

ÖKSÜRÜK VE NEFES DARLIĞI: SIK TANINMAYAN BİR NEDENİN HATIRLATILMASI

*ERTAN C., *TEKİN Y.K., **ERTAN D.

* İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, MALATYA

** Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik Anabilim Dalı, ANTALYA

İletişim Adresi ve Sorumlu Yazar: Yrd. Doç. Dr. Cem ERTAN, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, MALATYA
Tel: +90.422.341 06 60 – 3001 +90.533.544 31 68, Fax: +90. 0422 341 07 28, E-mail: cem_ertan@hotmail.com

Başvuru Tarihi: 05.12.2007

Kabul Tarihi: 10.03.2008

ÖZET

Nefes darlığı acil servislere en sık ve en kritik başvuru nedenlerinden biridir ve her yaş grubunda izlenebilir. Nefes darlığının en sık nedenleri birincil pulmoner ve kardiyak nedenler olmakla beraber, diğer ciddi ikincil nedenler de göz ardı edilmemelidir. Daha önce tanı almış veya almamış kronik böbrek yetmezliği bu nedenlerin başında gelir. Başvuru anında nefes darlığı ve öksürük gibi solunumsal bulgular henüz tanı koyulmamış KBY'nin tek bulgusu olabilir. Burada acil servisimize öksürük ve nefes darlığı şikayetleri ile başvurup üremik akciğer ve kronik böbrek yetmezliği tanısı alan bir hastayı incelemeyi hedefledik.

Anahtar Kelimeler: Öksürük, Nefes Darlığı

COUGH AND DYSPNEA: REMINDING A SOMEWHAT UNRECOGNIZED DIAGNOSE

SUMMARY

Shortness of breath is one of the most common and most critical causes of the emergency department visits. Although the most common etiologies of shortness of breath are cardiac and pulmonary diseases, other serious secondary reasons should not be avoided. Either previously diagnosed or not, chronic renal failure is one of the most important secondary causes. Shortness of breath and cough may be the only symptoms at presentation. We will discuss a patient admitting to our emergency department alone with cough and dyspnea and ended up with the diagnosis of uremic lung and chronic renal failure.

Key Words: Cough, Shortness of breath

GİRİŞ

Nefes darlığı acil servislere en sık ve en kritik başvuru nedenlerinden biridir ve her yaş grubunun birincil şikâyeti olarak izlenebilir. Nefes darlığının en sık nedenleri birincil pulmoner ve kardiyak nedenler olmakla beraber, diğer ciddi ikincil nedenler de göz ardı edilmemelidir⁽¹⁾. Bu nedenler diğer sistemlerin enfeksiyon, malignite veya akut ve/veya kronik organ fonksiyon bozuklukları olabilir. Bu ikincil nedenler içinde tanı almış veya almamış kronik böbrek yetmezliği önemli bir yer tutar. Tanı almamış kronik böbrek yetmezliğinin başvuru esnasındaki yegâne bulgusu nefes darlığı olabilir

VAKA SUNUMU

17 yaşında bayan hasta 15 gündür olan öksürük şikâyetinin son iki gündür artması ve nefes darlığının eklenmesi şikâyetleri ile il devlet hastanesine başvuruyor. Hasta aynı günün gecesinde saat 01:20'de il devlet hastanesinden pnömoni ön tanısıyla kliniğimize sevk ediliyor. Bu 15 günlük dönem içinde doktor başvurusu olmayan hasta herhangi bir ilaç kullanmadığını belirtiyor. Gelişinde genel durumu orta – iyi, takipneik görümlü olan hastanın vital bulguları değerlendirildiğinde kan basıncı 163/88 mmHg, nabız 126 atım/dk, solunum sayısı 30/dk, vücut sıcaklığı 37,5°C ve SPO₂: 92 olarak ölçüldü. Sistem sorgusunda hasta bazen bulantısının olduğunu,

kusmadığını, hemoptizi veya hematemez yaşamadığını bildirdi. Fizik muayenesinde baş-boyun muayenesi doğal olan hastanın her iki akciğer orta zonlarında solunum seslerinin kabalaştığı saptandı. Kardiyak muayenesi ve batin değerlendirmesi doğal olan hastanın ekstremitelerinde her iki alt ekstremitesinde 1 – 2 pozitif ödem saptandı. Hastanın tıbbi özgeçmişi sorgulandığında bir hastalık öyküsü olmadığı öğrenildi. Soy geçmişi ise babasında birkaç yıl önce beyin damar tıkanıklığına bağlı inme öyküsü dışında bir hastalık bilgisi alınmadı. Bu bulgular ışığında tetkik edilen hastadan tam kan sayımı, arteriyel kan gazı, biyokimyasal değerleri, idrar tetkiki ve PA akciğer grafisi istendi. Hastanın laboratuvar sonuçlarından tam kan sayımında Hb: 5,5 g/dl,

BK: 14,400/ μ L, Htc: %15,9, Plt: 186000/ μ L, MCV: 87.0 fL, MCH: 30.1 pg olarak saptandı. Oksijensiz alınan kan gazında pH: 7,186, PCO₂:16,5 mmHg, PO₂: 48 mmHg, HCO₃: 6,2 mmol/L, SO₂: %75,1, K: 6,05 mmol/L; ve serum biyokimya parametrelerinde Glu: 194 mg/dl, BUN: 129 mg/dl, Cr: 17,18 mg/dl, Na: 133 mmol/L, K: 3,6 mmol/L, Cl: 98 mmol/L, Ca: 6,3 mg/dl olarak ölçüldü. Yapılan idrar tetkikinde pH: 5,0, dansite: 1010, glukoz ve keton negatif, protein >300 mg/dl ölçülürken mikroskopide de her sahada 11 eritrosit ve nadir lökosit saptandı. Çekilen PA akciğer grafisi (*Resim 1*), hastanın sonuç



(*Resim 1*)

tanısını bilmeyen bir radyolog tarafından yorumlandı. Kardiyotorasik oran artmış ve apex aşağıya deviyeye (sol ventrikül hipertrofisi lehine) izlenirken, her iki akciğerde kalp kontürlerini silmeyen (alt loblarda) santralde daha belirgin, üst lobların korunduğu, her iki hilus çevresinde daha yoğun (kelebek kanadı biçimli tutulum) infiltratif görünüm izlendi. Mevcut görünümün üremik akciğer lehine yorumlanabileceği düşünüldü.

Hastaya acil serviste kan gazında saptanan asidoz ve hiperkalemiye yönelik olarak tamponize dekstroz mayi (500 ml %5Dx içinde 5 IU kristalize insülin) ve 500 ml %0,9 NaCl içerisinde 8 ampül (80mEq) NaHCO₃ infüzyonu başlandı. Yaklaşık bir saat sonra elde edilen serum biyokimya sonuçlarının, yukarıda da sunulmuş olan değerlerde de görülebileceği gibi, hiperpotasemi ile uyumlu bulunmaması üzerine tamponize mayi infüzyonu durduruldu.

Acil serviste Nefroloji ve Göğüs hastalıkları tarafından konsülte edilen hasta Nefroloji kliniğince KBY ve derin anemi tanılarıyla ve acil hemodiyaliz ihtiyacı öngörülerek yatırıldı. Yatış öncesinde acil serviste mevcut asidozuna yönelik tedavi alan hastaya geçici juguler venöz hemodiyaliz kateteri takılan hasta acil hemodiyalize alındı.

Akciğer bulguları ve solunum sıkıntısı üremik akciğer tablosuna bağlanan hastanın 48 saat sonra değerlendirilen arteriyel kan gazında pH: 7,371, PCO₂: 31,6 mmHg, PO₂: 78 mmHg, HCO₃: 18,3 mmol/L, SO₂: %98,1 olarak

saptandı. Yatışı esnasında anemisi için 2 ünite eritrosit süspansiyonu verilen hasta, hemodiyaliz sonrasında genel durumunun ve laboratuvar değerlerinin (*Tablo 1*) düzelmesi üzerine nefrolojinin önerileri ile yatışının beşinci gününde taburcu edildi.

Tablo 1: Hastanın giriş ve çıkış laboratuvar değerleri

	Yatış	Taburculuk
Tam Kan		
Hb	5,5 g/dl	8,7 g/dl
Wbc	14,400/ μ L	13,200/ μ L
Htc	%15,9	%19,2
Plt	186000/ μ L	183000
MCV	87.0 fL	85 fL
MCH	30.1 pg	30,3 pg
Kan gazı		
pH	7,186	7,373
PCO ₂	16,5 mmHg	27,1 mmHg
PO ₂	48 mmHg	73 mmHg
HCO ₃	6,2 mmol/L	13,7 mmol/L
SO ₂	%75,1	%94,7
K	6,05 mmol/L	4,14 mmol/L
Biyokimya		
Glu	194 mg/dl	110 mg/dl
BUN	129 mg/dl	19 mg/dl
Cr	17,18 mg/dl	2,3 mg/dl
Na	133 mmol/L	139 mg/dl
K	3,6 mmol/L	3,5 mg/dl
Cl	98 mmol/L	101 mmol/L
Ca	6,3 mg/dl	7,1 mg/dl

TARTIŞMA

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) nefron sayı ve fonksiyonlarında azalma ile giden ve sıklıkla sonuçta hastayı üreminin engellenebilmesi için dışarıdan tedaviye (dializ ve böbrek nakli) muhtaç bırakan son evre böbrek hastalığına yol açan bir oluşumdur⁽²⁾. Böbreklerin kompanseasyon kapasitesi nedeniyle son evreye kadar belirgin bir bulgu vermeden iştahsızlık, halsizlik gibi silik üremik bulgularla hasta hayatına devam edebilmektedir. Bu nedenle bazı hastaların ilk başvuru şikâyetleri nefes darlığı, halsizlik gibi genel semptomlar olabilmektedir. Böbrek yetmezliğinin klinik seyrinde nefes darlığı oldukça sık bir bulgudur. Sıklıkla idrar çıkışı olmayan hastalarda sıvı yüklenmesine ve akciğer ödeminde bağlı olarak ortaya çıkabilir. Böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği ve diffüz alveolar hasarla birlikte akciğer ödeminin ilk üç nedeninden biridir ve akciğer grafisinde ödemin santral yerleşimli olması daha çok renal etyolojiyi düşündürmelidir⁽³⁾. KBY hastalarında akciğer ödemi sadece sıvı yüklenmesine değil üremik toksinlerin neden olduğu akciğer hasarına da bağlanmaktadır ki bu tabloya “üremik akciğer” adı verilmektedir². Chen⁽⁴⁾ 27 üremik akciğerli hastada yaptığı çalışmada nefes darlığı, öksürük ve hemoptizi en sık görülen yakınmalar olarak rapor etmiştir. Bizim vakamızda da nefes darlığı ve öksürük temel yakınmalardır. Hastamızı incelediğimizde, henüz 17 yaşında olan olguda

son 15 gün içinde ortaya çıkan akciğer bulguları ve bunu takip eden halsizlik dışına bir şikâyetle rastlanmamaktadır. Hastanın sonuç tanısıyla birlikte incelendiğinde üremik semptomlar daha kolay tanınabilmektedir.

Kronik böbrek yetmezliği hastalarında gerek sıvı yüklemesine bağlı, gerekse de üremik toksinlerin yarattığı pulmoner fonksiyon bozukluklarına bağlı nefes darlığı sık görülmektedir⁽⁵⁾. Vakamızda da olduğu gibi daha önce tanınmamış KBY hastalarında ilk başvuru şikayeti olarak da görülebilen solunumsal şikayetler, ayırıcı tanıda renal fonksiyon bozukluklarını çağrıştırmalıdır.

Kronik böbrek yetmezliğine bağlı gelişen pulmoner patolojiler acil hemodiyaliz tedavisi ve böbrek transplantasyonu ile düzeltilen hastalarda ve/veya önlenebilmektedir. Kalender ve ark⁽⁶⁾ yaptıkları çalışmada 20 böbrek nakli yapılmış hasta ile 20 üremik hastayı karşılaştırmışlar ve üremik hastaların pulmoner fonksiyonlarının hastalar semptomatik olmasa dahi nakil hastalarına göre belirgin olarak bozulmuş olduğunu ifade etmişlerdir.

Hastada mevcut iştahsızlık, halsizlik gibi bulgular mevcut olan metabolik asidoza bağlanabilir. Tanı anında böbrek yetmezliği olan hastaların bir kısmında hafiften ağır düzeye kadar değişebilen metabolik asidozun varlığı sık rastlanan bir durumdur. Özellikle KBY hastalarında artmış anyon açıklıklı asidoz olması beklenmektedir. Hastamızda da mevcut laboratuvar değerleri ile anyon açıklığı 28,8 mEq/L (artmış) olarak değerlendirilmiştir. Diğer yandan saf üremik metabolik asidozda anyon açıklığının 25 mEq/L'yi aşması beklenmediğinden⁽⁷⁾ ve diğer anyon açıklıklı asidoz

nedenlerinin hiç birine ait bir öykü bulunmadığından hastada mevcut solunum sıkıntısı ve uzamış orta dereceli hipoksiye bağlı laktik asidozun da eşlik etmekte olduğu düşünülebilir. Kliniğimizde serum laktik asit düzeyi ölçülemediğinden bu düşüncemizi doğrulama imkanımız olamamıştır.

Nefes darlığı ve öksürük şikayetleri olan ve böbrek yetmezliği bulguları saptanan hastalarda akla getirilebilecek bir diğer tanı grubu ise pulmoner renal sendromlardır (Good-Pasture, Wegener Granülomatosis vb). Good Pasture sendromu diffüz pulmoner hemoraji, interstisiyel akciğer hastalığı ile birlikte dolaşımda alveol ve böbrek glomerül bazal membranlarına karşı antikorların varlığı ile karakterize bir hastalıktır. Hastalık sıklıkla genç erkeklerde görülür. Olguların çoğunda alveolar hemoraji bulguları (hemoptizi) böbrek bulgularından önce ortaya çıkar. Wegener Granülomatosis ise üst ve alt solunum yollarının nekrotizan granülatöz lezyonları, glomerulonefrit ve diğer organların vaskülit ile karakterizedir⁽⁸⁾. Hastamızda nefes darlığı ve öksürük olduğu halde ne 15 günlük hikayesinde, ne de klinik takibinde hemoptizi saptanmaması bu tanılardan uzaklaşılmasını sağlamıştır.

Acil servislere nefes darlığı gibi pulmoner yakınmalarla başvuran hastalarda üremi ve böbrek yetmezliği mutlaka akla getirilmelidir. Hastada mevcut bulunan üremik akciğer tablosunun, asidoz ve diğer üremik bulguların tedavisinde hemodiyaliz ve diğer destek tedavilerinin yanı sıra böbrek nakli de hastanın tedavi planı içerisinde düşünülmesi gereken bir unsur olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Stapczynski JS; Respiratory Distress. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, editors, Emergency Medicine: A comprehensive study guide. 6th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2004. p. 437 – 45.
2. Skorecki K, Gren J, Brenner BM: Chronic Renal Failure. In: Kasper DL, Braunwald E, editors, Harrison's Principles of Internal Medicine. 16th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2005. p. 1653-62.
3. Christe A, Vock P. Radiologic criteria to differentiate pulmonary edema. Ther Umsch. 2004. Nov; 61(11): 665-70.
4. Chen WB. The Uremic Lung. Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi. 1989 Oct;12(5):262-4, 317.
5. Senatore M, Buemi M, Di Somma A, Sapio C, Gallo GC. Respiratory function abnormalities in uremic patients. G Ital Nefrol. 2004 Jan-Feb;21(1):29-33.
6. Kalender B, Erk M, Pekpak MA; The effect of renal transplantation on pulmonary function. Nephron. 2002 Jan;90(1):72-7.
7. Disney JD. Acid-Base Disorders. In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, editors. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 5th ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 2002. p. 1714-23.
8. Öztürk S, Göçgeldi E. Sistemik Hastalıklar ve Akciğer. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005; 4 (3): 136-50.