



Mütipl kronik hastalıkları olan bir evde sağlık hastasında yeni gelişen hiperürisemi olgusu

A Case of new onset hyperuricemia in a home health care patient with multiple chronic diseases

Yusuf Arman¹, İkbâl Hümay Arman¹, Pemra Cöbek Ünalın²

¹⁾ Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Asis. Dr., İstanbul.

²⁾ Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., İstanbul.

İletişim adresi:

Dr. Yusuf Arman
yusuf.arman@hotmail.com

Geliş tarihi: 12/05/2019

Kabul tarihi: 21/08/2019

Yayın tarihi: 25/09/2019

Alıntı Kodu: Arman Y. ve Ark. Mütipl kronik hastalıkları olan bir evde sağlık hastasında yeni gelişen hiperürisemi olgusu
Jour Turk Fam Phy 2019; 10 (3): 156-161. Doi: 10.15511/tjtfp.19.00356.

Özet

Giriş: Birinci basamakta hastaların hekimler tarafından sürekli takibi hem hastalıklarının yönetimi hem de yeni gelişen durumların fark edilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu olguda evde sağlık hizmetleri tarafından takip edilen ve hiperürisemi gelişen bir hastaya yaklaşım tartışılmıştır.

Olgu: 75 yaşında kadın hasta Marmara Üniversitesi Evde Sağlık Hizmetleri tarafından takip edilmektedir. Bilinen konjestif kalp yetmezliği, hipertansiyon, diabetes mellitus, atriyal fibrilasyon, kronik böbrek yetmezliği, geçirilmiş serebrovasküler hastalıkları olan hastanın böbrek yetmezliği nedeniyle yapılan rutin kan tahlili kontrolünde, ürik asit değerinin 14 mg/dl çıkması üzerine nefrolojiye danışılmıştır. Önceki kontrolde 2.85 mg/dl olan kreatinin değerinin 1.89 mg/dl'ye düşmüş olması ve diğer tüm elektrolit değerlerinin normal sınırlar içinde olması nedeniyle böbrek yetmezliği ile ilgili bir durum düşünülmemiş, 150 mg allopürinol başlanması önerilmiştir. Önceki tahlillerinde 8-9 mg/dl civarında seyreden serum ürik asit değerinin kısa bir süre içinde 14 mg/dl'ye çıkmış olması nedeniyle muhtemel tanılar düşünülerek, hastaya ziyaret planlanmıştır. Ziyaret için gidildiğinde, hastanın aktif bir şikayeti yoktur. Beslenmesinde yoğun et tüketiminin olmadığı, fakat son 8 ayda 20 kg kilo kaybının olduğu, ek olarak, dosyasında yer almayan, 2001'de geçirilmiş meme kanseri öyküsü olduğu öğrenilmiştir. Tedaviden 3-4 sene sonrasında (15 sene önce) takipten çıkarıldığı için hasta yakınları önceki anamnezlerinde kanser öyküsünden bahsetmemişlerdir. Muayenesinde sistem muayeneleri doğal, eklem muayeneleri doğal, ele gelen lenfadenopati bulunmamaktadır. Hiperürisemi yapan diğer nedenler dışlandıktan sonra, kanser öyküsü, kilo kaybı ve ürik asit yüksekliği nedeniyle geriatriye danışılan hastaya malignite araştırılması için PET çekilmesi önerilmiştir.

Tartışma: Bu olguda serum ürik asit düzeyini yükseltebilen sebepler incelenmekte ve birinci basamakta hizmet sunumunun sürekliliğinin önemi vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hiperürisemi, evde sağlık, kronik hastalıklar

Summary

Introduction: Continuity of care in primary care is important both for the management of diseases and also recognizing new situations. In this case report, approach to a home health care patient with new onset hyperuricemia has been discussed.

Case: A 75 year old woman with congestive heart failure, hypertension, type 2 diabetes, atrial fibrillation, chronic kidney disease and stroke history is being monitored by Marmara University Home Health Care Services. In a routine blood test due to her kidney disease, the serum uric acid was found to be 14 mg/dl. When consulted with nephrology, this rise was not attributed to the kidney, citing a creatinine drop from 2.85 mg/dl to 1.89 mg/dl and all other electrolyte levels being in the normal limits, and only daily allopurinol 150mg was recommended. Because of the uric acid level rise from 8-9 mg/dl to 14 mg/dl in a relatively short time, a visit was planned to rule out possible etiologies. During the visit, the patient did not have any complaints. We learned that her diet was not rich in meats, but she had a weight loss of 20 kg in 8 months. Also, we found out that the patient had breast cancer in 2001. Because it had been 15 years since the last treatment, the caregivers had not thought of it during prior history takings. There were no pathological findings in her physical examination. After ruling out other causes of hyperuricemia, the patient was consulted to geriatrics due to her cancer history, weight loss, and uric acid rise. They recommended ordering a PET scan to screen for cancer.

Discussion: In this case, the reasons that elevate serum uric acid levels are examined and the importance of continuity of care in primary care is emphasized.

Key Words: Hyperuricemia, home health care, chronic diseases

Giriş

Kronik hastalıkların takibi birinci basamakta sunulması gereken bir hizmettir. Evde sağlık hizmeti alan hastaların kronik hastalıklarının fazla olması, fonksiyonel bağımlılıkları nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşımlarının daha zor olması nedeniyle birinci basamak hekimleri tarafından sürekli takibi hem hastalıklarının yönetimi hem de yeni gelişen durumların fark edilmesi açısından önem kazanmaktadır.

Serum ürik asit yüksekliği tarihsel olarak gut ile ilişkilendirilmiş olsa da, yapılan çalışmalar ile pek çok hastalıkla ilişkili olabildiği ve hatta bazı hastalıklar için bağımsız risk faktörü olduğu gösterilmiştir.⁽¹⁾ Bu olguda evde sağlık hizmetleri tarafından takibi sırasında hiperürisemi gelişen bir hastaya yaklaşım tartışılmıştır.

Olgu

75 yaşında kadın hasta Marmara Üniversitesi Evde Sağlık Hizmetleri tarafından 9 aydır takip edilmektedir. Bilinen konjestif kalp yetmezliği, hipertansiyon, diabetes mellitus, atriyal fibrilasyon, kronik böbrek yetmezliği, geçirilmiş serebrovasküler hastalıkları olan hastanın böbrek yetmezliği nedeniyle yapılan rutin kan tahlili kontrolünde, ürik asit değerinin 14 mg/dl olduğu görülmüştür. Kreatinin değeri 1.89 mg/dl, diğer elektrolit değerleri ve hemogramı normal sınırlar içindedir. Hastanın 3 ay önceki kontrolünde ürik asit değerinin 9.82 mg/dl, 9 ay önceki değeri 7.93 mg/dl olduğu görülmüştür.

Daha önceki tahliller de kontrol edilerek hastanemizden takipli olduğu süre içinde ürik asit değerinin 7-8 mg/dl civarında seyrettiği tespit edilmiştir. Aynı zamanda hastanemiz nefroloji bölümü tarafından takipli olan hasta öncelikle böbrek yetmezliğinin bu duruma neden olabileceği düşünülerek nefrolojiye da-

nışılmıştır. Önceki kontrolde 2.85 mg/dl olan kreatinin değerinin 1.89 mg/dl'ye düşmüş olması ve diğer tüm elektrolit değerlerinin normal sınırlar içinde olması nedeniyle böbrek yetmezliği ile ilgili bir durum düşünülmemiş, günlük 150 mg allopürinol başlanması önerilmiştir. Serum ürik asit değerinin kısa bir süre içinde 14 mg/dl'ye çıkmış olması nedeniyle muhtemel tanılar düşünülerek, hastaya tekrar ziyaret planlanmıştır. Ziyaret için eve gidildiğinde, hastanın bilinci açık, koopere, oryantedir. Vital bulguları normal sınırlar içerisindedir. Aktif bir şikayeti yoktur.

Eklem ağrısı yoktur. Yardımla yürüyebilen hasta kısmi olarak yatağa bağımlıdır. Hastanın beslenmesini oral olarak sıvı gıdalarla (çorbalar ve blenderdan geçirilmiş evde pişen yemekler) sağladığı, yoğun et tüketiminin olmadığı öğrenilmiştir. Mantar, bezelye, ıspanak, asparagus, brokoli, karnabahar gibi orta derecede purin bulunduran sebzelerin tüketimi konusunda özel bir dikkatin olmamasına rağmen bu sebzelerin sık tüketilmediği öğrenilmiştir.

Fakat, tipik günlük diyetinde yeterli kalori alma imkanı ve yakınlarının beslenme teşviki olduğu halde hastanın son 8 aydır iştahının azaldığı ve 20 kg kadar kilo kaybının olduğu öğrenilmiştir. Ek olarak, dosyasında yer almayan, 2001'de geçirilmiş meme kanseri öyküsü olduğu, sol memede modifiye radikal mastektomi yapıldığı ve sonrasında kemoterapi ve radyoterapi aldığı öğrenilmiştir. Tedaviden 3-4 sene sonrasında (15 sene önce) takipten çıkarıldığı için hasta yakınları önceki anamnezlerinde kanser öyküsünden bahsetmemişlerdir. Bunun üzerine sorgulandığında, hastanın ara ara ateşlendiği fakat yoğun terlemelerinin olmadığı ifade edilmiştir.

Fizik muayenede vital bulgular normal sınırlarda bulunmuştur. Ele gelen lenfadenopati saptanamamış-

tır. Eklemlerin muayenesinde inflamasyon düşündürecek bir bulguya rastlanmamıştır. Hepatomegali veya splenomegali saptanmamıştır. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktur.

Serum ürik asit değerini yükseltebilen sebepler ile ilgili tahliller istenmiş, aynı zamanda, kanser öyküsü, kilo kaybı ve ürik asit yüksekliği nedeniyle malignite şüphesi üzerinde durulan hasta geriatri bölümüne danışılmıştır. Geriatri tarafından da kuvvetli malignite şüphesi görülen hastaya Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) çekilmesi önerilmiştir. Bunun yanında beslenmesine destek olarak mama başlanması önerilmiştir.

Hasta ve yakınları süreç hakkında bilgilendirilerek ortak kararlar malignite araştırılması planlanmıştır. Fakat ileri tetkikler için hastaneye gidilip gelinmesi gerektiğini ve özellikle PET'in nasıl çekildiğini öğrendikten sonra hasta ve yakınları malignite araştırılmasından vazgeçmişlerdir.

Hastanın kişisel bilgilerinin gizli kalacak şekilde tıbbi bilgilerinin bilimsel amaçlı olarak sunulması konusunda hastanın izni alınmıştır.

Tartışma

Ürik asit üst sınırı erkeklerde 7 mg/dl, kadınlarda 6 mg/dl olarak kabul edilmektedir.⁽²⁾ Serum ürik asit düzeyini yükselten nedenler kabaca az atılım, fazla üretim ve kombine sebepler olarak üçe ayrılmaktadır.⁽³⁾

Az atılım sebeplerinden renal yetersizlik nefroloji tarafından yukarıda belirtilen sebeplerden dışlanmıştır, ayrıca renal yetersizlikte ürik asit seviyesi genellikle 10 mg/dl'yi aşmamaktadır.⁽⁴⁾

Bazı ilaçlar hiperürisemiye neden olabilmektedir (tiyazidler, loop diüretikleri, düşük doz salisilik asit,

siklosporin, pirazinamid, etambutol, niasin).⁽⁵⁾ Hasta bu ilaçlardan diüretik olan furosemidi kullanmaktadır. Fakat ilaç nedenli ürik asit yüksekliklerinin ilaç başlanma zamanıyla korele olması beklendiğinden ve bazal değeri en fazla %20 oranında arttırması beklendiğinden, uzun süredir diüretik kullanan hastada yeni gelişen ürik asit yüksekliği sebebi olarak düşünülmemiştir.⁽⁴⁾

Hiperlipidemi ve insülin rezistansı ile birlikte olan durumlar (diabetes mellitus, metabolik sendrom gibi) da aynı şekilde hiperürisemi sebebi olabilir, fakat hiperlipidemisi olmayan ve yaklaşık 15 yıldır diyabet tanısı olan hastada yeni gelişen hiperürisemi nedeni olarak düşünülmemiştir.⁽²⁾

Hastada diğer az atılıma bağlı hiperürisemi nedenlerinden hipotiroidi, hiperparatiroidi, asidoz tablosu yoktur.⁽⁶⁾ Fazla üretime bağlı en önemli neden olan diyet sorgulanarak pürinden zengin yiyeceklerin yoğun tüketilmediği anlaşılmıştır.

Ürik asitin fazla üretimine yol açabilen hemolitik anemi veya polisitemia vera düşündürecek laboratuvar değeri yoktur.^(7,8)

Lesch-Nyhan sendromu, Kelley-Seegmiller sendromu, PRPP sentetaz aktivitesi artışı gibi genetik hastalıklar, ürik asit yüksekliği yanındaki diğer sendromik ve nörolojik bulgularının olması ve genç yaşta semptom vermeleri nedeniyle dışlanmıştır. Kombine nedenlerden alkol alımı ve fazla fruktozlu içecek tüketimi hastada mevcut değildir.^(9,10)

Ürik asit yüksekliği idiyopatik olarak da görülebilmesine rağmen, hastanın yaşı, kanser öyküsü ve kilo kaybı dikkate alınarak fazla üretim kategorisindeki malignite üzerinde durulmuştur.⁽¹¹⁾ Özellikle my-



eloproliferatif hastalıklarda görülebilen ürik asit yüksekliğinin son yıllarda yapılan çalışmalarda pek çok farklı kanserde yükselebildiği yönünde çalışmalar vardır.⁽¹²⁾ Dolayısıyla bu hastada, malignite araştırılması planlanmıştır. Fakat hastanın kabul etmemesi nedeniyle araştırılamamıştır.

Sonuç

Evde sağlık hastaları genellikle ileri yaşları, fonksi-

yonel bağımlılıkları, multipl morbiditeleri, karmaşık medikal öyküleri nedeniyle tıbbi süreçlerinin yönetilmesinde zorluklar bulunan bir hasta grubudur. Dolayısıyla bu hastalarda detaylı anamnez, ayrıntılı fizik muayene, sağlık kayıtlarının doğru tutulmasının yanında, hizmet sunumunda süreklilik hayli önem taşımaktadır. Böylece, yeni gelişen bir durumda fark edilmesi ve ayırıcı tanı, tedavi ya da rehabilitasyon kararlarına varılması daha kolay olabilir.

Alıntı Kodu: Arman Y. ve Ark. Mültipl kronik hastalıkları olan bir evde sağlık hastasında yeni gelişen hiperürisemi olgusu
Jour Turk Fam Phy 2019; 10 (3): 156-161. Doi: 10.15511/tjtfp.19.00356.



Kaynaklar

1. Feig DI, Mazzali M, Kang DH, Nakagawa T, Price K, Kannelis J, & Johnson RJ. Serum uric acid: a risk factor and a target for treatment? *Journal of the American Society of Nephrology* 2006;17(4 suppl 2): 69-73.
2. De Oliveira EP, Burini RC. High plasma uric acid concentration: causes and consequences. *Diabetology & metabolic syndrome* 2012; 4(1):12.
3. Ichida K, Matsuo H, Takada T, Nakayama A, Murakami K, Shimizu T. et al. Decreased extra-renal urate excretion is a common cause of hyperuricemia. *Nature communications* 2012;3:764.
4. Bendersky G. Etiology of hyperuricemia. *Annals of Clinical & Laboratory Science* 1975; 5(6):456-67.
5. Luk Andrew J, Simkin Peter A. Epidemiology of hyperuricemia and gout. *Am J Manag Care* 2005;11(15 Suppl): 435-42.
6. Yokogoshi Y. & Saito S. Abnormal serum uric acid level in endocrine disorders. *Nihon rinsho. Japanese journal of clinical medicine* 1996;54(12):3360-3.
7. Sackey K. Hemolytic anemia: part 1. *Pediatrics in review* 1999;20:152-9.
8. Spivak JL. Polycythemia vera: myths, mechanisms, and management. *Blood* 2002;100(13): 4272-90.
9. Makinouchi T, Sakata K, Oishi M, Tanaka K, Nogawa K, Watanabe M. et al. Benchmark dose of alcohol consumption for development of hyperuricemia in Japanese male workers: An 8-year cohort study. *Alcohol* 2016;56:9-14.
10. Jamnik J, Rehman S, Mejia SB, de Souza RJ, Khan TA, Leiter LA. et al. Fructose intake and risk of gout and hyperuricemia: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ* 2016;6(10):e013191.
11. Dincer HE, Dincer AP. & Levinson DJ. Asymptomatic hyperuricemia: to treat or not to treat. *Cleveland Clinic journal of medicine* 2002; 69(8):594-608.
12. Yiu A, Van Hemelrijck M, Garmo H, Holmberg L, Malmström H, Lambe M. et al. Circulating uric acid levels and subsequent development of cancer in 493,281 individuals: findings from the AMORIS Study. *Oncotarget* 2017; 8(26): 42332.

Alıntı Kodu: Arman Y. ve Ark. Mültipl kronik hastalıkları olan bir evde sağlık hastasında yeni gelişen hiperürisemi olgusu *Jour Turk Fam Phy* 2019; 10 (3): 156-161. Doi: 10.15511/tjfp.19.00356.