

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 182

182. Lenfoma tanısı alan 10 yaşındaki erkek hastada siklofosamid tedavisi sonrasında idrar miktarında azalma ve kilo artışı izleniyor. Laboratuvar tetkikinde idrar rengi açık, serum sodyum düzeyi 123 mEq/L, serum ürik asit düzeyi düşük idrar dansitesi 1.030, serum osmolalitesi düşük ve idrar osmolalitesi yüksek bulunuyor.

Bu hastadaki en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Diabetes mellitus
- B) Diabetes insipidus
- C) Uygunsuz ADH sendromu
- D) Hiperaldosteronizm
- E) Serebral tuz kaybı sendromu

Doğru Cevap: C

KAMP NOTLARIMIZDAN REFERANSLAR



TUS HAZIRLIK MERKEZLERİ

201

• Nefrojenik Dİ

- Genetik
 - ✓ X'e bağlı (V2 reseptörü mutasyonu), Otozomal resesif (Aquaporin-2 gen mutasyonu)
- Edinsel
 - ✓ Hiperkalsemi, hipokalemi
 - ✓ İlaçlar (lityum, demeklosiklin)
 - ✓ Böbrek hastalıkları

Tanı:

- İdrar volümü artmıştır, idrar açık renkli ve dansitesi 1001-1005 arasındadır.
- İdrar osmolalitesi (< 300) her zaman plazma osmolaritesinden düşüktür.
- Böbrek fonksiyon testleri normaldir.

Ayırıcı Tanı:

1. Su kısıtlama testi: Dİ ve psikojenik polidipsi ayırımı yapılır. Test sonunda;
 - Plazma osmolaritesi 295'i aşmaz, idrar osmolaritesi 600'e yükselirse (Psikojenik polidipsi)
 - Plazma osmolaritesi 300'ün üzerine çıkar, idrar osmolaritesi 300'ü aşmaz ise Dİ.
 - Hastaya IV vazopressin verilir:
2. IV Vazopressin testi:
 - İdrar osmolaritesi artarsa (>600) santral Dİ, artmazsa nefrojenik Dİ tanısı konur.

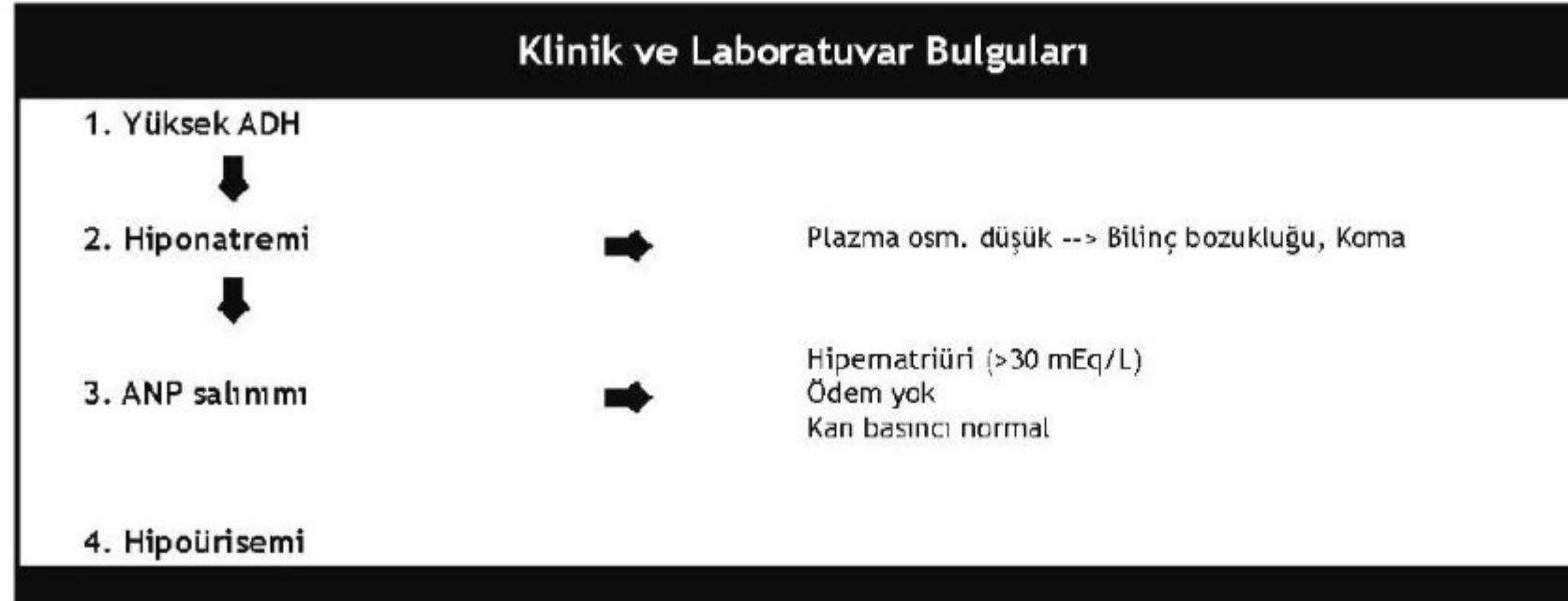
Tedavi

Klinik Bilimler 182. soru
Tusdata Pediatri Kamp Notu 1. Fasikül Sayfa 201

UYGUNSUZ ADH SALINIMI SENDROMU

Arjinin vazopressinin (ADH) kontrolsüz salınımı sonucu ortaya çıkar.

- En sık nedeni, santral Dİ nedeniyle aşırı ADH (desmopressin) kullanımudur.
- Akciğer patolojileri, Santral sinir sistemi hastalıkları, Vinkristin kullanımı gibi nedenlerle oluşabilir.



- Böbrek, tiroid ve adrenal fonksiyonları normaldir. Böbrek yetmezliği, hipotiroidi ve adrenal yetmezlik ekarte edilerek tanı konulur.

Tedavi

- Su retansiyonunu düzeltmek için su kısıtlaması yapılır (1000 mL/m²/gün sıvı verilir).
- Demoklosiklin (dimetilklortetrasiklin ; renal tubulusların ADH'ya cevabını azaltır.)
- Conivaptan (V2 reseptör antagonisti)
- %3 NaCl; Akut veya ağır hiponatremide (<120 mEq/L) letarji, konvülsiyon ve koma gibi santral sinir sistemi bulguları varsa.

İLGİLİ NOTLAR

detaylı
desek
ancak bu kadar olur...
İşte güzelliğimiz burda,
sorudan
önce yazarız...

Hipozmolar Hiponatremilerin Volüm Durumuna Göre Sınıflandırılması

Hipovolemik	Övolemik	Hipervolemik
<ul style="list-style-type: none"> Ekstra-renal kayıp (İdrar Na < 20 mEq/L) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kusma, ishal, aşırı terleme, yanık vb ✓ Peritonit, pankreatit, ileus vb üçüncü boşluğa sıvı kayıpları Renal kayıp (İdrar Na > 20 mEq/L) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diüretik kullanımı ✓ Mineralokortikoid eksikliği ✓ Tuz kaybettiren nefropatiler 	<ul style="list-style-type: none"> İdrar Na > 20 mEq/L <ul style="list-style-type: none"> ✓ Uyumsuz ADH sendromu ✓ Glukokortikoid eksikliği ✓ Hipotiroidizm ✓ Primer polidipsi ✓ Aşırı bira alımı ✓ Postoperatif dönem 	<ul style="list-style-type: none"> İdrar Na < 20 mEq/L <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kalp yetmezliği ✓ Siroz ✓ Nefrotik sendrom İdrar Na > 20 mEq/L <ul style="list-style-type: none"> ✓ Akut böbrek hasarı ✓ Kronik böbrek hastalığı

Klinik Bilimler 182. soru

Tusdata Dahiliye Kamp Notu 1. Fasikül Sayfa 074

☑ Uyumsuz antidiüretik hormon sendromu (SIADH)

- Övolemik hiponatreminin **en sık** nedenidir.
- Etiyoloji**
 - ✓ Paraneoplastik olarak **akciğerin küçük hücreli kanseri (en sık)** ve birçok malign hastalık
 - ✓ Tüberküloz veya pnömoni gibi **pulmoner hastalıklar**
 - ✓ Beyin tümörü ya da menenjit gibi **SSS patolojileri**
 - ✓ Postoperatif ağrı, şiddetli bulantı
 - ✓ İlaçlar: **Kemoterapötikler** (ifosfamid, siklofosfamid, vinkristin), **antidepresanlar** (SSRI, trisiklik antidepresanlar) vb
- Uyumsuz ADH sendromu bir **ekartasyon tanısıdır**:

SIADH Tanı kriterleri

Kriterler	SIADH Tanı kriterleri
	<ul style="list-style-type: none"> • Ölçülmüş serum osmolaritesi < 275 mOsm/kg • Klinik övolemik • İdrar osmolaritesi > 100 mOsm/kg • İdrar sodyumu > 40 mmol/L (diyetle normal tuz alırken) • Normal tiroid ve adrenal fonksiyonlar • Normal böbrek fonksiyonu • Değerlendirme öncesi haftada diüretik kullanmamış olmak • Hipokalemi, asit-baz bozukluğu olmaması
Destekleyici kriterler	<ul style="list-style-type: none"> • Serum ürik asit < 4 mg/dL • BUN < 10 mg/dL • FE_{Na} > %1, FE₂₀₁ > %55 • İzotonik mayi infüzyonu ile hiponatremide değişme olmaması ya da kötüleşme olması • Sıvı kısıtlaması ile hiponatremide düzelme

☑ Serebral tuz kaybı sendromu

- Beyin hasarı** sonucunda santral sempatik deşarjin azalması ve BNP başta olmak üzere natriüretik faktörlerin artması sonucu gelişen **natriürez** ve **hiponatremi** tablosudur.
- Laboratuvar açısından SIADH'ya çok benzer. SIADH'tan en önemli farkları **ekstrasellüler sıvı hacminde azalma (hipovolemi)** ve **BUN düzeyinde artış** olmasıdır. Her iki durumda da **hipoürisemi** beklenir.

☑ Hiponatremide Klinik Bulgular

- Gerçek hipotonik hiponatremide hücre dışı sıvıdan hücre içine su girişi olur ve durumdan özellikle **beyin** etkilenir.
- En erken** bulgular **bulantı, kusma** ve **halsizliktir**.
- Serum sodyumu azaldıkça **konfüzyon, letarji, stupor, nöbet, Cheyne Stokes solunumu, KİBAS, papil ödem** ve **koma** gelişebilir.
- < **24-48 saatte** gelişen hiponatremi **akut**, > **48 saatte** gelişen hiponatremi ise **kronik** olarak sınıflandırılır.
- Akut hiponatremide** daha yüksek sodyum değerlerinde semptomlar ortaya çıkarken, **kronik hiponatremide** çok düşük sodyum değerlerine rağmen hasta **asemptomatik** olabilir.