

BÖLÜM 126

ÖDEMLİ HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mukadder Ayşe BİLGİÇ¹

“Üriner Sistem Hastalıklarında Belirti ve Bulgular” kısmında tanım ve fizyopatolojisine değinilen ödem, böbreklerin temel rolü oynadığı önemli bir bulgudur.

Ödem, intersitisyel hacim 2.5-3 lt arttığında ancak gözle görülebilir hale gelir. Sadece plazmanın intersitisyel alana sızdığı düşünüldüğünde damar içi sıvı azalması ile şok gelişmesi beklenir. Ancak bu komplikasyon böbreğin tuz ve su tutması ile kompanse edilmiş olur.

Ödem oluşum mekanizmaları, daha önce de bahsedildiği gibi kapiller hemodinamiklerde meydana gelen değişiklikler ile açıklanmaktadır. Ödem gelişim mekanizmalarına göre ödem nedenleri Bölüm 125 Tablo 9’da sıralanmıştır.

Renal Sodyum Tutulumu

Renal sodyum tutulumu sonucu hücre dışı sıvı hacminde artış, ödem oluşumunda ikinci

basamağı oluşturur. Böbrek tarafından sodyum tutulumu iki mekanizma ile meydana gelir.

1. Primer renal sodyum tutulması
2. Efektif dolaşan hacimde azalmaya yanıt olarak sodyum tutulması

Primer Renal Sodyum Tutulması:

Renal sodyum atılımında primer bozukluk, ileri dönem böbrek yetmezliği, akut glomerülonefrit ve nefrotik sendrom gibi böbrek hastalıklarında görülür. Mekanizması tam aydınlatılmamış olsa da sodyum atılımındaki azalmanın toplayıcı tubuluslardaki sodyum geri emiliminin artması sonucu olduğu gösterilmiştir.

Efektif Dolaşım Hacminin Azalmasına Kompansatuvar Yanıt:

Efektif dolaşım hacmi, dokuların yeterli olarak kanlanmasını sağlayacak arter hacmini ifade eden ölçülemeyen bir kavramdır. Efektif dolaşım hacmi azaldığında böbrekler efektif

¹ Prof. Dr., Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Medikal Park Hastanesi, aysebat@gmail.com



venöz veya lenfatik obstrüksiyon düşünülmelidir. Pelerin tarzında ödem, vena cava superior obstrüksiyonunu düşündürür. Hipoproteinemik ödem tipik olarak yaygındır ve göz kapakları ve yüz gibi yumuşak dokularda ve sabahları daha belirgindir. Yüzde ödemi olan hastalarda allerjik reaksiyonlar, miksödem gibi daha nadir nedenler ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

Kalp yetersizliğine bağlı ödem öncelikle alt ekstremitelerde ve akşamları daha da artar. İleri dönemde hasta yatağa bağlanınca ödem presakral bölgede belirgin hale gelir.

Hidrotoraks veya asit varsa infeksiyöz (tüberküloz) veya malign (akciğer kanseri, peritonitis karsinomatoza) nedenler ekarte edilmelidir.

Ödemli bölgenin derisinde gözlenen değişiklikler (renk, hassasiyet, kalınlık) bilgi verebilir. Derideki ağrı ve ısı artışı inflamasyonu, lokal siyanotik görünüm venöz obstrüksiyonu düşündürür. Deri kalın, endüre ve koyu renkli ise kronik, tekrarlayıcı ödemi (tromboflebit, lenfanjit) akla getirir.

Ödemli hastalarda serum albümin düzeyi ölçülmelidir. Hipoalbuminemi varlığında 24 saatlik idrarda kantitatif protein tayini yapılmalıdır. Nefrotik düzeyde proteinüri saptanması bir böbrek hastalığının etiolojide rol oynadığını düşündürür. Ancak ileri hipoproteinemi durumunda (kandan idrara geçecek protein miktarı azalmış) veya glomerüler filtrasyon hızının ileri derecede azaldığı durumlarda (Bowman boşluğuna süzülen toplam protein miktarı azalmış) renal patolojiye rağmen masif proteinüri görülmeyebilir.

Nefrotik ödem saptanan hastada klinik ve biyokimyasal bulgular ile altta yatan hastalığın kesin tanısı konulamaz ise hastaya böbrek biyopsisi yapılarak tanı konulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Goldman and Cecil-Medicine, Lee Goldman and Andrew I Schafer (Eds), 26th Edition, Philadelphia, Elsevier, 2020
2. Rennke HG, Denker BM (2008). Böbrek Fizyopatolojisi (T. Eder, çev.). İstanbul:İstanbul Medikal Yayıncılık