

BÖLÜM 10

KALP YETMEZLİĞİ

OLGU 1

Kardiyorenal Sendrom Gelişen Kalp Yetmezliği Olgusu

Fatma Özge SALKIN¹

Olgu Sunumu

76 yaşında kadın hasta, bilinen kronik kalp yetersizliği olup, son 1 haftadır fiziksel aktivitede belirgin kısıtlanma, çok hafif aktivitelerde bile nefes darlığı (New York Kalp Cemiyeti(NYHA) sınıf III) çabuk yorulma, çarpıntı, bacaklarda ve karında şişme şikayetleri ile acil servise başvurdu. Eşlik eden atipik göğüs ağrısı, hafif bulantı ve ortopne şikayeti mevcuttu. Hastanın özgeçmişinde koroner arter hastalığı (sol ön inen artere perkutan koroner girişim öyküsü) ve hipertansiyon mevcuttu. Son 3 üç yıl içinde çok defa hastane yatışı olan sigara kullanım öyküsü olmayan hastanın soygeçmişinde özellik yoktu. Medikal tedavisi candesartan 8 mg/gün, metoprolol 50 mg/gün, spironolakton 25 mg/gün, hidroklorotiyazid 25 mg/gün, furosemid 40 mg/gün şeklinde idi. Fizik muayenesinde terleme ile birlikte takipnesi mevcuttu, hafif siyanoze ve ortopneikti. Tansiyonu 90/60 mmHg ve nabızı düzenli, 96 atım/dk, ateşi 36°C idi. Boy: 161 cm, ağırlık: 69 kg, vücut kitle indexi 26.6 kg/m² saptandı. Akciğer bazallerinde bilateral raller, boyunda venöz dolgunluk (+), hepatojuguler reflü (+), batında minimal asit ve bilateral 3(+) pretibial ödem mevcuttu. Oskultasyonda kalp sesleri ritmik, mitral ve triküspit odakta 2-3/6 pansistolik üfürüm, S3(+), S4(-) idi Hastada ayırıcı tanıda, kronik kalp yetmezliğinin dekompanzasyonu, akut kalp yetmezliği, hipotansif akciğer ödemi, pulmoner emboli düşünüldü. Bunun üzerine hastaya elektrokardiyografi (EKG), transtorasik ekokardiyografi (TTE) ve posteroanterior akciğer

¹ Uzm. Dr., Sivas Numune Hastanesi, ozge-salkin88@hotmail.com

Peritoneal Ultrafiltrasyon

Medikal tedaviye yanıt vermeyen KKY hastalarında uygulanabilecek bir diğer UF yöntemi peritoneal UF'dir. Hastanın kendisi tarafından, evde uygulanan bu yöntemde diyaliz membranı olarak periton kullanılır. Hemodiyaliz tedavisinde hidrostatik basınç farkından yararlanılırken, periton diyalizinde osmotik basınç farkı oluşturularak ultrafiltrasyon sağlanır.

KRS'de Prognoz

Her bir hasta için tedavi yönetimi bireyselleştirilmeli ve uzlaşmış olan kombine tedavisi temeline dayanmalıdır. Böbrek ve kalp intravasküler hacim dengesi, kan basıncı, vasküler tonus, diürez, natriürez, periferel doku perfüzyonu ve oksijenizasyonu için işbirliği içinde hareket ettiğinden beraber görülme oranı giderek artmaktadır. Patofizyoloji kalp yetersizliğinde renal perfüzyonun azalması ile açıklanılmaya çalışılmış olsa da bundan çok daha karmaşıktır ve iyi anlaşılammıştır. Bu sebeple 5 alt gruba ayrılmıştır. Kalp yetersizliği (KY) popülasyonunda renal disfonksiyona sık rastlanmakta olup morbidite ve mortalitenin bağımsız bir öngördürücüsü olduğu bilinmektedir. Böbrek yetersizliğinin, KY seyrini nasıl olumsuz etkilediği iyi bilinmemekte olup birçok yolak kısır döngüsel kalp/böbrek siklusuna katkıda bulunabilir. KRS'a spesifik geliştirilmiş, kanıtlanmış bir tedavi modalitesi henüz bulunmamaktadır. Tam aydınlatılmamış olan patofizyolojisi ve tedavi modaliteleri ile KRS hastalarının prognozu kötüdür. Serum kreatininde artış veya kreatinin klirensinde azalma kalp yetmezliği hastalarında kötü prognoz ile ilişkilidir. Bu tabloya oligüri, ödem, hiponatremi veya diüretik direncinin eşlik etmesi daha kötü prognoz ile ilişkilidir.

Kaynaklar

1. Lewey AS, Eckardt KU, Isukamoto Y, Levin A. Definition and classification of chronic kidney disease: A position statement from Kidney Improving Global Outcomes (KDIGO) Kidney International. 2005; 67:2089-100.
2. Felker GM, Lee KL, Bull DA et al. Diuretic strategies in patients with acute decompensated heart failure. New England Journal of Medicine. 2011; 364:797-805.
3. Kittleson M, Hurwitz S, Shah MR, et al. Development of circulatory-renal limitations to angiotensin-converting enzyme inhibitors identifies patients with severe heart failure and early mortality. J Am Coll Cardiol. 2003; 41:2029-35.
4. Marenzi G, Lauri G, Grazi M, Assanelli E, Campodonico J, Agostoni P. Circulatory response to fluid overload removal by extracorporeal ultrafiltration in refractory congestive heart failure. J Am Coll Cardiol. 2001; 38:963-68.