

Ekstazi Kullanımına Bağlı Bilateral Renal Enfarktüs

Bilateral Renal Infarction Due to Ecstasy Usage

ÖZ

Renal enfarktüs bilateral yan ağrısının nadir görülen bir nedenidir. Etiyolojide en sık atrial fibrilasyon ve buna bağlı tromboemboli sorumludur. Madde bağımlılığı, örneğin ekstazi kullanımı renal enfarktüsün çok nadir bir nedenidir. Burada 35 yaşındaki erkek hastada görülen bilateral enfarktüste diğer nedenler ekarte edildikten sonra ekstazi kullanımı sorumlu bulunmuş ve sunulmuştur.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Ağrı, Renal enfarktüs, Ekstazi

ABSTRACT

Renal infarction is a rare cause of bilateral loin pain. The most common etiologic reason is thromboembolism due to atrial fibrillation. Abuse of drugs such as ecstasy is a very rare cause of renal infarction. Here, we present a case diagnosed with bilateral renal infarction due to ecstasy usage after excluding other reasons.

KEY WORDS: Pain, Renal infarction, Ecstasy

GİRİŞ

Renal enfarktüs, tüm acil servis başvurularının yaklaşık olarak % 0,007'sini oluşturur (1). Renal enfarktüs aynı zamanda nefroloji pratiğinde de az rastlanan ancak önemli olabilecek bir problemdir. Acil servise ve nefroloji polikliniğine yan ağrısı nedeniyle başvuran hastalarda öncelikle üriner sistem enfeksiyonu veya taş hastalığı düşünülmekte, aynı semptomları gösterebilen renal enfarktüs daha az oranda akla gelmektedir. Literatürde renal enfarktüs hastalarına bakıldığında etiyolojide genellikle atrial fibrilasyon, travma ve hiperkoagülabilitateye yol açabilecek nedenler sorumlu tutulmuştur (2-5). İlginç olarak bir olguda renal enfarktüse neden olabilecek herhangi bir patolojiye rastlanmamış ve ekstazi kullanımı sorumlu tutulmuştur (6).

Ekstazi etken madde olarak 3,4-metilen dioksi metamfetamin (MDMA) içeren bir amfetamindir. Ekstazinin etkisi, alındıktan 20-60 dakika sonrasında kendisini gösterir

ve bu etki 4-6 saat kadar devam eder. Temel etkisi kuvvetli bir uyarıcı olmasıdır. Enerjinin arttığı hissini verirken uyku ve yorgunluk hissini bloke eder (7). Captagon ise etken madde olarak fenetylline içeren amfetamin benzeri özellikler taşıyan bağımlılık yapan bir maddedir. Uyanık tutma ve cesaret verme özellikleri kullanımını artırmaktadır (8). Her iki ilacın da önemli yan etkileri bulunmaktadır. Literatürde captagon kullanımına bağlı akut miyokard enfarktüsü (9) ve ekstazi kullanımına bağlı renal enfarktüs olgusu bildirilmiştir.

Biz burada bilateral renal enfarktüs nedeniyle kliniğimize yatırılan, ekstazi ve captagon kullanımı bulunan ve çok yüksek olasılıkla ekstaziye bağlı renal enfarktüs gelişen hastayı oldukça nadir görülmesi nedeniyle sunuyoruz.

OLGU SUNUMU

35 yaşındaki erkek hasta bir gün önce başlayan ve giderek artan iki taraflı yan ağrısı ve bulantı yakınmaları ile hastanemiz

Özkan GÜNGÖR¹
Gül İnci TÖRÜN¹
Ferhat KESLER¹
Suna AKDAĞ¹
Mehmet Akif SARICA²
Fatih ÖÇAL³
Berivan GANİDAĞLI¹
Ertuğrul ERKEN¹
Orçun ALTUNÖREN¹

- 1 Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş, Türkiye
- 2 Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, Türkiye
- 3 Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, Türkiye



Geliş Tarihi : 08.06.2016

Kabul Tarihi : 06.08.2016

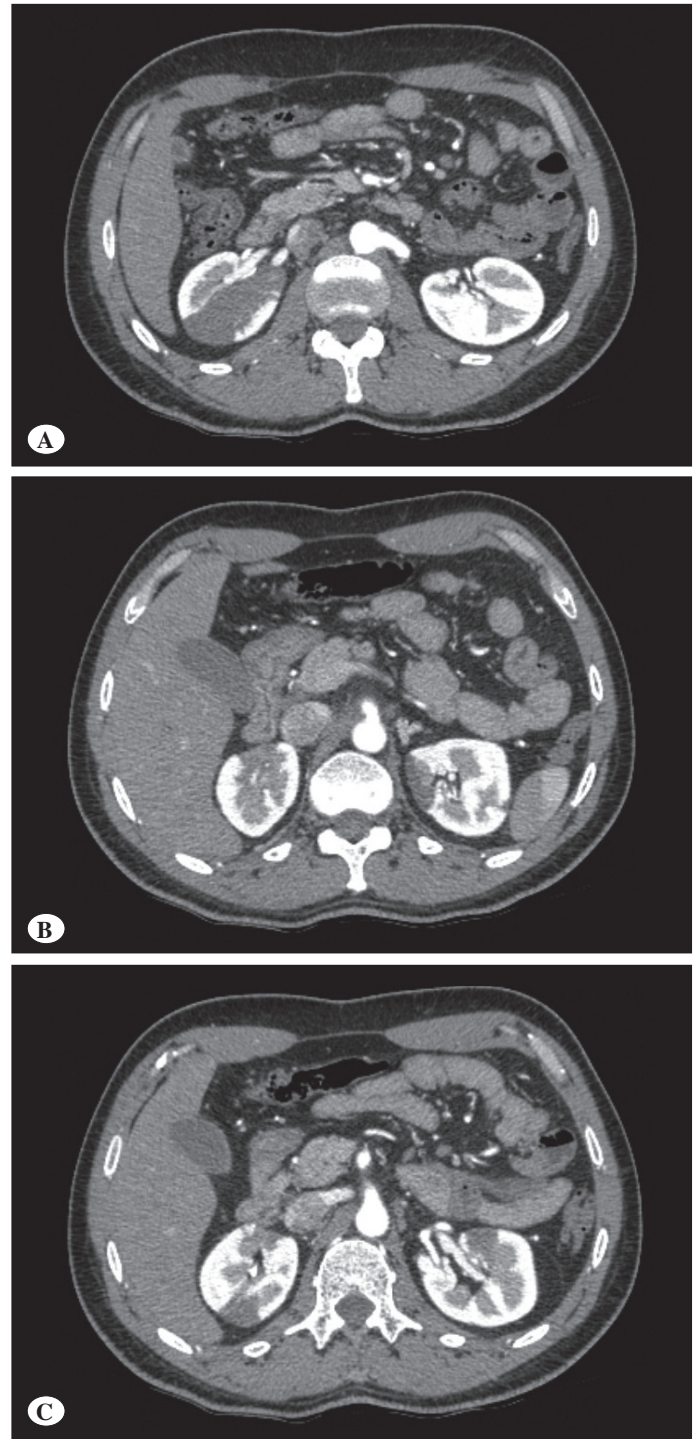
Yazışma Adresi:
Özkan GÜNGÖR
 Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
 Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı,
 Kahramanmaraş, Türkiye
 Tel : +90 506 664 80 54
 E-posta : ozkan.gungor@yahoo.com

acil servisine başvurdu. Beraberinde ateş yüksekliği ve makroskobik hematurisi yoktu. Öz geçmişinde herhangi bir kronik hastalık ve ilaç kullanımı öyküsü olmadığını belirtti. Fizik muayenede kan basıncı 130/70 mmHg, nabız: 88/dakika idi. Bilateral kostovertebral açı hassasiyeti mevcuttu. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde kreatinin 0.8 mg/dl (0.6-1.2), Aspartat amino transferaz (AST): 48 U/l (5-40), laktat dehidrogenaz (LDH): 636 U/l (140-280), C-reaktif protein (CRP): 64 mg/l (0-5), beyaz küre: 12900 /mm³ (3500-10000), hemoglobin: 13,4 gr/dl, trombosit ise 146000/mm³ idi. Tam idrar tetkikinde protein, eritrosit ve lökosit yoktu. Hastada taş hastalığı olabileceği düşünülerek kontrastsız abdominal tomografi çekildi. Bilgisayarlı Tomografide (BT) sağ böbreğin alt 2/3 ünde ve sol böbreğin yarısında enfarktla uyumlu görünüm vardı (Şekil 1A-C), hastaya bunun üzerine kontrastlı renal BT anjiyografi çekildi, aorta ve renal arterlerde herhangi bir trombus ya da darlık izlenmedi. Diğer organlarda enfarkt lehine bulgu yoktu. Hastada klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgular eşliğinde bilateral renal enfarktüs düşünüldü ve servise yatırıldı. Hastaya kontrast madde de verildiği için 2000 cc/gün intravenöz serum fizyolojik, 2400 mg oral N-asetil sistein, ampirik olarak intravenöz 4x1,5 gram ampicilin sülbaktam ve düşük molekül ağırlıklı heparin (2x0,4 ml enoksaparin sodyum) başlandı. Renal enfarktüsün nedeni araştırılmaya başlandı, elektrokardiyografide atrial fibrilasyon veya başka bir aritmiye rastlanmadı, ekokardiyografide trombüs tespit edilmedi. Tiroid fonksiyon testleri normal olarak bulundu. Literatürde daha nadir olarak travma, hematolojik bozukluklar (antifosfolipid antikorlar, faktör V leiden mutasyonu) ve bir olguda ise ekstazi kullanımının sorumlu tutulması üzerine ileri incelemeler yapıldı. Karın veya bel bölgesine travma öyküsü yoktu. Antinükleer antikor (ANA), Antikardiyolipin antikorlar (IGM ve IGG), Antinötrofilik sitoplazmik antikorlar negatifti. Protein C, Protein S, antitrombin 3, aktive protein C rezistansı düzeyleri normaldi. Protrombin ve faktör 5 leiden mutasyonu saptanmadı. Hasta ilaç ve madde kullanımı yönünden detaylı olarak sorgulandı. Herhangi bir ilaç kullanmadığını ancak son 3 aydır yurtdışından gelen bir arkadaşı sayesinde ekstazi ve captagon isimli uyuşturucu maddeleri fazla miktarda aldığını belirtti. Hastanemizde bu maddelerin toksikolojik analizi yapılmadığından ve son 7 gündür almadığını belirttiğinden analiz edilemedi. Ancak hastada diğer nedenler dışlandığı için mevcut tablo öncelikle ekstazi kullanımına bağlandı. 1 hafta düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi verilen hasta kreatinin değeri 0,8 mg/dl, LDH değeri 300 U/l, CRP değeri 4,95 mg/dl iken tedavisi kesilerek takibe alındı. İki haftalık poliklinik izleminde de yeni bir sorun yaşanmadı.

TARTIŞMA

Biz burada akut iki taraflı yan ağrısı ile acil servise gelen hastada saptanan bilateral renal enfarktüs olguda etiyolojide çok nadir bir neden olan (dünyada bildirilmiş ikinci olgu olarak) ekstazi kullanımı sorumlu olarak belirledik.

Acil servise yan ağrısı nedeniyle başvuran hastalarda nedenler genellikle pyelonefrit veya taş hastalığı iken renal



Şekil 1: A, B, C) Renal enfarktüsün tomografik görünümü.

enfarktüs oldukça nadir olarak görülmektedir. Teşhis genellikle çekilen bilgisayarlı tomografilerde tesadüfen saptanan enfarkt alanlarının görülmesiyle konulur. AST ve LDH yüksekliği doku yıkımının birer göstergesi olarak tanıya yardımcı olurlar. Renal enfarktüs etiyolojisinde en sık olarak atrial fibrilasyon ve buna bağlı gelişen emboliler sorumludur. Hipertroidi ve atrial

miksoma bu olayı tetikleyebilir. Daha nadir nedenler arasında bel ve karın bölgesine travma, fibromusküler displazi, antifosfolipid antikor sendromu ve tromboza eğilim sorumlu tutulabilir (2-5). Enfarktüsü olan hastalarda trombusun gösterilmesi için renal BT anjiyografi ve konvansiyonel anjiyografi yapılabilir, trombus gösterilebilirse anjiyoplasti işe yarayabilir. Bizim hastamızda çekilen kontrastlı BT anjiyografide trombus veya şüphe uyandıracak bir lezyon görülmedi bu nedenle klasik anjiyografi yapılmadı. Bu hastalar mutlaka kardiyak açıdan iyi bir şekilde değerlendirilmelidir. Elektrokardiyografi de aritmiler, ekokardiyografide ise trombus ve miksoma varlığı kontrol edilmelidir. Bizim hastamızda bu değerlendirmeler normal olarak bulundu. Hastalar karın ve bel bölgesine uygulanan travmalar açısından sorgulanmalıdır çünkü literatürde bu klinikte olgu sunumu bulunmaktadır (3). Fibromusküler displazi özellikle genç kadınlarda sekonder hipertansiyonun ve renal enfarktüsün nadir bir nedeni olabilir. Bizim hastamızın hipertansiyonu yoktu ve BT anjiyografide fibromusküler displazi şüphesi doğuracak bir görünüme rastlanmadı. Yine literatürde tromboza yatkınlığı artıran bazı hastalıklara (protein C, S eksikliği, faktör V leiden mutasyonu, antifosfolipid antikor sendromu gibi) bağlı gelişen olgu sunumları da bulunmaktadır (5). Bizim hastamız bu açıdan da detaylı olarak incelendi ve tromboza yatkınlık oluşturabilecek edinsel veya genetik herhangi bir hastalık bulgusuna rastlanmadı.

Literatür detaylı olarak incelendiğinde Dufour ve ark. 30 yaşındaki erkek hastada görülen bilateral renal enfarktüsü etiolojide yer alabilecek diğer nedenleri dışladıktan sonra ekstazi kullanımına bağlamışlardır (6). Ekstazi etken madde olarak 3,4-metilen dioksi metamfetamin içeren bir amfetamindir. MDMA beyinde varolan 5-HT (serotonin) nörotransmitterlerinin salınmasını sağlayan bir serotonin atışleyicisi ve geri alım inhibitörüdür (7). Genellikle kişide yarattığı rahatlık, doyunluk, zindelik ve mutluluk hisleri nedeniyle kullanılır. Bağımlılık yapıcı etkisi bulunmaktadır. MDMA masum bir madde değildir, birçok yan etkisi bulunmaktadır. Kullanan kişilerde akut miyokard enfarktüsü, rabdomyoliz, dissemine intravasküler koagülasyon, hiponatremi, akut böbrek yetmezliği, hepatit, hipertermi, serebral enfarkt ve koma bildirilmiştir (10). Ekstazinin böbrek üzerindeki yan etkileri de oldukça fazladır. Nontravmatik rabdomyoliz, nekrotizan vaskülit, obstrüktif üropati, malign hipertansiyon, proksimal tübül disfonksiyonu ve hipovolemiye bağlı akut renal hasarlanma görülebilir (11). Bunların oluş mekanizması ne yazık ki tam olarak bilinmemekle birlikte MDMA'nın direkt toksik etkisi ve hiperpireksinin sorumlu olabileceği düşünülmüştür (11). Bizim hastamızda bu yan etkilerin hiçbirisi görülmemiştir. Literatürde ekstazi kullanımına bağlı sadece bir renal enfarktüs olgusu bildirilmiş olup bizim sunduğumuz olgu literatürdeki ikinci olgudur. Mekanizma ne yazık ki tam olarak bilinmemekle birlikte MDMA'nın tetiklediği vazospazm ya da artmış tromboza yatkınlık sorumlu tutulabilir (6). Bizim hastamızda ekstaziyle birlikte captagon denilen maddenin de kullanımı söz konusudur. Captagon da amfetamin benzeri etki gösteren bir maddedir. Literatürde akut koroner sendroma yol açabileceği bildirilmiş (9). Ancak renal enfarktüs

bildirilmemiştir. Bizim hastamızda öncelikle renal enfarktüse yol açabilecek diğer sık ve daha nadir görülen nedenler araştırılmış ancak herhangi bir neden bulunmamıştır. Bunun üzerine hasta madde kullanımı yönünden detaylı olarak sorgulanmış ve ekstazi kullanımını itiraf etmiştir. Hasta bu maddenin olası diğer komplikasyonları açısından da bilgilendirilmiş ve madde bağımlılığı yönünden değerlendirilmek üzere uzman kişilere yönlendirilmiştir. Literatürde sadece bir olgu sunumu olduğu için ekstaziye bağlı renal enfarktüsün tedavisinde kesinlik olmamakla beraber hidrasyon, düşük molekül ağırlıklı heparin ve antibiyoterapi tedavisi tarafımızca da uygulanmış ve izlemde hastada renal yetmezlik gelişmemiştir. Hasta yine de bu açıdan düzenli olarak takip altında tutulacaktır.

Sonuç olarak, genç hastalarda renal enfarktüs geliştiğinde diğer nedenler ekarte edildikten sonra ayırıcı tanıda madde kullanımının da akılda tutulması ve hastaların bu açıdan detaylı olarak sorgulanması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Domanovits H, Paulis M, Nikfardjam M, Meron G, Kürkciyan I, Bankier AA, Laggner AN: Acute renal infarction. Clinical characteristics of 17 patients. *Medicine (Baltimore)* 1999;78:386-394
2. Antopolsky M, Simanovsky N, Stalnikowicz R, Salameh S, Hiller N: Renal infarction in the ED: 10-year experience and review of the literature. *Am J Emerg Med* 2012;30:1055-1060
3. Rafai M, Belyamani L: Post-traumatic bilateral renal infarction. *Pan Afr Med J* 2015;20:376
4. Ayach T, Kazory A: Bilateral renal infarction: An uncommon presentation of fibromuscular dysplasia. *Clin Kidney J* 2013;6:646-649
5. Kitta T, Takeyama Y, Seki T, Togashi M, Harada H: Asynchronous (heterochronic) bilateral renal infarction associated with primary antiphospholipid syndrome. *Int J Urol* 2001;8:631-633
6. Dufour M, Payet C, Gillet A: Bilateral renal infarction and ecstasy. *J Mal Vasc* 2014;39:285-287
7. Downing J: The psychological and physiological effects of MDMA on normal volunteers. *J Psychoactive Drugs* 1986;18:335-340
8. Katselou M, Papoutsis I, Nikolaou P, Qammaz S, Spiliopoulou C, Athanaselis S: Fenethylamine (Captagon) abuse-local problems from an old drug become universal. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2016;119:133-140
9. Uluçay A, Arpacık Kargı C, Aksoy MF: Acute myocardial infarction associated with Captagon use. *Anadolu Kardiyol Derg* 2012;12:182-185
10. Muntan CD, Tuckler V: Cerebrovascular accident following MDMA ingestion. *J Med Toxicol* 2006;2:16-18
11. Campbell GA, Rosner MH: The agony of ecstasy: MDMA (3,4-methylenedioxymethamphetamine) and the kidney. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008;3:1852-1860