ANÜRİ

Uzm. Dr. Hakkı Arıkan

Tanı Kriteri
İdrar atılımı <50-100 ml/gün

Genel Bilgi

En sık nedeni idrar yolları obstrüksiyonudur. Hastada anüri varlığını göstermek için ilk yapılması gereken işlem mesane kateterizasyonudur. Kateterizasyon sonrası mesanede önceden birikmiş idrarın bulunması tanıyı geciktirebilir. Mesanede idrarın birikmediğini görmek için birkaç saat beklenmelidir.

Anüri nedenleri prerenal (filtrasyon için böbreğe gelen sıvı miktarında azalma) renal (intrensek böbrek hastalığından dolayı böbreğin idrar üretememesi) ve postrenal (idrar yollarında tıkanmaya bağlı idrarın atılamaması) olarak incelenebilir (bkz akut böbrek yetersizliği).

Klinik Bulgular

Altta yatan nedenlere göre değişkenlik gösterir. Hastanın hikayesi yol gösterici olabilir. Tıkanıklık varlığında ağrı eşlik edebilir. Aralıklı anüri retroperitoneal şbrosis'i akla getirmelidir. Yaygın atheroskerotik hastalığı olanlarda intraarteriyal bir kateterizasyon öyküsü veya periferik emboliye ait bulguların varlığı kolesterol embolisini; Ciddi kanama ve hipotansiyon varlığı akut kortikal nekrozu düşündürmelidir. RPGN'si olan hastalarda altta yatan sistemik hastalığa (Goodpasture sendromu, Wegener granulomatosis, SLE gibi) ait böbrek dışı bulgular olabilir. Rektal ve jinekolojik muayene önemlidir.

Laboratuvar

İlk aşamada serum BUN, kreatinin, Na, K, Ca, P, arteryal kan gazı, kan sayımı, idrar analizi ve idrar sedimenti bakılması önemlidir.

Prerenal azotemide serum BUN: kreatinin oranı 20:1'den yüksek ve idrar osmolalitesi 450 mOsm/kg-H_2O'dan yüksektir. İdrar sedimentinde dismorfik eritrosit ve eritrosit silendrlerinin varlığı glomerular bir patolojiyi düşündürür ve bu durumda genellikle serum

BUN:kreatinin oranı 10:1 veya daha azdır.
Glomerüler tutulum düşünülen hastalarda, örneğin SLE'de ANA, anti-DNA, C3 ve C4 düzeyleri, sistemik vaskülitlerde ANCA düzeyleri istenebilir.

Gerekli Görüntüleme Yöntemleri

Direkt üriner sistem grafisi, üriner sistem ultrasonografisi (USG) ve gerektiğinde kontrastsız spiral CT ve manyetik rezonans ürografi (MRÜ).
Hidronefroz varlığı tıkanıklığı düşündürür. Akut komplet tıkanıklık veya dehidratasyon durumlarında hidronefroz görülmeyebilir. Vasküler bir neden düşünülüyorsa, Doppler USG ve teknesyum akım sintigrafisi (99mTc-DTPA) renal arterlerin açıklığı hakkında yardımcı bilgiler verebilir. Renal arteriogram renal arter embolisi, poliarteritis nodosa ve Takayasu arteritis gibi vaskülitlerde tanıya yardımcı olabilir. Ancak kontrast nefropatisi riski taşır.

Tedavi

Altta yatan nedene göre değişir. Sıvı kaybı düşünülen hastalara intravenöz serum fizyolojik (SF) infüzyonu yararlı olabilir. Verilecek sıvı miktarı hastaya göre değişmesine karşın genellikle 2-4 saatte 1-2 Lt SF olacak şekilde düzenlenir. Sıvı tedavisi başlandıktan sonra hastanın vital bulguları, fizik muayene bulguları ve idrar atılımı yakından izlenmelidir. Daha iyisi sentral bir venöz kateter konularak basınç ölçümlerine göre sıvı verilmesidir.
Anüri nedeni tıkanıklık olduğunda tıkanıklığın giderilmelidir. Bu amaçla tıkanıklığın lokalizasyonu ve niteliğine göre girişimsel uygulamalar idrar akımının devamını sağlayacaktır. Bu aşamada tanının geç konması ve dolayısıyla geç uygulanacak bir tedavi kalıcı böbrek hasarına yol açabilir. RPGN tanısı düşünülen vakalarda renal biyopsi yapılmalı ve immunsupresif tedavi ve gerektiğinde plazmaferez tedavisi başlanmalıdır.
Medikal tedaviye yanıtsız akciğer ödemi, hiperkalemi (>6.5 mEq/L), üremik ensefelopati, perikardit, nöropati veya ciddi metabolik asidoz (pH<7.1) durumlarında hastaya acil diyaliz (hemodiyaliz veya akut periton diyalizi) destek tedavisi başlanmalıdır.

Takip

Anürisi olan hastalar üremik toksinlere (nöbet, kanama, koma) veya elektrolit denge bozukluğu (hiperkalemi, asidoz) gibi faktörlere bağlı olarak ölüm riski taşımaktadırlar. Diyaliz tedavisi hayatı tehdit edici komplikasyonları düzeltmesine karşın, ilerlemiş yaş ve altta yatan hastalıklar hastanın ölüm riskini belirleyen önemli faktörlerdir. Diyaliz tedavisine rağmen, anürik hastaların mortalitesi yüksektir. Çünkü, bu hastaların çoğu zaman akut veya kronik ek medikal hastalıkları vardır.
Bu nedenle bu hastaların hastaneye yatırılarak, sıvı alımı ve sıvı kayıpları, renal fonksiyon testleri, elektrolitleri, sıvı volümü durumları, arteryal kan gazı gibi parametreleri yakından izlenmeli ve gereğinde destekleyici tedaviler başlanmalıdır.

Kaynaklar:

1- Eliahou EH. Oliguria and Anuria. In: Pine WJ, ed. Massry & Glassock's Textbook of Nephrology. Baltimore, Maryland, USA: 1995; 543-546

2- Toto DR. Approach to the Patient with Kidney Disease. In: Brenner BM, ed. Brenner & Rector's The Kidney. Philadelphia, Pennsylvania, US: 2004; 1079-1107

3- Davison MA, Günfeld J-P, Ştzpatrick M. History and clinical examination of the patient with renal disease. In: Davison MA; Cameron SJ, Ritz E, Grnfeld PJ, Winearls GC, ponticelli C, Van Ypersele C, ed. Oxford Textbook of Clinical Nephrology. NewYork, US: 2005: 3-23.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ