

**Y-4****KARDİYAK CERRAHİ SONRASI  
GÖZLENEN AKUT BÖBREK HASARI  
İNSİDANSININ ARAŞTIRILMASI VE  
RİSK FAKTÖRLERİNİN SAPTANMASI**AŞAR K, AKSUN M, KARAHAN N,  
ÇOŞKUNMUSAOĞLU I, ÇAKIR H,  
GİRGİN S, GÜRBÜZ A

*İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ  
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ  
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ  
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ  
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KDC KLİNİĞİ  
TİREBOLU DEVLET HASTANESİ ANESTEZİYOLOJİ  
VE REANİMASYON KLİNİĞİ  
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KDC KLİNİĞİ*

Akut böbrek yetersizliği (ABY) kardiyak cerrahi sonrası önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Akut böbrek hasarı (ABH) kardiyak cerrahi sonrası % 1-30 oranında görülmektedir. Bu hastaların % 1-5'inde diyaliz ihtiyacı olmaktadır. Kardiyovasküler cerrahiden sonra meydana gelen ABY'nin, renal hipoperfüzyon ve preoperatif azalmış renal fonksiyonlarla ilişkili olduğunu gösterilmiştir. Çalışmamızda kardiyak cerrahi sonrası gözlenen ABH insidansının ve risk faktörlerinin saptanması hedeflenmiştir.

**Yöntem:**

Ocak 2009-Aralık 2012 tarihleri arasında kardiyak cerrahi operasyonu geçiren 1303 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, preoperatif biyokimyasal parametreleri, preoperatif ekokardiyografi

verileri, preoperatif renal yetmezlik ve diyaliz öyküleri, yapılan ameliyat türü, acil operasyonlar, anastomoz sayıları, kros-klemp süreleri, hipotermi uygulanması, intraoperatif inotrop, diüretik, vazodilatatör ihtiyacı, kan ürünü kullanımı, idrar çıkışı, heparin dozu, ACT değerleri, operasyon süresince sıvı dengesi, en düşük hemoglobin-hemotokrit düzeyleri kaydedildi. Postoperatif ilk 24 saat inotrop, diüretik, vazodilatatör, anti aritmik, dijital kullanımı, transfüzyon ihtiyacı, serum kreatinin düzeyleri, GFR, biyokimyasal parametreleri, hemoglobin-hemotokrit düzeyleri, yoğun bakımda kalış süreleri, extübasyon süreleri ve diyaliz gereksinimleri incelendi.

**Bulgular:**

ABH sıklığını %29,6 olarak saptadık. Bu olguların AKIN evrelemesine göre 97'si (%7,4) evre I, 50'si (%3,8) evre II, 239'u (%18,3) evre III idi. %70,4 hastada akut böbrek hasarı saptamadık. ABH olmayan olguların 53 (%5,8) tanesinde exitus saptanırken; ABH olan olguların 70 tanesinde (%18,1) exitus saptadık. ABH olan hastalarda yoğun bakımda kalış süresini, extübasyon süresini uzamış olarak saptadık. ABH olan olgularda postoperatif diyaliz ihtiyacı olan olguların oranını ABH olmayan olguların oranından 18,5 kat daha fazla saptadık. ABH oluşumundaki risk faktörlerini DM ve KOAH'lı olması, KABG operasyonu geçirecek olmak, intraoperatif vazodilatatör kullanımı, sol atrium çapının >40 mm olması, serum kreatinin değişiminin >0,24 mg/dl olması, hemotokrit değişiminin >6 olması olarak saptadık.

**Sonuç:**

ABH ve ABY için preoperatif risk değerlendirmesinin yapılması mortalite ve morbiditenin en aza indirilebilmesi ve tedbir alınması açısından önemlidir. Bu amaçla risk faktörlerini saptayacak skorlama sistemlerini geliştirmek adına geniş serilere sahip, çok merkezli çalışmalar yapılmalı ve KDC, anestezi ve nefroloji uzmanlarınca bir konsensus sağlanmalıdır.