

İNFEKTİF ENDOKARDİT OLGUSUNDA AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ

Nurettin KURT, Sedat KAYA

Diyarbakır E.A. Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

GİRİŞ: Bakteriyel infektif endokardit (IE) ile ilişkili akut böbrek yetmezliği sık morbidite ve mortalite ile seyreden ciddi klinik bir problemdir. IE' de nefropati üç farklı yol ile ortaya çıkabilir: ventriküloatrial şant ile oluşan postinfeksiyöz immunkompleks aracılı glomerulonefrit, bir ilaca bağlı interstisyel nefrit veya aminoglikozidlere bağlı oluşan akut tübüler nekroz ve embolik olaylar.

OLGU SUNUMU: 25 yaşında 18 ay önce romatizmal kapak hastalığına bağlı mitral ve aort kapak replasmanı yapılmış erkek hasta hematüri nedeniyle hastanemize başvurdu. Kontrolsüz coumadin kullanımına bağlı olduğu düşünülen hastada INR: 9,078 olarak ölçüldü ve taze donmuş plazma ile tedavi edildi. Hastanedeki takipleri sırasında 40° C ateşi olan hastanın HGB: 14,1 g/dl, PLT: $128 \times 10^3/\mu\text{L}$, WBC: $12,5 \times 10^3/\mu\text{L}$, idrarda bol eritrosit ve protein mevcut, CRP: 17,4 mg/dl olarak ölçüldü. 12 saat arayla alınan 2 kan kültüründe Staphylococcus aureus üredi ve yapılan ECHO' da daha önce olmayan trikuspit kapak yetmezliği saptandı. İdrar kültüründe üreme olmadı. Hastanın diüresi azaldı ve BUN: 162 mg/dl, CRE: 5,1 mg/dl olarak ölçüldü. Hastaya bakteriyel IE ile seyreden akut glomerulonefrit ve buna bağlı gelişen akut böbrek yetmezliği tanıları kondu. Bu aşamada hasta anestezi ve yoğun bakım ünitesine interne edildi. Böbrek fonksiyon bozukluğu da göz önüne alınarak antibiyoterapisi (Tigecycline) düzenlendi. Hemodiyaliz tedavisi planlanan hastaya sağ internal juguler ven diyaliz kateteri takıldı. Ancak hastada tedaviye başlandıktan sonra diürez artışı görüldü ve böbrek fonksiyonları düzelmeye başladı. Sıvı ve elektrolit dengesi titizlikle takip edildi. Hiç hemodiyaliz uygulanmadan BUN: 76 mg/dl , CRE: 1,8 mg/dl 'ye kadar geriledi. Hemodiyaliz ihtiyacı kalmayan hastanın diyaliz kateteri çekilerek antibiyoterapisine devam etmek üzere yoğun bakım açısından şifa ile kalp damar cerrahisi servisine verildi.

TARTIŞMA: IE' in tanı kriterlerinden biri olan nefropati sık görülür ve mortaliteyi arttırıcı etkenlerden biridir. İleri yaş, trombositopeni, hipertansiyon, Staphylococcus aureus enfeksiyonu varlığı gelişmesini kolaylaştırır. Renal fonksiyon bozukluğu IE için ilk bulgu olabilir ve hemodiyaliz tedavisine rağmen kronik böbrek yetmezliği ile de sonuçlanabilir. IE bakteriyolojik kür sağlansa bile aylar veya yıllar sonra dahi anormal idrar sedimentleri görülebilmektedir. Glomerulonefritin şiddeti antimikrobiyal tedavinin etkinliğine ve tedaviye başlama zamanıyla ilgilidir. Enfeksiyonun hızlı kontrolü böbrek fonksiyonlarını geri döndürebilir. Staphylococcus aureus ile akut IE, Streptococcus viridans ile subakut IE, Staphylococcus epidermidis ile de şant nefriti enfeksiyonları glomerulonefrit gelişimine sebep olan ajanlardır. Histolojik olarak poststreptokokkal ve membranoproliferatif glomerulonefrit ile benzer özellikler gösterir. Hiperselülarite ile glomerular kapiller duvarda immundepozitlerin varlığı sözkonusudur.

SONUÇ: İnfektif endokarditte nefropati, mortaliteyi arttırıcı etkenlerden biridir, erken tanı ve uygun antibiyotik tedavisinin seçimiyle düzeltilebilir.