Bölüm
91

AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ YÖNETİMİ

Hasan ERGENÇ[1]

GİRİŞ

Böbrek yetmezliği klinik olarak başlangıç evresinde herhangi bir belirti görülmeden asemptomatik olarak ilerleyebilir. Zaman içerisinde böbreklerin çalışma kapasitesindeki azalmaya bağlı olarak vücutta su ve elektrolit dengesinde bozulmalar başlar. Sonraki safhalarda ile bu tablonun ilerlemesi ile beraber güçsüzlük, iştahsızlık, nefes darlığı görülür. Bu aşamada ayaklarda ve bacaklarda şişlikler oluşmaya başlar. İlerlemiş olgularda vücudun birçok farklı bölgesindede şişlik görülebilir. Böbreklerin etkili bir şekilde çalışmamasına bağlı olarak idrar miktarında azalma başlar. Bazı olgularda idrar çıkışı tamamen kesilebilir. Böbrek yetmezliğinin diğer belirtileri olarakta iştahta azalma, mide bulantısı ve kusma sayılabilir. Bunlara ilave olarak zihin karışıklığı, sinirlilik ve kaygı hali, uyku problemleri ayrıca görülebilecek semptomlar arasında sayılabilir. Böbrek yetmezliğinin saydığımız bu belirtilerin yanında hıçkırık, göğüs ağrısı, kas seğirmesi, kas krampları, kaşıntı, kontrol altına alınamayan yüksek tansiyon gibi bulgular bu hastalarda saptanabilir. Böbrek yetmezliği gelişen hastalarda belirtiler kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Başka bir hastalığın semptom ve bulgularını taklit ederekte prezente olabilir.

Karşılaşılan her türlü hemodinamik değişikliklere böbreklerimiz kolay bir şekilde uyum gösterebilir. Bu nedenden dolayı özellikle tanı konarken akut böbrek yetmezliği gözden kaçırılabilir. Tanının gecikmesi böbreklerde geriye dönüşü mümkün olmayan kalıcı bir hasar oluşumuna yol açabilir. Özellikle bazı vakalarda böbrekte geri döndürülemez şekilde hasar gelişinceye dek ortaya çıkmayabilir. Bu neden hastaların şikayetleri çok iyi irdelenmeli ve anamnez çok ayrıntılı bir şekilde alınmalıdı. Böbrek yetmezliği akut ve kronik böbrek yetmezliği olarak ikiye ayrılır.

Akut Böbrek Yetmezliği (ABY) yüksek mortalite oranına sahip, renal fonksiyonlarda hızlı görülen fonksiyon kaybı ile karakterize önemli bir klinik tablodur (1). ABY saatler ve günler içerisinde böbrek fonksiyonlarında hızlı bozulma ile karakterize bir sendrom olarakta tanımlanır. Aynı zamanda bu hastalığa bağlı olarak vücuttan azotlu atıkların uzaklaştırılamaması sonucu, vücutta sıvı ve elektrolit dengesinde bozulmaya yol açarak böbreklerde hızlı bir şekilde fonksiyon kaybı ile seyreden akut bir hastalık olarakta tanımlanır. İdrar atılımında azalma meydana gelir. Bunun sonucunda kanda serum kreatinin ve üre azotu (BUN) miktarında artma meydana gelir (2). Kronik böbrek yetmezliğinde aylar hatta yıllar içerisinde gelişen glomerüler filtrasyon hızındaki (GFR) düşüşün aksine akut böbrek yetmezliğinde klinik tablonun bozulması ve GFR de düşme saatler veya günler içerisinde gelişebilir (3).

Böbrek yetmezliği sonucu gelişen değişiklikler farklı isimler ile tanımlanmıştır. 1950 yıllarında Akut Böbrek Yetersizliği olarak, 2004 yılında Akut Böbrek Hasarı ve 2012 yılından sonra Akut Böb-

[1] İç Hastalıkları Uzmanı Sinop/Ayancık Devlet Hastanesi dr.hasanergenc@hotmail.com

Etyolojik olarak bakıldığında toplumların ekonomik durumu, yaş ve çevresel faktörler gibi nedenlerle yakından ilişkilidir (15-16). Etyolojik faktörler prerenal, renal ve postrenal nedenler olmak üzere üç grupta incelenebilir. Bunlar içinde Prerenal azotemi en sık etyolojik faktör olarak görülürken, bunu renal parankim hasarı yapan nefrotoksik ilaçlar, sepsis ve akut glomerülonefrit, gibi durumlar ve daha az olarak da postrenal nedenler izler (17).

Tedavide, etyolojiye yönelik yapılmalıdır. Özellikle gelişen komplikasyonlara yönelik tedavinin yapılması, gerektiği durumlarda hemodiyaliz tedavisi uygulanır. ABY'de mortalite oranı, son yıllarda yoğun bakım üniteleri ve renal replasman tedavisindeki gelişmelere rağmen yüksek kalmaya (%20 -40) devam etmektedir (18).

SONUÇ

Akut böbrek yetmezliği tedavisi gerek durumunda hastanede uzun süre kalmayı gerektirebilen, tedavisi uzun sürebilen ve maliyeti oldukça yüksek olan bir hastalıktır. ABY sonrası gelişen böbrek hasarı çok iyi irdelenmeli ve sebepleri ortaya konmalıdır. Özellikle ABY kötüleştirebileçek etyolojik faktörler varsa bunlara yönelik gerekli tedavilerin başlanması, zaman kaybının önlenmesi noktasında oldukça önemlidir.

Akut böbrek hasarı bulunan olgularda altta yatan nedenlerr bakılarak bu hastalar özellikle yaşlı hastalar hastanede yatarak takip edilmeli ve gerekli tetkikler yapılmalıdır. Hastaların zaman kaybetmeden hastaneye yatırılarak tedaviye başlanması mortalite ve morbidite oranlarını ciddi bir şekilde azaltmaktadır. Yüksek mortalitenin en önemli sebeplerinin başında gelen sıvı ve elektrolit bozukluklarının tedavisinde hastaneye yatışların ölüm oranlarını azaltmada çok önemli olduğu unutulmamalıdır.

ABY hastalarında etkili tedavinin yapılabilmesi için özellikle akut böbrek yetmezliğinin sınıflamasının yapılmış olması ve patolojik semptom ve bulguların detaylı bir şekilde ortaya konmuş olması gerekmektedir. Hastalarda sıvı açığı varsa, elektrolit bozukluğu varsa veya asit baz dengesizliği saptanırsa hızlı bir şekilde bunlara yönelik tedaviye başlanmalıdır.

Tedaviye dirençli olgularda özellikle renal replasman tedavisi gereksinimi olabileceği akılda tutulmalıdır. Yapılan araştırmalar göstermiştirki tedaviye dirençli olgularda, ciddi elektrolit bozukluklarında ve asit baz bozukluğunun düzeltilemediği durumlarda hastalara zaman kaybetmeden renal replasman tedavisine başlanmalıdır.

Akut böbrek yetmezliğinin tedavisi yapılırken özellikle yandaş hastalıkları olan vakalarda ve tabloya ilave gelişen herhangi bir enfeksiyonda mevcut tablonun dahada ağırlaşabileceği akılda tutulmalıdır. ABY yönelik gerekli tedaviler ile mücadele ederken var olan kronik hastalıkların tedavisine yönelikte planlamalar yapılmalı ve gerekli tedaviler eş zamanlı olarak başlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Liano F, Pascual J. Outcomes in acute renal failure. Sem Nephrol 1988;18:541.
2. Bellomo R, Ronco C, Kellum JA, Mehta RL, Palevsky P. Acute renal failure: definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs-The second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group. Crit Care 2004; 8:204-12. http://dx.doi.org/10.1186/cc2872 PMid:15312219 PMCid:522841).
3. Dixon BS, Anderson RJ. Nonoliguric acute renal failure. Am J Kidney Dis 1985;6:71-80.
4. Fife G. Dr. Fife's Case of Ischuria Renalis. Prov Med Surg J 1840;1:211-2.
5. Roy AK, Mc Gorrian C, Treacy C, et al. A Comparison of Traditional and Novel Definitions (RIFLE, AKIN, and KDIGO) of Acute Kidney Injury for the Prediction of Outcomes in Acute Decompensated Heart Failure. Cardiorenal Med 2013;3:26-37.
6. Biesen van W, Vanholder R, Lameire N. Defining acute renal failure: RIFLE and Beyond. Clin J Am Soc Nephrol 2006;1:1314-9. http://dx.doi.org/10.2215/CJN.02070606
7. Ratanarat R, Skulratanasak P, Tangkawattanakul N, Hantaweepant C. Clinical accuracy of RIFLE and Acute Kidney Injury Network (AKIN) criteria for predicting hospital mortality in critically ill patients with multi-organ dysfunction syndrome. J Med Assoc Thai 2013;96:224-31.
8. Rewa O, Bagshaw SM. Acute kidney injury-epidemiology, outcomes and economics. Nat Rev Nephrol 2014;10:193207
9. Badr KF, Ichikawa I. Pre-renal failure: a deleterious shift from renal compensation to decompensation. N Engl J Med 1998;319:623-9.
10. Schiffl H, Lang SM. Update on biomarkers of acute kidney injury: moving closer to clinical impact? Mol Diagn Ther 2012;16:199-207.
11. Klahr S, Miller SB. Acute oliguria. N Engl J Med 1998;338:671-5. http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199803053381007 PMid:9486997

12. Lameire N, Van Biesen W, Vanholder R. Acute renal failure. Lancet 2005;365:417-30. PMid:15680458
13. Wagner G, Jan M, Kim M, et al. Association between increases in urinary neutrophil gelatinase-associated lipocalin and acute renal dysfunction after adult cardiac surgery. Anesthesiology 2006;105:485-91. http://dx.doi.org/10.1097/00000542-200609000-00011 PMid:16931980
14. Mishra J, Dent C, Tarabishi R, et al. Neutrophil gelatinase-associated lipocalin (NGAL) as biomarker for acute renal injury following cardiac surgery. Lancet 2005;365:1231-8. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)74811-X
15. Abreo K, Moorthy AV, Osborne M. Changing pattern and outcome of acute renal failure requiring hemodialysis. Arch Intern Med 1986;146:1338-44.
16. Beamen M, Turney JH, Rodger RSC, et al. Changing pattern of acute renal failure Q J Med 1987;62(237):1523.
17. Kadiroglu AK, Sit D, Atay AE, et al. The evaluation of effects of demographic features, biochemical parameters, and cytokines on clinical outcomes in patients with acute renal failure. Renal failure 2007;29:503-8.
18. Ympa YP, Sakr Y, Reinhart K, Vincent JL. Has mortality from acute renal failure decreased? A systematic review of the literature. Am J Med 2005;118(8):82732.