

Abdülkadir ŞAHİN¹
Yavuz AYAR²

Giriş

Böbrek sistemik hastalıklardan etkilenen organların başında gelmektedir. Genellikle tesadüfen idrar anormallikleri veya kreatinin yüksekliği ile saptanır. Böbrek hastalığı dinamiktir, ilerleyici özellik taşıyabilir. Böbrek hastalığının nedeni araştırılırken belirtisiz bir sistemik hastalığa da tanı konulabilir. Tedavi çoğu kez böbrek hastalığına yol açan sorunun tedavisidir. Altta yatan hastalık tedavi edildiğinde böbreğin de düzelmesi beklenir. Temel tedavi konservatif tedavidir (sıvı-elektrolit tedavisi, diyaliz). Böbrek yetmezliği tanı ve tedavi olanaklarını etkileyebilir, kontrast madde kullanılması zorlaşır, bazı ilaçları vermek mümkün olmaz, doz değişikliği gerekebilir. Böbrek problemi birçok hastalığın tedavi seçeneklerini değiştirebilir/sınırlandırabilir ve prognozunu kötüleştirebilir.

Bu konu başlığı altında amiloidoz, lupus nefriti, romatoid artrit (RA), sepsis, sarkoidoz, gut ve böbrek tüberkülozu değerlendirilecektir.

RENAL AMİLOİDOZ

Genel Bilgiler

Amiloidoz, beta yaprak fibrillerinin hücre dışı birikimi ile karakterize bir hastalıklar grubudur. Sistemik formları, ilerleyici organ disfonksiyonu yapar. Amiloid oluşumu yapabilen 30'dan fazla protein tanımlanmıştır.

Renal amiloidozda nefrotik sendrom gelişir, bir kısmı son dönem böbrek hastalığı (SDBH) ilerler

¹ Uzm. Dr. Abdülkadir ŞAHİN, Bursa Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği
draksca@gmail.com

² Doç. Dr. Yavuz AYAR Bursa Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları ve Nefroloji Kliniği
yavuzayar@hotmail.com

3. Tekrarlayan hematüride akla gelmelidir.
4. Steril pyüride akla gelmelidir.
5. Tanısı zaman alabilir (14).

Sonuç olarak; sistemik hastalıklar böbrek sorunlarına neden olabilir. Böbrek hastalıkları sistemik sorunlara yol açabilir Aynı hastada birden fazla böbrek sorunu olabilir. Akut ve kronik sorunlar karışabilir. Böbrek hastalığı dinamik bir süreçtir. Her zaman etiyoloji araştırılmalı.

KAYNAKLAR

1. Benson MD, Buxbaum JN, Eisenberg DS et al. Amyloid nomenclature 2018: recommendations by the International Society of Amyloidosis (ISA) nomenclature committee. *Amyloid*. 2018;25(4):215-9.
2. Dember LM. Amyloidosis-associated kidney disease. *J Am Soc Nephrol* 2006;17(12):3458-71.
3. Wechalekar AD, Hawkins PN, Gillmore JD. Perspectives in treatment of AL amyloidosis. *Br J Haematol* 2008;140(4):365-77.
4. Trotter K, Clark MR, Liarski M. Overview of pathophysiology and treatment of human lupus nephritis. *Curr Opin Rheumatol*. 2016;28(5):460-7.
5. Imran TF, Yick F, Verma S et al. Lupus nephritis: an update. *Clin Exp Nephrol*. 2016;20(1):1-13.
6. Ortega LM, Schultz DR, Lenz O et al. Review: Lupus nephritis: a guide to pathological features, epidemiology, and therapeutic decisions. *Lupus* 2010;19(5):557-74.
7. Munroe ME, James JA. Genetics of Lupus Nephritis: Clinical Implications. *Semin Nephrol* 2015;35(5):396-409.
8. Turesson C, Matteson EL. Management of extra-articular disease manifestations in rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2004;16(3):206-11.
9. Karie S, Gandjbakhch F, Janus N et al. Kidney disease in RA patients: prevalence and implication on RA-related drugs management: the MATRIX study. *Rheumatology (Oxford)* 2008;47(3):350-4.
10. Prowle JR, Bellomo R. Sepsis-associated acute kidney injury: macrohemodynamic and microhemodynamic alterations in the renal circulation. *Semin Nephrol*. 2015;35(1):64-74.
11. Shum HP, Yan WW, Chan TM. Recent knowledge on the pathophysiology of septic acute kidney injury: A narrative review. *J Crit Care*. 2016;31(1):82-9.
12. Bergner R, Löffler C. Renal sarcoidosis: approach to diagnosis and management. *Curr Opin Pulm Med*. 2018;24(5):513-20.
13. Vargas-Santos AB, Neogi T. Management of Gout and Hyperuricemia in CKD. *Am J Kidney Dis*. 2017;70(3):422-39.
14. Carrillo-Esper R, Moreno-Castañeda L, Hernández-Cruz AE, Aguilar-Zapata DA. Renal tuberculosis. *Cir Cir*. 2010;78(5):442-7.