

İNDİNAVİR KULLANIMINA BAĞLI BİR ÜROLİTİYAZ OLGUSU

UROLITHIASIS DUE TO INDINAVIR: CASE REPORT

Yusuf KİBAR

Hakan ERDEM

Ozan AKAY

Alaadin PASHA

Yaşar ÖZGÖK

Gülhane Skeri Tıp Akademisi ve Fakültesi, Ankara

¹Üroloji Anabilim Dalı

²İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Anahtar Sözcükler: İndinavir, üriner taş, AIDS, HIV

Keywords: Indinavir, urinary calculi, AIDS, HIV

Geliş: 18 Nisan 2005

Kabul: 11 Kasım 2005

ÖZET

Elli-üç yaşında, HIV (+) erkek hastada indinavir kullanımına bağlı olarak gelişen ürolitiyaz tanımlanmıştır. Hasta, vücut dışı dalgeleri ile taşkırmaya yöntemi ve bol sıvı uygulama ile tedavi edilmiştir.

SUMMARY

A 53-year-old, HIV (+) male patient developed urolithiasis due to treatment with indinavir. The condition was successfully treated with extracorporeal shock wave lithotripsy and hydration.

GİRİŞ

Acquired immune deficiency syndrome (AIDS), Lentivirüs ailesinden bir RNA virüsü olan HIV (Human Immunodeficiency Virus)'in neden olduğu enfeksiyonun bilinen en ağır klinik tablosudur. Tedavisinde bir çok ilaç kullanılmakta olup en çok bilineni bir proteaz inhibitörü olan indinavirdir. Literatürde indinavir kullanımına bağlı taş insidansı çeşitli oranlarda bildirilmektedir. Türkiye'de bildirilen AIDS olgusu sayısının hala çok düşük olması, dolayısıyla indinavirin kullanımının da göreceli olarak düşük olması nedenleriyle, bilindiği kadarıyla Türkiye'de indinavire bağlı bir taş olgusu rapor edilmemiştir. Bu yazıda, indinavire bağlı bir ürolitiyaz olgusu sunulmaktadır.

OLGU

Elliüç yaşında erkek hasta sol yan ağrısı şikayetiyle Üroloji Polikliniği'ne başvurdu. Öyküsünde iki yıldır HIV (+) olması nedeniyle takipte olduğu, takipte herhangi bir fırsatçı enfeksiyon geçirmediği, ancak CD4 hücre sayısının 350'nin altında olması nedeniyle son bir buçuk yıldır günde bir kez 800 mg indinavir kullandığı öğrenildi. Yan ağrısıyla birlikte

makroskopik hematüri de tanımlayan hastadan idrar, rutin biyokimya ve kan incelemeleri, direkt üriner sistem grafisi (DÜSG) ve ultrasonografi (USG) istendi. Direkt üriner sistem grafisinde küçük pelvisteki opasiteler flebolit olarak değerlendirildi. Ultrasonografide sol böbrekte grade II pelviyektazi saptandı. Daha sonra yapılan intravenöz pyelografisi (İVP)'nda sol üreter alt ucuna uyan bölgede üreter akımını bozan bir dolma defekti gözlemlendi (Şekil 1). Bu bulgularla hastanın hidroüreteronefroza yol açan bir sol üreter alt uç taşının olduğu değerlendirilerek, hastaya vücut dışı şok dalgaları ile taşkırmaya (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy =ESWL) uygulanmasına karar verildi. Önce 1500 şok 13.0 kW, daha sonra 1500 şok 16.0 kW olmak üzere iki seans ESWL uygulandı. Hasta ikinci seanstan sonra hematüri ve ağrıların azalmasını tanımlayınca kontrol İVP'si yapıldı. Kontrol İVP'sinde her iki üreter akımının serbest olduğu görüldü (Şekil 2). Hastaya ürolojik olarak bol hidrasyon dışında başka bir tedavi uygulanmadı. Yapılan İntaniye konsültasyonu neticesinde hastaya indinavire ek olarak lamuvidin günde iki kez 150 mg ve zidovudin yine günde iki kez 300 mg başlandı. Hasta halen takipte olup kontrollerine gelmektedir.



Şekil 1. İntravenöz pyelografide sol üreter alt ucuna uyan bölgede üreter akımını bozan bir dolma defekti görüldü.



Şekil 2. Şekil 1'deki olgunun ESWL sonrası kontrol İVP'sinde her iki üreter akımının serbest olduğu görüldü.

TARTIŞMA

İlk kez 1981 yılında klinik olarak saptanan AIDS'in hastalık etkeni olan HIV-1 1983 yılında tanımlandı. Halen infekte olan kişilerin tedavisinde amaç HIV-1'in viral yükünü azaltmak ve hastalığın ilerleyişini yavaşlatmaktır. Hastalığın tedavisine yönelik olarak bir çok ilaç geliştirilmekle birlikte kesin tedavisi henüz yapılamamaktadır. Geliştirilen bu ilaçlar; nükleozit analogları, nükleozit olmayan revers transkriptaz inhibitörleri ve proteaz inhibitörleri olmak üzere üç ana gruba ayrılabilirler. Burada taş olgusuna neden olan indinavir ise üçüncü grupta olup bir proteaz inhibitörüdür.

İster HIV enfeksiyonunun kendisinden ister kullanılan ilaçlara bağlı olsun, bu hastalarda testis kanseri, AIDS'e özgün nefropati, işeme bozuklukları, Fournier gangreni ve idrar anomalileri gibi ürolojiyi de ilgilendiren komplikasyonlar sık olarak gözlenmektedir. Tedavide kullanılan ilaçlardan indinavirin özel bir komplikasyonu olan böbrek ve üreter taşları da çeşitli oranlarda yayınlarda bildirilmiştir. İndinavirin taş oluşturma mekanizması olarak ilacın % 11'inin metabolize edilmeden idrara atılması, dolayısıyla idrarda yüksek konsantrasyonlara ulaşarak kristallüri oluşturmaya gösterilmektedir (1). Literatürde 78 haftalık indinavir kullanımından sonra hastalarda % 43.2 gibi yüksek bir oranda taş görüldüğü rapor edilmiştir (1). Başka bir çalışmada ise 14 hastalık indinavir kullanan grupta dört hastada (% 28.6) taş saptanmıştır (2). Sunulan olgu da son bir buçuk yıldır bu ilacı kullandığını ifade belirtmekteydi.

İndinavir taşları nonopaktır, normal filmlerde ve tomografilerde gözükmez (3). Olguda da taşı DÜSG'ünde görülmemişti, ancak İVP'sinde üreter alt ucunda dolma defekti tarzında görüntü oluşturmaya ile tanısı konulabildi. Bu taşların tedavisinde hidrasyon, analjezikler ve geçici olarak indinavir tedavisinin kesilmesini içine alan konservatif yaklaşım önerilmektedir. Ayrıca akut semptomların geçmesinden sonra indinavir tedavisinin bol hidrasyon ile sürdürülmesi istenir (4).

KAYNAKLAR

1. **Saltel E, Angel JB, Futter G, Walsh WG, O'Rourke K, Mahoney JE.** Increased prevalence and analysis of risk factors for indinavir nephrolithiasis. *J Urol* **2000**; 164: 1895-7.
2. **Nadler RB, Rubenstein JN, Eggener SE, Loo MM, Smith ND.** The etiology of urolithiasis in HIV infected patients. *J Urol* **2003**; 169: 475-7.
3. **Schwartz BF, Schenken N, Armenakas NA, Stoller ML.** Imaging characteristics of indinavir calculi. *J Urol* **1999**; 161: 1085-7.
4. **Kopp JB, Miller KD, Mican JAM, et al.** Crystalluria and urinary tract abnormalities associated with indinavir. *J Urol* **1998**; 160: 633-4.

İLETİŞİM

Yrd. Doç. Dr. Yusuf KİBAR
Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Fakültesi
Üroloji Anabilim Dalı
06010 Etlik, ANKARA
e-posta:yusufkibar@mynet.com, ykibar@gata.edu.tr