

12. Bölüm

BÖBREK NAKİLLİ HASTALARIN POLİKLİNİKTE UZUN DÖNEM TAKİBİ

Emel TATLI¹

Kronik böbrek yetersizliğinin en yüz güldürücü tedavi yöntemi böbrek naklidir. Hastalar kronik böbrek yetersizliğinin sebebi ve sonucu olarak ciddi ek hastalıklara sahiptirler. Aynı zamanda yan etki potansiyeli olan immünsüpresif tedavi altında olduklarından takipleri gerekli sıklıkta ve ciddiyette yapılmalıdır. Poliklinik kontrol araları erken dönemdeki seyre bağlı olarak değişkenlik gösterir (Tablo 1).

Tablo 1. Komplikasyonsuz seyir gösteren hastalarda poliklinik takip sıklığı

Posttransplant 1.ay: Haftada 1-2
Posttransplant 2. ay: İki haftada bir
Posttransplant 3-12 ay: Her ay
Posttransplant İlk yıl: 3 ayda bir
Posttransplant İlk yıldan sonra: 6 ayda bir

Poliklinik muayeneleri sırasında hastanın şikayeti olup olmadığı sorulmalı, tıbbi ve sosyal konularda bilgi verebilmek için gerekli zaman ayrılmalıdır. Tedaviye uyum açısından risk faktörleri belirlenmeli ve düzeltilmeye çalışılmalıdır. Sigara içme, renal transplant alıcıları arasında genel popülasyonda olduğu gibi yaygındır ve kardiyovasküler hastalıkların yanısıra kanser riskini de artırır. Bu nedenle, nakil alıcılarının sigarayı bırakması sağlanmalıdır. Nikotin preparatları da dahil sigara bırakma programlarının tümünün etkili olduğu gösterilmiştir. Hastanın kan basıncı, kilo takibi, idrar miktarı, tükettiği sıvı, vücut ısısı, ilaç dozlarını içeren notlarını alabileceği bir sistem kurulmalıdır. Günlük fizik aktivite ve sağlıklı beslenme özendirilmelidir. Her poliklinik kontrolünde ayrıntılı sistemik

¹ Nefroloji Uzmanı. emeltat@yahoo.com

tedavi azaltılarak kesilmeli, graft nefrektomi yapılmadı ise sadece düşük doz steroid ile devam edilmelidir. Genel olarak diyalize başladıktan sonra hastanın klinik ve laboratuvar bulguları normal ise grifte dokunulmaz.

3. Graft yetersizliği sonrası diyalize başlandı ise antiproliferatif ajanlar hemen kesilir. (AZA, MPA/MMF; mTOR inhibitörleri) Graft yetersizliği nonimmün nedenlerden kronik ve yavaş ilerleme göstermiş ise kalsinörin inhibitörleri (CNI) kısa sürede azaltılarak kesilebilir. (1-3 hafta) Graft yetersizliği akut immunolojik olaylar nedeni ile gelişmiş ise CNI' ler uzun dönemde azaltılarak kesilirler (4-8) hafta,

Steroidlerin yavaş olarak azaltılarak kesilmesi (birkaç hafta):

- a- Diyalize başlanarak 1 ay süre ile aynı steroid dozunu verilir
- b- Steroidler tamamen kesilmeden evvel her ay aynı dozun yarısını verilir
- c- Semptomlar gözlenir (ateş, ağrı, greftin büyümesi), red belirtileri kontrol edilir (CRP, WBC, US, görüntüleme)
- d- Daha yüksek dozda steroid verilmesini gerektiren semptomlar ortaya çıktığı takdirde graft nefrektomisi planlanmalıdır.

Bunun dışında tekrar nakil düşünen hastalarda graft sünger etkisi ile antikorları emerek sensitizasyonu azalttığından korunmalıdır.

Graft ilk yıl immunolojik nedenlerle kaybetmişse önce diyalize girmesi önerilir ancak bu süre 1 yıldan az tutulur. Geç graft kaybı yaşanmışsa preemtif ret-plantasyon yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Böbrek nakli, posttransplantasyon, geç dönem komplikasyonlar

KAYNAKLAR

1. Boschetti SB, Nogueira PC, Pereira AM, Fisberg M, Pestana JO. Prevalence, risk factors, and consequences of overweight in children and adolescents who underwent renal transplantation—short-and medium-term analysis. *Pediatr Transplant* 2013; 17(1): 41-7.
2. Sever MS, Zoccali C. Moderator's view: Pretransplant weight loss in dialysis patients: cum grano salis. *Nephrol Dial Transplant* 2015; 30(11): 1810-3.
3. Kidney Disease: Improving Global Outcomes Transplant Work G. KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients. *Am J Transplant* 2009; 9 suppl 3: S1-155.
4. Amer H, Cosio FG. Significance and management of proteinuria in kidney transplant recipients. *J Am Soc Nephrol* 2009; 20(12): 2490-2.
5. Roodnat JJ, Mulder PG, Rischen-Vos J, et al. Proteinuria after renal transplantation affects not only graft survival but also patient survival. *Transplantation* 2001; 72(3): 438-44.
6. Tsampalieros A, Knoll GA. Evaluation and Management of Proteinuria After Kidney Transplantation. *Transplantation* 2015; 99(10): 2049-60.
7. Bellomo G. Asymptomatic hyperuricemia following renal transplantation. *World J Nephrol* 2015; 4(3): 324-9
8. Huang JW, Famura O, Li Y, Kim SJ. Hypomagnesemia and the Risk of New-Onset Diabetes

- Mellitus after Kidney Transplantation. *J Am Soc Nephrol* 2016; 27(6): 1793-800
9. McGregor R Li G, Penny H, Lombardi G, Afzali B, Goldsmith DJ. Vitamin D in renal transplantation – from biological mechanism to clinical benefits. *Am J Transplant* 2014; 14(6): 1259-70
 10. Sarno G Nappi R Altieri B et al. Current evidence on vitamin D deficiency and kidney transplant. What's new? *Rev Endocr Metab disord* 2017; 18(3): 323-34
 11. Danovitch GM: Long-Term Posttransplant Management and Complications. *Handbook of Kidney Transplantation*. Fifth Edition. 2010; 217-250.
 12. Samal L Bates DW. To err is human: lessons from patient safety research for transplant care. *Clin J Am Soc Nephrol* 2014; 9(5): 845-7.
 13. Carpenter MA, John A, Weir MR, et al. BP, cardiovascular disease and death in the Folic Acid for Vascular Outcomes Reduction in Transplantation trial. *J Am Soc Nephrol*. 2014;25:1554-1562. A Report of the Lisbon Conference on the Care of the Kidney Transplant Recipient. *Transplantation* 2007; 83:S1-S22.
 14. Gillis KA, Patel RK, Jardine AG. Cardiovascular complications after transplantation: treatment options in solid organ recipients. *Transplant Rev (Orlando)* 2014; 28(2): 47-55.
 15. Hjelmessaeth J, Hartman A: Glucose intolerance after renal transplantation depends upon prednisolone dose and recipient age. *Transplantation* 1997 Oct 15; 64(7): 979-83.
 16. Numakura K, Satoh S: Clinical and genetic risk factors for posttransplant diabetes mellitus in adult renal transplant recipients treated with tacrolimus. *Transplantation* 2005 Nov 27; 80(10): 1419-24.
 17. Tobin GS, Klein CL, Brennan DC. New-onset diabetes after transplant (NODAT) in renal recipients. In: Murphy B, Nathan DM, eds. *Uptodate*. Waltham, MA: Wolters Kluwer; 2018
 18. Jenssen T, Hartmann A. Emerging treatment for post-transplantation diabetes mellitus. *Nat Rev Nephrol* 2015; 11(8): 465-77
 19. Reindl-Schwaighofer R, Oberbauer R, Oberbauer R. Blood disorders after kidney transplantation. *Transplant Rev (Orlando)*. 2014 Apr;28(2):63-75
 20. Vlahakos DV, Marathias KP, Agroyannis B, Madias NE. Posttransplant erythrocytosis. *Kidney Int*. 2003;63(4):1187-94
 21. Smith A, Couvillion R, Zhang R, et al. Incidence and management of leukopenia/neutropenia in 233 kidney transplant patients following single dose alemtuzumab induction. *Transplant Proc*. 2014;46(10):3400-4
 22. Luan FL, Kommareddi M, Ojo AO. Impact of cytomegalovirus disease in D+/R- kidney transplant patients receiving 6 months low dose valganciclovir prophylaxis. *Am J Transplant*. 2011;11(9):1936-42
 23. Ebeling PR: Transplantation Osteoporosis. *Curr Osteoporos Rep*. 2007 Mar; 5 (1): 29-37.
 24. Engels EA, Pfeiffer RM, Fraumeni JF, Jr., et al. Spectrum of cancer risk among US solid organ transplant recipients. *JAMA* 2011; 306(17): 1891-901
 25. Constantinescu S, Pai A, Coscia LA, Davison JM, Moritz MJ, Armenti VT. Breast-feeding after transplantation. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014; 28(8): 1163-73
 26. Griffiths PD. Determining a Viral load Threshold for Treating Cytomegalovirus (CMV). 2017. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00947141>.