

11. Bölüm

BÖBREK NAKLİ SONRASI ERKEN DÖNEM HASTALARIN İZLENMESİ VE TEDAVİSİ

Gülay YILMAZ¹

Böbrek transplantasyonu sonrası greft fonksiyonunun korunması ve hastanın hemodinamik stabilitesinin sağlanması için öncelikle doğru immünsüpresif tedavinin yapılması, sıvı ve elektrolit dengesinin sağlanması ve erken dönem gelişebilecek medikal komplikasyonların iyi yönetilmesi gerekmektedir.

1.POSTTRANSPLANT ERKEN DÖNEMDE SIVI ELEKTROLİT TAKİBİ

Posttransplant erken dönemde yeterli sıvı replasmanının yapılmasının amacı yeterli renal perfüzyonun ve efektif diürezin sağlanmasıdır (1). Bu dönemde hastalarda hipovolemi, hipervolemi, sodyum, potasyum, fosfor, magnezyum ve kalsiyum denge bozuklukları görülebilir. Hipovolemiye özellikle transplantasyon öncesi diyaliz ve fazla ultrafiltrasyon yapılan hastalarda rastlanır. Bu nedenle transplantasyon öncesi yapılan diyaliz seansında hastanın kuru kilosunun bir kilo üstünde çıkması sağlanmalıdır. Hipotansiyon, cilt ve mukozalarda kuruluk gibi hipovolemi bulguları saptanan hastada hızla izotonik sodyum klorür ile hidrasyon yapılmalı, sonrasındaki idame hidrasyon hastanın laboratuvar ve klinik verilerine göre düzenlenmelidir. Hipervolemi ise kan basıncı yüksekliği, ödem ve akciğerlerde rallerle belirti verebilir. Sıvı kısıtlaması, loop diüretikleri ve gerekirse ultrafiltrasyon ile fazla sıvı uzaklaştırılabilir.

Hiperpotasemi: Postoperatif dönemde hiperpotasemi böbrek fonksiyon bozukluğu, kalsinörin inhibitörü kullanımı, renin-anjiyotensin-aldosteron sistem blokerleri, trimetoprim ko-trimoksazol ve potasyum tutucu diüretikler nedeniyle gelişebilir. Tedavide diyet ile alınan potasyumun kısıtlanması, potasyum bağlayıcı

¹ Uzman doktor, Acıbadem International Hastanesi Nefroloji Bölümü drgulaytastan@hotmail.com.

hasarı, tuz alımı, rekurren/de-novo glomerulonefrit ve renal arter stenozudur. Bu hastalarda hedef kan basıncı 130/80 mmHg' nın altıdır. Kan basıncı yüksek hastalarda 24 saatlik ambulatuar kan basıncı takibi, günlük protein atılımı, kalsiyum, parathormon ve kalsinörin inhibitörü düzeyleri, renal arterin görüntülenmesi, greft fonksiyonlarının gözden geçirilmesi gerekmektedir. Tedavide yaşam tarzı değişikliğinin yanında, siklosporin kullanan hastada takrolimusa geçilmesi kan basıncını regüle edebilir. Buna rağmen hedef değerlere ulaşamayan hastalarda renin-anjiyotensin sistem blokerleri, diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri, beta-blokerler ve alfa blokerler kullanılabilir.

Posttransplant Hiperlipidemi

Hiperlipidemi böbrek transplant alıcılarında hem kardiyovasküler hastalık hem de greft surveyini etkileyen düzeltilebilir bir risk faktörüdür. Bu hastalarda kilo alımı, sedanter yaşam, ileri yaş, beta bloker ve diüretik kullanımı, diabetes mellitus, kortikosteroid, kalsinörin inhibitörü ve m-tor inhibitörlerinin etkisi ile hiperlipidemi sıklığı artmıştır. Böbrek transplant alıcılarında hedef LDL kolesterol düzeyi 100 mg/dl'nin altıdır. LDL kolesterol düzeyi 100-130 mg/dl arasında yaşam tarzı değişikliği, 130 mg/dl'nin üstünde ise statin kullanımı önerilir (12). Trigliserid düzeyi 500 mg/dl'nin üzerindeki hastalarda fibrat kullanılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Renal transplantasyon, immünsüpresyon, erken dönem takip

KAYNAKLAR

1. Ferris R.L., Kittur D.S., Wilasrusmee C., et al. Early hemodynamic changes after renal transplantation: determinants of low central venous pressure in the recipients and correlation with acute renal dysfunction. *Med Sci Monit* 2003; 9: 61-66.
2. Almeida C.C., Silveira M.R., De Araújo V.E., et al. Safety of Immunosuppressive Drugs Used as Maintenance Therapy in Kidney Transplantation.: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pharmaceuticals*. 2013; 6:1170-1194.
3. Mahboob Lessan-Pezeshki, Pregnancy after renal transplantation: points to consider. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2002;7:703-707.
4. Nankivell B.J, Alexander S.I. Rejection of the kidney allograft. *N. Engl. J. Med*. 2010;363:1451-62.
5. Peräsaari J.P., Kyllönen L.E., Salmela K.T., et al. Pre-transplant donor-specific anti-human leukocyte antigen antibodies are associated with high risk of delayed graft function after renal transplantation. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2016;31: 672-678.
6. J. A. Fishman. Infection in Organ Transplantation. *American Journal of Transplantation* 2017; 17: 856-879.
7. Ponticelli C, Glassock RJ. Posttransplant recurrence of primary glomerulonephritis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010;5:2363-72.
8. Langsford, D., Steinberg, A., Dwyer, K.M. Diabetes Mellitus Following Renal Transplantation: Clinical and Pharmacological Considerations for the Elderly Patient. *Drugs Aging*. 2017;34:589-601.

9. Prasad G., Rizicka M., Burns K., et al. Hypertension in dialysis and kidney transplant patients. *Can J Cardiol.* 2009;25:309–314.
10. Mange K.C., Cizman B., Joffe M., et al.. Arterial hypertension and renal allograft survival. *JAMA.* 2000;283:633–8.
11. Kasiske B, Cosio FG, Beto J et al. Clinical Practice Guidelines for Managing Dyslipidemias in Kidney Transplant Patients: A report from the managing Dyslipidemias in chronic kidney disease work group of the national kidney foundation, kidney disease outcomes quality initiative. *Am J Transplant.* 2004;4:13-53.