

# PERİTON DİYALİZ HASTASI OLGU SUNUMU

DÖNSEL ACAR KÜÇÜKYILMAZ

Pamukkale Üniversitesi Hastanesi  
Periton Diyaliz Ünitesi



# Özgeçmiş / Soygeçmişi

31 Yaş / Erkek / Bekar / Balıkçıda işçi

- Primer tanısı: Alport sendromu
- Sekonder tanısı: HT
- Geçirilmiş op. : Yok
- Anne alport taşıyıcı
- Kardeşi böbrek nakilli

# Hikayesi

- 8 yaşında işitme azlığı ve görme problemi nedeniyle ege üniv başvurusu sonrasında alport sendromu tanısı almış.

▶▶▶ **Alport sendromu**, beraberinde sıklıkla göz anomalileri ve işitme kaybının da olduğu kalıtsal bir böbrek hastalığıdır.

# Hikayesi

- 2002 (18 yaşında) yılında ayaklarda şişlik nedeniyle dahiliye servisinde yatışı yapılmış
- 2002-2009 arası takipsiz
- 2009 tekrar takibe alınmış (GFR:93)
- 08.01.2015 İlk RRT bilgilendirme (serviste GFR 24)
- 16.10.2015 polklinikten PD ünitesine yönlendirildi.
- **20.10.2015** PD kateteri cerrahi olarak takıldı (GFR 14.9).

# Sorunlar

- 13.11.2015 Hastanın sağ yan ağrısı (+), Drenaj problemi (+) (23 gün sonra)

Ayakta direk grafi sonucuna göre katater sağ yukarıda (MALPOZİSYON)

- 3 günlük lavman uygulaması ile drenaj problemi çözüldü.
- 7 gün sonra drenaj problemi (+) (ıkan: 250cc) tekrar lavman önerildi.

# ADBG13.11.2015-03.12.2016



# Sorunlar / Yapılanlar

- 24.11.2015 Drenaj problemi yok. (ADBG çekildi malpozüsyon devam ediyor)
- 22.12.2015 4 değişim 1000ml dolum ile PD başlandı  
(2 ay sonra)
- 13 gün sonra hastanın drenaj problemi (+)  
ADBG çektilirdi. Katater malpozisyonu mevcut (sağ üst kadranda).

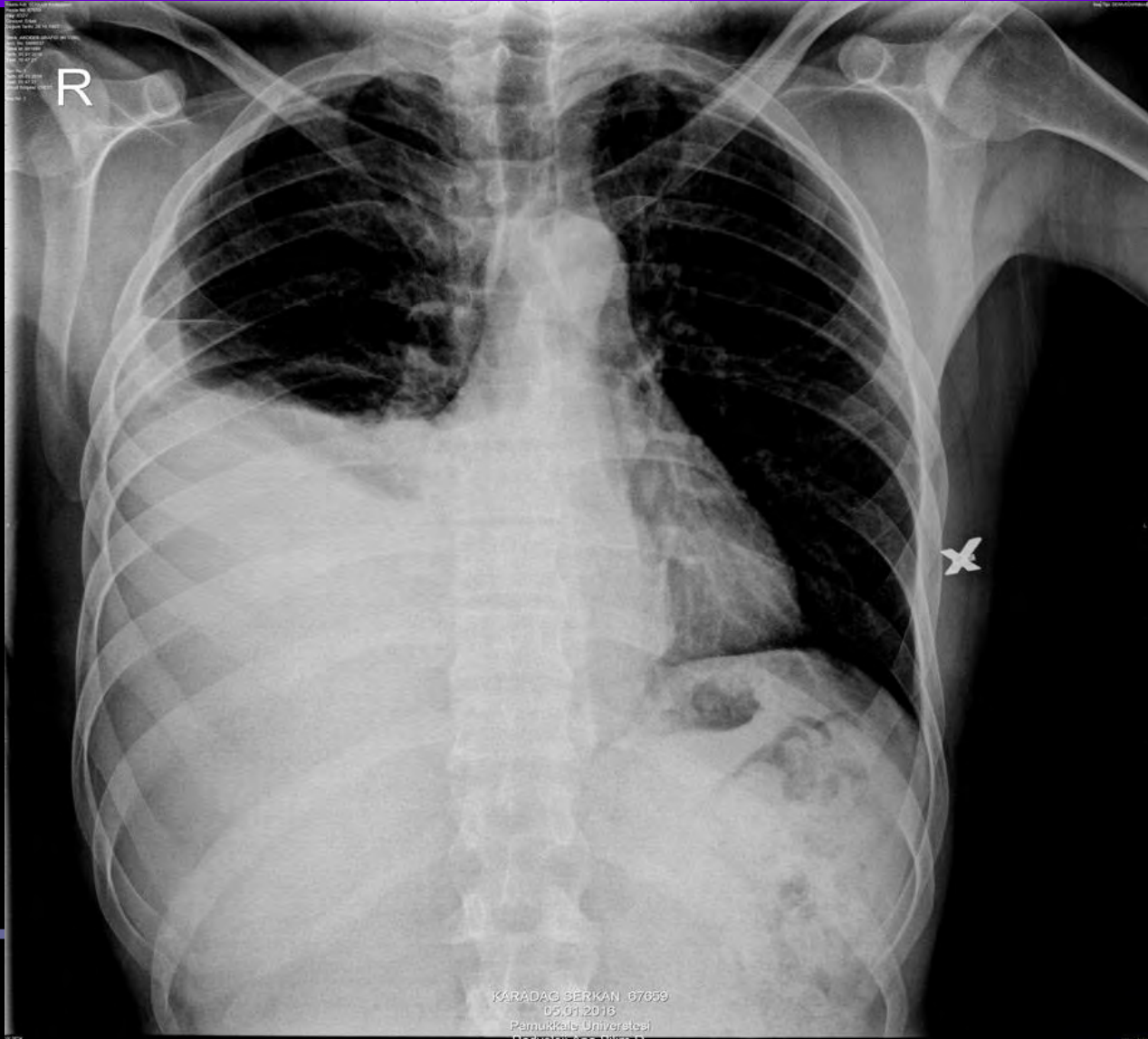
# Hastada;

İdrar volümü: 2500-2700 ml

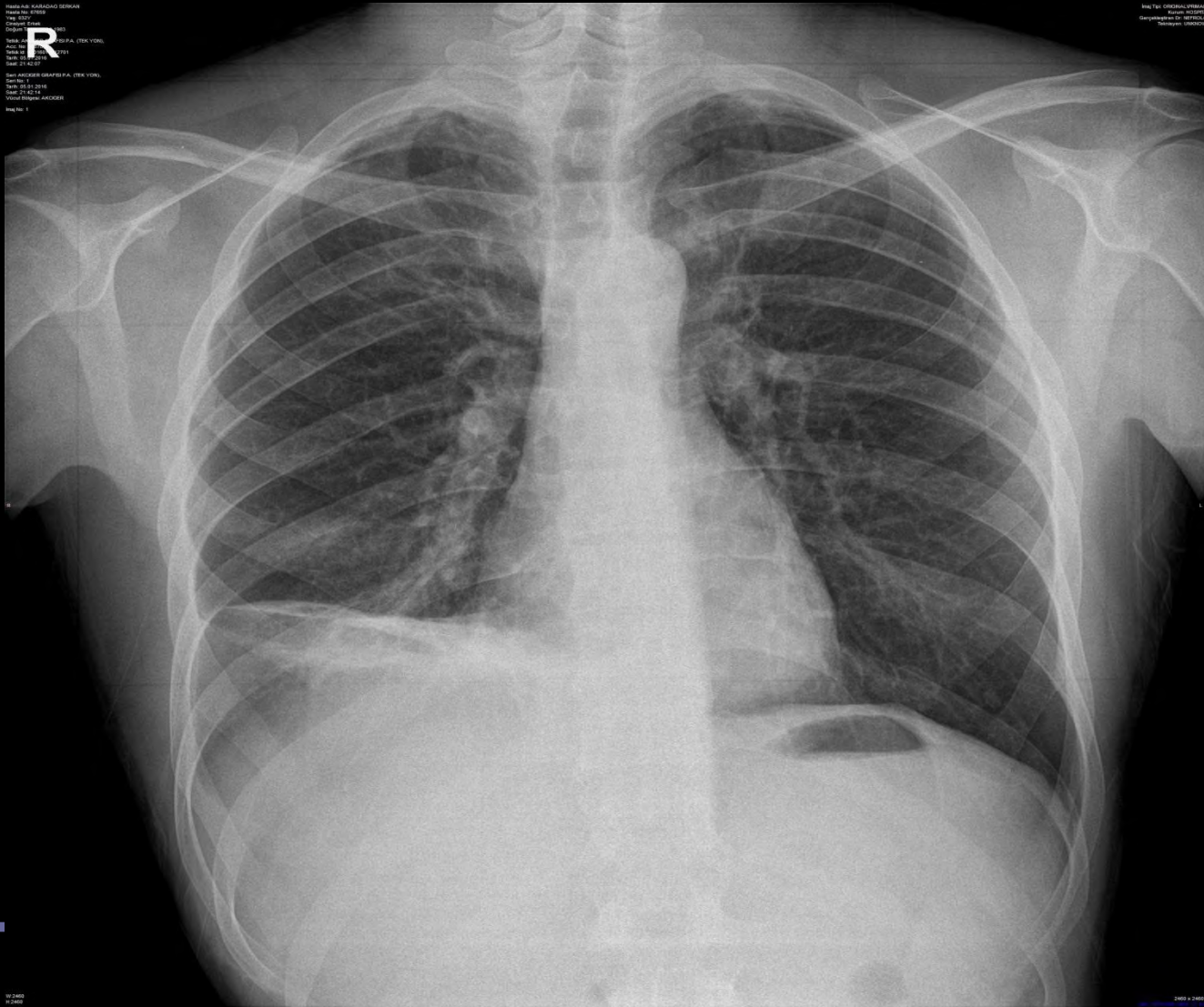
- 3,5 kg artış (+)
- Ödem (-)
- TA normal
- Hastada sabahları nefes darlığı (+)
- Grafide sağ akciğerin yarısı kapalı.



# Akciğer Grafisi saat 10.40' ta



# Akciğer Grafisi saat 21.42' de





Bu durum hangi sorunları düşündürür?

# Sorunlar / Yapılanlar

- 05.01.2016 Hidrotorax gelişti
- 15.01.2016 Girişimsel radyolojide kateterin pozüsyonu düzeltilemedi.
- 18.01.2016 Laporoskopik revüzyon yapıldı ( DDH)
- 03.02.2016 hastanın değerleri yükselince yatış verildi. APD'ne başlandı (15 gün sonra)
- 3 gün sonra hasta da tekrar hidrotorax gelişti. PD durduruldu.

# Sorunlar / Yapılanlar

- 10.02.2016 Göğüs cerrahisi Torokoskopi (VAT) ile Plöredéz işlemi yaptı
- 26.02.2016 APD'e 1500 doluyla başlandı. Hidrotorax açısından takip için servise yatış verildi. (16 gün)
- 29.02.2016 Hidrotorax açısından sıkıntı olmayınca 1750ml doluyla taburcu edildi.
- 03.03.2016 1 kg artış (+), Akciğerde minimal düzeyde sağ tarafta solunum sesleri azalma olunca dolum 1500 ml düşürüldü. 4 gün sonra kontrol

# Sorunlar / Yapılanlar

- 08.03.2016 Hastanın kg artışı yok fakat sağ kot altında hafif ağrısı mevcut.
- Akciğer grafisinde sağda sıvı minimal düzeyde artmış.
- Periton diyalizi durduruldu.
- 7 gün sonra 1,5 kg artış (+) APD ye başlandı. Akciğer grafisinde sıvı azalmış (+)
- 18.03.2016 drenaj problemi (+)

ADBG çekildi Katater malpozisyonu (+) lavman önerildi.

# Sorunlar / Yapılanlar

- **25.03.2016** Kalıcı HD katater takıldı. Hasta HD alındı. Kalıcı kataterde kanama gelişen hastaya yatış verildi.
- 30.03.2016 laporoskopik kateter revüzyonu yapıldı.
- 18.04.2016 APD ile PD'e tekrar başlandı. (18 gün)
- 10 gün sonra Hidrotorax nedeniyle PD den çıkartıldı.
- HD e geçirildi. PD kateteri çekildi.



# Tetkikler

<u>Tarih</u>	<u>ÜRE</u>	<u>KRE.</u>	<u>K</u>	<u>P</u>	<u>Bicb.</u>	<u>GFR</u>	<u>YAPILAN</u>
07.01.2015	170	4,7	4	3,8	14	24	SERVİSTE
14.10.2015	176	5,6	4,4	5,2	20	14,9	KATETER
26.11.2015	153	6,5	3,9	4,6	25	13,6	DRENAJ
22.12.2015	162	5,8	3,5	5,8		11	PD BAŞL.
05.01.2016	145	5,5	3,2	4,3	28	12	DRN. + HTRX
03.02.2016	231	6,8	3,8	7,2	18	9	APD BŞL.
19.02.2018	169	6,6	4,3	5,2	25	9,7	Beleme
26.02.2016	207	7,2	4	6	22	10,5	APD BŞL.
03.03.2016	119	5,9	3,6	5,3			PD DUR.
15.03.2016	171	7,2	3,5		22	10	APD BŞL.





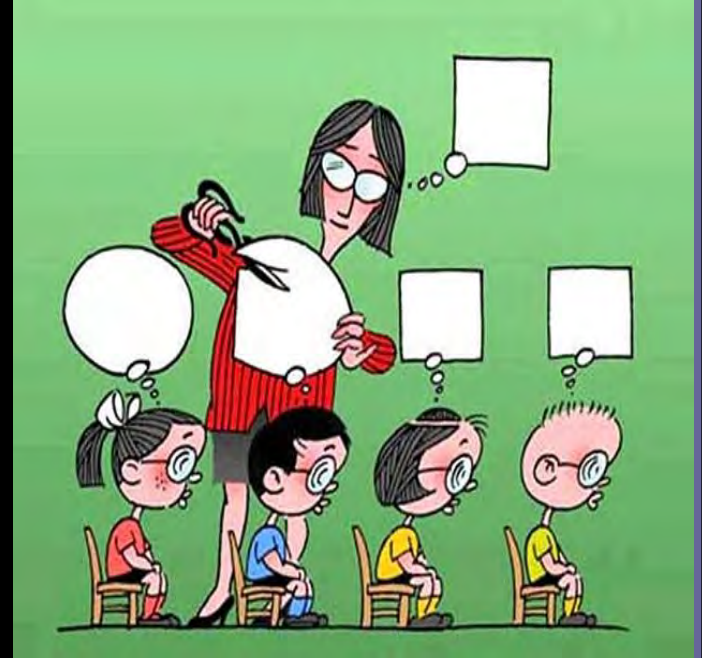
# HİDROTORAKS

# Hidrotoraks

- Non enfeksiyöz komplikasyonlardandır.
- **Hidrotoraks**; akciğerleri çevreleyen plevra zarı ile akciğer arasında su toplanmasıdır.
- Hastanın kliniği, effüzyonun gelişme hızına ve miktarına göre değişkenlik gösterir .

# Nedeni tam olarak bilinmez

- Kalıtsal hastalıklar
- Kromozom bozukluklar
- Kardiyovasküler yetmezlikler
- Mevcut metabolik hastalıklar
- Hipervolemi
- Konjestif kalp yetmezliđi
- Enfeksiyon
- Malignite gibi çeşitli nedenlerle ortaya çıkabilir.
- Bir travma sonrasında da akut olarak meydana gelebilir.



# PD'de Hihrotoraksa götürecek nedenler



- Artmış KİB'na bağlı olarak gelişebilir
- Kalıtımsal hastalıklar destekleyebilir
- Primeri polikistik böbrek hastalığı
- Lenfatik drenaj bozuklukları
- Doęumsal diyafram defektleri

# PD'de Hidrotoraks

- PD programındaki hastalarda, özellikle kalıtsal sorunları olanlarda artmış karın içi basınca (KİB) bağlı diyafragmatik lenfatiklerde şişlik (sıvı kesecikleri) oluşturuyor.
- Sık peritonit geçirenlerde ya da yüksek hacimli diyalizat ile değişim yapanlarda diyafragmadaki kollojen yapısında düzensizlikler olur.
- Otopsi ya da cerrahi ameliyatlarda laporoskopik olarak bu düzensizlikler sıvı kabarcıkları olarak gözlenirler
- Karın içine sıvı verildiğinde bu kabarcıkların rüptürü ile periton ve plevral boşluklar arasında diyalizat geçişi olabiliyor.

# Hidrotoraks

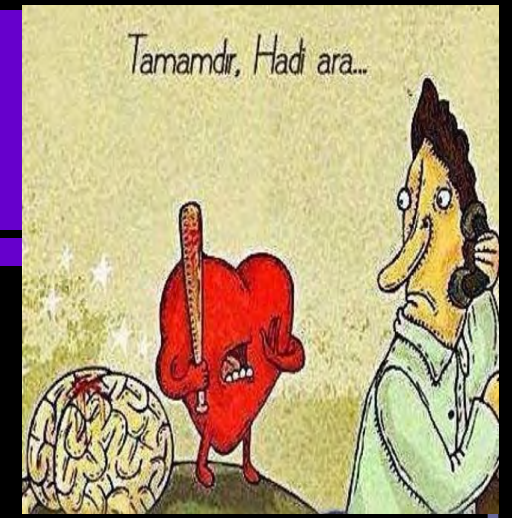
- Konjenital defekt varlığında erken dönem hidrotoraks beklenirken
- Geç dönem ortaya çıkanlarda edinilmiş defekt akla gelmelidir.



# Hidrotoraks Belirtileri

- Nefes almakta zorlanma ve bu durumun giderek artış göstermesi
- Akciğerlerin altında doluluk hissi
- Kalp atım sayısında artış ve buna bağlı göğüs ağrısı(nadir görülebilir)
- Sıvı biriken akciğer veya akciğerlerde hassasiyet
- Ateş veya belirgin bir ağrı görülmemesi

# Hidrotoraks



Hidrotoraks hipervolemi ve kalp yetmezliği sonrasında da görülebildiği için bireyin önce tanılama testlerinin yapılması gerekir

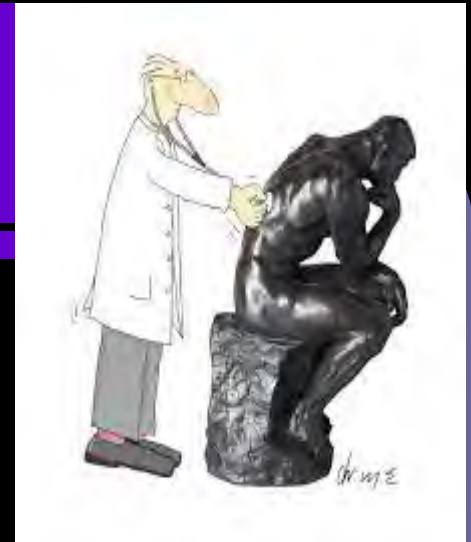


# Tanı



- Akcğer grafisi
  - Torasentez
    - Mayı yüksek glukoz, düşük protein içerikli transuda vasfındadır.
    - Alınan sıvıda glikoz >300-400 mg/dl
    - - Sıvı serum glikoz farkı >50 mg/dl
  - Defektin gösterilebilmesi için ;
    - BT - Peritoneografi - MR - Sintigrafi
- gerekli olabilir

# Tedavi



- Solunum sıkıntısı var ise acil torasentez
- PD kesilmeli / ara verilmeli
- Düşük volüm, sık değişimle PD denenebilir
- Konservatif tedavi yetersiz ise cerrahi
  - Video torakoskopik(VAT) plerödezis veya diafragma tamiri
  - Kimyasal plörodezis –(talk, otolog kan, tetrasiklin)
- Açık cerrahi onarım ve greft son seğenek

# Hidrotoraks

Tekrarlayan hidrotoraks varlığında farklı tedavi yöntemleri tercih edilmelidir.

Örneğin Hemodiyaliz



TEŞEKKÜR  
EDERİM :)