

DİYALİZ HASTASINDA TÜMÖRAL KALSİNOZİS

Op. Dr. Korhan Özlü

Ankara Numune Hastanesi 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Op. Dr. Fuad Öken

Ankara Numune Hastanesi 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Op. Dr. Murat Gülçek

Ankara Numune Hastanesi 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Op. Dr. Özgür Yıldırım

Ankara Numune Hastanesi 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Dr. Celil Çelik

Ankara Numune Hastanesi 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Asistanı

■ Özet

Tümöral kalsinozis, hemodializ hastalarında görülen, kan kalsiyum ve fosfat seviyelerinin kontrol altında tutulmadığı durumlarda ortaya çıkan çok nadir bir yumuşak doku tümörüdür. Tedavisi bu elektrolitlerin normal seviyelere medikal olarak çekilmesi ve kitlelerin lokal rezeksiyonudur. Bu yazımızda 5 yıldır böbrek yetmezliğine maruz kalmış bir hastamızda saptanan çok odaklı tümöral kalsinozis olgusunu ve tedavisini sunuyoruz.

■ Summary

Tumoral calcinosis is a very rare soft tissue tumor which is usually seen in hemodialysis patients

who suffer from uncontrolled blood calcium and phosphate levels. Treatment consists of keeping these electrolytes within normal limits in medical terms and local resection of the tumoral masses surgically. In this report we present a multiply-located tumoral calcinosis case in a patient who has renal failure for 5 years and the treatment.

Tümöral kalsinozis, hemodializ tedavisinde görülen yetersiz kalsiyum ve fosfat kontrolü sonucu gelişen nadir komplikasyonlardandır. Kalsiyum içeren ve fosfatı bağlayan ilaçların yüksek seviyeli kalsiyum diyalizatları ile birlikte verilmesi, pozitif kalsiyum dengesi meydana getirdiğinden, kontrolü daha da güçleştirir. Dirsek, diz ve elinde tümöral kalsinozis gelişen diabete

bağlı nefropati nedeniyle 5 yıldır hemodiyaliz tedavisi gören olgumuzu bildirmek istiyoruz. Hastamızda oluşan büyük kitleler eklem hareketlerini ileri derecede ağırlı ve kısıtlı hale getirmişti. Bu olgu, hastalığın morbiditesine, sıkı kalsiyum/fosfat kontrolüne ve diyaliz hastalarında pozitif kalsiyum dengesinin tehlikelerine dikkat çekmektedir.

■ Olgu

19 yaşında erkek hemodiyaliz hastası sol dirsek, sol diz ve sağ el 5. metakarpofalangeal eklemden şişlik, ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayetleriyle Ekim 2003 tarihinde polikliniğimize başvurmuştur. Hastamızın primer renal hastalığı Tip I Diabetes Mellitus'a bağlı nefropatidir. 5 yıldır haftada 12 saat olmak üzere düzenli hemodiyaliz görmektedir. Bu tedaviyle hastanın kan-üre seviyesindeki düşüş ortalama %65 idi. Ancak günde 6 g fosfat bağlayan ajan olan kalsiyum karbonat alınmasına rağmen kan-fosfat değeri sürekli olarak 2.5 mmol/l'nin (normal değeri 0.8-1.2 mmol/l) üzerindeydi. Serum kalsiyum konsantrasyonları üst sınırdıydı ve PTH 66 pg/ml (normal değeri 10-55 pg/ml) idi. Fizik muayenesinde sağ el 5. metakarpofalangeal eklemden 2x3cm, sol dizde 10x5cm, sol dirsekte 10x10cm boyutlarında palpasyonla ve eklem hareketiyle ağırlı kitleler mevcuttu. Eklem hareketleri belirgin ölçüde azalmıştı. Bu bölgelerin röntgen bulgularında (şekil 1, 2, 3) yoğun yumuşak doku kalsifikasyonları izlendi. Hastaya spesifik tedavi olarak kalsiyum içermeyen fosfat bağlayıcı ajanlardan günlük 3x1 g magnezyum karbonat başlandı. Diyaliz süresi uzatıldı. Kalsifik lezyonların eksizeyonu için preoperatif hazırlık yapıldı. Semptomlar için analjezi uygulandı. Prediyaliz fosfat, kalsiyum seviyeleri normal sınırlara düşürüldü. Ocak 2004 tarihinde dirsek, diz ve elindeki periartiküler yumuşak doku kalsifikasyonları (şekil 4) total olarak eksize edildi. Hastamızın Mart 2004 tarihli son kontrolünde eklem hareketleri normal sınırlara ulaşmıştı ve ağrısızdı.

■ Tartışma

Hiperfosfate mi kronik renal yetmezlik tablosunun sık görülen bir komplikasyonudur ve morbidite-mortalite üzerinde önemli etkiye sahiptir (1). Yüksek kalsiyum-fosfat seviyeleri literatürde nadir olarak bildirilen tümöral kalsinozis gelişimde önemli bir risk faktörüdür.

Tümöral kalsinozis genellikle kronik böbrek yetmezliği ile birlikte görülen periartiküler yumuşak doku içinde kalsiyum-fosfat birikimi sonucu oluşan bir tablodur (2). Hastalar lokalize şişlik, ağrı ve eklem hareketlerinde kısıtlılık şikayetiyle başvururlar (2, 3). Tutulan eklemler daha çok omuz, dirsek, el ve ayak bileğidir (2, 3).

Kalsiyum-fosfat seviyesinin düzenli kontrolü, hiperparatiroidizme yönelik paratiroidektomi, renal transplantasyon ve kalsifik lezyonların lokal eksizeyonu bu tablonun tedavi şekillerini oluşturur.

Literatürde (4, 5, 6) diyaliz hastalarında %1-4 oranında görülen kalsifikasyon tablosunda bildirilmiştir ki bu mikrovasküler medial kalsifikasyon ve intimal hipertrofiye bağlı cilt iskemisi ve ülserasyonudur (4, 6, 7). Bu tabloda temelde görülen kalsiyum ve fosfat birikimidir. Lezyonların sekonder enfeksiyonu mortalitenin ana sebebidir. Bazı yazarlar paratiroidektominin yaşam süresini uzattığını bildirmişlerdir (8).

Bu olgu hemodiyaliz hastalarında dengesiz kalsiyum-fosfat kontrolünün yumuşak doku komplikasyonlarına dikkat çekmektedir. Hiperfosfate mi hastaları tedavi ederken kalsiyum seviyelerini daha da artırmamak için kalsiyum içermeyen fosfat bağlayıcılarını kullanmak, iskelet sistemi dışındaki kalsifikasyonları azaltmada yararlı olacaktır. Ortopedik açıdan periartiküler lezyonları eksize ederek ağrıyı gidermek, eklem hareketlerini kazandırmak kolay olsa da vasküler kalsifikasyonların tedavi ve kontrolü zordur.



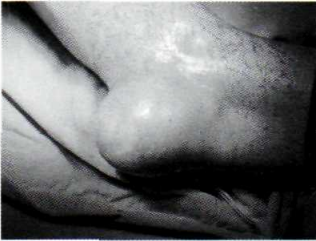
Şekil 1: Sol dirsek AP grafisi



Şekil 2: Sol diz lateral grafisi



Şekil 3: Sağ el AP grafisi



Şekil 4: Sol dirsekteki kitlenin preoperatif klinik görünümü

Referanslar:

1. Block GA, Hulbert-Shearon TE, Levin NW, Port FK. Association of serum phosphorus and calciumx phosphate product with mortality risk in chronic hemodialysis patients: a national study. *Am J Kidney Dis* 1998; 31: 607-617.
2. Tezelman S, Siperstein AE, Dib QY, Clark OH. Tumoral calcinosis. Controversies in the etiology and alternatives in the treatment. *Arch Surg* 1993; 128: 737-744.
3. Cofan F, Garcia S, Combalia A, Campistol JM, Oppenheimer F, Ramon RJ. Uremic tumoral calcinosis in the patients receiving long term hemodialysis therapy. *J Rheumatol* 1999; 26: 379-385.
4. Jones G, Kingdon E, Sweny P, Davenport A. Tumoral calcinosis and calciphylaxis presenting in a dialysis patient. *Nephrol Dial Transplant* 2003; 18: 2668-2670.
5. Levin A, Mehta RL, Goldstein MB. Mathematical formulation to help identify the patient at risk of ischemic tissue necrosis –a potentially lethal complication of chronic renal failure. *Am J Nephrol* 1993; 13: 448-453.
6. Angelis M, Wong LL, Myers SA, Wong LM. Calciphylaxis in patients on hemodialysis: a prevalence study. *Surgery* 1997; 122: 1083-1090.
7. Coates T, Kirkland GS, Dymock RB et al. Cutaneous necrosis from calcific uremic arteriopathy. *Am J Kidney Dis* 1998; 32: 384-391.
8. Hafner J, Kusch G, Wahl C, Burg G. Calciphylaxis: a syndrome of skin necrosis and acral gangrene in chronic renal failure. *Vasa* 1998; 27: 137-143.