



# Hipoalbüminemi ve Ötesi

Dr. İbrahim Deniz YAPRAK  
Fatih Sultan Mehmet E.A.H.  
İç Hastalıkları Kliniği



# OLGU

N.O

45 YAŞ

KADIN



AYAKLARDA ŞİŞLİK VE  
KARIN AĞRISI ŞİKAYETİYLE  
POLİKLİNİĞİMİZE  
BAŞVURDU



# ANAMNEZ

1 aydır ayaklarında giderek artan şişme ve aralıklı karın ağrısı mevcut

Ağrısı gelip geçiçi tarzda, yemeklerle ilişkisiz, sol yan tarafta daha belirgin

Son 1 yılda 10 kilo kaybı

4 yıldır aralıklı ishal

Ek şikayet tariflemiyor





# ÖZGEÇMİŞ

## BİLİNEN

Esansiyel trombositoz??  
(tanı tarihini hatırlamıyor)  
tanısıyla ASA kullanmakta

Kolesistektomize (2019)

## 08.2021 TARİHLİ

Endoskopi: Eritematöz  
antral gastrit; Mide bx:  
Aktif kronik atrofik gastrit,  
Duodenum bx: Kronik  
nonspesifik duodenit,  
villöz atrofi yok

Kolonoskopi: Non spesifik  
kolit; bx: Nonspesifik kolit



# FİZİK MUAYENE

Vital bulguları stabil, bilinç açık oryante-koopere, solunum sesleri doğal ral-ronküs yok, batın rahat defans-rebound yok KVAH-/-, periferik nabızlar açık ve eşit, **bilateral alt ekstremitelerde ++/+++ pretibial ödem mevcut**, çap farkı yok

Diğer sistem muayeneleri doğal



# LABORATUVAR

<b>WBC: 14.600/uL</b>	<b>Alb: 1.75 g/dL</b>
Neu: 9.800/uL	<b>Protein: 4.57 g/dL</b>
<b>Hb: 8.9 g/dL</b>	Ca: 8.18 mg/dL
<b>MCV: 74 fL</b>	AST: 14 U/L
Lym: 4.000/uL	ALT: 10 U/L
<b>PLT: 1228.000/uL</b>	ALP: 121 U/L
<b>CRP: 48 mg/L</b>	GGT: 34 U/L
Na: 138 mmol/L	T.Bil: 0.15 mg/dL
K: 5 mmol/L	D.Bil: 0.08 mg/dL
Cre: 0.83 mg/dL	INR: 0.96
Üre: 27 mg/dL	LDH: 194 U/L

Hasta hipoalbüminemi tetkik için servisimize yatırıldı



# YATIŞ

Ferritin:110 ng/mL	<b>Trig: 187 mg/dL</b>
<b>Transf. Sat: %10</b>	LDL: 106 mg/dL
<b>Folat:2.5 ug/L</b>	<b>Sedim: 120</b>
<b>B12: 127 ng/L</b>	<b>TİT Prot: 3+</b>
HbA1c: 5.5%	<b>TİT RBC: 2+</b>
<b>NT PROBNP: 443 pg/mL</b>	TİT WBC:-
PCT: 0.15 ng/mL	Gaita Mi: Temiz

GIS ve Üriner sistem görüntülemeleri için endoskopi-kolonoskopi ve abdomen USG randevusu alındı; 24 saatlik idrar toplanması, protein elektroforezi gönderilmesi planlandı.



# GÖRÜNTÜLEME

EKO:

- LV ÇAP VE SİSTOLİK FONKSİYONLARI NORMAL EF % 65
- GRADE 1 DİYASTOLİK DİSFONKSİYONU
- LV HİPERTROFİSİ

PAAC: Doğal







# ABDOMİNAL USG

Karaciğer konturları düzgündür. Karaciğer boyutu 170 mm ile artmış olup parankim ekosu homojendir. İntrahepatik safra yolları ve vasküler yapılar normal görünümündedir. **Safra kesesi lojunda izlenmedi(opere?)**. Koledok çapı normaldir. Pankreas normal boyutlardadır. Bu lokalizasyonda kistik veya solid yer kaplayan lezyon saptanmadı. Pankreatik kanalda dilatasyon yoktur. Dalak normal büyüklüktedir. Parankim ekosu homojendir. Her iki bobrek normal şekil, lokalizasyon ve büyüklüktedir. **Bilateral böbrek renal parankim ekosu grade 2 artmış olup pelvikalisiyel yapılar hafif dilate izlenmiştir(renal parankimal hastalık ?)**. Toplayıcı sistemlerde dilatasyon saptanmadı. Parankim kalınlıkları normal sınırlardadır.

Hastaya kontrastlı batın MR planlandı

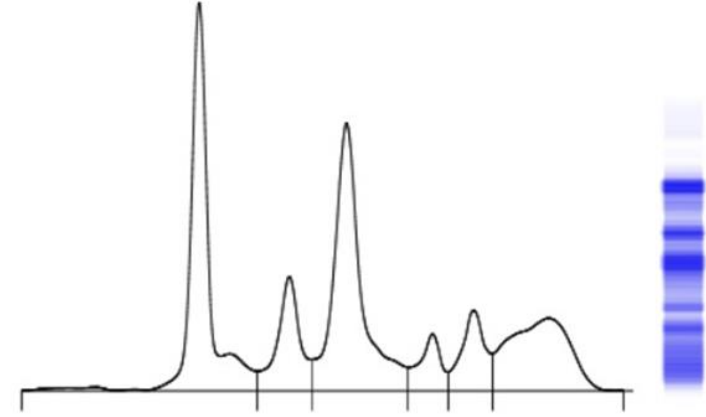


# PROTEİN ELEKTROFOREZİ

Serum protein elektroforezinde nefrotik patern ile birlikte beta 2 ve gama fraksiyonlarında deformasyon gözlemlendi.

Yas : 45

Cinsiyet F



Fractions	%	Ref. %	Ref. Conc.
Albumin	29.0	< 55.8 - 66.1	40.2 - 47.6
Alpha 1	10.4	> 2.9 - 4.9	2.1 - 3.5
Alpha 2	29.8	> 7.1 - 11.8	5.1 - 8.5
Beta 1	4.9	4.7 - 7.2	3.4 - 5.2
Beta 2	7.7	> 3.2 - 6.5	2.3 - 4.7
Gamma	18.2	11.1 - 18.8	8.0 - 13.5

A/G Ratio:0.41

Serum protein elektroforezinde nefrotik patern ile birlikte beta 2 ve gama fraksiyonlarında deformasyon gözlemlendi. Serum ve idrar IFE ile birlikte değerlendirilmesi önerilir.



# 24 SAATLİK İDRAR

7.25  
gr/gün  
protein

2566  
mg/gün  
albümin



# DIĞER TETKİKLER

IgA: 2.16 g/L

IgM: 1.21 g/L

IgG: 8.03 g/L

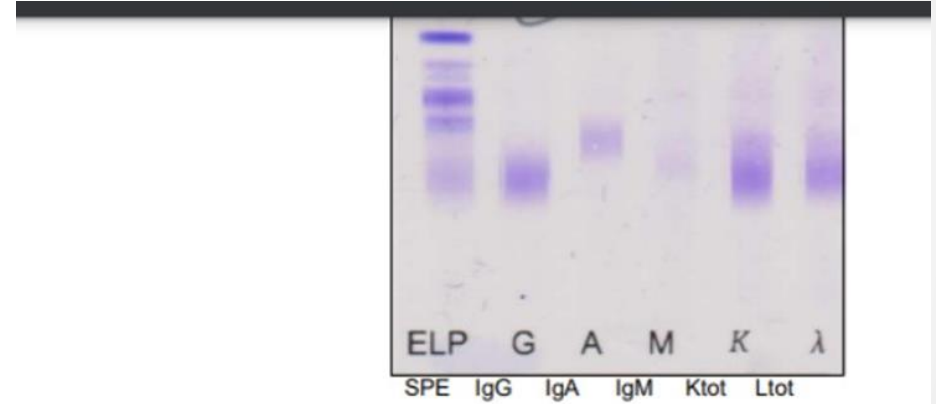
ANA: neg

p-ANCA: <2

pr-3 ANCA: <2

C3: 1.38 g/L

C4: 0.34 g/L



**YORUM :** Serum immunifikasyon elektroforezinde M-protein bandi gözlenmedi.



# İDRAR SEDİMENTİ

Hücresel eleman az olmakla birlikte her sahada 1 ya da 2 dismorfik eritrosit görüldü, glomerüler patolojiyi işaret etmekte

Girişimsel Radyoloji aracılığıyla böbrek bx planlandı



# BU SIRADA..

Kolonoskopi hazırlığında olan hastanın **oral laksatif kullanımı sonrası kusma ve karın ağrısı** şikayeti gelişti. Batın muayenesinde **yaygın hassasiyet** mevcut ve çekilen ADBG'sinde **hava-sıvı seviyesi** görülen hastaya cerrahi değerlendirme sonrası **oral kontrastlı BT** planlandı





# TAKİP

«Hastada acil genel cerrahi girişim gerektirir patoloji saptanmadı»

İleus şüphesi olan hastada perforasyon riski sebebiyle endoskopi-kolonoskopi ertelendi

Gir. Rad. tarafından sağ böbrek trucut bx. alınarak patoloji laboratuvarına gönderildi



# VE BT RAPORLANIR

İnce barsak segmentinde sıvı retansiyonları dikkati çekmektedir. Terminal ileum düzeyinde diffüz duvar kalınlaşması izlenmekte olup, en kalın yerinde yaklaşık olarak 10mm olarak ölçülmektedir (terminal ileit?). Terminal ileum komşuluğunda yağ dokuda kirlenme şeklinde dansite artışları izlenmektedir. Böbreklerin lokalizasyonları, büyüklükleri tabii, konturları muntazamdır. Parankim kalınlıkları ve pelvikalisiyel sistemleri fizyolojiktir. Pelviste minimal serbest sıvı mevcuttur.







# TAKİBE DEVAM..

BT'de ortaya çıkan **terminal ileit?** sebebiyle endoskopi-kolonoskopi PEG solüsyonu hazırlığı altında tekrar planlandı



# BÖBREK BX.

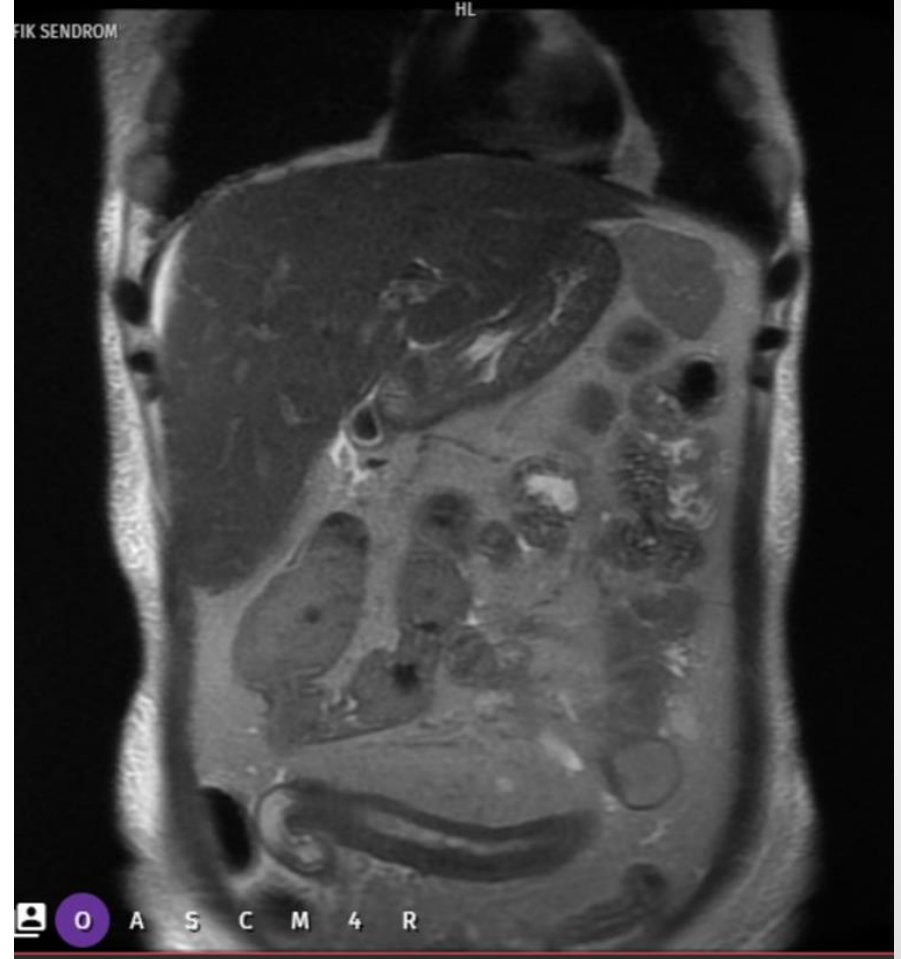
YETERSİZ NUMUNE!

Girişimsel radyoloji ile görüşülerek **sol böbrek trucut bx.** yapıldı



# KONTRASTLI MR

Sağda daha belirgin bilateral plevral aralıkta efüzyon izlendi. Perihepatik, perisplenik, subhepatik ve alt batında efüzyon ve cilt altında yaygın ödem izlendi. **Bilateral böbrek boyutları ve parenkim kalınlığı ödemli ve artmış izlendi (bilateral nefrit ile uyumlu).** Sağ böbrek alt polde kapsüler-subkapsüler hematom görünümünü izlendi (biopsiye sekonder). Retroperitoneal alanda multipl milimetrik reaktif lenf nodları izlendi. **Rektum ve sigmoid kolon uzanımı boyunca haustralarda kayıp ve submukozal ödem kolit ile uyumludur.** Karaciğer büyüklüğü 200 mm artmış izlendi. Jejunal ve ileal anlarda hava/sıvı seviyelenmeleri izlendi. **Terminal ilerumda da difüz duvar kalınlaşması ve lümende daralma ile ileit izlendi.**





# ENDOSKOPI KOLONOSKOPI

## ÖZOFAGOGASTRODUODENOSKOPI

Özofagus lümen ve mukozası doğaldı. Z çizgisi 40. cm de ve doğaldı. Mide açlık salgı ve hareketleri doğaldı, hava vermekle lümen rahat açılıyordu. Fundus, korpus, antrum hiperemikti. Pilor doğaldı. Retrofleksiyonla kardiya aleti iyi kavriyordu. Bulbus ve duodenum ikinci kısım lümen ve mukozası doğaldı. Biyopsi:1 duodenum 2 antrum 3 korpus 4 fundus

**ENDOSKOPIK TANI: Korpus dominant pangastrit**

## KOLONOSKOPI

Terminal ileumda yaklaşık 40 mm uzunluğunda aletin geçişine izin vermeyen frajil ülsere darlık izlendi. Çekum , Çıkan Kolon, Hepatik Fleksura, Transvers Kolon, Splenik Fleksura, İnen Kolon, Sigmoid ve Rektum hiperemikti. Anal kanal normaldi.

BİYOPSİ 1- Terminal İleum 2- Çıkan kolon 3- Trnsvers kolon 4- Sigmoid 5- Rektum

**TANI: İBH (Crohn hastalığı)**



# BÖBREKLER Mİ? BARSAKLAR MI?

Hastaya **mesalazin 1 gr 2\*2 (4 gr /gün)** olarak başlandı.  
Patoloji sonucuna göre tedavi başlanması öncesinde  
**quantiferon testi** gönderildi.

Bu sırada 2. böbrek bx..



# YOKSA İKİSİ BİRDEN Mİ?

Patoloji laboratuvarından materyalde az sayıda glomerül seçilmesine rağmen **mevcut glomerüllerde AA amiloidoz boyanma** saptandığı bilgisi alındı

Takiplerinde **kreatinin progresif olarak artış gösteren** ve diyaliz sınırına ulaşan hastaya **kolşisin 0,5 mg 1\*1** olarak başlandı.



# GİS BX

1- DUODENUM; 2 ADET ENDOSKOPIK BİYOPSİ:  
KRONİK NONSPESİFİK İLTİHAPLI DUODENUM  
MUKOZASI

2- MİDE, ANTRUM, 2 ADET ENDOSKOPIK BİYOPSİ:  
KRONİK AKTİF PANGASTRİT  
- Aktivite: Orta derecede  
- İnflamasyon: Orta derecede  
- Metaplazi: Yok  
- Atrofi: Yok  
- Helikobakter pilori: + (eser) / +++

3- MİDE, KORPUS, 1 ADET ENDOSKOPIK BİYOPSİ:  
KRONİK İNAKTİF PANGASTRİT  
- Aktivite: Yok  
- İnflamasyon: Hafif derecede  
- Metaplazi: Var, fokal alanda komplet tip  
metaplazi  
- Atrofi: Yok  
- Helikobakter pilori: Negatif

4- MİDE, FUNDUS, 1 ADET ENDOSKOPIK BİYOPSİ:  
KRONİK İNAKTİF PANGASTRİT  
- Aktivite: Yok  
- İnflamasyon: Hafif derecede  
- Metaplazi: Yok  
- Atrofi: Yok  
- Helikobakter pilori: + (eser) / +++

5- **TERMİNAL İLEUM**; ÇOKLU ENDOSKOPIK BİYOPSİ:  
**ÜLSERE ŞİDDETLİ AKTİF ENTERİT, YÜZEYDE  
FİBRİNOPÜRÜLAN EKSDA , MUKOZAL KRİPTLERDE  
DİSTORSİYON , SEYREK MULTİNÜKLEER HİSTİOSİTLERİN  
VARLIĞI**

TERMİNAL İLEUMDAN ALINAN BİYOPSİLER YÜZEYEL OLUP  
ÇOĞUNLUĞU İLTİHAPLI EKSDADAN OLUŞMAKTADIR.  
**MEVCUT HİSTOPATOLOJİK BULGULAR CROHN  
HASTALIĞI İLE UYUMLU OLABİLİR.** KLİNİK VE ENDOSKOPIK  
BULGULARLA BİRLİKTE DEĞERLENDİRİLMESİ ÖNERİLİR.

6- ÇIKAN KOLON; 1 ADET ENDOSKOPIK BİYOPSİ:  
ÖDEMLİ , KRONİK İLTİHAPLI KOLON MUKOZASI  
AMİLOİD : NEGATİF

7- TRANSVERS KOLON; 2 ADET ENDOSKOPIK BİYOPSİ:  
ÖDEMLİ, KRONİK İLTİHAPLI KOLON MUKOZASI  
AMİLOİD : NEGATİF

8- SİGMOİD KOLON; 1 ADET ENDOSKOPIK BİYOPSİ:  
ÖDEMLİ KRONİK İLTİHAPLI KOLON MUKOZASI  
AMİLOİD : NEGATİF

9- REKTUM; 1 ADET ENDOSKOPIK BİYOPSİ:  
KRONİK NONSPESİFİK İLTİHAP BULGUSU  
AMİLOİD : NEGATİF



# SONUÇ

Terminal ileum bx Crohn Hastalığı ile uyumlu ve **quantiferon testi negatif** gelen hasta biyolojik ajan başlanmak üzere gastroenterolojiye devredildi

**Erken tanı konamamış bir Crohn** olgusu **sekonder amiloidoza bağlı nefrotik sendrom** kliniğiyle kendini gösterdi

Literatür taramasında **İBH ilişkili amiloidozun 0.5% prevalans** gibi oldukça nadir bir şekilde ortaya çıktığını görmekteyiz





1 ay 13 gün yatış

2 böbrek bx.

2 kolonoskopi hazırlığı

1 BT ve 1 MR

*Dinlediğiniz için TEŞEKKÜRLER*