

¹Doç. Dr., Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Balıkesir, Türkiye.

²Doç. Dr., Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

³Araş. Gör. Dr., Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

Sorumlu Yazar: Burcu YILDIRIM ÖZKAN, Araş. Gör. Dr., Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye.
E-Mail: drburcuylidirim@gmail.com
Telefon: +90 545 838 90 00

Başvuru Tarihi: 14.11.2022

Kabul Tarihi: 30.11.2022





Yayınlanma Tarihi: 30.11.2022

Atıf İçin: Ömer TOPRAK, Hacer ŞEN, Burcu YILDIRIM ÖZKAN, Sümeyye Hilal DOĞAN. Üremik Kaşıntı Nedeniyle Renal Replasman Tedavisi Planlanan Hastanın Skabiyes Tedavisi Sonrası Düzeliş Diyalizsiz Takibi, 2022;6(3):79-85

OLGU SUNUMU

Üremik Kaşıntı Nedeniyle Renal Replasman Tedavisi Planlanan Hastanın Skabiyes Tedavisi Sonrası Düzeliş Diyalizsiz Takibi

A patient who scheduled for renal replacement therapy due to uremic pruritus, recovered after scabies treatment and followed-up without dialysis

 Ömer TOPRAK¹  Hacer ŞEN²  Burcu YILDIRIM ÖZKAN³  Sümeyye Hilal DOĞAN³

Öz

Kronik böbrek yetmezliği hastalarında üremik kaşıntı sık görülen bir bulgudur. Ancak kronik böbrek yetmezliği olan bir hastada kaşıntının olması her zaman üremiye bağlı değildir. Hastadaki kaşıntıya sebep olabilecek böbrek dışı nedenler de araştırılmalıdır. Kaşıntıyla gelen hastada düşünülecek nedenlerden birisi de skabiyeştir. Bu yazımızda evre 5 kronik böbrek yetmezliği olup başka merkezlerde kaşıntısı üremik kaşıntıya bağlandığı için böbrek nakline veya diyalize girmesine karar verilen ve sonrasında tarafımızca skabiyes tanısı konulup diyaliz veya nakil olmadan takip edilen olguyu sunuyoruz.

Anahtar kelimeler: Kronik Böbrek Yetmezliği, Kaşıntı, Uyuz, Böbrek Replasman Tedavisi.

ABSTRACT

Uremic pruritus is a common finding in patients with chronic kidney disease. However, pruritus in a patient with chronic kidney disease is not always due to uremia. Non-nephrologic causes that may cause pruritus in the patient should also be investigated. One of the reasons to be considered in the patient presenting with pruritus is scabies. In this paper, we present a case of stage 5 chronic kidney disease, whose pruritus was associated with uremic pruritus, and who decided to undergo kidney transplantation or dialysis in other nephrology clinics, and was subsequently diagnosed with scabies and followed up without dialysis or transplantation.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Pruritus, Scabies, Renal Replacement Therapy.

GİRİŞ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastaları genelde üremik perikardit, üremik ensefalopati, akciğer ödemi, tıbbi tedaviye cevapsız hipervolemi, üremik bulantı-kusma, üremik kanamalar, eritropoetin tedavisine dirençli anemi, kontrol altına alınamayan hipertansiyon, tıbbi tedaviye cevapsız elektrolit bozuklukları gibi nedenlerden dolayı böbrek nakline gitmekte veya diyalize girmektedir. Medikal tedaviye dirençli üremik kaşıntı da bu sebeplerden biridir (1).

Üremik kaşıntı özellikle evre 5 KBY hastalarında sık görülen semptomlardan biridir ve hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde bozmaktadır. Ancak evre 5 KBY hastalarında mevcut olan kaşıntı her zaman üremiye bağlı değildir (2). Bunlardan birisi de hastada skabiyes mevcut olmasıdır.

Skabiyes, *Sarcoptes scabiei hominis*' in etken olduğu cins, yaş ya da ırk ayrımı gözetmeksizin herkesi etkileyebilen bir ektoparazitodur. Bulaşma genellikle ten tene temas yoluyla veya daha az sıklıkla giysi, havlu, çarşaf, battaniye gibi enfekte nesnelere temas yoluyla meydana gelmektedir (3). Epidemiyolojik verilerin yetersizliğine rağmen son yıllarda birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de görülme sıklığının özellikle covid-19 pandemisi sonrasında artmış olduğu bilinmektedir. Pandemi nedeniyle uygulanan sokağa çıkma yasağı, ev ortamında kalabalık yaşam koşullarını beraberinde getirmiştir. Bunun sonucu olarak solunum yolu enfeksiyonları azalsa da farklı enfeksiyonlarda artış meydana gelmiştir (4). Bunlardan biri de skabiyesdir. Ayrıca daha önce yapılan çalışmalarda skabiyes gelişiminde hastada mevcut KBY olması önemli bir risk faktörüdür (5). Pratikte klasik öykü ve patognomonik deri lezyonları ile kolayca tanı konabilmektedir (6). Biz de bu yazımızda kaşıntıyla gelen ve kaşıntısı yanlışlıkla üremik kaşıntı sanılarak diyaliz tedavisi veya böbrek nakli planlanmış olan skabiyes olgusunu sunuyoruz.

OLGU SUNUMU

Dış merkezde bir nefroloji bölümünde tip 2 diyabet ve hipertansiyona sekonder KBY nedeniyle takip edilen 67 yaşında kadın hastaya şiddetli kaşıntı olması ve glomeruler filtasyon hızı değerinin 11 ml/dk olması nedeniyle hemodiyaliz önerilmiş. Başka bir nefroloji merkezinde ise hastaya böbrek nakli önerilmiş. Hasta ise hastanemize diyaliz veya böbrek nakli olmadan takip edilebilmek umuduyla başvurdu. Hikayesinde bir aydır vücutta yaygın ve dayanılmaz şiddetli kaşıntısının yaşam kalitesini çok olumsuz etkilediğini belirten hasta, bu

şikayetle farklı branştan hekimlere başvurmuş. Verilen antipruritik tedavilerden fayda görmemiş. Bu kaşıntı şikayetinin KBY'ye bağlı üremik kaşıntı olduğu düşünülmüş ve bir nefroloji uzmanı hastanın diyalize girmesi gerektiğini, diğer nefrolog ise böbrek nakli olması gerektiğini belirterek hasta ve böbreğini verecek olan hastanın eşine nakil hazırlıkları başlanmış.

Özgeçmişinde 10 yıldır esansiyel hipertansiyon, 10 yıldır tip 2 diabetes mellitus ve 1 yıldır koroner arter hastalığı öyküsü mevcut. Hasta ilaç olarak doksazosin 4 mg günde 1 kez, kalsiyum karbonat 500mg günde 3 kez, sodyum hidrojen karbonat 500mg günde 3 kez, klopidogrel 75 mg günde 1 kez, torasemid 10 mg günde 1 kez, amlodipin 10 mg günde 1 kez, insülin aspart 2x20 Ünite, insülin glarjin 1x10 ünite, darbepoetin alfa 40 mcg haftada 1 subkutan kullanmaktaydı.

Fizik muayenede hasta 73.2 kg, arteriyel kan basıncı 145/85 mmHg, nabız 75/dk idi. Akciğer sesleri olağandı. Ral, ronküs yoktu. Pretibial ödem yoktu. Kollarda ve karında ekskoriatif lezyonlar, alt karın bölgesinde birkaç adet tünel (silyon) izlenimi veren lezyonlar izlendi (Resim 1 ve resim 2). Diğer sistem muayeneleri olağan izlendi.

Laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin 9,5 g/dl, aspartat transaminaz 13 U/L, alanin transaminaz 9 U/L, kan üre nitrojeni 55,61 mg/dl, kreatinin 3,92 mg/dL, glomeruler filtrasyon hızı (GFR) 11.17 mL/dk/1.73m², sodyum 138 mmol/L, potasyum 4,8 mg/dl, kalsiyum 8,2 mg/dl, fosfor 5,8 mg/dl, magnezyum 2,4 mg/dl, ürik asit 7,8 mg/dl, parathormon 223,8 pg/ml, spot idrarda protein/kreatinin oranı 3871.2 mg/gr, c-reaktif protein 40,5 mg/l ve tam idrar tetkikinde 3+ protein ve 17 lökosit tespit edildi. Hastanın elindeki tetkikler incelendiğinde 1 ay önceki tetkiklerden nefrolojik açıdan bir farkın olmadığı görüldü. Mevcut laboratuvar analizleri ve muayene bulguları ile hastada kaşıntı dışında renal replasman tedavisi gerektirebilecek bir bulguya rastlanmadı.

Polikliniğimize başvuran hastanın anamnezi ayrıntılı incelendiğinde 1 aydır mevcut olan kaşıntı şikayetinin ailede iki kişide daha olduğu, kaşıntının geceleri arttığı ve hastayı uyutmayacak kadar çok olduğu öğrenildi. Ayrıca hastanın 2 ay önce covid-19 geçirdiği öğrenildi. Ciltteki ekskoriasyonlar ve anamnezi ile tekrar değerlendirilen hastanın kaşıntısının sebebinin üremik değil, skabiyeyle ilgili olabileceği düşünülerek Dermatolojiye danışıldı. Dermatoloji tarafından gerekli fizik muayene ve dermoskopik incelemeler yapıldı. Konsültasyon cevabı olarak hastada silyon ve veziküllerin görüldüğü, tanının skabiyeyle olduğu belirtildi. Skabiyeyle tanısı konan hastaya ve ailesine kükürt içerikli majistral tedavi ve sonrasında

1 kutu goudron vegetal ve kükürt içeren pomat tedavisi verildi. Hastamız kronik böbrek yetmezliği yönünden kontrol amaçlı 1.5 ay sonra kontrole çağrıldı. Hastayla 3 hafta sonra yapılan telefon görüşmesinde kaşıntı şikayetinin %90 azaldığını belirtti. 1.5 ay sonraki nefroloji poliklinik kontrolünde scabiyes tedavisi sonrası üremik kaşıntı sanılan kaşıntı şikayetinin tamamen düzeldiği, silyonun kaybolduğu, hastanın geceleri ilk defa kesintisiz uyuyabildiği ve genel durumunun iyi, böbrek fonksiyonları açısından da aynı şekilde stabil seyrettiği görüldü. Bu nedenle hasta diyalize alınmadan veya böbrek nakline gönderilmeden takibe alındı.

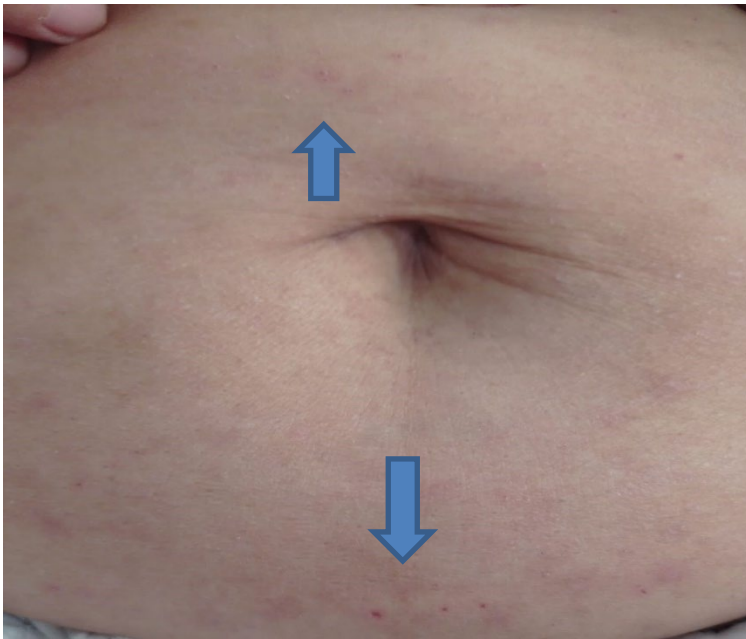
TARTIŞMA

İnatçı kaşıntı, birçok hastalığın belirtisi olabilmektedir. Kaşıntıya neden olabilen özellikle karaciğer hastalıkları, hepatit C infeksiyonu, hipotiroidizm, hipertiroidizm, demir eksikliği anemisi, polisitemia vera, malign lenfomalar, lösemiler, myeloma, solid organ maligniteleri gibi durumlar yanında evre 5 böbrek yetmezliği ve skabiyes de mevcuttur (7-9). Hastada altta yatan böbrek yetmezliği bulunduğu hastada kaşıntı olması hemen üremik kaşıntıya bağlanmakta ve hastaya diyaliz veya böbrek nakli önerilebilmektedir. Üremik kaşıntı en sık sırtta kaşıntı yapar ancak aynı zamanda kolları, başı ve karnı tutabilir. Kaşıntı genellikle geceleri artış gösterir ve şiddetli kaşıntının olması uyku bozukluğuna yol açabilir (10). Skabiyesdeki en belirgin semptom kaşıntıdır. Kaşıntı gece uykudan uyandırır ve sıcak ortamda artar. Ailede kaşınan başka bireylerin bulunması skabiyes tanısını destekleyen diğer önemli bulgudur (11). Bizim olgumuzda kaşıntının geceleri artış göstermesi ve buna bağlı uyku bozukluğu olması hem üremide hem skabiyes de beklenen bir durumdur. Ancak kaşıntının ailede başka kişilerde de olması skabiyesden şüphelenmemizi sağladı. Klasik skabiyes için predileksiyon bölgeleri; parmak araları, el bilekleri, ekstremitelerde ekstansör yüzleri, aksiller katlantılar, gövde yanları, karın periumblikal alan, kalçalar, erkeklerde penis, kadınlarda areolalardır (12). Bizim olgumuzda da lezyonlar genellikle karın bölgesindeydi. Üremik kaşıntısı olan kişide tekrarlayan kaşıntıya bağlı ekskoriasyonlar dışında fizik muayene bulguları sınırlıdır (13). Skabiyesde ise temel lezyon küçük, eritematöz, nonspesifik, sivilceye benzer papüldür. Bu papüllerin çoğu kaşıntıya nedeniyle ekskoriyedir. Patognomonik lezyonlar bir çizgi halinde görülen, parazitin içinde yaşadığı, gri-beyaz renkli, 1-10 mm uzunluğundaki tünel (silyon) ve tünelin ucunda veya tünelden bağımsız küçük veziküller görülebilir (14). Kaşıntıya nedeniyle bu tünelleri ve vezikülleri görmek zor olabilir ancak bizim hastamızda her ikisini de görmek mümkündür (Resim 1 ve Resim 2). Skabiyes tedavisinde çeşitli losyonlar önerilmektedir. Bunlar dermatologlar tarafından belirlenmektedir. Tüm dünyada ve özellikle immün sistemi baskılanmış KBY gibi kronik hastalığı olanlarda skabiyes insidansı artmıştır.

Covid-19'la birlikte skabiyesin artış gösterdiği son yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (15). Bizim hastamızdan da alınan anamnezde kaşıntı başlamadan 1 ay önce Covid-19 geçirdiğini öğrenmiştik.



Resim 1. Hastanın sol alt karın bölgesinde patognomonik silyon lezyonu görülmektedir. Bu patognomonik lezyonlar bir çizgi halinde görülen, parazitin içinde yaşadığı, gri-beyaz renkli, 1-10 mm uzunluğundaki tünellerdir.



Resim 2. Hastanın alt karın ve umblikus üzerinde görülen skabiye sekonder ekskoriye papülleri görülmektedir.

Bizim hastamızda kaşıntının skabiyese sekonder olduğu tespit edilemeseydi belki de hasta gereksiz yere böbrek nakli olacak veya diyalize girecekti. Elbette hastada tedaviye cevap vermeyen ve yaşam kalitesini bozan bir üremik kaşıntı tablosu olsaydı, hasta diyalize alınabilir veya böbrek nakli tedavisi uygulanabilirdi.

SONUÇ

Sonuç olarak bu örnek olgu ışığında kaşıntının geniş bir ayırıcı tanı yelpazesi olduğu bilinmeli, KBY hastasında her semptom üremiye bağlanmamalı, ayrıntılı anamnez ve sistemik fizik muayene ile diğer nedenler dışlanmalıdır. Özellikle evre 5 KBY hastalarında konulan hatalı tanıların hastaları diyalize veya böbrek nakli kararı verilmesi gibi ciddi sonuçlara götürebileceği unutulmamalıdır.

BİLDİRİMLER

Etik Onay: Hastadan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Finansal destek yoktur.

Tebliğ: Çalışma 19-23.10.2022 tarihleri arasında Antalya’da düzenlenmiş olan 24. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi’nde poster sunumu olarak sunulmuştur (PS-321).

KAYNAKLAR

1. Clark WF, Na Y, Rosansky SJ, Sontrop JM, Macnab JJ, Glasscock RJ, Eggers PW, Jackson K, Moist L. Association between estimated glomerular filtration rate at initiation of dialysis and mortality. *CMAJ*. 2011;183(1):47-53. doi: 10.1503/cmaj.100349.
2. Pisoni R.L., Wikström B., Elder S.J., Akizawa T., Asano Y., Keen M.L., Saran R., Mendelssohn D.C., Young E.W., Port F.K. Pruritus in haemodialysis patients: International results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS) *Nephrol. Dial. Transpl.* 2006;21:3495-3505. doi: 10.1093/ndt/gfl461.
3. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, et al. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31(8):1248-1253. doi: 10.1111/jdv.14351.
4. Fricke LM, Glöckner S, Dreier M, Lange B. Impact of non-pharmaceutical interventions targeted at COVID-19 pandemic on influenza burden –a systematic review. *J Infect* 2021. doi: 10.1016/j.jinf.2020.11.039.

5. Tollitt J, Duncan A, Woywodt A. Of mites and men: scabies in patients with kidney disease. *Clin Kidney J.* 2013 Apr;6(2):125-7.
6. Cassell JA, Middleton J, Nalabanda A, et al. Scabies outbreaks in ten care homes for elderly people: a prospective study of clinical features, epidemiology, and treatment outcomes. *Lancet Infect Dis.* 2018;18(8):894-902. doi: 10.1016/S1473-3099(18)30347-5.
7. Paul R, Paul R, Jansen CT. Itch and malignancy prognosis in generalized pruritus: A 6-year follow up of 125 patients. *J Am Acad Dermatol* 1987; 16: 1179-82. doi: 10.1016/s0190-9622(87)70154-6.
8. Pruritus. Odom RB, James WD, Berger TG, ed. *Andrew's Diseases of The Skin:clinical dermatology.* 9th ed, 2000:49-52.
9. Vasecchi R, Cainelli T. Generalized pruritus: a manifestation of iron deficiency. *Arch Dermatol* 1983;119:630.
10. Pisoni RL, Wikström B, Elder SJ, et al. Pruritus in haemodialysis patients: International results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Nephrol Dial Transplant* 2006;21:3495. doi: 10.1093/ndt/gfl461.
11. Ishii N, Asai T, Asahina A, et al. Guideline for the diagnosis and treatment of scabies in Japan (third edition): Executive Committee of Guideline for the Diagnosis and Treatment of Scabies. *J Dermatol.* 2017. doi: 10.1111/1346-8138.13896.
12. Arlian LG, Runyan RA, Achar S, Estes SA. Survival and infectivity of *Sarcoptes scabiei* var. *canis* and var. *hominis*. *J Am Acad Dermatol.* 1984;11:210-215. doi: 10.1016/s0190-9622(84)70151-4.
13. Bencini PL, Montagnino G, Citterio A, et al. Cutaneous abnormalities in uremic patients. *Nephron* 1985;40:316. doi: 10.1159/000183485.
14. Arlian LG, Bruner RH, Stuhlman RA, Ahmed M, Vyszynski-Moher DL, 1990. Histopathology in hosts parasitized by *Sarcoptes scabiei*. *J Parasitol*, 76 (6): 889-94.
15. Akaslan TÇ, Mert Ö, Su Küçük Ö. Scabies increase during the COVID-19 pandemic: should we change our treatment strategy during the pandemic? *Ann Parasitol.* 2022;68(1):35-38.