromlar İçin Tanıda Kullanılabilecek Laboratuvar Yöntemleri:

- **Non-Spesifik:**

- Tam Kan, Sedim. CRP

- **Organ Tutulumu:**

- Kreatinin, Tam İdrar

- EKG, Kreatinin Fosfokinaz

- Akciğer ve sinüs Grafisi

- EMG, sinir iletim tetkikleri

- **Etyopatogenez:**

- HBsAg, anti-HCV, Kan Kültürü, RF

- Kriyoglobülinler, serum kompleman

- Anti-GBM antikor,

- ANA, anti-dsDNA, ENA, anti-fosfolipid antikor, ANCA

# OLGU-2

58 yaşıında kadın hasta

- ✓ Ateş
- ✓ Nefes darlığı,
- ✓ Göğüs ağrısı,
- ✓ Kanlı balgam, öksürük
- ✓ Ayaklarda şişme

- ✓ Son 1 haftadır ateş ve giderek artan nefes darlığı son birkaç gündür yanma tarzı göğüs ağrısı ve bir defa olan kanlı balgam ve son 2-3 gündür ayaklarda şişme şikayetleri ile başvuruyor.
- ✓ Bilinen Astım 10 yıldır, Tip 2 Diyabetes Mellitus 10 yıldır, geçirilmiş kolesistektomi, apendektomi, umbilikal herni operasyonları ve **20 yıl önce Tbc lenfadeniti** nedeniyle tedavi öyküleri mevcut

# Fizik Muayene

- ✓ Ateş: 38° C,
- ✓ Konjunktivalar soluk,
- ✓ Batında kıyafetlerin sığıdığı yerlerde kızarıklık,
- ✓ Bilateral pretibial ödem,
- ✓ SDS:28 /dk , bilateral akciğer orta zona kadar krepitan ral, oksijen saturasyonu %92
- ✓ NDS:90 /dk , kan basıncı: 100/70 mmHg
- ✓ Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu.

# Hangi kan tetkiklerini istersiniz?

- Tam kan sayımı
- Arter kan gazı
- BUN, kreatinin
- ALT, AST, ALP, GGT
- CK, CK-MB, troponin
- CRP, Sedimantasyon
- Tam İdrar
- PT, APTT, D-Dimer
- Kan Kültürü
- PA AC grafisi

<b>WBC</b>	⤴	<b>13.06</b>	<b>10e9/uL</b>	<b>4.00 - 10.00</b>
<b>RBC</b>	⤵	<b>2.95</b>	<b>10e12/uL</b>	<b>3.5 - 5.5</b>
<b>HGB</b>	⤵	<b>7.7</b>	<b>g/dL</b>	<b>11.0 - 16.0</b>
<b>HCT</b>	⤵	<b>23.6</b>	<b>%</b>	<b>37.0 - 54.0</b>
PLT		250	10e9/L	100 - 300
<b>MCV</b>	⤵	<b>79.9</b>	<b>fL</b>	<b>80.0 - 100.0</b>
<b>MCH</b>	⤵	<b>26.1</b>	<b>pg</b>	<b>27.0 - 34.0</b>
MCHC		32.6	g/dL	32.0 - 36.0
RDW		12.9	%	11.0 - 16.0
<b>NEU#</b>	⤴	<b>10.9</b>	<b>10e9/L</b>	<b>2.00 - 7.00</b>
LYM#		1.09	10e9/L	0.80 - 4.00
EO#		0.19	10e9/L	0.02 - 0.50
MON#		0.86	10e9/L	0.12 - 1.20
BASO#		0.02	10e9/L	0.00 - 0.10
<b>NEU%</b>	⤴	<b>83.5</b>	<b>%</b>	<b>50 - 70</b>
<b>LYM%</b>	⤵	<b>8.4</b>	<b>%</b>	<b>20 - 40</b>
EO%		1.4	%	0.5 - 5.0
MONO%		6.6	%	3.0 - 12.0
BASO%		0.1	%	0 - 1
MPV		8.5	fL	6.5 - 12.0
<b>PCT</b>	⤵	<b>0.21</b>	<b>mL/L</b>	<b>1.08 - 2.82</b>
PDW		15.7	10GSD	15.0 - 17.0



# Hangi kan tetkiklerini istersiniz?

- Tam kan sayımı
- Arter kan gazı: PO<sub>2</sub> : 83 PCO<sub>2</sub> : 33 SO<sub>2</sub> : %90
- BUN, kreatinin
- ALT, AST, ALP, GGT
- CK, CK-MB, troponin
- CRP, Sedimantasyon
- PT, APTT, D-Dimer
- Tam İdrar
- Kan Kültürü
- PA AC grafisi

# Hangi kan tetkiklerini istersiniz?

- Tam kan sayımı
- Arter kan gazı
- BUN, kreatinin,albumin
- ALT, AST, ALP, GGT
- CK, CK-MB, troponin
- CRP, Sedimantasyon
- Tam İdrar
- PT, APTT, D-Dimer
- Kan Kültürü
- PA AC grafisi

Tetkik Adı		Sonuç	Birimi	Normal Değer
Glukoz		97	mg/dL	74 - 106
Üre	⤴	<b>89.9</b>	mg/dL	<b>17 - 43</b>
Ürik Asit	⤴	<b>6.66</b>	mg/dL	<b>2.6 - 6</b>
Kreatinin	⤴	<b>4.98</b>	mg/dL	<b>0.51 - 0.95</b>
AST		15	U/L	< 35 -
ALT		14	U/L	< 35 -
GGT	⤴	<b>137.78</b>	<b>U/L</b>	<b>&lt; 38 -</b>
ALP	⤴	<b>245.84</b>	<b>U/L</b>	<b>30 - 120</b>
LDH		189.58	U/L	< 247 -
CK		119.35	U/L	< 145 -
Albumin	⤵	<b>2.88</b>	g/dL	<b>3.5 - 5.2</b>
Kalsiyum	⤵	<b>7.94</b>	mg/dL	<b>8.4 - 10.5</b>

# Hangi kan tetkiklerini istersiniz?

- Tam kan sayımı
- Arter kan gazı
- BUN, kreatinin
- ALT, AST, ALP, GGT
- CK, CK-MB, troponin
- **CRP:81 mg/L , Sedimantasyon:118 mm/saat**
- Tam İdrar
- PT, APTT, D-Dimer
- Kan Kültürü
- PA AC grafisi

# Hangi kan tetkiklerini istersiniz?

- Tam kan sayımı
- Arter kan gazı
- BUN, kreatinin
- ALT, AST, ALP, GGT
- CK, CK-MB, troponin
- CRP, Sedimantasyon
- Tam İdrar
- PT, APTT, D-Dimer
- Kan Kültürü
- PA AC grafisi

Tetkik Adı	Sonuç	Birimi	Normal Değer
Bilirubin	NEGATİF		-
Ürobilinojen	NORMAL		-
Keton	NEGATİF	mg/dL	-
Eritrosit	+++		-
Glukoz	NORMAL	mg/dL	-
Protein	NEGATİF	mg/dL	-
Nitrit	NEGATİF		-
Lökosit	NEGATİF		-
PH	5		-
Dansite	1.005		-

Tetkik Adı	Sonuç	Birimi	Normal Değer
Protein (Spot İdrar)	22.4	mg/dL	-
Protein Mg/Kreatinin Mg (Spot İdrar)	1323.88	mg/gün	-
Mikroalbumin (Spot)	13.1	mg/dL	-
Kreatinin (Spot İdrar)	16.92	mg/dL	-

# Hangi kan tetkiklerini istersiniz?

- Tam kan sayımı
- Arter kan gazı
- BUN, kreatinin
- ALT, AST, ALP, GGT
- CK, CK-MB, troponin
- CRP, Sedimantasyon
- Tam İdrar
- **PT, APTT, D-Dimer**
- Kan Kültürü
- PA AC grafisi

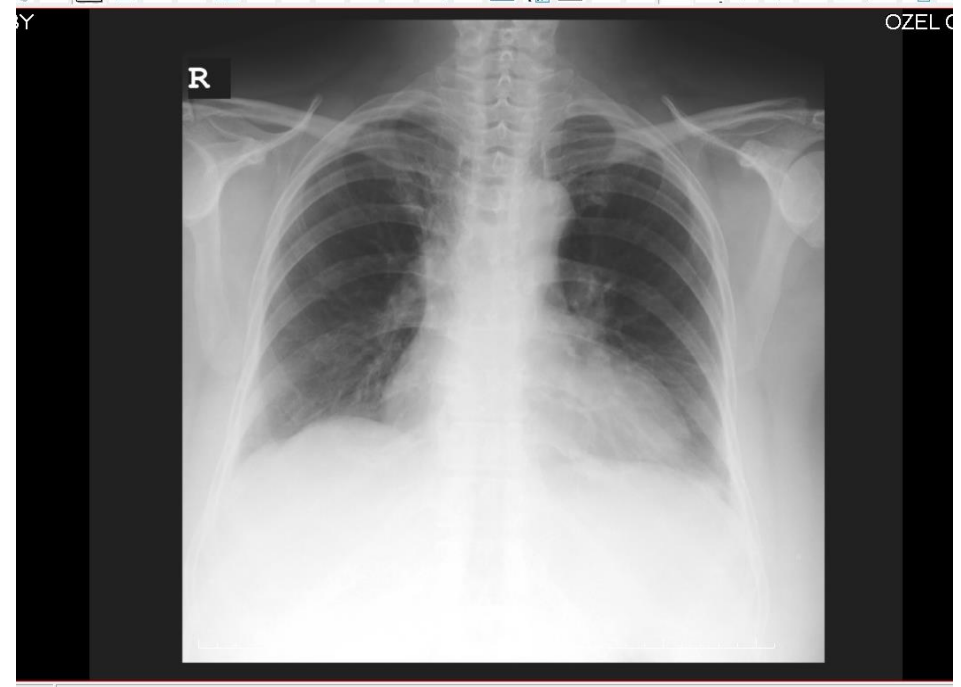
Tetkik Adı		Sonuç	Birimi	Normal Değer
<b>Fibrinojen</b>	⤴	<b>835.661</b>	mg/dl	<b>180 - 350</b>
<b>PTZ ( Sn )</b>	⤴	<b>13.6</b>	sn	<b>10.5 - 13.5</b>
PT ( % )		78.569	%	70 - 130
PT ( INR )		1.134		0.85 - 1.15
APTT		27.3	sn	21 - 36
<b>D-Dimer</b>	⤴	<b>3320</b>	ng/ml	<b>&lt; 500 .</b>

# Hangi kan tetkiklerini istersiniz?

- Tam kan sayımı
- Arter kan gazı
- BUN, kreatinin
- ALT, AST, ALP, GGT
- CK, CK-MB, troponin
- CRP, Sedimentasyon
- Tam İdrar
- PT, APTT, D-Dimer
- Kan, balgam ve idrar kültürü: Üreme olmadı
- PA AC grafisi

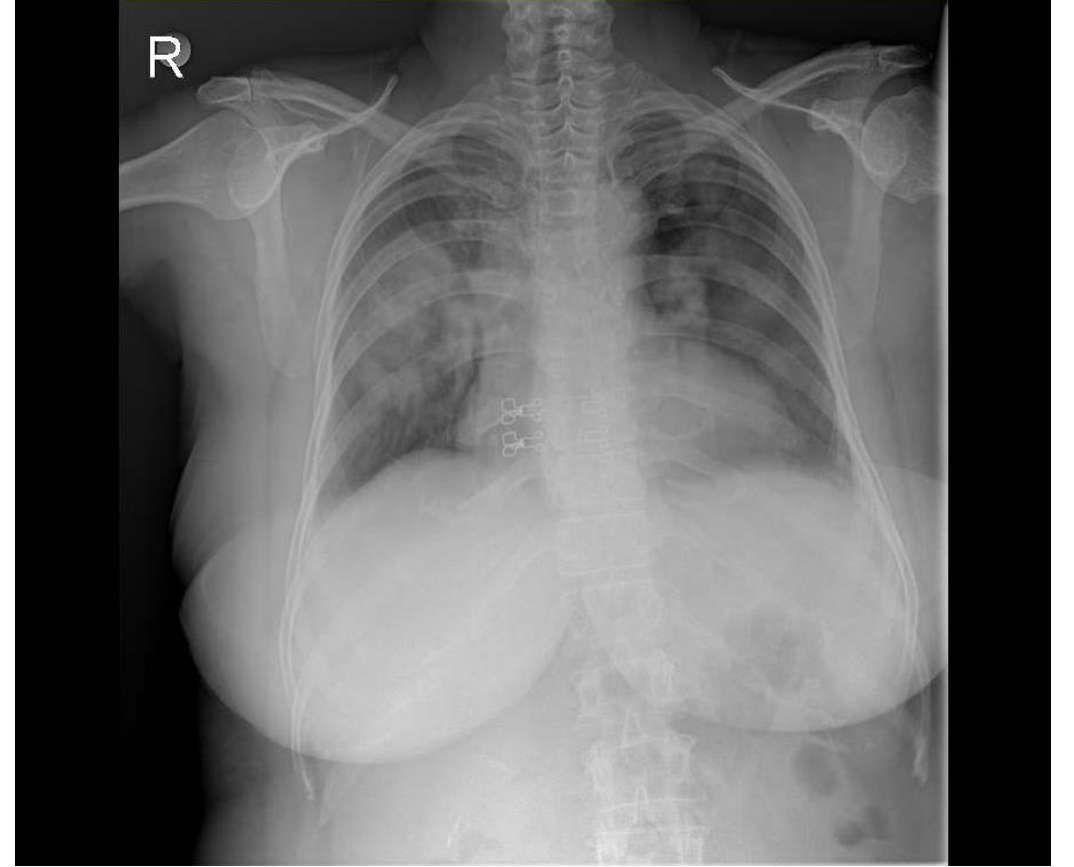
# Hangi kan tetkiklerini istersiniz?

- Tam kan sayımı
- Arter kan gazı
- BUN, kreatinin
- ALT, AST, ALP, GGT
- CK, CK-MB, troponin
- CRP, Sedimantasyon
- Tam İdrar
- PT, APTT, D-Dimer
- Kan Kültürü
- PA AC grafisi



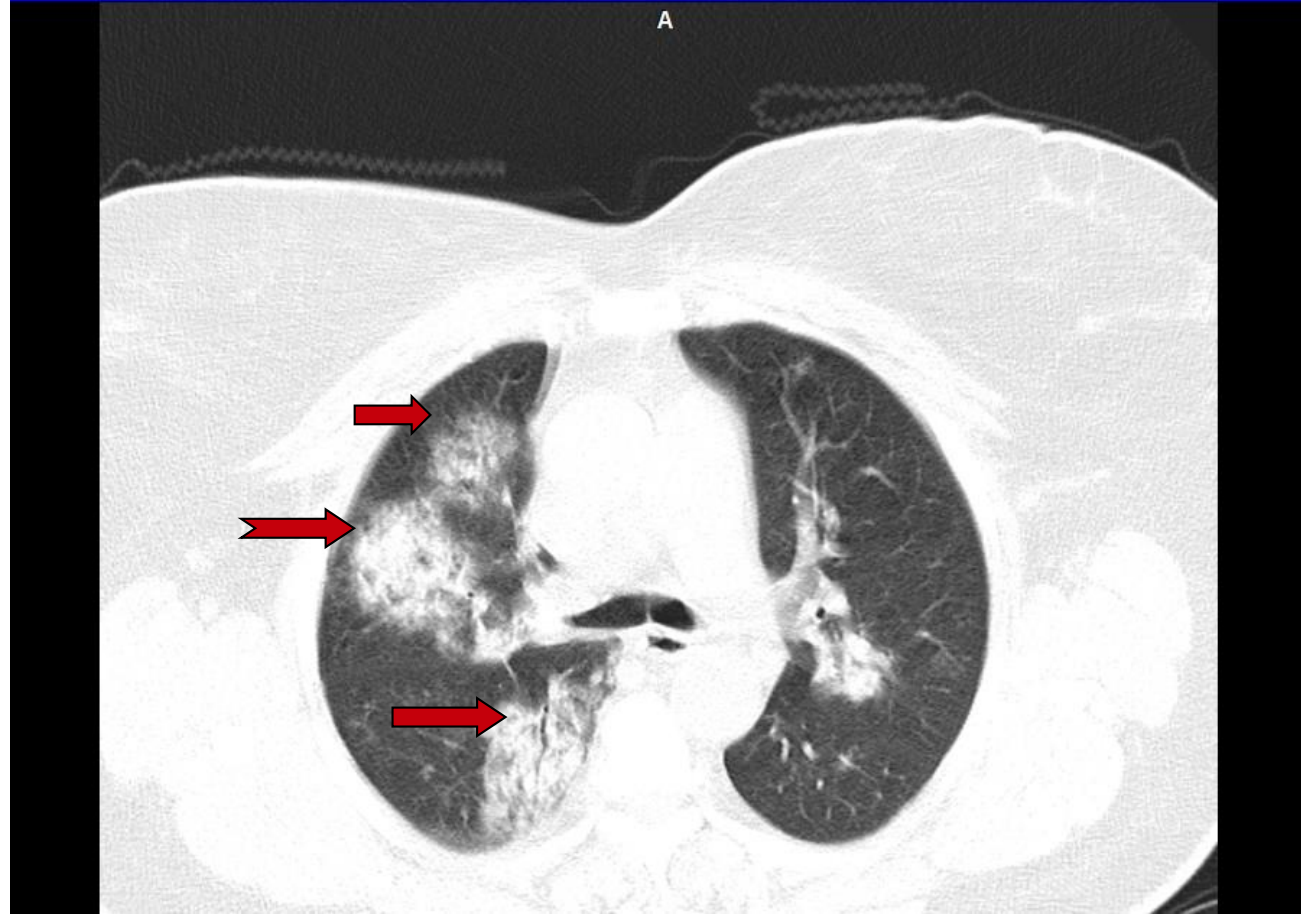
# Hangi tetkikleri istersiniz?

- Tam kan sayımı
- Arter kan gazı
- BUN, kreatinin
- ALT, AST, ALP, GGT
- CK, CK-MB, troponin
- CRP, Sedimantasyon
- Tam İdrar
- PT, APTT, D-Dimer
- Kan Kültürü
- PA AC grafisi: 4 gün sonra çekilen film





Çekilen Toraks BT'de infiltratif görünüm;  
Diffuz alveolar hemoraji olarak değerlendirildi



# Pulmono-renal sendrom

- Difüz alveoler hemoraji ve hızlı ilerleyen nekrotizan GN birlikteliği
- Pulmono-renal sendromlar ANCA-pozitif vaskülitlerde, sistemik lupus eritematозus olgularında ve Goodpasture sendromunda görülür.

- Bu bulgular ışığında hastada Pulmono-Renal Sendrom düşünöldü ve etyoloji araştırılmaya başlandı.

.010 00.40

## Tetkik Adı

C3c*	⚡	189.4	mg/dL	90 - 180
C4*		24.0	mg/dL	10 - 40

- Bu bulgular ışığında hastada Pulmono-Renal Sendrom düşünöldü ve etyoloji araştırılmaya başlandı.

16/11/2017

### Tetkik Adı

p-ANCA (MPO Antikoru)	NEGATİF, 0.44	U/mL	-
c-ANCA (Anti-Proteinaz-III)	POZİTİF, > 300	U/mL	-
Anti-Fosfatidilserin Ant, IgM	NEGATİF, 1.55	U/mL	-
Glomerüler Bazal Membran Ant	NEGATİF	TYRE	NEGATİF, < -
ACA IgM	NEGATİF, 1.04	MPL/ml	-
Antinökleer Antikor(FANA)(IFA)	NEGATİF	TYRE	NEGATİF, < -
ACA IgG	NEGATİF, 3.11	GPL/ml	-
Anti-Fosfatidilserin Ant, IgG	NEGATİF, 0.83	U/ml	-

# Böbrek Biyopsisi

- Batın US: Böbrek boyutları, kortikal kalınlıklar normal.
- Böbrek biyopsisi : Fokal nekrotizan vaskülit, kresentik glomerulonefrit saptanmıştır. İmmun boyamada antikor veya kompleman saptanmamıştır.

# Tanı için kritik ipuçları

- Ateş, nefes darlığı, hemoptizi
- AC bulguları
- Hematüri – proteinüri
- Sedimantasyon – CRP belirgin yüksek
- C- ANCA pozitifliği
- Biyopside granülomatöz inflamasyon

58 yaşında kadı hasta, Pulmono-renal sendrom ,C-ANCA(+) ve Böbrek biyopsisi - Fokal nekrotizan vaskülit, hızlı ilerleyici progresif kresentik glomerulonefrit.

Bulgu	Mikroskopik PAN	Granülomatoz polianjit	Eosinofilik granülomatöz polianjit	Henoch-Schonlein purpurası	Kriyoglobulinemik vaskülit
Nekrotizan granülom	-	+	+	-	-
IgA birikimi	-	-	-	+	-
ANCA	+	+	+	-	-
Astım/eozinofili	-	-	+	-	-
Kriyoglobulin	-	-	-	-	+

58 yaşında kadın hasta, Pulmono-renal sendrom, C-ANCA(+) ve Böbrek biyopsisi - Fokal nekrotizan vaskülit, hızlı ilerleyici progresif kresentik glomerulonefrit.

Bulgu		Granülomatöz polianjit	
Nekrotizan granülom		+	<b>Granülomatöz polianjitis</b>
IgA birikimi		-	
ANCA		+	
Astım/eozinofili		-	
Kriyoglobulin		-	



# Klinik belirtilerin sıklığı (GP)

Organ/doku	Hastalık Başlangıcında (%)	Hastalık seyrinde(%)
Kulak-burun-boğaz	93	99
Böbrek	54	70
Akciğer	55	66
Göz	40	61
Kalp	13	25
Periferik sinirler	21	40
Santral sinir sistemi	6	11
Gastrointestinal	3	6
Cilt	21	33
Eklem/Artralji	61	77
c-ANCA pozitifliği	84	

(E Reinhold-Keller verisi)

- ✓ Tanı koyma aşamasında ve tanıdan sonra hemodiyaliz programına alındı. Hastanın tanı ve tedavi süresince idrar çıkışı mevcuttu.
- ✓ Ayrıca Renal iyileşmeyi artırabilmek amacıyla Hemodiyaliz ile birlikte toplamda 7 seans Plazmaferez yapıldı.

- ✓ Hastaya eş zamanlı olarak kortikosteroid (ilk 3 gün 500 mg/gün pulse steroid, sonrasında 1 mg/kg/gün steroid) tedavisi verildi.  
(Metilprednisolon)
- ✓ Granülomatoz Polianjitis (Wegener) tanısı koyulduktan sonra hastaya iv Siklofosfamid tedavisi verildi.
- ✓ İNH tedavisi eklendi

# Vaskülit ve acil

- Klinik olarak ciddi vaskülit ve alevlenmeler
- İlaç toksisitesi
- İnfeksiyonlar: Pnömoni, sepsis

# Solunum sistemi tutulumu

- Hemoptizi & pulmoner kanama

- Goodpasteur sendromu

- Wegener granülomatozu**

- Lupus

- Behçet hastalığı

- Plevrit ve plörezi

- Romatoid artirit

- Lupus

# Kardiyovasküler tutulum

- **USAP & Akut Miyokard Enfarktüsü**
  - Kawasaki hastalığı
  - PAN
- **Erken yaşta ateroskleroz ve KAH**
  - SLE

# Böbrek tutulumu

- **Glomerulonefrit & KBY**

- **Wegener granülomatozu**

- Mikroskopik PAN

- SLE

- **Renal tutulumla bağı gelişen hipertansyon**

- PAN

- Mikroskopik PAN

- SLE

- RA

- Skleroderma

# Plazmaferez indikasyon kategorileri

<b>Kategori I</b>	<b>Kategori II</b>	<b>Kategori III</b>	<b>Kategori IV</b>
<b>Guillain-Barré sendromu</b> ANCA ilişkili hızlı ilerleyici glomerulonefrit (Wegener Granulomatoz) Diyalize bağımlı, DAH+	ABO uygunsuz HKHT ABO uygunsuz solid organ transplantasyonu (böbrek ve kalp)	<b>Akut kesici eritematoz</b> ANCA ilişkili hızlı ilerleyici glomerulonefrit (Wegener Granulomatoz) Diyalize bağımlı değil	Sistemik amiloidoz Amiyotrofik lateral skleroz
Anti GBM hastalığı (goodpasture send) Diyalize bağımlı değil ve DAH+	Akut dissemine ensefalomyelit	Aplastik anemi	Anti GBM hastalığı (goodpasture send) Diyalize bağımlı ve DAH-
Kronik enflamatuar demiyelinizan poliradikülönöropati	Saf eritroid aplazi	Sıcak antikorlara bağlı Otoimmün HA	Yanık şok resusitasyonu
Kriyoglobulinemi (ağır, semptomatik)	Soğuk aglütinin hastalığı (ciddi)	Dilate kardiyomiopati (NYHA II-IV)	Koagülasyon faktör inhibitörleri
Tekrarlayan fokal segmenter glomeruloskleroz	Katastrofik antifosfolipid sendromu	Hipertrigliseridemik pankreatit	Dermatomiyozit/ polimiyozit
Paraproteinemik polinöropati IgG/IgA ve IgM	Multipl skleroz: Steroidlere dirençli akut MSS enflamatuar demiyelinizan hastalık	Renal transplantasyon Yüksek panel reaktif antikorlar (kadavra donör)	Pemfigus Vulgaris
Streptokok enfeksiyonları ve Sydenham	Miyelom nefropatisi (Hafif zincir)	Skleroderma	POEMS sendromu
Wilson Hastalığı :Fulminan Hemoliz ile birlikte fulminan hepatik yetmezlik	antikorlarına bağlı pozitif crossmatch Sistemik Lupus Eritematozus Ağır (ör, serebrit, diffüz alveoler hemoraji)	Tiroid Fırtınası	Trombotik mikroanjiopati ilaç ilişkili Gemsitabin Kinin

Kategori I: Terapötik aferezin ya başlı başına primer tedavi olarak ya da diğer başlangıç tedavi modellerinin ilk sıra tamamlayıcısı olarak standart ve kabul edilebilir bir tedavi yöntemi olduğu hastalıklar

Kategori III: Terapötik aferezin, optimum rolünün belirlenemediği hastalıklardır. Bu kategorideki uygulamalar olguya özgünleştirilmelidir.

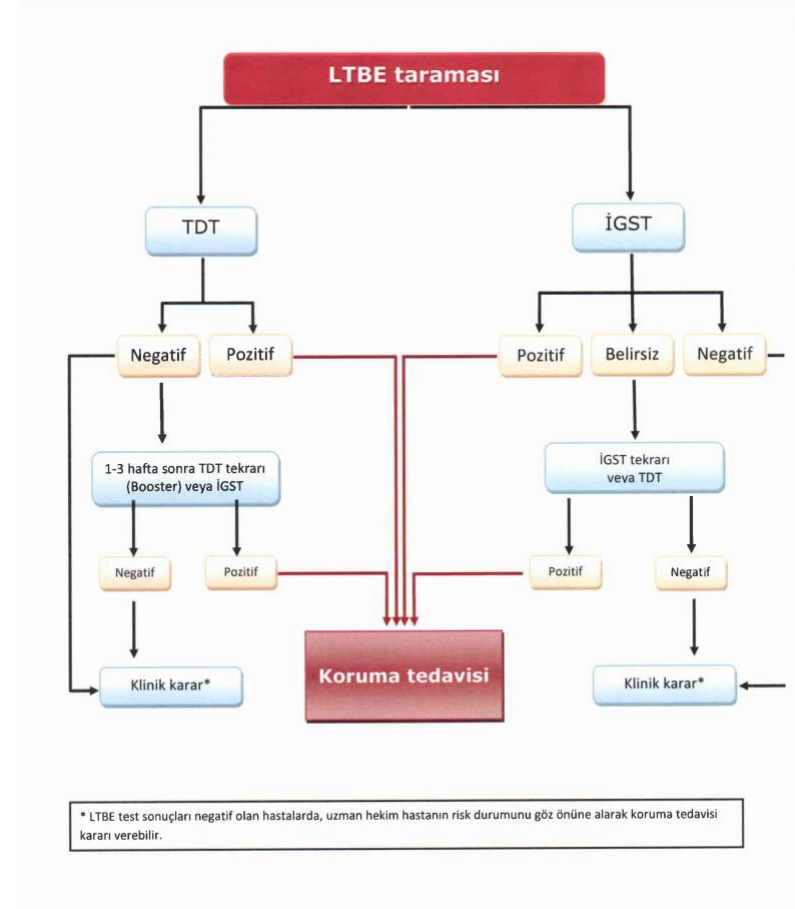


# GP (WG) ve Tüberküloz (Tbc)

- Tbc ve ANCA birlikteliği olabilir.
- Tbc seyrinde sekonder vaskülit gelişmesinin karışıklığı daha da artırabilir.
- Özellikle Tbc'un sık görüldüğü toplumlarda, tipik vaskülit düşünülmeyen olgulardaki ANCA pozitifliğinde, Tbc olasılığı mutlaka dışlanmalıdır.

# Latent TB enfeksiyonu için koruyucu INH tedavisi hangi hasta grubuna ve nasıl verilmelidir?

- Akciğer grafisi normal, latent enfeksiyon kanıtı (TDT ve/veya İGRA ile) olan hastalar
- Akciğer grafisinde kuşku fibrotik/kalsifik lezyonları olan, ancak aktif TB hastalığı dışlanmış hastalar
- Geçtiğimiz 1 yıl içinde aktif TB hastalığı olan birisiyle yakın temas içinde bulunanlar
- TB re-enfeksiyonu açısından yüksek riskli sağlık personeli olanlar
- Bu durumlar dışında, hekim, hastası için belirlediği risk durumlarına göre, risk/yarar oranını gözleterek koruyucu INH tedavisi verebilir.



## Latent TB enfeksiyonu için koruyucu INH tedavisi hangi hasta grubuna ve nasıl verilmelidir?

- INH tedavisini başlanmalı tolere edemeyen hastalara Rifampisin 4 ay boyunca verilebilir.
- INH şu durumlarda kesilmelidir;
  - ALT'de üst limitin 3 kat fazla artışı ile birlikte sarılık ve/veya hepatit semptomları varlığında
  - Asemptomatik hastada ALT'nin üst limitin 5 katına kadar yükselmesi
- Profilaksi başlandıktan ne kadar zaman sonra biyolojik tedavi başlanabilir?
  - 1 ay sonra ?



*TeŞekkürler*