

# Hipertansiyon ile Seyreden Renal Tüberküloz Vakası

## RENAL TUBERCULOSIS PRESENTING WITH HYPERTENSION

Nesligül GÜLEL\*, Sakine ERBAŞI\*\*, Okan GÜLEL\*\*\*, Emine KÜTÜK\*\*\*\*, İrfan SABAH\*\*\*\*\*

\* Dr., Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Kardiyoloji Kliniği,  
\*\* Uz.Dr., Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Kardiyoloji Kliniği,  
\*\*\* Dr., Ankara Numune Hastanesi Kardiyoloji Kliniği,  
\*\*\*\* Doç.Dr., Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Kardiyoloji Kliniği,  
\*\*\*\*\* Prof.Dr., Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, ANKARA

### Özet

**Amaç:** Hipertansiyonun nadir sebeplerinden biri olan renal tüberkülozun gözden geçirilmesi.

**Olgu Sunumu:** Otuzbeş yaşında bayan hasta, medikal tedaviye rağmen 1 yıldır devam eden yüksek tansiyon şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Mikroskopik hematüri bulgusu olan hastanın idrar örneklerinde tüberküloz basılı görüldü ve kültürde üretilti.

**Sonuç:** Hipertansiyonun ayırıcı tanısında renal tüberküloz olasılığı akla gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Hipertansiyon, Renal tüberküloz

T Klin Kardiyoloji 2002, 15:403-405

### Summary

**Objective:** To review of renal tuberculosis which is one of the uncommon causes of hypertension.

**Case Report:** A 35 year-old woman was admitted to our clinic with the complaint of hypertension that is not undercontrol by medical treatment for 1 year. The patient had microscopic hematuria. Tuberculosis bacilli were demonstrated in the urinary samples and produced in the cultures.

**Conclusion:** Renal tuberculosis should be remembered in the differential diagnosis of hypertension.

**Key Words:** Hypertension, Renal tuberculosis

T Klin J Cardiol 2002, 15:403-405

Renal tüberküloz (tbc), klinik bulgu ve semptomlarının nonspesifik olması, görüntüleme yöntemlerinin teşhiste zayıf kalması nedeniyle tanısı güç bir hastalıktır. En sık görülen semptom ve bulguları; dizüri, makroskopik veya mikroskopik hematüri, yan ağrısı ile steril piyüridir (1-4). Hipertansiyon (HT) ise renal tbc'nin nadir görülen bulgularından biridir (5-7). İntravenöz pyelografi (İVP), vakaların %93'ünde anormaldir (1-4). Hastalığın kesin teşhisi sadece klinik örneklerde mikroorganizmanın varlığının gösterilmesi ile mümkündür (8). Yüzde 90 vakada 3 kez bakılan sabah ilk idrar örneklerinde tbc basili saptanabilir (1-4). Renal tbc tanısı patolojik incelemelerle ve-veya idrar, cerahat gibi örneklerde en az iki kez tbc basillerinin gösterilmesi ile kesin olarak konulabilmektedir (9-10).

### Olgu Sunumu

Otuzbeş yaşında bayan hasta, medikal tedaviye rağmen regüle olmayan yüksek tansiyon ve yan

ağrısı şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Yaklaşık 1 yıldır HT şikayeti olan hastanın tansiyonu, amlodipin 10 mg/gün ve captopril 50 mg/gün kullanmasına rağmen sistolik 280 mmHg, diyastolik 120 mmHg'ya kadar yükselebiliyordu. Ailesinde HT öyküsü olmayan hasta, etyoloji araştırılmak üzere hastaneye yatırıldı.

Fizik muayenesindeki anormal bulgular göz dibindeki grade 3 hipertansif değişiklikler ve diffüz palpabl tiroid bezi idi. Yapılan tetkiklerde biyokimya, hemogram, sedimentasyon, tiroid fonksiyon testleri normaldi. Teleradyografide aort topuzu belirgin, akciğer üst loblarında nonspesifik minör kalsifikasyonlar, EKG'de sol ventrikül hipertrofisi mevcuttu. Ekokardiografide sol ventrikülde konstantrik hipertrofi izlenmekteydi. İnterventriküler septum kalınlığı 1,6 cm ve sol ventrikül arka duvar kalınlığı 1,5 cm idi. Hastanın oral kontraseptif kullanım öyküsü vardı ancak yüksek tansiyon şikayeti başlamadan birkaç yıl önce bırakmıştı. Tam

idrar tetkikinde mikroskopik hematüri ve bol lökosit görüldü. Tetkik 3 kez tekrar edildi. Altı ay evvel başka bir merkezde yapılmış sonuçları da benzer idi. İki kez tekrarlanan idrar kültüründe üreme olmadı. Kreatinin klirensi normal idi. Plazma renin, anjiotensin, epinefrin, norepinefrin ve 24 saatlik idrarda vanilmandelikasit düzeyleri normal sınırlardaydı. ASO, CRP, RF normaldi. Renal USG ve renal arter doppler incelemesinde patoloji saptanmadı. Hematüri etyolojisi açısından yapılan sistoskopi ve abdominopelvik tomografide de anormal bir bulguya rastlanmadı. Bunun üzerine yapılan İVP’de sol böbrekte pelvikalikseal çekintiler ve küntleşme olduğu görüldü (Şekil 1). Renal tbc şüphesi ile PPD yapıldı, negatif bulundu. Üç gün sabah ilk idrar örneklerinde yayma, kültür ve PCR yöntemleriyle asite dirençli basil araştırıldı. PCR ve yayma yöntemleriyle 2 kez pozitif olarak saptandı. Löwenstein-Jensen besiyerinde 4. haftada M. Tuberculosis üredi. Hastaya renal tbc tanısıyla ethambutol 1500 mg/gün, isoniazide 300 mg/gün, rifampicin 600 mg/gün ve morphazinamide 3000 mg/gün başlandı. İki ay sonra kontrole çağrılan hastanın idrar kültürlerinde üreme olmaması üzerine 7 ay süreyle sadece isoniazide, rifampicin kombinasyonu aynı dozlarda önerildi. Hastanın tansiyonu hospitalizasyon süresince metoprolol 100 mg, doksazosin 4 mg ve amlodipin 10 mg’a rağmen regüle edilemezken; anti tbc tedavi bitiminde ve 1 yıl sonraki izlemlerde, sadece metoprolol 100 mg ile normotansif seyrettiği ve gözdibindeki HT’a bağlı değişikliklerin 1 yılın sonunda grade 3’den grade 1’e gerilediği görüldü.

### Tartışma

Sunmak istediğimiz vaka, renal tbc’ye sekonder gelişmiş bir HT olgusu olması ve anti tbc tedavi ile HT’nun kontrol altına alınabilmesi sebebiyle farklılık göstermektedir.

HT, renal tbc’nin oldukça nadir görülen komplikasyonlarından biridir (5-7). Renal tbc’li hastalardaki HT insidansını; Braasch ve arkadaşları %7.6 (11), Thompson %4.7 (12), Hamburger ve arkadaşları %9 (13), Schwartz ve Lattimer %3.7 (14) olarak saptamışlardır. Renal tbc’nin hangi mekanizma ile HT’a yol açtığı bilinmemektedir.

**Şekil 1.** Hastanın İVP tetkikinde sol böbrekte okla işaretli kısımda pelvikalikseal küntleşme ve çekinti olduğu gözlenmektedir.

Yapılan bazı araştırmalarda adrenerjik sistemin patojenik rolü kanıtlanamamış fakat en azından HT ile komplike vakalarda renin-anjiotensin sisteminin katkısı gösterilmiştir (15). Vakamızda, renal tbc-HT ilişkisi, HT’nun diğer sebepleri ekarte edilerek kesinleştirilmiştir.

Renal tbc’ye eşlik eden HT’nun tedavisi, halen kesinlik kazanmamış bir konudur. Yapılan çalışmalarda, nefrektominin bazı hastalarda tansiyon kontrolünde başarılı olduğu; bazılarında ise olamadığı görülmüştür (6-15). Vakamızda antitbc tedavi başladıktan sonra HT monoterapi ile kolaylıkla regüle edilebilmiştir. Antitbc tedaviye olan bu olumlu yanıtın, tbc’ye bağlı üriner sistem destrüksiyonunun fazla olmamasıyla ilişkili olabileceğini düşündük.

Sonuç olarak hematüri, yan ağrısı, steril piyürisi olan hastalarda ve HT’nun ayırıcı tanısında renal tbc olasılığı akla gelmeli ve uygun yöntemlerle araştırılmalıdır.

**KAYNAKLAR**

1. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Mycobacterial diseases. In: Haas DW, eds. Principles and Practice of infectious diseases. USA: Churchill Livingstone Inc Publishing, 2000:2602.
2. Simon HB, Weinstein AJ, Pasternak MS, et al. Genitourinary tuberculosis: Clinical features in a general hospital population. Am J Med 1977;63:410-20.
3. Christensen WI. Genitourinary tuberculosis: Review of 102 cases. Medicine 1974;53:377-90.
4. Brenner MB. Urinary tract infection, pyelonephritis and reflux nephropathy. In: Rubin RH, Cotran RS, Tolkoff-Rubin NE, eds. The Kidney. USA: WB Saunders Company Inc Publishing, 1996:1638-9.
5. Brenner MB. Hypertension in renal parenchymal disease. In: Galla JH, Luke RG, eds. The Kidney. USA: WB Saunders Company Inc Publishing, 1996:2128.
6. Kelly JF, Atkinson AB, Adgey AA. Renal tuberculosis and accelerated hypertension: the use of renal vein renin sampling to predict th outcome after nephrectomy. Int J Cardiol 1987;16(3):318-20.
7. Chimpen Ruiz V, del Pino Montes J, Cruz Hernandez JS, et al. Arterial hypertension as a manifestation of renal tuberculosis: Apropos of a case. Rev. Clin Esp 1985;176(9):484-5.
8. İliçin G, Ünal S, Biberoglu K, Akalin S, Süleymanlar G. Akciğer tüberkülozu. In: Kocabaş A, eds. Temel İç Hastalıkları. Ankara: Güneş Kitabevi Ltd Şti Yayını, 1996:456-75.
9. Chan SW, Shalhav AL, Clayman RV. Renal tuberculosis presenting as lateralizing hematuria diagnosis by ureteronephroscopy and selective upper tract urine culture. J Endourol 1998;12(4):363-4.
10. el Khader K, el Fassi J, Karmouni T, Ibnattya A, Hachimi M, Lakrissa A. Urogenital tuberculosis. Apropos of 40 cases. Ann Urol 1997;31(6-7):339-43.
11. Braasch EF, Walters W, Hammer HJ. Hypertension and surgical kidney. JAMA 1940;115:1837.
12. Thompson GJ. Results of nephrectomy in hypertensive patients. J Urol 1956;76:685.
13. Hamburger J, Richet G, Antoine B, Duerot H, Funk-Bruntano J, Merg J, Demortera H. Nephrologie 1966; 1:497.
14. Schwartz DT, Lattimer JK. Incidence of arterial hypertension in 540 patients with renal tuberculosis. J Urol 1968;98:651.
15. Studer UE, Weidmann P. Pathogenesis and treatment of hypertension in renal tuberculosis. Eur Urol 1984; 10(3):164-9.

---

**Geliş Tarihi:** 16.05.2002

**Yazışma Adresi:** Dr.Nesligül GÜLEL  
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi  
Kardiyoloji Kliniği, ANKARA  
nesligulgulel@hotmail.com