

BÖLÜM 12

AKUT BÖBREK HASARIYLA TANI ALAN RETROPERİTONEAL FİBROZİS OLGUSU

Mesut Buğra HATİPOĞLU ¹

GİRİŞ

Akut böbrek hasarı (ABH), hastaneye başvuran hastaların önemli bir bölümünde görülen, morbidite ve mortalite sıklığını arttıran klinik bir durumdur. Kırk sekiz saat içinde serum kreatinin düzeyinde ≥ 0.3 mg/dL artış olması, 7 gün içinde serum kreatinin değerinin başlangıca göre ≥ 1.5 katına çıkması veya idrar çıkışının 6 saatten uzun süreyle < 0.5 mL/kg/sa olması olarak tanımlanmaktadır (1,2). Prerenal, renal ve postrenal nedenlere bağlı olarak gelişebilmektedir. Prerenal ABH, genellikle hipovolemi, kardiyak debide azalma veya renal perfüzyon bozukluğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Renal ABH, glomerüler, tübüler veya interstisyel yapılarda hasara bağlı olarak görülmektedir. Postrenal ABH ise üriner sistem obstrüksiyonu sonucu gelişmektedir (1). Bu sınıflandırma, tanısall yaklaşım ve tedavi planlamasında kritik öneme sahiptir.

Tablo 12.1 Akut Böbrek Hasarının Sınıflandırılması

Prerenal	Hipovolemi, azalmış kardiyak debi, azalmış efektif intravasküler volüm, renal otheregölasyonda bozulma
Renal	Glomerülonefritler, akut tübüler nekroz, akut interstisyel nefrit, intratübüler obstrüksiyon, iskemi, sepsis, nefrotoksinler
Postrenal	Mesane çıkış obstrüksiyonu, bilateral üretral obstrüksiyon

¹ Uzm. Dr., Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, hatipoglubugra@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-0168-2993

Sunulan vakada da olduğu gibi, ABH ile başvuran hastalarda, obstrüksiyonun hızlı bir şekilde giderilmesi (double-J stent veya perkütan nefrostomi ile) böbrek fonksiyonlarının korunması açısından kritik öneme sahiptir (7).

Akut böbrek hasarından şüphelenen hastalarda postrenal etiyolojiyi aydınlatmak için mutlaka renal görüntüleme yapılması gerekmektedir (1,9). Akut böbrek hasarında altta yatan nedenin hızla fark edilip tedaviye başlanması klinik sonuçları iyileştirdiği, renal hasarı ve mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir (10).

SONUÇ

Akut böbrek hasarı gelişen hastalarda prerenal, renal ve postrenal nedenler gözden geçirilmeli ve postrenal etiyolojiyi araştırmak için renal görüntüleme mutlaka yapılmalıdır. Nadir görülen bir hastalık olsa da retroperitoneal fibrozis de postrenal ABH tablosunda akılda tutulmalıdır. Retroperitoneal fibrozis saptanırsa tedavi süreci hızla planlanmalı ve hasta yakın takip edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Kellum, J. A., Lameire, N., Aspelin, P., Barsoum, R. S., Burdmann, E. A., Goldstein, S. L., Herzog, C. A., Joannidis, M., Kribben, A., Levey, A. S., MacLeod, A. M., Mehta, R. L., Murray, P. T., Naicker, S., Opal, S. M., Schaefer, F., Schetz, M., & Uchino, S. (2012). Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) acute kidney injury work group. KDIGO clinical practice guideline for acute kidney injury. *Kidney International Supplements*, 2(1), 1–138. <https://doi.org/10.1038/kisup.2012.1>
2. Pereira, M., Rodrigues, N., Godinho, I., Gameiro, J., Neves, M., Gouveia, J., Costa e Silva, Z., & Lopes, J. A. (2017). Acute kidney injury in patients with severe sepsis or septic shock: A comparison between the “Risk, Injury, Failure, Loss of kidney function, End-stage kidney disease” (RIFLE), Acute Kidney Injury Network (AKIN) and Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) classifications. *Clinical Kidney Journal*, 10(3), 332–340. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfw107>
3. Vaglio, A., Salvarani, C., & Buzio, C. (2006). Retroperitoneal fibrosis. *The Lancet*, 367(9506), 241–251. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68035-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68035-5)
4. Rossi, G. M., Rocco, R., Accorsi Buttini, E., Marvisi, C., & Vaglio, A. (2017). Idiopathic retroperitoneal fibrosis and its overlap with IgG4-related disease. *Internal and Emergency Medicine*, 12(3), 287–299. <https://doi.org/10.1007/s11739-016-1599-z>
5. Vaglio, A., Palmisano, A., Corradi, D., Salvarani, C., & Buzio, C. (2007). Retroperitoneal fibrosis: Evolving concepts. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 33(4), 803–vii. <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2007.07.013>
6. Van Bommel, E. F. (2002). Retroperitoneal fibrosis. *The Netherlands Journal of Medicine*, 60(6), 231–242.
7. Vaglio, A., & Maritati, F. (2016). Idiopathic retroperitoneal fibrosis. *Journal of the American Society of Nephrology*, 27(7), 1880–1889. <https://doi.org/10.1681/ASN.2015101110>
8. Marcolongo, R., Tavolini, I. M., Laveder, F., Busa, M., Noventa, F., Bassi, P., & Semenzato, G. (2004). Immunosuppressive therapy for idiopathic retroperitoneal fibrosis: A retrospective analysis of 26 cases. *The American Journal of Medicine*, 116(3), 194–197. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2003.08.033>

9. National Institute for Health and Care Excellence. (2019, October 16). Acute kidney injury (NG148). NICE guideline. Retrieved September 8, 2025, from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng148>
10. Han, L., Li, H., Luo, L., Ye, X., Ren, Y., Xu, Z., Zhang, W., Zhang, J., Li, Y., Chen, B., Zhu, B., & Shao, L. (2025). Unexpectedly high rate of unrecognized acute kidney injury and its trend over the past 14 years. *Scientific Reports*, 15(1), 6305. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-88732-8>