



Gebeliğe Bağlı Akut Renal Yetmezlik: Olgu Sunumu

Pregnancy-Related Acute Renal Failure: A Case Report

Burcu ARTUNC, Ozer BİRGE, Kemal SARMAZ

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Manisa

Özet

Gebeliğe bağlı gelişen akut renal yetmezlik, nadir ancak karmaşık bir durumdur. Gebeliğe bağlı komplikasyonlar sonrası geliştiğinden iyi antenatal ve postnatal bakım ile önemli derecede önlenilebilir. Bu yazıda, plasenta inkreata nedeni ile vajinal kanama ile gelen akut renal yetmezlikli bir olgu, ilişkili literatür eşliğinde sunulmaktadır.

Anahtar sözcükler: Akut tübüler nekroz; gebelik; gebeliğe bağlı akut renal yetmezlik; renal yetmezlik.

Summary

Pregnancy-related acute renal failure (PRARF) is a rare, preventable complication that occurs secondary to complications of pregnancy. The case of a pregnant woman who presented with vaginal bleeding and was found to have pregnancy-related acute renal failure is described in the present report.

Keywords: Acute tubular necrosis; pregnancy; pregnancy-related acute renal failure; renal failure.

Giriş

Gebeliğe bağlı gelişen akut renal yetmezlik, nadir ancak anne hayatını tehdit eden klinik bir durumdur. Gelişmiş ülkelerde insidansı 1/20000'dir. Fakat, gelişmekte olan ülkelerde tüm renal yetmezlikli olgular göz önüne alındığında, yaklaşık %4.3–14'ünü gebeliğe bağlı olan olgular oluşturmaktadır.^[1] Gebeliğe bağlı akut renal yetmezlik, gebelik esnasında erken gebelikte ve geç üçüncü trimester ile puerperyum olmak üzere iki ayrı dönemde artış gösterir.^[1,2] Genel olarak en sık neden kanama ve eklampsidir.^[1-3] Diğer olası nedenler, trombotik trombositopenik purpura (TTP), hemolitik üremik sendrom (HÜS), gebeliğin akut karaciğer yağlanması, puerperal sepsis, amniyotik sıvı embolisi ve intrauterin fetal ölümdür.^[1] Ağır bulantı ve kusma, akut piyelonefrit, vaskülit ve anti-fosfolipit

antikor sendromu (AFS) gibi durumlar çok nadir olarak etiyolojide rol oynar.^[1]

Olgu Sunumu

İki kez geçirilmiş normal doğum ve bir spontan abortus öyküsü olan, son adet tarihine göre 38 hafta bir gün gebe hasta vajinal kanama nedeni ile dış merkezden yönlendirildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik saptanmadı. Pelvik muayenesinde 1 cm servikal açıklığı mevcuttu. Aktif vajinal kanama sızıntı şeklinde devam etmekte idi. Ölçümlerinde fetal biyometri 37 hafta ile uyumlu, plasenta posteriora, amniyotik sıvı indeksi 1.5 cm idi. Hastanın geliş kan basıncı 120/70 mmHg, nabız 78/dk, hemoglobin değeri 10 mg/dl, hematokrit değeri 28.4, trombosit değeri 65000/mm³, spot idrarda protein (+) olarak saptandı. Pretibial öde-

İletişim: Dr. Burcu Artunc.
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları
ve Doğum Kliniği, Manisa
Tel: 0236 - 233 19 20

Başvuru tarihi: 28.01.2013
Kabul tarihi: 13.05.2013
Online baskı: 21.12.2015
e-posta: b_artunc@yahoo.com



mi yoktu. Hastanın vajinal kanaması devam etmesi üzerine sezaryene alındı ve 2970 gr, birinci ve beşinci dakika apgar skoru 9/10 olan bebek doğurtuldu. Amniyon mayinin kanlı olduğu, plasentanın uterus ön yüzünde aşağı yerleşimli ve myometriyuma invaze olduğu (plasenta inkreata) görüldü. Uterus insizyon hattından kontrol altına alınamayan ve devam eden kanaması olması, uterus atonisi gelişmesi ve müdahaleye rağmen tonus sağlanamaması ve hastanın vitallerinde bozulma olması üzerine hasta yakınlarının onamı alınarak hastaya subtotal histerektomi yapıldı. Beş ünite random trombosit ve bir ünite taze donmuş plazma verildi. Kontrol trombosit değeri 94000/mm³ olarak geldi. Geliş kreatinin değeri 2 mg/dL, üre 63 mg/dL olan hastadan ameliyat sonrası dönemde nefroloji konsültasyonu istendi ve hasta nefroloji tarafından takibe alındı. Hastaya ameliyat sonrası dönemde toplam beş ünite eritrosit süspansiyonu ve iki ünite taze donmuş plazma verildi. Kreatinin değerleri progresif olarak artış gösterdi ve ameliyat sonrası üçüncü günde 5.4 mg/dL olarak saptandı. Nefroloji tarafından kanamaya sekonder akut tübüler nekroz olarak düşünüldü ve akut böbrek yetersizliği olarak değerlendirildi. İdrar çıkışında ve elektrolit değerlerinde bozulma olmadığı için diyaliz gereksinimi olmadan spontan izleme alındı. Ek komplikasyon gelişmeyen hasta poliklinik kontrolü önerileri ile taburcu edildi.

Tartışma

Gebeliğe bağlı gelişen akut renal yetmezlik, nadir bir klinik durum olup hem maternal hem fetal komplikasyonları açısından çok risklidir. Esas olarak gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerde daha sık olmakla birlikte, 1960'lı yıllara göre insidansında ciddi bir azalma mevcuttur.^[1,2] Genel olarak bakıldığında, gebeliğe bağlı akut renal yetmezlik sıklığının %10'un altına düştüğü söylenebilir.^[2] Gebelik sırasında iki ayrı dönemde renal yetmezlik sıklığında artış izlenmektedir: 1. Gebeliğin özellikle 7–16 haftaları arasında en sık septik abortusa bağlı gelişen renal yetmezlikler. 2. Gebeliğin son trimesterinde özellikle 34–36. haftalarda preeklampsi, kanama gibi komplikasyonlara bağlı gelişen renal yetmezlikler. Bizim olgumuz kısmen daha geç olarak 38. haftada başvurmuştu. Geliş ve takip kan basıncının normal seyirde olması, spot idrarda proteinürinin normal sınırlarda olması ile ayırıcı tanıda preeklampside uzaklaşmıştı. Ayrıca trombosit değerlerinin düşük olması TTP/HÜS olasılığını düşündürse de, periferik yaymada hemoliz bulgusunun olmaması, serum LDH ve bilirubin seviyelerinin normal sınırlarda

olması ile bu tanılardan uzaklaşmıştı.

Akut renal yetmezliğin sıklığında belirgin olarak azalmanın nedenleri arasında, gebelik sonlandırmalarının legal ve septik kurallara uygun şekilde yapılmasının ve antenatal ve postnatal bakımın belirgin olarak iyileşmesinin rolü olduğunu düşünmekteyiz. Gebeliğe bağlı akut renal yetmezlikli 41 olgunun incelendiği yeni bir çalışmada, sepsis %39 oranında tespit edilmiş olup en sık karşılaşılan etiyolojik faktör olarak saptanmıştır. Bu hastaların yaklaşık %55'de diyaliz yapılmış olup, maternal mortalite %24 olarak saptanmıştır.^[2] Pakistan'da yapılan bir başka çalışmada ise en sık neden sezaryen sırası ve sonrası kanama olarak tespit edilmiştir.^[3] 2000–2004 yılları arasında postpartum akut böbrek yetersizliği nedeni ile takip edilen 37 hastanın dahil edildiği ülkemizden bir çalışmada da benzer şekilde en sık neden postpartum kanama (%40.5) olarak tespit edilmiştir.^[4] Akut renal yetmezliğe bağlı mortalite oranları, gelişmiş ülkelerde %30'dan az, gelişmekte olan ülkelerde ise %50 ve üzerinde seyretmektedir.^[5,6] Ülkemizi göz önüne aldığımızda da, gebeliğe bağlı renal yetmezliği önlemek amaçlı olarak özellikle perifer hastanelerde antenatal takibin iyileştirilmesi, hastaların bilinçlendirilmesi, üst merkeze sevki yapılacak gebelerin zamanında tespiti ile fetomaternal mortalite oranları iyileşebilir diye düşünmekteyiz.

Sonuç olarak, gebeliğe bağlı akut renal yetmezlik genellikle obstetrik komplikasyonların sonucu olarak oluştuğundan dikkatli bir antenatal ve postnatal bakımla önemli ölçüde önlenabilir.

Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Sural S, Panja C. Acute Renal Failure in pregnancy. Clinical queries: Nephrology 2012;0101:99–102. [CrossRef](#)
2. Rahman S, Gupta RD, Islam N. Pregnancy Related Acute Renal Failure in a Tertiary Care Hospital in Bangladesh. J Medicine 2012;13:129–32. [CrossRef](#)
3. Ansari MR, Laghari MS, Solangi KB. Acute renal failure in pregnancy: one year observational study at Liaquat University Hospital, Hyderabad. J Pak Med Assoc 2008;58(2):61–4.
4. Erkoç R, Sayarlıoğlu H, Doğan E, Esen R, ve ark. Gebelikte akut böbrek yetersizliği. Van Tıp Dergisi; 2006;13(1):1–3.
5. Lightstone L. Renal disease and pregnancy. Medicine 2011;39(8):497–501. [CrossRef](#)
6. Kumar KS, Krishna CR, Kumar VS. Pregnancy related acute renal failure. J Obstet Gynecol India 2006;56(4):308–10.