

# İlaç ve Vaskülit

## Propiltiourasil

- PTU sonrası vaskülit
- birkaç hafta – yıllar sonrasında gelişebilir
- doza bağımlı değil
- ilaç kesildikten sonra düzelir.

# Propiltiourasil

- Daha çok P-ANCA pozitifliği PTU ile tedavi edilen hastaların %20-40 saptanıyor. Ancak bunların % 5 de klinik semptom meydana geliyor
- Renal tutulum sık
- Pulmoner alveoler hemoraji en sık AC bulguları
- ANCA ilişkili vaskülit gibi tedavi edilir.

## OLGU-3

28 yaşında kadın hasta 2 aydır devam eden halsizlik, ateş, ellerde çabuk yorulma, uyuşma ve morarma, enseden yayılan baş ağrısı, gözlerde kararma şikayeti ile acile başvuruyor. Tansiyon sağ-sol kol alınmıyor, hastaya inotrop başlanarak yoğun bakıma alınıyor

- 2 aydır şikayetleri giderek artmış. Hasta kollarda güçsüzlük şikayetinin özellikle elleri yoğun kullanmasını gerektirecek işleri yaptığı sırada daha belirgin hale geldiğini ve dinlenmekle düzeldiğini söylüyor.
- El parmaklarında morarmanın soğuk teması ile doğrudan ilişkili olmadığını belirtiyor.
- Başdönmesi ve baygınlık hissi, raynoud fenomeni, yutma güçlüğü, artrit tarif etmiyor
- Tromboz ve düşük anamnezi yok.
- Hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişde özellik yok. Sigara (-) Alkol (-)

28 yaşında kadın hasta 2 aydır devam eden halsizlik, ateş, kladikasyo tanımlayan hasta.

### Fizik Muayene:

- Ateş: 37.8°C Sağ ve sol kol üst ekstremitte nabız ve tansiyon alınmıyor.
- Sağ karotis arter üzerinde 4/6 sistolik üfürüm ve titreşim alınıyor.
- Alt ekstremitte nabızları palpabl.
- Popliteal TA: 210/140 mmHg
- Diğer sistem muayenelerinde özellik yok.

# Laboratuvar ve görüntüleme

- Hemogram özellik yok
- Sedimantasyon :21
- CRP: 12 (<5)
- ANA(-)
- RF(-)
- ANCA (-)
- Anti-kardiyolipin antikor (-)
- Hastaya yapılan EMG normal
- **Aort ve dallarına yönelik yapılan MR anjiyografi:**
  - Bilateral karotis komunisler ve sol vertebral arter tıkalı,
  - Sağ vertebral arter normale göre geniş ve tortüöz görünümde,
  - Baziler arter açık
  - Sol subklavian arter total, sağ subklavian arter tiroservikal trunkustan sonra tıkalı
  - Renal arterler bilateral açık saptandı.

# Vaka özeti

- 28 yaşında kadın
- Halsizlik, ateş, ellerde yorulma, uyuşma ve morarma
- Presenkop hikayesi
- Bilateral üst ekstremitate nabızları palpe edilmiyor
- Akut faz yanıtı hafif yüksek
- MR anjiyografide: Bilateral karotis komunisler, vertabral arter ve subklavian arterlerde tıkanıklık



# Vaka özeti

- 28 yaşında kadın
- Halsizlik, ateş, ellerde yorulma, kilo kaybı, terleme
- Presenkop hikayesi
- Bilateral karotis arterite nabızları palpe edilmiyor
- Eozinofil yanıtı hafif yüksek
- MR anjiyografide: Bilateral karotis komünisler, vertabral arter ve subklavian arterlerde tıkanıklık

**Takayasu arteriti**

# Takayasu Arteriti

- Aorta ve aortanın ana dallarını tutar:
  - Tüm aorta
  - Abdominal aortanın bir kısmı veya dalları
  - Torasik aortanın bir kısmı veya dalları
- Dev hücreli granülomatöz bir vaskülit
- İnsidans: 2.6/1.000.000
- K>E
- Yaş < 50



# Takayasu Arteriti Klinik

<i>Tutulan Arter</i>	<i>%</i>	<i>Klinik Tablo</i>
<b>Subclavian</b>	93	Kollarda kladikasyon Reynoud fenomeni
<b>Common Carotit</b>	58	Görme deęişiklikleri, senkop, TIA, stroke
<b>Abdominal arter</b>	47	Karın ağrısı, bulantı, kusma
<b>Renal</b>	38	HT, BY
<b>Aortik Ark</b>	35	AY, KKY

# Takayasu Arteriti Tanı

1. Ekstremitte klaudikasyo
2. Nabızlar zayıflar veya alınamaz (brakiyal arter)
3. İki kol sistolik kanbasıncı arasında belirgin fark olması
4. Üfürüm – subklaviyan arter veya abdominal arter üzerinde
5. Arteriografide karakteristik görünüm:
  - İrregüler damar duvarları
  - Stenoz
  - Anevrizmalar
  - Kollateraller

# Büyük Çaplı Damar Tutulumu Yapan Vaskülitler

- Takayasu hastalığı ve temporal arterit bu gruptandır
- Bu grupta ortaya çıkan acil patoloji;
  - temporal arterit hastalarında amorozis fugax tarzında gelişen görme kaybıdır
- Bu hastalar acilde konsülte edilmelidir
- Tedavisinde pulse steroid kullanılır

## Distinguishing features of giant cell versus Takayasu arteritis

Finding	Giant cell arteritis	Takayasu arteritis
Female-to-male ratio	3:2	7:1
Age at onset	>50 years	<40 years
Ethnic ancestry	European	Asian
Histopathology	Granulomatous inflammation	Granulomatous inflammation
Primary vessels involved	External carotid artery branches	Aorta and branches
Renovascular hypertension	Rare	Common
HLA association	HLA-DR4	HLA-Bw52
Course	Self-limited	Chronic
Response to corticosteroids	Excellent	Excellent
Surgical intervention needed	Rare	Common

HLA: human leukocyte antigen.

*Adapted from Michel, BA, Arend, WP, Hunder, GG. Clinical differentiation between giant cell (temporal) arteritis and Takayasu's arteritis. J Rheumatol 1996; 23:106.*

# Malignite ile ilişkili vaskülit

Sendrom	Malignite
Küçük damar vaskülit	Miyeloproliferatif ve lenfoproliferatif
Orta büyük damar vaskülit	Tüylü hücreli lösemi

Atipik seyir

Konvansiyonel tedaviye yanıtsızlık

Uzun süren hastalık süresi

Uzun süren immunsupresif tedavi

**DİKKAT!!**

## Major categories of mimics of vasculitis

Infectious causes (eg, endocarditis, HBV, HCV, HIV)
Atherosclerosis
Thromboembolic disease
Congenital causes (eg, aortic coarctation, middle aortic syndrome)
Hereditary disorders (eg, Marfan syndrome, Ehlers-Danlos syndrome)
Fibromuscular dysplasia
Hypercoagulable states (eg, APS, TTP)
Vasospastic disorders (eg, RCVS, drug exposures)
Other multisystem inflammatory disorders (eg, sarcoidosis, Susac syndrome)
Malignancy (eg, lymphoma, leukemia)
Iatrogenic (eg, postradiation therapy)
IgG4-related disease

HBV: hepatitis B virus; HCV: hepatitis C virus; HIV: human immunodeficiency virus; APS: antiphospholipid syndrome; TTP: thrombotic thrombocytopenic purpura; RCVS: reversible cerebral vasoconstriction syndrome; IgG4: immunoglobulin G4.

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı



9.

ULUDAĞ

İÇ HASTALIKLARI

KIŞ KONGRESİ

10 - 13 Mart 2013, Karinna Otel - Uludağ



P12

## *Romatoid Artrite Bağlı Vaskülit Taklit Eden Bir İnfektif Endokardit Olgusu*

Esra Demir<sup>1</sup>, Yıldız Okuturlar<sup>1</sup>, Cemal Bes<sup>1</sup>, Kayhan Ertürk<sup>1</sup>,  
Hanişe Özkan<sup>1</sup>, Bülent Demir<sup>2</sup>, Özlem Kaptanoğulları<sup>1</sup>

*1-Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç  
Hastalıkları Kliniği, İstanbul*

*\*2-Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Kardiyoloji Kliniği, İstanbul*

**GİRİŞ** Vaskülit, romatoid artrite seyrinde nadir görülen ancak ağır seyirli bir komplikasyondur. Romatoid artrite bağlı gelişen vaskülit genellikle küçük damar vaskülit şeklinde olup bir çok farklı hastalık ile karışabilir ve bazen tanıya güçlükler yol açar. Biz burada, bilinen romatoid artrite hastalığı bulunan ve parmaklarda digital nekroz ile başvuran enfektif endokardit tanısı koyduğumuz bir olguyu sunuyoruz.



**OLGU:** 67 yaşında kadın hasta nefes darlığı, bacaklarında şişlik şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde; romatoid artrit, Tip 2 diyabet ve koroner arter hastalığı mevcuttu. Fizik muayenesinde; bilinç açık, deri ve konjunktivalar soluktu, pretibial +++ ödem, ellerde romatoid artrite bağlı ulnar deviasyon, kuğu boynu deformitesi ve sol el 2.parmak ile sağ ayak 4. ve 5. parmak ucu pulpasında gangrenöz lezyonları vardı. Her iki akciğerde orta zona kadar krepitan ralleri mevcuttu. Mezokardiak odakta 2/6 sistolik üfürüm duyuldu. Lökosit 17600/mm<sup>3</sup>, hemoglobin 7,3 g/dl, hematokrit %22,5, MCV 68 fl, trombosit 80000/mm<sup>3</sup>, kan şekeri 35mg/dl, ure 196 mg/dl, kreatinin 1,08mg/dl, urik asit 12,5mg/dl, LDH 426 U/L, albumin 2,96g/dl, CRP;11mg/dl, sedimentasyon 105mm/saat idi. Akciğer grafisinde; sağda belirgin pnömonik infiltrasyon vardı. Seftriakson 2x1 gr I.V, klaritromisin 2x500 mg başlandı. Furosemid infüzyonu ile ödemi düzelen hastanın, üre kreatinin seviyeleri geriledi. Ekstremitelerde arteriel doppler ultrason ile arteriyel darlık görülmedi. Transtorasik EKO ile sol ejeksiyon fraksiyonu %25 idi ve trisküspid annulusa tutunmuş kitle görüldü. Vegetasyon, trombus ve kardiyak tümör ayrımı yapılamadı. Trans-özefageal



EKO ile vena cava inferior ostium komşuluğunda kalsifiye 1x1 cm, triküspid anterior atrial yüzde 2x2cm çaplı kalsifiye vejetasyonla uyumlu, sol atrial appendiks içerisinde 1,5x1,5 cm ve içerisinde hava sıvı seviyesi olan abse ile uyumlu görünüm izlendi Ateşi ve kültürlerinde üremesi olmayan hastanın tedavisine daptomisin ve vankomisin eklendi. Kalp damar cerrahisi tarafından operasyon önerilen hasta kabul etmeyerek kendi isteği ile taburcu edildi.

**SONUÇ:** Romatoid artrit bağı vaskülit genellikle küçük damar vaskülit şeklinde olup klinik olarak peteşiyal ya da purpurik lezyonlar olarak kendini gösterir. İnfektif endokardit seyrinde görülen digital ülserler ise orta büyüklükteki damar tutulumu ile giden vaskülitlerde (PAN, Kawazaki hastalığı gibi) görülen bir durumdur ve genellikle romatoid artrit vaskülitinde izlenmez.

## OLGU

67 yaşında kadın hasta nefes darlığı, bacaklarında şişlik şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde; romatoid artrit, Tip 2 diyabet ve koroner arter hastalığı mevcuttu. Fizik muayenesinde; bilinç açık, deri ve konjunktivalar soluktu, pretibial +++ ödem, ellerde romatoid artrite bağlı ulnar deviasyon, kuğu boynu deformitesi ve sol el 2.parmak ile sağ ayak 4. ve 5. parmak ucu pulpasında gangrenöz lezyonları vardı. Her iki akciğerde orta zona kadar krepitan ralleri mevcuttu. Mezokardiak odakta 2/6 sistolik üfürüm duyuldu. Lökosit  $17600/\text{mm}^3$ , hemoglobin  $7.3 \text{ g/dl}$  hematokrit  $\%22.5$  MCV  $68 \text{ fl}$



# 17.

## Ulusal İç Hastalıkları Kongresi

Sueno Hotel & Kongre Merkezi  
Belek / Antalya

.....  
www.ichastaliklari2015.org

14-18  
Ekim  
2015



**PS-356**

## AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİNİN NADİR BİR NEDENİ: İNFEKTİF ENDOKARDİT

Emine Aşçı, Gamze Ergün, Didem Acarer, Hakan Koçoğlu, Yıldız Okuturlar,  
Özlem Harmankaya<sup>1</sup>

*Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

**Giriş:** İnfektif endokardit (İE) tanı aşamasında veya hastalığın seyri esnasında çeşitli renal hastalıklarla prezente olabilir. İmmun kompleks nefriti, akut interstisyel nefrit, akut tübüler nekroz bu durumlardan birkaçıdır. Bu vakamızda akut glomerulonefrit (GN) ile prezente olmuş bir İE olgusunun klinik seyrini sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Bilinen hipertansiyon tanılı 65 yaşında erkek hasta, anemi, sedimentasyon ve globulin yüksekliği nedeniyle multiple myelom ön tanısı ile tetkik edilirken, 1 hafta içinde kreatinin değerinin 2,5 mg/dl den 6 mg/dl ye yükselmesi, yapılan tetkiklerinde poliklonal gamopati ve kemik iliği aspirasyon yaymasında plazma hücre oranının %5'in altında saptanması üzerine hastada multiple myelom dışlanmış ve akut böbrek yetmezliği (ABY) tanısı ile servisimize yatışı

yapılmıştır. Hastanın son 1 aydır ara ara olan ateş yüksekliği, gece terlemesi ve kilo kaybı şikayeti mevcuttu. Bu şikayetlerle 1 ay önce dış merkezde malignite açısından tetkik edildiği, fakat herhangi bir patolojik bulguya rastlanılmadığı, o dönemdeki kreatinin 0.8mg/dl olup takibinde kreatinin değerinin 2,5 mg/dl'ye yükselmesi üzerine hematoloji polikliniğine yönlendirildiği öğrenildi.

Fizik muayenesinde bilinç açık vital bulguları stabildi. Akciğer sesleri doğal, kardiyak muayenesinde S1+, S2+, aort odağında 3/6 sistolik üfürümü mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğal, idrar çıkışı mevcut, döküntüsü yoktu. Yapılan tetkiklerinde kreatinin 6mg/dl üre 95mg/dl hemoglobin 8.31g/dl trombosit 75000 mm<sup>3</sup> sedimentasyon 96mm/saat tam idrar tetkikinde 161 hpf eritrosit 12 hpf lökosit ++ protein mevcuttu c3 27(76-160mg/dl) c45(10-40mg/dl) idrar kültürü sterildi. Hepatit markerları negatif, akciğer grafisinde özellik yoktu. Hastada akut GN düşünüldü. Kompleman düşüklüğü nedeniyle ayırıcı tanıda membranoproliferatif GN, lupus nefriti, infektif endokardit, kriyoglobulinemi düşünüldü. MPO-ANCA, PR3-ANCA, ANA, anti-dsDNA negatif saptandı. Bir ay önce yapılan transtorasik ekokardiyografi(EKO) özellik olmayan hastanın ate-



şı olması üzerine kan kültürleri alındı ve trans özofagial ekokardiyografi (TEE) yapıldı. Aort kapak ventriküler yüzde 1,7x1,3 cm vejetasyon saptandı. Kan kültüründe ampisilin duyarlı enterococcus fecalis üremesi oldu ve ampisilin 4x1gr IV tedavisine başlandı. Takibinde yüklenme bulguları gelişmesi ve anürik seyretmesi üzerine hemodiyalize başlandı. Renal biyopsi hastada sistemik enfeksiyon olması, trombositopeni ve üremik koagulopati nedeniyle kanama riski yüksek olduğuna düşünülerek ertelendi. İki hafta antibiyotik tedavisine rağmen ateşinde ve kontrol EKO'sunda vejetasyon boyutunda gerileme olmayan hasta operasyon amacıyla kalp-damar cerrahi servisine nakledildi.

**Tartışma:** İE tanısı 2000 yılında yayınlanan DUKE kriterlerine göre (1) konulmakta olup akut GN ayırıcı tanısında akla gelmesi gereken bir hastalıktır. Hastaların %57'sinde bir; %26'sında iki; %14'ünde üç veya daha fazla komplikasyon gelişmektedir. Komplikasyonları patojene, tedavi öncesi hastalık süresine ve tedaviye göre değişmektedir (2). En sık komplikasyonu kalp yetmezliği olup, emboli, aritmiler, nörolojik ve renal komplikasyonlar diğerleridir. ABY sık görülen bir komplikasyon olup kötü prognoz göstergesidir. Olgumuz GN'e bağlı ABY ile prezente olan bir infektif endokardit olgusu olup vakamızda da olduğu gibi ateş ile seyreden akut böbrek yetmezliği durumunda transtorasik EKO normal saptansa bile TEE yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** akut glomerulonefrit,infektif endokardit

# 5. İstanbul Dahiliye Klinikleri Buluşması

4 - 6 Aralık 2015  
Cevahir Asia Hotel / İstanbul  
www.idk2015.org



## Propiltiourasil Kullanımına Bağlı ANCA İlişkili Vaskülit Olgusu

Didem Acarer, Hakan Koçoğlu, Gamze Ergün, Yıldız Okuturlar, Mehmet Hurşitoğlu, Özlem Harmankaya, Abdülbaki Kumbasar

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

### GİRİŞ:

Propiltiourasil (PTU) kullanımı lökopeni, ateş, artrit, döküntü, lökositoklastik vaskülit ve lupus benzeri sendrom gibi çeşitli komplikasyonlara neden olmaktadır. PTU'nun nadir görülen bir komplikasyonu da ANCA ilişkili küçük damar vaskülitidir. Bizim vakamızda da PTU kullanımı sonrası gelişen p-ANCA pozitifliği ve sistemik vaskülit tartışılmaktadır.

### OLGU:

53 yaşında tiroidektomi öyküsü olan erkek hasta anüri şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın hekime danışmaksızın PTU ilaç kullanım öyküsü mevcuttu. Her iki alt ekstremitesinde, batında ve sırtında makulopapüler döküntüleri mevcuttu. Pretibial ödemi yoktu. Tansiyon arterial: 145/95, nabız 88/dk, ateş 36,7°C idi. Diğer sistem

muayeneleri doğaldı. Yapılan tetkiklerinde üre:134 mg/dl, kreatinin 8,4 mg/dl, hemoglobin 11,1 g/dL, trombosit 156000/mm<sup>3</sup> tespit edildi. Tam idrar tahlilinde 1832 eritrosit, 238 lökosit ve 1+ albumin mevcuttu.

Ultrasonografide post-renal patoloji saptanmadı. Hasta katater takılarak diyalize alındı. İleri tetkiklerinde p-ANCA(+), C3-C4 normal, ANA(-), Anti ds-DNA(-) görüldü. EKO'sunda patolojik bulgu saptanmadı. Renal biyopsi yapıldı. Vaskülit düşünülen hastaya 1g/gün metilprednizolon pulse tedavisi (3 gün) verildi. İdrar çıkışı olması üzerine diyaliz tedavisine son verildi. Takiplerinde kreatinin değerleri gerileyen hasta deltacortril 5mg 2x1 PO tedavisi ile taburcu edildi.

## **SONUÇ:**

Propiltiourasilin neden olduğu önemli yan etkilerinin insidansı %1-5 arasında değişmektedir. Ciddi yan etkileri arasında agranülositoz, hepatotoksisite, ilaç ilişkili hipersensivite bulunmaktadır. PTU ilaca bağlı ANCA ilişkili vaskülitlerin iyi bilinen bir nedenidir. Propiltiourasilin nötrofil granülleri içinde biriktiği ve myeloperoksidazı değiştirdiği ve bu olayın anti-myeloperoksidaz oluşumunu tetiklediği düşünölmektedir. Kutanöz erupsiyonlar ilaca bağlı vaskülitin en sık görölen belirtisidir. Böbrekler ve üst solunum yolu da tutulabilmektedir. Prognozu iyi olup ilacın kesilmesinden sonra iyileşir, kısa süreli immunsupresyona yanıt verir.

**Anahtar Kelimeler:** Propiltiourasil, ANCA, vaskülit

**Names for vasculitides adopted by the 2012 International Chapel Hill Consensus Conference on the Nomenclature of Vasculitides**

<b>Large-vessel vasculitis</b>
Takayasu arteritis
Giant cell arteritis
<b>Medium-vessel vasculitis</b>
Polyarteritis nodosa
Kawasaki disease
<b>Small-vessel vasculitis</b>
ANCA-associated vasculitis
Microscopic polyangiitis
Granulomatosis with polyangiitis (Wegener's)
Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (Churg-Strauss)
Immune complex small-vessel vasculitis
Anti-glomerular basement membrane disease
Cryoglobulinemic vasculitis
IgA vasculitis (Henoch-Schönlein)
Hypocomplementemic urticarial vasculitis (anti-C1q vasculitis)
<b>Variable-vessel vasculitis</b>
Behçet's syndrome
Cogan's syndrome
<b>Single-organ vasculitis</b>
Cutaneous leukocytoclastic angiitis
Cutaneous arteritis
Primary central nervous system vasculitis
Isolated aortitis
Others
<b>Vasculitis associated with systemic disease</b>
Lupus vasculitis
Rheumatoid vasculitis
Sarcoid vasculitis
Others
<b>Vasculitis associated with probable etiology</b>
Hepatitis C virus-associated cryoglobulinemic vasculitis
Hepatitis B virus-associated vasculitis
Syphilis-associated aortitis
Drug-associated immune complex vasculitis
Drug-associated ANCA-associated vasculitis
Cancer-associated vasculitis
Others

ANCA: antineutrophil cytoplasmic antibody; IgA: immunoglobulin A.

Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, et al. 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheum* 2013; 65:1. Reproduced with permission from John Wiley & Sons, Inc. Copyright © 2013 by the American College of Rheumatology. All rights reserved.



# VI. İSTANBUL DAHİLİYE KLİNİK BULUŞMASI

18 - 20 Kasım  
Marriott Hotel Asya  
[www.idk2016.com](http://www.idk2016.com)

## Ketiapine Bağlı Lökositoklastik Vaskülit Olgusu

Firuze Midi Kursat, Zakir Guliyev, Hakan Kursat, Emre Çakır, Hakan Koçoğlu, Bahar Özdemir, Yıldız Okuturlar, Nazmiye Özlem Harmankaya  
Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

### GİRİŞ

Lökositoklastik vaskülit primer deri tutulumu ile seyreden bir küçük damar vaskülitidir. Etyolojide ilaçlar, infeksiyonlar, maligniteler, otoimmün hastalıklar gibi pek çok faktör yer alır. Ketiapin özellikle şizofreni ve bipolar bozukluk ataklarının tedavisinde sıklıkla kullanılan ikinci kuşak antipsikotik bir ilaçtır. Ketiapin kullanımına bağlı lökositoklastik vaskülit (LV) çok nadir görülen bir ilaç reaksiyonudur. Bu bildiri de ketiapin kullanımına bağlı gelişmiş olan LV'yi bir vaka sunulmaktadır.

### OLGU

69 yaşında erkek hasta tarafımıza bacaklarda kırmızı renkte döküntü şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde diyabetes mellitus, KOAH, kronik atriyal fibrilasyon ve geçirilmiş serebrovasküler olay (SVO) tanıları mevcuttu. Dabigatran, diltiazem, karvedilol, amiodaron, loprin hidroklorür, pregabalin ve pankreas enzimleri kullanıyordu. İki gün önce psikiyatri kontrolünde düşünce ve davranış bozuklukları nedeniyle ilaçlarına ketiapin eklenmişti. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, bilinci açık, geçirilmiş SVO'ya bağlı sol taraflı kooperasyon, oryantasyon ve parietal lobe sol hemiplejikti. Bilateral alt ekstremiteleden umbilikusa kadar uzanan yaygın purpurik basmakla solmayan palpabl makül ve papüller izlendi. Tetkiklerinde hemogram, biyokimya ve koagülasyon değerleri normal saptandı. ANA, c-ANCA, p-ANCA negatifti. Abdomen USG ve toraks BT'de patoloji saptanmadı. Lezyonlardan yapılan biyopsi lökositoklastik vaskülit olarak sonuçlandı. Hastanın son başladığı ilaç olan ketiapin kesilerek hasta takip edildi. İlk günden itibaren lezyonlar geriledi ve bir haftada tamamen soldu. Hastanın kontrollerinde döküntü tekrarlamadı.

### SONUÇ

LV'nin patojenik mekanizmasında hücre aracılı ve humoral immünite birlikte rol oynamaktadır. Bu immünolojik yanıt çeşitli antijenler oluşturabilir. İlaçlardan özellikle antibiyotiklere, nonsteroid antiinflatuarlara ve diüretiklere bağlı LV meydana gelebilir. Yaşlı hastalarda yaşlanmaya bağlı çoklu ilaç kullanımı ve metabolik değişiklikler nedeniyle ilaç reaksiyonları daha sık görülür. Bu nedenle özellikle geriatric hastalarda ketiapin kullanırken daha dikkatli olunmalı, hasta bu konuda bilgilendirilmeli, kontrole gelmeleri konusunda uyarılmalı ve purpura ortaya çıkması durumunda ilaç kesilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** ketiapin, lökositoklastik vaskülit, vaskülit

# İÇ HASTALIKLAR AKADEMİSİ

27 - 30 Nisan, 2017  
Elexus Otel, Girne - KIBRIS



PS-08

## LÖKOSİTOKLASTİK VASKÜLİT: AYNI VAKA, İKİ ATAK, ETYOLOJİDE; İLAÇLAR

Dila Deliveli<sup>1</sup>, Betül Yıldırım<sup>1</sup>, Buğrahan Erdoğan<sup>1</sup>, N. Betül Güneş<sup>1</sup>, Zakir Güliye<sup>1</sup>,  
Bahar Özdemir<sup>1</sup>, Mehmet Hurşitoğlu<sup>1</sup>, Yıldız Okuturlar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araş.Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

**GİRİŞ:** Lökositoklastik vaskülit küçük damarların inflamasyonu ile karakterize bir hastalıktır. Etiyolojide ilaçlar, enfeksiyonlar, maligniteler, sistemik inflamatuvar hastalıklar gibi çeşitli nedenler yer almaktadır. Klinikte ise özellikle alt ekstremitelerde yerleşen palpabl purpuralar tipik bulgusudur. Nadiren de olsa üst ekstremitelerde ve gövde yerleşimli lezyonlar görülebilir. Palpabl purpura dışında nekroz, ülserasyon, vezikül, bül, nodül, livedo retikularis gibi lezyonlara da rastlanmaktadır. Biz iki kez ilaca bağlı lökositoklastik vaskülit atağı ve interstisyel nefrit geçiren kronik böbrek yetmezlikli bir olgu deneyimimizi paylaştık.



**OLGU:** 58 yaşında bilinen koroner arter hastalığı, diyabet, hipertansiyon ve kronik böbrek yetmezliği(kby) tanılan olan erkek hasta 1 haftadır olan bulantı-kusma ve günde 4-5 kez olan ishal

şikayeti ile hastanemize acil servisine başvurdu. Hasta karın ağrısının olması üzerine evde aspirin kullanmış, aspirin kullanımı sonrasında ön kol, el, ayak ve bacaklarda döküntü şikayeti olmuş(Resim 1-2). Daha öncesinde de (yaklaşık 3 ay önce) diklofenak kullanımı sonrasında yine aynı şekilde döküntüleri olan ve non-steroid bağı interstisyel nefrit düşünülen hasta serviste interne edilerek tetkik ve tedavi edildi. Steroid tedavisi ve proton pompa inhibitörü alan hastada akut batın tablosu ile

kolon perforasyonu sonucunda genel cerrahi tarafından opere edilmek üzere devir alındı. Hastanın patoloji sonucu: (kolon) histomorfolojik bulgular iskemiye ait sekonder değişiklikler olarak yorumlanmış, döküntülerinden alınan biyopsi sonucu ise lökositoklastik vaskülit olarak sonuçlandı. Direk immunfloresan(DiF) negatif olarak sonuçlandı. Tarafımıza tekrar kby zemininde akut böbrek

yetmezliği tablosunda başvuran, bazal kreatinin değeri 3 civarında olan, el ve ayaklarında döküntüleri olan hastanın geliş kreatininini 8.7 üre 223 fosfor 6.8 lökosit 13.8 hemoglobin 6.6 hematokrit 21 c-reaktif protein 13 idrar eritrositi 1049 idrar lökosit 185 idrar albumini 2+, glikoz negatif keton negatifti. Kan gazı pH:7,2 HCO<sub>3</sub>:11, antinükleer antikor negatif, anti-nötrofilik sitoplazmik ve perinükleer antikor negatif, romatoid faktör negatif saptandı. Takiplerinde üresi 238 kreatininini 9.2'ye yükselmesi ve idrar çıkışının 24 saatte 300 cc olması nedeni ile hasta nefrolojiye danışılarak diyalize alındı. Romatolojiye lökositoklastik vaskülit ile uyumlu döküntülerinden dolayı konsülte edilen hastada romatolojik bir hastalık düşünülmedi. İlaça sekonder vaskülitik tablo ile uyumlu olduğu düşünüldü. Kby'si olan hasta haftada 3 gün 4 saat diyaliz programına alındı.

Resim 2:



**TARTIŞMA:** Vaskülitlerin en sık gözlenen formu kütanöz lökositoklastik vaskülitlerdir. Kütanöz vaskülitler primer olabildiği gibi bir inflamatuvar, otoimmün veya malignite gibi sistemik bir hastalığın belirtisi olarak da karşımıza çıkabilir. Ancak yinede infeksiyonlar, ilaçlar ve malign hastalıklar en sık sebebi oluşturmaktadır. Bizim hastamız iki kez ilaca sekonder aynı klinikle başvurmuştur. Hastaların ilaç kullanımları kontrol altında tutulmalıdır.





*Teşekkürler*