

# **Aile Hekimliği Polikliniğinde Saptanan Bir Kronik Böbrek Yetmezliği**

## **Olgu Sunumu**

### ***A Case Report Diagnosed Chronic Renal Failure In Family Medicine Polyclinic***

**İzzet FİDANCI<sup>1</sup>**  
**Gülşah ÖZTÜRK<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Mamak Kıbrıs Aile Sağlığı Merkezi  
<sup>2</sup> Asarcık İlçe Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği

**Yazışma Adresleri /Address for Correspondence:**

Uzm.Dr.İzzet FİDANCI  
Mamak Kıbrıs Aile Sağlığı Merkezi,  
Ankara

**Tel/phone:** +90 551 420 18 34  
**E-mail:** izzetfidanci@gmail.com

#### **Anahtar Kelimeler:**

aile hekimliği, bulantı,  
kronik böbrek yetmezliği

#### **Keywords:**

family medicine, nausea,  
chronic renal failure

**Geliş Tarihi - Received**

21/12/2018

**Kabul Tarihi - Accepted**

23/01/2019

#### **Öz**

Kronik böbrek yetmezliği; glomerüler filtrasyon hızında azalmanın sonucu böbreklerin sıvı ve elektrolit dengesini ayarlama, endokrin fonksiyonlarında kronik ve progresif olarak işlevlerini yitirmesi olarak tanımlanabilir. Olgumuzda, Aile Hekimliği Polikliniğimize bulantı şikayetiyle başvuran ve takibinde kronik böbrek yetmezliği tanısı koyulan hastayı sunduk.

#### **Abstract**

Chronic renal failure; Since there is a decrease in glomerular filtration rate, it cannot regulate fluid and electrolyte balance and can be defined as chronic-progressive loss of function in endocrine functions. In our case, we presented a patient who was admitted to our Family Medicine Outpatient Clinic with complaints of nausea and was diagnosed as having chronic renal failure.

#### **Giriş**

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), dünyada yaygın halde olan önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. KBY, birçok hastalığa bağlı olarak gelişebilen geri dönüşümsüz, en az 3 ay süren ve ilerleyici nefron kaybı ile ortaya çıkan bir böbrek hastalığı tablosudur. KBY, altta yatan böbrek hastalığı nedenine bakılmaksızın üç aydan uzun süren göreceli böbrek hasarı ve glomerüler filtrasyon hızının (GFH), 60 ml/dk/1,73 m<sup>2</sup> 'nin altına inmesi durumu olarak tanımlanır. Böbrek hücre ve doku hasarı; kan ve idrar testleri ile görüntüleme yöntemleri ve biyopsi ile belirlenebilir. (1,2) Günümüzde tanı konmasının kolay olması nedeniyle, birinci basamakta böbrek hastalıklarıyla ilgili şikayetlerle gelen hastaların kan ve idrar tetkikleri yapılmadan sonlandırılmaması gerekmektedir. Olgumuzda; böbrek fonksiyon testlerinde aşırı yükseklik saptanan hastayı sunduk.

#### **Olgu**

Kırk dokuz yaşında erkek hasta, bir haftadır geçmeyen bulantı şikayetiyle aile hekimliği polikliniğimize başvurdu. Hastanın ek şikayeti mevcut değildi. Hastanın bilinen bir hastalığı olmamakla birlikte geçirilmiş operasyon ve ilaç kullanım öyküsü de bulunmaktaydı. Hasta sigara ve alkol kullanmamakta olup, bulantı şikayetinin ilk defa olduğunu belirtti. Herhangi bir sebepten ötürü en son 6 yıl önce bir sağlık kuruluşuna başvurusu bulunmaktaydı. Hastanın aile öyküsünde önemli bir özellik (anne/babada kan-

ser öyküsü) tespit edilmedi. Fizik bakıda vital bulgularında ateş: 36,60C, solunum sayısı: 25/dk, nabız: 90/dk, kan basıncı: 140/80 mmHg ölçülmüş olup, batın ve diğer sistemik muayeneler normaldi. Kilosu 98 kg, boyu 184 cm olan

hastanın vücut kitle indeksi 28,9 kg/m<sup>2</sup> idi. Yapılan kan tetkiklerinden referans aralığı dışında saptanan değerler tablo 1’de gösterilmiştir. İdrar tetkik sonucu ise tablo 2’de gösterilmiştir.

**Tablo 1. Kan Tetkik Sonuçları**

<b>BİYOKİMYA TETKİKLERİ</b>					Örnek Türü: SERUM
Parametre	Sonuç	Birim	Referans Aralığı / Karar Sınırı	Metot*	
<b>Glukoz</b>	↑ <b>107</b>	mg/dL	74 - 106 <140 **	FM	
<b>Kan Üre Azotu (BUN)</b>	↑↑ <b>130</b>	mg/dL	6 - 20	FM	
<b>Kreatinin</b>	↑↑ <b>13.35</b>	mg/dL	0.7 - 1.2	FM	
<b>Tahmini GFH (CKD-EPI formülü)</b>	↓ <b>4</b>	mL/min/1.73 m <sup>2</sup>	>90	FM	
	Normal veya yüksek	mL/min/1.73 m <sup>2</sup>	90 - > 90		
	Hafif azalmış	mL/min/1.73 m <sup>2</sup>	60 - 89		
	Hafif-orta derecede azalmış	mL/min/1.73 m <sup>2</sup>	45 - 59		
	Orta-ileri derecede azalmış	mL/min/1.73 m <sup>2</sup>	30 - 44		
	İleri derecede azalmış	mL/min/1.73 m <sup>2</sup>	15 - 29		
	Böbrek yetmezliği	mL/min/1.73 m <sup>2</sup>	0 - < 15		
<b>HDL Kolesterol</b>	↓ <b>33</b>	mg/dL	40 - 60	FM	
<b>Total Kalsiyum (Ca)</b>	↓ <b>6.4</b>	mg/dL	8,4 - 10,2	FM	

**HEMATOLOJİ TETKİKLERİ**

Örnek Türü: TAM KAN

Parametre	Sonuç	Birim	Referans Aralığı / Karar Sınırı	Metot*
Kan Sayımı Otomatik Hemogram (geniş panel)	:			
<b>Eritrosit (RBC)</b>	↓ <b>3.5</b>	x10 <sup>6</sup> /μL	4,5 - 5,9	IMP
<b>Hemoglobin (HGB)</b>	↓ <b>10.9</b>	g/dL	13,5 - 17,0	SLS-Hb
<b>Hematokrit (HCT)</b>	↓ <b>33.6</b>	%	40 - 52	CPHD
<b>Ort.Erit.Vol. (MCV)</b>	↑ <b>96.0</b>	fL	80 - 93	HIS
<b>Ort. Erit. Hem.Kon.(MCHC)</b>	↓ <b>32.4</b>	g/dL	33 - 36	HIS
<b>Lökosit (WBC)</b>	↑ <b>12.4</b>	x10 <sup>3</sup> /μL	4.4 - 11.3	FC

**SEROLOJİ TETKİKLERİ**

Örnek Türü: SERUM

Parametre	Sonuç	Birim	Referans Aralığı / Karar Sınırı	Metot*
<b>CRP (Türbidimetrik)</b>	↑ <b>9.36</b>	mg/dL	0.0 - 0.5	TRB

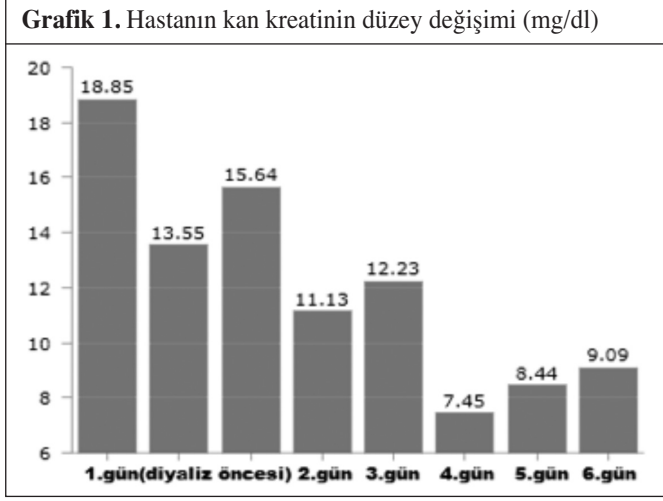
\* FM: Fotometrik, IMP: İmpedans, SLS-Hb: Sodyum lauryl sülfat-Hemoglobin yöntemi, CPHD: Cumulative Pulse Height Detection, HIS: Histogram, FC: Flow Cytometry, TRB: Turbidimetrik

**Tablo 2. İdrar Tetkik Sonuçları**

<b>İDRAR TETKİKLERİ</b>					Örnek Türü: TAM IDRAR
Parametre	Sonuç	Birim	Referans Aralığı / Karar Sınırı	Metot*	
İdrar Analizi (TİT)	:				
pH	6.0		5 - 7	RF	
Glukoz	(++)		NEGATİF	RF	
Bilirubin	Neg		NEGATİF	RF	
Ürobilinojen	Normal		NORMAL	RF	
Protein	(+++)		NEGATİF	RF	
Dansite	1.010		1.005 - 1.025	RF	
Keton	Neg		NEGATİF	RF	
Nitrit	Neg		NEGATİF	RF	
Lökosit	Neg		NEGATİF	RF	
Eritrosit	(++)		NEGATİF	RF	
Bakteri Hücreci	Nadir	/HPF	NEGATİF	FDG	
Lökosit	5	/HPF	0 - 5	FDG	
<b>Eritrosit</b>	↑ <b>19</b>	/HPF	0 - 3	FDG	

\* RF: Reflektans Fotometr, FDG: Flow cell Dijital Görüntüleme

Kreatinin yüksekliği ile ikinci basamağa yönlendirilen hasta, tetkiklerinin kontrolü alındıktan sonra acil hemodiyalize alındı ve ek tetkikleri planlanarak hastaneye yatışı yapıldı. Hastanın hepatit ve HIV serolojisi negatif olup, hemodiyaliz sonrası hastanın kreatinin düzeyinde düşüş görülmüş olup hastanede ölçülmüş olan serum kreatinin düzeyleri Grafik 1'de gösterilmiştir.



Altıncı gün sonunda taburcu edilen hastaya, günde bir kez Doksazosin Mesilat 4 mg başlandı ve etyoloji saptanamayan hasta, diyaliz programına alınarak Nefroloji bölümüne takibe alındı.

### Tartışma

KBY gelişimine altta yatan birçok hastalık neden olabilmektedir. Bu nedenlerin görülme sıklık durumu, beslenme ve kültürel davranış alışkanlıkları nedeniyle ülkelere göre değişim göstermektedir. En sık görülen nedenler ise; kronik glomerulonefrit, hipertansiyon, diyabetes mellitus, obstruktif üropati, polikistik böbrek hastalığı ve interstisyel nefritler olarak sıralanmaktadır. Hastaların büyük bölümü doktora ilerlemiş üremi ile geldiği için altta yatan neden bulunamamaktadır.(3) Bizim olgumuzda da hastanın ek hastalık öyküsünün bulunmaması ve ileri dönem böbrek yetmezliği ile gelmesi nedeniyle etyoloji saptanamamıştır.

KBY hastalarının psikolojik değişimleri önem arz etmekte olup, çoğu çalışmada bu hastalardan seçilen tedavi yöntemi ile de hastaların psikolojik değişimlerinin geliştiği gös-

terilmiştir.(4,5) Bizim olgumuzda ise hastanın hastalığını bilmemesi sebebiyle psikolojisinde bir değişiklik olmadığı gözlenmiştir. Tanı öncesinde de herhangi bir nedenle psikiyatri bölümüne başvurusu olmayan hastanın, tanı aldıktan sonraki bu süreçte psikolojik yardım alması önerilmektedir.

Göz dibi muayenesi sonrasında bile tanı alabilen KBY(6), atlanmaması için hastaların sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırılmalı ve aynı zamanda hastaya ulaşım için mevcut iletişim yöntemlerinin hepsi kullanılmalıdır. Olgumuzda hastaya; kan ve idrar tetkik sonuçları ardından telefon ile ulaşılarak acil servis kliniğine yönlendirildi.

### Sonuç

Sağlık sistemlerinin ilk ve en önemli basamağı olan birinci basamak sağlık hizmetleri, kişilerin kolay ulaşabileceği şekilde düzenlenmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin kullanımı ile koruyucu sağlık hizmetlerinin gücü artacağı gibi sağlık harcamalarında da azalma meydana gelecektir. Hastaların sağlık hizmetine kolay ulaşılabilirliği ve aynı zamanda hastaya kolay ulaşımın sağlanması ile hastalıkların teşhislerinde gecikmelerinde önüne geçilebileceği açıktır.

### Kaynaklar

1. Süleymanlar G. Kronik Böbrek Hastalığı ve Yetmezliği: Tanımı, Evreleri ve Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2007;3(38):1-7.
2. Tanrıverdi MH, Karadağ A, Hatipoğlu EŞ. Kronik Böbrek Yetmezliği. *Konuralp Tıp Dergisi* 2010;2(2):27-32.
3. Nadir I, Topçu S, Gültekin F, Yönm Ö. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Etiyolojik Değerlendirme. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2002; 24(2): 62-4.
4. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14(1):72-80.
5. Şentürk A, Levent BA and Lut T. Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda psikopatoloji. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi* 2000; 17(3):163-172.
6. Çelik E, Türkoğlu EB, Aksoy NÖ, Boz AAE, Alagöz G. *Diagnosis of Chronic Renal Failure after Fundus Examination. MN Ophthalmol* 2014; 21(3):218-21.