

Türk Nefroloji

Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi
Turkish Nephrology, Dialysis and Transplantation Journal
www.tndt.org



Türk Nefroloji Derneği'nin Yayın Organıdır
Official Journal of the Turkish Society of Nephrology
www.tsn.org.tr

Önceki Editörler / Past Editors

Ekrem Erek, İstanbul
Emel Akoğlu, İstanbul
Cengiz Utaş, Kayseri
Bülent Altun, Ankara

Editör / Editor

Bülent Tokgöz : bulentto@gmail.com

Yardımcı Editörler / Deputy Editors

Mahmut İlker Yılmaz: mahmutiyilmaz@yahoo.com
Mehmet Koç: mkoc@marmara.edu.tr
Savaş Öztürk: savasozturkdr@yahoo.com
Ali Düzova: aduzova@hacettepe.edu.tr
Halil Zeki Tonbul: htonbul@yahoo.com

Genel Sekreter / General Secretary

Türkçe Dil Editörü / Turkish Language Editor

İstatistik Editörü / Statistics Editor

Düzeltili / Redaction

Yayın Sekreterliği / Secretary

İntihal Değerlendirme / Plagiarism Report

Mahmut İlker Yılmaz

Taner Çamsarı

Kenan Ateş

Aytaç Yıldızeli, Aydın Yuluğ

Sevda Liman

Hüseyin Körpeoğlu

YAYIN KURULU / EDITORIAL BOARD

Ulusal / National

Barış Afşar
Rengin Elşürer Afşar
Harun Akar
Mehmet Rıza Altıparmak
Bülent Altun
Mustafa Arıcı
Nurol Arık
Turgay Arınsoy
Rezzan Ataman
Enes Murat Atasoyu
Kenan Ateş
Zeki Aydın
Mehmet Deniz Aylı
Ayşin Bakkaloğlu
Ali Başçı
Taner Baştürk
Semra Bozfakioğlu
Kuddusi Cengiz
Kayser Çağlar
Ülkem Çakır
Caner Çavdar
Ülver Derici
Kamil Dilek
Neval Duman
Soner Duman
Belda Dursun
İsmail Dursun
Ruhan Düşünsel
Sabahat Alışır Ecder
Tevfik Ecder
Mesiha Ekim
Bülent Erbay

Yunus Erdem
Fevzi Ersoy
Şehsuvar Ertürk
Rıfki Evrenkaya
Ayhan Doğukan
Soner Duman
Mustafa Güllülü
Zübeyde Gündüz
Özkan Güngör
Enver Hasanoğlu
Ender Hür
Ali Kemal Kadiroğlu
Mehmet Kanbay
Gülçin Kantarcı
Oktay Karatan
İbrahim Karayaylalı
Salih Kavukçu
Mansur Kayataş
Rukiye Kübra Kaynar
Rümeysa Kazancıoğlu
Kenan Keven
Ahmet Kırıkım
Yener Koç
Gülray Koçak
İsmail Koçyiğit
Sim Kutlay
Eyüp Külâh
Sevgi Mir
Gökhan Nergizoğlu
Ali Rıza Odabaş
Ebru Sevinç Ok
Ercan Ok

Oktay Oymak
Ayşe Öner
Çetin Özener
Nurhan Özdemir
Saime Paydaş
Meltem Pekpak
Hakan Poyrazoğlu
Funda Sağlam
Ayla San
Tansu Sav
Nedim Yılmaz Selçuk
Kamil Serdengeçti
Lale Sever
Mehmet Şükrü Sever
Nurhan Seyahi
Neslihan Seyrek
Siren Sezer
Şükrü Sindel
Savaş Sipahi
Murat H. Sipahioğlu
Yalçın Solak
Cem Sungur
Gültekin Süleymanlar
Garip Şahin
İdris Şahin
Osman Şahin
Saniye Şen
Erkan Şengül
Şule Şengül
Hasan Taşçı
Hülya Taşkapın

Erhan Tatar
Hüseyin Töz
Serhan Tuğlular
Çetin Turgan
Faruk Hilmi Turgut
Kenan Turgutalp
Yaşar Tülbek
Aydın Türkmen
Kültigin Türkmen
Sena Ulu
Şükrü Ulusoy
Celalettin Usalan
Abdullah Uyanık
Murathan Uyar
Aydın Ünal
Abdulgaffar Vural
Gülşen Yakupoğlu
Fatoş Yalçınkaya
Ünal Yasavul
Mahmut Yavuz
İtir Yeğenağa
Mehdi Yeksan
Müjdat Yenicesu
Yavuz Yeniçerioglu
Alaattin Yıldız
Mehmet Emin Yılmaz
Mümtaz Yılmaz
Şeref Rahmi Yılmaz
Mustafa Yurtkuran

Uluslararası / International

Meguid El Nahas, United Kingdom
Norbert Lameire, Belgium
Daniel Teta, Switzerland
Robert Schrier, USA
Carmine Zoccali, Italy
Talat Alp İkizler, USA
Qais Al-Awqati, USA

Garabed Eknoyan, USA
Raymond Vanholder, Belgium
Juan Jesus Carrero, Sweden
Charles L. Edelstein, USA
Abdul R. Qureshi, Sweden
Jonas Axelsson, Sweden
Kevin Harris, United Kingdom

Christian Combe, France
Bengt Lindholm, Sweden
Peter Stenvinkel, Sweden
Jan T. Kielstein, Germany
Francesca Mallamaci, Italy
Peter Barany, Sweden
Michal Chmielewski, Poland

Elvia Garcia-Lopez, Sweden
Olof Heimbürger, Sweden
Tao Wang, China
Roberto Pecoits-Filho, Brasil
Martin K. Kuhlmann, Germany

Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi / Turkish Nephrology, Dialysis and Transplantation Journal

Ulusal Süreli Yayın / National Periodical

Dört ayda bir yayımlanır (Ocak, Mayıs, Eylül) / Is published every four months (January, May, September)

Sahibi / Owner

Türk Nefroloji Derneği Adına / On behalf of Turkish Society of Nephrology

Turgay Arınsoy, Ankara

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Publishing Manager

Bülent Tokgöz, Kayseri

Yazışma ve Haberleşme Adresi / Address Correspondence and Communications

Türk Nefroloji Derneği Genel Merkezi / Turkish Society of Nephrology Office

Şakayık Sokak Polat Apt. No: 63/1 80200 Nişantaşı, İstanbul, Türkiye

Tel: (+90 212) 219 48 82 Faks: (+90 212) 219 48 83 www.tsn.org.tr



Türk Nefroloji Derneği / Turkish Society of Nephrology

Önceki Başkanlar / Previous Presidents

Ekrem Şerif Egeli (1970-1979)

Kemal Önen (1979-1995)

Ekrem Ereğ (1996-2000)

Kamil Serdengeçti (2000-2008)

Gültekin Süleymanlar (2008-2014)

Yönetim Kurulu / Executive Committee

Başkan / President

Turgay Arınsoy, Ankara

İkinci Başkan / Vice President

Aydın Türkmen, İstanbul

Genel Sekreter / Secretary General

Siren Sezer, Ankara

Sayman / Treasurer

Soner Duman, İzmir

Üyeler / Members

Bülent Altun, Ankara

Bülent Tokgöz, Kayseri

H. Zeki Tonbul, Konya

Yönetici Sekreter / Executive Secretary

Gülşenem Eben Can

Yayın Hizmetleri / Publication Services

BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.

Ziya Gökalp Cad., 30/31 Kızılay, 06420 Ankara

Tel: (0312) 431 30 62 • Faks: (0312) 431 36 02

E-posta: info@bayt.com.tr

Baskı / Print

Miki Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti.

Matbaacılar Sanayi Sitesi 560 Sk. No. 27 İvedik, Ankara

Tel: +90 312 395 2128

Bu sayı 1300 adet basılmıştır. / This issue is published as 1300 copies.

Basım Tarihi/Printing Date: 15.10.2016

Bu dergi, Web of Science Emerging Sources Citation Index (www.thomsonreuters.com), Index Copernicus (www.indexcopernicus.com), TÜBİTAK/ULAKBİM Tıp Veri Tabanı (Türk Tıp Dizini) (www.ulakbim.gov.tr), Türkiye Atıf Dizini (www.atifdizini.com), Türk Medline ve Ulusal Atıf İndeksi (www.pleksus.com.tr), SCOPUS (www.scopus.com) ve Scopemed (www.scopemed.org), DOAJ (Directory of Open Access Journals) (www.doaj.org), ARAŞTIRMAX Bilimsel Yayın İndeksi (www.arastirmax.com), Free Medical Journals (www.freemedicaljournals.com) ve EBSCO-HOST (www.ebscohost.com) tarafından indekslenmektedir.

The journal is currently being indexed by Web of Science Emerging Sources Citation Index (www.thomsonreuters.com), Index Copernicus (www.indexcopernicus.com), TÜBİTAK/ULAKBİM Turkish Medical Index Database (www.ulakbim.gov.tr), Turkish Citation Index (www.atifdizini.com), Turkish Medline and National Citation Index (www.pleksus.com.tr), SCOPUS (www.scopus.com) and Scopemed (www.scopemed.org), DOAJ (Directory of Open Access Journals) (www.doaj.org), ARAŞTIRMAX Scientific Publications Index (www.arastirmax.com), Free Medical Journals (www.freemedicaljournals.com), EBSCO-HOST (www.ebscohost.com).

Bu dergideki yazıların dergi standartlarına uygunluğunun kontrolü, dizimi, Türkçe, İngilizce özetlerinin ve kaynakların kontrolü ve düzeltilmesi, derginin yayıma hazır hale getirilmesi BULUŞ Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San.Tic. tarafından gerçekleştirilmiştir.

Review of the articles in the journal to make sure they conform to publishing standards, typesetting, the review of English abstract and sources, getting the journal ready for publication and finally the publishing process has been the responsibility of BULUŞ Design and Printing Services Company.

Bu dergide kullanılan kağıt ISO 9706: 1994 standardına uygundur. (Requirements for Permanence)

National Library of Medicine biyomedikal yayınlarda asitsiz kağıt (acid-free paper/alkalin kağıt) kullanılmasını önermektedir.

The paper used to print this journal conforms to ISO 9706: 1994 standard (Requirements for Permanence).

The National Library of Medicine suggests that biomedical publications be printed on acid-free paper (alkaline paper).



ÇEVRE BİLGİSİ / ENVIRONMENTAL INFORMATION

Bu dergide kullanılan kağıdın üreticisi olan şirket ISO 14001 çevre yönetim sertifikasına sahiptir. Üretici şirket tüm odun elyafını sürdürülebilir şekilde temin etmektedir. Şirketin ormanları ve plantasyonları sertifikalıdır. Üretimde kullanılan su arıtılarak dönüşümlü kullanılmaktadır. Bu derginin basımında ağır metaller ve film kullanılmamaktadır. Alüminyum basım kalıplarının banyo edilmesinde kullanılan sıvılar arıtılmaktadır. Kalıplar geri dönüştürülmektedir. Basımda kullanılan mürekkepler zehirli ağır metaller içermemektedir.

Bu dergi geri dönüştürülebilir, imha etmek istediğinizde lütfen geri dönüşüm kutularına atınız.

The company that manufactures the paper used in this journal has an ISO 14001 environmental management certificate. The company obtains all wood fiber in a sustainable manner. The forests and plantations of the company are certified. The water used in production is purified and used after recovery. Heavy metals or film are not used for the publication of this journal. The fluids used for developing the aluminum printing templates are purified. The templates are recycled. The inks used for printing do not contain toxic heavy metals.

This journal can be recycled. Please dispose of it in recycling containers.



Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi

Turkish Nephrology, Dialysis and Transplantation Journal

33. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi®

33rd National Congress of Nephrology, Hypertension, Dialysis and Transplantation

26. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi

26th National Congress of Renal Diseases, Dialysis and Transplantation Nursing

BİLDİRİ ÖZETLERİ / ABSTRACTS



Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi

Turkish Nephrology, Dialysis and Transplantation Journal

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

33. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi

33rd National Congress of Nephrology, Hypertension, Dialysis and Transplantation

- 3 SÖZLÜ BİLDİRİLER LİSTESİ / ORAL PRESENTATIONS LIST
- 7 SÖZLÜ BİLDİRİLER / ORAL PRESENTATIONS
- 57 POSTER BİLDİRİLER LİSTESİ / POSTER PRESENTATIONS LIST
- 69 POSTER BİLDİRİLER / POSTER PRESENTATIONS

26. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi

26th National Congress of Renal Diseases, Dialysis and Transplantation Nursing

- 171 SÖZLÜ BİLDİRİLER LİSTESİ / ORAL PRESENTATIONS LIST
- 173 SÖZLÜ BİLDİRİLER / ORAL PRESENTATIONS
- 185 POSTER BİLDİRİLER LİSTESİ / POSTER PRESENTATIONS LIST
- 187 POSTER BİLDİRİLER / POSTER PRESENTATIONS

- 201 YAZAR DİZİNİ / AUTHORS INDEX

33. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi®

*33rd National Congress of Nephrology,
Hypertension, Dialysis and Transplantation*

Sözlü Bildiriler / Oral Presentations

21 EKİM 2016, CUMA / 21 OCTOBER 2016, FRIDAY

SÖZEL BİLDİRİLER / ORAL PRESENTATIONS-1**SALON / HALL 3 • Saat: 17:00-18:00****Oturum Başkanları / Chairpersons:**

Rezan Topaloğlu, Hülya Taşkapın

SS/OP-001**DİYABETİK NEFROPATİLİ HASTALARDA KOLEKALSİFEROL'ÜN (VİTAMİN D3) ALBÜMİNÜRİ VE KARDİYAK MORFOLOJİ ÜZERİNE ETKİSİ***THE EFFECT OF VITAMIN D3 ON ALBUMINURIA AND CARDIAC MORPHOLOGY IN PATIENTS WITH DIABETIC NEPHROPATHY*

Gariş Şahin, Beytullah Altınkaynak, İlter Bozacı, Cengiz Bal

SS/OP-002**EVRE 3-4 KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA PERİFERİK ARTER HASTALIĞI SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER***PERIPHERAL ARTERY DISEASE PREVALENCE AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH STAGE 3-4 CHRONIC KIDNEY DISEASE*

Melek Yalçın, Mahmoud Isleem, Feyza Bayrakdar Çağlayan, N. Barış Hasbal, Mutlu Sümerkan, Deniz Akan, Yener Koç, Tamer Sakacı, Elbis Ahbap, Fatih Borlu, Abdulkadir Ünsal, Taner Baştürk

SS/OP-003**OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIĞI OLAN HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ: TND KİSTİK BÖBREK HASTALIKLARI ÇALIŞMA GRUBU VERİLERİ***CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH AUTOSOMAL DOMINANT POLYCYSTIC KIDNEY DISEASE: TURKISH NEPHROLOGY ASSOCIATION CYSTIC KIDNEY DISEASES WORKING GROUP DATA*

İsmail Koçyiğit, Caner Çavdar, Bülent Tokgöz, Eray Eroğlu, Erol Demir, Halil Yazıcı, Ömer Celal Elçioğlu, Rümeyza Kazancıoğlu, Abdülmecit Yıldız, Lütfullah Altıntepe, Ebru Aşıcıoğlu, Hakkı Arıkan, Mehmet Koç, Abdullah Uyanık, Sinan Trabulus, Mehmet Rıza Altıparmak, Ayşe Sinangil, Tevfik Ecder

SS/OP-004**DİYABETİK NEFROPATİDE OKSİDATİF STRES DÜZEYİNDE ARTIŞ VE SOLUBLE KLOTHO DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ***INCREASED OXIDATIVE STRESS IN DIABETIC NEPHROPATHY AND RELATIONSHIP TO SOLUBLE KLOTHO LEVELS*

Ayça İnci, Refik Olmaz, Süleyman Dolu, Üstün Yılmaz, Melahat Çoban, Semih Gül, Olgun Akın, Yasin Şahintürk, Metin Sarıkaya, Fu

SS/OP-005**KRONİK BÖBREK HASTALARINDA KARDİYOVASKÜLER RİSK FAKTÖRÜ OLARAK HEMATOLOJİK PARAMETRELER***HEMATOLOGICAL PARAMETERS AS CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE*

Hasan Kayabaşı, Dede Şit, Emel S. Gökmen, Bennur Esen, Damla Karataş, Ertuğrul Okuyan

SS/OP-006**POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIKLI BİREYLERDE KİST VOLÜMÜNDE BÜYÜME ÜZERİNE E-SELEKTİN GENİ S128R POLİMORFİZMİNİN ETKİSİ***THE ROLE OF E-SELECTIN GENE S128R POLYMORPHISM ON ENLARGEMENT OF CYST VOLUME IN PATIENTS WITH POLYCYSTIC KIDNEY DISEASE*

Bennur Esen, Tarık Sayın, Halit Akbaş, Emel Sağlam Gökmen, Ahmet Engin Atay, Saadet Piltin Güzel, Meral Gogas Yavuz

SÖZEL BİLDİRİLER / ORAL PRESENTATIONS-2**SALON / HALL 4 • Saat: 17:00-18:00****Oturum Başkanları / Chairpersons:**

Harun Akar, Savaş Sipahi

SS/OP-007**KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA KIRMIZI KÜRE DAĞILIM HACMİ VE NABIZ DALGA HIZI İLİŞKİSİ***THE RELATIONSHIP OF RED CELL DISTRIBUTION WIDTH AND PULSE WAVE VELOCITY IN CHRONIC KIDNEY DISEASE*Zeynep Bıyık, İbrahim Güney, Vedat Gençer, Yavuz Sultan Selim Akgül, Harun Aydemir**SS/OP-008****IGA NEFROPATİSİNİN NADİR GÖRÜLEN PREZENTASYON ŞEKLİ: AKUT BÖBREK HASARI***A RARE PRESENTATION OF IGA NEPHROPATHY: ACUTE KIDNEY INJURY*Meriç Oruç, Haydar Durak, Serkan Feyyaz Yalın, Meltem Pekpak, Rezzan Ataman, Nurhan Seyahi, Mehmet Rıza Altıparmak, Sinan Trabulus**SS/OP-009****DİRENÇLİ MEMBRANÖZ GLOMERÜLONEFRİTTE RİTUKSİMAK KULLANIMI: TEK MERKEZ DENEYİMİ***RITUXIMAB USE IN RESISTANT MEMBRANOUS NEPHROPATHY: SINGLE CENTER EXPERIENCE*Yusuf Ziya Şener, Tolga Yıldırım, Şeref Rahmi Yılmaz, Mustafa Arıcı, Bülent Altun, Yunus Erdem**SS/OP-010****TİP 2 DİYABETİK HASTALARDA NON-DİYABETİK RENAL HASTALIK SIKLIĞI, KLİNİK SONUÇLARI VE BELİRLEYİCİLERİ***NON-DIABETIC RENAL DISEASE IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS: PREVALENCE, CLINICAL PREDICTORS AND OUTCOMES*Şiyar Erdoğan, Serkan Aktürk, Saba Kiremitçi, Arzu Ensari, Sim Kutlay, Şule Şengül, Gökhan Nergizoğlu, Sehsuvar Ertürk, Kenan Ateş, Neval Duman, Kenan Keven**SS/OP-011****FOKAL SEGMENTAL GLOMERULOSKLEROZDA RİTUKSİMAK KULLANIMI: TEK MERKEZ DENEYİMİ***RITUXIMAB USE IN FOCAL SEGMENTAL GLOMERULOSCLEROSIS: SINGLE CENTER EXPERIENCE*Yusuf Ziya Şener, Tolga Yıldırım, Şeref Rahmi Yılmaz, Mustafa Arıcı, Bülent Altun, Yunus Erdem**SS/OP-012****PRİMER MEMBRANÖZ NEFROPATİ PROGRESYONUNU ÖNGÖRDÜRMEDE HİSTOLOJİK VE KLİNİK BELİRTEÇLER***THE HISTOLOGICAL AND CLINICAL MARKERS PREDICTING PROGRESSION OF PRIMARY MEMBRANOUS NEPHROPATHY*Egemen Cebeci, Ozan Yeğit, Abdülmecit Yıldız, Ümmü Korkmaz, Yasemin Özlük, Işın Kılıçaslan, Mustafa Güllülü, Savaş Öztürk, Aydın Türkmen, Yaşar Çalışkan**22 EKİM 2016, CUMARTESİ / 22 OCTOBER 2016, SATURDAY****SÖZEL BİLDİRİLER / ORAL PRESENTATIONS-3****SALON / HALL 5 • Saat: 17:00-18:00****Oturum Başkanları / Chairpersons:**

Betül Kalender, Rıza Altıparmak

SS/OP-013**IGA NEFROPATİSİ İÇİN YENİ SEROLOJİK VE GENETİK BİYOBELİRTEÇLER: GALAKTOZİLLENMESİ YETERSİZ IGA1 DÜZEYİ VE TEK NÜKLEOTİD POLİMORFİZMLERİ***NOVEL SEROLOGIC AND GENETIC BIOMARKERS FOR IGA NEPHROPATHY: SERUM LEVELS OF GALACTOSE-DEFICIENT IGA1 AND SINGLE NUCLEOTIDE POLYMORPHISMS*Yaşar Çalışkan, Sebahat Usta Akgül, Sonay Temurhan, Ayşe Serra Artan, Yasemin Özlük, Halil Yazıcı, Fatma Savran Oğuz, Aydın Türkmen, Mehmet Şükrü Sever**SS/OP-014****İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALIKLARINDA BÖBREK TUTULUMU***RENAL MANIFESTATIONS IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES*Mevlüt Tamer Dincer, Serkan Feyyaz Yalın, Sinan Trabulus, Nurhan Seyahi, Aykut Ferhat Çelik, Mehmet Rıza Altıparmak**SS/OP-015****YAŞAM İÇİ KAN BASINCI İZLEMİNDE SİSTOLİK YÜKÜN ÖNEMİ***THE IMPORTANCE OF SYSTOLIC LOAD IN AMBULATORY BLOOD PRESSURE MONITORING*Seçil Conkar, Sevgi Mir**SS/OP-016****RATLARDA DENEYSEL KONTRAST MADDE NEFROPATİSİNİN ÖNLENMESİNDE TİMOKİNON'UN ETKİSİ***THE EFFECT OF THYMOQUINONE ON PREVENTION OF EXPERIMENTAL CONTRAST-INDUCED NEPHROPATHY IN RATS*Murat Hayri Sipahioğlu, Serkan Ulaş Topaloğlu, Cevat Yazıcı, Çağrı Şakalar, İsmail Koçyiğit, Aydın Ünal, Sedat Sezen, Bülent Tokgöz, Oktay Oymak**SS/OP-017****PLASENTA KAYNAKLI MEZENKİMAL KÖK HÜCRELERİN KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİNDE PROLİFERASYON VE APOPTOZ MEKANİZMALARINA ETKİSİ***EFFECTS OF PLACENTAL-DERIVED MESENCHYMAL STEM CELLS ON PROLIFERATION AND APOPTOSIS MECHANISMS IN CHRONIC KIDNEY DISEASE*Büşra Çetinkaya, Gözde Ünek, Aslı Özmen, Müge Molbay, Karoline Doğum, Sadi Köksoy, Gültekin Süleymanlar, Emin Türkay Korgun**SS/OP-018****ÇOCUKLARDA RENAL TRANSPLANTASYON YAŞININ GRAFT SAĞ KALIM ÜZERİNE ETKİSİ***EFFECTS OF RENAL TRANSPLANT AGE ON THE GRAFT FUNCTIONS IN PEDIATRIC TRANSPLANT RECIPIENTS*Begüm Avcı, Özlem Kazancı, Esra Baskın, Kaan Gülleroğlu, Gökhan Moray, Mehmet Haberal

SÖZEL BİLDİRİLER / ORAL PRESENTATIONS-4**SALON / HALL 3 • Saat: 17:00-18:00****Oturum Başkanları / Chairpersons:**

Ayşe Öner, Emre Tural

SS/OP-019**ERİŞKİN RENAL TRANSPLANT ALICILARINDA NAKİL ÖNCESİ PLAZMEFEREZİN FOKAL SEGMENTAL GLOMERULOSKLEROZ NÜKSÜ ÜZERİNE ETKİSİ***EFFECTS OF PRE-TRANSPLANTATION PLASMAPHERESIS ON RECURRENCE OF FOCAL SEGMENTAL GLOMERULOSCLEROSIS IN ADULT RENAL TRANSPLANT RECIPIENTS*Vural Taner Yılmaz, Hüseyin Koçak, Fevzi Ersoy, Gültekin Süleymanlar**SS/OP-020****YÜKSEK İMMÜNOLOJİK RİSKLİ RENAL TRANSPLANT ALICI ADAYLARINDA DESENSİTİZASYON SONUÇLARIMIZ***RESULTS OF DESENSITISATION IN OUR HIGH IMMUNOLOGIC RISK RENAL TRANSPLANT RECIPIENTS*Vural Taner Yılmaz, Gültekin Süleymanlar, Fevzi Ersoy, Ramazan Çetinkaya, Bülent Aydın, Hüseyin Koçak**SS/OP-021****SIÇANLARDA OLUŞTURULAN 5/6 NEFROKTOMİ MODELİNDE PLASENTA KAYNAKLI MEZENKİMAL KÖK HÜCRELERİN RENAL FİBROZİS ÜZERİNE POTANSİYEL ETKİLERİ***THE RESEARCH OF THE EFFECTS OF PLACENTA-DERIVED MESENCHYMAL STEM CELLS ON FIBROSIS MECHASIMS IN 5/6 NEPHRECTOMY RAT MODEL*Gültekin Süleymanlar, Ezgi Akan, Büşra Çetinkaya, Müge Molbay, Aslı Özmen, Sadi Köksoy, Emin Türkay Korgun**SS/OP-022****RENAL HÜCRELİ KARSİNOM VE NEFROLOJİK YAKLAŞIM***RENAL CELL CARCINOMA AND NEPHROLOGIC APPROACH*Özgür Can, Gülizar Manga Şahin, Bala Başak Öven Ustaalioğlu, Berkant Sönmez, Burçak Erkol**SS/OP-023****HEMODİYALİZ HASTALARINDA RESİSTİN İLE OKSİDATİF STRES ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI***THE INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN RESISTIN AND OXIDATIVE STRESS IN HEMODIALYSIS PATIENTS*Osman Yüksekayla, Hasan Bilinç, Nurten Aksoy, Mehmet Nuri Turan**SS/OP-024****ÇOCUK NEFROLOJİ DERNEĞİ ATİPİK HEMOLİTİK ÜREMİK SENDROM KAYIT VERİLERİ: ECULİZUMAB İLE TEDAVİ GÖRMÜŞ OLAN HASTALAR VE SONUÇLARI***TURKISH ATYPICAL HEMOLYTIC UREMIC SYNDROME REGISTRY: PATIENTS TREATED WITH ECULIZUMAB*Esra Baskın, Nur Canpolat, Selçuk Yüksel, Mukaddes Kalyoncu, Alev Yılmaz, Gönül Parmaksız, Engin Melek, Oğuz Söylemezoğlu**SÖZEL BİLDİRİLER / ORAL PRESENTATIONS-5****SALON / HALL 4 • Saat: 17:00-18:00****Oturum Başkanları / Chairpersons:**

Seyhun Kürşat, Gülçin Kantarcı

SS/OP-025**HEMODİYALİZ HASTALARINDA KURU AĞIRLIĞIN BELİRLENMESİNDE PLAZMA OZMOLARİTESİ GÜVENİLİR BİR BELİRTEÇ OLARAK KULLANILABİLİR***PLASMA OSMOLARITY CAN BE USED AS A RELIABLE MARKER TO DETERMINE THE DRY WEIGHT IN HEMODIALYSIS PATIENTS*Ali Borazan, Muammer Bilici, Sevil Uygun İlikhan, Fatih Yılmaz, İbrahim İlker Öz**SS/OP-026****KRONİK HEMODİYALİZ HASTALARINDA ESER ELEMENT VE AĞIR METAL DÜZEYLERİ İLE KORONER ARTER KALSİFİKASYONU ARASINDAKİ İLİŞKİ***THE CORRELATION OF TRACE ELEMENTS AND HEAVY METALS WITH CORONARY ARTERY CALCIFICATION IN MAINTENANCE HEMODIALYSIS PATIENTS*Meriç Oruç, Selda Mercan, Selim Bakan, Barış İkitimur, Serkan Feyyaz Yalın, Rezzan Ataman, Meltem Pekpak, Nurhan Seyahi, Mehmet Rıza Altıparmak, Sinan Trabulus**SS/OP-027****KATETER ÇIKIŞ YERİ ENFEKSİYONU OLAN PERİTON DİYALİZ HASTALARINDA SUBKUTAN GENTAMİSİN ENJEKSİYONU UYGULAMASI***SUBCUTANEOUS GENTAMICIN INJECTION INTO PERICATHETERAL AREA IN TREATMENT OF PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS WITH EXIT SITE INFECTION*Oguzhan Sıtkı Dizdar, Özerhan Özer, Kübra Esmeray, Ali İhsan Günel**SS/OP-028****PERİTON DİYALİZ HASTALARINDA 47-AYLIK TEDAVİDEN AYRILMA VE MORTALİTE HIZININ DİYALİZAT VE PLAZMA NTPROBNP TARAFINDAN TAHMİN EDİLMESİ***PREDICTION OF 47-MONTH DROP OUT AND MORTALITY RATES IN PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS BY DIALYSATE AND PLASMA NTPROBNP LEVELS*Süleyman Köz, İdris Şahin, Mansur Kayataş, Sema Tulay Köz**SS/OP-029****PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA VOLÜM DURUMU VE PROGNOZ AÇISINDAN ÜRİNER VE PERİTONEAL SIVI ATILIMI: HANGİSİ DAHA ÖNEMLİ?***VOLUME STATUS IN PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS; THE IMPORTANCE OF PERITONEAL ULTRAFILTRATION AND URINE VOLUME*Zeynep Kendi Celebi, Güliden Çelik, Şiyar Erdoğmuş, Selma Yalçın, Serkan Aktürk, Kenan Ateş**SS/OP-030****BÖBREK NAKLİ HASTALARINDA SİTOGENETİK HASARIN BELİRLENMESİ MALİGNİTE GELİŞİMİ İÇİN BİR BİYOBELİRTEÇ OLARAK KULLANILABİLİR Mİ?***IS DETERMINATION OF CYTOGENETIC DAMAGE USED AS A BIOMARKER FOR THE RISK OF MALIGNANCY DEVELOPMENT IN RENAL TRANSPLANTATION PATIENTS?*Aydın Ünal, Emel Mutlu, Aslıhan Kırız, Arzu Taşdemir, Tuba Dilay Ünal, İsmail Koçyigit, Murat Hayri Sipahioğlu, Bülent Tokgöz, Oktay Oymak

SÖZEL BİLDİRİLER / ORAL PRESENTATIONS-6**SALON / HALL 5 • Saat: 17:00-18:00****Oturum Başkanları / Chairpersons:**

Yavuz Yeniçerioğlu, İbrahim Akdağ

SS/OP-031**BÖBREK NAKLİ ALICILARINDA GÖRÜLEN UZUN DÖNEM KOMPLİKASYONLAR: MALİGNİTE GELİŞİMİ***LONG TERM COMPLICATIONS IN KIDNEY TRANSPLANT**RECIPIENTS: THE DEVELOPMENT OF MALIGNANCY*Yağmur Şahin, Serkan Yıldız, Özgür Akkale, Zekai Serhan Derici, Ali Çelik, Caner Çavdar, Aykut Sifil, Taner Çamsarı**SS/OP-032****BÖBREK NAKİLLİ HASTALARDA, SAĞLIKLI KONTROLLERDE VE KRONİK BÖBREK HASTALARINDA SERUM IGF-1, KAS GÜCÜ VE KAS KİTLESİ İLİŞKİSİ***THE RELATION BETWEEN SERUM IGF-1 LEVELS, MUSCLE STRENGTH AND MUSCLE MASS IN RENAL TRANSPLANT RECIPIENTS, HEALTHY CONTROLS AND PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE*Saliha Yıldırım, Turan Çolak, Emre Tural, Cihat Burak Sayın, Zeynep Ellik, Siren Sezer**SS/OP-033****BÖBREK BAĞIŞI SONRASI HETEROZİGOT MEFV MUTASYONU OLAN DONÖRLER İÇİN UZUN DÖNEM DE RİSKİ VAR MIDIR?***IS THERE A LONG TERM RISK FOR DONORS WITH HETEROZYGOUS MEFV MUTATION AFTER KIDNEY DONATION?*Süleyman Karaköse, Şiyar Erdoğmuş, Serkan Aktürk, Acar Tüzüner, Şule Şengül, Kenan Keven**SS/OP-034****BÖBREK VERİCİLERİNDE NEFREKTOMİNİN İDRAR ANGIOTENSİNOJEN DÜZEYİNE ETKİSİ: BİR YILLIK İZLEM ÇALIŞMASI***EFFECT OF UNILATERAL NEPRECHTOMY ON URINARY ANGIOTENSINOGEN LEVELS IN LIVING KIDNEY DONORS: 1 YEAR FOLLOW-UP STUDY*Zeynep Kendi Celebi, Ahmet Peker, Sim Kutlay, Senem Koçak, Acar Tüzüner, Şehsuvar Ertürk, Kenan Keven, Şule Şengül**SS/OP-035****BÖBREK ALLOGREFT REJEKSİYONUN NON-İNVAZİV TANISINDA BİYOMARKER OLARAK SCTLA-4 KULLANILABİLİR Mİ? BİR ÖNCÜ ÇALIŞMA***THE ROLE OF SCTLA4 AS A NON-İNVAZİV BIOMARKER FOR DIAGNOSIS OF KIDNEY ALLOGRAFT REJECTION: A PRELIMINARY STUDY*Çağlar Borçak Ruhi, Pınar Ata, İzzet Mesut Titiz**SS/OP-036****DAMARDAN DEMİR VERİLEN SIÇANLARDA LİPOİK ASİDİN OKSİDAN-ANTIOKSİDAN SİSTEM VE BÖBREK HASARI ÜZERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI***THE INVESTIGATION OF THE EFFECT OF LIPOIC ACID ON OXIDANT-ANTIOXIDANT SYSTEM AND RENAL DAMAGE IN RATS AFTER THE INTRAVENOUS IRON*Serkan Yıldız, Zahide Çavdar, Evrim Bozkaya, Mehtat Ünlü, Cemre Ural, Nur Aksuner, Caner Çavdar, Osman Yılmaz, Taner Çamsarı

SS-001

DİYABETİK NEFROPATİLİ HASTALARDA KOLEKALSİFEROL'ÜN (VİTAMİN D3) ALBÜMİNÜRİ VE KARDİYAK MORFOLOJİ ÜZERİNE ETKİSİ

Garip Şahin¹, Beytullah Altunkaynak², İtler Bozacı¹, Cengiz Bal³

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biostatistik Anabilim Dalı

Giriş: D vitamininin olası pleotropik etkileri Nükleer VDR'nin varlığının anlaşılması ile olmuştur. VDR sisteminin diyabetik nefropatiye bağlı proteinüride önemli fizyolojik etkilere sahip olduğu bulunmuştur. Bu etkilerini Renin-angiotensin sistemini suprese ederek, renin' i azaltarak ve NF-Kb' yi baskılayarak proinflamatuvar yolların uyarılmasını engelleyerek gerçekleştirdiği bilinmektedir. Bizim çalışmamızda vitamin D' nin diyabetik nefropatili (evre 1-4 KBY) hastalarda albuminüri düzeyi ve kardiyak morfoloji üzerine etkisi değerlendirilmiştir.

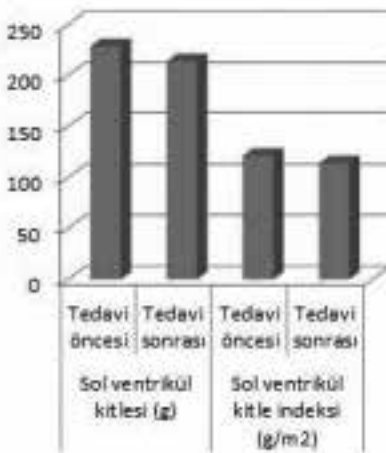
Meteryal ve Metod: 25(OH) D3 düzeyi normal olan 25 diyabetik nefropatili hastanın verileri ile 25(OH) D3 düzeyi düşük (<20 ng/mL) olup, 3 ay boyunca haftalık 50.000 ünite D vitamini replasmanı yapılmış, sonrasında 25 (OH) D3 düzeyi 20 ng/ml' nin üzerinde olan 51 diyabetik nefropatili hastanın replasman öncesi ve replasman sonrası verileri kaydedildi.

Sonuçlar: 25 (OH) D3 düzeyi düşük olan grup ile 25 (OH) D3 normal olan grup karşılaştırıldığında; Vitamin D düzeyi normal olan grupta albuminüri düzeyi daha düşük olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0.05). Vitamin D değeri normal olan grupta sol ventrikül kitlesi ve sol ventrikül kitle indeksi daha düşük saptandı (p<0.05). 25 (OH) D3 düzeyi düşük olan grubun replasman öncesi ve replasman sonrası verileri kendi içinde karşılaştırıldığında albuminüri düzeyinde azalma (p<0,001), renin düzeyinde azalma (p=0,042), EF' de artış (p=0,005), FS' de artış (p=0,005), sol ventrikül kitlesinde azalma (p=0,012) ve sol ventrikül kitle indeksinde azalma (p=0,005) saptandı.

Tartışma: Sonuç olarak diyabetik nefropatili hastalarda 25 (OH) D3 vitamininin düşük olduğu tespit edildi, D vitamini replasmanı ile albuminüri düzeyinde ve sol ventrikül kitle indeksinde azalma olduğu gösterildi. Vitamin D replasmanı renin-angiotensin sistemini suprese ederek ve proinflamatuvar yolların uyarılmasını engelleyerek albuminüri düzeyini azaltabilir. Bu yol ile de kardiyovasküler olaylarda azalma yapabilir.

Anahtar Kelimeler: 25(OH)D3(Kolekalsiferol), diyabetik nefropati, albuminüri, sol ventrikül kitle indeksi

Figürler:



Vitamin D düzeyi düşük olan hastaların replasman öncesi ve sonrası ventrikül kitlesi, sol ventrikül kitle indeksi değerleri

OP-001

THE EFFECT OF VITAMIN D3 ON ALBUMINURIA AND CARDIAC MORPHOLOGY IN PATIENTS WITH DIABETIC NEPHROPATHY

Garip Şahin¹, Beytullah Altunkaynak², İtler Bozacı¹, Cengiz Bal³

¹Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine Department of Nephrology

²Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine Department of Internal Medicine

³Eskişehir Osmangazi Faculty of Medicine Department of Biostatistics

Introduction: The probable pleiotropic effect of vitamin D has been understood after the investigating the VDR. It has been showed that VDR system has significant physiologic effects on proteinuria in diabetic nephropathy. In our study, we aimed to determine the effect of vitamin D on the level of albuminuria and on the cardiac morphology among the patients with diabetic nephropathy (stage 1-4 CRF).

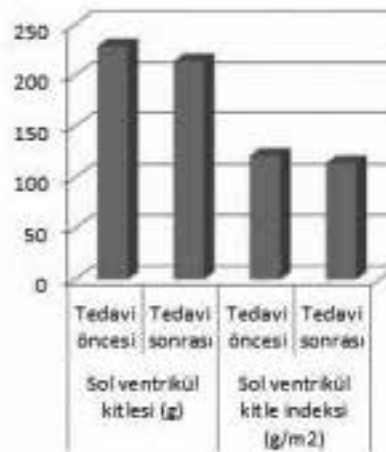
Material and Method: The data of 25 diabetic nephropathy patients with normal 25(OH) D3 level is recorded. Before and after the treatment of 50.000 IU/week vitamin D of last three months for 51 diabetic nephropathy patients with lower (<20 ng/ml) 25(OH) D3 levels was recorded.

Results: The albuminuria was lower in patients that had standard vitamin D level but it is not statistically significant (p>0.05). Left ventricular mass index was lower in patients that had normal Vitamin D level (p<0.05). When we compared the data before and after the treatment of patients those who had low vitamin D level, the level of albuminuria (p<0,001) and left ventricular mass index (p=0,005) were decreased, ejection fraction (p=0,005) and fractional shortening (p=0,005) were increased.

Conclusion: In conclusion, the level of vitamin D was low among the patients with diabetic nephropathy. It was found that albuminuria and left ventricular mass index were increased after the vitamin D treatment. Vitamin D treatment might decrease the albuminuria by the suppression on the renin angiotensin aldosterone system and the inhibiting the induction of pro-inflammatory pathways. The treatment may reduce the cardiovascular events.

Keywords: Vitamin D, diabetic nephropathy, albuminuria, left ventricular mass index

Figurs:



SS-002

EVRE 3-4 KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA PERİFERİK ARTER HASTALIĞI SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Melek Yalçın¹, Mahmoud Isleem², Feyza Bayrakdar Çağlayan², N. Barış Hasbal², Mutlu Sümerkan⁴, Deniz Akan³, Yener Koç², Tamer Sakacı², Elbis Ahbap², Fatih Borlu¹, Abdulkadir Ünsal², Taner Baştürk²

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği

³Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

⁴Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

Giriş: Ankle-brachial indeks (ABİ) aterosklerotik periferik vasküler hastalık (PVH) tanısında kullanılan non invaziv diagnostik bir belirteçtir ve subklinik PVH tanısında sıkça kullanılmaktadır. Bununla birlikte jeneralize aterosklerozun da doğru ve güvenilir bir markeri olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastalarında PVH prevalansı ve ABİ, karotis intima media kalınlığı (KİMK), sol ventrikül kütle indeksi (SVKi), interventriküler septum (İVS) kalınlığı ve posterior duvar kalınlıklarının, kan parametreleri ile ilişkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Çalışmaya 2015 yılı Kasım-Aralık aylarında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Polikliniğine başvuran 97, Evre 3-4 KBY hastası dahil edildi. Tüm hastaların demografik özellikleri, laboratuvar bulguları ve komorbid hastalıkları kaydedildi. ABİ, KİMK, SVKi, İVS kalınlığı ve posterior duvar ölçümleri 2D ve M mod ekokardiyografi ile yapıldı. ABİ <0.9 olan hastalarda PVH olduğu kabul edildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 63,3±12,1 olan 65.6 %'i kadın olan ve bazal eGFR: 38.7±11.8 mL/dk/1.73 m² olan 97 hasta dahil edildi. Hastaların %25'inde azalmış ABİ saptandı (< 0.9). ABİ düzeyi ile albumin (r: 0.252, p:0.002), posterior duvar (r:0.248, p:0.015), İVS (r:0.204, p:0.047) kalınlıkları ile pozitif yönde, crp ile negatif yönde (r: -0.234, p:0.02) korelasyon saptandı. KİMK ile PVH varlığı arasında ilişki saptanmadı. ABİ düzeyi düşük hastalarda, serum fosfor ve Ca*P seviyeleri ABİ düzeyi normal hastalara göre anlamlı olarak yüksek saptandı.

Sonuç: KBY hastalarında asemptomatik PVH prevalansı %25 olarak saptanmış ve inflamasyon ve yüksek fosfat seviyesi PVH hastalık varlığı ile korele bulunmuştur. Posterior duvar ve İVS kalınlıkları ile anormal ABİ arasında belirgin ilişki görülmüştür. KBY hastalarında PVH taramak için non invaziv ve kolay bir test olan ABİ bakılması gündeme gelebilir.

Anahtar Kelimeler: Ateroskleroz, kronik böbrek yetmezliği, periferik arter hastalığı

OP-002

PERİFERAL ARTERY DISEASE PREVALENCE AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH STAGE 3-4 CHRONIC KIDNEY DISEASE

Melek Yalçın¹, Mahmoud Isleem², Feyza Bayrakdar Çağlayan², N. Barış Hasbal², Mutlu Sümerkan⁴, Deniz Akan³, Yener Koç², Tamer Sakacı², Elbis Ahbap², Fatih Borlu¹, Abdulkadir Ünsal², Taner Baştürk²

¹Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital Internal Medicine

²Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital Nephrology

³Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital Radiology

⁴Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital Cardiology

Introduction: Ankle-brachial index (ABI) is a noninvasive test which employs as a diagnostic marker of atherosclerotic peripheral vascular disease (PAD) and widely used to diagnose subclinical PAD. However, it has subsequently been shown to be an accurate and reliable marker of generalized atherosclerosis. This study aimed to determine the prevalence of PAD and to assess the correlations between ABI, carotid intima media thickness (CIMT), the thickness of interventricular septum (IVS) and posterior wall, left ventricular mass index (LVMI), and blood parameters in chronic kidney disease (CKD) patients.

Material-Method: A total of 97 patients from Sisli Hamidiye Etfal Education and Research Hospital Nephrology Clinic with stage 3-4 CKD were included in the study. Demographic manifestations and comorbid diseases were investigated and clinical and laboratory markers were recorded. The ABI, CIMT, LVMI and the thickness of IVS and posterior wall levels were measured with 2D and M mode transthoracic echocardiography. PAD was defined as an ABI level of <0.9.

Results: Out of 97 patients with a mean age of: 63,3±12,1 years, 65.6 % were female and baseline eGFR was 38.7±11.8 mL/min/1.73 m². Twenty five percent of the patients showed a reduced ABI (<0.9). ABI was positively associated with serum albumin levels (r:0.252, p:0.002) and posterior wall (r:0.248, p:0.015), IVS (r:0.204, p:0.047) thickness values, and negatively correlated with crp levels (r:-0.234, p:0.02). CIMT was not correlated with the presence of PAD. The levels of phosphate and Ca*P in the serum of the patients with reduced ABI were significantly higher than in patients with normal ABI (p<0.022, 0.042).

Conclusion: The prevalence of asymptomatic PAD in the patients with CRF was 25% and inflammation and higher phosphate levels play a role in the appearance of PAD. Posterior wall and IVS thickness showed apparent association with abnormal ABI. ABI may be accepted as an easy and non invasive screening method of PAD in CKD.

Keywords: Atherosclerosis, chronic kidney disease, periferik artery disease

SS-003

OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIĞI OLAN HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ: TND KİSTİK BÖBREK HASTALIKLARI ÇALIŞMA GRUBU VERİLERİ

İsmail Koçyiğit¹, Caner Çavdar², Bülent Tokgöz¹, Eray Eroğlu¹, Erol Demir³, Halil Yazıcı³, Ömer Celal Elçioğlu⁴, Rümeysa Kazancıoğlu⁴, Abdülmecit Yıldız⁵, Lütfullah Altın-tepe⁶, Ebru Aşıcıoğlu⁷, Hakkı Arkan⁷, Mehmet Koç⁷, Abdullah Uyanık⁸, Sinan Trabulus⁹, Mehmet Rıza Altıparmak⁹, Ayşe Sinangil¹⁰, Tefvik Ecder¹⁰

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

³İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

⁴Bezm-i Alem Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

⁵Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

⁶Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği

⁷Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

⁸Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

⁹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

¹⁰İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

Amaç: Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı (ODPKBH) en sık saptanan kalıtsal böbrek hastalığıdır. Son dönem böbrek yetmezliği nedeni ile renal replasman tedavisi uygulanan hastaların %5-10'unu oluşturmaktadır. Bu çok merkezli çalışma ODPKBH olan hastaların demografik ve klinik özelliklerini araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Metod: Türk Nefroloji Derneği Kistik Böbrek Hastalıkları Çalışma Grubu tarafından on merkezde en az bir yıl boyunca takip edilen 945 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Demografik ve klinik özellikler içerisinde yaş, cinsiyet, aile öyküsü, sigara kullanımı, hipertansiyon, hematüri, böbrek taşı, idrar yolu enfeksiyonu ve renal replasman tedavisi bulunmaktaydı. Herhangi bir antihipertansif ilaç tedavisi alan ya da kan basıncı değeri 140/90 mmHg üzerinde olan hastalar hipertansif olarak değerlendirildi.

Bulgular: 422'si erkek, 523'ü kadın olmak üzere toplam 945 hastanın yaş ortalaması 48.6 idi. Hastaların 594'ünde (%67) aile hikayesi mevcut idi. 124 hasta (%14) sigara kullanmakta iken daha önce kullanım öyküsü olan hasta sayısı 85(%9) idi. Ortalama sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri sırası ile 159.2 mmHg ve 83.6 mmHg idi. Hastaların %67'si antihipertansif ilaç kullanmakta idi. 108 hastada (%13.5) hematüri öyküsü varken böbrek taşı olan hasta sayısı 164 (%19.5) idi ve 36 hasta (%4.3) idrar yolu enfeksiyonu geçirmişti. Hastaların CKD-EPI yöntemi ile değerlendirilen Glomerüler Filtrasyon Hızı (GFH) ortalaması 63.03 ml/dk olarak hesaplandı. Renal replasman tedavisi gören hasta sayısı ise 79 (%8.7) idi.

Sonuç: Çalışma grubumuzun ortak veri tabanında değerlendirilmesi ile hipertansiyon varlığının Türkiye'deki ODPKBH'ında önemli bir sorun olduğu ve ilaç kullanımına rağmen kan basıncı değerlerinin yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, polikistik böbrek

OP-003

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH AUTOSOMAL DOMINANT POLYCYSTIC KIDNEY DISEASE: TURKISH NEPHROLOGY ASSOCIATION CYSTIC KIDNEY DISEASES WORKING GROUP DATA

İsmail Koçyiğit¹, Caner Çavdar², Bülent Tokgöz¹, Eray Eroğlu¹, Erol Demir³, Halil Yazıcı³, Ömer Celal Elçioğlu⁴, Rümeysa Kazancıoğlu⁴, Abdülmecit Yıldız⁵, Lütfullah Altın-tepe⁶, Ebru Aşıcıoğlu⁷, Hakkı Arkan⁷, Mehmet Koç⁷, Abdullah Uyanık⁸, Sinan Trabulus⁹, Mehmet Rıza Altıparmak⁹, Ayşe Sinangil¹⁰, Tefvik Ecder¹⁰

¹Erciyes University Faculty of Medicine, Department of Nephrology

²Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Nephrology

³İstanbul University Faculty of Medicine, Department of Nephrology

⁴Bezm-i Alem University Faculty of Medicine, Department of Nephrology

⁵Uludağ University Faculty of Medicine, Department of Nephrology

⁶Konya Education and Research Hospital, Nephrology Clinic

⁷Marmara University Faculty of Medicine, Department of Nephrology

⁸Atatürk University Faculty of Medicine, Department of Nephrology

⁹İstanbul University Cerrahpaşa Faculty of Medicine, Department of Nephrology

¹⁰İstanbul Bilim University Faculty of Medicine, Department of Nephrology

Aim: Autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD) is the most common hereditary kidney disease. It accounts for 5–10% of patients with end-stage renal disease (ESRD). The aim of this multicenter study was to investigate the demographic and clinical characteristics of patients with ADPKD.

Methods: 945 patients with ADPKD who were followed up one year in 10 centers of the Turkish nephrology association cystic kidney diseases working group were recruited for this study. The investigated demographic and clinical characteristics were age, gender, presence of the ADPKD in family members, smoking history, the existence of hypertension, hematuria, urinary tract stones, urinary tract infection, and renal replacement therapy. Patients were considered as hypertensive if they were taking antihypertensive medications or if they had blood pressure (BP) of 140/90 mm Hg or greater.

Results: 422 male and 523 female of total 945 patients with ADPKD were included and the mean age was 48.6 years. 594 (67%) patients had the history of ADPKD in family member/members. 124 patients (14%) were current smokers whereas 85 (9%) were ex-smokers. The mean systolic and diastolic blood pressure levels were 159.2 and 83.6 mm Hg, respectively. 67% of the patients used antihypertensive drugs. 108(13.5%) patients had the history of hematuria while 164 (19.5%) patients had kidney stone. Urinary tract infection history was recorded in 36 (4.3%) patients. All patients' mean glomerular filtration rate (GFR) was 63.03 ml/min according to the CKD-EPI formula. Renal replacement therapy was administered to 79 (8.7%) patients.

Conclusion: Assessment of the our working group data has showed that the hypertension is the most important clinical problem in patients with ADPKD in Turkey and blood pressure levels were still high despite the usage of antihypertensive drug.

Keywords: Hypertension, polycystic kidney

SS-004

DİYABETİK NEFROPATİDE OKSİDATİF STRES DÜZEYİNDE ARTIŞ VE SOLUBLE KLOTHO DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİAyça İnci¹, Refik Olmaz¹, Süleyman Dolu¹, Üstün Yılmaz¹, Melahat Çoban¹, Semih Gül¹, Olgun Akın¹, Yasin Şahintürk¹, Metin Sarıkaya¹, Funda Sarı²¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Bu çalışmada diyabetik nefropatiye bağlı KBH(kronik böbrek hastalığı) tanısı olan ve farklı albuminuri düzeyi olan hastalarda s-Klotho düzeyi ile oksidatif stres markerları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Metotlar: Üriner albümin kreatinin oranına göre hastalar 3 gruba ayrılmıştır. s-Klotho, serum kreatinine, kalsiyum, fosfor, 25-hidroksivitamin D3 (25hD) ve parathormon (PTH) ölçümleri için kan örnekleri toplanmıştır. Oksidatif stresi ölçmek için TOS (Total oksidan durum), TAS (Total antioksidan durum), OSI (Oksidatif stres indeksi) ve IMA (İskemi modifiye albümin) kullanılmıştır.

Bulgular: Diyabetik nefropatili hastalarda ; TOS, TAS ve OSI değerleri anlamlı yüksek saptanmıştır (p < 0.001). Hastaları üriner albümin kreatinin oranına göre ayırdığımızda; TOS, OSI ve IMA değerleri gruplar arasında farklı saptanmadı ancak TAS (p<0.001) ve IMAR (IMA/serum albumin oranı) değerleri gruplar arasında farklı saptandı (p=0.002). Gruplar arasında s-Klotho düzeyleride anlamlı farklı saptandı (p = 0.031). s-Klotho ve TOS (r=0.186 p=0.034) arasında ve s-Klotho OSI arasında (r=0.207 p=0.018) anlamlı pozitif korrelasyon saptandı. s-Klotho düzeyi ve eGFR; Üriner albümin kreatinin oranı; HbA1c, Ca, P, PTH düzeyleri ; ve TAS, IMA ,IMAR düzeyleri arasında anlamlı korrelasyon saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda s-Klotho düzeylerine etkili en önemli faktörün TOS olduğu saptanmıştır. Diyabetik nefropatili hastalarda oksidatif stresin tedavi ile azaltılması renal ve kardiyovasküler sonuçları olumlu etkileyebilir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik nefropati; oksidatif stres;s-Klotho

OP-004

INCREASED OXIDATIVE STRESS IN DIABETIC NEPHROPATHY AND RELATIONSHIP TO SOLUBLE KLOTHO LEVELSAyça İnci¹, Refik Olmaz¹, Süleyman Dolu¹, Üstün Yılmaz¹, Melahat Çoban¹, Semih Gül¹, Olgun Akın¹, Yasin Şahintürk¹, Metin Sarıkaya¹, Funda Sarı²¹Antalya Training and Research Hospital²Akdeniz University Faculty of Medicine

Background: In this study, we investigated the relationship between s-Klotho and oxidative stress markers in diabetic nephropathy patients with different stages of CKD(chronic kidney disease) and albuminuria levels.

Methods: Patients were classified into three groups according to their urinary albumin creatinine ratio(UACR) .Blood samples were collected to measure the levels of s-Klotho, serum creatinine, Calcium, Phosphorus, 25-hydroxyvitamin D3 (25hD) and parathyroid hormone (PTH). We used TOS (total oxidant status), TAS(total antioxidant status), OSI(oxidative stress index) and IMA(ischaemia-modified albumin) values to measure the oxidative status.

Results: TOS, TAS and OSI values were significantly higher in diabetic nephropathy patients (p < 0.001). When we classified patients according to their UACR; TOS, OSI and IMA values are not different between the groups but TAS (p<0.001) and IMAR (p=0.002) values were significantly different. Significant differences were also detected for s-Klotho levels (p = 0.031) between the groups. A statistically significant positive correlation was found between s-Klotho and TOS (r=0.186 p=0.034) and OSI (r=0.207 p=0.018). No significant correlation was found between the s-Klotho level and eGFR; UACR; HbA1c, Ca, P, PTH levels; and TAS, IMA and IMAR values.

Conclusion: The parameter with the greatest effect on s-Klotho levels in our study was TOS. Therapeutic reduction of oxidative stress in patients with DN could improve renal and cardiovascular outcomes.

Keywords: Diabetic nephropathy; oxidative stress; s-Klotho

SS-005

KRONİK BÖBREK HASTALARINDA KARDİOVASKÜLER RİSK FAKTÖRÜ OLARAK HEMATOLOJİK PARAMETRELER

Hasan Kayabaşı¹, Dede Şit², Emel S. Gökmen³, Bennur Esen⁴, Damla Karataş¹, Ertuğrul Okuyan⁵
¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları ve Nefroloji, İstanbul
²İstinye Üniversitesi Medicalpark Hastanesi, İç Hastalıkları ve Nefroloji, İstanbul
³Eyüp Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları, İstanbul
⁴Acıbadem Taksim Hastanesi, İç Hastalıkları ve Nefroloji, İstanbul
⁵Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji, İstanbul

Giriş: Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) olan kişilerde en önemli morbidite ve mortalite sebebi kardiyovasküler hastalıklardır (KVH). KBH olan kişilerde inflamatuvar belirteçlerin serum seviyeleri ile koroner arter hastalığı (KAH) arasında korelasyon bulunmaktadır. Günümüzde birçok çalışmada hematolojik parametrelerden ortalama eritrosit hacmi (MCV), nötrofil/lenfosit oranı, trombosit/lenfosit oranı inflamasyonun potansiyel belirteci olarak ortaya konmaktadır. Bu çalışmada prediyaliz KBH olan kişilerde hematolojik parametreler ve KAH arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Materyal-Metod: Çalışmamızda koroner anjiyografi yapılarak KAH tanısı konmuş toplam 172 prediyaliz KBH çalışmaya alınmıştır. Hastaların demografik, biyokimyasal ve hematolojik parametreleri kaydedildi. Tüm hastaların GFR'leri MDRD formülü kullanılarak hesaplandı ve hastaların eGFR'leri ile KDIGO'ya göre KBH evre 1-5 olarak ayrıldı. Hastalar, KAH açısından anjiyografi yapılarak pozitif ve negatif olmak üzere iki gruba ayrıldı. Hemogloblin (HGB), Ortalama Trombosit Hacmi (MPW), Trombosit/Lenfosit oranı (PLR), Trombosit Dağılım Genişliği (PDW), MPW/Trombosit oranı (MPR) hematolojik parametreler olarak karşılaştırıldı.

Sonuç: KBH olgularının yaşları 41 ile 96 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 65.06±10.53 yıldır. Olguların 119'u (%69.2) erkek, 53'ü (%30.8) kadındır. Hastaların 16'sının (%9.3) evresi evre 1, 75'inin (%43.6) evre 2, 46'sının (%26.7) evre 3, 17'sinin (%9.9) evre 4 ve 18'inin (%10.5) evre 5 idi. İki grup arasında HGB seviyeleri ve PLR açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (11.80±2.31, 10.45±2.38 ve 160.28±111.43, 272.84±223.56, p <0.05). Ancak MPW, PDW ve MPR arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Hastaların hematolojik parametreleri tablo 1'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tartışma: KBH ve KAH birbiriyle yakından ilişkilidir ve KV morbidite ve mortalitede çeşitli biyomarkerların ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda prediyaliz kronik böbrek hastalarında PLR ile KAH arasında ilişki bulunmuştur. Ayrıca, ucuz ve ulaşılması kolay yeni inflamatuvar belirteçler kullanılarak daha büyük ölçekli araştırmalar yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik nefrop???????

Tablo 1. KAH'nda hematolojik parametreler (MPW, PDW and MPR)

	KAH		
	Yok	Var	p
CRP	32,26±40,16	42,49±48,58	0,348
Hemogloblin	11,80±2,31	10,45±2,38	0,009
Middle Platelet Wolum	8,01±1,31	42,53±165,34	0,605
Platelet Distribution Width	49,64±9,74	50,31±12,77	0,772
Middle Platelet Wolum/Platelets	0,04±0,02	0,15±0,54	0,607
Platelet/Lymphocyte	160,28±111,43	272,84±223,56	0,004
Neutrophil/ Lymphocyte	4,14±4,49	8,46±11,4	0,001
*KAH: koroner arter hastalığı	*CRP: C-reaktive protein		

OP-005

HEMATOLOGICAL PARAMETERS AS CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

Hasan Kayabaşı¹, Dede Şit², Emel S. Gökmen³, Bennur Esen⁴, Damla Karataş¹, Ertuğrul Okuyan⁵
¹Bagcilar Education and Research Hospital, Internal Medicine and Nephrology, Istanbul, Turkey
²Istinye University Medicalpark Hospital, Internal Medicine and Nephrology, Istanbul, Turkey
³Eyup State Hospital, Internal Medicine, Istanbul, Turkey
⁴Acibadem Taksim Hospital, Internal Medicine and Nephrology, Istanbul, Turkey
⁵Bagcilar Education and Research Hospital, Cardiology, Istanbul, Turkey

Introduction: Cardiovascular diseases (CVD) are the leading cause of morbidity and mortality in patients with chronic kidney disease (CKD). Patients with CKD have enhanced inflammation with elevated serum levels of inflammatory mediators, and systemic inflammation which is correlated with coronary artery disease (CAD). Nowadays in many studies hematological parameters such as mean corpuscular volume, neutrophil-to-lymphocyte ratio, platelet to lymphocyte ratio are introduced as potential markers of inflammation and cardiac outcomes. In this study we aimed to study the relationship between the hematological parameters and CAD in predialysis CKD patients.

Materials-Methods: In total 172 predialysis CKD patients who were undergone coronary angiography for CAD enrolled to the study. Demographic, biochemical, hematological (CBC) parameters were recorded. GFR of all patients were calculated using MDRD formula, and according to eGFR, the patients were divided into stage 1-5 CKD via K/DOQI guidelines. The patients were divided into two groups as angiography positive and negative for CAD. Hemogloblin (HGB), Middle Platelet Wolum (MPW), Platelet to Lymphocyte ratio (PLR), Platelet Distribution Width (PDW), MPW to Platelets (PLT) ratio (MPR) were compared as hematological parameters.

Results: The mean age of patients was 65.06±10.53 years, 119 (69.2%) were male, and 53 (30.8%) were female. According to eGFR 16 (9.3%) were stage 1, 75 (43.6%) were stage 2, 46 (26.7%) were stage 3, 17 (9.9%) were stage 4 and 18 (10.5%) were stage 5. There was a statistically significant difference in HGB levels, and PLR between two groups (10.45±2.38 against 11.80±2.31, and 272.84±223.56 against 160.28±111.43, respectively p<0.05), but no significant differences between MPW, PDW and MPR. Hematological parameters of patients were detailed in table 1.

Discussion: CKD and CVD are closely associated and there is expected interest in biomarkers that could predict CV morbidity and mortality in this population. We found a relationship between PLR and CAD among predialysis CKD patients. Further, large scale investigations are needed to evaluate the predictivity and valuability of these new inflammatory markers widely used, cheap and easy to obtain.

Keywords: Hematological Parameters, Cardiovascular Risk Factor, Chronic Kidney Disease

Table 1. Hematological parameters (MPW, PDW and MPR) of patients according to CAD

	Coronary Artery Disease		
	No	Yes	p
C-reactive protein	32,26±40,16	42,49±48,58	0,348
Hemogloblin	11,80±2,31	10,45±2,38	0,009
Middle Platelet Wolum	8,01±1,31	42,53±165,34	0,605
Platelet Distribution Width	49,64±9,74	50,31±12,77	0,772
Middle Platelet Wolum/Platelets	0,04±0,02	0,15±0,54	0,607
Platelet/Lymphocyte	160,28±111,43	272,84±223,56	0,004
Neutrophil/ Lymphocyte	4,14±4,49	8,46±11,4	0,001

SS-006

POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIKLI BİREYLERDE KİST VOLUMÜNDE BÜYÜME ÜZERİNE E-SELEKTİN GENİ S128R POLİMORFİZMİNİN ETKİSİ

Bennur Esen¹, Tanık Sayın², Halit Akbaş³, Emel Sağlam Gökmen⁴, Ahmet Engin Atay⁴, Saadet Pilten Güzel⁵, Meral Gogas Yavuz⁶

¹İç Hastalıkları Ve Nefroloji Kliniği, Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

²Radyoloji Kliniği, Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

³Tıbbi Biyoloji Ve Genetik Anabilim Dalı, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Şanlıurfa

⁴İç Hastalıkları Kliniği, Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

⁵Biyokimya Bölümü, Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

⁶İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Ve Metabolizma Hastalıkları Bölümü, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

Giriş: En sık görülen genetik hastalıklardan biri olan polikistik böbrek hastalıklı (PKB) bireyler kist boyutlarında büyüme ve renal fonksiyonlarda kayıp riski altındadır. Kist volümünde büyüme üzerine bazı faktörlerin etkisi kesin olarak gösterilmekle birlikte bu risk faktörlerinin olmadığı bazı hasta gruplarında kist ve böbrek volümünde büyüme olması genetik faktörlerin rolü olabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmada PKB'li bireylerin 12 ay takip süresi içinde kist volümlerinde büyüme üzerine E -selektin geni S128R polimorfizminin rolünün incelenmesi amaçlandı.

Materyal ve Metod: Çalışmaya PKB tanısı almış 76 birey dahil edildi. Serum E -selektin düzeyi enzyme linked immunoabsorbent assay (ELISA) metodu ile incelendi. E-selectin geni S128R polimorfizmi restriction fragment length polymorphism-polymerase chain reaction (RFLP-PCR) yöntemi ile analiz edildi. Aynı Radyoloji uzmanı tarafından hastaların kist çap ve volüm ölçümleri 0.ay ve 12.ay olmak üzere 2 kez magnetik rezonans (MRI) cihazı ile standard stereolojik metod ve modifiye elipsoid metod ile yapılmıştır. Çalışma Marmara Üniversitesi Etik Kurulu tarafından onaylandı.

Bulgular: E-selektin geni S128R polimorfizmi AA genotipi (homozigot doğal) ile AC yada CC varyantı taşıyanlar arasında yaş, hastalık süresi, 0. ay kist volümü, 12. ay kist volümü, 0. ay dominant kist volümü ve 12. ay dominant kist volümü açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark görülmezken volüm değişimi açısından değerlendirildiğinde istatistik olarak anlamlı bir değişim izlendi (sırasıyla 2.9±13.4 vs 5.2±16.3; p:0.01). Korelasyon analizinde serum E-selektin düzeyinin glukoz, ALT, kreatinin, kalsiyum, fosfor, total protein, albumin düzeyi ve end diastolik volüm ile korele olduğu görüldü (sırasıyla p:0.0001, p:0.001, p:0.03, p:0.021, p:0.023, p:0.002, p:0.003 ve p:0.047). Logistic regresyon analizinde CC polimorfizminin kist volümü büyümesi üzerine 1.32 kat etkisi olduğu (p:0.052) görüldü.

Sonuç: Polikistik böbrek hastalıklı bireylerde E-selektin geni S128R varyantları taşıyıcılarının homozigot bireylere göre kist volümü büyümesi açısından daha yüksek risk altında olduğu görülmekle birlikte bu çalışmanın verilerinin daha geniş ölçekli ve daha uzun takip süreli çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Polikistik böbrek hastalığı, e-selektin geni S128R polimorfizmi, kist volümünde büyüme

Tablo 1. Demografik, laboratuvar ve radyolojik verilerin farklı gen varyantları arasında karşılaştırılması (Mann Whitney U Testi +Wilcoxon Testi)

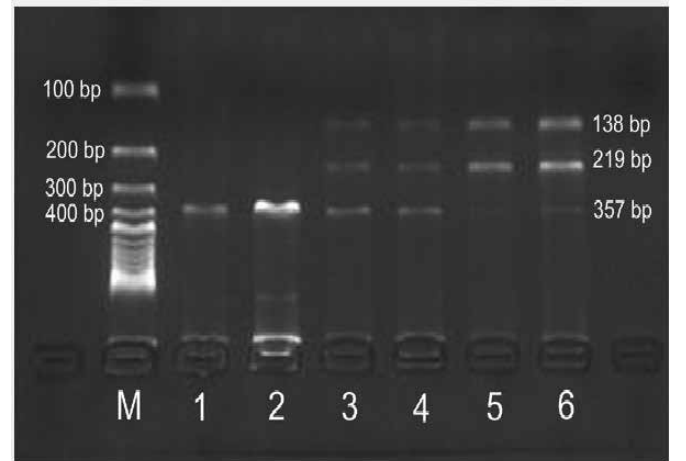
	AA	AC+CC	p
Yaş (yıl)	48.7±14.1	45.3±15.8	NS
Hastalık süresi (ay)	77.6±54.9	73.1±76.7	NS
E-selektin düzeyi (ng/ml)	64.7±36.9	58.8±24.7	NS
Kist volümü 0.ay (mm3)	47.8±23.2	54.2±27.1	NS
Kist volümü 12.ay (mm3)	51.7±25.7	59.2±28.4	NS
Volüm değişimi (mm3)	2.9±13.4	5.2±16.3	0.01

Tablo 2. Klinik ve demografik değişkenlerin serum E -selektin düzeyi ile korelasyon analizi

	r	p
Hastalık süresi	0.02	NS
Sistolik arter basıncı (mmHg)	0.02	NS
Diastolik arter basıncı (mmHg)	0.03	NS
Vücut ağırlığı (kg)	0.2	NS
BMI (kg/m2)	0.05	NS
Vücut kas kitlesi (kg)	0.3	0.01
Glukoz (mg/dl)	0.5	0.0001
ALT (U/L)	0.48	0.001
Üre (mg/dl)	0.01	NS
Kreatinin (mg/dl)	0.28	0.03
Kalsiyum (mg/dl)	0.3	0.021
Fosfor (mg/dl)	0.3	0.023
Total protein (g/dl)	0.44	0.002
Albumin (g/dl)	0.4	0.003
Ejeksiyon fraksiyonu (%)	0.02	NS
End sistolik volüm (mm3)	0.2	NS
End diastolik volüm (mm3)	0.2	0.047
Kist volümü 0.ay (mm3)	0.1	NS
Kist volümü 12.ay (mm3)	0.07	NS
Dominant kist volümü 0.ay (mm3)	0.02	NS
Dominant kist volümü 12.ay (mm3)	0.01	NS

Tablo 3. Logistic regresyon analizi ile kist volümünde büyümenin predikte edilmesinde AA/CC varyantlarının karşılaştırılması

	AUC	SE	95% CI
E-selektin düzeyi (ng/ml)	0.54	NS	0.412-0.638
Kist volümü 0.ay (mm3)	0.63	NS	0.491-0.736
Kist volümü 12.ay (mm3)	0.58	NS	0.472-0.765
Dominant kist volümü 0.ay (mm3)	0.59	NS	0.470-0.691
Dominant kist volümü 12.ay (mm3)	0.56	NS	0.462-0.653
Volüm değişimi (mm3)	1.32	0.052	0.211-5.275



Figür 1: E-selektin geni S128R polimorfizminin PCR-RFLP analizinin etidyum bromid ile boyanmış jel elektroferez görüntüsü. M sırası 100 bp DNA marker, 1 ve 2 sıralar AA allelik polimorfizmi, 3 ve 4 sıralar AC allelik polimorfizmini ve 5 ve 6 sıralar CC allelik polimorfizmi göstermektedir.

OP-006

THE ROLE OF E-SELECTIN GENE S128R POLYMORPHISM ON ENLARGEMENT OF CYST VOLUME IN PATIENTS WITH POLYCYSTIC KIDNEY DISEASE

Bennur Esen¹, Tarkan Sayın², Halit Akbaş³, Emel Sağlam Gökmen⁴, Ahmet Engin Atay⁴, Saadet Piltin Güzel⁵, Meral Gogas Yavuz⁶

¹Clinics of Internal Medicine and Nephrology, Bağcılar training and research hospital, Istanbul

²Clinics of Radiology, Bağcılar training and research hospital, Istanbul

³Department of Medical Biology and Genetics, Harran University Faculty of Medicine, Şanlıurfa

⁴Clinics of Internal Medicine, Bağcılar training and research hospital, Istanbul

⁵Department of Biochemistry Bağcılar training and research hospital, Istanbul

⁶Department of Internal Medicine, Endocrinology and Metabolic Diseases Marmara University Faculty of Medicine, Istanbul

Introduction: Patients with polycystic kidney disease (PKD); one of most common genetic disorder, are under risk of cyst enlargement and renal functional loss. A number of risk factors for cyst enlargement have been determined however cyst enlargement in a group of patients without a well-defined risk factor suggest the role of genetical factors. Our aim is to determine the role E-selectin gene S128R polymorphism on enlargement of renal cysts in patients with PKD.

Methods: A total of 76 patients with PKD enrolled into the study. Serum E-selectin level was analyzed by enzyme linked immunoabsorbent assay (ELISA) method. E-selectin gene S128R polymorphism was examined by restriction fragment length polymorphism-polymerase chain reaction (RFLP-PCR). Same radiologist examined cyst volumes by standard stereologic method and modified elipsoid method with magnetic resonans imaging (MRI).

Results: There was no significant difference between AA genotype and AC or CC variants of E-selectin gene S128R polymorphism in terms of age, disease duration, baseline cyst volume, cyst volume at 12nd month, baseline dominant cyst volume and dominant cyst volume at 12nd month however a significant difference determined between groups with regard to volume change of cysts (2.9 ± 13.4 vs 5.2 ± 16.3 ; respectively, $p:0.01$). In the correlation analysis, serum E-selectin level was significantly correlated to glucose, ALT, creatinine, calcium, phosphorus, total protein, albumin and end diastolic volume ($p:0.0001$, $p:0.001$, $p:0.03$, $p:0.021$, $p:0.023$, $p:0.002$, $p:0.003$ and $p:0.047$, respectively). Logistic regression analysis demonstrated that CC polymorphism is associated with 1.32 times higher risk of cyst enlargement when compared to AA genotype ($p:0.052$).

Conclusion: PKD patients with AC and CC variants of E-selectin gene S128R polymorphism have higher risk of cyst enlargement however results of the present study should be confirmed with further studies with large sample size and longer duration of follow-up.

Keywords: Polycystic kidney disease, e-selectin gene S128R polymorphism, enlargement of cyst volume

Table 1. Comparison of demographic, laboratory and radiologic findings of gene variants (Mann Whitney U Testi +Wilcoxon Testi)

	AA	AC+CC	p
	Mean±SD	Mean±SD	
Age (years)	48.7±14.1	45.3±15.8	NS
Disease duration (years)	77.6±54.9	73.1±76.7	NS
E-selectin level (ng/ml)	64.7±36.9	58.8±24.7	NS
Cyst volume at baseline (mm3)	47.8±23.2	54.2±27.1	NS
Cyst volume at 12nd month (mm3)	51.7±25.7	59.2±28.4	NS
Change in cyst volume	2.9±13.4	5.2±16.3	0.01

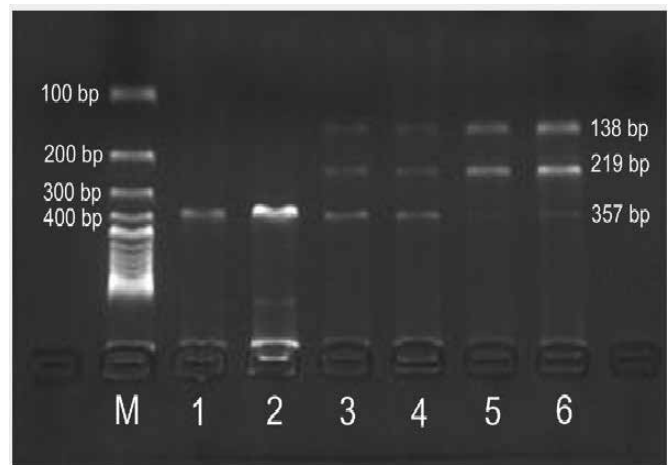
Table 2. Correlation analysis of serum E-selectin level with clinical and demographical data

	r	p
Disease duration (years)	0.02	NS
Systolic blood pressure (mmHg)	0.02	NS
Diastolic blood pressure (mmHg)	0.03	NS
Body weight (kg)	0.2	NS
BMI (kg/m2)	0.05	NS
Body muscle mass (kg)	0.3	0.01
Glucose (mg/dl)	0.5	0.0001
ALT (U/L)	0.48	0.001
Urea (mg/dl)	0.01	NS
Creatinine (mg/dl)	0.28	0.03
Calcium (mg/dl)	0.3	0.021
Phosphorus (mg/dl)	0.3	0.023
T.protein (g/dl)	0.44	0.002
Albumin (g/dl)	0.4	0.003
Ejection fraction (%)	0.02	NS
End systolic volume (mm3)	0.2	NS
End diastolic volume (mm3)	0.2	0.047
Cyst volume at baseline (mm3)	0.1	NS
Cyst volume at baseline (mm3)	0.07	NS
Dominant cyst vol. at baseline (mm3)	0.02	NS
Dominant cyst vol at 12nd month (mm3)	0.01	NS

SpearmanRho Test

Table 3. Logistic regression analysis to predict cyst enlargement between AA and CC polymorphisms of E-selectin gene S128R polymorphism

	AUC	SE	95% CI
E-selectin level (ng/ml)	0.54	NS	0.412-0.638
Cyst volume at baseline (mm3)	0.63	NS	0.491-0.736
Cyst volume at 12nd month (mm3)	0.58	NS	0.472-0.765
Dominant cyst volume at baseline (mm3)	0.59	NS	0.470-0.691
Dominant cyst volume at 12nd month (mm3)	0.56	NS	0.462-0.653
Change in cyst volume	1.32	0.052	0.211-5.275



Figür 1: E-selectin geni S128R polimorfizminin PCR-RFLP analizinin etidyum bromid ile boyanmış jel elektroferez görüntüsü. M sırası 100 bp DNA marker, 1 ve 2 sıralar AA allelik polimorfizmi, 3 ve 4 sıralar AC allelik polimorfizmini ve 5 ve 6 sıralar CC allelik polimorfizmi göstermektedir.

SS-007

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA KIRMIZI KÜRE DAĞILIM HACMİ VE NABIZ DALGA HIZI İLİŞKİSİZeynep Bıyık¹, İbrahim Güney¹, Vedat Genç¹, Yavuz Sultan Selim Akgül², Harun Aydemir²¹Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Konya²Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Konya

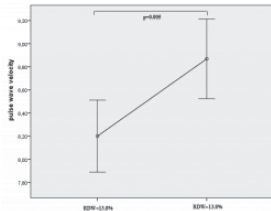
Giriş: Eritrosit dağılım genişliği (RDW) rutin olarak tam kan sayımında elde edilen bir parametredir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda kardiyovasküler hastalığı olanlarda ve sağlıklı gönüllülerde RDW'nin kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Böbrek yetmezliği hastalarında RDW ile ilgili yeterli çalışma yoktur. Biz kronik böbrek yetmezliği hastalarında RDW'nin aterosklerozun bir ön göstergesi olan arteriyel sertlik ile ilişkisini araştırdık.

Yöntemler: Bu kesitsel çalışma Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi nefroloji polikliniğinden takipli prediyalitik kronik böbrek hastaları ile yapıldı. Koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalık gibi aşikar aterosklerozu olan hastalar ile kanama ve malignitesi olan hastalar çalışma dışında tutuldu. Nabız dalga hızı (Pulse wave velocity, PWV) ve augmentasyon indeksi Mobil-o-Graph NG arteriograf cihazı kullanılarak belirlendi. Karotis intima media kalınlığı (KIMK) ölçüldü.

Bulgular: Çalışmaya evre 3-5 kronik böbrek hastalığı olan diyalize girmeyen 259 hasta dahil edildi. Medyan RDW %13.8 idi. Medyan RDW'ye göre hastalar iki gruba ayrıldı. Yüksek RDW'ye sahip olan hastalar düşük RDW'ye sahip olanlar ile karşılaştırıldığında daha yüksek KIMK, BKİ ve daha yüksek nabız dalga hızına (PWV) sahip oldukları, daha düşük hemoglobin ve eGFR değerlerine sahip oldukları görüldü. RDW yaş, BKİ, KIMK ve PWV ile pozitif korele iken albumin, ferritin, hemoglobin ve eGFR ile negatif korele bulundu.

Sonuç: Bu bulgular göstermektedir ki RDW arteriyel sertlikle pozitif koreledir. RDW kronik böbrek hastalarında subklinik aterosklerozun erken değerlendirilmesinde faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler : Kırmızı küre dağılım hacmi, nabız dalga hızı, kronik böbrek yetmezliği

Figür**Tablo.** Medyan RDW değerinin altında ve üstündeki grupların laboratuvar parametreleri

	RDW<%13.8	RDW>%13.8	
RDW (%)	13.1±0.87	15.1±1.44	<0.001
Hemoglobin (g/dL)	13.3±2.02	12.4±1.79	<0.001
Aortic pulse wave velocity (m/s)	8.20±1.76	8.87±1.93	0.005
KIMK (mm)	0.68±0.13	0.68±0.13	0.003
eGFR (ml/dk)	29.8±7.2	25.2±6.4	0.002
BKİ (kg/m2)	29.4±6.45	31.07±6.20	0.044
Albumin (g/dL)	4.0±0.34	3.8±0.51	0.008
Kalsiyum (mg/dL)	9.09±0.66	8.92±0.72	0.057
Fosfor (mg/dL)	3.52±1.13	3.68±0.79	0.216
PTH (pg/mL)	171.9±52.4	166.1±34.4	0.749
LDL (mg/dL)	132.4±35.5	135.4±44.9	0.557
Trigliserid (mg/dL)	191.2±48.8	181.2±45.2	0.525
HDL (mg/dL)	41.4±13	42.7±12.2	0.416
CRP (mg/L)	9.38±1.2	10.9±2.8	0.531

OP-007

THE RELATIONSHIP OF RED CELL DISTRIBUTION WIDTH AND PULSE WAVE VELOCITY IN CHRONIC KIDNEY DISEASEZeynep Bıyık¹, İbrahim Güney¹, Vedat Genç¹, Yavuz Sultan Selim Akgül², Harun Aydemir²¹Konya Education and Research Hospital, Nephrology Clinics, Konya²Konya Education and Research Hospital, Clinic of Internal Medicine, Konya

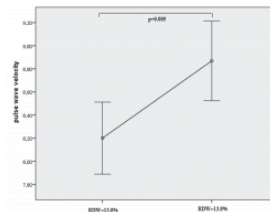
Introduction: Red-cell distribution width (RDW) is a parameter routinely used for diagnosis of different anemia types. Recent studies have shown the RDW relationship with mortality in general population and patients with cardiovascular disease. However, the number of studies on RDW in chronic kidney disease (CKD) is insufficient. We evaluated the relationship between RDW and arterial stiffness, which is a predictor of atherosclerosis, in patients with CKD.

Methods: This cross-sectional study was carried out with predialysis patients are followed in nephrology polyclinic in Konya Training and Research Hospital. Pulse wave velocity (PWV) and augmentation index was determined using Mobil-O-Graph NG (İ.E.M GmbH Stolberg Germany) arteriography device. Carotis Intima Media Thickness (CIMT) was assessed. Exclusion criteria were the presence of coronary artery disease, cerebrovascular disease, bleeding or malignancy.

Results: Overall, 259 patients with CKD 3 to 5 were included in the study. Median RDW was 13.8%. Patients with RDW values higher than median had significantly higher carotis intima media thickness, BMI, PWV and lower hemoglobin and eGFR values compared with patients who that RDW values below median. RDW was positively correlated with age, BMI, CIMT and PWV, and negatively correlated with albumin, ferritin, hemoglobin, eGFR.

Conclusion: The findings show that elevated RDW is positively correlated to arterial stiffness. RDW may be useful to provide an early recognition of subclinical atherosclerosis in chronic kidney disease.

Keywords: Red cell distribution width, pulse wave velocity, chronic kidney disease

Figure:**Tables.** Laboratory parameters of CKD patients above and below median RDW

	RDW<13.8%	RDW>13.8%	
RDW (%)	13.1±0.87	15.1±1.44	<0.001
Hemoglobin (g/dL)	13.3±2.02	12.4±1.79	<0.001
Aorta nabız dalga hızı (m/s)	8.20±1.76	8.87±1.93	0.005
CIMT (mm)	0.68±0.13	0.68±0.13	0.003
eGFR (ml/min)	29.8±7.2	25.2±6.4	0.002
BKİ (kg/m2)	29.4±6.45	31.07±6.20	0.044
Albumin (g/dL)	4.0±0.34	3.8±0.51	0.008
Calcium (mg/dL)	9.09±0.66	8.92±0.72	0.057
Phosphorus (mg/dL)	3.52±1.13	3.68±0.79	0.216
PTH (pg/mL)	171.9±52.4	166.1±34.4	0.749
LDL (mg/dL)	132.4±35.5	135.4±44.9	0.557
Trigliserid (mg/dL)	191.2±48.8	181.2±45.2	0.525
HDL (mg/dL)	41.4±13	42.7±12.2	0.416
CRP (mg/L)	9.38±1.2	10.9±2.8	0.531

SS-008

IGA NEFROPATİSİNİN NADİR GÖRÜLEN PREZENTASYON ŞEKLİ: AKUT BÖBREK HASARI

Meriç Oruç¹, Haydar Durak², Serkan Feyyaz Yalın¹, Meltem Pekpak¹, Rezzan Ataman¹, Nurhan Seyahi¹, Mehmet Rıza Altıparmak¹, Sinan Trabulus¹

¹*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

²*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

Giriş: IgA nefropatisi (IgAN) primer glomerulonefritler içerisinde sık görülmesine karşın, IgAN hastaları nadir olarak akut böbrek hasarı (ABH) ile başvurmaktadır (tüm vakaların < %5). Bu çalışmanın amacı ABH ile başvuran ve renal biyopsi yapılarak IgAN tanısı alan hastaların klinik ve laboratuvar özelliklerini, biyopsi bulgularını, izlem sonuçlarını, böbrek ve hasta sağ kalımını incelemektir.

Yöntem: Bu çalışma retrospektif olarak Haziran 2002-Eylül 2015 tarihleri arasında renal biyopsi yapılan hastalara ait hastane kayıtları incelenerek yapıldı. Henoch-Schönlein purpurası tanısı alan, biyopsisinde 8'den az glomerul içeren hastalar ve mezangial IgA depolanmasına yol açan ikincil hastalığı olanlar (sistemik lupus eritematozus, kronik karaciğer hastalığı, otoimmün hastalıklar gibi) çalışmaya alınmadı. IgAN'ne bağlı ABH bulunan hastaların renal biyopsileri tek bir patolog tarafından değerlendirildi. ABH bulunan IgAN hastalarının klinik (cinsiyet, yaş, ortalama arter basıncı), laboratuvar (serum kreatinin, albümin, proteinüri, hematüri) ve histopatolojik özellikleri, uygulanan tedaviler, izlem süreleri ve sonuçları incelendi.

Bulgular: Renal biyopsi yapılan 984 hastanın kayıtları incelendi. 123 hastanın (12.5%) primer IgAN tanısı aldığı görüldü. Bu hastalar arasından 15 hastanın (12.2%), ABH ile başvurduğu tesbit edildi. ABH ile başvuran hastaların çoğu erkekti (73.3%) ve tanı anında ortalama yaş 38.9 ± 13.3 tı. Tablo 1'de hastaların klinik, laboratuvar ve histopatolojik bulguları gösterilmiştir. Sellüler/fibrosellüler kresentler 6 hastada görüldü (glomerulüllerin ortalama 18.3%'ü). Çoğu hastada (%53.3) akut tübüler hasar/nekroz (ATN) ilişkili patolojik anormallikler saptandı. Bütün vakalarda karışık inflamatuvar hücre infiltrasyonu tespit edildi. Buna ek olarak 4 hastada eozinofiller de görüldü. 3 vakada akut trombotik mikroanjiyopati (TMA) ile ilişkili bulgular gözlemlendi (%20). Altı hastanın (%40) son dönem böbrek yetmezliğine ilerlediği görüldü. Geriye kalan hastaların 4 tanesinin tam remisyona girdiği saptandı (ortalama SCr düzeyi 1.5 ± 0.6 mg/dl), 5 vaka ise 60 ml/min/1.73 m²'den daha düşük eGFR'ye sahipti (ortalama, 37.9 ± 7.9 ml/min/1.73 m²). Hastalardan sadece birinin immunosupresif tedavi sonrası pnömoni nedeniyle ex olduğu öğrenildi.

Sonuç: Sonuç olarak bu çalışma ile IgAN'de ABH sıklığı literatüre göre daha yüksek oranda bulundu. Primer IgAN hastalarında ortaya çıkan ABH'nın altında 4 mekanizmanın yattığı görüldü; (1) kresentik glomerulonefrit, (2) mikroskopik veya makroskopik hematüri ilişkili ATN, (3) AİN ve (4) TMA. Özellikle TMA ile prezente olan vakalarda ABH'nı açıklayacak başka bir patoloji saptanmaması önemli ve farklı bir bulgudur.

Anahtar Kelimeler : IgA nefropatisi, akut böbrek hasarı, trombotik mikroanjiyopati

Tablo 1. Hastaların klinik, laboratuvar ve histopatoloji bulguları

No	Cinsiyet	Başvuru yaşı (yıl)	Başvuru OAB (mmHg)	Başvuru SKr (mg/dl)	Başvuru albumin (g/dl)	Başvuru proteinüri (g/gün)	Başvuru hematüri	Glomerul sayısı (n)	Global sklerozlu glomerul sayısı n (%)	MEST skoru	ATN	Tedavi	İzlem zamanı	Son SKr (mg/dl)
1	K	24	105	1.9	4.1	3.3	1	18	7 (38.9)	M1E1S1T0	Yok	Perindopril	36	2.4
2	E	44	103.3	4.7	3.7	9.8	1	17	5 (29.4)	M1E0S1T2	Hafif	Diğer	5	SDBY
3	E	27	180	7.2	3.2	4.9	4	20	5 (25)	M1E0S1T1	Yok	Diğer	3	SDBY
4	K	44	93.3	2.3	4.5	1.1	1	15	5 (33.3)	M1E0S1T1	Hafif	Ramipril	46	1.7
5	E	45	103.3	2.1	4.6	-	4	17	2 (11.8)	M1E0S0T0	Orta	Perindopril	36	1.7
6	E	29	140	2.3	3.6	3.5	4	27	11 (40.7)	M1E0S1T1	Yok	Ramipril	2	SDBY
7	E	75	96.7	3.3	3.4	1.1	1	24	3 (12.5)	M1E0S1T0	Hafif	Ramipril	13	1.5
8	E	27	86.7	3	2.1	3.5	1	26	4 (15.4)	M1E1S1T1	Hafif	Ramipril	79	2.4
9	E	30	86.7	2	4.4	1.1	1	27	1 (3.7)	M1E0S0T0	Yok	Plazmaferez ve Pred	2	0.8
10	E	38	160	6.8	1.9	6.6	1	21	10 (47.6)	M1E1S0T1	Hafif	Pred ve siklofosfamid	24	SDBY
11	E	55	113.3	1.3	2.7	3.6	2	17	2 (11.8)	M0E1S0T0	Hafif	Pred	7	1.2
12	K	44	96.7	5.4	3.3	6.1	1	45	28 (62.2)	M1E1S1T2	Yok	Pred, ramipril ve siklofosfamid	2	SDBY, EKSİTUS
13	K	38	80	2.1	4	0.4	4	42	4 (9.5)	M1E1S0T0	Yok	Pred	3	0.86
14	E	30	70	4.1	4	6.3	1	35	13 (37.1)	M1E1S1T2	Yok	Valsartan	49	SDBY
15	E	34	86.6	2.1	3.4	1.9	4	11	0	M1E0S0T0	Yok	Ramipril	95	1

OP-008

A RARE PRESENTATION OF IGA NEPHROPATHY: ACUTE KIDNEY INJURY

Meriç Oruç¹, Haydar Durak², Serkan Feyyaz Yalın¹, Meltem Pekpak¹, Rezzan Ataman¹, Nurhan Seyahi¹, Mehmet Rıza Altıparmak¹, Sinan Trabulus¹

¹Istanbul University Cerrahpaşa Medical Faculty Department of Nephrology, Istanbul, Turkey

²Istanbul University Cerrahpaşa Medical Faculty Department of Pathology, Istanbul, Turkey

Introduction: IgA nephropathy (IgAN) has been recognized as the most common form of primary glomerulonephritis (GMN) however rarely, acute kidney injury (AKI) may complicate the clinical course of IgAN (< 5% of all cases). The aim of our study was to analyze the clinical data, biopsy findings, follow-up, renal and patient outcome in IgAN patients presenting with AKI.

Methods: We performed a retrospective analysis of all patients who had biopsy-proven IgAN and presented with AKI to our adult nephrology department in the period June 2002 through September 2015. Patients with Henoch-Schönlein purpura were considered ineligible. Among these patients, we excluded patients who had an inadequate biopsy sample with ≤ 8 glomeruli, and those with secondary causes of mesangial IgA deposition, such as systemic lupus erythematosus, chronic liver disease and other autoimmune disorders. The following data at admission and follow-up including clinical (gender, age, mean arterial pressure), laboratory findings (serum creatinine, albumin, proteinuria, hematuria) and histopathological findings, treatments, follow-up time patients' last status were obtained from medical records.

Results: A total of 984 patients with native kidney biopsies were analyzed in the current study, and 123 (12.5%) of these were diagnosed as primary IgAN. Fifteen patients in primary IgAN admitted with AKI (12.2%) and were submitted to renal biopsy in this period. Patients were generally male (73.3%), with a mean age of 38.9 ± 13.3 (median, 38 [range, 24-75]) years at diagnosis. Clinical, laboratory and histopathological characteristics of study patients are summarized in Table 1. Cellular/fibrocellular crescents were present in 6 patients (18.3% of glomeruli). In most cases (53.3%), various percentages of pathologic abnormalities associated with acute tubular injury/necrosis were defined. In all cases interstitial mixed inflammatory cell infiltration of varying extent and severity was observed. In four cases, admixed eosinophils were also found. In three patients, biopsy specimens showed acute thrombotic microangiopathy (TMA) lesions (20%). Six patients (40%) progressed to ESRD. Four of the remaining nine patients without ESRD achieved complete recovery (mean SCr; 1.5 ± 0.6 mg/dl). Five of them had decreased eGFRs (mean, 37.9 ± 7.9 ml/min/1.73 m²). One patient died because of pneumonia after immunosuppressive therapy.

Conclusion: Our results suggested that there might be four pathogenic pathways leading to AKI in IgAN including (1) crescenting IgAN; (2) acute tubular necrosis associated with macroscopic or microscopic hematuria; (3) AIN and (4) TMA. Our findings added a new pathogenic mechanism involved in IgAN presenting with AKI as TMA to our knowledge.

Keywords: IgA nephropathy, acute kidney injury, thrombotic microangiopathy

Table 1. Clinical, laboratory and histopathological findings of study patients

No	Gender	Age at admission (year)	MAP at admission (mmHg)	SCr at admission (mg/dl)	Albumin at admission (g/dl)	Proteinuria at admission (g/day)	Hematuria at admission	Total no. glomeruli (n)	Glomeruli with global sclerosis n (%)	MEST score	ATN	Treatment	Follow-up time	Last SCr (mg/dl)
1	K	24	105	1.9	4.1	3.3	1	18	7 (38.9)	M1E1S1T0	None	Perindopril	36	2.4
2	E	44	103.3	4.7	3.7	9.8	1	17	5 (29.4)	M1E0S1T2	Mild	Other	5	ESRD
3	E	27	180	7.2	3.2	4.9	4	20	5 (25)	M1E0S1T1	None	Other	3	ESRD
4	K	44	93.3	2.3	4.5	1.1	1	15	5 (33.3)	M1E0S1T1	Mild	Ramipril	46	1.7
5	E	45	103.3	2.1	4.6	-	4	17	2 (11.8)	M1E0S0T0	Moderate	Perindopril	36	1.7
6	E	29	140	2.3	3.6	3.5	4	27	11 (40.7)	M1E0S1T1	None	Ramipril	2	ESRD
7	E	75	96.7	3.3	3.4	1.1	1	24	3 (12.5)	M1E0S1T0	Mild	Ramipril	13	1.5
8	E	27	86.7	3	2.1	3.5	1	26	4 (15.4)	M1E1S1T1	Mild	Ramipril	79	2.4
9	E	30	86.7	2	4.4	1.1	1	27	1 (3.7)	M1E0S0T0	None	Plasmapheresis and Pred	2	0.8
10	E	38	160	6.8	1.9	6.6	1	21	10 (47.6)	M1E1S0T1	Mild	Pred ve Cyc	24	ESRD
11	E	55	113.3	1.3	2.7	3.6	2	17	2 (11.8)	M0E1S0T0	Mild	Pred	7	1.2
12	K	44	96.7	5.4	3.3	6.1	1	45	28 (62.2)	M0E1S1T2	None	Pred, ramipril and Cyc	2	ESRD,EXITUS
13	K	38	80	2.1	4	0.4	4	42	4 (9.5)	M1E1S0T0	None	Pred	3	0.86
14	E	30	70	4.1	4	6.3	1	35	13 (37.1)	M1E1S1T2	None	Valsartan	49	ESRD
15	E	34	86.6	2.1	3.4	1.9	4	11	0	M1E0S0T0	None	Ramipril	95	1

SS-009

DİRENÇLİ MEMBRANÖZ GLOMERÜLONEFRİTTE RİTUKSİMAB KULLANIMI: TEK MERKEZ DENEYİMİYusuf Ziya Şener¹, Tolga Yıldırım², Şeref Rahmi Yılmaz², Mustafa Arıcı², Bülent Altun², Yunus Erdem²¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Membranöz glomerülo nefrit, erişkin yaşta görülen nefrotik sendromların 20%'ini oluşturur. Renal biyopside glomerüler bazal membranda kalınlaşma ve subepitelyal IgG ve C3 içeren immün kompleks birikimi görülür. %80 vakada altta yatan bir neden bulunamaz (Primer membranöz glomerülo nefrit). Anti-fosfolipaz A2 antikor; primer olguların %70'inde saptanır ve sekonder olgulardan ayırımında yararlıdır. Membranöz glomerülo nefrit tanısı konulan hastalarda viral hepatitler, solid organ maligniteleri, ilaçlar (D-penisilamin, altın tuzları) vb. sekonder nedenler dışlanmalıdır. KDIGO klavuzunda, konservatif tedavi ile 6 aylık izlemde proteinüri düzeyi 4 gr/gün ve üzerinde devam eden hastalara 6 aylık steroid ile birlikte siklosporin veya siklofosamid kombinasyonu önerilmektedir. Bu tedavi protokollerine dirençli hastalarda primer membranöz glomerülo nefrit patogenezinde B hücrelerinin önemli rol oynaması nedeni ile rituksimab önerilmektedir.

Metod: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı'nda son 1 yıl içinde takip edilmiş olan tüm primer membranöz glomerülo nefrit hastaları tarandı. Steroid+ siklofosamid ve/veya steroid + siklosporin kombinasyonuna yanıtı olmayan, rituksimab alan hastalar çalışmaya dahil edildi. Rituksimab hastalara 15 gün arayla 1'er gram veya haftada bir kez 375 mg/m² olmak üzere toplam 4 doz olarak uygulanmıştır. Bu hastaların bazal kreatinin ve proteinüri değerleri ile tedavi başlangıcından 6 ay sonraki değerleri karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Çalışmaya 7 hasta [4 erkek, 3 kadın; ortalama yaş 39 (21-61)] dahil edildi. Hastaların ilk tanı tarihlerinden rituksimab tedavisi başlanan zamana kadar geçen ortalama süre 7,5 yıl (4-10 yıl) olarak saptandı. Tablo 1'de rituksimab öncesi ve tedaviden 6 ay sonraki değerleri gösterilmektedir. Görüldüğü gibi rituksimab öncesi glomerüler filtrasyon hızı <60 mL/dk olan hastalarda rituksimab tedavisinden belirgin fayda sağlanamamıştır. Buna karşın glomerüler filtrasyon hızı >60 mL/dk olan 5 hasta değerlendirildiğinde; rituksimab tedavisi sonrasında serum kreatinin değerinde değişiklik olmadığı (p=0,893), fakat proteinürinin 9158±5614 mg/günden 2390±2558 mg/güne gerilediği (p=0,04), serum albümin düzeyinin 2,8±0,7 gr/dL'den 3,3±0,9 gr/dL'ye yükseldiği (p=0,04) saptandı. İki hastada saptanan hafif üst solunum yolu enfeksiyonu dışında bir yan etki gözlenmedi.

Tartışma: Çalışmamızda erişkin yaşta görülen dirençli primer membranöz glomerülo nefritlerde glomerüler filtrasyonu korunmuş hastalarda rituksimabın çok etkili bir tedavi alternatif olduğu saptanmıştır. Glomerüler filtrasyon hızı >60 mL/dk olan hastalar, renal fonksiyonları daha kötü olan hastalara göre rituksimaba çok daha iyi yanıt vermektedir. Bu veriler ışığında, primer membranöz nefropati olgularda; rituksimabın henüz renal fonksiyonları iyiyken, steroid kombinasyonları ile zaman kaybetmeden birinci basamak tedavide kullanılması için prospektif çalışmalar planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler : Membranöz nefropati, Rituksimab

Tablo

Olgular (Yaş/Cinsiyet)	Kreatinin (mg/dL)		Proteinüri (mg/gün)		Albumin (gr/dL)		LDL		Trigliserid	
	Bazal	6. Ay	Bazal	6. Ay	Bazal	6. Ay	Bazal	6. Ay	Bazal	6. Ay
21/ K	0,43	0,53	6914	2355	3,34	3,74	196	117	198	192
31/ K	0,74	0,58	6731	834	2,63	2,63	172	102	183	73
34/ E	0,75	0,97	11025	6763	2,02	2,04	228	252	392	355
44/ K	0,84	0,96	3220	377	2,99	3,72	178	117	181	136
46/ E	1,02	0,81	17901	1623	2,62	3,73	155	133	148	255
39/ E	1,58	1,60	2076	2017	4,02	4,01	152	150	186	208
61/ E	1,68	2,30	11046	14524	2,14	2,09	173	225	131	182

OP-009

RITUXIMAB USE IN RESISTANT MEMBRANOUS NEPHROPATHY: SINGLE CENTER EXPERIENCEYusuf Ziya Şener¹, Tolga Yıldırım², Şeref Rahmi Yılmaz², Mustafa Arıcı², Bülent Altun², Yunus Erdem²¹Hacettepe University Faculty of Medicine, Cardiology Department²Hacettepe University Faculty of Medicine, Nephrology Department

Introduction: Membranous nephropathy accounts for 20% of all adult nephrotic syndromes. Thickening of the glomerular basement membrane and IgG3 plus C3 containing immune complex deposition is characteristic in pathological evaluation. There are not any underlying causes in the 80% of the cases (Primary membranous nephropathy). Phospholipase A2 receptor antibody (PLA2R) is present in 70% of the patients with primary membranous nephropathy, so this marker is important to distinct these patient group from secondary membranous nephropathy cases. Secondary causes such as viral hepatitis, solid organ malignancies and drug use (D-penicillamine, gold derivatives) should be excluded in patients with new diagnosis. Steroids with cyclophosphamide or cyclosporine is suggested for treatment in patients whose proteinuria level remain above 4gr/day after 6 months with conservative treatment by KDIGO guidelines. Rituximab should be considered as an effective alternative treatment option in cases who are resistant to steroid plus cyclophosphamide or cyclosporine combinations due to B cells play central role in the disease pathogenesis.

Methods: All of the primary membranous nephropathy cases who were admitted at least once to Hacettepe University Faculty of Medicine, Nephrology Department in the last year were screened from the electronic database. Patients who were prescribed rituximab because of resistance to steroid plus cyclophosphamide or cyclosporine combinations are included to the trial. Rituximab was given to the patients two doses (1000 mg with 15 days interval) or four doses (375 mg/m² with one week interval). Basal creatinine, proteinuria and serum albumin levels are compared with the levels at 6 months after rituximab therapy protocol.

Results: 7 patients [4 male and 3 female, median age: 39 (21-61) years] were included to the trial. Median time between the diagnosis and rituximab therapy was 7,5 (4-10) years. Laboratory parameters before and after rituximab treatment were seen in Table-1. It is seen that rituximab is not very efficient in patients with glomerular filtration rate lower than 60 mL/min before rituximab given. On the contrary; assessment of the data of other five patients (Glomerular filtration rate higher than 60 mL/min before rituximab administration) shows that, although there were no difference at creatinine level (p=0,893) before and six months after rituximab therapy, decrease in proteinuria level (from 9158± 5614 mg/day to 2390 ±2558 mg/day) (p=0,04) and increase in serum albumin level (from 2,8± 0,7 gr/dL to 3,3± 0,9 gr/dL) (p=0,04) were statistically significant. There were not detected any serious adverse events except for mild upper respiratory tract infection in two patients.

Discussion: Rituximab is shown to be a very effective alternative treatment regimen for resistant primary membranous nephropathy cases especially in patients with preserved kidney functions (GFR>60 mL/min) by this small sized study. Rituximab is more beneficial in patients with glomerular filtration rate is >60 mL/min rather than the patients with lower GFR. By the light of these findings, rituximab may be considered as a frontline therapy before steroid containing combinations while the patient has a preserved renal function. This opinion should be confirmed by randomised controlled trials in the future.

Keywords: Membranous nephropathy, Rituximab

Table

Cases (Age/Gender)	Creatinine (mg/dL)		Proteinuria (mg/day)		Albumin (gr/dL)		LDL		Triglyceride	
	Basal	Sixth Month	Basal	Sixth Month	Basal	Sixth Month	Basal	Sixth Month	Basal	Sixth Month
21/ F	0,43	0,53	6914	2355	3,34	3,74	196	117	198	192
31/ F	0,74	0,58	6731	834	2,63	2,63	172	102	183	73
34/ M	0,75	0,97	11025	6763	2,02	2,04	228	252	392	355
44/ F	0,84	0,96	3220	377	2,99	3,72	178	117	181	136
46/ M	1,02	0,81	17901	1623	2,62	3,73	155	133	148	255
39/ M	1,58	1,60	2076	2017	4,02	4,01	152	150	186	208
61/ M	1,68	2,30	11046	14524	2,14	2,09	173	225	131	182

SS-010

TİP 2 DİYABETİK HASTALARDA NON-DİYABETİK RENAL HASTALIK SIKLIĞI, KLİNİK SONUÇLARI VE BELİRLEYİCİLERİ

Şiyar Erdoğan¹, Serkan Aktürk¹, Saba Kiremitçi², Arzu Ensari², Sim Kutlay¹, Şule Şengül¹, Gökhan Nergizoğlu¹, Sehsuvar Ertürk¹, Kenan Ateş¹, Neval Duman¹, Kenan Keven¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş: Diyabetik nefropati (DN) diyabetes mellitusun (DM) önemli mikrovasküler komplikasyonlarından biridir, erişkinlerde renal replasman tedavisi gerektiren son dönem böbrek yetmezliğinin önde gelen nedenidir. Tip 2 DM hastalarının yaklaşık üçte biri non-diyabetik renal hastalığa (NDRD) yakalanmaktadır. NDRD tek başına olabileceği gibi DN ile eş zamanlı da ortaya çıkabilir. Tip 2 DM hastalarında renal biyopsi endikasyonları tartışmalıdır. DN tanısı genellikle klinik bulgular, hekim ve/veya merkezin tecrübelerine dayanmaktadır. DN'nin genellikle geri dönüşümsüz olduğuna inanılırken, NDRD sıklıkla yatıştırılabilir veya tedavi edilebilir. Bu nedenle, spesifik tedavi için bu hastalarda tanının doğru konulması esastır. Bu çalışmada, tip 2 DM hastalarında renal biyopsinin yararı ve NDRD'ye karşı DN tanısında klinik ve laboratuvar bulgularının öngörülebilirliğinin araştırılması amaçlanmıştır. Aynı zamanda, tip 2 diyabetik hastalarda NDRD sıklığı ve etyolojisi değerlendirilmiştir.

Metod: Ocak 2005-Haziran 2015 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalında renal biyopsi yapılmış olan tip 2 DM'li 56 hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Tüm hastalara renal biyopsi atipik klinik özellikler nedeniyle yapılmıştır. Renal biyopsi örnekleri ışık ve immüno Floresan mikroskopi ile incelenmiştir. Klinik ve laboratuvar parametreleri ve ofis kan basınçları her bir hasta için biyopsi anında kayıt altına alınmıştır.

Sonuçlar: 8 hasta veri eksikliği nedeniyle çalışma dışında bırakılmış, 48 hasta (kadın/erkek: 26/22 ve ortalama yaş: 59±8) çalışmaya dahil edilmiştir (Tablo 1). Renal biyopsi bulgularına göre 24 (%50) hasta yalnızca NDRD, 20 (%41.7) hasta yalnızca DN ve 4 (%8.3) hasta da DN+NDRD idi (Tablo 2). En sık NDRD tipi membranöz nefropati (%29), tübülointerstiyel nefrit (%20) ve IgA nefropatisi (%12.5) idi. Diyabet süresi, proteinüri, hematüri ve HbA1c seviyeleri açısından üç grup arasında anlamlı fark saptanmadı. DN için diyabetik retinopatinin pozitif ve negatif prediktif değerleri %88, %81 idi.

Tartışma: Bu çalışma tip 2 DM hastalarında NDRD sıklığının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Tip 2 DM hastalarında diyabetik retinopatinin yokluğu NDRD'yi güçlü bir şekilde ön görebilmektedir. Tek başına klinik karar yanlış tanıya ve uygun tedavinin gecikmesine yol açabilir. Renal hastalığın etyolojisi ile ilgili şüphe durumunda klinisyen renal biyopsinin yararını göz önünde bulundurmalıdır. Prognoz ve sonuçları netleştirebilmek için geniş, prospektif, çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik nefropati, diyabetik retinopati, non-diyabetik renal hastalık, renal biyopsi, Tip 2 diabetes mellitus

Tablo 1. Hastaların karakteristik özellikleri

Parametreler	Sonuçlar
Yaş (yıl)	59±8 (22-75)
Cinsiyet (K/E)	26/22
Seum kreatinin (mg/dl)	2.2±1.8 (0.5-7.2)
Proteinüri (gr/gün)	5.6±4.4 (0.182-20.6)
Serum albümin (g/dl)	2.6±0.8 (1.1-4)
Mikroskopik hematüri (%)	58.3
Ofis SKB (mmHg)	128±16 (100-160)
Ofis DKB (mmHg)	77±10 (60-100)
Diyabet süresi (yıl)	9.9±8 (1-30)
Diyabetik retinopati (%)	37.5
eGFR (CKD-EPI) (mL/min/1.73m ²)	47.4±30.2 (5-107)
HbA1c (%)	7±1.3 (5-12.4)

Tablo 2. Renal biyopsi bulgularına göre hastaların karakteristik özellikleri

Parametreler	Grup NDRD	Grup DN	Grup mix (DN+NDRD)	P değeri
Yaş (yıl)	57±11(22-75)	61±5(49-71)	61±2(60-66)	NS
Cinsiyet (K/E)	17/7	8/12	1/3	NS
Serum kreatinin (mg/dl)	2.4±2(0.5-7.2)	2.1±1.6 (0.7-6.4)	1.7±0.6 (1.1-2.5)	NS
Proteinüri (gr/gün)	5.2±4.1 (0.197-14.6)	5.7±3.7 (0.250-14.2)	7.4±9.1(0.182-20.6)	NS
Serum albümin (g/dl)	2.6±0.8(1.2-3.9)	2.6±0.8(1.1-4)	2.8±1.1(1.2-4)	NS
Mikroskopik hematüri (%)	62.5	55	50	NS
Ofis SKB (mmHg)	125±16 (100-160)	130±15 (100-160)	140±14 (120-150)	NS
Ofis DKB (mmHg)	77±11 (60-100)	77±9 (60-95)	77±5 (70-80)	NS
Diyabet süresi (yıl)	7.9±7.2(1-30)	11.9±9.1(1-30)	11.7±4.5(6-17)	NS
Diyabetik retinopati (%)	8.3	75	25	<0.05
HbA1c (%)	6.8±0.7(5.5-8.2)	7.4±1.7(5.3-12.4)	5.9±0.9(5-7.2)	NS
eGFR(CKD-EPI) (mL/min/1.73m ²)	49.1±35.4(5-107)	45.8±25.2(6-85)	45±23.7(23-68)	NS
eGFR (CKD-EPI) (renal biyopsiden 12 ay sonra) (mL/min/1.73m ²)	61.2±31.9(8-105)	45.8±31.3(6-93)	57.2±20.2(34-81)	NS
ΔeGFR (CKD-EPI) (renal biyopsiden 12 ay sonra)(mL/min/1.73m ²)	9.7±16.1	-1.7±16.4	12.2±10.2	0.06
Renal replasman tedavisi (renal biyopsiden 12 ay sonra) (%)	9.5	21		NS
Mortalite (renal biyopsiden 12 ay sonra) (%)	19			NS

OP-010

NON-DIABETIC RENAL DISEASE IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS: PREVALENCE, CLINICAL PREDICTORS AND OUTCOMES

Şiyyar Erdoğan¹, Serkan Aktürk¹, Saba Kiremitçi², Arzu Ensari², Sim Kutlay¹, Şule Şengül¹, Gökhan Nergizoğlu¹, Sehsuvar Ertürk¹, Kenan Ateş¹, Neval Duman¹, Kenan Keven¹

¹Ankara University Faculty of Medicine, Department of Nephrology

²Ankara University Faculty of Medicine, Department of Pathology

Introduction: Diabetic nephropathy (DN) is one of the most significant microvascular complications of diabetes mellitus (DM) and is the leading cause of end-stage renal disease requiring renal replacement therapy in adults. About one third of patients with type 2 DM suffered from non-diabetic renal disease (NDRD). These diseases can be either alone or superimposed with the DN. The indications of renal biopsy in patients with type 2 diabetes are debatable. The diagnosis of DN is usually based on clinical features, physician and/or single-center experiences. It is generally believed that DN is difficult to reverse, whereas some NDRD are often treatable and remittable. Therefore, the correct diagnosis of such patients would be crucial for disease specific therapy. In this study, we have aimed to investigate the utility of renal biopsy in patients with type 2 diabetes and the predictability of diagnosing DN versus NDRD from clinical and laboratory data. We also evaluated the prevalence and etiology of NDRD in patients with type 2 diabetes.

Methods: Data were retrospectively analyzed from 56 patients with type 2 DM who had undergone a renal biopsy from January 2005 to June 2015 at the Department of Nephrology, Ankara University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey. In all patients renal biopsy were performed because atypical clinical features. Renal biopsy samples were examined by light and immunofluorescence microscopy. Clinical parameters, laboratory workup and office blood pressure were recorded for each patient at the time of biopsy.

Results: Eight patients were excluded, due to missing data. A total of 48 patients (female/male: 26/22 and mean age: 59±8 years) included to the study. (Table 1). According to the biopsy findings, 24 (50%) patients had NDRD alone, 20 (41.7%) patients had DN alone and 4 (8.3%) patients had coexisting DN and NDRD (Table 2). The most common NDRDs were membranous nephropathy (29%), tubulointerstitial nephritis (20%) and IgA nephropathy (12.5%). There were no significant different in three groups with respect to the duration of diabetes, proteinuria, hematuria, and HbA1c levels. Positive and negative predictive value of diabetic retinopathy for DN was 88 and 81%, respectively.

Conclusion: This study demonstrated a highly prevalence of NDRD in patients with type 2 diabetes. The absence of diabetic retinopathy strongly predicted NDRD in type 2 DM. Clinical decision alone can lead to wrong diagnosis and delay of appropriate therapy. Clinician should be considered the usefulness of renal biopsy when there is suspicion on the exact etiology of the kidney disease. It is single center study with a small number of patients. Large, prospective and multicenter studies are needed to clarify prognosis and outcomes.

Keywords: Diabetic nephropathy, diabetic retinopathy, non-diabetic renal disease, renal biopsy, Type 2 diabetes mellitus

Table 1. The characteristics of patients

Patient's characteristics	Results
Age (years)	59±8 (22-75)
Sex (F/M)	26/22
Serum creatinine (mg/dl)	2.2±1.8 (0.5-7.2)
Proteinuria (g/day)	5.6±4.4 (0.182-20.6)
Serum albumin (g/dl)	2.6±0.8 (1.1-4)
Microscopic hematuria (%)	58.3
Office SBP (mmHg)	128±16 (100-160)
Office DBP (mmHg)	77±10 (60-100)
Diabetes duration (years)	9.9±8 (1-30)
Diabetic retinopathy (%)	37.5
eGFR (CKD-EPI) (mL/min/1.73m ²)	47.4±30.2 (5-107)
HbA1c (%)	7±1.3 (5-12.4)

Table 2. Characteristic of patients according to renal biopsy findings

Patient's characteristics	Patients with isolated NDRD	Patients with isolated DN	Patients with DN plus NDRD	P value
Age (years)	57±11(22-75)	61±5(49-71)	61±2(60-66)	NS
Sex (F/M)	17/7	8/12	1/3	NS
Serum creatinine (mg/dl)	2.4±2(0.5-7.2)	2.1±1.6 (0.7-6.4)	1.7±0.6 (1.1-2.5)	NS
Proteinuria (g/day)	5.2±4.1 (0.197-14.6)	5.7±3.7 (0.250-14.2)	7.4±9.1(0.182-20.6)	NS
Serum albumin (g/dl)	2.6±0.8(1.2-3.9)	2.6±0.8(1.1-4)	2.8±1.1(1.2-4)	NS
Microscopic hematuria (%)	62.5	55	50	NS
Office SKB (mmHg)	125±16 (100-160)	130±15 (100-160)	140±14 (120-150)	NS
Office DKB (mmHg)	77±11 (60-100)	77±9 (60-95)	77±5 (70-80)	NS
Diabetes duration (years)	7.9±7.2(1-30)	11.9±9.1(1-30)	11.7±4.5(6-17)	NS
Diabetic retinopathy (%)	8.3	75	25	<0.05
HbA1c (%)	6.8±0.7(5.5-8.2)	7.4±1.7(5.3-12.4)	5.9±0.9(5-7.2)	NS
eGFR(CKD-EPI) (mL/min/1.73m ²)	49.1±35.4(5-107)	45.8±25.2(6-85)	45±23.7(23-68)	NS
eGFR (CKD-EPI) (12 months after renal biopsy) (mL/min/1.73m ²)	61.2±31.9(8-105)	45.8±31.3(6-93)	57.2±20.2(34-81)	NS
ΔeGFR (CKD-EPI) (12 months after renal biopsy) (mL/min/1.73m ²)	9.7±16.1	-1.7±16.4	12.2±10.2	0.06
Renal replacement therapy (12 months after renal biopsy) (%)	9.5	21		NS
Mortality (12 months after renal biopsy) (%)	19			NS

SS-011

FOKAL SEGMENTAL GLOMERULOSKLEROZDA RİTUKSİMAB KULLANIMI: TEK MERKEZ DENEYİMİYusuf Ziya Şener¹, Tolga Yıldırım², Şeref Rahmi Yılmaz², Mustafa Arıcı², Bülent Altun², Yunus Erdem²¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Fokal segmental glomeruloskleroz; genel popülasyonda nefrotik sendrom nedeni ile yapılan biyopsilerin 35%'inde saptanır. HIV, ilaçlar (pamidronat, siklosporin, interferon vb.), eroin gibi sekonder nedenler ekarte edilmelidir. Sekonder FSGS genellikle non-nefrotik proteinüri ve renal fonksiyonlarda bozulma ile seyrederken; primer FSGS ön planda nefrotik sendrom kliniğinde prezente olur. Primer FSGS'nin tip varyant, klasik tip, collapsing varyant, perihiler ve selüler varyant gibi patolojik alt tipleri mevcut olup; bu alt tiplerin prognostik açıdan farklı olup olmadıkları konusu tartışmalıdır. Primer FSGS'de birinci basamak tedavi steroid olup, steroid rezistan vakalarda siklosporin ve mikofenolat mofetil tedavide denenebilir ancak genellikle yüz güldürücü sonuçlar elde edilememektedir. Rituksimab ile başarılı tedavi edilen primer FSGS vakaları literatürde bildirilmiş olup; steroid ve diğer immünsüpresif ilaçlara dirençli vakalarda rituksimab denenebilecek ajanlardan biridir.

Metod: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı'nda son bir yıl içinde takip edilmiş olan primer FSGS hastaları hastane elektronik veri tabanından tarandı. Bu vakalardan steroid, siklosporin, mikofenolat mofetil gibi immünsüpresifleri kullanmış olup, hastalığı kontrol altına alınmadığı için rituksimab tedavisi verilmiş olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Rituksimab hastalara 15 gün arayla 1'er gram olmak üzere 2 doz veya haftada bir kez 375 mg/m² olmak üzere toplam 4 doz olarak uygulanmıştı. Hastaların bazal ve rituksimab tedavisi sonrasındaki değerleri karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Çalışmaya 7 hasta [5 kadın, 2 erkek hasta, ortalama yaş 33 (24-53)] dahil edildi. İki hasta posttransplant FSGS iken, diğer hastalar primer FSGS tanısı ile izlenmekteydi. Hastalara ortalama 2 (2-4) doz rituksimab verilmiş olup; takip süresi 4 (3-13) ay olarak tespit edildi. Tanıdan rituksimab başlangıcına kadar geçen süre 14 (4-70) ay saptandı. Hastaların laboratuvar değerleri tablo 1'de gösterilmiştir. Kreatinin değerinin 1,61±0,95 mg/dL'den 1,43±0,87 mg/dL'ye, proteinüri değerinin ise 10345±12960 mg/günden 3061±3571 mg/güne gerilediği ancak bu düşüşlerin istatistiksel olarak anlam ifade etmediği (p>0,05) tespit edildi. Albümin seviyesinde ise 2,86 ±1,15 gr/dL'den 3,34±1,19 gr/dL'ye artış olduğu ve bu artışın da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p>0,05) görüldü. Post transplant hastaların ise rituksimabdan daha fazla fayda gördükleri gözlemlendi.

Tartışma: 2006'da bildirilmeye başlanan vaka sunumlarıyla rituksimabın; dirençli FSGS vakalarında kullanılabileceği gündeme gelmiştir. Literatür verilerinde de çalışmamızda olduğu gibi dirençli FSGS vakalarında rituksimab ile proteinüride azalma sağlansa da tam remisyona sağlanan vaka çok nadirdir. Buna karşın post-transplant FSGS olgularında rituksimab tedavisiyle diğer hastalara göre dramatik yanıt elde edildiği görülmektedir. Dirençli FSGS vakalarında ve özellikle post-transplant FSGS vakalarında rituksimab iyi bir alternatif olarak akıldaki tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler : Fokal segmental glomeruloskleroz, rituksimab

Tablo

Olgular (Yaş/Cinsiyet)	Kreatinin (mg/dL)		Proteinüri (mg/gün)		Albümin (gr/dL)	
	Bazal	RTX sonrası	Bazal	RTX sonrası	Bazal	RTX sonrası
39 / K *	1,35	1,10	5429	957	3,60	4,16
34 / K *	1,12	0,70	36000	425	1,97	4,32
24 / K	1,15	5,70	9933	7000	1,59	2,70
28 / K	3,57	3,21	1478	2322	4,05	4,09
33 / K	2,21	1,90	1980	1604	4,48	4,27
27 / E	0,81	0,93	7413	10113	2,03	1,53
53 / E	1,28	0,92	9772	2946	2,31	3,19

*Post-transplant FSGS olguları

OP-011

RITUKSİMAB USE IN FOCAL SEGMENTAL GLOMERULOSCLEROSIS: SINGLE CENTER EXPERIENCEYusuf Ziya Şener¹, Tolga Yıldırım², Şeref Rahmi Yılmaz², Mustafa Arıcı², Bülent Altun², Yunus Erdem²¹Hacettepe University Faculty of Medicine, Cardiology Department²Hacettepe University Faculty of Medicine, Nephrology Department

Introduction: Focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) is detected in the 35% of all kidney biopsies performed due to nephrotic syndrome. HIV, heroin and drugs such as pamidronate, cyclosporine and interferon can cause FSGS. Although primary FSGS presents with classical findings of nephrotic syndrome, secondary forms of the disease present with especially kidney function deterioration with non-nephrotic range proteinuria. There are pathological subgroups such as tip variant, collapsing variant, perihilar variant, cellular type and classical type but there are no prognostic difference between these groups. Steroid is the first line therapy in primary FSGS patients. Cyclosporine and mycophenolate mofetil should be considered in steroid resistant patients but treatment outcomes are usually not satisfactory. There are FSGS patients who were treated successfully with rituximab in the literature, therefore rituximab can be an option for steroid resistant cases.

Methods: All of the primary FSGS cases who were admitted at least once to Hacettepe University Faculty of Medicine, Nephrology Department in the last year were screened from the electronic database. Patients who was prescribed rituximab due to disease progression under the treatment with steroid, cyclosporine and mycophenolate mofetil were included to the trial. Rituximab was given to the patients two doses (1000 mg with 15 days interval) or four doses (375 mg/m² with one week interval). Proteinuria, serum albumin and creatinine levels were compared before and after rituximab treatment.

Results: 7 patients [5 male, 2 female; median age: 33 (24-53) years] were enrolled. Two patients were diagnosed post-transplant FSGS while the others were primary FSGS. Median administered rituximab cycle was 2 (2-4) times and median follow up was 4 (3-13) months. Median time between the diagnosis and rituximab therapy was 14 (4-70) months. Laboratory parameters are seen in Table-1. Creatinine levels were decreased from 1,61 ± 0,95 mg/dL to 1,43 ± 0,87 mg/d and proteinuria levels were decreased from 10345 ± 12960 mg/day to 3061 ± 3571 mg/day but these findings were not statistically significant (p>0,05). Albumin levels increased from 2,86 ± 1,15 gr/dL to 3,34 ± 1,19 gr/dL but it was not significant as well (p>0,05). It should be noticed that rituximab was more beneficial in post-transplant FSGS patients.

Discussion: Rituximab use in patients with FSGS was firstly cited in 2006 by case reports. As our results are similar to the literature; although rituximab can produce significant proteinuria reduction, there are not so many cases with complete remission. But it should be noticed that better outcomes can be achieved with rituximab especially in post-transplant FSGS patients. To conclude, rituximab should be considered as a treatment option in steroid and other immunosuppressive drugs resistant cases, primarily in post-transplant FSGS patients

Keywords: Focal segmental glomerulosclerosis, rituximab

Table

Cases (Age/Gender)	Creatinine (mg/dL)		Proteinuria(mg/day)		Albumin (gr/dL)	
	Basal	After RTX	Basal	After RTX	Basal	After RTX
39 / F*	1,35	1,10	5429	957	3,60	4,16
34 / F *	1,12	0,70	36000	425	1,97	4,32
24 / F	1,15	5,70	9933	7000	1,59	2,70
28 / F	3,57	3,21	1478	2322	4,05	4,09
33 / F	2,21	1,90	1980	1604	4,48	4,27
27 / M	0,81	0,93	7413	10113	2,03	1,53
53 / M	1,28	0,92	9772	2946	2,31	3,19

*Post-transplant FSGS patients

SS-012

PRİMER MEMBRANÖZ NEFROPATİ PROGRESYONUNU ÖNGÖRDÜRMEDE HİSTOLOJİK VE KLİNİK BELİRTEÇLER**Egemen Cebeci¹, Ozan Yeğit², Abdülmecit Yıldız³, Ümmü Korkmaz², Yasemin Özlük⁴, Işın Kılıçaslan⁴, Mustafa Güllülü³, Savaş Öztürk¹, Aydın Türkmen², Yaşar Çalışkan²**¹Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Bursa, Türkiye⁴İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş: Bu çalışmamızda, primer membranöz nefropati (PMN) hastalarında histopatolojik, klinik ve laboratuvar bulgularının hastalık progresyonu ve tedavi direnci ile ilişkisi incelenmiştir.

Yöntem: TND Glomerüler Çalışma grubu çatısı altında İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji polikliniklerinde takip ve tedavileri yapılan 352 PMN hastasının demografik, klinik özellikleri, biyopsi bulguları incelenip bu bulguların takip ve prognoz üzerine etkisi araştırıldı. Klinik, laboratuvar ve biyopsi bulguları tam ve 6 aydan daha uzun süredir takip edilmekte olan 278 PMN hastası (%60.1 erkek, ortalama yaş: 46±14 yıl, ortalama takip süresi 33.5ay (IQR 14.1-63.8) çalışmaya dahil edildi. Histopatolojik/immunofloresan (İF) bulgular ve klinik parametreler ile belirlenen sonlanım noktaları [remisyon sağlanamaması veya son dönem böbrek yetersizliği(SDBY)] arasındaki ilişki incelendi. Cox regresyon analiziyle histopatolojik lezyonların (kresent, C3, IgG, boyanma yoğunluğu ve paterni) ve klinik göstergelerin [yaş, cinsiyet, sistolik kan basıncı (SKB), serum kreatinin, hemogloblin(Hgb), albumin, proteinüri] hastalığın progresyonuyla ilişkisi incelendi.

Bulgular: Tanı sırasında ortalama serum kreatinin 1.00±0.78 mg/dL, albumin 2.69±0.77 g/L, proteinüri 6.20±3.95 g/gün, ortalama SKB ve diyastolik KB sırasıyla 129±18 mmHg ve 81±11 mmHg idi. Böbrek biyopsilerinde ortalama 16(IQR 10-22) glomerul mevcuttu. Biyopsi örneklerinin %42.7'sinde tubuler atrofi/intertisyel fibrozis bulguları mevcut iken, kresent 19(%6.8) hastada vardı. Hastaların %90.6'sı(n=250) ACEi/ARB ve %65.8'i(n=183) immünsüpresif tedavi kullanmıştı. 180(%64.7) hasta remisyonla girdi. Remisyonla girmeyen 98(%35.3) hastanın 13'ünde(%4.6) SDBY gelişti. Remisyonla giren hastalar anlamlı olarak daha genç (p=0.007), başlangıç kreatinini (p<0.001) daha düşük, serum albumin (p=0.05) ve Hgb'i (p=0.001) daha yüksekti. Ayrıca histopatolojik olarak daha düşük evredeki hastalar daha çok remisyonla girmişti (r=0.157, p=0.025). Histopatolojik belirteçler olarak PMN evresi (HR:3.433, p=0.010) ve klinik gösterge olarak da başlangıç serum albümin düzeyi (HR:0.474, p=0.029) tedavi direncini anlamlı öngördürücüydüler.

Sonuç: Primer MN'de tanı sırasındaki histopatolojik evre ve serum albumin düzeyleri hastalık progresyonunu öngören belirteçler olarak bulundu. PMN biyopsi örneklerinde histopatolojik evrelemenin değerlendirilmesi böbrek sağkalımının öngörülmesi ve tedavinin planlanmasında yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Biyopsi, Histopatolojik evre, Membranöz Nefropati, Progresyon

OP-012

THE HISTOLOGICAL AND CLINICAL MARKERS PREDICTING PROGRESSION OF PRIMARY MEMBRANOUS NEPHROPATHY**Egemen Cebeci¹, Ozan Yeğit², Abdülmecit Yıldız³, Ümmü Korkmaz², Yasemin Özlük⁴, Işın Kılıçaslan⁴, Mustafa Güllülü³, Savaş Öztürk¹, Aydın Türkmen², Yaşar Çalışkan²**¹Haseki Training and Research Hospital, Department of Nephrology, İstanbul, Turkey²İstanbul University, İstanbul Faculty of Medicine, Division of Nephrology, İstanbul, Turkey³Uludağ University Faculty of Medicine, Division of Nephrology, Bursa, Turkey⁴İstanbul University, İstanbul Faculty of Medicine, Division of Pathology, İstanbul, Turkey

Introduction: The relationship between histopathological, clinical, and laboratory findings of primary membranous nephropathy (PMN) patients and treatment resistance was evaluated.

Methods: Demographics, clinical characteristics, biopsy findings of 352 PMN patients on follow-up in outpatient Nephrology Clinics of İstanbul Medical Faculty, Uludağ Medical Faculty, Haseki Research and Training Hospital under the management of TSN Glomerular Study Team and their effects on follow-up and prognosis were examined. 278 PMN patients[60.1% male, mean age 46±14years, median follow-up period 33.5(IQR 14.1-63.8) months] with full clinical, laboratory, biopsy data and on clinical follow up more than 6 months were enrolled. Association between histopathological/immunoflorescent(IF) findings and endpoints decided with clinical parameters[remission failure or end-stage-renal disease(ESRD)] were evaluated. Association of histopathological lesions(crescent,C3,IgG,staining intensity and pattern) and clinical signs [age, gender, systolic blood pressure(SBP), creatinine, hemoglobin(Hgb), albumin, proteinuria] with disease progression was observed.

Results: Mean creatinine was 1.00±0.78mg/dL, albumin was 2.69±0.77g/L, proteinurea was 6.20±3.95g/day, mean SBP and diastolic BP were 129±18 and 81±11mmHg, respectively at time of diagnosis. Mean glomerulus number was 16(IQR 10-22) in renal biopsy. Tubular atrophy/interstitial fibrosis findings were seen in 42.7% of biopsy samples and crescent was present in 19(6.8%) patients. 90.6%(n=250) of patients used ACEi/ARB and 65.8%(n=183) of patients was administered immunosuppressive treatment. 180(%64.7) of patients had remission. ESRD developed in 13 patients(4.6%) among 98 patients(35.3%) with remission failure. Patients achieved remission were significantly younger(p=0.007) and have significantly lower serum creatinine(p<0.001) and higher serum albumin(p=0.05) and Hgb(p=0.001) levels at diagnosis. Patients with histopathologically low stage achieved also higher rates of remission(r=0.157,p=0.025). PMN stage(HR:3.433,p=0.010) as histopathological marker and initial serum albumin level(HR:0.474,p=0.029) as clinical marker were predictive for treatment resistance.

Conclusion: Histopathological stage and serum albumin levels at PMN diagnosis were found as markers significantly predicting the disease progression. Evaluation of histopathological staging in PMN biopsy specimens could be helpful for predicting renal survival and planning the treatment.

Keywords: Biopsy, Histopathological stage, Membranous Nephropathy, Progression

SS-013

IGA NEFROPATİSİ İÇİN YENİ SEROLOJİK VE GENETİK BİYO-BELİRTEÇLER: GALAKTOZİLLENMESİ YETERSİZ IGA1 DÜZEYİ VE TEK NÜKLEOTİD POLİMORFİZMLERİ

Yaşar Çalışkan¹, Sebahat Usta Akgül², Sonay Temurhan², Ayşe Serra Artan¹, Yasemin Özlük³, Halil Yazıcı¹, Fatma Savran Oğuz², Aydın Türkmen¹, Mehmet Şükrü Sever¹

¹Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı

³Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

Giriş: Bu çalışmanın amacı galaktozillenmesi-yetersiz IgA1 (Gd-IgA1) serum düzeylerinin ve IgA Nefropati (IgAN) ile ilişkisi sadece Çin kohortunda gösterilmiş olan 4 adet tag tek nükleotid polimorfizminin (tSNP) IgAN tanısı ve değerlendirmesinde non-invaziv yeni biyo-belirteçler olarak kullanılabilirliğini değerlendirmektir.

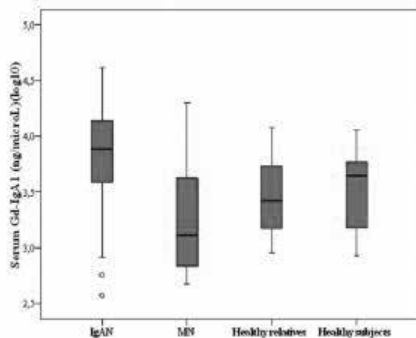
Yöntemler: Toplam 126 IgAN'li hasta [73 (%58) erkek, ortalama yaş: 37±13, ortalama takip süresi 26 (IQR 13-53) ay] değerlendirildi. Bu hastaların serum Gd-IgA1 düzeyleri, kontrol membranöz nefropati (MN)'li hastalar [n=25, 18 (%72) erkek, ortalama yaş:47±12], sağlıklı IgAN'li hasta yakınları [n=13, 9 (%69) erkek] ve sağlıklı bireyler [n=18, 8 (44%) erkek] ile karşılaştırıldı. Hastaların serum Gd-IgA1 düzeyleri ELISA yöntemi kullanılarak ölçüldü. Ayrıca, IgAN ile ilişkili 4 gendeki (TNFSF13, DEFA, HORMAD2, CFH) genetik belirteçler (sırası ile tSNPs; rs3803800, rs2738048, rs2412971, rs6677604) ile böbrek yetersizliğine [kategori G5 kronik böbrek hastalığı (KBH)] progrese olma arasındaki ilişki değerlendirildi.

Bulgular: IgAN'li hastaların serum Gd-IgA1 düzeyi (9995±8472 [log10:3.83±0.42] ng/mL), MN'li hastalardan (3555±4958 [log10:3.24±0.50] ng/mL), sağlıklı IgAN'li hasta yakınlarından (4011±3714 [log10:3.46±0.37] ng/mL) ve sağlıklı bireylerden (4544±3159 [log10:3.53±0.37] ng/mL) belirgin daha yüksek (sırası ile p<0.001, p=0.014 ve p=0.027) (Şekil 1). MN'li hastaların, sağlıklı IgAN'li hasta yakınlarının ve sağlıklı bireylerin serum Gd-IgA1 düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı (sırası ile p=0.998 ve p=0.997). Ortanca 25 ay takip sonrasında 32 (%25.4) hastada böbrek yetersizliği gelişti. Böbrek yetersizliğine ilerleyen ve ilerlemeyen hastaların Gd-IgA1 düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Serum Gd-IgA1 düzeyleri ile sadece serum albumin ve günlük proteinüri düzeyleri arasında korelasyon saptandı (sırası ile r=0.293, p=0.001 ve r=-0.369, p<0.001). Otozomal resesif model kullanıldığında TNFSF13 genindeki "AA" rs3803800 tSNP taşıyan IgAN'li hastalarda böbrek yetersizliği gelişme riski anlamlı derecede daha yüksek bulundu (p=0.023, phi=0.210). HORMAD2 genindeki "CC" rs2738048 tSNP taşıyan IgAN'li hastalarda böbrek yetersizliği gelişme riski anlamlı derecede daha düşük bulundu (p=0.04, phi=0.190). "AA" rs3803800 genotipi taşıyan IgAN'li hastaların histopatolojik Oxford-MEST sınıflamasında daha yüksek S skorlarına sahip oldukları görüldü (p=0.032, phi=0.227).

Sonuç: Yeni bulunan lektin bağımsız serum Gd-IgA1 düzey tayini ve TNFSF13 ve HORMAD2 genlerindeki tSNP'leri IgAN tanısı ve prognoz değerlendirmesi için kullanılacak önemli biyo-belirteçler olabilir.

Anahtar Kelimeler : biyobelirteçler, galaktozillenmesi-yetersiz IgA1, IgA nefropatisi, böbrek yetersizliği

Figür:



OP-013

NOVEL SEROLOGIC AND GENETIC BIOMARKERS FOR IGA NEPHROPATHY: SERUM LEVELS OF GALACTOSE-DEFICIENT IGA1 AND SINGLE NUCLEOTIDE POLYMORPHISMS

Yaşar Çalışkan¹, Sebahat Usta Akgül², Sonay Temurhan², Ayşe Serra Artan¹, Yasemin Özlük³, Halil Yazıcı¹, Fatma Savran Oğuz², Aydın Türkmen¹, Mehmet Şükrü Sever¹

¹Istanbul University, Istanbul Faculty of Medicine, Department of Internal Medicine, Division of Nephrology

²Istanbul University, Istanbul Faculty of Medicine, Department of Medical Biology

³Istanbul University, Istanbul Faculty of Medicine, Department of Pathology

Introduction: The aim of this study is to evaluate the serum levels of galactose deficient IgA1 (Gd-IgA1) and 4 tag single-nucleotide polymorphisms (tSNPs) which were recently found to be associated with risk of IgA nephropathy (IgAN) in Chinese cohort, as novel noninvasive biomarkers for IgAN.

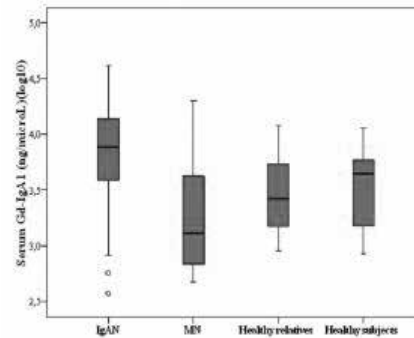
Methods: A total of 126 IgAN patients [73 (58%) male, mean age: 37±13 years, median follow up of 26 months (IQR 13-53)] were evaluated. Serum Gd-IgA1 levels of IgAN patients were compared with control membranous nephropathy (MN) patients [n=25, 18 (72%) male, mean age:47±12 year], healthy relatives [n=13, 9 (69%) male] and healthy subjects [n=18, 8 (44%) male]. Serum Gd-IgA1 levels of patients were measured using KM55 ELISA assay. The relationship between genetic markers (tSNPs; rs3803800, rs2738048, rs2412971, rs6677604) in 4 IgAN-associated genes (TNFSF13, DEFA, HORMAD2, CFH, respectively) and progression to kidney failure [category G5 chronic kidney disease (CKD)] were also assessed.

Results: Serum Gd-IgA1 levels of IgAN patients (9995±8472 [log10:3.83±0.42] ng/mL) were significantly higher than MN patients (3555±4958 [log10:3.24±0.50] ng/mL), healthy relatives (4011±3714 [log10:3.46±0.37] ng/mL) and healthy subjects (4544±3159 [log10:3.53±0.37] ng/mL) (p<0.001, p=0.014 and p=0.027, respectively) (Figure 1). Serum Gd-IgA1 levels were not different among MN patients, healthy relatives and healthy subjects (p=0.998 and p=0.997, respectively). After a median follow up time of 25 months 32 (25.4%) patients progressed to kidney failure. Serum Gd-IgA1 levels were not significantly different between IgAN patients progressed and not progressed to kidney failure. Serum Gd-IgA1 levels were only correlated with serum albumin and daily proteinuria levels (r=0.293, p=0.001 and r=-0.369, p<0.001, respectively). Using the recessive model, we found that the genotype "AA" rs3803800 in TNFSF13 was associated with an increased risk of kidney failure in IgAN (p=0.023, phi=0.210). The "CC" rs2738048 in HORMAD2 was associated with a low risk of kidney failure in IgAN (p=0.04, phi=0.190). The genotype "AA" rs3803800 was also found to be associated with higher S scores according to Oxford-MEST classification (p=0.032, phi=0.227).

Conclusions: This novel lectin-independent Gd-IgA1 ELISA that can detect serum Gd-IgA1 and tSNPs in TNFSF13 and HORMAD2 genes can be used as biomarkers for diagnosis and assessment of prognosis of IgAN.

Keywords: Biomarkers, Galactose deficient IgA1, IgA nephropathy, kidney failure

Figure:



SS-014

İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALIKLARINDA BÖBREK TUTULUMU

Mevlüt Tamer Dincer¹, Serkan Feyyaz Yalın¹, Sinan Trabulus¹, Nurhan Seyahi¹, Aykut Ferhat Çelik², Mehmet Rıza Altıparmak¹

¹Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.B.d Nefroloji Bilim Dalı

²Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.B.d Gastroenteroloji Bilim Dalı

Amaç: İnflamatuvar barsak hastalığı (İBH) tanısı ile takip ve tedavi edilen hastalardaki böbrek tutulumu (sıklığı, demografik, klinik, laboratuvar ve histopatolojik bulguları) ve bunları etkileyen faktörleri incelemeyi amaçladık.

Hastalar ve Yöntem: 2000-2016 yılları arasında İBH tanısı ile takip ve tedavi edilen hastaların dosya bilgileri retrospektif olarak aynı araştırmacı tarafından incelendi. Çalışmaya klinik, endoskopik ve histopatolojik olarak İBH tanısı alan, 18 yaş ve üzeri hastalar dâhil edildi. Hastaların demografik özellikleri, ek hastalıkları, yakınmaları, fizik muayene, laboratuvar, endoskopi ve biyopsi bulguları, hastalık aktiviteleri ve tedavileri, böbrek tutulumu ve böbrek tutulumu ile ilişkili olabilecek faktörler hasta dosyalarından kaydedildi. İstatistiksel analiz olarak kategorik verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi ve Fisher Exact testi, parametrelerin gruplar arası karşılaştırılmasında ise Mann Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular: İBH tanısı ile takip edilen 1874 hastanın 1055' inde ülseratif kolit (ÜK), 819' unda ise Crohn Hastalığı (CH) tanısı mevcuttu. İBH olan 1874 hastanın 105' inde (% 5,6) böbrek tutulumu saptandı. ÜK tanılı hastalarda böbrek tutulumu 50 olguda (% 4,7) bulundu. CH olan olguların ise 55' inde (% 6,7) böbrek tutulumu saptandı. Tablo 1 ve 2' de Crohn ve ülseratif kolit tanılı hastaların ve kontrol gruplarının demografik özellikleri ve ek hastalıkları ve her iki grubun karşılaştırılması gösterilmiştir. CH tanılı hastalarda sıklık sırasına göre renal kalkül (% 81,8), sekonder (AA) amiloidoz (% 10,9) ve kronik böbrek yetmezliği (% 7,2) saptandı. ÜK tanılı hastalarda sıklık sırasına göre renal kalkül (% 90), glomerülonefrit (% 6), kronik böbrek yetmezliği (% 2) ve akut tübülointerstitial nefrit (% 2) saptandı. CH' nda böbrek tutulumunun hastalık aktivitesi ve cerrahi rezeksiyon ile ilişkisi saptanırken, aynı ilişki ÜK' de gözlenmedi.

Sonuç: İBH' nda nefrolitiazis en sık görülen böbrek tutulum şeklidir ve hastalık aktivitesi ile ilişkili bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler : Crohn hastalığı, ülseratif kolit

Tablo 1. Crohn hastalığı tanılı böbrek tutulumu gösteren hastaların ve kontrol grubunun demografik özellikleri ve ek hastalıkları

Crohn hastalığı	Böbrek tutulumu olanlar n = 55 (%)	Kontrol grubu n = 45 (%)	p
Yaş (ortalama)	49,3 ± 12,9	46,9 ± 14,7	NS
Cinsiyet (Erkek/Kadın)	32 (58,2)/23 (41,8)	27 (60,0)/18 (40,0)	NS
Sigara kullanımı	32 (58,2)	33 (73,3)	NS
Alkol kullanımı	6 (10,9)	4 (8,9)	NS
Analjezik kullanımı	7 (12,7)	4 (8,9)	NS
Ailede İBH	13 (23,6)	9 (20,0)	NS
Diabetes mellitus	1 (1,8)	1 (2,2)	NS
Hipertansiyon	4 (7,3)	2 (4,4)	NS
Diğer ek hastalıklar(Romatolojik/Kronik hepatit/KAH/Malignite)	5 (9,1)/3 (5,5)/0 (0,0)/2 (3,6)	3 (6,7)/0 (0,0)/1 (2,2)/1 (2,2)	NS

Tablo 2. Ülseratif kolit tanılı böbrek tutulumu gösteren hastaların ve kontrol grubunun demografik özellikleri ve ek hastalıkları

Ülseratif kolit	Böbrek tutulumu olanlar n = 50 (%)	Kontrol grubu n = 60 (%)	p
Yaş (ortalama)	55,5 ± 16,0	52,7 ± 12,6	NS
Cinsiyet (Erkek/Kadın)	30 (60)/20 (40)	28 (46,7)/32 (53,3)	NS
Sigara kullanımı	23 (46)	24 (40)	NS
Alkol kullanımı	6 (12)	8 (13,3)	NS
Analjezik kullanımı	10 (20)	4 (6,7)	0,036
Ailede İBH	6 (12)	7 (11,7)	NS
Diabetes mellitus	7 (14)	2 (3,3)	0,046
Hipertansiyon	14 (28)	4 (6,7)	0,003
Ek hastalık türü(Romatolojik, Kronik hepatit, KAH,Malignite)	3 (6)/1 (2)/4 (8)/1 (2)	2 (3,3)/1 (1,7)/3 (5,0)/0 (0,0)	NS

OP-014

RENAL MANIFESTATIONS IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Mevlüt Tamer Dincer¹, Serkan Feyyaz Yalın¹, Sinan Trabulus¹, Nurhan Seyahi¹, Aykut Ferhat Çelik², Mehmet Rıza Altıparmak¹

¹Cerrahpaşa Medical Faculty, Department of Internal Medicine, Division of Nephrology

²Cerrahpaşa Medical Faculty, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology

Objectives: In this study, it is aimed to analyze the renal manifestations (with their prevalence, demographic, clinical, laboratory and histopathological findings) in patients who have been diagnosed as and followed up with Inflammatory Bowel Diseases (Crohn's Disease or Ulcerative Colitis).

Patients and Methodology: Patients who have been diagnosed as and followed up with Inflammatory Bowel Diseases (IBD) in Istanbul University Cerrahpaşa Medical Faculty Gastroenterology Department from 2000 to 2016 were retrospectively analyzed. Patients who have IBD diagnosis with clinical, endoscopic and histopathological findings and who are older than 18 years were enrolled. Demographic characteristics, co-morbidities, initial complaints, physical examination findings, laboratory, endoscopy and biopsy findings, disease activities and treatments, renal manifestations and factors that may be related with these manifestations were recorded from the patient files. Pearson's square and Fisher Exact test were used as statistical analysis methods in order to compare categorical data among groups. Mann Whitney U test was used in order to compare parameters among groups.

Findings: Among 1874 patients who had the diagnosis of IBD, there were 1055 Ulcerative Colitis (UC) and 819 Crohn's Disease (CD) patients. Renal manifestations were found in 105 patients (5,6%). 50 patients in the UC group (4,7%) and 55 patients in CD group (6,7%) showed renal manifestations. Table 1 and 2 show comparisons of demographic findings and comorbidities between control groups and IBD patients. In CD patients; these manifestations were renal calculi (81,8 %), secondary (AA) amyloidosis (10,9 %) and chronic kidney disease (7,2 %) when ordered according to their frequency. These were renal calculi (90%), glomerulonephritis (6%), chronic kidney disease (2 %) and acute tubulointerstitial nephritis (2 %) in UC patients. Renal manifestations were related to disease activity and surgical resection history in CD patients. However, such a relation was not found in UC patients.

Results: Nephrolithiasis is the most common renal manifestation in IBD and it is found to be related with the disease activity.

Keywords: Crohn's disease, ulcerative colitis

Table 1. Comparison of demographic findings and comorbidities between control group and patients with Crohn's Disease

Crohn's Disease	Patients with renal manifestations n=55 (%)	Control Group n=45 (%)	p
Age (Average)	49,3 ± 12,9	46,9 ± 14,7	NS
Gender (Male/Female)	32 (58,2)/23 (41,8)	27 (60,0)/18 (40,0)	NS
Smoking	32 (58,2)	33 (73,3)	NS
Alcohol consumption	6 (10,9)	4 (8,9)	NS
Use of analgesic	7 (12,7)	4 (8,9)	NS
Family History (IBD)	13 (23,6)	9 (20,0)	NS
Diabetes Mellitus	1 (1,8)	1 (2,2)	NS
Hypertension	4 (7,3)	2 (4,4)	NS
Other Comorbidities (Collegen Disease, Chronic Hepatitis, CHD, Malignancy)	5 (9,1)/3 (5,5)/0 (0,0)/2 (3,6)	3 (6,7)/0 (0,0)/1 (2,2)/1 (2,2)	NS

Table 2. Comparison of demographic findings and comorbidities between control group and patients with Ulcerative colitis

Ulcerative Colitis	Patients with renal manifestations n=50 (%)	Control group n=60 (%)	p
Age (Average)	55,5 ± 16,0	52,7 ± 12,6	NS
Gender (Male/Female)	30 (60)/20 (40)	28 (46,7)/32 (53,3)	NS
Smoking	23 (46)	24 (40)	NS
Alcohol consumption	6 (12)	8 (13,3)	NS
Use of analgesic	10 (20)	4 (6,7)	0,036
Family history (IBD)	6 (12)	7 (11,7)	NS
Diabetes Mellitus	7 (14)	2 (3,3)	0,046
Hypertension	14 (28)	4 (6,7)	0,003
Other comorbidities (Collegen, hepatitis, CHD, Malignancy)	3 (6)/1 (2)/4 (8)/1 (2)	2 (3,3)/1 (1,7)/3 (5,0)/0 (0,0)	NS

SS-015

YAŞAM İÇİ KAN BASINCI İZLEMİNDE SİSTOLİK YÜKÜN ÖNEMİSeçil Conkar¹, Sevgi Mir¹
¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Erişkin dönemde hipertansiyon (HT), toplumun büyük bir kısmını etkileyen sağlık sorunudur. Son yıllarda çocukluk çağı HT'nun da ciddi bir sağlık sorunu olduğu anlaşılmıştır. Çocukluk yaş grubunda yaşam içi kan basıncı izleminin (YİKBİ) son yıllarda kullanımının artmasıyla önemi anlaşılmaya başlamıştır. YİKBİ diastolik ve sistolik yükün anlamı tam olarak bilinmemektedir. Bu çalışmada çocukluk döneminde YİKBİ kullanarak sistolik ve diastolik kan basıncı yükün ayrı ayrı ne anlama geldiğini belirlemek istedik.

Materyal ve Metod: Bu çalışmaya Şubat 2011 – Nisan 2013 tarihleri arasında birinci basamak sağlık kuruluşlarında kan basınçları ölçülüp, Task Force çalışma grubunun yaş, cins, boyya göre belirlediği normallere göre 90 percentilin üzerinde saptanarak Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Genel Pediatri ve Nefroloji Bilim dalı polikliniğine yönlendirilen, 6-17 yaş arası, boyu 120 cm'nin üzerinde olan 120 çocuğa yaşam içi kan basıncı izlemi (YİKBİ) uygulandı. YİKBİ ile kan basıncı gece ve/veya gündüz sistolik ve/veya diastolik yükün %25'in üzerinde olması durumu hipertansiyon olarak tanımlandı. Sadece sistolik yük %25'in üzerinde olması durumuna sistolik, sadece diastolik yükün %25 ve üzerinde olması durumuna diastolik hem sistolik hem diastolik yükün %25'in üzerinde olması durumuna sistolodiastolik HT olarak tanımlandı. Gündüz-gece kan basıncı düşüşü göre non-dipper, dipper değerlendirilmeleri yapıldı. YİKBİ değerlendirmeleri Wühl ve arkadaşlarının düzenlediği normal çocukların kan basıncı ortalamalarına göre yapıldı. Olguların erken vasküler değişikliklerin gösterilmesi amacı ile hastalara karotis intima-media kalınlığı (cIMT) vicorder ile pulse wave velocity (PWV) ve augmentation index (sAix) ölçümü yapıldı.

Bulgular: 120 olgudan YİKBİ ile 82 olguda hipertansiyon saptandı. 82 olgunun 51 (%62.2)'inde sistolik, 5 (%6.1)'inde diastolik, 26 (%31.7)'ünde sistolodiastolik HT saptandı. Non-dipper sıklığı % 71.9 (n=59) iken dipper HT %28.1 (n=23) olarak belirlendi. Sistolik HT olgularının %80.3 (n=41) non-dipper iken %19.7 (n=10) dipper saptandı. Diastolik HT olgularının %20 (n=1) non-dipper iken %80 (n=4) dipper HT saptandı. Sistolik kan basıncı yükü (SKBY) olan 51 olgunun 23'ünde (%45) cIMT artışı, 17'sinde (%33.3) sAix yüksekliği, 11'inde (%21.5) PWV yüksekliği saptandı. Diastolik kan basıncı yükü (DKBY) olan 5 olgunun sadece 1'inde cIMT artışı saptandı. SKBY ile PVW, sAix, cIMT arasında anlamlı birliktelik saptandı.

Sonuç: Çocukluk yaş grubu HT'ları içinde SKBY kardiovasküler etkileri en ağır olan HT paternidir. Primer hipertansif çocuklarda gündüz sistolik KB yükünü azaltmayı hedeflemek ilerideki kardiovasküler hasarın engellemeye etkili olabileceği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler : Hipertansiyon, yaşam içi kan basıncı izlemi, sistolik kan basıncı yükü

Tablo. Sistolik ve diastolik kan basıncı yüklerinin PVW,cIMT ve sAix üzerine etkisi

	SKBY	DKBY	p
PVW	5.08±0.73	4.79 ±0.85	p=0.47
sAix	9.44±4.62	7.71±4.33	p=0.37
cIMT	0.50±0.12	0.45±0.10	p=0.01

OP-015

THE IMPORTANCE OF SYSTOLIC LOAD IN AMBULATORY BLOOD PRESSURE MONITORINGSeçil Conkar¹, Sevgi Mir¹
¹Ege University Faculty of Medicine

Introduction and Objective: Hypertension (HT) in adulthood is a health problem that affects the majority of society. Recently, childhood hypertension has also been acknowledged as a serious health problem. The significance of Ambulatory Blood Pressure Monitoring (ABPM) has started to be understood with its ever-increasing use in pediatric patients. Diastolic or systolic load on ABPM is still not fully understood. In the present study, we aimed to clarify both systolic and diastolic blood pressure loads by using ABPM in pediatric patients.

Materials and Methods: The current study was conducted prospectively between the dates of February 2011 and April 2013 in the Department of Pediatric Nephrology, Faculty of Medicine, Ege University. Ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) was performed in 120 pediatric patients (aged 6–17, body height > 120 cm) whose blood pressure measurements were taken in primary care health centers and whose values were greater than the 90th percentile for age, sex, and height determined by Task Force study group. Hypertension was defined as daytime and/or nighttime systolic and/or diastolic blood pressure value greater than 25% with ABPM. Systolic was defined as having only systolic load greater than 25%, diastolic was defined as having only diastolic load greater than 25%, and systolodiastolic HT was defined as having both systolic and diastolic load greater than 25%. Non-dipper and dipper assessments were made by daytime-nighttime blood pressure fall. ABPM evaluations were carried out with respect to the mean value of normal children's blood pressure, which was set out by Wühl et al. Carotid intima-media thickness (cIMT), pulse wave velocity (PWV) and augmentation index (sAix) were measured using Vicorder in order to detect early vascular changes in these cases.

Findings: Hypertension was found in 82 of 120 cases by ABPM. Of these 82 cases, systolic was detected in 51 (62.2%), diastolic was detected in 5 (6.1%), and systolodiastolic HT was detected in 26 (31.7%). The frequency of non-dipper was determined as 71.9% (n=59), while the frequency of dipper HT was found 28.1% (n=23). Of systolic HT cases, 80.3% (n=4) were non-dipper and 19.7% (n=10) were dipper. Of diastolic HT cases, 20% (n=1) were non-dipper HT, whereas 80% (n=4) were dipper HT. Of 51 cases with systolic blood pressure load (SBPL), 23 (45%) were detected to have increased cIMT, 17 (33.3%) were found to have elevated sAix, and 11 (21.5%) were found to have elevated PWV. CIMENT increase was identified only in 1 of 5 cases with diastolic blood pressure load (DBPL). A significant association was found between SBPL, PVW, sAix, and cIMT.

Conclusion: SBPL is a HT pattern having the most severe cardiovascular effects among other types of pediatric HT. We are of the opinion that the aim of reducing daytime systolic BP load in primary hypertensive children may help preventing future cardiovascular damage.

Keywords: Hypertension, ambulatory blood pressure monitoring, diastolic blood pressure load

Table

	SKBY	DKBY	p
PVW	5.08±0.73	4.79 ±0.85	p=0.47
sAix	9.44±4.62	7.71±4.33	p=0.37
cIMT	0.50±0.12	0.45±0.10	p=0.01

SBPL: Systolic Blood Pressure Load, DBPL: Diastolic Blood Pressure Load, cIMT: Carotid Intima-Media Thickness, PWV: Pulse Wave Velocity, sAix: Augmentation Index

SS-016

RATLARDA DENEYSEL KONTRAST MADDE NEFROPATİSİNİN ÖNLENMESİNDE TİMOKİNON'UN ETKİSİ**Murat Hayri Sipahioğlu¹, Serkan Ulaş Topaloğlu¹, Cevat Yazıcı², Çağrı Şakalar³, İsmail Koçyiğit¹, Aydın Ünal¹, Sedat Sezen³, Bülent Tokgöz¹, Oktay Oymak¹**¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı

Giriş: Timokinin (2-İzopril-5-metil-1,4-benzokinin) Nigella sativa adındaki bitkinin tohumlarından elde edilen uçucu yağların temel bileşenidir. Güçlü anti-oksidan, anti-inflamatuar ve renoprotektif etkiye sahiptir. Radyokontrast kullanımına bağlı olarak gelişen kontrast madde nefropatisi (KMN) patofizyolojisinde renal vazokonstriksiyon, artmış oksidatif stres ve inflamatuar aktivitenin rol oynadığı düşünülmektedir. Bu deneysel çalışmada ratlarda KMN gelişimini önlemede TQ nun etkinliği araştırıldı.

Metod: Çalışmada 34 adet Wistar Albino türü rat kullanıldı. Radyokontrast ajan olarak diatrizoat (Urografin %76) 12.5 ml/kg dozunda intraperitoneal olarak verildi. Kontrast maddeye karşı duyarlılığı artırmak için ratlar 48 saat süreyle susuz bırakıldı ve ek olarak kontrast madde enjeksiyonu öncesinde prostoglandin ve NO sentezi inhibe edildi. NO sentez inhibisyonu için NG-nitro-L-arginin (L-NAME, 10 mg/kg), prostoglandin sentez inhibisyonu için indometazin (10 mg/kg) kullanıldı. Ratlar 7 gruba ayrıldı: kontrol (K), NG-nitro-L-arginin +indometazin (L-NAME+İND), kontrast madde (KM), TQ1 (Timokinin 1 mg/kg/gün), TQ1.75 (TQ 1.75 mg/kg/gün), KM+TQ1, KM+TQ1.75. Üçü kontrast madde verilmeden bir taneside kontrast madde verildikten sonra olmak üzere toplam 4 gün boyunca iki farklı dozda (1 ve 1.75 mg/kg/gün) TQ intraperitoneal olarak verildi. İnflamatuar durumun tespiti için NF-KB ve iNOS gen ekspresyonu, oksidatif stresin değerlendirilmesi için süperoksit dismutaz (SOD) aktivitesi kullanıldı.

Sonuç: 1mg/kg/gün dozunda verilen TQ böbrek fonksiyonlarındaki bozulmayı, inflamasyonu ve histolojik renal hasarı belirgin şekilde azalttı. Oksidatif stres aktivitesinde gruplar arasında belirgin bir fark izlenmedi.

Tartışma: Bu çalışma KM öncesinde verilen TQ nun KMN gelişimini engellenmede etkili olabileceğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler : Kontrast madde nefropatisi, Timokinin, inflamasyon, akut böbrek yetmezliği

Tablo 1. Deney Sonunda Biyokimya, İnflamasyon ve Oksidatif Stres Parametreleri

	K	L-Name+ Indo	KM	TQ1	TQ1.75	KM+TQ1	KM+ TQ1.75	P
Kreatinin (mg/dL)	0.3±0.03	0.56±0.27	2.03±1.28	0.29±0.01	0.28±0.02	0.41±0.06	2.23±0.8	KM vs. KM+TQ1: 0.004
BUN (mg/dL)	20.7±1.4	67.5±64.7	197±98	17.6±1.9	16.2±1.8	21.9±9.4	210±62	KM vs. KM+TQ1: <0.001
NF-KB ekspresyon	%100	%79	%112	%102	%104	%72	%104	KM vs. KM+TQ1: 0.044
iNOS ekspresyon	%100	%109	%109	%93	%94	%45	%142	KM vs. KM+TQ1: <0.001
SOD (U/mL)	22.0±0.9	15.8±2.7	20.7±4.9	21.6±1.4	21.2±2.3	20.8±2.1	19.8±3.5	KM vs. KM+TQ1: >0.05

OP-016

THE EFFECT OF THYMOQUINONE ON PREVENTION OF EXPERIMENTAL CONTRAST-INDUCED NEPHROPATHY IN RATS**Murat Hayri Sipahioğlu¹, Serkan Ulaş Topaloğlu¹, Cevat Yazıcı², Çağrı Şakalar³, İsmail Koçyiğit¹, Aydın Ünal¹, Sedat Sezen³, Bülent Tokgöz¹, Oktay Oymak¹**¹Erciyes University Faculty of Medicine, Department of Nephrology²Erciyes University Faculty of Medicine, Department of Biochemistry³Erciyes University Faculty of Medicine, Department of Medical Biology

Background: Thymoquinone (TQ), the main constituent of the volatile oil from Nigella sativa seeds, is reported to possess strong anti-oxidant and anti-inflammatory properties. Pathophysiology of contrast induced nephropathy (CIN) associates multiple factors including renal vasoconstriction, oxidative stress and increased inflammation. We hypothesized that TQ can attenuate renal injury in the rat experimental contrast induced nephropathy (CIN) model.

Methods: CIN was induced by injection of the radiocontrast medium diatrizoate (Urografin %76, 12.5 ml/kg) in addition to inhibition of prostaglandin and nitric oxide (NO) synthesis after 2 days of water deprivation. Rats were divided into 7 groups: control (C), L-NAME+INDO (NG-nitro-L-arginine+ indomethacin), contrast media (CM), TQ1 (TQ 1 mg/kg day), TQ 1.75 (TQ 1.75 mg/kg day), TQ1+CM, TQ 1.75+CM. TQ was given at two different doses (1 or 1.75 mg/kg day) for 4 days intraperitoneally before the contrast injection. The gene expressions of NF-KB and iNOS were used to evaluate inflammatory status and superoxid dismutase (SOD) was used to evaluate oxidative stress.

Results: Administration of 1 mg dose of TQ significantly attenuated the resulting renal dysfunction and inflammatory process and histological renal injury in the light microscopy. Superoxide dismutase levels did not show any significant difference between the groups.

Conclusions: This study suggests that administration of thymoquinone may have potential as a new therapeutic approach to prevent CIN.

Keywords: Contrast-induced nephropathy, thymoquinone, inflammation,

Note: Gene expression level at the control group was accepted 100%

Table 1. Biochemical, Inflammatory and Oxidative Stress Parameters at the end of experiment

	C	L-Name+ Indo	CM	TQ1	TQ1.75	TQ1+CM	TQ1.75+ CM	P P value CM vs TQ1+CM
Creatinine (mg/dL)	0.3±0.03	0.56±0.27	2.03±1.28	0.29±0.01	0.28±0.02	0.41±0.06	2.23±0.8	0.004
BUN (mg/dL)	20.7±1.4	67.5±64.7	197±98	17.6±1.9	16.2±1.8	21.9±9.4	210±62	<0.001
NF-KB expression	%100	%79	%112	%102	%104	%72	%104	0.044
iNOS expression	%100	%109	%109	%93	%94	%45	%142	<0.001
SOD (U/mL)	22.0±0.9	15.8±2.7	20.7±4.9	21.6±1.4	21.2±2.3	20.8±2.1	19.8±3.5	>0.05

SS-017

PLASENTA KAYNAKLI MEZENKİMAL KÖK HÜCRELERİN KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİNDE PROLİFERASYON VE APOPTOZ MEKANİZMALARINA ETKİSİ

Büşra Çetinkaya¹, Gözde Ünek², Aslı Özmen², Müge Molbay², Karoline Doğum², Sadi Köksoy³, Gültekin Süleymanlar⁴, Emin Türkay Korgun²

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji Ve Embriyoloji Anabilim Dalı; Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji Ve Embriyoloji Anabilim Dalı

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji Ve Embriyoloji Anabilim Dalı

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Ve İmmünoloji Anabilim Dalı

⁴Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Kronik böbrek yetmezliğinin (KBY) özelliği, sağlıklı dokunun erozyonu ve fibrosis nedeniyle zaman içerisinde sürekli olarak böbrek fonksiyonlarının kaybıdır. Daha önceki çalışmalarda, hasarı takiben böbreğin yenilenme kapasitesi, zarar gören tübüler hücrelerin değiştirilmesi olarak gösterilmektedir. MKH'lerin tübüler epitel hücrelerine farklılaştığı, böylece renal yapı ve fonksiyonunun yenilendiği gösterilmiştir. Ayrıca, MKH'ler böbreğe yerleşebilirler ve renal hasarı engelleyebilirler. Böylece, bu çalışmanın amacı insan plasentasından elde edilen mezenkimal kök hücrelerin kronik böbrek yetmezliği sonucu oluşan fibrosisin onarılmasında proliferasyon ve apoptoz mekanizmalarında etkili olup olmadığını belirlemektir.

Yöntem: Bu çalışmada sıçanlara Aristolohik asit (AA) uygulanarak KBY modeli oluşturulmuştur. Amniyon membranından izole edilen mezenkimal kök hücreler, deney grubundaki her bir sıçana 6×10^5 hücre olarak kuyruk venlerinden transplante edilmiştir. 30 gün ve 60 gün süren iyileşme dönemi sonunda PCNA, Ki67, p57 ve Parp-1 proteinlerinin ekspresyonları western blot yöntemiyle değerlendirilmiştir. PCNA ve Ki67 proteinlerinin immünoaktivitesi immünohistokimya yöntemiyle belirlenmiştir. Ayrıca, TUNEL yöntemi aracılığıyla apoptozun varlığı değerlendirilmiştir.

Bulgular: PCNA ve Ki67 proliferasyon belirteçlerinin ekspresyonu kök hücre gruplarında KBY grubuna göre artış gösterirken, Parp-1 apoptoz belirtecinin ekspresyonu kök hücre gruplarında KBY grubuna göre önemli derecede azalma göstermektedir. Bu sonuçlar TUNEL testi ile de uyumluluk göstermektedir. Bunun yanında, hücre siklusu inhibitörü olan p57 belirtecinin ekspresyonu da KBY grubu ile kontrol, sham ve kök hücre gruplarıyla karşılaştırıldığında önemli derecede artış göstermiştir. Serum kreatinin ve serum üre seviyeleri KBY grubunda artış gösterirken, kök hücre uygulamasından sonra bu seviyelerin önemli derecede azaldığı belirlenmiştir.

Sonuç: AA uygulandığında, fibrosisin önemli ölçüde arttığı gözlenmiştir. KBY grubunda proliferasyon azalırken apoptoz artmıştır. MKH enjeksiyonundan sonra böbrek hücrelerinin proliferasyonu artarken apoptoz azalmıştır. Fonksiyonel olarak, serum kreatinin ve serum üre seviyelerinde kök hücre grubunda KBY grubuna göre azalış meydana gelmiştir. Böylece, plasental kökenli mezenkimal kök hücreler renal yetmezliği iyileştirebilir.

(Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Fonu tarafından desteklenmiştir. (Proje numarası: TYL-2014-131))

Anahtar Kelimeler : Mezenkimal kök hücre, kronik böbrek yetmezliği, proliferasyon, apoptoz, amniyon membranı, aristolohik asit

OP-017

EFFECTS OF PLACENTAL-DERIVED MESENCHYMAL STEM CELLS ON PROLIFERATION AND APOPTOSIS MECHANISMS IN CHRONIC KIDNEY DISEASE

Büşra Çetinkaya¹, Gözde Ünek², Aslı Özmen², Müge Molbay², Karoline Doğum², Sadi Köksoy³, Gültekin Süleymanlar⁴, Emin Türkay Korgun²

¹Akdeniz University Medical Faculty Department of Histology and Embryology; Bülent Ecevit University Medical Faculty Department of Histology and Embryology

²Akdeniz University Medical Faculty Department of Histology and Embryology

³Akdeniz University Medical Faculty Department of Medical Microbiology and Immunology

⁴Akdeniz University Medical Faculty Department of Internal Medicine

Objectives: The feature of chronic kidney failure (CKF) is loss of kidney functions due to erosion of healthy tissue and fibrosis. Recent studies showed that mesenchymal stem cells (MSCs) differentiated to tubular epithelial cells thus renal function and structures renewed. Furthermore, MSCs protect renal function in CKF. They can engraft to kidney thus they can prevent renal injury. Therefore, we aimed to investigate whether placental-derived mesenchymal stem cells can repair fibrosis that occurs as a result of chronic kidney failure and they are effective in mechanisms of proliferation and apoptosis.

Methods: We constituted rat model of CKF by applying Aristolochic acid (AA) in this study. 6×10^5 mesenchymal stem cells that were isolated from amnion membrane transplanted into tail vein of rats. At the end of 30 day and 60 day recovery period, we examined expressions of PCNA, Ki67, p57 and Parp-1 by western blotting. Immunoreactivity of PCNA, Ki67 was detected by immunohistochemistry. Besides, apoptosis was detected by TUNEL. Serum creatinine and urea was measured.

Results: We observed that expression of PCNA and Ki67 proliferation markers increased in stem cell groups according to CKF group. Furthermore, expression of PARP-1 apoptosis marker increased in CKF group according to control, stem cell groups and sham group and it was supported with TUNEL. Also p57 that is cell cycle inhibitory protein increased in CKF group when compared to control, stem cell groups and sham groups. Serum creatinine and urea levels in CKF group increased when compared control, stem cell groups and sham groups.

Conclusion: When AA applied to rats, fibrosis increased importantly. While proliferation decreased, apoptosis increased in CKF groups. After injection of MSCs to rats, proliferation increased and apoptosis decreased. Functionally, serum creatinine and urea levels decreased in stem cell groups compared to CKF groups. Therefore, placental-derived mesenchymal stem cells can ameliorate renal failure.

This study was supported by Research Foundation of Akdeniz University, Turkey (project number: TYL-2014-131).

Keywords: Mesenchymal stem cell, chronic kidney failure, proliferation, apoptosis, amnion membrane, aristolochic acid

SS-018

ÇOCUKLARDA RENAL TRANSPLANTASYON YAŞININ GRAFT SAĞ KALIM ÜZERİNE ETKİSİBegüm Avcı¹, Özlem Kazancı¹, Esra Baskın¹, Kaan Gülleroğlu¹, Gökhan Moray², Mehmet Haberal²¹Başkent Üniversitesi Pediatrik Nefroloji, Ankara, Türkiye²Başkent Üniversitesi Genel Cerrahi, Ankara, Türkiye

Giriş: Son dönem böbrek yetmezliğinde çocuklar için en iyi replasman tedavisi renal transplantasyondur. Uzun dönem graft sağ kalım sağlar. Graft sağ kalım birçok faktörden etkilenebilir, transplantasyon yaşı bu faktörlerden birisidir. Ergenlik ve erken erişkinlik döneminde böbrek nakli yapılmış alıcıların diğer yaşlardaki böbrek alıcıları ile karşılaştırıldığında graft sağ kalımının daha kötü olduğu ileri sürülmektedir. Ancak yapılan çalışmalarda bu konuda net bilgiler elde edilememiştir. Adölesan döneminde immunsupresif tedaviye uyumsuzluk graft kaybı riskini artıran en önemli nedenlerden birisidir. Pediatrik takipten erişkin bakıma takibine geçiş, sigorta kurum değişikliği de bu riski artıran nedenlerden olabilir. Bağışıklık sisteminin gelişmesi ve artan büyüme hızı ile ilintili olarak hiperfiltrasyonun zarar görmesi diğer hipotezler arasında yer almaktadır. Biz bu çalışmada, graft kaybı ve renal transplantasyon yaşı arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal-Method: 141 pediatrik renal transplantasyon hastasının verileri dosyadan tarandı (74 erkek, 67 kız). Hastalar, renal transplantasyon yaşına göre; 12 yaşından küçük olanlar çocuk grubu (47 patients), 12 yaşından büyük olanlar adölesan grubu (94 patients) olarak gruplandırıldı. Hastaların demografik verileri, kronik böbrek yetmezliği etyolojileri, donör tipleri, akut rejeksiyon episodları ve graft kaybı dosyalarından kayıt edildi.

Bulgular: Cinsiyet (çocuk grubunda 22 erkek/25 kız ve adölesan grubunda 52 erkek/42 kız) ve ortalama takip süresi (çocuk grubunda 63.70±44.88 ay, adölesan grubunda 64.29±45.23 ay, $p=0.94$) her iki grupta benzer idi. 110 hastaya canlı donörden ve 31 hastaya kadavradan böbrek nakli yapıldı. Çocuk grubundan 19 hastada (%48), adölesan grubundan 15 hastada (%39,5) ciddi enfeksiyon (bakteriyel sepsis, tüberküloz, sitomegalovirus enfeksiyonu, varisella zoster virus enfeksiyonu, polyoma viruse bağlı nefropati, akut pyelonefrit) gelişti. Takip sırasında çocuk grubundan 3 hastada (%7,1), adölesan grubundan 5 hastada (%5,3) Panel reaktif antikor (PRA) pozitif saptandı. takipte çocuk grubundan 16 hastada (%34), adölesan grubundan 29 hastada (%30) akut rejeksiyon episodları gelişti. Donör tipi ve akut rejeksiyon episodları arasında her iki grupta anlamlı fark saptanmadı. 17 hastada (12.1%) takip sırasında graft kaybı gelişti. Bunlardan 15'i (16%) adölesan grupta iken; 2'si (4.3%) çocuk grubunda idi. Graft kaybı adölesan grupta çocuk grubuna göre belirgin yüksek saptandı ($p<0.05$).

Sonuç: Biz bu çalışmada adölesan yaşta graft sağ kalımının çocuk yaş grubuna göre daha kısa olduğunu gösterdik. Bu durum primer hastalık, immün supresif alımındaki uyumsuzluklar gibi çeşitli risk faktörlerine bağlı olabilir. Bu risk faktörleri özellikle adölesan yaş grubunda her hasta için ayrı ayrı ele alınmalı, değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler : Çocuk, renal transplantasyon, transplantasyon yaşı, graft sağ kalım

OP-018

EFFECTS OF RENAL TRANSPLANT AGE ON THE GRAFT FUNCTIONS IN PEDIATRIC TRANSPLANT RECIPIENTSBegüm Avcı¹, Özlem Kazancı¹, Esra Baskın¹, Kaan Gülleroğlu¹, Gökhan Moray², Mehmet Haberal²¹Başkent University Pediatric Nephrology, Ankara, Turkey²Başkent University General Surgery, Ankara, Turkey

Introduction: Renal transplant is the best renal replacement therapy choice for children. It provides a long-term survival. Graft outcome can be affected by many factors. Transplant age is one of these factors. In this study, we aimed to evaluate the relationship between graft loss and age at renal transplant.

Materials and Methods: We retrospectively evaluated the data files from 141 pediatric renal transplant patients (74 boys, 67 girls). Patients were divided into 2 groups according to the age of renal transplant. Patients younger than 12 years-old are considered as children group (47 patients) and older than 12 years-old are considered as adolescent group (94 patients). Demographics of the patients, etiology of chronic renal failure, donor type, acute rejection episodes and graft loss were recorded.

Results: 110 patients received a living-related donor allograft and the remaining 31 patients received the allograft from a deceased donor. Gender (22 boys/25 girls for children group and 52 boys/42 girls for adolescent group) and mean follow-up time (63.70±44.88 months for children group, 64.29±45.23 months for adolescent group, $p=0.94$) of two groups were similar. There was any significant difference for donor type and acute rejection episodes between two groups. 17 patients (12.1%) were lost their graft during follow-up. 15 (16%) of these patients were in adolescent group and the remaining 2 (4.3%) patients in children group. Graft loss was significantly higher in adolescent group ($p<0.05$).

Conclusion: We demonstrated that adolescents has poorer graft outcome. It may be related to different risk factors such as primary disease, immunosuppressive non-adherence. These risk factors must be evaluated for each patient, especially at adolescence ages.

Keywords: Children, renal transplant, transplant age, graft outcome

SS-019

ERİŞKİN RENAL TRANSPLANT ALICILARINDA NAKİL ÖNCESİ PLAZMEFEREZİN FOKAL SEGMENTAL GLOMERULOSKLEROZ NÜKSÜ ÜZERİNE ETKİSİ

Vural Taner Yılmaz¹, Hüseyin Koçak¹, Fevzi Ersoy¹, Gültekin Süleymanlar¹

¹Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Ad, Nefroloji Bd, Prof. Dr. Tuncer Karpuzoglu Organ Nakli Merkezi, Antalya, Türkiye

Giriş: Çalışmamızda erişkin renal transplant alıcılarında nakil öncesi plazmaferezin fokal segmental glomeruloskleroz (FSGS) nüksü üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntemler: Çalışmaya 2001-2015 yılları arasında merkezimizde böbrek nakli yapılan 37 hasta (kadın/erkek (K/E): 10/25) alındı. FSGS tanısı sekonder sebepler dışlandıktan sonra ve biyopsi ile konuldu. Hastalar nakil öncesi plazmaferez yapılan (Grup 1; K/E: 6/16) ve yapılmayanlar (Grup 2; K/E: 4/11) olarak iki grupta incelendi. Plazmaferez 30 ml/kg plazma ile ve ortalama 5 seans (min-max: 2-9) olarak yapıldı. FSGS nüksü ve akut rejeksiyon ataklarının tanısı biyopsi ile konuldu. İmmüno-supresif tedavide tacrolimus+mikofenolik asid (MFA) (grup 1-2; 12/11), siklosporin+MFA (grup 1-2; 5/2), tacrolimus+sirolimus+MFA (grup 1-2: 0/1), siklosporin+everolimus+MFA (grup 1-2: 3/1) ve siklosporin+sirolimus+MFA (grup 1-2: 2/0) prednisolon ile birlikte kullanıldı. İndüksiyon tedavisi açısından gruplar arasında fark yoktu. Ortalama takip süresi 55,5±34,7 ay olarak hesaplandı.

Bulgular: Gruplar arasında FSGS nüks (grup1-2 sırasıyla %9,1- %13,3, p: 0,687), hasta sağkalımı (%100- %90, p: 0,243), greft sağkalımı (1.yıl: %94- %92, 3.yıl: %81- %74, 5.yıl: %73- 37, p: 0,406), akut rejeksiyon oranları (%31,8- %20, p: 0,522), gecikmiş greft fonksiyonu, kronik allograft disfonksiyon (KAD) ve yeni başlangıçlı diyabet oranları açısından fark tespit edilmedi. Ayrıca serum kreatinin, hemoglobin, albümin, proteinüri ve glomerüler filtrasyon hızları benzer bulundu.

Sonuç: Çalışmamızda erişkin renal transplant hastalarda nakil öncesi plazmaferezin FSGS nüksü ve greft-hasta sağkalımı üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler : Renal transplantasyon, fokal segmental glomeruloskleroz, plazmaferez

OP-019

EFFECTS OF PRE-TRANSPLANTATION PLASMAPHERESIS ON RECURRENCE OF FOCAL SEGMENTAL GLOMERULOSCLEROSIS IN ADULT RENAL TRANSPLANT RECIPIENTS

Vural Taner Yılmaz¹, Hüseyin Koçak¹, Fevzi Ersoy¹, Gültekin Süleymanlar¹

¹Akdeniz University Hospital, Department of Internal Medicine, Division of Nephrology, Prof. Dr. Tuncer Karpuzoglu Organ Transplant Center, Antalya, Turkey

Introduction: We aimed to determine the effects of pre-transplantation plasmapheresis on recurrence of Focal Segmental Glomerulosclerosis in adult renal transplant recipients.

Methods: A total of 37 patients (Female: 10, Male: 27) who had undergone renal transplantation in our transplant center between 2001 and 2014 were included the study. The patients were divided into two groups; those who had pre-transplant plasmapheresis were included in Group1 (Female 6, Male 16), and the others were included in Group 2 (Female:4, Male 11). Plasmapheresis was performed with 30 ml/kg plasma and the mean plasmapheresis session of the patients was 5 (Min/Max: 2-9). The recurrence of Focal Segmental Glomerulosclerosis and the acute rejections were diagnosed with biopsy. Tacrolimus+ mycophenolic acid (Group1-2: 12/11), cyclosporin + Mycophenolic acid (Group1-2: 5/2), Tacrolimus+sirolimus+mycophenolic acid (Group 1-2:0/1), cyclosporin + everolimus+mycophenolic acid (Group 1-2: 3/1) and cyclosporin+sirolimus+mycophenolic acid was administered with prednisolone for immunosuppressive therapy. There was no difference between the groups in terms of the induction therapy. The mean follow-up time was 46.5 ± 34.7 months.

Results: There were no differences between the groups in terms of the recurrence of Focal Segmental Glomerulosclerosis (Group 1-2 : 9.1% - 13.3%, respectively, p:0.687), patients survival rates (Group 1-2 : 100% - 90% respectively, p:0.243), graft survival rates (Group 1-2: 1 year 94%- 92%, 3 years 81% - 74.5%, 5 years 73% - 37%, respectively, p:0.406), acute rejection rates (Group 1-2: 31.8% - 20%, respectively, p:0.522), delayed graft function, chronic allograft disfunction and new onset diabetes rates. Also, serum creatine, albumin levels, hemoglobin levels, proteinuria levels and glomerular filtration rates of the groups were similar.

Conclusions: Our results showed that, pre-transplant plasmapheresis had no significant effects on preventing the recurrence of Focal Segmental Glomerulosclerosis and on patient and graft survival rates.

Keywords: Renal transplantation, focal segmental glomerulosclerosis, plasmapheresis

SS-020

YÜKSEK İMMÜNOLOJİK RİSKLİ RENAL TRANSPLANT ALICI ADAYLARINDA DESENSİTİZASYON SONUÇLARIMIZ

Vural Taner Yılmaz¹, Gültekin Süleymanlar¹, Fevzi Ersoy¹, Ramazan Çetinkaya¹, Bülent Aydın¹, Hüseyin Koçak¹

¹Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Ad, Nefroloji Bd, Prof.dr.tuncer Karpuzoğlu Organ Nakli Merkezi, Antalya, Türkiye

²Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Genel Cerrahi Ad, Antalya, Türkiye

Giriş: Çalışmamızda yüksek immünojenik risk grubunda bulunan renal transplant alıcı adaylarına uygulanan desensitizasyon protokolleri ve bunların sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntemler: Çalışmaya 11 hasta dahil edildi. Ortalama yaş 43,7±13,2 ve cinsiyet dağılımı kadın/erkek: 9(%81,8)/ 2 (%18,2). Hastalara ait immünojenik risk faktörü belirteçleri, renal replasman tedavi modaliteleri, kronik böbrek hastalığı etiyolojileri, nakil önce ve sonrasına ait panel reaktif antikor (PRA), lenfosit cross match (LCM), flow cytometrik cross match (T/B lenfosit) sonuçları ve desensitizasyon amacıyla uygulanan tedaviler Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların risk profillerine göre verilen ilaçlar modifiye edilmiştir. Renal transplant yapılan vakaların tamamında tacrolimus 0,15 mg/kg/gün, mikofenolat mofetil 2x1 gr/gün, prednisolon, anti-timosit globulin 9 mg/kg tek doz, intravenöz Immünooglobulin (0,5-2 gr/kg), rituximab 375 mg/m² ve plazmaferez (30-40 ml/kg) tedavileri uygulandı.

Bulgular: Desensitizasyon sonrası 4 vakaya renal transplantasyon yapıldı. 1 vakada akut antikor aracılı rejeksiyon nedeniyle greft kaybı (Tablo'da 8.vaka) gelişti (postoperatif 4.gün). 3 vaka (Tablo'da 6./ 9. ve 11. vakalar) ise fonksiyone greft olarak takip edilmektedir; 6./9./11. vakalarda sırasıyla: son serum kreatinin: 1,2-0,8-0,9 mg/dl, glomerüler filtrasyon hızı: 80,7-95,2- 94,7 ml/dk, takip süresi 39-16-5 ay. Tedaviye yanıt oranlarının oldukça farklı olmasıyla birlikte transfüzyon sayısı PRA, LCM ve flow T/B pozitifliği arasında fark tespit edilmedi. Bununla birlikte gebelik sayısı ile desensitizasyon sonrası PRA Class 1 arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu gösterildi (gebelik sayısı >2 ve 2 ve altı, sırasıyla, %99,5±1, 53,8±40,5, p=0,026).

Sonuç: Desensitizasyon PRA titresi yüksek olmasına rağmen LCM ve Flow yöntemiyle bakılan cross match sonuçları negatif ve/veya 1+ olan hastalarda başarılı olmuş, fakat daha yüksek pozitiflik durumlarında etkili olmamıştır. Yüksek riskli hastalarda başarılı böbrek naklinin yapılabilmesi için daha geniş çaplı ve daha fazla hasta sayısı ile yapılan uzun süreli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler : Desensitizasyon, renal transplantasyon, rituximab, intravenöz immünooglobulin

Tablo 1. Hastaların immünojenik test sonuçları ve desensitizasyon protokolleri

Parametre	1.hasta	2.hasta	3.hasta	4.hasta	5.hasta	6.hasta	7.hasta	8.hasta	9.hasta	10.hasta	11.hasta
PRA Class 1	32-->88	98-->20	0-->100	100-->100	96-->98	88-->90	100--> 100	29-->18	100-->1	46-->60	90-->80
PRA Class 2	0-->60	0-->0	56-->97	10-->60	0-->40	16-->26	80-->70	66-->63	0-->0	0-->90	100/70
LCM pozitiflik	4+-->2+	3+-->2+	1+-->3+	2+-->2+	4+-->2+	1+-->1+	0-->0	1+-->0	0-->0	1+-->2+	4+-->1+
Flow T lenf.	3+-->3+	3+-->3+	1+-->3+	3+-->3+	3+-->2+	0-->0	2+-->2+	1+-->1+	1+-->1+	2+-->3+	4+-->1+
Flow B lenf.	2+-->3+	3+-->3+	1+-->3+	3+-->3+	3+-->2+	0-->1+	2+-->2+	1+-->1+	1+-->1+	2+-->3+	4+-->1+
RRT	HD	HD	HD	HD	Preemptif	HD	HD	PD	HD	HD	HD
IVIg doz (gr)	90	50	55	75	80	35	120	90	120	110	150
Rituximab doz (mg)	600	0	0	675	700	700	650	90	120	110	600
RTx	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Var	Yok	Var	Var	Yok	Var
KBH etiyoloji	Bilinmeyen	SLE	HT	GN	HT	HT	PKD	GN	VUR	HT	HT
Gebelik sayı	0	1	6	3	4	0	3	1	2	2	0
Transfüzyon sayı	4	10	6	7	0	2	4	3	10	6	2
Plazmaferez sayı	7	5	5	5	14	6	5	4	3	7	8

OP-020

RESULTS OF DESENSITISATION IN OUR HIGH IMMUNOLOGIC RISK RENAL TRANSPLANT RECIPIENTS

Vural Taner Yılmaz¹, Gültekin Süleymanlar¹, Fevzi Ersoy¹, Ramazan Çetinkaya¹, Bülent Aydın¹, Hüseyin Koçak¹

¹Akdeniz University Hospital, Department of Internal Medicine, Division of Nephrology, Prof.dr.tuncer Karpuzoglu Organ Transplant Center, Antalya, Turkey

²Akdeniz University Hospital, Department of General Surgery, Antalya, Turkey

Introduction: We aimed to determine the treatment protocols and results of desensitisation in our high immunologic risk renal transplant recipient candidates.

Methods: Eleven patients were included in the study. Mean age of the patients was 43.7±13.2 years and 9 of the patients were female (81.8%). Patients' immunological risk factor indicators, preoperative and postoperative Panel Reactive Antibody, Lymphocyte crossmatch (LCM), flowcytometric crossmatch (T/B lymphocyte) results and the treatment methods used for desensitisation are shown in Table 1. The treatment was modified according to the risk profiles of the patients. In all of the patients who underwent renal transplantation, tacrolimus 0.15 mg/kg/day, mikofenolatmofetil 2x1 gr/day, prednisolone, antithymocyte globulin 9 mg/kg single dose, intravenous Immunoglobulin (0,5-2 gr/kg), rituximab 375 mg/m2 and plasmapheresis (30-40 ml/kg) were administered.

Results: Four patients underwent renal transplantation after desensitisation. Graft loss was observed in 1 patient (Patient 8 in the Table1) after acute antibody mediated rejection on postoperative 4th day. The remaining 3 patients are still in follow-up with functioning grafts (Patients 6, 9 and 11 in the Table1). Serum creatinine levels of the patients 6, 9 and 11 were 1.2, 0.8, 0.9 mg/dl, and glomerular filtration rates were 80.7, 95.2, 94.7 ml/min, and duration of follow-up was 39, 16 and 5 month, respectively. Although, response to the treatment differed, there was no difference in terms of number of transfusion and positivity of PRA, LCM and flow T/B. But, there was a statistical significant difference between the number of pregnancy and the presence of PRA Class 1 after desensitisation (Number of pregnancy >2 and Number of pregnancy ≤ 2, 99.5 ± 1, 53.8 ± 40.5, respectively, p=0.026).

Conclusion: Desensitisation was successful in patients with negative and/or 1+ LCM and flow crossmatch results although PRA titers were high. But it failed in patients with higher crossmatch positivity.

Keywords: Desensitisation, renal transplantation, rituximab, intravenous immunoglobulin

Table 1. Patients' immunological test results and protocols of desensitisation

Parameter	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5	Patient 6	Patient 7	Patient 8	Patient 9	Patient 10	Patient 11
PRA Class 1	32-->88	98-->20	0-->100	100-->100	96-->98	88-->90	100-->100	29-->18	100-->1	46-->60	90-->80
PRA Class 2	0-->60	0-->0	56-->97	10-->60	0-->40	16-->26	80-->70	66-->63	0-->0	0-->90	100-->70
LCM positivity	4+-->2+	3+-->2+	1+-->3+	2+-->2+	4+-->2+	1+-->1+	0-->0	1+-->0	0-->0	1+-->2+	4+-->1+
Flow T lymph.	3+-->3+	3+-->3+	1+-->3+	3+-->3+	3+-->2+	0-->0	2+-->2+	1+-->1+	1+-->1+	2+-->3+	4+-->1+
Flow B lymph.	2+-->3+	3+-->3+	1+-->3+	3+-->3+	3+-->2+	0-->1+	2+-->2+	1+-->1+	1+-->1+	2+-->3+	4+-->1+
RRT	HD	HD	HD	HD	Preemptive	HD	HD	PD	HD	HD	HD
IVIg dose (gr)	90	50	55	75	80	35	120	90	120	110	150
Rituximab dose (mg)	600	0	0	675	700	700	650	90	120	110	600
RTx	No	No	No	No	No	Yes	No	Yes	Yes	No	Yes
CKD etiology	Unknown	SLE	HT	GN	HT	HT	PKD	GN	VUR	HT	HT
Number of pregnancy	0	1	6	3	4	0	3	1	2	2	0
Number of transfusion	4	10	6	7	0	2	4	3	10	6	2
Number of plasmapheresis	7	5	5	5	14	6	5	4	3	7	8

SS-021

SIÇANLARDA OLUŞTURULAN 5/6 NEFROKTOMİ MODELİNDE PLASENTA KAYNAKLI MEZENKİMAL KÖK HÜCRELERİN RENAL FİBROZİS ÜZERİNE POTANSİYEL ETKİLERİ

Gültekin Süleymanlar¹, Ezgi Akan², Büşra Çetinkaya³, Müge Molbay³, Aslı Özmen³, Sadi Köksoy⁴, Emin Türkay Korgun³

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji Ve Embriyoloji Anabilim Dalı

⁴Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Giriş: Kronik böbrek hastalığı(KBH) dünyada ve ülkemizde sık rastlanan önemli bir halk sağlığı sorunudur. KBH'nın temel özelliği olan renal fibrozisin gelişim mekanizması henüz tam olarak bilinmemektedir. Ancak özellikle de hayvan modellerinde birçok hücre ve moleküler etkenlerin rol oynadığı gösterilmiştir. Bu karmaşık mekanizmaların aydınlatılması ile yeni tedavi stratejilerinin geliştirilmesi mümkün olacaktır. Bu bağlamda son yıllarda renal hasarın ve fibrozisin onarılmasında kök hücre çalışmaları umut verici sonuçlar ortaya koymuştur. Bu çalışmada sıçanlarda oluşturulan 5/6 nefrektomi(NTX) modelinde plasental kaynaklı mezenkimal kök hücrelerin (p-MKH) renal fibrozis üzerine olan etkilerinin araştırılması hedeflenmiştir.

Yöntemler: Bu çalışma her biri 6 erkek Wistar sıçandan oluşan 6 grup (1. Sham grubu, 2. 60.NTX, 3. 60+15.NTX, 4. 60+30.NTX, 5. 60.+p-MKH sonrası 15.NTX, 6. 60.+p-MKH sonrası 30.NTX grupları) üzerinde yapılmıştır. Hasta kontrol gruplarında (2.-4.) ve Kök hücre gruplarında (5.-6.) deney süreleri sonunda sakrifiye edilen hayvanların sol böbrekleri uygun koşullarda immünohistokimya, western blotting ve PCR deneyleri için üçe bölündü. Hayvanlar sakrifiye edilmeden önce kan örnekleri ve metabolik kafeste tutularak idrar örnekleri alındı. Kan örneklerinde üre nitrojeni ve kreatin düzeyleri ölçüldü. 5/6 nefrektomi sonucunda gelişen renal fibrozisi değerlendirilmek için immünohistokimyasal boyamalar (ekstrasellüler matriks (ESM) artışı belirlemek için Masson Trikrom, kollajen artışı belirlemek için sirous red boyamaları) ve western blotting çalışmaları (TGF-Beta, Kollajen Tip 1 ve BMP 7 proteinlerinin belirlenmesi) yapıldı. Mezenkimal kök hücrelerin karakterizasyonu flow sitometri yöntemi ile yapıldı. İzole edilen hücreler adiposit, kondrosit ve osteosit hücrelerine yönlendirildi. p-MKH hayvan başına 1 milyon olacak şekilde kuyruk veninden enjekte edildi.

Bulgular: Hasta kontrol gruplarında (2.-4.) artan hastalık süresiyle orantılı olarak ESM ve kollajende artış saptanırken kök hücre gruplarında(5.-6.) ise ESM ve kollajen miktarlarında azalmalar belirlendi. Western blotting çalışmalarında TGF-Beta ve Kollajen Tip I proteinlerinin hasta kontrol gruplarında arttığı, kök hücre gruplarda ise azaldığı belirlendi. BMP 7 protein düzeyinin ise kök hücre gruplarında hasta kontrol gruplarına göre artış gösterdiği saptandı. Serum üre nitrojen düzeyinin MKH gruplarında(5.-6.) azaldığı serum kreatinin düzeyi ise MKH verildikten sonra 30. Gün grubunda(6.) anlamlı olarak azaldığı belirlendi.

Sonuç: Bulgularımız, sıçanlarda oluşturulan renal ablasyon modelinde plasental kaynaklı mezenkimal kök hücrelerin (p-MKH) renal fibrozisi gerilettiği ve renal fonksiyonu iyileştirdiğini ortaya koymuştur. Bu sonuçlar, p-MKH lerin kronik böbrek hastalığında böbrek hasarının onarılmasında ve hastalık progresyonunun yavaşlatılmasında önemli bir tedavi seçeneği olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından TSA-2015-46 nolu proje olarak desteklenmiştir.

Anahtar Kelimeler : Plaseenta kaynaklı mezenkimal kök hücre, renal fibrozis

OP-021

THE RESEARCH OF THE EFFECTS OF PLACENTA-DERIVED MESENCHYMAL STEM CELLS ON FIBROSIS MECHASIMS IN 5/6 NEPHRECTOMY RAT MODEL

Gültekin Süleymanlar¹, Ezgi Akan², Büşra Çetinkaya³, Müge Molbay³, Aslı Özmen³, Sadi Köksoy⁴, Emin Türkay Korgun³

¹Akdeniz University School of Medicine Nephrology

²Akdeniz University School of Medicine Medical Biochemistry

³Akdeniz University School of Medicine Histology and Embryology

⁴Akdeniz University School of Medicine Medical Microbiology

Introduction: Chronic kidney failure is one of the major health problems all over the world. Since kidney has a complicated cellular composition, it is difficult to both understand and cure the kidney diseases. In last decade, stem cell therapies for kidney failure is promising. Many researchers have demonstrate that mesenchymal stem cells (MSC) are effective to recover the damage resulted from kidney failure

Methods: In this study, 5/6 Nephrectomy rat model is treated with placenta-derived mesenchymal stem cells and the effects of these cells on the fibrosis mechanisms in chronic kidney failure model is examined by immunohistochemistry and Western Blot on TGF-Beta, Collagen Type 1 and BMP 7 proteins. Additionally, blood serum Creatinin and urea- nitrogen levels are compared in between the groups. Related with the fibrosis, in order to detect the elevated extracellular matrix (ECM) amount, Masson's Trichrome and to detect elevated collagen amount Sirius' Red staining are performed. Mesenchymal stem cells are characterized with Flow Cytometry and differentiated to adipocytes, chondrocytes and osteocytes.

Results: Masson's Trichrome stainings showed that in 5/6 Nephrectomy group ECM amounts were increased and in the MSC injected group ECM amount were restored back normal. Upon Sirous' Red staining, 5/6 Nephrectomy group's the increased amount of collagen was decreased in MSC injected group. TGF-Beta and Collagen Type I proteins were increased in nephrectomy group in compare to 5/6 Nephrectomy group MSC injected group had smaller amounts of these proteins. BMP 7 protein levels were augmented in MSC injected group in comparison to Nephrectomy group. In Nephrectomy group, serum urea-nitrogen levels were diminished with respect of MSC injected group, yet Creatinin levels were significantly reduced 30 days after MSC injection.

Conclusion: Plaseenta-derived MSCs are younger cells than adult MSCs, therefore, they have many advantages. MSCs could be therapeutically involved in repair of fibrosis resulted from chronic kidney failure.

This study is supported by Akdeniz University Scientific Research Projects as "Project TSA-2015-46".

Keywords: Placenta-derived mesenchymal stem cell, renal fibrosis

SS-022

RENAL HÜCRELİ KARSİNOM VE NEFROLOJİK YAKLAŞIM

Özgür Can¹, Gülizar Manga Şahin¹, Bala Başak Öven Ustaaloğlu², Berkant Sönmez³, Burçak Erkol²

¹Istanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği

²Istanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji

³Istanbul Bezmialem Üniversitesi Tıbbi Onkoloji

Giriş: Renal hücreli karsinomun(RCC) tedavisinde cerrahi ilk sırada yer alır. Parsiyel ve ya total nefrektomi ile erken evrede kür sağlamak mümkündür. Metastatik olgularda interferon, everolimus ve ya tirozin kinaz reseptör inhibitörleri kullanılabilir. Tirozin kinaz reseptör inhibitörlerinin son yıllarda kullanımı artmakta olup yan etki olarak proteinüri ile sıkça karşılaşılır.

Bulgular: Çalışma hastanemiz Tıbbi Onkoloji Polikliniğinde takipli 24 erkek, 6 kadın olmak üzere toplam 30 olgu ile yapılmıştır. Ortalama yaşları 58,86±10,78 yıldır. İlaç alan(Everolimus ve ya TKRI) ve ilaç almayan hasta gruplarında ortalama takip süreleri sırasıyla 23,76±17,72 ve 18,09±11,81 aydır. İki grup karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet, takip süreleri, NSAID- ARB/ACEI kullanımı, nefroloji polikliniği takibinde olma açısından anlamlılık saptanmadı. İlaç alanlarda operasyon öncesi GFR değerleri ilaç almayan hastalara göre anlamlı olarak düşüktü(p: 0.025). İlaç alanlarda operasyon sonrası kontrast kullanan hasta sayısı fazla olmasına rağmen(p:0.027) takipte operasyon öncesi GFR değerleri arasındaki anlamlı fark ortadan kalktı ve güncel GFR değerleri arasında anlamlı sonuç bulunamadı. Güncel tetkiklerde proteinüri saptanan hasta sayısı ilaç alanlarda anlamlı olarak yüksekti(p: 0.011). Sadece TKRI kullanılan dönemde(n:15), tedavi sonrasında öncesine göre GFR'de anlamlı değişiklik yokken, sadece everolimus kullanılan dönemde (n:5) tedavi sonrasında öncesine göre GFR'de anlamlı düşüş gerçekleşmiştir(p: 0.043). Tüm hastalar değerlendirmeye alındığında operasyon sonrası ortalama GFR değerlerinin operasyon öncesine göre anlamlı düşük olduğu saptandı(p: 0.041). Toplamda 7 ölüm gözlenmiştir. Hepsisi ilaç alan gruptaydı. Son ölüm 14. ayda görüldü. Bu aydaki kümülatif sağkalım oranı %72.2 saptandı.

Sonuç: RCC tanılı hastalar nefrektomi sonrası takiplerinde nefrotoksik bir çok ilaç ve uygulamaya maruz kalırlar. Özellikle TKRI kullanan hastalarda proteinüri gelişme ihtimali fazladır.

Anahtar Kelimeler : renal hücreli karsinom, nefrektomi, tirozin kinaz reseptör inhibitörleri, everolimus, proteinüri, böbrek yetmezliği

Tablo. İlaç Alan Hastalarda Klinik ve Laboratuvar

Parametreler	İlaç alan	ilaç almayan	p
Preop GFR	60,98±25,01	85,44±16,26	0.025
Güncel GFR	62,0±28,87	57,07±20,70	NS
Kontrast kullanan hasta sayısı	12	5	0.027
NSAID kullanan hasta sayısı	6	9	NS
RASB / ACEI kullanan hasta sayısı	6	4	NS
Nefroloji takinde olan hasta sayısı	6	8	NS
Strip ile proteinüri(evet)	8	1	0.011

OP-022

RENAL CELL CARCİNOMA AND NEPHROLOGIC APPROACH

Özgür Can¹, Gülizar Manga Şahin¹, Bala Başak Öven Ustaaloğlu², Berkant Sönmez³, Burçak Erkol²

¹Istanbul Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital, Clinics of Nephrology

²Istanbul Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital, Medical Oncology

³Istanbul Bezmialem University, Medical Oncology

Introduction: Surgery can be the first option for the treatment of renal cell carcinoma (RCC). Cure can be achieved at early stages with total or partial nephrectomy. Interferon, everolimus or tyrosine receptor kinase inhibitors (TRKIs) can be used for metastatic disease. Among these, TRKIs are widely used in recent years and proteinuria is detected very frequently.

Results: The study population consists of 24 male and 6 female patients (n: 30) who were followed by medical oncology doctors in our hospital. Patients' average age was 58.86±10.78 years. Follow-up period of patients treated with pills (everolimus or TRKIs) and without pills were 23.76±17.72 and 18.09±11.81 months; respectively. When we compared both groups, no statistically significant results were found between age, gender, follow-up period, NSAID- ARB/ACEI usage and follow-up by nephrologists. Preoperative GFR levels of patients taking pills were statistically lower than patients who did not take pills (p: 0.025). Despite the number of patients with postoperative history of contrast material usage was high in the group taking pills; the previous significant result disappeared finally. Proteinuria was more common in patients taking pills than patients who did not (p: 0.011). GFR change was statistically significant when pre-everolimus and post-everolimus GFR levels were compared (n: 5 patients and p: 0.043). However; there was no statistically significant change of GFR when pre- TRKIs and post- TRKIs GFR levels were compared (n: 15 patients). When preoperative and postoperative GFR levels of all patients were compared, postoperative GFR levels were lower than preoperative GFR levels and the result was statistically significant (p: 0.041). Seven patients died during follow-up period and all were in the pill group. The last death was seen at fourteenth month. At this time, the cumulative survival rate was 72.2 %.

Conclusion: Patients diagnosed with RCC are likely to use many medications and prone to face many procedures. The risk of proteinuria is also high in patients treated with TRKIs.

Keywords: renal cell carcinoma, nephrectomy, tyrosine receptor kinase inhibitors, everolimus, proteinuria, renal insufficiency

Table.

Parameters	Patients with drug usage*	Patients without drug usage	p
Preoperative GFR(ml/min)	60,98±25,01	85,44±16,26	0.025
Actual GFR (ml/min)	62,0±28,87	57,07±20,70	NS
History of contrast usage(n)	12	5	0.027
History of NSAID usage(n)	6	9	NS
History of ARB/ACEI usage(n)	6	4	NS
History of nephrology visit (n)	6	8	NS
Proteinüri adected with strip(n)	8	1	0.011

GFR: glomerular filtration rate; NSAID: Non-steroidal anti-inflammatory agents; ARB/ACEI: angiotension receptor blocker/ angiotension converting enzyme inhibitor. *: tyrosine receptor kinase inhibitors, everolimus.

SS-023

HEMODİYALİZ HASTALARINDA RESİSTİN İLE OKSİDATİF STRES ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI

Osman Yüksekayla¹, Hasan Bilinç², Nurten Aksoy², Mehmet Nuri Turan³

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

²Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

³Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

Amaç: Kronik inflamasyon son dönem böbrek hastalarında gözlenen malnütrisyon-inflamasyon-ateroskleroz sendromunun bir parçasıdır. Aynı zamanda hemodiyalize giren hastalarda oksidatif stres artmaktadır. Yağ dokusundan salgılanan bir adipositokin olan resistin inflamasyon ile ilişkili bulunmuştur. Kronik inflamatuvar hastalıklarda oksidatif stresin arttığı gözlenmiştir. Bu çalışmada, hemodiyaliz hastalarında resistin ile oksidatif stres arasındaki ilişkinin ortaya konması amaçlandı.

Metod: Hemodiyalize giren 79 hasta ve 78 sağlıklı gönüllü olmak üzere toplam 157 birey çalışmaya alındı. Sağlıklı gönüllülerden ve hemodiyalize giren hastalardan hemodiyaliz öncesi ve sonrasında olmak üzere biyokimya tüpüne kan alındı. Resistin düzeyleri ELİSA yöntemi ile çalışıldı. Total oksidant seviye (TOS) ve total antioksidan seviye (TAS) Erel yöntemi ile çalışıldı. Oksidatif stres indeksi (OSİ) total oksidant seviyenin total antioksidan seviyeye bölünmesiyle hesaplandı.

Bulgular: Ortalama yaş hasta grubunda 49.8±14.6, kontrol grubunda 47.7±11.8 idi. Çalışmaya alınan hasta ve kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi açısından anlamlı fark yoktu (Tüm p>0.05). Hasta grubunda hemodiyaliz giriş resistin değeri kontrol grubuna göre daha yüksek saptandı (10.0±3.2 ng/ml'ye karşılık 4.1±1.3 ng/ml, p<0.001). Hemodiyaliz öncesine göre, hemodiyaliz sonrası resistin anlamlı olarak arttı (10.0±3.2ng/ml'ye karşılık 11.3±3.7ng/ml, p<0.001). TOS ortanca değeri hasta grubunda 18.2 µmol H₂O₂ Eqv./L (IQR 14.6-23.4), kontrol grubunda ise 14.0 µmol H₂O₂ Eqv./L (IQR 12.5-8.7) idi (p<0.001). Hemodiyaliz öncesine göre, hemodiyaliz sonrası TOS (ortanca 22.7 µmol H₂O₂ Eqv./L, IQR 20.2-29.1) anlamlı olarak arttı (p<0.001). Hasta grubunda hemodiyaliz giriş TAS ortalaması 1.04±0.19 µmol H₂O₂ Eqv./L, kontrol grubunda 0.56±0.15 µmol H₂O₂ Eqv./L idi (p<0.001). Hemodiyaliz öncesine göre, hemodiyaliz sonrası TAS (0.50±0.14 µmol H₂O₂ Eqv./L) anlamlı olarak azaldı (p<0.001). Hasta grubunda hemodiyaliz giriş OSİ ortanca değeri 1.76 arbitrary unit (IQR 1.32-2.30), kontrol grubunda 2.60 arbitrary unit (IQR 2.0-3.4) olarak saptandı (p<0.001). Hemodiyaliz öncesine göre, hemodiyaliz sonrası OSİ değerleri (ortanca 4.87 arbitrary unit, IQR 3.56-6.60) anlamlı olarak arttı (p<0.001). Kontrol grubunda resistin ile TOS arasında (r:0.261, p:0.021) ve resistin ile OSİ arasında (r=0.276, p=0.015) pozitif korelasyon saptandı. Hemodiyaliz çıkış hasta grubunda resistin ile TOS arasında pozitif korelasyon bulduk (r=0.245, p=0.03).

Sonuç: Hemodiyaliz hasta popülasyonunda resistin ve oksidatif stres parametrelerinde artış gözlenmesi bu parametrelerin kronik inflamasyonla ilişkili olduğunu desteklemektedir. Hemodiyaliz işleminin kendisi de inflamatuvar süreçleri tetikleyerek bu parametreleri etkileyebilmektedir. Ayrıca kontrol grubunda gözlenen resistin ile oksidatif parametreler arasındaki ilişkinin hemodiyaliz öncesi hasta grubunda izlenmemesi üremik ortamda bilinmeyen başka faktörlerin bu ilişkiyi etkilediğini düşündürmüştür. Nitekim hemodiyaliz sonrası üremik ortamın kısmen düzelmesi sonucu resistin ve TOS düzeyleri arasında ilişkinin tekrar ortaya çıkması bu düşüncemizi desteklemiştir. Bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler : Hemodiyaliz, resistin, oksidatif stres

OP-023

THE INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN RESISTIN AND OXIDATIVE STRESS IN HEMODIALYSIS PATIENTS

Osman Yüksekayla¹, Hasan Bilinç², Nurten Aksoy², Mehmet Nuri Turan³

¹Harran University Faculty of Medicine, Department of Internal Medicine, Şanlıurfa, Turkey

²Harran University Faculty of Medicine, Department of Biochemistry, Şanlıurfa, Turkey

³Harran University Faculty of Medicine, Department of Nephrology, Şanlıurfa, Turkey

Objective: Chronic inflammation is a part of the malnutrition-inflammation-atherosclerosis syndrome observed in end stage renal disease patients. Oxidative stress also increases in patients undergoing hemodialysis. Resistin, an adipocytokine secreted from adipose tissue has found to be associated with inflammation. Increased oxidative stress has been observed in chronic inflammatory diseases. In this study, it was aimed to investigate the relationship between resistin and oxidative stress in hemodialysis patients.

Methods: A total of 157 subjects (79 hemodialysis patients, 78 healthy volunteers) were enrolled in this study. Blood samples were collected from healthy volunteers and hemodialysis patients at the beginning and at the end of the hemodialysis session. Resistin levels were measured using an ELISA kit. The levels of total oxidant status (TOS) and total antioxidant capacity (TAC) were studied according to Erel method. Oxidative stress index (OSI) was calculated by dividing TOS to TAC.

Findings: Mean ages of patient group and control group were 49.8±14.6 and 47.7±11.8, respectively. There were no significant differences between the patients and control subjects with respect to age, gender or body mass index (All p>0.05). The levels of resistin in predialysis patient group were higher than control group (10.0±3.2 ng/ml versus 4.1±1.3 ng/ml, p<0.001). The resistin levels significantly increased after the hemodialysis session when compared with predialysis levels (11.3±3.7 ng/ml versus 10.0±3.2 ng/ml, p<0.001). Median TOS level was 18.2 µmol H₂O₂ Eqv./L (IQR 14.6-23.4) in predialysis patient group and 14.0 µmol H₂O₂ Eqv./L (IQR 12.5-18.7) in control group (p<0.001). The TOS levels (median 22.7 µmol H₂O₂ Eqv./L, IQR 20.2-29.1) significantly increased after the hemodialysis session when compared with predialysis levels (p<0.001). Mean TAC levels were 1.04±0.19 µmol H₂O₂ Eqv./L in predialysis patient group and 0.56±0.15 µmol H₂O₂ Eqv./L in control group (p<0.001). The TAC levels (0.50±0.14 µmol H₂O₂ Eqv./L) significantly decreased after the hemodialysis session when compared with predialysis levels (p<0.001). Median OSI levels were detected as 1.76 arbitrary unit (IQR 1.32-2.30) in predialysis patient group and 2.60 arbitrary unit (IQR 2.0-3.4) in control group (p<0.001). The OSI levels (median 4.87 arbitrary unit, IQR 3.56-6.60) significantly increased after the hemodialysis session when compared with predialysis levels (p<0.001). Resistin positively correlated with TOS (r=0.261, p=0.021) and OSI (r=0.276, p=0.015) in control group. We found positive correlation between resistin and TOS in postdialysis patient group (r=0.245, p=0.03).

Conclusion: The increase of resistin and oxidative stress parameters in hemodialysis population supports that these parameters are associated with chronic inflammation. Hemodialysis procedure could affect these parameters via triggering inflammatory processes. In addition, the absence of correlation between resistin and oxidative stress in predialysis patients which was seen in control group has suggested that this relation could be affected by other unknown factors of uremic media. Indeed, re-emergence of the relationship between resistin and TOS levels as a partly result of improvement of uremic media after the hemodialysis has supported our opinion. Further studies are needed in this regard.

Keywords: Hemodialysis, resistin, oxidative stress

SS-024

ÇOCUK NEFROLOJİ DERNEĞİ ATİPİK HEMOLİTİK ÜREMİK SENDROM KAYIT VERİLERİ: ECULİZUMAB İLE TEDAVİ GÖRMÜŞ OLAN HASTALAR VE SONUÇLARI

Esra Baskın, Nur Canpolat, Selçuk Yüksel, Mukaddes Kalyoncu, Alev Yılmaz, Gönül Parmaksız, Engin Melek, Oğuz Söylemezoğlu

Türk atipik Hemolitik Üremik Sendrom Çalışma Grubu

Amaç: Eculizumab kompleman bloke eden ajan olarak atipik hemolitik sendromda kullanımdadır.

Metod: Eculizumab dozu, yan etkileri, doz aralıkları, tedavi süresi, tedavi ve sağkalım ilişkisi incelendi

Sonuç: 146 hastanın, 103'ü (70.5%) (kadın/erkek :58/45) eculizumab tedavisi aldı. Hastaların tanı anında yaş ortalaması 4.7 yıl (IQR:1.2-6.5 yıl) ve median takip süre 2.05 yıldır (IQR:1.1-3.2 yıl). Akut dönemde 80 hastaya renal replasman tedavisi uygulandı. Plazmaferaz, eculizumab öncesi hastaların %84.5'ine uygulandı. Onaltı hasta (%15.5) eculizumab'ı ilk tedavi olarak aldı. Hastaların %82.2 ve %76.3'ünde hematolojik ve renal tam iyileşme sağlandı. Median eculizumab dozu 9 (IQR:4-16.5) ve median eculizumab tedavi süresi 20 haftaydı (IQR:6-40.5). Takip döneminde hastaların sırasıyla %49.5%, %25.2 % ve %28.'u eculizumabı 2, 3 ve 4 hafta aralıklarla aldılar. Bir hastada alerjik reaksiyon gelişti. Akut dönemde 2 hasta kaybedildi. Eculizumab tedavisi alırken hastalarda TMA relapsı gözlenmedi. Takip süresi içinde, eculizumab 52 hastada (%51.5) kesildi. Bu hastaların ikisinde kesildikten 6 hafta sonra relaps gelişti, tedavi tekrar başlandı ve tam iyileşme sağlandı. İlerlemiş Böbrek yetmezliği olan hastaların beşinde (%4.8) tedaviye yanıt alınmadı ve son dönem böbrek yetmezliği gelişti.

Sonuç: Eculizumab çocuklarda aHUS tedavisinde etkin ve iyi tolere edilebilen bir tedavi seçeneğidir. Tedavi endikasyonu ve tedavi süresi ile ilişkili belirsizlikler devam etmektedir.

OP-024

TURKISH ATYPICAL HEMOLYTIC UREMIC SYNDROME REGISTRY: PATIENTS TREATED WITH ECULIZUMAB

Esra Baskın, Nur Canpolat, Selçuk Yüksel, Mukaddes Kalyoncu, Alev Yılmaz, Gönül Parmaksız, Engin Melek, Oğuz Söylemezoğlu

Turkish Atypical Hemolytic Uremic Syndrome Study Group

Objectives: Eculizumab has recently been introduced as a complement blocking therapy. We aimed to analyze characteristics and outcomes of patients treated with eculizumab.

Methods: Eculizumab doses, adverse events, dose intervals, duration of treatment and association between outcome and treatment were investigated.

Results: Out of 146 patients, 103(70.5%) received eculizumab therapy (female/male:58/45). Median age at diagnosis was 4.7 years (IQR:1.2-6.5 years) and median follow up duration was 2.05 years (IQR:1.1-3.2 years). Renal replacement therapy was performed in 80 patients (77.7%) in acute period. Plasma therapy was administered in 84.5% of the patients prior to eculizumab. Sixteen patients (15.5%) received eculizumab as a first line therapy. Complete hematologic and renal remission were achieved in 82.2% and 76.3% of the patients, respectively. Median eculizumab dose was 9(IQR:4-16.5) and the median duration of eculizumab therapy was 20 weeks (IQR:6-40.5). In the follow-up period 49.5%, 25.2 %, 28.3% of the patients received eculizumab every 2, 3 and 4 weeks, respectively. Allergic reaction was observed in one patient. In the acute period two patients died. No patients had a relapse of TMA under regular eculizumab therapy. In the follow-up period eculizumab treatment was discontinued in 52(51.5%) patients. Two of the these patients experienced relapse within 6 weeks of discontinuation, but then immediately resumed treatment and completely recovered. Five patients (4.8%) with severe renal disease did not respond to therapy and progressed to ESRD.

Conclusion: Eculizumab is an effective and well-tolerated therapy for children with aHUS. However, appropriate indications and optimal duration of the treatment remain unclear.

SS-025

HEMODİYALİZ HASTALARINDA KURU AĞIRLIĞIN BELİRLENMESİNDE PLAZMA OZMOLARİTESİ GÜVENİLİR BİR BELİRTEÇ OLARAK KULLANILABİLİR

Ali Borazan¹, Muammer Bilici², Sevil Uygun İlikhan², Fatih Yılmaz³, İbrahim İlker Öz⁴

¹Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Zonguldak, Türkiye

²Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye

³Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, Nefroloji Bölümü, Zonguldak, Türkiye

⁴Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye

Giriş: Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) nedeniyle hemodiyaliz uygulanan hastalarda kuru ağırlık, hastanın diyaliz sonrası normohidrate olduğu ağırlık olarak tanımlanabilir. Kuru ağırlık, fizik muayenede hipervolemi bulgularının olmaması ve laboratuvar tetkikleri kullanılarak belirlenmeye çalışılmaktadır. Bu amaçla kan volüm monitörü, inferior vena cava çapının ölçümü ve biyoimpedans uygulamaları gibi yardımcı yöntemlerde kullanılmaktadır. Bu yöntemlerin avantaj ve dezavantajları vardır. Bununla birlikte klinik pratikte bu indirekt yöntemlerin uygulanabilirliği zorluklar taşımaktadır. Biz bu çalışmada hemodiyaliz hastalarında hedeflenen kuru ağırlık değerlendirilmesinde ölçülen/hesaplanan plazma ozmolarite değerlerinin etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: SDBY nedeniyle hemodiyalize (HD) giren 112 hasta çalışmaya alındı. Hastalar klinik, biyokimyasal ve radyolojik bulgulara göre hipervolemik ve normovolemik olarak gruplandırıldı (Tablo 1). Hemodiyaliz öncesi ve sonrası ölçülen/hesaplanan plazma ozmolaritesi kaydedildi. Plazma ozmolaritesi, kan örneğinde ölçülen serum Na, BUN, glukoz düzeyleri kullanılarak; $1,86 \text{ Na} + (\text{Glukoz}/18) + (\text{BUN}/2,8)$ formülü ile hesaplandı. Ölçülen plazma ozmolaritesi; kan gazı cihazında " (ABL800 FLEX; Radiometer Medical ApS, Bronshøj, Denmark) cihazı ile çalışıldı. Tüm hastalarda volüm yükü ile ölçülen/hesaplanan plazma ozmolarite değerleri arasındaki ilişki değerlendirildi. HD girişinde sistolik kan basıncı 140 mmHg ve/veya diastolik kan basıncı 90 mmHg üstünde olan ve/veya kardiyotorasik oran > %48 olanlar hipervolemik, HD girişinde sistolik kan basıncı 140 mmHg ve/veya diastolik kan basıncı 90 mmHg altında olan ve/veya kardiyotorasik oran (KTO) < %48 olanlar normovolemik olarak değerlendirildi. KTO rutin P-A akciğer grafisinden hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 112 (52 erkek ve 60 kadın) hastadan 86'sı normovolemik (yaş ortalaması $59,4 \pm 13,1$) ve 26'sı hipervolemik (yaş ortalaması $64 \pm 14,2$) olmak üzere gruplara ayrıldı. Hasta grupları arasında yaş ve cinsiyete göre fark yoktu (sırasıyla $p=0,984$ ve $p=0,847$). Hemodiyaliz öncesi ve sonrası ölçülen plazma ozmolaritesi ile hesaplanan plazma ozmolaritesi arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Hastalar, normovolemik ve hipervolemik olmak üzere gruplandırıldığında hesaplanan/ölçülen plazma ozmolariteleri arasında diyaliz öncesi ve sonrası değerleri arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Hemodiyaliz hastalarında kuru ağırlığın belirlenmesinde hemodiyaliz öncesi hesaplanan ve ölçülen plazma ozmolaritesinin 278 mOsm/L üzerinde spesifitesi %93, sensitivitesi %92, pozitif prediktif değeri %80, negatif prediktif değeri %97, testin geçerliliği %93 olarak bulundu.

Sonuç: Hemodiyaliz hastalarında kuru ağırlığın belirlenmesinde plazma ozmolaritesi güvenilir ve pratik bir yöntem olarak görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, kuru ağırlık, plazma ozmolaritesi

Tablo 1. Hemodiyaliz hastalarının demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

	Normovolemik n=86	Hipervolemik n=26	p-değeri
Yaş (yıl)	59,4±13,1	64±14,2	0,984
Cinsiyet (Kadın/Erkek)	46/40	14/12	0,847
HD öncesi Ağırlık (kg)	68,5±12,2	74,9±13,6	0,664
HD sonrası Ağırlık (kg)	66,1±11,8	71,6±12,9	0,586
HD süresi (ay)	36,8±24	30,6±18	0,880
KTO (%)	44±3	54,8±4,6	0,026
Ultrafiltrasyon miktarı (litre)	2,4±0,4	3,3±0,7	0,046
HD öncesi Ölçülen Plazma Osmolaritesi (mOsm/L)	282,9±9,5	272,4±11,6	0,032
HD sonrası Ölçülen Plazma Osmolaritesi (mOsm/L)	284,6±9,1	274,4±12,4	0,036
HD öncesi Hesaplanan Plazma Osmolaritesi (mOsm/L)	286,8±10,4	275,0±11,5	0,012
HD sonrası Hesaplanan Plazma Osmolaritesi (mOsm/L)	278,1±9,4	269,5±13,2	0,041

OP-025

PLASMA OSMOLARITY CAN BE USED AS A RELIABLE MARKER TO DETERMINE THE DRY WEIGHT IN HEMODIALYSIS PATIENTS

Ali Borazan¹, Muammer Bilici², Sevil Uygun İlikhan², Fatih Yılmaz³, İbrahim İlker Öz⁴

¹Bülent Ecevit University School of Medicine, Department of Nephrology, Zonguldak, Turkey

²Bülent Ecevit University School of Medicine, Department of Internal Medicine, Zonguldak, Turkey

³Zonguldak Atatürk Government Hospital, Department of Nephrology, Zonguldak, Turkey

⁴Bülent Ecevit University School of Medicine, Department of Radiology, Zonguldak, Turkey

Background : Dry weight may be defined as the normohydrated weight of end stage renal disease (ESRD) patients after dialysis. Classically in clinical practice dry weight is determined as the lowest post-dialysis weight without peripheral and pulmonary edema findings and with no development of hypotension symptoms in the patients. With this aim, methods such as cardiothoracic ratio (CTR) and vena cava inferior diameter on PA-lung radiographs showing no hypervolemia have been used. Additionally studies have been completed on indirect (relative blood volume monitoring, bioimpedance, chest USI for pulmonary congestion) methods to determine body water in patients. There are advantages and disadvantages of these methods. Additionally the applicability of these indirect methods involves some difficulties in clinical practice. The aim of the study is to determine the efficacy of measured/calculated plasma osmolarity values to evaluate dry weight in hemodialysis patients.

Material and methods: The study included 112 patients who had begun hemodialysis for end stage renal disease. The patients were classified as hypervolemic and normovolemic based on clinical, biochemical and radiologic findings (Table 1). Normovolemic was defined as no clinical findings of hypervolemia, systolic blood pressure below 140 mmHg and diastolic blood pressure below 90 mmHg on entry to HD and CTR below 48%. The CTR was calculated from routine P-A lung radiographs. The measured/calculated plasma osmolarity values were recorded before and after hemodialysis. Plasma osmolarity was calculated with the formula $1.86 \text{ Na} + (\text{Glu}/18) + (\text{BUN}/2.8)$ using serum Na, BUN and glucose levels measured in blood samples. Measured plasma osmolarity was studied with a blood gas device (ABL800 FLEX; Radiometer Medical ApS, Bronshøj, Denmark). For all patients the correlation between volume load and measured/calculated plasma osmolarity values was assessed.

Results: The 112 (52 male and 60 female) patients included in the study were divided into two groups with 86 normovolemic (mean age 59.4 ± 13.1) and 26 hypervolemic (mean age 64 ± 14.2). There was no difference between the patient groups in terms of age and sex ($p=0.984$ and $p=0.847$, respectively). There was no significant difference found between the measured plasma osmolarity and calculated plasma osmolarity before and after hemodialysis ($p>0.05$). There was a significant difference found among groups in terms of measured plasma osmolarity and calculated plasma osmolarity pre and post HD ($p<0.05$). For determination of dry weight in hemodialysis patients, the calculated and measured plasma osmolarity before hemodialysis above 278 mOsm/L had specificity of 93%, sensitivity of 92%, positive predictive value of 80%, negative predictive value of 97% with a 93% confidence interval..

Conclusion: Plasma osmolarity appears to be a reliable and practical method to determine dry weight in hemodialysis patients.

Keywords: Hemodialysis, dry weight, plasma osmolarity.

Table 1. Baseline Characteristics in Groups

	Normovolemic n=86	Hypervolemic n=26	P value
Age (years)	59,4±13,1	64±14,2	0,984
Sex (Female/Male)	46/40	14/12	0,847
Weight before HD (kg)	68,5±12,2	74,9±13,6	0,664
Weight after HD (kg)	66,1±11,8	71,6±12,9	0,586
Hemodialysis duration (months)	36,8±24	30,6±18	0,880
CTR (%)	44±3	54,8±4,6	0,026
UF amount (ml)	2,4±0,4	3,3±0,7	0,046
Plasma Osmolarity measured before HD (mOsm/L)	282,9±9,5	272,4±11,6	0,032
Plasma Osmolarity measured after HD (mOsm/L)	284,6±9,1	274,4±12,4	0,036
Plasma Osmolarity calculated before HD (mOsm/L)	286,8±10,4	275,0±11,5	0,012
Plasma Osmolarity calculated after HD (mOsm/L)	278,1±9,4	269,5±13,2	0,041

HD: Hemodialysis, CTR: cardio-thoracic ratio, UF: ultrafiltration.

SS-026

KRONİK HEMODİYALİZ HASTALARINDA ESER ELEMENT VE AĞIR METAL DÜZEYLERİ İLE KORONER ARTER KALSİFİKASYONU ARASINDAKİ İLİŞKİ

Meriç Oruç¹, Selda Mercan², Selim Bakan³, Barış İkitimur⁴, Serkan Feyyaz Yalın¹, Rezzan Ataman¹, Meltem Pekpak¹, Nurhan Seyahi¹, Mehmet Rıza Altıparmak¹, Sinan Trabulus¹

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü

³İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

⁴İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

Giriş: Kardiyovasküler hastalıklar, kronik böbrek hastalarının majör ölüm nedenidir. Hem ateroskleroz hem de üremik hastalardaki vasküler düz kas hücrelerinin osteoblast benzeri hücrelere dönüşerek vasküler kalsifikasyona yol açması bu süreci hızlandırmaktadır. Eser elementler ve ağır metaller erişkinlerde vücutta total vücut ağırlığının % 0,01'inden az bulunan minerallerdir. Kronik hemodiyaliz hastalarında bu mineraller sağlıklı insanlara göre eksik veya toksik olabilir. Bu çalışmanın amacı kronik hemodiyaliz hastalarındaki eser element ve ağır metal düzeylerini ölçmek, kontrol grubu ile karşılaştırmak ve bu düzeylerin koroner arter kalsifikasyonu (KAK) ile ilişkisi incelemektir.

Metod: Çalışmaya haftada 3 kez 6 aydan daha uzun süredir girmekte olan 39 kronik hemodiyaliz hastası ve 35 yaş, cinsiyet uyumlu sağlıklı kişi alındı. Kronik hemodiyaliz hastalarının dışlanmakriterleri olarak aktif enfeksiyonu olması, aktif inflamatuvar hastalığı olması, serum albumin düzeyinin 3,5 g/dl'nin altında olması, daha öncesinde stent ve/veya koroner by-pass greft operasyon öyküsü olması, bilinen atrial fibrilasyonu olması, son 5 yıl içinde kanser öyküsü olması olarak belirlendi. Tüm vakalar için antibiyotik, kortikosteroid, anti-inflamatuvar ilaç, sitotoksik ilaç ve/veya çalışılan elementlerle ilgili ilaç kullanan kişiler çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların demografik (yaş, cinsiyet), klinik (boy, kilo, son 3 aylık her seans prediyaliz sistolik ve diyastolik tansiyon ortalamaları) dosyasından kaydedildi. Hastaların son 3 ay içerisinde çalışılmış olan rutin kan tahlilleri kalsiyum, fosfor, paratormon, LDL (düşük yoğunluklu lipoprotein) dosyalarından kaydedildi ve ortalamaları alındı. Çalışmaya katılan tüm vakaların hafta ortası seansından önce kanları EDTA'lı tüpe alındı ve -20 derecede saklandı. Çalışma sonunda indüktif eşleşmiş plazma-kütle spektrometrisi (ICP-MS) yöntemiyle eser element /ağır metal (lityum, magnezyum, manganez, bakır, çinko, selenyum, stronsiyum, alüminyum, arsenik, kadmiyum, kobalt, platinyum, civa, talyum, kurşun, uranyum) düzeyleri ölçüldü. Çalışmaya katılan hastaların KAK skoru multi-detektör bilgisayarlı tomografi cihazı ile Agatston metoduna göre verilerini bilmeyen tek bir radyolog tarafından objektif olarak hesaplandı.

Bulgular: Hemodiyaliz grubunun ortalama yaşı 45,87 ± 10,06 yıl, % 64,10'u erkekti. Hemodiyaliz hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı olarak lityum, magnezyum, alüminyum, nikel, stronsiyum, kadmiyum, kalay, platinyum, kurşun ve talyum yüksek saptandı, selenyum ve uranyum ise düşük saptandı. Hemodiyaliz grubundaki hastaların KAK skoru ortalaması 347,67 ± 822,35 (aralık 0-4224, median: 29,6) idi. Hemodiyaliz hastaları KAK skoru median değerinden daha yüksek ve düşük olarak iki gruba ayrıldığında koroner arter kalsifikasyon skoru yüksek olan grupta kadmiyum düzeyinin anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü (ortalama 1,207 ± 0,830; 0,737 ± 0,284; P= 0,044), diğer eser element ve ağır metal düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmadı. Koroner arter kalsifikasyon skoru ile eser element ve ağır metal düzeyleri arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (selenyum için r=-303, P=0,061)

Sonuç: Kronik hemodiyaliz hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre bazı eser element ve ağır metal düzeylerinde eksiklik veya fazlalık görülmektedir. Özellikle kadmiyum düzeyinin koroner arter kalsifikasyon skoru yüksek olan hastalarda daha fazla biriktiği görüldü. Bu değişikliklerin kronik hemodiyaliz hastalarında koroner kalsifikasyona etkisi olup olmadığının gösterilebilmesi için daha fazla vaka sayılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler : Eser element, ağır metal, hemodiyaliz, koroner arter kalsifikasyonu

Tablo 1. Kronik hemodiyaliz hastalarının demografik verilerinin, klinik bulgularının, eser element ve ağır metal düzeylerinin kontrol grubu ile karşılaştırılması

	Hemodiyaliz Grubu (n=39)	Kontrol Grubu (n=35)	P
Yaş (yıl)	45,87 ± 10,06	44,94 ± 8,85	AD
Erkek cinsiyet (n,%)	64,10	65,71	AD
BKİ (kg/m ²)	24,60 ± 4,52	26,19 ± 2,94	AD
SKB (mmHg)	131,67 ± 18,16	118,20 ± 13,63	0,001
DKB (mmHg)	77,67 ± 9,45	72,26 ± 9,77	0,019
Kalsiyum (mg/dl)	8,70 ± 0,55	9,17 ± 0,34	0,000
Fosfor (mg/dl)	5,07 ± 1,07	3,47 ± 0,38	0,000
ALP (U/L)	187,66 ± 242,05	65,54 ± 18,94	0,003
PTH (pg/ml)	693,05 ± 736,06	49,50 ± 20,03	0,000
25-OH VitD (ng/ml)	14,50 ± 10,10	25,54 ± 14,14	0,000
LDL Kolesterol (mg/dl)	103,00 ± 39,23	129,91 ± 29,48	0,004
Lityum (ng/ml)	4,272 ± 2,263	1,163 ± 1,101	0,000
Magnezyum (ng/ml)	17116,410 ± 2293,453	15836,857 ± 1526,200	0,006
Alüminyum (ng/ml)	53,632 ± 23,112	43,560 ± 9,767	0,016
Manganez (ng/ml)	14,601 ± 4,544	12,698 ± 15,218	AD
Kobalt (ng/ml)	0,901 ± 0,905	0,585 ± 0,352	AD
Nikel (ng/ml)	8,595 ± 3,581	3,121 ± 1,717	0,000
Bakır (ng/ml)	748,735 ± 117,777	724,242 ± 89,855	AD
Çinko (ng/ml)	3625,435 ± 639,871	3753,714 ± 552,221	AD
Arsenik (ng/ml)	6,485 ± 3,944	6,044 ± 2,059	AD
Selenyum (ng/ml)	116,604 ± 21,454	154,60 ± 22,990	0,000
Stronsiyum (ng/ml)	30,630 ± 4,860	21,446 ± 5,956	0,000
Kadmiyum (ng/ml)	1,023 ± 0,588	0,711 ± 0,729	0,045
Kalay (ng/ml)	1,605 ± 1,377	0,575 ± 0,344	0,000
Platinyum (ng/ml)	0,005 ± 0,005	0,001 ± 0,001	0,000
Civa (ng/ml)	0,151 ± 0,289	0,063 ± 0,088	AD
Talyum (ng/ml)	0,015 ± 0,012	0,011 ± 0,005	0,032
Kurşun (ng/dl)	71,286 ± 21,405	14,410 ± 7,428	0,000
Uranyum (ng/dl)	0,016 ± 0,046	0,198 ± 0,356	0,005

OP-026

THE CORRELATION OF TRACE ELEMENTS AND HEAVY METALS WITH CORONARY ARTERY CALCIFICATION IN MAINTENANCE HEMODIALYSIS PATIENTS

Meriç Oruç¹, Selda Mercan², Selim Bakan³, Barış İkitimur⁴, Serkan Feyyaz Yalın¹, Rezzan Ataman¹, Meltem Pekpak¹, Nurhan Seyahi¹, Mehmet Rıza Altıparmak¹, Sinan Trabulus¹

¹Istanbul University Cerrahpaşa Medical Faculty Department of Nephrology

²Istanbul University Institute of Forensic Sciences

³Istanbul University Cerrahpaşa Medical Faculty Department of Radiology

⁴Istanbul University Cerrahpaşa Medical Faculty Department of Cardiology

Background: Cardiovascular disease (CVD) carries a major risk of mortality in hemodialysis patients. Trace element and heavy metal levels are under %0,01 of total body weight. Hemodialysis patients are at risk for deficiency of essential trace elements and excess of toxic heavy metals, both of which can affect health. We conducted a study to measure the levels of trace elements and heavy metals of chronic hemodialysis patients, compare them with healthy controls and assess the influence of trace elements and heavy metals on calcification of coronary arteries.

Methods: Thirty-nine hemodialysis patients dialyzed three times a week more than six months and 35 age- and sex-matched healthy individuals were included in the study. Exclusion criteria were having active infection, active inflammatory disease, serum albumin < 3,5 g/dl, coronary stent and/or by-pass operation, atrial fibrillation, cancer. None of the subjects received antibiotics, corticosteroids, antiinflammatory drugs, cytotoxic drugs, medications including trace elements and/or heavy metals during the study period. Demographic (age, gender), clinical (height, weight, last mean 3-month predialysis systolic and diastolic blood pressures) data were collected from patient files. Also last 3-month laboratory data (calcium, phosphorus, parathormon, LDL cholesterol) collected from patient files calculated mean values. Samples of the blood for trace elements and heavy metals were collected into tubes with EDTA and stored at -20°C until assayed. At the end of the study they were measured by inductive coupled plasma mass-spectrometry (ICPMS). Coronary artery calcification was assessed by multi-detector computed tomography and evaluated by the same person from radiology department.

Results: The serum levels of selenium and uranium were lower; levels of lithium, magnesium, aluminium, nickel, strontium, cadmium, tin, platinum, lead ve thallium were higher in hemodialysis patients compared to controls. The median value of coronary artery calcification score was 347,67 ± 822,35 (range 0-4224, median: 29,6). The level of cadmium was found statistically higher in the patients with high coronary artery calcification scores (>median value) compared to the patients with low coronary artery calcification scores (< median value). However we did not find any significance in correlations between CAC scores and trace element/heavy metal levels (for selenium r=-0,303, P=0,061).

Conclusion: The levels of trace elements are altered by chronic hemodialysis. Especially cadmium was found higher in patients with high CAC scores. We believe that studies with more subjects will give information to us about this association.

Keywords: Trace elements, heavy metals, hemodialysis, coronary artery calcification

Table 1. Comparison of demographic characteristics, clinical findings, trace element and heavy metal levels between chronic hemodialysis patients and controls

	Hemodialysis Group (n=39)	Controls (n=35)	P
Age (year)	45,87 ± 10,06	44,94 ± 8,85	NS
Male (n, %)	64,10	65,71	NS
BMI (kg/m ²)	24,60 ± 4,52	26,19 ± 2,94	NS
SBP (mmHg)	131,67 ± 18,16	118,20 ± 13,63	0,001
DBP (mmHg)	77,67 ± 9,45	72,26 ± 9,77	0,019
Calcium (mg/dl)	8,70 ± 0,55	9,17 ± 0,34	0,000
Phosphorus (mg/dl)	5,07 ± 1,07	3,47 ± 0,38	0,000
ALP (U/L)	187,66 ± 242,05	65,54 ± 18,94	0,003
PTH (pg/ml)	693,05 ± 736,06	49,50 ± 20,03	0,000
25-OH VitD (ng/ml)	14,50 ± 10,10	25,54 ± 14,14	0,000
LDL Cholesterol (mg/dl)	103,00 ± 39,23	129,91 ± 29,48	0,004
Lithium (ng/ml)	4,272 ± 2,263	1,163 ± 1,101	0,000
Magnesium (ng/ml)	17116,410 ± 2293,453	15836,857 ± 1526,200	0,006
Aluminium (ng/ml)	53,632 ± 23,112	43,560 ± 9,767	0,016
Manganese (ng/ml)	14,601 ± 4,544	12,698 ± 15,218	NS
Cobalt (ng/ml)	0,901 ± 0,905	0,585 ± 0,352	NS
Nickel (ng/ml)	8,595 ± 3,581	3,121 ± 1,717	0,000
Copper (ng/ml)	748,735 ± 117,777	724,242 ± 89,855	NS
Zinc (ng/ml)	3625,435 ± 639,871	3753,714 ± 552,221	NS
Arsenic (ng/ml)	6,485 ± 3,944	6,044 ± 2,059	NS
Selenium (ng/ml)	116,604 ± 21,454	154,60 ± 22,990	0,000
Strontium (ng/ml)	30,630 ± 4,860	21,446 ± 5,956	0,000
Cadmium (ng/ml)	1,023 ± 0,588	0,711 ± 0,729	0,045
Tin (ng/ml)	1,605 ± 1,377	0,575 ± 0,344	0,000
Platinum (ng/ml)	0,005 ± 0,005	0,001 ± 0,001	0,000
Mercury (ng/ml)	0,151 ± 0,289	0,063 ± 0,088	NS
Thallium (ng/ml)	0,015 ± 0,012	0,011 ± 0,005	0,032
Lead (ng/ml)	71,286 ± 21,405	14,410 ± 7,428	0,000
Uranium (ng/ml)	0,016 ± 0,046	0,198 ± 0,356	0,005

SS-027

KATETER ÇIKIŞ YERİ ENFEKSİYONU OLAN PERİTON DİYALİZ HASTALARINDA SUBKUTAN GENTAMİSİN ENJEKSİYONU UYGULAMASI

Oguzhan Sıtkı Dizdar¹, Özerhan Özer¹, Kübra Esmeray¹, Ali İhsan Günel²

¹Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

²Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği Nefroloji Bölümü

Giriş: Periton diyalizinin en sık ve en ciddi komplikasyonlarından bir tanesi kateter çıkış yeri enfeksiyonlarıdır. Ancak, mevcut lokal ve sistemik tedavi yöntemlerinin hem başarı oranı düşük hem de rekürrens ve inatçı peritonit gibi daha ciddi enfeksiyonların gelişim riski oldukça yüksektir. Bu nedenle yeni tedavi rejimlerinin geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Çalışmamızın amacı; kateter etrafına subkutanöz gentamisin uygulamasının kateter çıkış yerienfeksiyonlarının (KÇYE) tedavisindeki rolünü ve etkinliğini değerlendirmektir. Çalışmamız literatürde ilk kez yapılan ve yenilikçi bir tedavi yöntemi olan subkutanöz gentamisin tedavisinin etkilerini araştırmaktadır.

Yöntemler: Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesinde takipte olan periton diyaliz hastalarından KÇYE gelişen hastalar üzerinde pilot bir çalışma planlandı. KÇYE kateter etrafında pürülan akıntı olması, eritem olması ve kateter çıkış yeri sürüntüsünde pozitif bakteri kültür üremesi olması şeklinde tanımlandı. KÇYE tedavisi oral siprofloksasin veya sodyum fusidattan oluşan sistemik antibiyotik tedavisine ilave olarak en az 14 gün boyunca kateter çıkış yeri etrafına günlük subkutanöz gentamisin enjeksiyonu uygulaması şeklinde yapıldı.

Bulgular: İki yıllık zaman dilimi içerisinde 13 hastanın KÇYE tedavisinde kateter etrafına subkutanöz gentamisin uygulaması yapıldı. On iki hastada rekürrens ve takip eden peritonit olmaksızın mutlak tedavi sağlandı. Bu hastaların tedavi sonrası ortalama takip süreleri 12 ay (8-24 ay) idi. Subkutanöz gentamisin enjeksiyonu ile tedavi sağlanamayan bir hastada ise eşlik eden peritonit ve dirençli mikroorganizmalar mevcuttu. Hiçbir hastanın kültür üremesinde gentamisin direnci yoktu. Hiçbir hastada gentamisin ilişkili yan etki görülmedi.

Sonuç: KÇYE tedavisinde sistemik antibiyotiklere ilave olarak kateter etrafına subkutanöz gentamisin enjeksiyonu uygulaması güvenli ve etkili bir tedavi yöntemi olarak görülmektedir. Literatürde ilk kez uygulanan bu tedavi yöntemi ile periton diyaliz hastalarında istenmeyen katater çekilmesi veya hemodiyalize geçiş gibi olumsuz sonuçlar önenebilir. Bu tedavinin KÇYE tedavisinde yaygın kullanıma girebilmesi için ilave randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Periton diyalizi, kateter çıkış yeri enfeksiyonu, subkutan, gentamisin

OP-027

SUBCUTANEOUS GENTAMICIN INJECTION INTO PERICATHETERAL AREA IN TREATMENT OF PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS WITH EXIT SITE INFECTION

Oguzhan Sıtkı Dizdar¹, Özerhan Özer¹, Kübra Esmeray¹, Ali İhsan Günel²

¹Kayseri Training and Research Hospital Internal Medicine Department

²Kayseri Training and Research Hospital Internal Medicine Department Division of Nephrology

Introduction: One of the most common and severe complications of the peritoneal dialysis (PD) is the infection of the exit site of the peritoneal catheter. The aim of the present study was to evaluate the efficacy of subcutaneous gentamicin injection into pericatheteral area as a part of routine treatment of the exit site infection (ESI).

Methods: Exit-site infection was defined as the presence of purulent discharge, erythema, and positive bacterial culture from the exit site. In case of ESI, systemic antibiotic treatment with oral ciprofloxacin or sodium fucidate monotherapy in combination with daily subcutaneous gentamicin injection into pericatheteral area was given for at least 14 days.

Results: Subcutaneous gentamicin injection into pericatheteral area was performed in 13 patients for the treatment of ESI over a 2-year period. The median follow-up time in cured patients was 12 month (range 8-24). Twelve of 13 patients had an apparent cure of their ESI, with no recurrence or subsequent peritonitis. There was no patient had a gentamicin-resistant species. Subcutaneous gentamicin related adverse effect was not observed in any patient.

Conclusion: Subcutaneous gentamicin injection into pericatheteral area for treating ESI is a well-tolerated and effective strategy. To gain widespread approval of this therapy and reach a consensus about ESI management, additional studies are needed.

Keywords: Peritoneal dialysis, catheter exit site infection, subcutaneous, gentamicin

SS-028

PERİTON DİYALİZ HASTALARINDA 47-AYLIK TEDAVİDEN AYRILMA VE MORTALİTE HIZININ DİYALİZAT VE PLAZMA NTTPROBNP TARAFINDAN TAHMİN EDİLMESİ

Şüleyman Köz¹, İdris Şahin², Mansur Kayataş¹, Sema Tulay Köz³

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

³Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı

Giriş: Plazma N-terminal probrain natriüretik peptid (P-NTproBNP) düzeyi, periton diyaliz (PD) hastalarında mortalite hızının tahmin edilmesinde yararlı bir belirteçtir. Fakat atık diyalizat NTproBNP düzeyinin (D-NTproBNP) mortalite ve tedaviden ayrılma durumunu tahmin etmedeki değeri henüz bilinmiyor. Amacımız, PD hastalarında P-NTproBNP ve D-NTproBNP düzeylerinin mortalite ve tedaviden ayrılma hızının tahmin edilmesindeki yerini araştırmaktır.

Yöntemler: Kısaca, 44 sürekli ayaktan PD hastasının uzun gece değişimlerinden sonra, eşzamanlı P-NTproBNP ve D-NTproBNP tayinleri yapıldı. Hastalar yaklaşık olarak 47 ay izlendi. Ölen veya hemodiyalize transfer edilen hastalar tedaviden ayrılma (dropout) olarak değerlendirildi. Bu çalışma, İnönü Üniversitesi tarafından sağlanan bütçe ile gerçekleştirilmiştir (INUBAP, Proje No: 2012/97). İstatistiksel analizler, SPSS version 17 (SPSS Inc. Released 2008. SPSS Statistics for Windows, Version 17.0. SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket yazılımı kullanılarak yapıldı. Standart tanımlayıcı veriler uygun yerlerde verildi. Kaplan-Meier analizleri, lojistik regresyon analizleri ve Mann Whitney U testi uygun durumlarda kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak alındı.

Sonuçlar: İzlem süresi içinde (-47 ay) 44 hastanın dokuzu öldü (%20.5); ölüm hızı kadınlarda %16 (dört ölüm), erkeklerde %26.3 (beş ölüm) olarak gerçekleşti. Ölen dokuz kişinin üçü yüksek geçirgen, dördü yüksek-orta geçirgen, iki tanesi de düşük orta geçirgen membran özelliklerine sahipti. Ölen hastaların dördü (ölümlerin %44.4'ü) diyabetik idi. Ölen hasta grubu daha yaşlı ve PD süreleri daha uzundu; P-NTproBNP ve D-NTproBNP düzeyleri daha yüksek idi. P-NTproBNP ve D-NTproBNP üç eşit parçaya bölündüğünde, altı diyabetik hastanın altısının da orta ve yüksek P-NTproBNP ve D-NTproBNP dilimlerinde olduğu görüldü (en düşük üçte birlik dilimde diyabetik hasta yoktu). D-NTproBNP %60'lık persantilinde (D-NTproBNP<1130 pg/ml) sadece bir hastanın öldüğü görüldü; benzer şekilde, P-NTproBNP'nin %55'lik persantilinde (D-NTproBNP<4776 pg/ml) sadece bir ölüm vakası vardı (Tablo 1, Tablo 2 ve Figür 1). Kırk yedi ayda 14 dropout görüldü (dokuz ölüm ve beş hemodiyalize transfer). Yaklaşık dört yılda, yedi erkek (%37), yedi kadın (%28), altı diyabetik hastanın beşi (%83), sekiz yüksek geçirgen zar özelliğine sahip hastanın beşi (%62.5; beş hastanın üçü aynı zamanda diyabetik idi), yüksek orta geçirgen özellikli 21 hastanın yedisi (%33) ve düşük orta geçirgen özellikli hastanın ikisinde (%13) tedaviden ayrılma (dropout) durumu oluştu. Tedaviden ayrılan grupta P-NTproBNP [12.5 (27) karşı 2.2 (6.3), p=0.017], D-NTproBNP [2.1 (6.2) karşı 0.42 (0.8), p=0.016], yaş [51.5 (13) karşı 45.5 (27), p=0.037] ve tedavi öncesi PD'de kalma süresi [47.5 (35) karşı 27 (33), p=0.036] istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti. NTproBNP kategorilerine göre sağkalım Figür 2'de görülmektedir. P- ve D-NTproBNP verileri üç eşit parçaya bölünerek yapılan analizler, ölüm ve dropout riskinin D-NTproBNP tarafından, P-NTproBNP'ye göre, daha iyi tahmin edildiği izlenimi vermektedir (Tablo 2, dropout grubunun verileri gösterilmemiştir). P-NTproBNP ve D-NTproBNP Odds oranları (%95 CI), ölüm riski için 4.652 (0.914-23.693, p=0.064) ve 3.807 (0.907-15.971, p=0.068); tedaviden ayrılma (dropout) riski için 2.67 (0.924-7.716) ve 2.87 (1.009-8.138, p=0.048) olarak bulundu. P-NTproBNP ile gerçekleştirilen dropout analizlerinde model uyumunun zayıf olduğu ve değişkenlerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü.

Sonuç: P- ve D-NTproBNP konsantrasyonlarındaki artış, total mortalite ve tedaviden ayrılma durumunu (dropout) istatistiksel olarak anlamlı şekilde tahmin eden değişkenlerdir; D-NTproBNP'nin, P-NTproBNP'ye göre daha iyi tahmin değeri olma ihtimali vardır.

Anahtar Kelimeler: Periton diyalizi, diyalizat, natriüretik peptid, NTproBNP, mortalite, dropout

Figürler

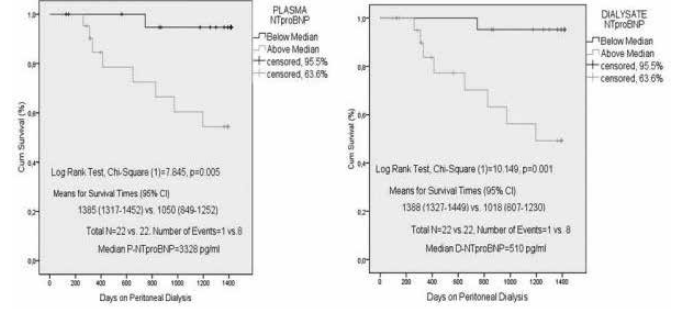


Figure 1. Survival Distributions for P- and D-NTproBNP Categories Below and Above Median Values

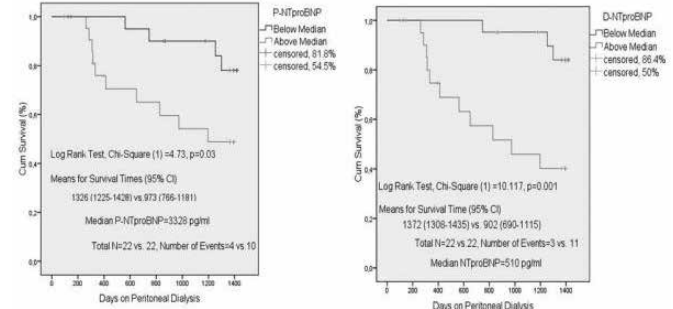


Figure 2. Drop Out Distributions for P- and D-NTproBNP Categories Below and Above Median Values

Table 1. Baseline Characteristics of Died and Living Patients

	Died Patients (n=9)	Living Patients (n=35)	p*
Age [median (IQR)]	52 (11)	46 (27)	0.016
Dialysis Vintage [median (IQR)]	61 (39)	29 (33)	0.005
Albumin (mean±SD)	3.42±0.56	3.5±0.38	0.89
Body Mass Index (mean±SD)	25.9±7	23.5±0.6	0.485
Mean Arterial Pressure (MAP) [median (IQR)]	90 (12)	96.3 (32)	0.255
Na mEq/L (mean±SD)	133.7±3.4	135.3±3	0.215
D/P Cr (mean±SD)	0.74±0.15	0.70±0.10	0.485
Total Kt/V [median (IQR)]	2.03 (0.55)	2.25 (0.69)	0.458
Residual Kt/V [median (IQR)]	0.13 (0.74)	0.29 (0.60)	0.628
P-NTproBNP [median (IQR), pg/ml, x1000]	18.8 (22.1)	2.5 (6.5)	0.015
D-NTproBNP [median (IQR), pg/ml, x1000]	4.3 (6.3)	0.44 (0.98)	0.014
P/D NTproBNP [median (IQR)]	4.94 (3.44)	4.51 (5.47)	0.9

*Mann-Whitney U test, p<0.05 was considered as statistically significant, D- Dialysate, P- Plasma, P/D NTproBNP plasma to dialysate ratio, D/P Cr ratio obtained from peritoneal equilibration test (PET)

Table 2. Survival Distribution Across P- and D-NTproBNP Tertiles

	L	M	H	Overall Survival Statistics [Log Rank Test and Median Time to Event (95% CI)]	Comparison of NTproBNP Tertiles (Log Rank Test)		
					L vs. M	L vs. H	M vs. H
P-NTproBNP	N=15 # of events=1 P-NTproBNP (122-1673)	N=20 # of events=4 P-NTproBNP (1.845-18.785)	N=9 # of events=4 P-NTproBNP (25.797-338.160)	$\chi^2 (2)=8.397, p=0.015$ Median Time to Event* 1196 (95% CI, 330.8-2061)	$\chi^2 (1)=1.422, p=0.233$	$\chi^2 (1)=8.174, p=0.004$	$\chi^2 (1)=3.324, p=0.068$
D-NTproBNP	N=24 # of events=1 D-NTproBNP (78-618)	N=13 # of events=5 D-NTproBNP (796.5-338)	N=7 # of events=3 D-NTproBNP (6.796-32.458)	$\chi^2 (2)=14.822, p=0.001$ Median Time to Event* 649 (95% CI, 243.3-1054.7)	$\chi^2 (1)=10.255, p=0.001$	$\chi^2 (1)=17.504, p=0.0001$	$\chi^2 (1)=0.337, p=0.562$

L, M and H: Lowest, Middle and Highest tertiles of NTproBNP, respectively. P-: Plasma, D-: Dialysate *Median time to event in highest tertile

OP-028

PREDICTION OF 47-MONTH DROP OUT AND MORTALITY RATES IN PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS BY DIALYSATE AND PLASMA NTproBNP LEVELS

Süleyman Köz¹, İdris Şahin², Mansur Kayataş¹, Sema Tulay Köz³¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı³Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı

Introduction: Plasma level of N-terminal probrain natriuretic peptide (P-NTproBNP) is a useful markers in prediction of mortality in peritoneal dialysis (PD) patients. But predictive value of spent dialysate counterpart (D-NTproBNP) of plasma NTproBNP on mortality and dropouts is not known. We aimed to study predictive value of P-NTproBNP and D-NTproBNP on mortality and dropout rates in a cohort of PD patients.

Methods: Briefly, simultaneous P-NTproBNP and D-NTproBNP assays were performed after an overnight dwell of 44 scheduled ambulatory peritoneal dialysis patients. Patients were followed ~ 47 months. The patients that died or transferred to hemodialysis were regarded as dropouts. The study was conducted through a grant obtained from İnönü University (INUBAP, Project No: 2012/97). All statistical analyses were performed using the SPSS version 17 (SPSS Inc. Released 2008. SPSS Statistics for Windows, Version 17.0. SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Standard descriptive data, Kaplan Meier analysis, logistic regression analysis and Mann Whitney U test were used as appropriate. P values < 0.05 were considered to be statistically significant.

Results: There were nine deaths among 44 patients at ~47-months of follow-up (20.5%). Death rate at four years was 16% in females (four deaths) and 26.3% in males (five deaths). Of the 9 deaths, three were in high transporter, four in high average transporter and two were in low average transporter group. Four of the died patients were diabetic (44.4% of deaths). The group of died patient were older, had longer dialysis vintage, higher P-NTproBNP and higher D-NTproBNP. All six diabetics fell in to middle and highest tertiles of P- and D-NTproBNP categories (no diabetic patient in the lowest tertile). There was only one death among patients falling in to 60th percentile (<1130 pg/ml) of D-NTproBNP; similarly there was only one death up to 55th percentile (<4776 pg/ml) of P-NTproBNP (Table 1, Table 2 and Figure 1). There were 14 dropouts at 47-months (nine deaths and five transfers to hemodialysis). Seven males (37%), seven females (28%), five of the six diabetic patients (83%), five of the eight high transporters (three of five patients were also diabetic) (62.5%), seven of the 21 high average transporters (33%) and two of the 15 low average transporters (13%) dropped out of PD at four years. P-NTproBNP [12.5 (27) vs. 2.2 (6.3), p=0.017], D-NTproBNP [2.1 (6.2) vs. 0.42 (0.8), p=0.016], age [51.5 (13) vs. 45.5 (27), p=0.037], dialysis vintage prior to the entry in to the study [47.5 (35) vs. 27 (33), p=0.036] were statistically significantly higher in dropouts. Figure 2 shows survival distribution of dropouts across NTproBNP categories. Further analysis by deviding the data to equal tertiles gave impression that patients with low and high death / drop out risk are discriminated better by D-NTproBNP compared to P-NTproBNP (Table 2, data for dropouts are not shown). Odds ratios (95% CI) for risk of death were 4.652 (0.914-23.693, p=0.064) and 3.807 (0.907-15.971, p=0.068) for P-NTproBNP and D-NTproBNP, respectively. Odds ratios (95% CI) for risk of dropouts were 2.67 (0.924-7.716) and 2.87 (1.009-8.138, p=0.048) for P-NTproBNP and D-NTproBNP, respectively. Model fit to data of dropouts was poor when analysis was conducted with P-NTproBNP, and there were no significant predictor variable in this model.

Conclusion: Increased concentrations of P- and D-NTproBNP are significantly predictive of total mortality and dropouts in our PD cohort. Predictive value of D-NTproBNP might exceed that of P-NTproBNP for dropouts and death risk.

Keywords: Peritoneal Dialysis, Dialysate, Natriuretic Peptide, NTproBNP, Mortality, Dropout

Figürler :

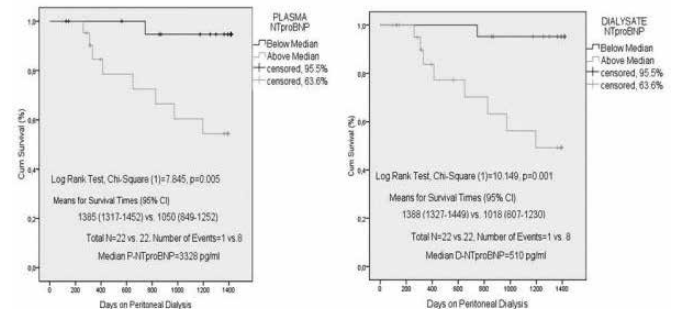


Figure 1. Survival Distributions for P- and D-NTproBNP Categories Below and Above Median Values

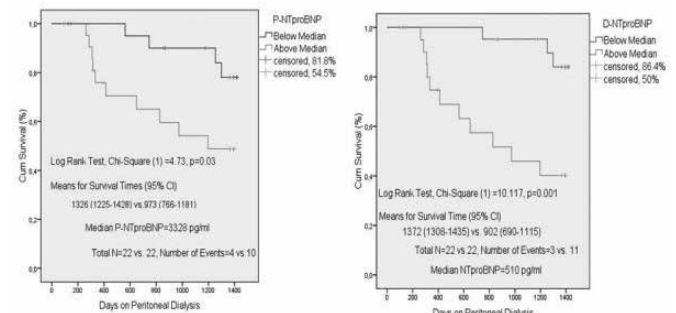


Figure 2. Drop Out Distributions for P- and D-NTproBNP Categories Below and Above Median Values

Table 1. Baseline Characteristics of Died and Living Patients

	Died Patients (n=9)	Living Patients (n=35)	p*
Age [median (IQR)]	52 (11)	46 (27)	0.016
Dialysis Vintage [median (IQR)]	61 (39)	29 (33)	0.005
Albumin (mean±SD)	3.42±0.56	3.5±0.38	0.89
Body Mass Index (mean±SD)	25.9±7	23.5±0.6	0.485
Mean Arterial Pressure (MAP) [median (IQR)]	90 (12)	96.3 (32)	0.255
Na mEq/L (mean±SD)	133.7±3.4	135.3±3	0.215
D/P Cr (mean±SD)	0.74±0.15	0.70±0.10	0.485
Total Kt/V [median (IQR)]	2.03 (0.55)	2.25 (0.69)	0.458
Residual Kt/V [median (IQR)]	0.13 (0.74)	0.29 (0.60)	0.628
P-NTproBNP [median (IQR), pg/ml, x1000]	18.8 (22.1)	2.5 (6.5)	0.015
D-NTproBNP [median (IQR), pg/ml, x1000]	4.3 (6.3)	0.44 (0.98)	0.014
P/D NTproBNP [median (IQR)]	4.94 (3.44)	4.51 (5.47)	0.9

*Mann-Whitney U test, p<0.05 was considered as statistically significant, D- Dialysate, P- Plasma, P/D NTproBNP plasma to dialysate ratio, D/P Cr ratio obtained from peritoneal equilibration test (PET)

Table 2. Survival Distribution Across P- and D-NTproBNP Tertiles

	L	M	H	Overall Survival Statistics [Log Rank Test and Median Time to Event (95% CI)]	Comparison of NTproBNP Tertiles (Log Rank Test)		
					L vs. M	L vs. H	M vs. H
P-NTproBNP	N=15 # of events=1 P-NTproBNP (122-1673)	N=20 # of events=4 P-NTproBNP (1.845-18.785)	N=9 # of events=4 P-NTproBNP (25.797-338.160)	χ ² (2)=8.397, p=0.015 Median Time to Event* 1196 (95% CI, 330.8-2061)	χ ² (1)=1.422 p=0.233	χ ² (1)=8.174 p=0.004	χ ² (1)=3.324 p=0.068
D-NTproBNP	N=24 # of events=1 D-NTproBNP (78-618)	N=13 # of events=5 D-NTproBNP (796-5.338)	N=7 # of events=3 D-NTproBNP (6.796-32.458)	χ ² (2)=14.822, p=0.001 Median Time to Event* 649 (95% CI, 243.3-1054.7)	χ ² (1)=10.255, p=0.001	χ ² (1)=17.504, p=0.0001	χ ² (1)=0.337, p=0.562

L, M and H: Lowest, Middle and Highest tertiles of NTproBNP, respectively; P-: Plasma, D-: Dialysate *Median time to event in highest tertile

SS-029

PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA VOLÜM DURUMU VE PROGNOZ AÇISINDAN ÜRİNER VE PERİTONEAL SIVI ATILIMI: HANGİSİ DAHA ÖNEMLİ?

Zeynep Kendi Celebi¹, Gülden Çelik¹, Şiyar Erdoğan¹, Selma Yalçın¹, Serkan Aktürk¹, Kenan Ateş¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Periton diyalizi (PD) hastalarında morbidite ve mortalite riskleri yüksektir. Prognozu etkileyen çok sayıda faktörden birisi de volüm durumudur. Bu çalışmada, PD hastalarında volüm durumunun prognoza etkisi ile üriner ve peritoneal sıvı atılımının volüm durumu ve prognoza etkilerinin araştırılması amaçlandı.

Yöntemler: Çalışmaya 26'sı erkek ve 24'ü kadın toplam 50 PD hastası alındı. Hastaların yaş ortalaması 49.8 ± 13.3 yıl ve ortalama PD süresi 61.1 ± 39.3 ay idi. Tüm hastalarda BCM cihazı ile ekstrasellüler, intrasellüler ve total vücut su volümleri ölçüldü ve volüm durumunun göstergesi olarak ekstrasellüler/total vücut su oranı (ESS/TVS) hesaplandı. Ayrıca, 24 saatlik idrar volümü ile 1 haftalık süredeki peritoneal ultrafiltrasyon (UF) volümlerinin ortalaması ölçüldü ve toplam sıvı atılımı belirlendi. İki yıllık süredeki ölümler ve hemodiyalize transferler kaydedildi. Çalışma parametreleri arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi, ki-kare testi ve tek değişkenli lojistik regresyon analizi ile araştırıldı.

Bulgular: Volüm durumunun göstergesi olarak alınan ESS/TVS oranı ile idrar volümü ($r = -0.357$, $p = 0.012$) ve toplam sıvı atılımı ($r = -0.343$, $p = 0.016$) arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı. Peritoneal UF volümü ise ESS/TVS oranı ile anlamlı ilişkili bulunmadı ($r = -0.120$, $p = 0.410$). İki yıllık izlem süresinde 9 hasta öldü ve 16 hasta hemodiyalize transfer edildi. ESS/TVS oranı ortanca değerin üzerinde olan hastalarda 2 yıllık ölüm (OR=6.00, % 95 CI: 1.00-35.9, $p = 0.048$) ve hemodiyalize transfer (OR=8.25, % 95 CI: 1.65-41.2, $p = 0.01$) riskleri anlamlı olarak artmış bulundu. Toplam sıvı atılımı da ölüm (OR=0.70, % 95 CI: 0.53-0.93, $p = 0.012$) ve hemodiyalize transferin (OR=0.75, % 95 CI: 0.61-0.91, $p = 0.003$) anlamlı bir habercisi idi. Toplam sıvı atılımının bileşenlerinden idrar volümü ölüm (OR=0.76, % 95 CI: 0.60-0.98, $p = 0.031$) ve hemodiyalize transfer (OR=0.79, % 95 CI: 0.66-0.95, $p = 0.014$) risklerini anlamlı olarak etkilerken, peritoneal UF volümünün sonuç parametreleri üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (ölüm için OR=0.83, % 95 CI: 0.67-1.03, $p = 0.082$; hemodiyalize transfer için OR=0.86, % 95 CI: 0.73-1.01, $p = 0.064$).

Sonuç: PD hastalarında volüm durumu prognozun önemli belirleyicilerinden birisidir. Volüm durumunun kontrolü ve prognozun iyileştirilmesi açısından idrar volümü, peritoneal UF volümünden daha önemli görünmektedir. PD hastalarında rezidüel böbrek fonksiyonunun korunmasına azami çaba gösterilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Periton diyalizi, rezidüel renal fonksiyon, ultrafiltrasyon

OP-029

VOLUME STATUS IN PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS; THE IMPORTANCE OF PERITONEAL ULTRAFILTRATION AND URINE VOLUME

Zeynep Kendi Celebi¹, Gülden Çelik¹, Şiyar Erdoğan¹, Selma Yalçın¹, Serkan Aktürk¹, Kenan Ateş¹

¹Ankara University Faculty of Medicine, Department of Nephrology

Background: Peritoneal dialysis patients are at high risk for morbidity and mortality and volume status is an important prognostic factor. We aimed to show the effect of urinary volume, peritoneal ultrafiltration and volume status on prognosis.

Method: The study included 26 men and 24 women, mean age of patients was 49.8 ± 13 years and dialysis vintage was 61.1 ± 39.3 months. All patients evaluated for volume status with Body Composition Monitor. Extracellular, intracellular and total body water measurement was made and as an indicator of volume status extracellular / total body water percentage (ESS / TVS) were calculated. In addition, 24-hour urinary volume and one week peritoneal ultrafiltration (UF) was measured and the average of the volumes was determined. Deaths and transfer to hemodialysis were recorded in the two-year follow-up period. Spearman correlation analysis, chi-square test and univariate logistic regression analysis were used to evaluate the relationship between study parameters.

Results: As an indicator of volume status, ESS / TVS rate showed a significant negative correlation between urine volume ($r = -0.357$, $P = 0.012$) and total fluid excretion ($r = -0.343$, $P = 0.016$). Peritoneal UF volume was not associated with ESS / TBW ratio ($r = -0.120$, $p = 0.410$). During the two year follow-up period 9 patients died and 16 patients were transferred to hemodialysis. Patients with ESS/TVS above the median value showed higher two year mortality rates (OR=6.00, % 95 CI: 1.00-35.9, $p = 0.048$) and transfer to hemodialysis (OR=8.25, % 95 CI: 1.65-41.2, $p = 0.01$). The total fluid excretion was a significant factor for death (OR = 0.70, 95% CI: 0.53-0.93, $p = 0.012$) and transfer to hemodialysis (OR = 0.75, 95% CI: 0.61-0.91, $p = 0.003$). Although urine volume affects mortality (OR = 0.76, 95% CI: 0.60-0.98, $p = 0.031$) and transfer to hemodialysis (OR = 0.79, 95% CI: 0.66-0.95, $p = 0.014$) peritoneal UF volume had no significant effect on the death (OR = 0.83, 95% CI: 0.67-1.03, $p = 0.082$) or transfer to hemodialysis, (OR = 0.86, 95% CI: 0.73-1.01, $p = 0.064$).

Conclusion: The volume status in PD patients is one of the important determinant of prognosis. it seems more important to protect residual renal function than to have higher peritoneal UF volume. Maximum effort should be shown to protect the residual renal function in PD patients.

Keywords: Peritoneal dialysis, residual renal function, ultrafiltration

SS-030

BÖBREK NAKLİ HASTALARINDA SİTOGENETİK HASARIN BELİRLENMESİ MALİGNİTE GELİŞİMİ İÇİN BİR BİYOBELİRTEÇ OLARAK KULLANILABİLİR Mİ?

Aydın Ünal¹, Emel Mutlu², Aslıhan Kiraz³, Arzu Taşdemir⁴, Tuba Dilay Ünal⁴, İsmail Koçyiğit¹, Murat Hayri Sipahioğlu¹, Bülent Tokgöz², Oktay Oymak¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Kayseri

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri

³Kayseri Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Genetik Bölümü, Kayseri

⁴Kayseri Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, Kayseri

Giriş: Toplumun geneliyle karşılaştırıldığında, böbrek nakilli hastalarda malignite gelişme riski oldukça yüksektir. Mikronükleuslar (MN) hücrenin mitoz bölünmesi sırasında ortaya çıkan, esas çekirdeğe dahil olmayan, tam kromozom veya asentrik kromozom parçacıklarından köken alan oluşumlardır. Periferik kan lenfositlerindeki MN oluşumunun kanser gelişme riski için bir biyobelirteç olarak kullanılabileceği belirtilmektedir. Bu çalışmada biz, böbrek nakilli hastalarda periferik lenfositlerdeki MN oluşumu ile malignite gelişimi arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntemler: Çalışmaya böbrek nakli sonrası malignitesi gelişen 10 hasta alındı. Nakil öncesi diyaliz süreleri ve nakil sonrası takip süreleri benzer olan 15 malignitesi olmayan böbrek nakilli hasta da çalışmaya alındı. On iki sağlıklı birey de kontrol grubu olarak dahil edildi. MN analizi sitokinezisin engellendiği MN yöntemi ile yapıldı. Hazırlanan örneklerde her birey için 1000 hücre sayıldı. MN içeren binükleer ve mononükleer hücre sayısı belirlendi ve nükleer bölünme indeksleri (NBI) hesaplandı.

Bulgular: Tablo 1 gruplar arasında demografik verilerin ve sitogenetik hasar belirteçlerinin karşılaştırılmasını göstermektedir. Üç grup arasında yaş, cinsiyet ve NBI açısından anlamlı fark yoktu. Gruplar arasında mononükleer ve binükleer hücrelerdeki MN sayısı açısından anlamlı fark mevcuttu. Mononükleer ve binükleer hücrelerdeki MN sayısı, malignitesi olan ve olmayan böbrek nakli gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen, hem mononükleer hem de binükleer hücrelerdeki MN sayısı malignitesi olan böbrek nakilli hastalarda malignitesi olmayan böbrek nakilli hastalardan daha yüksekti.

Sonuç: Binükleer ve mononükleer hücrelerdeki MN sayısının artışı böbrek nakli sonrası malignite gelişimi için umut vaat eden bir biyobelirteç olabilir.

Anahtar Kelimeler : Böbrek nakli, malignite, mikronükleus, sitogenetik hasar

Tablo 1. Gruplar arasında demografik verilerin ve sitogenetik hasar belirteçlerinin karşılaştırılması

	Malignitesi olan böbrek nakli grubu n:10	Malignitesi olmayan böbrek nakli grubu n:15	Kontrol grubu n: 12	P
Yaş (yıl)	44.1 ± 11.5	40.6 ± 13.1	49.8 ± 8.6	0.131
Cinsiyet (kadın/ erkek, %)	4 (%40)/6 (%60)	10 (%66.7)/5 (%33.3)	6 (%50)/6 (%50)	0.399
Mononükleer hücrelerde mikronükleus sayısı	7.5 (2.0-11.0)	5.0 (0-12.0)	1.0 (0-9.0)	<0.001
Binükleer hücrelerde mikronükleus sayısı	54.0 (8.0-199.0)	32.0 (0-182.0)	10.0 (2.00-29.00)	<0.001
Nükleer bölünme indeksi	1.12 (1.06-1.21)	1.12 (1.01-1.27)	1.07 (1.03-1.21)	0.294

OP-030

IS DETERMINATION OF CYTOGENETIC DAMAGE USED AS A BIOMARKER FOR THE RISK OF MALIGNANCY DEVELOPMENT IN RENAL TRANSPLANTATION PATIENTS?

Aydın Ünal¹, Emel Mutlu², Aslıhan Kiraz³, Arzu Taşdemir⁴, Tuba Dilay Ünal⁴, İsmail Koçyiğit¹, Murat Hayri Sipahioğlu¹, Bülent Tokgöz², Oktay Oymak¹

¹Department of Nephrology, Erciyes University Medical School, Kayseri

²Department of Internal Medicine, Erciyes University Medical School, Kayseri

³Department of Medical Genetics, Kayseri Training and Research Hospital, Kayseri

⁴Department of Pathology, Kayseri Training and Research Hospital, Kayseri

Introduction: The risk of malignancy development is very high in renal transplant patients compared with the general population. Micronuclei (MN) are formations originating from whole chromosome or acentric chromosome fragments that are formed during mitotic division and not included in the main nucleus. It is reported that the MN formation in the peripheral blood lymphocytes can be used as a biomarker for the risk of cancer development. In this study, we aimed to evaluate the relationship between the MN formation in peripheral lymphocytes and the development of malignancy in renal transplant patients.

Methods: Ten renal transplant patients with post-transplant malignancy were included in the study. Fifteen renal transplant patients without post-transplant malignancy, who had similar pre-transplant dialysis duration and post-transplant follow-up duration, were also included. Twelve healthy individuals were included as control group. MN analysis was performed by the cytokinesis-block micronucleus (CBMN) assay. One-thousand cells at prepared samples were scored for each participant. Number of binuclear and mononuclear cells with MN was identified and nuclear division index (NDI) was calculated.

Results: Table 1 shows the comparison of demographic data and cytogenetic damage markers among these groups. There was no statistically significant difference among 3 groups in terms of age, gender and NDI. There was significant difference among these groups with regard to the number of MN in mononuclear and binuclear cells. These numbers were higher in renal transplant patients with or without malignancy compared to controls. Although the difference was not statistically significant, the number of MN in both mononuclear cells and binuclear cells were higher in renal transplant patients with malignancy than in renal transplant patients without malignancy.

Conclusion: Increase in the number of MN in mononuclear and binuclear cells may be a promising biomarker for malignancy development after renal transplantation.

Keywords: Renal transplantation, malignancy, micronucleus, cytogenetic damage.

Table 1. Comparison of demographic data and cytogenetic damage markers among these groups

	Renal transplantation group with malignancy, n:10	Renal transplantation group without malignancy, n:15	Control group n: 12	P
Age (year)	44.1 ± 11.5	40.6 ± 13.1	49.8 ± 8.6	0.131
Gender (female/ male, %)	4 (%40)/6 (%60)	10 (%66.7)/5 (%33.3)	6 (%50)/6 (%50)	0.399
Number of micronucleus in mononuclear cells	7.5 (2.0-11.0)	5.0 (0-12.0)	1.0 (0-9.0)	<0.001
Number of micronucleus in binuclear cells	54.0 (8.0-199.0)	32.0 (0-182.0)	10.0 (2.00-29.00)	<0.001
Nuclear division index	1.12 (1.06-1.21)	1.12 (1.01-1.27)	1.07 (1.03-1.21)	0.294

SS-031

BÖBREK NAKLİ ALICILARINDA GÖRÜLEN UZUN DÖNEM KOMPLİKASYONLAR: MALİGNİTE GELİŞİMİYağmur Şahin¹, Serkan Yıldız², Özgür Akkale², Zekai Serhan Derici³, Ali Çelik², Caner Çavdar², Aykut Sifil², Taner Çamsarı²¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, İzmir³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Bu çalışmanın amacı Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde böbrek nakli yapılan ve izlenen hastalarda uzun dönem komplikasyonlar birisi olan malignite gelişimini geriye dönük olarak incelemek ve değerlendirmektir.

Metod: Çalışmaya Şubat 1992 – Aralık 2015 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde böbrek nakli yapılan ve nakil sonrası takip edilen 311 hasta dahil edildi. Çalışmaya alınan böbrek nakli hastalarının demografik özellikleri, eşlik eden hastalıklar, sigara kullanımı öyküsü, nakil öncesi malignite öyküsü, ailede malignite öyküsü, böbrek verici tipi, nakil tarihi, indüksiyon ve idame immünosüpresif tedavi rejimleri, akut rejeksiyon sayıları, akut rejeksiyon varlığında aldığı tedavi rejimleri ve Epstein-Barr virüs serolojisi hasta dosyalarından geriye dönük olarak elde edilerek kaydedildi.

Bulgular: Böbrek nakli sonrası izlemde 24 hastada malignite geliştiği saptandı. 7 hastaya canlı vericiden, 17 hastaya ise kadavra vericiden böbrek nakli yapıldı. Hastaların 17'si erkek ve 7'si kadın, yaş ortalamaları ise 55.88 ± 13.85 yıl idi. 4 hastada sigara kullanımı öyküsü vardı. Malignite tanısı alana kadar nakil sonrası ortalama izlem süresi 6.75 ± 4.40 yıl idi. 13 hastada cilt malignitesi, 10 hastada cilt dışı malignite, 1 hastada ise farklı dönemlerde cilt ve cilt dışı maligniteleri gelişti. Cilt malignitesi gelişen hastalardan 9'u skuamöz hücreli karsinom, 3'ü bazal hücreli karsinom, 1'i ise Kaposi sarkomu tanısı aldı. Cilt dışı malignite gelişen hastalardan 3'ü lenfoma, 2'si böbrek hücreli kanser, 1'i over kanseri, 1'i mesane kanseri, 1'i prostat kanseri, 1'i akciğer kanseri, 1'i tiroid bezi kanseri tanısı aldı. İzlem sırasında 10 hastada ölüm saptandı.

Sonuç: Bağışıklık sistemini baskılayıcı tedavinin istenmeyen sonuçlarından birisi de sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında böbrek nakli yapılan hastalarda malignite sıklığının artmış olmasıdır. Böbrek nakli alıcılarında malignite gelişiminde genetik ve çevresel faktörlerin de rolü olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle böbrek nakli alıcılarının malignite gelişimi açısından düzenli olarak izlemi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, malignite

OP-031

LONG TERM COMPLICATIONS IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS: THE DEVELOPMENT OF MALIGNANCYYağmur Şahin¹, Serkan Yıldız², Özgür Akkale², Zekai Serhan Derici³, Ali Çelik², Caner Çavdar², Aykut Sifil², Taner Çamsarı²¹Dokuz Eylül University, School of Medicine, Department of Internal Medicine, İzmir, Turkey²Dokuz Eylül University, School of Medicine, Department of Nephrology, İzmir, Turkey³Dokuz Eylül University, School of Medicine, Department of General Surgery, İzmir, Turkey

Aim: The aim of this study is to investigate and evaluate the development of malignancy as a long term complication retrospectively in kidney transplant recipients in Dokuz Eylül University Hospital.

Method: 311 kidney transplant recipients were included in this study. All patients were transplanted between the date of February 1992 – December 2015 in Dokuz Eylül University Hospital and were regularly followed by nephrology department. Data which were recorded retrospectively from the patient files; demographic features, comorbidities, smoking history, malignancy history prior to transplantation, family history of malignancy, types of donors, date of transplantation, induction and maintenance immunosuppressive treatments, history of treatment for acute rejections and Epstein-Barr virus serology.

Results: Malignancy was appeared in 24 patients (17 male, 7 female, mean age 53.88 ± 13.85 years) during the follow-up after kidney transplantation. 7 patients had living donors and 17 patients had deceased donors. 4 patient had history of smoking. The mean posttransplant follow-up period for the development of malignancy was 6.75 ± 4.40 years. 13 patients had skin malignancies; 9 patients had squamous cell carcinoma, 3 patients had basal cell carcinoma and 1 patient had Kaposi sarcoma. 10 patients had nonskin malignancies; 3 patients had lymphoma, 2 patients had renal cell carcinoma, 1 patient had ovarian cancer, 1 patient had bladder cancer, 1 patient had prostate cancer, 1 patient had lung cancer and 1 patient had thyroid cancer. Unfortunately skin and nonskin malignancies were developed at different times in one of the patients.

Conclusion: One of the unwanted results of the immunosuppressive treatment is increased frequency of malignancy in kidney transplant patients compared with healthy population. It is believed that genetic and environmental factors have important roles for the development of malignancy in kidney transplant recipients. Therefore, kidney transplant recipients must be followed regularly for the development of malignancy

Keywords: Kidney transplantat, malignancy

SS-032

BÖBREK NAKİLLİ HASTALARDA, SAĞLIKLI KONTROLLERDE VE KRONİK BÖBREK HASTALARINDA SERUM IGF-1, KAS GÜCÜ VE KAS KİTLESİ İLİŞKİSİ

Saliha Yıldırım¹, Turan Çolak², Emre Tural², Cihat Burak Sayın², Zeynep Ellik¹, Siren Sezer²

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Kronik böbrek hastalığı (KBH) direkt ve indirekt mekanizmalar ile kas gücü ve kas kitlesi üzerine olumsuz etkilerde bulunmaktadır. İnsülin benzeri büyüme faktörü-1 (IGF-1) sağlıklı toplumda sarkopeni ile ilişkisi iyi bilinen bir faktördür. Böbrek nakli günümüzde KBH'nın en seçkin tedavi yöntemidir. Bu çalışmanın amacı; böbrek nakil hastalarında, benzer demografik özelliklere sahip kronik böbrek hastalarında ve böbrek fonksiyonu normal bireylerde serum IGF-1 düzeyi, kas gücü ve kas kitlesi arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

Materyal-Metod: Çalışmamız Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı'nda takip edilen ve 26 Şubat 2016-30 Mayıs 2016 tarihleri arasında başvuran kronik böbrek hastaları ve böbrek nakil hastalarında yapıldı. Kontrol grubu ise yaş ve cinsiyet bakımından çalışma grupları ile benzer ve böbrek fonksiyonları normal bireylerden oluşturuldu. Dışlama kriterleri; <18 yaş olmak, >65 yaş olmak, ölçümlere uyum sağlayamamak, kanser tanısı bulunmak, elleri bilateral tutan artrit veya nöromusküler hastalığı mevcut olmak, konjestif kalp yetmezliği mevcudiyeti veya proteinüriye bağlı ciddi ödem mevcudiyeti, pacemaker veya protez kapak varlığı, ciddi elektrolit bozukluğu varlığı olarak belirlendi. Çalışma 120 erkek, 60 kadın olmak üzere 180 böbrek nakil hastası ve benzer yaş grubundaki 30 kadın, 30 erkekte oluşan 60 kontrol ve 30 erkek, 30 kadından oluşan 60 kronik böbrek hastası üzerinde kesitsel olarak yapıldı. Hastaların cinsiyetleri, yaşları, vücut ağırlıkları, boyları, vücut kitle indeksleri, kas güçleri, triceps kalınlıkları, üst kol çevreleri, bel çevreleri, 10 metre yürüme testi sonuçları, biyoelektrik impedans ölçümleri, IGF-1 düzeyleri ve laboratuvar değişkenleri kaydedildi.

Sonuçlar: Bel çevresi ve karın çevresi ölçümü böbrek nakil grubunda istatistiksel anlamlı şekilde kontrol grubundan ve KBH grubundan daha yüksek iken, KBH grubunda en düşük olduğu görüldü. Diğer ölçümler açısından yapılan değerlendirmede vücut ağırlığı açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark olmamasına rağmen yağ kitlesi, triceps deri kalınlığı ve kol çevresi açısından yapılan değerlendirmede ölçümlerin KBH grubunda en düşük ve kontrol grubunda en yüksek olduğu izlendi. Böbrek nakil grubunda ise bu parametrelerin kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı şekilde düşük, fakat KBH grubuna göre istatistiksel anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü ($p<0,005$).

Gruplar değerlendirildiğinde böbrek nakil hastalarında kas gücü ve kas kitlesi normal popülasyona göre düşük olsa da KBH grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,005$). "The cardiovascular health study: design and rationale." çalışmasına göre yapılan vücut kitle indeksi ve cinsiyete göre sarkopeni açısından yapılan sınıflamada kontrol grubunun % 5'inde, böbrek nakli grubunun %23,3'ünde ve KBH grubunun %35'inde sarkopeni olduğu görülmüştür ($p<0,001$).

IGF-1 düzeyleri yaş ve cinsiyete göre düşük, normal ve yüksek olarak sınıflandırıldığında IGF-1 düzeyi yüksek olma oranı böbrek nakli grubunda %23,9, KBH grubunda %21,7 ve kontrol grubunda %1,7 olarak izlendi ($p<0,005$).

Yapılan regresyon analizinde tüm gruplarda sarkopeni varlığının sadece yaş, kreatinin düzeyi ve kas kitlesi ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkide olduğu görülmüştür. Kas kitlesinin ise kreatinin ve IGF-1 ile anlamlı ilişkide olduğu görülmüştür.

Tartışma: Sonuç olarak kronik böbrek hastalığı sarkopeniye ve malnütrisyona yol açmaktadır ve böbrek naklinden sonra bu durum kısmi olarak düzelmektedir. Böbrek nakli sonrası sarkopeni azalmakta bu ise IGF-1 düzeyi ile kas kitlesi üzerinden dolaylı ilişkide olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler : Kas gücü, kas kitlesi, kronik böbrek hastalığı, böbrek nakli, sarkopeni, IGF-1

OP-032

THE RELATION BETWEEN SERUM IGF-1 LEVELS, MUSCLE STRENGTH AND MUSCLE MASS IN RENAL TRANSPLANT RECIPIENTS, HEALTHY CONTROLS AND PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

Saliha Yıldırım¹, Turan Çolak², Emre Tural², Cihat Burak Sayın², Zeynep Ellik¹, Siren Sezer²

¹Başkent University Medical Faculty Ankara Hospital, Internal Medicine Department

²Baskent University Medical Faculty Ankara Hospital, Nephrology Department

Introduction: Chronic kidney disease (CKD) has untoward effects on muscle strength and muscle mass via direct and indirect mechanisms. Association of insulin like growth factor-I (IGF-1) with sarcopenia is well known in general population. Renal transplantation is the ideal renal replacement modality in CKD. The aim of this study was to determine the relation between serum IGF-1 levels, muscle strength and muscle mass in renal transplant recipients, healthy controls and patients with chronic kidney disease.

Materials and Methods: This study was conducted in patients with chronic kidney disease and renal transplant recipients admitted to Baskent University Ankara Hospital Nephrology Department between 26 February 2016 and 30 May 2016 and control subjects with normal renal function who were similar to study groups with regard to age and gender. Patient ages <18 years or >65 years, patients having malignancy, bilateral arthritis or neuromuscular disease, severe edema, congestive heart failure, pacemaker or prosthetic valves, severe electrolyte abnormality and patients that cannot cooperate to measurements were excluded. This cross-sectional study included 180 renal transplant recipients (120 males, 60 females), 60 patients with CKD (30 males, 30 females) and 60 control subjects (30 males, 30 females). Ages, genders, body weights, heights, body mass indices, muscle strengths, triceps thicknesses, upper arm circumferences, waist circumferences, 10-meters walking tests, bioelectrical impedance measurements, IGF-1 levels and laboratory parameters were recorded.

Results: Waist circumference and abdominal circumference was highest in the renal transplant group and lowest in the CKD group. Although body weight was similar in three groups; fat mass, triceps thickness and upper arm circumference was lowest in CKD group and highest in control group. Muscle strength and muscle mass were lower in renal transplant recipients compared to control subjects however were significantly higher compared to CKD group ($p<0,005$). Prevalence of sarcopenia determined based on "The cardiovascular health study: design and rationale." study was 5% in control group, 23.3% in renal transplant group and 35% in CKD group ($p<0,001$). When IGF-1 levels were classified as low, normal and high according to age and gender, prevalence of high IGF-1 was 23.9% in renal transplant group, 21.7% in CKD group and 1.7% in control group ($p<0,005$). Regression analysis revealed that when all groups are considered presence of sarcopenia was associated with age, serum creatinine level and muscle mass. Muscle mass was associated with serum creatinine and IGF-1 levels.

Discussion: CKD leads to sarcopenia and malnutrition. Renal transplantation partially corrects these abnormalities. Sarcopenia improves after renal transplantation which is related to serum IGF-1 levels and muscle mass.

Keywords: Chronic kidney disease, IGF-1, muscle mass, muscle strength, renal transplantation, sarcopenia

SS-033

BÖBREK BAĞIŞI SONRASI HETEROZİGOT MEFV MUTASYONU OLAN DONÖRLER İÇİN UZUN DÖNEM DE RİSKİ VAR MIDIR?

Süleyman Karaköse¹, Şiyar Erdogmus², Serkan Aktürk³, Acar Tüzüner³, Şule Şengül², Kenan Keven²

¹Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği, Ankara, Türkiye

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş: Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) otozomal resesif geçiş gösteren otoinflatuvar bir hastalıktır ve sistemik amiloidozisin en önemli nedenlerindendir. AAA'nın heterozigot taşıyıcılarda da hastalığa yatkınlığa neden olabileceğini bildiren yayınlar mevcuttur. Böbrek nakli yapılan AAA'lı hastaların canlı vericilerinin genellikle yakın akrabaları olması ve AAA'nın toplumumuzda sık görülmesi sebebiyle donörlerin AAA heterozigot mutasyon taşıma riski yüksektir. Bu çalışmada amaç; AAA heterozigot taşıyıcı donörlerde uzun dönem böbrek fonksiyonlarını değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya asemptomatik 12 heterozigot taşıyıcı donör ile 24 AAA dışı böbrek alıcısının donörleri dahil edildi. Olgular retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Yaş, cinsiyet ve takip süreleri açısından heterozigot taşıyıcı ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Her iki grubun transplantasyon öncesi eGFR ve 24 saatlik idrar protein değerleri benzerdi. Transplantasyon sonrası her iki grubun eGFR sonuçları benzerdi ancak heterozigot taşıyıcı grupta 24 saatlik proteinüri de hafif bir artış tespit edildi (Tablo 1). Her iki grupta da takip süresinin sonunda aşikar proteinüri veya böbrek yetmezliği gelişmedi.

Sonuç: Böbrek donörü olan heterozigot taşıyıcılar için uzun dönem sonuçlar güvenli gözükmeyle beraber proteinürideki hafif artış nedeniyle bu vericilerin daha uzun dönem takipleri önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler : AAA heterozigot taşıyıcı, böbrek donör, uzun dönem sonuçlar

Tablo 1. AAA heterozigot taşıyıcılar ve kontrol donörlerin demografik özellikleri ve laboratuvar sonuçları

	AAA heterozigot taşıyıcılar	Kontrol donörler	P
Yaş	53	55	0.492
Erkek / Kadın	4/8	11/3	0.721
Takip süresi/ay	49	41	0.650
Operasyon öncesi kreatinin (mg/dl)	0.8 ± 0.1	0.7 ± 0.2	0.177
Δ kreatinin	+ 0.34	+ 0.29	0.199
Operasyon öncesi eGFR (CKD EPI) (ml/dk/1.73m ²)	95 ± 9	98 ± 12	0.493
Δ eGFR	-26	-31	0.251
Operasyon öncesi ürik asit (mg/dl)	4.6	4.8	0.648
Δ Ürik asit	+1.3	+0.9	0.217
Operasyon öncesi idrar proteini (mg/dl-24 saat)	52 ± 23	68 ± 25	0.08
Δ İdrar proteini	+63	+20	0.004

Tablo 2. AAA heterozigot taşıyıcı grupta tespit edilen mutasyonlar ve sıklıkları

Mutasyon	Genotip	Hastalar n (%)
Heterozigot	M694V	7 (58.3)
Heterozigot	D102D	11 (91.7)
Heterozigot	M680I(G/C)	2 (16.7)
Heterozigot	V726A	1 (8.3)
Heterozigot	G138G	11 (91.7)
Heterozigot	A165A	11 (91.7)
Heterozigot	R202Q	5 (41.7)
Heterozigot	P180P	1 (8.3)
Heterozigot	E148Q	1 (8.3)
Bileşik heterozigot	M694V + D102D + G138G + A165A + R202Q+ P180P	1 (8.3)
Bileşik heterozigot	M694V + D102D + G138G + A165A + R202Q+	6 (50)
Bileşik heterozigot	M680I + D102D + G138G + A165A	2 (16.7)
Bileşik heterozigot	V726A + E148Q	1 (8.3)
Bileşik heterozigot	D102D + G138G + A165A	2 (16.7)

Tablo 3. AAA heterozigot taşıyıcıların operasyon öncesi ve sonrası laboratuvar sonuçları

	Operasyon öncesi	Operasyon sonrası	P
Sistolik kan basıncı (mmHg)	118	117	0.373
Diastolik kan basıncı (mmHg)	75	75	0.751
Kreatinin (mg/dl)	0.81	1.08	0.006
eGFR(ml/dk/1.73m ²)	101	67	0.004
Kalsiyum (mg/dl)	9.3	9.4	0.170
Fosfor (mg/dl)	3.3	3.5	0.293
Ürik asit (mg/dl)	4.6	5.9	0.001
CRP (mg/L)	1.13	0.65	0.147
İdrar proteini (mg/dl-24 saat)	52 ± 23	116 ± 51	0.002

OP-033

IS THERE A LONG TERM RISK FOR DONORS WITH HETEROZYGOUS MEV MUTATION AFTER KIDNEY DONATION?

Süleyman Karaköse¹, Şiyar Erdoğan², Serkan Aktürk², Acar Tüzüner³, Şule Şengül², Kenan Keven²

¹Department of Nephrology, Ankara Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

²Department of Nephrology, Ankara University School of Medicine, Ankara, Turkey

³Department of General Surgery, Ankara University School of Medicine, Ankara, Turkey

Introduction: Familial Mediterranean fever (FMF) is an autosomal-recessive auto-inflammatory disorder manifested severely by systemic amyloidosis. It has been hypothesized that heterozygous carriers may also have susceptibility to certain symptoms or even diseases. The living kidney donors of patients with FMF are generally relatives of the kidney recipients so that there is a high possibility of donors to have heterozygous mutation of FMF gene. In this study, we aimed to investigate long-term kidney function of the donors with heterozygous carriers.

Methods: We compared the long-term outcomes of 12 asymptomatic donors with heterozygous carriers and 24 non-FMF recipients' donors.

Results: Heterozygous carriers and control group were similar in respect of age, sex and follow up period. The preoperative eGFR and 24-hour urine protein results were similar in heterozygous carrier and control groups. After the donation, both groups had similar eGFR, however, there is a mild increase in proteinuria in heterozygous carrier group (Table 1). At the end of follow up period, over forty months, neither overt proteinuria nor kidney failure were seen in both groups.

Conclusion: Although, the long-term results of the kidney donors with heterozygous carriers seem to be safe, there is a mild increase in proteinuria which needed further long term care for these donors.

Keywords: FMF heterozygous carriers, kidney donors, long term results

Table 1. Characteristics and follow-up of FMF heterozygous carriers and control donors

	FMF heterozygous carriers	Control donors	P
Age	53	55	0.492
Male / Female	4/8	11/3	0.721
Follow up period/month	49	41	0.650
Preop creatinine (mg/dl)	0.8 ± 0.1	0.7 ± 0.2	0.177
Δ creatine	+0.34	+0.29	0.199
Preop eGFR (CKD EPI) (ml/dk/1.73m2)	95 ± 9	98 ± 12	0.493
Δ GFR	+26	+31	0.251
Preop Uric acid (mg/dl)	4.6	4.8	0.648
Δ Uric acid	+1.3	+0.9	0.217
Perop Urine Protein (mg/dl)	52 ± 23	68 ± 25	0.08
Δ Urine Protein	+63	+20	0.004

Table 2.

Mutation type	Genotype	Patients n (%)
Heterozygote	M694V	7 (58.3)
Heterozygote	D102D	11 (91.7)
Heterozygote	M680I(G/C)	2 (16.7)
Heterozygote	V726A	1 (8.3)
Heterozygote	G138G	11 (91.7)
Heterozygote	A165A	11 (91.7)
Heterozygote	R202Q	5 (41.7)
Heterozygote	P180P	1 (8.3)
Heterozygote	E148Q	1 (8.3)
Bileşik heterozigot	M694V + D102D + G138G + A165A + R202Q+ P180P	1 (8.3)
Bileşik heterozigot	M694V + D102D + G138G + A165A + R202Q+	6 (50)
Bileşik heterozigot	M680I + D102D + G138G + A165A	2 (16.7)
Bileşik heterozigot	V726A + E148Q	1 (8.3)
Bileşik heterozigot	D102D + G138G + A165A	2 (16.7)

Table 3. The laboratory results of FMF heterozygous carriers before and after the operation

	Preop results	Postop results	P
Systolic blood pressure (mmHg)	118	117	0.373
Diastolic blood pressure (mmHg)	75	75	0.751
Creatinine (mg/dl)	0.81	1.08	0.006
eGFR(ml/dk/1.73m2)	101	67	0.004
Calcium (mg/dl)	9.3	9.4	0.170
Phosphorus (mg/dl)	3.3	3.5	0.293
Uric acid (mg/dl)	4.6	5.9	0.001
CRP (mg/L)	1.13	0.65	0.147
Urine protein (mg/dl)	52 ± 23	116 ± 51	0.002

SS/OP-034

BÖBREK VERİCİLERİNDE NEFREKTOMİNİN İDRAR ANJİOTENSİNOJEN DÜZEYİNE ETKİSİ: BİR YILLIK İZLEM ÇALIŞMASI

Zeynep Kendi Celebi¹, Ahmet Peker², Sim Kutlay¹, Senem Koçak¹, Acar Tüzüner³, Şehsuvar Ertürk¹, Kenan Keven¹, Şule Şengül¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyodiagnostik Anabilim Dalı

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Kadavra verici kısıtlılığı, canlı vericiden böbrek naklinde tüm dünyada artışa neden olmaktadır. Canlı vericilerdeki uzun dönem çalışmaların çelişkili sonuçları ve izlem sürelerinin kısalığı, gelişebilecek böbrek hastalıkları konusunda yeterli ve güvenilir bilgi sağlamamaktadır. İdrar angiotensinogeninin (iAGT), kronik böbrek yetmezliğinde, hipertansiflerde, glomerülonefritlerde, polikistik böbrek hastalığında ve böbrek alıcılarında arttığı ve böbrek hasarı gelişimi açısından risk faktörü olabileceği bildirilmektedir. Bu çalışmada amacımız, canlı böbrek vericilerinde nefrektomi sonrası ilk yıl içinde iAGT seviyelerini izleyerek, kan basıncı, glomerüler filtrasyon hızı, proteinüri ve kalan böbrekteki kompanseuar değişiklikler gibi çeşitli parametrelerle ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Mayıs-2013 ve Mart-2014 tarihleri arasında canlı böbrek vericisi adaylarında preoperatif değerlendirmeleri tamamlanarak böbrek vericisi olmaları uygun bulunan 20 kişi onamları alınarak çalışmaya alındı, demografik, klinik ve preoperatif laboratuvar özellikleri [yaş, cinsiyet, VKİ, ofis kan basıncı ölçümleri, proteinüri, glomerüler filtrasyon hızı (tahmini-GFH, CKD-EPI), ürik asit, elektrolitler, vericide kalacak böbreğin ultrason ile ölçülmüş renal volümü] kaydedildi. Postoperatif 15. gün, 1., 6. ve 12. aylarda çalışma parametreleri tekrar kaydedildi. Renal volüm değişiklikleri postoperatif 6. ve 12. ayda ultrason ile tekrar kaydedildi. İdrarda AGT ölçümleri için preoperatif ve postoperatif 15.gün, 1., 6. ve 12. aylarda vericilerden idrar örneği alınarak -80 °C'de ELISA yöntemiyle angiotensinojen düzeyleri çalışılınca kadar saklandı.

Bulgular: Bir verici izlemdeki veri eksikliği nedeniyle ve 3 verici ACEi/ARB kullanımı nedeniyle çalışmadan çıkarıldı ve çalışma 16 hasta ile tamamlandı. Böbrek vericilerinin 13'ü kadın, 3'ü erkekti ve ortalama yaş 48 ± 9, ortalama vücut kitle indeksi 29 ± 3 kg/m², ortalama tGFH 98 ± 15 ml/dk/1,73 m² olarak saptandı. Bir hasta dışında, tüm hastalara sol nefrektomi uygulandı. Çalışmaya dahil edilen parametrelerin bazal değerlere göre değişimi Tablo 1'de sunulmuştur.

Nefrektomi sonrası bazal değerlere göre tüm zaman dilimlerinde serum kreatinin, iAGT/Krea ve iAGT/pro değerlerinin yüksek seyrettiği ve tGFH değerlerinin 1 yıl boyunca bazale göre düşük kaldığı saptandı. İdrarda pro/krea oranının başlangıçta artmakla birlikte 6.aydan sonra bazal değerlere döndüğü, vericide kalan böbreğin renal volümünde de 6.ayda 29 ml/m², 1.yılda ise 47 ml/m² artış gözlemlendiği saptandı. İlk 1 yıl içinde, iAGT/krea ve iAGT/pro oranları, SKB, DKB, tGFH ve renal volüm değişiklikleriyle korelasyon göstermiyordu. Altıncı aydaki iAGT/krea oranı 1.yıldaki pro/krea oranı ile pozitif yönde korelasyon gösteriyordu (r=0,639, p=0,008).

Sonuç: Sağlıklı canlı vericilerde nefrektomi sonrası idrarla AGT atılımı artmış, postop 6.aydan sonra azalma eğilimi göstermekle birlikte 1 yıl boyunca yüksek kalmaktadır. Proteinüri postop 6.aydan itibaren basal değerlere dönmektedir. Vericilerde nefrektomi sonrası idrar AGT'deki artış, hiperfiltrasyon ve kompanseuar hipertrofinin bir sonucu ya da azalan GFH ile birlikte erken renal hasarın bir göstergesi olabilir. Verici sayısının artırılması ve izlem süresinin uzatılması ile nefrektomi sonrası iAGT artışıyla ilişkili parametrelerin ortaya çıkarılmasını ve böbrek vericilerinde nefrektomiyle ilişkili riskinin daha iyi değerlendirilmesini sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek donörü, böbrek volümü, idrar anjotensinojeni

Tablo 1. Nefrektomi öncesi değerlerle karşılaştırılmalı olarak çalışma parametrelerindeki ilk 1 yıl içindeki değişiklikler

Parametre	Preoperatif	Postoperatif 15. Gün	Postoperatif 1. ay	Postoperatif 6. Ay	Postoperatif 1. yıl	p
Kreatinin (mg/dl) (ort ± SS)	0,73±0,14	1,09±0,25***	1,09±0,26***	1,01±0,2***	1,06±0,2***	***p<0,001
tGFH (mldk/1.73 m ²) (ort ± SS)	98±15	68±18***	67±20***	72±17***	68±16***	***p<0,001
Ürik asit (mg/dl) (ort ± SS)	4,5±1,1	4,2±1,2**	5,0±1,3***	4,9±1,2***	5±1,3***	**p<0,01 ***p<0,001
Spot idrar Protein/krea (g/d) (ort ± SS)	0,06±0,01	0,09±0,04**	0,08±0,04*	0,09±0,08#	0,06±0,02#	*p<0,05 **p<0,01 #p>0,05
Ofis SKB (mmHg) (ort ± SS)	112±13	119±11#	113±7#	114±17#	110±9#	#p>0,05
Ofis DKB (mmHg) (ort ± SS)	73±8	77±9#	78±6#	76±9#	72±6#	#p>0,05
İdrar AGT/krea (ort ± SH)	4,75±0,70	17,4±4,9**	28,8±6,58**	36,1±8,3**	23,9±7,7*	*p<0,05 **p<0,01
İdrar AGT/pro (ort ± SH)	77±13	187±38**	312±47***	450±65***	300±62**	**p<0,01 ***P<0,001
Renal Volüm/VYA (ml/m ²)	122±22			151±31***	169±29***	***P<0,001

OP-034

EFFECT OF UNILATERAL NEPRECHTOMY ON URINARY ANGIOTENSINOGEN LEVELS IN LIVING KIDNEY DONORS: 1 YEAR FOLLOW-UP STUDY

Zeynep Kendi Celebi¹, Ahmet Peker², Sim Kutlay¹, Senem Koçak¹, Acar Tüzüner³, Şehsuvar Ertürk¹, Kenan Keven¹, Şule Şengül¹

¹Ankara University Faculty of Medicine, Department of Nephrology

²Ankara University Faculty of Medicine, Department of Radiodiagnosis

³Ankara University Faculty of Medicine, Department of General Surgery

Introduction: Urinary angiotensinogen (uAGT) increases in chronic kidney disease, hypertension, glomerulonephritis and renal transplant recipient. uAGT can be a marker of kidney injury. We aimed to investigate the relationship of uAGT and blood pressure, glomerular filtration rate(GFR), proteinuria, and the compensatory changes in the remaining kidney of living kidney donors.

Method: Twenty living kidney donors included to the study and followed between May-2013 and March-2014. Preoperative, postoperative 6th and 12th months, body mass index(BMI), office blood pressure, proteinuria, estimated GFR(CKD-EPI), blood uric acid level and electrolytes and the measurement of the remaining kidney of the donor were recorded. uAGT was measured with ELISA preoperatively and postoperative at the 15th day, 1th, 6th and 12th months.

Results: One donor due to lack of data and three donors due to use of ACEi/ARB use was excluded from the study. Thirteen female, three male donors included to the study, mean age of donors was 48±9 years, mean BMI was 29 ± 3 kg/m², mean eGFR was 98 ± 15 ml/min/1.73 m². Serum creatinine, uAGT/creatinine and uAGT/protein levels were higher and eGFR was lower than the baseline values at all time. Urinary protein/creatinine levels were increasing after nephrectomy, but after six months they returned to the baseline values. The volume of the remaining kidney was increased 29 cm³/m² at sixth month and 47 cm³/m² at twelfth month. Renal volume changes did not show a correlation between uAGT/creatinine, uAGT/protein, eGFR or systolic and diastolic blood pressure. uAGT/creatinine at sixth month and urinary protein/creatinine ratio at twelfth month showed a positive correlation(r=0.639, p=0.008).

Conclusion: uAGT increase after nephrectomy can be the result of hyperfiltration and compensatory hypertrophy or an early marker of kidney injurt with decreasing GFR.

Keywords: Kidney donors, renal volume, urinary angiotensinogen

Table 1.

Parameter	Preoperative	Postoperative15. day	Postoperative 1. month	Postoperative 6. manth	Postoperatiive 1. year	p
Creatinine (mg/dl) (mean ± SD)	0,73±0,14	1,09±0,25***	1,09±0,26***	1,01±0,2***	1,06±0,2***	***p<0,001
eGFH (ml/min/1.73 m ²) (mean ± SD)	98±15	68±18***	67±20***	72±17***	68±16***	***p<0,001
Uric acid (mg/dl) (mean ± SD)	4,5±1,1	4,2±1,2**	5,0±1,3***	4,9±1,2***	5±1,3***	**p<0,01 ***p<0,001
Spot Urine Protein/cre (g/d) (mean ± SD)	0,06±0,01	0,09±0,04**	0,08±0,04*	0,09±0,08#	0,06±0,02#	*p<0,05 **p<0,01 #p>0,05
Office SBP (mmHg) (mean ± SD)	112±13	119±11#	113±7#	114±17#	110±9#	#p>0,05
Office DBP (mmHg) (mean ± SD)	73±8	77±9#	78±6#	76±9#	72±6#	#p>0,05
Urinary AGT/cre (median ± SE)	4,75±0,70	17,4±4,9**	28,8±6,58**	36,1±8,3**	23,9±7,7*	*p<0,05 **p<0,01
Urinary AGT/pro (median ± SE)	77±13	187±38**	312±47***	450±65***	300±62**	**p<0,01 ***P<0,001
Renal Volume/BSA (cm ³ /m ²)	122±22			151±31***	169±29***	***P<0,001

SS-035

BÖBREK ALLOGREFT REJEKSİYONUN NON-İNVAZİV TANISINDA BİYOMARKER OLARAK SCTLA-4 KULLANILABİLİR Mİ? BİR ÖNCÜ ÇALIŞMA

Çağlar Borçak Ruhi¹, Pınar Ata², İzzet Mesut Titiz¹

¹Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bölümü

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı

³Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Böbrek allogreft rejeksiyonunun merkezinde T lenfositler rol alır. Alloantijen-MHC kompleksinin, TCR (T-cell reseptör) ile bağlanması, T hücre uyarılmasının birincil yolağını oluşturur. İmmün yanıtın devamı ve potansiyalize edilmesi için ikincil yolla; T hücre/Antijen sunucu hücre yüzeyinde gerçekleşen ko-stimulatör reseptör/ligand etkileşimi gereklidir. CTLA-4 (Sitotoksik T Lenfosit Antijen)/CD28/CD80-86 ikincil yollarının en önemlilerinden birisidir. CD28 immün yanıtı sitokin ve sitokin reseptörlerin ekspresyonunu artırarak potansiyalize eder. CTLA-4 ise CD28 ligandına bağlanma için kompetatif inhibisyon, TCR sinyalizasyon inhibisyonu, IL-2 ekspresyonunun baskılanması ile immün yanıtın regülasyon ve sınırlandırılmasını sağlar. Antijenik uyarım sonrası aktive olan CTLA-4'un iki adet izoformu vardır. fCTLA4 (full-length, ekson 1-4 içerir) immün yanıtı baskılayıcı esas fonksiyonu gösterirken, serumda saptanabilen sCTLA-4 (soluble, ekson 1, 2 ve 4 içerir) ise aksine fCTLA4 ile ligandına bağlanma açısından kompetatif inhibisyon göstererek immün yanıtı potansiyalize edip aktivasyonun artmasına yol açtığı düşünülmektedir (Figure 1). Birden çok çalışmada sCTLA4 düzeylerinin oto-immün hastalıklarda artmış olduğu ve tanı/tedavi takibinde kullanılabileceği gösterilmiş olsa da böbrek allogreft rejeksiyonu tanı ve takibinde kullanılabilirliği açısından literatürde yeterli bilgi yoktur. Bu çalışmada sCTLA4' un böbrek nakli allogreft rejeksiyonunun non-invaziv tanısında yararlı bir biyomarker olabilirliği araştırılmıştır.

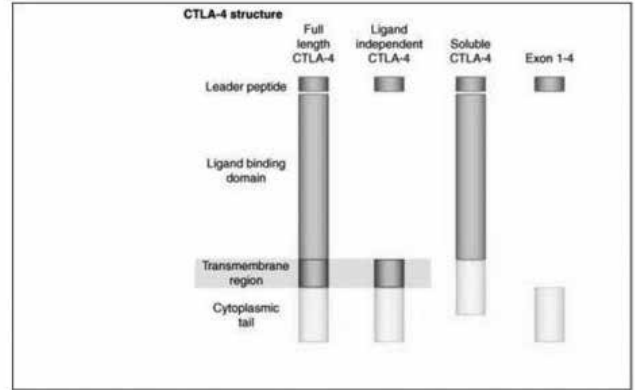
Yöntemler: sCTLA-4' un non-invaziv biyomarker olabilirliğinin değerlendirilmesi için allogreft rejeksiyonu olan ve olmayan böbrek nakli alıcılarından iki grup oluşturuldu. Rejeksiyon grubu Haziran 2011-2016 arasında Haydarpaşa Numune EAH'de allogreft disfonksiyonu nedeniyle yapılan greft biyopsi sonucunda akut hücresel veya akut/kronik antikor aracılı allogreft rejeksiyonu tanısı alan 24 hastadan oluşmaktaydı. Rejeksiyon grubunda sCTLA-4 ölçümü için serum örnekleri allogreft biyopsi yapıldığı süreçte alındı. Kontrol grubu ise herhangi bir greft disfonksiyonu veya takipte klinik sorunu olmayan son bir yıl içerisinde böbrek nakli olmuş 16 hastadan oluşmaktaydı. Medikal öyküsünde otoimmün herhangi bir hastalığı olanlar çalışma dışı bırakıldı. Allogreft rejeksiyonlarının patolojik değerlendirilmesi Banff 2011 kriterlerine göre yapıldı. Çalışma gününe kadar -80°C' de eppendorf tüplerde saklanan serumlar, Human CTLA-4 ELISA kiti (BMS276, eBioscience San Diego CA) ile ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) yöntemi kullanılarak SCTLA-4 düzeyleri kantitatif olarak analiz edildi. Çalışmanın etik kurul onayı ve proje desteği Marmara Üniversitesinden alındı. İstatistik yöntem olarak Mann-Whitney U testi kullanılıp iki yönlü p<0.05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Rejeksiyon grubu (24 hasta, 15E/9K) ile kontrol grubu (16 hasta, 11E/5K) arasında, yaş (43.5±10.4' e karşı 48.2±9.5 yıl, p=0.16), donör kaynağı (canlı donör, %79' e karşı %69, p=0.37), indüksiyon immunsupresif açısından (Anti-Timosit Globulin %46' e karşı %31, Basiliximab %21' e karşı %44, p=0.22) farklılık yoktu. Rejeksiyon grubunda üç akut antikor aracılı, dört akut hücresel ve 17 kronik antikor aracılı rejeksiyon vardı. İzlem süresince 14 hastada greft kaybı gelişti (ortalama 35±40.7 hafta). Kontrol grubunda serum alım zamanı nakil sonrası ortalama 5±3 aydı. Serum kantitatif sCTLA-4 düzeyi Rejeksiyon grubunda anlamlı olarak Kontrol grubuna göre yüksek olarak bulundu (1.49±0.75 ng/ml' e karşı 0.94±1.07 ng/ml, p=0.015) (Figure 2).

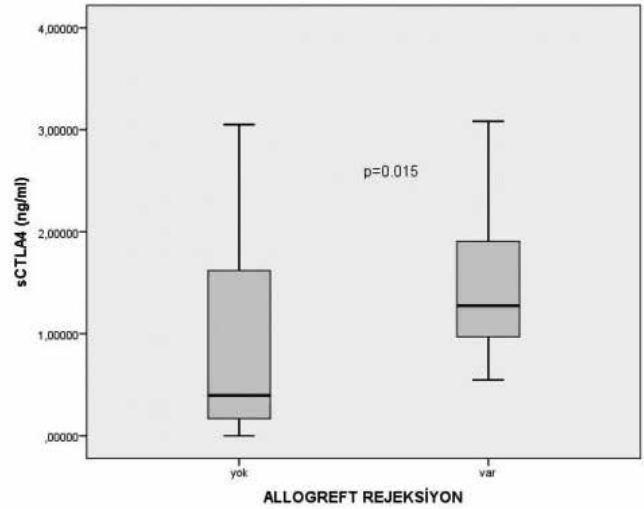
Sonuç: Serum sCTLA-4 düzeyinin kantitatif olarak tayini, böbrek allogreft rejeksiyonunun tanısında non-invaziv bir biyokimyasal belirteç olma potansiyeline sahiptir. Bu öncü çalışma sonucunda elde edilen olumlu bulguların daha büyük ölçekli çalışmalar ile desteklenmesi durumunda, allogreft disfonksiyonlarının değerlendirilmesinde mevcut tanısal yaklaşımlara alternatif/destekleyici bir yöntem sunulabilir.

Anahtar Kelimeler : Böbrek nakli, allogreft rejeksiyon, CTLA-4, sCTLA-4

Figürler :



Figür 1: CTLA-4 yapısı ve izoformları (fCTLA-4 ve sCTLA-4)



Figür 2: Allogreft rejeksiyon olan ve kontrol grubu sCTLA-4 düzeyleri karşılaştırması

OP-035

THE ROLE OF SCTLA4 AS A NON-INVAZIV BIOMARKER FOR DIAGNOSIS OF KIDNEY ALLOGRAFT REJECTION: A PRELIMINARY STUDY

Çağlar Borçak Ruhi¹, Pınar Ata², İzzet Mesut Titiz¹

¹Haydarpaşa Numune Research and Training Hospital, Department of Nephrology

²Marmara University Faculty of Medicine, Department of Medical Genetics

³Namık Kemal University Faculty of Medicine, Department of General Surgery

Introduction: Cytotoxic T-lymphocyte antigen 4 (CTLA-4) is a cell surface protein, which plays a major role in the CTLA-4/CD28/CD80/86 co-stimulatory pathway. This pathway represents the second signal for T-cell activation and sustains the rejection process, after the interaction of the T cell receptor with the alloantigen/MHC complex. CD28 expands the immune response by up-regulating the cytokine production and cytokine receptor expression. In contrast, CTLA-4 down-regulates the immune response via the inhibition of T-cell receptor signalling, blocking IL-2 production and inhibition of transcription factors. CTLA-4 have two isoforms, flCTLA-4 (full length, includes exon 1-4) responsible for the main function, however, the other isoform sCTLA-4 (soluble, includes exon 1,2 and 4) thought to be competitively inhibits the function of flCTLA-4 and responsible for activation of the immune response (Figure 1). Several studies were represented the value of the elevated levels of sCTLA-4 in the diagnosis and treatment follow-up of the autoimmune diseases. However, there is not much knowledge about the relation between sCTLA-4 levels and kidney allograft rejection. In the present study, we aimed to investigate the rationale for use of the serum sCTLA-4 as a non-invasive biomarker for diagnosis of allograft rejection.

Methods: Two groups were formed, kidney transplant allograft Rejectors and Control group to evaluate the sCTLA-4 as a non-invasive biomarker for allograft rejection. The Rejectors group consist of 24 patients who had diagnosis of biopsy-proven acute cellular or acute/chronic antibody-mediated rejection between June 2011 to June 2016 in Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital. The serum samples for sCTLA-4 were taken at the same time with kidney allograft biopsy in Rejectors group. Control group consisted of 16 kidney transplant recipients without any clinical or laboratory allograft dysfunction in their follow-up. The medical history of autoimmune diseases was the exclusion criterion for the study. Pathologic evaluation of kidney allograft biopsy was performed according to Banff 2011 diagnostic criteria. The serum samples were stored in Eppendorf tubes at -80°C until the assay day. Human CTLA-4 enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) was used for the quantitative detection of serum sCTLA-4 (BMS276, eBioscience San Diego CA) levels. The ethical committee approval and project support were provided by Marmara University. Mann-Whitney U test was used for statistical evaluation, p-value < 0.05 (two-sided) considered statistically significant.

Results: The rejectors group (24 patient, 15Male/9Female) and control group (16 patient, 11Male/7Female) did not show any significant difference in terms of age (43.5±10.4 vs. 48.2±9.5 years, p=0.16), donor source (living donor 79% vs. 69%, p=0.37) and induction immunosuppressive therapy (Anti-Tymosit Globulin 46% vs. 31%, Basiliximab 21% vs. 44%, p=0.22). In the rejectors group, there were three acute antibody mediated rejections, four acute cellular rejections and 17 chronic antibody-mediated rejection. There were 14 allograft lost occurred during the follow-up period (average 35±40.7 weeks). The serum sampling for control group was an average of 5±3 months after the kidney transplantation. Rejectors group had significantly higher serum sCTLA-4 levels than the control group (1.49±0.75 ng/ml vs. 0.94±1.07 ng/ml, p=0.015). (Figure 2)

Conclusion: The quantitative measurement of serum sCTLA-4 levels, have the potential to be a non-invasive biomarker for the diagnosis of allograft rejection. This favourable result that obtained from this preliminary study should be investigated and confirmed in larger scale studies to provide an alternative diagnostic opportunity to current modalities for diagnosis of allograft rejection.

Keywords: Kidney transplantation, allograft rejection, CTLA-4, sCTLA-4

Figürler :

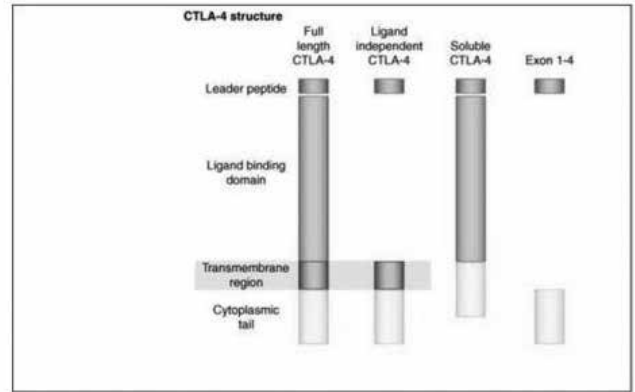


Figure 1: The structure of the CTLA-4 and its isoforms (flCTLA-4 and sCTLA-4)

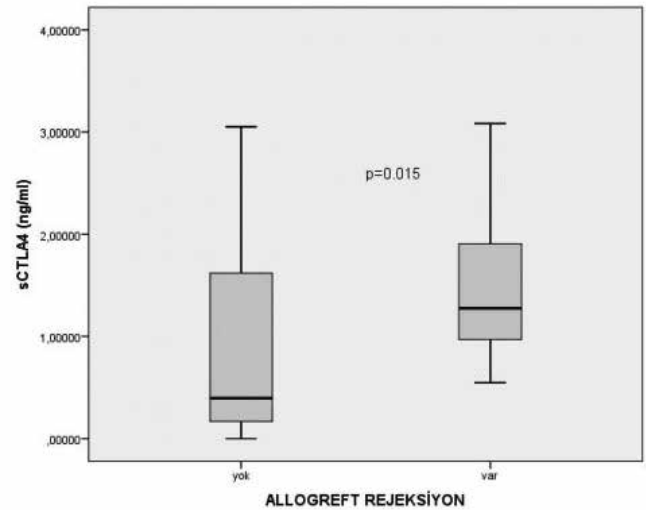


Figure 2: The comparison of the sCTLA-4 levels in Allograft Rejectors and Control groups

SS-036

DAMARDAN DEMİR VERİLEN SIÇANLARDA LİPOİK ASİDİN OKSİDAN-ANTIOKSİDAN SİSTEM VE BÖBREK HASARI ÜZERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Serkan Yıldız¹, Zahide Çavdar², Evrim Bozkaya³, Mehtat Ünlü⁴, Cemre Ural², Nur Aksuner⁵, Caner Çavdar¹, Osman Yılmaz⁶, Taner Çamsarı¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Moleküler Tıp Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

³Denizli Devlet Hastanesi, Nefroloji Bölümü, Denizli, Türkiye

⁴Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

⁵Ege Üniversitesi, Fen Fakültesi, Kimya Bölümü, İzmir, Türkiye

⁶Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Laboratuvar Hayvanları Bilimi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Amaç: Bu çalışmanın amacı damardan demir verilen sıçanlarda lipoik asidin oksidan-antioksidan sistem ve böbrek hasarı üzerine etkisinin araştırılmasıdır.

Metod: 26 adet Wistar albino sıçan K: kontrol (n=5), D: demir sukroz (n=7), L: lipoik asit (n=7) ve DL: demir sukroz + lipoik asit olmak üzere 4 gruba ayrıldı. K grubuna damardan sadece izotonik NaCl, D grubuna damardan 80 mg/kg dozunda demir sukroz ve izotonik, L grubuna damardan 100 mg/kg dozunda lipoik asit ve izotonik, DL grubuna ise damardan 80 mg/kg dozunda demir sukroz ve 100 mg/kg dozunda lipoik asit uygulandı. Çalışmadan hemen önce ve çalışmanın 30., 60. ve 180. dakikasında kan örnekleri alındı. Çalışma 360. dakikada sonlandırıldı, kan ve idrar örnekleri alındı, sol nefrektomi yapıldı. Böbrek dokusunda tübül hasar ve yapısal değişiklikler ışık mikroskopisi ile değerlendirildi, demir boyası yapıldı ve doku demir içeriği ölçüldü. Serumda kreatinin, demir, total demir bağlama kapasitesi, ferritin, malondialdehit (MDA), süperoksit dismutaz (SOD) ve glutatyon (GSH) düzeyleri ölçüldü. Böbrek dokusunda ise MDA, SOD ve GSH düzeyleri ölçüldü.

Bulgular: 180. dakikada demir uygulaması sonrası artan serum MDA düzeyleri, lipoik asitle anlamlı oranda azaldı (p<0.05). 180. dakikada demir uygulaması sonrası azalan serum SOD düzeyleri, lipoik asitle anlamlı oranda arttı (p<0.05). 180. dakikada demir uygulaması sonrası azalan serum GSH düzeyleri, lipoik asitle anlamlı oranda arttı (p<0.05). Demir uygulaması sonrası artan doku MDA düzeyleri, lipoik asitle anlamlı oranda azaldı (p<0.05). Çalışma sonunda demir uygulaması sonrası artan serum kreatinin düzeyleri, lipoik asitle anlamlı oranda azaldı (p<0.05). D ve DL gruplarında glomerüllerin ve tübüllerin büyük kısmında belirgin demir birikimi vardı. Ancak, tübül dilatasyon ve fırçamsı kenar kaybı gibi karakteristik morfolojik değişiklikler açısından her iki grup arasında anlamlı fark yoktu (p>0.05).

Sonuç: Damardan demir uygulaması böbrek dokusunda belirgin demir birikimine yol açmıştır. Lipoik asitin damardan demir uygulaması sonucu oluşan oksidatif strese eşlik eden serum MDA, SOD, GSH düzeylerini ve doku MDA düzeylerini modüle ettiği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Demir, oksidatif stres, lipoik asit

OP-036

THE INVESTIGATION OF THE EFFECT OF LIPOIC ACID ON OXIDANT-ANTIOXIDANT SYSTEM AND RENAL DAMAGE IN RATS AFTER THE INTRAVENOUS IRON

Serkan Yıldız¹, Zahide Çavdar², Evrim Bozkaya³, Mehtat Ünlü⁴, Cemre Ural², Nur Aksuner⁵, Caner Çavdar¹, Osman Yılmaz⁶, Taner Çamsarı¹

¹Dokuz Eylül University, School of Medicine, Department of Nephrology, İzmir, Turkey

²Dokuz Eylül University, Health Sciences Institute, Department of Molecular Medicine, İzmir, Turkey

³Denizli State Hospital, Department of Nephrology, Denizli, Turkey

⁴Dokuz Eylül University, School of Medicine, Department of Pathology, İzmir, Turkey

⁵Ege University, Faculty of Science, Department of Chemistry, İzmir, Turkey

⁶Dokuz Eylül University, Health Sciences Institute, Department of Laboratory Animal Sciences, İzmir, Turkey

Aim: The aim of study is to investigate the effect of lipoic acid on oxidant-antioxidant system and renal damage in rats after administration of iron intravenously.

Method: 26 rats were divided to 4 groups as K: control (n=5), D: iron sucrose (n=7), L: lipoic acid (n=7) and DL: iron sucrose and lipoic acid (n=7). Isotonic was administered intravenously only to group K, 80 mg/kg iron sucrose and isotonic were administered intravenously to group D, 100 mg/kg lipoic acid and isotonic were administered intravenously to group L, 80 mg/kg iron sucrose and 100 mg/kg lipoic acid were administered intravenously to group DL. Blood samples were drawn before and after the 30th, 60th and 180th minutes of the study. Study was finished at 360th minute, blood and urine samples were drawn, left nephrectomy was done. Morphological changes on the kidney were evaluated by light microscopy, iron staining was done and tissue iron content was measured. Serum creatinine, iron, iron binding capacity, ferritin, malondialdehyde (MDA), superoxide dismutase (SOD) and glutathione (GSH) levels were measured. MDA, SOD and GSH levels were measured.

Results: High MDA levels at 180th minute were decreased significantly with lipoic acid (p<0.05). Low SOD levels at 180th minute were increased significantly with lipoic acid (p<0.05). Low GSH levels at 180th minute were increased significantly with lipoic acid (p<0.05). High tissue MDA levels were decreased significantly with lipoic acid (p<0.05). High serum creatinine levels at the end of the study were decreased significantly with lipoic acid (p<0.05). Significant iron accumulation were detected in most of the glomeruli and tubules on group D and DL, groups were similar with respect to characteristic morphological changes (p>0.05).

Conclusion: Intravenous iron administration lead to significant iron deposition in kidney tissue. The accompanying parameters of the oxidative stress were modulated by lipoic acid after intravenous iron administration.

Keywords: Iron, oxidative stress, lipoic acid

33. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi®

*33rd National Congress of Nephrology,
Hypertension, Dialysis and Transplantation*

Poster Bildiriler / Poster Presentations

21 EKİM 2016, CUMA / 21 OCTOBER 2016, FRIDAY

GENEL NEFROLOJİ - I / GENERAL NEPHROLOGY - I**Oturum Başkanı / Chairperson: Garip Şahin****PS/GN-001****PRENATAL RISK FACTORS AND EFFECTIVE FACTORS OF MATERNAL PERIOD FOR NEUROGENIC BLADDER IN CHILDREN**

Parsa Yousefichaijan, Elham Madandar, Mohammad Rafiei, Yazdan Ghandi, Fatemeh Dorreh, Fakhreddin Shariatmadari

PS/GN-002**THE PREVALENCE OF HYPERCALCIURIA IN GIRL KIDS WITH OVERACTIVE BLADDER**

Parsa Yousefichaijan, Mohammad Rafiei, Atefeh Aziminejad, Abdolghader Pakniyat, Fakhreddin Shariatmadari, Yazdan Ghandi

PS/GN-003**CONGENITAL ANOMALIES OF KIDNEY AND UPPER URINARY TRACT IN CHILDREN WITH CONGENITAL HYPOTHYROIDISM; A CASE-CONTROL STUDY**

Parsa Yousefichaijan, Fatemeh Dorreh, Mohammad Rafiei, Mojtaba Sharafkhan, Fatemeh Safi, Mojtaba Hashemi

PS/GN-004**MEAN PLATELET VOLUME: A KEY MARKER IN CHILDREN WITH PYELONEPHRITIS**

Parsa Yousefichaijan, Manijeh Kahbazi, Aziz Eghbali, Hassan Taherhamadi, Abdolghader Pakniyat, Fakhreddin Shariatmadari

PS/GN-005**COMPLETE BLOOD COUNT (CBC) FOR PREDICTOR OF DEVELOPING ACUTE KIDNEY INJURY IN CHILDREN**

Parsa Yousefichaijan, Aziz Eghbali, Abdolghader Pakniyat, Fatemeh Dorreh, Mojtaba Hashemi, Saeed Alinejad

PS/GN-006**POSTTRANSPLANT DÖNEMDE DİYABETİK KETOASİDOZ İLE ORTAYA ÇIKAN YENİ TANİ DİYABETES MELLİTUS (NODAT) OLGUSU**

Mehmet Emin Demir

PS/GN-007**DİKLOFENAK KULLANIMINA İKİNCİL MEMBRANÖZ NEFROPATİ**

Mehmet Polat, İbrahim Ertekin, Zeki Soypaçacı, Atilla Üzümlü, İsmail Rıfki Ersoy, Fulya Çakalağaoğlu Ünay

PS/GN-008**TETANİ BULGUSU İLE BAŞVURAN VE CİDDİ METABOLİK ALKOLOZLA SEYREDEN PİLOR STENOZU: OLGU SUNUMU**

Mehmet Polat, Gökhan Keçiören, Erkut Bayram

PS/GN-009**MALİGNİTE İLE İLİŞKİLİ HIZLI İLERLEYİCİ GLOMERULONEFRİT: İKİ OLGU SUNUMU**

Mehmet Polat, İbrahim Ertekin, Zeki Soypaçacı, Atilla Üzümlü, İsmail Rıfki Ersoy, Fulya Çakalağaoğlu Ünay

PS/GN-010**THE EFFECT OF VITAMIN A IN THE TREATMENT OF CHILDREN WITH IDIOPATHIC PERSISTANT MICROSCOPIC HEMATURIA**

Parsa Yousefichaijan, Fatemeh Dorreh, Saeideh Abbasi, Mohammad Rafiei, Hassan Taherhamadi, Fakhreddin Shariatmadari

PS/GN-011**PRINATAL AND EPIDEMIOLOGIC FACTORS IN AUTOSOMAL RECESSIVE POLYCYSTIC KIDNEY DISEASE**

Parsa Yousefichaijan, Fereshte Maghsudlu, Mohammad Rafiei, Yazdan Ghandi, Abdolghader Pakniyat, Saeed Alinejad

PS/GN-012**TEKRARLAYAN TETANİ ATAKLARI İLE GELEN GİTELMAN SENDROMU: OLGU SUNUMU**

Mehmet Polat, Tolga Memişoğlu

PS/GN-013**İMMÜNGLOBÜLİN G4 İLİŞKİLİ TÜBÜLOİNTERTİSYEL NEFRİT: OLGU SUNUMU**

Serkan Yıldız, Özgür Akkale, Mehtat Ünlü, Aykut Sifil, Caner Çavdar, Ali Çelik, Sülen Sarıoğlu, Taner Çamsarı

PS/GN-014**MEMBRANÖZ GLOMERULONEFRİT VE WARTHİN TÜMÖRÜ BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU**

Serkan Yıldız, Özgür Akkale, Mehtat Ünlü, Ersoy Doğan, Caner Çavdar, Aykut Sifil, Ali Çelik, Sülen Sarıoğlu, Taner Çamsarı

PS/GN-015**TEK TARAFLI ATROFİK BÖBREKLİ HASTADA ORTOSTATİK PROTEİNÜRİ: OLGU SUNUMU**

Mehmet Polat, Aynur Terim Çağır, Seval Akbulut

PS/GN-016**YÜKSEK DOZ ATORVASTATİN KULLANIMI SONRASI RUTİN HEMODİYALİZ PROGRAMINA ALINAN RABDOMİYOLİZE BAĞLI BÖBREK YETMEZLİĞİ: OLGU SUNUMU**

Fatih Kıvrakoğlu, Sanem Öztekin, Mustafa Ergin, Gülden Bilican, Ayşenur Miray Ünlü, Pelin Gümüş, Mükerrrem Tekoluk, Sümeyya Duran Kaymak, Seyit İbrahim Akdağ

PS/GN-017**ESANSİYEL TROMBOSİTOZ'LU HASTADA SERTRALİN KULLANIMINA BAĞLI HİPONATREMİ: VAKA SUNUMU**

Özgür Timuçin Kutlu, Salih İnal, Zübeyde Aslan, Enes Günhan, Muammer Avcı, Türkan Sena Çağlak

PS/GN-018**ASSOCIATION OF HYPONATREMIA WITH PROGNOSIS IN NEPHROTIC SYNDROM**

Parsa Yousefichaijan, Sima Tayebi, Fatemeh Dorreh, Hassan Taherhamadi, Fakhreddin Shariatmadari, Mojtaba Hashemi

GENEL NEFROLOJİ - 2 / GENERAL NEPHROLOGY-2
Oturum Başkanı / Chairperson: Rengin Elsürer

PS/GN-019

THE RELATIONSHIP OF MEAN PLATELET VOLUME WITH MILD, MODERATE AND SEVERE NEPHROTIC SYNDROME

Parsa Yousefichaijan, Aziz Eghbali, Mohammad Rafiei, Fatemeh Dorreh, Fakhreddin Shariatmadari, Manijeh Kahbazi

PS/GN-020

PRENATAL RISK FACTORS FOR PROGNOSIS IN CHILDREN WITH NEPHROTIC SYNDROME

Parsa Yousefichaijan, Hassan Taherahmadi, Mohammad Rafiei, Fatemeh Dorreh, Fakhreddin Shariatmadari, Saeed Alinejad

PS/GN-021

ATİPİK HÜS İLE BAŞVURAN SLE OLGUSUNDA ECULIZUMAB TEDAVİSİ

Sibel Ersan, Banu Yılmaz, Bengü Erkul, Semih Güllü, Zevcet Yılmaz, Harun Akar

PS/GN-022

TAKAYASU ARTERİTİ VE AA TİPİ AMİLOİDOZ BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU

Serkan Yıldız, Özgür Akkale, Mehtat Ünlü, Gerçek Can, Aykut Sifil, Caner Çavdar, Ali Çelik, Sülen Sarioğlu, Taner Çamsarı

PS/GN-024

EVRE 3-4 KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA PERİFERİK ARTER HASTALIĞI SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Melek Yalçın, Mahmoud Isleem, Feyza B.çağlayan, N.bariş Hasbal, Mutlu Sümerkan, Deniz Akan, Yener Koç, Tamer Sakacı, Elbis Ahbap, Fatih Borlu, Abdulkadir Ünsal, Taner Baştürk

PS/GN-025

THE RELATIONSHIP BETWEEN BLOOD BIO MARKERS LEVEL AND THE PROGNOSIS OF CHILDREN NEPHROTIC SYNDROME

Parsa Yousefichaijan, Masoud Rezagholizamnjan, Fatemeh Rafiei, Fatemeh Dorreh, Fakhreddin Shariatmadari, Yazdan Ghandi

PS/GN-026

NATİV AORT KAPAKTA İNFEKTİF ENDOKARDİT TANISI OLAN BÖBREK FONKSİYONLARI NORMAL BİR HASTADA GELİŞEN RENAL İNFARKTÜS: OLGU SUNUMU

Dilek Kutsal, Özlem Yıldırım Türk, İsmail Başyigit, Mehmet Eren

PS/GN-027

AKUT HEMODİYALİZDE FEMORAL KATETER TAKILMASI İLE İLİŞKİLİ İATROJENİK NADİR BİR KOMPLİKASYON: RETROPERİTONEAL HEMATOM

Dilek Kutsal, Abdullah Kemal Tuynun, Nihan Yapıcı

PS/GN-028

ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONUNUN NADİR BİR KOMPLİKASYONU: PURPLE URİNE BAG SYNDROME

Barış Eser, Cihat Çoşgun, Alper Bayrak, İbrahim Doğan, Nihal Özkayar

PS/GN-029

EKSTAZİ KULLANIMI SONRASI GELİŞEN RABDOMİYOLİZE BAĞLI AKUT BÖBREK HASARI, AKUT KARACİĞER YETMEZLİĞİ VE DİK OLGUSU

Abdussamet Çelebi, Lokman Hekim Çevik, Başak Can, Fatma Pınar Açar, Figen Kahyaoğlu, Perihan Özkan Gümüşkaya, Mehmet Küçük

PS/GN-030

AMİLOİDOZ TANILI HASTALARIN ÖZELLİKLERİ

Merih Reis Aras, Beyhan Güvercin, Sevdegül Mungan, Ümit Çobanoğlu, Kadriye Yıldız, Cevriye Ceyda Kolaylı, Abdülkadir Çelik, Şükrü Ulusoy, Kübra Kaynar

PS/GN-031

İMMÜNSÜPPRESSİF TEDAVİ ALAN İKİ GLOMERÜLONEFRİT OLGUSUNDA SİTOMEGALOVİRUS HASTALIĞI

Günden Değer, Fatih Gökhan Akbay, Arzu Özdemir, Ayşegül Kudu, Fatma Sibel Koçak Yücel, Mürvet Yılmaz, Süheyla Apaydın

PS/GN-032

KRONİK BÖBREK HASTASINDA ZONA TEDAVİSİNDE VALASİCLOVİR' E BAĞLI NÖROTOKSİSİTE VE NEFROTOKSİSİTE

Pınar Tezel, Elif Sila Yelim, Süleyman Polater, Çiğdem Dinçkal, Soner Duman

PS/GN-033

İNTRAVENÖZ İMMUNGLOBULİN KULLANIMINA BAĞLI AKUT BÖBREK HASARI: OLGU SUNUMU

Fatih Yılmaz, Muammer Bilici, Ali Borazan

PS/GN-034

ERİŞKİN YAŞTA BARTTER SENDROMU

Zeki Aydın, Egemen Cebeci, Serhat Karadağ, Abdullah Şumnu, Meltem Gürsu, Savaş Öztürk, Rümeyza Kazancıoğlu

PS/GN-035

AORT TUTULUMU OLAN WEGENER GRANÜLOMATOZ VASKÜLİTİ

Fatma Dindar, Ahmed Bilal Genç, Laçın Tatlı Ayhan, Muhammed Kaya, Kubilay İşsever, Hamad Dheir, Savaş Sipahi

PS/GN-036

MİKOFENOLAT MOFETİL KULLANIMINA BAĞLI PSÖDOTUMOR SEREBRİ

Ahmed Bilal Genç, Bekir Enes Demiryürek, Kubilay İşsever, Fatma Dindar, Laçın Tatlı Ayhan, Hamad Dheir, Savaş Sipahi

GENEL NEFROLOJİ - 3 / GENERAL NEPHROLOGY-3

Oturum Başkanı / Chairperson: Rüya Mutluay

PS/GN-037

RENAL ANEMİ VE KRONİK BÖBREK HASTALIĞI PROGRESYON İLİŞKİSİ

Yasin Şahintürk, Ali Rıza Çalışkan, Metin Sarıkaya, Ayça İnci, Üstün Yılmaz

PS/GN-038

KALP YETMEZLİĞİ ETYOLOJİSİNDE NE VAR? BİR SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS VAKASI

Ercan Özcan, Ayça İnci, Yasin Şahintürk, Üstün Yılmaz, Semih Gül, Metin Sarıkaya

PS/GN-039

UNİSENTRİK CASTLEMAN HASTALIĞINA SEKONDER GELİŞEN AMİLOİDOZ VE SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ: NADİR BİR OLGU SUNUMU

Eray Eroğlu, İsmail Koçyiğit, Aydın Ünal, Murat Hayri Sipahioğlu, Hülya Akgün, Leyla Gül Kaynar, Bülent Tokgöz, Oktay Oymak

PS/GN-040

NÜKS EDEN GOOD PASTURE SENDROMU: OLGU SUNUMU

Tuba Elif Şenel, Sami Uzun, Egemen Cebeci, Oktay Özkan, Serhat Karadağ, Özger Akarsu, Ahmet Behlül, Ayça Eroğlu, Meltem Gürsu, Savaş Öztürk

PS/GN-041

Leukocytoclastic vasculitis associated a new anticoagulant: Rivaroxaban

Nuri Barış Hasbal, Taner Baştürk, Yener Koç, Tuncay Şahutoğlu, Feyza Bayraktar Çağlayan, Abdülkadir Ünsal

PS/GN-042

KRONİK BÖBREK HASTALIĞINDA ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ VE ARTERİYEL SERTLİK

Hakan Akdam

PS/GN-042

MEAN PLATELET VOLUME AND ARTERIAL STIFFNESS IN CHRONIC KIDNEY DISEASE

Hakan Akdam

PS/GN-043

AKUT KORONER SENDROMDA AKUT BÖBREK HASARI OLUŞUMUNA YOL AÇAN RİSK FAKTÖRLERİ

Didem Karaduman, Hasan Micozkadioğlu, Saif Hamad

PS/GN-044

TAM REMİSYONDAKİ GRANULOMATOZ POLİANJİTİS VAKASINDA GELİŞEN İGA NEFROPATİSİ

Feyza Bayraktar Çağlayan, Taner Baştürk, Yener Koç, Nuri Barış Hasbal, Elbis Ahbap, Tamer Sakacı, Abdülkadir Ünsal

PS/GN-045

SOLİD TÜMÖRDE SPONTAN TÜMÖR LİZİS SENDROMU;İKİ OLGU

Can Hüzmeli, Mustafa Sağlam, Barış Döner, Hatice Tuba Güngör, Ferhan Candan

PS/GN-047

DİYALİZ TEDAVİSİ OLMAYAN KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA DIŞ PROTEZİ KULLANIMININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Belkıs Gülsen Bayraktar, Ayşegül Öztürk, Tuğberk Öztürk, Gizem Nur Öztürk, Melahat Çelik Güven, Nilgün Aysuna, Semra Bozfakioğlu, Ayşe Sinangil

PS/GN-048

AKCİĞERİN SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOMU İLE İLİŞKİLİ MEMBRANOPROLİFERATİF GLOMERÜLONEFRİT

Abdülkadir Ünsal, Nuri Barış Hasbal, Feyza Bayraktar Çağlayan, Mahmoud İleem, Yener Koç, Tamer Sakacı, Elbis Ahbap, Ahmet Baran, Mustafa Özgüroğlu, Taner Baştürk

PS/GN-049

SUSTANON ENJEKSİYONU SONRASI

PSEUDOHİPERKREATİNİNEMİ

Can Hüzmeli, Mustafa Sağlam, Barış Döner, Serkan Çağlar, Özkan Güngör

PS/GN-050

MÜLTİPLE MİYELOMA, HCV POZİTİFLİĞİ VE AKUT KORONER SENDROMLU HASTA

Kemal Mağden

PS/GN-051

BİLİNÇ DURUMUNUN KORUNDUĞU HİPERGLİSEMİ VE HİPERNATREMİ BİRLİKTELİĞİ

Kubilay İşsever, Ahmed Bilal Genç, Fatma Dindar, Umut Polat, Muhammed Kaya, Hamad Dheir, Savaş Sipahi

PS/GN-052

KARACİĞER SİROZLU HASTALARDA GLOMERÜLER FİLTRASYON HIZININ DEĞERLENDİRİLMESİNDE GÜVENİLİR BİR SEÇENEK OLARAK SİSTATİN C TEMELLİ EŞİTLİKLER

Tolgahan Akca, Gültekin Süleymanlar, Funda Aydın, Halide Akbaş, İnci Süleymanlar

PS/GN-053

YÖNTEMDEN BAĞIMSIZ KİLO KAYBININ FSGS ÜZERİNE ETKİSİ: İKİ OLGU SUNUMU

Taner Baştürk, Tamer Sakacı, Nuri Barış Hasbal, Feyza Bayraktar Çağlayan, Mahmoud İleem, Yener Koç, Elbis Ahbap, Erhan Aygen, Abdülkadir Ünsal

PS/GN-054

HEMATÜRİNİN NADİR BİR NEDENİ: RENAL ARTERİOVENÖZ MALFORMASYON

Şiyar Erdoğan, Sim Kutlay, Kenan Keven, Gökhan Nergizoğlu, Kenan Ateş, Neval Duman, Şule Şengül

GENEL NEFROLOJİ - 4/ GENERAL NEPHROLOGY - 4
Oturum Başkanı / Chairperson: Avşin İbiş

PS/GN-055

HEMATÜRİ İLE PREZENTE OLAN MEMBRANÖZ NEFROPATİ VE ANTİGLOMERÜLER BAZAL MEMBRAN HASTALIĞI TANILI OLGU
Şiyar Erdoğan, Saba Kiremitçi, Sim Kutlay, Kenan Keven, Şehsuvar Ertürk, Şule Şengül

PS/GN-056

EROİN İLİŞKİLİ GRANÜLOMATÖZ POLİANJİTİS, VAKA SUNUMU
Yasemin Aydınoğlu, Gizem Varkal, Engin Onan, Saime Paydaş, Neslihan Seyrek, İbrahim Karayaylali

PS/GN-057

PRİMER VE SEKONDER FOKAL SEGMENTAL GLOMERÜLOSKLEROZDA SAĞKALIM ANALİZİ
Fatih Gökhan Akbay, Nazmiye Özlem Harmankaya, Mürvet Yılmaz, Fatma Sibel Koçak Yücel, Ayşegül Kudu, Arzu Kayalar, Nurbanu Saydam, Günden Değer, Süheyla Apaydın

PS/GN-058

RENAL ENFARKTIN NADİR BİR NEDENİ OLARAK FİBROMUSKÜLER DİSPLAZİ
Ass. Dr Atacan Akmeşe, Prof. Dr Harun Akar, Uzm. Dr Sibel Ersan, Uzm. Dr Hilal Şahin

PS/GN-059

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ (AAA) TANISI İLE TAKİPLİ HASTADA TEKRARLAYAN HEMATÜRİ VE PROTEİNÜRİ SEBEBİ: İGA NEFROPATİSİ
Abdussamet Çelebi, Lokman Hekim Çevik, Başak Can, Figen Kahyaoğlu, Kübra Altunkalem Seydi, Mehmet Küçük

PS/GN-060

KRONİK BÖBREK HASTALIĞINA EŞLİK EDEN EN SIK CİLT LEZYONLARI
Şimal Köksal Cevher, Ezgi Coşkun Yenigün, Hicran Yetkin, Cenk Aypak, Fatih Dede

PS/GN-061

BÖBREK YETMEZLİĞİNİN NADİR BİR NEDENİ: SUPRARENAL AORT OKLUZYONU
Bülent Kaya, İbrahim Yıldız, Pınar Özmen Yıldız

PS/GN-062

RADYOTERAPİ SONRASI TÜMÖR LİZİS SENDROMU GELİŞEN SOLİD KİTLESİ OLAN BİR OLGU
Kemal Mağden, Arzu Altınel Erkal

PS/GN-063

SARKOİDOZA BAĞLI ŞİDDETLİ HİPERKALSEMİ VE AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ; OLGU SUNUMU
 Damla Tüfekçi, Filiz Mercantepe, Sait Kitaplı, Özge Kitapçı, Burcu Öztürk, Ekrem Kara

PS/GN-064

GERİATRİK HASTALARDA DELİRYUM ETİYOLOJİSİNDE METABOLİK SORUNLAR
Çiğdem Dinçkal, Pınar Tosun Taşar, Sevnaz Şahin, Merve Gülşah Ulusoy, Nur Özge Akçam, Ozan Fatih Sarıkaya, Ayşin Noyan, Fehmi Akçiçek, Soner Duman

PS/GN-065

KOLŞİSİNE BAĞLI RABDOMİYOLİZ: OLGU SUNUMU
 Yusufcan Yılmaz, Gizem Kumru, Şiyar Erdoğan, Kenan Keven

PS/GN-066

ECULİZUMAB TEDAVİSİNE DRAMATİK YANIT ALINAN TİP 1 MPGN OLGUSU
Tolga Yıldırım, Yusuf Ziya Şener, Rahmi Yılmaz, Mustafa Arıcı, Bülent Altun, Yunus Erdem

PS/GN-067

NADİR GÖRÜLEN BİR İDRAR YOLU ENFEKSİYONU KLİNİĞİ: MOR İDRAR TORBASİ SENDROMU
 Filiz Mercantepe, Damla Tüfekçi, Sait Kitaplı, Özge Kitapçı, Burcu Öztürk, Osman Zikrullah Şahin, Ekrem Kara

PS/GN-068

KRONİK BÖBREK YETERSİZLİĞİ HASTASINDA NADİR BAKTERİYEMİ NEDENİ: RAOULTELLA ORNITHİNOLYTICA
Ayça Eroğlu, Özger Akarsu, Sami Uzun, Oktay Özkan, Serhat Karadağ, Egemen Cebeci, Emel Tatlı, Ahmet Behlül, Tuba Elif Şenel, Savaş Öztürk

PS/GN-069

KOLLOİDAL BİZMUT SUBSTRAT İNTOKSİKASYONU VE AKUT BÖBREK HASARI: OLGU SUNUMU
Hasan Kayabaşı, Zeyneb Başpehlivan Tuzcu, M. Hanefi Aytekin, Damla Karataş, Mürselin Güney

PS/GN-070

HİPERKOAGULOPATİYE BAĞLI RENAL İNFARKT OLGUSU
İbrahim Ertekin, Zehra İlke Akyıldız, Mehmet Polat, Rıdvan Pekçevik, Uğur Özkerim, Zeki Soypaçacı, Atilla Üzümlü, İsmail Rıfki Ersoy

PS/GN-071

ANCA POZİTİF NEKROTİZAN VE KRESENTİK LUPUS NEFRİTİ OLGU SUNUMU
Hasan Kayabaşı, Zeyneb Başpehlivan Tuzcu, Süleyman Yıldırım, Damla Karataş, Eslem İnan, Mürselin Güney

PS/GN-072

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ VE AMİLOİDOZLU HASTADA NEFROTİK SENDROM REMİSYONU VE BÖBREK YETMEZLİĞİNİN GERİLEMESİ İÇİN: ANAKİNRA
Mürvet Yılmaz, Ayşegül Kudu, Arzu Özdemir Kayalar, Fatih Gökhan Akbay, Sibel Koçak Yücel, Betül Yıldırım, Günden Değer, Nilüfer Kanitez, Süheyla Apaydın

GENEL NEFROLOJİ - 5 / GENERAL NEPHROLOGY - 5
Oturum Başkanı / Chairperson: Fatma Ayerden Ebinç

PS/GN-073

POLİKİSTİK BÖBREK HASTALARINDA OKSİDATİF STRES DÜZEYİNDE ARTIŞ VE SOLUBLE KLOTİNOGEN DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ

Ayça İnci, Refik Olmaz, Süleyman Dolu, Melahat Çoban, Üstün Yılmaz, Yasin Şahintürk, Olgun Akın, Metin Sarıkaya, Funda Sarı

PS/GN-074

OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALARININ BESİN TÜKETİMLERİYLE BÖBREK VOLÜMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Yonca Sevim, Egemen Cebeci, Özlem Persil Özkan, Meltem Gürsu, Sami Uzun, Serhat Karadağ, Ahmet Behlül, Yıldırım Savaş, Gül Kızıltan, Savaş Öztürk

PS/GN-075

SEZARYEN SONRASI MESANE PERFORASYONUNA BAĞLI AKUT BÖBREK YETERSİZLİĞİ

Dilek Barutçu Atas, Ebru Aşıcıoğlu, Meryem Durgay, Hakkı Arıkan, Mehmet Koç, Serhan Tuğlular, Çetin Özener

PS/GN-076

RADYOKONTRAST MADDENİN SANTRAL KAN BASINCI, VASKULER YATAK, KALP RİTMİ VE RENAL FONKSİYONLAR ÜZERİNE ETKİLERİ

Burcu Yazıcı Elmas, Gülçin Kantarcı, Ayça Türer Cabbar, Muzaffer Değertekin, Musatafa Aytekin Şimşek

PS/GN-077

OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALARINDA SERUM ENDOCAN DÜZEYİ

İskender Ekinici, Rümeyza Kazancıoğlu, Reha Erkoç, Meltem Gürsu, Sinem Aydın, Egemen Cebeci, Elif Kılıç

PS/GN-078

ATEŞ, TROMBOSİTOPENİ, AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ VE HİPOKOMPLEMENTEMİ İLE SEYREDEN BİR OLGU: HANTAVİRÜS ENFEKSİYONU İLİŞKİLİ RENAL SENDROM

Burcu Öztürk, Filiz Mercantepe, Damla Tüfekçi, Sait Kitaplı, Özge Kitapçı, Osman Zikrullah Şahin, Ekrem Kara

PS/GN-079

OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALARINDA ORUÇ TUTMANIN BÖBREK FONKSİYONLARI ÜZERİNE ETKİLERİ

İskender Ekinici, Rümeyza Kazancıoğlu, Reha Erkoç, Elif Kılıç, Elif Ece Doğan, Meltem Gürsu, Egemen Cebeci, Savaş Öztürk

PS/GN-080

PROTEİNÜRİNİN NADİR BİR NEDENİ: POMPE HASTALIĞI

Özgür Can, Umut Kasapoğlu, Gözde Koç, Melike Betül Ögütmen

PS/GN-081

AYIRICI TANIDA AMİLOİDOZ

Özgür Can, Başak Boynueğri, Umut Kasapoğlu, Gözde Koç, Melike Betül Ögütmen

PS/GN-082

NADİR HİPERKALSEMİ NEDENİ OLARAK GRANÜLOMATÖZ ENFEKSİYON VE KRİPTOKOK MENENJİTİ BİRLİKTELİĞİ

Neşat Yücel, Yasemin Aydınalp, Ahmet Melih Arslan, Engin Onan, Saime Paydaş, Neslihan Seyrek, Mustafa Balal, İbrahim Karayaylalı

PS/GN-083

RİTUKSİMAB İLE DÜZELEN STEROİDE DİRENÇLİ FOKAL SEGMENTAL GLOMERULOSKLEROTİK OLGUSU

Ömer Celal Elçioğlu, Yelda Deligöz Bildacı, Meltem Gürsu, Özlem Aris, Leyla Guliyeva, Rümeyza Kazancıoğlu

PS/GN-084

PRİMER ANJİYOPLASTİ İLE BAŞARILI REVASKÜLARİZASYON YAPILAN RENAL ARTER TROMBOZU OLGUSU

Yelda Deligöz Bildacı, Ömer Celal Elçioğlu, Mehmet Ergelen, Meltem Gürsu, Rümeyza Kazancıoğlu

PS/GN-085

KRONİK BÖBREK HASTALARINDA D VİTAMİN TEDAVİSİNİN İNSÜLİN DİRENÇİ VE DİĞER METABOLİK PARAMETRELERE ETKİSİ

Mürvet Yılmaz, Ayşegül Kudu, Sibel Koçak Yücel, Nadiye Sever, Fatih Gökhan Akbay, Arzu Özdemir Kayalar, Günden Değer, Şebnem Tekin Neijmann, Süheyla Apaydın

PS/GN-086

KALSİTRİOLE DİRENÇLİ HASTALARDA PARİKALSİTOLÜN ERİTROPOİETİNİN TÜKETİMİ ÜZERİNDEKİ ETKİLİLİĞİNİ DEĞERLENDİREN PROSPEKTİF KLİNİK ÇALIŞMA

Alaattin Yıldız, Tamer Sakacı, Gülşah Şaşak, Şennur Köse, Zerrin Bicik Bahçebaşı, Hasan Kayabaşı, Mürvet Yılmaz

PS/GN-087

OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIĞINDA İDRAR DANSİTESİ İLE RENAL SAĞKALIM İLİŞKİSİ

Abdullah Özçelik, Bayram Kızılkaya, Umut Türkmen, Osman Zikrullah Şahin, Ekrem Kara

PS/GN-088

KRONİK BÖBREK HASTALIĞINDA İNFLAMASYON PARAMETRELERİ ENFEKSİYON İLİŞKİSİ

Sultan Naza Sipahi, Ahmet Karataş, Melda Dilek, Garip Bekvilavioğlu, Nuro Arık, Hayriye Sayarlıoğlu

PS/GN-089

DİYABETİK HEMODİYALİZ HASTALARINDA HBA1C DEĞİŞKENLİĞİNİN SAĞKALIM İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Cihan Uysal, Ahmet Karataş, Nuro Arık, Cem Biçen, Hayriye Sayarlıoğlu, Melda Dilek

PS/GN-090

AKUT BÖBREK HASARI TANISINDA YENİ BİR BİYOMARKIR OLARAK MYO-INOSİTOL OXYGENASE.

Cuma Mertoğlu, Murat Günay, Ali Gürel, Mehmet Güngör

GENEL NEFROLOJİ - 6 / GENERAL NEPHROLOGY - 6
Oturum Başkanı / Chairperson: Önder Yavaşcan

PS/GN-091

MAYER- ROKİTANSKY- KÜSTER- HAUSER SENDROMU VE PELVİK UNİLATERAL EKTOPİK BÖBREK

Feyza Bora, Emin Sancar, Fatih Palit, Hüseyin Koçak, Fettah Fevzi Ersoy

PS/GN-092

İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALIKLARINDA RENAL TAŞ GELİŞİMİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Mevlüt Tamer Dincer, Serkan Feyyaz Yalın, Sinan Trabulus, Nurhan Seyahi, Aykut Ferhat Çelik, Mehmet Rıza Altıparmak

PS/GN-093

MALİGN LENFOMA İNFİLTRASYONUNA BAĞLI AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ VE TEDAVİ SONRASI TAM REMİSYON

Belda Dursun, Melis Yorulmaz, Sibel Hacıoğlu, Nagihan Yalçın, Nilay Şen Türk

PS/GN-094

SAĞLIKLI BİREYDE YÜKSEK DOZ METFORMİN ALINIMINA BAĞLI GELİŞEN LAKTİK ASİDOZ OLGUSU

Ali Bakan, Berrak Sahtiyancı, Recep Demirci, İrem Kırış Utku, Mehmet Mor, Deniz İncaman, Ömür Tabak, Abdülbaki Kumbasar

PS/GN-095

UNİLATERAL NEFREKTOMİLİ HASTALARDA UZUN DÖNEM KARDİYOVASKÜLER RİSKİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sultan Özkurt, Yusuf Karavelioğlu, Macit Kalcık, Ahmet Musmul

PS/GN-096

KRONİK BÖBREK HASTALIĞI OLAN HASTALARDA HASTALIK PROGRESYONUNA ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ; BİR MERKEZİN DENEYİMİ

Selami Bayram, Feyza Bora, Funda Sarı, Hüseyin Koçak, Ramazan Çetinkaya, Fevzi Ersoy, Gültekin Süleymanlar

PS/GN-097

DEKSKETOPROFENE BAĞLI RABDOMYOLİZ, CİLT DÖKÜNTÜSÜ VE AKUT BÖBREK HASARI: 2 OLGU

Enver Yüksel, Şehmus Özmen, Ramazan Danış

PS/GN-098

ASSESSMENT OF LONG TERM CARDIOVASCULAR EFFECTS OF UNILETERAL NEPHRECTOMY

Sultan Özkurt, Yusuf Karavelioğlu, Macit Kalcık, Ahmet Musmul

PS/GN-099

AL AMİLOİDOZ HASTASINDA HIGH CUT OFF HEMODİYALİZ TEDAVİSİ, KEMOTERAPİ İLE BİRLİKTE UYGULANDIĞINDA RENAL SAĞKALIMI İYİLEŞTİRİR Mİ?

Necmi Eren, Özgür Mehtap, Ant Uzun, Galip Egemen Atar, Betül Kalender Gönüllü, Süleyman Sami Kartı, İtir Yeğenağa

PS/GN-100

PRİMER GLOMERÜLONEFRİTLİ HASTALARDA DEMOGRAFİK, KLİNİK ÖZELLİKLER, RENAL SAĞ KALIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Nail Paksoy, Serkan Feyyaz Yalın, Sinan Trabulus, Nurhan Seyahi, Meltem Pekpak, Rezzan Ataman, Mehmet Rıza Altıparmak

PS/GN-101

KRONİK BÖBREK HASTALIĞI OLAN HASTALARDA MORBİDİTE VE MORTALİTE DETERMİNANTLARI; YEDİ YILLIK İZLEM SONUÇLARI

Selami Bayram, Feyza Bora, Funda Sarı, Hüseyin Koçak, Ramazan Çetinkaya, Fevzi Ersoy, Gültekin Süleymanlar

PS/GN-102

PREDİYALİZ DÖNEM KRONİK BÖBREK HASTALARINDA DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ İLE ESER ELEMENTLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dede Şit, Emre Yüce, Hasan Kayabaşı, Müslüm Gündüz, Ender Tanrıverdi, Mehmet Emin Yılmaz

PS/GN-103

ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU KLİNİĞİYLE BAŞVURAN ERİŞKİN ATİPİK HEMOLİTİK ÜREMİK SENDROM OLGUSU

Mürşide Esra Dölarslan, Simge Bardak, Kenan Turgutalp, Anıl Tombak, Serap Demir, Ahmet Alper Kıyıkım

PS/GN-104

HİPONATREMİ İLE PRESENTE OLAN LEPTOSPIROZ OLGUSU

Mürşide Esra Dölarslan, Simge Bardak, Kenan Turgutalp, Serkan Yaraş, Selina Kubat, Cansu Alakuş, Esra Kazak, Serap Demir, Ahmet Alper Kıyıkım

PS/GN-105

WEGENER GRANULAMATOZ TANILI HASTADA POSTERİOR REVERSİBLE ENSEFALOPATİ SENDROMU

Nuh Berekatoglu, Şeyhmus Özmen, Mehmet Nezir Güllü, Enver Yüksel, Ramazan Danış, Recai Duymuş, Serdar Almacioğlu

PS/GN-106

SHONE SENDROMLU BİR HASTADA KARDİYORENAL SENDROM YÖNETİMİ

Yelda Deligöz Bildacı, Ömer Celal Elçioğlu, Meltem Gürsu, Rümeyza Kazancıoğlu

PS/GN-107

CİDDİ HİPERKALSEMİNİN YENİ BİR NEDENİ: OLGU SUNUMU

Ömer Celal Elçioğlu, Yelda Deligöz Bildacı, Meltem Gürsu, Rümeyza Kazancıoğlu

PS/GN-108

ANAMNEZDEN YOLA ÇIKILARAK TANI KONMUŞ FABRY OLGUSU

Ömer Celal Elçioğlu, Yelda Deligöz Bildacı, Meltem Gürsu, Aykut Özmen, Rümeyza Kazancıoğlu

22 EKİM 2016, CUMARTESİ / 22 OCTOBER 2016, SATURDAY

DENEYSEL ÇALIŞMALAR- HEMODİYALİZ-1 /
EXPERIMENTAL STUDIES - HEMODIALYSIS-1
Oturum Başkanı / Chairperson: Ebru Aşıcıoğlu

PS/DÇ-109
PARİKALSİTOLÜN SIÇANLARDA OLUŞTURULAN RENAL
İSKEMİ REPERFÜZYON HASARINDA MMP-2 VE MMP-9
AKTİVİTELERİNE ETKİSİ

Sibel Ersan, Aslı Çelik, Mehmet Tanrısev, Işıl Köse, Zahide Çavdar, Mehtat Ünlü, Ayşe Koçak, Banu Yılmaz, Timur Köse

PS/DÇ-110
FRUKTOZ İLE OLUŞTURULMUŞ METABOLİK SENDROM
MODELİNDE ENALAPRİLİN BÖBREK FONKSİYONLARI ÜZERİNE
ETKİSİ

Bedrettin Orhan, Ramazan Ulu, Özlem Üçer, Mehmet Tuzcu, Zeki Kemeç, Cemal Orhan, Necip İlhan, Kazım Şahin, Ayhan Doğukan

PS/HD-113
KRONİK HEMODİYALİZ HASTALARINDA DİYALİZER
MEMBRAN AKIM ÖZELLİKLERİNİN SERUM PARATHORMON VE
HEMOGLOBİN DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Mehmet Emin Demir

PS/HD-114
KRONİK HEMODİYALİZ HASTALARINDA BLASTOSİSTİS SP
SIKLIGININ VE ALT TIPLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: BARSAK
MİKROBIYATASININ ÖNEMİ

Levent Demirtaş, Kültigin Türkmen

PS/HD-115
HEMODİYALİZ HEMŞİRESİ / TEKNİKERİ TARAFINDAN DİYALİZ
ÖNCESİ A/V FİSTÜL/GREFT MUAYENESİ İLE TROMBÜS TESPİT
EDİLEN HASTA : VAKA SUNUMU

Aysun Ünal, Mustafa Çetin, Ahmet Şükrü Alpaslan, Eşref Ertan Çiçek, Abdi Metin Sarıkaya

PS/HD-116
KAZANILMIŞ ARTERO-VENÖZ FİSTÜL KAPOSİ SARKOM İLE
İLİŞKİLİ MİDİR?

Barış Eser, İbrahim Doğan, Özlem Yayar, Yılmaz Baş, Cihat Çoşgun, Nihal Özkayar

PS/HD-117
Air embolism following removal of hemodialysis catheter
Tuncay Sahutoglu, Tamer Sakaci, Nuri Baris Hasbal, Ekrem Kara, Elbis Ahabap, Mustafa Sevinc, Yener Koc, Taner Basturk, Elif Sahutoglu, Abdulkadir Unsal

PS/HD-118
FİSTÜLOGRAFI İLE AV FİSTÜLÜ VE DİYALİZ YETERLİLİĞİ
DÜZELTİLEN OLGU

Aysun Ünal, Mustafa Çetin, Neşe Bayraktar, Bülent Çekiç, Abdi Metin Sarıkaya

PS/HD-119
THE EFFECT OF HEMODIALYSIS ON BALANCE MEASUREMENTS
AND RISK OF FALL

Ertuğrul Erken, Ruya Ozelsancak, Safak Sahin, Emine Ece Yılmaz, Dilek Torun, Yunus Emre Kuyucu, Siren Sezer

PS/HD-120
SEFALİK AVF PSEUDOANEVRİZMASI
Aysun Ünal, Ercan Akbulut, Mustafa Çetin, Şirin Tekin Kırıl

PS/HD-121
KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTALAR İNORGANİK
FOSFOR İÇEREN GIDALARIN NE KADAR FARKINDA VE EĞİTİM
HASTALAR ÜZERİNE NE KADAR ETKİLİ ?
Nihan Tekkarışmaz, Dilek Torun, Ruya Özelsancak

PS/HD-122
HEMODİYALİZ HASTALARINDA MİNERAL METABOLİZMA
PARAMETRELERİNDEKİ DEĞİŞKENLİĞİN KARDİAK MORTALİTE
İLE İLİŞKİSİ
Gülsüm Özkan, Şükrü Ulusoy, Beyhan Güvercin, Adnan Yavuz

PS/HD-123
HEMODİYALİZ HASTALARININ ERGEN ÇOCUKLARININ SOSYO-
DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ
Seyyid Bilal Açıkgoz, Savaş Sipahi, Fuat Kırçelli, Ahmed Bilal Genç, Mehmet Yıldırım, Aysel Gürkan Toçoğlu, Ergün Fidan Kırçelli, Hamad Dheir

PS/HD-124
HEMODİYALİZ HASTALARINDA SİGARA PARATİROİD HORMON
İLİŞKİSİ, SİGARA İÇMEK DAHA FAZLA MI RİSKLİ?
Seyyid Bilal Açıkgoz, Ahmed Bilal Genç, Mehmet Yıldırım, Gökhan Öner, Kenan Evren Öztop, Mehmet Bülent Vatan, Yakup Ersel Aksoy, Hamad Dheir, Savaş Sipahi

PS/HD-125
HİSSEDİLEN BAKIM YÜKÜ ÖLÇEĞİ: TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI
Kenan Evren Öztop, Ahmed Bilal Genç, Ceyhan Varım, Savaş Sipahi

HEMODİYALİZ-2 / HEMODIALYSIS-2**Oturum Başkanı / Chairperson: Serdar Kahvecioğlu****PS/HD-126****HEMODİYALİZ HASTALARINDA PARATİROİDHORMON DÜZEYLERİ İLE DEPRESYON İLİŞKİSİ**Kenan Evren Öztop, Ahmet Bilal Genç, Ceyhun Varım, Savaş Sipahi**PS/HD-127****HEMODİYALİZ HASTALARINDA HİSSEDİLEN BAKIM YÜKÜ, YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON**Kenan Evren Öztop, Ahmet Bilal Genç, Ceyhun Varım, Savaş Sipahi**PS/HD-128****KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARIN AİLE ÖZELLİKLERİNİN ERGEN ÇOCUKLARIN BENLİK ALGILARI ÜZERİNE OLAN ETKİLERİ**Savaş Sipahi, Fuat Kırçelli, Ahmed Bilal Genç, Seyyid Bilal Açıkgöz, Mehmet Yıldırım, Aysel Gürkan Toçoğlu, Ergül Fidan Kırçelli, Hamad Dheir**PS/HD-129****TROMBOZE ANEVRİZMATİK AVF OPERASYONU VAKA SUNUMU**Ercan Akbulut, Şirin Tekin Kırıl, Aysun Ünal, Gizem Dolu, Mustafa Çetin, Abdi Metin Sarıkaya**PS/HD-130****ARTERİYOVENÖZ GREFT ÜZERİNDE GELİŞEN PSÖDOANEVRİZMA REKONSTRÜKSİYONUNDA ANEVRİZMA DUVARININ YAMA OLARAK KULLANIMI**Ercan Akbulut, Bülent Dinç, Hatice Ariöz, Mustafa Çetin, Aysun Ünal, Gizem Dolu, Abdi Metin Sarıkaya**PS/HD-131****DİYALİZ HASTALARINDA VDR GEN POLİMORFİZMİ İLE HEPATİT B AŞISINA YANIT ARASINDAKİ İLİŞKİ**Can Hüzmeli, Ferhan Candan, Gökhan Bağcı, Binnur Bağcı, Lale Akkaya, Ayşe Şeker, Mansur Kayataş**PS/HD-132****HEMODİYALİZ HASTALARINDA DEPRESYON VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**Zeki Aydın, Erkan Şengül, Egemen Cebeci, Serhat Karadağ, Meltem Gürsu, Savaş Öztürk, Rümeyza Kazancıoğlu**PS/HD-133****PARATİROİDEKTOMİ SONRASI SPONTAN TENDON RÜPTÜRÜ**Can Hüzmeli, Barış Döner, Mustafa Sağlam, Beşir Dikmen, Serdar Çitil, Ferhan Candan**PS/HD-134****HEMODİYALİZ HASTASINDA SPONDİLODİSKİT: OLGU SUNUMU**Arzu Özdemir, Mürvet Yılmaz, Fatma Sibel Koçak Yücel, Ayşegül Kudu, Fatih Gökhan Akbay, Süheyla Apaydın**PS/HD-135****İNTERDİYALİTİK KİLO ALIMI HEMOGLOBİN DEĞİŞKENLİĞİNİ ETKİLER Mİ?**Ender Hür, Merve Gülşah Ulusoy, Elif Duman, Cenk Gökalp, Hüseyin Taşkın, Selahattin Bıçak, Özge Timur, Neşe Büyükoğlu, Necati Özkan, Ertuğrul Çakır, Gürcan Yurtman, İlhan Akgüngör, Zeki Malkoç, Soner Duman**PS/HD-136****KRONİK HEMODİYALİZ HASTALARINDA AŞIL TENDONUNUN VTIQ YÖNTEMİ İLE SONOELASTOGRAFİK OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ**Emrah Çağlar, İbrahim İlker Öz, Muammer Bilici, Fatih Yılmaz, Sevil Uygun İlikhan, Ali Borazan**PS/HD-137****BAZİLİK VEN İNTERPOZİSYONU İLE REVİZE EDİLEN BRAKİOSEFALİK ARTERİOVENÖZ ANEVRİZMA OLGUSU**Bülent Dinç, Ercan Akbulut, Şirin Tekin Kral**PS/HD-138****HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA HIZLANMIŞ KALSİTRİOL KATABOLİZMASI VİTAMİN D EKSİKLİĞİNE KATKIDA BULUNMAKTA MIDIR?**Hasan Sözen, Abir Alaamel, Sebahat Özdem, Feyza Bora, Funda Sarı, Gültekin Süleymanlar, Fettah Fevzi Ersoy**PS/HD-139****KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARIN ERGEN ÇOCUKLARINDA BAĞLANMA BİÇİMLERİNİN İNCELENMESİ**Fuat Kırçelli, Ergül Fidan Kırçelli, Savaş Sipahi, Ahmed Bilal Genç, Seyyid Bilal Açıkgöz, Mehmet Yıldırım, Aysel Gürkan Toçoğlu, Hamad Dheir**PS/HD-140****HEMODİYALİZ HASTALARINDA AYAK BİLEĞİ KOL BASINÇ İNDEKSİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Serhat Karadağ, Burçin Aydemir, Eyüp Çavdar, Sami Uzun, Egemen Cebeci, Savaş Öztürk

PS/HD-141**OLGU SUNUMU: KYRLE HASTALIĞI**Özgür Can, Rafiye Kızılhan, Melike Betül Öğütmen**PS/HD-142****HİPERVOLEMİK HEMODİYALİZ HASTALARINDA EPO TEDAVİSİNİN BELİRLENMESİNDE PRE VEYA POST DİYALİZ HEMOGLOBİN TERCİHİNİN, KARDİOVASKÜLER ETKİLERİ**Erhan Tatar, Yasemin Toraman, Pelin Pınar, Erdoğan Pekkolay Pekkolay, Hasan Hüseyin Uzuner, Kezban Pınar Yeniyay

HEMODİYALİZ-3/ PERİTON DİYALİZİ-1

HEMODIALYSIS-3 - PERITONEAL DIALYSIS-1

Oturum Başkanı / Chairperson: Ahmet Kıyıkım**PS/HD-143****NUTRİSYONEL DESTEK YÖNTEMLERİNİN İNFLAMASYON VE KARDİOVASKÜLER OLAY ÜZERİNE OLUMLU ETKİLERİ**

Bahar Gürlek Demirci, Emre Tural, Zeynep Bal, Siren Sezer

PS/HD-144**HEMODİYALİZ HASTALARINDA YAŞ İLİŞKİLİ BESLENME, HİDRASYON VE ARTERİYEL SERTLİK ÖLÇÜMLERİ AÇISINDAN FARKLILIKLAR**

Zeynep Bal, Bahar Gürlek Demirci, Rüya Özelsancak, Gültekin Gençtoy, Öznur Kal, Emre Tural, Siren Sezer

PS/HD-145**HEMODİYALİZ HASTALARININ VÜCUT SU DEĞİŞİKLİKLERİNİN ÖLÇÜMÜNDE MONO VE MULTİFREKANS EMPEDANS ANALİZÖRÜ KARŞILAŞTIRILMASI**

Sibel Gülçipek, Serkan Feyyaz Yalın, Selma Alagöz, Sinan Trabulus, Mehmet Rıza Altıparmak, Nurhan Seyahi

PS/HD-146**HEMODİYALİZ HASTALARINDA SAĞKALIMI ÖNGÖRMEDE YENİ BİR YÖNTEM: İMPEDANS ORANI**

Ender Hür, Sennur Budak Köse, Elif Duman, Kemal Mağden, Gürsel Yıldız, Bilal Toka, Siren Sezer, Soner Duman

HİPERTANSİYON / HYPERTANSION**Oturum Başkanı / Chairperson: Ahmet Kıyıkım****PS/HT-147****NADİR GÖRÜLEN BİR HİPERTANSİYON NEDENİ: MİDDLE AORTİK SENDROM**

Serkan Yıldız, Özgür Akkale, Ali Çelik, Yiğit Göktay, Mustafa Seçil, Aykut Sifil, Caner Çavdar, Taner Çamsarı

PS/HT-148**İNTRATORASİK EKTOPIK BÖBREK VE HİPERTANSİYON BİRLİKTELİĞİ**

Serkan Yıldız, Özgür Akkale, Aytaç Gülcü, Caner Çavdar, Aykut Sifil, Ali Çelik, Taner Çamsarı

PS/HT-149**TEMEL KURAL: KAN BASINCI HER İKİ KOLDAN ÖLÇÜLMELİDİR**

Serkan Yıldız, Özgür Akkale, Aytaç Gülcü, Aykut Sifil, Caner Çavdar, Ali Çelik, Taner Çamsarı

PS/HT-150**AKSESUAR RENAL ARTER STENOZU HİPERTANSİYONUN SEBEBİ OLABİLİR Mİ?**

David Ojalvo, Aylin Hasanefendioğlu Bayrak, Hüseyin Özkurt, Fatih Borlu

PS/HT-151**TUZ VE KEPEKLİ EKMEK**

Mehmet Tekin Akpolat, Ragıp Kadı, Cengiz Utaş

PS/HT-152**MALİGN HİPERTANSİYONUN SEBEP OLDUĞU MİKROANJİOPATİK HEMOLİTİK ANEMİ (MAHA), CİDDİ HİPERTANSİF RETİNOPATİ VE BÖBREK YETMEZLİĞİ TABLOSU**

Feyza Bora, Rukiye İlhan, Funda Sarı, Bahar Akkaya, Ramazan Çetinkaya, Gültekin Süleymanlar

PERİTON DİYALİZİ / PERITONEAL DIALYSIS**Oturum Başkanı / Chairperson: Ahmet Kıyıkım****PS/PT-153****TENCHKOFF KATETER TAKILMASINDA MEKANİK KOMPLİKASYON: MESANE İÇİNE YERLEŞTİRME**

Barış Eser, İbrahim Doğan, Selahattin Çalışkan, Özlem Yayar, Nihal Özkayar

PS/PT-154**İLERİ TRİKÜSPİT YETMEZLİĞİ HASTASINDA PERİTON DİYALİZİ: NONÜREMİK ENDİKASYON**

Dilek Gibyeli Genek, Peruze Yüksel, Volkan Karakuş, Okşan Uyar Gazezoğlu, Zühra Toksoy, Özcan Başaran, Bülent Huddam

PS/PT-155**KRONİK KONJESTİF KALP YETMEZLİĞİNDE PERİTON DİYALİZİ TEDAVİSİ: VAKA SERİSİ**

Dilek Gibyeli Genek, Peruze Yüksel, Okşan Uyar Gazezoğlu, Volkan Karakuş, Zühra Toksoy, Bülent Huddam

PS/PT-156**HİPOTANSİYON İLE PREZENTE OLAN TÜBERKÜLOZA SEKONDER SÜRRENAL YETMEZLİK VE AMİLOİDOZLU PERİTON DİYALİZ HASTASI**

Gülsüm Özkan, Tuncay Koç, Meltem Öznur

PS/PT-157**PERİTON DİYALİZİ HASTASINDA LERCADİPİN KULLANIMINA BAĞLI BULANIK DİYALİZAT**

Hamad Dheir, Ahmed Bilal Genç, Esen Aka, Ferda Nur Dede, Savaş Sipahi

PS/PT-158**PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA NABIZ DALGA HIZI ÖLÇÜMÜ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Zeynep Kendi Celebi, Gülten Çelik, Şiyar Erdoğmuş, Selma Yalçın, Serkan Aktürk, Kenan Ateş

PS/PT-159**SÜREKLİ AYAKTAN PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA SİGARA İÇİCİLİĞİNİN TROMBOSİT AGREGASYONU ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

Serkan Bakırdöğen, Necmi Eren, Sibel Gökçay Bek

PERİTON DİYALİZİ - RENAL TRANSPLANTASYON-1 /
PERITONEL DIALYSIS-2 - RENAL TRANSPLANTATION-1
Oturum Başkanı / Chairperson: Eyüp Külah

PS/PT-160

SÜREKLİ AYAKTAN PERİTON DİYALİZ HASTALARINDA
PERİTONİT VE SERUM-DİYALİZAT İMMÜNGLOBULİN-G
SUBGRUP DÜZEYLERİ İLİŞKİSİ

Yasin Şahintürk, Ayça İnci, Metin Sarıkaya

PS/PT-161

SÜREKLİ AYAKTAN PERİTON DİYALİZ HASTALARINDA
PERİTONİT İLE DİYALİZ YETERSİZLİĞİ VE NUTRİSYONEL
PARAMETRELERİN İLİŞKİSİ

Yasin Şahintürk, Metin Sarıkaya, Ayça İnci

PS/PT-162

PERİTONİT SIRASINDA GELİŞEN HEMOPERİTONEUMUN
ALTEPLAZ İLE TEDAVİSİ: VAKA SUNUMU

Seval Yıldız, Osman Tamer Şahin, Erim Gülcan, Özlem Kabak, Keziban Çiçek Büyükgursak

PS/PT-163

CERRAHİ PD KATETERİ YERLEŞTİRİLMESİNDEN SONRA ÇOKLU
PERKÜTAN PD KATETERİ YERLEŞTİRME ETKİLİ VE GÜVENLİDİR:
VAKA TAKDİMİ

Erim Gülcan, Osman Tamer Şahin, Seval Yıldız, Özlem Kabak, Süreyya Özbay

PS/PT-164

NADİR BİR PERİTONİT ETKENİ: PANTOEA AGGLOMERANS

Günden Değer, Mürvet Yılmaz, Fatma Sibel Koçak Yücel, Arzu Özdemir, Fatih Gökhan Akbay, Ayşegül Kudu, Süheyla Apaydın

PS/PT-165

PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA PULMONER ARTER
BASINCI ÖNEMLİ BİR PROGNOSTİK FAKTÖRDÜR

Zeynep Kendi Celebi, Gülden Çelik, Şiyar Erdoğmuş, Selma Yalçın, Serkan Aktürk, Kenan Ateş

PS/PT-166

PERİTONEAL DİYALİZ TEDAVİSİNE BAŞLAMA
ENDİKASYONLARI

Ömer Celal Elçioğlu, Yelda Deligöz Bildacı, Meltem Gürsu, Rümeyza Kazancıoğlu

PS/PT-167

PERİTON DİYALİZİ: HAYAT KURTARICI BİR SEÇENEK

Ömer Celal Elçioğlu, Yelda Deligöz Bildacı, Meltem Gürsu, Rümeyza Kazancıoğlu

PS/PT-168

PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA PERİTON EŞİTLEME
TESTİNİN (PET) YILLAR İÇERİSİNDE DEĞİŞİMİ VE BU DEĞİŞİME
ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN TESPİTİ

Hasan Sözen, Feyza Bora, Funda Sarı, Ramazan Çetinkaya, Türkan Şanlı, Fettah Fevzi Ersoy

PS/PT-169

APSE İLE SEYREDEN PERİTON KATETERİ TÜNEL
ENFEKSİYONUNUN PERKÜTAN DRENAJ İLE TEDAVİSİ

Şimal Köksal Cevher, Ezgi Çoşkun Yenigün, Çağdaş Şahap Oygür, Emre Çankaya, Fatih Dede

TRANSPLANTASYON / TRANSPLANTATION

Oturum Başkanı / Chairperson: Eyüp Külah

PS/RT-170

TÜBEROSKLEROZ KOMPLEKSİ ÖYKÜSÜ OLAN KADAVRA
VERİCİDEN BÖBREK NAKLİ: 8 YILLIK İZLEM

Serkan Yıldız, Özgür Akkale, Zekai Serhan Derici, Ali Çelik, Caner Çavdar, Aykut Sifil, Taner Çamsarı

PS/RT-171

BÖBREK NAKLİ SONRASI GEBELİKTE RENAL VE OBSTETRİK
SONUÇLAR: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Yavuz Ayar, Alparslan Ersoy, Gökhan Ocakoğlu, Abdülmecit Yıldız, Ayşegül Oruç, Bilge Çetinkaya Demir, Bayram Korkut, Burcu Bozkurt, Ahmet Bigehan Şahin

PS/RT-172

AMİLOİDOZA BAĞLI KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ GELİŞEN
HASTALARDA BÖBREK NAKLİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Elif Erkmen, Serkan Yıldız, Özgür Akkale, Zekai Serhan Derici, Ali Çelik, Caner Çavdar, Aykut Sifil, Taner Çamsarı

PS/RT-173

BÖBREK NAKLİ SONRASI DOUBLE J STENT NE ZAMAN
ÇEKİLMELİ?

Yücel Yüksel, Sabri Tekin, Levent Yüccetin, Bülent Dinç, Havva Asuman Yavuz, Alper Demirbaş

PS/RT-174

RENAL TRANSPLANT HASTALARINDA FGF-23 SEVİYESİ, SOL
VENTRİKÜLER KÜTLE İNDEKSİ VE KAROTİS İNTİMA-MEDİA
KALINLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Orhan Özdemir

PS/RT-175

BÖBREK NAKİLLİ OLGULARDA, C4D POZİTİF ANTİKOR
ARACIKLI REJEKSİYONDA RİTUXİMAB TEDAVİSİ; TEK
MERKEZLİ, KONTROL BÖBREK BİYOPSİLİ ÇALIŞMA

Erhan Tatar, Funda Taşlı, Murat Karataş, Adam Uslu

PS/RT-176

DONÖR NEFREKTOMİ SONRASI GEÇ DÖNEMDE GELİŞEN
HEMATOM: OLGU SUNUMU

Ayşe Sinangil, Vedat Çelik, Meral Gülay Koçak, Bedriye Koyuncu Sökmen, Soykan Barlas, Ebru Asmaz, Emin Barış Akin, Tevfik Ecder

RENAL TRANSPLANTASYON-2 /

RENAL TRANSPLANTATION-2

Oturum Başkanı / Chairperson: Ramazan Danış**PS/RT-177****BÖBREK NAKLİ SONRASI NON-MELANOMA CİLT KANSERLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ; 15 YILLIK M-TOR İNHİBİTÖR TECRÜBEMİZ**Gökalp Okut Okut , Alper Alp , Erhan Tatar , Cenk Şimşek, Cem Tügmen , Adam Uslu**PS/RT-178****BÖBREK NAKİLLİ BİR HASTADA TAKROLİMUSA BAĞLI NÖTROPENİ**Yelda Deligöz Bildacı, Ömer Celal Elçioğlu, Meltem Gürsu, Yunus Taşçı, Cemile Kesgin Toka, Adem Akçakaya, Rümeyza Kazancıoğlu**PS/RT-179****BEŞİNCİ YIL SONRASI NEDENLİ NAKİL BÖBREK BİYOPSİSİ YAPILAN OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ TECRÜBEMİZ**Erhan Tatar, Cenk Şimşek , Funda Taşlı , Kezban Pınar Yeniay , Veli Kursat Cayhan , Murat Karatas, Adam Uslu**PS/RT-180****AİLEVİ AKDENİZ ATEŞLİ OLGULARDA BÖBREK NAKLİ SONRASI ENFEKSİYONLAR; ÖNEMLİ BİR SORUN !**Erhan Tatar, Murat Karataş , Ahmet Aykas, Gökalp Okut, Giray Bozkaya , Adam Uslu**PS/RT-181****POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIĞINA BAĞLI SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARDA RENAL TRANSPLANTASYON PLANINDA NATİV NEFREKTOMİNİN YERİ**Türker Ertürk, A. Hamit Karayağız, Gökçen Alış, Ülken Çakır, İbrahim Berber**PS/RT-182****BÖBREK NAKLİ ALICILARINDA BK VİRÜS NEFROPATİSİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ**Gizem Korkut, Serkan Yıldız, Özgür Akkale, Mehtat Ünlü, Zekai Serhan Derici, Ali Çelik, Aykut Sifil, Caner Çavdar, Sülen Sarıoğlu, Taner Çamsarı**PS/RT-183****BÖBREK NAKLİ YAPILAN BİR HASTADA GELİŞEN PROGRESİF MULTİFOKAL LÖKOENSEFALOPATİ**Mürşide Esra Dölarslan, Simge Bardak, Kenan Turgutalp, Serap Demir, Ahmet Alper Kiykim**PS/RT-184****DOĞURGANLIK ÇAĞINDAKİ RENAL TRANSPLANTASYONLU OLGULARDA GEBELİK GÜVENLİ MİDİR ? BİR MERKEZ DENEYİMİ.**Gürsel Yıldız, Murathan Uyar, Gülay Yılmaz, Mehmet Tokaç, Eryiğit Eren, Gürkan Tellioğlu, Ayhan Dinçkan**PS/RT-185****CANLIDAN RENAL TRANSPLANTASYON HAZIRLIĞINDA, DONÖR ADAYLARINDA DIŞLANMA NEDENLERİ VE SAPTANAN ASEPTOMATİK SİSTEMİK HASTALIKLAR**Ayşe Özkan, Gürsel Yıldız, Murathan Uyar, Gülay Yılmaz, Mehmet Tokaç, Eryiğit Eren, Gürkan Tellioğlu, Ayhan Dinçkan**PS/RT-186****BÖBREK NAKLİ ALICILARINDA KAVİTER PULMONER HASTALIK: TEK MERKEZ DENEYİMİ**Gizem Kumru, Şiyar Erdoğan, Serkan Aktürk, Acar Tüzüner, Şule Şengül, Kenan Keven**PS/RT-187****BELATECEPT KULLANILAN BÖBREK NAKLİ HASTALARININ UZUN DÖNEM SONUÇLARI**Vural Taner Yılmaz, Hüseyin Koçak, Ayhan Dinçkan, Gültekin Süleymanlar**PS/RT-188****RENAL TRANSPLANTLI OLGUDA GELİŞEN YAYGIN CİLT DÖKÜNTÜSÜ: KARBONKÜL**Hatice Burcu Dağ, Yusuf Dürmüş, Sedat Üstündağ, İlhan Kılıç, İlhan Kurultak**PS/RT-189****BÖBREK NAKLİ SONRASI GÖRÜLEN HİPERÜRİSEMİ VE KARDİOVASKÜLER RİSK FAKTÖRLERİ İLE İLİŞKİSİ**Siren Sezer, Emre Tural, Zeynep Bal, Mehtap Erkmen, Mehmet Haberal**PS/RT-190****BÖBREK NAKLİ HASTALARININ FRAİLİTE İNDEKSİ**Elif Arı, Mehmet Yıldırım, Hasan Fehmi Küçük, Tuba Demir**PS/RT-191****POSTTRANSPLANT HEPATOBİLİYER HASARLANMAYA URSODEOKSİKOLİK ASİTİN ETKİSİ**Engin Onan, Saime Paydaş, Sedef Kuran**PS/RT-192****PEDİATRİK RENAL TRANSPLANT HASTALARINDA VİTAMİN D DÜZEYİ VE ANEMİ İLİŞKİSİ**Begüm Avcı, Özlem Kazancı, Esra Baskın, Kaan Gülleroğlu, Aslı Kantar, Gökhan Moray, Mehmet Haberal**PS/RT-193****BK VİRUS NEFROPATİSİ OLGU SUNUMU**İbrahim Ertekin, Zeki Soypaçacı, Atilla Üzümlü, İsmail Rifki Ersoy, Fulya Çakalağaoğlu, Erhan Tatar, Adam Uslu

PS/GN-001

PRENATAL RISK FACTORS AND EFFECTIVE FACTORS OF MATERNAL PERIOD FOR NEUROGENIC BLADDER IN CHILDREN

Parsa Yousefichaijan¹, Elham Madandar¹, Mohammad Rafiei¹, Yazdan Ghandi¹, Fatemeh Dorreh¹, Fakhreddin Shariatmadari¹

¹1. Amirkabir Hospital, Department of Pediatric Nephrology, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Introduction: Bladder dysfunction, also referred to as voiding dysfunction, is a general term to describe abnormalities in either the filling and/or emptying of the bladder. The International Children's Continence Society, developed standardized definitions for bladder dysfunction symptoms: Daytime frequency, Incontinence, Urgency, Nocturia, Hesitancy, and Post-micturition dribbling. Bladder dysfunction results from disruptions of the normal voiding process by any alteration of the innervation of the bladder or external sphincter, bladder compliance or volume capacity, detrusor muscle function, or structure of the bladder or bladder outlet. These include neurogenic, anatomic, or functional causes. Neurogenic causes of bladder dysfunction disrupt the innervation of the bladder or external sphincter. Neurogenic causes are due to either congenital anomalies, such as myelomeningocele, or trauma to the central nervous system. Any child with a suspected neurologic abnormality should be evaluated for occult neurologic lesion. Urinary tract infection and vesicoureteral reflux are often seen in children with bladder dysfunction. We sought to determine the association of infantile neurogenic bladder with prenatal risk factors, hypothesizing that these maternal conditions would increase the risk of infantile neurogenic bladder-related renal injury. This is the first study to assess the relationship between maternal factors and neurogenic bladder.

Methods: We conducted a population-based, case-control study in 60 patients with neurogenic bladder (control group) and 60 infants without neurogenic bladder. In infants with repeated urinary tract infections, incontinence, frequent urination and symptoms of urinary retention and obstructive bladder a sonogram of the bladder was performed to evaluate bladder anatomy. We evaluated maternal characteristics of patients and used logistic regression analysis to assess the association of prenatal risk factors with neurogenic bladder.

Results: Most of the infants were <1 years of age at the time of neurogenic bladder diagnosis. There was a predominance of boys among cases and controls. A greater proportion of cases had a LBW and a gestational age <37 weeks when compared with controls. The distribution of singleton versus multiple births was similar in case and control groups. Maternal characteristics education, urban/rural residence, prior pregnancy and multiple births, age at diagnosis of neurogenic bladder, sex, gestational hypertension, smoking exposure, overweight, obesity, and prenatal care were similar in cases or controls. The cases were more likely to have mothers with the following characteristics: aged >35 years (P Value=0.004), chronic and gestational hypertension (P Value=0.005), preterm delivery (p-value=0.008), history of LBW (p-value=0.0001), chronic diabetes mellitus (P value=0.009) and BMI<18.5kg/m² (underweight) (p-value=0.031), gestational and chronic diabetes mellitus (p-value=0.001), family history of kidney disease (P Value=0.002), low family income (P Value=0.006), low education level of parents (P Value=0.007), smoking exposure (P Value=0.004).

Conclusions: We hope that our results will serve as an impetus to larger prospective studies to evaluate the risk factors and clinical outcomes of infants with neurogenic bladder with the goals of elucidating the pathophysiology and improving the outcomes for neurogenic bladder and to investigate whether modification of these factors can reduce the incidence of infantile neurogenic bladder.

Anahtar Kelimeler: Neurogenic bladder, risk factors, prenatal, maternal period.

PS/GN-002

THE PREVALENCE OF HYPERCALCIURIA IN GIRL KIDS WITH OVERACTIVE BLADDER

Parsa Yousefichaijan, Mohammad Rafiei, Atefeh Aziminejad, Abdolghader Pakniyat, Fakhreddin Shariatmadari, Yazdan Ghandi

Amirkabir Hospital, Department of Pediatric Nephrology, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Introduction: Hypercalciuria may be a sign of over active bladder, these symptoms may be treated if we get rid of hypercalciuria. This paper is intended to get to the prevalence of hypercalciuria in girl kids with over active bladder.

Methods: in a cross-sectional study, case group consisted of 131 girls above 5 years with over active bladder and control group included 131 girl who had referred for a laboratory test without any disease. Control patients were selected from those who admitted for laboratory test with normal clinical status. Calcium and creatinine urinary amount were measured. Patients with urinary infection were excluded and calcium to creatinine ratio was considered as random calcium to creatinine ratio of more than 0.2. Before this study took place, the procedure was explained to kids and their parents and the urine sampled for disease diagnosis were used and no additional cost imposed to patients.

Results: The prevalence of hypercalciuria in the group with normal urinary bladder was 22.6% and in the case group was 42.9%. Hypercalciuria was reported in 30 (22.6%) children of control group and 57 (42.9%) children of case group. Based on chi-square test, hypercalciuria distribution between the two groups is not homogeneous (P= 0.001). Mean calcium to creatinine ratios were 2.384330 ± 0.55694 (mg/mg) and 2.186552 ± 0.56714 (mg/mg) for control and case groups respectively and no significant difference is observed between the two groups (P=0.976). Based on logistic regression test, there is a significant relationship between both case and control groups and the occurrence of hypercalciuria with 2.58 times more than control group observed in case group.

Conclusion: The results of this study showed that there is a significant difference between case and control groups based on the presence of hypercalciuria and hypercalciuria is a cause of over active bladder. Based on the high prevalence of hypercalciuria in these patients, examination and treatment of hypercalciuria in patients with over active bladder may be effective.

Anahtar Kelimeler: Overactive bladder, hypercalciuria, children.

PS/GN-003

CONGENITAL ANOMALIES OF KIDNEY AND UPPER URINARY TRACT IN CHILDREN WITH CONGENITAL HYPOTHYROIDISM; A CASE-CONTROL STUDY

Parsa Yousefichaijan, Fatemeh Dorreh, Mohammad Rafiei, Mojtaba Sharafkhan, Fatemeh Safi, Mojtaba Hashemi

Amirkabir Hospital, Department of Pediatric Nephrology, School of Medicine, University of Medical Sciences, Arak, Iran

Introduction: Congenital hypothyroidism (CH) may be significantly associated with congenital malformations. However, there is little evidence on the relationship between renal and urinary tract anomalies and CH. The aim of this study was to compare the renal and upper urinary tract anomalies in children with and without primary CH (PCH).

Methods: This case-control study was conducted on 200 children aged 3 months to 1 year, referring to Amir-Kabir hospital, Arak, Iran. One hundred children with PCH, as the case group, and 100 children without CH, as the control group, were selected. For all children, ultrasonography and other diagnostic measures (if necessary) were performed to evaluate renal and upper urinary tract anomalies (ureter and bladder).

Results: The mean age of the all children was 7.6 ± 2.82 years. Among them, 83 (41.5%) and 117 (58.5%) were boys and girls, respectively. Demographic and clinical characteristics of the participants are presented in Table 1. The results showed that the mother's education (OR = 2.6; CI 95%: 1.6-4.2; $P = 0.001$), family history of CH (OR = 6; CI 95%: 1.3-28; $P = 0.018$) and Mothers' age at the pregnancy (OR = 0.8; CI 95%: 0.8-0.9; $P = 0.001$) have significant relationship with development of PCH, so that the frequency of PCH was significantly higher in the group of mothers with secondary education (high school), having a positive family history of CH and ≥ 31 maternal age during pregnancy. Of 114 (100%) renal and urinary tract anomalies diagnosed among 43 children in the case group and 19 children in the control group, 83 (72.8%) and 31 (27.1%) cases of anomalies were associated with children in the case and control groups, respectively. Accordingly, the frequency of renal and urinary tract anomalies in the children with PCH was significantly more than non-CH children (OR = 3; CI 95%: 1.6-5.4; $P = 0.001$). Among the anomalies studied, only the differences in frequency of UPJO (OR = 6; CI 95%: 1.3-28; $P = 0.018$) and hydronephrosis (OR = 22; CI 95%: 5-95; $P = 0.001$) were significant between the two groups, thus the frequency of UPJO and hydronephrosis, with 11 (84.6) and 31 (93.9%) cases, respectively, in the children with PCH, was significantly higher than the control group, and there were no significant differences in frequency of other anomalies between the two groups. The results showed that the frequency of renal dysplasia in the group of mothers with alcohol consumption (OR = 21; CI 95%: 2.9-149.8; $P = 0.013$), the frequency of renal hypoplasia in the groups of smokers (OR = 32; CI 95%: 3.7-280.5; $P = 0.001$), and the frequency of renal agenesis in cigarette consumption (OR = 19.5; CI 95%: 3.8-98.8; $P = 0.001$), in the group of mothers without a history of alcohol abuse (OR = 19.5; CI 95%: 3.8-98.8; $P = 0.001$) and in the group with a history of drug abuse during pregnancy (OR = 0.4; CI 95%: 0.2-0.9; $P = 0.001$) is significantly higher, while there is no significant correlation between other anomalies, with the history of smoking, alcohol and drugs abuse at the first three months of pregnancy.

Conclusion: Our study demonstrated that PCH is significantly associated with the frequency of congenital anomalies of the kidneys and upper urinary tracts. However, further studies are recommended to determine the necessity of conducting screening programs for anomalies of the kidneys and urinary tract in children with CH at birth.

Anahtar Kelimeler: Congenital hypothyroidism, congenital abnormalities, kidney, urinary tract.

PS/GN-004

MEAN PLATELET VOLUME: A KEY MARKER IN CHILDREN WITH PYELONEPHRITIS

Parsa Yousefichaijan¹, Manijeh Kahbazi¹, Aziz Eghbali¹, Hassan Taherahmadi¹, Abdol Ghader Pakniyat¹, Fakhreddin Shariatmadari¹

¹Amirkabir Hospital, Department of Pediatric Nephrology, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Introduction: Mean platelet volume (MPV) is a determinant of inflammation. The aim of the present study was to investigate the MPV levels in children with pyelonephritis and to evaluate the possible relationship between MPV and febrile UTI.

Methods: In a case-control prospective study 82 Patient with pyelonephritis (case group) and 82 patient with viral gastroenteritis (control group) was enrolled in the study. MPV, C reactive protein, and leucocyte count were measured in al inpatients children, median age 19.2 ± 12 months, on admission to the Amirkabir hospital. Optimum sensitivity, specificity, predictive values, and area under the receiver operating characteristic (ROC) curve were evaluated. All cohort studies of consecutively included children with a febrile UTI, a MPV measurement. Febrile UTI was defined as fever ($\geq 38^\circ\text{C}$) with a positive result on bacterial urine culture. We asked the authors to send us their study data files (duplicates were discarded if any), from which we extracted clinical (gender, age), laboratory (C-reactive protein [CRP], MPV, white blood cell [WBC] count). Information

concerning the standard operating procedures used for urine collection, MPV measurement. Methodologic study quality was assessed via a checklist.

Results: In this case-control study 164 patients with (mean $\pm$ -SD) were enrolled. Admission MPV was significantly lower in children with UTI, compared with viral gastroenteritis. A total of 164 patients were included from inpatient in Amirkabir hospital. MPV as a continuous, class, and binary variable was associated with Acute Pyelonephritis ($P = 0.003$). With respect to CBC parameters: MPV (6.03 ± 0.26 vs 9.06 ± 0.73) was significantly lower in the case group, platelet count (184.09 ± 52.21 vs 219.88 ± 52.31) was significantly higher in the case group, WBC count (13.01 ± 3.43 vs 8.30 ± 1.13) was also significantly higher in the case group.

Conclusions: This study showed an apparent correlation between MPV and febrile UTI. A multicenter study with a larger sample size is suggested to investigate the correlation between MPV and pyelonephritis.

Anahtar Kelimeler: Child, pyelonephritis; inflammation; mean platelet volume.

PS/GN-005

COMPLETE BLOOD COUNT (CBC) FOR PREDICTOR OF DEVELOPING ACUTE KIDNEY INJURY IN CHILDREN

Parsa Yousefichaijan¹, Aziz Eghbali¹, AbdolGhader Pakniyat¹, Fatemeh Dorreh¹, Mojtaba Hashemi¹, Saeed Alinejad¹

¹Amirkabir Hospital, Department of Pediatric Nephrology, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Introduction: Acute Kidney Injury duo to hypovolemia and gastroenteritis is still a common disease, especially among children in developing countries. The Risk, Injury, Failure, Loss, and End-stage renal disease (RIFLE) classification currently provides a standardized estimate of incidence and outcomes from AKI. An elevated white blood cell count may be seen with pyelonephritis, systemic infectious and inflammatory diseases; however, the CBC is often unremarkable regardless of the cause. Some study showed the role complete blood count in AKI as useful predictive factor for mortality. We aimed to investigate Cell blood count indexes in prognosis of children with RIFLE criteria of AKI.

Methods: In a prospective cohort study 206 children admitted in emergency department of Amir-Kabir hospital with AKI or renal azotemia due to viral gastroenteritis. Inclusion criteria consists of 2 – 10 years old pediatric patient presented due to viral gastroenteritis, moderate to severe dehydration, non-oral tolerance and coincident with pediatric RIFLE classification. The patients with hypernatremia, hyper/hypokalemia, axillary fever more than 38.5 , dysentery, ESR more than 30 (probability of bacterial infection), leukocytosis more than 16000, antibiotic administration, history of chronic disease, history of drug administration and hypovolemic shock were excluded. Complete blood counts were performed for all patients on presentation using a commercially available analyzer. Hemoglobin level, white blood cell count (WBC), platelet count, and MPV values were recorded for each patient. The reference range for MPV was between 7.0 and 11 FL. Electrolyte, renal function test, Hco3 and ESR were requested initially and repeated during hospitalization. Stool exam and culture is performed for all patient and viral gastroenteritis was conformed for all patients, otherwise the patient was excluded. Hydration and symptomatic therapy was performed. All patients had been follow monthly up 4 months regarding renal function test and clinical manifestation.

Results: The patients were 59 (risk), 57 (injury), 46 (failure), 43 (loss) and 1 (ESRD) with age 2-10 years old. The mean age was significantly lower in patients with criteria of failure and loss group. ($P < 0.05$). There is no significant differences between four group regarding baseline indexes consist of white blood cell count, hemoglobin, hematocrit, ESR and HCO3. ($P > 0.05$) Platelet counts were significantly higher and MPV values were significantly lower in patients with criteria of loss and failure, Also the HCO3 is significantly lower in patients with criteria of loss compared to other.

Conclusions: MPV is higher when there is destruction of platelets. This may be seen in inflammatory diseases. Metabolic acidosis is associated with AKI and can result in hypotension, cardiac dysfunction and mortality. MPV as part of CBC at admission may be a predictor of developing AKI. A multicenter study with a larger sample size and further follow up is suggested to investigate predictive factor of AKI.

Anahtar Kelimeler: Acute renal injury, children , prognosis ,mpv , complete blood count.

PS/GN-006

POSTTRANSPLANT DÖNEMDE DİYABETİK KETOASİDOZ İLE ORTAYA ÇIKAN YENİ TANİ DİYABETES MELLİTUS (NODAT) OLGUSU

Mehmet Emin Demir¹

¹Yozgat Devlet Hastanesi

Giriş: Solid organ transplantasyonu sonrası ortaya çıkan diabetes mellitus (PTDM; post transplant diabetes mellitus), allograft alıcılarda mortalite ve morbiditeye neden olan önemli komplikasyonlardan biridir. İdame immünyosupresyon tedavide kullanılan immünyosupresif ilaçların da PTDM'un ortaya çıkmasına önemli katkıda bulunduğu gösterilmiştir. Kalsinörin inhibitörleri (özellikle takrolimus), idame immünyosupresyon tedavide steroid ve mikofenolat mofetil ile sıklıkla kombine edilen ve oldukça diabetojenik özelliği olan immünyosupresif ilaç grubunu oluşturur. Erken dönemde (genellikle 6 aydan önce) tanındığında uygun ilaç değişim protokolleri ve doz değişiklikleri ile hiperglisemik durum düzelebilenken, daha geç tanı alan ya da daha geç dönemde ortaya çıkan PTDM kalıcı diabetes mellitusa neden olabilmektedir. Çoğu olgu rutin takipler sırasında hiperglisemi ile, nadir olgular da diabetik ketoasidoz tablosuyla tanı almaktadır.

Olgu: 19 yaşında erkek hasta iştahsızlık, bulantı, kusma, sık idrara çıkma, ağzı kuruluğu ve ağrılı yutma şikayeti ile başvurdu. Nedeni bilinmeyen SDBY nedeniyle hastaya dokuz ay önce canlı vericili renal transplantasyon yapıldığı, hastanın post-transplant 2. ayda bir akut rejeksiyon atağı geçirdiği ve pulse steroide (3 gün boyunca 500mg/gün) yanıt verdiği öğrenildi. 7,5 mg/gün prednizolon + 4 mg/gün takrolimus + 2 gr/gün mikofenolat mofetil alan hastanın bir ay önce yapılan son kontrolde laboratuvar değerlerinin; açlık kan şekeri 95 mg/dl, kreatinin 1,2 mg/dL, takrolimus ilaç düzeyi 6,5 ng/ml olduğu saptandı.

Fizik muayenede TA= 90/50 mmHg, nabız= 105/dk, ateş= 38,8 C idi. Hasta dehidrate görünümdeydi, ağız içinde ve farenkste orofarengeal kandidiyazis düşündürülen eritemli zeminde beyaz plaklı alanlar, kardiyak oskültasyonda taşikardi ve asidotik solunum mevcuttu. Laboratuvar değerleri; glukoz: 511 mg/dL (70-105), kreatinin: 2,22 mg/dL (0,7-1), üre: 69 mg/dl (10-50), K+: 3,28 mEq/L (3,5-5,3), albumin: 3,82 g/dL (3,5-5,5), Na+: 128 mEq/L (135-150), CRP: 3,85 mg/dL (<0,5), HgbA1c: 11,72 % (4,8-6), takrolimus: 22 ng/mL (3-7 ng/dL, posttransplant 9. ay için), hgb: 16,8 g/dL (13-16), platelet: 176 10³/µL (150-400), WBC: 6,03 10³/µL (4,5-11) ve striple idrar incelemesi; keton +++, glukoz +++++, protein ++, pH 6,5 (4,5-8), dansite 1020 (1010-1025) olarak saptandı. Arteriyel kan gazında pH: 7,18 (7,35-7,45), aktüel HCO₃⁻: 12 mEq/L (22-26), standart HCO₃⁻: 17 mEq/L (22-26), paCO₂: 25mmHg (35-45) idi.

Hastaya mevcut klinik ve laboratuvar değerlendirmeler ışığında takrolimus kullanımına bağlı yeni başlangıçlı diyabetes mellitus, diabetik ketoasidozis ve orofarengeal kandidiyazis tanısı kondu. Renal fonksiyonlardaki bozulma takrolimusa bağlandı ve ilaç dozu % 50 azaltıldı. Prednizolon dozu 5mg/gün'e düşürüldü. Diabetik ketoasidoz tedavisi için insülin + 150cc/saat serum fizyolojik ve orofarengeal kandidiyazis için nistatin oral süspansiyon 4 x 5ml başlandı. Kreatinin yüksekliliğinin eş zamanlı bir rejeksiyonla birlikte olabileceği göz önünde bulundurularak biyopsi yapılana kadar takrolimusun başka bir ilaçla değiştirilmesi düşünülmüdü. Hastanın izleminde takrolimus düzeyi hedef aralıklara geldi, idrarda keton negatifleşti ve orofarengeal lezyonlar geriledi. Renal fonksiyonların hızla düzelmesi nedeniyle böbrek biyopsisi yapılmadı. Hastanın tedavisi insülin aspart/protamin karışımı sabah 14 ve akşam 10 ünite + prednizolon 5 mg/gün + takrolimus 2mg/gün + mikofenolat mofetil 2 gr/gün olarak planlanarak taburcu edildi. Hastanın 2 aylık poliklinik takipleri sırasında insülin ihtiyacı kalmadı, diyet ve oral antidiyabetik ilaç monoterapisi ile izlemleri sürdürmektedir.

Sonuç olarak, transplantasyon sonrası yeni gelişen diyabetes mellitus immünyosupresif ilaç tedavilerinin önemli bir komplikasyonudur ve nadir de olsa diabetik ketoasidozis tablosuyla ortaya çıkabilir.

Anahtar Kelimeler: NODAT, takrolimus, transplantasyon,

PS/GN-007

DİKLOFENAK KULLANIMINA İKİNCİL MEMBRANÖZ NEFROPATİ

Mehmet Polat¹, İbrahim Ertekin², Zeki Soypaçacı², Atilla Üzümlü², İsmail Rifki Ersoy², Fulya Çakalağaoğlu Üney³

¹Nevşehir Devlet Hastanesi, Nefroloji Kliniği

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, nefroloji Kliniği

³İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı

64 yaşında kadın hasta, ayaklarında ve karında şişlik, ödem şikayeti ile başvurdu. Hastanın daha önceden bilinen hipertansiyon hikayesi olup yeni tanı Tip 2 DM vardı. Kullandığı ilaçlar: fosinopril 30 mg +hidroklorotiyazid 12mg 1x1, duloksetin 60 mg 1x1 ve aralıklı olarak diklofenak potasyum kullanıyordu. Fizik muayenede TA:140/90 mmHg olup, pretibial ödem (++++) saptandı. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Yapılan tetkiklerde: BUN: 11 mg/dl, Kreatinin: 0,78 mg/dl, Na:139 mmol/Lt, K: 4,6 mmol/Lt Ca: 8,2 mg/dl, Total protein: 5.0 g/dl, Albumin: 2.5 g/dl, idrar tetkikinde eritrosit olmayıp lökositüri ve protein (+++) saptandı. Hasta ileri tetkik ve tedavi için kliniğe yatırıldı. İdrar kültürü ve aside dirençli basil (ARB) bakısı negatif olarak geldi. Spot idrar protein / kreatinin: 14929 mg/g olarak hesaplandı. C3 - C4 normal. Hepatit serolojisi negatif olarak saptandı. ANA, ANCA negatif geldi. Üriner USG'de Her iki böbreğin lokalizasyonu ve boyutları normal, konturları düzenli, bilateral böbrek parankim kalınlıkları ve ekojeniteleri olağan, toplayıcı sistem genişlikleri normal olup solid-kistik kitle, taş izlenmedi. Hastanın ödemleri olduğu için furosemid tedavisi başlandı.

Hastaya böbrek biyopsisi yapıldı. Biyopside glomerüllerde bazal membranlarda hafif kalınlaşma izlenmiş olup, Direk immun florensanda bazal membranlarda ince granüler IgG (++) depolanması görülmüştür.

Membranöz nefropati tanısı alan hastanın diklofenak potasyum kesildikten sonra proetinüride anlamlı azalma olmuş olup 1 ay sonrasında idrar tetkikinde prt (-) olup spot idrar protein / kreatinin: 117 mg/g olarak bulunmuştur. (Tablo) Diklofenak kullanımına ikincil membranöz nefropati olan hasta ilaç kesildikten sonra spontan remisyona girmiş olup aralıklı poliklinik takibine gelmektedir.

Anahtar Kelimeler: D iklofenak, membranöz nefropati

Tablo

Tarih	Spot idrar Protein/Kreatinin mg/g	Serum Albümün g/dl
3 ay öncesi	76 mg/g	4,3 g/dl
Tanı zamanı	14929 mg/g	2,5 g/dl
1 hafta sonra	2607 mg/g	3,0 g/dl
1 ay sonra	119 mg/g	3,9 g/dl

PS/GN-008

TETANİ BULGUSU İLE BAŞVURAN VE CİDDİ METABOLİK ALKOLOZLA SEYREDEN PİLOR STENOZU: OLGU SUNUMU**Mehmet Polat¹, Gökhan Keçören², Erkut Bayram³**¹Nevşehir Devlet Hastanesi, Nefroloji Kliniği²Nevşehir Devlet Hastanesi, Acil Tıp³Nevşehir Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi

66 yaşında erkek acil servise 1 haftadır olan bulantı, kusma, ellerde uyuşma ve kasılma şikayeti ile acil servise başvurdu. Yapılan fizik muayenede genel durumu orta- kötü olup, bilinci konfüzedy. Tansiyonu :90/50 mmHG, Nabız:110/dakika Ateşi:36.2 C idi. Diğer sistem muayenelerinde epigastrik hassasiyeti olup, ellerde tetani bulgusu vardı. Özgeçmişinde, komorbid bir hastalığı yoktu. Alışkanlıkları arasında 40 paket/yıl sigara içiciliği vardı. Laboratuvar tetkiklerinde Üre:135 mg/dl Kreatinin:4.31 mg/dl Na:148 mmol/Lt K: 2,7 mmol/Lt, Cl:50 mmol/Lt, Ca:9,6 mmol/Lt, P:4,0 mmol/Lt, Mg:1.94 mmol/Lt, Ürik Asit:16,2 AST:25 U/L ALT:12 U/L GGT:12 ALP:91 T.BİL:2,61 D.BİL:0.68 CK: 496 I/UL, Hgb:19,2 g/dl HCT: % 53 Beyaz küre:11.400, Nötrofil:8400 Trombosit:265.000 10³/mm³ olarak geldi. Venöz kan gazında Ph:7.71, HCO₃:96 mmol/Lt, PCO₂:74 mmHG olarak geldi. Kontrol arter kan gazında: Ph:7.78, PO₂:78 mmHG, PCO₂:92 mmHg HCO₃:88,6 mmol/Lt olarak geldi.

Hastada bulantı kusmaya ikincil hipokalemi, hipokloremik ciddi metabolik alkaloz prerenal akut böbrek yetmezliği ve KOAH tablosuna bağlı respiratuvar asidoz düşünüldü. Yoğun bakıma yatırılan hastaya CBAP tedavisi ve İzotonik mai başlandı. Ancak hastada izotonik mai ile idrar çıkışının oligürik olması ve ciddi metabolik alkalozu olması üzerine 1 seans hemodiyaliz tedavisi uygulandı. Hemodiyaliz tedavisi sonrası izotonik mai ile idrar çıkışları başlayan hastanın başlayan hastanın hemodiyaliz ihtiyacı kalmadı ve kreatinin değerler ve bikarbonat değerleri normal aralıklara geriledi. (Tablo)

KOAH yönelik olarak B2 agonist ve antikolinergik tedavisi düzenlendi. Bulantı, kusmaya yönelik olarak yapılan endoskopide mide dilate olup, pilos stenoza saptandı. Genel durumu stabil olan hasta genel cerrahi bölümünce pilor stenoza operasyonu planlanarak taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: Tetani, metabolik alkaloz, pilor stenoza

Klinik Seyir**Tablo**

Tarih	Üre (mg/dl)	Kreatinin (mg/dl)	HCO ₃ (mmol/Lt)	PaCO ₂ mmHg	pH	K (mmol/Lt)	Cl (mmol/Lt)
04.11.2015	135	4,31	88,6	92	7,78	2,7	50
05.11.2015	105	2,73	50,6	99	7,39	3,1	85
06.11.2015	112	1,67	28	52,3	7,39	3,65	98
07.11.2015	45	0,79	24	42	7,39	4,2	112

PS/GN-009

MALİGNİTE İLE İLİŞKİLİ HIZLI İLERLEYİCİ GLOMERULONEFRİT: İKİ OLGU SUNUMU**Mehmet Polat¹, İbrahim Ertekin², Zeki Soypaçaçlı², Atilla Üzümlü², İsmail Rıfkı Ersoy², Fulya Çakalağaoğlu Üney³**¹Nevşehir Devlet Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Nevşehir²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İzmir³İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

Hızlı ilerleyici glomerulonefrit nefrolojinin en acil sorunlarından biridir. Çoğu, sistemik otoimmün hastalıklar sonucunda olur ve derhal immunsupresif tedavi verilmelidir. Bazen kresentrik glomerulonefrit, malign hastalıklar ile teşhis edilebilir ve immunsupresif tedavi maligniteyi arttırabilir. Ancak, bazı hastalarda

başlangıçta kresentrik glomerulonefrit ve malignite aynı anda olabilir. Biz de malignite ilişkili olan iki hızlı ilerleyici glomerulonefrit vakasını bildiriyoruz.

Olgu 1: 75 yaşında erkek hasta, nokturi ve bulantı şikayetleri ile nefroloji polikliniğine başvurdu. Hipertansiyon ve koroner arter hastalığı nedeniyle olmesartan 20 mg, asetilsalisilik asit 100 mg, isosorbid mononitrat 50 mg ve metoprolol 50 mg kullanıyordu. Fizik muayenesinde tansiyon: 120/80 mmHg olup diğer sistem muayeneleri olağandı. Yapılan tetkiklerde Bun: 66 mg/dl, Kreatinin: 6.1 mg/dl olması üzerine nefroloji kliniğine yatırıldı. İdrar tetkikinde silme eritrosit ve protein (++) saptandı. İdrar kültürü ve arb bakısı negatif olarak geldi. Spot idrar protein/kreatinin: 2941 mg/g olarak hesaplandı. C3-C4 normal, Hepatit serolojisi negatif olarak saptandı. c-ANCA IF² de 1/10 dilüsyonda pozitif bulundu. Üriner usg'de Bilateral böbrek boyutları, parankim kalınlıkları olağan olup parankim ekoları grade 2 artmıştır. Toplayıcı sistemleri normaldir. Sol böbrek üst polde kortikal yerleşimli yaklaşık 3.3 cm boyutlu heterojen iç yağı solid lezyon izlendi. Çekilen opaksız batın Bilgisayarlı Tomografide sol böbrek üst polden kaynaklanarak süperiora doğru egzofitik büyüme gösteren 4 x4 cm çaplı, iyi sınırlı, düzgün konturlu, iç yapısında birkaç adet noktasal kalsifikasyon odağı barındıran solid kitle izlendi. Üroloji bölümünce sol kitle ekzisyonu, sol parsiyel nefrektomi ve olağan görünen böbrek parankiminden örneklemeye yapıldı. Kitlenin patoloji sonucu renal hücreli karsinom olarak geldi. Böbrek biyopiside %10 selüler- fibroblastlar kresentrik glomerulonefrit olarak yorumlandı. Renal hücreli karsinom ve hızlı ilerleyici glomerulonefrit tanılı hastaya immunsupresif tedavi verilmedi. Hasta hemodiyaliz tedavisi ile izleme alındı.

Olgu 2: 55 yaşında erkek hasta baş ağrısı şikayeti nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde daha önce geçirilmiş şüpheli glomerulonefrit hikayesi olup başka bir ek hastalığı yok. Fizik muayenesinde Tansiyon: 200/110 mmHg saptandı. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Yapılan tetkiklerde Bun:36 mg/dl Kreatinin: 2.6 mg/dl, İdrar tetkikinde bol lökosit, eritrosit ve protein (+++) saptandı. İdrar kültürü ve arb bakısı negatif olarak geldi. Spot idrar protein/kreatinin: 3691mg/g olarak hesaplandı. C3 normal, C4 alt sınıra yakın düşük bulundu, Hepatit serolojisi ve ANA, ANCA, Anti dsDNA negatif olarak saptandı. Üriner usg'de Sağ böbrek yaklaşık 10,1x4,8 cm, sol böbrek yaklaşık 10x4,1 cm boyutlarda olup normal sınırlardadır. Her iki böbrek parankim ekosu grade 1 artmış, mesane inferior duvardan köken alan 1 cm çaplı papiller çıkıntı dikkati çekti. Hastaya böbrek biyopisi yapıldı. Üroloji ile görüşülen hastaya sistoskopi yapılması planlandı. Sistoskopide mesanede 2x1 cm boyutlarında papiller kitle komplet rezeke edildi. Böbrek biyopsi sonucunda fokal proliferatif ve kresentrik glomerulonefrit tanısı aldı. Kitle lezyonun patolojisinde ürotelyal karsinom olarak yorumlandı. Hastanın tümör rezeksiyonu sonrası da kreatinin değerleri :2.1 mg/dl civarında stabil seyretti ve hasta poliklinik takibine alındı.

Anahtar Kelimeler: Malignite, hızlı ilerleyici glomerulonefrit

PS/GN-010

THE EFFECT OF VITAMIN A IN THE TREATMENT OF CHILDREN WITH IDIOPATHIC PERSISTANT MICROSCOPIC HEMATURIA**Parsa Yousefichaijan, Fatemeh Dorreh, Saeideh Abbasi, Mohammad Rafiei, Hassan Taherahmadi, Fakhreddin Shariatmadari**¹Amirkabir Hospital, Department of Pediatric Nephrology, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Introduction: Vitamin A is an essential micronutrient that it is obtained from plants. Vitamin A has main role in the epithelial function. Hematuria and pyuria can be result of vitamin A deficiency due to bladder epithelial integrity. This study aimed to investigate the effectiveness of vitamin A in children with idiopathic hematuria.

Methods: In a prospective single blind clinical trial children 5-12 years old with persistent idiopathic hematuria from December, 2013 to June, 2015 enrolled to study at Amir-Kabir Hospital, Arak, Iran. Inclusion criteria include healthy children with asymptomatic hematuria at 3 consequence microscopic urinalysis during 2 weeks that no specific causes was found in the history, physical examination, laboratory study and the imaging. The patient with

history of renal anomalies, history of vitamin c consumption, urine alkaline with Ph>9, clean the perineum with hydrogen peroxide, fever, transient hematuria and history of renal disease were excluded. The sample size was calculated 152 children based on .Initially the patients that presented with hematuria to the clinic were evaluated with microscopic urinalysis to confirmation of blood in the urine. The serious, treatable, and progressive conditions such as trauma, nephritis associated with hypertension, bleeding disorders, and infection were excluded. The detailed patient and family histories, careful physical examination and necessity laboratory study and imaging was performed based on suspected etiology. Finally if no etiology was found for hematuria and also the hematuria was found at 3 consequence microscopic urinalysis during 2 weeks the patients were enrolled. The patient divided in two group using block randomization and each group include 76 patients. First group was receive pearl vitamin A, 25000 IU, orally daily for 14 days and second group was observed. The randomization was generated before beginning of the study then an investigator maintained the randomization list, prepared the medication, and delivered it to the staff caring for the study participant in a blinded manner. Screening, enrollment, and data collection were performed by another investigator that was masked to the study. The patients were masked to next group during the study. Microscopic urinalysis was repeated at 14, 28 and 42 days later. The demographic information and data was recorded in patient's form and were analyzed using SPSS 20.

Result: In a clinical trial 152 children suffering from idiopathic hematuria were enrolled. The mean age of participants in the case group was 7.3 ± 1.9 years and in the control group was 7.5 ± 2.4 years. Using the Chi-square test, no significant difference was observed between the two groups with respect to gender and age. Urinalysis test was performed after 14 days, in the case group 7 patients (9.21%) had normal urinalysis and 69 patients (90.78 %) had blood in their urine. All objects (100%) in control group had hematuria. There is significant difference between two groups regarding hematuria after 14 days administration of Vitamin A (P value= 0.014). Urinalysis at 28th day and 42th day was requested again for two groups, the frequency of patients without hematuria in the case group were 31 patients (40.78%) and 45 patients (59.21%) respectively. The obtained P value showed a statistically significant difference between the two groups.

Conclusion: Vitamin A has main role in the epithelial function, so Vitamin A deficiency led to bladder epithelial integrity. Vitamin A administration for a period of 14 days, reduces blood in the urine of children with hematuria and can be effective in the treatment of children with idiopathic hematuria. It is recommended that similar study may be repeated with a larger sample and higher dose of vitamin A and longer follow-up period.

Anahtar Kelimeler: Idiopathic microscopic hematuria, children, vitamin A

PS/GN-011

PRINATAL AND EPIDEMIOLOGIC FACTORS IN AUTOSOMAL RECESSIVE POLYCYSTIC KIDNEY DISEASE

Parsa Yousefichaijan, Fereshte Maghsudlu, Mohammad Rafiei, Yazdan Ghandi, Abdolghader Pakniyat, Saeed Alinejad

¹Amirkabir Hospital, Department of Pediatric Nephrology, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Introduction: The cystic renal disorders are a heterogeneous and hereditary disease described by cystic changes in the kidneys. The two major inherited types are Autosomal Recessive Polycystic Kidney Disease and Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease. ARPKD is a comparatively usual form of childhood polycystic kidney disease and the frequency of it is 1:20,000 in neonates. different degrees of hepatic anomalies are connected with renal changes in ARPKD, biliary dysgenesis and hepatic fibrosis are included . The kidneys are enlarged, with small cysts, <5 mm, limited to the collecting tubules. ARPKD is most often diagnosed by third trimester antenatal ultrasounds that may demonstrate oligohydramnios, flank masses, or absence of fetal vesicle filling. If undiagnosed antenatal, delivery of neonate may be difficult due to large masses in flank. Palpable masses in flank and a large liver are the most usual primary presentations of ARPKD leading to

respiratory insufficiency, hypertension and urinary tract infections. ARPKD may followed by electrolyte abnormalities, pulmonary hypoplasia, oligohydramnios and pottersyndrome. Thirty percent of patients whopresent with large, kidneys die in the infancydue to respiratory inadequacy and presumably many of these cases have undiagnosed ARPKD.

Method: We performed a control-case research in which 60 children with ARPKD and 60 noninfected children were studied. We evaluated epidemiologic characteristics of patients and used logistic regression analysis to measure the possible link between ARPKD and Epidemiologic factors. Epidemiologic characteristics were 1) age at diagnosis of ARPKD (<2, 3-6, and 7-12 months), 2) sex (male and female), 3) family education (below high school, high school diploma, Bachelor's degree and master's degree), 4) family occupation :(Employee,worker, Self-employment and housewife for mothers), 5) Average monthly salary of family (<300, 300-600 and 600< \$), 6) drinking water (tap water or Purified water with household devices) ,7) FTT ,8) stunted growth ,9) slow growth,10) good growth ,11) milk intake (maternal milk or powdered milk) ,12) infant BMI (kg/m2),13) place of residence in urban or rural areas and 14) gestational week (preterm <37, Term 37-42, and post term>42).

Results: The mean age of studied infants was 11months at the time of ARPKD diagnosis. A domination of one gender among case or control groups wasn't observed. (58.3% girls in cases).The distribution of all studied epidemiologic factors were similar in case and control groups. (Table 1.)Concerning growth status, FTT was not observed in cases or controls. Stunted growth was found in 16.6% of cases and controls (P value=1). 28.3% of cases and 25% of controls had slow growth (P value= 0.978), 55% of cases and 58.3% of controls had good growth. (P value=0.978). 85% of cases and controls were fed with maternal milk. (P value=1).88.3% of cases and controls lived in urban areas (P value=1).

Conclusion: Based on our finding Epidemiological factors don't have a significant effect on the occurrence of ARPKD.

Anahtar Kelimeler: ARPKD, epidemiologic factors, children, prenatal

PS/GN-012

TEKRARLAYAN TETANİ ATAKLARI İLE GELEN GİTELMAN SENDROMU: OLGU SUNUMU

Mehmet Polat¹, Tolga Memişoğlu²

¹Nevşehir Devlet Hastanesi, Nefroloji Kliniği

²Nevşehir Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

Giriş: Gitelman sendromu, hipokalsüri, hipomagnezemi, idrarda sodyum ve klor kaybı ve bunun sonucu olarak hiperreninemi ve hiperaldosteronizmle giden ailesel hipokalemi alkaloz sendromlarının bir tanesidir. Tabloya hipertansiyon eşlik etmez. Genellikle iyi seyirlidir ve erişkin yaşta teşhis edilir. Kalıtsal olarak otozomal resesif geçiş ve genetik olarak homojenite gösterir. Biz de dirençli hipokalemi, metabolik alkalozu olan ve hipertansiyonu olmayan 28 yaşında bir bayan hastayı sunduk.

Olgu: 28 yaşında kadın hasta ellerde uyuşması ve kasılması üzerine acil servise başvurdu. Acil servis muayenesinde Tansiyon:100/60 mmHg olup, ellerde tetani bulgusu dışında diğer sistem muayeneleri olağandı. Yapılan tetkiklerde: Üre: 15 mg/dl, Kreatinin: 0,58 mg/dl, Na:132mmol/l, K: 2,28 mmol/l, Ca: 8,2 mg/dl, P:2,9 olarak geldi. Hasta ileri tetkik ve tedavi için kliniğe yatırıldı. Daha öncesinde de böyle şikayetler olduğunu belirten hastanın başvurusunda yaklaşık 1 yıl öncesinde K:2,7 mmol/l olarak ölçülmüş. Bu dönem boyunca takipsiz kalan hastanın diüretik ve laksatif kullanımı yoktu. Kan gazında pH:7.54 HCO3:28 pCO2: 32 mmHG olup metabolik alkaloz ile uyumluydu. Magnezyum düzeyi:0.99 mg/dl , spot idrar potasyumu 70 mmol/l, 24 saatlik idrarda kalsiyum 10 mg /gün(100-300), potasyum 43 mmol/gün (25-125) olarak geldi. Tam idrar tetkik normal olan hastanın gönderilen T4 ve TSH düzeyide normal aralıklarda geldi.

Sonuç: Hipokalemi, metabolik alkaloz, hipomagnezemi, hipokalsiüri olan hastada gitelman sendromu tanısı kondu. Potasyum sitrat 2170 mg + Potasyum

Karbonat 2000 mg 2x1 ve Magnezyum 365 mg 2x1 başlandı. Poliklinik izlemine alınan hastanın potasyum değerleri 3.5 mmol/Lt civarında seyretti.

Anahtar Kelimeler: Tetani, gitelman sendromu

PS/GN-013

İMMÜNGLOBÜLİN G4 İLİŞKİLİ TÜBÜLOİNTERTİSYEL NEFRİT: OLGU SUNUMU

Serkan Yıldız¹, Özgür Akkale¹, Mehtat Ünlü², Aykut Sifil¹, Caner Çavdar¹, Ali Çelik¹, Sülen Sarioğlu², Taner Çamsan¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Tübülointerstisyel nefrit (TİN) genellikle tübüler inflamasyonun eşlik ettiği böbrek interstisyumunun inflamatuvar bir hastalığıdır. İmmünglobülin G4 (IgG4) ilişkili hastalık ise yüksek serum IgG4 seviyesi ve plazma hücrelerinin doku infiltrasyonu ile tanımlanan, fibröz veya sklerozun eşlik ettiği fibroinflamatuvar sistemik bir hastalıktır. Burada IgG4 ilişkili TİN olgusu sunulmuştur.

Olgu: 17 yaşında erkek hasta böbrek işlev bozukluğu nedeniyle dermatoloji bölümünden nefroloji bölümüne yönlendirildi. Döküntü yakınması nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurmuştu. Döküntü yakınması ortaya çıkmadan iki hafta önce üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü vardı ve steroid olmayan yangı giderici ilaç kullanmıştı. Diyabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT), böbrek hastalığı ve taş hastalığı öyküsü yoktu. Fizik muayenede yaşamsal bulgular olağandı. Her iki kol, bacak ve göğüs ön duvarında, ciltten kabarık olmayan, düzgün sınırlı, basmakla solmayan eritemli döküntüler vardı. Kan biyokimyasında kan üre azotu (BUN) 20.1 mg/dL, kreatinin (Cr) 1.48 mg/dL idi. Nefroloji kliniğine yatırıldı. Tam kan sayımında hemoglobin 11 gr/dL, beyaz küre 10.600/mm³ ve trombosit 388.000/mm³ idi. İdrar analizinde proteinüri vardı, hematüri yoktu. 24 saatlik idrarda 2.17 gr/gün proteinüri saptandı. Üriner sistem ultrasonografi (USG) tetkikinde sağ böbrek olağan, sol böbrek hipoplazik görünümde idi. Serum kompleman düzeyleri ve immünoerojistik testler olağandı. Proteinüri ve böbrek yetmezliği nedeniyle USG eşliğinde sağ böbrekten biyopsi yapıldı. Biyopsi sonrası komplikasyon gelişmeyen hasta ayaktan takip ve tedavi edilmek üzere taburcu edildi. Histopatolojik değerlendirmede; ışık mikroskopisinde şiddetli interstisyel inflamasyon, orta derecede interstisyel fibrozis, tübüler kast yapıları ve hafif düzeyde tübüler atrofi gözlemlendi. İnterstisyel inflamasyonun plazma hücrelerinden zengin olması ve belirgin fibrozis nedeniyle patoloji bölümünce immünhistokimya çalışıldı. Büyük büyütmede her alanda IgG4 pozitif plazma hücresi sayısı 10'un üzerinde ve IgG4 pozitif plazma hücresi oranı % 40'ın üzerinde idi. Serum IgG4 düzeyi 218 mg/dL ölçülen hastada IgG4 ilişkili TİN düşünüldü. Hasta retroperitoneal fibrozis başta olmak üzere IgG4 ilişkili hastalıklar açısından ayrıntılı olarak değerlendirildi. Batın bilgisayarlı tomografi incelemesinde sol paraaortik ve aortokaval yerleşimde yumuşak doku dansiteleri saptandı. Hastaya ağızdan metilprednizolon (1 mg/kg/gün) tedavisi başlandı. Poliklinik izleminde kademeli olarak steroid dozu azaltıldı ve tedaviye azatioprin (1 mg/kg/gün) eklendi. Tedavi başlangıcından altı ay sonra serum Cr düzeyi 0.72 mg/dL ve serum IgG4 düzeyi 22.0 mg/dL olarak ölçüldü. 24 saatlik idrarda protein atılımı 100 mg/gün'e gerileyen hastanın poliklinik izlemine halen devam edilmektedir.

Sonuç: IgG4 ilişkili hastalıklarda TİN böbrek tutulumunun en yaygın formudur. Böbrek biyopsisinde plazma hücrelerinden zengin bir interstisyel inflamasyon ve belirgin fibrozis dikkati çekiyorsa IgG4 ilişkili hastalık akılda tutulmalıdır. İmmün birikimlerin görüntülenmesi için dokuda immünhistokimya yöntemi ile boyama yapılması tanılarda büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tübülointerstisyel nefrit, IgG4 ilişkili hastalık

PS/GN-014

MEMBRANÖZ GLOMERÜLONEFRİT VE WARTHİN TÜMÖRÜ BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU

Serkan Yıldız¹, Özgür Akkale¹, Mehtat Ünlü², Ersoy Doğan³, Caner Çavdar¹, Aykut Sifil¹, Ali Çelik¹, Sülen Sarioğlu², Taner Çamsan¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Membranöz glomerülonefrit (MGN) erişkin hastalarda diyabetik nefropatiden sonra en sık karşılaşılan nefrotik sendrom sebebidir. Olguların çoğunluğu birincildir, ikincil MGN gelişimine neden olabilecek hastalıklar arasında maligniteler de yer almaktadır. Burada Warthin tümörü ve MGN birlikteliği saptanan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 75 yaşında erkek hasta ödem yakınmasıyla nefroloji polikliniğine başvurdu. Ödem yakınması üç ay önce ortaya çıkmış ve başka bir sağlık kurumunda diüretik tedavisi başlanmıştı. Hipertansiyon öyküsü vardı, son üç yıldır düzenli olarak antihipertansif tedavi almaktaydı. Diyabetes mellitus öyküsü yoktu. Kan biyokimyasında kan üre azotu 23.1 mg/dL, kreatinin 0.98 mg/dL, albümin 2.7 gr/dL, trigliserid 404 mg/dL, total kolesterol 232 mg/dL saptandı. Tam kan sayımında hemoglobin 15 gr/dL, beyaz küre 8600/mm³ ve trombosit 321.000/mm³ idi. Tam idrar tetkikinde proteinüri (3 gr/L) saptandı, eritrosit yoktu. 24 saatlik idrarda 10 gr/gün protein atılımı saptandı. Hastada nefrotik sendrom düşünüldü ve böbrek biyopsisi amacıyla nefroloji kliniğine yatırıldı. Klinik izlemi sırasında yapılan laboratuvar tetkiklerinde serum kompleman düzeyleri ve immünoerojistik belirteçler olağandı. Üriner sistem ultrasonografi (USG) tetkikinde her iki böbreğin boyutu, parankim kalınlığı ve pelvikalisiyel yapıları olağandı ancak ekojeniteleri grade I artmıştı. Hastaya böbrek biyopsisi yapıldı, işlem sonrası komplikasyon gelişmedi. Histopatolojik değerlendirme sonucunda MGN tanısı konuldu. Hasta ikincil MGN gelişimine neden olabilecek hastalıklar açısından ayrıntılı olarak incelendi. Fizik muayenede kan basıncı yüksekliği (160/100 mmHg) ve bilateral pretibial ödem bulguları dışında sol mandibula arkasında parotis bezi kuyruk lokalizasyonunda 3 cm'lik kitlesel lezyon palpe edildi. Hasta boyun USG tetkiki ile birlikte Kulak-Burun-Boğaz bölümünce değerlendirildi ve sol süperfişyal parotidektomi yapıldı. Histopatolojik değerlendirme sonucunda Warthin tümörü tanısı konuldu.

Sonuç: Tümör ilişkili glomerülonefritler çoğunlukla nefrotik sendrom şeklinde karşımıza çıkar. Tümör ilişkili glomerülonefritler arasında MGN ilk sıradadır. MGN tanısı konulan tüm hastalar immünoşüpresif tedavi öncesi maligniteler de dahil olmak üzere ikincil nedenler açısından ayrıntılı olarak araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Nefrotik sendrom, membranöz glomerülonefrit, warthin tümörü

PS/GN-015

TEK TARAFLI ATROFİK BÖBREKLİ HASTADA ORTOSTATİK PROTEİNÜRİ: OLGU SUNUMU

Mehmet Polat¹, Aynur Terim Çağır², Seval Akbulut²

¹Nevşehir Devlet Hastanesi, Nefroloji Kliniği

²Nevşehir Devlet Hastanesi, Biyokimya Bölümü

Giriş: Proteinürinin nedeni fizyolojik ve inatçı olabilir. Fizyolojik sebeblere bağlı olarak ateş, egzersiz veya ortostatik olabilir. Ortostatik proteinüri, ayaktaiken olabilen ancak yatar pozisyonunda iken proteinürinin olmaması ile tanımlanır. Proteinüri taramasında 24 saatlik protein atılımı, proteinüri miktarı ölçümünde halen altın standart metot olmaya devam etmektedir. Ancak rastegele (spot) idrar veya sabah ilk idrar örneğinde, protein-kreatinin oranı (PKO) veya albumin-kreatinin oranı 24 saatlik idrar toplanmasına pratik bir alternatiftir. Klinik uygulamada artarak kullanılmaktadır, çünkü elde etmek kolaydır, su alımı veya idrar akım hızındaki değişikliklerden etkilenmez. Bizde idrar tetkikinde ve rastegele idrar örneğinde proteinüri olup 24 saatlik idrarda proteinüri olmayan

bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgusu: 20 yaşında bayan hastanın ultrasonografisinde sağ böbrek boyutlarının küçük saptanması üzerine nefroloji polikliniğine yönlendirilmiş. Bilinen başka bir hastalığı olmayan hastanın fizik muayenesinde Tansiyon:110/80 mmHG olup diğer sistem muayeneleri olağan saptandı. Usg' de sol böbrek boyutları 107x41mm olup parankim kalınlığı 15 mm'dir. Parankim ekojenitesi normaldir. Toplayıcı sisteminde dilatasyon saptanmamıştır. Sağ böbrek boyutları 67x24 mm olup parankim kalınlığı 9 mm, Parankim ekojenitesi Grade 1 artmıştır. Toplayıcı sisteminde dilatasyon saptanmamıştır. Yapılan tetkiklerde: Üre: 29 mg/dl, Kreatinin: 0,58 mg/dl, Na:139 mmol/Lt, K: 4,1 mmol/Lt Albumin:4,7 g/dl olarak saptandı. Tarama amaçlı iki kez bakılan idrar tahlilinde çubuk ile protein +1 ve +2 olarak raporlandı. Spot idrar protein kreatinin oranı 1159 mg/g kreatinin olarak gelmesi üzerine proteinüri etyoloji amaçlı 24 saatlik idrar proteini ve eş zamanlı spot idrar protein kreatinin gönderildi. 24 saatlik idrarda protein 170 mg olup eş zamanlı gönderilen spot idrar protein/kreatinin 1016 mg/g kreatinin olarak geldi. Bunun üzerine 12 saat ayaktaiken bakılan idrar proteinürisi 423 mg olup yatarken bakılan idrardaki proteinüri 91 mg olarak sonuçlandı. (Tablo) Mevcut laboratuvar sonuçları ile ortostatik proteinüri düşünüldü. Hasta poliklinik takibine alındı.

Anahtar Kelimeler: Atrofik böbrek , ortostatik proteinüri

Tablo. İdrar Protenüri Örnekleri

	Spot idrar protein/kreatinin (mg/g)	24 saatlik idrar protein (mg)	12 saatlik ayaktayken idrarda protein (mg)	12 saatlik yatarken idrarda protein (mg)
İdrar volumü (ml)	-	2500	1300	1350
Protein	1016	170	423	91

PS/GN-016

YÜKSEK DOZ ATORVASTATİN KULLANIMI SONRASI RUTİN HEMODİYALİZ PROGRAMINA ALINAN RABDOMİYOLİZE BAĞLI BÖBREK YETMEZLİĞİ: OLGU SUNUMU

Fatih Kıvrakoğlu¹, Sanem Öztekin¹, Mustafa Ergin¹, Gülden Bilican¹, Ayşenur Miray Ünlü¹, Pelin Gümüş¹, Mükerrrem Tekoluk¹, Sümeyya Duran Kaymak¹, Seyit İbrahim Akdağ¹

¹Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Rabdomiyoliz, çizgili kasların çeşitli nedenlerle hasarı sonrası hücre içeriğinin dolaşıma katılmasıyla oluşan sendroma verilen isimdir. Klinik tablo çok değişkendir; asemptomatik enzim yüksekliğinden hayatı tehdit eden elektrolit dengesizlikleri ve böbrek yetmezliği ile de sonuçlanabilir. Lipid düşürücü tedavi amacıyla kullanılan statinler rabdomiyolize sebep olabilmektedir. Tedavide kas hasarına sebep olan etkenin ortadan kaldırılması, hidrasyon, diüretikler ile yeterli idrar çıkışının sağlanması, idrarın alkalinizasyonu ve hemodiyaliz yer almaktadır.

Olgusu: 85 yaşında erkek hasta. 7 yıl önce koroner by-pass greft öyküsü bulunan hasta 1 ay önce akut koroner sendrom nedeniyle hospitalize edilmiş olup medikal tedavi planlanmış. Hastanın tedavisine klopidoğrel ve atorvastatin 80 mg eklenmiş. Hasta birkaç gündür olan kas ağrısı ve idrar renginde koyulaşma şikayetiyle acil servise başvurmuş. Kreatinin: 6,93 üre: 262 CK: 50721, pH: 7,28, HCO₃:18 saptandı. Takipte idrar çıkışı olmayan hastada hipervolemi bulguları gelişmesi üzerine hemodiyaliz+ ultrafiltrasyon yapıldı. Hastanın kas güçsüzlüğü şikayeti progresif olarak geriledi ancak oligürik seyretmesi nedeniyle rutin hemodiyaliz programına alındı.

Sonuç ve Öneriler: Statinlere bağlı miyalji gelişme riski %2-11, miyozit riski %0,5, rabdomiyoliz gelişme riski %0,1 civarındadır. Koroner arter hastalığı

bulunan hastalarda statinlerle birlikte klopidoğrel kullanımı siktir. Klopidoğrel'in de sitokrom p450 grubu üyelerinden CYP2C8'i inhibe ederek bazı statinlerin rabdomiyoliz oluşturma riskini arttırdığı gösterilmiştir. Rabdomiyoliz olgularının %30'unda akut böbrek yetmezliği görülür. Akut böbrek yetmezlik vakalarının da %8'inin sebebi rabdomiyolizdir. Atorvastatin, pravastatin veya simvastatin ile tedavi edilen 10,000 kişide yıllık ortalama rabdomiyoliz insidansı 0,44 iken; servastatin için 5,34 ve fibrat için 2,82 olduğu bildirilmiştir. Atorvastatin, pravastatin veya simvastatin ile rabdomiyoliz insidansı 0,44 iken; bu ajanların herhangi biri bir fibrat ile kombine edildiğinde bu insidans 5,98'e yükselmiştir. Koroner arter hastalığında primer ve sekonder korumada yaygın olarak kullanılan statinlerin, potansiyel ve ölümcül olabilen yan etkilerinden dolayı bu ilaçlar tercih edilirken dikkatli olunmalıdır. Bu ilaçlar kullanılırken böbrek, karaciğer fonksiyonları ve kas enzimleri belli aralıklarla takip edilmelidir. Hastalar miyopati açısından bilgilendirilmeli, rabdomiyolizi kolaylaştırıcı faktörler yönünden değerlendirilmelidir. Alttı yatan böbrek hastalığı bulunan hastalarda yüksek dozlardan kaçınılmalıdır. Ayrıca ilaç etkileşimleri yönünden dikkatli olunmalıdır

Anahtar Kelimeler: Rabdomiyoliz, atorvastatin, hemodiyaliz

PS/GN-017

ESANSİYEL TROMBOSİTOZ'LU HASTADA SERTRALİN KULLANIMINA BAĞLI HİPONATREMİ: VAKA SUNUMU

Özgür Timuçin Kutlu¹, Salih İnal¹, Zübeyde Aslan¹, Enes Günhan², Muammer Avcı², Türkan Sena Çağlak³

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları-nefroloji

²Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları

³Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi

Hipoosmolar hiponatremi en sık görülen elektrolit bozukluğudur ve uygunsuz antidiüretik hormon(UADH)salınımı başlıca nedenidir.SSRİlar ölümcül hiponatremi yapması nedeniyle önemlidir.Yazıda esansiyel trombositozlu sertralin kullanan ciddi hiponatremi(Na:102mEq/L)olgusu sunulmuştur.66 yaşında esansiyel trombositoz,hipertansiyon,bağ doku hastalığı tanıları olan kadın hasta 1 haftadır olan bulantı,kusma,halsizlik,iştahsızlık şikayetleri ile acile başvurdu. Anagrelid 0.5mg 2X1,sülfasalazin 500mg 2x2,trimetazidin 35mg 2x1,metoprolol 50mg 2x1,sertralin 50mg 1x1,asetilsalisilik asit 100mg 1x1,kandesartan 16mg/hidroklorotiazid 12.5mg 1x1 kullanmaktaydı.Muayenesinde tansiyonu 120/75mmhg,nabızı 72/dk. uykuya meyilli vardı,kardiyovasküler sistemde 2/6 sistolik üfürüm duyuldu,pretibial ödemi yoktu.Tetkiklerinde:wbc 9400µl,hgb 10,9g/dl,plt 303000µl,idrarda dansite 1008di.Glukoz 113mg/dl,bun 12mg/dl,kreatinin 0,7mg/dl,ldh 221u/L,na 102mmol/L,k 3,1mmol/L,cl 65mmol/L,ca 8,8mg/dl,kontrolde:total protein 6,1g/dl,albumin 3,4g/dl,na 102mmol/L,k 3mmol/L,cl 66mmol/L,serum osmolalitesi 212mosm/kg,idrara na 12mmol/L,kan gazında:ph 7.47,na 113mmol/L,hco₃ 26mmol/L.%3lük 150 cc nacl iv sonrası kontrolde:na 118mmol/L,k 2,7mmol/L,cl 82mmol/L olması nedeniyle UADH sendromu ön tanısı ile yatırıldı.Oral ve parenteral sıvı alımı 1000 cc ile sınırlandırıldı,kullandığı ilaçları kesildi.%3 nacl 25cc/saatten verildi,toplamda 450ml aldıktan sonraki sonuçlarında na 116mmol/L,k 2,9mmol/L,cl 81mmol/Ldi.Ertesi gün na 121mmol/L,k 2,8mmol/L,cl 87mmol/Ldi.%09 NaCl 2000 cc/gün(her 1000 cc maisine 5 ampul kcl)tedaviye eklendi.Sonraki gün na 127mmol/L,cl 99mmol/L,k 3.8mmol/Ldi ve %3lük 150cc nacl 2X1 tedavisine devam edildi.Takip eden 3gün elektrolitleri açısından izlendi,na değerleri 129,129,132 mmol/L ölçüldü.Diğer UADH nedenlerini araştırmak üzere tiroit testleri,kan yağları,kan şekeri testleri,pa ac grafisi normaldi,kranial inceleme yapılmadı,adrenal yetmezlik düşünüldü.SSRİ'nin ADH salınımını artırarak hiponatremi nedeni olduğu düşünüldü,hasta UADH sendromu kabul edildi. Elektrolitlerinin anormal olması,hiponatreminin % 3lük nacl ile ve antidepresan kesildikten sonra sodyum düzeyinin yükselerek normal düzeylere erişmesi ile kesin tanısı konuldu.Hiponatremi ile ilgili klinik bulgulardan baş ağrısı,uyma hissi,bulantı-kusma,halsizlik şikayetleri tedaviyle geriledi.Şikayetlerinin gerilemesi ve başka hiponatremi etkeni bulunmadığından etyolojisinde sertralin ve tiiazid diüretik kombine kullanımı düşünüldü.Sıvı kısıtlamasının devamı,sertralin ve diüretik kullanımından kaçınılması önerilerek taburcu edildi.UADH salınımı tanısı;plazma hipotonisitesi ve hiponatremi,plazma ozmolalitesinden fazla

idrar ozmolalitesi, atılmış renal sodyum atılımı, volüm azalması, ödem yokluğu ve normal böbrek ve adrenal işlevsellik. Sertralinle ilişkili hiponatremiler literatürde yer almaktadır. SSRI dozu ile hiponatremi başlangıcı/siddeti arasında bir ilişki yoktur. Bildirilen olguların çoğu yaşlı hastadır ve SSRİlerin yaşlı ve kadınlarda hiponatremi riskini arttırdığı gözlenmiştir. Hastamızda olduğu gibi SSRİ ile birlikte kullanıldığında hiponatremi olasılığını artıran en bilinen ilaç tiazid diüretikleridir. Bu 2 grup ilacın birlikte kullanımı hiponatremi riskini 3 kat artırır. Vakaların %96'sı asemptomatiktir. SSRİ nedeni hiponatremili vakalarda mortalite %7'dir. Serum Na'ı 115 mEq/L'nin altında ise ciddi hiponatremi olarak kabul edilir. Hiponatreminin tedavi yaklaşımı: sıvı kısıtlaması, farmakolojik ajanların kullanımı ve intravenöz sıvı tedavisi uygulanmaktadır. Ağır olgularda vazopressin reseptör antagonistleri kullanılır. Özellikle yaşlı ve kadın hastalarda SSRİ kullanımı sırasında bu belirtilerle karşılaşma durumunda UADH'nın ayırıcı tanıda düşünülmesi önemlidir. Sonuç olarak; SSRİ ilaç tedavisi alan, kronik hastalıkları olan ve çok sayıda ilaç kullananlarda açıklanamayan şikayetler geliştiğinde ilaç yan etkisi düşünülmeli, hiponatremi araştırılmalı ve ciddi sonuçlar ortaya çıkmadan kontrol edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hiponatremi, SSRİ, sertralin, esansiyel trombositoz, UADH sendromu

Tablo. Hiponatreminin idrar sodyumu ve dolaşan arterial volüme göre ayırıcı tanısı

ARTER VOLÜMÜ	İDRAR SODYUM KONSANTRASYONU	İDRAR SODYUM KONSANTRASYONU
	<25mEq	>25mEq
AZALMIŞ	GASTROENTERİT	ADRENAL YETMEZLİK
	KİSTİK FİBROZİS	DİÜRETİK-ERKEN ETKİSİ
	DİÜRETİK-GEÇ ETKİSİ	TUZ KAYBETTİREN
	YANIK	
	KANAMA	
ARTMIŞ	KALP YETMEZLİĞİ	UADH
	NEFROTİK SENDROM	BÖBREK YETMEZLİĞİ
	SİROZ	SU İNTOXİKASYONU

PS/GN-018

ASSOCIATION OF HYPONATREMIA WITH PROGNOSIS IN NEPHROTIC SYNDROME

Parsa Yousefichaijan, Sima Tayebi, Fatemeh Dorreh, Hassan Taherahmadi, Fakhreddin Shariatmadari, Mojtaba Hashemi

¹Amirkabir Hospital, Department of Pediatric Nephrology, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Introduction: Hyponatremia, a very common electrolyte abnormality in hospitalized patients, is a serum sodium level <135 mEq/L. Both total body sodium and TBW determine the serum sodium concentration. Hyponatremia exists when the ratio of water to sodium is increased. This condition can occur with low, normal, or high levels of body sodium. Similarly, body water can be low, normal, or high. However, the possible contribution of hyponatremia to type of nephrotic syndrome is not fully understood. Therefore, the aims of this study were to compare the Na level in mild, moderate and severe nephrotic syndrome.

Methods: Our exclusion criteria were secondary or type 1 diabetes, patients having glomerular filtration rate of <60 mg/dL, and patients having any situations causing transient high urinary albumin excretion such as heart failure, exercise, short-duration hyperglycemia, urinary infection, uncontrolled hypertension

(HTA), and active infection. Patients with known congenital or acquired platelet disease, hematologic disease, or acute stress and those receiving anticoagulant and/or antiaggregant treatments, which may potentially affect MPV, were also excluded from the study. After detailed physical examination, body weight and height were measured in all subjects. BMI was calculated as weight in kilograms divided by the square of height in meters (kg/m²). Blood was withdrawn after 12 h of overnight fasting at 08,30 hours for FBG, serum total cholesterol (TC) and high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C), triglyceride (TG), creatinine levels. Systolic and diastolic blood pressures (SBP and DBP) were measured after a 5-min rest in a semi sitting position with a sphygmomanometer. Blood pressure was determined at least 3 times from the right upper arm, and the mean was used in the analysis. Hyperlipidemia (HPL) was defined as having hypolipidemic treatment or presence of TC levels of ≥200 mg/dL, and/or LDL-C levels of ≥130 mg/dL, and/or TG levels of ≥150 mg/dL, and/or HDL-C levels of ≤40 mg/dL for men and ≤50 mg/dL for women. We formed 3 groups: Group I, mild group; Group II, moderate patients; Group III, severe NS. Calculations were performed using SPSS 21. Data are presented as mean ± SD. Student's t-test was used to compare the groups in a parametric way. One-way analysis of variance (ANOVA) was used to compare more than 2 independent samples. We also used a chi-square test for comparing categorical values and a correlation test for the relation between the values. P < 0.05 was considered statistically significant.

Results: It has also been demonstrated that Na were normal in mild (steroid responsive) and moderate (frequent relapsing: Patients who respond well to prednisone therapy but relapse ≥4 times in a 12-mo period are termed frequent relapsers and steroid dependent: A subset of patients relapse while on alternate-day steroid therapy or within 28 days of completing a successful course of prednisone therapy. Such patients are termed steroid dependent) and Na was low in severe (steroid resistant Children who fail to respond to prednisone therapy within 8 wk of therapy are termed steroid resistant.) nephrotic syndrome. Sodium levels were low in 93% severe than 4% moderate and 3% mild NS. Sodium levels were low in severe NS. The Na levels had a positive correlation with poor prognosis in NS.

Conclusion: Among patients hospitalized with NS and hyponatremia, change in serum sodium concentration over time is a strong predictor of long-term survival. Sodium values of severe NS patients were lower than those of mild and moderate NS. Our results suggest that prognosis of NS might be related with Na level in NS patients.

Anahtar Kelimeler: Sodium level; nephrotic syndrome, prognosis, steroid resistance.

PS/GN-019

THE RELATIONSHIP OF MEAN PLATELET VOLUME WITH MILD, MODERATE AND SEVERE NEPHROTIC SYNDROME

Parsa Yousefichaijan, Aziz Eghbali, Mohammad Rafiei, Fatemeh Dorreh, Fakhreddin Shariatmadari, Manijeh Kahbazi

¹Amirkabir Hospital, Department of Pediatric Nephrology, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Introduction: MPV is a marker of platelet function and activation that can easily be evaluated by hematological analysis. It has been demonstrated that large platelets are either metabolically or enzymatically more active, and they release more adhesion molecules such as thromboxane A₂ and β-thromboglobulin. This shows that changes in MPV reflect the state of thrombogenesis. As stroke was considered, different results were determined as far as the associations of MPV levels with the presence and severity of NS were concerned. It has also been demonstrated that MPV levels were higher in moderate (frequent relapsing: Patients who respond well to prednisone therapy but relapse ≥4 times in a 12-mo period are termed frequent relapsers, steroid dependent: A subset of patients relapse while on alternate-day steroid therapy or within 28 days of completing a successful course of prednisone therapy. Such patients are termed steroid dependent) and severe (steroid resistant Children who fail to respond to prednisone therapy within 8 wk of

therapy are termed steroid resistant.) NS than in mild (steroid responsive) NS individuals. However, the possible contribution of MPV to type of NS is not fully understood. Therefore, the aims of this study were to compare the MPV in mild, moderate and sever NS.

Methods: A total of 258 patients (93 mild, 86 moderate and 79 sever) ,mild[female (12%), male (88%)], moderate [female (24%), male (76%)] and sever[female (6%), male (94%)] aged from 1 to 13 years. The purpose of the present study was to investigate the association of MPV with response to treatment in NS. MPV levels were investigated in all patient with NS hospitalized in Amirkabir hospital. After their MPV values were compared, correlation of MPV with sex, age, cholesterol, fasting blood glucose, hematuria, creatinine clearance, and body mass index was examined. After detailed physical examination, body weight and height were measured in all subjects. BMI was calculated as weight in kilograms divided by the square of height in meters (kg/m²) Blood was withdrawn after 12 h of overnight fasting at 08,30 hours for FBG, serum total cholesterol and high-density lipoprotein cholesterol , triglyceride , , creatinine levels, whole blood , platelet count, and MPV. Low-density lipoprotein cholesterol was calculated by the Friedewald formula .Systolic and diastolic blood pressures (SBP and DBP) were measured after a 5-min rest in a semi sitting position with a sphygmomanometer. Blood pressure was determined at least 3 times from the right upper arm, and the mean was used in the analysis. Hyperlipidemia (HPL) was defined as having hypolipidemic treatment or presence of TC levels of ≥ 200 mg/dL, and/or LDL-C levels of ≥ 130 mg/dL, and/or TG levels of ≥ 150 mg/dL, and/or HDL-C levels of ≤ 40 mg/dL for men and ≤ 50 mg/dL for women .We formed 3 groups: Group I, mild group; Group II, moderate patients; Group III, sever NS. This study was performed according to the Helsinki Declaration (2008). The local ethics committee approved the study and all subjects gave written informed consent. MPVs were analyzed using 2 different blood samples, which were taken in test tubes with EDTA, with an automated whole blood counter. Quality controls in our laboratory documented good reproducibility of MPV measures, with intraassay and interassay coefficients of variation of $\leq 2.2\%$ on commercial controls. Reference range of our MPV was 7.4–10.4 fL. Although Demirin et al. found that 95% of normal Turkish individuals had an MPV between 7.2 and 11.7 fL, we chose to stick to the values of our laboratory.

Results: MPV levels were higher in 93% sever and 79% moderate than those in 3% mild NS. MPV levels were highest in sever and moderate NS. The MPV levels had a positive correlation with poor prognosis in NS.

Conclusion: MPV values of moderate and sever NS patients were higher than those of mild NS. Our results suggest that prognosis of NS might be related with MPV in NS patients.

Anahtar Kelimeler: Mean platelet volume, nephrotic syndrome, prognostic bio marker.

PS/GN-020

PRENATAL RISK FACTORS FOR PROGNOSIS IN CHILDREN WITH NEPHROTIC SYNDROME

Parsa Yousefichaijan, Hassan Taherahmadi, Mohammad Rafiei, Fatemeh Dorreh, Fakhreddin Shariatmadari, Saeed Alinejad

¹Amirkabir Hospital, Department of Pediatric Nephrology, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Introduction: Nephrotic syndrome (NS) is the clinical manifestation of glomerular diseases associated with heavy (nephrotic-range) proteinuria. (Nephrotic range proteinuria is defined as proteinuria >3.5 g/24 hr or a urine protein: creatinine ratio >2). The triad of clinical findings associated with NS arising from the large urinary losses of protein are hypoalbuminemia (≤ 2.5 g/dL), edema, and hyperlipidemia (cholesterol >200 mg/dL). DISEASE TYPE include Mild (steroid responsive) Moderate (frequent relapsing, steroid dependent) Severe (steroid resistant). A subset of patients relapse while on alternate-day steroid therapy or within 28 days of completing a successful course of prednisone therapy. Such patients are termed steroid dependent. Patients who respond well to prednisone therapy but relapse

≥ 4 times in a 12-mo period are termed frequent relapsers. Children who fail to respond to prednisone therapy within 8 wk of therapy are termed steroid resistant. This study was conducted to determine the frequency of difference type in children with NS, and relation with prenatal risk factors.

Methods : This is a prospective study of 184 patients with NS with an age-range of one to 12 years who were diagnosed, treated and followed-up for at least two year in the Pediatric Nephrology Clinic of the Amirkabir Hospital. Diagnosis of NS was made according to the following criteria: heavy proteinuria >40 mg/h/ m² (for older children with collected 24-h urine); or protein/creatinine ratio >2 g/mmol, Albustix $\geq +++$, hypo-albuminemia <2.5 g/dL or edema and hyperlipidemia with total cholesterol of >200 mg/dL. Steroid-responsive NS was defined as patients achieving complete remission with steroid therapy for four weeks. Reference values for normal blood urea was <40 mg/dL and for serum creatinine were 0.3–0.7 mg/dL for children and 0.5–1 mg/dL for adolescents. For the initial attack, in children with presumed MCNS, prednisolone be administered as a single daily dose of 2 mg/kg/day to a maximum of 60 mg daily for 5 wk followed by alternate-day prednisone (starting at 1.5 mg/kg qod) for a period ranging from 8 wk to 5 mo, with tapering of the dose. When planning the duration of steroid therapy, the side effects of prolonged corticosteroid administration must be kept in mind. Response is defined as the attainment of remission within the initial 4 wk of corticosteroid therapy. Remission consists of a urine protein: creatinine ratio of <0.2 or $<1+$ protein on urine dipstick for 3 consecutive days. The following data were taken from the record files of the patients: age at presentation, gender, place of residence, hematuria at initial presentation, renal function , and time needed to respond to steroid therapy, duration of steroid therapy and number of relapses.

Results : The age of the study patients was between one and 12 years; 91 patients had mild (%), 64 patients had moderate (%) and 29 had sever (%). Males constituted 98 patients (%) and 86 patients were female (%). In subgroup analysis by NS subtype, low birth weight (1% mild, 51% moderate, 78% severe), maternal passive smoker (mild 6%, moderate 81%, sever 3%), maternal gestational hypertension (3% mild, 69% moderate, 7% severe) and maternal gestational DM (Gestational diabetes also known as gestational diabetes mellitus (GDM), is a condition in which women without previously diagnosed diabetes exhibit high blood glucose levels during pregnancy (10% mild, 89% mild, 4% severe) associated significantly with increased risk of moderate NS. Very Low birth weight (9% mild, 3% moderate, 81% severe), Small for gestational age (SGA) embryos are those who are smaller in size than normal for the gestational age, most commonly defined as a weight below the 10th percentile for the gestational age (6% mild, 11% moderate, 82% severe), and maternal overweight/obesity associated (9% mild, 3% moderate, 71% severe) significantly with sever NS.

Conclusion: These data suggest that prenatal factors may impact the risk of moderate and sever NS.

Anahtar Kelimeler: Prenatal risk factors , prognosis , children , nephrotic syndrome.

PS/GN-021

ATİPİK HÜS İLE BAŞVURAN SLE OLGUSUNDA ECULIZUMAB TEDAVİSİ

Sibel Ersan¹, Banu Yılmaz¹, Bengü Erkul², Semih Güllü², Zevcet Yılmaz², Harun Akar¹

¹Izmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Nefroloji Bölümü

²Izmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

³Izmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Romatoloji Bölümü

Giriş: Trombotik trombositopenik purpura-hemolitik üremik sendrom (TTP-HUS) , alternatif kompleman yolğunun bozulmuş regülasyonu nedeniyle trombotik mikroanjyopati (TMA) bulguları ile ortaya çıkan bir sendromdur. Akut böbrek hasarı, mikroanjyopatik hemolitik anemi, trombositopeni ve/veya nörolojik tutulum ile karakterizedir. Çoğu olguda altta yatan hastalıklara (malignite, infeksiyonlar, ilaçlar, romatolojik hastalıklar) ikincil ortaya çıkmaktadır.

Olgu: 54 yaşında bayan hasta acil servise ateş, nefes darlığı, çarpıntı ve idrar çıkaramama yakınmaları ile başvurdu. Öyküsünde özellik olmayan hastanın ilk tetkiklerinde akut böbrek hasarı ve metabolik asidoz, LDH yüksekliği ve trombositopeni saptandı. Periferik yaymada şistositlerin görülmesi ile HÜS tanısı düşünüldü. Pulse steroid, plazmaferes ve hemodiyaliz tedavileri başlanan hastada ADAMTS 13 aktivitesi %61 saptandı ve TTP dışlandı. Plazmaferes tedavisinin 7. seansından sonra hala hemodiyaliz bağımlı ve anurik seyreden, LDH yüksekliği süren, hipokomplementemisi saptanan hastaya eculizumab tedavisi planlandı. İleri tetkiklerinde anti-ds DNA titresi yüksek saptanan hastaya SLE tanısı konuldu.

Sonuç: Eculizumab tedavisinin 2. küründe diürezisi sağlanan ve progresif olarak böbrek işlevleri düzelen hasta halen diyalizsiz, kreatinin düzeyleri 1.8 mg/dl civarında seyretmektedir. Eculizumab tedavisi kesilen hasta SLE tedavisi ile izlenmektedir.

Anahtar Kelimeler: atipik HÜS, SLE, eculizumab

Tablo. Tedavi öncesi ve sonrası laboratuvar değerleri

Laboratuvar	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası
Kreatinin (mg/dl)	11.5	1.8
Üre (mg/dl)	226	75
LDH (U/L)	2570	260
Hemoglobin (gr/dl)	10.5	11.1
Trombosit (/uL)	54000	289000
Direk Coombs	Negatif	-
C3/C4 (mg/dl)	57/8.6 (düşük)	-
ADAMTS13 aktivitesi	%61	-
ANA, Antikardiyolipin IgG/IgM,	1/1250, Negatif,	-
Antifosfolipid IgG/IgM	Negatif	-

PS/GN-022

TAKAYASU ARTERİTİ VE AA TİPİ AMİLOİDOZ BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU

Serkan Yıldız¹, Özgür Akkale¹, Mehtat Ünlü², Gerçek Can³, Aykut Sifil¹, Caner Çavdar¹, Ali Çelik¹, Sülen Sarıoğlu², Taner Çamsarı¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Takayasu arteriti, özellikle aorta ve aortik arkın dallarının tutulduğu, tıkaçıcı bir kronik inflamatuvar damar hastalığıdır. İkincil amiloidoz, reaktif amiloidoz ya da AA tipi amiloidoz, kronik inflamatuvar hastalıklarla bir arada görülen bir amiloidoz türüdür. Burada Takayasu arteriti ve AA tipi amiloidoz birlikteliği saptanan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 19 yaşında kadın hasta iki yıldır Takayasu artzriti tanısıyla romatoloji polikliniğinde takip ve tedavi ediliyordu. Bağışıklık sistemini baskılayıcı tedavi olarak azatioprin ve metilprednizolon kullanıyordu. Siklofosamid tedavisi öyküsü vardı. Hastanın rutin poliklinik kontrolünde yapılan laboratuvar tetkiklerinde proteinüri saptanmıştı. Ödem yakınması da olan hasta proteinüri nedeniyle nefroloji polikliniğine yönlendirildi. Nefroloji polikliniğinde değerlendirilen hastanın hipertansiyon, diyabetes mellitus, taş ve böbrek hastalığı öyküsü yoktu. Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde; kan biyokimyasında kan üre azotu 8.3 mg/dL, kreatinin 0.47 mg/dL, albümin 1.8 gr/dL ve total kolesterol 225 mg/dL idi. 24 saatlik idrarda 11.5 gr/gün proteinüri saptandı. Hematürisi yoktu. Serum kompleman düzeyleri ve immüno serolojik incelemeler olağandı. Üriner sistem ultrasonografi (USG) görüntülemesinde sağ böbrek total vertikal uzunluğu 77 mm, sol böbrek total vertikal uzunluğu ise 126 mm olarak ölçüldü. Her iki böbreğin yerleşimi, parankim kalınlığı, ekojenitesi ve

toplayıcı yapıları olağandı. Hastada nefrotik sendrom düşünüldü ve etiyolojiyi aydınlatmak amacıyla USG eşliğinde böbrek biyopsisi yapıldı. Biyopsi sonrası komplikasyon gelişmedi. Histopatolojik incelemede; ışık mikroskopisinde glomerüllerde bazal membranlarda kalınlaşma ve mezangiyal matrikste nodüler eozinofilik madde birikimi gözlemlendi. İmmüno floresan incelemede immün kompleks birikimi gözlenmedi. Kongo kırmızısı pozitif olan böbrek dokusu örneğinde immünohistokimya ile AA tipi amiloid birikimi saptandı. Hastada kronik inflamatuvar hastalığa ikincil gelişen AA tipi amiloidoz tanısı konuldu. Romatoloji poliklinik izlemine halen devam edilen hastaya Takayasu arteriti nedeniyle tosilizumab tedavisi başlandı.

Sonuç: AA tipi amiloidoz en sık yol açan vaskülit Behçet Hastalığı'dır. Bunun dışında büyük ve orta çaplı damar vaskülitleri AA tipi amiloidoz neden olabilirler. Takayasu arteriti ve AA tipi amiloidoz birlikteliği nadir görülen bir durum olması nedeniyle sunulmaya değer görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Takayasu arteriti, amiloidoz

PS/GN-024

EVRE 3-4 KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA PERİFERİK ARTER HASTALIĞI SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Melek Yalçın¹, Mahmoud Islem¹, Feyza B. Çağlayan¹, N. Barış Hasbal¹, Mutlu Sümerkan⁴, Deniz Akan³, Yener Koç¹, Tamer Sakacı¹, Elbis Ahbap¹, Fatih Borlu², Abdulkadir Ünsal¹, Taner Baştürk¹

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği

²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

³Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

⁴Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

Amaç: Ankle-brakial indeks (ABI) aterosklerotik periferik vasküler hastalık (PVH) tanısında kullanılan non invaziv diagnostik bir belirteçtir ve subklinik PVH tanısında sıkça kullanılmaktadır. Bununla birlikte jeneralize aterosklerozun da doğru ve güvenilir bir markeri olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastalarında PVH prevalansı ve ABI, karotis intima media kalınlığı (KİMK), sol ventrikül kütle indeksi (SVKi), interventriküler septum (İVS) kalınlığı ve posterior duvar kalınlıklarının, kan parametreleri ile ilişkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal Metod: Çalışmaya 2015 yılı Kasım-Aralık aylarında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Polikliniğine başvuran 97, Evre 3-4 KBY hastası dahil edildi. Tüm hastaların demografik özellikleri, laboratuvar bulguları ve komorbid hastalıkları kaydedildi. ABI, KİMK, SVKi, İVS kalınlığı ve posterior duvar ölçümleri 2D ve M mod ekokardiyografi ile yapıldı. ABI <0.9 olan hastalarda PVH olduğu kabul edildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 63,3±12,1 olan 65.6 %'i kadın olan ve bazal eGFR: 38.7±11.8 mL/dk/1.73 m² olan 97 hasta dahil edildi. Hastaların %25'inde azalmış ABI saptandı (< 0.9). ABI düzeyi ile albumin (r: 0.252, p:0.002), posterior duvar (r:0.248, p:0.015), İVS (r:0.204, p:0.047) kalınlıkları ile pozitif yönde, crp ile negatif yönde (r: -0.234, p:0.02) korelasyon saptandı. KİMK ile PVH varlığı arasında ilişki saptanmadı. ABI düzeyi düşük hastalarda, serum fosfor ve Ca²⁺ seviyeleri ABI düzeyi normal hastalara göre anlamlı olarak yüksek saptandı.

Sonuç: KBY hastalarında asemptomatik PVH prevalansı %25 olarak saptanmış ve inflamasyon ve yüksek fosfat seviyesi PVH hastalık varlığı ile korele bulunmuştur. Posterior duvar ve İVS kalınlıkları ile anormal ABI arasında belirgin ilişki görülmüştür. KBY hastalarında PVH taramak için non invaziv ve kolay bir test olan ABI bakılması gündeme gelebilir.

Anahtar Kelimeler: Ateroskleroz, kronik böbrek yetmezliği, periferik vasküler hastalık

PS/GN-025

THE RELATIONSHIP BETWEEN BLOOD BIO MARKERS LEVEL AND THE PROGNOSIS OF CHILDREN NEPHROTIC SYNDROME

Parsa Yousefichaijan¹, Masoud Rezagholizamjany¹, Fatemeh Rafiei¹, Fatemeh Dorreh¹, Fakhreddin Shariatmadari¹, Yazdan Ghandi¹

¹Amirkabir Hospital, Department of Pediatric Nephrology, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Introduction: Nephrotic syndrome (NS) is caused by damage to the glomerular basement membrane as a result of kidney excreted large amount of protein into the urine. Aim of this study is to investigate the relationship between prognosis of NS and blood biomarker levels in children's which can help to better follow up of syndrome.

Methods: This is a prospective study of case series patients which conducted on 100 children with NS. About response to steroid children were divided into 4 groups, based on their responses to treatment with corticosteroids, responding to steroids, frequent relapse, steroid resistance and steroid dependent.

Results: So that in males group were 24% steroid responded, 52% frequent relapse, 52% steroid resistance and 76% steroid dependent and in females group 76% steroid responded, 48% frequent relapse, 48% steroid resistance and 24% steroid dependent. About age of children we compared the average of age in 4 groups and significant difference was observed. Also we investigate residence status of children and their families in our study and observed that in families with a private home, 76% steroid responded, 68% frequent relapse, 40% steroid resistance and 32% steroid dependent and families who are not in a private home 20% steroid responded, 32% frequent relapse, 60% steroid resistance and 60% steroid dependent. So we have significant difference in four groups. By measuring WBC, it was observed that WBC as an inflammatory factor in steroid responding group 0% higher than normal, 4% lower than normal and 96% normal and in the three next groups in average 36% higher than normal, 4% lower than normal and 60% normal and this represents that there is significant difference in four groups. WBC component counting showed that monocyte only in steroid resistance group were 4% lower than normal, 96% normal and in another groups appeared perfectly (100%) normal also about lymphocyte viewed that in responding to steroids group 8% lower than normal and 92% normal and in tree other groups 33% lower than normal, 3% higher than normal and 64% normal so difference is significant. Also neutrophil count showed that there is a difference between the two groups. But about basophile and eosinophil we observed that these two cell count were normal in all 4 groups and this showed that there is no difference between four groups. In lipid profile about Cholestrol we observed that higher than normal Cholestrol amounts in other tree group rather than responded group were more. When the presence or absence of CRP in children was evaluated it was found that positive rate of patients in the tree second groups was more compared to respond to treatment group and this marks a significant difference in four groups. On the other hand, when we have examined sodium of serum, we have seen a significant difference, low levels of sodium in the another tree groups rather than steroid responded group were significantly higher. But about RDW, MCHC, MCH, MCV, HCT, RBC and HGB we observed that there is no sufficient difference between four groups.

Conclusion: We have seen that only some of them show changes so that inflammatory markers such as WBC, neutrophil and CRP in groups of lack answers to steroid were more than responded to medication group. But some of other factors such as lymphocytes is less than normal in unresponded groups. Some markers in the blood that there is no role of inflammatory or non-inflammatory for them, was changed in the first group, for example about Na that in more patients of another tree groups rather than steroid responded group are abnormally low so sodium as a reducing resistant nephrotic syndrome agent. About cholesterol it proved that amount of Cholestrol in tree unresponsive to corticosteroids groups were higher than responding to medication group so having a high cholesterol level can also be a factor for drug resistance.

Anahtar Kelimeler: Nephrotic syndrome, blood bio markers, children, prognosis.

PS/GN-026

NATİV AORT KAPAKTA İNFEKTİF ENDOKARDİT TANISI OLAN BÖBREK FONKSİYONLARI NORMAL BİR HASTADA GELİŞEN RENAL İNFAKTÜS: OLGU SUNUMU

Dilek Kutsal¹, Özlem Yıldırım², İsmail Başyigit³, Mehmet Eren²

¹Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, nefroloji Bölümü, İstanbul

²Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, İstanbul

³Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü, İstanbul

Renal infarktüs, renal arterde kan akımının ani kesilmesi ile oluşan nadir bir durumdur. Çoğunlukla non-spesifik kliniği ve nadir görülmesi dolayısıyla sıklıkla yanlış teşhis edilir veya geç tanı konulur. Ürolithiasis, lomber disk hernisine ait bel ağrısı, akut batin gibi daha sık ağrı yapan nedenler dolayısıyla geç tanı konulmaktadır. En sık nedenler travmatik, tromboembolik, atheroembolik ve trombotik durumlardır. Native veya prostetik kalp kapağının endokardiyal yüzeyinin infeksiyonu olarak tanımlanan infektif endokardit renal infarktüs için nadir diğer risk faktörlerinden biridir.

Olgumuz 36 yaşında, başvurudan 2 ay öncesine kadar hiçbir yakınması olmayan erkek hasta 2 ay önce ortaya çıkan boğaz ağrısı, ateş yüksekliği tanınıyor. O dönemde aralıklı antibiyotik kullanımı olan hastanın son 2 haftadır düşmeyen ateş yüksekliği, baş ağrısı, ayak bileği ve dizlerde ağrı, şişlik yakınması olmuş. Aynı zamanda ayak tırnaklarında renk değişikliği tarifleyen hastanın başvurduğu dış merkezde yapılan tetkiklerde kalpte aort kapakta vegetasyon saptanması üzerine infektif endokardit tanısı ile yatırıldı. Yapılan transösafagial ekokardiyografide aort kapak biküspit yapıda ve kalsifikasyonlar izlendi. 1.8x1.8cm vegetatif kitle izlendi. Takibinde şiddetli sağ yan ağrısı olan hastanın yapılan USG'de hepato-splenomegali ve sağ böbrek orta kesimde 28x30mm ekojenite artışı izlendi. Renal infarkt ön tanısı ile çekilen BT anjiyografide sağ böbrek orta zonda yaklaşık 6x3cm'lik bir alanda kontrastlanma izlenmedi. Yapılan tetkiklerde kan kültürlerinde Streptococcus mitis-Streptococcus oralis üredi. Sedimantasyon:90, CRP:14, BUN:14 Kreatinin:0.87, ANA:(-), RF:83(<150), Brucella:(-), idrar testinde: protein:(-), eritrosit:(+), görünüm berrak idi. Antibiyotik tedavisi düzenlenen hasta aort kapak vegetasyonu nedeniyle acil operasyona alındı. Yapay aort kapak takılan hastanın operasyon sonrası takibinde enfeksiyon bulguları geriledi. Hasta antibiyotik tedavisi süresince ve antikoagulan tedavisi düzenleninceye kadar serviste izlendi. Şifa ile taburcu edildi.

Şiddetli yan ağrısı olan, renal fonksiyon bozukluğu ve idrar bulgusu olmayan hastalarda sık düşünülen nedenler yanında ayırıcı tanıda olası risk faktörleriyle birlikte nadir görülen renal infarktüs de unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Renal infarktüs, infektif endokardit

Figürler:





PS/GN-027

AKUT HEMODİYALİZDE FEMORAL KATETER TAKILMASI İLE İLİŞKİLİ İATROJENİK NADİR BİR KOMPLİKASYON: RETROPERİTONEAL HEMATOM

Dilek Kutsal¹, Abdullah Kemal Tuygun², Nihan Yapıcı³

¹Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, nefroloji Bölümü, İstanbul

²Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, kalp Damar Cerrahisi Bölümü, İstanbul

³Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, anestezi ve Reanimasyon Bölümü, İstanbul

Perkütan femoral ven kateterizasyonu acil hemodiyaliz için sağlanan hızlı santral venöz yol olup, kanama riski yüksek hastalarda, düşük komplikasyon oranlarıyla sıklıkla tercih edilmektedir. Hemodiyaliz için ilk seçenek arterio-venöz fistüller olsa da femoral ven kateterizasyonu akut hemodiyaliz için acil durumda hızlı bir santral ven girişi sağladığı için popülaritesini korumaktadır. İşlem güvenilir olmakla birlikte yaşamı tehdit eden ciddi komplikasyonlar da oluşabilir. Femoral ven kateterizasyon komplikasyonları ; giriş yeri enfeksiyonu, giriş yerinde kanama, hematoma, flebit, arteriovenöz fistül, femoral arter veya ven trombozu, femoral arter anevrizma, femoral sinir hasarlanması olarak görülebilir. Retroperitoneal hematoma femoral ven kateterizasyonunun en ciddi, fatal bir komplikasyonu olup birkaç vaka şeklinde yayımlar mevcuttur. Retroperitoneal

hematom insidansı %0.5 olarak tahmin edilmektedir.

85 yaşında evre-4 kronik böbrek yetmezliği tanısı ile medikal tedavisi düzenlenen ve stabil seyreden hasta dış merkezde bir sağlık kurumuna solunum sıkıntısı, nefes darlığı ile başvurmuş. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı da bulunan hastanın yapılan fizik muayenesinde akciğerlerde yaygın raller, pretibial ödem tespit edilmiş, tetkiklerinde hiponatremi, Akciğer grafisinde yüklenme gözlenen hastaya diüretik tedavi uygulanmasına rağmen yeterli idrar çıkışı olmaması, akciğer ödemi nedeniyle acil hemodiyaliz planlanmış. Hastanın öncesinde üst extremite venöz sistemle ilgili tromboz öyküsü olması nedeniyle acil olarak sağ femoral venöz kateter takılmış. İlk seans hemodiyalize alınan hastanın sağ bacakta ve sırta vuran ağrısı olması üzerine yapılan USG'de retroperitoneal hematoma düşündürdü, sağ böbrek alt polden pelvise uzanan yoğunluk artışı, BT'de sağda psoas kası sağ böbrek alt polden pelvise dek uzanan heterojen görünüm mevcuttu. Hastanın başlangıç Hb:10.2gr/dl iken Hb:8.77gr/dL'ye düştü. WBC:16200, BUN:72, kreat:5.08 LDH:454 Na:129 Albümin:4gr/dL, Ca:8.1, P:5.1 tespit edildi. Femoral kateteri çekilen hastaya subklavian venden diyaliz kateteri takıldı, takiplerinde hastanın hematomunun çekilen tomografilerle büyüdüğü tespit edildi. İ.v sıvı ve kan ürünleri ile destek tedavisi düzenlenen hastanın kliniğinin kötüleşmesi, hipotansiyon ve kanamanın devam etmesi üzerine cerrahi explorasyon yapıldı, vena kava inferior onarımı yapıldı. Operasyon sonrası yoğun bakım ünitesinde 3 hafta takip edilen hasta maximum destek tedaviye rağmen sepsise bağlı multiorgan yetmezliği nedeniyle kaybedildi.

Femoral ven kateterizasyonu sonrası retroperitoneal hematoma çok nadir görülmekle birlikte fatal bir komplikasyondur. Kateter takılma işleminin görüntüleme yöntemleri eşliğinde takılması, olası komplikasyonların erken fark edilmesi femoral ven kateterizasyonunda morbidite ve mortaliteyi azaltacaktır

Anahtar Kelimeler: Femoral kateter, retroperitoneal hematoma

Figürler :



PS/GN-028

ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONUNUN NADİR BİR KOMPLİKASYONU: PURPLE URİNE BAG SYNDROME

Barış Eser¹, Cihat Coşgun², Alper Bayrak³, İbrahim Doğan¹, Nihal Özkay¹¹Sağlık Bakanlığı Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Çorum²Sağlık Bakanlığı Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Çorum³Karşı Devlet Hastanesi, Çorum

Giriş: Mor idrar torbası sendromu “purple urine bag syndrome” (MİTS) idrar yolu enfeksiyonunun görsel olarak çarpıcı bir yan etkisidir. Bu sendrom zararsız görünse de, alta yatan idrar yolu enfeksiyonu ile birlikte kalıcı üriner kateteri olan hastalarda ciddi sonuçlara yol açabilir (1). Kliniğimizde saptanan bu nadir antitenin bir örneğini sunduk.

Olgu: Seksen dokuz yaşında kadın hasta beslenememe ve genel durum bozukluğu nedeni ile kabul edildi. Oral alımında giderek artan azalma ile birlikte belirgin konstipasyon tariflenmekteydi (haftada bir kez defekasyon). Yakın tarihte dikkate değer ilaç kullanımı olmayan hastada, parkinson ve alzheimer hastalığı mevcuttu ve yedi yıldır yatağa bağımlı olup aralıklı değiştirilen idrar sondası olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinci açık, oryantasyon ve kooperasyon kısmi, kaşektik ve vital bulgulardan kan basıncının sınırda düşüklüğü (90/60 mmHg) dışında normaldi. Orta düzey dehidratasyon bulguları ile birlikte idrar torbasının mor renkte olması dikkat çekiciydi (Şekil 1). Laboratuvar incelemesinde kronik hastalık anemisi ile uyumlu bulgular ve idrar analizinde nitrat pozitifliği, piyüri ve bol bakteri tespit edildi. Üriner sistem ultrasonunda patoloji saptanmadı. İdrar kültürü alınarak parenteral 3. kuşak sefalosporin tedavisi başlandı. İdrar kültüründe miks bakterial üreme saptandı, 10 günlük tedavi süresince idrar renginin normale döndüğü gözlemlendi ve kontrol idrar kültüründe üreme olmadı. Taburculuktan iki hafta sonra acil servisine septik şok tablosu ile başvuran hasta yapılan müdahaleye rağmen ölmüştür.

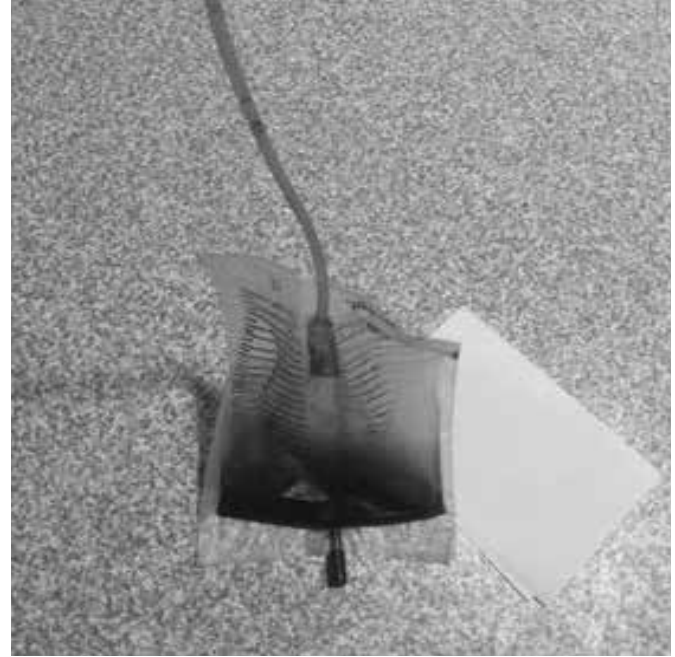
Tartışma ve sonuç: MİTS, patogenezinde triptofan metabolizmasının olduğu, sülfataz ve fosfataz üreten gram-negatif bakterilerin idrara mor renk veren indirubin ve indigo oluşturmalarıyla meydana gelen klinik bir durumdur (Şekil 2). Genellikle gram negatif birden çok organizmanın izolasyonu sık gözlenir ve çoğunlukla tek bir organizma izole etmek zordur (2). Kalıcı üretral-suprapubik üriner kateterizasyonlu veya nefrostomisi olan konstipasyonun eşlik ettiği özellikle yaşlı hastalarda daha sık görülür. Tedavisinde üriner kateteri değiştirmek ya da çıkarmak ve alta yatan enfeksiyonu tedavi etmek dışında herhangi bir özel tedavi gerektirmez (3). Sonuç olarak, MİTS nadir görülür ve uzun süreli üriner kateterizasyonu olan, çoklu morbiditesi olan ve mortalite riski yüksek özellikle yaşlı hastalarda gözlenebileceği akıld tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Üriner sistem enfeksiyonu, mor idrar

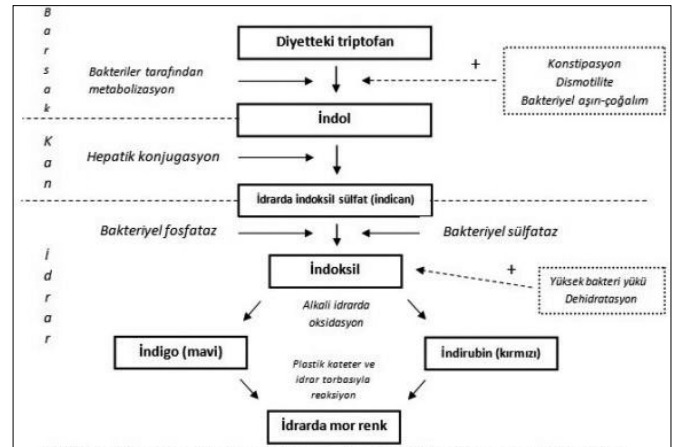
Referanslar:

1. Komiya A. Purple diaper syndrome in geriatrics. J Am Geriatr Soc 2006;54: 1954-1955.
2. Mantani N, Ochiai H, Imanishi N, et al. A case-control study of purple urine bag syndrome in geriatric wards. J Infect Chemother 2003;9:53-57.
3. Khan F, Chaudhry MA, Qureshi N, Cowley B. Purple urine bag syndrome: An alarming hue? A brief review of the literature. Int J Nephrol 2011; 2011: 419213
4. Lippincott Williams and Wilkins. South Med J 2007.

Figürler :



Şekil 1. Hastanın idrar torbası



Şekil 2. Mor idrar Torbası Sendromu'nda metabolik yollar “+” ile patogeneze katkıda bulunan faktörler işaret edilmiştir (4).

PS/GN-029

EKSTAZİ KULLANIMI SONRASI GELİŞEN RABDOMİYOLİZE BAĞLI AKUT BÖBREK HASARI, AKUT KARACİĞER YETMEZLİĞİ VE DİK OLGUSU

Abdussamet Çelebi¹, Lokman Hekim Çevik¹, Başak Can¹, Fatma Pınar Açar¹, Figen Kahyaoglu¹, Perihan Özkan Gümüşkaya¹, Mehmet Küçük²¹Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği²Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Giriş: 3,4-metilenedioksi-N-metilamfetamin (MDMA) veya bilinen adlarıyla ekstazi, bir tür psikostimülan amfetamin derivativesidir. MDMA beyinde varolan serotonin, dopamin ve noradrenalin nörotransmitterlerinin salınmasını sağlayan

bir stimulan ve geri alım inhibitörüdür. Antidepresan ilaçlar da aynı sınıftandır ama MDMA'nın farkı beyinde varolan serotoninin tamamının salınmasını sağlamasıdır. Genellikle kişide yarattığı rahatlık, doyunluk, zindelik ve mutluluk hisleri gibi uyarıcı etkileri nedeniyle kullanılır. Ancak bu etkileri yanı sıra akut ölümcül yan etkileri de görülebilir. Akut yan etkileri sıklıkla adrenerjik reseptörlerin stimülasyonu sonucunda ortaya çıkar. En sık görülenler deliryum, konvülsiyon, serebral hemoraji, kardiyak aritmi, rabdomyoliz, akut böbrek hasarı, akut karaciğer yetersizliği, dissemine intravasküler koagülopati (DİK)'dir. Bu olguda 2 adet 10mg'lık ekstazi tablet kullanımı sonrası koma haliyle hastanemize getirilen rabdomyoliz, akut böbrek yetmezliği, akut karaciğer yetmezliği, dik tabloları gelişen 19 yaşında erkek hasta sunulmuştur.

Olgu: 19 yaşında erkek hasta konser sırasında alkolle beraber kullandığı 2 adet ekstazi kullanımından 2 saat sonra baygınlık, şuur bulanıklığı sebebiyle hastanemiz acil servisine 112 aracılığı ile başvurdu. Hasta ilk görüldüğünde koma halinde oryantasyonu kooperasyonu yoktu. Fizik muayenesinde vital bulguları tansiyon:140/90mmHg, NDS:110/dk ritmik, DSS:24/dk. Solunum sistemi, kalp sesleri, batin muayenesi doğaldı. Nörolojik muayenesi koma halinde olması sebebiyle optimal olarak yapılamadı, patolojik refleks yoktu, kas gücü değerlendirilemedi. Kontrastız beyin BT'de akut patoloji yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde; kreatin:2.41mg/dL, üre:52mg/dL, ürik asit:14.5mg/dL, AST:4213U/L, ALT:1040U/L, CK:>100000U/L, Na:137mmol/L, K:3.3mmol/L, PLT:73bin, INR:1.58, fibrinojen:115mg/dL, kan gazlarında pH:7.23, HCO₃:12.5, Lac:2.3 mmol/L, pCO₂:32mmHg, pO₂:64mmHg olarak saptandı. Hastaya folley sonda takılarak idrar çıkışı gözlemlendi. Koyu kırmızı idrar çıkışı olan hastanın ilk saatlerinde idrar çıkışında azalma olmadı. Hastaya ilk saatlerinde 500cc/saatten olmak üzere forse diürez ve idrar alkalizasyonu için sodyum bikarbonat infüzyonu başlandı. Rabdomyolize bağlı DİK tablosu düşünülerek 2 ünite TDP replasmanı yapıldı. Hastanın bilinç durumu takibimiz altında 3. saatten itibaren açılmaya başlaması oryantasyon kurulmaya başlanması üzere dahiliye servisine transfer edildi. Bilinci açılan hastanın yaygın kas ağrıları mevcuttu. Hastanın üriner sistem ultrasonografisinde bilateral böbrek boyutları, parankim ve kalınlıkları, pelvikalisyel sistem normal saptandı. Spot idrarda 1gr/gün proteinürisi saptandı. Viral markerlar ve vaskülit markerları negatif saptandı. Şuuru açılan hastadan daha ayrıntılı alınan anamnezde travma öyküsü yoktu. Hastada ekstazi kullanımı sonrası rabdomyoliz ve buna bağlı akut böbrek hasarı, akut DİK, akut karaciğer yetmezliği geliştiği düşünüldü. Hastanın yatışı seyrinde laboratuvar takiplerinde trombosit ve fibrinojen değerleri yükseldi. AST, ALT, LDH, üre, kreatin, kreatin kinaz düzeyleri normal sınırlara geriledi. Forse diürez yapılan hastanın idrar çıkışında azalma olmadı, hemodiyaliz ihtiyacı olmadı. 2. hafta itibariyle kas güçsüzlüğü dahil tüm şikayetleri geriledi, laboratuvar değerleri normale geldi ve hasta taburcu edildi.

Tartışma: Ekstazi kullanımı çarpıntı, halsizlik, ağızda kuruma, denge problemleri, baş dönmesi gibi sık karşılaşılan yan etkilerin dışında; rabdomyoliz, akut böbrek hasarı, ciddi elektrolit bozuklukları, akut karaciğer yetmezliği, dissemine intravasküler koagülopati gibi daha ciddi yan etkilere yol açabilir. Diğer bağımlılık yapan maddelerden farklı olarak ekstazi kullanımının toksik etkileri dozdan bağımsız olarak ortaya çıkabilir. Özellikle genç bireylerde tek doz tablet kullanımının bile bu tablolara yol açabileceği unutulmamalı; farkındalık yaratılarak bu psikostimulan maddenin kullanımının kullanımı azaltılması hedeflenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ekstazi, rabdomyoliz, akut böbrek hasarı, akut karaciğer yetmezliği, dissemine intravasküler koagülopati

PS/GN-030

AMILOİDOZ TANILI HASTALARIN ÖZELLİKLERİ

Merih Reis Aras¹, Beyhan Güvercin¹, Sevgül Mungan², Ümit Çobanoğlu², Kadriye Yıldız², Cevriye Ceyda Kolaylı², Abdülkadir Çelik⁴, Şükrü Ulusoy⁴, Kübra Kaynar⁴
¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon
²Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Trabzon
³Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Trabzon
⁴Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Trabzon

Giriş: Amiloidoz, tüm dünyada gözlenebilen, toplumda 5-9 vaka/milyon nüfus/yıl insidansına sahip, multisistem tutulumu olan, ilerleyici ve ölümcül bir grup hastalığı oluşturmaktadır. Başlıca iki majör formu olan amiloidoz hastalığında, AL tipi sıklıkla gelişmiş ülkelerde gözlenir iken, gelişmekte olan ülkelerde ise AA formu en sık saptanmaktadır. Hastaların klinik bulguları amiloidin tipine ve depolanma dağılımına göre değişmektedir. Bu çalışma ile merkezimizdeki amiloidoz tanısı alan hastaların tanı sırasında tutulum yerleri, tanının konulduğu klinikler, amiloidoz tipi, hastaların patolojik laboratuvar bulgularının araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Bu çalışma, 2006-2016 yılları arasında, merkezimizde patoloji raporlarında amiloidoz tanısı konulan, yaş ortalaması 52 ±16 yıl olan 43 hastanın bilgisayar ortamındaki verilerin retrospektif olarak taranması ile yapılmıştır. Tüm hastaların tanı sırasındaki yaşı, tanı için biyopsi yapılan doku, amiloidoz tipi, biyokimyasal tetkiklerini içeren bilgiler istatistiksel analiz için değerlendirildi. Tanımlayıcı verilerin istatistikleri kategorik değişkenler için normal dağılım koşulu sağlandığında ortalama ± standart sapma, normal dağılım koşulu sağlanmadığında ortanca olarak verilmiştir.

Sonuçlar: Tüm data değerlendirildiğinde, hastaların %70'i (30/43) erkek cinsiyette olduğu görüldü. Tanı için biopsi yapılan dokular %51.2'inde rektum, %20.9'inde böbrek, %14 kemik iliği, %11.6 kolon, %4.7 tiroid, %7 cilt %4.7 mide, %2.3 duodenum, %2.3 karaciğer, %2.3 vokal kord olup, 7 (%16) hastada tanı için birden fazla dokudan biyopsi yapılmıştır. Biopsi raporlarında %72 (31/43)'sinde amiloidoz tipi AA olarak raporlandığı bulunmuştur. Hastalarda amiloidoz tanısının konulduğu bölümler ise nefroloji (%72), genel dahiliye (%7), genel cerrahi (%4.7), cildiye (%4.7), immünoloji (%2.3), gastroenteroloji (%2.3), enfeksiyon hastalıkları (%2.3), kulak burun boğaz (%2.3), kadın hastalıkları ve doğum (%2.3) anabilim dalları olarak saptanmıştır. Hastalarda tanı sırasında en önemli patolojik laboratuvar bulgusunun hipoalbuminemi ve proteinüri (ortanca:6.6 g/gün) olduğu bulunmuştur. Hatta hipoalbuminemi ve proteinüri dışında anlamlı patolojik laboratuvar bulgusu olmadığı gözlenmiştir (tablo 1).

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları arasında amiloidozun en sık saptanan tipinin amiloid A olduğu görülmüştür. En sık rektum biopsileri ile amiloidoz saptanmış olsa da vokal kord dahil tüm organ tutulumu olabilmektedir. En sık nefroloji kliniğinde amiloidoz tanısı konulsa bile, hastalar kadın hastalıkları ve doğum, kulak burun ve boğaz klinikleri dahil olmak üzere tüm departmanları ilgilendiren şikayetler ile başvurabilmekte ve ilgili bölümlerin hastalarda idrar tahlillerinde proteinüri varlığı ve hipoalbuminemi varlığında sistemik bir hastalık olan amiloidozu düşünmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Amiloidoz, tutulum yeri, tipleri.

Tablo 1. Amiloidozu olan hastaların özellikleri

Değişkenler	Ortalama ± standart sapma
Tanı sırasındaki yaş (yıl)	52 ± 16
Tanı sırasındaki sistolik kan basıncı (mmHg)	113 ± 23
Tanı sırasındaki Diastolik kan basıncı (mmHg)	73 ± 12
Tanı sırasındaki Hemogloblin (g/dL)	11.8 ± 2
Tanı sırasındaki Glomerül Filtrasyon Hızı (ml/dk/1.73 m2)	64 ± 44
Tanı sırasındaki serum albumin değeri (g/dL)	2.5 ± 0.8
Son kontroldeki serum albumin değeri (g/dL)	2.7 ± 0.9

PS/GN-031

İMMÜNSÜPPRESSİF TEDAVİ ALAN İKİ GLOMERÜLONEFRİT OLGUSUNDA SİTOMEGALOVİRUS HASTALIĞI

Günden Değer¹, Fatih Gökhan Akbay¹, Arzu Özdemir¹, Ayşegül Kudu¹, Fatma Sibel Koçak Yücel¹, Mürvet Yılmaz¹, Süheyla Apaydın¹

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Sitomegalovirüs (CMV), herpesvirus ailesinin bir üyesidir (HHV-5). Transplant alıcıları ve HIV pozitif hastalar gibi bağışıklığı baskılanmış hastalarda önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir. Semptomatik hastalık ya latent CMV' nin reaktivasyonu ya da yeni eksojen suş ile enfeksiyon sonrası gelişir. CMV; enfekte vücut sıvıları, solid organ ve kemik iliği nakliyle bulaşabilmektedir. Tanısında CMV- spesifik antikor (IgM/IgG), viral kültür, erken antijenlerin saptanması, kantitatif polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) kullanılır. Tedavisinde gansiklovir, valgansiklovir, foskarnet ve sidofovir kullanılır. Bağışıklığı baskılanmış kişilerde sekonder CMV iki şekilde görülebilir; CMV sendromu (ateş, artarlı, lökopeni, trombositopeni) ve doku invazif CMV hastalığı (enterit, kolit, hepatit, nefrit, pnömonit, menenjit, ensefali, retinit). Böbrek fonksiyonları bozulmuş olan yoğun bakım hastalarında, glomerül hastalığı olanlarda da, immün düşkün olgulara benzer şekilde CMV görülebilmektedir. Bu çalışmada glomerülo nefrit tanısıyla immünsupresif tedavi altında iken CMV hastalığı gelişen iki olguyu sunmayı amaçladık.

Vaka 1: Hipertansiyon tanısı ile amlodipin kullanımı mevcut olan 67 yaşında kadın hasta, sağ yan ağrısı ile başvurduğu poliklinikte bakılan tetkiklerinde üre:111mg/dL (16.6-48.5), kreatinin:3.1mg/dL (0.7-1.2); tam idrar tahlilinde eritrosit 3+ (91), albumin 2+ olması üzerine akut böbrek yetmezliği? glomerülo nefrit? ön tanısı ile kliniğimize yatırıldı. Çekilen arka-ön akciğer grafisinde infiltrasyon saptanmadı. 24 saatlik idrarında 4.7 gram proteinüri saptandı. Böbrek ultrasonografisinde böbrek boyutları normal, parankim ekojenitesi ve konturları doğal izlendi. Hızlı ilerleyen nefropati düşünülerek böbrek biyopsisi yapıldı. Hastaya pulse steroid 1 gr başlandı. Hastanın yaş ve GFR sine uygun şekilde 500 mg siklofosfomid ile devam edildi. Biyopsinin histopatolojik incelemesinde glomerüllerde endokapiller proliferasyon, sellüler kresent varlığı ve glomerül bazal membran boyunca lineer IgG birikimi saptandı ve anti GBM antikor pozitif gelen hastaya plazmaferез başlandı. Takiplerinde genel durum bozukluğu, ateş, dispne, lenfopeni, CRP, prokalsitonin yüksekliği gelişen hastanın çekilen akciğer grafisinde konsolidasyon saptanmadı. Antibiyoterapi altında şikayetleri devam eden hastadan gönderilen Kantitatif CMV DNA PCR 1336 kopya/ml görüldü. Gansiklovir tedavisi altında hastanın şikayetleri ve muayene bulguları geriledi.

Vaka 2: 42 yaşında erkek hasta, primer fokal segmental glomerüloskleroz nedeniyle ile oral steroid tedavisi altında iken proteinüri miktarı ve serum kreatinin değeri 4.8 mg/dl'den 2.86 mg/dl'ye gerilemesine rağmen genel durum bozukluğu, subfebril ateş ve ağız içi yaraları gelişmesi nedeni ile kliniğimize yatırıldı. Oral mukozada, dil üzerinde, sert ve yumuşak damak mukozasında orta hattı geçen ülserlerleşmeler mevcuttu. Herpes simpleks enfeksiyonu düşünülerek asiklovir tedavisi başlandı. Genel durum bozukluğunun herpes virüs (Tip 1) dışında başka bir nedene bağlı olabileceği düşünülerek gönderilen kantitatif CMV DNA PCR testinin 19.787 kopya/ml çıkması üzerine, CMV sendromu tanısı konularak asiklovir tedavisi gansiklovir ile değiştirildi. 14 günlük tedavi sonrası genel durumu düzelen hastada CMV DNA PCR negatif olarak saptandı.

Tartışma: CMV sık görülen bir virüs olup primer enfeksiyon sonrası latent kalabilir; immün düşkün kişilerde, solid organ transplant alıcılarında hastalık yapar. Glomerülo nefrit olgularında immünsupresif tedavi sonrası takiplerinde, CMV reaktivasyonu ve enfeksiyonu gelişebilir. Gastrointestinal, akciğer, kalp, göz, merkezi ve periferik sinir sistemi bulguları ile ortaya çıkabilen CMV enfeksiyonu bağışıklığı baskılanmış kişilerde sıklıkla akıldan bulundurulması gerekir. Erken tanı ve tedavinin mortalite ve morbiditeyi azaltır. Ayrıca yoğun immünsupresyon alan böbrek parankim hastalarında, böbrek transplantasyon hastalarında olduğu gibi, CMV profilaksi yaklaşımları düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Glomerülo nefrit, immünsupresyon, CMV

PS/GN-032

ZKRONİK BÖBREK HASTASINDA ZONA TEDAVİSİNDE VALASİKLOVİR' E BAĞLI NÖROTOKSİSİTE VE NEFROTOKSİSİTE

Pınar Tezel¹, Elif Sıla Yelimi¹, Süleyman Polater¹, Çiğdem Dinçkal¹, Soner Duman¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Herpes Zoster (HZ), duysal ganglionlarda latent kalmış Varisella Zoster Virüs (VZV)ün reaktivasyonu sonucu bir veya iki komşu dermatom bölgesinde eritem üzerinde küme şeklinde, vezikülobüllöz lezyonlarla karakterize bir tablodur. Reaktivasyon riski yaşlılarda ve bağışıklığı baskılanmış hastalarda artar. Son dönem böbrek yetmezliğinde üremiye bağlı bozulmuş T hücre yanıtı ve düşük hücrel immünite olmaktadır. Buna bağlı olarak son dönem böbrek yetmezliklerinde HZ görülme riski yüksek olarak tespit edilmiştir. HZ tedavisinde kullanılan antiviral ilaçlardan valasiklovir insan vücudunda asiklovir ve valine dönüşen bir ön ilaçtır. Viral DNA'yı fosforilleyerek etki eder. Böbrekler yoluyla atılır, bu nedenle böbrek yetmezliği olan hastalarda doz azaltılmalıdır. Valasiklovir aşırı dozlarını alan hastalarda en sık akut böbrek yetmezliği (1/1.000-1/10.000) görülmektedir. Nörolojik yan etkilerden baş ağrısı en sık olmak üzere nadiren konfüzyon, halüsinasyonlar, ajitasyon, bilinçte azalma ve komayı içeren semptomlar bildirilmiştir. Burada kronik böbrek hastalığı (KBH) olan, HZ için Valasiklovir kullanımı sonrası nefrotoksiste ve nörotoksiste gelişen olgu sunulmuştur.

Olgu: Seksen beş yaşında erkek hasta, bilinç bulanıklığı, uyuklama hali, uyarılara yanıtsızlık nedeniyle acil servise başvurmuştur. Bilinen KBH, kalp yetmezliği ve hipertansiyon tanıları olan hastaya, yaklaşık bir hafta önce başlayan deri döküntüleri nedeniyle dış merkezde dermatoloji polikliniğine başvurduğunda zona tanısı konularak Valasiklovir 1000mg 3x1 antiviral tedavi başlandığı öğrenilmiştir. İlaç tedavisine başlanmasından üç gün sonra nörolojik semptomları, oral alımında azalma ve genel durumunda bozulma başlamıştır. Sistem sorgulamasında halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık ve ateş yüksekliği mevcuttur. Son bir gündür olan öksürük, balgam çıkarma, nefes darlığı, halsizlik, yürüyememe, baş ağrısı baş dönmesi, konuşamama şikayetleri eklenmiştir. Fizik Bakı: Kan basıncı 140/75 mmHg, nabızı 90/dk ve vücut sıcaklığı 37.7 olarak ölçüldü. Bilinç konfü, oryantasyon ve kooperasyon tam değildi. Sağ gluteal bölge ve dizde herpetiform döküntüleri mevcuttu. Solunum sistemi, kardiyovasküler sistem ve karın muayenesi normal olan hastada bilateral pretibial ödem saptandı. Laboratuvar incelemesinde; Hb 7.7g/dL, Na: 128 mEq/L, Kreatinin: 3.64 mg/dL, Üre: 223 mg/dL, CRP: 3.48 mg/dL, Glukoz: 188mg/dL, Ürik asit: 7.6 mg/dL, GFR: 22 mL/dak/1.73 m2, proBNP: 12153 pg/mL olarak saptandı.

Olgunun Valasiklovir tedavisi kesilerek Brivudin tedavisine geçildi. Elektrokardiyogramda sol ventrikül hipertrofisi ve atrial fibrilasyon saptandı. Olguya düşük molekül ağırlıklı heparin ve beta blokör tedavisine başlandı. Hb düşüklüğü nedeniyle eritrosit replasmanı, hiponatremi nedeniyle izotonik sıvı ve oral alım bozukluğu nedeniyle IV beslenme solüsyonu verildi. İlaç değişiminden iki gün sonra hastanın nörolojik semptomları geriledi ve genel durumu düzeldi. İzlemde hemodiyaliz ihtiyacı olmadı. Olgu valasiklovir ilişkili nefrotoksiste ve nörotoksiste olarak değerlendirildi.

Sonuç: VZV enfeksiyonu erken yaşlarda su çiçeği ve ileri yaşlarda latent virüs reaktivasyonu ile meydana gelen zona olmak üzere iki klinik tabloya sebep olmaktadır. VZV reaktivasyonu için en önemli risk faktörleri immünsupresyon ve yaşlılıktır. Herpes Zosterin yaşam boyu görülme riski %10-20 arasında değişirken bu oran seksen beş yaş üstü hastalarda %60 lara varmaktadır. Yapılan bir çalışmada hafif-orta KBH da zona riski %8 iken son dönem böbrek yetmezliğinde bu oran %80 olarak bildirilmiştir. Kılavuzlar 2006 yılından itibaren 60 yaş üzeri popülasyonda VZV aşısını önermektedir. Bir diğer çalışmada ise aşılamanın HZ görülme sıklığı %51, postherpetik nevralji sıklığını %66 oranında azalttığı bildirilmiştir. Biz burada hem yaşlı hemde KBH olan hastalarda ilaç kullanırken doz konusunda dikkatli olunması ve GFR'ye göre ayarlanması gerektiğine dikkat çekmek istedik. Ayrıca yaşlı KBH olanlarda VZV aşısının aşılama programına dahil edilmesi ile HZ görülme sıklığı azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Herpes zoster, kronik böbrek yetmezliği, valasiklovir, ileri yaş, yan etki, nefrotoksiste, nörotoksiste

Figürler :



PS/GN-033

İNTRAVENÖZ İMMUNGLOBULİN KULLANIMINA BAĞLI AKUT BÖBREK HASARI: OLGU SUNUMU

Fatih Yılmaz¹, Muammer Bilici², Ali Borazan³¹Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, Nefroloji Bölümü²Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı³Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: İntravenöz immunglobulin (IVIG) hipogamaglobinemi tedavisinde kullanılmak üzere geliştirilmiş ve sonrasında bir çok otoimmün, inflamatuvar sistemik hastalıkta kullanım alanı bulmuştur. Akut Böbrek Hasarı (ABH) IVIG kullanımı sonucunda sıklıkla formülasyondaki stabilizatör maddeye bağlı gelişen ve günler içinde böbrek fonksiyonlarının geri kazanıldığı nadir bir komplikasyondur. Biz Guillaine Barre Sendromu (GBS) nedeni ile IVIG kullanılan ve ABH gelişen hastamızı sunuyoruz.

Olgu: 81 yaşında bayan hasta. Bir haftadır bacaklarda başlayan güçsüzlük, his kaybı şikayeti ile Nöroloji kliniğine yatırılmış. Özgeçmişinde yirmibeş yıldır hipertansiyon ve 10 yıl önce serviks kanseri mevcuttu. Hasta düzenli olarak antihipertansif tedavi alıyordu. Fizik muayenesinde kan basıncı: 135/75 mmHg, nabız:76/dk, sistem muayeneleri normal, alt ekstremitelerde kas gücü 2/5 ve derin tendon refleksi azalmıştı. Kranyal difüzyon magnetik rezonans incelemesinde serebral ve serebellar hemisferik sulkuslarda atrofi mevcut, beyin sapı, serebral ve serebellar yapılarında patolojik difüzyon kısıtlılığı ve akut iskemik lezyon izlenmemişti. Elektromiyografik incelemede alt ekstremitelerde demiyelinizan polinöropati ile uyumlu görünüm izlendi. Hastaya GBS tanısı konuldu ve 0.4

gram/kg/gün IVIG (sükroz içerikli 10 gram liyofilize flakon) beş gün, toplam 100 gram kullanıldı. Hastanın idrar çıkışlarının azalması, ödemi gelişmesi üzerine yapılan tetkikler sonucu ABH tanısı konuldu. Hastanın tedavi öncesi, sonrası laboratuvar değerleri tablo 1 de verilmiştir. Oligürik seyirli ABH gelişen hastada hipervolemik hiponatremi, metabolik asidoz ve elektrolit imbalansı (hiponatremi, hiperpotasemi) gelişti. Medikal tedavi ile klinik olarak düzelen hastanın hemodiyaliz ihtiyacı olmadı. Hasta halen merkezimizde evre 3A KBH nedeniyle takip ve tedavisi devam etmektedir.

Tartışma: IVIG kullanımına bağlı ABH sıklıkla proksimal tübülüsü etkileyen osmotik şişmeye bağlı akut tübülointerstisyel nefrit sonucu gelişmektedir. Renal fonksiyonların geri kazanılması yaklaşık on gün içinde olur. IVIG preparatları glukoz, maltoz, glisin, sukroz, mannitol veya albumin ile stabilize edilir. IVIG ile ilişkili ABH vakalarının çoğu sükroz içeren IVIG preparatlarının kullanımı ile sonucu gelişmiştir. Hastamızda da sükroz içerikli IVIG preparatı kullanımının 5. dozundan sonra gelişti.

Sonuç: IVIG kullanımından önce diğer nefrotoksik medikasyonlar, yaş, diabetes mellitus, azalmış renal fonksiyonlar ve infüzyon hızı değerlendirilmeli ve riskli hastalarda sükroz içeren preparatlarının kullanılmaması ABH önlenmesi açısından önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Akut böbrek hasarı, intravenöz immunglobulin

Tablo 1. Hastaya ait İntravenöz İmmunglobulin öncesi ve sonrası laboratuvar tetkikleri

	0.gün	4.gün	10.gün	30.gün
Üre (mg/dl)	59.3	120.1	112.8	55.5
Kreatinin (mg/dl)	1.4	5.7	2.4	1.4
Na (mmol/L)	140	124	138	141
K (mmol/L)	3.8	5.6	3.7	3.7
Albumin (gr/dl)	2.4	2.2	2.7	3
Ürik asit (mg/dl)	6.2	5.2	5.3	6.2
Bikarbonat (mmol/L)	20.0	14.5	24.8	24.7
Hemoglobin (gr/dl)	9.6	7.6	6.2	7.6
Platelet	95.000	134.000	121.00	157.000
eGFR (ml/dk/1.73m2)	35	<10	<10	38

PS/GN-034

ERİŞKİN YAŞTA BARTTER SENDROMU

Zeki Aydın¹, Egemen Cebeci², Serhat Karadağ³, Abdullah Şumnu², Meltem Gürsu³, Savaş Öztürk², Rümeysa Kazancıoğlu³¹Darica Farabi Devlet Hastanesi, Nefroloji Kliniği²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği³Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Kliniği

Giriş: 1960'lı yılların başlarında tanımlanan Bartter sendromu özellikle henle kulpunun çıkan kalın kolunu ilgilendiren kalıtsal bozukluklara bağlı gelişen bir grup sendromdur. Bu sendrom ailesel veya kazanılmış olabilir. Hipokalemi, hipokloremi, metabolik alkaloz, hiperreninemi, normal kan basıncı, idrarda sodyum, potasyum ve klor atılımının artması ile karakterize, bir grup tübüler elektrolit transport hastalığını kapsamaktadır. Genelde çocukluk yaşlarında tanı konulmaktadır. Burada Bartter sendromu tanısı konulan genç bir erkek hasta sunulmuştur.

Olgu: Yirmibir yaşındaki bir erkek hasta çocukluğundan beri olan ara ara halsizlik, güçsüzlük, el ve bacaklarda kısılma, uyuşma şikayetleri ile başvurdu. Son

6 yıldır ara ara böbrek taşına bağlı renal kolik atağı geçirdiği öğrenilen hastanın TA: 110/75 mmHg, nabız 76/dak/ritmik. *chvostek* ve *trousseau* belirtileri pozitif idi. Alt ve üst ekstremitelerde 1-2/5 oranında motor kuvvet kaybı gözlemlendi. EKG'de QT mesafesinde hafif uzama ve T dalgasında amplitüd azalması dışında patoloji yoktu. Yapılan tetkiklerinde; üre 32 mg/dl, kreatinin 1.01 mg/dl, sodyum 140 mmol/L, potasyum 2,3 mmol/L, kalsiyum 6,4 mg/dl, magnezyum 2,3 mg/dl (N: 1,6-2,4), albümin 3,9 g/dl, *kreatin kinaz* 632 U/L (0-190 U/L), parathormon 62 pg/ml (N). Kan gazında metabolik alkaloz saptandı (pH 7,58, PaCO₂ 50 mmHg, bikarbonat 37 mmol/L). 24 saatlik idrarda sodyum: 225 mEq/gün (N: 40-220), potasyum: 131 mEq/gün (N: 25-125), klor: 202 mEq/gün (N: 95-195) kalsiyum: 645 mg/gün (N: 100-300) olarak saptandı. Tiroid fonksiyon testleri, plazma renin, aldosteron düzeyleri normal idi. USG'de böbrekler normal idi, sağ böbrek alt kalikte 4 mm kalkül saptandı. Tekrarlayan nefrolithiazis, kas gücü kaybı ve kasılma öyküsü, ciddi hipokalemi, hipokalsemi, normomagnezemi, hiperkalsiüri ve metabolik alkaloz bulguları ile Bartter sendromu tanısı konuldu. Hastaya potasyum replasmanı yapıldı. İndometazin ve spironolakton tedavisi altında hasta takip edilmektedir.

Tartışma: Bartter sendromunda hiperkalsiüri ve serum magnezyum düzeyinin normal olması Gitelman sendromu ayırıcı tanısında yardımcı olmaktadır. Patolojide jukstaglomerüler komplekste hiperplazi saptanır. Kan basıncı normal olan hastalarda hipokalemi, hipokalsemi, hiperkalsiüri ve metabolik alkaloz varlığında Bartter sendromundan mutlaka şüphelenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hipopotasemi, hiperkalsiüri, metabolik alkaloz

PS/GN-035

AORT TUTULUMU OLAN WEGENER GRANÜLOMATOZ VASKÜLİTİ

Fatma Dindar¹, Ahmed Bilal Genç¹, Laçın Tatlı Ayhan², Muhammed Kaya¹, Kubilay İşsever¹, Hamad Dheir³, Savaş Sipahi³

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd., Nefroloji Bd

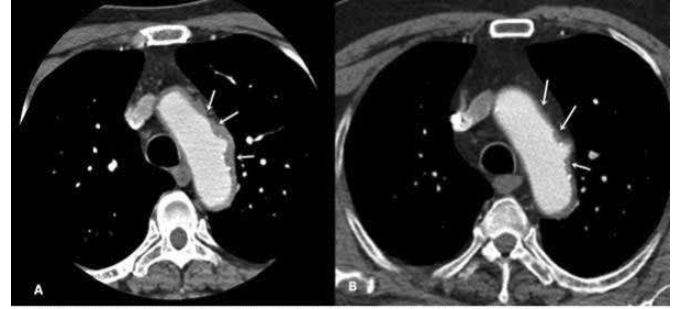
Giriş: Wegener granülomatozu (WG) küçük ve orta çap arteriollerini tutan ,C-ANCA ile ilişkili başta alt ve üst solunum yolu ile böbrek tutulumu ile giden, sistemik nekrotizan granülomatoz vaskülitir.

Vaka: Altmış dört yaşında erkek hastanın 2 aydır olan yaygın vücut ağrısı ve eklemelerinde ağrı şikayeti mevcut olup, muayenesinde akciğerlerde bilateral ince raller dışında patolojik bulgusu yoktu. Laboratuvar testlerinde üre: 86 mg/dl kreatinin: 2.8 mg/dl (4 ay önce üre: 41 mg /dl kreatinin: 0.92 mg /dl) TIT : protein +++ saptandı. 24 saatlik idrarda protein atılım 825mg/gün, IgM:0.53 g/L , IgA: 6.03 g/L , IgG:14.2 g/L, C4:0.29 g/L, C3c:2.05 g/L , sedimentasyon:103 mm/saat C-ANCA pozitif idi. Hastaya böbrek biyopsi yapıldı. Böbrek fonksiyon testlerinde bozulma olan hastaya hemodiyaliz tedavisi başlandı. Biyopsi sonucu WG tanısı konuldu. Hemoptizisi olan hastaya toraks BT angiografi çekildi. Toraks BT incelemesinde pulmoner tutulum gözlenmezken, torakal aortada duvar kalınlaşması saptandı, Wegener tutulumu olarak değerlendirildi. 3 gün boyunca 750 mg pulse steroid ardından, 750 mg siklofosfamid uygulandı. Prednol dozu 80 mg /gün ve aylık siklofosfamid ile tedaviye devam edildi. İlk hafta sonunda hemoptizi kesildi. Dört aylık tedavi sonrası tedavi yanıtını değerlendirmek için çekilen BT angiografide torakal aorta, aortik ark duvar kalınlaşması önceki BT ile karşılaştırıldığında azalmış olarak saptandı (Resim 1). Hastanın hemodiyaliz ihtiyacı devam etmektedir.

Sonuç: WG alt ve üst solunum yollarının nekrotizan granülomatoz inflamasyonu, nekrotizan glomerulonefriti ve sıklıkla diğer organların vaskülitisi şeklinde prezente olur. C-ANCA pozitifliği tanısız değere sahiptir. WG küçük ve orta çaplı damarları tutan bir hastalık olmasına rağmen bu olgumuzda aort tutulumu gözlenmiştir. Büyük arter tutulumu ile prezente olan bu olguyu klinik pratiğe katkı sağlamak amacı ile sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Wegener granülomatoz vaskülit, aort tutulumu

Figürler :



Resim 1: IV kontrast madde ile çekilen aksiyel BT kesitlerinde aortik ark düzeyinde izlenen duvar kalınlaşmasının (A- beyaz oklar), tedavi sonrası gerilediği izleniyor(B- beyaz oklar)

PS/GN-036

MİKOFENOLAT MOFETİL KULLANIMINA BAĞLI PSÖDOTUMOR SEREBRİ

Ahmed Bilal Genç¹, Bekir Enes Demiryürek², Kubilay İşsever¹, Fatma Dindar¹, Laçın Tatlı Ayhan³, Hamad Dheir⁴, Savaş Sipahi⁴

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Nöroloji Kliniği

³Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

⁴Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd., Nefroloji Bd

Giriş: Psödötümör serebri(PTS) intrakranyal basınç artışıyla birlikte baş ağrısı, görme alanı kaybı ve papil ödemi ile karakterize bir sendromdur. Nadiren de olsa böbrek nakli sonrası uygulanan immünsüpresif ajanlara sekonder PTS görülmektedir. Olgumuzda SLE tanılı ancak böbrek tutulumu FSGS olan ve tedavide mikofenolat mofetil (MMF) kullanılan bir hastada PTS gelişimi sunulmuştur.

Vaka: 32 yaşında SLE tanılı kadın hastaya yapılan böbrek biyopsisinde FSGS tanısı konması üzerine prednisolon (60 mg/gün) ve MMF (2000 mg/gün) içeren tedavi protokolü başlandı. Tedavinin 6. gününde baş ağrısı, mide bulantısı, bulanık görme semptomlarının başlaması ve mevcut semptomlarının giderek son üç günde artması nedeniyle acil servise başvurdu. Muayenesinde gözlerde bilateral papil ödemi saptandı. Yapılan kraniyal BT incelemesinde özellik yoktu, fizik muayenesinde lokalizasyon gösteren fizik bulgu yoktu. Klinik durumu açıklayacak bir patoloji saptanmaması üzerine, mevcut semptomların psödötümör serebriye (PTS) sekonder olabileceği düşünüldü. MMF tedavisi kesilen hastanın prednisolon dozu sabit tutuldu. Bir hafta sonra poliklinik kontrolüne gelen hastanın mevcut bulgu ve semptomlarının bir hafta içinde azalarak tamamen düzeldiği olarak saptandı.

Sonuç: Olgumuzda hastanın ajitasyonu, lomber ponksiyonu (LP) kabul etmemesi ve genel durumunun bozuk olmaması nedeniyle tanı amaçlı LP yapılmamıştır. Tanı klinik olarak konulmuştur, bu olgumuzun zayıf yönüdür. Renal transplantasyon veya diğer glomerulonefritler nedeniyle MMF içeren tedavi protokolü alan olgularda strabismus, çift görme, baş ağrısı gibi semptomlar olması durumunda PTS de akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: FSGS, Mikofenolat mofetil, psödötümör serebri

PS/GN-037

RENAL ANEMİ VE KRONİK BÖBREK HASTALIĞI PROGRESYON İLİŞKİSİ

Yasin Şahintürk¹, Ali Rıza Çalışkan¹, Metin Sankaya¹, Ayça İnci¹, Üstün Yılmaz¹¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Kronik böbrek hastalığı (KBH) ilerleyici bir süreçtir. Risk faktörlerinin saptanması ve tedavi edilmesi bu süreci yavaşlatır. Anemi KBH progresyonu konusunda önemli bir etkidir fakat progresyonu engellemek için tedavi endikasyonu kabul edilen hemoglobin düzeyleri halen tartışmalıdır. Çalışmamızda evre 3-4 KBH'da renal anemi ve KBH progresyon arasındaki ilişkiyi araştırdık.

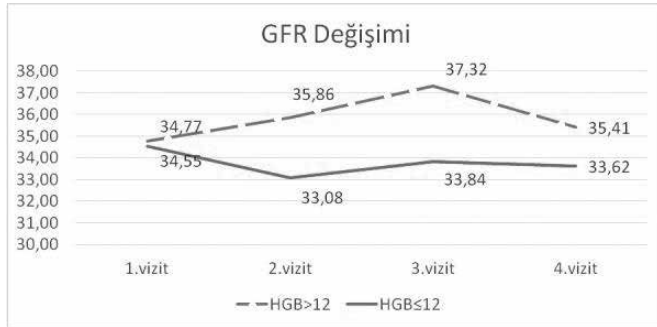
Materyal ve Metod: Evre 3-4 KBH hastası olan, 44 erkek, 44 kadın toplam 88 hasta pre-diyaliz polikliniğinde takip edildi. Hemoglobin değeri 12 g/dl üstünde olan 44 hasta normal, 10-12 g/dl arasında olan grup ise hafif anemi olarak kabul edildi. Hafif anemi grubu eritropoetin tedavisi almadan takip edildi. Her iki grup dörder aylık periyotlarla 1 yıl süresince MDRD formülü ile GFR değerleri hesaplanarak takip edildi ve KBH progresyon açısından karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Gruplar kendi içinde değerlendirildiğinde yapılan 4 kontroldeki GFR değerleri arasında anlamlı fark yoktu (F=1,242, p>0,05). İki grup arasında GFR kayıpları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (F=1,892, p>0,05). 10'un üzerindeki hemoglobin değerlerinin GFR kaybı üzerine etkilerinin farklı olmadığı ve KBH progresyonu açısından benzer etkileri olduğu saptandı.

Sonuç: Evre 3-4 KBH'da hemoglobin düzeyinin 10-12 mg/dl olması ile >12 mg/dl olması arasında anlamlı fark saptanmamıştır. İki grubunda GFR kayıp hızları benzerdir. Evre 3-4 KBH'da hemoglobin düzeyini 10 mg/dl üzerinde tutmak KBH progresyonu engellemek için yeterli olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek hastalığı, renal anemi, kronik böbrek hastalığı progresyonu, eritropoetin

Figür:



PS/GN-038

KALP YETMEZLİĞİ ETYOLOJİSİNDE NE VAR? BİR SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS VAKASI

Ercan Özcan¹, Ayça İnci¹, Yasin Şahintürk¹, Üstün Yılmaz¹, Semih Gül¹, Metin Sarıkaya¹¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Sistemik lupus eritematozus (SLE) ; multiple organ tutulumu olan otoimmün bir hastalıktır. Kardiyak komplikasyonları arasında perikardit, miyokardit, pulmoner hipertansiyon , koroner vaskülit ve Libman –Sacks endokarditi yer almaktadır. Semptomatik lupus miyokarditinde; sol ventrikül disfonksiyonu, kalp yetmezliği, pulmoner ödem görülür ve bunlar hayatı tehdit eden komplikasyonlardır.

Vaka: 26 yaşında bayan hasta, acil servise bacaklarda şişlik ve nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Dış merkezde yapılan böbrek biyopsisi class 4 diffüz proliferatif lupus nefriti olarak sonuçlanan hastanın 1 kür siklofosamid tedavisi sonrası tedavisine devam etmediği öğrenildi. Plevral effüzyonu , +3 pretibial ödemi ve anürisi olan hasta haftada 4 kez ultrafiltrasyon + hemodiyaliz programına alındı. Görme bulanıklığı gelişen hastada, SLE'ye bağlı retina dekolmanı saptandı. Hemoptizi olması üzerine çekilen torax BT, diffüz alveolar hemoraji olarak sonuçlandı. Tedavisine devam etme kararı alan hastaya extrarenal tutulumlara yönelik siklofosamid + pulse steroid + IVIG tedavisi başlandı. Hastanın sık ultrafiltrasyonlara rağmen pretibial ödem ve plevral effüzyonu gerilememesi üzerine ekokardiyografi (EKO) planlandı. 3 ay önceki EKO'sunda EF=%65 saptanan hastanın yeni EKO sonucunda EF=%20, global duvar hareket bozukluğu, orta mitral ve aort yetmezliği saptandı. Hastaya bunun üzerine koroner anjiyografi yapıldı ve normal koroner vaskülarizasyon olarak sonuçlandı. Hastaya ritüksimab, prednizolon ve immun absorpsiyon tedavileri başlandı ve tedavi yanıtı takip ediliyor.

Sonuç: Dirençli ödemle seyreden SLE vakalarında klinisyenlerin böbrek tutulumu dışında kardiyak tutulum olabileceğini göz önünde bulundurması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, kalp yetmezliği

PS/GN-039

UNİSENTRİK CASTLEMAN HASTALIĞINA SEKONDER GELİŞEN AMİLOİDOZ VE SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ: NADİR BİR OLGU SUNUMU

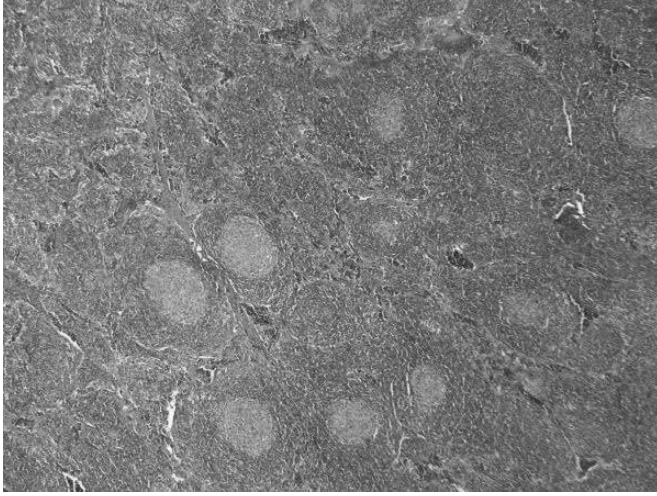
Eray Eroğlu¹, İsmail Koçyigit¹, Aydın Ünal¹, Murat Hayri Sipahioğlu¹, Hülya Akgün², Leyla Gül Kaynar³, Bülent Tokgöz², Oktay Oymak¹¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Bilim Dalı³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı

Castleman Hastalığı (anjiyofoliküler lenf nodu hiperplazisi) nadir görülen heterojen bir grup benign lenfoproliferatif bir hastalık olup multi-sistem etkileri gözlenmektedir. Bu hastalığın unisentrik ve multisentrik olmak üzere iki farklı klinik suptibi mevcuttur. Unisentrik tip genellikle lokalize lenfadenopati ile prezente olmakta ve nadiren sistemik semptomlarla birliktelik göstermekte iken multisentrik form hepatosplenomegali, ateş, kilo kaybı ve çok sayıda lenfadenopati ile yaygın ve ağır bir tutulum ile karşımıza çıkmaktadır.

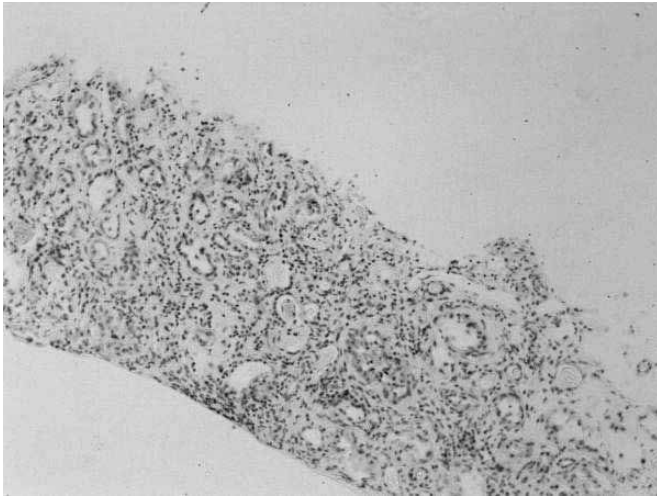
69 yaşında erkek hasta 2010 yılında dispeptik şikayetler ve karın ağrısı sonrasında hastaneye başvurmuş ve yapılan batin tomografisinde paraaortik 6x6 cm boyutlarında lenfadenopati saptanmış. Eksizyonel lenf nodu biopsisi sonucunda Castleman hastalığı tanısı konuldu (Şekil-1). Sistemik tutulum olmadığı için unisentrik castleman hastalığı eksizyonel cerrahiye takiben hematoloji takibine alındı. 2010 yılında serum kreatinini:0.8 mg /dL ve proteinürisi normal düzeylerde idi. 2016 yılında hematoloji takibinde olan hastanın bakulan laboratuvar değerlerinde BUN:81 mg/dL, kreatinin :5.44 mg/dL, sodyum:135 mmol/L, potasyum:5.4 mmol/L, kalsiyum :8.4 mmol/L fosfor:5.1 mmol/L albumin :2.5g/dL eritrosit sedimentasyon hızı 90 mm/saat, c-reaktif protein düzeyi :115 mg/dL 24 saatlik idrar da 12 gram proteinüri olması üzerine nefrolojiye yönlendirilen hastaya böbrek biopsisi yapıldı. Herhangi başka kronik hastalık öyküsü ve alışkanlığı olmayan hastanın biopsi sonucu amiloidozis olarak raporlandı (Şekil-2). Hematoloji tarafından değerlendirilen hastanın görüntüleme yöntemlerine göre Castleman hastalığının stabil olduğu ve unisentrik formunu koruduğu ifade edildi. Takibinde böbrek fonksiyonlarında progresif bozulma olması üzerine kalıcı hemodiyaliz katateri takılarak rutin hemodiyaliz programına alındı.

Sonuç olarak, bu olgu ile unisentrik castleman hastalığının multisentrik form gibi agresif ilerleme gösterebileceği, amiloidozis ve son dönem böbrek yetmezliği ile sonuçlanabileceği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Castleman hastalığı, amiloidozis, böbrek yetmezliği



Şekil 1 : Paraaortik lenf nodu eksizyonel biopsisi sonucu reaktif lenf nodu folikülleri ve folikül sınırlarında kaybolma (hematoksilen –eozin boyanması)



Şekil 2: Böbrek biopsisi sonucu Kongo red boyası ile pozitif boyanan amiloid alanlar

PS/GN-040

NÜKS EDEN GOOD PASTURE SENDROMU: OLGU SUNUMU

Tuba Elif Şenel, Sami Uzun, Egemen Cebeci, Oktay Özkan, Serhat Karadağ, Özger Akarsu, Ahmet Behlül, Ayça Eroğlu, Meltem Gürsu, Savaş Öztürk

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Good Pasture Sendromu, diğer pulmoner-renal sendrom nedenlerinden farklı olarak nüksün oldukça nadir görüldüğü bir hastalıktır. Burada anti glomerüler bazal membran (anti-GBM) hastalığı tanısıyla tedavi başladıktan sonra alveolar hemoraji gelişen, remisyon ve relapslarla birlikte antikör pozitifliği sebat eden bir vaka sunulmuştur.

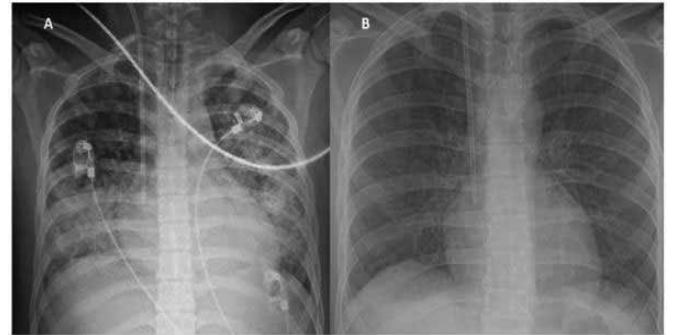
Olgu: Bulantı, kusma, eklem ve karın ağrısı şikayetleriyle başvuran 17 yaşında erkek hastanın tetkiklerinde üre:251mg/dl, kreatinin:16,4mg/dl, hemogloblin:6,2gr/dl, albumin:2,5gr/dl, idrar tetkikinde (+++) protein,

sedimentte bol eritrosit, eritrosit silindirleri ve 3-4 lökosit saptandı. Üriner USG ve PA-AC grafisi normaldi. Hemodiyaliz başlanan hastada hızlı ilerleyici glomerülofrit düşünülerek, hastaya pulse metilprednisolon (1gr/iv/3gün) başlandı. Yapılan biyopsisinde; glomerüllerin tamamında selüler/fibroselüler kresentler, immünfloresanda GBM'de kuvvetli-lineer IgG pozitifitesi saptandı. Anti-GBM düzeyi 1:100 titrede pozitifiti. Bu arada hemoptizi gelişti. AC grafisi ve toraks BT'de alveolar hemorajiyle uyumlu bulguları (Şekil A) olması üzerine plazmafereze (14 kez) ve siklofosfamid (750mg/iv) tedavisine başlandı, metilprednisolona (0.8mg/kg/gün/oral) devam edildi. Bu tedavilerle akciğer bulguları geriledi (Şekil B) ancak hemodiyaliz ihtiyacı devam etti. Takipte steroid dozu kademeli azaltıldı. Tedavinin 3. ayında anti-GBM pozitifliğinin şiddetli devam etmesi üzerine 4. ve 5. siklofosfamid kürleri verildi. Tedavinin 6. ayında anti-GBM antikoru negatifleşti. Kronik hemodiyaliz programına alınarak, transplantasyon hazırlığına başlandı. Bu arada metilprednisolon 4mg/gün devam edilirken, hastalığın tanısının 8. ayında anti-GBM pozitifleşti ve pozitifleştikten bir ay sonra hasta ateş, solunum sıkıntısı ve hemoptizi şikayetleriyle başvurdu. Hastaya 10 seans plazmaferez, 400 mg/kg IVIG ve 1gr iv/3 gün metilprednisolon verildi. Hastayla tedavi seçenekleri konuşulup steroid ile birlikte azathiopurin (1mg/kg/gün) tedavisine geçildi. Ancak anti-GBM pozitifliği devam etti. Azathiopurinin 4. ayında pansitopeni ve kateter enfeksiyonu nedeniyle tedavi sonlandırıldı. İlk tanıdan itibaren 13 aylık etkin immunosüpresif rağmen anti-GBM pozitifliği devam ettiğinden böbrek transplantasyonu yapılmadı. Enfeksiyonu ve pansitopenisi düzeldikten sonra Rituximab başlanmasına karar verildi.

Sonuç: Good Pasture Sendromunda tedaviyle sağlanan remisyona rağmen nadiren de olsa klinik ve serolojik nüks saptanabileceği, nüks olgularında uzun süreli immunosüpresif tedaviye rağmen anti-GBM pozitifliğinin devam edebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Alveoler hemoraji, good pasture sendromu, nüks, plazmaferez

Figür:



A. Plazmaferez öncesi PA AC

B. Plazmaferez sonrası PA AC

PS/GN-041

LEUKOCYTOCLASTIC VASCULITIS ASSOCIATED A NEW ANTICOAGULANT: RIVAROXABAN

Nuri Banış Hasbal, Taner Baştürk, Yener Koç, Tuncay Şahutoğlu, Feyza Bayrakdar Çağlayan, Abdülkadir Ünsal

¹Şişli Hamidiye Etfal Training And Research Hospital, Department of Nephrology

Introduction: Rivaroxaban, an oral direct factor Xa inhibitor, is one of the new generation non-vitamin K antagonist anticoagulants, which has been approved for various indications, such as deep venous thrombosis prophylaxis after orthopedic surgeries, treatment of pulmonary embolism/venous thromboembolism and stroke prevention in non-valvular atrial fibrillation. The pathogenesis of idiosyncratic drug reactions is commonly associated with immune mediated hypersensitivity, and they may present with local or systemic and cutaneous and/or internal organ involvements. Leukocytoclastic vasculitis

(LCV) is a well-known small vessel vasculitis characterized by neutrophil predominant infiltrations limited to the cutaneous postcapillary venules, with the medications encompassing a significant part of the underlying causes, such as auto-immune diseases, infections, systemic diseases and malignancy. We aimed to present a patient who developed LCV associated with rivaroxaban and briefly discuss the relevant literature.

Case: A 28 year-old man, who was being under treatment of diltiazem (60 mg/day) and oral methylprednisolone (32 mg on alternate days) (6th month of Pozzi protocol) for IgA nephropathy, developed pain and swelling in his right leg. Lower extremity Doppler ultrasound examination revealed acute venous thrombosis within the right popliteal vein and chronic thrombosis within the left popliteal vein. He was presented to our Outpatient Clinic with bilateral lower extremity nonblanching palpable purpura that occurred 10 days following the addition of rivaroxaban 20 mg once daily. Rivaroxaban was replaced with subcutaneous enoxaparin treatment, and the skin lesions disappeared within one week of follow up. Two weeks later, the patient was prescribed rivaroxaban 10 mg a day by another physician, who was following the patient for deep venous thrombosis. Bilateral lower extremity nonblanching purpura re-occurred within three days of retreatment with rivaroxaban and a punch skin biopsy from these lesions showed neutrophil predominant infiltrations within and surrounding the dermal small vessels, and leukocytoclasia and fibrin deposition within the walls of some vessels (Figure 1). Rivaroxaban was discontinued again and the skin lesions went into resolution within one week. The patient's serum creatinine levels (1.1 mg/dL) and proteinuria (2.5 g/day) remained stable and complete blood counts were within the normal range of limits (without eosinophilia) during the two episodes of vasculitis.

Discussion: We presented a case with rivaroxaban associated LCV, which is important for the reasons that rivaroxaban is relatively a new drug in the market, the history of the case was confirmatory for this adverse reaction and the rarity of the event. Adverse drug reaction is defined as unintended and harmful effect of a medical product that may lead to dose reduction, discontinuation or avoidance of the relevant prescription. The literature was searched for other cases with rivaroxaban associated LCV in order to better characterize these patients. There was only one report from Chaaya et al., where they presented a 68 years old male patient with multiple comorbidities who developed signs of LCV after 7 days of rivaroxaban treatment due to deep venous thrombosis. In that report, rivaroxaban was added to the patient's ongoing multiple medications, and the findings of LCV were disappeared within one week following the discontinuation of rivaroxaban and allopurinol, and a short course of intravenous methylprednisolone. Unlike our case, in the aforementioned patient the WHO-UMC Causality Category for rivaroxaban associated LCV seems to be appropriate for "Possible or Likely". In conclusion, this report is the second case of rivaroxaban associated LCV in the literature and this adverse event should be included within the list of significant adverse reactions to rivaroxaban.

Anahtar Kelimeler: Vasculitis, rivaroxaban, ıg nephropathy

PS/GN-042

KRONİK BÖBREK HASTALIĞINDA ORTALAMA TROMBOSİT HACMİ VE ARTERİYEL SERTLİK

Hakan Akdam

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Arteriyel sertlik arter duvarının katılışmasını ifade eder. Kronik böbrek hastalığının (KBH) erken evrelerinde itibaren oluşan intimal ateroskleroz, medial ateroskleroz arterial sertlikte artışa neden olmaktadır. Artmış arteriyel sertlik, ateroskleroz için risk faktörü olarak değerlendirilmektedir ve tüm nedenlere bağlı ölümler, kardiyovasküler mortalite, ölümcül-ölümcül olmayan koroner olaylar, ölümcül inmeler için bağımsız bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Arteriyel sertlik kardiyovasküler olaylar ve böbrek hastalığı ilerlemesi için bir belirteçtir. Arteriyel sertliğin değerlendirilmesinin iki ana yöntemi Nabız Dalga Hızı (NDH) ve Augmentasyon İndeksi (Alx@75) ölçümüdür. Trombositler endotel

ve lökositlerle etkileşimleri, inflamasyonu uyaran mediatör salınımı nedeniyle inflamasyon, tromboz ve ateroskleroz ile ilintilidir. Trombosit boyutunun ölçüti olan Ortalama Trombosit Hacmi (OTH), trombosit reaktivasyonun potansiyel belirteçidir. Büyük trombositler metabolik, enzimatik olarak daha aktiftir, daha protrombotik potansiyele sahiptirler. OTH artışı çeşitli inflamatuvar hastalıklarda inflamatuvar belirteç, bağımsız bir kardiyovasküler risk faktörü olarak kabul edilmiştir. Çalışmamızda KBH'da OTH ile arteriyel sertlik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

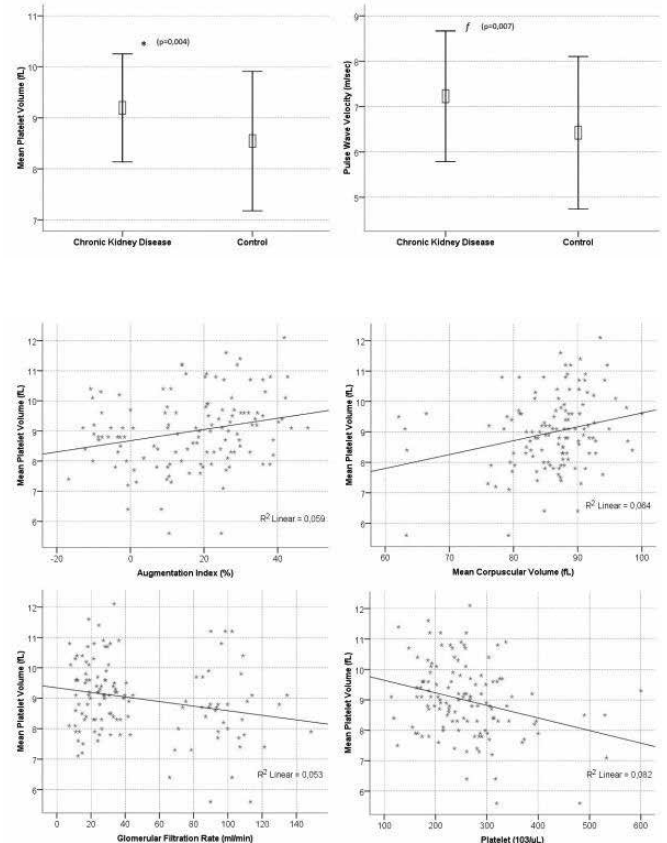
Yöntemler: Evre 3B–5 arası KBH olan 84 hasta ve 40 kişide sağlıklı kontrol olarak çalışmaya alındı. Sabah alınan açlık kan örneklerinden hemogram, lipid profili, CRP, rutin biyokimya tetkikleri çalışıldı. Mobil-O-Graph® cihazı ile arteriyel sertlik parametreleri osilometrik metod ile ölçüldü.

Bulgular: Grupların yaş, VKİ, cinsiyet dağılımları benzerdi. KBH ve sağlıklı grubun OTH, NDH, Alx@75 düzeyleri sırasıyla $9,19 \pm 1,05$ – $8,54 \pm 136$ f/L, $7,22 \pm 1,43$ – $6,42 \pm 1,68$ m/sn, $19,25 \pm 15,40$ – $10,94 \pm 14,74$ saptandı. KBH'da üç parametrede anlamlı yüksekti. KBH grubunda Merkezi Sistolik Kan Basıncı, Merkezi Diyastolik Kan Basıncı, ürik asit, fosfor, trigliserid, CRP, ferritin, parathormon anlamlı yüksek, albumin, hemoglobin, kalsiyum, HDL-kolesterol, transferrin anlamlı düşük saptandı (Tablo 1, Şekil 1). OTH ile Alx@75, ortalama eritrosit hacmi, ürik asit arasında pozitif, trombosit, albumin, Glomerüler Filtrasyon Hızı (GFH), transferrin, parathormon ve HDL-Kolesterol ile negatif korelasyon saptandı (Şekil 2). OTH bağımsız belirleyicileri GFH, HDL-Kolesterol, ortalama eritrosit hacmi, Alx@75, trombosit saptandı (Tablo 2).

Sonuç: KBH'da OTH ve arteriyel sertlik parametreleri yüksektir. OTH ve arteriyel sertlik parametreleri kolay ölçülebilir olması nedeniyle kardiyovasküler risk değerlendirilmesinde yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek hastalığı, ortalama trombosit hacmi, nabız dalga hızı, augmentasyon indeksi

Figürler :



Tablo 1. Grupların Demografik Özellikleri

Parametre	Kronik Böbrek Hastalığı (n=84)	Kontrol (n=40)	P
♀♂ (n)	42/42	20/20	1,000
Yaş (Yıl)	53,04±12,5	52,32±13,79	0,770
Vücut Kitle İndeksi (kg/m2)	27,97±5,02	28,37±5,41	0,689
Glomerüler Filtrasyon Hızı (ml/dk)	23,91±9,54	97,64±17,57	<0,001
Ortalama Trombosit Hacmi (fL)	9,19±1,05	8,54±1,36	0,004
Nabız Dalga Hızı (m/sn)	7,22±1,43	6,42±1,68	0,007
Augmentasyon İndeksi@75 (%)	19,25±15,40	10,94±14,74	0,005
Augmentasyon Basıncı (mmHg)	6,65±5,66	4,67±5,65	0,008
Glukoz (mg/dL)	103,57±36,87	96,92±11,76	0,835
Albumin (g/dL)	3,79±0,65	4,37±0,26	<0,001
C-Reaktif Protein (mg/L)	9,90±19,73	4,00±5,85	0,028
Hemoglobin (g/dL)	11,49±1,88	14,10±1,43	<0,001
Ortalama Eritrosit Hacmi (fL)	85,88±6,80	86,29±6,36	0,754
Trombosit (103/μL)	252,78±89,28	273,10±67,07	0,204
Trigliserid (mg/dL)	157,81±81,38	119,15±67,98	0,011
Total kolesterol (mg/dL)	195,65±56,77	202,77±30,06	0,471
HDL-Kolesterol (mg/dL)	41,95±12,43	53,00±13,69	<0,001
LDL-Kolesterol (mg/dL)	121,25±43,30	125,92±28,85	0,544
Ürik asit (mg/dL)	7,42±2,09	4,53±1,18	<0,001
Ferritin (ng/mL)	183,19±296,33	53,59±42,37	<0,001
Transferrin (mg/dL)	184,79±47,05	246,45±48,17	<0,001
Paratiroid hormon (pg/mL)	183,12±164,62	55,44±41,54	<0,001
Kalsiyum (mg/dL)	9,18±0,77	9,54±0,38	0,006
Fosfor (mg/dL)	4,18±0,80	3,54±0,43	<0,001
Merkezi Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	118,16±22,07	105,72±9,06	0,001
Merkezi Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)	85,63±16,79	77,15±7,82	0,003

Tablo 2. Ortalama trombosit hacminin çoklu lineer regresyon analizi

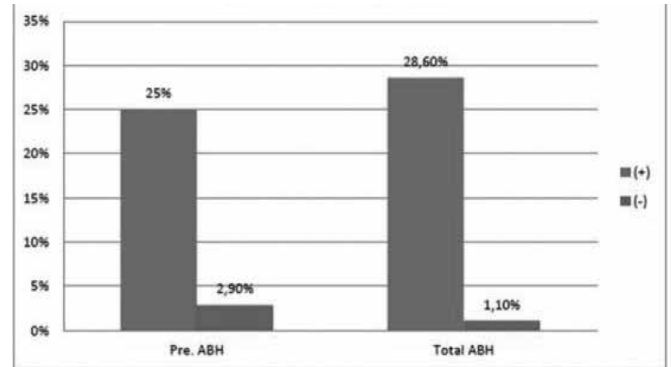
Parametre	Regresyon Katsayısı	Standart Hata	Beta	P
Ortalama Eritrosit Hacmi	0,049	0,015	0,276	0,002
HDL-Kolesterol	-0,024	0,008	-0,281	0,002
Augmentasyon İndeksi@75	0,020	0,007	0,261	0,004
Trombosit	-3,10	<0,001	-0,225	0,011
Glomerüler Filtrasyon Hızı	-0,008	0,003	-0,216	0,020

PS/GN-043**AKUT KORONER SENDROMDA AKUT BÖBREK HASARI OLUŞUMUNA YOL AÇAN RİSK FAKTÖRLERİ**Didem Karaduman¹, Hasan Micozkadıoğlu¹, Saif Hamad²¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Bilim Dalı

Akut koroner sendrom (AKS) hastalarında akut böbrek hasarına (ABH) yol açan risk faktörleri ve ABH gelişim mekanizmaları hala araştırılmaktadır. Hastalar tetkik ve tedavi amacıyla yapılan işlemlerde kontrast maddeye maruz kalmaktadır. Literatürde kontrast öncesi ABH ve total ABH gelişimini ayrı ayrı kıyaslayan çalışmaya rastlanmamıştır. Biz çalışmamızda total ABH gelişimi ve kontrast öncesi ABH gelişimini belirleyen risk faktörleri ve bunların mortalite ile hastane yatış süresi üzerine sonuçlarını ortaya koymayı amaçladık.

Akut koroner sendrom tanısıyla koroner yoğun bakıma yatan, ortalama yaşları 63.3 olan (94 Kadın, 227 Erkek) 321 hasta retrospektif olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Kardiyojenik şok gelişimi ve hastanede furosemid kullanımı AKS' lilerde kontrast öncesi ABH gelişiminde anlamlı olan risk faktörleri olmuştur. Kardiyojenik şok saptanan hastalarda kontrast öncesi ABH gelişme riski 5.6 kat artmıştır (OR=5.691, %95 GA=1.119-28.945, p=0.036). Hastanede furosemid kullanılanlarda kontrast öncesi ABH gelişme riski 4.3 kat artmıştır (OR=4.395, %95 GA=1.855-10.412 p<0.001).

Total ABH gelişiminde en anlamlı risk faktörleri kardiyojenik şok gelişimi, hastanede furosemid kullanımı, yaş artışı ve LDL yüksekliği olmuştur. Kardiyojenik şok olan hastalarda ABH gelişme riski 11.3 kat artmaktadır (OR=11.382, %95 GA=1.940-66.781, p=0.007). Hastanede furosemid kullanılanlarda ABH gelişme riski 5.4 kat fazladır (OR=5.439, %95 GA=2.219-13.337, p<0.001). Yaşın her bir birim artışı ABH gelişme riskini %4.4 arttırmaktadır (OR=1.044, %95 GA=1.003-1.087, p=0.036). Her 1 mg/dL serum LDL seviyesi artışı ABH gelişme riskini %1,4 arttırmaktadır (OR=1.044, %95 GA=1.003-1.087, p=0.036).

**Şekil:** Hastane mortalitesi karşılaştırılması

*Pre ABH: Kontrast öncesi ABH

Çalışmamızda hastanede yatış süresi, hem kontrast öncesi ABH olanlarda hem de total ABH olan hastalarda olmayanlara göre anlamlı olarak daha uzun bulunmuştur (p=0.001). Hastanede mortalite oranı incelendiğinde hem kontrast öncesi ABH olan hem de total ABH olan hastalarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.001).

Akut böbrek hasarı AKS hastalarında sık karşılaşılan ve önemli sonuçları olan bir komplikasyondur. Bu komplikasyonun gelişiminde kontrast maddelerin etkisi dışlandığında kardiyojenik şok gelişimi ve hastanede furosemid kullanımı en önemli risk faktörleri olarak saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Akut böbrek hasarı, akut koroner sendrom, kontrast madde, mortalite,

Tablo. Kontrast Öncesi ABH Bağımsız Risk Faktörleri

Kontrast Öncesi ABH Bağımsız Risk Faktörleri	OR	% 95 GA	P
Kardiyojenik Şok	5.691	1.119-28.945	0.036*
Hastanede Furosemid Kullanımı	4.395	1.855-10.412	<0,001*

Tablo. Total ABH hastalarında Bağımsız Risk Faktörleri

Total ABH hastalarında Bağımsız Risk Faktörleri	OR	% 95 GA	P
Yaş	1.044	1.003-1.087	0.036*
Kardiyojenik Şok	11.382	1.940-66.781	0.007*
LDL	1.014	1.005-1.024	0.002*
Hastanede Furosemid Kullanımı	5.439	2.219-13.337	<0.001*

PS/GN-044**TAM REMİSYONDAKİ GRANULOMATOZ POLİANJİTİS VAKASINDA GELİŞEN İGA NEFROPATİSİ**

Feyza Bayraktar Çağlayan¹, Taner Baştürk¹, Yener Koç¹, Nuri Barış Hasbal¹, Elbis Ahbap¹, Tamer Sakacı¹, Abdulkadir Ünsal¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği

Giriş: Daha önce Wegener Granulomatosis olarak adlandırılan Granulomatoz Polianjitis (GPA), değişken şekillerde prezente olabilen nadir görülen bir nekrotizan vaskülitir. Nedeni bilinmeyen bu otoimmün hastalık, küçük-orta büyüklükte damarları etkileyen birçok organın özellikle de akciğer ve böbreklerin tutulumuna yol açmaktadır. Literatürde IgA nefropatisi (IgAN) ve GPA ilişkisi nadir olarak verilmiştir. Biz burada tam remisyonda izlenen GPA hastasında gelişen IgAN'ni aktarmaktayız.

Vaka: Kırk beş yaşında geçmiş hastalık öyküsü bulunmayan erkek hasta, hematuri, göğüs ağrısı ve hemoptizi şikayetleri başvurdu. Başvurusunda kreatinin 7.8 mg/dl, 24 saatlik idrarda protein 0.8 mg ve antiproteinaz 3'e spesifik antistoplazmik antikor (c ANCA) düzeyi pozitif olarak saptanan hastanın Toraks Bilgisayarlı Tomografisinde pulmoner infiltrasyonlar ve kavite oluşturan nodül görüldü. Renal biyopside IgA birikimi olmayan hafif mezangial proliferasyon ve kesentrik nekrotizan glomerulonefrit saptandı. Hasta 18 ay süren plazmaferez, oral steroid ve aylık pulse siklofosfamid tedavisi sonrasında 5 yıl boyunca remisyonda izlenmekte iken, hastada nefritik idrar sedimentinin tekrarlanması üzerine bakılan biyokimyasında kreatinin:1.4, 24 saatlik idrarda protein 2.5 gr ve c ANCA negatif olarak saptandı. Hastaya böbrek biyopsisi yapıldı ve mezangial alanda IgA, C3 ve lambda içeren immün kompleks depolanması görüldü. Hasta Pozzi protokolu ile tedavi edildiğinde 2 ay içinde hastada proteinuride tam, serum kreatinin seviyesinde parsiyel remisyon görüldü.

Sonuç: Gelişen IgAN'nin, remisyonda olan GPA ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir fakat patofizyolojisi hala netleşmemiştir. Bazı mekanizmalar ile mukozal infeksiyonlara yanıt olarak oluşturulan B hücrelerinin nefritojenik IgA1 moleküllerinin oluşumuna yol açtığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: cANCA, granulomatoz polianjitis, IgA nefropatisi

PS/GN-045**SOLID TÜMÖRDE SPONTAN TÜMÖR LİZİS SENDROMU;İKİ OLGU**

Can Hüzmeli¹, Mustafa Sağlam¹, Barış Döner¹, Hatice Tuba Güngör², Ferhan Candan³

¹Necip Fazıl Şehir Hastanesi Nefroloji, Kahramanmaraş

²Necip Fazıl Şehir Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon, Kahramanmaraş

³Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı, Sivas

Giriş: Akut böbrek hasarı (ABH) ile birlikte tümör lizis sendromu (TLS) solid tümörlerde çok nadir görülmektedir. Akciğer kanseri ve kolon kanserinde TLS nadir olarak raporlanmış olmakla beraber spontan TLS çok daha nadir görülmektedir.

Olgu 1: 70 yaşında bayan, iştahsızlık, bulantı kusma şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. 4 yıldır akciğer kanseri nedeni ile tedavisiz takipte. Fizik muayenesinde kan basıncı 110/60mmHg, vücut sıcaklığı 36,5°C, nabız 78/dk, akciğerlerde dinlemekle bilateral ralleri mevcuttu. Tedavi öncesi ve sonrası laboratuvar incelemesi tablo 1'de verildi. Kan gazında metabolik asidoz mevcuttu (pH 7,2, PCO2 28mmHg, HCO3 14 mEq/L), anyon gap 19 olarak saptandı. Toraks tomografisinde sağ hilusta alt loba ilerleyen kalsifik odaklar içeren lezyon (6x2cm) saptandı, pozitron emisyon tomografisinde, sağ akciğerde ve bilateral lenf nodu tutulumu tespit edildi. Spontan TLS tanısı kondu ve tedavide hidrasyon, sodyum bikarbonat, kalsiyum glukonat, allopürinol ve polistiren sulfonat kullanıldı.

Olgu 2: Şuur bozukluğu ile başvuran 56 yaşında bayan, ABH ile yatırıldı. Yaklaşık 3 yıl önce kolon adenokarsinom tanısı ile opere olmuş. Kemoterapi önerilmiş hasta kabul etmemiş. Fizik muayenede şuur konfüze, non-koopere, kan basıncı 100/50mmHg, vücut sıcaklığı 37,4°C nabız 120/dk idi. Tedavi öncesi ve sonrası laboratuvar incelemesi tablo 1'de verildi. Kan gazında metabolik asidoz mevcuttu (pH 7,12 PCO2 22mmHg, HCO3 10mEq/L), anyon gap 45 olarak hesaplandı. Batın tomografisinde karaciğer sağ lobda kitle (9x8,6cm), batın orta hat insizyon yerinde kitle (2,2x1,4cm) izlendi. Toraks tomografisinde, kemiği destruksiyona yol açan malign karakterli kitle (6x2cm), sol hilusta solid nodül saptandı. Pozitron emisyon tomografisinde, tomografide tariflenen bölgelerde aktivite tutulumu. ABH ve üremik ensefalopati hemodiyalize (iki seans) alındı. Ayrıca hidrasyon, sodyum bikarbonat, kalsiyum glukonat, allopürinol ve polistiren sulfonat tedavisi verildi.

Sonuç: TLS onkolojik acillerden biridir ve mortalitesi yüksektir. Solid tümörlerde çoğu zaman kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavisi sonrası gelişirken, nadiren spontan ve biyopsi sonrası gelişebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tümör lizis sendromu, akut böbrek hasarı, solid tümör

Tablo 1. Hastaların laboratuvar bulguları

	Olgu 1 (tedavi öncesi)	Olgu 1 (tedavi sonrası)	Olgu 2 (tedavi öncesi)	Olgu 2 (tedavi sonrası)
Glukoz (mg/dl)	127	110	145	124
Kan ure azotu (mg/dl)	82	18	264	16
Serum kreatinin (mg/dl)	3,3	1,0	22	0,7
Kalsiyum (mg/dl)	9,6	8,6	6,2	7,2
Fosfor (mg/dl)	6,9	3,1	14	2,6
Ürik asit (mg/dl)	12	6,3	20	2,4
Potasyum (mmol/L)	7,2	5,3	11,6	3,7
Laktat dehidrogenaz (IU/L)	570	220	1238	877

PS/GN-047

DİYALİZ TEDAVİSİ OLMAYAN KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA DIŞ PROTEZİ KULLANIMININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Belkis Gülsen Bayraktar¹, Aysegül Öztürk¹, Tuğberk Öztürk¹, Gizem Nur Öztürk¹, Melahat Çelik Güven¹, Nilgün Aysuna², Semra Bozfkıoğlu², Ayşe Sinanil³

¹*İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi*

²*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi*

³*İstanbul Bilim Üniversitesi*

Kronik Böbrek Yetmezliği, çeşitli böbrek hastalıkları sonucunda böbrek fonksiyonlarının azaldığı veya tamamen ortadan kalktığı bulguları kapsamaktadır. Glomerüler filtrasyon değeri 20-25 ml/dakika olunca hastada üremik semptomlar ortaya çıkmaktadır. Kronik Böbrek Yetmezliği hastaları Diş Hekimliği açısından özel bir hasta grubunu oluşturmurlar. Bu nedenle hastalarda multidisipliner tedavi yaklaşımları tercih edilmelidir. Bu çalışmada diyaliz tedavisi olmayan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Oral Health Impact Profile (OHIP-14) anketi ile yaşam kalitesi değerlendirilmesi yapılmıştır. OHIP-14 ağız sağlığı bozukluklarının sosyal etkilerinin algılanmasını sağlamaya yönelik bir ankettir. Çalışmamız İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Polikliniğine ve Gaziantep Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğine başvuran Kronik Böbrek Yetmezliği tanısı konmuş ve diyaliz tedavisi olmayan yaşları 25-77 arasında değişen 29 erkek, 36 kadın toplam 65 hasta katılmıştır. Bulgularımıza göre hastaların ortalama yarısından çoğunun beslenmeleri ve yaşamsal faaliyetleri ile ilgili şikayetleri yoktur. Bulgularımızın henüz diyaliz tedavisi endikasyonu gerektirmeyen düzeyde bulgulara sahip Kronik Böbrek Yetmezliği hastaları olmaları ile ilişkili olabileceği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek yetmezliği, protez, yaşam kalitesi, OHIP-14

PS/GN-048

AKCİĞERİN SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOMU İLE İLİŞKİLİ MEMBRANOPROLİFERATİF GLOMERÜLONEFRİT

Abdülkadir Ünsal¹, Nuri Barış Hasbal¹, Feyza Bayraktar Çağlayan¹, Mahmoud İleem¹, Yener Koç¹, Tamer Sakacı¹, Elbis Ahbap¹, Ahmet Baran², Mustafa Özgüröğlu², Taner Baştürk¹

¹*Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği*

²*İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Medikal Onkoloji Bilim Dalı*

Giriş: Primer glomerüler hastalıklar hem dünyada hem de ülkemizde son dönem böbrek yetmezliğinin önde gelen nedenleri arasındadır. Ülkemizde en sık görülen glomerüler hastalık içerisinde membranoproliferatif glomerülofritler (MPGN) dördüncü sırada yer almaktadır. Glomerüler hastalıklar birçok solid ve hematolojik malignite ile ilişkilidir. MPGN yapılan çalışmalarda akciğer, böbrek ve mide malignitelerinde tanımlanmıştır. Biz hızlı ilerleyen glomerülofrit kliniği ile prezente olan, skuamöz hücreli akciğer kanseri ile ilişkili, malignite tedavisini takiben remisyona giren MPGN vakasını klinik yarar göz önünde bulundurularak sunmak istedik.

Olgu: Diyabetes mellitus ve hipertansiyon tanılarıyla takipli 57 yaşında erkek hasta yakın kas eklem ağrısı nedeniyle non-steroid anti inflamatuvar ilaç (NSAİİ) kullanımının ardından bulantı ve kusma yakınması ile hastanemiz acil servisine başvurdu. Fizik muayenede kan basıncı 170/110 mmHg ölçülürken akciğer oskültasyonunda stridor ve sağ alt zonda kreptan raller saptandı, diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Acil serviste yapılan tetkiklerinde lökositoz, akut faz reaktanlarında yükseklik, kreatinin yüksekliği (kreatinin: 2,02 mg/dl) gözlenmesi üzerine NSAİİ kullanımına ve alt solunum yolu enfeksiyonuna ikincil ABY ön tanısı ile Nefroloji Kliniği'ne yatırıldı. Alt solunum yolu enfeksiyonu tanısıyla levofloksasin 500 mg PO başlandı. Tam idrar tahlilinde 3+ protein, 3+ eritrosit, 3+ lökosit saptanan, kreatinin düzeyi 2,02 mg/dl'den 4,4 mg/dl'ye yükselen, 24 saatlik idrarda protein: 1,5 gr/gün olarak belirlenen hastaya hızlı ilerleyen glomerülofrit nedeniyle renal biyopsi yapıldı, biyopsi

materyalinde sellüler kresent oluşumları gözlenmesi üzerine antibiyotik tedavisi altında hastaya üç gün 1 gr pulse steroid tedavisi ardından siklofosamid 500 mg IV tedavisi uygulandı. Levofloksasin tedavisi altında öksürük ve balgam yakınmasında gerileme olmayan, stridoru devam eden hastanın kontrastsız toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ hiler bölgede yer kaplayıcı lezyon saptandı. PET-BT'de ise sağ akciğer alt lob superior segmentte alt lob bronşu superioru düzeyinde yerleşimli post-obstrüktif atelektaziye neden olan 2,5x3 cm boyutlarında hipermetabolik düzensiz sınırlı kitlesel lezyon saptandı. Kitleden yapılan bronkoskopik ve transtorasik biyopsi işlemleri sonucunda skuamöz hücreli karsinom saptandı. Malignite tanısı konulduğunda hastanın kreatinin değeri 1,5 mg/dl 24 saatlik idrarda protein değeri ise 1 gr/gün seviyesindeydi. Diş merkez Medikal Onkoloji'ye yönlendirilen hasta lokal ileri (T4N0M0) Evre 3 akciğer kanseri nedeniyle haftalık karboplatin-paklitaksel tedavisi ile birlikte eş zamanlı radyoterapi aldı. Kontrol BT'lerinde tümör boyutunda regresyon saptanmakla birlikte tümörün karınaya yakın olması nedeniyle cerrahi işlem yapılmadı. Bu nedenle hasta PAŞİFİC çalışması kapsamında adjuvan anti-PDL 1 (immun check point inhibitörü – MEDI4736 10mg/kg, iki haftada bir) tedavisine başlandı. Hastanın son kontrolünde kreatinin 1,19 mg/dl, 24 saatlik idrarda protein 153 mg/gün olarak saptanarak hem malignite hem de MPGN remisyonda olarak kabul edildi.

Sonuç: Tüm glomerülopatilerde ikincil nedenler ayrıntılı olarak incelenmelidir. Maligniteye ikincil glomerülofritlerde altta yatan malignitenin tedavisi sıklıkla nefrotik sendromun gerilemesini sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: MPGN, membranoproliferatif glomerülofrit, malignite

PS/GN-049

SUSTANON ENJEKSİYONU SONRASI PSEUDOHİPERKREATİNİNEMİ

Can Hüzmeli¹, Mustafa Sağlam¹, Barış Döner¹, Serkan Çağlar², Özkan Güngör³

¹*Necip Fazıl Şehir Hastanesi Nefroloji, Kahramanmaraş*

²*Necip Fazıl Şehir Hastanesi Biyokimya, Kahramanmaraş*

³*Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş*

Giriş: Böbrek hastalıklarının tanısında en yaygın kullanılan markur serum kreatinin değeridir. Serum kreatinin kas hücrelerinin yıkımı sonucu oluşur. Serum kreatinin değerleri yaş, cinsiyet, egzersiz, bazı ilaçlar, kas kütlesi ve besin alımından etkilenmektedir. Ayrıca kreatinin küçük miktarda da olsa tübüler sekresyona uğraması ve ölçümü esnasında meydana gelen analitik interferanslar ve kalibrasyonunda belirsizlikler önemli bir problem oluşturur.

Olgu: 28 yaşında erkek hasta, akut böbrek hasarı ile kliniğimize sevk edilmiş. Özgeçmişinde diyabetes mellitus ve hipertiglisidermi tanıları mevcut. Tedavide metformin ve fenofibrat kullanıyormuş, fakat 6 ay önce fenofibrat tedavisi kesilmiş. Ayrıca bir hafta önce hipogonadizm tanısı ile sustanon (testesteron) amp reçetelenmiş. Sustanon enjeksiyonundan bir gün sonra halsizlik ve baş dönmesi şikayeti ile dahiliye polikliniğine başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde serum kreatin değeri 6,5mg/dl olması üzerine hastanemize sevk edilmiş. Fizik muayenesinde kan basıncı 120/80mmHg, nabız 74/dk ve diğer muayeneleri doğaldı. Laboratuvar incelemesinde serum kreatinin 11mg/dl, kan üre azotu 20mg/dl, trigliserit 1181mg/dl, idrar tahlilinde mikroalbuminüri ve proteinüri tespit edilmedi, ayrıca renal ultrason normal olarak değerlendirildi. Hastayı sorguladığımızda bize gelmeden iki gün önce sustanon amp yaptırdığını söyledi. Hastanın serum kreatinleri 15000 rpm de 30 dakika satrifiyü edildikten sonra serumun berrak kısmı alınıp Jaffe yöntemi ile çalışıldığında serum kreatinin değeri 0,8 mg/dl olarak hesaplandı.

Sonuç: Diyabetik ketoasidoz ve bazı ilaçların (valproik asit, dexamaetazon, 5-fluorocytosine gibi) kullanımından sonra hastalarda pseudohiperkreatininemi saptanmaktadır. İlaç kullanan hastalarda daha spesifik ölçüm yöntemlerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pseudohiperkreatininemi, sustanon,

PS/GN-050

MULTİPLE MİYELOMA, HCV POZİTİFLİĞİ VE AKUT KORONER SENDROMLU HASTA**Kemal Mağden¹**¹Sağlık Bakanlığı Kocaeli Devlet Hastanesi Nefroloji Kliniği/ Kocaeli²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd Hematoloji Bilim Dalı/ Kocaeli

Giriş: Multiple Miyeloma (MM) hiperkalsemi ve semptomları ile gelebilir. Diğer miyeloproliferatif hastalıklardaki gibi MM'da da tromboembolik olay sıklığı artmıştır. HCV pozitifliğinin tedaviye başlamayı geciktirmesinin yanısıra MM'da gelişen akut böbrek yetmezliği de trombozisi artırabilir. İmmüsupressif tedavinin biran önce başlanması gelişebilecek komplikasyonları önleyebilir.

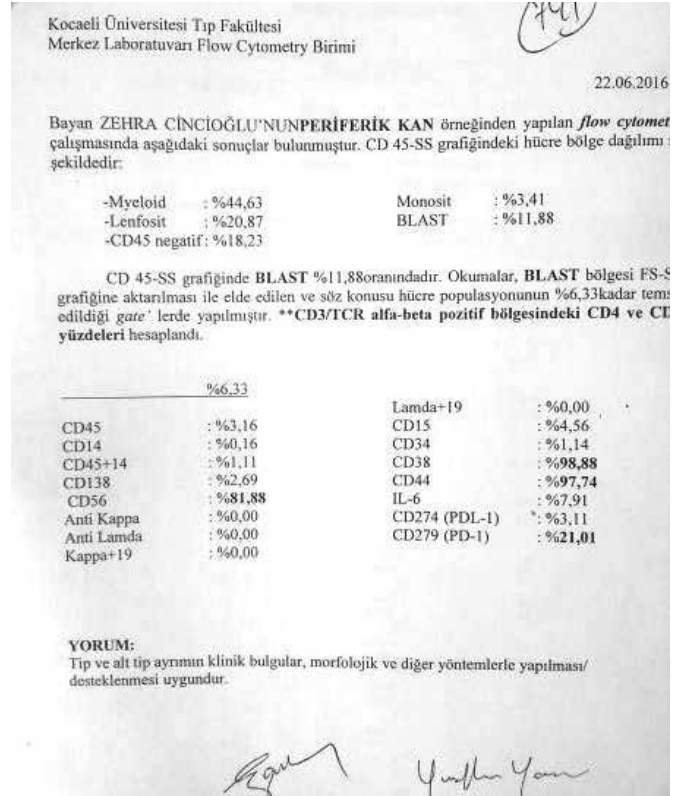
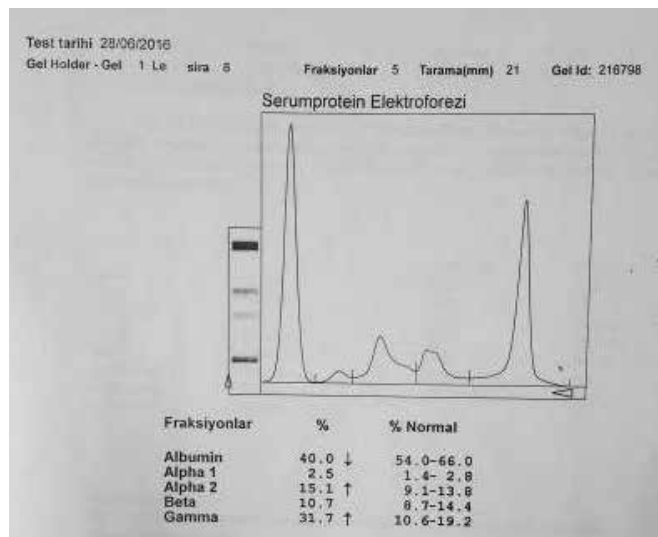
Olgu: Z.C. 64 yaşında bayan hasta, ağır kuruması, çok su içme ve yaygın eklem ağrıları şikayetleriyle prezante oldu. Hiperkalsemi ve akut böbrek yetmezliği nedeniyle nefroloji servisine yatırıldı.

Fizik Bakı: TA:90/50mmHg N:68/dk, vücut sıcaklığı:36,5°C. Cilt turgor ve tonusu azalmış. Diğer sistem muayeneleri doğal.

Laboratuvar: Hemoglobin:11,1g/dl, lökosit:7000uL, trombosit:245000uL, CRP:0,40mg/dl, albumin:3,13g/dl, sedimentasyon:39mm/saat, glukoz:112mg/dl, BUN:84mg/dl, kreatinin:2,3mg/dl, ürikasit:12,7mg/dl Na:136mmol/L, K:4,5mmol/L, klor:98mmol/L, Ca:15,8mg/dl P:4,8mg/dl, Mg:1,98mg/dl, PTH:15,5pg/ml bulundu. AntiHCV:10,76(pozitif), HCV RNA(+), IgA:11mg/dl, IgG:5251mg/dl, IgM:25mg/dl, Beta-2 mikroglobulin:8,8mg/L (Tablo1). Protein elektroforezi ve flow sitometri sonucu multiple myelom ile uyumluydu (Figür 1-2). HCV Virus yükü 7510000IU/mL, Kemik iliği biopsisinde parankim tamamını (%90'ını) infiltre eden CD20(-), CD38(+) atipik plazmositik infiltrasyon izlendi. Lambda monoklonalitesi izlendi. Hiperkalsemi nedeniyle zoladronikasit, steroid ve diüretik tedavi uygulandı. Hemodiyaliz ihtiyacı olmadı. HCV pozitifliği nedeniyle henüz immüsupressif tedavi başlanamayan hasta takibinin 10. gününde akut koroner sendrom geçirdi. Hastaya iki stent uygulandı.

Sonuç: HCV pozitifliği nedeniyle immüsupressif tedavi başlanamayan hastada hiperviskozite ve hiperkalsemi akut koroner sendrom gelişimini kolaylaştırmış olabilir. Multiple miyelomlu hastalarda tromboembolik olaylar ve koroner arter hastalığı gelişimini engellemek için profilaktik ilaç kullanımı uygun olabilir.

Anahtar Kelimeler: Hiperkalsemi, HCV pozitifliği, akut koroner sendrom.

Figürler :**Tablo. Laboratuvar Değerleri**

Hemoglobin	11,1 g/dl
Hematokrit	%35
Lökosit	7000 uL
Trombosit	245000 uL
CRP	0,40 mg/dl
Albumin	3,13 g/dl
Sedimentasyon	39 mm/saat
Glukoz	112 mg/dl
Kan Üre Azotu (BUN)	84 mg/dl
Kreatinin	2,3 mg/dl
Ürikasit	12,7 mg/dl
Sodyum	136 mmol/L
Potasyum	4,5 mmol/L
Klor	98 mmol/L
Kalsiyum	15,8 mg/dl
Fosfor	4,8 mg/dl
Magnezyum	1,98 mg/dl
Parathormon	15,5 pg/ml
AntiHCV	10,76 (pozitif)
HCV RNA	Pozitif
HCV virüs yükü	7510000 IU/mL
B-2 mikroglobulin	8,8 mg/L
IgA:	11 mg/dl
IgG	5152 mg/dl
IgM	25 mg/dl

PS/GN-051

BİLİNÇ DURUMUNUN KORUNDUĞU HİPERGLİSEMİ VE HİPERNATREMİ BİRLİKTELİĞİKubilay İşsever¹, Ahmed Bilal Genç¹, Fatma Dindar¹, Umut Polat¹, Muhammed Kaya¹, Hamad Dheir², Savaş Sipahi²¹Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd., Nefroloji Bd

Giriş: Hiperglisemi ve hipernatremi bir arada olmasına alışık olmadığımız iki metabolik bozukluktur. Ozmolariteye en büyük katkısı yapan glukoz ve sodyumun oluşturduğu bu iki metabolik bozukluğun birlikteliği hayatı tehdit edici boyutlara varabilir. Uzun süreli hiperglisemiye bağlı hipernatremi gelişen olguların tanı ve tedavi sürecini paylaşmayı amaçladık.

Vaka: Daha önceden herhangi bir sağlık sorunu olmayan 43 yaşındaki erkek hasta, dış merkeze halsizlik, terleme, uykuya eğilim nedeniyle başvurmuş. Kan glukozu:850mg/dl gelen hasta, Na:137 mmol/l (Tablo 1) 4 gün boyunca yoğun bakım ünitesinde akut böbrek yetmezliği, yeni tanı diyabet ve pnömoni ön tanıları ile takip edildikten sonra serviste takip edilmek istenmiş. Ancak kendi isteğiyle çıkış yapan hasta acil servisimize başvurdu. Müracaatında; Na:186 mmol/l ve Glukoz:221mg/dl saptandı. Hasta GKS:15 ve vital bulguları normal olmasına karşın şiddetli hipernatremi nedeniyle Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ) nde takip edildi. Takiplerinde sıvı açığı hesaplanarak hipotonik solüsyon ile oral ve IV replasman yapıldı. İdrar çıkışı 5000-6000 cc/gün olan hastaya Diyabetes Insipidus düşünülerek 2 gün minirin sprey 3x1 puff uygulandı. Minirin puff intranasal uygulandıktan sonra idrar miktarı ve hipernatremisi düzelen hastanın yapılan görüntülemelerinde hipofizde bir mikroadenom dışında bir patolojiye rastlanmadı. Serum ozmolalitesi 381mOsm/kgH₂O olmasına rağmen bilinç düzeyi hep iyi seyretti. Takiplerinde minirin kullanılmasına gerek kalmadan sodyum düzeyi ve idrar çıkışı normal seviyelerde kaldı. Halen glisemik kontrol için insülin kullanan hastada nörolojik sorun olmayıp elektrolit dengesizliği de yoktur.

Sonuç: Şiddetli hiperglisemi ve hiperozmolar durumun hipernatremiye yol açması, nadiren görülebilir. Her ne kadar hiperglisemik durumlarda ozmolaritenin dengelenmesi için sodyumun düşmesi beklense de, hiperglisemik olguların tedavisi sonrasında hipernatremi gelişimine ilişkin vaka bildirimleri mevcuttur. Bazen sodyum düzeylerinin kritik ölçüde yüksek seviyelere ulaşabileceği gözden kaçırılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hipernatremi, hiperglisemi, diyabetes mellitus

Tablo.

		KAN GLUKOZU (mg/dl)	NA (mmol/l)	WBC (K/ul)	PH	HCO ₃ (mmol/l)	KRE (mg/dl)	İDRAR (cc/saat)	HGB (g/dl)
Müracaat	0 gün	860	137	23000	7.1	7.1	3.3		17.3
Dış merkez YBÜ	1 gün	565/537	137	23400	7.2	12.3	2.3	150/300	18.3
	2 gün	624/301	146/164		7.15/7.34	10.5/21.5	2.2	40/220	17.5
	3 gün	462/233	165/167		7.35/7.37	22.8/23.2		40/160	16.5
	4 gün	490/229	171/173	16330	7.43/7.45	26.1/25.8	2.4	40/150	15.8
	5 gün	300/255	176		7.40/7.41	26.6/27.1		20/200	16.2
Hastane kabul		155/139	186	14910	7.45/7.46	25.5/25.1	2.4	100/280	14.8
Taburcu		145	137	9000	7,35	24	1,2	100	12,4

PS/GN-052

KARACİĞER SİROZLU HASTALARDA GLOMERÜLER FİLTASYON HIZININ DEĞERLENDİRİLMESİNDE GÜVENİLİR BİR SEÇENEK OLARAK SİSTATİN C TEMELLİ EŞİTLİKLERTolgahan Akca¹, Gültekin Süleymanlar², Funda Aydın³, Halide Akbaş⁴, İnci Süleymanlar⁵¹Akdeniz Üniversitesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı²Akdeniz Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı³Akdeniz Üniversitesi Nükleer Tıp Ana Bilim Dalı⁴Akdeniz Üniversitesi Tıbbi Biyokimya Ana Bilim Dalı⁵Akdeniz Üniversitesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Karaciğer sirozlu (KCS) hastalarda sık görülen akut ve/veya kronik böbrek hastalıklarının tanı ve izlemi önemli bir konudur. Ancak, genel popülasyonda yaygın olarak kullanılan kreatinin temelli tahmini glomerüler filtrasyon hızı (GFH) hesaplama yöntemlerinin KCS lu hastalarındaki geçerliliği ve güvenilirliği belirsizdir. Bu çalışmada çeşitli evrelerdeki KCS lu hastalarda GFH'nin tahmininde/ölçümünde günümüzde kullanılan çeşitli kreatinin ve/veya sistatin C temelli eşitlik/formüllerin referans GFH ölçümü ile karşılaştırılarak geçerlilikleri değerlendirilmiştir.

Yöntemler: Çalışma bilinen böbrek hastalığı olmayan 66 (E/K:38) KCS hastası ile 22 (E/K:10/12) sağlıklı birey üzerinde yürütülmüştür. Hasta grubu Child-Pugh evreleme sistemine göre Child A (n:22), Child B (n:22) ve Child C (n:22) olarak üç alt gruba ayrılmıştır. Hastaların vücut ağırlıkları ve boyları ölçülerek vücut kitle indeksleri (VKİ) hesaplandı. Böbrek fonksiyonunun değerlendirilmesinde referans yöntem olarak Tc-99m DTPA (Diethylenetriaminepentaacetic Acid) ile GFH ölçümü kullanıldı. Beslenme ve böbrek fonksiyon parametreleri olarak albümin, prealbümin, transferrin, retinol bağlayıcı protein, kan üre nitrojeni (BUN), kreatinin (Cr), sistatin C (Cys), beta trace protein (BTP), idrar N-Asetil β-D Glukozaminidaz (NAG), idrar beta-2 mikroglobülin ve kreatinin klirensi ölçüldü. Ayrıca, kreatinin ve sistatin C temelli 13 farklı GFH formülleri (Cockcroft-Gault, 6 değişkenli MDRD, 4 değişkenli MDRD, Jelliffe 73, Jelliffe 71, Mawer, Hull, Reciprocal, Gates, Bjornsson, CKD-EPI Cr, CKD-EPI Cys-Cr, CKD-EPI Cys) hesaplanarak referans yöntemle karşılaştırıldı (Tablo 1).

Bulgular: Hasta grubu ile kontrol grubu arasında BUN ve Cr düzeyleri açısından fark bulunmazken hasta grubunda sistatin C ve BTP düzeyleri anlamlı olarak yüksek, kreatinin klirensi ve Tc-99m DTPA ile GFH ölçümü ise anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Beslenme parametreleri olarak albümin ve prealbumin düzeyleri hasta grubunda daha düşüktü. Renal parametrelerle referans yöntem arasındaki ilişki incelendiğinde, sistatin C ile Tc-99m DTPA arasında yüksek korelasyon vardı. Tahmini GFH formüllerinden sistatin C temelli olan CKD-EPI Cys ve CKD-EPI Cys-Cr formülleri Tc-99m DTPA ile en kuvvetli korelasyon gösteren formüller olarak bulundu (Tablo 2).

Sonuç: Sonuç olarak, malnütrisyona sahip karaciğer sirozlu hastalarda BUN ve kreatinin değerleri normal bile olsa Tc-99m DTPA ile ölçülen ve sistatin C temelli CKD-EPI eşitliği ile hesaplanan GFH düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesinde CKD-EPI Cys-Cr ve CKD-EPI Cys formüllerinin referans yöntem ile kuvvetli korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Bu sonuçlar, sistatin C temelli eşitliklerin/formüllerin KCS lu hastalardaki böbrek hastalığının tanısı ve klinik gidişinin izlenmesinde güvenilir yöntemler olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer sirozu, glomerüler filtrasyon hızı, sistatin c, sistatin c temelli CKD-EPI eşitliği

Tablo 1. Hasta ve kontrol gruplarında beslenme ve böbrek fonksiyon parametrelerinin karşılaştırılması (X[±] SD)

	Child A	Child B	Child C	Kontrol	p değeri
Kişi sayısı	22	22	22	22	
VKİ (kg/m ²)	27,57±5,60	26,01±4,26	25,37±6,32	27,27±4,35	AD*
Albümin (g/dl)	3,75±0,41	2,83±0,35	2,45±0,29	4,38±0,31	<0,001
Prealbümin (mg/L)	137,36±34,92	74,99±37,00	41,22±26,94	227,95±75,70	<0,001
PT (sn)	13,45±1,31	17,81±9,02	18,96±4,10	11,41±0,62	<0,001
BUN (mg/dl)	14,49±5,39	15,68±6,58	15,52±8,54	12,89±3,64	AD*
Kreatinin (mg/dl)	0,75±0,17	0,72±0,17	0,81±0,46	0,73±0,17	AD*
Sistatin C (mg/L)	0,89±0,23	0,95±0,26	1,20±0,59	0,63±0,09	<0,001
BTP (ng/ml)	347,59±190,29	410,09±251,32	455,75±268,33	266,68±169,91	<0,05
NAG (U/L)	21,36±18,08	26,24±27,12	37,84±35,50	23,31±19,65	AD*
Proteinüri (mg/gün)	62,68±70,08	62,55±43,40	134,05±180,94	87,36±174,71	AD*
Beta 2 (mg/L)	0,27±0,11	0,22±0	0,22±0,01	0,22±0	<0,05
Kr. Klirensi (mg/dl)	67,94±36,07	63,16±43,06	95,17±78,11	103,75±45,40	<0,05
Tc-99m DTPA (ml/dk/1,73 m ²)	69,46±16,96	70,82±24,20	68,50±20,15	97,56±16,42	<0,001
Cockcroft (ml/dk/1,73 m ²)	121,25±76,12	116,88±38,54	119,62±65,71	129,96±33,77	AD*
MDRD6 (ml/dk/1,73 m ²)	103,92±43,00	96,24±22,33	100,14±46,65	113,15±22,79	AD*
MDRD4 (ml/dk/1,73 m ²)	108,01±43,35	112,92±31,73	119,73±55,55	111,82±22,80	AD*
Jelliffe 71 (ml/dk/1,73 m ²)	140,44±51,56	145,27±42,38	142,97±59,51	143,49±39,69	AD*
Jelliffe 73 (ml/dk/1,73 m ²)	101,13±53,68	101,47±29,29	106,83±56,27	111,34±23,21	AD*
Mawer (ml/dk/1,73 m ²)	87,60±49,36	89,82±29,12	92,52±48,65	94,51±19,15	AD*
Hull (ml/dk/1,73 m ²)	128,88±80,85	124,48±41,34	127,12±70,17	137,82±36,23	AD*
Reciprocal (ml/dk/1,73 m ²)	140,85±37,44	146,37±38,61	148,95±58,35	145,32±36,31	AD*
Gates (ml/dk/1,73 m ²)	112,70±50,56	114,55±51,81	123,00±86,04	128,79±55,60	AD*
Bjornsson (ml/dk/1,73 m ²)	126,99±78,18	122,91±39,30	121,16±65,85	136,01±35,92	AD*
CKD-EPI Cr (ml/dk/1,73 m ²)	95,26±22,71	98,95±14,78	96,64±32,09	105,23±12,74	AD*
CKD-EPI Cys-Cr (ml/dk/1,73 m ²)	92,97±23,90	91,84±21,98	83,12±30,40	116,49±11,80	<0,001
CKD-EPI Cys (ml/dk/1,73 m ²)	90,74±25,02	86,26±27,22	73,42±30,61	121,34±10,30	<0,001

Tablo 2. Hasta grubunda böbrek fonksiyon parametrelerinin Tc-99m DTPA ile ölçülen GFH ile korelasyonu.

Parametre	r/p
BUN	-0,356 / 0,001
Kreatinin	-0,468 / 0,000
Beta-2 mikroglobulin	-0,131 / 0,228
Sistatin C	0,694 / 0,000
BTP	0,390 / 0,000
Kreatinin klirensi	0,485 / 0,000
NAG	0,222 / 0,038
Cockcroft	0,531 / 0,000
MDRD4	0,542 / 0,000
MDRD6	0,619 / 0,000
Jelliffe 71	0,494 / 0,000
Jelliffe 73	0,575 / 0,000
Mawer	0,542 / 0,000
Reciprocal	0,489 / 0,000
Gates	0,406 / 0,000
Bjornsson	0,531 / 0,000
CKD EPI Cr	0,679 / 0,000
CKD EPI Cys-Cr	0,866 / 0,000
CKD EPI Cys	0,838 / 0,000

PS/GN-053

YÖNTEMDEN BAĞIMSIZ KİLO KAYBININ FSGS ÜZERİNE ETKİSİ: İKİ OLGU SUNUMU

Taner Baştürk¹, Tamer Sakacı¹, Nuri Barış Hasbal¹, Feyza Bayrakdar Çağlayan¹, Mahmoud İslcem¹, Yener Koç¹, Elbis Ahbap¹, Erhan Aygen², Abdülkadir Ünsal¹

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Kliniği

Giriş: Günümüzde obezite, epidemik boyutlara ulaşan bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Hiperfiltrasyon ve proteinüri gibi renal fonksiyon kaybı ve hastalıklarına neden olan durumlar genellikle obezite ile ilişkilidir. Bariyatrik cerrahi ya da düşük kalorili diyet ve fiziksel aktivitenin artırılması yoluyla kilo kaybı renal sağkalımı arttırmaktadır. Biz bu yazıda biri bariyatrik cerrahi ile diğeri ise düşük kalorili diyet ile kilo kaybı sonrasında renal iyileşme saptanan iki vakayı sunarak kilo kaybının FSGS hastalarındaki etkisini vurgulamayı amaçladık.

Olgu 1: Bilinen herhangi bir kronik hastalık öyküsü olmayan 36 yaşında erkek hasta tansiyon yüksekliği yakınması ile başvurduğu hastanemiz İç Hastalıkları polikliniğinden tetkiklerinde proteinüri saptanması üzerine tarafımıza yönlendirildi. Fizik muayenede kan basıncı 150/90 mmHg saptanırken vücut kitle indeksi (VKİ) 33 kg/m² olması dışında diğer sistem muayenelerinde herhangi bir patoloji gözlenmedi. Kreatinin değeri 0,89 mg/dl, 24 saatlik idrarda protein: 4,8 gr/gün saptanması üzerine hastaya renal biyopsi yapılarak fokal segmental glomerüloskleroz (FSGS) tanısı konuldu. Kilo kaybının hastalık üzerindeki etkisi anlatıldı, anjiyotensin reseptör blokleri (ARB) tedavisi başlandı.

İlk kontrol muayenesinde toplam 12 kg kaybı olduğu gözlemlendi, VKİ 29 kg/m², kreatinin değeri 0,85 mg/dl, 24 saatlik idrarda protein ise 2,4 gr/gün olduğu gözlemlendi. İkinci kontrol muayenesinde ise hastanın 14 kg daha vermiş olduğu gözlemlendi ve VKİ 24,7 kg/m² olarak hesaplandı, hastanın kreatinin değeri 0,91 mg/dl, 24 saatlik idrarda protein ise 1,6 gr/gün olduğu gözlemlendi. İdeal vücut ağırlığına ulaşan hastada ARB tedavisine devam edildi.

Olgu 2: Hipertansiyon ve hiperlipidemi nedeniyle dış merkezde takip edilen 28 yaşında erkek hasta kontrol tetkiklerinde proteinüri saptanması üzerine kliniğimize yönlendirildi. Başvuru sırasında kan basıncı 150/90 mmHg, VKİ 36,7 kg/m² olması dışında fizik muayenede herhangi bir patoloji saptanmayan hastanın tetkiklerinde kreatinin 1,3 mg/dl, 24 saatlik idrarda protein ise 5,2 gr/gün olduğu gözlemlendi. Renal biyopsi ile FSGS tanısı konulan hastaya anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü (ADE-İ) tedavisi başlandı. İlk kontrol muayenesinde kilo kaybı sağlanmadığı gözlemlendi ancak kreatinin 1,06 mg/dl, 24 saatlik idrarda protein ise 2,5 gr/gün olduğu gözlemlendi. Hastanın dördüncü kontrol vizitinde yaklaşık 5 kg kadar verdiği gözlemlendi ve mevcut tedavi ile kreatinin 1,2 mg/dl 24 saatlik idrarda protein ise 320 mg/gün seviyesine gerilediği gözlemlendi. Ancak hasta sonrasında üç sene takibe gelmedi. Tekrar hastaneye başvurusunda mevcut ilaç tedavisini kestiği ve tekrar 12 kg aldığı saptandı, tetkiklerinde kreatinin 0,9 mg/dl, 24 saatlik idrarda protein ise 6,9 gr/gün olduğu gözlemlendi. ADE-İ tedavisi tekrar başlandı, ancak kontrol muayenesinde 24 saatlik idrarda protein 10,7 gr/gün olduğu gözlemlendi. Bu dönemde hastanın kilo veremediği gerekçesi ile bariyatrik cerrahi için başvurusu olduğu öğrenildi. Dış merkez Genel Cerrahi kliniği ile karşılıklı konsültasyonlar yapıp Endokrinoloji Bilim Dalı'nın da onayı alındıktan sonra hastaya laparoskopik obezite sleeve operasyonu yapıldı. İşlem sonrası üçüncü ayında hastanın toplam 26 kg kilo kaybı olduğu, VKİ'nin 43,6 kg/m²'den 34,6 kg/m²'ye gerilediği, kreatinin 1,22 mg/dl 24 saatlik idrarda protein değerinin ise 1,2 gr/gün seviyesine gerilediği gözlemlendi. Herhangi bir ek tedavi başlanmadan hastanın takibi devam edildi.

Sonuç: Bu iki vaka ışığında kilo kaybının hastalarda renal sağ kalım üzerine oldukça etkili olabildiğini vurgulamaya çalıştık. Obezite ile ilişkili FSGS tedavisinde, tedavinin ilk basamağını kilo kaybı oluşturmaktadır. Hasta ve hasta yakınlarının bu konuda bilinçlendirilmesi, ilgili branşlara zamanında ve olumlu görüşlerle yönlendirilmesi, kilo kaybının cesaretlendirilmesi gereğinde cerrahi müdahalenin de tıbbi gereksinim göz önünde tutularak tedavi planına katılması oldukça önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: FSGS, obezite, bariyatrik cerrahi

PS/GN-054

HEMATÜRİNİN NADİR BİR NEDENİ: RENAL ARTERIOVENÖZ MALFORMASYON

Şiyar Erdoğan¹, Sim Kutlay¹, Kenan Keven¹, Gökhan Nergizoğlu¹, Kenan Ateş¹, Neval Duman¹, Şule Şengül¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Renal arteriovenöz malformasyon (AVM) konjenital veya edinsel olabilen, nadir görülen vasküler bir patolojidir. Edinsel renal AVM'ler vakaların yaklaşık %70'inden sorumludur ve genellikle geçirilmiş renal biyopsi, travma, enfeksiyon, malignite veya renal cerrahi sonrası gelişir. Konjenital renal AVM'lerin kesin nedeni bilinmemekle birlikte, damarın elastik komponentindeki kusur ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Konjenital renal AVM'ler sirsoid ve kavernoöz (anjiomatoz) olarak 2 grupta incelenir. Sirsoid AVM'ler birbirleriyle bağlantılı çok sayıda küme yapmış varis benzeri tortiyöz arter ve venlerden oluşur. Kavernoöz AVM'ler ise tek bir arteriyel damardan beslenen çok sayıda bağlantılı küçük fistüller oluşumdur. Konjenital AVM'ler genellikle hematüri ile prezente olurken, edinsel AVM'ler hipertansiyon, kardiomegali ve kalp yetmezliği gibi hemodinamik değişiklikler ile prezente olurlar. Bu olguda, sirsoid tip renal AVM rüptürü sonucu makroskopik, gros hematüri ile başvuran ve renal arter embolizasyonu ile tedavi edilen 27 yaşında erkek hasta tanımlanmaktadır.

Olgu: 27 yaşında erkek hasta kanlı idrar şikayetiyle kliniğimize yatırıldı. Hastanın hikayesinde 1 yıl önce geçirilmiş apendektomi dışında özellik yoktu.

FM'de kan basıncı 110/70 mmHg, konjonktivaları soluk anemik görünümde ve sağ kostovertebral açı hassasiyeti mevcuttu. Hastanın laboratuvar değerlerinde serum kreatinin düzeyi 0,86 mg/dl, hemoglobin düzeyi 9,5 g/dl, idrar mikroskopik analizinde eritrosit 900/HPF idi. Üriner USG'de bilateral böbrek boyutları ve parankim kalınlıkları normal sınırlarda olup, sağ böbrekte kortikal yerleşimli hiperektojen solid lezyonlar ve mesanede hematoma görüldü. Hastanın immünolojik parametreleri ve viral serolojisi negatifti. Hastaya 3 yollu üretral sonda takılarak mesane irrigasyonuna başlandı. Yatışının 3. gününde çekilen kontrol USG'de sağ böbrek orta kesimde 2x2 cm boyutunda kapsüle bakan kısmı daha geniş hiperektojen alan ve renkli dopplerde sağ orta-alt grup kalikte 1 cm genişliğinde anevrizma saptandı. Dinamik renal BT'de sağ böbrek alt yarı anteriorda segment arterleri ile ilişkili 16 mm çaplı anevrizma saptandı (Figür 1). Hastanın tanısını doğrulamak ve tedavi planı için konvansiyonel renal anjiyografi yapıldı ve sağ böbrek alt kutupta bir kaç interlober arterden beslenen AVM ve anevrizma gözlemlendi (Figür 2). Hastaya aynı seansta renal AVM'ye embolizasyon işlemi yapıldı. Hastanın izleminde herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Takiplerinde hematüri gerileyen ve anemisi düzelen hasta rutin kontrollerine devam etmektedir.

Sonuç: Renal AVM hematürinin nadir bir nedenidir ve klinik pratikte tanı ve tedavisi zorunludur. Konjenital renal AVM'ye sekonder masif hematürinin tedavisinde major cerrahiye alternatif ve ilk seçenek olarak renal anjiyografi ve embolizasyon düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hematüri, renal arteriovenöz malformasyon, renal arter embolizasyonu

Figürler :



PS/GN-055

HEMATÜRİ İLE PREZENTE OLAN MEMBRANÖZ NEFROPATİ VE ANTİGLOMERÜLER BAZAL MEMBRAN HASTALIĞI TANILI OLGUŞiyar Erdoğan¹, Saba Kiremitçi², Sim Kutlay¹, Kenan Keven¹, Şehsuvar Ertürk¹, Şule Şengül¹¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

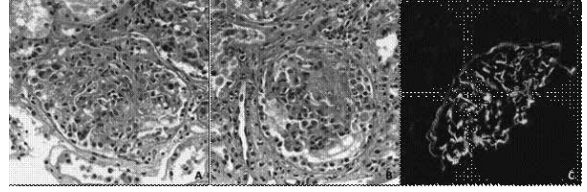
Giriş: Antiglomerüler bazal membran (Anti-GBM) hastalığı küçük damar vaskülitleri içerisinde yer alır ve hızlı ilerleyen glomerulonefritlerin ana nedenlerinden biridir. Anti-GBM hastalığı ile ilişkili en sık lezyonlardan biri membranöz nefropatidir (MN). MN tanısı sonrasında veya eş zamanlı anti-GBM hastalığı oluşumu sınırlı olgu serilerinde bildirilmiştir. Hastalar klasik anti-GBM hastalığına kıyasla nefrotik düzeyde proteinüri, daha düşük oranda oligoanüri ve makroskopik hematüri, glomerüllerde daha az kresent oluşumu ve tanı anında daha düşük serum kreatinin düzeyi ile prezente olurlar. Bu olguda, makroskopik hematüri ile başvurmış, kan basıncı (KB) yüksekliği, aktif idrar sediment bulguları ve glomerüler filtrasyon hızı (GFH) kaybı saptanmış, böbrek biyopsisinde MN ve anti-GBM hastalığı bulgularının birlikte gözleendiği 26 yaşında erkek hasta tanımlanmaktadır.

Olgu: 26 yaşında erkek hasta yaklaşık 2 hafta önce geçirdiği ÜSYE sonrası gelişen makroskopik hematüri şikayetiyle yapılan değerlendirilmesinde; hipertansif olduğu (150/90 mmHg) ve laboratuvar tetkiklerinde de serum kreatinin yüksekliği (1,7 mg/dl), anemi (Hb:9,2 gr/dl) ve TİT'te hematüri (bol eritrosit) ve proteinüri (500 mg/dl) saptanması üzerine kliniğimize yatırıldı. Özgeçmişinde herhangi bir hastalık veya ilaç kullanımı öyküsü yoktu. Soygeçmişinde babasına 3 yıl önce hipertansiyona sekonder SDBY nedeniyle annesinden böbrek nakli yapıldığı öğrenildi. FM'de; KB yüksekliği (160/100 mmHg), 1+ pretibial ödem ve konjonktivalarda solukluk dışında özellik yoktu. Üriner USG' de bilateral böbrek boyutları normal ve parankim ekojenitesinde grade I artış saptandı. Hastanın immun parametrelerinin sonuçlanması beklenirken KB regülasyonu sağlanan hastaya renal biyopsi (Figür 1) yapıldı. Hospitalizasyonun başında PA AC grafisi normal olan ve hemoptizi yakınması olmayan hastanın izleminde minimal efor dispnesi ile birlikte hemoptizi yakınması gelişti. Toraks-BT incelemesinde alveolar hemoraji bulguları saptandı. Serum kreatinin düzeyi 2,07 mg/dl'ye kadar çıkan hastanın, 24 saatlik idrar incelemesinde 3,5 ve 5,9 gram /gün proteinüri saptanırken, ANA, ANCA testleri negatif, serum kompleman düzeyleri ve IgA düzeyi normal, serum anti-GBM antikor titresi artmış [77,3 U/ml (referans aralık 0-20 U/ml)] saptandı. Tüm bu belirti ve bulgularla birlikte hastaya, MN ve anti-GBM hastalığı (Goodpasture hastalığı) tanısı koyularak plazmaferez ve immünsüpresif tedavi (metil prednizolon + siklofosfamid) başlandı. Seri ölçülen anti-GBM antikor titrelerinde düşme saptandı ve 7 seans plazmaferez sonrası anti-GBM antikor titresi 9,5 U/mL saptanınca işleme son verildi. Klinik olarak stabilleşen, alveolar hemorajisi gerileyen ve serum kreatinin düzeyi 1,46 mg/dl'ye kadar gerileyen hastanın steroid dozu kademeli olarak azaltıldı. Hastanın siklofosfamid tedavisi 4 aya tamamlandı. 24 saatlik idrar incelemesinde proteinürisi 2,7 gr/gün'e kadar gerilemesi üzerine siklofosfamid kesildikten sonra düşük doz metil prednizolon tedavisine siklosporin eklendi. Hastanın izlemi boyunca seyrek aralıklarla bakılan serum anti-GBM antikor titresinde yükselme saptanmadı. Siklosporin tedavisinin 3.ayından itibaren spot idrar protein/kreatinin oranı 1'in altına gerileyen hastanın immunsupressif tedavisi azaltılarak kesildi. Tedavisi kesilirken Hb düzeyi 13,9 gr/dl, serum kreatinin düzeyi 1,1 mg/dl, serum albumin düzeyi 4,2 g/dl ve spot idrar protein/kreatinin 0,15 idi. Hasta hala remisyonunda ve antihipertansif ihtiyacı olmaksızın KB regüle bir şekilde periyodik kontrollerle izlenmektedir.

Sonuç: Makroskopik hematüri, KB yüksekliği ve ödem gibi belirtilerle birlikte proteinüri ve/veya hematüri gibi idrar bulgularının ve yine renal parankimal hasar göstergesi olabilecek serum kreatinin yüksekliğinin ve GFH kaybının değerlendirilmesi tanı ve tedavinin yönetimi açısından önemlidir. Ayrıca bu yaklaşım olgumuzda olduğu gibi fatal veya SDBY ile sonlanabilecek hastalıklara erken tanı koyulabilmesini de sağlayabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Antiglomerüler bazal membran hastalığı, hematüri, hipertansiyon, membranöz nefropati, renal biyopsi

Figürler :



PS/GN-056

EROİN İLİŞKİLİ GRANÜLOMATÖZ POLİANJİTİS, VAKA SUNUMUYasemin Aydıralp¹, Gizem Varkal¹, Engin Onan², Saim Paydaş², Neslihan Seyrek², İbrahim Karayaylalı²¹Çukurova Üniversitesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adana²Çukurova Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı, Adana

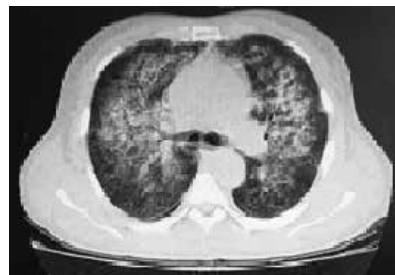
Giriş: Eroin aşırı dozlarda kullanıldığında koma, kas hasarı ve rabdomiyolize bağlı böbrek hasarı yapabilir. Ayrıca hipotansiyon, hipoksi, dehidratasyon ve asidoz yoluyla böbrek lezyonları artabilir. İlaç bağımlılarında hepatit birlikteliği sık görüldüğü gibi ayrıca pek çok bakteri, virüs ve fungus kontaminasyonu da kronik infeksiyon yoluyla glomerulonefrite katkıda bulunabilir. Eroin ilişkili nefropatide renal biopsi verileri genellikle fokal segmental glomerüloskleroz ile uyumlu olarak bildirilmektedir. Burada, eroin kullanım öyküsü olan hastada ANCA ilişkili vaskülit gelişmesini sunuyoruz.

Vaka: 54 yaşında erkek hasta, eroin kullanımı, perikardiyal effüzyon ve artralji öyküsü bulunan, daha öncesinden bilinen bir böbrek hastalığı olmayan hasta uykuya meyil, bulantı-kusma ile acil servise başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde BUN:89 mg/dL, kreatinin: 5,24 mg/dL, 3 gr/gün proteinüri saptandı. Batın ultrasonografisinde her iki böbrek yaklaşık 135 mm. uzunluğunda ve 16 mm parankim kalınlığında olup parankim ekojeniteleri artmış, bilateral toplayıcı sistemleri normal genişlikte saptandı. Viral markerları negatifti. Takiplerinde oligüri olan üre ve kreatininde progresif artışı olan hasta hemodiyalize alındı. Başvurusunda akciğer grafisi normal sınırlarda olan hastanın takiplerinde hemoptizisi gelişti. Toraks tomografisinde bilateral akciğerde kelebek görünümünde alveolar patent ile uygun dansite artışı izlendi. Hastada masif alveolar hemoraji gelişti. Hasta yoğun bakım şartlarında entübe edilerek takip edildi. c-ANCA pozitifliği saptanan Hastaya siklofosfamid ve pulse steroid tedavisi 3 gün uygulandı. Hasta 6 seans plazmaferez programına alındı. Hemoptizisi kaybolan, kliniği stabilleşen hasta ekstübe edildi. Takiplerinde hastanın üre ve kreatinini geriledi. Hastaya renal biyopsi yapıldı. 'Pauci-İmmün hızlı ilerleyen glomerulonefrit ile uyumlu bulundu.

Tartışma: Madde kullanımı glomerüler, tübüler, interstisyel ve vasküler mesafede patolojiye yol açabilir. Açıklanamayan böbrek yetmezlikli hastalarda madde kullanımı olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Eroin kullanımı olanlarda renal biyopsi örneklerinde genellikle fokal segmental glomerüloskleroz saptanmasına karşın bizim olgumuzda 'Pauci-İmmün' hızlı ilerleyen glomerulonefrit saptanmıştır. Eroin kullananlarda ANCA ilişkili glomerulonefrit de düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: ANCA ilişkili glomerulonefrit, eroin, granülatöz polianjitis

Figürler :



PS/GN-057

PRİMER VE SEKONDER FOKAL SEGMENTAL GLOMERÜLOSKLEROZDA SAĞKALIM ANALİZİ

Fatih Gökhan Akbay¹, Nazmiye Özlem Harmankaya², Mürvet Yılmaz¹, Fatma Sibel Koçak Yücel¹, Ayşegül Kudu¹, Arzu Kayalar¹, Nurbanu Saydam², Günden Değer¹, Süheyla Apaydın¹

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji

²Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları

Giriş: Fokal segmental glomerüloskleroz nefron kitlesinin azalmasına adaptif cevap, obezite, direkt ilaç toksisitesi, viral enfeksiyonlar gibi sekonder nedenlere veya primer podozitozlarla bağlı olarak gelişen nefron hasarının ortak histopatolojik bulgusudur. Bu çalışmada primer ve sekonder FSGS'lerin prezentasyon şekilleri ve renal sağkalımı incelendi.

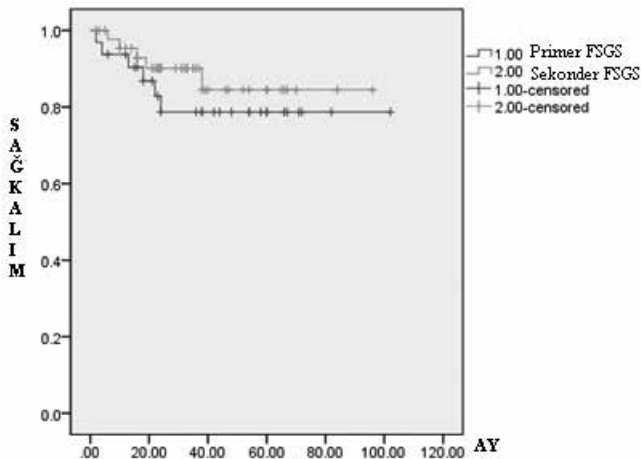
Yöntemler: Çalışmaya nefroloji polikliniğinden takipli ve biyopsi ile dokümente FSGS tanısı konmuş 85 hasta alındı. Hastaların demografik verileri, ek hastalıkları, klinik bulguları, biyopsi bulguları, laboratuvar değerleri kaydedildi. Primer ve sekonder FSGS ayrımı hastaların klinik, laboratuvar ve histopatolojik bulgularına göre yapıldı. Primer sonlamın noktası renal replasman tedavisine başlanması olarak kabul edildi. Veriler SPSS statistics 20 for mac programına kaydedilerek, Ki kare, t test ve kaplan-meier, log rank anaylsis analizi yapıldı.

Bulgular: Primer ve sekonder FSGS tanılı hastalar arasında cinsiyet, yaş, tanı anındaki kreatinin, ürik asit, trigliserid, HbA1c, ALT değerleri, hematüri öyküsü, 1. Yıl kreatinin ve proteinüri değeri açısından anlamlı fark saptanmadı. Tanı anında ödem, hiperlipidemi, proteinüri miktarı, hipoalbuminemi anlamlı olarak primer FSGS'de daha fazla olduğu görüldü. Tanı anında hipertansiyon sekonder FSGS'de anlamlı olarak daha fazlaydı (tablo 1). Hastalar arasında segmental skleroz, global skleroz oranı, tubuler atrofi, interstisyel fibrozis ve damar duvarı değişiklikleri açısından fark saptanmadı. Hastaların 1,3,5 yıllık renal sağkalımları sırasıyla primer FSGS'de %95.8 , %83.4 , %83.4 sekonder FSGS'de %91.9, %87.7 , %84.5 olarak hesaplandı (şekil 1).

Sonuç: Primer FSGS tanılı hastalar daha çok nefrotik sendrom bulguları ile tanı alırken, sekonder FSGS'de nefrotik veya nefritik sendrom bulguları ile başvurduğu görüldü. Tanı anında hipertansiyon sekonder FSGS'de daha sık olmasına rağmen diğer metabolik sendrom kriterlerinden hipertrigliseridemi, glukoz ve HbA1c değerleri açısından anlamlı bir fark saptanmadı. İmmünesupresif tedavi verilen primer fsgs hastaları ile konservatif tedavi verilen sekonder FSGS'li hastalarda uzun dönemde renal sağkalımların benzer olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Fokal segmental glomerüloskleroz, FSGS, sağkalım, metabolik sendrom

Figürler :



Tablo. Primer ve sekonder FSGS'de klinik ve laboratuvar bulgular

	Primer FSGS	Sekonder FSGS	p
Cinsiyet	E(%38) K(%44)	E(%62) K(%56)	0,6
Yaş	40±14	44±13	0,2
Hipertansiyon	%32	%68	0,01
Hiperlipidemi (ldl)	173±63	136±42	0,001
Hipertrigliseridemi	165	212±145	0,5
Ödem	%62	%38	0,005
Hematüri	%31	%69	0,1
Proteinüri	6086±3665	3498±3539	0,002
Albumin	3±1	3,7±0,5	0,0001
Nefrotik sendrom	%57,1	%42,9	0,001
HbA1c	5,4±0,3	5,7±1,1	0,2
Ürik asit	6,1±1,6	6,3±1,7	0,6
1. yıl kreatinin	1,9±1,7	1,9±1,7	0,6
1. yıl proteinüri	2153±1954	1745±1304	0,2

PS/GN-058

RENAL ENFARKTIN NADİR BİR NEDENİ OLARAK FİBROMÜSKÜLER DİSPLAZİ

Atacan Akmeşe¹, Harun Akar¹, Sibel Ersan², Hilal Şahin³

¹Izmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Izmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

³Izmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı

Giriş: Renal enfarktüs; böbrek dokularında geri dönüşümsüz hasara neden olan arteriyel vasküler olaydır. Tüm acil servis başvurularının yaklaşık %0.7' sini oluşturmaktadır. Sunumda renal enfarktın nadir bir nedeni olarak fibromusküler displazi saptanan bir hasta sunulmaktadır.

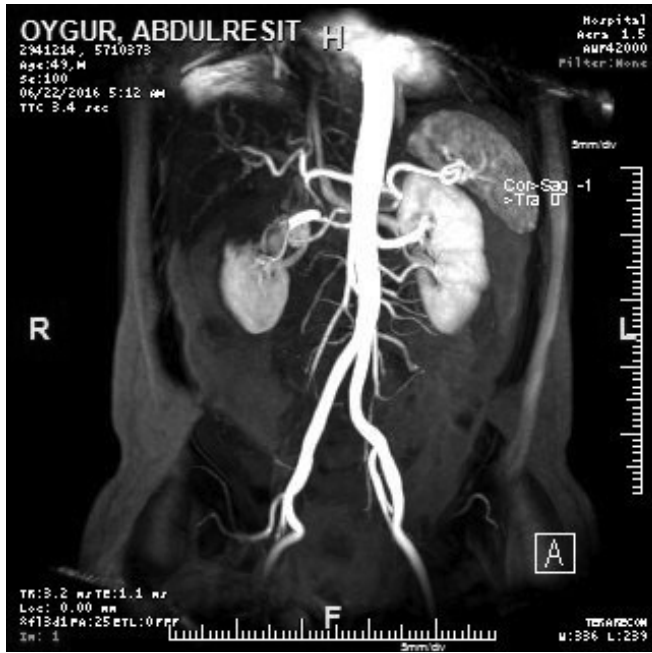
Vaka Sunumu: 49 yaşında erkek hasta, ani başlayan sağ yan ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın öyküsünde; bilinen kronik hastalık, ilaç kullanımı, travma ve kardiyak hastalık öyküsü olmadığı saptandı. Çekilen abdomen bilgisayarlı tomografisinde(BT) sağ böbrek üst ve orta pol'de renal enfarkt saptanması nedeniyle kliniğimize yatırıldı. Öz geçmişi sigara kullanımı mevcut iken soy geçmişi özellik yoktu. Yatışında Tansiyon:146/98 mm hg, Nabız:55 atım/dk, Vücut ısı:36 °C ölçülen hastanın yapılan fizik bakıda sağ yan ağrısı dışında anlamlı patolojik bulgu saptanmadı. Hastaya kontrollü intravenöz izotonik infüzyonu, analjezik ve antikoagülan(DMAH-enoksaparin) tedavi başlandı. Elektrokardiyogramında normal sinüs ritmi, T negatifliği olmayan hastanın yapılan tetkiklerinde; tam kan sayımında lökositoz(WBC:12000 beyaz küre/mm³) dışında olağan, böbrek fonksiyon testleri normal sınırlarda(serum üre azotu:20 mg/dL, serum kreatinin:0.9 mg/dL), serum ALT:69 U/L ve serum LDH:468 U/L, C-reaktif protein:3.23 mg/dL yüksek, serum prokalsitonin normal olarak saptandı. Çekilen renal doppler ultrason olağan sınırlarda olmasına rağmen renal manyetik rezonans(MR) anjiyografide; sağ böbrek üst-orta kesimde geniş segmental enfarkt alanı ile uyumlu perfüze olmayan alan, bilateral renal arter varyasyonları, sağ renal arterde daralma ve genişlemeler(boncuk dizisi) şeklinde kontür düzensizlikleri (Şekil A) raporlandı. Sağ renal arter'e girişim ile tedavi açısından girişimsel radyoloji görüşü alınan hastaya balon anjiyoplasti yapılması uygun görülmüdü. Kardiyak kökenli tromboemboli dışlanması nedeniyle servikal MR anjiyografi ve elektrokardiografi yapıldı. Görüntülemelerde patolojik bulgu saptanmayan, hastadan vaskülitik hastalıklar ve hiperkoagülabilité durumlarının dışlanması için istenen kan tetkiklerinde; serum anti siklik sitrülünlenmiş peptid (anti CCP), anti çift sarmal DNA (anti dsDNA), sitoplazmik ve perinükleer -antinöfrotik sitoplazmik antikor (c-ANCA, p-ANCA), anti nükleer antikor (ANA), protein C (%86), protein S (%83.5) ve anti-trombin 3 (%80) aktivitesi

ile kanda homosistein (9.35 mmol/L) normal saptandı. Kalıtsal trombofili için faktör V leiden mutasyonu (G1691A) ve protrombin (Faktör 2) gen mutasyonu (G20210A) bakıldı ve normal saptandı. Hastanın takibinde oral warfarin tedavisine geçildi. Tansiyon takibinde TA:160/100 mm hg olması nedeniyle tedavisine amlodipin 10 mg/gün eklendi. Yatışı süresince böbrek fonksiyon testlerinde bozulma olmayan, sağ yan ağrısı gerileyen, oral antikoagulan tedavisi düzenlenen hasta poliklinik takibine alınarak taburcu edildi.

Tartışma: Renal enfarkt; genellikle akut başlangıçlı yan ağrısı veya abdominal ağrı ve daha nadir olarak bulantı, kusma, ateş gibi semptomlar ile karşımıza çıkmaktadır. Renin salınımdaki artışa bağlı olarak kan basıncında da yükseltilik olabilir. Etyoloji de birçok farklı neden olmakla birlikte özellikle 3 ana neden görülmektedir. Bunlar tromboemboli; ana renal arter veya segmental arterin tamamen tıkanmasına neden olabilen özellikle kalp veya aortadan origin alan bir trombus, diğer nedenler ise renal arter hasarı ve hiperkoagülabilité durumlarıdır. Tüm bu ana nedenler dışlandıktan sonra MR anjiyografideki bulgular ışığında hastada FMD düşünülmüştür. FMD, invaziv ve noninvaziv testler ile tanı konulmaktadır. İnvaziv test olarak katetere dayalı anjiyografi altın standarttır. Noninvaziv testler olan doppler ultrason, MR anjiyografi, BT anjiyografi ile de FMD tanısı konulmaktadır. Tedavide literatüre yerleşmiş bir kılavuz olmamakla birlikte antikoagulan tedavi ve/veya intravenöz veya intra-arteriyel trombolitik tedavi uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Renal enfarkt , boncuk dizisi , fibromusküler displazi

Figürler:



Şekil. Sağ renal arterde daralma ve genişlemeler (boncuk dizisi) şeklinde kontür düzensizlikleri

PS/GN-059

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ (AAA) TANISI İLE TAKİPLİ HASTADA TEKRARLAYAN HEMATÜRİ VE PROTEİNÜRİ SEBEBİ: İGA NEFROPATİSİ

Abdussamet Çelebi¹, Lokman Hekim Çevik¹, Başak Can¹, Figen Kahyaoğlu¹, Kübra Altunkalem Seydi¹, Mehmet Küçük²

¹Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

²Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Giriş: Ailevi Akdeniz Ateşi; tekrarlayan ateş, serozal ve sinovial tutulumla karakterize otoinflamatuvar karakterde otozomal resesif kalıtılan bir hastalıktır. AAA ile en sık birlikte görülen böbrek tutulumu sekonder amiloidoz olmasına rağmen literatürde daha nadir olarak artmış inflamatuvar yanıtla sekonder gelişen immünolojik glomerüler hasarın sebep olduğu İga nefropatisi, İgm nefropatisi, rapidly progresif glomerulonefrit ve segmental glomeruloskleroz vakaları da bildirilmiştir. Bu olguda 5 yıldır AAA sebebiyle izlenen hastada hematüri ve proteinüri gelişmesi sonrası İGA nefropatisi saptanan bir hasta sunulmaktadır.

Olgu: 49 yaşında kadın hasta koyu kırmızı renkte idrar yapma şikayeti ile başvurdu. Hastaya 4 yıl önce ataklar halinde seyreden karın ağrıları, ateş yüksekliği, eklem ağrıları sebebiyle AAA tanısı konuldu ve 1.5 mg/gün kolşisin tedavisi başlandı. Hastanın MEFV geninin ekson 2 bölgesinde homozigot gen mutasyonu mevcuttu. Fizik muayenede kan basıncı 140/90 mmhg, NDS:80/dk ritmik, pretibial ödem yoktu, sistem muayenelerinde özellik yoktu. Laboratuvar sonuçlarında üre:30mg/dL, kreatin:0.77 mg/dL, ürik asit:5.1mg/dL, tam idrar tetkikinde pH:6, dansite:1.014, protein+++ , 24 saatlik idrarda 453mg/gün protein, idrar mikroskopisinde dismorfik eritrositler saptandı. Hemogram normal, sedimentasyon, AST, ALT, LDH normal sınırlarda idi. ANA, antidsDNA, antifosfolipid antikorları negatifti. C3, c4 normal sınırlarda idi. İga:580 mg/dL artmışken, İgG, İgm seviyeleri normaldi. Üriner sistem ultrasonografisinde böbrek boyutları normal parankim kalınlıkları normal, renal parankim ekojenitesi artmış saptandı. Direkt üriner sistem grafisinde, sistoskopisinde hematüriyi açıklayacak bulgu saptanmadı. Rektal biyopsi yapılan hastanın rektal biyopsisinde amiloid negatif saptandı. Hastanın glomerüler hematürisi sebebiyle renal biyopsi yapıldı. Biyopside kesitlerde 39 glomerül görüldü. 8 glomerül global, 2 glomerül segmental sklerotik izlendi. Mezangial alanda matriks ve hücre artışı görüldü. Tubulus bazal membralarında yer yer kalınlaşa kıvrımlanma, interstisyel alanda dağınık mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu ve fokal hafif fibrozis izlendi. Kongo ve kristal viyole negatifti. İmmunofloresan mikroskopide mezangial alanlarda İga ve C3 3+ olarak saptandı. Bu bulgular mezangio proliferatif glomerulonefrit, İga nefropatisi olarak yorumlandı. Hastaya kolşisin tedavisine ilave evre 1 hipertansiyon saptanması sebebiyle ACE inhibitörü başlandı. Hastada 6 ay içinde tekrar AAA atağı olmadı, hematürisi azaldı, proteinürisi geriledi. Üre ve kreatin değerlerinde artış olmadı.

Sonuç: AAA tekrarlayan karın, göğüs ya da eklem ağrısı atakları ile karakterize, otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. AAA'da en önemli böbrek tutulumu, öncelikle böbrekleri etkileyen, proteinüri ve renal yetmezlik ile sonuçlanan amiloidozdur. Amiloidoza bağlı renal tutulum, diyaliz ve renal transplant ile tedavi edilebilirken, günlük kolşisin kullanımı ile engellenebilir bir durumdur. Fakat böbrek tutulumunun tek sebebi amiloidoz değildir. İga nefropatisi, İgm nefropatisi, rapidly progresif glomerulonefrit ve segmental glomeruloskleroz şeklinde olabilen amiloid dışı glomerulopatilerde görülebilir. Hastalarda proteinüri olsa da olmasa da; mikroskopik veya makroskopik hematüri geliyorsa böbrek biyopsisi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi akdeniz ateşi, böbrek tutulumu, iga nefriti, amiloidoz

PS/GN-060

KRONİK BÖBREK HASTALIĞINA EŞLİK EDEN EN SIK CİLT LEZYONLARI

¹Simal Köksal Cevher¹, Ezgi Coşkun Yenigün¹, Hicran Yetkin², Cenk Aypak³, Fatih Dede¹¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği²Balikesir Atatürk Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği³Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği

Giriş: Kronik böbrek hastalığında (KBH) dermatolojik hastalıklar çok yaygın görülmektedir. KBH ile ilişkili cilt lezyonlarının çoğu son dönem böbrek yetmezliğinde ortaya çıkar ve hastanın yaşam kalitesini etkileyebilir. Bazı hastalarda ise cilt değişiklikleri KBH'nın ilk önemli bulgusu olabilir. Erken tanı ve tedavi, morbidite ve mortaliteyi azaltmak adına önemlidir. Çalışmanın amacı, medikal tedavi altındaki KBH hastalarında yaygın görülen cilt hastalıklarının prevalansını ve paternini belirlemek ve KBH evreleri ile olan ilişkisini tespit etmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza Mayıs 2013-Haziran 2014 yılları arasında, Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi Nefroloji Polikliniği'nde takipli, diyalize girmeyen, medikal tedavi altındaki 18 yaş üzeri KBH hastaları dahil edildi. Tüm hastalara dermatoloji uzmanı tarafından dikkatli cilt, saç, tırnak ve oral mukozayı içeren dermatolojik muayane yapıldı. Tüm hastalarda laboratuvar olarak tam kan sayımı, açlık kan şekeri, serum üre, kreatinin, elektrolit, kalsiyum, fosfor, total protein, albümin, ürik asit düzeyleri çalışıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen toplam 155 hastanın 70'i (%45.2) kadın olup, ortalama yaş 66.63 ± 12.2 olarak hesaplandı. Çalışmaya alınan en genç hasta 23 yaşında ve en yaşlı hasta 89 yaşında idi. Çalışmaya alınan hastaların hepsi konservatif tedavi altında olup 1 hasta (%0.6) KBH evre 1; 6 hasta (%3.9) evre 2; 70 hasta (%45.2) evre 3; 63 hasta (%40.6) evre 4 ve 15 hasta (%9.7) evre 5'e dahil edildi. KBH etiyolojilerine bakıldığında hastaların %31.6'sının diyabetik nefropati, %22.6'sının hipertansif nefropati olduğu; %22.6'sının etiyolojisinin bilinmediği, %4.5'nin ise polikistik böbrek hastalığına sahip olduğu gözlemlendi. Toplam 150 (%96.7) hastada en az bir cilt probleminin olduğu gözlemlenirken, 5 hastada herhangi bir cilt bulgusuna rastlanmadı. En sık görülen cilt bulgusu kserozis olup hastaların %63.9'unda (91 hasta) gözlemlendi. KBH evrelerine göre bakıldığında, kserozis %65.1 oranı ile en sık KBH evre 4'e dahil olan hastalarda izlendi (63 hastanın 41'inde). Toplam Kserozis görülen 91 hastanın %45'nin yine KBH evre 4'te olduğu gözlemlendi. Ancak kserozis derecesi ile KBH evresi arasında anlamlı bir korelasyon bulunamadı (r=0.117; p=0.25). Diğer sık görülen cilt bulguları ise sıklık sırasına göre: ayak tırnaklarında subungual hiperkeratoz %49 (76 hasta), diffüz alopesi %25 (38 hasta), vücut kıllarında azalma %23.2 (36 hasta) olup; lezyonların sıklığı ve KBH evrelerine göre dağılımı tablo 1'de verilmiştir. Kaşıntı, hastaların %14.8'inde gözlemlenmiş olup; kaşıntısı olan 23 hastanın 19'una (%82.6) ise kserozisin eşlik ettiği saptandı. Kaşıntısı olan ve olmayan hastaların laboratuvar değerleri arasında ise anlamlı bir fark izlenmedi. Tırnak bulguları arasında en sık görülen bozukluk 76 hastada (%49) ayak tırnaklarında subungual hiperkeratoz olup bunu, 31 hastada görülen (%20) el tırnaklarında longitudinal çizgilenme ve 16 hastada (%10.3) görülen ayak tırnaklarında onikomikoz takip etti. Diğer tırnak lezyonları ise 15 hastada (%9.6) el tırnaklarında subungual hiperkeratoz, 4 hastada (%2.58) ise lökonishi şeklinde görüldü. Oral mukoza değişiklikleri ise, 35 hastada (%22.7) oral mukokütanöz kandidiyazis, 34 hastada (%22.1) dilde kandida plakları şeklinde gözlemlendi. Çalışmaya katılan hastaların hiç birinde malign görünümülü cilt bulgusuna rastlanmadı.

Tartışma: Cilt hastalıkları KBH'ya sıklıkla eşlik etmektedir. Çoğu benign seyirli olup bazıları hastanın yaşam kalitesini bozabilir. Literatürde prevalans oranı %79-%100 arasında değişmekte olup; bizim çalışmamızda ise %96.7 gibi yüksek bir oranda saptandı. Kserozis en sık rastlanan cilt lezyonu olup hastaların %63.9'unda görüldü. Kserozis, kaşıntı, hiperpigmentasyon, kıllarda dökülme gibi cilt bulguları, tırnak ve oral mukoza lezyonları KBH evre 1'den itibaren görülmeye başlanmakta olup klinisyeni altta yatan renal hastalık yönünden uyarmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek hastalığı, cilt, tırnak, saç, kserozis, kaşıntı

Tablo 1. Cilt lezyonlarının KBH evrelerine göre dağılımı

CİLT LEZYONLARI	Evre 1 N=1	Evre 2 N=6	Evre 3 N=70	Evre 4 N=63	Evre 5 N=15	Toplam N=155 (%)
Kserozis	0	4	38	41	8	91 (%63.9)
Ayak tırnaklarında subungual hiperkeratoz	1	5	33	31	6	76 (%49)
Saçta diffüz alopesi	0	1	15	16	6	38 (%25)
Vücut kıllarında azalma	0	2	17	15	2	36 (%23.2)
Oral mukozada kandidiyazis	0	0	15	15	5	35 (%22.7)
Dilde kandidiyazis	0	3	18	11	2	34 (%22.1)
El tırnaklarında longitudinal çizgilenme	0	1	14	15	1	31 (%20)
Hiperpigmentasyon	0	1	11	14	2	28 (%18.1)
Kaşıntı	0	1	7	13	2	23 (%14.8)
Ayak tırnaklarında onikomikoz	0	0	7	6	3	16 (%10.3)
El tırnaklarında subungual hiperkeratoz	0	0	10	3	2	15 (%9.6)
Yüzde solukluk	0	0	4	10	0	14 (%9.1)
Lökonishi	0	0	1	3	0	4 (%2.58)
Malign cilt bulgusu	0	0	0	0	0	0 (%0)

PS/GN-061

BÖBREK YETMEZLİĞİNİN NADİR BİR NEDENİ: SUPRARENAL AORT OKLUZYONU

Bülent Kaya¹, İbrahim Yıldız², Pınar Özmen Yıldız³¹Osmaniye Devlet Hastanesi Nefroloji Kliniği²Osmaniye Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniği³Kadirli Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

59 yaşında erkek hasta 4-5 gündür devam eden, günde 2 kez olan sulu vasıfta ishal, bulantı, kusma, iştahsızlık yakınmaları nedeniyle acil servise başvurmuş. Acil serviste böbrek yetmezliği ve dirençli hipertansiyon tespit edilen hasta nefroloji kliniğine yatırıldı. Hastanın fizik muayenesinde kan basıncı sağ kol 170/100 mmHg sol kol 160/100 mmHg idi, her iki alt ekstremitede popliteal ve dorsalis pedis nabızları zayıf alınıyordu. Diğer sistem muayenesi doğalt idi. Hastanın öyküsünde 5 yıldır Hipertansiyon nedeniyle İrbesartan+ hidrokortiazid kullanmaktaydı. Laboratuvar testlerinde WBC 9.9x10³ u/L, hgb 10.6 g/dl, hct 30.6%, MCV 90 fl, ferritin 186 ng/ml, platelet 342 x10³ u/L, kreatinin 10.9 mg/dl, INR 1.1, PT 15.4 s, aPTT 28 s, glukoz 99 mg/dl, Na 139 mmol/L, K 6 mmol/L, Ca 8.4 mg/dl, P 6 mg/dl, CK 13.2 mg/dl, AST 6 u/L, albumin 3.4 g/dl ve TSH 2 mIU/ml. Hipertansiyon için sırasıyla amlodipin 1x10 mg + doksazosin 2x8 mg + karvedilol 1x12.5 mg kombinasyonu verilerek kan basıncı kontrol altına alındı. Abdominal USG' de sağ böbrek boyutları doğal, sol böbrek atrofik saptandı. Renal dopler USG' de sol renal arter izlenmedi, sağ renal arter lojunda plak ve bu bölgede saçılma artefaktı izlendi. Alt ekstremitte nabızları da zayıf alınan hastaya aort ve renal arterleri değerlendirmek amacıyla abdominal MR anjiyo çekildi. Abdominal MR anjiyoda abdominal aortun renal arter üst kısmından itibaren total oklude olduğu ve aort alt kısmıyla kolleteraller vasıtasıyla birleştiği tespit edildi (Figür). Böbrek fonksiyon testleri giderek bozulan, oligo-anürik seyreden ve üremik semptomları olan hasta aralıklı olarak klinik durum değerlendirilerek hemodiyalize alındı. Hastada renal infarkt tanısından LDH (151 mg/dl), AST (6 İU), CK (13.2 mg/dl) değerlerinin normal olması

nedeniyle uzaklaştıldı. Abdominal arter etrafındaki kollaterallerin bulunması obstrüksiyonun uzun süredir var olduğunu düşündürdü. Hiperkoagulabilite ve tromboza neden olabilecek faktörlerden; PTZ, APTT, faktor 5 leiden, antikardiolipin antikorlar, protein C, protein S, anti trombin 3 normal olarak saptandı. Hastaya kardiyovasküler cerrahi tarafından aorta greft operasyonu yapıldı postoperatif dönemde çeşitli komplikasyonlar nedeniyle hasta exitus oldu. Aorto-iliak oklüziv hastalık (AİOH) alt ekstremiteelerde kladikasyon, istirahat ağrısı, doku kaybı ve nihayetinde amputasyon ile sonuçlanan, sinsi ilerleyen progresif bir aterosklerotik süreçtir. AİOH da stenoz; kısa veya uzun bir segmentte, kalsifiye, ülser, konsantrik, egzantrik, tek veya multiple, unilateral veya bilateral olabilir. Stenoz aortayı, iliak arterleri veya her 2 sini aynı anda tutabilir. Lezyonlar kısa bir segment stenozundan, multiple segment stenozlarına ve komplet aortik total okluziyona kadar değişebilir. Aterosklerozis aort ve iliak arterlerdeki okluziv plaklardan sorumlu en sık nedendir. Genellikle hastalık kendini kladikasyon, istirahat ağrısı ve doku kaybı gibi semptomlarla gösterir. Vakamızda başvuru yakınması bu 3 semptomdan farklı olarak bulantı, kusma, iştahsızlık gibi nonspesifik semptomlardı. Hastanın öyküsü derinleştirildiğinde hastada kladikasyon olduğu anlaşıldı ancak kendisini çok rahatsız etmediği için herhangi bir hekime veya hastaneye başvurmamıştı. Vakamızda aort üst kısmından itibaren bir okluzyon tespit edildi. Muhtemelen sol böbreğin atrofik olması ve abdominal aort etrafında kolletarallerin bulunması hastada kronik abdominal aort stenozunu ve renal arterlerin de bu uzun süreçte etkilendiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek yetmezliği, aort okluzyonu, ateroskleroz

Figürler :



PS/GN-062

RADYOTERAPİ SONRASI TÜMÖR LİZİS SENDROMU GELİŞEN SOLİD KİTLESİ OLAN BİR OLGU

Kemal Mağden¹, Arzu Altinel Erkal²

¹Kocaeli Devlet Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Kocaeli

²Kocaeli Devlet Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği, Kocaeli

Giriş: Özellikle hızlı proliferasyon gösteren lenfoma ve lösemi türü hastalıkların ve büyük tümör kitlesine sahip olan hastaların tedavisi sırasında görülen tümör

lizis sendromu (TLS) akut böbrek yetmezliği, hiperpotasemi ve multi organ yetmezliği gibi nedenlerle yüksek morbidite ve mortaliteye sahiptir. Solid kitelerin tedavisinde ise nadiren görülür.

Anahtar kelimeler: Serviks karsinomu, Radyoterapi, Tümör lizis sendromu.

Olgu: H.Ç. 79 yaşında bayan hasta; serviks karsinomu tanısı almış (Figür 1-2) ve radyoterapi başlanmış olan hasta tedavinin 5. gününde acile nefes darlığı, genel durum bozukluğu ve idrara çıkamama şikayetleri ile başvurdu. Yapılan batın tomografisinde renal patoloji saptanmadı (Figür 3). Hastaya hiperpotasemi nedeniyle acil hemodiyaliz tedavisi başlandı. Radyoterapiye devam edilen hastada tedavinin 16. gününde yeniden idrar çıkışları durdu. Abdomen USG de sağ böbrek toplayıcı sistemi ileri derecede ektazik bulundu. Postrenal Akut böbrek yetmezliği nedeniyle bu kez nefrostomi uygulandı.

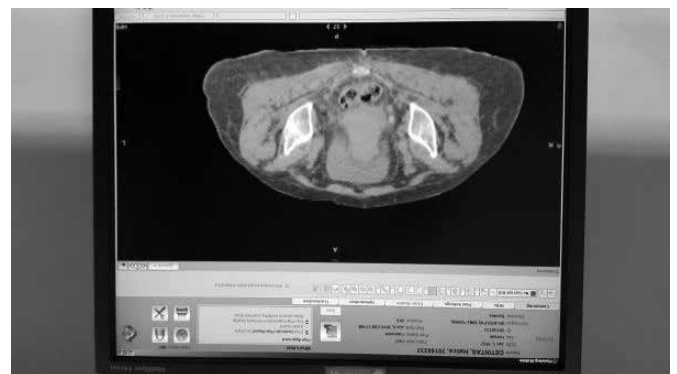
Fizik Bakı: Genel durumu orta. TA:135/95 mmHg N:90/dk/ritmik, pretibial ödemi+/- . Diğer sistem muayeneleri normal.

Laboratuvar: Hemoglobin:10,9g/dl, hematokrit:%31,7 lökosit:7600uL, trombosit:243000uL, CRP:7,27mg/dl, albumin:2,91g/dl, glukoz:101mg/dl, BUN:94mg/dl, kreatinin:3,1mg/dl, ürikasit:10,2mg/dl, Na:135mmol/L, K:7,0mmol/L, klor:98mmol/L, Ca:8,18mg/dl, P:6,6mg/dl, AST:28 U/L, ALT:15 U/L, LDH:289 U/L, Kan gazında; pH:7,41%, pCO2:42,50mmHg, pO2:80mmHg, HCO3:25mmol/L. Patolojik tanısı; endoservikal ve endometrium küretaj karsinosarkom (malign mikst müllerian tümör).

Sonuç: Tümör lizis sendromu nadiren solid tümörlerin tedavisi sırasında da ortaya çıkabilir. Postrenal akut böbrek yetmezliği dışlandıktan sonra uygun tedavi hastanın surveyine olumlu etkiye bulunur. Hastanın takiplerinde üriner sisteme baskı sonucu postrenal akut böbrek yetmezliğinin de gelişmesi ise sürpriz olarak görülmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Serviks karsinomu, radyoterapi, tümör lizis sendromu

Figürler :





Tablo. Laboratuvar sonuçları

Hemoglobin	10,9 g/dl
Hematokrit	%31,7
Lökosit	7600 uL
Trombosit	243000 uL
Glukoz	101 mg/dl
BUN (Kan üre azotu)	94 mg/dl
Kreatinin	3,1 mg/dl
Ürikasit	10,2 mg/dl
Albumin	2,91 g/dl
Sodyum	135 mmol/L
Potasyum	7,0 mmol/L
Klor	98 mmol/L
Kalsiyum	8,18 mg/dl
Fosfor	6,6 mg/dl
AST	28 U/L
ALT	15 U/L
LDH	289 U/L
C-reaktif protein	7,27 mg/dl

Kan Gazı Sonuçları

pH	%7,41
pO2	80 mmHg
pCO2	42,50 mmHg
HCO3	25 mmol/L

PS/GN-063

SARKOİDOZA BAĞLI ŞİDDETLİ HİPERKALSEMİ VE AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ; OLGU SUNUMU

Damla Tüfekçi¹, Filiz Mercantepe¹, Sait Kitapçı¹, Özge Kitapçı¹, Burcu Öztürk¹, Ekrem Kara¹
¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Sarkoidoz etiyolojisi bilinmeyen, kronik, inflamatuvar, multisistemik, granulomatöz bir hastalıktır. En sık tutulan organ akciğerler (%90) olsa da ekstratorasik olarak cilt, göz, lenf nodları ve intraabdominal organlar da etkilenebilir. Sarkoidoz seyrinde renal infiltrasyon, hiperkalsemi, interstiyel nefrit, renal tubuler asidoz ve IgA nefriti birlikteliği gibi çeşitli nedenlerle akut ve kronik böbrek hastalıkları gelişebilir. Şiddetli hiperkalsemi, akut böbrek yetmezliği (ABY) ve multipl lenfadenopati - hepatosplenomegali ile prezente olan, inguinal lenf nodu biyopsisinde nonkazeifiye granulomlar saptayarak sarkoidoz tanısı koyduğumuz bir vakayı sunduk.

Olgu: Bilinen kronik bir hastalığı ve ilaç kullanımı hikayesi olmayan 29 yaşında erkek hasta, 1 aydır olan iştahsızlık, halsizlik, kilo kaybı (1 ayda 7 kg)

şikayetlerine son 1 haftadır kusmanın da eklenmesi üzerine kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede; genel durumu iyi - orta, TA: 100/60 mm Hg, deri - mukozalar kuru, solunum ve kalp sesleri doğal, karın rahat, hepatosplenomegali ve bilateral inguinal lenfadenopati tespit edildi. Laboratuvar incelemede hemogram normal, serum üre: 84 mg/dl, kreatin: 2,95 mg/dl, TTT: ph: 6, dansite: 1010, glukoz (-), protein (+1), lökosit: 36, eritrosit: 4, hyalen silendirler görüldü. Spot idrar protein/kreatin oranı: 387 mg/gr, serum kalsiyum: 15 mg/dl, fosfor: 3,8 mg/dl, intakt parathormon: 4,5 pg/ml, 25 oh vitamin d: 21,5 ng/ml, 24 saatlik idrar kalsiyum: 540,4 mg/gün, serum ACE enzim düzeyi: 144 u/l (N: 8-52), beta-2 mikroglobulin: 10,8 mg/l (N: 1,09-2,53), adenosin deaminaz: 27 u/l (N: 0-15), ANA: 0,5 (negatif), MPO-ANCA: 1,22 (negatif), PR3-ANCA: 1,68 (negatif), C3: 93,4 (N: 79-152); C4:19,2 (N: 16-38) saptandı. Üriner sistem USG'de böbrek boyutları ve parankim kalınlıkları normal saptandı, postrenal patoloji görülmüdü. Malignite, lenfoma ve sarkoidoz ön tanılarıyla çekilen PET-CT'de: Bilateral supraklavikular, aksiller, mediastende prevasküler, sağ üst-alt paratrakeal, sol üst-alt paratrakeal, subkarinal, paraaortik, aortikopulmoner pencere, bilateral akciğer hiler lenfatik istasyonları dolduran en büyüğünün çapı 2,5 cm ye ulaşan multiple, artmış FDG tutulumları gösteren lenfadenopatiler (SUV-max: 5.7), hepatosplenomegali (dalak SUV-max: 3.9, karaciğer SUV-max: 2.3), peripankreatik, gastrohepatik ve portal lenfatik istasyonlarda yerleşimli birbirleriyle sınırları net olarak ayırt edilemeyen multiple lenf nodları saptandı. Ayrıca bilateral inguinal lenfatik istasyonlarda ve her iki eksternal iliak lenfatik zincirlerde multiple, artmış FDG tutulumları gösteren lenf nodları izlendi (SUV-max: 5.2). Bilateral akciğer parankim alanlarda yaygın şekilde bazılarının minimal - hafif FDG tutulumu gösterdiği milimetrik - subsantimetrik dansite artış alanları izlendi (SUV-max: 2,1). Hastaya hiperkalsemi ve ABY nedeni ile intravenöz hidrasyon + furosemid tedavisi başlandı. Tedavi sonrası günler içinde serum kalsiyum değeri normal seviyelere indi ve böbrek fonksiyon testleri düzeldi. Sağ inguinal bölgeden eksizyonel lenf nodu biopsi sonucunun nonkazeifiye granulomatöz hastalık ile uyumlu bulunması üzerine sarkoidoz tanısı koyuldu. Hastaya 48 mg oral metilprednizolon + hidroksiklorokin tedavisi başlandı. Taburculuğundan 2 hafta sonraki kontrolünde serum kalsiyum değerleri ve böbrek fonksiyonları normal saptandı.

Sonuç: Şiddetli hiperkalsemi ve ABY saptanan hastalarda ayırıcı tanıda sarkoidoz akla gelmelidir. Sarkoidoz; multipl LAP, hepatosplenomegali, serum beta 2 mikroglobulin yüksekliği ve PET-CT'de yüksek FDG tutulumu yaparak lenfoma ile karışabilir. Kesin tanı eksizyonel biyopsi ile dokuda nonkazeifiye granulomatöz lezyonların görülmesi ile konulur. Mediastinal ve intraabdominal bölgeye kıyasla daha kolay erişim ve daha düşük komplikasyon riski ile çıkartılabilirliği nedeniyle inguinal ve aksiller lenf nodları için tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hiperkalsemi, akut böbrek yetmezliği, sarkoidoz, lenfadenopati, splenomegali

PS/GN-064

GERİATRİK HASTALARDA DELİRYUM ETİYOLOJİSİNDE METABOLİK SORUNLAR

Çiğdem Dinçkal¹, Pınar Tosun Taşar², Sevnaz Şahin², Merve Gülşah Ulusoy³, Nur Özge Akçam⁴, Ozan Fatih Sarıkaya¹, Aysin Noyan⁴, Fehmi Akççek², Soner Duman¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ad

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları, Geriatri Ad

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Ad

⁴Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ad

Amaç: Yaşlılıkta sık olarak karşımıza çıkan delirium geriatrik acillerden bir tanesidir ve yüksek morbidite ve mortalite ile seyreder. Geriatrik delirium vakalarında hızlandırıcı faktörlerin başında gelen sodyum metabolizması bozuklukları başta olmak üzere metabolik sorunların gerçekte ne kadar rolü olduğunu araştırmak için bu çalışmada Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) Bilim Dalınca değerlendirilmiş delirium tanısı alan ve almayan hastalar sosyo-demografik, klinik özellikler, mortalite ve metabolik değerleri ile karşılaştırılmıştır. Çalışmamızda özellikle sodyum metabolizmasındaki

bozukluklar başta olmak üzere metabolik sorunların deliryuma olan etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

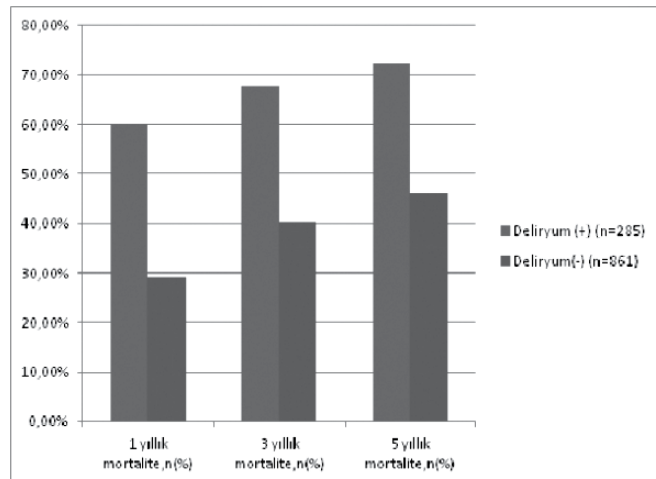
Yöntem: EÜTF, KLP Bilim Dalınca 2005-2013 tarihleri içerisinde Konsultasyon Liyezon Bilim Dalına yönlendirilmiş 65 yaş üzeri 1465 hastanın tanı ve tedavi kartları retrospektif olarak tarandı, deliryum tanısı alan ve almayan 65 yaş ve üzeri tüm hastalar çalışmaya dahil edildi. İlk aşamada DSM-IV (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision Criteria)'e göre deliryum tanısı konmuş olan hastaların demografik verileri, başvuru şekli (ayaktan başvuru, yatan hasta), kişinin yattığı klinik belirlendi. Deliryum tanısı alan 366 hasta ve deliryum ön tanısı ile değerlendirilip deliryum tanısı almayan 1069 hastanın metabolik olarak değerlendirilmesi için hemogram, lökosit, hematokrit, Na, K, Ca, albumin, sedimentasyon, CRP, üre, kreatinin, glukoz, B12, tiroid fonksiyon testleri değerleri IBM SPSS 20'ya kaydedildi. Sayısal değişkenlere ait tanımlayıcı sonuçlar için ortalama $\pm$ standart sapma, kategorik değişkenlerde sıklık ve yüzdelikleri verildi.

Bulgular: Toplam 1435 olmak üzere deliryum tanısı alan 366 ve deliryum tanısı almayan 1069 hastanın laboratuvar verilerine ulaşıldı. Deliryum sıklığı %25.5 saptanmıştır. Mortalite açısından karşılaştırıldığında, deliryumu olan grupta birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci yıllarda mortalitenin anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,0001$) (Grafik 1). Albumin, sodyum (Na), potasyum (K), kalsiyum (Ca), kreatinin (kre), açlık kan şekeri (AKŞ) ve C-reaktif protein (CRP) değerleri deliryum tanısı alan ve almayan hastalarda ortalama (tablo1) ve yüzdelik değerleri açısından karşılaştırıldı (Tablo2). Konsultasyon tarihinde hastalardan genellikle elektrolit ve böbrek fonksiyon testleri istenmesine rağmen genellikle B12 vitamin düzeyi ve tiroid fonksiyon testleri gibi etiyojide önemli olabilecek laboratuvar testlerinin genellikle rutin değerlendirilmediği görüldü. Deliryum tanısı alan 246 (ortalama Na:138,3) ve deliryum tanısı almayan 554 (ortalama Na:139,1) hastanın konsultasyon tarihinde bakılan Na değerlerine ulaşılabilirdi. Deliryumu olanların %14,8 inde, deliryumu olmayan grupta %26 hiponatremi sıklığı bulundu. Her iki grup karşılaştırıldığında $p < 0,05$ anlamlı olarak deliryumu olanlarda hiponatremi daha sık olduğu görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda deliryum tanısı olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında hipopotasemi, hipalbuminemi, hipokalsemi, böbrek işlevlerinde bozukluk, hiperglisemi, enfeksiyon varlığı, anemi gibi metabolik durumların deliryum için hızlandırıcı faktörler arasında olduğu görüldü. Deliryumu olan ve olmayan her iki grup karşılaştırıldığında ortalama sodyum değerleri benzer oluncu acaba hiponatremi beklendiği üzere deliryum için gerçekten hızlandırıcı faktör mü sorusunu akla getirmektedir. Ancak her iki grup ortalama sodyum değerleri açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark olmamasına rağmen deliryumu olanlarda hiponatremi sıklığının daha fazla olduğu aşikardır.

Anahtar Kelimeler: Deliryum, sodyum metabolizması bozuklukları, yaşlılık

Figürler :



Değerlendirmeye alınan laboratuvar(lab) incelemeleri	Deliryum Tanısı Alan(+)Hastaların Ortalama Lab Değerleri	Deliryum Tanısı Almayan(-) Hastaların Ortalama Lab Değerleri	P değeri
Albumin	3,28 $\pm$ 0,7	3,8 $\pm$ 0,6	<0,001
Sodyum(Na)	138,3 $\pm$ 7,2	139,1 $\pm$ 5,3	0,096
Potasyum(K)	4,22 $\pm$ 0,7	4,3 $\pm$ 0,6	<0,001
Kalsiyum(Ca)	8,56 $\pm$ 1,02	9,09 $\pm$ 0,79	<0,001
Kreatinin(kre)	1,68 $\pm$ 1,6	1,2 $\pm$ 1,1	<0,001
Açlık Kan Şekeri(AKŞ)	131,4 $\pm$ 85	119,3 $\pm$ 60	<0,05
C-Reaktif Protein(CRP)	9,49 $\pm$ 10	5,25 $\pm$ 8,1	<0,001

Değerlendirmeye alınan metabolik sorunlar	Deliryum (+) Yüzdelik Değerleri	Deliryum (-) Yüzdelik Değerleri	P değeri
Hipoalbuminemi	%60	%23	<0,001
Hiponatremi	%14,8	%26	<0,05
Hipernatremi	%11,3	%11,5	>0,05
Hipokalsemi	%51	%21	<0,05
Kre yüksekliği	%47	%27	<0,001
Hiperglisemi	%53	%40	<0,05
CRP yüksekliği	%68	%39	<0,001

PS/GN-065

KOLŞİSİNE BAĞLI RABDOMİYOLİZ: OLGU SUNUMU

Yusufcan Yılmaz¹, Gizem Kumru², Şiyar Erdoğan², Kenan Keven²

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA), Türkiye'de kronik böbrek hastalığının önemli sebeplerindendir. Kolşisin, sekonder amiloidoz gelişimini önlemek için AAA tedavisinde kullanılan bir alkaloiddir. Karaciğer aracılığıyla metabolize edilip büyük oranda dışkıyla, %10-%20'si ise idrarla atılır. Hemodiyaliz aracılığıyla kandan temizlenemez. Kullanan hastalarda gastrointestinal sistem yan etkileri sık görülürken, nadiren de olsa rabdomiyoliz gerçekleşen vakalar bildirilmiştir. Bu vakada 5 yıldır kolşisin tedavisi alan son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hastasında tespit edilen rabdomiyoliz olgusu sunulmuştur.

Olgu: 21 yaşında kadın hasta bulantı ve kusma şikayeti ve kreatinin yüksekliği (10,6mg/dl) nedeniyle başvurdu. 5 yıl önce tekrarlayan karın ağrısı, göğüs ağrısı, ateş ve eklem ağrısı şikayetleri ile doktora başvuran hastaya, MEFV mutasyonu tespit edilmesi üzerine günde üç kez oral kolşisin 0,5mg tedavisi başlanmış. Yaklaşık 2 hafta önce ishal şikayetleri nedeniyle kolşisin tedavisi günde bir kez 0,5mg olarak değiştirilmiş. Merkezimize başvuru sırasında kreatinin 12,9 mg/dl (0,5-1,1 mg/dl), BUN 110 mg/dl (8-23 mg/dl) olduğu görüldü. Kas ağrısı, travma ya da yakın zamanda egzersiz öyküsü olmayan ancak yaygın kas güçsüzlüğü olan hastanın laboratuvarında kreatinin kinaz: 1565U/L (33-211U/L), serum myogloblin 2407 ng/ml (14-66 ng/ml), ALT 119 U/L (10-49 U/L), AST 89 U/L (<34 U/L), LDH 488 U/L (120-246U/L) olduğu görüldü. İdrar kan strubinde 300+ kan tespit edilirken mikroskopisinde eritrosit görülmedi. Hasta kolşisine sekonder rabdomiyoliz olarak değerlendirildi, kolşisin tedavisi kesilerek takibe alındı. Hastanın kolşisin tedavisi kesildikten sonra günlük myogloblin ve kreatinin kinaz değerlerinin gerilediği görüldü. Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) nedeniyle rutin hemodiyaliz programına alındı.

Tartışma: AAA'ya sekonder amiloidoz nedeniyle SDBY gelişen hastalarda, AAA ataklarının ve dokularda amiloid depolanmasının ilerleyişinin önlenmesi için çoğu hastanın kolşisin tedavisine devam etmesi gerekmektedir. Profilaktik doz günde üç kez 0,5mg'dır, %10-20 idrar aracılığı ile atıldığından ve hemodiyaliz ile temizlenemediğinden SDBY hastalarında olası toksisiteyi önlemek için rutin doz azaltımı önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kolşisin, rabdomiyoliz, kronik böbrek hastalığı

PS/GN-066

ECULİZUMAB TEDAVİSİNE DRAMATİK YANIT ALINAN TİP 1 MPGN OLGUSU

Tolga Yıldırım¹, Yusuf Ziya Şener², Rahmi Yılmaz¹, Mustafa Arıcı¹, Bülent Altun¹, Yunus Erdem¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş: Membranoproliferatif glomerulonefrit (MPGN), hematüri, değişik düzeylerde proteinüri ve böbrek fonksiyon bozukluğu ile prezente olur. Genellikle enfeksiyöz nedenler, otoimmün hastalıklar ve monoklonal gamopatiler gibi altta yatan bir nedene ikincildir. Işık ve elektron mikroskopisine göre klasik olarak tip1 (mezangiyal ve subendotelyal Ig ve kompleman birikimi), dens depozit hastalığı olarak da bilinen tip 2 (bazal membranda C3 birikimi) ve tip 3 (subepitelyal ve bazal membranda Ig ve C3 birikimi) olarak sınıflandırılan MPGN; güncel yaklaşımda immün-kompleks aracılı (Tip 1) ve kompleman aracılı (dens depozit hastalığı ve C3 glomerulonefriti) MPGN olarak sınıflandırılmaya başlanmıştır. Sekonder MPGN'nin primer tedavisi altta yatan hastalığa yönelikken primer MPGN'de immünsüpresif ajanlar tercih edilmektedir. Bir C5 inhibitörü olan Eculizumab'ın "Paroksizmal nokturnal hemoglobinüri" ve "Atipik HÜS" olgularında faydası gösterildikten sonra tip 2 MPGN'de de Eculizumab'ın denendiği ve başarılı sonuçlar elde edilen vaka sunumları yayınlanmıştır. Biz de bu vaka sunumumuzda mikofenolat mofetil, siklosporin ve steroidle dirençli olup Eculizumab ile dramatik yanıt elde edilen bir tip 1 MPGN olgusunu sunuyoruz.

Olgu: 14 yaşındayken hematüri ve ödem tablosu ile tetkik edilen hastada nefrotik düzeyde proteinüri de saptanması üzerine hastaya renal biyopsi ile MPGN Tip 1 tanısı konulmuş. Viral hepatit serolojisi negatif saptanan hastada altta yatan romatolojik bir hastalık tespit edilmemiş. 1 yıllık mikofenolat mofetil (MMF) tedavisi sonrası proteinürisi azalan hasta losartan ile konservatif izleme alınmış. 3 yıl sonra (2007) tekrar ödem şikayeti olan ve proteinürisi progresif artan (237 mg/gün→3,7 gr/gün) hastaya yapılan renal biyopsi tekrar MPGN Tip 1 olarak yorumlanmış. Hasta 1 yıl daha MMF ve steroid tedavisi aldıktan sonra enalapril ve losartan kombinasyonu ile izlenmiş. 2007-2011 yılları arasında proteinüri düzeyi 1,5-3 gr/gün; serum albümin düzeyi 3,7-4,2 g/dL arasında seyretmiş. 2011 de proteinüri düzeyi 5-6 gr/gün; serum albümin düzeyi 2,4 gr/dL olunca renal biyopsi yenilenmiş. Patoloji raporu MPGN Tip1 olarak raporlanmış. Glomerüllerde IgA, IgM ve C3 ile pozitif boyanma izlenmiş. 6 aylık MMF ve steroid tedavisi altında proteinürisi 7-8 gr/gün'e artış gösteren hastada MMF kesilerek siklosporin başlanmış. 6 aylık siklosporin tedavisi altında proteinürisi gerilemeyen hastada immünsüpresif tedaviden fayda görmediği düşünülerek siklosporin kesilmiş. Losartan ile konservatif izleme devam edilmiş. Hastanın tanı anından itibaren böbrek fonksiyonlarında hiç bozulma olmamış. 2012-2016 yılları arasında proteinüri düzeyi 6-8 gr/gün, albümin düzeyi 3 gr/dL, kreatinin düzeyi 0,5 mg/dL civarında seyreden hastanın 2016 Şubat ayı kontrolünde proteinüri düzeyinin 12 gr/gün, albümin düzeyinin 2,3 g/dL olduğu tespit edildi. C3 ve C4 düzeyleri de düşük olan hastaya aktif hastalığı olması ve immünsüpresif tedaviye dirençli olması nedeni ile dört doz olmak üzere haftada bir 900 mg eculizumab verilmesi planlandı. Dört doz haftalık eculizumab tedavisi sonrası proteinürisinin 5,8 gr/gün'e gerilediği ve serum albümin düzeyinin 2,8 g/dL'e düzeyine yükseldiği saptandı. Tedaviye iki haftada bir 1200 mg eculizumab ile devam edilmesine karar verildi.

Tartışma: MPGN sıklıkla çocukluk ve erken erişkinlik çağında ortaya çıkan bir glomerulonefrit olup, sıklıkla son dönem böbrek yetmezliğine ilerler ve transplantasyon sonrası nüks edebilir. Altta yatan patofizyolojik süreçte göre immün kompleks aracılı ve kompleman aracılı olmak üzere iki alt gruba ayrılır ve tedavi bu patofizyolojik süreçte göre belirlenir. Eculizumab, C5 inhibitörü olup paroksizmal nokturnal hemoglobinüri, atipik hemolitik üremik sendrom tedavisinde kullanılmaktadır. Vakamızda olduğu gibi immünsüpresif tedaviye

dirençli Tip 1 MPGN vakalarında da düşük kompleman düzeyleri ile karakterize kompleman aktivasyonu bulguları varlığında eculizumab tedavisinden fayda sağlanabileceği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Eculizumab, MPGN

PS/GN-067

NADİR GÖRÜLEN BİR İDRAR YOLU ENFEKSİYONU KLİNİĞİ: MOR İDRAR TORBASİ SENDROMU

Filiz Mercantepe¹, Damla Tüfekçi¹, Sait Kitaplı¹, Özge Kitapçı¹, Burcu Öztürk¹, Osman Zikrullah Şahin¹, Ekrem Kara¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: İlk kez 1978 yılında tanımlanan mor idrar torbası sendromu, sülfataz ve fosfataz enzimlerine sahip bazı spesifik bakterilerin patogeneze rol oynadığı, genellikle yaşlı ve yatağa bağımlı kadınlarda gelişen, uzun süreli üriner sistem kateterizasyonu, alkali idrar ve kabızlık ile ilişkili nadir görülen bir durumdur. İdrar rengi normal ancak idrar torbası ve kateteri mor renk almıştır. Triptofan metaboliti olan indigo ve indirubin pigmentleri mor renk oluşumundan sorumludur. Nadir görülen ve erken tedavi edildiğinde selim seyreden ancak tedavinin geciktiği durumlarda sepsise ve mortaliteye yol açabilen bu durumu olgu sunumu eşliğinde bir kez daha hatırlatmak istedik.

Olgu sunumu: Kronik glomerulonefrite bağlı son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle 10 aydır haftada 3 kez hemodiyaliz programında olan 79 yaşında erkek hasta, son 2-3 haftadır olan nefes darlığı, bacaklarda şişlik ve genel durum bozukluğu şikayetleriyle hipervolemi tanısıyla kliniğimizde hospitalize edildi. Ultrafiltrasyon amaçlı günlük diyalize alınan hastanın şikayetleri yatışının 1. haftasında tamamen geriledi. Geçirilmiş serebrovasküler olay öyküsü olan ve yardımı ihtiyaç duyacak düzeyde mobilizasyonu kısıtlı olan, bakacak kimsesi olmayan hasta bakım evine yerleştirilmek istendi, ancak yer bulunamadığı için taburcu edilemeyip, bakımevinde yer ayarlanana kadar hospitalize edilmeye devam edildi. Yataklak ve idrar sondalı olan, ateş yüksekliği ve aktif şikayeti olmayan hastanın kliniğe yatışının 96. gününde idrar torbası ve kateterinin mor renkte olduğu görüldü (Şekil 1). Yatışında idrar tetkikinde özellik olmayan hastanın tam idrar tahlilinde: ph: 9, dansite: 1015, glukoz: negative, protein (+2), lökosit: 1026/BBA, lökosit kümeleri ve eritrosit: 46/BBA görüldü. Üriner sistem enfeksiyonu düşünülerek idrar sondası değiştirilip idrar kültürü alındıktan sonra ampirik ertapenem 500 mg 1x1 (i.v) tedavisi başlandı. Antibiyoterapisinin 3. gününde idrar torbası ve kateterinin rengi tamamen normale dönen hastanın idrar kültüründe 100.000 cfu/ml geniş spektrumlu beta laktamaz (GSBL) (+) E. Coli üremesi oldu. Antibiyoterapisi 14 güne tamamlanan hasta yaşlı bakımevine yerleştirildi.

Sonuç: Mor idrar torbası sendromu genellikle uzun süreli idrar yolu kateterizasyonu olan yaşlı kadınlarda görülmesine karşılık bizim vakamızda olduğu gibi erkek hastalarda da gelişebilir. Özellikle yaşlı ve yataklak hastalarda uzun süreli üriner sistem kateterizasyonundan kaçınılmalıdır. Erken tanı ve tedavi ile prognoz genellikle selimdir.

Anahtar Kelimeler: Mor idrar torbası sendromu, sülfataz, fosfataz, triptofan, indigo, üriner sistem enfeksiyonu, alkali idrar, üriner kateterizasyon

Figürler :



PS/GN-068

KRONİK BÖBREK YETERSİZLİĞİ HASTASINDA NADİR BAKTERİYEMİ NEDENİ: RAOULTELLA ORNITHINOLYTICA

Ayça Eroğlu¹, Özger Akarsu¹, Sami Uzun¹, Oktay Özkan¹, Serhat Karadağ¹, Egemen Cebeci¹, Emel Tatlı¹, Ahmet Behlül¹, Tuba Elif Şenel¹, Savaş Öztürk¹

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: *Raoultella ornithinolytica* (RO), Enterobacteriaceae ailesinden, Gram negatif, hareketsiz, kapsüllü bir bakteridir. Genellikle tuzlu sularda yaşamakla birlikte, insanların sindirim sisteminden de izole edilebilmektedir. Son yıllarda çoğunlukla invaziv işlemler (üriner veya port kateteri, cerrahi girişim) sonrasında, ölümcül sonuçlanabilen kimi hastane kaynaklı enfeksiyonların nadir bir etkeni olarak raporlanmaktadır. RO'nun tanımlanması konvansiyonel metotlarla zor olduğundan raporlanmış vaka sayısı kısıtlıdır. Burada, kliniğimizde çoklu komorbiditesi olan kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan hastada başarıyla tedavi edilen RO bakteriyemisi olgusu sunduk.

Olgu: 60 yaşında erkek, 6 aydır olan bulantı/kusma ve idrarda azalma nedeniyle hastanemize başvurdu. 12 yıldır diyabetes mellitus olan hastaya altı ay önce obezite nedeniyle sleeve gastrektomi uygulanmış. O dönem; kreatinin 1.8mg/dl, 1.2g/gün proteinüri bulunarak nonproliferatif diyabetik retinopati ve diyabetik nefropatiye bağlı KBY saptanmış. Postoperatif bulantı/kusma, dehidratasyon nedeniyle tekrarlayan yatışları yapılmış. Şikayetlerini açıklayacak cerrahi komplikasyon ve ilave patoloji saptanmamış. Laboratuvar: üre: 223mg/dl, kreatinin: 11.2mg/dl, albumin: 3.1gr/dl, lökosit:6.800/mm³, hemoglobin: 9.5g/dl, CRP: 11mg/L, idrar analizi: +1 eritrosit, +1 lökosit, +2 protein idi. Hastada diyabetik nefropati zemininde malnütrisyen ve dehidratasyona sekonder akut böbrek hasarı düşünülerek hemodiyaliz başlanarak hidrasyon ve nütrisyen desteği sağlandı. Otoimmün belirteçler, protein elektroforezi, hepatit ve HIV serolojisi normaldi. Endoskopik ve radyolojik görüntülemelerde kusmayı açıklayacak bir patoloji saptanmadı. Takibinde diürezisi 1600 ml/günü buldu. Yatışının 13. gününde üşüme/titrelemeyle yükselen ateşi oldu, tetkiklerinde; lökosit:11.300/mm³, CRP:61,6mg/L saptandı. Ateşin odağı saptanamadı. Kültürleri gönderilerek ampirik antibiyoterapi başlandı. Kateter ve idrar kültürleri negatifken 2 kez gönderilen kan kültüründe RO,100.000CFU/ml üretti. Duyarlı olduğundan piperasilin/tazobaktam, 14 gün süreyle verildi. CRP ve lökosit normal aralığa döndü. Takipte ateşi, bulantı ve kusmaları tekrarlamadı. Hemodinamisi stabil seyretti, ancak diyaliz ihtiyacı kronik olarak haftada 2 gün olacak şekilde devam etti.

Sonuç: Komorbiditeleri olan ve invaziv prosedürlere maruz kalan KBY hastalarında nadir de olsa RO'nun hastane kaynaklı enfeksiyonlara sebep olabileceği ve izole edilmede konvansiyonel yöntemlerinin güçlük arzedeceği akıldaki tutulması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Bakteriyemi, kronik böbrek yetersizliği, Raoultella ornithinolytica,

Olgu: 19 yaşında kadın hasta intihar amaçlı 18 gram KBS (60 adet Denol tablet- 300mg KBS/tablet) ve beraberinde 40 gram alkol aldıktan 2 saat sonra hastanemiz acil servisine başvurdu. Acil serviste gastrik lavaj, aktif kömür tedavisi ve destek tedavisi verilen hastanın geliş biyokimyasal değerleri ve vitalleri normal saptandı. 36 saat sonra üre 44mg/dl ve kreatinin: 1,8mg/dl olarak saptandı, spot idrarda proteinüri ve metabolik asidoz saptandı (tablo 1). İdrar çıkışında azalma olmadı, yapılan renal ultrasonografide patolojik bulgu yoktu, intravenöz hidrasyon ve antidot tedavi olarak suksimer başlanan hastanın takiplerinde kreatinin değeri 9,8 mg/dl ye kadar yükselmesi üzerine hemodiyaliz başlandı. Toplam 6 kez hemodiyalize alınan hastanın asidozu düzeldikten sonraki diyalizsiz takiplerinde üre: 45 mg/dl olup kr: 2,0 mg/dl'ye kadar geriledi. Hastanın girişimi kabul etmemesi nedeniyle böbrek biyopsisi yapılamadı.

Tartışma: Bizmut alımına bağlı nefrotoksisitede destek tedavi yanında etkeni uzaklaştırmaya yönelik ağır metal şelasyonu ve hemodiyaliz gibi tedavi yöntemleri nefrotoksisitenin klinik seyrini belirler. Antidot olarak dimerkaprol, penisilamin ve suksimer kullanımının bizmut seviyelerini düşürdüğü gösterilmiştir. Literatürde yüksek doz bizmut subsitrat alımı ile ilişkili akut böbrek hasarı olguları bildirilmiştir. Bu vakaların çoğunda erken dönem destek tedavi ve hemodiyaliz ile renal fonksiyonlar takipte normale dönmüştür ancak kronik böbrek hasarı kalan vakalar da bildirilmiştir. Vakamızda da tubuler hasar bulgularıyla ABH görülmüş ve suksimer ve hemodiyaliz uygulandıktan sonra hastanın metabolik asidoz, proteinüri ve glukozüri bulguları düzelmiştir. Yüksek doz bizmut alımı sonrası nefrotoksisiteyi azaltabilmek için destek tedavinin yanında şelasyon ve hemodiyaliz tedavilerinin de erken uygulanması düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bizmut, akut böbrek yetmezliği, suksimer

Tablo 1. Biyokimyasal parametreler, idrar ve kan gazı değerleri

	02/01/16 geliş	04/01/16	07/01/16	10/01/16	18/01/16	22/01/16	26/01/16
Üre (mg/dl)	28	44	141	41	26	61	45
Kreatinin (mg/dl)	0,7	1,8	9,28	6,3	4,8	3,8	2
Sodium (mEq/L)	140	136	135	138	140	136	137
Potasyum (mEq/L)	4,3	4,1	3,6	3,1	3,2	3,2	3,4
Kan pH	7,41	7,17		7,42	7,45	7,45	
HCO ₃ (mEq/L)	21,2	14,2		21,2	25,3	22,9	
Baz açığı (BE)	-2,6	-13,5		-3,2	1,3	-1	
Spot idrarda protein		+++					

PS/GN-069

KOLLOİDAL BİZMUT SUBSİTRAT İNTOKSİKASYONU VE AKUT BÖBREK HASARI: OLGU SUNUMU

Hasan Kayabaşı¹, Zeyneb Başpehlivan Tuzcu², M. Hanefi Aytekin², Damla Karataş², Mürselin Güney²

¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

²Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Gastrit ve helicobakter pilori eradikasyon tedavisinde kullanılan Kolloidal bizmut subsitrat (KBS) alımında yan etkiler kronik maruziyet sonrası ensefalopati ile ortaya çıkarken akut toksisite daha çok nefrotoksik etkilerle ortaya çıkmaktadır. Bu olgu sunumunda intihar amaçlı alınan yüksek doz KBS'a bağlı gelişmiş ve hemodiyaliz ile tedavi edilmiş olan akut böbrek hasarı (ABH) vakası sunulmuştur.

PS/GN-070

HİPERKOAGULOPATİYE BAĞLI RENAL İNFAKT OLGUSU

İbrahim Ertekin¹, Zehra İlke Akyıldız³, Mehmet Polat⁵, Rıdvan Pekçevik⁴, Uğur Özkerim², Zeki Soypaçaçlı¹, Atilla Üzümlü¹, İsmail Rifki Ersoy¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları

³İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji

⁴İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Radyoloji

⁵Nevşehir Devlet Hastanesi Nefroloji

Introduction: The risk of thrombosis is increased in hypercoagulability. Hypercoagulability can be inherited or acquired. We want to present a patient with inherited hypercoagulability who came to the emergency department with a history of left flank pain and was diagnosed with left renal infarction

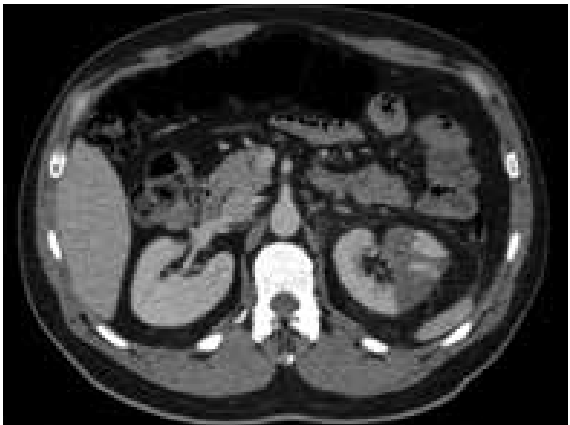
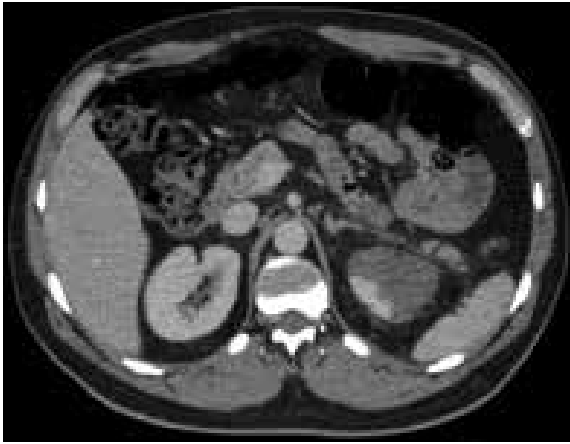
Giriş: Tromboz riski hiperkoagülabilitede artar. Hiperkoagülabilité kalıtsal veya edinsel olabilir. Biz, sol yan ağrısı öyküsü ile acil servise gelen ve sol renal infarkt teşhisi konan kalıtsal hiperkoagülabiliteli bir hastayı sunmak istiyoruz.

Olgu: 42 yaşında erkek hasta, bilinen hastalık öyküsü yok, 3 gün önce başlayan sol yan ağrısıyla başvurdu. Vital bulgular stabil, laboratuvar bulgularında lökositoz, mikroskopik hematüri, ılımlı KCFT yüksekliği mevcuttu, koagülasyon parametreleri normaldi. Kontrastlı abdomen BT'de sol böbrek orta ve üst polde geniş bir alanda kontrast tutulumu olmaması nedeniyle öncelikle renal infarkt ile uyumlu görüldü. (Şekil 1,2) Travma öyküsü olmayan ve EKO sonucu olağan gelen hastanın etiyolojiye yönelik otoantikör ve hiperkoagülapati tetkikleri istendi. ASA ve enoxoparin başlandı. 10 gün sonraki kontrolde tekrar ağrı tarifleyen hastaya girişimsel radyoloji ile görüşülerek yapılan aortografide abdominal aorta, visseral arter orifisleri, çölyak arter, SMA, bilateral renal arterler normal çapta patent; sol renal arter süperior dalında fuziform 5 x 8 mm boyutta anevrizma izlendi ve üst polde kortikal dallarda renal perfüzyon defekti saptandı. Anevrizma sonrası hasta PAN açısından Romatoloji kliniğine değerlendirildi. Hastanın klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları açısından PAN ile uyumlu görülmedi. Hastaya warfarin başlandı. Gönderilen Protein S düzeyi, Protein C, Anti-fosfolipid antikör düzeyleri ve otoantikörler normal sınırlarda saptandı. Tromboz panelinde MTHFR A1298C Heterozigot, Beta Fibrinojen 455 Heterozigot, PAI-1 4G/5G ise Homozigot mutant olarak tespit edildi.

Sonuç: Renal infarkt, kalıtsal trombofilinin nadir komplikasyonlarından biridir. Kalıtsal trombofili sıklıkla venöz tromboz için risk faktörü olarak kabul edilse de arteriel tromboz ile gelen olgular mevcuttur. Bu olgularda sadece ateroskleroz suçlanmamalı, kalıtsal trombofili için genetik mutasyonlar çalışılarak trombozun kalıtsal yönü ekarte edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hiperkoagülabilité, renal infarkt

Figürler :



PS/GN-071

ANCA POZİTİF NEKROTİZAN VE KRESENTİK LUPUS NEFRİTİ OLGU SUNUMU

Hasan Kayabaşı¹, Zeynep Başpehlivan Tuzcu², Süleyman Yıldırım², Damla Karataş², Eslem İnan², Mürselin Güney²

¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

²Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş: Sistemik lupus eritematozus (SLE) çeşitli nükleer antijenlere karşı antikör üretimi ile gelişen otoimmün bir hastalık olup, renal tutulumunda immün kompleks birikimi önemli bir bulgusudur. Pauci-immün glomerulonefritlerde ise böbrekte kresent oluşumu görülüp, immün kompleks birikimi ve selüler proliferasyon görülmektedir. SLE nefriti olan hastalarda p-ANCA(anti nötrofil sitoplazmik antikör) pozitifliğinin klinik önemi net olarak bilinmemektedir. Bu yazıda p-ANCA pozitifliği de eşlik eden lupus nefritli olgu sunulmaktadır.

Olgu: Daha önce bir süre inflammatuar artrit nedeniyle takip edilen 37 yaşındaki kadın hasta karın ağrısı, cilt döküntüsü ve ateş ile polikliniğe başvurduğunda yapılan tetkiklerde üre:374 mg/dl, kreatinin: 24mg/dl ürik asit: 11,5 mg/dl kalsiyum 7,8 mg/dl fosfor: 8,1 mg/dl crp: 76 olarak saptandı. Akut böbrek yetmezliği nedeniyle iç hastalıkları servisine yatırılıp yapılan hastanın spot idrar protein/kreatinin:5200 mg/gr, C3 ve C4 normal olarak saptandı. Hastaya böbrek biyopsisi yapıp 1gr/gün olmak üzere yüksek doz steroid tedavisi başlandı. Hemodiyaliz tedavisi uygulanmaya başlandı. Biyopsi sonucu bazı alanlarda kresent izlenen sınıf 4 lupus nefriti olarak belirtildi. Oral ülser, cilt döküntüsü, trombositopeni ve artrit öyküsü olan , biyopsi sonucu lupus nefriti ile uyumlu olan hastanın ANA ve anti DNA değerleri pozitif olması nedeniyle lupus nefriti tanısı kondu. C3, C4 ve kriyoglobulin değerleri normal olan hastanın ilk başvuruda gönderilen tetkiklerinde p-ANCA pozitif olarak belirlendi. Hastaya plazmaferez tedavisi 7 gün süreyle uygulandı. Ayrıca siklofosamid 15 gün arayla 2 kez 750 mg iv olarak uygulandı. Kreatinin değeri 4,2 mg/dl'ye gerileyen hemodiyaliz ihtiyacı devam eden hasta lupus nefriti tanısıyla sitotoksik tedavi planı yapılarak poliklinikten takip edilmek üzere taburcu edildi.

Tartışma: Literatürde lupus nefriti hastalarında ANCA pozitifliği %3-69 arası değerlerde bildirilmiştir. Bunların çoğunda p-ANCA pozitifliği görülmüştür. Daha önce ANCA pozitifliği ile lupus nefriti klinik gidişatı arasında belirgin bir ilişki saptanamamakla birlikte yakın zamanda yapılan çalışmalarda ANCA pozitif lupus nefriti hastalarında remisyon oranlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçlar p-ANCA pozitifliğinin lupus nefritinde renal prognoz göstergesi olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, p anca, lupus nefriti

PS/GN-072

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ VE AMİLOİDOZLU HASTADA NEFROTİK SENDROM REMİSYONU VE BÖBREK YETMEZLİĞİNİN GERİLEMESİ İÇİN: ANAKİNRA

Mürvet Yılmaz¹, Aysegül Kudu¹, Arzu Özdemir Kayalar¹, Fatih Gökhan Akbay¹, Sibel Koçak Yücel¹, Betül Yıldırım¹, Günden Değer¹, Nilüfer Kanitez², Süheyla Apaydın¹

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji

²Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji

Giriş: Renal amiloidoz, Ailevi Akdeniz Ateşinin (FMF) en ciddi komplikasyonlarından biridir. Kolşisin bu komplikasyonun insidensini azaltır fakat genellikle ileri evre amiloidozlu hastalarda etkisizdir. Nefrotik sendrom kliniği ile başvuran, böbrek biyopsisi ile amiloidoz tanısı konulan ve kolşisin tedavisine rağmen hızla böbrek yetmezliği gelişen vakayı sunduk.

Vaka: 37 yaşında, Tokatlı kadın hasta bacaklarında şişme yakınması ile başvurdu. Fizik muayenesinde pretibial ödem +++, kan basıncı 110/70 mmHg bulundu. Laboratuvar tetkiklerinde kreatinin 0.6 mg/dl, serum albumin 1.1 g/dl, kolesterol

500 mg/dl, trigliserid 893 mg/dl, proteinüri 4.6 gr/gün saptandı. Nefrotik sendrom (NS) nedeni ile böbrek biyopsisi yapıldı. Kongo ve kristal viyole boyaları ile glomerüllerde, kapiller duvarlarda, mezangial alanlarda, arter ve arteriöl duvarlarında, intertisyumda (fokal) amiloid lehine pozitif boyanma izlendi. İmmunohistokimyasal boyama ile AA amiloidoz olarak değerlendirildi. Hastanın ara ara tanımladığı karın ağrıları ve memleketi nedeniyle FMF gen analizi bakıldı, M680I ve M694I heterozigot gen mutasyonu saptandı. Kolşisin tb 3x1, valsartan 320 mg ve furosemid tedavisi başlandı. Kontrolde renal fonksiyonlarda bozulma görüldü, kreatinin 4.6 mg/dl'ye kadar arttı. Renal arter dopplerde tromboz saptanmadı. Anjiotensin reseptör blokleri kesildi, ödem kontrolü için diüretik infüzyonu başlandı. Hastanın böbrek fonksiyonlarındaki kısa süre içinde kötüleşme ve nefrotik sendrom kontrolü için Anakinra (İnterlökin-1β inhibitörü) 100 mg/gün başlandı. Anakinra ile proteinüri azaldı, nefrotik sendromda kısmi remisyon gözlemlendi, böbrek yetmezliği geriledi. Anakinra tedavisinin 8. ayında, son kontrolde, ödem (-), proteinüri 3.8 g/gün, serum kreatinin 1.62 mg/dl ve albumin 3.37 gr/dl bulundu.

Sonuç: Anakinra, FMF'e bağlı ciddi sekonder amiloidozlu vakaların tedavisinde etkin olabilir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi akdeniz ateşi, amiloidoz, anakinra

PS/GN-073

POLİKİSTİK BÖBREK HASTALARINDA OKSİDATİF STRES DÜZEYİNDE ARTIŞ VE SOLUBLE KLOTHO DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ

Ayça İnci¹, Refik Olmaz¹, Süleyman Dolu¹, Melahat Çoban¹, Üstün Yılmaz¹, Yasin Şahintürk¹, Olgun Akın¹, Metin Sankaya¹, Funda Sarı²

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Bu çalışmada polikistik böbrek hastalığına bağlı KBH(kronik böbrek hastalığı) tanısı olan farklı evrelerdeki 74 hastada s-Klotho düzeyi ile oksidatif stres markerları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Metotlar: KBH –EPI formülü ile hastalar evrelere ayrıldı . s-Klotho, serum kreatinine, kalsiyum, fosfor, 25-hidroksivitamin D3 (25hD) ve parathormon (PTH) ölçümleri için kan örnekleri toplanmıştır. Oksidatif stres ölçmek için TOS (Total oksidan durum), TAS (Total antioksidan durum), OSI (Oksidatif stres indeksi) ve IMA (İskemi modifiye albumin) kullanılmıştır.

Bulgular: Polikistik böbrek hastalarında ; TOS, TAS ve OSI değerleri anlamlı yüksek saptanmıştır (p < 0.001). Hastaları KBH-EPI formülüne göre evrelere ayırdığımızda; TOS, TAS ve IMA değerleri gruplar arasında farklı saptandı (p<0.001) ancak OSI ve IMAR (IMA/serum albumin oranı) değerleri gruplar arasında farklı saptanmadı. Gruplar arasında s-Klotho düzeyleride anlamlı farklı saptandı (p = 0.01). s-Klotho ve TAS (r=0,273 p=0.005) arasında anlamlı pozitif korrelasyon saptandı. s-Klotho düzeyi ve kreatinin düzeyleri arasında anlamlı korrelasyon saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda s-Klotho düzeylerine etkili en önemli faktörlerden birinin TAS olduğu saptanmıştır. Polikistik böbrek hastalarında oksidatif stres artar ve oksidatif stresin progresyon üzerindeki etkisini araştırarak prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Polikistik böbrek hastalığı, oksidatif stres, s-klotho

PS/GN-074

OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALARININ BESİN TÜKETİMLERİYLE BÖBREK VOLÜMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Yonca Sevim¹, Egemen Cebeci², Özlem Persil Özkan³, Meltem Gürsu², Sami Uzun², Serhat Karadağ², Ahmet Behlül², Yıldırım Savaş⁴, Gül Kızıltan², Savaş Öztürk²

¹Istanbul Gelişim Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Türkiye

²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

³Istanbul Arel Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Türkiye

⁴Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

⁵Başkent Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara, Türkiye

Giriş: Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı(ODPKBH) bilateral böbrek kistleriyle karakterizedir ve böbrek boyutlarının artmasıyla böbrek fonksiyonları ilerleyici bir şekilde bozulur. ODPKBH'de grubunda günlük sıvı alımı yanında diğer besin öğelerinin de renal sonuçlarına etkisi olması olasıdır. Bu çalışmada günlük besin öğeleri alımıyla böbrek volümleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

Yöntemler: Nefroloji polikliniğine başvuran; aile hikayesi, klinik bulgular ve manyetik rezonans görüntülemeyle kesin tanısı konmuş 60 hastanın kişisel özellikleri, biyokimyasal ve idrar parametreleri, böbrek volümleri değerlendirilmiştir. Hastaların enerji ve besin öğeleri alımları 3 günlük besin tüketim kaydıyla belirlenmiştir.

Bulgular: Yaş ortalaması 48.6±11.3 yıl olan 22 erkek ve 38 kadın ODPKBH hastasının ortalama eGFR 54.8±36.4ml/dk/1.73m² olarak hesaplanmıştır ve ortalama böbrek volümü 1012±776ml bulunmuştur. Hastaların vücut ağırlıkları başına günlük aldıkları enerji 25.5±9.3kcal/kg ve protein 0.87±0.32g/kg olarak saptanmıştır. Hastaların diyet enerjisinin karbohidrattan gelen yüzdesi ortalama %49±7, proteinden gelen %14±2 ve yağdan gelen %36±6 olarak bulunmuştur. Hastaların doymuş yağ alım yüzdesi %11.6±3.6 olarak bulunmuştur. Hastaların, özellikle kadın hastaların diyetle folatı günlük önerilen değerin (DRI) altında tükettikleri saptanmıştır. Hastaların ortalama kalsiyum (DRI erkeklerde %70.3, kadınlarda %69.6) ve potasyum (DRI erkeklerde %65.1, kadınlarda %61.4) alımları DRI önerilerinin altında olduğu belirlenmiştir. Hastaların diyet sodyum alımları DRI değerlerinin üstünde bulunmuştur (erkeklerde %186, kadınlarda %176). Hastalar ortalama böbrek volümü değerine göre (743 ml) karşılaştırıldığında diyetle karbohidrat, protein ve yağ alımlarında bir fark bulunmamıştır (Tablo 1). Hastaların böbrek volümleri arttıkça kalsiyum, magnezyum, potasyum, sodyum ve çinko alımın azaldığı, fosfor ve demirin alımına benzer olduğu saptanmış fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Sonuç: Hastaların yağ, doymuş yağ ve sodyum alımları yüksek; folat, kalsiyum ve potasyum alımlarıysa yetersiz bulunmuştur. Tüm bu besin öğeleri, ODPKBH'da mortalite ve morbiditenin en önemli sebepleri olan kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyonla ilişkili olabilir. ODPKBH'de hastalara uygun besin öğelerinin öğretilmesi ve bireysel yaklaşımlarla beslenme programlarının daha sağlıklı yapılması için hastaların uygun bir diyetisyen takibinde olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı (ODPKBH) , böbrek volümü, tıbbi beslenme tedavisi, enerji, besin öğeleri

Tablo 1. Böbrek volüm ortalama değerine göre diyetle enerji ve besin öğeleri alım ortalamaları

	Böbrek	Volümü	
Enerji ve Besin Öğeleri	<743 ml	>743 ml	p
	n=30	n=30	
Enerji, kkal	1848±550	1888±493	0.768
Sıvı, ml	3041±1105	2941±738	0.684
Karbohidrat, g	225.3±86	229±68	0.847
Karbohidrat, % enerji	49.3±7.7	49.2±6.9	0.972

Lif, g	23.17±10	23.43±7.6	0.914
Protein, g	65.1±22	62.7±14	0.617
Protein, % enerji	14.5±2.8	13.9±2.5	0.416
Bitkisel Protein, % protein	47.8±12.7	48.8±14	0.766
Yağ, g	74.4±24.4	77±25.3	0.587
Yağ, % enerji	36.3±6.7	36.8±6.5	0.773
Çoklu Doymamış Yağ Asidi, g	21.2±9.3	21.8±10	0.825
Çoklu Doymamış Yağ Asidi, % enerji	10.2±3	10.2±2	0.978
Tekli Doymamış Yağ Asidi, g	24.1±8.5	26.4±8.5	0.295
Tekli Doymamış Yağ Asidi, % enerji	12.04±3.2	12.7±3.0	0.372
Doymuş Yağ Asidi, g	23.3±10.3	24.2±9.1	0.699
Doymuş Yağ Asidi, % enerji	11.6±3.6	11.6±3.4	0.960

PS/GN-075

SEZARYEN SONRASI MESANE PERFORASYONUNA BAĞLI AKUT BÖBREK YETERSİZLİĞİ

Dilek Barutçu Atas¹, Ebru Aşıcıoğlu¹, Meryem Durgay², Hakkı Arıkan¹, Mehmet Koç¹, Serhan Tuğlular¹, Çetin Özener¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş: Sezaryen sonrası gelişen mesane perforasyonu oldukça nadir bir durum olup; asid, oligüri ve akut böbrek yetersizliği ile prezente olmaktadır. İnsidansı % 0.14 ile % 0.94 arasında değişmektedir. Tekrar eden sezaryen sonrası gelişen pelvik yapışıklıkların etiolojide rol oynadığı düşünülmektedir.

Olgu Sunumu: 31 yaşında kadın hasta sezaryen sonrası 5. gün rutin kontrolü sırasında abdominal gerginlik ile asid varlığı ve tetkiklerinde serum kreatinin:3,21 mg/dl saptanması üzerine nefroloji polikliniğine yönlendirildi. Özgeçmişinde 3 kere sezaryen olduğu ve son operasyonun yapışıklıklar nedeniyle uzun sürdüğü öğrenildi. Fizik muayenede asid dışında patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde serum BUN:35 mg/dl, kreatinin:2,66 mg/dl, albümin:3,55 g/dl, Na:135 mEq/l, K:4,7 mEq/l, 24 saatlik idrarda protein 308 mg/gün, kompleman seviyeleri normal, ANA, ENA, hepatit serolojisi ve anti HIV negatif saptandı. Ultrasonografide yaygın asid görüldü; böbrek boyutları normal izlendi ve hidronefroz saptanmadı. Abdominal bilgisayarlı tomografide asidi açıklayacak patolojik bulgu saptanmadı. Hospitalize edilerek hastaya parasentez yapıldı. Asid mayi transuda niteliğinde ve kültür negatif saptandı. Asid biyokimyasında BUN:106 mg/dl, kreatinin:17 mg/dl izlendi. Post-partum 9. gün idrar çıkışı azalan hastaya Foley kateter yerleştirildi. Takip eden 4 saat içerisinde 9600 cc idrar çıkışı gözlemlendi. BT sistüroretrogram ile mesanede küçük boyutlu bir rüptür olduğu görüldü. Foley kateter sonrası iki gün içerisinde serum kreatinin 5,32 mg/dl'den 0,76 mg/dl'ye geriledi. Ultrasonografide asidin gerilediği görülen hasta üç hafta sonra kontrole gelmek üzere Foley kateterle taburcu edildi. Kontrolde Foley kateteri çıkarılan hastada re-operasyona ihtiyaç duyulmadı.

Tartışma: Uterus ve mesane arasındaki yakın anatomik ilişki iyi bilinmektedir. Mesane yaralanmasının en sık karşılaşılan jinekolojik sebepleri uzamış sezaryen ve abdominal histerektomidir. Mesane yaralanması sonucu abdomene idrar kaçağı olur ve idrarın peritoneal absorpsiyonu sonucu serum BUN yükselir. Tanıda çoğunlukla asid sıvısında kreatinin ve BUN seviyelerinin yükselmesi yeteriyken BT sistüroretrogram da kullanılabilir. Extra-peritoneal yaralanmaların çoğunda sadece kateter drenajı yeterli olurken intra-peritoneal yaralanmaların çoğu re-operasyon gerektirir. Nefrologlar; akut böbrek yetersizliği, oligüri ve asid varlığında mesane perforasyonu tanısını akılda tutmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut böbrek yetersizliği, mesane perforasyonu, sezaryen

PS/GN-076

RADYOKONTRAST MADDENİN SANTRAL KAN BASINCI, VASKULER YATAK, KALP RİTMİ VE RENAL FONKSİYONLAR ÜZERİNE ETKİLERİ

Burcu Yazıcı Elmas¹, Gülçin Kantarcı², Ayça Türer Cabbar³, Muzaffer Değertekin³, Musatafa Aytek Şimşek³

¹Yeditepe Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı

³Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı

Giriş: Çalışmamızda intraarteriyel uygulanan kontrast maddenin (KM) vasküler yatakta, renal parametrelerde ve kalbin elektrofizyolojik aktivitesindeki etkilerini gözlemlemeyi amaçladık.

Materyal ve Metod: Bu tek merkezli kesitsel çalışmada anjiyografi ve/veya perkutan koroner girişim uygulanan 121 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm hastaların KM öncesinde serum kreatinin, BUN, sodyum, potasyum ve hemogram tetkiklerine bakılmış, 12 derivasyonlu EKG'leri alınmış ve kullanıcından bağımsız, osilometrik metotla ölçüm yapan tek manşonlu arteriograph cihazı ile en az üç ölçüm brakial arterden tansiyon ölçümleri alınmıştır. Düşük osmolariteli KM uygulanan hastaların KM verildikten sonra EKG kayıtları ve tansiyon ölçümleri tekrarlanmıştır. KM uygulanmasından 48-72 saat sonra da hastaların serum kreatinin, BUN, sodyum, potasyum ve tam idrar tetkikleri görülmüştür.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaşları 62; 45'i kadın (%37.2) ve 76'sı erkektir (%62.8). Vakaların sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı, ortalama arteriyel basınç, nabız dalga hızı (NDH), augmentasyon indeksi (AIx) kontrast madde sonrası anlamlı düşüş saptanmıştır (sırasıyla p < 0.000; 84±10.33; p < 0.000; p < 0.000; p < 0.000; p=0.013). KM sonrası serum potasyum değerinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış saptanmıştır (p=0.003). Nabıza göre düzeltilmiş QT dispersiyonunda ise anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır. Sadece iki hastamızda CI-AKI gelişmiştir. Fakat kullanılan KM dozu arttıkça serum kreatinin değerinde de istatistiksel olarak anlamlı bir artış saptanmıştır (p=0.008). Ayrıca yüksek doz KM verilen hastalarda serum sodyumunda belirgin düşüş saptanmıştır (p=0.024). Hastalarımızda KM sonrası NDH ve AIx artışı ile kreatinin artışı arasında da anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla p=0.002; p=0.001).

Sonuç: KM maddelere ait yan etkiler sadece nefropati ile sınırlı değildir ve uygulanan doz arttıkça artmaktadır. Damar sertliğinin göstergesi olan NDH ve AIx'de artış olan hastalarda kreatinin değeri artışı arasında ilişki vardır ve bu ilişki daha kapsamlı çalışmalar ile vurgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kontrast madde, nabız dalga hızı, güçlenme indeksi, kontrast ilişkili akut böbrek hasarı.

PS/GN-077

OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALARINDA SERUM ENDOCAN DÜZEYİ

İskender Ekinci¹, Rümeyza Kazancıoğlu², Reha Erkoç², Meltem Gürsu², Sinem Aydın³, Egemen Cebeci⁴, Elif Kılıç⁵

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Nefroloji Bilim Dalı

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi Radyoloji Bilim Dalı

⁴Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı

⁵Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Biyokimya Bilim Dalı

Giriş: Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığında (ODPBH) morbidite ve mortalitenin asıl nedeni kardiyovasküler olaylar olup bu riski belirleyen durumlar hipertansiyon (HT) ve endotel disfonksiyonudur (ED). Endocan, endotel hücrelerinde salgılanan ED ilişkili bir moleküldür. Bu çalışmadaki amacımız ODPBH hastalarında serum endocan düzeyini tayin etmek ve bunun böbrek fonksiyon testleri ve ED göstergeleri ile olan ilişkisini incelemektir.

Yöntemler: Bu kesitsel çalışma ODPBH grubu, HT'si olan grup ve sağlıklı kontrol grubu ile yapıldı. Gruplar ED göstergeleri [serum endocan ve asimetrik dimetiltarjinin (ADMA), akım bağımlı dilatasyon (FMD), nitrogliserin bağımlı dilatasyon (NMD) ve karotis intima-media kalınlığı (CIMT)] açısından değerlendirildi.

Bulgular: Demografik veriler Tablo-1'de, ED ilişkili parametreler ise Tablo-2'de sunulmuştur. ODPBH grubunun %62.7'sinde HT mevcuttu. Serum endocan düzeyi; GFR<60ml/dk/1.73m² olan ODPBH hastalarında (n=18), GFR>60ml/dk/1.73m² olan ODPBH hastalarından (n=33) daha yüksek (87±74.8 ve 75.2±54.6, p<0.001) olup hipertansif ODPBH hastaları (n=32) ile hipertansif olmayan ODPBH hastaları (n=19) arasında anlamlı bir farklılık yoktu (95.6±75 ve 66.4±32.9, p:0.355). Endocan düzeyi nefrolitiazis öyküsü olanlarda olmayanlardan (109.6±79 ve 72.2±51.7, p:0.035) ve karaciğer kisti olanlarda olmayanlardan (136.5±71 ve 76.5±59.4, p:0.019) daha yüksek saptandı. ODPBH grubunda endocan düzeyi ile günlük idrar hacmi arasında negative bir korelasyon saptanırken (r:-0.276, p:0.05); yaş, cinsiyet, sigara içimi, eGFR, kan basıncı ölçümleri, 24-saatlik idrar proteinüri düzeyi ve ED ilişkili diğer parametrelerle arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı. Lineer regresyon analizinde sadece HT'nin endocan düzeyinin bağımsız bir belirleyicisi olduğu görüldü (B:-63.161, Beta:-0.483, p:0.032). Gruplar detaylandırılarak değerlendirildiğinde erken evre ODPBH (GFR>60ml/dk/1.73m² ve HT yok) ile sağlıklı kontroller arasında serum endocan düzeyi açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü (Tablo-2).

Sonuç: Serum endocan düzeyi, hastalığın erken dönemlerinde ortaya çıkan ED ilişkili vasküler patolojilerin gösterilmesinde iyi bir parametre değildir çünkü serum endocan düzeyindeki yükseklik GFR<60ml/dk/1.73m² olduğunda veya tabloya HT eklendiğinde anlamlı hale gelmektedir. Ayrıca serum endocan düzeyinin günlük idrar hacmi ve nefrolitiazis ile olan ilişkisi bu molekülün düzeyindeki yükseklikte üriner atılımın da rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Endocan, endotelial disfonksiyon, polikistik böbrek

Tablo 1. Katılımcıların demographic verileri ve ED ilişkili parametreler

	ODPBH Grubu HT Grubu n = 51	Kontrol Grubu n = 12	p	p1	p2	p3
Yaş, yıl	45,5±12,3	47,2±8,9	45,8±13	0,872		
Cinsiyet (K/E)	34 / 17	17 / 3	6 / 6	0,104		
Sigara içicisi, n (%)	14 (%27,5)	7 (%35)	7 (%58,3)	0,125		
SKB (mmHg)	121,2±13,5	127,5±12,6	114,1±13,1	0,012	0,09	0,419
DKB (mmHg)	70,5±7,4	75,7±4,9	64,5±7,5	<0,001	0,007	0,076
OKB (mmHg)	87,4±8,3	93±6,2	81,1±8,9	<0,001	0,008	0,114
eGFR (ml/dk/1.73m ²)	70,68±29,6	93,15±11,6	99,4±14,9	<0,001	0,014	0,003
Endocan, pg/ml	84,7±63,9	87,0±53,8	32,7±7,5	0,001	0,535	0,001
FMD, %	6,91±6,07	10,07±5,63	9,22±4,35	0,026	0,017	0,073
NMD, %	20,25±10,62	26,86±11,43	22,61±3,83	0,05	0,048	0,016
ADMA, µmol/L	0,46±0,05	0,39±0,05	0,41±0,04	<0,001	<0,001	0,016
CIMT, mm	0,8±0,26	0,83±0,24	0,63±0,12	0,043	0,684	0,021

Tablo 2. Katılımcıların beş ayrı gruba ayrılarak endocan düzeyi açısından değerlendirilmesi

Gruplar	n	Endocan, pg/ml	p
G-1: ODPBH, eGFR>60, HT (+)	14	106,6±76,5	0,002
G-2: ODPBH, eGFR<60, HT (+)	18	87±74,8	
G-3: ODPBH, eGFR>60, HT (-)	19	66,4±32,9	
G-4: HT grubu	20	87±53,8	
G-5: Kontrol grubu	12	32,7±7,5	

PS/GN-078

ATEŞ, TROMBOSİTOPENİ, AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ VE HİPOKOMPLEMENTEMİ İLE SEYREDEN BİR OLGU: HANTAVİRÜS ENFEKSİYONU İLİŞKİLİ RENAL SENDROM

Burcu Öztürk¹, Filiz Mercantepe¹, Damla Tüfekçi¹, Sait Kitaplı¹, Özge Kitapçı¹, Osman Zikrullah Şahin¹, Ekrem Kara¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Hantavirüs, Bunyaviridae ailesine mensup bir RNA virüsüdür. Aerosolize virüs partiküllerinin inhalasyonu veya infekte kemirgenlerin dışkı, idrar ve sekresyonları ile temas yoluyla insana bulaşır. Renal Sendromlu Kanamalı Ateş (Hemorrhagic Fever with Renal Syndrome: HFRS) ve Hantaviral Pulmoner Sendrom (HPS) olmak üzere iki tür sendrom ile insanda hastalığa neden olurlar. HFRS formunda hastalığın en belirgin hasarı böbreklerde ortaya çıkmaktadır. Böbrek kan akımının azalması, vasküler endotel hasarı ve sitokin salınımı (IL-6, IL-10, TNF-alfa vb.) nedeniyle akut tübülointerstisyel nefrit gelişir. Bu çalışmamızda ateş, trombositopeni, akut böbrek yetmezliği (ABY) ve serum kompleman düşüklüğü ile prezente olan, diyaliz gereksinimi olmaksızın tam iyileşme sağlanan bir olgumuzu sunduk.

Olgu: Daha önceden bilinen bir hastalığı olmayan, kırsal kesimde yaşayan 27 yaşında erkek hasta, 4 gün önce ateş, üşüme, titreme, ishal şikayetleri ile doktora başvurmuş. Akut gastroenterit ön tanısıyla hastaya antibiyoterapi ve antipiretik reçete edilmiş. Şikayetleri gerilemeyen hasta hastanemiz acil servisine başvurduğunda yapılan tetkiklerinde serum üre: 107 mg/dl, kreatinin: 4.10 mg/dl saptanması üzerine ABY ön tanısı ile kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenesinde genel durum orta, şuur açık, oryante - koopere, TA: 110/80 mm Hg, nabız: 72/dk, ateş: 37,1°C idi. Hasta dehidrate görünümde, sistemik muayene bulguları olağandı. Tetkiklerinde; üre-kreatinin yüksekliği, trombositopeni, CRP yüksekliği saptandı (Tablo-1). Tam idrar tahlilinde: protein: (+3), hemoglobin +1, eritrosit: 6/hpf, lökosit: 8/hpf saptandı. Üriner sistem ultrasonunda böbrek boyut ve parankim kalınlıkları normal görüldü, postrenal patoloji saptanmadı. Trombositopeni, LDH yüksekliği, ABY'si olan hastanın ayırıcı tanısında trombotik mikroanjiopatiler düşünüldü, ancak bilirubin, haptoglobulin ve retikülosit sayısı normal olan ve periferik yaymasında şistosit saptanmayan hastada hemoliz ekarte edildi. Leptospira enfeksiyonundan transaminaz yüksekliği ve hiperbilirubinemi olmaması yönüyle uzaklaşıldı. Aktif idrar sedimenti, 3,7 gram/gün proteinüri ve ABY kliniği nedeniyle hızlı ilerleyen glomerulonefritlerden şüphelenilerek istenen serolojik markerlardan C3: 62,3 mg/dl (N: 79-152) ve C4: 13,3 mg/dl (N: 16-38) düşük saptandı, ANA, ANCA ve anti-ds DNA normal bulundu. Tablonun enfeksiyona sekonder olduğu düşünülerek ateşli dönemde kan ve idrar kültürü alındıktan sonra seftriakson 2x1 gr i.v başlandı. Hidrasyon ve destek tedavisi sağlandı. Takiplerinde böbrek fonksiyon testlerinde belirgin gerileme saptandı, trombositopenisi düzelmeye başladı. Kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. Serolojik tetkiklerde leptospiroz testi negatif, hanta virüs antikorları IgM (IFA) pozitif saptandı. Yatışının 5. gününde klinik ve laboratuvar olarak tama yakın düzelmeye sağlanan hasta taburcu edildi. Klinik ve laboratuvar olarak düzelmeye görülen hastaya böbrek biyopsisi yapılmadı. Taburculuğundan 2 hafta sonra yapılan kontrolde üre, kreatinin, trombosit, CPK, proteinüri ve serum kompleman düzeylerinin normale döndüğü görüldü.

Sonuç: Ateş, trombositopeni ve ABY ile başvuran hastalarda Hantavirüs ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Renal Sendromlu Kanamalı Ateş hastalarında böbrek tutulumu sıklıkla ateş, trombositopeni ve hemorajinin eşlik ettiği akut tübülointerstisyel nefrit tipindedir. Bunun yanında bizim olgumuzda görüldüğü gibi kanamanın eşlik etmediği, ağır proteinüri, hipokomplementemi (C3 ve C4 düşük) ve hızlı ilerleyen glomerulonefrit kliniği ile seyreden vakalar da olabilir.

Anahtar Kelimeler: Hantavirüs, akut böbrek yetmezliği, hipokomplementemi, kanama, ateş, postenfeksiyöz glomerulonefrit

Figürler :

Tablo 1. Hastaların başvuru anındaki ve taburcu edilirken klinik ve laboratuvar bulguları

	Başvuru anında	Taburculuk sırasında
Klinik		
Şikayet	Ateş, tüşüme, titreme, ishal	Şikayeti yok
TA (mm Hg)	110/80	120/70
Ateş (C)	37,5	36,5
Oligüri (+/-)	+	-
Diyaliz ihtiyacı (+/-)	-	-
Laboratuvar		
Üre (mg/dl)	107	36
Kreatinin (mg/dl)	4,10	0,8
Sodyum (mmol/L)	130	138
Potasyum (mmol/L)	4,2	4,6
LDH (U/L)	332	213
CPK (U/L)	211	65
AST (U/L)	41	34
ALT (U/L)	16	15
T. Bilirubin (mg/dl)	0,57	0,46
D. Bilirubin (mg/dl)	0,24	0,18
Albumin (mg/dl)	3,3	4,2
GGT (U/L)	18	19
PTZ / INR / aPTT	13,3 / 1,00 / 36,7	13,1 / 0,98 / 34,2
PH	7,35	7,42
Bikarbonat (mmol/L)	20,4	24,1
WBC (4,5 – 6 x 10 ⁶ /µl)	4,7	5,6
Hb (gr/dl) / Htc (%)	12,1 / 36,6	13,2/39,3
Plt (150 – 450 x 10 ³ /µl)	64	198
CRP (mg/dl)	3,20	0,8
Tam idrar tahlili	Protein: +3, Lökosit: 8/hpf, Eritrosit: 6/hpf	Protein: +1, Lökosit: 2/hpf, Eritrosit: 3/hpf
Proteinüri (gr/gün)	3,7	0,6
C3 (mg/dl, N:79-152)	62,3	98
C4 (mg/dl, N:16-38)	13,3	26

PS/GN-079

OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALARINDA ORUÇ TUTMANIN BÖBREK FONKSİYONLARI ÜZERİNE ETKİLERİ

İskender Ekinci¹, Rümeysa Kazancıoğlu², Reha Erkoç³, Elif Kılıç³, Elif Ece Doğan¹, Meltem Gürsu², Egemen Cebeci⁴, Savaş Öztürk⁴¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı²Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Nefroloji Bilim Dalı³Bezmialem Vakıf Üniversitesi, İyokimya Bilim Dalı⁴Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Ramazan ayında oruçlu geçirilen süre 10-18 saat arasında değişebilmektedir (bu çalışmada yaklaşık 17 saat). Çalışmamızda dehidratasyon riskinden dolayı böbrek fonksiyon kaybı için bir risk oluşturabilen oruç tutmanın otozomal dominant polikistik böbrek hastalarındaki (ODPBH) etkileri araştırılmıştır.

Yöntemler: Bu prospektif gözlemsel çalışma, oruç tutan (FG) ve oruç tutmayan (NFG) iki gruba ayrılan 65 ODPBH hastası ile yapıldı. NFG Ramazan ayından 1 hafta önce (BR) ve 1 ay sonra (AR) değerlendirildi. FG bu vizitlere ilave olarak Ramazan ayının son gününde ve olası erken dönem renal hasar açısından oruç tutmaya başladıktan 7 gün sonra da değerlendirildi. Ramazan ayı içindeki değerlendirmeler iftara yakın saatlerde yapıldı. Her vizitte kan basıncı, ağırlık, kreatinin, idrar dansitesi, 24-saat idrar hacmi, 24-saatlik idrarda proteinüri düzeyi ve eGFR kaydedildi. Tüm vizitlerde hastalardan NGAL ve KIM-1 için spot idrar örnekleri alındı, örnekler ELISA ile çalışıldı.

Bulgular: Çalışmaya 65 hasta ile başlandı ama takip süresince 13 hasta çalışmadan çıkarıldı (FG'de 2 kişide orucun 7.gününde akut böbrek hasarı gelişti, 10 kişi en

az 1 vizite katılmadı, 1 kişi gebe kaldı). Geriye kalan 52 hastanın 21'i (17 kadın) FG'de, 31'i ise (18 kadın) NFG'de yer aldı. Gruplar yaş, cinsiyet, ODPBH tanından itibaren geçen süre ve hipertansiyon (HT) sıklığı açısından benzerdi (Tablo-1). Çalışma boyunca iki grupta da kan basıncı, ağırlık, kreatinin, idrar dansitesi, 24-saatlik idrar hacmi, NGAL, KIM-1 ve eGFR değişimleri anlamlı düzeyde değildi (Tablo-2). FG'de ise bu süreçte 24-saatlik idrar proteinüri düzeyinde anlamlı bir düşüş olduğu görüldü (p=0.001).

Sonuç: ODPBH hastalarında her ne kadar 1 aylık oruç tutmakla renal fonksiyonlar bozulmamış ve hatta proteinüri düzeyi gerilemiş olsa da, bu veriler daha uzun süreli takiplerin yapıldığı ve tekrarlayan oruç tutma periyodlarının olası kümülatif etkilerinin gözlemlendiği çalışmalarla desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Polikistik böbrek, oruç, NGAL, KIM-1, Ramazan, proteinüri

Tablo 1. Grupların demografik verileri

	FG	NFG	p
Yaş, yıl	45±11	47±14	0.48
Cinsiyet (Erkek/Kadın)	4/17	13/18	0.08
ODPBH tanından itibaren geçen süre, yıl	10.4±8.2	12.5±8.4	0.33
HT varlığı, N (%)	10 (%47.6)	22 (%71.0)	0.08

Tablo 2. Gruplarda biyokimyasal parametrelerdeki değişimler

	PR(Ramazan ayından önce)	ER (Ramazan ayının son gününde)	AR (Ramazan ayından 1 ay sonra)	p
ORUÇ TUTAN GRUP (n=21)				
Kreatinin, (mg/dl)	0.84±0.20	0.85±0.17	0.85±0.19	0.725
Günlük idrar hacmi, (ml)	2450±910	2142±591	2198±756	0.110
24-saatlik idrarda proteinüri düzeyi, mg	283±123	245±86	207±79	0.001
NGAL, (pg/ml)	122.8±116.0	136.8±125.2	247.2±235.4	0.102
KIM-1, (pg/ml)	1102.8±630.1	1103.0±638.0	1170.7±681.2	0.709
GFR, (ml/min/1.73 m2)	87±18	85±21	86±19	0.588
ORUÇ TUTMAYAN GRUP (n=31)				
Kreatinin, (mg/dl)	1.53±1.08		1.64±1.33	0.159
Günlük idrar hacmi, (ml)	2353±1236		2402±972	0.728
24-saatlik idrarda proteinüri düzeyi, mg	718±1436		637±1270	0.071
NGAL, (pg/ml)	143.9±135.8		146.3±121.8	0.410
KIM-1, (pg/ml)	1356.2±684.3		1559.8±588.8	0.068
GFR, (ml/min/1.73 m2)	66±36		64±36	0.471

PS/GN-080

PROTEİNÜRİNİN NADİR BİR NEDENİ: POMPE HASTALIĞI

Özgür Can¹, Umut Kasapoğlu¹, Gözde Koç¹, Melike Betül Ögütmen¹¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği

Giriş: Pompe, hızlı seyreden, yıpratıcı ve sıklıkla hayati tehlikeye sebep olabilen genetik bir hastalıktır. Başlıca belirtileri limb girdle güçsüzlüğü, solunum yetmezliği ve CK seviyesinde yükselmedir. Lizozomal depo hastalığı sınıfında yer alan pompe hastalığı, 1-4 alfa glukozidaz (GAA) isimli enzimin eksikliği veya yokuşu sonucunda ortaya çıkmaktadır.

Olgu: Bacaklarda şişlik şikayeti ile başvuran 48 yaşında kadın hastanın öncesinde bilinen kronik hastalığı yoktu. Halsizlik, yorgunluk, merdiven çıkarken zorlanma

şikayetleri de olan hastanın yapılan tetkiklerinde spot idrarda 2+ protein ve hematüri saptandı. Üriner sistem ultrasonografisi normaldi. Kreatinin 0.68 mg/dl olup yirmi dört saatlik idrarda 990 mg/gün proteinüri tespit edilmesi üzerine hastaya renal biyopsi yapıldı. Biyopside glomerüllerde hücre ve matriks artışı izlenmedi. Kapiller tuflarda bazı glomerüllerde küçülme ve kalınlaşma görüldü. PAM-S ve C4d ile bazal membranlarda segmental kalınlaşmalar izlendi. Bazı glomerüllerde podositlerde belirginleşme dikkati çekti. Fokal hafif tubüler atrofi, tubulusları döşeyen epitelde nükleer kayıplar vardı. İntersitiumda köpüksü histiosit toplulukları izlendi. İmmunofloresan negatif olan hastada mevcut şikayetler ve biyopside köpüksü hücreler dikkate alınarak erişkin depo hastalığı olabileceği düşünüldü. Fabry ve pompe için enzim düzeylerine bakıldı. 1-4 alfa glukozidaz enzimi üst değerin belirgin altında saptandı ve hastada öncelikle erişkin tipi pompe hastalığı düşünüldü. Losartan 100 mg başlandı ve enzim düzeyi tekrarı istendi. Hasta nörolojiye yönlendirildi. EMG'de duysal lif tutulumu seyreden, aksonal doğada bir polinöropati sendromunun varlığı düşünüldü. Kreatinin kinaz ve diğer kas enzimleri normal seviyede olan hastada solunum fonksiyon testi istendi. SFT henüz sonuçlanmadı.

Sonuç: Nedeni bilinmeyen proteinüri varlığında nadir görülen glikojen depo hastalıklarından pompe hastalığının akılda tutulması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Proteinüri, pompe hastalığı

PS/GN-081

AYIRICI TANIDA AMİLOİDOZ

Özgür Can¹, Başak Boynueğri¹, Umut Kasapoğlu¹, Gözde Koç¹, Melike Betül Öğütmen¹

¹*Istanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği*

Giriş: Amiloidoz protein fragmanlarının organ ve dokuların fonksiyonunu bozacak şekilde hücre dışında biriktiği edinsel veya kalıtsal bir hastalık grubudur. Pimer ve sekonder olmak üzere sınıflandırılır. Progresif organ disfonksiyonu yaparak morbidite ve mortaliteye neden olur. Renal tutulumda kliniği tutulan nefron segmenti belirler.

Olgu: Altmış beş yaşında erkek hasta kusma ve idrarda azalma şikâyetleriyle başvurdu. Tetkiklerinde kreatinin: 13.33 mg/dl, BUN: 115 mg/dl, fosfor: 7.8 mg/dl, kalsiyum: 7.2 mg/dl albumin 2.3 g/dl, parathormone 209.9 saptandı. Hipertansiyon ve BPH tanılı hastaya yatış öncesi solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle sefazolin başlanmıştı. NSAID ve kontrast madde kullanımı olmayıp, sıvı kaybı düşünülmüdü. ANA, anti ds DNA, p- c ANCA, anti GBM antikor negatif saptandı. Spot idrarda proteinüri ve hematüri, yirmidört saatlik idrarda 4.04 gr/gün proteinüri tespit edildi. MR anjiyografide renal arter stenozu saptanmadı. Bilateral böbrek boyutları ve parankim kalınlıkları normal olup bilateral böbreklerde multipl kortikal ve pelvik kistler izlendi. Ek olarak pankreatik ve hepatik kistler saptandı. Diyalize başlanan hastanın abisinin altmış yaşında son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle (KBY nedeni bilinmiyor) diyaliz ile tedavi edildiği öğrenildi. Aile öyküsü, bilateral renal kistleri olması nedeniyle polikistik böbrek hastağı, öncesinde sefazolin kullanımı nedeni ile tubulointersitiyel nefrit olabileceği düşünüldü. Renal parankim korunduğundan renal biyopsi yapıldı. Glomerüllerde, vasküler yapılarda ve interstisyumda amiloid birikimi AA amiloidoz olarak değerlendirildi. Romatoloji poliklinik takiplerinde sekonder amiloidoz nedeni aydınlatılamadı. Kolsisin başlandı. Takipte IL-1 reseptör antagonisti ile tedavi planlandı. Haftada üç hemodiyaliz tedavisi almakta iken takibinin altıncı ayında serebrovasküler olay ve mortalite gelişti.

Sonuç: Amiloidoz nedeni bilinmeyen böbrek hastalıklarında ayırıcı tanıda dikkate alınması gereken bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: Amiloidoz, böbrek yetmezliği

PS/GN-082

NADİR HİPERKALSEMİ NEDENİ OLARAK GRANÜLOMATÖZ ENFEKSİYON VE KRİPTOKOK MENENJİTİ BİRLİKTELİĞİ

Neşat Yücel¹, Yasemin Aydınalp², Ahmet Melih Arslan², Engin Onan¹, Saime Paydaş¹, Neslihan Seyrek¹, Mustafa Balal¹, İbrahim Karayaylı¹

¹*Çukurova Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı, Adana*

²*Çukurova Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana*

Giriş: Tüberküloz Türkiye ve Dünyada giderek artan sağlık sorunudur. Yeni olguların üçte bir kadarı ekstrapulmoner tüberküloz vakalarıdır. Tüberküloz ve kriptokok enfeksiyonları sık olmayarak hiperkalsemiye neden olabilir. Burada şiddetli ve semptomatik hiperkalsemi nedeniyle başvuran ekstrapulmoner tüberküloz ve kriptokok menenjitisi olan bir olguyu tartışacağız.

Vaka: 56 yaşında erkek hasta 15 yıldır hipertansiyonu ve 5 yıldır koroner arter hastalığı varmış. 15 yıl önce sol böbrekte taş nedeniyle opere edilmiş, son 1 yıldır yeniden böbrek taşı tespit edilmiş. 1 yıldır ateşi olan hasta son 10 gündür genel durumunda bozulma ve konfüzyon nedeniyle başvurduğu dış merkezde hiperkalsemi ve akut böbrek yetmezliği saptanınca kliniğimize yönlendirilmiş. Hasta geldiğinde konfüze idi ve meningeal irritasyon bulguları saptanmadı, cilt ve mukozalar ileri derecede kuru ve ciltte yaygın iktiyozis vardı. Tansiyon: 100/70, nabız: 68/ritmik, solunum sesleri doğal, hepatomegali vardı, perküsyonda ve batında lokalize matite alanları vardı. Düzeltilmiş serum kalsiyum seviyesi 14.5 mg/dL, BUN: 61 mg/dL, kreatinin 4.61 mg/dL, Hb: 8.5 gr/dL, trombosit ve beyaz küreleri normal sınırlarda idi. kemik iliği normal idi. MR'da ise hafif kortikal atrofi ve kronik periventriküler iskemik dışı özellik yoktu. Hidrasyonla genel durumu ve konfüzyonu kısmen düzelen hastanın daha önce dış merkezde yapılan karaciğer biyopsisinde granülatöz hepatit ve PCR ile tüberküloz saptandı. Ayrıca mediastinal konglomere lenfadenopatiler ve batında serbest olmayan asit de saptanınca dördü antitüberküloz tedavi başlandı. Lomber fonksiyon kültüründe kriptokok tespit edildi, amfoterisin B + flukanazol başlandı. Tedaviyle bilinç ve genel durum düzeldi, hasta oral almaya başladı. Kreatinin: 1.5 mg/dL'ye, kalsiyum 12.6 mg/dL. Kliniğimizde hastanın tedavisi ve etken olabilecek sarkoidoz ve diğer patolojiler açısından tetkikleri devam etmektedir.

Tartışma: Diğer granülatöz hastalıklarda olduğu gibi tüberkülozda da hiperkalsemiye rastlansa da semptomatik ve şiddetli hiperkalsemi nadirdir. Beraberinde de kriptokok menenjitide ayrı bir hiperkalsemi nedeni değildir. Ender rastlanan bir durumdur. Bilinç bozukluğuyla gelen hastalarda klinik ve laboratuvar, bilinçteki bozulmayı yeterince açıklayamıyorsa lomber fonksiyon yapılmasında fayda vardır.

Anahtar Kelimeler: Kriptokok, Lomber Fonksiyon

PS/GN-083

RİTUKSİMAB İLE DÜZELEN STEROİDE DİRENÇLİ FOKAL SEGMENTAL GLOMERULOSKLEROZ OLGUSU

Ömer Celal Elçioğlu¹, Yelda Deligöz Bildacı¹, Meltem Gürsu¹, Özlem Aris¹, Leyla Guliyeva¹, Rümeyza Kazancıoğlu¹

¹*Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı*

Giriş: Fokal segmental glomeruloskleroz (FSGS) tedavisinde kortikosteroidler (KS) ilk seçenek olup KS'ye bağımlı veya dirençli hastalarda ikinci seçenek olarak kalsinörin inhibitörleri (KNİ) önerilmektedir. Burada KS ve KNİ'ye dirençli olup rituksimab ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiş FSGS olgusu sunulmuştur.

Olgu: Yaklaşık 20 yıl önce nefrotik sendrom (NS) nedeniyle KS verilen ve remisyona giren 36 yaşında erkek hastaya, takibinde nüks görülmesi üzerine renal biyopsiyle FSGS tanısı konmuş. Takibinde beş kez NS yaygın ödem şeklinde nüks etmiş. İmmüsupresifleri kesilememiş. KS'e dirençli kabul edilmiş ve siklosporin A tedavisi ile kontrol altında tutulmuş. Polikliniğimize, 2012 yılında, başvurusunda yaklaşık 10 yıldır siklosporin ve düşük doz KS almaktaydı. İki kez renal biyopside FSGS tanısı konmuştu. 2013'te akut gastroenterit atağı sonrasında remisyondayken 5 g/gün proteinüri gelişti. Kreatinini 1,1 mg/dl'den 1,4 mg/

dl'ye yükseldi. Siklosporin kesilerek mikofenolat mofetil (MMF) 1500 mg/gün başlandı. KS dozu 1 mg/kg/gün yapıldı. Yanıt alınamayınca tedaviye tekrar 3 mg/kg/gün siklosporin eklendi. Tekrar tam remisyon sağlandı. Kreatinin 1 mg/dl'ye geriledi. KS dozu 5 mg/gün'e düşürüldü. Bundan sonra bir sene boyunca hiç poliklinik takibine gelmedi. 2015'te proteinüri < 150 mg/gün, kreatinin 0,9 mg/dl saptandı. Önce MMF sonra siklosporin A doz azaltılarak kesildi. Kısa süre sonra proteinüri 2 g/gün'e yükselince daha az immunsupresyona maruz kalması için Aralık 2015'te 700 mg rituksimab tek doz uygulandı. İdamede metilprednizolon 4 mg/gün ile devam edildi. Proteinüri 400 mg/gün'e geriledi. Ancak 6 ay sonra tekrar 1,5 gram/gün proteinüri olması nedeniyle tekrar rituksimab tedavisi (15 gün arayla 500 mg'lık iki doz) uygulandı. Bir ay içerisinde proteinüri normale yaklaştı. Rituksimab'a bağlı önemli bir yan etki gözlenmedi. Hasta anjiyotensin konverteng enzim inhibitörü ve 4 mg/gün metilprednizolon tedavisi ile tam remisyonda izlenmektedir.

Sonuç: KS'e bağımlı/dirençli FSGS'li hastaları uzun süren immunsupresif tedavilerin istenmeyen etkilerine maruz bırakmak yerine rituksimab kullanmak daha avantajlı olur kanaatindeyiz. Ancak bunun için daha fazla hasta sayısı ile yapılacak prospektif, kontrollü, randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: FSGS, kortikosteroid direnci, Rituksimab

PS/GN-084

PRİMER ANJİYOPLASTİ İLE BAŞARILI REVASKÜLARİZASYON YAPILAN RENAL ARTER TROMBOZU OLGUSU

Yelda Deligöz Bilda¹, Ömer Celal Elçioğlu¹, Mehmet Ergelen², Meltem Gürsu¹, Rümeysa Kazancıoğlu¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

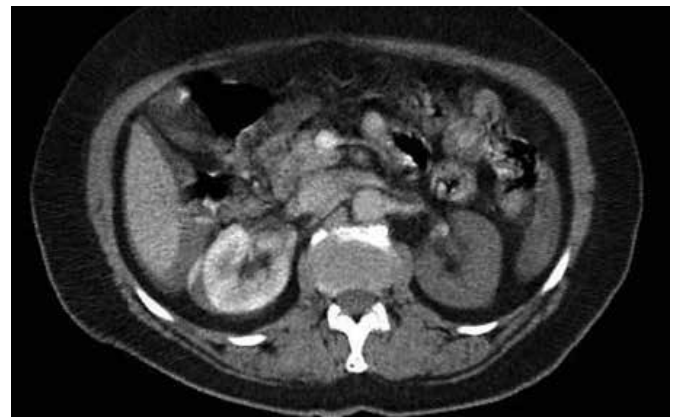
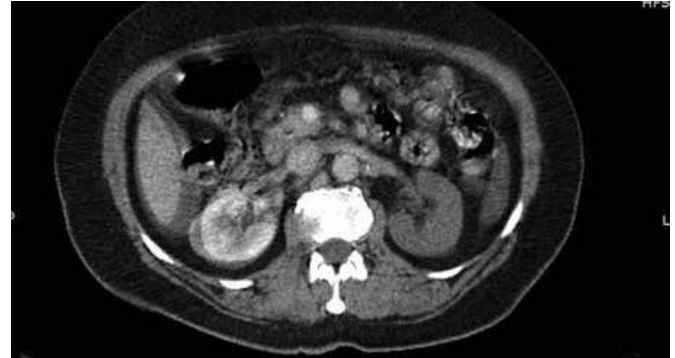
Giriş: Total renal arter trombozu nadir görülen trombozlardandır. Non-spesifik semptomlar olması nedeniyle tanı zordur. Ancak son zamanlarda bilgisayarlı tomografinin daha sık kullanılır olmasıyla tanı kolaylaşmıştır. Bu yazımızda hastanemiz acil servisine yan ağrısı nedeniyle başvuran bir renal arter trombozu vakası tartışılacaktır.

Vaka: Bezmialem Vakıf Üniversitesi Acil Servisi Polikliniğine karın ağrısı, bulantı ve kusma yakınmaları ile başvuran 67 yaşında kadın hastanın sol lomber bölgede ve sol üst karın bölgesinde olan ağrısının ani olarak başladığı. Sekiz yıldır esansiyel hipertansiyon tanısıyla izlenmekte olup telmisartan+hidroklorotiazid kullanmaktaydı. Bilinen kardiyak ritim bozukluğu veya anti-agregan kullanımını gerektiren koroner arter hastalığı öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde sol üst kadranda hassasiyeti ve solda kosto-vertebral açı hassasiyeti dışında özellik yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde laktat dehidrogenaz (LDH) düzeyindeki hafif yükseklik (270 U/L) dışında patoloji saptanmadı. Akut batın şüphesi nedeniyle çekilen kontrastlı batın tomografisinde (Resim-1 ve 2) sol renal arterin tıkalı olduğu gözlemlendi. Hasta angiografiye alındı. Sol renal arterden BMW ile geçildikten sonra balon dilatasyon yapıldı. Parsiyel akım izlendi ve yoğun trombüs nedeniyle abciximab uygulandı. Sonrasında kan akımı tam olarak sağlandı. Şikayetleri işlemin hemen sonrasında tamamen ortadan kalktı. 24 saat süreyle aktive parsiyel tromboplastin zamanını 50-75 saniye arasında tutacak şekilde heparin infüzyonu verildi. Ardından varfarin tedavisi başlandı. Tromboz etiyojisine yönelik yapılan tetkiklerinde paroksizmal atriyal fibrilasyon saptandı. Ancak intrakardiyak tromboz saptanmadı.

Sonuç: Kardiyak hastalık ve aritmiler renal arter trombozunun başlıca sebepleridir. Kardiyak ritim bozukluğu olan vakalarda, özellikle ani başlayan karın ve lomber ağrılarda batın içi organları besleyen arterlerin trombozu ayırıcı tanıda mutlaka akla gelmelidir. LDH düzeyinin yüksekliği her ne kadar organ iskemisi açısından uyarıcı olan başlıca laboratuvar parametrelerinden olsa da çok yüksek olmayan değerlerde de tanının hatırlanması iskemik süresinin kısa tutulması ve parankim hasarının engellenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Vakamızda olduğu gibi erken tanı konması halinde angiyoğrafik müdahale ile renal fonksiyonlarda bozulmanın önüne geçilebilir.

Anahtar Kelimeler: Renal arter tromboz, atrial fibrilasyon

Figürler :



PS/GN-085

KRONİK BÖBREK HASTALARINDA D VİTAMİN TEDAVİSİNİN İNSÜLİN DİRENCİ VE DİĞER METABOLİK PARAMETRELERE ETKİSİ

Mürvet Yılmaz¹, Aysegül Kudu¹, Sibel Koçak Yücel¹, Nadiye Sever¹, Fatih Gökhan Akbay¹, Arzu Özdemir Kayalar¹, Günden Değer¹, Şebnem Tekin Nejmman², Süheyla Apaydın¹

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji

²Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya

Amaç: Vitamin D eksikliği ile insülin direnci arasındaki ilişki çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir. 25(OH)D vitamin eksikliği veya yetersizliği olan kronik böbrek hastalarında (KBH) Dvit tedavisinin insülin direnci ve diğer metabolik parametrelere etkisinin araştırılması amaçlandı.

Hastalar ve metod: Çalışmaya 25(OH)D düzeyi 30'un altında olan, diyabetes mellitus olmayan, 138 KBH alındı. Sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, primer böbrek hastalığı, vücut kitle indeksi, sigara kullanımı) kayıt edildi. Biyokimyasal tetkikleri [açlık kan şekeri (AKŞ), üre, kreatinin, kalsiyum, fosfor, parathormon (PTH), total kolesterol, HDL ve LDL kolesterol, trigliserid, HbA1c] ve insülin direnci (HOMA-IR) bakıldı. Hastalara 8 hafta Dvit tedavisi (devit 3 damla) verildikten sonra tetkikleri tekrarlanarak sonuçlar kayıt edildi. Dvit replasmanının insülin direnci ve diğer metabolik parametrelere etkisi değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 138 (57 kadın, 81 erkek) KBH alındı. Tetkiklerinde AKŞ≥126 veya HbA1c≥6.5 olan 6 kişi, Dvit tedavisini yeterli dozda veya sürede kullanmayan veya kontrole gelmeyen 51 kişi olmak üzere toplam 57 kişi çalışma dışı bırakıldı. Sonuçta 81 hasta (35 kadın, 46 erkek, yaş ortalaması 52.36±16.17 yıl) değerlendirildi. Hastaların demografik verileri tablo 1'de sunulmuştur. Dvit tedavisi ile 25(OH)D düzeyi 13.36±6.67'den 48.74±14.59'a yükseldi (p=0.000).

Dvit tedavisi ile fosfor ve HDL kolesterolde artma, PTH ve LDL kolesterolde azalma saptandı. İnsülin direnci ve diğer parametrelerde değişiklik gözlenmedi (tablo 2). 25(OH)D düzeyi ile kalsiyum arasında pozitif, GFR ve PTH ile negatif korelasyon; HOMA-IR ile AKŞ, insülin, trigliserid arasında pozitif, GFR ve HDL kolesterol arasında negatif korelasyon saptandı (tablo 3).

Sonuç: KBH'da 25(OH)D düzeyi ile insülin direnci arasında korelasyon saptanmadı. Ayrıca KBH'da insülin direncinin düzeltilmesinde Dvit eksikliği/yetersizliğinin giderilmesinin yararı görülmedi.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek hastalığı, d vitamini, insülin direnci

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri

	Hastalar (n=81)
Yaş (yıl)	52.36±16.17
Cinsiyet (K/E)	35/46
Primer böbrek hastalığı (%) (HT/GN/Soliter böbrek/PBH/ Diğer/Bilinmiyor)	16/13.6/16/9.9/17.3/27.2
Vücut kitle indeksi	28.18±5.72
Sigara kullanımı (%) (İçmiyor/Halen içiyor/Bırakmış)	55.6/23.5/21

Tablo 2. Dvit tedavisinin laboratuvar verilerine etkisi

	Başlangıç	Tedavi sonrası	p
25(OH)D (ng/ml)	13.36±6.67	48.74±14.59	0.000
HOMA-IR	3.42±2.25	3.73±2.53	0.155
AKŞ (mg/dl)	98.53±9.33	99.44±10.20	0.393
İnsülin (mIU/l)	14.13±8.33	15.40±9.73	0.118
Üre (mg/dl)	63.31±39.89	61.23±37.84	0.258
Kreatinin (mg/dl)	1.81±1.13	1.79±1.17	0.682
GFR (mL/min/1.73 m ²)	55.64±36.39	56.35±35.99	0.570
Kalsiyum (mg/dl)	9.44±0.49	9.35±0.62	0.235
Fosfor (mg/dl)	3.20±0.89	3.66±0.84	0.001
PTH (pg/ml)	133.63±208.02	104.27±191.10	0.021
T. kolesterol (mg/dl)	195.79±43.91	190.60±47.51	0.209
HDL kolesterol (mg/dl)	47.13±14.22	49.45±16.01	0.009
LDL kolesterol (mg/dl)	120.11±37.73	112.14±38.95	0.032
Trigliserid (mg/dl)	147.27±76.42	147.09±82.64	0.978

Tablo 3. 25(OH)D ve HOMA-IR ile diğer değişkenlerin ilişkisi

	25(OH)D		HOMA-IR	
	r	p	r	p
HOMA-IR	0,215	0,054		
AKŞ	0,239	0,031	0,552	0,001
Açlık İnsülin	0,196	0,080	0,984	0,001
GFR	-0,268	0,015	-0,293	0,008
Kalsiyum	0,238	0,032	0,121	0,282
PTH	-0,234	0,038	-0,068	0,553
HDL kolesterol	-0,108	0,350	-0,381	0,001
Trigliserid	0,154	0,182	0,425	0,001

PS/GN-086

KALSİTRİOLE DİRENÇLİ HASTALARDA PARİKALSİTOLÜN ERİTROPOİETİNİN TÜKETİMİ ÜZERİNDEKİ ETKİLİLİĞİNİ DEĞERLENDİREN PROSPEKTİF KLİNİK ÇALIŞMA

Alaattin Yıldız¹, Tamer Sakacı², Gülşah Şaşak³, Şennur Köse⁴, Zerrin Bıçık Bahçebaşı⁵, Hasan Kayabaşı⁶, Mürvet Yılmaz⁷

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

³Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

⁴İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

⁵Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

⁶Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

⁷Bakırköy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Giriş: Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) olan hastalarda yüksek seviyede paratiroid hormonu (PTH) görülür ve PTH eritropoezi engelleyerek anemiye sebep olabilir. Bu çalışmanın amacı Parikalsitol'un EPO tüketiminde etkililiğinin ve güvenliliğinin ve kalsitriol dirençli KBH hastalarında hemodiyaliz (HD) esnasında PTH supresyonunun değerlendirilmesidir.

Yöntemler: Bu çalışma Aralık 2013 ve Nisan 2016 arasında yürütülmüştür ve ciddi sekonder hiperparatiroidizmi olan hastalar çalışmaya alınmıştır. Parikalsitol tedavisinin PTH seviyesinin düşürülmesinde, eritropoietin tüketiminde, yaşam kalitesinde ve biyokimyasal parametreler üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir.

Bulgular: Toplam 62 hasta çalışmaya alınmıştır ve çalışmayı çalışma protokolüne uygun olarak tamamlamış ve tüm vizitler için yeterli verisi bulunan 48 hasta istatistiksel analize dahil edilmiştir. Hastaların medyan yaşı 49.0 (yaş aralığı 19-82) olarak hesaplandı %54,2'si kadındır. Kırk beş hastanın EPO tedavisi hakkında bilgileri bulunmaktadı ve 36 hastanın (%80) EPO tedavisini takip döneminde sona ermiştir. Ortalama EPO dozu başlangıç vizitinde 35,8 (±15,0) IU/kg/enjeksiyon olarak tespit edilmiştir ve 6. Ay'da gerçekleşen vizitte (p<0.001) kayda değer bir şekilde 21,8'e (±19,7) IU/kg/enjeksiyon düşmüştür. Benzer bir şekilde, ortalama intakt PTH seviyeleri tedavi ile birlikte anlamlı oranda düşmüştür (918,0 vs. 692,5 pg/mL; p=0,002). Serum Ca (8,8 mg/mL'den 9,3 mg/mL'e, p=0,047) ve P (4,9 mg/mL'den 5,5 mg/mL'e, p=0,010) seviyelerinde az ama anlamlı bir yükseliş gözlemlenmiştir. Ortalama alkaline fosfatase seviyelerinde 225 U/L'den 173'e U/L (p<0.001) düşüş gözlemlenmiştir. Ortalama parikalsitol dozunda ve hsCRP seviyelerinde herhangi bir değişim tespit edilmemiştir. Medyan fibroblast büyüme faktörü 23 (FGF23) seviyeleri kademeli olarak artmıştır (3877 [aralık: 320-24400] - 6922 [aralık: 17-63041] kRU/L, p<0,001). SF-36 kullanılarak değerlendirilen sağlıkla ilgili yaşam kalitesi çalışma boyunca değişmemiştir.

Sonuç: Parikalsitol tedavisi, kalsitriole dirençli HD hastalarında PTH supresyonunu sağlamakta başarılı olmuştur. Parikalsitol tedavisi ile takip döneminde EPO dozu önemli derece düşürülmüştür. Üremik kemik hastalığı ve diyaliz maliyeti göz önünde bulundurduğunda parikalsitol tedavisinin kalsitriol tedavine göre daha üstün olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Parikalsitol, eritropoietin, paratiroid hormon, PTH, hemodiyaliz, kronik böbrek hastalığı

PS/GN-087

OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIĞINDA İDRAR DANSİTESİ İLE RENAL SAĞKALIM İLİŞKİSİ

Abdullah Özçelik¹, Bayram Kızılkaya¹, Umut Türkmen¹, Osman Zikrullah Şahin¹, Ekrem Kara¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı (ODPKBH), böbrek boyutlarında büyümeye neden olan bilateral renal kistlerle karakterize, multisistemik ve progresif böbrek fonksiyon kaybı ile seyreden bir hastalıktır. Vazopressin kist büyümesine ve gelişmesine neden olan c-AMP uyarısının potent bir aktivatörüdür. Bu yüzden ODPKBH tedavisinde hastaların günlük sıvı alımının arttırılması önerilerek vazopressin salınımının baskılanması, kistlerin

büyümesinin yavaşlatılması ve renal fonksiyonların korunması hedeflenir. İdrar dansitesi rutin olarak tam idrar tahlilinde raporlanan, vazopressin etkisinin dolayı ama basit ve kolay ulaşılabilir bir göstergesidir. Bu çalışmamızda ODPKBH'da idrar dansitesinin hastalık progresyonu ile ilişkisi olup olmadığını araştırmayı hedefledik.

Materyal-Metod: Bu retrospektif çalışmaya 2012-2016 yılları arasında nefroloji polikliniğinde ODPKBH tanısıyla düzenli takip ve tedavi edilen 18 yaş üstü toplam 60 hasta alındı. Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY), diyabetes mellitus, idrar yolu enfeksiyonlu ve tek böbrekli hastalar çalışmadan dışlandı. Tüm hastaların demografik bilgileri, biyokimyasal ve idrar tetkikleri hastane kayıt sistemden elde edildi. Günlük ortalama sıvı alımı miktarı hastalara ulaşarak elde edildi. Tahmini glomerüler filtrasyon hızı (e-GFR, ml/dk) MDRD formülü ile hesaplandı. Delta e-GFR (zamanla e-GFR değişimi) yıllık, total ve ortalama değişim olarak hesaplandı. Serum kreatininin ikiye katlanma süresinin kısa olması, hızlı progresyon olması (yıllık ortalama e-GFR düşüşü > 5 mL/dk) ve SDBY gelişmesi kötü renal sağkalım göstergeleri olarak kabul edildi. Hastalar başlangıç idrar dansitesine göre 2 gruba ayrıldı: grup 1= idrar dansitesi < 1010, grup 2= idrar dansitesi ≥ 1010 olanlar.

Bulgular: Çalışmamıza alınan toplam 60 hastanın (E/K: 27/33, ortalama yaş: 54.4±13.1 yıl) ortalama günlük sıvı alımı: 2052±786 ml, idrar dansitesi: 1009.8±4.8, serum kreatinin: 1.6±0.8 mg/dL, e-GFR: 50.9±28.7 ml/dk olarak saptandı (Tablo 1). Grup 1 (n=31) ve grup 2 (n=29) yaş, cinsiyet, proteinüri miktarı açısından benzerdi. Grup 2'ye kıyasla grup 1 hastalarının günlük sıvı alımlarının, serum üre, kreatinin, ürik asit değerlerinin daha fazla olduğu ve daha düşük e-GFR değerlerine sahip oldukları görüldü (Tablo 2). Renal sağkalım göstergelerine bakıldığında gruplar arasında kreatinin ikiye katlanma süresi, hızlı progresse olan hasta oranı, ortalama ve total e-GFR azalması açısından bir fark saptanmazken, grup 1 hastalarının 2. yıldaki e-GFR azalması ve SDBY gelişimi açısından daha kötü seyrettiği görüldü (Tablo 3). Hızlı progresyon gösteren hastaların (n=16) doğal progresyon gösteren hastalara (n=44) kıyasla daha hipertansif ve daha ağır proteinürik oldukları görüldü (Tablo 4). Çoklu regresyon analizinde proteinüri miktarının tek başına yaş, cinsiyet, günlük sıvı alımı, hipertansiyon, başlangıç e-GFR değeri ve idrar dansitesinden bağımsız olarak hızlı renal progresyon gelişimini öngören faktör olduğu saptandı (Tablo 5).

Sonuç: Başlangıç idrar dansitesi değeri ODPKBH'da renal sağkalımın iyi bir öngörücüsü değildir. Hipertansiyon varlığı ve proteinürinin fazla olması hızlı renal progresyon için risk faktörleridir. Proteinürinin şiddeti yaş, cinsiyet, günlük sıvı alımı, hipertansiyon varlığı, başlangıç e-GFR değeri ve idrar dansitesinden bağımsız olarak hızlı renal progresyon gelişimini öngören tek faktördür.

Anahtar Kelimeler: Polikistik böbrek hastalığı, idrar dansitesi, vazopressin, renal sağkalım

Figürler :

Tablo 1. Tüm hastaların başlangıç demografik ve laboratuvar verileri

Demografik	Ortalama±SD	Ortanca	Minimum	Maksimum
Yaş (yıl)	54.4±13.1	52	19	86
Cinsiyet (E/K)	27/33	---	---	---
Sigara (n, %)	8 (13.3)	---	---	---
HT (n, %)	29 (48.3)	---	---	---
Günlük sıvı alımı (mL)	2052±786	2000	500	4000
Laboratuvar				
Kan şekeri (mg/dL)	98.1±12.1	97	78	131
Üre (mg/dL)	58.7±26.1	50.5	20	146
Kreatinin (mg/dL)	1.6±0.8	1.3	0.3	3.8
e-GFR (mL/dk)	50.9±28.7	45	11	144
Ürik asit (mmol/L)	6.8±1.5	6.9	1.9	9.6
Sodyum (mmol/L)	139.5±2.4	139.5	132	143
Potasyum (mmol/L)	4.6±0.5	4.5	3.9	6.9
Kalsiyum (mg/dL)	9.3±0.5	9.3	7.7	10.5
İntakt PTH (pg/mL)	109.2±92.8	90	31	615
Ferritin (ng/mL)	91.1±88.9	57	3	380
ALT (U/L)	17.1±9.7	14	8	51
Albumin (g/dL)	4.0±0.3	4.2	3.3	5.1
Hgb (g/dL)	13.0±1.6	13	8.5	16.4
T. Kolesterol (mmol/L)	207.2±38.2	210	104	310
LDL (mmol/L)	132.4±34.6	132.5	44	229
Trigliserid (mmol/L)	148.8±75.5	123.5	50	397
CRP (mg/dL)	0.60±0.61	0.40	0.10	3.09
İdrar dansitesi	1009.8±4.8	1009	1000	1025
Proteinüri (mg/gün)	0.36±0.63	0.15	0.02	3.40

HT: Hipertansiyon, e-GFR: Glomerüler Filtrasyon hızı, İntakt PTH: Parathormon, CRP: C reaktif protein, T.Kolesterol: Total kolesterol, LDL: Düşük dansiteli lipoprotein, ALT: Alanin aminotransferaz, Hgb: Hemoglobin

Tablo 2. Grupların bazal demografik ve laboratuvar verileri.

	Grup 1 (n: 31)	Grup 2 (n: 29)	P
Demografik			
Yaş (yıl)	56.2±11.2	52.5±14.9	0.284
Cinsiyet (E/K)	15/16	12/19	0.586
Sigara (n, %)	5 (16.1)	3 (10.3)	0.189
HT (n, %)	14 (45.1)	15 (51.7)	0.239
Günlük sıvı alımı (mL)	2375±846	1818±664	0.029
Laboratuvar			
Kan şekeri (mg/dL)	99.7±13.6	96.1±10.0	0.325
Üre (mg/dL)	65.7±19.8	51.1±29.9	0.029
Kreatinin (mg/dL)	1.9±0.7	1.2±0.8	0.001
e-GFR (mL/dk)	35.3±13.7	68.2±31.2	<0.001
Ürik asit (mmol/L)	7.5±1.1	6.1±1.7	0.002
Sodyum (mmol/L)	139.3±2.3	139.8±2.4	0.412
Potasyum (mmol/L)	4.6±0.4	4.7±0.6	0.583
Kalsiyum (mg/dL)	9.2±0.5	9.3±0.4	0.596
İntakt PTH (pg/mL)	116.7±59.4	99.2±125.4	0.520
Ferritin (ng/mL)	86.9±72.4	96.8±108.7	0.702
ALT (U/L)	15.6±6.1	18.6±12.2	0.293
Albumin (g/dL)	4.0±0.3	4.1±0.4	0.967
Hb (g/dL)	13.0±1.8	13.0±1.3	0.977
T. Kolesterol (mmol/L)	203.1±41.1	213.0±34.6	0.454
LDL (mmol/L)	128.4±36.0	138.6±32.8	0.398
Trigliserid (mmol/L)	157.1±90.0	137.2±49.2	0.445
CRP (mg/dL)	0.61±0.53	0.58±0.71	0.891
İdrar dansitesi	1006.2±2.5	1013.6±3.6	<0.001
Proteinüri (mg/gün)	0.58±0.86	0.15±0.15	0.052

Tablo 3. Tüm hastaların ve grupların e-GFR değişiklikleri ve renal sağkalımı

	Tüm (n: 60)	Grup 1 (n: 31)	Grup 2 (n: 29)	P
Delta e-GFR (1 yıl)	-4.8±7.4	-4.4±6.1	-5.2±8.8	0.698
Delta e-GFR (2. Yıl)	-2.9±5.0	-4.8±3.2	-0.8±5.8	0.003
Delta e-GFR (3. Yıl)	-3.4±5.4	-3.8±3.0	-3.0±7.1	0.578
Delta e-GFR (Toplam)	-10.9±10.0	-13.0±7.3	-8.5±12.0	0.092
Delta e-GFR (Ortalama)	-3.6±3.3	-4.3±2.4	-2.8±4.0	0.092
Kreatinin doubling time (ay)	43.5±27.6	43.2±23.0	44.8±44.8	0.944
Hızlı progresse olanlar (n, %)	16 (26.6)	10 (32.2)	6 (20.6)	0.350
SDBY gelişimi (n, %)	13 (21.7)	10 (32.2)	3 (10.3)	0.040

Tablo 4. Doğal ve hızlı progresyon gösteren grupların bazal demografik ve laboratuvar bulguları

	Doğal progresyon (+) (n: 44)	Hızlı progresyon (+) (n: 16)	P
Demografik			
Yaş (yıl)	55.6±13.4	50.1±11.4	0.109
Cinsiyet (E/K)	18/25	9/7	0.324
Sigara (n, %)	6 (13.6)	2 (12.5)	0.924
HT (n, %)	17 (38.6)	12 (75)	0.012
Günlük sıvı alımı (mL)	1928±690	1894±966	0.058
Laboratuvar			
Kan şekeri (mg/dL)	95.9±10.3	106.3±15.0	0.133
Üre (mg/dL)	60.0±27.7	55.8±22.1	0.685
Kreatinin (mg/dL)	1.7±0.9	1.4±0.6	0.304
e-GFR (mL/dk)	49.0±28.1	56.1±30.9	0.273
Ürik asit (mmol/L)	6.7±1.5	7.1±1.6	0.510
Sodyum (mmol/L)	139.5±2.5	139.6±2.0	0.725
Potasyum (mmol/L)	4.7±0.6	4.5±0.3	0.307
Kalsiyum (mg/dL)	9.3±0.5	9.3±0.4	0.590
İntakt PTH (pg/mL)	108.0±100.7	112.4±69.8	0.720
Ferritin (ng/mL)	88.5±96.4	98.4±66.3	0.531
ALT (U/L)	17.5±10.7	15.3±2.8	0.585
Albumin (g/dL)	4.1±0.3	4.0±0.4	0.325
Hb (g/dL)	12.8±1.5	13.6±1.6	0.011
T. Kolesterol (mmol/L)	209.3±38.9	196.6±36.2	0.466
LDL (mmol/L)	135.0±35.9	121.5±28.6	0.364
Trigliserid (mmol/L)	146.7±70.9	159.5±102.6	0.711
CRP (mg/dL)	0.5±0.58	0.87±0.60	0.087
İdrar dansitesi	1010.1±4.5	1009.1±5.7	0.495
Proteinüri (mg/gün)	0.20±0.22	0.95±1.20	0.004

Tablo 5. Çoklu regresyon analizi ile hızlı renal progresyon gelişimini bağımsız öngören faktörler

Faktörler	P	Beta	%95 Güven Aralığı	En Alt	En Üst
Yaş	0.438	0.233	-0.021	0.045	
Cinsiyet	0.377	0.235	-0.246	0.611	
Hipertansiyon	0.430	-0.167	-0.561	0.253	
Günlük sıvı alımı	0.276	0.273	0.000	0.000	
İdrar dansitesi	0.862	-0.045	-0.048	0.041	
Başlangıç e-GFR	0.061	0.610	0.000	0.020	
Proteinüri	0.015	0.791	0.194	1.501	

PS/GN-088

KRONİK BÖBREK HASTALIĞINDA İNFLAMASYON PARAMETRELERİ ENFEKSİYON İLİŞKİSİSultan Naza Sipahi¹, Ahmet Karataş², Melda Dilek¹, Garip Bekvilavioğlu¹, Nurok Arık¹, Hayriye Sayarlıoğlu¹¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi²Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Kronik böbrek hastalarında enfeksiyon önemli ölüm nedenlerinden biridir. Enfeksiyon hastalıklarının erken tanısı ve tedavisi bu hasta grubunda morbidite ve mortaliteyi azaltmaya katkıda bulunabilir. Enfeksiyon hastalıklarının tanısında ve tedaviye yanıtın izleminde yaygın kullanılan inflamatuvar belirteçlerin kronik böbrek hastalarındaki tanıl ve prognostik önemine dair bilimsel literatür sınırlıdır. Çalışmamızda kronik böbrek hastalarında gelişen enfeksiyon hastalıklarının izleminde, kliniğimizde sıklıkla kullanılan prokalsitonin (PCT) ve C reaktif proteinin (CRP) önemini retrospektif olarak araştırdık.

Yöntemler: Çalışmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Nefroloji servisinde Mart 2012-Haziran 2014 tarihleri arasında yatan, enfeksiyon tanısı almış, 18 yaş ve üstü, kronik böbrek hastalığı olan 72 olgu dahil edilmiştir. Elde edilen verilerden hastaların kültürde üreme olması ve kültür üreme olamaması durumuna göre CRP ve PCT değerlerinin tanı koymada etkinliği değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 72 hastanın 38'i erkek olup tüm hastaların yaş ortalaması 63 ± 15'ti (20- 90). Hastalarda enfeksiyon parametresi olarak PCT ve CRP değerlerine bakıldı, aynı zamanda kültürde üreme durumları değerlendirildi. Tedavi öncesi ve sonrası CRP ile PCT farkının kültürde üreme durumunu öngörmeye tanıl karar verdirici özellikleri ROC eğrisi analiziyle incelendi. Belirlenen kesme değerlerine göre sensitivite, spesifite, pozitif ve negatif prediktif değerler hesaplandı.

Sonuç: Çalışmamızda elde edilen veriler ile tedavi sonrasında CRP değerindeki düşüşün kültürde üremeyi öngörmeye etkin olduğu sonucuna ulaşıldı. Ancak PCT değerindeki düşüş kültürde üremeyi öngörmeye etkin değildi. Kronik böbrek hastalarında PCT enfeksiyon hastalıklarındaki tanıl ve prognostik değeri hakkında sınırlı sayıda çalışma vardır. Çalışmamız CRP'in kronik böbrek hastalarındaki enfeksiyondaki belirteç olarak PCT'ye göre daha değerli olduğunu desteklemekle beraber hasta sayısının sınırlı olması çalışma sonuçlarını yorumlamayı güçleştirmektedir. Kronik böbrek hastalarında inflamatuvar belirteçlerin tanı ve prognostik yerini belirlemeye yönelik daha fazla sayıda hastayı içeren, prospektif çalışmalar bu hasta grubunda antibiyotik kullanımına dair kılavuzların geliştirilmesine de katkıda bulunacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek hastalığı, enfeksiyon, inflamasyon parametreleri.

PS/GN-089

DİYABETİK HEMODİYALİZ HASTALARINDA HbA1C DEĞİŞKENLİĞİNİN SAĞKALIM İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİGihan Uysal¹, Ahmet Karataş², Nurok Arık¹, Cem Biçen¹, Hayriye Sayarlıoğlu¹, Melda Dilek¹¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi²Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Hemodiyaliz yapılan hastalarda genel popülasyona göre ölüm ve hastaneye yatış oranları yüksek seyretmektedir. Diyaliz yapılan hastaların yaklaşık yarısını oluşturan diyabetik grupta ise sağkalm diyabetik olmayan gruba kıyasla daha kısadır. Tip 2 diyabetes mellitus hastalarında glukoz ve HbA1c değişkenliğinin artmasının, sağkalımı olumsuz yönde etkilediği gözlenmiştir. Çalışmamızda hemodiyaliz yapılan diyabetik hastalarda HbA1c değerinden bağımsız olarak HbA1c ölçümlerindeki değişkenlik ile sağkalm arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntemler: Çalışmamızda Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diyaliz Merkezinde Ocak 2006 ile Aralık 2014 tarihleri arasında hemodiyaliz yapılmış diyabetik böbrek yetmezliği hastaları retrospektif olarak değerlendirildi. En az bir yıl süreyle merkezimizde hemodiyaliz yapılmış ve en az dört adet HbA1c ölçümü olan hastalar çalışmaya alındı. Her hasta için HbA1c, hemoglobin ve glukoz ölçümlerinin değişkenliği hesaplandı. Değişkenlik ölçüsü olarak hemodiyaliz yaptığı sürede ölçülen HbA1c, hemoglobin ve glukoz ölçümlerinin standart sapma (SD) ve varyasyon katsayısı (CV) kullanıldı. Hastaların sağkalm süresi olarak hemodiyalize başladığı tarihten ölüm tarihi ya da halen yaşamakta ise son takip tarihine kadar olan süre olarak değerlendirildi. Bu parametreler kullanılarak sağkalm analizi yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya dâhil edilen 38 hastanın yaş ortalaması 62,1±11,8'di (24-81). Hastaların 20'si ölmüş, 18'i ise hala yaşıyordu. Hastaların ortalama sağkalm süresi 67,4±40,5 ay olarak tespit edildi. HbA1c değişkenliği ve sağkalm arasında istatistikî anlamlılık ilişkisi saptanmadı. Benzer şekilde glukoz ve hemoglobinin değişkenliğinin de sağkalm ile ilişkisi saptanmadı. Fakat ortalama hemoglobinin değeri ve sağkalm arasında istatistikî olarak anlamlı bir ilişki vardı (p: 0,003).

Sonuç: Hemodiyaliz yapılan diyabetik hastalarda HbA1c değişkenliğinin sağkalm üzerine normal böbrek fonksiyonuna sahip diyabetik hastalardakine benzer bir etkisini bulamadık. Bunun çeşitli sebepleri olabilir. HbA1c'nin diyaliz yapılan hastalarda ortalama glukoz düzeyini yansıtmadaki yetersizliği sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Ayrıca HbA1c değişkenliğinin sebep olduğu bu olumsuz etki, diyaliz ve KBH seyrinde sıklığı artan diğer eşlik eden diğer sağlık sorunlarının oluşturduğu olumsuz risk profilinin önüne geçememiş olabilir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik hemodiyaliz hastaları, hba1c değişkenliği, sağkalm.

PS/GN-090

AKUT BÖBREK HASARI TANISINDA YENİ BİR BİYOMARKIR OLARAK MYO-INOSİTOL OXYGENASE.Cuma Mertoğlu¹, Murat Günay¹, Ali Gürel², Mehmet Güngör³¹Tıbbi Biyokimya, Tıp Fak, Erzincan Üniversitesi, Erzincan, Türkiye²Nefroloji, Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erzincan, Türkiye³Biyokimya, Sivas Devlet Hastanesi, Sivas, Türkiye

Giriş: Akut böbrek hasarı (ABH) yüksek mortalite ve morbidite ile seyreden önemli bir böbrek hastalığıdır. Myo-Inositol oxygenase (MIOX) böbrek poksimal tübüllerine spesifik bir enzimdir. Bu çalışmada MIOX enzimi ve sistatin c nin AKI tanısında yerini araştırdık.

Yöntemler: 39 (19 kadın, 20 erkek) ABH hastası ve 38 (18 kadın, 20 erkek) sağlıklı kontrol alındı. Kalp hastalıkları, miyokard infarktüsü, sepsis, akut respiratuvar distres sendromu ve sistemik hastalığı olanlar hariç tutuldu. Serum MIOX ve sistatin c değerleri iki grup arasında kıyaslandı.

Bulgular: Serum kreatinin, BUN, MIOX ve sistatin c değerleri ABH grubunda daha yüksek bulundu. Receiver-operating characteristics (ROC) eğrisi analizinde eğri altında kalan alan (AUC) MIOX = 0.659, AUC sistatin c = 0.927 olarak bulundu. Cut off değeri 77.3 pg/ml alındığında MIOX'un ABH tanı koyma sensitivitesi 42.4, spesifitesi 86.1 olarak bulundu.

Sonuç: ABH hastalarında serum MIOX ve sistatin-c ölçümü iyi tanı değeri taşımaktadır. MIOX, ABH erken tanısında ileri çalışmalarda araştırılması gereken çok önemli bir renal spesifik enzimdir.

Anahtar Kelimeler: Akut böbrek hasarı, myo-Inositol oxygenase (MIOX) ve sistatin c

Tablo. ABH ve kontrol grubu biyokimyasal verilerinin karşılaştırılması (a ; p < 0.0001, b ; p < 0.05).

Parametre	Kontrol (mean±SD)	ABH (mean±SD)	p-değeri
BUN mg/dL	24.8±7.6	129.3±85.1	<0.0001a
Kreatinin mg/dL	0.9±0.1	3.0±1.5	<0.0001a
Sistatin c mg/dL	1.13±0.2	2.1±0.6	<0.0001a
MIOX pg/ml	56.2±27.6	70.2±28.9	0.0445b

PS/GN-091

MAYER- ROKİTANSKY- KÜSTER- HAUSER SENDROMU VE PELVİK UNİLATERAL EKTOPİK BÖBREKFeyza Bora¹, Emin Sancar¹, Fatih Palit¹, Hüseyin Koçak¹, Fethat Fevzi Ersoy¹¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Mayer- Rokitansky- Küster- Hauser sendromu (MRKH) sendromu kadınlarda görülür ve özellikle üreme sistemini etkiler. Bu durum vajina ve uterusun az gelişmesine veya tamamen yokluğuna neden olur. Sıklıkla MRKH 'in ilk belirtisi 16 yaşına kadar menstrüasyon olmamasıdır.(primer amenore)

Olgu: 18 yaşında kadın hasta karın ağrısıyla ve adet görmeme şikayetiyle başvurduğu merkezden ileri tetkik ve tedavi amaçlı hastanemize başvurdu. Fizik muayenede: tansiyon 110/70 mmHg Nb:80/dk Vücut kitle oranı:18,4 PTÖ:-/- Yapılan tetkiklerinde kreatinin:0,7 mg/dl(GFH:124 ml/dk) Tam idrar analizinde dansite:1029 ph:5 ,Spot idrarda total protein/ kreatinin:0.07 mg/mg tespit edildi. Yapılan renal USG'sinde sağ böbrek izlenmedi. Sol böbrek normal lokalizasyonda olmayıp, pelvik alanda mesane sol süperolateral komşuluğunda barsak ansları arasında uzun aksı ~107 mm ölçülen, parankim kalınlığı ~21 mm ölçülen ektopik böbrek olarak izlendi (pelvik ektopik böbrek). Böbrek hilusu anterolateral yerleşimliydi (rotasyon anomalisi) Hasta genel önerilerle yıllık takibe çağrıldı.

Tartışma: Mayer-Rokitansky Küster-Hauser (MRKH) sendromu, çeşitli rahim gelişimleri ile vajinanın doğuştan yokluğu anlamına gelir. Altta yatan etyoloji bilinmemesine rağmen Müllerian kanal sisteminin hipoplazisi veya agenezisinden kaynaklanır.WNT4 genindeki mutasyon kaybının normal dışı cinsel gelişimi için bir rol oynayabileceği düşünülmektedir. Vajinal agenezinin en yaygın belirtilen insidansı 1 /5000 (1/4000-1/ 10.000 kadın) 'dir. Buna ek olarak, bu kızlar genellikle ekstrasjenital anormallikler de sergilerler. Yaklaşık % 25- 50' sinde ürolojik anomaliler; tek taraflı renal agenezi, pelvik veya at nalı böbrekler, toplayıcı sistemin düzensizlikleri ve % 10 – 15' inde omurga, kaburga ve ekstremiteleri de içeren iskelet sistemi anormallikleri olabilir. Diğer az rastlanan anomaliler konjenital kalp lezyonları, el anomalileri, sağırılık, yarık damak , kasık veya femoral fıtık sayılabilir. Bu vaka nadir görülmeye sıklığı ,ünilateral ve ektopik yerleşimli böbreği olan kadın hastada diğer anormallilerin de göz önünde bulundurulması açısından sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Mayer- rokitansky- küster- hauser sendromu , unilateral böbrek , ektopik böbrek , renal malrotasyon

PS/GN-092

İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALIKLARINDA RENAL TAŞ GELİŞİMİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERMevlüt Tamer Dincer¹, Serkan Feyyaz Yalın¹, Sinan Trabulus¹, Nurhan Seyahi¹, Aykut Ferhat Çelik², Mehmet Rıza Altıparmak¹¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları A.b.d, Nefroloji Bilim Dalı²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları A.b.d, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Amaç: İnflamatuvar barsak hastalığı (İBH) tanısı ile takip ve tedavi edilen hastalardaki renal taş gelişimi (sıklığı, demografik, klinik, laboratuvar ve histopatolojik bulguları) ve bunları etkileyen faktörleri incelemeyi amaçladık.

Hastalar ve Yöntem: 2000 - 2016 yılları arasında İBH tanısı ile takip ve tedavi edilen hastaların dosya bilgileri retrospektif olarak aynı araştırmacı tarafından incelendi. Çalışmaya klinik, endoskopik ve histopatolojik olarak İBH tanısı alan, 18 yaş ve üzeri hastalar dâhil edildi. Hastaların demografik özellikleri, ek hastalıkları, yakınmaları, fizik muayene, laboratuvar, endoskopi ve biyopsi bulguları, hastalık aktiviteleri ve tedavileri, böbrek tutulumu ve böbrek tutulumu ile ilişkili olabilecek faktörler hasta dosyalarından kaydedildi. İstatistiksel analiz olarak kategorik verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi ve Fisher Exact testi, parametrelerin gruplar arası karşılaştırılmasında ise Mann Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular: İBH tanısı ile takip edilen 1874 hastanın 1055' inde ülseratif kolit (ÜK), 819' unda ise Crohn Hastalığı (CH) tanısı mevcuttu. İBH olan 1874 hastanın 90' ında (% 4,8) renal kalkül saptandı. Tablo 1 ve 2' de Crohn hastalığı ve ülseratif kolit tanılı renal kalkül saptanan hastaların ve kontrol grubunun demografik özellikleri ve ek hastalıkları ve her iki grubun karşılaştırılması gösterilmiştir. ÜK tanılı hastalarda renal kalkül varlığı 45 olguda (% 4,3) bulundu. CH olan olguların ise 45' inde (% 5,5) renal kalkül saptandı. CH tanılı renal kalkül saptanan hastalarda serum CRP düzeyi daha yüksek saptandı ve bu grupta anti-TNF tedavi kullanımı ve cerrahi rezeksiyon sıklığı daha fazla izlendi. ÜK tanılı renal kalkül saptanan hastalarda serum kreatinin düzeyi daha yüksek, serum albümin ve potasyum düzeyleri daha düşük saptandı, cerrahi rezeksiyon açısından anlamlı fark saptanmadı. CH tanılı renal taş gelişen olguların büyük bir bölümünde hastalık aktivitesinin yüksek olduğu izlendi.

Sonuç: İBH' nda nefrolitiazis en sık görülen böbrek tutulum şeklidir ve hastalık aktivitesi ve cerrahi rezeksiyon ile ilişkili bulunmuştur

Anahtar Kelimeler: İnflamatuvar barsak hastalıkları, böbrek taşları

Tablo 1. Crohn hastalığı tanılı renal kalkül saptanan hastaların ve kontrol grubunun demografik özellikleri ve ek hastalıkları

Crohn hastalığı	Renal kalkül saptananlar n = 45 (%)	Kontrol grubu n = 45 (%)	p
Yaş (ortalama)	46,6 ± 12,0	46,9 ± 14,7	NS
Cinsiyet (Erkek/Kadın)	27 (60)/ 18 (40)	27 (60)/ 18 (40)	NS
Sigara kullanımı	27 (60)	33 (73,3)	NS
Alkol kullanımı	6 (13,3)	4 (8,9)	NS
Analjezik kullanımı	7 (15,6)	4 (8,9)	NS
Ailede İBH	12 (26,7)	9 (20,0)	NS
Diabetes mellitus	1 (2,2)	1 (2,2)	NA
Hipertansiyon	2 (4,4)	2 (4,4)	NA
Diğer ek hastalıklar(Romatolojik , Kronik Hepatit,KAH, Malignite)	5 (11,2)/2 (4,4)/0 (0,0)/2 (4,4)	3 (6,7)/0 (0,0)/1 (2,2)/1 (2,2)	NS

Tablo 2. Ülseratif kolit tanılı renal kalkül saptanan hastaların ve kontrol grubunun demografik özellikleri ve ek hastalıkları.

Ülseratif kolit	Renal kalkül saptananlar (n:45) n (%)	Kontrol grubu (n:60) n (%)	p
Yaş (ortalama)	55,6 ± 16,2	52,7 ± 12,6	NS
Cinsiyet (Erkek/Kadın)	26 (57,8)/19 (42,2)	28 (46,7)/32 (53,3)	NS
Sigara kullanımı	20 (44,4)	24 (40)	NS
Alkol kullanımı	5 (11,1)	8 (13,3)	NS
Analjezik kullanımı	9 (20)	4 (6,7)	NS
Ailede İBH	6 (13,3)	7 (11,7)	NS
Diabetes mellitus	6 (13,3)	2 (3,3)	NS
Hipertansiyon	13 (28,9)	4 (6,7)	0,003
Diğer ek hastalıklar(Romatolojik/Kronik Hepatit/KAH/Malignite)	3 (6,7)/1 (2,2)/3 (6,7)/1 (2,2)	2 (3,3)/1 (1,7)/3 (5,0)/0 (0,0)	NS

PS/GN-093

MALİGN LENFOMA İNFLTRASYONUNA BAĞLI AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ VE TEDAVİ SONRASI TAM REMİSYON**Belda Dursun¹, Melis Yorulmaz², Sibel Hacıoğlu², Nagihan Yalçın³, Nilay Şen Türk³**¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bd²Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Hematoloji Bd³Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Bd

Böbreğin lenfomatöz infiltrasyonuna bağlı akut böbrek yetmezliği klinikte nadir görülmekte olup, erken tanı ve tedavi hayat kurtarıcı olabilmektedir.

46 yaşında erkek hastanın öyküsünden başvurusundan bir yıl önce horlama ve gece terleme yakınmaları olduğu ve bu nedenle adenektomi operasyonu geçirdiği öğrenildi. Bir hafta önce başlayan halsizlik, baş ağrısı, tansiyon yüksekliği nedeniyle araştırıldığında serum kreatinin 1.0 mg/dl' den 2.5 mg/dl'ye yükselmesi üzerine nefroloji bölümüne yönlendirilmişti. Hasta başvuru anında halsiz görünümde olup, TA 160/100 mmHg, nabız 80/dk ritmik, ateş 36.7 C, dahili sistem muayenesinde başka belirgin patolojik özellik saptanmadı. Laboratuvar incelemesinde BUN: 26 mg/dl, serum kreatinin 2.63 mg/dl, CRP: 5 mg/dl, eritrosit sedimentasyon hızı 62 mm/saat, hgb 13.6 g/dl, Bk 8000 K/uL, trombosit 299.000 K/uL, tam idrar tetkikinde dansite 1010, protein negatif, eritrosit ve lökosit negatif saptandı. 24 saat idrar volüm 2700 cc, kreatinin klirensi 27 ml/dk, protein 805 mg/gün idi. Hepatit markerları, C3, C4, ANA, antidsDNA, ANCA, anti GBM, serum ve ve tümör markerlarında aktif özellik saptanmadı. Batın USG'de böbrek boyutları artmış olup sağ 121 x 29mm, sol boyutu 118 x20mm, parankim kalınlıkları 20 mm, ekojenite doğal olarak saptandı. Akciğer grafisinde mediastenin genişlemiş olduğu görüldü. Akciğer ve mediasten MR tetkikinde ön mediasten sol yarısında lobüle konturlu 90x74 mm boyutlu kitle saptandı. Boyun BT2de en büyüğü 4 mm lenf nodları, ve lingula tonsil lokalizasyonlarında öncelikle tonsil hipertrofi lehine değerlendirilen yumuşak doku dansite artımları saptandı. İzleminde böbrek fonksiyonları giderek kötüleşen ve idrar miktarı azalan, serum kreat 8.5 mg/dl yükselen ve GFR 4 ml/dk düşen hastaya hemodiyaliz tedavisi başlatıldı. Böbrek biyopsisinde glomerül yapısı doğal, interstisyumda diffüz paternde blastik morfolojide hücrelerden oluşan infiltrasyon, TdT (+) blastik hücre oranı %100 dolayında saptandı. Mediastinal kitle tru-cut biyopside neoplastik lenfoid hücreler TdT %100 (+) idi. Kemik iliği biyopsisinde özellik saptanmadı. Hasta, T hücreli lenfoblastik lenfoma ve böbrek infiltrasyonu tanısıyla hiperCVAD (siklofosamid, vinkristin, adriamisin, deksametazon) ve yüksek doz metotreksat-sitosin arabinozid başlandı. Kemoterapiyi takiben süreçte böbrek fonksiyonlarda belirgin düzelmeye başladı ve hasta hemodiyaliz tedavisinden bağımsız hale geldi. Tedavisi sonrası 8. ayda görüntüleme mediastinal kitlede tam regresyon saptanmış olup halen serum kreat 1.3 mg/dl, 24 saat idrar kreatinin klirensi 68.5 ml/dk, proteinüri 127 mg/gün olarak böbrek fonksiyonları stabil seyretmektedir.

Böbreklerin lenfoma infiltrasyonu hematojen veya retroperitoneal yolla yayılımla gerçekleşir. Bu olguda olduğu gibi lenfomanın ilk prezentasyonu oligürik veya non-oligürik akut böbrek yetmezliği şeklinde karşımıza çıkabilir, prognoz genellikle kötü olup erken tanı hayat kurtarıcı olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut böbrek hasarı, lenfoma

PS/GN-094

SAĞLIKLI BİREYDE YÜKSEK DOZ METFORMİN ALINIMINA BAĞLI GELİŞEN LAKTİK ASİDOZ OLGUSU**Ali Bakan¹, Berrak Sahtiyancı², Recep Demirci¹, İrem Kırış Utku², Mehmet Mor², Deniz İncaman², Ömür Tabak², Abdulkali Kumbasar²**¹İstanbul Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi Nefroloji Bölümü²İstanbul Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Metformin , Tip 2 diabetes tedavisinde kullanılan biguanid türü bir ilaçtır(1). Laktik asidoz,metformin tedavisi ile nadir görülen ciddi bir yan etkidir,insidansı 3-9/100000 dir(2).Metformin ilişkili laktik asidoza bağlı mortalite oranı oldukça

yüksektir. Laktat düzeyinin prognoz üzerine etkisi olmadığı gösterilmiştir(3,4). Literatürde az sayıda metformin zehirlenmesine bağlı laktik asidoz tanımlanmıştır. Biz de olgumuzu sağlıklı bireyde metformin zehirlenmesi ve buna bağlı gelişen laktik asidoz tablosu olması nedeniyle sunuyoruz .

Olgu: Otuzbeş yaşında kadın hasta.Bilinen hastalık öyküsü yok.Hasta kusma ve aşırı halsizlik ile acile mürcat etmiş.İntihar amacıyla 10 gram metformin almış. Acile servise, getirildiğinde genel durumu orta ,bilinci açık,koooperasyon kısıtlı idi..FM'de batında hassasiyet dışında özellik yoktu. TA:90/50 mm/hg,glukoz 32mg/dl kan gazında (tablo-1); ph:7.2,pcO2:29,po2:37,hco3:13,3,lactat:6.2,an yon açığı:20,2 saptandı .takiplerinde ph:6.8,pcO2:21,po2:65,hco3:2,lactat:14.2 hemodiyalize planlandı.Hemodiyaliz sonrası kan gazı ph:7.5,Hco3:21,lactat:2 idi. Takiplerinde laktik asidoz gelişmedi salah ile taburcu edildi.

Tartışma: Laktik asidozun iki tipi mevcut;tip A ,doku hipoksisi ile ilişkilidir,daha çok sepsiste oluşur.Tip B ,doku hipoksisi olmadan gelişen metformin zehirlenmesi ile ilişkili olan formdur(5,6) Laktik asidoz genelde yüksek dozlarda ve renal yetmezlik gibi ilaç atılımının güçleştiği durumlarda gelişir.(1)Bizim olgumuzda renal ve karaciğer yetmezliği bulunmamasına rağmen yüksek dozda metformin alınımına bağlı olarak laktik asidoz gelişmiştir.Metformin zehirlenmesi tedavisinin temeli destek tedavisidir.Laktat klirensi ve asidozun tedavisinde hemodiyaliz önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Metformin,laktik asidoz

Tablo 1. Kan gazı sonuçları

	Ph	po2	pcO2	hco3	anyon açığı	laktat
Acile ilk başvuruda	7.2	37	29	13	20	6.2
2 saat sonra	6.8	65	21	2	39	14.2
Hemodiyaliz sonrası	7,5	34	27	21	12	2.9

KAYNAKLAR

- 1) Soderstrom J,Murray L,Daly FF,Little M.Toxicology case of the month:oral hypoglycaemic overdose.Emerg Med J 2006;23(7):565-7
- 2) Stang M,Wysowski DK,Butler-Jones D.Incidence of lactic acidosis in metformin users.Diabetes Care 1999;22(6):925-7
- 3) Lalau JD,Race JM.Lactic acidosis in metformin-treated patients. Prognosticvalue of arterial lactate levels and plasma metformin concentrations.Drug Saf 1999;20(4):377-84
- 4) Mallick S.Metformin induced acute pancreatitis precipitated by renal failure.Postgrad Med J 2004;80(942):239-40
- 5) Heaney D,Majid A,Junor B.Bicarbonate haemodialysis as a treatment of metformin overdose.Nephrol Dial Transplant 1997;12(5):1046-7.
- 6) Galea M,Jelacin N,Bramham K,White I.Severe lactic acidosis and rhabdomyolysis following metformin and ramipril overdose.Br J Anaesth 2007;98(2):213-5

PS/GN-095

UNİLATERAL NEFREKTOMİLİ HASTALARDA UZUN DÖNEM KARDİOVASKÜLER RİSKİN DEĞERLENDİRİLMESİ**Sultan Özkurt¹, Yusuf Karavelioğlu², Macit Kalcık³, Ahmet Musmul⁴**¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,nefroloji Bd²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi,kardiyoloji Ad³Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi,kardiyoloji Bölümü⁴Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,biyostatistik Ad

Giriş: Unilateral nefrektominin hipertansiyon, proteinüri, kardiyovasküler risk gibi uzun dönem sonuçları hakkında çelişkili bilgiler bulunmaktadır. Egzersiz esnasında oluşan hemodinamik değişiklikler kardiyovasküler hastalıkların belirleyicisi olabilir ve hastanın mevcut kardiyovasküler durumu hakkında bilgi verebilir. Egzersize yanıt olarak aşırı kan basıncı yükselmesi "egzersize hipertansif yanıt"(HRE) olarak değerlendirilir ve istirahatte normal kan basıncına sahip olan kişilerde unborn HT'un habercisi olabilir.Unilateral nefrektomili hastalarda

GFR'deki düşüşün mutlak kan basıncı düzeyini etkilenmeksizin sirkadiyen kan basıncı ritmindeki bozuklukla ilgili olduğuna dair endişeler bulunmaktadır ve kan basıncındaki sirkadian ritmin kısmen böbrekler tarafından belirlendiği düşünülmektedir. Bu çalışmada donör dışı herhangi bir nedenle unilaterale nefrektomi yapılan geç dönemdeki normotansif ve böbrek fonksiyonları korunmuş hastalarda kan basıncındaki gündüz-gece değişimini ve egzersize hipertansif cevabı değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntemler: Çalışmaya yaş ortalaması 43,41±9,99 yıl, 15'i erkek (%46,9) 32 unilaterale nefrektomi yapılan hasta ve yaş ortalaması 47,00±6,13 yıl, 17'i erkek (%42,5) sağlıklı kontrol grubu alındı. Her iki grupta da ofis kan basıncı ölçümü, ambulator kan basıncı ölçümü, treadmill egzersiz testi ve rutin laboratuvar analizleri çalışıldı.

Bulgular: Nefrektomi süresi ortalama 12 (9-22) yıl idi. Median eGFR (CKD-EPI) değeri nefrektomili hastalarda %10 daha düşük bulundu, hastalarda eGFR 85,05 (76,00-97,85) ml/dk, kontrol grubunda 93,20 (84,53-104,95) ml/dk (p=0.140) idi ve anlamlı istatistiksel fark yoktu. Spot idrarda protein/Cr oranı hastalarda 0.137 (0.068-0.254), kontrol grubunda 0.087 (0.05-0.116), (p=0.011) olup, nefrektomili hastalarda anlamlı yüksekti ancak 150 mg'ın altındaydı. Ofis kan basıncı ölçümleri ve kalp hızları gruplar arasında benzerdi. Hasta ve kontrol grubunda dipper-nondipper oranları (p=0.064) ve ABP değerleri benzer bulundu. Treadmill egzersiz testi sonuçları ve egzersize hipertansif cevap da gruplar arasında benzer bulundu.

Sonuç: Bu çalışma unilaterale nefrektomiden 1 dekad sonra kardiyovasküler riskin artmamış olduğunu göstermiştir. Bu çalışmadan yola çıkarak sıkı sağlık kontrolünden geçirilen genç donör adaylarının kardiyovasküler riskinin normal popülasyonla benzer olacağı söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Nefrektomi, dipper, nondipper, egzersiz

PS/GN-096

KRONİK BÖBREK HASTALIĞI OLAN HASTALARDA HASTALIK PROGRESYONUNA ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ; BİR MERKEZİN DENEYİMİ

Selami Bayram¹, Feyza Bora², Funda Sarı², Hüseyin Koçak², Ramazan Çetinkaya², Fevzi Ersoy², Gültekin Süleymanlar²

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

Kronik böbrek hastalığı (KBH), dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Böbrek hastalığının ilerlemesine katkıda bulunan birçok risk faktörü bildirilmiştir. Bu risk faktörlerinin erken dönemde tanımlanması ve kontrolü birçok hastada hastalığın progresyonunu ve hastalığın son döneme ulaşmasını yavaşlatmaktadır. Bu çalışmada, Evre III-V KBH 1 olan hastalarda demografik, klinik, laboratuvar ve tedaviye ilişkin parametrelerin hastalığın ilerleme hızına etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışmada, 2009-2016 yılları arasında Üniversite Hastanemiz Nefroloji Bilim Dalı Düşük Klirens Polikliniğinde izlenen Evre III-V KBH 1 olan toplam 737 hastanın tıbbi kayıtları nın retrospektif değerlendirilmesi yapılmıştır. 464'ü (%63) erkek, 273'ü (%37) kadın olan hastaların yaş ortalaması 61.02±15.20 yıl, ortalama izlem süresi ise 25,03±16,68 ay (aralık 0,13-78,70 ay) idi. Hastalar yıllık GFH düşüş hızına göre iki gruba ayrıldı. GFH düşüş hızı ≥5 ml/dk/yıl ise "hızlı ilerleyen", <5 ml/dk/yıl ise "yavaş ilerleyen" KBH olarak belirlendi. Hastaların klinik, laboratuvar ve tedaviye ilişkin parametreleri değerlendirmeye alındı. İstatistik analizinde sayısal parametreler student t testi; kategorik parametreler ki-kare ve Fischer's Exact testleri ile karşılaştırmalar yapıldı. P değerinin <0.05 olması anlamlı kabul edildi.

"Hızlı ilerleyen" grup toplam 242 (161 erkek, 81 kadın, yaş ortalaması 57,83±15,53), "yavaş ilerleyen" grup ise 495 (303 erkek, 192 kadın, yaş ortalaması 62,58±14,80) hastadan oluşuyordu. İki grubun demografik, klinik, laboratuvar bulguları ve tedavi özellikleri açısından karşılaştırmalı sonuçları Tablo1 de gösterilmiştir.

Sonuçlarımız, KBH'nin progresyonunda bazal GFH'nin, yüksek proteinüri düzeyinin, düşük serum albümin düzeyinin, hiperfosfateminin, ESA kullanımı gereğinin ve düşük RAS blokeri kullanım oranının önemli risk faktörleri olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgular, KBH'nin tıbbi tedavisinde üremik komplikasyonların kontrolünün ve RAS blokerlerinin kullanımının önemli olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek hastalığı, progresyon faktörleri

Tablo:

	GFH <5 ml/dk/yıl (n=495, %67,2)	GFH ≥ 5 ml/dk/yıl (n=242, %32,8)	
Yaş (yıl)	62,58 ± 14,80	57,83 ± 15,53	<0.001
≥ 65	48,5	36	0,002
Cinsiyet (%)			0.168
ERKEK	61,2	66,5	
KADIN	38,8	33,5	
DİABETES MELLİTUS (%)	38,4	38	0,936
HİPERTANSİYON (%)	79,8	73,1	0,048
KORONER ARTER HASTALIĞI (%)	9,3	10,7	0,597
KALP YETMEZLİĞİ (%)	8,7	6,6	0,387
BUN (mg/dl)	46,04±19,02	52,83±17,09	<0,001
Kreatinin (mg/dl)	2,97±1,51	3,59±1,32	<0,001
Glukoz (mg/dl)	110,54±45,85	111,17±39,84	0,856
Albümin (g/dl)	4,23±0,44	4,16±0,46	0,031
LDL (mg/dl)	111,82±32,18	116,13±35,97	0,126
Trigliserid (mg/dl)	148,53±72,92	158,29±89,06	0,151
Potasyum (mEq/l)	4,88±0,72	4,97±0,93	0,172
Kalsiyum (mg/dl)	9,27±0,62	9,2±0,55	0,191
Fosfor (mg/dl)	3,99±0,83	4,3±0,78	<0,001
PTH (pg/ml)	159,01±153,6	168,24±108,11	0,355
Ürik asit (mg/dl)	6,87±1,44	6,69±1,19	0,111
Hemoglobin (g/dl)	11,88±1,69	11,65±1,48	0,063
Bikarbonat (mEq/l)	22,78±4,05	22,30±3,08	0,108
HbA1c (%)	6,79±3,74	6,91±5,89	0,803
Proteinüri (g/gün)	1,40±2,13	2,07±1,89	<0,001
ADEI/ARB (%)	23	12,8	0,001
Statin (%)	29,9	3,06	0,864
D vitamini (%)	40,4	46,7	0,113
ESA kullanımı (%)	7,3	12	0,038

PS/GN-097

DEKSKETOPROFENE BAĞLI RABDOMİYOLİZ, CİLT DÖKÜNTÜSÜ VE AKUT BÖBREK HASARI: 2 OLGUEnver Yüksel¹, Şehmus Özmen¹, Ramazan Danış¹¹Diyarbakır Gaziyaşarıl Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Bölümü

Rabdomiyoliz; İskelet kası liflerinin akut nekrozu ve hücre içeriğinin dolaşıma karışmasıyla giden klinik ve biyokimyasal bir sendromdur. Alkol, ilaçlar, kas hastalıkları, travma, elektrik çarpması, nöroleptik malign sendrom, nöbetler, hareketsizlik, enfeksiyon, ağır fizik aktivite, güneş çarpması ve yanıklar gibi sebeplerle ortaya çıkabilir. Akut böbrek hasarı (AKH) rabdomiyolizli hastaların 10–40% görülen en ciddi komplikasyondur. Deksketoprofen trometamol non-steroid anti-enflamatuvar (NSAID) gurubu bir ilaçtır. Deksketoprofen trometamol bağlı ramdomiyoliz ve akut böbrek hasarı çok nadirdir ve literatürde bir olgu sunumu bildirilmiştir. Bu yazıda, deksketoprofen trometamole bağlı rabdomiyoliz ve akut böbrek hasarlı iki olgu sunulmuştur

Olgu 1: Bilinen kronik bir hastalığı olmayan 43 yaşında erkek hasta 2 gün önce soğuk algınlığı nedeniyle 2 tablet arvaless almış. Hasta dün yaygın vücut ağrısı nedeniyle dış merkeze başvurmuş. Fizik muayenesi normal olan hastanın arvaless dışında ilaç almadığı, soğuğa maruz kalmadığı, uyusturu madde tüketmediği, elektrik çarpmasına maruz kalmadığı, ot ve benzeri meddeler kullanmadığı öğrenildi. acil servisimizde yapılan tetkikler tablo:1’ de gösterilmiştir. Hastanın tiroid ve elisa tetkikleri normal idi. Hastanın idrar tetkikinde 25 lökosit dışında anormal bir patolojisi yoktu. Hasta kontrollü bir şekilde serum fizyolojik ile hidrate edildi ve alkalın tedavisi verildi. Takiplerinde günlük 1500 civarı idrar çıkışı olan hastanın takibinin altıncı gününde kreatin değeri 11 mg/dl kadar çıktı. Bulantı kusmaları olan ve ödemleri gelişen hasta juguler kateter açılarak hemodiyalize alındı. Toplam 3 seans hemodiyalize alınan hastanın idrar çıkışının artması ve kreatinin değerlerinin düşmesi üzerine hastada hemodiyaliz stoplandı. Takiplerinde hastanın kreatinin değerlerinin normale düşmesi ve günlük idrar çıkışının 2000 cc’ye kadar olması üzerine ayaktan takip edilmek üzere polk çağrıldı.

Olgu 2: Bilinen kronik bir hastalığı olmayan 17 yaşında erkek hasta 2 gün önce baş ağrısı nedeniyle 1 tablet arvaless almış. Dün vücudunda yaygın bir şekilde alerjik döküntüleri olan hasta acil servisimize başvurmuş. Burada yapılan tetkiklerde kreatinin kinaz düzeylerinin 11000 olması nedeniyle hasta rabdomiyoliz ön tanısıyla yatışı yapıldı. Fizik muayende normal olan hastanın arvaless dışında ilaç almadığı soğuğa maruz kalmadığı uyusturu madde tüketmediği, elektrik çarpmasına maruz kalmadığı ve ot ve benzeri meddeler kullanmadığı öğrenildi. Hastanın başvuru tetkik sonuçları tablo 2 gösterilmiştir. Hastanın tiroid ve elisa tetkikleri normal idi. Hasta ramdomiyoliz ön tanısıyla yatışı yapıldı. Hasta günlük 3000 cc hidrasyon ve alkalın tedavisi başlandı ve günlük böbrek fonksiyon testleri ve CK testleri istendi. Takiplerinde böbrek fonksiyon testlerinde yükseklik gelişmedi. Yatışının 7. gününde CK düzeyleri 900 kadar düştü. Hasta ayaktan polk takiplerine gelmek üzere taburcu edildi

Anahtar Kelimeler: Deksketopropene, rabdomiyoliz ve akut böbrek hasarı

Tablo 1.

Glukoz	95	mg/dl
Üre	178	mg/dl
Kreatinin	7.99	mg/dl
t. bil	0.4	mg/dl
AST	772	U/L
AST	165	U/L
LDH	1510	U/L
CK	1421	U/L
AMİLAZ	91	U/L
CA	9.0	mg/dl
P	5.0	mg/dl
NA	134	mmol/L
K	5.2	mmol/L
CRP	27	Mg/L
WBC	6.7	10 ³ /mL
HB	13.8	10 ³ /mL
PLT	210	10 ³ /mL

Tablo 2.

glukoz	121	mg/dl
üre	27	mg/dl
kreatinin	0.74	mg/dl
t bil	0.3	mg/dl
AsT	98	U/L
ALT	26	U/L
LDK	742	U/L
CK	11735	U/L
AMİLAZ	91	U/L
CA	9.6	mg/dl
P	4	mg/dl
NA	137	mmol/L
K	4.6	mmol/L
CRP	27	Mg/L
WBC	6.7	10 ³ /mL
HB	13.8	10 ³ /mL
PLT	210	10 ³ /mL

PS/GN-098

ASSESSMENT OF LONG TERM CARDIOVASCULAR EFFECTS OF UNILETERAL NEPHRECTOMYSultan Özkurt¹, Yusuf Karavelioglu², Macit Kalcık³, Ahmet Musmul⁴¹Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine, department of Nephrology²Hitit University Faculty of Medicine, Department of Cardiology³Corum Hitit University Training And Research Hospital, Cardiology Section⁴Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Department of Biostatistics

Introduction: There is conflicting evidence regarding long term effects of unilateral nephrectomy such as hypertension, proteinuri and cardiovascular diseases. Excessive increase in blood pressure (BP) during exercise called “hypertensive response to exercise” may be a sign of unborn hypertension and increased cardiovascular risk in normotensive patients. Decrease in glomerular filtration rate (GFR) in patients with unilateral nephrectomy may be associated with disturbance of circadian BP changes without affecting the absolute levels of BP. Kidneys are considered to be partially responsible for the circadian rhytm of BP.

Objective: We aimed to investigate the circadian BP changes and hypertensive response to exercise in normotensive patients with preserved renal functions who had undergone unilateral nephrectomy for other causes rather than organ donation.

Methods: This study enrolled 32 patients (mean age:43.4±9.9 years, male:15) with unilateral nephrectomy and 40 healthy controls (mean age:47±6.1 years, male:17). All patients were undergone both office and ambulatory BP measurements, treadmill stress test and routine laboratory tests from venous blood and spot urine samples.

Results: The median time since nephrectomy was 12 (9-22) years in the patient group. The median GFR of the patient group was lower than that of the controls without significance (85.1 (76.0-97.9) vs. 93.2 (84.5-104.9) respectively; p=0.14). The protein to creatinine ratio in spot urine samples was higher in patient group as compared with the controls (0.137 (0.068-0.254) vs. 0.087 (0.05-0.116) respectively; p=0.011). The mean urinary protien excretion levels in the patient group was under 150 mg/24 hours. There was no significant difference between groups in terms of office BP measurements, resting heart rates, dipper and non-dipper ratios in ambulatory BP measurements. The results of treadmill stress tests and hypertensive response to exercise ratios were also similar between the groups.

Conclusion: This study revealed that there was no increase in long term cardiovascular risks one decade after unilateral nephrectomy based on circadian BP changes and hypertensive response to exercise in normotensive patients. This study also supported that young candidates of kidney donors may encounter a similar cardiovascular risk with the normal population.

Anahtar Kelimeler: Nephrectomy, dipper, nondipper, exercise

PS/GN-099

AL AMİLOİDOZ HASTASINDA HIGH CUT OFF HEMODİYALİZ TEDAVİSİ, KEMOTERAPİ İLE BİRLİKTE UYGULANDIĞINDA RENAL SAĞKALIMI İYİLEŞTİRİR Mİ?

Necmi Eren¹, Özgür Mehtap², Ant Uzun³, Galip Egemen Atar³, Betül Kalender Gönüllü¹, Süleyman Sami Kartı⁴, İtir Yeğenağa¹

¹Kocaeli Üniversitesi, Nefroloji Bilim Dalı, Kocaeli

²Kocaeli Üniversitesi, Hematoloji Bilim Dalı, Kocaeli

³Kocaeli Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli

⁴Acıbadem Üniversitesi, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: AL amiloidozis plazma hücrelerinden sentez edilen hafif zincirlerin böbrek başta olmak üzere kalp, karaciğer gibi dokularda birikimi sonucu ortaya çıkan belirti ve bulgularla seyreden bir hastalıktır. Hastalığın tedavisi kemoterapi (KT) ile birlikte uygun hastalarda kök hücre nakli (KHN) yapılması şeklindedir. Son zamanlarda high cut off diyalizör ile hemodiyaliz tedavisinin (HD), KT'ye eklenmesinin multiple myeloma (MM) hastalarında renal replasman tedavisi (RRT) ihtiyacını ortadan kaldırabileceğini öne süren olgu serileri bildirilmektedir. Burada bortezomib bazlı tedaviye, high cut off HD eklenmesi ile RRT ihtiyacı kalmayan ve arkasından KHN uygulanan AL amiloidozlu bir hasta sunulmuştur.

Olgu: Altmış yaşında kadın hasta halsizlik, bacaklarda şişlik yakınması ile başvurdu. Fizik muayene bulgularında kan basıncı 110/70 mmHg, nabız 74/dakika, bilateral ++/++ pretibiyal ödem saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde: lökosit: 8730/mm³, Hb: 9.32 gr/dl; trombosit: 224000/mm³, üre: 265 mg/dl, serum kreatinin (sCr): 7.47 mg/dl, total protein: 4.4 gr/dl, albümin: 2.8 g/dl, AST: 47 U/L, ALT: 56 U/L, T. Bil: 0.4 mg/dl, D.Bil: 0.2 mg/dl, ALP: 799 U/L, GGT: 2474 U/L, LDH: 438 U/L, Ca: 8.5 mg/dl, 24 saatlik idrar örneğinde 5364 mg/gün albüminüri ve 7560 mg/gün proteinüri tespit edildi. Renal USG'de böbrek parankim ekosu ve boyutları normal olarak saptandı. Yapılan böbrek biyopsisi AL amiloidoz ile uyumlu olarak rapor edildi. Serum ve idrar immünoefiksasyon testinde kapa monoklonal bant saptandı. Kemik iliği (Kİ) aspirasyonunda %3 plazma hücresi saptandı, Kİ biyopsisinde ise atipik plazma hücresi saptanmadı. Karaciğer enzim yüksekliği nedeniyle yapılan karaciğer biyopsisinde amiloid birikimi izlendi. Radyolojik görüntüleme litik lezyon saptanmadı. Hastada bu bulgularla AL amiloidozis (kappa monoklonal bant) düşünüldü. Hastaya bortezomib, siklofosfamid ve deksametazonla oluşan kemoterapi protokolü ve eş zamanlı high cut off HD tedavisi başlandı. Toplam 33 kez uygulanan HD sonrası hastanın RRT ihtiyacı kalmadı. Altı kür KT sonrası tam yanıt elde edilen hastaya kök hücre nakli (Melfalan 140 mg/m² hazırlama rejimi ile) uygulandı. Hastanın en son bakılan sCr: 2.65 mg/dl, serum ve idrar immünoefiksasyon testinde monoklonal bant gözlenmedi, kappa ve lambda hafif zincir normal sınırlarda idi.

Sonuç: Yakın zamanda MM hastalarında yapılan bir çalışmada kemoterapi ile birlikte high flux HD'ye kıyasla high cut off HD tedavisi ile böbrek fonksiyonlarının daha hızlı iyileşebileceği saptanmıştır. Bilgimiz dahilinde AL amiloidozlu hastalarda KT ile birlikte high cut off HD daha önce uygulanmamıştır. AL amiloidozlu hastalarda high cut off HD tedavisinin high flux dialysis HD ile karşılaştırıldığı daha çok sayıda hasta içeren çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: AL amiloidoz, high cut off hemodiyaliz, kemoterapi, otolog kök hücre nakli

PS/GN-100

PRİMER GLOMERÜLONEFRİTLİ HASTALARDA DEMOGRAFİK, KLİNİK ÖZELLİKLER, RENAL SAĞ KALIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Nail Paksoy¹, Serkan Feyyaz Yalın¹, Sinan Trabulus¹, Nurhan Seyahi¹, Meltem Pekpak¹, Rezzan Ataman¹, Mehmet Rıza Altıparmak¹

¹Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

Amaç: Primer glomerülo nefrit (GN) tanısı ile takip ve tedavi edilen hastaların demografik ve klinik özellikleri, renal sağ kalımlarını etkileyen faktörleri incelemeyi amaçladık.

Hastalar ve Yöntem: Bu çalışmada Ocak 2000 ile Haziran 2016 tarihleri arasında primer GN tanısı ile takip ve tedavi edilen hastaların dosyaları retrospektif olarak aynı araştırmacı tarafından incelendi. Çalışmaya 18 yaş ve üzeri hastalar dâhil edildi. Sekonder GN saptanan hastalar ve dosyalarında yeterli veri bulunmayanlar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların demografik özellikleri, fizik muayene (sistolik ve diyastolik kan basıncı), laboratuvar ve renal biyopsi bulguları, tedavileri, renal sağ kalımları ve bunlarla ilişkili olabilecek faktörler hasta dosyalarından kaydedildi. İstatistiksel analiz olarak, parametrelerin grup içi karşılaştırmalarında Wilcoxon işaret testi, renal sağkalıma etki eden faktörler incelenirken Pearson Ki-Kare testi ve Fisher Exact test kullanıldı.

Bulgular: Primer GN tanısı ile takipli toplam hasta sayısı 485 olup, hastaların 265'i erkek (% 55), 220'si (% 45) kadındır. Hastalara tanı koyulduğunda yaş ortalaması 38,5 ± 15,1 yıl olup hastaların yaş aralığının 18 - 77 arasında olduğu görüldü. Hastaların tanı anında laboratuvar bulguları Tablo 1 'de gösterilmiştir. Çalışmamızda en sık biyopsi endikasyonu, nefrotik sendrom olarak saptandı (% 53,2). Histopatolojik tanı olarak sıklık sırasına göre IgA nefropatisi (% 33,2), FSGS (% 19,6), Membranöz GN (% 10,9), Membranoproliferatif GN (%11), Kresentik GN (%4) ve Minimal değişiklik hastalığı (%1) olarak saptandı. Hastaların 229'unun (% 49) sadece konservatif tedavi, 233'ünün ise (% 51) konservatif + immünesüpresif tedavi gördüğü saptandı. Tanı sonrası ortalama takip süresi 59,1 ± 48,5 ay olarak saptandı. 95 (%20) hastada son dönem böbrek hastalığı geliştiği ve 48 hastanın ise öldüğü görüldü. En sık ölüm sebebinin kardiyovasküler hastalıklar olduğu saptandı (16 hasta). Hastaların renal sonlanımını etkileyen faktörler Tablo 2 'de gösterilmiştir.

Sonuç: Primer GN' de erkek cinsiyet, tanı konulduğunda diyastolik kan basıncı yüksekliği, nefrotik düzeyde proteinüri olması ve histolojik tanının kresentik GN olması renal sonlanımı olumsuz yönde etkileyen faktörler olarak gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Primer glomerulonefritler, renal sağkalım

PS/GN-101

KRONİK BÖBREK HASTALIĞI OLAN HASTALARDA MORBİDİTE VE MORTALİTE DETERMİNANTLARI; YEDİ YILLIK İZLEM SONUÇLARI

Selami Bayram¹, Feyza Bora², Funda Sarı², Hüseyin Koçak², Ramazan Çetinkaya², Fevzi Ersoy², Gültekin Süleymanlar²

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

Kronik böbrek hastalığı (KBH), dünyada ve ülkemizde sıklığı giderek artan, önemli bir halk sağlığı sorunudur. KBH ında özellikle ileri evrelerde başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere çeşitli sistemik komplikasyonlar nedeniyle yüksek morbidite ve mortalitesi vardır. Günümüzde böbrek hastalığına bağlı morbidite ve mortalite artışında rol oynayan birçok risk faktörü tanımlanmıştır. Bu çalışmada, Evre III-V KBH ı olan hastalarda demografik, klinik, laboratuvar ve tedaviye ilişkin parametrelerin hastalığın morbidite ve mortalitesine etkilerinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

Bu çalışmada, 2009-2016 yılları arasında Üniversite Hastanemiz Nefroloji Bilim Dalı Düşük Klirens Polikliniğinde izlenen Evre III-V KBH ı olan toplam 737 hastanın tıbbi kayıtları nın retrospektif değerlendirmesi yapılmıştır. 464'ü (%63) erkek, 273'ü (%37) kadın olan hastaların yaş ortalaması 61.02±15.20 yıl, ortalama izlem süresi ise 25,03±16,68 ay (aralık 0,13-78,70 ay) idi. Çalışmamızda ölüm (primer), renal replasman tedavisine (RRT) başlama gereksinimi (sekonder) ve her ikisinin birdikliği bulunması kombine (komposit) sonlanım noktaları olarak tanımlandı. Her üç sonlanım noktasına etki etmesi olası demografik, klinik, laboratuvar bulguları ve tedavi özelliklerinin etkileri değerlendirildi. Sağkalım analizi Kaplan-Meier analiz yöntemi ile yapıldı. Ayrıca RRT ne başlama, Ölüm ve RRT/ Ölüm sonlanım noktalarına gidiş süresine etki edebilecek faktörler Cox regresyon

analizi yapılarak tespit edildi. P değerinin <0.05 olması anlamlı kabul edildi.

Hastaların 49'u (%6,6) kaybedilmiş, 227'si (%30,8) RRT tedavisine geçmiş, 159 (%21,6) kişi ise izlemiden çıkmıştır. RRT ne başlayan hastalardan 129 (%17,5) u hemodiyaliz, 42 (%5,7) si periton diyalizi ve 56 (%7,6) sı ise böbrek nakli tedavisine geçmiştir. Hastaların 18'i (%36,7) kardiyovasküler nedenlerden ölümler, 20 (%40,8) kişi diğer nedenlere bağlı olarak hayatını kaybetmiştir. 11 (%22,4) kişinin ise ölüm nedeni bilgisine ulaşamamıştır. RRT, Ölüm (RRT öncesi) ve RRT/Ölüm sonlanım noktaları ile ilişkili faktörlerin multivariate sağkalım analiz sonuçları tabloda gösterilmiştir. Buna göre; cinsiyet, DM ve HT varlığı ile sağkalım arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Buna karşın ileri yaş (≥ 65) ($p<0,001$), kronik arter hastalığı varlığı ($p=0,023$), anemi (hemoglobin <12 mg/dl) ($p<0,001$), yüksek fosfor ($\geq 4,5$ mg/dl) ($p<0,001$) ve proteinüri (≥ 1 gr/gün) ($p<0,001$) düzeylerinin sağkalım üzerine olumsuz etki ettiği görüldü. ADEI/ARB, statin ve D vitamini kullanımının ($p<0,001$) sağkalımı iyileştirdiği görüldü. Ayrıca GFH evresi ($p<0,001$) arttıkça sağkalım süresi belirgin olarak kıaldığı saptandı.

Sonuç olarak, koroner arter hastalığı varlığı ve yüksek proteinüri düzeyinin RRT'ye başlama riskini artırırken, statin ve D vitamini kullanımının bu riski azalttığı saptandı. Ayrıca ileri yaş, kalp yetmezliği varlığı, hiperfosfatemi ve anemi mortalite riskini artırırken, RAS blokeri ve D vitamini kullanımının mortalite riskini azalttığı gösterildi. Modifiye edilebilir faktörlerin kontrolünün KBH'nda morbidite ve mortalite üzerine olumlu etkileri vardır.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek hastalığı, morbidite, mortalite

Tablo.

	RRT			ÖLÜM (RRT öncesi)			RRT/ÖLÜM		
	HR	%95,0 CI	P	HR	%95,0 CI	P	HR	%95,0 CI	P
Yaş (≥ 65)	0,972	0,665-1,421	0,885	0,387	0,173-0,864	0,021	0,792	0,573-1,094	0,156
Cinsiyet	0,989	0,672-1,455	0,956	1,003	0,534-1,886	0,992	0,984	0,713-1,358	0,924
DM	0,775	0,521-1,152	0,208	1,211	0,613-2,392	0,582	1,009	0,716-1,421	0,960
HT	1,267	0,798-2,010	0,316	0,797	0,345-1,841	0,596	1,189	0,794-1,780	0,401
KAH	0,426	0,245-0,741	0,003	0,522	0,229-1,190	0,122	0,511	0,321-0,814	0,005
KY	0,944	0,390-2,285	0,898	0,135	0,065-0,281	<0,001	0,417	0,251-0,691	0,001
ADEI/ ARB	1,155	0,658-2,029	0,616	2,678	1,038-6,913	0,042	1,423	0,876-2,312	0,155
Statin	1,977	1,301-3,006	0,001	1,664	0,777-3,562	0,190	1,797	1,261-2,560	0,001
D vitamini	1,853	1,276-2,689	0,001	3,286	1,607-6,719	0,001	2,197	1,592-3,034	<0,001
GFH	0,860	0,833-0,889	<0,001	1,021	0,983-1,060	0,919	0,919	0,897-0,940	<0,001
Albümin	1,027	0,635-1,662	0,913	0,218	0,092-0,516	0,001	0,796	0,513-1,236	0,310
Fosfor	0,934	0,735-1,187	0,579	0,582	0,351-0,967	0,037	0,974	0,784-1,210	0,812
PTH	1,001	0,999-1,002	0,318	0,998	0,994-1,002	0,350	1,000	0,999-1,001	0,807
Hemoglobin	0,886	0,749-1,049	0,161	0,606	0,449-0,818	0,001	0,764	0,675-0,866	<0,001
Proteinüri	1,168	1,095-1,246	<0,001	1,101	0,885-1,370	0,389	1,142	1,072-1,216	<0,001

PS/GN-102

PREDİYALİZ DÖNEM KRONİK BÖBREK HASTALARINDA DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ İLE ESER ELEMENTLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dede Şit¹, Emre Yüce², Hasan Kayabaşı³, Müslüm Gündüz², Ender Tanrıverdi², Mehmet Emin Yılmaz³

¹Kemerburgaz Üniversitesi İç Hastalıkları / Nefroloji

²Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları / Nefroloji

³İstanbul Özel Çapa Hastanesi İç Hastalıkları

Amaç: Eser elementler diyaliz hastalarında demir eksikliği üzerinde etkili bulunmuştur. Prediyaliz kronik böbrek hastağı (KBH)'nda demir eksikliği ile

eser elementler arasındaki ilişki ortaya koyan çok az çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada eser elementlerden çinko, bakır, kurşun, alüminyum ve magnezyumun prediyaliz dönem KBH hastalarında demir eksikliği anemisiyle ilişkisini incelemeyi amaçladık.

Materyal ve Metod: Çalışmaya 91'i kadın 64'ü erkek, evre 2-5 KBH tanısı olan diyaliz tedavisi almamış 155 hasta alındı. Hastalar demir eksikliği anemisi olan, diğer nedenlere bağlı anemisi olan ve anemisi olmayan kontrol grubu olarak üç gruba ayrıldı. Tüm gruplarda böbrek fonksiyon bozukluğu ve anemi parametreleri yanı sıra serum çinko, bakır, kurşun, alüminyum ve magnezyum düzeylerine bakıldı.

Bulgular: Hastaların 76'sı (%49) DEA, 43'ü (%27,7) Diğer Anemi ve 36'sı (%23,2) Kontrol grubunu oluşturdu. Tüm hastaların, 4'ü (%2,6) evre 2, 70'i (%45,2) evre 3, 44'ü (%28,4) evre 4 ve 37'si (%23,9) evre 5 KBH hastasıydı.

Kontrol grubunun ortalama Zn düzeyi hem normal sınır değerlerden hem de diğer gruplardan anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$). Çalışmanın üç grubunda ortalama Cu ve Mg düzeyleri normal sınır değerler aralığında; Pb ve Al düzeyleri normal sınır değerlerden yüksek bulundu.

Çalışmanın DEA grubunda eser elementler ile anemi parametreleri arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Diğer Anemi grubunda Zn düzeyleri ile Hgb düzeyleri arasında ($p<0,05$) ve Pb düzeyleri ile RDW düzeyleri arasında ($p<0,05$) pozitif yönde; Cu düzeyleri ile Hgb ve Hct düzeyleri arasında ($p<0,05$) negatif yönde anlamlı ilişki bulundu.

Kontrol grubunda Cu düzeyleri ile Hgb düzeyleri arasında ($p<0,05$) negatif yönde, RDW düzeyleri arasında ($p<0,01$) pozitif yönde; Mg düzeyleri ile demir düzeyleri arasında ($p<0,01$) negatif yönde; RDW düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). Serum Al düzeyleri ile anemi parametreleri arasında herhangi bir ilişki saptanmadı.

Sonuç: Bu çalışmada prediyaliz dönem kronik böbrek hastalarında eser elementler ile demir eksikliği anemisi arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek hastalığı, demir eksikliği anemisi, eser elementler

PS/GN-103

ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU KLİNİĞİYLE BAŞVURAN ERİŞKİN ATİPİK HEMOLİTİK ÜREMİK SENDROM OLGUSU

Mürşide Esra Dölarslan¹, Simge Bardak¹, Kenan Turgutalp¹, Anıl Tombak², Serap Demir¹, Ahmet Alper Kıyıkum¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı

Giriş: Atipik hemolitik üremik sendrom (aHÜS) mikroanjiyopatik hemolitik anemi, trombositopeni ve akut böbrek yetmezliği ile tanımlanan klinik bir tablodur. aHÜS'un %5-10'u atipik seyredir ve en önemli nedeni kompleman sistemindeki genetik mutasyondur. Bu vakayı sunmamızdaki amaç, üst solunum yolu enfeksiyonunun aHÜS'ü tetikleyebileceğini, erken tanı ve tedavinin önemini vurgulamaktır.

Olgu: 29 yaşındaki bayan hasta dış merkeze üst solunum yolu enfeksiyonu şikayeti ile başvurmuş ve hastaya antibiyoterapi ve nonsteroid antiinflatuvar ilaç başlanmış. Dış merkezde hemoglobin düşüklüğü nedeniyle 3 ünite eritrosit süspanasyonu verilmiş ve beraberinde ani kreatinin yükseliği ve 2,8 gr/gün proteinüri saptanması nedeniyle servismize yönlendirilmiş. Laboratuvar:hemoglobin: 9,2gr/dL, trombosit:103000/mm³,coombs: negatif, retikülosit: normal, kreatinin:3,19mg/dL, total bilirubin:0,53mg/dL, direkt bilirubin:0,18mg/dL, laktatdehidrogenaz:667U/L, sodyum:134mmol/L, potasyum:5,17mmol/L, CRP:58,2mg/L ve 24 saatlik idrarda 2 gr/gün proteinüri saptandı. Periferik yaymasında şistositler ve fragmente eritrositler görüldü.C3, C4, immunglobulin düzeyleri ve koagülasyon testleri normal, renal ultrasonografi normaldi. Solunum sıkıntısı gelişmesi nedeniyle mekanik ventilatöre bağlandı ve antibiyoterapisine başlandı. Hastanın hemodiyaliz ihtiyacı gelişti. Mevcut klinik tablosundan dolayı mikroanjiyopatik hemolitik anemi tanısı konuldu. Bu

nedenle hastaya 3 seans plazmaferez uygulandı. Böbrek biyopsisinin elektron mikroskopisinde subendotelial genişleme ve granüler materyal birikimi, fenestrasyon kaybı saptanması nedeniyle aHÜS açısından anlamlı kabul edildi. ADAMTS13 aktivitesi normal gelmesi üzerine deplazmaferez sonlandırıldı ve hastaya ilk 4 hafta haftada 1, 900 mg; 5. haftadan itibaren 2 haftada 1, 1200 mg Ecilizumab tedavisi başlandı. Gönderilen mutasyonlar CFH ve CFI homozigot olarak geldi. Ecilizumab sonrasında hastanın mekanik ventilasyon ve hemodiyaliz ihtiyacı ortadan kalktı. Kliniğinde laboratuvarında düzelme olan hasta halen 2 haftada 1 Ecilizumab 1200 mg almaktadır.

Sonuç: aHÜS mortal seyreden bir hastalıktır. Akut üst solunum yolu enfeksiyonu kompleman mutasyonlarını tetiklebilmektedir. Üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası bozulan klinik durum görülmesi durumunda aHÜS düşünülmeli, ilgili tetkikler erkenden yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Üst solunum yolu enfeksiyonu, atipik HÜS, ecilizumab

ps/GN-104

HİPONATREMİ İLE PRESENTE OLAN LEPTOSPIROZ OLGUSU

Mürşide Esra Dölersan¹, Simge Bardak¹, Kenan Turgutalp¹, Serkan Yaraş², Selina Kubat³, Cansu Alakuş³, Esra Kazak⁴, Serap Demir¹, Ahmet Alper Kıyıkum¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı

³Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

⁴Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Leptospirozis, Leptospira interrogans tarafından oluşturulan akut, febril, zoonotik bir enfeksiyondur. Klinik tablo ikter, renal disfonksiyon ve hemorajik diyatez ile seyreder. Hastaların %90'ında non-ikterik form görülür iken, %5-10'unda ise Weil Hastalığı olarak adlandırılan yüksek ateş, ikter, kanama diyatezi ve fulminan hepatorenal yetmezlikle seyreden şiddetli form görülür. Erken tanı ve tedavi yapılamaması durumunda mortal seyredebilen bir hastalıktır. Bu vakayı sunmaktaki amaç, leptospiroziste erken tanının önemini vurgulamak, leptospirozisin klasik triadı dışında hiponatremi ile birlikte de seyredebileceğidir. Bununla beraber leptospirozisin hiponatremiye yol açtığına dair daha önce literatürde vaka yoktur. Bu vaka ilk olması açısından önemlidir.

Olgu: Çiftçilik ile uğraşan 22 yaşındaki erkek hasta halsizlik, yaygın vücut ağrısı, beyaz renkli balgam ve bulantı-kusma şikayeti ile başvurdu. Fizik muayene; Tansiyon arteriyel:75/45mmHg, solunum sayısı:32/dak, nabız:125atım/dakika ve cilt ikterik. Bilateral akciğer bazallerinde kaba ralleri mevcuttu. Hasta normovolemikti. Laboratuvar: üre:138mg/dL, kreatinin:4.3 mg/dL, AST: 94U/L, ALT:38U/L, kreatin kinaz:1012U/L, CRP:406mg/L, lökosit:12940/mm³, nötrofil:11000/mm³, hemoglobin:12.4gr/dL, trombosit:126000/mm³, sodyum:119mEq/L, potasyum:6.14mEq/L, retikülosit:%0.75, total bilirubin:8.3mg/dL, direkt bilirubin:5mg/dL, ALP:71U/L, GGT:26U/L, LDH:401U/L, ürik asit:13.1mg/dL, idrar sodyumu: 20 mEq/gün, tam idrar tetkiki:proteinüri ve hematüri, bilirubin ve ürobilinojen (+). Toraks BT;bilateral konsolide alanlar ve kardiyomegali. EKO; EF>%55 ve sol miyokard hipertrofik. Batın USG normal, hepatit markerları: negatif, periferik yayma;şişosit yok. Hastaya leptospirozis ön tanısı ile benzatin penisilin tedavisine başlandı. Hastada hiponatremi yapabilecek tüm nedenler ekarte edildi. %3'lük NaCl 40 cc/saat verildi. Takiplerinde bilirubin yüksekliği ve kreatinin düşmesi, serum sodyum normalleşmesi görüldü. Hastanın dış merkezde çalışılan serum örneğinde Mikroskopik aglütinasyon testi ile L. icterhaemorrhagiae'ye karşı 1/400, L.Patoc'a karşı 1/200 titrede antikor seropozitif geldi. 7 gün penisilin tedavisi sonrası klinik ve laboratuvar değerlerinde düzelme görülen hasta önerilerle taburcu edildi.

Sonuç: Leptospirozis klasik triadı dışında hiponatremi de nadiren görülebilmektedir. Bunun yanında erken tanı ve tedavi hastanın mortalite ve morbiditesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Hiponatremi, leptospirozis

PS/GN-105

WEGENER GRANULAMATOZ TANILI HASTADA POSTERİOR REVERSİBLE ENSEFALOPATİ SENDROMU

Nuh Berekatoğlu¹, Şeyhmus Özmen², Mehmet Nezir Güllü³, Enver Yüksel², Ramazan Danış², Recai Duymuş¹, Serdar Almacioğlu¹

¹Gaziyaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Bölümü

²Gaziyaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Bölümü

³Gaziyaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Bölümü

⁴Gaziyaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji

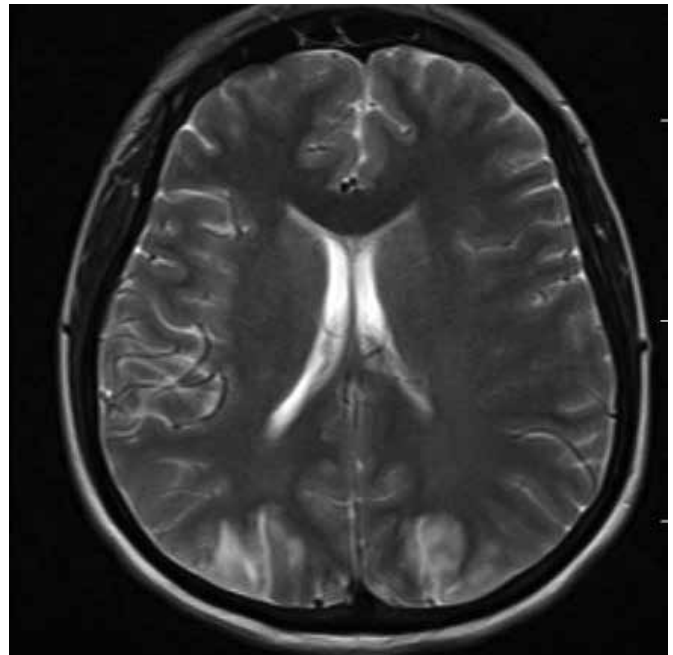
Wegener Granülomatozu (WG) nekrotizan granülomatöz lezyonlar ile karakterize başlıca üst ve alt solunum yollarını ve böbreği etkileyen, ANCA ilişkili bir vaskulit tipidir. Posterior Reversible Ensefalopati Sendromu (PRES) etyolojisi net anlaşılamayan endotelial disfonksiyon olduğu düşünülen nöroradyolojik bir antite olup baş ağrısı, görme kaybı ve nöbet ataklarıyla karakterize hipertansif ensefalopati, eklampsi, immunsupresif tedavi ve otoimmün hastalıklara eşlik edebilen nadir bir tablodur. Bu vakayı sunmamızın amacı WG tanılı hastada PRES tablosunun eşlik edebileceğini vurgulamaktır.

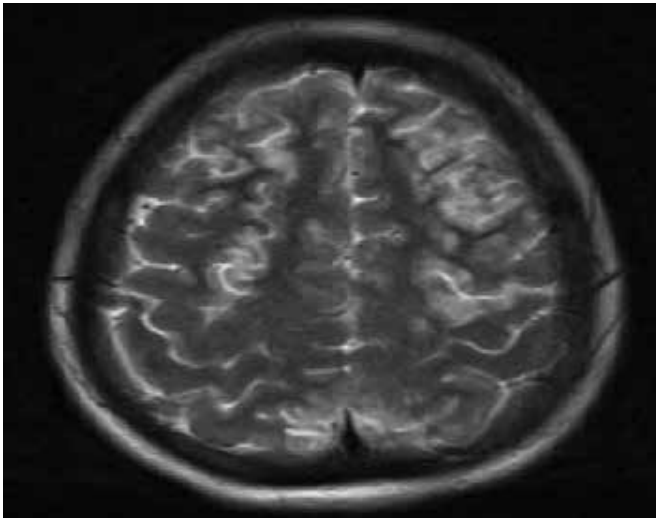
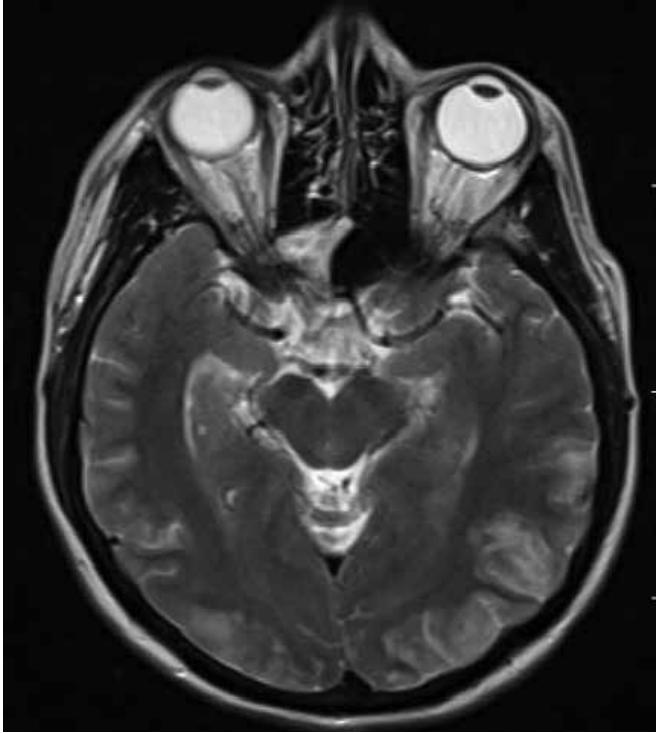
ANCA pozitif WG tanısı olan 20 yaşında kadın hasta kliniğimize bulantı, kanlı balgam, göğüs ağrısı ve ateş yüksekliği nedeni ile başvurdu. Fizik muayenede T.A:180/90, Nabız:108, Ateş:38,2 extremelerde döküntüler mevcuttu. Laboratuvar: üre:184 mg/dL, kreatin:7,8 mg/dL, sedimantasyon:116 mm/saat olarak bulundu. Hasta prednol ve siklofosamid tedavisi almaktaydı. WG progresyonu düşünülen hastaya plazmaferez ve rituksimab tedavisi verildi.Klinik takiplerinde baş ağrısı, jeneralize tonik-klonik nöbetler geçiren ve görme kaybı gelişen hastada çekilen kranial MR'ında özellikle biokspital posterior bölgede noktasal veya devamlılık gösteren T2 sekansta hiperdens bölgeler Posterior Reversible Ensefalopati Sendromu (PRES) ile uyumlu değerlendirildi. Pulse steroid tedavisi ve kan basıncı regülasyonu sonrası görme kaybı düzeldi tekrardan nöbet gelişmedi.Rutin hemodiyaliz programına alınan hasta taburcu edildi.

Sonuç: WG tanısı olan, baş ağrısı, görme kaybı ve nöbet atakları olan hastalarda WG un kranial tutulumu yanı sıra PRES inde ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Wegener granülomatozu, posterior reversible ensefalopati sendromu (PRES)

Figürler :





PS/GN-106

SHONE SENDROMLU BİR HASTADA KARDİYORENAL SENDROM YÖNETİMİ

Yelda Deligöz Bildacı¹, Ömer Celal Elçioğlu¹, Meltem Gürsu¹, Rümeyza Kazancıoğlu¹¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Nefroloji Kliniği

Giriş: Kalp ve böbrek hastalıkları arasında önemli bir ilişki vardır. Bu ilişki akut veya kronik böbrek veya kalp fonksiyon bozukluğu gelişmesi halinde diğer organda hasar gelişmesi şeklinde iki yönlüdür. İki organ arasındaki bu ilişki kardiyorenal sendrom olarak tanımlanır. Komponentleri paraşüt mitral kapak, supravülvüler halka, subaortik darlık ve aort koarktasyonu olan Shone sendromu da esas olarak dekompanse kalp yetmezliği bulguları ile karşımıza çıkarmaktadır.

Bu yazımızda Shone Sendromu tanısı ile izlenen bir hastada gelişen kardiyorenal sendrom tartışılacaktır.

Olgu: Aort ve mitral kapak replasmanlı olup Shone Sendromu ile takip edilen 20 yaşında kadın hasta Kardiyoloji polikliniğinden üremi nedeniyle yönlendirilmişti. Muayenesinde tansiyonu 60/30 mmHg, parmaklarda çomaklaşma, bilateral akciğer bazallerinde ral ve periferik ödem bulguları saptandı. Bir ay önce de başka bir merkezde kalp yetmezliği için başlanmış olan enalapril sonrası kliniğimize akut böbrek hasarı (ABH) nedeniyle yatırılmış ve enalapril kesilerek, hemodiyalize gerek kalmadan konservatif tedavi düzelmişti. Beş gün önce başka bir Kardiyoloji hastanesinde başlanan lisinopril sonrası tekrar üre, kreatinin değerleri yükselen hasta kliniğimize yatırıldı. Laboratuarda üre: 456 mg/dL, kreatinin: 5,6 mg/dL, sodyum: 132 mmol/L, potasyum: 5,6 mmol/L saptandı. Kardiyorenal sendrom kabul edilerek furosemid tedavisi başlandı. Almakta olduğu lisinopril kesildi. 24 saatlik takibinde idrar miktarı 200 ml olması üzerine, hipotansif olan hastaya hemodiyalizasyon yapıldı. 2000 ml ultrafiltrasyon ve 24 saatlik hemodiyaliz sonrasında klinikteki takibine medikal tedavi ile devam edildi. ABH tamamen düzeldi. Anjiyotensin konverting enzim inhibitörü (ACEİ) içermeyen tedavi ile hastaneden çıkarıldı.

Sonuç: Böbrek veya kalpte primer hastalık geliştiğinde; renin anjiyotensin-aldosteron sistemi, santral sinir sistemi, periferik baroreseptörler ve hücrel sinyaller anormal aktivasyona uğrayarak insan vücudu için dostken düşmana dönüşmektedir. Dolayısıyla klinik olarak stabil seyreden bir hastada bu sistemlerin herhangi birine yapılan bir müdahale klinik tabloyu kötüleştirilebilmektedir. Bu noktada ağır kalp hastalıklarında ACEİ başlandığında bu hastalar, kardiyak dekompanzasyon ve renal yetmezlik açısından yakın takip edilmelidir. Bir kez ABH görüldükten sonra da bu ilaçlarda ısrar edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: ACE inhibitörleri, akut böbrek hasarı, kardiyorenal sendrom, shone sendromu

PS/GN-107

CİDDİ HİPERKALSEMİNİN YENİ BİR NEDENİ: OLGU SUNUMU

Ömer Celal Elçioğlu¹, Yelda Deligöz Bildacı¹, Meltem Gürsu¹, Rümeyza Kazancıoğlu¹¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Nefroloji Kliniği

Giriş: Hiperkalseminin en sık nedenleri olarak primer hiperparatiroidi, maligniteler, ilaçlar ve granümatöz hastalıklar bilinmektedir. Bu yazıda literatürde daha önce bildirilmemiş bir nedene, bitkisel ürün kullanımı, bağlı gelişen bir hiperkalsemi olgusu sunulmuştur.

Olgu: Dört yıldır etyolojisi bilinmeyen kronik böbrek hasarı (KBH) tanısı ile izlenen ve bulantı, kusma, halsizlik, çok su içme ve çok idrara çıkma yakınmalarıyla acile başvuran 79 yaşındaki kadın hastada bazal değeri 2 mg/dl olan kreatinin'in 7 mg/dl ve hiperkalsemi (13,1 mg/dl) saptanması üzerine kliniğimize yatırıldı. Beş senedir bilinen kronik myeloid lösemisi (KML) imatinib ile kontrol altındaydı. Metoprolol, pantoprazol, allopurinol ve amlodipin kullanmaktaydı. Muayenesinde tansiyonu 110/70 mmHg, turgoru azalmış, dili kuruydu. Son beş ayda iki kez hiperkalsemi nedeniyle yatırılmış ve yapılan testlerde herhangi bir patoloji saptanmamıştı. PTH baskılıydı (11 pg/ml), 25 hidroksi vitamin düzeyi düşük; A vitamini, serum immünglobulin düzeyleri, protein elektroforezi, serum ve idrar immünofiksasyon elektroforezi normaldi. Kemik sintigrafisi, mammografi, kontrastsız toraks ve tüm batın BT'de patoloji saptanmadı. Hiperkalsemiye yol açacak tiyazit, lityum, teofilin, D vitamini vb ilaç kullanımı yoktu. TSH normaldi. KML remisyondaydı. Hipokalsiüri yoktu. Parathormon-related peptid ve kalsitriol normaldi. Her iki yatışında da izotonik sodyum klorür ve furosemid tedavisi ile kalsiyum düzeyi normale kreatinin de bazal düzeylere dönmüştü. Üçüncü yatışında tekrar hidrasyon ve furosemid tedavisi ile düzeldi. Israrla ilaç kullanımı konusunda sorgulandığında halsizlik ve KML'si için, tanınmış bir firmanın ürettiği ek gıda takviyelerinden toplam 21 farklı preparattan günde 40 kadar tablet kullandığını ifade etti. Bunlardan bir kısmı şekil 1'de gösterildi. Daha önce bitkisel ilaç kullanımı sorgulandığı halde bunları belirtmemişti. Bu ilaçları bırakan hasta evre 3 KBH tanısı ile normokalsemik olarak poliklinikten izlenmektedir.

Sonuç: Hastamızın kullandığı preparatlardaki kalsiyum miktarı tam olarak öğrenilemedi. Ancak bunları kullanmayı bıraktıktan sonra kalsiyum değerlerinin normale dönmesi ve hiperkalsemiyi açıklayacak başka bir patoloji saptanamadığı için yüksek kalsiyumun nedeninin bu preparatlar olduğu kabul edildi. Hiperkalsemi nedeni olarak bitkisel ürün kullanımı da ısrarla sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bitkisel ilaç, hiperkalsemi, kronik böbrek hasarı, kronik myeloid lösemi

Figürler :



PS/GN-108

ANAMNEZDEN YOLA ÇIKILARAK TANI KONMUŞ FABRY OLGUSU

Ömer Celal Elçioğlu¹, Yelda Deligöz Bildacı¹, Meltem Gürsu¹, Aykut Özmen¹, Rümeyza Kazancıoğlu¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Nefroloji Kliniği

Giriş: Fabry Hastalığı kardiyovasküler, nörolojik ve renal tutulum ile seyreden, hayatı tehdit eden, nadir bir lizozomal depo hastalığıdır. Tanı konması için öncelikle klinisyenin aklına gelmesi gerekmektedir. Bu yazıda poliklinikten Fabry ön tanısıyla tetkik edilip tanı konan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Kreatinin değeri yüksek saptandığı için nefroloji polikliniğine yönlendirilen 53 yaşında hastada etyolojisi bilinmeyen kronik böbrek hasarı (KBH) saptandı. Öz geçmişi iskemik kalp hastalığı ve iskemik serebrovasküler hastalık olması, babasının da 56 yaşında iskemik inme sonucu vefat etmiş olması nedeniyle Fabry hastalığı düşünülerek istenen göz hastalıkları konsültasyonunda vorteks keratopati saptandı. Lökositlerde bakılan alfa galaktozidaz aktivitesi düşük saptandı (98 nmol/mg protein (ref: 148-3746)). İkinci bir laboratuvar da alfa-galaktozidaz aktivitesi 0,9 mikromol/l/h (ref: > 1,2) saptandı. Gla geni mutasyon taraması sonucunda bir allelde heterozigot p.w399x (c.1196g>a) mutasyonu saptandı. Lizozomlarda biriken madde olan lyso-gl-3 14,8 ng/ml (ref: >3,5) saptandı. Fabry hastalığı tanısı kesinleşen hasta organ tutulumlarının değerlendirilmesi için tetkik edildi. Nörolojik tutulum açısından çekilen beyin MR da yaygın gliotik odaklar ve küçük damar hastalığına benzer görünüm Fabry hastalığı lehine değerlendirildi. Kardiyak tutulum açısından kardiyoloji ile konsülte edilerek ekokardiyografi yapıldı. Sol ventrikül hipertrofik, sigmoid septum 17.9 mm saptandı ve Fabry lehine değerlendirildi. Cilt tutulumu açısından dermatoloji ile konsülte edildi. Vulvada Fabry hastalığında izlenen anjiyokeratom saptandı. Hastaya agalsidaz beta (fabrazyme) tedavisi Nisan 2016'da başlandı. Şu anda kliniğimizde evre 3 KBH tanısı ile sorunsuz izlenmektedir.

Sonuç: Fabry hastalığı nadir olmakla birlikte etyolojisi açıklanamayan KBH hastalarında, özellikle erken yaşta nörolojik ve kardiyovasküler hastalık bulguları da eşlik ediyorsa ve aile öyküsü de var ise mutlaka akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Fabry hastalığı, kardiyovasküler hastalık, kronik böbrek hasarı, nörolojik tutulum, vorteks keratopati

PS/DÇ-109

PARİKALSİTOLÜN SIÇANLARDA OLUŞTURULAN RENAL İSKEMİ REPERFÜZYON HASARINDA MMP-2 VE MMP-9 AKTİVİTELERİNE ETKİSİ

Sibel Ersan¹, Aslı Çelik², Mehmet Tanrısev¹, Işıl Köse³, Zahide Çavdar⁴, Mehtat Ünlü⁵, Ayşe Koçak⁴, Banu Yılmaz¹, Timur Köse⁶

¹İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bölümü

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deney Hayvanları Laboratuvarı

³İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bölümü

⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Moleküler Tıp Bölümü

⁵Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Bölümü

⁶Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Bölümü

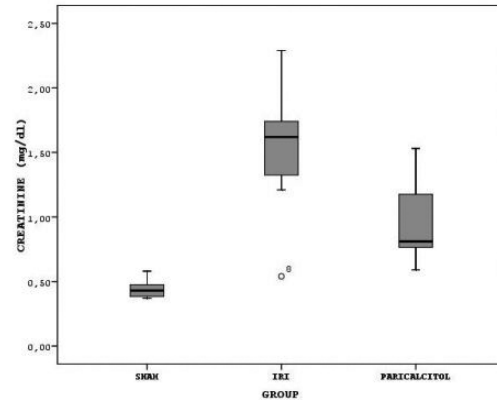
Giriş : Matris metalloproteinazları (MMP) doku hemostazının sağlanmasında hücre dışı ve bazı hücre yüzeyinde yer alan proteinlerin yıkımında görevli çinko içeren proteinazlardır. Yapılan çalışmalarda matris metalloproteinazların çeşitli organlarda iskemik hasarın patogenezinde rol oynadıkları gösterilmiştir. Bu çalışmada sıçanlarda oluşturulan renal iskemik reperfüzyon hasarında (IRI) MMP-2 ve MMP-9 aktivitelerinin ölçülmesi ve sentetik vitamin D analogu olan parikalsitolün tubuler hasar ve MMP aktivitelerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

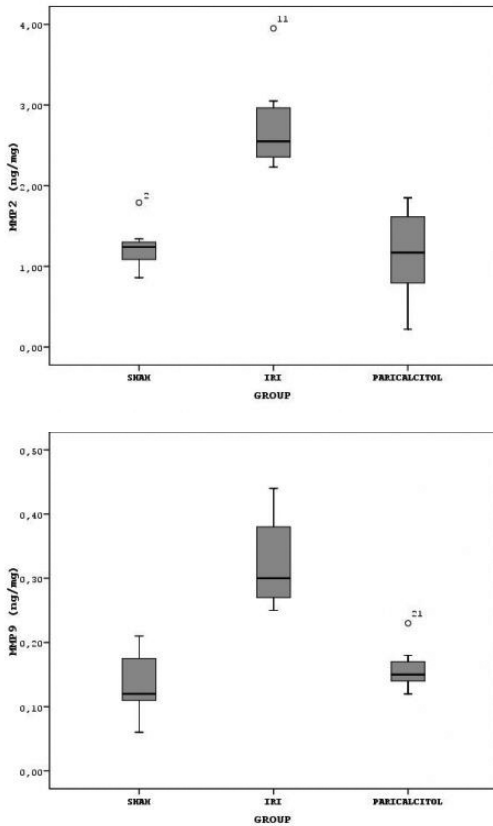
Yöntemler : 21 Wistar albino sıçanı 3 gruba ayrıldı : Sham (taklit) grubu, IRI grubu ve parikalsitol grubu. IRI modeli bilateral renal arterlerin 45 dak. süreyle klemplenmesi ve sonrasında 24 sa. reperfüzyon yapılması ile oluşturuldu. Reperfüzyon sonunda biyokimyasal olarak kreatinin düzeyleri, jelatin zymografi yöntemi ile MMP-2 ve -9 aktiviteleri analiz edildi. Tubuler hasar skorlaması tek patoloj tarafından ışık mikroskopik olarak değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç : IRI grubunda kreatinin düzeylerinde anlamlı olarak artma saptandı (Figür 1). Parikalsitol grubunda hem matrix metalloproteinaz aktivitelerinde (Figür 2a, 2b) hem de patolojik olarak tubuler hasar skorlarında anlamlı azalma saptandı. Parikalsitolün MMP-2 ve -9 aktivitelerini baskılayarak renal iskemik reperfüzyon hasarını geriletmediği sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Acute tubular necrosis, AKI, ischemia reperfusion injury, matrix metalloproteinases, paricalcitol

Figürler :





PS/DÇ-110

FRUKTOZ İLE OLUŞTURULMUŞ METABOLİK SENDROM MODELİNDE ENALAPRİLİN BÖBREK FONKSİYONLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Bedrettin Orhan¹, Ramazan Ulu¹, Özlem Üçer², Mehmet Tuzcu³, Zeki Kemeç¹, Cemal Orhan⁴, Necip İlhan⁵, Kazım Şahin⁴, Ayhan Doğukan¹

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

³Fırat Üniversitesi Fen Fakültesi Biyoloji Bölümü

⁴Fırat Üniversitesi veteriner Fakültesi Hayvan Besleme Bölümü

⁵Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı

Giriş: Diyetel fruktoz tüketiminin obeziteye ve metabolik sendrom ile ilişkili diğer anormalliklere neden olan bir çevresel faktör olduğu öngörülmüştür. Yüksek fruktoz tüketimiyle oluşturulmuş deneysel metabolik sendrom modellerinde ratlarda hipertansiyon, hipertrigliseridemi, hiperinsülinemi ve insülin direnci görülmüştür. Bu çalışmanın amacı, ratlarda fruktoz ile oluşturulmuş deneysel metabolik sendrom modelinde, renal ve kardiyovasküler sistem üzerine fizyolojik ve patofizyolojik etkilere sahip bir sistem olan renin-angiotensin sisteminin, enalapril ile bloke edilmesinin böbrek fonksiyonları ve bazı hücre içi yolak belirteçleri üzerine potansiyel koruyucu etkilerini ortaya koymaktır.

Yöntem: Çalışmaya 8 haftalık, 28 adet Wistar Albino ırkı erkek ratlar alınarak, rastgele 4 gruba ayrıldı; 1.grup kontrol (standart diyetle beslenen grup), 2.grup fruktoz grubu (fruktozca zengin diyet [%60]), 3.grup enalapril grubu (standart diyet+enalapril [10 mg/kg/gün]), 4. grup fruktoz ve enalapril grubu (fruktozca zengin diyet+enalapril). 8 hafta sonunda ratlar sakrifiye edildi. Kan örnekleri; böbrek fonksiyon testleri, karaciğer fonksiyon testleri ve lipid düzeyleri için,

böbrek ve karaciğer doku örnekleri ise Western blot analizler ve histopatolojik uygulamalar için toplandı. Böbrek dokusunda TGF- β , TNF- α , NF- κ B, IL-6, Smad-3 protein ekspresyonları Western blot ile ölçüldü.

Bulgular: Yüksek fruktozla beslenen ratlarda enalapril uygulaması serum glukoz, total kolesterol, LDL, trigliserid, AST, ALT ve kreatinin düzeyleri üzerinde olumlu etki gösterirken, HDL, BUN, ürik asit parametreleri üzerine anlamlı etki göstermemiştir. Yüksek fruktozla beslenen ratlarda enalapril uygulaması karaciğer dokusunda hepatosellüler nekroz, sinüzoidal dilatasyon, portal inflamasyon bulguları üzerinde iyileştirici etki göstermiştir. Böbrek dokusunda ise tübüler vakuolizasyon, tübüler dilatasyon ve interstisyel inflamasyon üzerinde olumlu etkisi olmuştur. Enalapril uygulaması yüksek fruktoz ile beslenen ratlarda sadece fruktoz ile beslenen ratlara göre TGF- β , IL-6, Smad-3 ekspresyonlarını anlamlı şekilde düşürürken, NF- κ B, TNF- α ekspresyonlarında anlamlı değişikliğe yol açmamıştır.

Sonuç: Yüksek fruktozla beslenme karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ve histopatolojisi üzerinde olumsuz etkiler gösterirken enalapril uygulamasının bu etkileri iyileştirdiği görülmüştür. Bu sonuçlarla, RAS sistemini bloke etmenin metabolik sendromda önemli bir tedavi modalitesi olduğu kanısına varılabilir.

Anahtar Kelimeler: Metabolik sendrom, fruktoz, enalapril, böbrek fonksiyonları

PS/HD-113

KRONİK HEMODİYALİZ HASTALARINDA DİYALİZER MEMBRAN AKIM ÖZELLİKLERİNİN SERUM PARATHORMON VE HEMOGLOBİN DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Mehmet Emin Demir¹

¹Yozgat Devlet Hastanesi

Giriş: Sekonder hiperparatiroidi (sHPT) ve renal anemi hemodiyaliz (HD) programında olan hastalarda sıklıkla rastlanan, mortalite ve morbidite ile ilişkili son dönem böbrek yetmezliğinin önemli komplikasyonlarıdır. Yüksek serum parathormon (PTH) düzeyleri eritropoez üzerine olumsuz etkileri nedeniyle anemi gelişimi için önemli bir risk faktörü kabul edilir. Daha büyük porlara sahip yüksek akımlı diyaliz membranlarının (high-flux) PTH gibi orta büyüklükte ki bir molekülün klirensine katkı yapip yapamayacağı ve bunun anemi ile ilişkisi tam olarak bilinmemektedir. Biz bu çalışmada, HD hastalarında düşük (low-flux) ve yüksek akımlı diyaliz membranlarının serum intact PTH (iPTH) düzeyleri üzerine etkilerini ve anemi ile olan ilişkisini ortaya koymayı amaçladık.

Yöntemler: Çalışmamıza en az 3 aydır HD programında olan 42 hasta dahil edildi. Birinci basamakta; hastalar 3 ay boyunca low-flux membranlar ile HD seanslarına alındı. Son HD seansı öncesi ve sonrası kan örnekleri alındı. İkinci basamakta; birinci basamaktaki işlemler high-flux membranlarla tekrarlandı. HD öncesi kan örneklerinde hemogram, biyokimya parametrelerine ek olarak intact parathormon, HD sonrasında ise üre ve iPTH düzeylerine bakıldı. İstatistiksel değerlendirme S.P.S.S 11,5 programı ile değerlendirildi ve p<0,05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmayı 12 kadın 16 erkek olmak üzere toplam 28 hasta (%66,6) tamamladı (tablo 1). Hem low-flux hem de high-flux membranlar ile hemodiyaliz sırasında (klirens) serum iPTH düzeylerinde anlamlı düşüş sağlandı (sırasıyla; 472,17±347,96 pg/mL'e karşı 371,57±277,38 pg/mL için p<0,05 ve 311,25±180,13 pg/mL'e karşı 233,02±154,80 pg/mL için p<0,05). Ancak high-flux grubunda üçüncü ayın sonunda daha düşük serum iPTH değerleri elde edildi ve diyaliz sırasında iPTH klirensi daha fazlaydı (p<0,05). Hemoglobin değerleri high-flux grubunda hedefteydi (11,27±1,23g/dL) ancak iki grubun hemoglobin ortalamaları benzer bulundu (p=0,57). Lineer regresyon analizi high-flux grubunda iPTH düşüşünün hemoglobin düzeyleri üzerine etkili olmadığını gösterdi (p=0,687).

Sonuç: Çalışmamız high-flux membran kullanımının daha düşük serum iPTH düzeyi ile ilişkili olduğunu ve hedef hemoglobin değerlerine ulaşmada ek yararlar sağlayabileceğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: High-flux membran, hemodiyaliz, parathormon

Tablo 1. Grupların demografik ve karakteristik özellikleri ve karşılaştırılması

	Low-Flux, n=28	High-flux, n=28	p
Yaş, yıl	53,85±12,10	53,85±12,10	
Cinsiyet, E/K	12/16	12/16	
Kuru ağırlık, kg	69,41±16,10	65,55±17,64	=282
PTH ₁ , pg/ml	472,17±347,96*	311,25±180,13**	<0,05
PTH ₂ , pg/ml	371,57±277,38	233,02±154,80	<0,05
Δ PTH, %	18,67±0,39	24,33±0,30	<0,05
Kalsiyum, mg/dL	8,29±1,34	9,21±0,93	<0,001
Fosfor, mg/dL	5,12±1,81	4,92±1,49	=518
ALP, U/L	106,50 (36-207)	124 (36-595)	=374
Hgb, g/L	10,81±1,24	11,27±1,23	=0,57
Epoietin-zeta, IU	124,64±74,31	96,42±87,77	=105
Albümin, g/dL	4,05±0,37	4,28±0,27	<0,05
CRP, mg/dL	0,47 (0,01-6,70)	0,36 (0,01-7,48)	=198
eKTV	1,30±0,34	1,18±0,22	=0,85
sTA, mmHg	138,21±18,01	127,85±13,90	<0,05
dTA, mmHg	83,39±10,09	78,57±8,37	<0,01

Kısaltmalar: PTH₁; hemodiyaliz öncesi serum paratiroid hormon düzeyi, PTH₂; hemodiyaliz sonrası serum paratiroid hormon düzeyi, Δ PTH; $\frac{PTH_1 - PTH_2}{PTH_1} \times 100$, ALP; alkalen fosfataz, Hgb; hemoglobin, UF; ultrafiltrasyon, eKTV; dengelenmiş KTV, sTA; sistolik tansiyon arteriyel, dTA; diastolik tansiyon arteriyel.* Low-flux için PTH₁ vs PTH₂; p<0,05, **High-flux için PTH₁ vs PTH₂; p<0,05.

PS/HD-114

KRONİK HEMODİYALİZ HASTALARINDA BLASTOSİSTİS SP SIKLIĞININ VE ALT TIPLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: BARSAK MİKROBİYATASININ ÖNEMİ

Levent Demirtaş¹, Kültigin Türkmen²¹Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi

Giriş: Blastocystis sp. insan ve çeşitli hayvanlarda karşılaşılan en yaygın bağırsak parazitlerinden biridir. En az 17 alt tip tarif edilmiştir. İnsan dışı örneklerinde en sık elde edilen alt tipleri ST1-ST9'dir. Hemodiyaliz hastaları bozulmuş hücrel ve humoral bağışıklık nedeniyle, sık gastrointestinal enfeksiyonlar ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu çalışmanın amacı, ülkemizde kronik hemodiyaliz hastalarında Blastocystis sp yaygınlığını ve alt tipleri araştırmaktır.

Materyal-Metod: Çalışmaya son dönem böbrek tanısı alan ve çalışmaya dahil olmaya kabul eden 84 hemodiyaliz (HD) hastası ve 20 sağlıklı kontrol dahil edildi. Dışkı örnekleri lugol ve trikrom boyama ile incelendi. Blastocystis sp genomik DNA'sı QIAamp DNA dışkı mini kit (Qiagen, Hilden, Almanya) kullanılarak elde edildi.

Sonuçlar: HD hastalarının % 9,52'sinde (8/84) Blastocystis sp olduğu tespit edildi. 8 HD hastasının sadece 3 tanesinde PCR ile subtip analiz yapılabildi. Bu hastadan bir hastada ST1, bir hastada ST6, bir hastada ise hem ST4 hemde ST6 tespit edildi. 20 sağlıklı kontrolde ise 1 hastada ST1 tespit edildi. Blastocystis sp saptanan 8 HD hastasında en sık saptanan belirtiler bulantı-kusma ve şişkinlik hissi (n=2, %25), diare (n = 4, %50) ve kilo kaybı (n=1, %12.5) mevcuttu. 8 HD hastasına ve 1 sağlıklı kontrole oral metronidazol tedavisi başlatıldı ve iki hafta sonra alınan dışkı örneklerinde mikroskopik inceleme ile Blastocystis sp tespit edilmedi.

Tartışma: Çalışmamız literatürde HD hastalarında Blastocystis sp genotipleri araştıran ilk çalışmadır. Ülkemizde en sık ST1 ve ST3 tespit edilmekte iken çalışmamızda HD hastalarında ST 3 tespit edilmemiştir. Buna karşılık ST6 alt tipi ülkemizde çok nadirken 2 HD hastamızda ST6 tespit edilmesi önemli bir bulgudur. Patojen olan bu subtiplerin tedavi edilmesi günümüzde önemli giderek daha da fazla anlaşılan barsak mikrobiyatasının devamlılığı açısından çok önemlidir. Bu konuda daha geniş kapsamlı ek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Blastosistis sp hemodiyaliz diyare barsak mikrobiyotasi

PS/HD-115

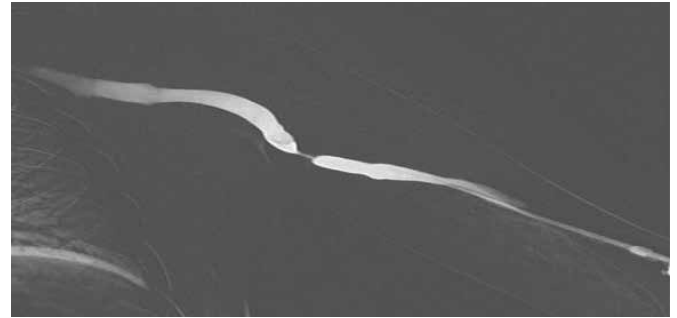
HEMODİYALİZ HEMŞİRESİ / TEKNİKERİ TARAFINDAN DİYALİZ ÖNCESİ A/V FİSTÜL/GREFT MUAYENESİ İLE TROMBÜS TESPİT EDİLEN HASTA : VAKA SUNUMU

Aysun Ünal¹, Mustafa Çetin¹, Ahmet Şükrü Alpaslan¹, Eşref Ertan Çiçek¹, Abdi Metin Sankaya¹¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği Hemodiyaliz Ünitesi²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Radyoloji Kliniği

Hemodiyaliz hastaları için damaryolu etkinliği ve diyaliz yeterliliği birbirine bağımlı en önemli faktörlerdendir. Damar yolundan yeterli kan akımı sağlanması diyaliz yeterliliğindeki en önemli etkidir. Vakamızdaki Hasta C.İ programlı Hemodiyaliz tedavisi seansına geldiğinde sağlık profesyonelleri (hemşire / diyaliz teknikeri) tarafından yapılan rutin fistül/greft muayenesinde greftinden trill alınamamıştır. TA:90/60 N:74 A:36 olan hastanın genel durumunun iyi olduğu tespit edildi. Girişimsel Radyoloji ile görüşülerek fistülografi yapıldı. Girişimsel Radyoloji tarafından yapılan Fistülografide tespit edilen darlığa Balon Anjioplasti yapılarak darlık açıldı.Hasta C.İ aynı gün aynı greftten sadece saat farkı (2 saat sonra) ile diyaliz tedavisine alındı.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, fistül/greft muayenesi, fistülografi

Figürler :



PS/HD-116

KAZANILMIŞ ARTERO-VENÖZ FİSTÜL KAPOSİ SARKOM İLE İLİŞKİLİ MİDİR?

Barış Eser¹, İbrahim Doğan¹, Özlem Yayar², Yılmaz Baş³, Cihat Coşgun⁴, Nihal Özkayar¹¹Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği²Çanakkale Devlet Hastanesi, Nefroloji Kliniği³Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği⁴Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıklar Kliniği

Giriş: Kaposi sarkom (KS) vasküler endotel hücrelerinden köken alan nadir görülen angiogenik-inflamatuar neoplazidir. Human herpes virüs- 8 (HHV-8)

KS lezyonlarında gösterilmekte ve olası nedensel ajanı kabul edilmektedir (1,2). Kronik böbrek hastalığı (KBH)'nda çok çeşitli deri lezyonlarına rastlanmaktadır, fakat deri kanseri çok nadir gözlenmektedir. Önceki vaka raporlarında farklı ko-morbiditeleri olan diyaliz hastalarında KS tanımlanmıştır (3,4). Ancak bizim rapor hemodiyaliz (HD) için oluşturulmuş artero-venöz fistül (AVF)'ün bulunduğu ekstremitelerde tespit edilen ilk KS vakasıdır.

Vaka: Altmışdokuz yaşında erkek hasta depresyon nedeni ile oluşmuş crush sendromu sonrası gelişen son dönem böbrek yetmezliğinden dolayı dört yıldır HD tedavisi almakta ve üç buçuk yıldır sol kol AVF vasküler giriş olarak kullanılmaktaydı. Hastadan sol üst ekstremitelerde distalinde yaklaşık 1,5 yıldır şişme olduğu ve ilk lezyonların 10 ay önce el dorsali ve bilekte belirdiği, zamanla yavaşça kol distaline doğru ilerlediğini öğrenildi. Tıbbi öyküsünde kayda değer ko-morbidite ve ilaç kullanım öyküsü yoktu. Fiziksel muayenesinde sol elden başlayıp ön kol proksimale kadar uzanan derin morumsu, koyu kahverengi/siyah ya da kırmızımsı mavi renkte maküler, nodüler ve plak şeklinde lezyonlar ile ödem dışında bulgu tespit edilmedi (Şekil 1). Laboratuvar değerlendirilmesinde, kan üre nitrojeni ve serum kreatinine seviyeleri dışında, lökosit sayısı-dağılımı ve platelet sayısı, fibrinojen, serum elektrolitleri, karaciğer fonksiyon testleri ve c-reaktif protein düzeyi normaldi. Serolojik testlerden hepatit b/c ve insan immunyetmelik virus negatifti. İmmünohistokimyasal değerlendirmesinde komplemenler, immünglobulinler, anti-nükleer antikor ve anti-nötrofil stoplazmik antikor değerleri normaldi. Göğüs x-ray görüntülemeye akciğer parankimi normaldi ve batın ultrasonografisinde visseral organlarda lezyon gözlenmedi. Lezyonların punch biyopsi örneklerinde yüzeysel ve derin dermiste yer yer daha önceden varolan kapiller yapıları çevreleyen dilate, düzensiz vasküler proliferasyon izlendi (Şekil 2A). Stromal ve vasküler yapılar etrafında ince kordlar şeklinde iğsi/oval şekilli, hiperkromatik atipik hücre proliferasyonu izlendi (Şekil 2B). Fokal olarak ekstraselüler PAS pozitif hyalin globüller dikkati çekti (Şekil 2C). İmmünohistokimyasal incelemede bu hücreler HHV-8 ile pozitif boyandı (Şekil 2D) ve lezyonlara KS tanısı kondu.

Sonuç ve tartışma: AVF olan ekstremitelerde HHV-8 ve KS birlikteliği gösterilmiştir. Literatürde HD hastalarında kazanılmış AVF ile psödo KS raporlanmış olmasına rağmen (5), KS birlikteliğine rastlanmamıştır. Önceki raporlarla birlikte değerlendirildiğinde, HHV-8 aktivasyonundan dolayı gelişen KS'a immünsupresyon dışında ilave faktörlerin de katkıda bulunabileceği düşünülebilir (3,4,6). KBH'da oluşan inflamasyon ve immünsupresyonla birlikte KVS varlığı KS gelişimi ve progresyonuna katkıda bulunabilir. Bu öngörü KVS gözlenen AVF'li hastalarının cilt bulgularının takibi ile desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, artero-venöz fistül, kaposi sarkom

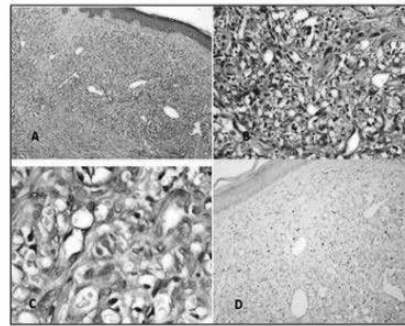
Kaynaklar

1. Antman K, Chang Y: Kaposi's sarcoma. N Engl J Med 2000;342:1027-38.
2. Schwartz RA, Micali G, Nasca MR, Scuderi L. Kaposi sarcoma: a continuing conundrum. J Am Acad Dermatol 2008;59:179-206.
3. Tugcu M, Kasapglu U, Ruhi C, Sayman E. Kaposi Sarcoma in a Chronic Renal Failure Patient Treated by Hemodialysis. Neph Dial Transpl 2016; 25 (1): 136-8.
4. Lee D, Chun JS, Hong SK, Kang MS, Seo JK, Koh JK, Sung HS. Kaposi sarcoma in a patient with chronic renal failure undergoing dialysis. Ann Dermatol 2013 Nov;25(4):475-8.
5. Hwang SM¹, Lee SH, Ahn SK. Pincer nail deformity and pseudo-Kaposi's sarcoma: complications of an artificial arteriovenous fistula for haemodialysis. Br J Dermatol 1999;141(6):1129-32.
6. Human Herpesvirus 8 Seroprevalence in Blood Donors and Lymphoma Patients From Different Regions of Italy. Denise Whitby, Mario Luppi, Patrizia Barozzi, Chris Boshoff, Robin A. Weiss, Giuseppe Torelli. Journal of the National Cancer Institute 1998;90 (5):395-7.

Figürler :



Şekil 1. A,B,C,D; sırası ile el dorsali, avuç içi ve el bileğindeki ödem ile birlikte derin morumsu, koyu kahverengide siyahya da kırmızımsı mavi renkte maküler, nodüler ve plak şeklinde lezyonlar.



Şekil 2. (A) Dermiste yer yer daha önceden varolan kapiller yapıları çevreleyen dilate, düzensiz vasküler proliferasyon izlendi. (B) Stromal ve vasküler yapılar etrafında ince kordlar şeklinde iğsi/oval şekilli, hiperkromatik atipik hücre proliferasyonu izlendi. (C) Fokal olarak ekstraselüler PAS pozitif hyalin globüller dikkati çekti. (D) İmmünohistokimyasal incelemede bu hücreler HHV-8 ile pozitif boyandı.

PS/HD-117

AIR EMBOLISM FOLLOWING REMOVAL OF HEMODIALYSIS CATHETER

Tuncay Sahutoglu¹, Tamer Sakaci¹, Nuri Baris Hasbal¹, Ekrem Kara², Elbis Ahbap¹, Mustafa Sevinc¹, Yener Koc¹, Taner Basturk¹, Elif Sahutoglu³, Abdulkadir Unsali¹

¹Sisli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi

³Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Introduction: Air embolism (AE) is a rare, but serious complication that can occur in the practice of hemodialysis. In contrast to careful techniques and meticulous care during insertions and manipulations of the central catheters, awareness of the risk of AE following catheter removal is less. We aimed to analyze the clinical characteristics of the all case reports with AE after catheter removal and summarize the mechanisms, clinical consequences, treatment and prevention of AE.

Methods: In addition to our case, MEDLINE database was searched for all case reports with AE following catheter removal, and the clinical, diagnostic and outcome data were analyzed.

Results: A total of 10 patients (including our case) (M/F 6/4; median age 50.5 years) were found for the analysis. Procedures for prevention of AE was reported in a few patients (Trendelenburg position 2, airtight dressing 1). The time that

elapsed between catheter removals and onset of AEs was ranged from seconds to 6 hours. The most common findings were dyspnea (90%), hypoxemia (70%), and cerebral dysfunction (70%). The most common sites where air could be detected were the left ventricle (40%), pulmonary artery (30%) and right ventricle (30%). Mortality was reported in 4 (40%) cases and the remaining 6 patients had complete recovery. Blocking of air portal was not reported in any of the fatal cases.

Conclusions: AE following catheter removal carries a major risk of mortality. Great awareness and attention to preventive procedures and appropriate care after development of AE seem mandatory.

Anahtar Kelimeler: Air embolism, hemodialysis catheter, central venous catheter, catheter removal.

Figürler :

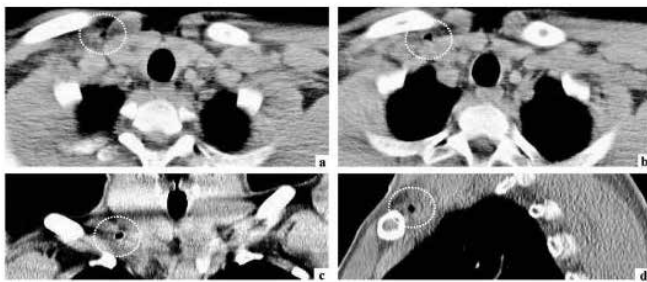


Table 1. Clinical, diagnostic and outcomes data of the reported cases who developed AE after catheter withdrawal (including our presented case)

[illegible]

CPC, central venous catheter; AB, air embolus; CT, computed tomography; CPR, cardiopulmonary resuscitation; R, right; SCP, subclavian vein; DP, internal jugular vein; HOC, hemodialysis catheter; PCWP, pulmonary capillary wedge pressure; CVC, central venous catheter.

randevusu alındı. Yapılan fistülografide;radio-sefalik venin normalde tek hat şeklinde ilerlemesi gerekirken anatomik olarak ikiye ayrıldığı görülmüştür. A/V fistülün arter ve ven hattının belirlenip , fistül girişim yerlerinin değiştirilmesi ile hastanın biyokimyasal verilerinde anlamlı değişiklikler olmuştur. 7.ay Giriş:Bun 36 Çıkış:Bun 12, Kt/V 1,32 8.ay Giriş: Bun 70 Çıkış:Bun 22 Kt/V 1,37 ve üzerine çıkarılmış olup albumin ve hemoglobin seviyelerinde artış ile hastanın genel durumu düzelmiştir.

Anahtar Kelimeler: Diyaliz yeterliliği, fistülografi, A/V fistül muayenesi

Figürler :



PS/HD-118

FİSTÜLOGRAFİ İLE AV FİSTÜLÜ VE DİYALİZ YETERLİLİĞİ DÜZELTİLEN OLGU

Aysun Ünal¹, Mustafa Çetin¹, Neşe Bayraktar¹, Bülent Çekiç¹, Abdi Metin Sarıkaya¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Kliniği²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Radyoloji Kliniği

Ünitemizde 2 yıldır KBY nedeniyle hemodiyaliz tedavisi gören 22 yaşındaki hasta T.B'nin yapılan aylık değerlendirmesinde ; 4.ay: Giriş Bun 63 Çıkış Bun 27, Kt/V 1,1, 5.ay Giriş Bun 74 Çıkış Bun 33 Kt/V 1,05, 5.ay GirişBun 70 Çıkış Bun 32 kT/V 1,03, 6ay Giriş BUN 68 Çıkış Bun 30 Kt/v 1,07 olduğu tespit edilmiştir.Hastada düşük Kt/V nedenleri araştırıldı. Fistül değerlendirilmesi (fistül girişim yerleri, iğne gauch numaraları, resirkülasyon testi), diyalizörün gözden geçirilmesi (highflux diyalizör), cihaz kalibrasyonu kontrollerinin yapılmasına rağmen düzeltilmeyen Kt/V , albumin seviyesi ve hemogloblin düzeyi mevcut olan hasta için girişimsel radyolojiden fistülografi

AYLAR	bu n g	bu n ç	cre g	cre ç	alb	hgb	ktv	uf	diyaliz süre / saat	pompa ml / dak	v basını	a / v fistül kateter	gause	diyalizdir hgb / flus
Nis.14	63	27	8,08	3,16	3,5	8	1,1	1000	4	350	200	a/v	16 g	1,6
May.14	74	33	7,2	3,15	3,7	9	1,05	1400	4,5	350	190	a/v	15 g	1,6
May.14	70	32	8	4,2	3,7	9	1,03	1200	4,5	350	190	a/v	15 g	1,6
Haz.14	68	30	7,2	3,29	3,6	10	1,07	700	5	350	200	a/v	15 g	1,6
Tem.14	36	12	6,8	2,59	3,9	11,7	1,32	500	4	350	130	a/v	15 g	1,8
Ağu.14	70	22	9,50	3,82	3,8	10,5	1,37	1500	4	350	130	a/v	15 g	1,8
Eyl.14	56	18	10,20	3,25	4	10,9	1,35	2500	4	350	130	a/v	15 g	1,8
Ek.14	73	19	10,20	3,25	4,10	11	1,41	3000	4	350	130	a/v	15 g	1,8
Kas.14	83	23	11,52	3,8	4,2	11,2	1,49	2900	4	350	130	a/v	15 g	1,8
Ara.14	80	20	10,88	3,37	4,1	11,4	1,52	2500	4	350	115	a/v	15 g	1,8
Oca.15	87	21	10,5	3,26	4	10,1	1,54	3500	4	350	100	a/v	15 g	1,8
Şub.15	74	19	9,5	3,43	3,9	10	1,51	2800	4	350	130	a/v	15 g	1,8
Mar.15	83	22	11,52	3,53	4,20	11	1,49	3800	4	350	120	a/v	15 g	1,8
Nis.15	84	20	11	3,47	4,1	10,9	1,55	3500	4	350	120	a/v	15 g	1,8
May.15	71	21	10,87	4,06	4	11	1,41	2000	4	350	130	a/v	15 g	1,8
Haz.15	70	18	70,97	3,84	4,2	12	1,51	2600	4	380	125	a/v	15 g	1,8

PS/HD-119

THE EFFECT OF HEMODIALYSIS ON BALANCE MEASUREMENTS AND RISK OF FALL

Ertuğrul Erken¹, Ruya Ozelsancak², Safak Sahin³, Emine Ece Yılmaz⁴, Dilek Torun², Yunus Emre Kuyucu⁵, Siren Sezer⁶

¹Department of Nephrology, Faculty of Medicine, Gaziosmanpaşa University, Tokat, Turkey

²Department of Nephrology, Adana Research And Training Hospital, Faculty of Medicine, Baskent University, Adana, Turkey

³Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Gaziosmanpaşa University, Tokat, Turkey

⁴Department of Physical Therapy And Rehabilitation, Adana Research And Training Hospital, Faculty of Medicine, Baskent University, Adana, Turkey

⁵Department of Biostatistics, Faculty of Medicine, Gaziosmanpaşa University, Tokat, Turkey

⁶Department of Nephrology, Faculty of Medicine, Baskent University, Ankara, Turkey

Background: Patients with end-stage renal disease (ESRD) have increased risk of falls and fall-related complications. Other than aging and factors related to chronic kidney disease, treatment of hemodialysis may also contribute to this increased risk. The aim of this study was to demonstrate the impairment of balance after a session of hemodialysis with a quantitative assessment and reveal an increased fall risk that would possibly be related to treatment of hemodialysis for patients on maintenance hemodialysis.

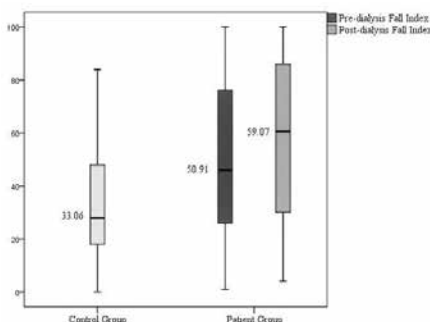
Methods: Fifty-six patients with ESRD on chronic hemodialysis program and 53 healthy individuals were involved in this study. Fall Index percentages were calculated, and fall risk categories were determined for all patients and healthy controls using Tetrax posturography device (Sunlight Medical Ltd Israel). The patient group was evaluated twice for balance, before and after a routine session of hemodialysis.

Results: Fall Index scores of healthy controls were lower than that of ESRD patients ($p = 0.001$). In the patient group, we found the mean Fall Index to be significantly higher at the post-dialysis assessment compared to the predialysis assessment ($p = 0.003$). The number of patients with high risk of falling also increased at the post-dialysis assessment yet the difference did not reach significance. Fall Index was correlated with the increase in age only at the predialysis balance measurement ($p = 0.038$). Patients with better dialysis adequacy had significantly lower Fall Index scores than the others at the pre-dialysis balance measurement ($p = 0.004$). The difference was not significant at the post-dialysis measurement. Figure 1 demonstrates the Fall Index (y-axis) in healthy controls and ESRD patients using Tetrax posturography device.

Conclusions: In the current study, we evaluated the balance of ESRD patients before and after a routine session of hemodialysis treatment. This is the first study to investigate the effect of hemodialysis on balance, using an electronic posturographic balance system. We found the Fall Index score to be significantly higher after hemodialysis, indicating a negative effect of hemodialysis on postural stability. As expected, our data showed an increased Fall Index score correlated with the increase in age both in ESRD patients and in healthy controls. However, the correlation with age was not observed for the patient group at the post-dialysis balance measurement. We might conceive that young patients with ESRD are also prone to fall risk after a session of hemodialysis. Methods that provide quantitative assessment for fall risk could be rather beneficial for high-risk populations such as patients on maintenance hemodialysis.

Anahtar Kelimeler: Balance, hemodialysis, fall risk, end-stage renal disease, postural stability

Figürler :



PS/HD-120

SEFALİK AVF PSEUDOANEVRİZMASI

Aysun Ünal¹, Ercan Akbulut¹, Mustafa Çetin², Şirin Tekin Kırıl¹

¹Atatürk Devlet Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Kliniği

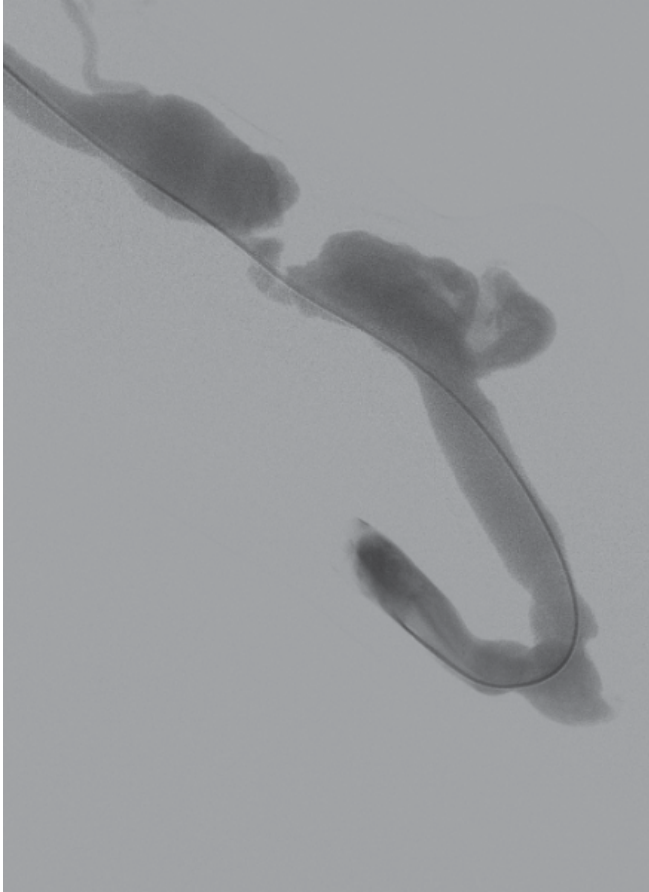
²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Radyoloji Kliniği ve Hemodiyaliz Kliniği

33 yaşında erkek hasta, 4 yıl evvel sol brakial arterle sefalik ven arasına AVF yapılmış. Sefalik venin proksimalinde psedoanevrizma ve buna bağlı ağrı ve fistül akımında yetersizlik olmaya başlamış. Hasta genel anestezi ile operasyona alındı, önce sol sefalik AVF nin proksimali daha sonra da distal bölgesi döndü, proksimal arteriyelize ven ligate edilerek serbestleştirildi ardından arteriyelize sefalik venin distal kısmı da ligate edilip venin üst tarafı fistülden bağımsız hale getirildi, 6mm biyolojik vasküler greft önce proksimal vene uç uca anastomoz edilip ciltaltından tünel yapılarak greftin diğer ucu distal kısımdan çıkarılıp ven ile yine uç yan anastomoz yapılarak brakial arter kullanılmadan arteriyelize sefalik venin proksimal ucu ile distal ucu arasında 6mm biyolojik damar kullanılarak non otojen yeni bir AVF yapıldı ve trill alınarak AVF de akım sağlandı, daha sonra proksimaldeki psedoanevrizma kesesi çıkarıldı ve cilt kapatılarak hasta servise alındı.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz , avf, pseudoanevrizma

Figürler :





PS/HD-121

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTALAR İNORGANİK FOSFOR İÇEREN GIDALARIN NE KADAR FARKINDA VE EĞİTİM HASTALAR ÜZERİNE NE KADAR ETKİLİ ?

Nihan Tekkarışmaz¹, Dilek Torun¹, Rüya Özelsancak¹¹Başkent Üniversitesi Adana Dr Turgut Noyan Araştırma ve Uygulama Merkezi, Nefroloji Bölümü

Giriş: Hiperfosfatemik kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastalarında morbidite ve mortalitenin önemli bir göstergesidir. İşlenmiş hazır gıdaların ve gazlı içeceklerin çoğu inorganik fosfor bileşikleri içermektedir. Çalışmamızın amacı; KBY'li hastaların inorganik fosfor içeren gıdaların ne kadar farkında olduklarını ve eğitimin hastalar üzerine olan etkisini araştırmaktır.

Materyal Metod: Çalışmaya hemodiyaliz (HD) (n:274) ve periton diyaliz (PD) (n:45) tedavisi alan 135 kadın, 184 erkek, yaş ortalaması 55,2 ±14,8 yıl olan toplam 319 hasta dahil edildi. İnorganik fosfor içeren gıda / içecekler hakkında farkındalığı test eden 7 soruluk anket formu hazırlandı (Tablo 1). Hastalara bir yıl ara ile iki kez anket uygulandı ve beslenmeyle ilgili eğitim verildi. Anket sorularının cevap şıkları; en doğru cevap en yüksek puanı, en yanlış cevap en düşük puanı alacak şekilde numaralandırıldı. Hastanın ankete verdiği cevaplardan aldığı toplam puana anket puanı denildi ve kayıt edildi. Birinci ve ikinci anketin yapıldığı ay bakılan glukoz, kalsiyum, fosfor, albumin, alkalin fosfataz, paratiroid hormon ve KtV değerleri kaydedildi. Hastalar HD ve PD olmak üzere iki alt gruba ayrıldı ve incelendi. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 17.0 paket programı kullanıldı.

Sonuçlar: Çalışmaya alınan 319 hastadan 72 hasta çalışma dışı kalırken, 247 hasta ile çalışma tamamlandı. İki anket arasında; Ca, P, PTH (Tablo 2) ve ilk 3 soruya doğru cevap verenlerin oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış saptandı.. Altıncı soruda yemiyorum diyenlerin sayıları azalmış iken, yedinci soruda fosfor içeren gıdaları azaltmak istiyorum diyenlerin sayısında artış oldu (Tablo 3). HD ve PD hasta grupları arasında 1. ve 2. anket puanı açısından istatistiksel olarak fark yoktu.

Tarışma ve Sonuç: Bu ankete dayanarak, KBY hastalarının %88 i gazlı içeceklerin içinde ki yüksek şekerin farkında iken , ancak %68'i gazlı içeceklerin içinde ki yüksek fosforun farkındaydı. Benzer şekilde KBY hastalarının % 34 ü hamburger ve pizza gibi hazır gıdalara rutin olarak koruyucu amaçlı fosfor eklendiğinin farkında değildi. Daha da önemlisi ankete katılanların %84 ü yüksek fosfor tüketiminin zararlı etkilerinin farkındaydı.

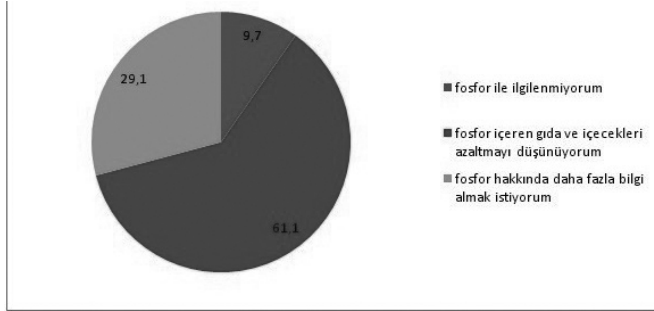
Anket sonuçları KBY hastalarının çoğunun yiyecek ve içeceklerde ki fosfor varlığından habersiz olduğunu açıkça göstermektedir. Fakat bu konu ile ilgili hastalar bilgilendirildikten sonra; % 61'i fosfor içeren gıdaları azaltmaya karar verdi (Şekil 1). Bu bulgular hasta eğitiminin potansiyel faydalarını göstermektedir.

Ankete katılanların %84'nün yüksek fosfor tüketiminin zararlı etkilerinin farkında olması, sağlık ekibinin fosfor ile ilişkili komplikasyonlar hakkında etkin olarak bilgilendirdiğinin göstergesidir. Buna rağmen KBY'li hastaların yaklaşık % 40'ı gazlı içecek içiyor ve hazır gıda tüketiyordu (Şekil 2). Bu; hastaların yaklaşık %30 unun gazlı içecekler ve hazır gıdaların içinde yüksek fosfor olduğunun farkında olmaması ile açıklanabilir. Eğitime rağmen ikinci anket zamanında ki fosfor seviyesinde beklenen düşmenin olmaması; farkındalığın laboratuvar değerleri ile korele olmadığının bir göstergesi olabilir.

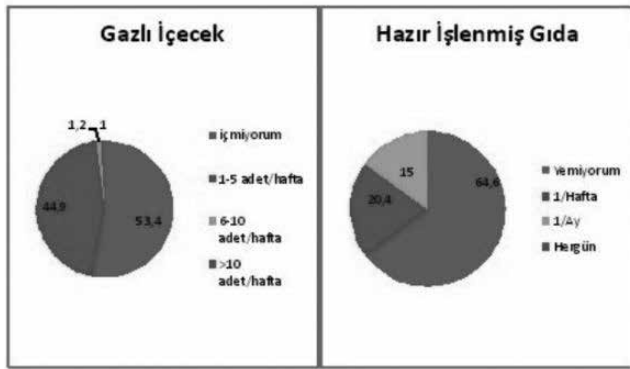
Sonuç olarak, KBY hastaları yüksek fosfor tüketiminin zararlı etkilerinin farkında olmalarına rağmen, hazır gıdalar ve gazlı içeceklerde yüksek fosfor olduğunun yeterince farkında değillerdir. Gizli fosfor içeren gıdaların yarattığı riskler konusunda farkındalığı artıracak eğitimsel girişimlere ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek yetmezliği, hiperfosfatemi, inorganik fosfor

Figürle:



Şekil 1: Hastalara fosfor alımını azaltmak için diyetlerinde değişiklik yapmayı düşünüyor musunuz diye soruldu.



Şekil 2: Hastalara gazlı içecek ve hazır işlenmiş gıda tüketim alışkanlıkları soruldu.

Tablo 1. Anket Soruları

soru	cevap
1) Gazlı içecekler içinde yüksek şeker olduğunu biliyor musunuz?	Evet / Hayır
2) Gazlı içecekler içinde yüksek fosfor olduğunu biliyor musunuz?	Evet / Hayır
3) Hazır gıdaların içinde yüksek fosfor olduğunu biliyor musunuz?	Evet / Hayır
4) Yüksek fosfor alımının vücuda zararlı olduğunu biliyor musunuz?	Evet / Hayır
5) Bir haftada kaç şişe veya kutu gazlı içecek tüketiyorsunuz?	içmiyorum 1-5 6-10 >10
6) Hazır gıdaları hangi sıklıkla alıyorsunuz?	yemiyorum ayda bir haftada bir yaklaşık her gün
7) Yüksek fosfor tüketiminin zararlı olduğunu bildikten sonra neler yapmanız gerektiğini düşünüyorsunuz?	fosfor hakkında daha fazla bilgi almak istiyorum fosfor içeren gıda ve içecekleri azaltmak istiyorum fosforla ilişkili konular ile ilgilenmiyorum

Tablo 2. Hastaların İki Anket Arası Laboratuvar Değerlerindeki Değişim

	Birinci Anket Zamanı	İkinci Anket Zamanı	p
Glu (mg/dL)	138	127	0.80
Ca (mg/dL)	8.6	8.8	0.00
P (mg/dL)	4.6	4.8	0.01
Alb (g/dL)	3.6	4.4	0.08
ALP (IU/L)	132	137	0.47
PTH (pg/mL)	442	544	0.00
Kt/V	1.58	1.61	0.15
Anket puanı	10.00	10.19	0.14

Tablo 3. Hastaların Birinci ve İkinci Ankette Sorulara Verdikleri Cevaplar

	Birinci Anket n (%)	İkinci Anket n (%)	p
Soru 1 evet	217 (87.9)	233 (94.3)	0,01
Soru 2 evet	169(68.4)	189 (76.5)	0,02
Soru 3 evet	163 (66)	183 (74.1)	0,03
Soru 4 evet	207 (83.8)	218 (88.3)	0,17
Soru 5			
>10	1 (0.4)	0 (0)	1,000
6-10	3 (1.2)	4 (1.6)	0,989
1-5	111 (44.9)	96 (38.9)	0,201
içmiyorum	132 (53.4)	147 (59.5)	0,203
Soru 6			
Her gün	0 (0)	0 (0)	-
Haftada bir	52 (21.1)	64 (25.9)	0,243
Ayda bir	36 (14.6)	49 (19.8)	0,152
Yemiyorum	159 (64.4)	134 (54.3)	0,027
Soru 7			
Fosfor hakkında daha fazla bilgi almak istiyorum	87 (35.2)	72 (29.1)	0,177
Fosfor içeren gıda ve yiyecekleri azaltmak istiyorum	128 (51.8)	151 (61.1)	0,046
Fosforla ilişkili konular ile ilgilenmiyorum	32 (13)	24 (9.7)	0,320

PS/HD-122

HEMODİYALİZ HASTALARINDA MİNERAL METABOLİZMA PARAMETRELERİNDEKİ DEĞİŞKENLİĞİN KARDİYAK MORTALİTE İLE İLİŞKİSİ

Gülsüm Özkan¹, Şükrü Ulusoy², Beyhan Güvercin³, Adnan Yavuz⁴

¹Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

³Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd

⁴Trabzon Özel Rns Hemodiyaliz Merkezi

Giriş-Amaç: Chronic kidney disease-mineral and bone disorder (CKD-BMD) hemodiyaliz (HD) hastalarında cardio-vasküler hastalık ve mortalite ile ilişkisi olduğu bilinen ve hemen hemen tüm HD hastalarında gözlenen bir durumdur. CKD-BMD takip ve tedavisinde Ca, P ve iPTH en sık kullanılan biyobelirteçlerdir. Bu parametrelerdeki yükseklik kardiyak mortalite ile ilişkili iken

son yıllarda düşük düzeylerinde mortalite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ancak HD hastalarında Ca, P ve iPTH değişkenliğinin kardiyak mortalite ile ilişkisi bilinmemektedir. Biz çalışmamızda bu parametrelerin değişkenliğinin kardiyak mortalite ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Metod: Çalışmada 218 HD hastasının bazal demografik ve biyokimyasal parametreleri ile 2 yıllık süreçteki aylık albuminle düzeltilmiş Ca (alb Ca) ve P değeri ve 3'er aylık periyotlardaki iPTH düzeyleri kaydedildi. Alb Ca, P ve iPTH değişkenliğini değerlendirmek amaçlı her bir parametrenin standart deviation (std) ve smoothness index (SI) leri hesaplandı. Ardından bütün parametrelerin kardiyak mortalite ile ilişkisi değerlendirildi.

Bulgular: İki yıllık süreçte 38 hastada kardiyak mortalite gözlemlendi. Exitus gözlenen hastaların yaş, sistolik ve diastolik kan basıncı, ortalama iPTH ve std iPTH yaşayan hastalardan anlamlı yüksek iken, SI iPTH, SI Ca albumin ve HsCRP düzeyi anlamlı düşük idi. Multivariate analizde yaş, düşük albumin, yüksek DBP, std iPTH, SI PTH ve SI Ca kardiyak mortalitenin bağımsız belirleyicisi olarak saptandı.

Sonuç: Biz çalışmamızda literatürde ilk kez Ca ve iPTH değişkenliğinin ortalama ve baseline değerden bağımsız olarak kardiyak mortaliteyi etkilediğini gösterdik. Çalışmamızın başka çalışmaları ile desteklenmesinde, Ca ve iPTH değişkenliğinin HD hastalarında kardiyak mortalite ile ilişkisi netliğe kavuşacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, parathormon değişkenlik, kalsiyum değişkenlik

Tablo. Kemik Mineral Metabolizması Değişkenlik ölçütleri

	Yaşayan (n=180)	Exitus (n=38)	P
Ortalama iPTH	292.19(11.75-1152.84)	379.79(80.16-1212.6)	<0.05
Standart deviasyon iPTH	124.62(6.71-654.60)	151.91(20.70-512.77)	<0.05
Smoothness Index iPTH	0.01(-3.63-0.66)	-0.33(-13.14-0.14)	<0.001
Ortama Ca	8.42±0.57	8.65±0.63	Anlamsız
Standart deviasyon Ca	0.45(0.14-4.11)	0.51(0.20-1.71)	Anlamsız
Smoothness Index Ca	0.00(-0.98-1.13)	-0.06(-4.17-0.34)	<0.001
Ortalama P	4.81±0.82	4.54±0.94	Anlamsız
Standart deviasyon P	1.02±0.57	1.00±0.41	Anlamsız
Smoothness Index P	0.06(-5.97-8.23)	0.18(-4.34-2.59)	Anlamsız

PS/HD-123

HEMODİYALİZ HASTALARININ ERGEN ÇOCUKLARININ SOSYO-DEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİ

Seyyid Bilal Açıkgöz¹, Savaş Sipahi², Fuat Kırçelli³, Ahmed Bilal Genç⁴, Mehmet Yıldırım⁴, Aysel Gürkan Toçoğlu⁴, Ergün Fidan Kırçelli⁵, Hamad Dheir²

¹Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd., Nefroloji Bd

³Çocuk Psikiyatrisi Uzmanı

⁴Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

⁵Psikiyatri Uzmanı

Giriş: Hemodiyaliz (HD) tedavisi hastaları hastaneye bağımlı kılan ve hastaların sosyo-ekonomik ve psikolojik durumlarını etkileyen bir tedavi yöntemidir. Bu zorlu süreç sadece hastayı değil ailenin diğer bireylerini de etkilemektedir ve özellikle benlik algılarının oluşmaya başladığı ergenlik döneminde bu etki daha belirgin olarak izlenmektedir. Biz bu çalışmamızda bu hasta grubunun ergen çocuklarının sosyo demografik özelliklerinin nasıl etkilendiğini saptamayı amaçladık.

Yöntem: Sakarya bölgesinde dört hemodiyaliz merkezinde Haziran 2016 tarihinde HD tedavisi almakta olan 13-18 yaş arası ergen çocukları bulunan hastalar belirlendi. Bölgesel etik kurul onayı alındıktan sonra hasta ve ergen çocuklarının sosyo demografik verileri kayıt edildi ve benlik algısı ile ilişkili

testler uygulandı. Bu çalışmanın alt grup analizi olarak ergen çocukların sosyo-demografik özellikleri sıklık verisi şeklinde kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya 24 HD hastası ve onların 25 ergen çocuğu dahil edildi. Hastaların %75'i (n:18) erkek, %25'i (n:6) kadın ve ortalama yaşları 48,5±6,4 yıldı. Hastaların %83'ünün eğitim durumu ilköğretim, %8,3'ü ortaokul ve %8,3'ü liseydi. Ortalama HD tedavisi almakta oldukları süre 7,3±4,4 yıldı. Ergen çocukların %32,4'ü (n:11) erkek, %67,6'sı (n:23) kadın ve ortalama yaşları 16,0±1,7 yıldı. Ergen çocukların %20,6'sı köyde, %32,4'ü ilçede ve %47,1'i ilde ikamet etmekteydi. Ailelerin %82,4'ü çekirdek aile iken %17,6'sı geniş aileydi. Ergen çocukların eğitim durumları değerlendirildiğinde 2 çocuğun daha önce sınıfta kaldığı, 3 çocuğun okulu bıraktığı ve 2 çocuğun disiplin cezası aldığı saptandı. Ayrıca ergen çocukların okul öğretmenleri ile iletişim becerileri sorgulandığında öğrencilerin %44,1'inin öğretmenleri ile sorun yaşadığı saptandı. Ergen çocukların çevre ile iletişim becerileri sorgulandığında ise %23,5'inin daha önce bir kavgaya karıştığı saptandı. Son olarak çocukların psikiyatri kliniğine başvuruları incelendiğinde 5 çocuğun daha önce psikiyatri kliniğine başvurduğu saptandı.

Sonuç: Sonuç olarak hemodiyaliz tedavisi almakta olan hastaların ergen çocuklarının sosyo-demografik özellikleri değerlendirildiğinde ergen çocukların 1/4'inin okul başarısızlığının bulunduğu ve yaklaşık yarısının öğretmenleri ile sorun yaşadığı saptandı. Hemodiyaliz hastaları kadar onların çocuklarının da psikiyatrik takip ve desteğe ihtiyacı olduğu kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz hastalarının ergen çocukları, benlik algısı, sosyo-demografik özellikler

PS/HD-124

HEMODİYALİZ HASTALARINDA SİGARA PARATİROİD HORMON İLİŞKİSİ, SİGARA İÇMEK DAHA FAZLA MI RİSKLİ?

Seyyid Bilal Açıkgöz¹, Ahmed Bilal Genç², Mehmet Yıldırım³, Gökhan Öner³, Kenan Evren Öztop⁴, Mehmet Bülent Vatan⁵, Yakup Erşel Aksoy⁶, Hamad Dheir⁷, Savaş Sipahi⁷

¹Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

³Özel Sakarya Diyaliz Merkezi

⁴Özel Nefromed Diyaliz Merkezi

⁵Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Bd

⁶Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

⁷Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd., Nefroloji Bd

Giriş: Sigara pek çok organ ve sistem üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Paratiroid hormon (PTH) düzeyi yüksekliği hemodiyaliz hastalarında tanımlanmış en fazla gözlemlenen endokrin bozukluktur. PTH düzeyi yüksekliği ile birlikte kronik böbrek hastalığında mineral kemik bozukluğu da iyi tanımlanmış bir kardiyovasküler risk faktörüdür. Rapuri tarafından yapılan bir çalışmada yaşlı kadınlarda sigara içiminin düşük 25-hidroksivitamin D (25(OH)D) ve yüksek PTH ile beraber olduğu gösterilmiştir.

Yöntem: Nefroloji Bilim dalı tarafından takip edilen hemodiyaliz tedavisi almakta olan 418 hasta tarandı. Bu hastalardan diyabetik olan 165 hasta, paratiroidektomi yapılmış 9 hasta, betabloker kullanan 81 hasta ve haftada 3 kez hemodiyalize girmeyen 27 hasta çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya dahil edilen hastaların sosyo demografik özellikleri ve laboratuvar verileri hasta dosyalarından kayıt edildi. Sosyodemografik ve biyokimyasal parametreler, ki-kare, mann whitney u ve independent samples T-test kullanılarak değerlendirildi. Hastaların sigara içme durumu ile serum pth düzeyi arasında ilişki varlığı Mann-Whitney U testi ile değerlendirildi.

Çalışma TÜBİTAK tarafından desteklenen 215S173 sayılı projenin alt grup analizi ürünüdür.

Bulgular: Sosyodemografik veriler ve biyokimyasal parametreler Tablo 1 de gösterilmiştir. Hastaların sigara tüketimleri paket yıl olarak değerlendirildiğinde medyan:20 paket/yıl minimum 1 paket/yıl maksimum 50 paket/yıl ve ortalama

20,8±13,5 paket yıl olduğu saptandı. Sigara içme durumu ile PTH arasındaki ilişki incelendiğinde ise; sigara içenlerin PTH düzeyleri yüksek olarak saptansa da PTH ya etki eden faktörler göz önünde bulundurulduğunda PTH ile sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 2).

Sonuçlar: Sağlıklı popülasyonda yapılan çalışmalarda sigara kullanan kişilerin PTH düzeylerinin yüksek saptanmasına ilişkin bildiriler mevcuttur. Hemodiyaliz tedavisi görmekte olan hasta grubunda yaptığımız çalışmada, 418 olgunun ilk değerlendirmesinde sigara içiminin PTH yüksekliğine yol açtığı yönünde veri elde etmemize rağmen BİAS'a neden olabilecek faktörler göz önüne alındığında ilişki bulunamamıştır. Konuyla ilgili karar verebilmek için daha büyük çalışmalara ihtiyaç olduğu vardır.

Anahtar Kelimeler: Paratiroid hormon, sigara, hemodiyaliz

Tablo 1. Sosyodemografik veriler ve biyokimyasal parametreler

	Tüm Grup (n:136)	Sigara İçen (n:68)	Sigara İçmeyen (n:68)	P
Cinsiyet (E/K)	81/55	56/12	25/43	,000
Yaş	59,49±16,85	57,96±16,86	61,01±16,81	,182
HD Yılı	6,93±5,54	6,45±5,23	7,38±5,82	,356
BMI	24,36±4,69	23,4±03,86	25,31±5,24	,037
Kalsiyum	8,66±0,75	8,49±0,70	8,83±0,75	,009
Fosfor	4,94±1,18	5,03±1,21	4,84±1,14	,345

Tablo 2. Sigara içme durumu ile PTH arasındaki ilişki

	Sigara İçmeyen	Sigara İçen	P
Parathormon (pg/ml)	492,8 (31,6-1724,5)	521,1 (47,2-1900)	0,4

PS/HD-125

HİSSEDİLEN BAKIM YÜKÜ ÖLÇEĞİ: TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Kenan Evren Öztop¹, Ahmet Bilal Genç², Ceyhan Varım², Savaş Sipahi³

¹Sakarya Özel Nefromed Diyaliz Merkezi

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları ABD

³Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji BD

Giriş: Kronik hastalıklar nedeniyle bakıma muhtaç bireylerin yakınlarının "Bakım Yüğü" nedeniyle yaşamlarının etkilendiği birçok çalışmada gösterilmiş olup, bakım yükünün hasta açısından değerlendirilmesi hakkında literatürde az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmamızda hasta yakınlarının bakım yükünün etkilerinin hasta tarafından incelenmesi için kullanılan, Coussineau ve arkadaşları tarafından geliştirilen Hissedilen Bakım Yüğü Ölçeği'nin (Self-Perceived Burden Scale) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik durumunun araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntemler: Çalışmada metodolojik model kullanılmıştır. Ölçeği geliştiren araştırmacıların gerekli izinler alındıktan sonra uygun ve bilimsel çeviri için gerekli adımlar uygulanmış ve elde edilen Türkçe form 144 hastaya uygulanmıştır. İstatistikler için SPSS.21 kullanılmıştır.

Bulgular: İlk olarak, veri setinin faktör analizi için uygunluğunun değerlendirilmesi için KMO örnekleme yeterlilik testi ve Bartlett normal dağılım testi uygulandı. Veri dağılımının ve örneklem yeterliliğinin faktör analizi için uygun olduğu saptandı. Cronbach alfa sonucu iyi iç tutarlılık olduğunu gösterdi (0,93). Yapısal faktör analizi sonucunda orijinal ölçeğe benzer şekilde tek bir ana faktör saptandı. Ölçeğin 10 soruluk kısa versiyonunun tanımlayıcı analizleri de benzer şekilde iyi içi tutarlılık ve soru-ölçek, ölçek-soru korelasyonu gösterdi (Cronbach alfa: 0,90).

Sonuç: Çalışmamız, yapılan istatistik analizler ve güvenilirlik ölçümleri sonucunda Hissedilen Bakım Yüğü Ölçeği'nin Türkçe formunun klinik kullanıma uygun bir ölçek olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hissedilen bakım yükü, yaşam kalitesi

Tablo 1. Ölçek Soruları-Kısa Versiyon (10 soru) İçin Tanımlayıcı Sonuçlar ve Soru-Ölçek Korelasyonları

SORULAR Bakımınıza destek olan kişiler eşiniz, çocuklarınız yada bir arkadaşınız olabilir. Ankette bu kişi yada kişileri "bakımına destek olan yakınım" şeklinde adlandırdık. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyup ne kadar sıklıkla böyle hissettiğinizi aşağıdaki ölçekten (1-5) yararlanarak belirleyiniz.	Soru- Ölçek Korelasyon	Soru çıkarıldığında Cronbach değeri
1. Bakımına destek olan yakınımın, bakımının getirdiği yükler nedeniyle sağlık sorunları yaşamasından endişe duyarım.	0,63	0,89
2. Bakımına destek olan yakınımın, bana yardım ederken kendisine çok yüklenmesinden endişe duyarım.	0,66	0,89
3. Bakım maliyetimin bakımına destek olan yakınımın fazla paraya mal olmasından kaygı duyarım.	0,67	0,89
4. Bakımına destek olan yakınımın taleplerinden dolayı kendimi suçlu hissedirim.	0,73	0,88
5. Bakımına destek olan yakınımın, bana kapasitesinden daha fazla yardım ediyor olmasından endişe duyuyorum.	0,70	0,89
6. Bakımına destek olan yakınımın, benim "çok fazla sorun" olmamdan kaygı duyarım.	0,70	0,89
7. Benim rahatsızlığımdan dolayı, bakımına destek olan yakınımın bir kerede çok fazla şey yapmaya çalışmasından kaygı duyarım	0,80	0,88
8. Bakımına destek olan yakınımın, bakımındaki gereksinimlerinin üstesinden gelebileceğine eminim.	0,32	0,91
9. Bakımına destek olan yakınımın üzerinde yük olduğumu düşünürüm.	0,72	0,88
10. Bakımına destek olan yakınım için işleri zorlaştırdığımı düşünürüm.	0,66	0,89

PS/HD-126

HEMODİYALİZ HASTALARINDA PARATİROİDHORMON DÜZEYLERİ İLE DEPRESYON İLİŞKİSİ

Kenan Evren Öztop¹, Ahmet Bilal Genç², Ceyhan Varım², Savaş Sipahi³

¹Sakarya Özel Nefromed Diyaliz Merkezi

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları ABD

³Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji BD

Giriş: Hemodiyaliz hastaların depresyon görülme sıklığının normal popülasyona göre daha yüksektir. Literatürde depresyon sıklığı ile ilgili bir çok faktör araştırılmıştır. Bu çalışmamızda hemodiyaliz hastalarında depresyon sıklığı, yaşam kalitesi ve paratiroidhormon (PTH) düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlandı.

Yöntemler: Çalışmaya en az 3 aydır hemodiyaliz tedavisi alan 101 hasta alındı. Demografik veriler, tıbbi ögeçmiş ve biyokimyasal verileri içeren hasta tanımlama formu düzenlendi. Hastalara Beck depresyon ölçeği ve WHOQOL-BREF yaşam kalite ölçeği uygulandı. Dağılımın incelenmesi için Kolmogorov Smirnov testi kullanıldı. PTH ve Depresyon ve yaşam kalite indekslerinde dağılım normal olarak izlendi. Değerlerin bağıntı analizinde dağılım normal olarak saptandığı için Pearson parametrik regresyon analizi kullanıldı. Diyaliz sıklığı ile depresyon arasındaki ilişkiyi incelemek için tek yönlü varyans analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için p<0.05 anlamlı farklılık kabul edildi

Bulgular: Çalışmamızda 101 hastanın 44 ü bayan; 57 si erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 63,4±13 olarak izlendi. Hastaların diyaliz tedavisine girme süresi

226.4±191 hafta olarak (12 hafta minimum-780 hafta maksimum) olarak izlendi. Hastaların kalsiyum değerleri 9.5±8.4 mg/dL , fosfor değerleri 6±6.7 mg/dL olarak, PTH değerleri 425.2±419.1 mmol/mL olarak ölçüldü. Hastaların Beck depresyon ölçeği skorları 8.5±8.3 olarak değerlendirildi. Yaşam kalite ölçeğinde Fiziksel alan 53.2±13.7 olarak, psikolojik alan 55.2±13 olarak, sosyal alan 65.3±19.4 olarak çevresel alan 72.4±17.3 olarak ölçüldü.

Sonuç: Çalışmamızda PTH ile Beck depresyon ölçeği arasında istatistiksel anlamlı(p=0.008,p<0.05) zayıf negatif bağlantı saptandı(r=-0.266). Çalışmamızda PTH değerleri ile yaşam kalite indeksleri arasında istatistiksel anlamlı bağlantı izlenmedi(p>0.05). Diyaliz süresi ile depresyon arasında anlamlı bağlantı saptanmadı (p=0.508;p>0.05). Diyaliz sıklığı ile depresyon arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p>0.05). Çalışmamızda artan PTH seviyeleri ile depresyon sıklığının azalabileceği istatistiksel olarak gösterilmiştir. Hastaların yaşam kalite indeksleri ile PTH, kalsiyum, fosfor değerleri arasında istatistiksel anlamlı bağlantı saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, paratiroidhormon, depresyon

PS/HD-127

HEMODİYALİZ HASTALARINDA HİSSEDİLEN BAKIM YÜKÜ, YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON

Kenan Evren Öztop¹, Ahmet Bilal Genç², Ceyhan Varım², Savaş Sipahi³

¹Sakarya Özel Nefromed Diyaliz Merkezi

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

³Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Hemodiyaliz hastalarının birçoğu günlük aktivitelerini gerçekleştirirken yakınlarından çeşitli düzeylerde destek alma ihtiyacı duymaktadırlar. Hastaların bu ihtiyaçlarının hasta yakınları üzerinde oluşturduğu “yük” ve yaşamlarına olan olumsuz etkileri literatürde gösterilmiştir. Bu çalışmamızda “bakım yükü” nün hasta açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntemler: Çalışmaya en az 3 aydır hemodiyaliz tedavisi alan hasta alındı. Demografik veriler, sosyal destek düzeyi ve tıbbi özgeçmiş verileri içeren hasta tanımlama formu düzenlendi. Hastalara Hissedilen Bakım Yükü Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Diyaliz Semptom Ölçeği ve WHOQOL-BREF yaşam kalite ölçeği uygulandı. Dağılımın incelenmesi için Kolmogorov Smirnov testi kullanıldı Hissedilen bakım yükü, Diyaliz Semptom Ölçeği, WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği ve Beck depresyon ölçeği arasındaki bağlantı analizi yapıldı. Değerlerin bağlantı analizinde dağılım normal olarak saptandığı için Pearson parametrik regresyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için p<0.05 anlamlı farklılık kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamızda 144 hastanın 79 u bayan; 65 i erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 64,4±12 olarak izlendi. Hastaların diyaliz tedavisine girme süresi 45,4±51 ay olarak(3 ay minimum-232 ay maksimum) olarak izlendi. Hastaların Hissedilen Bakım Yükü Ölçeği skorları 66,6±23,3 olarak saptandı. Hastaların Beck depresyon ölçeği skorları 9,4±7,3 olarak değerlendirildi. Hastaların %32 sinde Beck depresyon skorları 14 ün üzerinde saptandı. Diyaliz Semptom Ölçeği skorları 29±21,1 olarak saptandı. Yaşam kalite ölçeğinde Fiziksel alan 50,3±12,3 olarak, psikolojik alan 53,8±14,6 olarak, sosyal alan 53,9±19,3 olarak çevresel alan 60,5±17 olarak ölçüldü.

Sonuç: Çalışmamızda Hissedilen Bakım Yükü Ölçeği ile Beck depresyon ölçeği arasında istatistiksel anlamlı(p<0.01) pozitif bağlantı saptandı (r=0,47). Hissedilen bakım yükü ile yaşam kalite ölçeğinin tüm alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı negatif bağlantı izlendi p<0,01). Diyaliz semptom ölçeği ile hissedilen bakım yükü arasında anlamlı bağlantı saptandı. (p<0,01). Diyaliz süresi ile hissedilen bakım yükü arasında anlamlı bağlantı saptanmadı (p=0,85;p>0.05). Hasta yaşı ile hissedilen bakım yükü arasında anlamlı bağlantı saptanmadı (p=0,86;p>0.05).

Anahtar Kelimeler: Hissedilen bakım yükü, yaşam kalitesi, depresyon

Tablo 1. Hissedilen Bakım Yükü ile Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Diyaliz Semptom Ölçek Skorlarının Korelasyonları

Özellik	Dağılım	HBÖ* ile Korelasyon
Yaş	64,4±12	p= 0,86 r= 0,17
Hemodiyaliz Süresi	45,4±51 (ay)	p= 0,85 r= -0,18
Beck Depresyon Ölçeği	9,4±7,3	p<0,01 r= 0,47
Diyaliz Semptom Ölçeği	29±21,1	p<0,01 r= 0,30
Yaşam Kalitesi Fiziksel alan	50,3±12,3	p<0,01 r= -0,30
Yaşam Kalitesi Psikolojik alan	53,8±14,6	p< 0,05 r= -0,205
Yaşam Kalitesi Sosyal alan	53,9±19,3	p<0,01 r= -0,33
Yaşam Kalitesi Çevresel alan	60,5±17	p<0,01 r= -0,37

PS/HD-128

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARIN AİLE ÖZELLİKLERİNİN ERGEN ÇOCUKLARIN BENLİK ALGILARI ÜZERİNE OLAN ETKİLERİ

Savaş Sipahi¹, Fuat Kırçelli², Ahmed Bilal Genç³, Seyyid Bilal Açıköz³, Mehmet Yıldırım³, Aysel Gürkan Toçoğlu³, Ergül Fidan Kırçelli⁴, Hamad Dheir¹

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı , Nefroloji Bilim Dalı

²Çocuk Psikiyatrisi Uzmanı

³Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

⁴Psikiyatri Uzmanı

Giriş: Benlik kavramı bireyin kendisini tanımlayan değerler bütünüdür, insan davranışının en önemli ve merkezi unsurudur. Bireyin kendisi ile ilgili düşüncelerini etkileyen iki faktör vardır; bunlardan biri bireyin kendisine bakış açısı diğeri ise çevresidir. Biz bu çalışmada kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan ebeveynlerin bağlanma biçimlerini, aile fonksiyonlarını, stresle başa çıkma tarzlarını ve bu özelliklerin ergen çocuklarının benlik algısı üstüne olan etkilerini araştırmayı amaçladık.

Yöntemler: Çok merkezli kesitsel bir klinik araştırmaya Hemodiyaliz ya da Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi uygulanan hastaların, 13-18 yaş arasında olan ergen çocukları dahil edilmiştir. KBY olan ebeveyne; Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu (Aile için), Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) , Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ); çocuklara ise; Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu (Çocuk için), Offer Benlik İmgesi Ölçeği (OBİÖ) verildi.

Bulgular: Çalışmaya 23 hemodiyaliz ve 1 sürekli ayaktan periton diyaliz hastasının 25 ergen çocuğu dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen ergen çocukların 8'i erkek (%32), 17'si kadın (%68) ve ortalama yaşları 16,4±1,7 yıldı. Hastaların 18'i erkek (%75'i), 6'sı kadın (%25) ve ortalama yaşları 48,8±6,13 yıldı. Ergen çocuklarının OBİÖ'sü değerlendirildiğinde aile ilişkileri 33,1±7,4, cinsel tutumlar 27,8±9,9, dürtü kontrolü 18,±5,6, bireysel değerler 12,1±4,7, çevre uyumu 22,6±7,1, duygusal düzey 18,8±6,6, başatme gücü 9,6±4,0, beden imgesi 15,6±5,6, meslek ve eğitim hedefleri 13,5±5,0, sosyal ilişkiler 19,3±5,9, ruh sağlığı 22,7±8,8 puandı. Hastalara uygulanan ölçek sonuçları Tablo-1 de belirtildiği gibiydi. Erişkin bağlanma biçimi ölçeğinin 1. bölümünde hastaların 21'i güvenli, 1'i ikircikli ve 2'si kaçınan olarak değerlendirilirken; 2. bölümünde hastaların 12'si güvenli, 10'u ikircikli ve 2'si kaçınan olarak değerlendirildi. Hastaların STBÇÖ, ADÖ, ve HADÖ ile ergen çocukların OBİÖ arasındaki ilişkinin değerlendirildiği korelasyon testinin sonuçları Tablo-2 de belirtildiği gibiydi.

Sonuç: Kronik hastalık sürecinin bireyin psikolojik durumunu, aile fonksiyonlarını ve dolaylı olarak da hasta bireylerin çocuklarının benlik algılarını olumsuz yönde etkileyebileceği yönündedir. Bu sebeple, KBY olan hastalarda sadece psikopatolojiyi tedavi etme yaklaşımlarının yeterli olmayacağı ve gelecek

nesillerin sağlıklı bir birey olarak hayatlarını sürdürebilmeleri adına bu hastaların bireysel ve ailesel olarak da desteklenmeleri gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Ergen çocuklar, benlik algısı, hemodiyaliz

Tablo 1. Erişkin Hastaların HADÖ, SBÇTÖ ve ADÖ verileri (HADÖ:Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği SBÇTÖ:Stresle başa çıkma tarzları ölçeği)

	n	Ortalama	Standart Sapma
HADÖ-anksiyete	24	7,18	3,83
HADÖ-depresyon	24	7,41	3,78
HADÖ-toplam	24	14,5	5,7
SBÇTÖ- kendine güvenli yaklaşım	24	16,0	5,6
SBÇTÖ-boyun eğici yaklaşım	24	11,5	5,9
SBÇTÖ-iyimser yaklaşım	24	10,7	4,9
SBÇTÖ-sosyal destek arama	24	8,7	3,1
SBÇTÖ-çaresiz yaklaşım	24	9,3	4,8
SBÇTÖ-total	24	56,4	20,0
Aile değerlendirme ölçeği	24	123,0	34,3

Tablo 2. Hastaların STBÇÖ, ADÖ, ve HADÖ ile ergen çocukların OBIÖ arasındaki korelasyon analizinin korelasyon katsayıları *: <0,05 **<0,01

	Aile ilişkileri	Dürtü Kontrolü	Cinsel Tutumlar	Bireysel Değerler	Başetme Gücü	Beden İmgesi	Duygusal Düzey	Çevre Uyumu	Meslek ve Eğitim Hedefleri	Sosyal ilişkiler	Ruh Sağlığı
HADÖ-anksiyete	,23	,21	,28	,19	,12	,15	,00	,30	,22	,25	,11
HADÖ-depresyon	,50*	,34	,13	,39	,25	,41	,39	,50*	,32	,58**	,43*
HADÖ-toplam	,52*	,39	,31	,40	,33	,42	,25	,53*	,44*	,49*	,38*
SBÇTÖ-kendine güvenli yaklaşım	-,57**	-,33	-,03	-,38	-,37	-,49*	-,35	-,31	-,37	-,21	-,45*
SBÇTÖ-boyun eğici yaklaşım	-,10	,20	,03	-,16	-,13	,08	-,03	-,18	-,32	-,11	-,42
SBÇTÖ-iyimser yaklaşım	-,32	-,18	,21	-,19	,06	-,10	-,27	-,35	-,14	-,42*	-,38
SBÇTÖ-sosyal destek arama	-,29	-,34	-,37	-,17	,17	-,11	-,39	-,00	-,00	-,22	-,39
SBÇTÖ-çaresiz yaklaşım	-,38	-,01	,19	-,06	-,18	-,31	-,09	-,25	-,33	-,27	-,35
SBÇTÖ-total	-,39	-,17	,12	-,27	-,18	-,23	-,26	-,33	-,31	-,26	-,50*
Aile değerlendirme ölçeği	,07	-,44*	-,08	,04	-,14	-,35	-,22	-,19	-,06	-,26	-,24

PS/HD-129

TROMBOZE ANEVİRİZMATİK AVF OPERASYONU VAKA SUNUMU

Ercan Akbulut¹, Şirin Tekin Kırıl¹, Aysun Ünal², Gizem Dolu², Mustafa Çetin², Abdi Metin Sarıkaya²

¹Atatürk Devlet Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Kliniği

²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Kliniği

65 yaşında erkek hasta, 3 yıl önce sağ el radial arter ve ven arasına yapılan AVF 15 gün önce tıkanmış hastanın sağ sefalik veni önkol boyunca anevrizmatik ve tromboze idi. Lokal anestezi ile operasyona alındı. Sağ sefalik venin dirsek üstünde tıkalı ve tromboze olduğu bazilik venin ise açık ve geniş anevrizmatik olduğu saptandı. sefalik venin bazilik venle olan bağlantısı ligate edildi. Bazilik venin altında derin vene uzanan bağlantısının ise açık olduğu görüldü ve bu damar iyice serbestleştirilip en distalden ligate edilerek kesildi ve anastomoz için uç kısmı hazır hale getirildi akabinde brakial arter explore edildi ve her 2 ucu askıya alındı. geniş ve anevrizmatik bazilik ven 3 adet 2-0 ipekle daraltılarak banding yapıldı. Akabinde anastomoz için hazırlanan bazilik ven ile brakial arter uç-uca anastomoz yapılarak yeni bir AVF yapıldı. Hastadan trill alındı. radial arterde distalde akım bozulmamıştı. Ve cilt ciltaltı kapatılarak hasta servise alındı.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, avf, anevrizma, tromboz

Figürler :





PS/HD-130

ARTERİYOVENÖZ GREFT ÜZERİNDE GELİŞEN PSÖDOANEVRİZMA REKONSTRÜKSİYONUNDA ANEVRİZMA DUVARININ YAMA OLARAK KULLANIMI

Ercan Akbulut¹, Bülent Dinç², Hatice Arıöz³, Mustafa Çetin⁵, Aysun Ünal⁴, Gizem Dolu⁴, Abdi Metin Sarıkaya⁴

¹Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Bölümü

²Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü

³Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Radyoloji Bölümü

⁴Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hemodiyaliz Ünitesi

⁵Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Radyoloji Bölümü

Amaç: Psödoanevrizma gelişimi damar duvarındaki çeşitli nedenlerle meydana gelen yırtıktan sızan kan ile trombüs oluşumu ve etrafının fibröz bir kapsülle sarılması şeklindedir. Cerrahi olarak anevrizmektomi ve arteriyel rekonstrüksiyonu ile tedavi edilmektedir. Bunun için genelde otojenik safen ven ya da sentetik greftler kullanılmaktadır. Bu olgu sunumunda sentetik greft üzerinde gelişen psödoanevrizmanın kendi duvarı ile onarımı sunulmuştur.

Olgu: Yirmialtı yaşında kadın hasta sol kolda giderek büyüyen ve ağrı yapan şişlik şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde kronik böbrek yetmezliği nedeniyle 5 yıl önce bizim tarafımızdan sol sefalik ven ve brakial arter arasına arteriyovenöz fistül yapıldığı, bundan 3 yıl sonra fistülün tıkanması sonucu arteriyelize proksimal sefalik ven ile distal sefalik ven arasına 6 mm, 15 cm politetrafloroetilen (PTFE) greft takılarak yeni bir nonotojen AVF oluşturulduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde sol kolda pulsatil kitle tespit edildi. Yapılan doppler ultrasonografide (USG) greft üstünde psödoanevrizma tespit edildi ve hasta acil operasyona alındı (Resim 1). Operasyonda psödoanevrizma kesesi diseke edildiğinde greft üzerinde 1,2 cm uzunluğunda bir açıklık olduğu görüldü. Bu açıklığı kapatmak için uygun bir

safen ven ya da sentetik greft parçası olmadığı için hastanın psödoanevrizma kesesinin en dış kısmı sağlamlığıda kontrol edildikten sonra hazırlandı (Resim 2). Greftteki açıklığı kapatacak şekilde ve kese duvarının iç kısmı damar içine gelecek şekilde 7-0 polipropilen sütür ile dikildi ve fistülde yeniden akım sağlandı (Resim 3). Postoperatif 1. günde onarım yapılan greftten, düşük pompa hızı ile heparinsiz olarak diyalize alındı. Postoperatif 4 ayda hasta aynı koldan ve greftinden sorunsuz şekilde diyalizine girmeye devam etmektedir.

Sonuç: Kronik böbrek yetmezliği hastalarında hemodiyaliz amaçlı yapılan arteriyovenöz fistül girişimlerinden sonra geç dönem komplikasyonu olarak %5-8 oranında anastomoz yerinde veya venöz girişim yerinde anevrizma, psödoanevrizma görülebilmektedir. Gerçek anevrizmlardan farkı tüm arteriyel duvar tabakalarını içermemesidir. Bu nedenle psödoanevrizmalarda rüptür riski daha yüksektir. Cerrahi tedavisi anevrizmanın çıkarılması ve greft ile rekonstrüksiyondur. Psödoanevrizma duvarının yama olarak kullanılmasına dair literatür bilgisi son derece sınırlıdır.

Anahtar Kelimeler: Psödoanevrizma, arteriyovenöz greft, diyaliz

Figürler :



Resim 1: Greft üstündeki psödoanevrizma



Resim 2: Psödoanevrizma duvarı



Resim 3: Anastamoz sonrası görünüm

PS/HD-131

DİYALİZ HASTALARINDA VDR GEN POLİMORFİZMİ İLE HEPATİT B AŞISINA YANIT ARASINDAKİ İLİŞKİ

Can Hüzmeli¹, Ferhan Candan¹, Gökhan Bağcı², Binnur Bağcı³, Lale Akkaya¹, Ayşe Şeker¹, Mansur Kayataş¹

Giriş: Hemodiyaliz (HD) hastalarında, hepatit B virüs (HBV) enfeksiyonu bulaşma ve kronikleşme riski normal popülasyona göre daha yüksektir. HD hastalarında HBV bulaşı engellemek için hastalar aşı programına alınmaktadır. Ancak kronik böbrek yetmezliğinde hem humoral hemde hücrel immün defekt nedeniyle genel popülasyona göre HBV aşısına yanıt düşük bulunmaktadır. Çalışmanın amacı, HBV aşısına yanıt ile vitamin D reseptör (VDR) gen polimorfizmi arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Yöntemler: Çalışmaya diyaliz programında olan, 4 kez çift doz HBV aşısı tamamlanan ve çalışmayı kabul eden toplam 200 hasta alındı. 18 yaş altı hastalar, kanser hastaları, immünsüpresif hastalar ve immünsüpresif ilaç kullanan hastalar çalışmaya alınmadı. Hastalarda biyokimya, hemogram, HBsAg, antiHBs, HCV ve VDR gen polimorfizmi (TaqI, ApaI, FokI) bakıldı.

Bulgular: Diyaliz hastalarında aşıya yanıt ve yanıtız hastalar arasında diyaliz süreleri ve serum albumin değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilirken, yaş, 25(OH)D vitamini, kalsiyum fosfor, parathormon, ALT, AST, hemoglobin, hemotokrit, ferritin ve CRP arasında istatistiksel farklılık tespit edilmedi. Tablo 1 aşıya yanıt veren ve vermeyen hastaların VDR TaqI, ApaI, FokI polimorfizmlerinin genotip ve allel sıklığını göstermektedir. TC genotipi aşıya yanıtı bireylerde 2.15 kat fazla bulunmuştur (OR: 2.15 95% CI: 1.12-4.15, p: 0.021). CC genotipi ise aşıya yanıtı bireylerde 2.80 kat fazla bulunmuştur. (OR: 2.80, 95% CI: 1.09-7.16, p: 0.031) TC ve CC genotipi birlikte değerlendirildiğinde ise 2.31 kat aşıya yanıtı bireylerde fazla bulunmuştur (OR: 2.31, 95% CI: 1.26-4.24, p: 0.006). FokI ve ApaI genotip ve allel frekansı açısından aşıya yanıt ve yanıtız bireyler arasında herhangi bir istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır.

Sonuç: TaqI genotip ve allel frekansı açısından aşıya yanıt ve yanıtız hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. TT genotipi olan diyaliz hastalarında aşıya yanıt oranı anlamlı olarak düşük saptandı. TC ve CC genotipine sahip olan diyaliz hastalarında aşıya yanıt oranı anlamlı olarak yüksek saptandı.

Anahtar Kelimeler: VDR gen polimorfizmi, diyaliz, hepatit B aşısı :

Tablo 1. Diyaliz hastalarında hepatit B Aşısına yanıt ve yanıtız hastalarda VDR gen polimorfizmi

SNP	Aşıya cevaplı	Aşıya cevapsız	OR (95% CI)	P değeri
TaqI				
Genotip				
TT	49(36.3)	37 (56.9)	Referans	
TC	60 (44.4)	21 (32.3)	2.15 (1.12-4.15)	0.021
CC	26 (19.3)	7 (10.8)	2.80 (1.09-7.16)	0.031
TC+CC	86 (63.7)	28 (43.1)	2.31 (1.26-4.24)	0.006
Allel				
T	0.585	0.730	Referans	
C	0.415	0.270	1.92 (1.21-3.03)	0.005
ApaI				
Genotip				
AA	65 (48.1)	31 (47.7)	Referans	
AC	59 (43.7)	26 (40)	1.08 (0.57-2.03)	0.80
CC	11 (8.1)	8 (12.3)	0.65 (0.23-1.79)	0.82
Allel				
A	0.700	0.676	Referans	
C	0.300	0.324	0.89 (0.57-1.40)	0.63
FokI				
Genotip				
CC	62 (45.9)	36 (55.4)	Referans	
CT	57 (42.2)	24 (36.9)	1.37 (0.73-2.58)	0.31
TT	16 (11.9)	5 (7.7)	1.85 (0.62-5.49)	0.26
Allel				
C	0.670	0.738	Referans	
T	0.330	0.262	1.38 (0.82-2.21)	0.16

PS/HD-132

HEMODİYALİZ HASTALARINDA DEPRESYON VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Zeki Aydın¹, Erkan Şengül², Egemen Cebeci³, Serhat Karadağ³, Meltem Gürsu⁴, Savaş Öztürk³, Rümeyza Kazancıoğlu⁴

¹Darica Farabi Devlet Hastanesi, Nefroloji Kliniği

²Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

³Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

⁴Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bd

Giriş: Diyaliz hastalarında normal hayat düzeni önemli ölçüde bozulmuştur. Bu hastalarda diyaliz işleminin kendisi, ilaç ve diyet tedavisi, bir makineye bağımlılık, cinsel fonksiyon bozukluğu, iş kaybı, sık hastalanma ve sağlık personeli stres kaynağı olabilir. En sık karşılaşılan psikiyatrik sorunların başında depresyon gelmektedir. Diyaliz hastalarında depresyon birçok faktörle ilişkili olabilir. Çalışmamızda hemodiyaliz hastalarında depresyon durumu ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Yöntemler: Çalışmamızda 18 yaş üzeri, kognitif fonksiyonları yerinde olan ve iletişim kurulabilen, çalışmaya katılmaya onay veren, 3 aydan uzun süre hemodiyalize giren hastalar dahil edildi. Tüm hastaların demografik verilerinin yanında medeni hali, diyaliz süreleri (ay), komorbid hastalıkları, vasküler giriş yolları, eğitim, gelir ve iş durumları kaydedildi. "Beck depresyon ölçeği-BDÖ" kullanılarak depresyon durumu skorlandı. BDÖ skoruna göre hastalar; normal, hafif, orta ve şiddetli düzeyde depresif belirtiler olarak 4 grupta toplandı.

Sonuçlar: Çalışmamıza toplam 342 (164 bayan) hasta alındı. Hastaların ortalama yaşları 56.5±15.9 yıl, ortalama diyaliz süreleri 44±22 ay, Hastaların 42'si bekar, 235'i (%68.7) evli, 65'i boşanmış idi. 96 (28.1) hasta okuryazar değil iken, 18 (%5.3)'i üniversite mezunu idi. 70 (%20.5) hastanın aylık geliri 500 TL'nin altında iken, 9 (%2.6)'ununki 2000 TL ve üzerinde idi. AV fistüllü hasta sayısı 313 (%91.5) idi. Sigara içme oranı %12.9 saptandı. 120 (%35.1) hasta diyabetikti. 23 (%6.7) hastada uzuv kaybı mevcuttu. 56 (16.4) hasta aktif olarak çalışmaktaydı. BDÖ skoruna göre hastaların 126 (%36.8)'ında depresyon yok iken, 98 (28.7)'inde hafif, 89 (%26)'unda orta, 29 (%8.5)'unda şiddetli düzeyde depresif belirtiler saptandı. Depresyon şiddeti ile, eğitim düzeyi (p: 0.001), gelir durumu (p:0.048) aktif iş durumu (p: 0.004) arasında anlamlı negatif ilişki, sigara kullanımıyla anlamlı (p:0.008) pozitif ilişki saptandı.

Tartışma: Normal sosyal yaşama aktif katılmayan diyaliz hastalarında depresyon daha sık gözükmetedir. Bu hastalarda uyku bozukluğu, iştah ve kilo değişikliği, ağız kuruluğu, kabızlık, cinsel istek ve performansta azalma gibi fiziksel şikayetler de seyrek değildir. Çalışmamızda cinsler arasında depresyon açısından fark bulunmamıştır. Aktif çalışma hayatında olan, gelir durumu iyi ve eğitilmiş hastalarda depresyona daha az rastlandığı görülmektedir. Aktif çalışma hayatına katılmaları, özellikle gelir getirici belli motive edici uğraşların sağlanması hemodiyaliz hastalarının ruh ve dolaylı olarak beden sağlıklarını arttıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, depresyon, yaşam kalitesi, beç depresyon ölçeği

PS/HD-133

PARATİROİDEKTOMİ SONRASI SPONTAN TENDON RÜPTÜRÜ

Can Hüzmeli¹, Barış Döner¹, Mustafa Sağlam¹, Beşir Dikmen², Serdar Çitil³, Ferhan Candan⁴

¹Necip Fazıl Şehir Hastanesi Nefroloji, Kahramanmaraş

²Necip Fazıl Şehir Hastanesi Ortopedi, Kahramanmaraş

³Necip Fazıl Şehir Hastanesi Radyoloji, Kahramanmaraş

⁴Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı, Sivas

Giriş: Spontan tendon rüptürü; diyabetes mellitus, romatoid artrit, sistemik lupus eritematozis, kronik böbrek yetmezliği, gut hastalığı ve obezite gibi değişik metabolik bozukluklarla ilişkili olarak meydana gelebilir. Hemodiyaliz hastalarında birçok risk faktörü spontan tendon rüptürüne yol açabilir (malnütrisyon, hemodiyalizin süresi, kronik inflamasyon, diyaliz yetersizliği, beta2 amiloidosis, kronik asidoz gibi) ve sekonder hiperparatiroidizm olarak sayılabilir.



Olgu: 67 yaşında bayan hasta sağ ayakta ve ayak bileğinde ağrı şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde 30 yıldır insüline bağımlı olmayan diyabetes mellitus tanısı mevcut. Diyabetik nefropati tanısı ile 8 yıldır haftada 3 gün hemodiyaliz programında. Ayrıca 3 ay önce sekonder hiperparatiroidizm tanısı ile paratiroidektomi olmuş. Fizik muayenesinde ayak bileğinde hassasiyet ve

ödem mevcuttu. Öyküsünde travma, steroid veya kinolon kullanımı yoktu. Operasyon öncesi laboratuvar tetkikleri serum kreatinin 6,3mg/dl, kalsiyum 9,7 mg/dl, fosfor 5,9mg/dl, alkalen fosfataz 1540IU/L, PTH 3310 pg/ml olarak tespit edildi. Vücut kitle indeksi 21,3kg/m² olarak hesaplandı. Hastada kronik metabolik asidoz mevcuttu. Operasyon sonrası 3. aydaki laboratuvar değerleri;serum kreatinin 7,4mg/dl, kalsiyum 9,5mg/dl, fosfor 6,0mg/dl, alkalen fosfataz 1728IU/L, PTH 2383pg/ml olarak tespit edildi. Manyetik rezonans grafide aşıl tendonunda rüptür, orta derecede ödematöz sinyal değişikliği, tendon yapışma yerinde kalkaneusta kemik iliği ödemi mevcut. Tibiotalar eklem aralığında efüzyon tespit edildi (figur 1). Hasta ortopedi tarafından başarılı bir şekilde opere edildikten sonra fizyoterapi ile düzeldi.

Sonuç: Tendon rüptürü için en önemli risk faktörü hiperparatiroidizm olarak görülmektedir. Sekonder hiperparatiroidi ve kronik metabolik asidoz tedavisi açısından daha dikkatli olunmalı. Ayrıca hiperparatiroidi olan hastalarda kinolon ve steroid ilaçlarından kaçınılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, sekonder hiperparatiroidizm, tendon rüptürü

PS/HD-134

HEMODİYALİZ HASTASINDA SPONDİLODİSKİT: OLGU SUNUMU

Arzu Özdemir¹, Mürvet Yılmaz¹, Fatma Sibel Koçak Yücel¹, Aysegül Kudu¹, Fatih Gökhan Akbay¹, Süheyla Apaydın¹

¹İstanbul Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, nefroloji Kliniği

Giriş: Spondilodiskit, intervertebral disk ve yakın komsuluğundaki vertebranın pyojenik organizmalar ile enfekte olmasıdır. Hemodiyaliz, hematojen yolla pyojenik organizmaların yayılmasına yol açarak spinal enfeksiyona meyli artırmaktadır. Tüneli hemodiyaliz kateteri ile ilişkili enfeksiyöz spondilodiskit vakası sunulmuştur.

Son dönem böbrek yetmezliği tanısı ile 1 yıldır hemodiyaliz tedavisi yapılan 61 yaşındaki, erkek hasta 1 haftadır devam eden ateş, sol kolda ağrı, kızarıklık, şişlik, genel durum bozulması yakınması ile başvurdu. Hastaya av fistül iki kez açılmış ancak yeterli akım sağlanamadığı için 4 aydır tüneli sol subklavian kateter ile hemodiyaliz yapılyordu. Fizik muayenesinde sol üst ekstremité ödemli, kızarık, kan basıncı 110/70 mmHg, kalp hızı 96/ritmik, ateş 39 °C idi. Laboratuvar tetkiklerinde CRP 11,26 mg/dl, ESH 17 mm/h, procalcitonin 1.13 ng/ml, lökosit 18300/mm³ (%84 nötrofil, %7.2 lenfosit) saptandı. Kan kültürleri alındı. Ampirik antibiyotik tedavisi olarak Vankomisin ve siprofloksasin başlandı. Tüneli hemodiyaliz kateteri çıkarılarak geçici femoral kateter takıldı. Kalıcı damar yolu sorunu nedeniyle periton diyalizi planlandı. Kan kültüründe koagülaz negatif stafilokokkus aureus üredi. Vankomisin tedavisine devam edildi. Yatışının 10. gününde hastada bel ağrısı başladı. Ateşi yoktu. Fizik muayenesinde nörolojik defisit saptanmayan hastaya çekilen torako-lomber magnetik rezonans (MR) incelemede; L3-4-5 vertebra korpus anterior düzeylerinde kraniokaudal olarak yaklaşık 9 cm.lik bir segmentte en kalın yerinde yaklaşık 18 mm. çapında yumuşak doku yoğunluğunda patolojik alan saptandı. Spondilodiskit olarak değerlendirildi. Görüntüleme eşliğinde L3-4 düzeyinde paravertebral alandan ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Doku kültüründe üreme saptanmadı. Periton diyaliz kateteri takılarak periton diyalizine geçilen hastada Vancomisin tedavisine 6 hafta devam edildi. Bel ağrısı progresif olarak düzelen hastanın antibiyotik tedavi sonrasında lomber MR'ı tekrarlandı ve lezyonun kaybolduğu saptandı.

Sonuç: İnfeksiyöz spondilodiskit sıklığı kateter ile hemodiyaliz yapılan hastalarda artmaktadır. Mortalite ve morbidite ile ilişkilidir. Bel ağrısı tanımlayan veya ateş yakınması ile başvuran, santral venöz kateteri bulunan hemodiyaliz hastalarında spondilodiskit akla gelmeli, gerekli tetkikler yapılarak erken tedavi edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, kateter, spondilodiskit

PS/HD-135

İNTERDİYALİTİK KİLO ALIMI HEMOGLOBİN DEĞİŞKENLİĞİNİ ETKİLER Mİ?

Ender Hür¹, Merve Gülşah Ulusoy², Elif Duman³, Cenk Gökalp⁴, Hüseyin Taşkın⁵, Selahattin Bıçak⁶, Özte Timur⁷, Neşe Büyükoğlu⁸, Necati Özkan⁹, Ertuğrul Çakır¹⁰, Gürhan Yurtman¹¹, İlhan Akgüngör¹¹, Zeki Malkoç¹¹, Soner Duman⁴

¹Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Nefroloji Kliniği

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Bilişim ve Biyoistatistik Anabilim Dalı

³İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi

⁴Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

⁵Alaşehir Devlet Hastanesi

⁶Beyşehir Devlet Hastanesi

⁷Erzurum Eğitim Araştırma Hastanesi

⁸Özel Söke Hemodiyaliz Merkezi

⁹Özel Bodrum Hemodiyaliz Merkezi

¹⁰Özel Milas Hemodiyaliz Merkezi

¹¹Özel Karşıyaka Hemodiyaliz Merkezi

Giriş: Hemodiyaliz (HD) hastalarında, hemoglobin (Hgb) değişkenliğinin mortaliteyi artırdığına dair çalışmalar mevcuttur. Volüm değişikliği Hgb konsantrasyonunu değiştirebildiğine göre, Hgb değişkenliği tanımında volüm durumunu da dikkate almak gereklidir.

Gereçler ve Metod: Ege bölgesinde bulunan beş merkezde tedavi gören yaş ortalaması 64±15 olan, %62.5'i erkek, 552 prevalan HD hastasının, 2013- 2014 yılına ait 6'şar aylık bulguları; bazal demografik, aylık laboratuvar ve tüm tedavi seans verileri prospektif olarak müdahalesiz izlenmiştir. "Düzeltilmiş Hgb= Hgb*HD girişi kg / HD çıkışı kg" formülüyle hesaplanmıştır. Hgb (g/dl) grupları düşük (D): <11, orta (O): 11-12, yüksek (Y): >12 olarak, stabil gruplar DD, OO, ve YY; değişken gruplar: DO, DY, OY olarak sınıflanmıştır.

İstatistikî değerlendirmede Pearson korelasyon testi, Student t test, nonparametrik testler (Kruskall Wallis, Man Witney U testi) kullanıldı. p< 0.05 anlamlı kabul edildi.

Sonuçlar: Hemoglobin düzeltmeleri yapıldıktan sonra Hgb değişkenliği grupları arasında önemli oranda geçişler olmuştur. Değişken gruplar olan DY de düzeltme sonrası %83.9, YO'da %75.9, DO'da %53.9 hasta kendi grubunda kalmıştır. Stabil gruplar olan YY'de %76, OO'da %33.4, DD'de %77.1 hasta kendi grubunda kalmış geri kalanlar diğer gruplara geçiş göstermiştir. Hemoglobinin değişkenliği olan grupta olduğu düşünülen birçok hasta aslında volüm durumu dikkate alınıp Hgb seviyeleri düzeltildiğinde stabil gruba girdiği görülmektedir. Bunun tersi durumda çok daha az hasta için geçerlidir.

Hemoglobin stabilitesi olmayan gruplarda hafta içi ve hafta sonu interdiyalitik kilo alımı (İDKA) ve hafta sonu %İDKA/KA, Hgb stabilitesi olanlara göre daha düşük bulundu. Hafta içinde fark anlamlı değildi. Düzeltilmiş hemoglobine göre tekrar değerlendirildiğinde fark azalmıştı ve hafta içi %İDKA/KA farkı anlamlılık kazandı (Tablo).

Düzeltilmiş hemoglobine göre %İDKA/KA stabil olmayan grupta 3.16±1.1 stabil olan gruptan 3.11±1.3 daha fazla idi ancak fark istatistikî olarak anlamlı değildi.

Çıkarılma: Hemodiyaliz hastalarında hipervolemi tespitinde İDKA yerine %İDKA/KA kullanılması daha doğrudur. Hemoglobinin değişkenliğini değerlendirirken volüm durumuna göre hesaplanan düzeltilmiş Hgb dikkate alınmalıdır. Hemoglobinin stabilitesi olmayan gruplarda volüm durumu daha kötüdür ve bu hastalarda görülen mortalite artışı da volüm durumundan bağımsız düşünülemez.

Anahtar Kelimeler: Düzeltilmiş hemoglobin, hemoglobin değişkenliği, hemodiyaliz

Tablo. Hemoglobin ve düzeltilmiş hemoglobin stabilite gruplarına göre kilo alımları farklılıkları

		N	Ortalama	Std. sapma	p
İDKA_Hİ	DD	140	1,795	0,768	0,043
	OO	14	2,101	0,800	
	YY	48	2,159	0,828	
	DO	266	1,997	0,795	
	YO	135	1,953	0,779	
	DY	471	1,946	0,724	
	Toplam	1074	1,952	0,763	
İDKA_HS	DD	140	2,207	0,984	0,030
	OO	14	2,684	1,118	
	YY	48	2,740	0,952	
	DO	266	2,514	0,978	
	YO	135	2,522	0,997	
	DY	471	2,490	0,921	
	Toplam	1074	2,477	0,962	
% İDKA/KA_Hİ	DD	140	2,714	1,115	AD
	OO	14	2,953	1,059	
	YY	48	2,983	1,025	
	DO	267	2,960	1,132	
	YO	135	2,735	0,958	
	DY	471	2,890	0,983	
	Toplam	1075	2,870	1,041	
% İDKA/KA_HS	DD	140	3,356	1,492	0,029
	OO	14	3,755	1,541	
	YY	48	3,814	1,268	
	DO	267	3,690	1,317	
	YO	135	3,526	1,210	
	DY	471	3,699	1,312	
	Toplam	1075	3,636	1,330	
İDKA_Hİ	Düzeltilmiş DD	111	1,787	0,691	0,000
	Düzeltilmiş OO	19	1,876	1,057	
	Düzeltilmiş YY	64	2,298	0,777	
	Düzeltilmiş DO	175	1,914	0,825	
	Düzeltilmiş YO	193	2,044	0,760	
	Düzeltilmiş DY	503	1,937	0,726	
	Toplam	1065	1,958	0,761	
İDKA_HS	Düzeltilmiş DD	111	2,215	0,934	0,000
	Düzeltilmiş OO	19	2,367	1,204	
	Düzeltilmiş YY	64	2,900	0,892	
	Düzeltilmiş DO	175	2,392	1,054	
	Düzeltilmiş YO	193	2,616	0,934	
	Düzeltilmiş DY	503	2,479	0,913	
	Toplam	1065	2,485	0,958	
% İDKA/KA_Hİ	Düzeltilmiş DD	111	2,713	1,111	0,042
	Düzeltilmiş OO	19	2,852	1,728	
	Düzeltilmiş YY	64	3,119	0,973	
	Düzeltilmiş DO	176	2,846	1,146	
	Düzeltilmiş YO	193	2,929	1,007	
	Düzeltilmiş DY	503	2,876	0,967	
	Toplam	1066	2,878	1,039	
% İDKA/KA_HS	Düzeltilmiş DD	111	3,372	1,484	0,015
	Düzeltilmiş OO	19	3,603	1,609	
	Düzeltilmiş YY	64	3,951	1,176	
	Düzeltilmiş DO	176	3,516	1,407	
	Düzeltilmiş YO	193	3,738	1,261	
	Düzeltilmiş DY	503	3,682	1,276	
	Toplam	1066	3,647	1,323	

PS/HD-136

KRONİK HEMODİYALİZ HASTALARINDA AŞİL TENDONUNUN VTIQ YÖNTEMİ İLE SONOELASTOGRAFİK OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Emrah Çağlar¹, İbrahim İlker Öz², Muammer Bilici², Fatih Yılmaz³, Sevil Uygun İlikhan², Ali Borazan⁴

¹Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye

²Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye

³Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, Nefroloji Bölümü, Zonguldak, Türkiye

⁴Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Zonguldak, Türkiye

Giriş: Kronik böbrek hastalığı (KBH) olan hastaların, tanı araçları ve diyaliz yöntemlerinin geliştirilmesi ile ortalama yaşam süreleri uzamakta, bu da çeşitli komplikasyonların ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır. KBH tanısı almış olgularda, yaşamı zorlaştıran çeşitli komplikasyonlardan biri de kas-iskelet sistemi ile ilgili olan spontan tendon rüptürleridir. Rüptür en sık aşil tendonu, quadriceps ve triceps kaslarının tendonlarında gelişmektedir. KBH olan hastalarda spontan tendon rüptürleri nadir izlenmekle birlikte bu komplikasyonun sıklıkla gözden kaçabileceği, tedavi edilmediği takdirde kalıcı fonksiyon kısıtlılıkları ve sakatlık sebebi olabileceği unutulmamalıdır. Virtual touch tissue imaging quantification (VTIQ) doku sertliğinin ölçülebilmesini sağlayan yeni bir sonoelastografi tekniğidir. Bu yöntemde doku basısına gerek duymadan dokunun elastikiyeti kantitatif olarak değerlendirilebilmektedir. Bu çalışmadaki amacımız KBH nedeni ile hemodiyaliz tedavisi gören hasta grubu ile sağlıklı gönüllü kontrol grubunun aşil tendonlarındaki sonoelastografik değişiklikleri VTIQ tekniği kullanılarak karşılıklı değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya son dönem böbrek yetmezliği nedeni ile haftada 3 gün, 4 saat hemodiyaliz uygulanan 26 hasta dahil edilmiştir. Hemodiyaliz hastaları ve 26 sağlıklı gönüllü kontrol grubunda her iki bacadan aşil tendonu relaksasyon durumunda iken ultrason ile tendon uzun aksına paralel şekilde sonografik değerlendirme yapılmış ve VTIQ tekniği ile doku sertliği tendon distal kesiminden kantitatif olarak ölçülmüştür. Bu çalışma protokolunun Dünya Tıp Birliği'nin Helsinki Bildirgesine (2013) uygunluk onayı Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

Bulgular: Tendon sertliği ile orantılı olarak ölçülen sertlik (shearwave hızı) ortalama değerleri hasta grubunda sağda 7,19 cm/sn (4,23-9,77 cm/sn), solda 6,98 cm/sn (4,00-9,82 cm/sn); kontrol grubunda ise sağda 5,11 cm/sn (4,09-8,82 cm/sn), solda 5,36 cm/sn (4,05-8,80 cm/sn) olarak ölçülmüştür. Tendon sertlik değerlerinde sağda ve solda sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı artış saptandı (sağ: p<0.001, sol: p=0.004).

Sonuç: Sonoelastografi erken dönemde tendon patolojilerinin değerlendirilmesine olanak sağlayan radyasyon içermeyen, kolay kullanabilen, uygun, güvenilir ve ucuz bir görüntüleme yöntemidir. Spontan tendon rüptürlerinin görüldüğü KBH hasta grubunda erken dönemde elastografi ile kantitatif ayrıntılı değerlendirme kalıcı fonksiyon kısıtlılıklarının ve sakatlıkların önüne geçilmesini sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, VTIQ, aşil tendonu

PS/HD-137

BAZİLİK VEN İNTERPOZİSYONU İLE REVİZE EDİLEN BRAKİOSEFALİK ARTERİOVENÖZ ANEVİZMA OLGUSU

Bülent Dinc¹, Ercan Akbulut², Şirin Tekin Kral³

¹Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü

²Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Bölümü

³Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Ameliyathane Birimi

Giriş: Son dönem böbrek yetmezliği olan hastada hemodiyaliz için en ideal yöntem otogen arter ile ven arasında arteriovenöz fistül (AVF) oluşturulmasıdır. Otogen fistüllerde zamanla tromboz, anevrizma, enfeksiyon, steal sendromu,

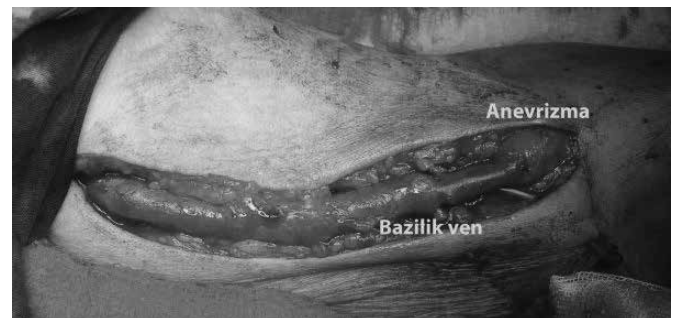
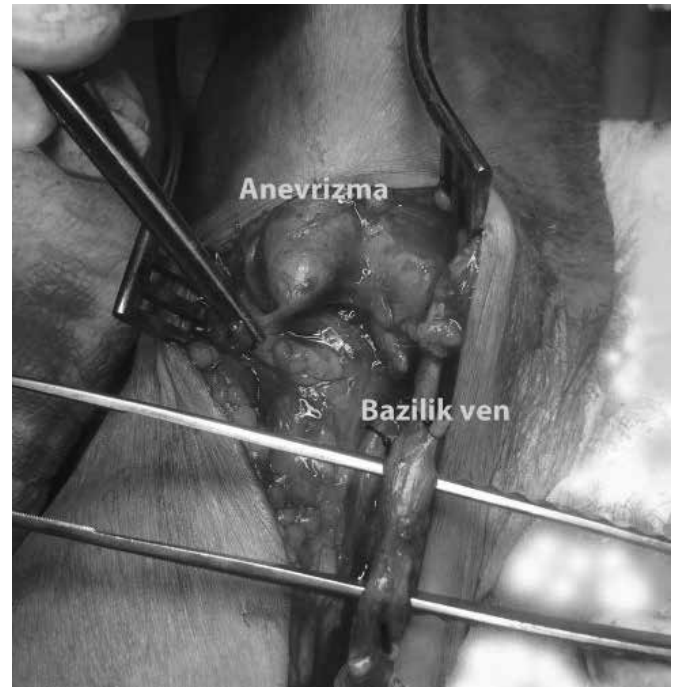
venöz hipertansiyon ve konjestif kalp yetmezliği gelişebilmektedir. Anevrizma gelişen olgular çoğunlukla PTFE greftler ile revize edilmekte ve bu greftlere bağlı komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Bu olguda; disfonksiyone brakiosefalik AVF anevrizmasının, bazilik venin anevrizma remnantına anastomozu ile revizyonu sunulmuştur.

Vaka Sunumu: Kronik böbrek yetmezliği olan 78 yaşında erkek hastaya 5 yıl önce sağ brakiosefalik AVF uygulanmış. Fistül proksimalinde anevrizma ve flebit gelişmesi üzerine AVF disfonksiyonu gelişmiş. Fistül revizyonu amaçlı operasyona alınan hastada önce bazilik ven serbestleştirildi (Figure 1). Daha sonra anevrizma kesesi explore edildi ve proksimal kısmı eksize edildi. Bazilik ven distal kısmı kesildi ve anevrizmatik brakiosefalik AVF ye uç-uç anastomoz yapıldı (Figure 2). Bazilik vende trill sağlandı daha sonra venin altındaki sinir paketi fasianın altında bırakılarak ve bazilik ven fasianın üzerinde olacak şekilde cilt içinde bir cep yapılarak ven yerleştirildi. Hasta halen buradan diyalize girmekte olup kolda ödem görülmedi.

Tartışma: Arteriovenöz fistüllerde tromboz, anevrizma, rüptür, enfeksiyon ve hemodinamik bozukluklar gibi komplikasyonlar görülebilir. AVF için uygun ven bulunamayan hastalarda ise PTFE greft veya biyolojik greft materyali kullanılabilir. Ancak bunlarda enfeksiyon, tromboz, rüptür, greft dejenerasyonu ve anevrizma formasyonu gibi komplikasyonlara daha sık rastlanabilir. Bu nedenle otogen venlerin kullanımının zorlanmasının hem bu komplikasyonlardan korunmada etkili olacağı hemde operatif maliyeti azaltacağı kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Arteriovenöz fistül, anevrizma, revizyon

Figürler :



PS/HD-138

HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA HIZLANMIŞ KALSİTRİOL KATABOLİZMASI VİTAMİN D EKSİKLİĞİNE KATKIDA BULUNMAKTA MIDIR?

Hasan Sözen¹, Abir Aalamel², Sebahat Özdem³, Feyza Bora², Funda Sarı², Gültekin Süleymanlar², Fettah Fevzi Ersoy²

¹Antalya Atatürk Devlet Hastanesi

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Bilim Dalı

Amaç: Kronik böbrek hastalığı olan hastalarda D vitamini eksikliği ve 1a-hidroksilaz enzim aktivitesinde azalma bilinmektedir. Azalan böbrek kitlesi, yüksek fosfor düzeyleri, fibroblast büyüme faktörü 23 (FGF23), üremik toksinler ve metabolik asidoz, 1 a-hidroksilaz aktivitesini azaltmaktadır. Bu nedenle D vitamininin, aktif formu olan 1,25 (OH)₂D₃ (kalsitriol)'e dönüşümü azalmaktadır. Ancak replasman tedavisi amacı ile oral ya da intravenöz yoldan düzenli olarak verilen kalsitriol ve diğer analoglarına rağmen bu hastalarda hem 1,25 (OH)₂D₃ hem de 25 (OH)₂D₃ seviyeleri tedaviye rağmen sıklıkla düşük kalmaktadır. Bu durum artmış D vitamini katabolizmasıyla ilişkili olabilir. Çalışmamızda bu olasılığı değerlendirmek üzere 1,25 (OH)₂D₃' i suda erir 24,25(OH)₂D₃'e dönüştürerek fizyolojik katabolizmasını sağlayan 24-hidroksilaz enziminin düzeyleri ölçülmüş, böylece sözkonusu vitamin D replasman yetersizliğinin artmış 24,25(OH)₂D₃ sentez hızı ile olası ilişkisi araştırılmıştır.

Yöntem: Çalışmamızda sağlıklı kontrol grubu (n=20) yanında; 1,25 (OH)₂D₃ (n=12) alan , parikalsitol (n=15) tedavileri alan ve hiçbir vitamin D reseptörü aktivatörü kullanmayan (n=17) olmak üzere üç farklı grupta hemodiyaliz hastaları alındı. Bu gruplar 25(OH)₂D₃, 1,25(OH)₂D₃, 24,25(OH)₂D₃ , parathormon, fosfor, albumin ve kalsiyum parametreleri açısından sağlıklı kontrollerle ve birbirleriyle karşılaştırıldı. 1,25 (OH)₂D₃, 25 (OH)₂D₃ ve 24,25(OH)₂D₃ düzeylerinin ölçümünde RIA metodları , diğer ölçümlerde standart otoanalizör teknikleri kullanıldı.

Bulgular: PTH düzeyleri açısından parikalsitol (350.4±302 pg/ml) ve 1,25 (OH)₂D₃ kullananlar (636,4 ±521,4 pg/ml) değerlendirildiğinde aralarında fark bulunamazken (p=0,161) sağlıklı kontrol grubu (57,2±34,5) ile 1,25 (OH)₂D₃ arasında anlamlı bir fark (p=0,000) bulunmuştur. Ancak sağlıklı kontrol grubu ile parikalsitol kullanan hastalar arasında 24 hidroksilaz enzim seviyeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. 25 (OH)₂D₃ ve 1,25 (OH)₂D₃ düzeyleri açısından da diyaliz grubu hastalar arasında fark tespit edilememiştir. Gruplar arasında 24-hidroksilaz enzim seviyeleri açısından fark bulunamadı.

Sonuç: Gruplar arasında 24-hidroksilaz enzim seviyeleri açısından fark bulunamamış olması hemodiyaliz hastalarında mevcut D vitamini yetersizliğinin nedeninin artmış katabolizma dışı nedenler olma olasılığının daha yüksek olduğunu düşündürmektedir

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, kalsitriol, parikalsitol, 24-hidroksilaz, 1,25 (OH)₂D₃, 24,25(OH)₂D₃

PS/HD-139

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARIN ERGEN ÇOCUKLARINDA BAĞLANMA BİÇİMLERİNİN İNCELENMESİ

Fuat Kırçelli¹, Ergül Fidan Kırçelli², Savaş Sipahi³, Ahmed Bilal Genç⁴, Seyyid Bilal Açıkgöz⁴, Mehmet Yıldırım⁴, Aysel Gürkan Toçoğlu⁴, Hamad Dheir³

¹Çocuk Psikiyatrisi Uzmanı

²Psikiyatri Uzmanı

³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Abd, Nefroloji Bd

⁴Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Kronik böbrek yetmezliği; tanı aldıktan sonra hastaları hastaneye bağımlı kılan, medikal yönünün yanı sıra hastaların sosyal, ekonomik ve psikolojik

durumlarını da etkileyen kronik bir hastalıktır. Bu zorlu hastalık sürecinden hastayla birlikte tüm aile bireylerinin etkilenmesi beklenmektedir. Bu çalışmada kronik böbrek yetmezliği olan hastaların 13-18 yaş arası ergen çocuklarının bağlanma biçimlerinin araştırıldı. Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların çocuklarında, anne babanın hastalığının psikososyal etkileri sonucu bağlanma süreçleri, bağlanma biçimleri, yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri incelendi.

Yöntem: Kesitsel bir klinik araştırma şeklinde planlanan bu çalışma çok merkezli olarak gerçekleştirildi. Araştırmaya 01/11/2015 ve 01/12/2015 tarihleri arasında çalışmaya dahil edilen merkezlerde takip edilen Hemodiyaliz ya da Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi uygulanan hastaların, 13-18 yaş arasında olan ergen çocukları dahil edildi. Çocuklara; Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri, Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çocuklar için Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nin Sürekli Kaygı Ölçeği, Çocuklar için Depresyon Ölçeği verildi.

Bulgular: Çalışmaya 34 ergen çocuk dahil edildi. Ergen çocukların 12'si erkek (%35,3), 22'si kadın (%64,7) ve ortalama yaşları 15,9±1,8 yıldır. 7'si köyde (%20 ,6), 11'i ilçede (%32,4), 16'sı ilde (%47,1) ikamet ediyordu. Hastaların 12'sinin annesi, 22'sinin babası son dönem böbrek yetmezliği tanısıyla takip ediliyordu. Ergen çocuklara uygulanan ölçeklerin sonuçları Tablo-1 'de belirtildiği gibiydi. Ergen çocukların ölçek sonuçları ikamet ettikleri bölgelere ve cinsiyetlerine göre değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Ergen çocukların ölçek sonuçlarının hasta ebeveynin cinsiyetine göre değerlendirildiğinde elde edilen sonuçlar ise Tablo-2 'de belirtildiği gibiydi.

Sonuç: Kronik böbrek yetmezliği olan bireylerin kendilerine, diğer aile bireylerine ve özellikle çocuklarına verilecek psikolojik desteğin, çocukların güvenli bağlanma biçimleri geliştirmesinde etkili olacağı ve ileride oluşabilecek psikopatolojilerin önüne geçilmesinde koruyucu rol oynayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ergen çocuklar , bağlanma biçimi , hemodiyaliz

Tablo 1. Ergen çocuklara uygulanan ölçek sonuçları

	N	Ortalama	Standart Sapma
YİYE-Kaygı	34	75,3	11,8
YİYE-Kaçınma	34	71,6	8,9
Kendini Değerlendirme Ölçeği	33	64,5	26,2
Depresyon Ölçeği	34	9,7	6,8
STAİ-I	34	44,9	9,8
STAİ-II	34	50,2	13,0

Tablo 2. Ergen çocukların ölçek sonuçlarının hasta ebeveynin cinsiyetine göre değerlendirilmesi

	Anne		Baba		
	N	Ort ± SD	N	Ort ± SD	p
YİYE-Kaygı	12	78,8±6,4	22	73,4±13,7	,207
YİYE-Kaçınma	12	70,1±7,8	22	72,4±9,5	,492
Kendini Değerlendirme Ölçeği	12	65,5±29,7	21	64,0±24,8	,881
Depresyon Ölçeği	12	10,0±7,4	22	9,6±6,6	,958
STAİ-I	12	44,5±10,6	22	45,2±9,5	,557
STAİ-II	12	57,2±18,9	22	46,5±6,0	,736

PS/HD-140

HEMODİYALİZ HASTALARINDA AYAK BİLEĞİ KOL BASINÇ İNDEKSİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Serhat Karadağ¹, Burçin Aydemir², Eyüp Çavdar³, Sami Uzun¹, Egemen Cebeci¹, Savaş Öztürk¹¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye²Özel Fmc Avcılar 2 Diyaliz Merkezi, İstanbul, Türkiye³Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Ayak bileği kol basınç indeksi (AKBİ) hem genel popülasyonda hem de diyaliz hastalarında mortalite için prediktif değere sahiptir. Otomatik kan basıncı ölçüm aletleriyle yapılan AKBİ ölçümlerinin Doppler USG'yle karşılaştırılabilir sonuçlar verdiği gösterilmiştir. Çalışmamızda hemodiyaliz (HD) hastalarında AKBİ ile ilişkili faktörler araştırılmıştır.

Yöntemler: Bu kesitsel çalışmaya en az 3 ay süreyle kronik hemodiyaliz(HD) programında olan 122 hasta alındı. Hastaların tüm demografik ve rutin laboratuvar parametreleri kaydedildi. Diyaliz girişinde fistül olmayan koldan ve ayaaktan tansiyon arteriyel (TA) ölçümleri yapıldı. Ölçümler HD cihazına bağlı rutin olarak kullanılan dijital tansiyon ölçme aletleriyle yapıldı. Ayak bileği sistolik değerlerinin kol sistolik değerlerine oranları (AKBİ) kaydedildi.

Bulgular: Hastaların % 47.5'i (n=58) kadındı. En sık SDBY etyolojisi diabetes mellitus (DM) (%44.3, n=54) idi. Temel hasta verileri Tablo'da sunulmuştur. Hastaların %83.6'sı (n=102) hemodiyafiltrasyon (HDF) tedavisi görmekteydi. Tüm hastaların ortalama AKBİ düzeyleri 1.16±0.18 (0.45-1.61) saptandı. AKBİ düzeyleri HDF hastalarında HD'ye göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu (sırasıyla 1.18±0.18; 1.09±0.14; p:0.012). Tek değişkenli analizlerde AKBİ, yaş ile negatif (r:-0.207, p:0.022), serum kreatininiyle pozitif (r:0.238, p:0.008) korelasyon göstermekteydi. AKBİ düzeyinin etkileyen parametrelerin analizi amacıyla oluşturulan; yaş, cins, DM, İKH varlığı, hemoglobin düzeyi ve HD türünün dahil edildiği modelde AKBİ ile ilişkili bulunan parametreler; yaş (B:-0.003, beta:-0.186, p:0.047), DM varlığı (B:-0.089, beta:0.040, p:0.030), HDF uygulanması (B:0.092, beta:0.043, p:0.034) bulundu. Diğer parametreler anlamlı etkili bulunmadı. Modelden HD türü çıkartıldığında da yaş ve DM varlığı anlamlılığını devam ettirdi (sırasıyla; B:-0.003, beta:-0.204, p:0.032 ve B:-0.082, beta:-0.188, p: 0.046).

Sonuç: Çalışmamızda HD hastalarında AKBİ ile yaş ve DM gibi kardiyovasküler risk faktörleriyle ilişki saptandı. HDF'nin AKBİ üzerine saptanan olumlu etkisi yöntemin kendisine veya hasta seçim kriterlerine bağlı olabilir. Otomatik TA ölçüm cihazlarıyla AKBİ ölçümü, HD hastaları için rutinde kolaylıkla kullanılabilir bir kardiyovasküler risk değerlendirme yöntemi olabilir. Bu yöntemin HD hastalarındaki uzun dönemdeki sonuçları ön gördürmedeki rolü üzerine yapılacak detaylı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, AKBİ

Tablo. Temel Veriler

Yaş	56,9±12,6
Cinsiyet (Kadın/Erkek) n(%)	58 (47,5) /64 (52,5)
Ek hastalık n (%)	
DM	26 (21,3)
HT	98 (80,3)
IKH	27 (22,1)
HD türü (HD/HDF) n(%)	20 (16,4) /102 (83,6)
Diyaliz süre (ay)	88,1±78,7
Ortalama ultrafiltrasyon (ml)	3163,3±911,5
Ortalama replasman sıvısı (ml)	31,7±23,1
Koldan sistolik TA (mmHg)	133,7±26,1
Ayaaktan sistolik TA (mmHg)	154,8±35,4
AKBİ	1,16±0,18
Hemoglobin (g/dl)	11,7±1,2
Hemotokrit (%)	36,9±3,8

Üre (mg/dl)	105,8±25,2
Kreatinin (mg/dl)	7,4±1,7
URR (%)	79,9±5,1
Kt/V	1,94±0,33

PS/HD-141

OLGU SUNUMU: KYRLE HASTALIĞI

Özgür Can¹, Rafiye Kızılhan¹, Melike Betül Ögütmen¹¹İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Kyrle hastalığı etyolojisi belli olmayan ve nadir görülen bir dermatozdur. Hastalık diyabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği, karaciğer hastalığı gibi durumlara eşlik eden ciltte kaşıntı, hiperpigmentasyon ve 2-8 mm çapında perforan lezyonlarla seyreder.

Olgu: Hemodiyaliz ünitemizde haftada üç hemodiyaliz tedavisi alan 34 yaşında erkek hasta ciltte kaşıntı ve ağrılı yaralar şikayeti ile başvurdu. Şikayeti bir haftadır mevcuttu. Yapılan fizik muayenede vücutta çok sayıda ortası ülsere papüller saptandı. Hasta diyabetik nefropati sonucu gelişen son dönem böbrek yetmezliği nedeni ile yedi yıldır hemodiyaliz tedavisi almaktaydı. Mevcut şikayetlerle hasta cildiye hekimine konsulte edildi. Yapılan biyopsinin patolojik incelemesinde; dermide lümeninde disosiyasyon, dejenerasyon, kollajen lif demetleri, nekrotik keratinositler ve polimorf lökosit toplulukları izlenen epidermal invazyon ve yüzey epidermisde invazyon alanı ile bağlantılı püstül formasyonu saptandı.

Hastanın rutin tetkiklerinde; HbA1C: %11,8, serum albümin: 3,8 g/dl, kalsiyum: 8,4 mg/dl, fosfor: 5 mg/dl, intakt parathormon (iPTH): 313 pg/ml, bikarbonat: 16,9 mmol/L, aspartat transaminaz (AST): 15 U/L, alkalen fosfataz (ALP): 205 U/L, C reaktif protein (CRP): 0,1 mg/L bulundu ve tam kan sayımında özellik saptanmadı. Diyaliz yeterliliğinde Kt/V: 1,4, üre azalma oranı (URR) %72 olarak saptandı.

Cildiye tarafınca hastada Kyrle Sendromu düşünüldü. Olası diyaliz yetersizliği düşünülerek hasta ek diyaliz seanslarına alındı. Diyaliz yeterliliğini arttırmak için kan akım hızı artırıldı. Takipte şikayeti geriledi.

Sonuç: Hemodiyaliz hastalarında kaşıntı ve deri lezyonlarına oldukça sık olarak rastlanmaktadır. Edinsel perforan dermatozlardan olan Kyrle hastalığının ayırıcı tanıda dikkate alınması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kyrle sendromu , hemodiyaliz

Figürler :



PS/HD-142

HİPERVOLEMİK HEMODİYALİZ HASTALARINDA EPO TEDAVİSİNİN BELİRLENMESİNDE PRE VEYA POST DİYALİZ HEMOGLOBİN TERCİHİNİN, KARDİOVASKÜLER ETKİLERİ

Erhan Tatar¹, Yasemin Toraman¹, Pelin Pınar², Erdoğan Pekkolay¹, Hasan Hüseyin Uzun¹, Kezban Pinar Yeniyay¹

¹İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

²İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

Amaç: Eritropoetin (EPO) tedavisi diyaliz hastalarında anemi tedavisinin olmazsa olmazlarından. Bunların birlikte yüksek EPO tedavisi ve/veya yüksek hemoglobin düzeylerinin hasta sonlanımlarını olumsuz etkilediği geniş ölçekli çalışmalarda gösterilmiştir. Hemodiyaliz sırasındaki plazma volümü değişimi ile hemoglobinin konsantrasyondaki değişim arasındaki ilişki çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Bununla birlikte özellikle hipervolemik hastalarda diyaliz giriş hemoglobinin düzeylerine göre EPO tedavisinin belirlenmesi, görece yüksek doz EPO tedavisine, bu da yüksek hemoglobin düzeylerine, hastalarda volum kontrolünde kötüleşmeye, kötü kardiyovasküler sonlanıma ve maliyet artışına neden olabilir. Bu prospektif, gözlemsel çalışmanın amacı kronik hemodiyaliz programında olan hastalarda diyaliz giriş veya çıkış hemoglobinin düzeylerine göre EPO tedavisinin belirlenmesinin kardiyovasküler belirteçler üzerine etkisini incelemektir.

Metod: Merkezimizde kronik hemodiyaliz programında olan, en az 1 yıldır rutin hemodiyalize giren, son 6 aydır izleminde kronik hipervolemi sorunu yaşayan (interdiyalitik kilo alımı kilo başına %3'den fazla olan), EPO tedavisi ihtiyacı olan 6 hasta ile kontrol grubu olarak ise EPO ihtiyacı olmayan ve kronik hipervolemik olan 3 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara bazal, 3. ay ve 6 ay (son kontrol) Ekokardiografi, Arteriyel sertlik (artırma indeksi, Nabız dalga analizi), ve BNP, Troponin I değerlerine bakıldı. Hastalara ilk 3 aylık dönemde diyaliz girişi Hemoglobin düzeylerine göre EPO tedavisi belirlendi. İzleminde son 3 aylık dönemde diyaliz çıkış hemoglobinin düzeylerine göre EPO tedavisi verildi. Hastaların hemoglobinin düzeyleri ortalama 11-12 gr/dL tutacak şekilde düzenlendi. Hastaların aylık ziyaretleri yapıldı. Hastalardan biri periton diyalizine geçmesi, biri başka merkeze geçmesi, biri ciddi enfeksiyonlar nedeniyle sık hastanelere yatışı olması nedeniyle çalışmayı tamamlayamadı. Üç hasta ve üç kontrol grubu olmak üzere toplamda 6 hasta çalışmayı tamamladı.

Sonuçlar: Hastaların yaş ortalaması 67±6.5 yıl, kontrol grubunun ise 63±3.6'yıldı. Hastaların ve kontrol grubunun sırasıyla bazal interdiyalitik kilo alımı %4.4±1.5 kg vs %3.7±0.6 kg'dı. Hastaların giriş, çıkış ve farkı hemoglobinin ortalaması, sırasıyla 10.8±0.1 gr/dL, 12.6±1.0 gr/dL, 1.7±1.0 gr/dL idi. Kontrol grubunun ise sırasıyla 13.1±0.3 gr/dL, 14.4±0.1 gr/dL, 1.3±0.4 gr/dL'di. Hastaların giriş hemoglobinin düzeyine göre EPO tedavisi düzenlendiği ilk üç aylık giriş ve çıkış hemoglobinin ortalaması (time average) 11±0.7 gr/dL, 12.7±1.2 gr/dL'di. Çıkış hemoglobinin düzeyine göre EPO tedavisi düzenlendiği ikinci üç aylık giriş ve çıkış hemoglobinin ortalaması (time average) ise 10.2±0.2 gr/dL, 12.0±0.7 gr/dL'di. İlk üç ay EPO ihtiyacı ortalama 71±6.6 (66.6-80.8) IU/kg/hafta ikinci üç ayda 25±23 (0-57) IU/kg/hafta'ya düşmüştü. Hastalarda interdiyalitik kilo artışı ilk üç ay %5.5±2.7 kg ikinci üç ayda %4.2±0.7 kg' düşmüştü. Kontrol grubunda ise %4.0±0.8 kg'dan %5.0±2.8 kg'a çıkmıştı. Hastalarda Sol ventrikül kitle indeksi 131±59 gram/m² 3. Ayda 137±59 gram/m² çıkmış ken son kontrolde 132±50 gram/m²'e gerilemişti. Hastaların Sol atriumu bazalde 22.9±2.1 mm/m², 3. ayda 22.1±3.0 mm/m²'iken, son kontrolde 16±10 mm/m²'gerilemişti. Hastalarda Artırma indeksi ve Nabız dalga hızı bazalde, 3.ayda ve son kontrolde sırasıyla %35±2.6, 10.7±2.2 m/sn, 3 ayda %37.6±5.7, 10.9±1.4 m/sn çıkarken, son kontrolde ise %32.3±11.8, 10.2±1.8 m/sn gerilemişti. Hastalarda BNP düzeyleri bazalde 756±584 3. Ayda 1241±1029 yükselmişken son kontrolde ise 739±939 gerilemişti. Kontrol grubunda ise gerek Eko ve arteriyel sertlik gerekse BNP düzeylerinde progresif yükselme olmuştur.

Çıkarışma: Hipervolemik diyaliz hastalarında diyaliz giriş ve çıkış hemoglobinin düzeyleri arasında ciddi değişimler gözlemlenebilir. Bu olgularda diyaliz giriş hemoglobinin düzeylerine göre EPO tedavisinin düzenlenmesi volüm kontrolünde ve kardiyovasküler belirteçlerde kötü gidiş yol açabilir.

Anahtar Kelimeler: Anemi, damar sertliği, ekokardiografi, hemodiyaliz, hemoglobinin, Hipervolemi, Eritropoetin Tedavisi,

PS/HD-143

NUTRİSYONEL DESTEK YÖNTEMLERİNİN İNFLAMASYON VE KARDİOVASKÜLER OLAY ÜZERİNE OLUMLU ETKİLERİ

Bahar Gürlek Demirci¹, Emre Tural¹, Zeynep Bal¹, Siren Sezer¹

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Protein enerji malnutrisyonu (PEM) vücuttaki protein havuzunun azalması ile karakterlidir ve hemodiyalize giren hastalarda morbidite ve mortalite ile yakından ilgilidir. Birçok çalışmada PEM prevalansı %40'ın üzerinde saptanmakta ve PEM ile inflamasyon ve kardiyovasküler olay arasında yakın ilişki gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı beslenme yöntemlerinin biyokimyasal parametreler, arteriyel sertlik ve biyoimpedans analizi ile karşılaştırılmasıdır.

Gereç ve yöntem: PEM olan 56 hemodiyaliz hastası prospektif olarak değerlendirildi. Hastalar 6 aylık takipte aldıkları nutrisyonel destek (ND) yöntemlerine göre 4 gruba ayrıldı. Grup 1 (sadece oral ND; n: 14), grup 2 (sadece parenteral ND; n: 14), grup 3 (hem oral hem parenteral ND; n: 10) ve grup 4 (kontrol grubu; n: 18). Protein katabolizma hızı (nPCR), malnutrisyon inflamasyon skoru (MIS), multifrekans biyoimpedans analizi (BCM, Fresenius). ile yağ kütlesi (FM), yağsız vücut kütlesi (FFM), kas kütlesi (MM) ve vücut kitle indeksi (VKİ) ölçüldü. Arteriyel sertlik ölçümü carotid-femoral nabız dalga hızı (PWV) ile yapıldı.

Bulgular: Dört grubun da demografik özellikleri benzerdi. Grup 2 ve grup 3 de sırasıyla serum albumin (p: 0.001) ve nPCR (p: 0.001) düzeyleri artış gösterdi. Serum CRP düzeyi 1. ve 2. grupta benzerken; 3. grupta anlamlı olarak azaldı (p: 0.001). MIS grup 1, 2 ve 3 (33%, 14.7% and 14.2%, sırasıyla) de azalırken, en anlamlı azalma 3. grupta saptandı (p: 0.001).

Vücut kompozisyon analizinde FM (p: 0.006), FFM (p: 0.0049), MM (p: 0.001) ve VKİ (p:0.001) 2. ve 3. grupta artış gösterdi. VKİ 1., 2. ve 3. gruplarda artarken; en anlamlı artış 3.grupta saptandı. Linear regresyon analizinde MIS (p: 0.004) ve serum albumin değerleri (p: 0.001) PWV' nin belirleyicileri olarak saptandı.

Sonuç: Bu çalışma ile hemodiyalize giren malnutrisyonlu hastalarda; nutrisyon tedavisinin özellikle kombine nutrisyonel desteğin arteriyel sertlik ve inflamasyon ilişkili morbiditeyi iyileştirdiği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, malnutrisyon, inflamasyon, arteriyel sertlik

PS/HD-144

HEMODİYALİZ HASTALARINDA YAŞ İLİŞKİLİ BESLENME, HİDRASYON VE ARTERİYEL SERTLİK ÖLÇÜMLERİ AÇISINDAN FARKLILIKLAR

Zeynep Bal¹, Bahar Gürlek Demirci¹, Rüya Özelsancak², Gültekin Gençtoy³, Öznur Kal⁴, Emre Tural¹, Siren Sezer¹

¹Başkent Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı, Ankara

²Başkent Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı, Adana

³Başkent Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı, Alanya

⁴Başkent Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı, Konya

Amaç: Her geçen gün diyalize alınan yaşlı hasta sayısı artmaktadır. Özellikle bu grupta, sıvı aşırı yüklenmesi ve malnutrisyon ciddi bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Faz açısı (FA), hipervolemi ve malnutrisyon açısından son dönemde kullanışlı bir ölçüm olarak kabul görmektedir. Bu çalışmada yaşlı ve genç hastaları hidrasyon durumu, malnutrisyon ve nabız dalga hızı ölçümü arasındaki farklılıklar açısından değerlendirmeyi amaçladık.

Metod: Bu kesitsel çalışmaya, 426 hemodiyaliz hastası (299 erkek, ortalama yaş 55.6 ±13.8 yıl) dahil edildi. Laboratuvar bulgularına ek olarak tüm hastaların vücut bileşenleri biyoimpedans analizi (BCM, Fresenius) ile yapıldı. Bu ölçüm ile sistolik ve diastolik kan basıncı, vücut kitle indeksi, hücre dışı sıvı (HDS),

hücre içi sıvı (HİS), HDS/HİS oranı, kas kütlesi, FA ölçümleri yapıldı. NDH, nabız basıncı, kardiyak indeks ve atım, ögrentasyon indeksi ve total vasküler direnç Mobil-O-Graph cihazı ile ölçüldü. Hastalar 65 yaş üstü ve altı olarak 2 gruba ayrıldı: grup 1 (<65 yaş [n=322]) ve grup 2 (≥65 yaş [n=104]).

Sonuçlar: Serum ferritin, paratiroid hormon, alkalen fosfataz, albümin, diyaliz öncesi kreatinin ve Kt/V değerleri yaşlı hasta grubunda genç gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu ($p<0.05$). C- reaktif protein (CRP), lökosit sayımı ve diyaliz sonrası ölçülen üre değerleri yaşlı grupta genç gruba göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p<0.05$). İnterdialitik kilo alımı, kas doku indeksi ve FA ölçümleri yaşlı grupta istatistiksel olarak anlamlı azalmıştı ($p<0.001$). FA, serum albümin ve total kolesterol değerleri ile pozitif korele iken CRP ve beyaz küre sayımı ile negatif korelasyon göstermekteydi ($p<0.001$). Ayrıca yaşlı hasta grubunda NDH ölçümleri genç gruba göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (9.3 ± 2.1 m/sn karşı 8.2 ± 2.1 m/sn, $p<0.001$).

Tartışma: İnflamasyon, hipervolemik ve malnütrisyon yaşlı diyaliz hastalarında genç hastalara göre daha sık karşımıza çıkmaktadır. Faz açısının, beslenme ve inflamasyon belirteçleri ile yakın ilişkili olduğunu bulduk. Biyoimpedans analizinin özellikle yaşlı hastalar için rutin olarak uygulanmasını ve bu grubun malnütrisyon, inflamasyon ve kalsifikasyon sendromu açısından daha yakın izlenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, faz açısı, atriyeel sertlik

PS/HD-145

HEMODİYALİZ HASTALARININ VÜCUT SU DEĞİŞİKLİKLERİNİN ÖLÇÜMÜNDE MONO VE MULTİFREKANS EMPEDANS ANALİZÖRÜ KARŞILAŞTIRILMASI

Sibel Gülççek¹, Serkan Feyyaz Yalın², Selma Alagöz², Sinan Trabulus², Mehmet Rıza Altıparmak², Nurhan Seyahi²

¹*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Nefroloji Bölümü*

²*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; Nefroloji Bilim Dalı*

Giriş: Kuru ağırlık hemodiyaliz hastalarının tedavisinde önemli bir kavramdır. Vücut su değişikliklerini ölçmek için kullanılan objektif metodlar büyük ölçüde yetersiz kalmaktadır. Biyoempedans analizi (BIA) vücut kompozisyonu değişiklikleri ölçmek için gelecek vaat eden bir araçtır. Bu çalışmada hemodiyaliz hastalarının vücut su değişikliklerinin ölçümü için mono ve multifrekans empedans analizörü karşılaştırdık.

Metod: Kronik hemodiyaliz hastaları bir mono (Model 450, Biodynamics Corp, ABD Biodynamics) ve çoklu frekans (Quadscan 4000, Bodystat, İngiliz Adaları) empedans analizörü kullanarak incelendi. Biyoempedans ölçümleri diyaliz öncesi, hemen diyaliz sonrası ve diyaliz bitiminden 1 saat sonra ölçüldü. Diyaliz öncesi kilo, boy, bel çevresi ve kalça çevresi standart ekipman kullanılarak ölçüldü. Ultrafiltrasyon hemodiyaliz makinesinden kaydedildi. Diyaliz sonrası ağırlığı tekrar ölçüldü.

Sonuçlar: Otuz dokuz hasta (31 erkek, 8 kadın) çalışmaya alındı. Hastaların yaş ortalaması 53 ± 14.2 idi. Biyoempedans ölçüm sonuçları Tablo 1 de gösterilmektedir. Ortalama ultrafiltrasyon miktarı 2.9 ± 0.9 litre ve ağırlık değişimi 2.7 ± 0.9 kg idi. Kilo değişiklikleri ve ultrafiltrasyon miktarı ile farklı cihazlarla ölçülen vücut su değişimleri arasındaki korelasyon Tablo 2'de gösterilmektedir. Monofazik biyoempedans ölçümleri, çok fazlı analiz ile karşılaştırıldığında vücut ağırlığı değişiklikleri ile daha güçlü korelasyon göstermektedir.

Tartışma: Bizim çalışmamıza göre monofazik cihazla ölçülen biyoempedans analiz ile ultrafiltrasyon ve ağırlık değişiklikleri arasındaki korelasyon multifazik cihaz kadar iyi idi. Bu çalışma, tek fazlı biyoempedans analizörünün hemodiyaliz hastalarında vücut bileşimini ölçmek için uygun bir yöntem olarak kullanılabilir olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, biyoempedans analiz, multifrekans empedans analizör

Tablo 1. Hastaların biyoimpedans ölçüm sonuçları

	diyaliz öncesi	diyaliz hemen sonrası	diyalizden 1 saat sonra
Ağırlık (Kg)	75,1 ± 15,7	72,3 ± 15,4	
BMI (kg/m ²)	26,9 ± 4,9	25,9 ± 4,8	
Total vücut suyu (monofazik)	40,6 ± 8,9	36,7 ± 8,6	36,9 ± 8,5
Total vücut suyu (multifazik)	41,8 ± 8,1	38,3 ± 7,5	38,4 ± 7,7
Ekstrasellüler sıvı (monofazik)	19,3 ± 4,5	16,5 ± 4,1	16,8 ± 4,3
Ekstrasellüler sıvı (multifazik)	18,2 ± 3,1	16,6 ± 2,8	16,7 ± 2,9

Tablo 2. Ağırlık değişimi ile ultrafiltrasyon miktarı ve biyoimpedans analizör ile ölçülen vücut sıvı değişiminin karşılaştırılması

Ağırlık değişimi	r	p
ultrafiltrasyon miktarı	0,250	0,125
Total vücut suyu değişimi (monofazik)	0,513	0,001
Total vücut suyu değişimi (multifazik)	0,476	0,002
Ekstrasellüler sıvı değişimi (monofazik)	0,592	0,000
Ekstrasellüler sıvı değişimi (multifazik)	0,540	0,000

PS/HD-146

HEMODİYALİZ HASTALARINDA SAĞKALIMI ÖNGÖRMEDE YENİ BİR YÖNTEM: İMPEDANS ORANI

Ender Hürr¹, Sennur Budak Köse², Elif Duman³, Kemal Mağden¹, Gürsel Yıldız⁴, Bilal Toka¹, Siren Sezer⁵, Soner Duman⁶

¹*Bülent Ecevit Üniversitesi*

²*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

³*İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

⁴*Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi*

⁵*Başkent Üniversitesi Zonguldak Diyaliz Merkezleri*

⁶*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Giriş: Hemodiyaliz (HD) hastalarında hipervolemik ve malnütrisyon tanısında biyoimpedans spektroskopisi (BİS) yöntemi kullanılabilir. Bu prospektif gözlemsel çalışmada, BİS yöntemi kullanılarak hesaplanan impedans oranının (İ.O) HD hastalarda sağkalımı öngörmede kullanılabilirliğini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Etik Kurul onayı sonrasında Kasım 2011 tarihinde Zonguldak ilinde kamu ve özel merkezlerde tedavi gören 500 prevalan HD hastasından ilçe kriterlerine uygun verileri tam 430 hasta alınmış ve ortalama 32.2 ± 14.4 ay takip edilmiştir. Tüm hastalara BİS ölçümü yapılmıştır. Ölçüm verilerinden 200 ve 5 kHz frekanslarına karşılık gelen dirençlerin birbirine oranı yüzde impedans olarak % İ.O değerlendirilmeye alınmıştır. İstatistiksel değerlendirmede, Student t test, Cox regresyon analizi ve Kaplan Meier sağkalım testleri kullanıldı. $p<0.05$ anlamlı kabul edildi.

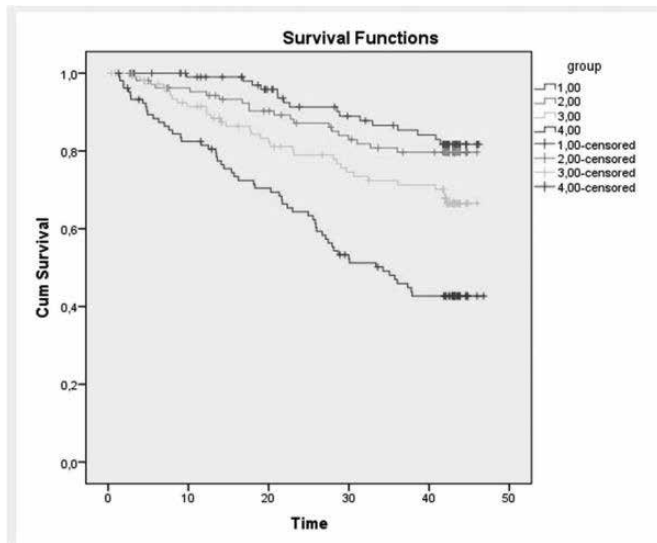
Sonuçlar: Yaş ortalaması 59 ± 15 (10-92) yıl olan toplam 430 (%54'ü erkek) hastadan 125'i çalışma sonunda ex olmuştur. Tüm grupta diyabet oranı %46, eritropoietin tedavisi kullanımı %67, diüretik kullanımı %41, prediyaliz sistolik kan basıncı 133 ± 26 diyastolik kan basıncı ortalamaları 79 ± 12 mmHg dir. Tüm hastalarda %İ.O: $73.2-94.1$ aralığında bulundu. Çoklu regresyon analizi ile değerlendirildiğinde mortalite öngörücüleri olarak diyabet, yaş, cinsiyet, albümin, hemoglobin düzeyleri dikkate alındığında İ.O mortalite riskini 1.16 kat arttırmakta idi ($p<0.00$). Çeyreklik dilimlere ayrılarak değerlendirildiğinde sağkalım beklentisinin giderek azaldığı görüldü. İlk çeyreklik dilim aralığında

(Grup 1) beklenen sağkalım 42.8 ay iken son çeyreklikte (Grup 4) 30.6 ay (Tablo 1). Biyoimpedans verilerine göre %İ.O değerlendirildiğinde, kümülatif sağkalım, İ.O düzeyi yüksek olan gruplarda daha düşük olarak bulundu (Şekil 1).

Çıkarılma: Hemodiyaliz hastalarında BIS verilerinden elde edilen % İ.O bilinen klasik belirteçlerin yanında uzun dönem mortalite göstergesi olarak kullanılabilir. Kronik hastalıklarda erken tanı ve zamanında müdahalenin önemi açıktır. Girişimsel olmayan bu tür pratik yöntemler HD hastalarına erken müdahale şansını artırabilir.

Anahtar Kelimeler: Biyoimpedans, impeans oranı, mortalite

Figür



Tablo. İmpedans Oranlarına Göre Sağkalım Süreleri

Grup	Sağ kalım Süresi (Ay)	Standart Hata	(%95 CI) Minimum	(%95 CI) Maksimum
1	42.8	0.87	41.1	44.5
2	40.6	1.1	38.4	42.9
3	37.6	1.4	35	40.3
4	30.6	1.6	27.4	33.8
Toplam	38.3	0.7	36.9	39.7

PS/HT-147

NADİR GÖRÜLEN BİR HİPERTANSİYON NEDENİ: MİDDLE AORTİK SENDROM

Serkan Yıldız¹, Özgür Akkale¹, Ali Çelik¹, Yiğit Göktay², Mustafa Seçil³, Aykut Sifil¹, Caner Çavdar¹, Taner Çamsarı¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, İzmir

²Özel Çiğli Kent Hastanesi, Radyoloji Bölümü, İzmir

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Middle aortik sendrom distal torasik veya abdominal aortanın diffüz darlığı ile karakterize bir patolojidir, genellikle visseral ve renal arterleri de içine alır. Bu sendromun en önemli klinik belirtileri hipertansiyon ve aralıklı klodikasyondur. Bu yazıda kan basıncı yüksekliği ve aralıklı klodikasyon nedeniyle başvuran ve middle aortik sendrom tanısı konulan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 68 yaşında kadın hasta baş ağrısı, yürümekle baldırlarda artan ve istirahatle hemen geçen ağrı yakınmaları ile nefroloji polikliniğine başvurdu. 30 yıl önce

hipertansiyon ve 2004 yılında multipl miyelom tanısı almıştı. 2006 yılında total tiroidektomi yapılmıştı. Tuzdan kısıtlı diyetle uyumu iyi olan hasta düzenli olarak çoklu antihipertansif ilaç (valsartan 320 mg/gün + hidroklorotiazid 12.5 mg/gün + diltiazem 240 mg/gün) kullanmakta idi. Kan basıncı kontrol altında olmayan hastanın başka bir sağlık kurumunda yapılan laboratuvar tetkiklerinde böbrek işlev bozukluğu (serum kreatinin düzeyi 2.4 mg/dL) saptanmıştı. Fizik muayenede; kan basıncı sağ koldan 180/80 mmHg, sol koldan 170/80 mmHg, her iki alt ekstremitede ise 120/70 mmHg ölçüldü. Hastada üst ve alt ekstremitelerde ölçülen kan basınçları arasında belirgin fark olması nedeniyle ön tanıda aort koarktasyonu düşünüldü. Böbrek yetmezliği ve multipl miyelom nedeniyle kontrast madde kullanılmadan manyetik rezonans anjiyografi çekildi. Desendan aortada 5 cm'lik segment boyunca en dar yerinde 4.5 mm çapa ulaşan belirgin darlık saptandı. Renovasküler doppler ultrasonografide ise sol renal arterde ciddi darlık ve sağ renal arterde minimal darlık ile uyumlu bulgular vardı. Hastada mevcut öykü, fizik muayene bulguları ve görüntüleme yöntemleri göz önüne alındığında middle aortik sendrom tanısı konuldu. Hastaya girişimsel radyoloji bölümüne desendan aort darlığına balon anjiyoplasti ve stent işlemi uygulandı. İşlem sırasında sadece 40 ml üçüncü jenerasyon izozozmolar kontrast madde kullanıldı. İşlem sırasında ve sonrasında komplikasyon gelişmedi. Poliklinik izleminde hastanın yakınmaları kayboldu ve serum kreatinin düzeyinde gerileme gözlemlendi. Kan basıncı düşen hastanın antihipertansif ilaçları tedrici olarak kesildi. Son poliklinik kontrolünde; kan basıncı her iki üst ekstremitede 130/80 mmHg, her iki alt ekstremitede 150/80 mmHg ölçüldü. Serum kreatinin düzeyi 0.99 mg/dL'ye gerileyen hasta halen antihipertansif ilaç kullanmaksızın takip edilmektedir.

Sonuç: Hipertansiyon, kalp ve böbrek hastalıkları için temel risk faktörüdür. Hipertansiyonlu hastaların büyük çoğunluğunda kan basıncını yükselten somut bir neden saptanamamaktadır. Bazı hastalarda ise hipertansiyon başka bir hastalığa bağlıdır. Bu hastalıkların önemli bir kısmının tedavi edilebilir nitelikte olması, hastalıkların tedavisi ile de hipertansiyonun kalıcı tedavisinin mümkün olması her hastanın sekonder hipertansiyon açısından değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Primer hipertansiyon, sekonder hipertansiyon, middle aortik sendrom

PS/HT-148

İNTRATORASİK EKTOPIK BÖBREK VE HİPERTANSİYON BİRLİKTELİĞİ

Serkan Yıldız¹, Özgür Akkale¹, Aytaç Gülcü², Caner Çavdar¹, Aykut Sifil¹, Ali Çelik¹, Taner Çamsarı¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: İntratorasik böbrek vücut lokalizasyonu olarak en üst düzeyde gözlenen ve nadir görülen renal ektopi türüdür. Travma sonucu ya da konjenital olarak plöroperitoneal zarın gelişimsel bozukluğu sonucu oluşan diyafram hernileri ile ilişkili olabilir. Burada Evre 3 hipertansiyon tanısı konulan ve intratorasik ektopik böbrek saptanan olgu sunulmuştur.

Olgu: 21 yaşında erkek hasta baş ağrısı ve burun kanaması yakınmalarıyla nefroloji polikliniğine başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde kan basıncı 210/130 mmHg ölçüldü, diğer sistemik muayene bulguları olağandı. Evre 3 hipertansiyon tanısı konulan hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla nefroloji kliniğine yatırıldı. Özgeçmişinde konjenital diyafram hernisi nedeniyle bir yaşında ameliyat öyküsü dışında özellik yoktu. Ailede hipertansiyon öyküsü yoktu. Proteinüri olmayan hastanın biyokimyasında serum kreatinin düzeyi 1.3 mg/dL ölçüldü. Göz dibi incelemesinde hipertansif retinopati saptanmadı. Transtorasik ekokardiyografide sol ventrikül konsantrik hipertrofisi vardı. Hasta ikincil hipertansiyon nedenleri açısından araştırıldı. Primer aldosteronizm, Cushing sendromu, feokromositoma, uyku apnesi, tiroid ve paratiroid bezi hastalıkları dışlandı. Renovasküler doppler ultrasonografide olağandı. Böbrek sintigrafisinde, arkus aortografide ve renal anjiyografide patolojik bulgu gözlenmedi. Hastada renovasküler hipertansiyon düşünülmüdü. Toraks bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde intratorasik

böbrek ile birlikte sol diyafram hernisi ve herniye kolon ansları gözlemlendi. Klinik izlemde hastanın kan basıncı çoklu antihipertansif ilaç kombinasyonu (kalsiyum kanal blokeri + anjiyotensin reseptör blokeri + beta bloker) ile kontrol altına alındı ve taburcu edildi.

Sonuç: İntratorasik ektopik böbrek genellikle asemptomatiktir, çoğu kez tanı rastlantısal olarak çekilen görüntüleme yöntemleri ile konulur. İntratorasik ektopik böbreğin hipertansiyon ile birlikteliği çok ender görülen bir durumdur. Bu hastalarda kan basıncı yüksekliği nedeninin araştırılması sürecinde toraks içinde yerleşmiş böbreğin vasküler yapısı ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, renal ektopi, intratorasik böbrek

PS/HT-149

TEMEL KURAL: KAN BASINCI HER İKİ KOLDAN ÖLÇÜLMELİDİR

Serkan Yıldız¹, Özgür Akkale¹, Aytaç Gülcü², Aykut Sifil¹, Caner Çavdar¹, Ali Çelik¹, Taner Çamsan¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Hipertansiyon, ciddi komplikasyonlara neden olması ve toplumda sık görülmesi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hipertansiyonla mücadelede ilk adım kan basıncının doğru olarak ölçülmesidir. Hastalarda ve sağlık personelinde genel eğilim kan basıncını tek koldan ölçmektir, ancak kan basıncı ilk muayenede her iki koldan da ölçülmelidir. Bu olgu sunumu ile fizik muayenenin doğru ve eksiksiz bir şekilde yapılmasının önemine vurgu yapılmak istenmiştir.

Olgu: 56 yaşında erkek hasta göğüs ağrısı ve nefes darlığı yakınmasıyla acil servise başvurdu. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde böbrek yetmezliği (serum kreatinin düzeyi 3.4 mg/dL) saptandı, akut koroner sendrom düşünülemeyen hasta taburcu edildi ve nefroloji polikliniğine yönlendirildi. Nefroloji polikliniğinde yapılan fizik muayenede hastanın kan basıncı her iki koldan ölçüldü. Sağ koldan ölçülen kan basıncı 180/90 mmHg, sol koldan ölçülen kan basıncı 110/70 mmHg idi. Hastanın hipertansiyon ve böbrek hastalığı öyküsü yoktu. Hasta daha önce başvurduğu sağlık kurumlarında kan basıncının her iki koldan ölçülmediğini, sadece sol koldan ölçüldüğünü belirtti. Hastanın göz dibi incelemesinde hipertansif retinopati ile uyumlu bulgular gözlemlendi. Üriner sistem ultrasonografide her iki böbrek boyutu ve parankim kalınlıkları azalmış ve ekojeniteleri artmıştı. Ekokardiyografide sol ventrikül konsantrik hipertrofisi saptandı. Proteinüri de olan hastada kronik böbrek yetmezliği düşünüldü. Hastada hipertansiyona ikincil hedef organ hasarlarının varlığı kan basıncı yüksekliğinin kronik olduğunu düşündürdü. Hastaya yaşam tarzı değişiklikleri konusunda bilgi verildi ve antihipertansif tedavi başlandı. Hastanın fizik muayenesinde dikkati çeken önemli bir ayrıntı; sol üst ekstremitedeki periferik nabızların sağa göre daha zayıf alınmasıydı. Üst ekstremitelerde doppler ultrasonografide sol subklaviyan arter darlığı saptandı ve girişimsel radyoloji bölümüne endovasküler girişim yapıldı. Poliklinik izlemi sırasında böbrek işlevlerinde ilerleyici bozulma saptanan hastada böbrek yerine koyma tedavisi olarak periton diyalizi tedavisi başlandı. Kan basıncı kontrol altında olan hastada periton diyalizi tedavisine halen devam edilmektedir.

Sonuç: Bu yazıda sunulan hastada subklaviyan arter darlığına bağlı sol kolda ölçülen kan basınçları normal sınırlardadır. Hastanın kan basıncı sadece sol koldan ölçüldüğü için hipertansiyon tanısı konulamamış ve kan basıncı kontrolü sağlanamamıştır. Tanıda ve tedavide gecikmeye bağlı olarak hasta karşımıza hipertansiyona bağlı geri dönüşümsüz hedef organ hasarlarıyla çıkmıştır. Fizik muayenede yaşamsal bulguların doğru ve eksiksiz bir şekilde değerlendirilmesi son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, subklaviyan arter darlığı

PS/HT-150

AKSESUAR RENAL ARTER STENOZU HİPERTANSİYONUN SEBEBİ OLABİLİR Mİ?

David Ojalvo¹, Aylin Hasanefendioğlu Bayrak², Hüseyin Özkurt², Fatih Borlu¹

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği

Giriş: Hipertansif hastaların %1-5'inde etyolojide renovasküler hipertansiyon yer almaktadır. Renal arter stenozunun düzeltilmesi tansiyon değerlerinde iyileşme, bazı vakalarda da kür sağlamaktadır. Kliniğimize 2 adet aksesuar renal arteri olan ve arterlerin birinde stenoz görülen hipertansif bir vakayı sunuyoruz.

Vaka: 47 yaşında erkek hasta baş ağrısıyla kliniğimize başvurdu; hastanın daha öncesinde tansiyon yüksekliği nedeniyle (220/110 mmHg) acil kliniğine müraacatı vardı. Özgeçmişinde astım, soygeçmişinde hipertansiyon (HT) ve iskemik kalp hastalığı öyküsü vardı. Foster ve Levmont kullanmaktaydı. Fizik muayenesinde BKİ 30,1 kg/m² idi, her iki kol arter tansiyonu 160/120 mmHg ölçüldü. Biyokimyasal tetkiklerinde patolojik bulgu yoktu. Hastaya nifedipin başlanarak sekonder HT nedeniyle tetkik edilmesi planlandı. Serbest plazma metanefrin 0,15 mmol/L, serbest plazma normetanefrin 0.62 mmol/L, aldosteron 83 pg/ml, renin 28.7 pg/ml, kortizol (sabah bazal) 12 ug/ml görüldü. Ekokardiyografide EF %65, sol ventrikül hipertrofisi, 2. derece diyastolik disfonksiyon vardı. Gözdibi incelemesi doğaldı. Renal arter doppler ultrasonunda böbrek boyutları, parankim kalınlıkları normaldi. Bilateral renal arter segmenter ve interlober yapılan ölçümlerde akserelasyon zamanı uzamış olup, indeks değerleri azalmıştı. Rİ, Pİ değerleri normal sınırlardaydı. Hastanın renal sistem MR anjiyografisinde, solda renal arterin hemen superiorunda 2 adet aksesuar renal arter mevcuttu. Üstteki yerleşimli üst pole gitmekte ve trasesi düzgün izlenmekteydi. Bunun inferiorundaysa aortadan kaynaklanan diğer aksesuar renal arter, renal sinüse uzanım göstermekte ve proksimalinde %70'in üzerinde darlık göze çarpmaktaydı. Girişimsel radyoloji tarafından hasta anjiyografiye alındı. Diagnostik anjiyografi sonrası balon ekspandable stent dar segmentte açıldı, darlık çözüldü. Anti agregan, anti hipertansif (losartan) tedavisi düzenlenen hasta takibe alındı. 1,5 yıllık izleminde hastanın hipertansif acil başvurusu olmadı.

Tartışma: Seçen ve arkadaşlarının 1174 vakada yaptığı çalışmada %8,9 bilateral multiple renal arter, %0,17, 3 renal arter saptanmıştır. Bazı yazarlar aksesuar renal arterin HT'a yol açabileceğini önermekle birlikte bu konuda konsensus sağlanamamıştır. Aksesuar renal arter stenozu hastamızda görüldüğü gibi, kronik hipertansiyon üzerine hipertansif kriz açısından risk faktörü olabilir. Aksesuar arterin çapı yeterli olduğunda (2-3 mm) komplikasyon riski göz önüne alınarak girişimsel tedavi düşünülebilmektedir. Bu doğrultuda bu vakalarda yapılacak girişimden sağlanacak yarar tartışma konusu olarak güncelliğini korumaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, renal arter stenozu, multipl renal arter

Figürler :





PS/HT-151

TUZ VE KEPEKLİ EKMEK

Mehmet Tekin Akpolat¹, Ragıp Kadir¹, Cengiz Utaş²

¹Öndokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Ülkemiz dünyada en çok tuz tüketen ülkelerden bir tanesidir. Ülkemizde ekmek önemli bir tuz kaynağıdır. Kepekli ekmek sağlıklı olduğu düşünülerek tüketilen bir ekmek türüdür ve genel olarak beyaz ekmekten daha sağlıklı kabul edilir. Bu çalışmamızda amacımız ülkemizdeki kepekli ekmeklerdeki tuz miktarını saptamak ve beyaz ekmekteki tuz miktarı ile kıyaslamaktır.

Bu amaçla Türkiye'nin tüm coğrafi bölgelerinden 40 tane ekmek toplanmış ve bu ekmeklerin içindeki tuz (sodyum klorür) miktarı titrimetrik yöntem ile çalışılmıştır (2009 yılı).

Yapılan inceleme sonucu 40 ekmeğin 100 gramında ortalama 1.57 ± 0.58 gram (standart sapma) bulunmuştur. Daha önce yapmış olduğumuz beyaz ekmekteki tuz miktarı çalışmasına göre 1.82 ± 0.41 gram/100 gram ekmek kepekli ekmekteki tuz miktarı daha azdır.

Beyaz ekmekten daha az olmasına rağmen 100 gram kepekli ekmekteki 1.57 gram tuz miktarı yine de az değildir, fazla tüketildiği takdirde kepekli ekmek de önemli tuz kaynağı olabilir. Bu sonuçlar kepekli ekmekteki tuz miktarının az olmadığını göstermektedir. Birçok hasta sağlıklı olduğu düşüncesiyle kepekli ekmek tüketmektedir. Hastalar kepekli ekmek konusunda eğitilmeli, tuzsuz kepekli ekmek yemeğe teşvik edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Tuz, kepekli ekmek, ekmek, hipertansiyon

PS/HT-152

MALİGN HİPERTANSİYONUN SEBEP OLDUĞU MİKROANJİOPATİK HEMOLİTİK ANEMİ (MAHA), CİDDİ HİPERTANSİF RETİNOPATİ VE BÖBREK YETMEZLİĞİ TABLOSU

Feyza Bora¹, Rukiye İlhan¹, Funda Sarı¹, Bahar Akkaya², Ramazan Çetinkaya¹, Gültekin Süleymanlar¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Bilim Dalı

Giriş: Hipertansif aciller aşikar artmış kan basıncı (genellikle $>180/120$ mm Hg), devam eden hedef organ hasarıyla giden yaşamı tehdit eden akut durumlardandır. Hipertansiyonun yaptığı hemolitik anemi immün olmayan mekanizmayla olup hipertansiyonun regülasyonu ortadan kalkar.

Olgu: 45 yaş erkek hasta acile sol yan ağrısıyla başvurmuştu. Yapılan tetkikler sonucu hasta, evre 3 hipertansiyon ($221/167$ mmHg), hemolitik anemi ve böbrek yetmezliği tablosuyla yatırıldı. Kreatinin: $3,16$ mg/dl (GFR: $22,3$ ml/dk) LDH: 1464 ü/L, Total bilirubin: $2,5$ mg/dl, Direk bilirubin: $0,64$ mg/dl Hemoglobin: $9,3$ gr/dl trombosit: $54,000$ K/mm³, Haptoglobulin: $29,5$ mg/dl idi. Tam idrar analizinde, dansite: 1015 protein: $++$, hemoglobin: $+++$ 610 eritrosit 123 beyaz küre geldi. Spot idrarda 740 mg/mg proteinüri mevcuttu. Göz hastalıkları konsültasyonu sonucu hastada grade3 hipertansif retinopati bulguları, hemoraji, eksüdasyon ve arterlerde bakır tel görünümü tespit edildi. Renal arter ve ven doppler USG'si normaldi. İdrar sedimenti inaktifti. Hastanın periferik yayması MAHA ile uyumlu geldi. Hastada mikroanjyopatik hemolitik anemi olması nedeniyle hastadan ADAMTS-13 aktivitesi gönderildi. 5 kez plazma değişimi yapıldı. Takip izlemlerinde hastanın sol vücut yarısında uyuşma olması nedeniyle çekilen beyin BT'sinde kronik lakuner enfarklar, MR'ında her iki serebral hemisfer subkortikal – beyaz cevherde mmlık hiperintens odaklar tespit edildi. Hastanın tansiyonları önce IV daha sonra oral antihipertansiflerle kontrollü bir şekilde düşürüldü. LDH'si düşmeye trombositleri yükselmeye başladı. ADAMTS-13 aktivitesi normal çıktı. Hastaya renal biyopsi yapıldı. Afferent arteriollerin çeperi belirgin şekilde kalınlaşmış, lümeni daralmış, soğan zarı görünümü, arterioller hyalin madde birikimi, arterlerin çeperi belirgin şekilde kalınlaşmış, intimal fibrozis, elastik lamina duplikasyonu ve İki alanda glomerül arteriol girişinde trombus ve bununla ilgili olduğu düşünülen iskemik segmentel nekroz görüldü. HÜS ekarte edildi. Hastanın tansiyonları çok düşürülmeyecek şekilde poliklinik takibinde izlenmektedir.

Tartışma: Kan basıncındaki orta yüksekliklerde ilk tepki arteriyel ve arterioller vazokonstriksiyondur. Bu otoregülatör doku perfüzyonunu nispeten sabit bir seviyede tutar, ve daha küçük, daha uç kapillerlere basınç artışının aktarılmasını engeller. Hipertansiyon giderek şiddetlendikçe otoregülasyon sonunda başarısız olur. Arteriol ve kapillerlerdeki basıncın artması damar duvarında akut hasara yol açar. Vasküler endotel bozulması daha sonra plazma bileşenlerinin (fibrinoid dahil) vasküler duvara girmesine izin verir ve böylece vasküler lümen daralır veya oblitere olur. Hastamızda da renal biyopsi sonucunda bu tablo mevcuttu. Hipertansiyonun erken tanınması açısından toplumsal çalışmalar yapılmasına rağmen hastamızda hipertansiyon tanısını ciddi komplikasyonla koymamız nedeniyle vaka sunumu olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Malign hipertansiyon, mikroanjyopatik hemolitik anemi (MAHA), böbrek yetmezliği

PS/PT-153

TENCHKOFF KATETER TAKILMASINDA MEKANİK KOMPLİKASYON: MESANE İÇİNE YERLEŞTİRMEBarış Eser¹, İbrahim Doğan¹, Selahattin Çalışkan², Özlem Yayar³, Nihal Özkayar¹¹Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği²Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği³Çanakkale Devlet Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Yaygın olarak kullanılan sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) için kullanılan tenchkoff kateter takılması ile ilgili teknik ve mekanik komplikasyonlar gözlenebilir. Mesane perforasyonu nadir bir komplikasyon olup literatürde az sayıda raporlanmıştır. Vakamız ise Türkiye'den bildirilen ilk rapordur.

Vaka: Diyabetik nefropatiye ikincil kronik böbrek yetmezliği olan 64 yaşında erkek hastaya SAPD için kateter takılması planlandı. Tenchkoff kateterin perkutan prosedür ile yerleştirilmesi öncesi peritoneal kavite 2 L diyalizat ile dolduruldu ve işlem öncesi hastaya mesanesini tam olarak boşaltması talimatı verildi. Lokal anestezi altında infraumbilikal küçük insizyon ile pelvise kateter yerleştirildi (Seldinger tekniği). Kateter takıldıktan sonra drenaj normaldi ve iki hafta sonra kateterden 0,5 L diyalizat verilmesinde sıvı akımları yeterliydi. Kontrolde diyalizat volümü artışıyla idrar aciliyeti yakınması ve drenaj volümünde azalma gözlemlendi. Direkt abdominal radyografide kateterin pelviste olduğu görüldüğünden (şekil 1A), mesane perforasyonu şüphesi ile yapılan batın tomografisinde mesane sağında 9 cm boyutunda hematomla uyumlu lezyon ve karın ön duvarından başlayıp mesane içinde sonlanan kateter izlendi (şekil 1B). Hastaya üriner kateter yerleştirildikten sonra yapılan laparoskopik abdominal incelemede kateter peritoneal kavitede rastlanmadı, preperitoneal alandan ilerleyerek mesane girdiği gözlemlendi (şekil 2). Eski cilt kesi yeri açılarak mesaneden kateter çıkartılıp pelvik boşluğa bırakıldı. Yirmi gün sonra SAPD tedavisi başlandı.

Yorum: Tenchkoff kateter kullanımı ilişkili mekanik komplikasyonlar sıklıkla gözlenmekte ve çoğunlukla kateter ilişkili malpozisyon, malfonksiyon ve batın içi organ yaralanmalarından oluşmaktadır ((1). Mesaneye kateterin yanlışlıkla yerleştirilmesi çok nadir komplikasyon olup az sayıda hastada raporlanmıştır (1,2). Vakamız ilginç prezantasyonu ile birlikte Türkiye'den bildirilen ilk rapordur. SAPD için kateter yerleştirilmesinde kullanılan perkutanöz prosedürün avantajı düşük maliyet ve kısa hospitalizasyon gerektirmesidir, peritoneal kavitenin vizüalize edilememesi ise dezavantajıdır (3). Bu durum vakamızdaki gibi kateter ilişkili komplikasyonlara neden olmaktadır, preperitoneal alandan mesaneye yerleşmesi ise daha önce tanımlanmamıştır.

Atonik-hipotonik mesane uzun dönem diyabetik hastalarda gözlenebilir ve mesanenin delinme riskinde artışa neden olabilir. Vakamızda olduğu gibi, önceden raporlanmış vakaların üçte birinde diyabetin varlığı dikkat çekicidir ve diyabete ikincil nörojenik mesanenin temel patoloji olabileceği vurgulanmaktadır (4,5).

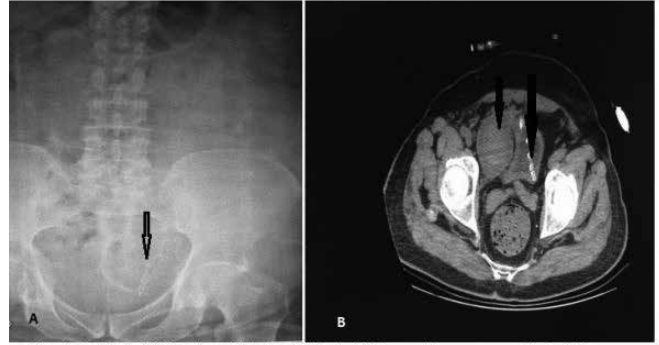
Sonuçta, tenchkoof kateter takılması öncesi rutin üriner kateterizasyon önerilmemekle birlikte, periton diyaliz erişimi uygulama kılavuzunda da belirtildiği gibi mesanenin boş olduğundan emin olunmalıdır (6). Bu komplikasyon diyalizat kullanılabilecek kadar asemptomatik olabileceğinden, nörojenik üropati şüphesi olan hastalarda işlem öncesi üriner kateterizasyonunun yanlışlıkla mesane delinme riskini azaltacağı düşünülmektedir.

Referanslar

1. Bullmaster JR, Miller SE, Finley RK Jr, Jones LM. Surgical aspects of the Tenckhoff peritoneal dialysis catheter. A 7 year experience. Am J Surg 1985; 149:339-42.
2. Nasir SA, Bhat MA, Muzafar M. et al. Accidental Placement of the Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Catheter into the Urinary Bladder. Saudi J Kidney Dis Transpl 2013;24(2):373-75.
3. Banli O, Altum H, Oztemel A. Early starting of CAPD with Seldinger technique. Perit Dial Int 2005;25:556-9.
4. Bamberger MH, Sullivan B, Padberg FT Jr, Yudd M. Iatrogenic placement of a Tenckhoff catheter in the bladder of a diabetic patient after penectomy. J Urol 1993;150:1238-40.

5. Sanderson MC, Swartzendruber DJ, Fenoglio ME, et al. Surgical complications of continuous ambulatory peritoneal dialysis. Am J Surg 1990;160:561-6.
6. Figueiredo A, Goh BL, Jenkins S, et al. Clinical practice guidelines for peritoneal Access. Perit Dial Int 2010;30:424-9.

Anahtar Kelimeler: Periton diyalizi, tenchkoff kateter, mesane rüptürü

Figürler :

Şekil 1. (A) Abdominal direkt radyografide okla pelvik kavitedeki kateter, (B) Batın tomografisinde oklarla mesane sağ tarafındaki hematoma ve mesane içindeki kateter belirtilmiştir.



Şekil 2. Laparoskopik değerlendirilmede okla abdominal kaviteden kateterin preperitoneal görüntüsü belirtilmiştir.

PS/PT-154

İLERİ TRİKÜSPİT YETMEZLİĞİ HASTASINDA PERİTON DİYALİZİ: NONÜREMİK ENDİKASYONDilek Gibyeli Genek¹, Peruze Yüksel¹, Volkan Karakuş², Okşan Uyar Gazezoglu¹, Zühra Toksoy¹, Özcan Başaran³, Bülent Huddam¹¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Kliniği³Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

Giriş: Periton diyalizi diüretik direnci gelişen konjestif kalp yetmezliği hastalarında ultrafiltrasyon amaçlı uzun süreli ayaktan tedavi imkanı sağlamaktadır. Bu hastalarda sıvı çekimi ile plazma volümü azalır, hiponatremide iyileşme gözlenir, pulmoner kapiller kama basıncı düşer, NYHA (New York Heart Association) kalp yetmezliği fonksiyonel sınıflamasına göre kapasite iyileşir, yaşam kalitesi düzelir, hastaneye yatış süresi ve sıklığı azalır hatta diüretik direncine olumlu etki eder. Biz solunum yetmezliğine neden olan plevral effüzyonu, masif asidi olan sağ kalp yetmezlikli, diüretik direnci olan hastamıza uyguladığımız periton diyalizi tedavisini vaka sunumu olarak aktarmak istedik.

Olgu: 46 yaşında kadın hasta, mitral ve aort kapak replasmanlı, ileri derece triküspit yetmezliği mevcut, kardiyoloji kliniğine nefes darlığı nedeni ile yatırılmış. Furosemid 400 mg'a kadar çıkılmasına rağmen idrar çıkışı günlük 500 cc'nin altındaydı.

Fizik muayene: kaşektik, boy:1.50 m kilo:46, tansiyon arteriyel 70/50 mmhg, bilinç açık oryente koopere, takipneik, ortopneik, suprasternal ve interkostal çekilmeleri vardı. Bibaziler solunum sesleri azalma, orta zonlarda ral, batında

gergin asit ++++ ve pretibial ödem +++/+++ olduğu görüldü. Ekokardiyografi bulguları; sağ ventrikül çapı: 5 cm, sağ atrium çapı: 14 cm (dev sağ atrium), 4. derece ileri triküspit yetmezliği, triküspit kapak koapte olmuyor, mitral ve aort protez kapaklar fonksiyone, gradientleri olağan, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %60 olarak tespit edildi. Akciğer grafisinde kalp gölgesinin yatayda kosta sınırlarına ulaştığı dev bir kardiyomegali görülmekteydi (figür 1-2). Laboratuvar verileri Tablo 1'de yer almaktadır.

Hasta furosemid ototoksitesine bağlı işitme azlığı tarifliyordu. Böbrek fonksiyon testleri normal olan hastaya ekstrakorporeal ultrafiltrasyon önerildi. Hasta bu tedaviyi kabul etmedi. Hastaya periton diyalizi tedavisi anlatıldı ve önerildi. Tedaviyi kabul eden hastaya ameliyathane koşullarında genel cerrahi tarafından tenckhoff periton diyaliz kateteri yerleştirildi. Hastaya sızıntı olmasını engellemek üzere ilk hafta sadece yıkama ve asit boşaltımı günlük 800-1500 cc olacak şekilde yapıldı. Masif asit azaldıktan sonra hiponatremisini de düzeltebilmek amacı ile icodextrin - %3,86 ve %2,27 glukozlu diyalizat ile 4 değişim 500cc ile başlanıp 1000cc dolumlar olacak şekilde tedricen artırıldı. Taburculuk esnasında 36 kg, asit++, periferik ödem +, nefes darlığı NYHA fonksiyonel sınıf 2 olacak şekilde gerilemişti. Hasta sıvı kısıtlaması ve diüretik tedavisi düzenlenerek ve ileri derece triküspit yetmezliği için cerrahi önerilerek taburcu edildi. Hasta 8 ay boyunca aylık takiplerle takip edildi.

Sonuç: Literatürde sağ kalp yetmezliğine bağlı konjesyonda periton diyalizi uygulaması az sayıda bildirilmiştir. Bununla birlikte kardiyorenal sendrom tip 2 hasta sayısı artmakta olup şiddetli konjesyon bulguları olan hastalara ultrafiltrasyon yapmak üzere periton diyalizi uygulaması yaygınlaşmaktadır. Bu konuda konjestif kalp yetmezliği tedavisinde periton diyalizinin yeri ve etkinliği, olası riskleri randomize kontrollü klinik çalışmalarla ortaya konulmalıdır. Belki de önümüzdeki yıllarda periton diyalizinin şiddetli kalp yetmezliği hastalarının tedavisindeki yeri genişleyecektir.

Tablo 1. Hastanın laboratuvar verileri

üre: 32 mg/dl	Sodyum: 119 mmol/L	Albumin: 2,51 gr/dl
kreatinin: 0,58 mg/dl	Potasyum: 4,23 mmol/L	idrar pH: 5
hemoglobin: 11,3 gr/dl	Kalsiyum: 7,68 mg/dl	idrar dansite: 1023
Lökosit: 4500/ mcL	glukoz: 85 mg/dl	idrar lökosit: negatif
Trombosit: 203 000 / mcL	ALT: 11 U/L	idrar eritrosit: negatif
Ürik asit: 5,6 mg/dl	ALP: 139 U/L	idrar protein: negatif

Anahtar Kelimeler: Kalp yetmezliği, triküspit kapak yetmezliği, periton diyalizi, ultrafiltrasyon

Figürler :



PS/PT-155

KRONİK KONJESTİF KALP YETMEZLİĞİNDE PERİTON DİYALİZİ TEDAVİSİ: VAKA SERİSİ

Dilek Gibyeli Genek¹, Peruze Yüksel¹, Okşan Uyar Gazezoğlu¹, Volkan Karakuş², Zühra Toksoy¹, Bülent Huddam¹

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Kliniği

Giriş: Kronik konjestif kalp yetmezliğinde kalp ve böbrek arasında maladaptif mekanizmalar sonucunda kronik böbrek hastalığı gelişmesi kardiyorenal sendrom tip 2 olarak tanımlanmıştır. Kalp yetmezlikli hastalar son dönem böbrek yetmezliği olmasa bile sıklıkla venöz konjesyona bağlı klinik semptomlarla hastaneye yatırılmaktadırlar. Hipervolemik bu hasta grubunda tedavinin temelini diüretik tedavi oluşturmaktadır. Ancak diüretiklerin kronik kullanımı ile birlikte diüretik direnci gelişmektedir. Medikal tedavinin konjestif semptomları gideremediği durumlarda ultrafiltrasyon ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Günümüzde kardiyorenal sendrom tip 2 olarak tanımladığımız hastalarda konjestif semptomlara yönelik periton diyalizi (PD) uygulamasının hastaneye yatış sıklığı, fonksiyonel kapasite, yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri bildirilmiştir. Kliniğimizde konjestif kalp yetmezlikli, diüretik direnci gelişen kardiyorenal sendrom Tip 2 olarak takip ettiğimiz 6 hastaya uyguladığımız periton diyalizi tedavisi deneyimimizi paylaşmak istedik.

Yöntem: Farklı zamanlarda hipervolemik semptomlar nedeni ile diüretik tedavi verilmesi için nefroloji veya kardiyoloji kliniğine yatırılan konjestif kalp yetmezlikli, diüretik direnci gelişen 6 hasta onlara önerilen periton diyalizi tedavisini kabul etti. Herbir hastaya nefrolog tarafından perkütan Tenckhoff kateter yerleştirildi. Bir hastada hemen diğerlerinde yaklaşık 1 hafta sonra PD başlandı.

Bulgular: Hastaların bazal özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. PD tedavisi özellikleri ve son takip özellikleri Tablo 2 'de gösterilmiştir. Tablolar değerlendirildiğinde NYHA (New York Heart Association) fonksiyonel sınıflandırmasında 1 hasta hariç diğerlerinde iyileşme gözlenmiş olup, pretibial, plevral ödem ve asit belirgin olarak gerilemiştir. Hastaların 5'i periton diyalizi devam ederken kardiyak nedenle exitus olmuşlardır. 1 hasta halen PD ile devam etmekte bir hasta ise klinik iyilik hali nedeni ile diyalizden çıkarılmıştır.

Sonuç: Diüretik direnci olan kalp yetmezliği hastalarında periton diyalizi tedavisi ile özellikle volüm kontrolünün sağlanması ve fonksiyonel kapasitenin

arttığını vakalarımızla izledik. Literatürde diüretik direnci olan kalp yetmezlikli hastalarda periton diyalizinin görece küçük sayılı, uygun kontrol grubu olmayan, yaşam beklentisi tartışmalı hastalarla yapılmış çalışmaları olsa da hastaneye yatış oranı, yatış süresi, yaşam kalitesi ve fonksiyonel kapasite üzerine olumlu etkileri gösterilmiştir. sonuç olarak periton diyalizinin kapl yetmezlikli hasta grubunda ne zaman, nasıl kullanılacağı ve etkinliğini araştırmak üzere daha çok sayıda randomize kontrollü çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Periton diyalizi, konjestif kalp yetmezliği, kardiyorenal sendrom, diüretik direnci

Tablo 1. Hastaların Bazal Klinik Özellikleri

Hasta no	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/Kadın	Erkek	Erkek	Erkek	Erkek	Kadın	Erkek	Erkek
PD Başlama Yaşı	66	76	81	81	78	80	58
NYHA fonksiyonel kapasite	3	4	4	4	4	3	3
Tansiyon arteriyel, mmHg	110/60	80/50	90/60	90/60	80/50	90/70	140/90
Ejeksiyon Fraksiyonu	%30	%30	%20	%15	%15	%30	%30
Pretibial ödem	+++	+++	+++	+++	+++	++	+++
Asit	-	-	+++	+++	+	-	-
Plevral effüzyon	+	+	+	+	+	+	+
Serum Kreatinin, mg/dl	2.96	3.69	1.2	2	1	1.64	2.02
Serum Üre, mg/dl	168	292	46.6	89	89	31	61
Serum Sodyum mmol/L	127	136	132	139	129	139	142
Serum Potasyum, mmol/L	5.27	5	4.2	4	5.1	4.6	4.3
Serum Albumin, gr/dl	3.8	2.85	2.9	2.8	3	3.1	4
ACE i/ARB	-	-	-	-	-	+	-
Lup diüretigi, mg	120	80	240	80	160	80	120
Tiyazid diüretigi, mg	25	25	25	-	-	-	25
Aldosteron antagonisti, mg	25	25	25	-	-	25	25
Beta bloker	+	+	-	-	-	+	+

Tablo 2. Hastaların Periton Diyalizi Tedavisi Özellikleri ve Klinik Yanıt Değerlendirmesi

Hasta no	1	2	3	4	5	6	7
PD değişim sayısı/Gün	4	4	1	1	1	1	4
Diyalizat içeriği, %glukoz	%2.3- %4.25	%2.27- icodextrin	icodextrin	icodextrin	icodextrin	icodextrin	%2.27- icodextrin
PD süresi, ay	7	1	8	11	3	3	6
Rezidü idrar, cc	200	-	500	2000	1500	1500	500
Günlük UF, cc	2100	600	900	1500	600	500	1000
NYHA fonksiyonel kapasite	2	4	2	2	2	2	2
Pretibial ödem	eser	eser	-	+++	-	-	+
Plevral efüzyon	minimal	-	-	-	-	-	-
Asit	-	-	minimal	minimal	-	-	-
Albumin, gr/dl	3,2	3,1	3,2	3,1	3,6	3,5	4,2
Mortalite	ex	ex	ex	ex	ex	diyalizden çıktı	devam

PS/PT-156

HİPOTANSİYON İLE PREZENTE OLAN TÜBERKÜLOZA SEKONDER SÜRRENAL YETMEZLİK VE AMİLOİDOZLU PERİTON DİYALİZ HASTASI

Gülsüm Özkan¹, Tuncay Koç², Meltem Öznur³

¹Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd

³Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Abd

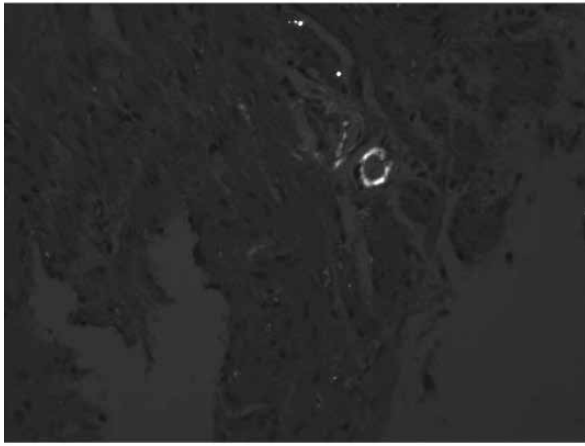
Giriş: Tüberküloz ülkemizde ve tüm dünyada yaygın görülen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Amiloidoz sistemik bir hastalıktır ve tüberkülozun iyi bilinen bir komplikasyonudur. Tüberküloz amiloidozu yol açabileceği gibi sistemik yayılım ile sürrenal bezlerde dahil birçok organda granülatöz iltihabi olaya yol açabilmektedir. Biz kronik böbrek hastalığı etyolojisi belli olmayan hipotansif bir periton diyaliz hastasında tüberküloza sekonder amiloidoz ve sürrenal yetmezlik birlikteliğini bildirmeyi amaçladık.

Olgu sunumu: 58 yaşında erkek hasta 3 ay öncesinde halsizlik, iştahsızlık, baş dönmesi şikayeti ile nefroloji polikliniğine başvurdu. Öyküsünde 1985 yılında, 1 yıl süre ile akciğer tüberkülozu tedavisi gördüğü öğrenilen hastanın 10 yıldır kronik böbrek hastalığı (KBH) mevcut olup, 2.5 yıldır ayaktan periton diyalizi yapmakta idi. Periton diyalizi takibi dış merkezde olan hastanın KBH etyolojisi bilinemekte idi. Hastanın hastaneye başvurusunda fizik muayenesinde; ürokromik renkte ve kaşektik görünümde idi. Her iki koldan ölçülen kan basıncı (KB) 80/50 mmHg olan hastanın batında periton diyalizi kateteri mevcut idi. Herhangibir medikal tedavi almayan hastanın başvurusunda Üre:110 mg/dl, kreatinin 8.4 mg/dl, Na 134 mEq/L, K 6.6 mEq/L idi. Hasta bu değerler ile hipotansiyon etyolojisi araştırma amaçlı servise yatırıldı. Rezidü idrarı olmayan hasta gün de 4 defa % 2,27 lik PD solusyonu ile değişim yaparken günlük 1. 5 litre civarında ultrafiltrasyon yapmakta idi. Hiperkalemi ve hipotansiyonu olan hastada sürrenal yetmezlik şüphesi ile serbest kortizol değerine bakıldı ve iki kez 3,28 ve 3,11 ug/dL gibi düşük saptandı. Endokrinoloji bölümü ile konsulte edilen hastada sürrenal yetmezlik düşünüldü ve hidrokortizon 20 mg/gün başlandı. Batın ve toraks tomografileri çekildi. Batın tomografisinde sol sürrenal gland korpus düzeyinde 11x8 mm boyutlarında nodüler görünüm izlendi (Resim 1). Torax tomografisinde ise geçirilmiş tüberküloza sekonder fibrotik değişiklik ve kalsifiye lenf nodları saptandı. 1 haftalık takiplerde K değeri normale gelen hastanın hipotansiyonu devam etmesi üzerine geçirilmiş enfeksiyona sekonder amiloidoz şüphesi ile rektal biyopsi alındı. Rektal biyopsi sonucu amiloidoz ile uyumlu gelen hastanın hipotansiyonunun sürrenal yetmezlik ve amiloidozla bağlı olduğu düşünülerek takibe alındı (Resim 2).

Tartışma: Tüberküloz ülkemizde ve tüm dünyada yaygın görülen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Tüberkülozlu hastalarda böbrek yetmezliğinin en sık nedenleri, genitoüriner tüberküloz, amiloidoz ve tüberküloz tedavisinde kullanılan ilaçların toksik etkisidir. Vakamızda rektal biyopsi sonucunda amiloid birikimi saptadığımız için tüberküloza sekonder amiloidoz ve buna bağlı böbrek yetmezliği düşündük. Amiloidoz bilindiği gibi sistemik bir hastalıktır. Kardiyak tutulum bradikardi ve hipotansiyona yol açabilmektedir. Hastamızdaki hipotansiyon nedenlerinden birisi amiloidin kardiyak tutulumuna bağlı olabileceğini düşündürmektedir. Hastamızda hipotansiyon ile birlikte hiperkalemi ve tüberküloz öyküsü olduğu için hipotansiyonun diğer nedeninin sürrenal yetmezlik olabileceğini düşündük. Bu nedenle yaptığımız biyokimyasal testler ve görüntüleme tetkikleri ile sürrenal yetmezliği doğruladık. Sonuçta ülkemizde tüberküloz oldukça sık görülmektedir. Hipotansiyonu olan ve etiyolojisi bilinmeyen böbrek yetmezliği olan hastalarda tüberküloz ve ilişkili hastalıklar göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, periton diyalizi, amiloidoz, sürrenal yetmezlik

Figürler :

**Tablo.** Hastanın başvuru ve taburculuktaki biyokimyasal değerleri

	Başvuru	Taburcu
Üre (mg/dl)	110	129
Kreatinin (mg/dl)	8,4	8,15
Sodyum (mmol/L)	133	137
Potasyum (mmol/L)	6,61	3,8
Albümin (g/dL)	2,5	2,1
T.protein (g/dL)	6,4	4,8
Kalsiyum (mg/dL)	7,5	
Fosfor (mg/dL)	4,1	
Hgb (g/dL)	11,4	10
Crp (mg/L)	85	8
Ferritin (ng/mL)	846	764
Parathormon (pg/mL)	311	229
Mikobakteri kültür	üreme yok	üreme yok
EZN boyama	Negatif	Negatif
Kortizol (mcg/dl)	3,28	
Synacten 0.1 mg testi	0.dk 3,19	
ACTH (pg/mL)	359	
Aldosteron (pg/mL)	66	
Renin (ng/mL/saat)	0,94	
TSH (mIU/mL)	2.45	

PS/PT-157

PERİTON DİYALİZİ HASTASINDA LERCADİPİN KULLANIMINA BAĞLI BULANIK DİYALİZATHamad Dheir¹, Ahmed Bilal Genç², Esen Aka², Ferda Nur Dede², Savaş Sipahi¹¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Abd., Nefroloji Bd²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Periton diyalizi (PD) hastalarında bulanık diyalizat pek çok nedene bağlı olmakla birlikte öncelikle akla gelen peritonittir. Fakat kullanılan ilaca bağlı da bu gözlemlenebilir. Lercadipin kullanımı sonrası bulanık diyalizat ile gelen PD olgusunu paylaşmak istedik.

Vaka: 67 yaşında 3 aydır kronik böbrek yetmezliği nedeniyle PD tedavisi görmekte olan kadın hasta bulanık diyalizat yakınması ile başvurdu (Resim 1). Klinik olarak bunun dışında hiçbir yakınması yoktu (karın ağrısı ateş, bulantı kusma). Muayenesinde de özellik saptanmadı. Hastanın anamnezinde hipertansiyon nedeniyle kullanmakta olduğu antihipertansif ilacın (amlodipin 10 mg), kardiyoloji uzmanı tarafından değiştirilmesi (lercadipin 20 mg) dışında bir özellik yoktu. Hasta bulanık diyalizatın ilacı aldıktan bir gün sonra görüldüğünü belirtti. Periton sıvısı örneğinde hücre sayımı 20 hücre/mm³ olarak tespit edildi. Sıvının biyokimyasal incelemesinde kolesterol 6mg/dl, trigliserid 29 mg/dl saptandı. Kültürde üreme olmadı. Hastanın kullanmakta olduğu lercadipin kesildi. Bir gün sonra diyalizat normale döndü. Halen amlodipin kullanan hasta PD tedavisine sorunsuz devam ediyor (Resim 2).

Sonuç: PD hastalarında özellikle lipofilik kalsiyum kanal blokeri kullanımına bağlı, bulanık diyalizat görülebileceği PD hastası yönetiminde akılda bulundurulmalıdır. Bu geçici ve benign bir durumdur. Bu durumun periton geçirgenlik özelliği ile ilgisinin olup olmadığı vaka sayılarının artması ile ortaya çıkacaktır. Vakamız henüz 3 aydır PD tedavisi olduğundan periton geçirgenlik özelliği saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Bulanık diyalizat , periton diyalizi , lercadipin

Figürler :



PS/PT-158

PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA NABIZ DALGA HIZI ÖLÇÜMÜ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Zeynep Kendi Celebi¹, Gülden Çelik¹, Şiyar Erdoğan¹, Selma Yalçın¹, Serkan Aktürk¹, Kenan Ateş¹¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Arteriyel sertlikte artış, kronik böbrek hastalarında kardiyovasküler hastalık gelişimi için risk faktörüdür. Bu çalışmada, periton diyalizi (PD) hastalarında arteriyel sertliğin göstergesi olan nabız dalga hızı (NDH) ölçümü ve ilişkili olduğu faktörler araştırıldı.

Yöntem: Çalışmaya 50 PD hastası (26 E, 24 K) alındı. Hastaların yaş ortalaması 49.8±13.3 yıl ve ortalama PD süresi 61.1 ± 39.3 ay idi. Tüm hastaların demografik verileri, kullandıkları ilaçlar, biyokimyasal parametreler, diyaliz yeterliliği ölçümleri kaydedildi. NDH, vücut sıvı kompozisyonu (BCM) ve ekokardiyografi ölçümleri yapılarak NDH'ni etkileyen faktörler incelendi. BCM'de hastaların intrasellüler (ISS), ekstrasellüler (ESS) ve total vücut suyu (TVS) ölçümleri yapıldı. NDH ile diğer değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson veya Spearman korelasyon analizi ve stepwise multiple lineer regresyon analizi kullanılarak test edildi.

Bulgular: NDH, erkeklerde kadınlardan daha yüksek izlendi (9.8 ± 2.8 m/sn vs 8.4 ± 2.3, p=0.037). Tek değişkenli analizde NDH ile yaş (r=0.326, p=0.021), hipertansiyon varlığı (r=0.494, p<0.001), kalsiyum içeren fosfor bağlayıcı kullanımı (r=0.332, p=0.021), aortik sistolik (r=0.564, p<0.001) ve diastolik (r=0.453, p=0.001) kan basıncı, sol ventrikül sistol (r=0.349, p=0.025) ve diastol sonu çapı (r=0.384, p=0.012), sol atrium çapı (r=0.382, p=0.01), pulmoner arter basıncı (r=0.435, p=0.006), BUN düzeyi (r=0.389, p=0.029) ve ESS/TVS oranı (r=0.350, p=0.014) arasında pozitif, Kt/V üre değeri arasında (r=-0.314, p=0.027) negatif korelasyon gözlemlendi. Çok değişkenli analizde ise aort sistolik kan basıncı (β=0.449, p=0.002) ve ESS/TVS oranı (β=0.375, p=0.006) NDH'nin bağımsız belirleyicisi olarak saptandı.

Sonuç: Periton diyalizi hastalarında, arteriyel sertlikte artış mortalitenin bağımsız belirleyicilerinden. Bulgularımız NDH'ni olumsuz etkileyen en önemli değişkenlerin, santral kan basıncı yüksekliği ve ESS/TVS oranı olduğunu göstermektedir. Yeterli diyaliz sağlanması ve kalsiyum yükünden kaçınılması ile beraber etkin volüm kontrolü sağlanması hem NDH'ni, hem de mortaliteyi azaltıcı etki gösterebilir.

Anahtar Kelimeler: Arteriyel sertlik, nabız dalga hızı, periton diyalizi

PS/PT-159

SÜREKLİ AYAKTAN PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA SİGARA İÇİCİLİĞİNİN TROMBOSİT AGREGASYONU ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Serkan Bakırdoğan¹, Necmi Eren², Sibel Gökçay Bek³¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı³Sağlık Bakanlığı Kocaeli Devlet Hastanesi Nefroloji Servisi

Amaç: Kronik böbrek yetmezliğinde kardiyovasküler hastalıklar ve onların yol açtığı istenmeyen olaylar en önemli mortalite ve morbidite nedenidir. Aterotrombozun gelişmesinde trombosit agregasyon ve adezyonunun kritik bir önemi vardır. Kardiyovasküler sistem üzerinde sigara içiciliğinin pek çok olumsuz etkisi vardır. Sigara içiciliği trombosit aktivasyonunu artırarak aterotromboza yol açabilir. Çalışmamızın amacı, sürekli ayakta periton diyalizi (SAPD) hastalarında sigara içiciliği ile tam kandan bakılan trombosit agregasyonu arasında bir ilişki olup olmadığını araştırmaktır.

Yöntem: Standart bir sürekli ayakta periton diyalizi programında olan 42 hasta (22 kadın) çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nefroloji kliniğinde takip ve tedavi edilen, yaşları 18-80 arasında değişen, en az 3 aydır periton diyalizi uygulamakta olan, son iki hafta içinde aspirin ve nonsteroid antiinflamatuar bir ilaç kullanmamış ve diyabetik olmayan bireylerden rastgele seçilmiştir. Her bir hastanın sigara içme anamnezi poliklinikte araştırıcı doktor tarafından alınmıştır; hastalar sigara içen, içmeyen ve kullanıp bırakan olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Tam kandan bakılan multiple elektrot agregometri yöntemiyle hastaların trombosit agregasyonu ölçülmüş ve agonist olarak adenosin difosfat kullanılmıştır.

Bulgular: Yaş ortalaması 48±11,2 olan hasta grubunun ortalama diyaliz süresi 40,7±22,8 ay ve haftalık total Kt/V 2,37±0,9 bulunuyordu. Çalışmamızda, SAPD hastalarında sigara içiciliği ile trombosit agregasyonu arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Sonuç: SAPD hastalarında sigara içiciliği ile trombosit agregasyonu arasında bir ilişkinin olmadığını kesin olarak gösterilebilmesi için daha fazla hasta içeren prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek yetmezliği, sürekli ayakta periton diyalizi, sigara içiciliği, trombosit agregasyonu

Tablo. Hastalarda Son Dönem Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi

Etiyoloji	n	%
Hipertansiyon	23	53,5
Kronik glomerulonefrit	11	25,6
Polikistik böbrek hastalığı	3	7
Amiloidoz	1	2,3
Obstrüktif nefropati	1	2,3
Sebebi bilinmeyen	4	9,3

Tablo. Sigara İçme Durumuna Göre Hastaların Trombosit Agregasyonu Değerlerinin Karşılaştırılması

Trombosit Agregasyonu Değerleri	Sigara içen (n=6) ortalama±ss	Kullanıp bırakan (n=18) ortalama±ss	Sigara içmeyen (n=18) ortalama±ss	p
AUC (AUXdakika)	686,3±307,7	640,8±222,8	772,1±266,5	0,308
Agregasyon (AU)	127,7±55,7	118,5±40,2	142,6±56,7	0,360
Velosite (AU/dakika)	14,7±6,8	14,4±5,1	17,0±6,3	0,384

PS/PT-160

SÜREKLİ AYAKTAN PERİTON DİYALİZ HASTALARINDA PERİTONİT VE SERUM-DİYALİZAT İMMÜNGLOBULİN-G SUBGRUP DÜZEYLERİ İLİŞKİSİ

Yasin Şahintürk¹, Ayça İnci¹, Metin Sankaya¹¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Peritonit SAPD (Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz) tedavisinin en önemli komplikasyonudur. Peritoneal savunma sisteminin önemli elementi IgG ve subgruplarıdır. IgG subgrupları eksikliği tekrarlayan infeksiyonlara eğilimle sonuçlanması nedeniyle serum ve diyalizatta IgG subgruplarının düzeylerinin peritonit sıklığı ile ilişkisinin araştırılması amaçlandı..

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya 30 SAPD hastası alındı. Hastalar yıllık peritonit sıklığına göre iki gruba ayrıldı. Yılda iki veya daha fazla sayıda peritonit atağı geçiren hastalar high peritonitis index (HPI) yılda bir veya hiç peritonit geçirmeyenler ise low peritonitis index (LPI) olarak gruplandırıldı. 17(%56.67) hasta LPI, 13(%43.33) hasta HPI grubuna dahil edildi. İki grup IgG subgrup düzeyi açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Her iki grupta serum IgG subgrupları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (p IgG1:0.86, IgG2:0.93, IgG3:0.4, IgG4:0.67, total IgG:0.80).

Diyalizat IgG subgruplarının HPI grubunda anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü (p IgG1:0.006, IgG2:0.01, IgG3:0.007, IgG4:0.01, total IgG:0.003). HPI grubunda diyalizat total protein, globulin ve albumin kayıp düzeyleri LPI grubuna göre belirgin olarak yüksek bulundu (p=0.39, 0.26, 0.01)

Sonuç: HPI olgularında IgG subgrupları düzeylerinin LPI olgularına göre yüksek olmasının nedeni, tekrarlayan peritonitler sonucunda peritoneal membrandaki yapısal değişikliklere bağlı artmış makromolekül kaybı ve gelişen inflamatuvar bir yanıt olabilir. Sonuçlarımız IgG subgrup düzeyleri eksikliğinin peritonit gelişiminde önemli bir rol oynamadığını düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: SAPD, peritonit, IgG subgrupları

Tablo. Serum IgG subgrup karşılaştırması

	LPI (mean±sd)	HPI (mean±sd)	p değeri
IgG1	6919.41±4693.68	7190.00±3675.60	0.86
IgG2	2710.35±1738.81	2754.92±1326.85	0.93
IgG3	1164.94±595.44	1346.23±573.60	0.40
IgG4	319.05±262.42	357.38±222.90	0.67
Total IgG	11114.05±6379.85	11652.38±4965.18	0.80

Tablo.

	LPI (mean±sd)	HPI (mean±sd)	p değeri
IgG1	24.41±8.27	34.80±11.20	0.006*
IgG2	10.35±5.24	16.60±7.90	0.01*
IgG3	4.78±3.51	10.20±6.56	0.007*
IgG4	1.42±1.64	3.89±3.32	0.01*
Total IgG	40.96±15.63	65.50±26.39	0.003*

PS/PT-161

SÜREKLİ AYAKTAN PERİTON DİYALİZ HASTALARINDA PERİTONİT İLE DİYALİZ YETERSİZLİĞİ VE NUTRİSYONEL PARAMETRELERİN İLİŞKİSİ

Yasin Şahintürk¹, Metin Sarıkaya¹, Ayça İnci¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: KBH hastaların damalnutrisyon mortalite artışının önemli bir nedenidir. Malnutrisyon gelişiminde ise en önemli neden diyaliz yetersizliğidir. SAPD(Süreklili Ayaktan Periton Diyaliz) hastalarında peritonit en önemli komplikasyon olmakla birlikte, diyaliz yetersizliği ve malnutrisyona neden olabileceği için önemi daha da artmaktadır. Malnutrisyon ve diyaliz yetersizliğinin erken tanınip tedavi edilmesi mortaliteyi azaltacağı için peritonit sıklığı ile malnutrisyon ve diyaliz yetersizliği ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya 30 SAPD hastası alındı. Hastalar yıllık peritonit sıklığına göre iki gruba ayrıldı. Yılda iki veya daha fazla sayıda peritonit atağı geçiren hastalar high peritonitis index (HPI) yılda bir veya hiç peritonit geçirmeyenler ise low peritonitis index (LPI) olarak gruplandırıldı. 17(%56.67) hasta LPI, 13(%43.33) hasta HPI grubuna dahil edildi. İki grup haftalık KT/V, klirens, rezidüel renal fonksiyon (RRF), günlük protein alımı (DPI), protein katabolizma hızı (PCR), serum transferrin ve albumin düzeyleri açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Her iki grupta KT/V, klirens, RRF, DPI, PCR ve serum transferrin düzeylerinde anlamlı fark saptanmamıştır. Serum albumin düzeyinin HPI grubunda anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (3.84±0.52 ve 4.24±0.65, p:0.04). HPI grubunda peritoneal albumin kaybı daha fazla olmasına rağmen istatistiksel anlam taşımamaktadır (p:0.26)

Sonuç: Peritonit sıklığı önemli bir etken olsa da tek başına malnutrisyon ya da diyaliz yetersizliğini belirleyen bir faktör olmadığını, hastanın diyetle alım eksikliği, diyaliz süresi, kullanılan diyalizatın kronik peritoneal toksisitesi, diyabet gibi sistemik hastalıklarla birlikte değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: SAPD, peritonit, malnutrisyon, diyaliz yetersizliği

Tablo. Nutrisyonel parametrelerin karşılaştırılması

	LPI (mean±sd)	HPI (mean±sd)	p değeri
DPI (g/gün)	43.70±12.50	42.67±14.04	0.84
PCR (g/kg)	0.85±0.21	0.79±0.23	0.52
S. Albumin (g/L)	4.23±0.60	3.75±0.56	0.04*
Transferrin (mg/dl)	211.60±42.54	198.90±56.42	0.5

Tablo. Diyaliz yeterliliği parametrelerinin karşılaştırılması

	LPI (mean±sd)	HPI (mean±sd)	p değeri
KT/V	1.85±0.45	1.72±0.58	0.47
Klirens (ml/dk)	52.69±19.61	54.76±19.86	0.77

PS/PT-162

PERİTONİT SIRASINDA GELİŞEN HEMOPERİTONEUMUN ALTEPLAZ İLE TEDAVİSİ: VAKA SUNUMU

Seval Yıldız¹, Osman Tamer Şahin¹, Erim Gülcan², Özlem Kabak³, Keziban Çiçek Büyükgursak³

¹Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.b.d;

²Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji B.d;

³Dpü Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi Periton Diyalizi Ünitesi

Diyabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kronik böbrek yetmezliği tanıları olan ve 6 aydır periton diyalizi ile takipli 66 yaşında erkek hasta karın ağrısı ve periton mayisindeki renk değişikliği nedeni ile başvurdu. Periton sıvısındaki hücre sayımında wbc:2300/mm³, neu: 1700/mm³ gelmesi üzerine hasta peritonit tanısı ile servise yatırıldı. Periton sıvı ve burun kültürü alındı . Ampirik olarak sefazolin ve seftazidim başlandı. Periton sıvısı kültüründe stafilococcus epidermidis üremesi saptandı. Antibiyoterapiye teikoplanin intraperitoneal olarak devam edildi. Takiplerinde peritonda mayinde hücre sayımında wbc:100/mm³e geriledi. Ancak hastanın takip eden günlerde değişimlerinde diyalizat içe ve dışı akışının kısıtlanması nedeniyle uygulanamadı ve intravenöz tedaviye geçildi. Bunun üzerine intraperitoneal doku plasminojen aktivatörü alteplaz önce 5 mg 10 cc SF'e sulandırılıp uygulandı. 1 saat kateter lümeninde tutulduktan sonra 10 cc'lik bir enjektör ile geri çekildi. Sonra 50 cc çam uçlu enjektörle flaşlama yapıldı. İçe akış rahattı. Aynı enjektörle sıvının geri çekilmesi işlemi yapıldı. Gelişte de sıkıntı yoktu. Bir gün sonra işlem 5 mg alteplazla tekrar edildi. Bundan sonra hastanın normal değişimlerinde içe ve dışı akışta problem yaşanmadı. Peritonit tedavisi de 15 güne IP olarak tamamlandı.

Peritonitli hastalarda normalde fibrin tıkaçları olabilmekte ve bu her değişime heparin ilave edilerek genellikle giderilebilmektedir. Biz bu vakada peritonit tedavisi sırasında oluşan hemoperitoneuma bağlı geliştiğini düşündüğümüz fibrin tıkaçlarını klasik bir fibrinolitik ajan olan alteplaz (TPA) uygulama ile erimesini sağlayarak muhtemel bir drop-out sebebi olabilecek kateter disfonksiyonunu gidermiş olduk. Sonuç olarak, PD kateterinin disfonksiyonuna sebep olan fibrin tıkaçlarının tedavisinde klinisyenlerin TPA kullanmayı düşünmeleri muhtemel drop-outları azaltmada faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Peritonit, alteplaz, hemoperitoneum

PS/PT-163

CERRAHİ PD KATETERİ YERLEŞTİRİLMESİNDEN SONRA ÇOKLU PERKÜTAN PD KATETERİ YERLEŞTİRME ETKİLİ VE GÜVENLİDİR: VAKA TAKDİMİ

Erim Gülcan², Osman Tamer Şahin¹, Seval Yıldız², Özlem Kabak³, Süreyya Özbay³

¹Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.B.d;

²Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji B.d;

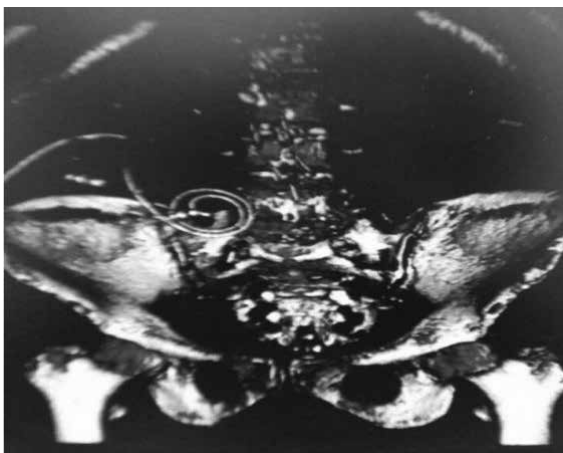
³Dpü Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi Periton Diyalizi Ünitesi

Altmışyedi yaşında kadın hasta, 20 yıldır diyabetes mellitus ve 10 senedir kronik böbrek yetmezliği ile takipli. 2009'da ilk defa hemodiyalize girmiş ve haftada 3 gün hemodiyaliz programına alınmış. Yaklaşık 4 yıl HD tedavisi gören hasta vasküler yol problemi olması nedeniyle yaklaşık 3 yıl önce cerrahi açık yöntemle periton diyalizi kateteri takılarak periton diyalizi yapmaya başlamış. İki yıl PD'ine devam eden hasta PD kateterinin dirençli peritonit nedeniyle çıkartılması gerektiğinden yeniden HD'ye geçiş yapmak zorunda kaldı. Hasta tüneli HD kateteri ile diyalize devam ederken birinci ayda kateter disfonksiyonu gelişince hastaya ultrason eşliğinde perkütan PD kateteri yerleştirildi. Ve tekrar PD tedavisi yapmaya başladı. 1.5 ay kadar tedaviyi sürdürdükten sonra PD kateterinde disfonksiyon gelişmesi üzerine kateter perkütan yolla değiştirildi (Resim 1 ve 2). Bundan sonra hastanın PD tedavisi etkili bir şekilde devam etti.

Genellikle cerrahi periton kateteri yerleştirilmesinden sonra nefrologlar tarafından perkütan PD kateteri yerleştirilmesi yapılması işlemi olağan değildir. Biz bu vakada, Hemodiyaliz açısından vasküler giriş problemi yaşanan ve daha önce cerrahi periton kateteri yerleştirilmiş hastada çoklu perkütan periton kateteri yerleştirilmesinin etkili ve güvenli olabileceğini gösterdik. Bu nedenle, nefrologların cerrahi PD kateteri yerleştirilmesinden sonra herhangi bir nedenle drop-out olan hastalarda perkütan PD kateteri yerleştirilmesinin başka bir şans kalmayan hastalarda hayat kurtarıcı olabileceğini akılda tutmalarının faydalı olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: cerrahi pd kateteri yerleştirme, çoklu perkutan pd kateteri yerleştirme, vasküler yol problemi

Figürler :



PS/PT-164

NADİR BİR PERİTONİT ETKENİ: PANTOEA AGGLOMERANS

Günden Değer¹, Mürvet Yılmaz¹, Fatma Sibel Koçak Yücel¹, Arzu Özdemir¹, Fatih Gökhan Akbay¹, Ayşegül Kudu¹, Süheyla Apaydın¹

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Giriş: Peritonit, periton diyaliz hastalarında yaygın ve ciddi bir komplikasyondur. En sık sebebi gram pozitif organizmalar (Staphylococcus Epidermidis ve Staphylococcus aureus) olmasına rağmen nadir görülen patojenler de peritonit etiyolojisinde rol alabilir. Nadir görülen ve tedaviye iyi yanıt veren Pantoea agglomerans'a bağlı peritonit vakasını sunduk.

Vaka: 73 yaşında, hipertansiyona bağlı son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle 8 aydır periton diyalizi yapan hasta periton sıvısında bulanıklık, karın ağrısı ve ateş (39°C) yakınması ile başvurdu. Periton sıvı örneklemesinde 15.400 e3/uL lökosit, %97 nötrofil saptanması üzerine peritonit ön tanısı ile yatırıldı. Kateter çıkış yeri temizdi, kızamık değildi. Periton sıvı kültürü ve kan kültürleri alındıktan sonra ampirik olarak vankomisin+siprofloksasin tedavisi başlandı. Antibiyotik tedavi sonrasında hastanın ateşi olmadı, karın ağrısı azaldı. Tedavinin 4. gününde periton sıvısında lökosit sayısının 30 e3/uL, nötrofil 10'a gerilediği görüldü. Hastanın alınan periton sıvı ve kan kültürlerinde pantoea agglomerans üremesi oldu. Siprofloksasin duyarlı saptanması nedeniyle vankomisin kesilerek tedaviye 3 hafta siprofloksasin ile devam edildi. Hasta halen yakınmasız, periton diyalizine devam etmektedir.

Sonuç: Peritonitte erken tanı ve tedavi, morbidite ve mortaliteyi azalttığı için önemlidir. Periton diyaliz hastalarında peritonit etiyolojisi olarak Pantoea Agglomerans da akılda bulundurulması gereken bir enfeksiyon ajanıdır.

Anahtar Kelimeler: Periton diyalizi, peritonit, pantoea agglomerans

PS/PT-165

PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA PULMONER ARTER BASINCI ÖNEMLİ BİR PROGNOSTİK FAKTÖRDÜR

Zeynep Kendi Çelebi¹, Gülşen Çelik¹, Şiyar Erdoğan¹, Selma Yalçın¹, Serkan Aktürk¹, Kenan Ateş¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: İleri yaş, eşlik eden diyabetes mellitus, kardiyovasküler hastalıklar, hypoalbuminemi, rezidüel renal fonksiyon ve yetersiz diyaliz, periton diyalizi(PD) hastalarında prognoz en önemli belirleyicileridir. Bu çalışmada, PD hastalarında geleneksel risk faktörlerine ek olarak ekokardiyografik bulgular ve vücut sıvı kompozisyon ölçümlerinin prognoz üzerine etkisi araştırıldı.

Yöntem: Çalışmaya 26'sı erkek, 24'ü kadın toplam 50 PD hastası dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 49.8±13,3 yıl ve ortalama PD süresi 61,1±39,3 ay idi. Tüm hastaların demografik verileri, kullandıkları ilaçlar, biyokimyasal parametreler, diyaliz yeterliliği ölçümleri kaydedildi. Ekokardiyografik incelemede, ventrikül çapları, sol atrium çapı, inferior vena kava çapı ve pulmoner arter basıncı ölçümleri yapıldı. Ayrıca bioimpedans cihazı ile ekstrasellüler (ESS), intrasellüler(ISS), ve total vücut suyu ölçümleri yapıldı ve volüm durumunun göstergesi olarak ESS/TVS oranı hesaplandı. İki yıllık izlem süresindeki ölüm ve hemodiyalize transferler kaydedildi. Çalışma parametrelerinin kombine ölüm + hemodiyalize transfer sonuç parametresi üzerine tek değişkenli ve çok değişkenli regresyon analizi ile test edildi.

Bulgular: İki yıllık izlem süresinde 9 hasta öldü ve 16 hastada hemodiyalize transfer edildi. Tek değişkenli analizde kombine ölüm + hemodiyalize transfer sonuç parametresi ile ko-morbidite skoru (p=0.035), PD süresi(p=0.033), diyalizat/plazma kreatinin oranı(p=0.039), sol ventrikül sistol sonu çapı(p=0.029), sol atrium çapı(p=0.019), sol ventrikül kitle indeksi(p=0.05), pulmoner arter basıncı(p=0.021) ve ESS/TVS oranı(p=0.012) arasında anlamlı pozitif, serum albümin düzeyi (p=0.007), idrar volümü (p=0.007) ve yüzde küçülme(p=0.026)

arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı. Çok değişkenli analizde kombine ölüm + hemodiyalize transfer için en önemli bağımsız risk faktörünün pulmoner arter basıncı olduğu gözlemlendi (OR=1,22, %95 CI: 1,03-1,45, p=0,023)

Sonuç: Bulgularımız, PD hastalarında pulmoner arter basıncının prognoz için önemli bir irsk faktörü olduğunu göstermekte ve belirli aralıklarla ölçülmesinin yararlı olabileceğini düşündürmektedir. Övolemik durumun sağlanması, pulmoner arter basıncının kontrolüne katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Mortalite, periton diyalizi, pulmoner arter basıncı

PS/PT-166

PERİTONEAL DİYALİZ TEDAVİSİNE BAŞLAMA ENDİKASYONLARI

Ömer Celal Elçioğlu¹, Yelda Deligöz Bildacı¹, Meltem Gürsu¹, Rümeyza Kazancıoğlu¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Periton diyalizi (PD) son dönem böbrek yetersizliğinin (SDBY) tedavi seçeneklerinden biridir. En önemli avantajı rezidüel renal fonksiyonları (RRF) uzun süre korumasıdır. Bu nedenle SDBY’de renal transplantasyondan sonra ilk seçenek olarak düşünülmesi gereken renal replasman tedavi (RRT) yöntemidir. Bu çalışmada 2011 yılından sonra PD ünitemizde takip edilmeye başlanan hastaların PD başlama endikasyonları araştırılmıştır.

Yöntem: PD ünitemizde takip edilen tüm hastalar çalışmaya alındı. Demografik verileri poliklinik dosyalarından kaydedildi. PD öncesi RRT öyküleri araştırıldı.

Bulgular: 2011 yılından bu yana ünitemizde 53 hasta (34 kadın, 19 erkek) takip edilmiştir. Ortalama yaşları 56,6 yıldır (21-83 yaş). İlk olarak PD başlanan hasta sayısı 38 iken 15 tanesi (tüm grubun %28,3’ü) damar erişim yolu problemi nedeni ile hemodiyalizden PD’ye transfer olmuştu. PD’ye geçenlerin 5 tanesi (%33,3) diyabetik nefropatiye bağlı SDBY idi ve hepsi anürikti.

Sonuç: SDBY hastalarında RRF’yi korumak öncelikli hedeflerden biri olmalı. Ayrıca bir diyaliz modalitesinden diğerine geçişin de kolay olması sağlanmalıdır. RRF kaybedildikten sonra PD’de diyaliz yetersizliği ve volüm kontrolünde yetersizlik gibi sorunlarla sık karşılaşmaktadır. Bu nedenle, özellikle ileride damar erişim yolunda problem yaşanacağı ön görülen hastalar başta olmak üzere, tüm SDBY hastalarında bir kontrendikasyon olmadığı sürece ilk seçenek olarak PD düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Damar erişim yolu, periton diyalizi, rezidüel renal fonksiyon

Figürler :



Şekil 1. Boyunda kateterlere ait skarlar ve sağ kolda fistül ile greftlere ait skarlar

PS/PT-167

PERİTON DİYALİZİ: HAYAT KURTARICI BİR SEÇENEK

Ömer Celal Elçioğlu¹, Yelda Deligöz Bildacı¹, Meltem Gürsu¹, Rümeyza Kazancıoğlu¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Renal replasman tedavi (RRT) seçenekleri olarak periton diyalizi (PD), hemodiyaliz (HD) ve renal transplantasyon bilinmektedir. Son dönem böbrek yetersizliği (SDBY) hastası için hangi yöntemin seçileceğine hekim ve hasta birlikte karar verilmelidir. Burada damar erişim yolu problemi olan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Nedeni bilinmeyen SDBY tanısı ile 11 yıl önce HD tedavisi başlanmış olan 37 yaşında kadın hastaya bu süre içerisinde beş tanesi arterio-venöz fistül (AVF) ve beş tanesi tünelli kateter olmak üzere toplam on kez farklı damar erişim yolu sağlanmış. Bu girişimler nedeniyle oluşan skarlar şekil 1’de gösterilmiştir. Bütün damar yolları tromboz veya enfeksiyon nedeniyle kullanılamaz hale gelmiştir. Her girişim öncesinde hastaya PD’ye geçilmesi teklif edilmiş ancak kabul etmemiş. En son sağ femoral bölgede olan greftin enfekte olması nedeniyle kliniğimize yatırıldı. Aynı zamanda sol femoral vende tromboz mevcuttu. Antibiyoterapi başlanıp trombektomi yapıldı. Enfeksiyon kontrol altına alındıktan sonra tekrar PD tedavisi önerildi. Laparoskopik yöntemle Tenckhoff kateteri başarılı bir şekilde yerleştirildi. Hasta 16 ay sorunsuz bir şekilde PD tedavisi ile takip edildikten sonra kadavradan renal transplantasyon yapıldı.

Sonuç: Hastamızda PD’ye geçiş yapılması hem hayat kurtarıcı olmuş hem de daha sonra renal transplantasyon yapılmasına imkan sağlamıştır. PD tüm SDBY hastalarında ilk seçenek olarak düşünülmelidir. Özellikle damar erişim problemi yaşayan HD hastaları PD konusunda iyi eğitilmeli ve yönlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Damar erişim yolu, periton diyalizi, rezidüel renal fonksiyon

Figürler :



Şekil 1. Boyunda kateterlere ait skarlar ve sağ kolda fistül ile greftlere ait skarlar

PS/PT-168

PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA PERİTON EŞİTLEME TESTİNİN (PET) YILLAR İÇERİSİNDE DEĞİŞİMİ VE BU DEĞİŞİME ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN TESPİTİ

Hasan Sözen¹, Feyza Bora², Funda Sarı², Ramazan Çetinkaya², Türkan Şanlı², Fettah Fevzi Ersoy²

¹Antalya Atatürk Devlet Hastanesi

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

Periton diyalizi, son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) için renal replasman yöntemlerinden biridir. Periton membranının geçirgenlik hızını belirlemek için PET yapılır. PET sonuçları hastanın periton membranının işlevsel durumunu ortaya koyduğu gibi tedavi yeterliliği hakkında nesnel verilere ulaşılmasını da sağlar. Birçok klinik uygulamada kullanılmasına rağmen, özellikle periton membran fonksiyonu sınıflandırılması ve diyaliz yeterliliğini saptamada kullanılır. Planladığımız bu çalışmada periton diyalizi hastalarında periton geçirgenliğinin zaman içerisinde değişimi ve buna etki eden faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

Bu amaçla çalışmaya en az 5 yıldır periton diyalizi uygulanan 21 hasta alındı. Retrospektif olarak hastaların dosyaları tarandı ve hastaların yaş, cinsiyet, kan grubu, vücut ağırlığı, periton diyalizi tedavi süreleri, peritonit öyküsü, renin anjiotensin blokajı kullanımı, viral hepatit öyküleri, SDBY etiyolojisi kaydedildi. 21 hastaya ait başlangıç, birinci ve beşinci yıl PET verileri değerlendirilmeye alındı.

Sonuç olarak, bu çalışmada yaş, cinsiyet, vücut kitle endeksi, renin anjiotensin

blokağı kullanımı ve vucut yüzey alanı (BSA) ile Diyalizat/plazma (D/P) kreatinin arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Beş yıllık süre içerisinde idrar miktarında belirgin azalma olmasına rağmen standart sapmanın yüksek olması nedeni ile bu azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Hastaların başlangıç, 1. ve 5. yıl hemoglobin değerleri karşılaştırıldığında hemoglobinde 5. yıldaki düşüş anlamlı (0.008) bulunmuştur. Bizim çalışmamızda, da literatürle uyumlu olarak zaman içinde Ultrafiltrasyon (UF) kapasitesi (0.005) ve rezidüel renal fonksiyonda (RRF)(0.001) istatistiksel olarak azalma saptandı. Hasta sayımızın azlığı sebebiyle peritonit geçirmenin membran transportu üzerine etkisini istatistiksel olarak gösteremememize rağmen, membran geçirgenliği yükselen 6 hastanın 3'ünde peritonit öyküsü mevcuttu.

Çalışmamız merkezimizde PD olan hastalar arasında yapılan retrospektif bir çalışmadır. Retrospektif bir çalışma olması nedeniyle hastaların bazı verilerine ulaşılamamıştır. PET testinin kolay yapılabilir olması ve bize hastanın membran geçirgenliği hakkında bilgiler vermesi nedeniyle uzun yıllar noninvazif test olarak kullanılabileceğine benzetilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Periton eşitleme testi, periton diyalizi.

PS/PT-169

APSE İLE SEYREDEN PERİTON KATETERİ TÜNEL ENFEKSİYONUNUN PERKÜTAN DRENAJ İLE TEDAVİSİ

Şimal Köksal Cevher¹, Ezgi Çoşkun Yenigün¹, Çağdaş Şahap Oygür¹, Emre Çankaya¹, Fatih Dede¹
¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Giriş: Son dönem böbrek yetmezliğindeki hastalarda uygulanan renal replasman tedavilerinden biri olan periton diyalizinde başarı, peritoneal kaviteye kalıcı ve güvenli bir yolun sağlanması ve bunun idamesi ile mümkündür. Periton kateteri çıkış yeri ve tünel enfeksiyonu peritonite ve kateter kaybına yol açabilir. Tünel enfeksiyonu genellikle çıkış yeri enfeksiyonu ile birlikte görülür ancak nadiren çıkış yerinde enfeksiyon belirtileri olmaksızın da görülebilir. Çıkış yeri ve tünel enfeksiyonlarının yaklaşık %12'si peritonitle sonuçlanmaktadır. Staphylococcus aureus hem çıkış yeri hem de tünel enfeksiyonlarının en sık nedenidir. Tünel enfeksiyonu, kateterin geçtiği cilt altı boyunca, eritem, ödem, hassasiyetle seyretse de çoğu zaman sinsi seyredebildiği ultrasonografi (USG) çalışmaları ile gösterilmiştir.

Olgu Sunumu: Son dönem böbrek yetmezliği nedeni ile 2 yıldır sürekli ayaaktan periton diyalizi yapan 31 yaşındaki kadın hasta, periton kateter tüneli üzerinde 3 gündür olan ağrı, şişlik ve kızarıklık şikayetleri ile polikliniğimize başvurması üzerine tünel enfeksiyonu ön tanısı ile hospitalize edildi. Yapılan fizik muayenesinde patolojik olarak; vücut sıcaklığı: 38.3°C olup batında çıkış yeri dışında, tenckhoff kateter tüneli boyunca yaklaşık 5 cm şişlik, eritem, palpasyonla lezyon üzerinde ısı artışı ve hassasiyet tespit edildi. Tünel üzerinde apse ile uyumlu enfekte lezyona derin palpasyon yapıldığında çıkış yerinden pürülan drenaj gerçekleşmedi. Laboratuvar değerlerinde WBC:15.100/mm³, nötrofil:11.600/mm³, sedimentasyon: 62 mm/sa, CRP:85 mg/L, serum üre:155 mg/dL, serum kreatinin:10.2 mg/dL olması dışında diğer değerleri normal saptandı. 1,5 yıl önce peritonit geçiren ve o dönem periton kültüründe Staphylococcus aureus üremesi olduğu öğrenilen hastanın berrak olan periton mayi hücre sayımında WBC:10/mm³ saptandı. Periton diyalizat kültüründe ise üreme olmadı. İntaniye kliniği ile konsülte edilen hastaya tünel enfeksiyonu nedeni ile intravenöz Seftazidim 1x1 gram ve 5 günde bir, 1 gr Vankomisin tedavisi başlandı. Tünel üzerinde apse şüphesi ile çekilen yüzeyel USG'de tünel bölgesinde, orta kesimde yaklaşık 45 mm uzunluğunda, 32 mm derinliğinde anekoik mayi koleksiyonu izlendi. Tedavinin 3. gününde lezyon boyutlarında gerileme olmaması üzerine apse drenajı açısından genel cerrahi kliniği ile konsülte edilerek perkutan apse drenajı uygulandı (figür1).

Yaklaşık 100 cc pürülan içerik boşaltıldı ve alınan örnekten kültür gönderildi. Yatışı boyunca periton diyalizine ara verilen hasta programlı hemodiyalize alındı. Apsenin kültüründe Staphylococcus aureus üremesi ve antibiyogramda Vankomisin duyarlı olması üzerine tedaviye Vankomisin ile devam edildi ve toplam 3 hafta Vankomisin tedavisi alan hastanın takiplerde ateşi olmadı. Olası nazal bulaş

açısından burun kültürü alındı ancak üreme olmadı. Laboratuvarında enfeksiyon belirteçleri normale döndü. Apsenin lokalizasyonunda eritem, ısı artışı ve şişliğin kaybolduğu (figür2) gözlenmesi üzerine tekrar periton diyalizine başlanarak taburcu edildi.

Tartışma: Korzets ve arkadaşları, çıkış yeri ve tünel enfeksiyon ayırımında yüzeyel USG'nin faydalı olabileceğini göstermiştir. Sıvı koleksiyonu varlığına işaret eden, cilt altı tünel boyunca >2 mm genişliğindeki hipoekojenite varlığını tünel enfeksiyonu lehine yorumlamışlardır. Kateter ilişkili enfeksiyonlar en az 2 hafta antibiyotik ile tedavi edilmelidir. Periton diyaliz kateterinin çekilmesini gerektiren durumlar ise: tünel apsesi, peritonit ile seyreden çıkış yeri veya tünel enfeksiyonları; antibiyotiklere yanıtız gram negatif çıkış yeri ve tünel enfeksiyonları; fungal peritonitler; sık relaps atakları ve kateter ilişkili refrakter enfeksiyon varlığı olarak sayılabilir.

Sonuç: Literatürde apse ile seyreden tünel enfeksiyonlarında periton kateterinin çekilmesi önerilmekte ise de; bizim vakamızda olduğu gibi apse drenajı ve antibiyotik tedavisi ile enfeksiyon kontrol altına alınabildiği gibi; periton kateterinin çekilmesine de gerek kalmayabilir.

Anahtar Kelimeler: Periton diyalizi, tünel enfeksiyonu, apse, drenaj

Figürler :



Figür 1: Perkütan drenaj sonrası apse görünümü



Figür 2: Drenaj sonrası 2. hafta, tünel enfeksiyonunun gerilediği görülüyor.

PS/RT-170

TÜBEROSKLEROZ KOMPLEKSİ ÖYKÜSÜ OLAN KADAVRA VERİCİDEN BÖBREK NAKLİ: 8 YILLIK İZLEMSerkan Yıldız¹, Özgür Akkale², Zekai Serhan Derici², Ali Çelik¹, Caner Çavdar¹, Aykut Sifil¹, Taner Çamsarı¹¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, İzmir²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Tüberoskleroz kompleksi, başlıca merkezi sinir sistemi, cilt, böbrek, karaciğer ve kalbi etkileyen hamartomatoz bir hastalıktır. Böbrek lezyonları anjiyomyolipom, basit kist, polikistik böbrek hastalığı, renal hücreli karsinom veya bunların birkaçının birlikte olması şeklindedir. Çoğu kez asemptomatiktir, nadiren böbrek yetmezliğine yol açarlar. Burada tüberoskleroz kompleksi öyküsü olan kadavra vericiden böbrek nakli yapılan olgu sunulmuştur.

Olgu: 37 yaşında erkek hasta hipertansiyona ikincil kronik böbrek yetmezliği (KBY) nedeniyle takip ediliyordu. 2005 yılında son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) nedeniyle hemodiyaliz (HD) tedavisine başlanmış ve bekleme listesine kaydedilmişti. 2008 yılında merkezimizde kadavra vericiden böbrek nakli yapıldı. Nakil sonrası cerrahi komplikasyon gelişmedi. Böbrek vericisinde TSK öyküsü vardı. Soğuk iskemisi süresi 10 saat 25 dakika idi. İndüksiyon tedavisi olarak metilprednizolon, ve basiliksimab uygulandı. İdame immünoşüpresif tedavide prednizolon, mikofenolik asit ve siklosporin kullanıldı. Nakil sonrası 13. gün (serum kreatinin düzeyi 1 mg/dL) taburcu edildi. Nakilden bir ay sonra böbrek vericisinde tüberoskleroz kompleksi öyküsü olması nedeniyle immünoşüpresif tedavide siklosporin kesildi, mTOR inhibitörü olarak sirolimus başlandı.

Hastanın nakil sonrası izleminde 8 yıl tamamlanmıştır. Poliklinik izlemi sırasında greft işlevlerinde bozulma saptanmamıştır. Kadavra vericide tüberoskleroz kompleksi öyküsü olması nedeniyle hastaya nakledilen böbrek görüntüleme yöntemleriyle belirli aralıklarla incelenmiştir. Boyutunda artış olmayan anjiyomyolipom dışında patolojik bulgu gözlenmemiştir. Son poliklinik kontrolünde serum kreatinin düzeyi 0.8 mg/dL ölçülmüştür. Hematürisi olmayan hastanın 24 saatlik idrarda 350 mg/gün proteinürisi saptanmıştır. Tam kan sayımı olağandır. Antihipertansif olarak perindopril kullanmakta olan hastanın kan basıncı regüledir. İmmünoşüpresif tedavi olarak prednizolon, mikofenolik asit ve sirolimus kullanılmaktadır.

Sonuç: Literatürde tüberoskleroz kompleksi veya anjiyomyolipom öyküsü olan vericiden böbrek nakli az sayıda rapor edilmiştir. Hasta literatürde rapor edilenler arasında en uzun süreyle takip edilen olgu olması nedeniyle sunulmaya değer görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek yetmezliği, böbrek nakli, tüberoskleroz kompleksi

PS/RT-171

BÖBREK NAKLİ SONRASI GEBELİKTE RENAL VE OBSTETRİK SONUÇLAR: TEK MERKEZ DENEYİMİYavuz Ayar¹, Alparslan Ersoy¹, Gökhan Ocakoğlu², Abdülmecit Yıldız¹, Ayşegül Oruç¹, Bilge Çetinkaya Demir³, Bayram Korkut⁴, Burcu Bozkurt⁴, Ahmet Bigehan Şahin⁴¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Bursa²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye⁴Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Böbrek nakli, kronik böbrek hastalığı olan hastalarda gebelik olasılığını artırır. Ancak greft disfonksiyonu, fetal gelişme geriliği ve anormal riski yakından izlenmelidir. Bu çalışmada merkezimizde izlenen gebe böbrek alıcılarının sonuçları değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntemler: 1 Ocak 2009 - 31 Mayıs 2015 tarihleri arasında böbrek nakli yapılan doğurganlık çağındaki (15-49 yaş) 140 kadın hastanın (116 kontrol, 24 gebe) klinik ve laboratuvar verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Hastaların 24'ünde gebelik gelişti (%17.1). Gebe kalanların ortalama yaşları (p=0.014) ve nakil yaşları (p<0.001) kontrol grubuna göre daha düşüktü. Gebelerin %66.7'si 18-25 yaş grubundaydı (p=0.008). Her iki grubun vücut kitle indeksleri, primer böbrek hastalıkları dağılımı, nakil tipi, nakil süreleri, verici yaşları, nakil öncesi diyaliz tipleri, diyaliz süreleri benzerdi (p>0.05). Kontrol grubunda üriner enfeksiyon oranı gebelere göre daha yüksekti (p=0.03). Gebelerin %58.3'ünde takrolimus (TAC) + azathioprin (AZA) + prednizolon (ST) tedavisi alırken, kontrol grubunun %58.6'sında TAC + mikofenolat mofetil (MMF) + ST kombinasyonu kullanıldı. Gebelerde ortalama doğum yaşı 29 (23-39) yıl, nakilden doğuma kadar geçen ortalama süre 52.5 (20-178) aydı. Doğum şekli %70.8'inde sezeryandı ve %54.2'sinde doğum 37 haftanın üzerinde gerçekleşti. Doğumların %83.3'ü canlı doğumdu ve bebeklerin %45.8'inin doğum tartısı 2500 gr'ın üzerindeydi. Gebelik sırasında %25'inde HT ve %8.3'ünde preeklampsi gelişti. Bebeklerin APGAR skoru 9'du (4-10) idi. %20.8'i yoğun bakım ünitesinde takip edildi. Gebelik sırasında alıcıların hiçbirinde greft disfonksiyonu olmadı. Gebe grubunda 1 (%4.2), kontrol grubunda 11 (%9.5) hastada red atağı görüldü (p>0.05).

Sonuç: Böbrek nakli sonrası gebelik durumunda fetal anomali açısından riskli görülen ilaçlar uygun görülenlerle değiştirilmelidir. Kalsinörin inhibitörleri ve azathioprin güvenli görünmektedir. İzlemlerde obstetrik yönetim ve renal fonksiyonların değerlendirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, gebelik, immünoşüpresyon, fetal komplikasyon

PS/RT-172

AMILOİDOZA BAĞLI KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ GELİŞEN HASTALARDA BÖBREK NAKLİ: TEK MERKEZ DENEYİMİElif Erkmen¹, Serkan Yıldız², Özgür Akkale², Zekai Serhan Derici², Ali Çelik², Caner Çavdar², Aykut Sifil¹, Taner Çamsarı²¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, İzmir³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Bu çalışmanın amacı amiloidoza bağlı kronik böbrek yetmezliği (KBY) gelişen ve böbrek nakli sonrası Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Nefroloji Polikliniği'nde takip edilen hastaları geriye dönük olarak incelemek ve değerlendirmektir.

Metod: Çalışmaya amiloidoza bağlı KBY gelişen ve böbrek nakli sonrası Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Nefroloji Polikliniği'nde takip edilen 17 hasta dahil edildi. Çalışmaya alınan böbrek nakli alıcılarının demografik özellikleri, eşlik eden hastalıklar, amiloidoz etyolojisi, amiloidoza bağlı diğer organ tutulumları, amiloidoz tanısını nasıl aldığı, kullandığı ilaçlar, böbrek verici tipi, nakil tarihi, indüksiyon ve idame immünoşüpresif tedavi rejimleri, nakil öncesi diyaliz tedavisi öyküsü varsa tipi ve süresi, nakil sonrası hastaneye yatış öyküsü, akut rejeksiyon öyküsü, akut rejeksiyon varlığında aldığı tedavi rejimleri, nakil sonrası greft biyopsisi, greft kaybı ve ölüm varsa nedenleri hasta dosyalarından geriye dönük olarak elde edilerek kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 17 hastanın 10'u erkek ve 7'si kadın, nakil tarihindeki yaş ortalamaları ise 37.24 ± 12.53 yıl idi. 12 hastaya canlı vericiden, 5 hastaya ise kadavra vericiden böbrek nakli yapıldı. 2 hastaya preemprtif böbrek nakli yapılırken, 15 hastaya nakil öncesi diyaliz tedavisi uygulanıyordu. Amiloidoz etyolojileri incelendiğinde; 11 hastada Ailevi Akdeniz Ateşi'ne ikincil amiloidoz geliştiği saptandı. Böbrek dışı diğer organlarda tutulum saptanan hasta sayısı 13 idi. 16 hastada nakil sonrası değişik nedenlerle hospitalizasyon öyküsü vardı. İzlem sırasında 6 hastada ölüm, 1 hastada greft kaybı saptandı.

Sonuç: Amiloidoz, doku ve organlarda anormal yapıda bir proteinin depolanması sonucu ortaya çıkan klinik tablodur. Sistemik amiloidozda böbrek en sık tutulan organdır. Böbrek nakli öncesi alıcı adayları amiloidoz etyolojisi ve sistemik organ tutulumu açısından ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Böbrek nakli sonrası hastaların transplante böbrekte amiloidoz gelişimi açısından düzenli olarak izlemi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, amiloidoz

PS/RT-173

BÖBREK NAKLİ SONRASI DOUBLE J STENT NE ZAMAN ÇEKİLMELİ?Yücel Yüksel¹, Sabri Tekin³, Levent Yücelin⁵, Bülent Dinç⁴, Havva Asuman Yavuz², Alper Demirbaş¹¹Antalya Medicalpark Hastanesi Genel Cerrahi²Antalya Medicalpark Hastanesi Nefroloji³İstanbul Kemerburgaz Üniversitesi Genel Cerrahi⁴Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Genel Cerrahi⁵Antalya Medicalpark Hastanesi Organ Nakli

Giriş: Böbrek Nakli (BN)'nin cerrahi bölümleri, vasküler ve ürolojik anastomozlardır. Cerrahi tecrübenin artması ile ürolojik komplikasyonlar (ÜK) azalmıştır. ÜK'lar, üreteroneosistostomi sonrası idrar kaçağı, vezikoüreteral reflü ve üreterde darlıktır. Literatürde BN'de rutin DJS kullanımı hakkında görüş birliği yoktur, birçok merkez DJS kullanımının gerekli olup olmadığını tartışmaktadır, aynı zamanda kullanılan DJS'lerin çekilme zamanlaması konusu ile ilgili görüş birliği de yoktur. Biz bu çalışmamızda 2 yıllık sürede toplam 818 BN hastasında Lich-Gregoire (LG) yöntemi ile yapılan üreteroneosistostomi (ÜNS) anastomozunda kullanılan DJS'lerin optimal çekilme zamanını araştırdık.

Materyal-Metod: Ocak 2014- Ocak 2016 tarihleri arasında Antalya Medicalpark Hastanesi Organ Nakli merkezinde toplam 926 hastaya BN yapıldı. Çalışmadan çıkarılma kriterleri; stent çekilmesinden önce greft nefrektomi yapılan, kadavradan nakilli, üreteroüreterostomi yapılan, çift toplayıcı sistem idi. Bu kriterlere göre 108 hasta çalışma dışı bırakıldı. Tüm greft böbrekler aynı cerrah tarafından laparoskopik donör nefrektomi yöntemi ile çıkartıldı. Alıcı ameliyatında tüm hastalara LG yöntemi ile DJS kullanılarak tek cerrah tarafından ÜNS yapıldı. Hastaların BN sonrası DJS çekilme tarihleri retrospektif olarak tarandı. Hastalar DJS çekilme tarihlerine göre 4 gruba ayrıldı.

1. Grup DJS'i 5-7 gün arasında çekilenler, 2. Grup, 8-14 gün arasında çekilenler, 3. Grup, 15-21 gün arasında çekilenler, 4. Grup, 22. günden sonra çekilenler

Sonuçların daha net ortaya konulabilmesi amacı ile gruplar daha sonra 5-14. Gün ve 15 günden sonra olarak iki gruba ayrılmıştır. DJS çekilmesinden sonraki ilk 5 gün içinde idrar miktarı azalan, serum kreatinin değeri artan, ultrasonografik olarak greft üreterde ve toplayıcı sistemde dilatasyon gözlenen hastalara, tekrar DJS takıldı, DJS takılmayan hastalara tekrar LG yöntemi ile ÜNS yapıldı. Hastaların bu dönemde idrar kültürü ve antibiyogramla idrar yolu enfeksiyonu araştırıldı. Pediatrik vakalarda DJS'ler (12 yaşın altındaki) genel anestezi ile, 12 yaşından büyük hastalar lokal anestezi ile çekildi. İdrar kültüründe üreme olan hastalar İYE (+) kabul edildi. İmmüünsupresif protokol olarak kalsinörin inhibitörü (takrolimus veya siklosporin), mikofenolat mofetil ve kortikosteroid kullanıldı. Pnömosititis karini profilaksisi için trimetoprim-sulfametaksazol kullanıldı. Nakil sonrası tüm hastalara 5gün intravenöz seftriakson uygulandı, taburculukta profilaksis olarak yetişkinlerde nitrofuranton ve siprofloksasin, 18 yaşından küçüklerde sefiksime oral tablet kullanıldı.

Sonuçlar: İki yıllık sürede çalışmaya toplam 818 hasta dahil edildi, Hastaların 545'i (66.6) erkek, 273'ü (33.4) kadındı. Hastaların yaşları 3 ila 76 arasında idi. (41.8 ±14.7). Hastaların gruplara göre dağılımı ve müdahaleleri Tablo 1'de görülmektedir. BN sonrası DJS'in erken veya geç dönem çekilmesi çeşitli ürolojik komplikasyonlara yol açabilmektedir. Yüksek hasta içeren çalışmamız, optimal zamanlamanın 14-21 gün olması gerektiğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, double j stent çekilme zamanı

Tablo. Hastaların Gruplara Göre Dağılımı

Grup	DJS Çekilen Günler	Hasta Sayısı	DJS Takılan Hasta-(%)	UNS Yapılan Hasta Sayısı-(%)	Toplam Müdahale-(%)	İYE-(%)
1	5-7	153	12-(7,8)	6-(3,2)	18-(11)	0
2	8-14	165	10-(6)	6-(3,6)	16-(9,6)	2-(1,2)
3	15-21	283	4-(1,4)	1-(0,3)	5-(1,7)	3-(0,1)
4	>22	217	2-(0,9)	1-(0,4)	3-(1,3)	7-(3,2)
Toplam		818	28-(3,4)	14-(1,7)	42-(5,1)	12-(1,4)

Tablo. Grupların Birbiri İle Dağılımı

Grup	Grup	p
5-7 gün	8-14 gün	0,814
5-7 gün	15-21 gün	0,002 *
5-7 gün	>22gün	0,002 *
8-14 gün	5-7 gün	0,814
8-14 gün	15-21 gün	0,042 *
8-14 gün	>22 gün	0,030 *
15-21 gün	5-7 gün	0,002*
15-21 gün	8-15 gün	0,042 *
15-21 gün	>22 gün	0,999
>22 gün	5-7gün	0,002*
>22 gün	8-14 gün	0,030*
>22 gün	15-21 gün	0,999

Tablo. Grupların Tekrar Oluşturulması ve Değerlendirilmesi

Grup	DJS Çekilme Günü	Hasta Sayısı	DJS Takılan Hasta-(%)	UNS yapılan Hasta-(%)	Toplam Müdahale-(%)	İYE-(%)	p
5	5-14	318	22-(6,9)	12-(3,7)	34-(10,6)	2-(0,6)	P=0,000
6	>15	500	6-(0,12)	2-(0,04)	8-(0,16)	10-(2)	
Toplam		818	28-(3,4)	14-(1,7)	42-(5,1)	12-(1,4)	

PS/RT-174

RENAL TRANSPLANT HASTALARINDA FGF-23 SEVİYESİ, SOL VENTRİKÜLER KÜTLE İNDEKSİ VE KAROTİS İNTİMA-MEDİA KALINLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİOrhan Özdemir¹, Özlem Usalan², Celalettin Usalan²¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Anabilim Dalı

Amaç: Serum fibroblast growth faktörü-23 (FGF-23)'ün kronik böbrek hastalığında (KBH) yükselmesi yaygın bir durumdur. FGF-23 seviyesi renal transplantasyondan sonra önemli ölçüde düşer, fakat hala normalin üstündedir. Renal transplant hastalarında mortalite ve morbiditenin ana sebebi kardiyovasküler hastalıklardır. Yapılan çalışmalarda gösterilmiştir ki KBH'da FGF-23 seviyeleri önemli ölçüde sol ventriküler kütle indeksiyle (SVKI) ilişkilidir. Bu çalışmanın amacı renal transplant olmuş hastalardaki FGF-23, sol ventriküler kütle indeksi ve karotis intima media kalınlığı (KİMK) arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Bulgular : 64 renal transplant olmuş hasta (38 erkek 48.4 ±16.6 yaş, 26 kadın 46.6±12.4 yaş) çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm hastalar glomerüler filtrasyon hızı (GFH) 30ml/dk/1.73 m²'den(ortalama 36ml/dk/1.73 m²) daha büyük ve durumları stabil olan hastalardır. Plazma FGF-23 seviyeleri C-terminal human ELISA'sı kullanılarak ölçülmüştür. Ayrıca sol ventriküler kütle indeksi ve karotis intima media kalınlığı da ölçülmüştür. Plazma FGF-23 seviyeleri renal transplant olmuş hastalarda, kontrol grubuna göre önemli ölçüde yüksek çıkmıştır (72.36±32.16 RU/ml vs 36.18±16.12 RU/ml). Ayrıca renal transplant olmuş hastalarda sol ventriküler kütle indeksi ve karotis intima media kalınlığı da kontrol grubuna kıyasla önemli derecede yüksek çıkmıştır (SVKI; 112.12± 28.08 g/m² vs 92.64±8.24 g/m²; p<0.001 and KİMK; 0.86±0.24 mm vs 0.70±0.18 mm; p<0.01). Ayrıca renal transplant olmuş hastalarda FGF-23 seviyeleri ve sol ventriküler kütle indeksi (r=0.642, p=0.016) ve karotis intima media kalınlığı (r=0.542, p=0.024) arasında önemli bir pozitif korelasyon bulunmuştur.

Sonuç: Yaptığımız çalışmaya göre renal transplant olmuş hastalarda FGF-23 seviyesi daha yüksektir ve yükselmiş FGF-23 seviyesi ise renal transplant olmuş hastalarda kardiyovasküler anormalliklerin gelişmesinde önemli bir rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Renal transplantasyon, FGF-23, Sol ventriküler kitle indeksi, karotis intima-media kalınlığı

PS/RT-175

BÖBREK NAKİLLİ OLGULARDA, C4D POZİTİF ANTİKOR ARACILIKLI REJEKSİYONDA RİTUXİMAB TEDAVİSİ; TEK MERKEZLİ, KONTROL BÖBREK BİYOPSİLİ ÇALIŞMA

Erhan Tatar¹, Funda Taşlı², Murat Karataş³, Adam Uslu³

¹Izmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji ve Organ Nakli Kliniği

²Izmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

³Izmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi ve Organ Nakli Kliniği

Amaç: Bu çalışmanın amacı böbrek nakli sonrası erken ve geç dönemde C4d pozitif Antikor aracılıklı rejeksiyon (AAR) tanısı konulan olgularda, Rituximab (RTX) tedavisinin klinik ve patolojik etkinliğini araştırmak, klasik tedaviye yanıtı olmayan olgularda eklenen RTX tedavisinin, Graft fonksiyonu ve Patolojisi üzerine etkisini incelemektir.

Metod: Ocak 2012-Ocak 2016 yılları arasında C4d pozitif AAR tanısı konulan, en az 6 aylık takibi olan, 10 olgu değerlendirmeye alındı. Tüm olgular 2001 Banff histolojik sınıflamasına göre akut ve kronik AAR tanısı konuldu. 1 olgu dışında olguların tamamına nedenli ve/veya protokol kontrol böbrek biyopsisi yapıldı. 5 olguya AAR sonrası 2. Kez böbrek biyopsi yapıldı. Klasik tedavi olarak tüm olgulara 3-5 seans double filtrasyon plazmaferez, 1-2 gram/kg/total IVIG tedavisi, pulse steroid tedavisi verildi. Hücre sel komponenti olan hastalarda tedavilerine Antitimosit Globulin eklendi. 5 olguya tanı anında RTX (500-1000 mg/total) tedavisi verildi. Diğer 5 olguya ise tedaviye klinik ve/veya patolojik yanıtı olmayan olgularda RTX tedavisi eklendi. Tedaviye yanıtı olmayan olgularda en yüksek serum kreatininin %30'dan az düşüşün olması ve/veya graft kaybı olması olarak değerlendirildi.

Sonuçlar: Hastaların yaş ortalaması 37±12 yıl, 2'si erkek 8'i kadındı. 8 olgu canlıdan ve 2 olgu ise kadavradan nakil yapılmıştı. Doku uyumsuzluğu 3,6±1,5 mm'di. Olguların 4'ü geç dönem (49±28 ay) ve 6'sı erken dönemde (9,5±4,5 gün) AAR tanısı konmuştur. 3 olguda İlk biyopsisinde kronik bulgular mevcuttu. 4 olguda sınır değişikliklerde hücre sel infiltrasyon, 4 olguda hücre sel rejeksiyon eşlik etmekteydi. Ve 4 olguda endarterit mevcuttu. RTX tedavisi öncesi glomerulit ortalaması 1.4±0.9 iken tedavi sonrası 1.7±1.0'e progresse olmuştu (p=0.227). Peritubuler kapillerit 1.7±0.8'den 1.3±0.7'e gerilemişti (p=0.195). 4(%40) olgunun c4d'si negatifleşmiş, 2 (%20) olgunun c4d pozitiflik şiddeti gerilemişti. 3 olgunun c4d pozitifliği diffüz devam etmekteydi. End arteriti olan 4 olgunun 3'de gerileme saptandı. Hücre sel infiltrasyon (i+t) 2.2±0.9'den 1.2±0.6'ya gerilemişti (P=0.06). IFTA (interstisyel fibrosis+tubular atrofi) 0.6±0.9'dan 1.7±1.2'e progresyon olmuştu (p=0.02). Tedavi öncesi 2 olguda transplant glomerulopati varken tedavi sonrası 3 olguya çıkmıştı. 5 olguya IVIG, df Plazmaferez ve pulse steroid tedavisine klinik ve/veya patolojik yanıt alınmaması üzerine tedavi amaçlı RTX tedavisi verildi. 5 olgunun 2 sinde 2. Nedenli biyopsisinde kronik bulguları olan ve geç dönem tanısı almış olan olgular. Bu olgularda klinik ve patolojik yanıt alınmadı. 3 olgu ise akut ve erken dönem tanısı alan olgular. Bu olgularda klinik yanıt saptandı (s.kre 3,7±2,4mg/dL vs 1,7±0,3 mg/dL; p<0,05). Bu olgularda RTX tedavisi sonrası biyopsilerinde interstisyum, peritubuler kapillerlerde hücre sel infiltrasyon ve c4d pozitifliğinde ciddi gerileme olması rağmen, glomerulitis ve kroniste skorlarında artış izlendi.

Tüm olguların, rejeksiyon öncesi serum kreatinin ortalaması 1.8±0.7 mg/dL iken rejeksiyon anında serum kreatinin ortalaması 3.5±0.8 mg/dL'di. Tedavi sonrası serum kreatinin ortalaması 2.4±0.7 geriledi. Rejeksiyon sonrası 23±15 ay takip edildi. İzlemde 3 olguda graft kaybı oldu. Fonksiyone grafi olan 7 olgunun serum kreatinin ortalaması 1.6±0.4 mg/dL'di.

Çıkarışma: Kroniste bulgusu olan, AAR'da RTX tedavisi etkin görülmemektedir. Bununla birlikte erken dönem ve akut olgularda RTX tedavisine klinik yanıt alınmakla birlikte, glomeruler patolojide ve kroniste skorunda kötüleşme dikkat çekmiştir.

Anahtar Kelimeler: Antikor aracılıklı rejeksiyon, böbrek nakli, c4d pozitifliği, rituximab, graft sağkalımı

PS/RT-176

DONÖR NEFREKTOMİ SONRASI GEÇ DÖNEMDE GELİŞEN HEMATOM: OLGU SUNUMU

Ayşe Sinangil¹, Vedat Çelik¹, Meral Gülay Koçak¹, Bedriye Koyuncu Sökmen², Soykan Barlas³, Ebru Asmaz², Emin Barış Akin³, Tevfik Ecder¹

¹Istanbul Bilim Üniversitesi, İç Hastalıkları Abd, Nefroloji Bilim Dalı

²Istanbul Bilim Üniversitesi, Radyoloji Bilim Dalı

³Istanbul Bilim Üniversitesi, Organ Nakli Ünitesi

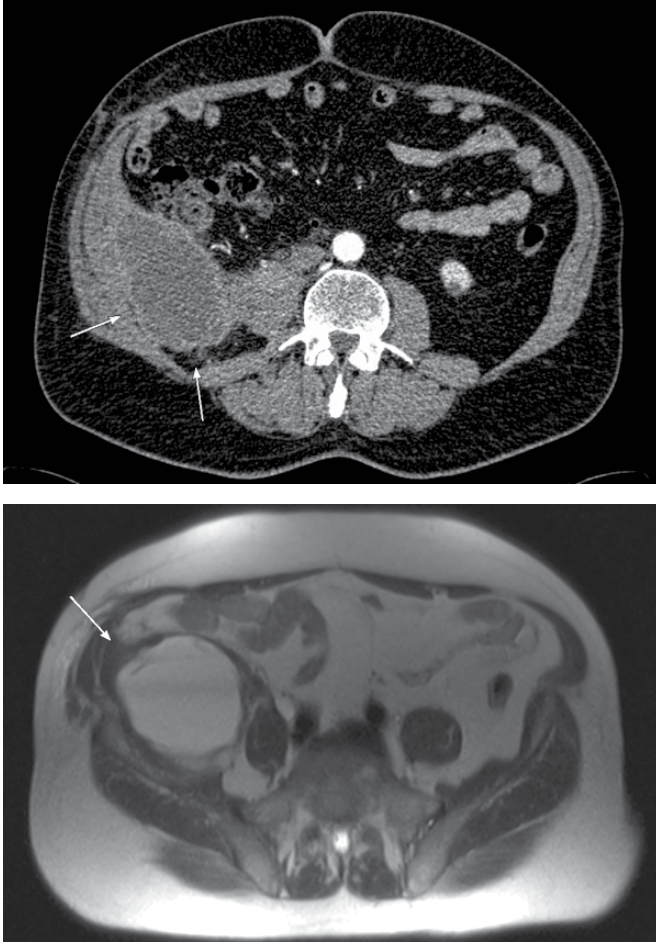
Giriş: Son dönem böbrek yetmezliği tedavisinde en etkili tedavi yöntemi böbrek naklidir. Kadavradan elde edilen organ sayısının az olmasından dolayı, ülkemizde çoğunlukla canlı vericilerden elde edilen böbrekler kullanılmaktadır. Canlı vericilerin, nakilden önce ayrıntılı değerlendirilmesi ve sonrasında da takibi önemlidir.

Olgu: 53 yaşında sağlıklı erkek donör adayımıza 31.08.2015 tarihinde oğluna böbrek nakli yapılmak üzere el yardımcı laparoskopik sağ nefrektomi uygulandı. İşlem sırasında herhangi bir komplikasyon gelişmedi, postoperatif üçüncü gün taburcu edildi. Postoperatif 1.hafta, 1.ay, 3.ay ve 6.ay rutin takiplerinde hastada herhangi bir yakınma olmayıp biyokimyasal değerleri de normal aralıklardaydı. Hastanın son 1 aydır operasyon yerinden başlayıp, sağ kasığa yayılan ağrıları başlamış, ancak hasta önemsememiş. Ağrıları geçmeyen ve giderek artan, ilaveten halsizlik, çabuk yorulma şikayetleri de gelişen hasta ünitemize postoperatif 11. ayında müracaat etti. Herhangi bir travma, ağır egzersiz öyküsü olmayan hastanın fizik muayenesinde sağ üst kadranda ağrılı bir kitle saptandı. Kan basıncı 100/75mmHg, kalp hızı 110 atım/dak idi. Laboratuvar değerlerinde ise hemoglobin değeri 8.6g/dL, trombosit sayısı 380000/UL, beyaz küre 11400/mm3, demir 19ug/dL, demir bağlama kapasitesi 155microg/dL, ferritin 608ng/mL, INR:1.1, kreatinin:1.3mg/dL BUN:16mg/dL CRP: 21mg/dL AST:22U/L idi. Tam idrar analizi ve diğer biyokimyasal değerleri ise normal sınırlarda idi. Hastanın yapılan abdominal ultrasonografisinde sağ böbrek lojundan sağda çekum düzeyine kadar uzanan yaklaşık 79x143x74mm boyutlarında yoğun içerikli koleksiyon mevcut idi. Retroperitoneal hematoma ayrımı net yapılamamıştır. Bilgisayarlı tomografide (BT) ile değerlendirilmesi önerildi. Abdominal BT'de sağ retroperitoneal alanda soas kasını superior kesimde basılayan ve çevreleyen, batin sağ lateral kas grubuna doğru devamlılık gösteren, periferik kontrast tutulumu saptanan koleksiyon sahası izleniş olup, enfekte kronik hematoma lehine değerlendirilmiştir. Aktif ekstrasvazasyon bulgusu saptanmamıştır (Resim 1). Hastanın batin magnetik rezonans(MR) bulguları da BT bulgularına benzerdi (Resim 2). Cerrahi konsültasyonunda hastaya girişimsel müdahale planlanmadı ve enfeksiyon hastalıklarının onayı alınarak antibiyoterapi başlandı.

Sonuç olarak; herhangi bir travmaya maruz kalmadan donör nefrektomiden bir yıl sonra gelişen hematoma literatürde saptanmamış olup, bu olgu vesilesiyle böbrek vericilerinin takiplerinin önemini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, donör nefrektomi, hematoma

Figürler :



PS/RT-177

BÖBREK NAKLİ SONRASI NON-MELANOMA CİLT KANSERLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ; 15 YILLIK M-TOR İNHİBİTÖR TECRÜBEMİZ

Gökalep Okut Okut¹, Alper Alp², Erhan Tatar³, Cenk Şimşek¹, Cem Tüğmen⁴, Adam Uslu¹¹Izmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi ve Organ Nakli Kliniği²Izmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği³Izmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji ve Organ Nakli Kliniği⁴Izmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi ve Organ Nakli Kliniği

Amaç: Böbrek nakli sonrası kanser sıklığı artmıştır. En sık görülen kanserler Nonmelanoma cilt kanserleridir. Organ nakli hastalarında Denova M-TOR inhibitörlerinin cilt kanser gelişimini azalttığına dair bilgiler her geçen gün artmaktadır. Bununla birlikte cilt kanseri gelişimi sonrası immunsupresif (IS) rejim protokolü konusunda yeterli bilgi yoktur. Bu çalışmanın amacı böbrek nakli sonrası cilt kanseri gelişen hastaların geriye dönük değerlendirilmesi, izlem süresince gelişebilecek komplikasyonlar ve IS ilaç etkinliklerinin değerlendirilmesidir.

Method: Ocak 2000-Aralık 2014 yılları arasında iki 3. Basamak Eğitim ve Araştırma Hastanesinde böbrek nakli olan olgular, hasta kartlarından geriye dönük değerlendirildi. Böbrek yetmezliğinde progresyon S.kreatinin değerinde %30 artış alındı.

Sonuçlar: Çalışmaya 14'ü canlıdan ve 4 tanesi kadavradan nakil olmuş 18 hasta dahil edildi. Hastaların nakil anında yaş ortalaması 45±12 (19-65) ve 66%'ı erkekdi. Son kontrollerine kadar ortalama takip süresi 98±66 (17-200) aydı. Hastaların 14'ü (77.7%) induksiyon rejimi almıştı (12'si ATG ve 1'i basiliximab ve 1'i daklizumab'dı). Hastaların tamamı idame tedavisi olarak 3'lü IS rejim almıştı. Sadece 3 (16.6%) olgu idame tedavisi olarak M-TOR inhibitörlü rejim almaktaydı. Olguların 8'i Prednisolon+Mikofenolik asit +Tacrolimus'lu rejim, 5'i Prednisolon+Mikofenolik asit + siklosporin ve 2'si Prednisolon+Azatioprin +siklosporin rejimi almaktaydı. Cilt kanseri gelişmeden önce hastaların 6'sında (33.3%) rejeksiyon gelişmiş ve rejeksiyon nedeniyle ATG bazlı rejeksiyon tedavisi almıştı. Olgulara nakil sonrası 52±56 (5-169) ay sonra cilt kanseri gelişmişti. Olguların 7'si (38.8%) skuamöz hücreli karsinom, 7'si (38.8%) kaposi sarkom ve 4 (22.2%) tanesi bazal hücreli karsinomdu. Tümörlerin hiçbirinde uzak organ yayılımı yoktu. Tanı anında olgular idame IS olarak 15 (83.3%)'i üçlü IS rejim ve 3(16.7%)'ü ikili immunsupresif almaktaydı. Sadece 3 (16.6%) olgu MTOR inh.lü rejim almaktaydı. Tanı anında Serum Kreatinin ortalaması 1.6±0.7 (0.7-3.2) mg/dL ve proteinüri miktarı 410±766 mg/gün (60-3100)'dü. Olguların 15 (83.3%)'de IS tedavilerinde değişiklik yapıldı. 10 olgu üçlü IS protokol, 8 olgu 2'li veya tekli IS protokol şeklinde tedavisi düzenlenmişti. Bunların 8'i M-TOR inh (50%'si ikili rejim 50%'si üçlü rejim) rejim almaktaydı. Tanı sonrası olgular 46±50 (6-189) ay takip edildi. İzlem süresince 6 (33.3%) olguda böbrek yetmezliğinde progresyon izlendi. Progresif seyredenlerde MTOR inh kullanımı daha azdı (33%vs50%; p=0.54). Tekli IS kullanımı daha fazlaydı (50%vs8.3%;p=0.08). Üç (33.3%) olguda rejeksiyon gelişti (bunların 1' tekli IS, ve 2'si ikili IS almaktaydı). Beş (27.7%) olgunun cilt kanseri lokal nüks etti. Nüks edenler etmeyenle kıyaslandığında 2'sinde rejeksiyon nedeniyle pulse steroid ve idame IS ilaçların artırıldığı ve 1 olguda M-TOR inh.' Tolere edemediğinden CAI'e değişim yapıldığı saptandı. Nüks edenlerde M-TOR inh kullanımı daha azdı. İzlemde 1 olgu kalp yetmezliğinden ex oldu ve 1 olguda kronik rejeksiyondan hemodiyalize döndü.

Çıkarışma: Böbrek nakli sonrası Non-melanom cilt kanseri gelişen olgularda M-TOR inh. kullanımı hastalık nüksünü azaltabilir. Cilt kanseri gelişimi sonrası ciddi immunsupresif ilaçların azaltılması ve/veya kesilmesi (özellikle tekli immunsupresif rejim kullanımı) rejeksiyona ve böbrek yetmezliğinde progresyona yol açabilir. Bu olgularda M-TOR inh.bazlı üçlü IS rejimleri fayda zarar göz önünde bulundurularak düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, m-tor inhibitör tedavisi, non-melanoma cilt kanserleri, kaposi sarkomu, rejeksiyon

Tablo. Malignite Sonrası İdame İmmunsupresif İlaçlar ve Sonuçları

	Üçlü IS rejim(n:10)			İki ve daha az IS rejim(n:8)			P değeri
	Total (n:10)	MTOR inh. bazlı (n:4)	CNI bazlı (n:6)	Total (n:8)	MTOR inh. bazlı (n:4)	MTOR inh dışı Rejim (n:4) (n:2,tekli IS rejim)	
Bazal S.kreatinin (mg/dL)	1.6±0.7	1.0±0.3	2.0±0.3	1.6±0.6	1.7±0.3	1.5±0.5	0.98
Bazal Proteinüri (mg/gün)	257±464	98±96	364±590	600±1037	400±501	800±1440	0.30
Son kontrol S.kreatinin (mg/dL)	1.7±0.7	1.2±0.6	2.0±0.7	2.4±1.6	1.7±0.5	3.2±2.1	0.20
Son kontrol Proteinüri (mg/gün)	359±260	298±280	400±271	1.659±2.155	1.944±2.860	1.340±1.580	0.13
Rejeksiyon n:(%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3(37.5)	1 (25)	2 (50)	0.08
Progresyon n: (%)	2(20)	1 (25)	1 (16)	4(50)	1 (25)	3(75)	0.20
Graft Kaybı n: (%)	0(0)	0(0)	0(0)	1(12.5)	0(0)	1(25)	0.19
Hastalık Nüksü n: (%)	1(10)	0(0)	1(16)	4(50)	1 (25)	3(75)	0.08

PS/RT-178

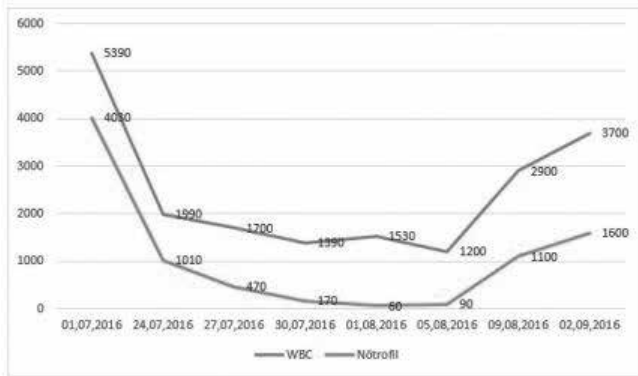
BÖBREK NAKİLLİ BİR HASTADA TAKROLİMUSA BAĞLI NÖTROPENİ

Yelda Deligöz Bildacı¹, Ömer Celal Elçioğlu¹, Meltem Gürsu¹, Yunus Taşçı¹, Cemile Kesgin Toka¹, Adem Akçakaya¹, Rümeyza Kazancıoğlu¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Takrolimus böbrek nakilli hastalarda kullanılan tedavi protokollerinin önemli bir parçasıdır. İyi bilinen ve sık görülen birçok metabolik istenmeyen etkisi olmakla birlikte kemik iliği supresyonu ilacın az rastlanan ve üzerinde fazla durulmayan önemli bir yan etkidir. Lökopeni gelişen böbrek nakilli hastada genellikle mikofenolik asit türevleri, valgansiklovir, m-TOR inhibitörleri, azatioprin, trimetoprim sülfometaksazol (TMP), anti-timosit globülin (ATG) gibi ilaçlar veya sitomegalovirus (CMV) başta olmak üzere viral enfeksiyonlar suçlanır. Bu yazıda kadavradan böbrek nakli yapılan bir hastada takrolimusa ikincil gelişen nötropeni tartışılacaktır.

Vaka: Sürekli ayakta periton diyaliz tedavisi ile takip edilmekte olan 42 yaşında kadın hastaya Kasım 2015'te kadavradan böbrek nakli yapıldı. ATG ile indüksiyon uygulandı. İmmüsupresif protokolü olarak takrolimus, mikofenolat mofetil (MMF) ve prednizolon ile takip edildi. Profilaktik olarak flukanazol, valgansiklovir ve TMP verildi. Nakil sonrası 50. gün kontrolünde lökopeni saptanması üzerine lökopeniye neden olabilecek viral enfeksiyonlar dışlandıktan sonra 1000 mg/gün dozda verilmekte olan MMF dozu 500 mg/gün şeklinde azaltıldı. Takip eden haftada lökosit ve nötrofil sayısının normale gelmesi üzerine MMF dozu 1000 mg/güne arttırıldı. Naklin beşinci ayında BK virüs enfeksiyonu saptanan hastaya levofloksasin tedavisi başlandı. MMF 1000 mg/gün, prednizolon 5 mg/gün, takrolimus (serum düzeyleri 4-6 ng/ml civarında seyrediyordu), TMP ve levofloksasin tedavisi ile takip edilmekte iken batın içinde ön planda over kaynaklı olduğu düşünülen kistik lezyon nedeniyle naklin sekizinci ayında genel anestezi altında opere edildi. Malignite lehine bulgu saptanmadı. Operasyon sonrası takibinde toplam lökosit (2200/mm³) ve nötrofil (1100/mm³) sayısında azalma tespit edildiği için almakta olduğu TMP ve MMF sırasıyla kesildi ve bakılan parvovirüs B19 serolojisi negatif saptandı. CMV PCR ise düşük titrede (2300 kopya) pozitif saptandı ve tedaviye valgansiklovir eklendi. Buna rağmen nötrofil sayısı 20/mm³ olarak saptanması üzerine levofloksasinin tedavisi de kesildi. Nötropeninin devam etmesi nedeniyle kemik iliği aspirasyon ve biyopsisi yapıldı. Kemik iliğini infiltre eden patoloji saptanmamakla beraber CMV enfeksiyonunun bulgularının izlenmediği, kemik iliğinin hiposelüler olduğu belirtildi. Kontrol CMV PCR negatif saptandı ve almakta olduğu valgansiklovir de kesildi. Nötropeni gelişmesinin 15. gününde takrolimus tedavisi kesilerek siklosporin tedavisine başlandı. Takrolimus kesildikten iki sonra lökosit sayısı 2600/mm³'e yükseldi. Nötrofil sayısı 500/mm³'ün üzerine çıktı. MMF tedaviye tekrar eklendi. Son poliklinik kontrolünde lökosit sayısı 3900/mm³, nötrofil 2300/mm³ saptandı. Hastanın nötropeni başlangıcı ile sonrası dönemdeki lökosit ve nötrofil sayıları Şekil'de sunulmuştur.



Sonuç: Miyelosupresyon takrolimusun ihmal edilen yan etkilerinden biridir. Böbrek nakilli hastalarda gelişen lökopeni ve nötropeniden çoğunlukla MMF

suçlanmıştır. Ancak takrolimusa bağlı kemik iliği baskılanması az sayıda olguda bildirilmiştir. Takrolimusun, miyeloproliferasyonun farklı basamaklarını baskılayarak siklosporinden farklı olarak nötropeniye sebep olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, lökopeni, nötropeni, takrolimus

PS/RT-179

BEŞİNCİ YIL SONRASI NEDENLİ NAKİL BÖBREK BİYOPSİSİ YAPILAN OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ TECRÜBEMİZ

Erhan Tatar¹, Çenk Şimsek², Funda Taşlı³, Kezban Pinar Yeniay¹, Veli Kursat Cayhan², Murat Karatas², Adem Uslu²

¹Izmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji ve Organ Nakli Kliniği

²Izmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi ve Organ Nakli Kliniği

³Izmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

Giriş: Günümüzde, böbrek naklinde cerrahi teknik ve immüsupresif ilaçlarda gelişmeler, böbrek naklinin erken döneminde hasta sonuçlarında düzelmelere yol açarken, geç dönem böbrek sağkalımında ise düzelmeler olmamıştır. Güncel böbrek biyopsi çalışmalarında, geç dönem graft kaybının en sık nedeni olarak kronik rejeksiyonlar suçlanmaktadır. Bu dönemde verilecek tedavisinin etkinliği ise tartışmalı bir konudur. Bu çalışmanın amacı böbrek nakli yapılan ve 5. yıl sonrası nedeni böbrek biyopsisi yapılan olgularının değerlendirilmesi ve tedavi etkinliğinin araştırılmasıdır.

Method: Çalışmamıza Ocak 2013-Ocak 2016 yılları arasında merkezimizde nedeni böbrek biyopsisi yapılan ve biyopsi sonrası en az altı ay izlemi olan olgular geriye dönük değerlendirildi. Olguların bilgileri hasta kartlarından elde edildi. Biyopsi nedeni olarak, izlem süresince serum kreatinin düzeyinde %30'un üzerinde artış ve/veya 1 gram/gün'ün üzerinde proteinüri gelişmesi kabul edildi. Hastaların böbrek biyopsi bulguları Banff 2003 histolojik skorlanmasına göre değerlendirildi. Total skoruz 5'de olan olgular kronik olarak değerlendirildi. Glomeruler Filtrasyon Hızı (GFH) MDRD formülüne göre hesaplandı.

Sonuçlar: Geç dönem böbrek biyopsisi yapılan 30 olgu değerlendirilmeye alındı. Hastaların nakil sonrası ortalama biyopsi yapılma süresi 98±31 aydı. Hastaların nakil yaş ortalaması 35±11 ve K/E oranı 20/10'du. Hastaların bazal, 1 yıl, 3 yıl ve biyopsi anında serum kreatinin ortalamaları 1.1±0.2 mg/dL, 1.3±0.4 mg/dL, 1.4±0.4 mg/dL ve 2.5±1.1 mg/dL'di. Biyopsi anında proteüri miktarı 1.7±1.6 gram/gün'dü. Bu olguların ilk bir yıl içinde %16'da rejeksiyon öyküsü mevcuttu. 11(36%) olguya izole graft disfonksiyonu nedeniyle, 5 (17%) olguya izole proteinüri nedeniyle ve 14 (47%) olguya ise proteinüri ve graft disfonksiyonu nedeniyle böbrek biyopsisi yapılmıştı. Hastaların 20(66%)'sinde geç dönem rejeksiyon, 6(20%)'sında nüks veya denovo glomerulonefrit ve 4 (14%) tanesinde idiopatik KAN tanısı konuldu. Rejeksiyonu olan olguların 50%'de akut bulgular mevcuttan, 15%'de mikst tip rejeksiyon ve 16 (80%)'sında C4d pozitifliği. Glomerulonefrit tanısı konulan 6 olgunun 2'si IgA nefriti, 2'si Membranoproliferatif glomerulonefrit, 1'si membranöz nefropati ve 1'side pauci-immun kresentik glomerulonefritti. Hastaların Banff'e göre total skor ortalaması 6.2±2.6 ve olguların %70'de kronik bulgular önplandaydı. Rejeksiyon tanılı 20 olgunun 11'ine pulse steroid, 5'ine 1-2gram/kg/total IVIG, 4'üne Plazmaferez, 3'üne ATG ve 2'sinde rituximab tedavisi almıştı. Rejeksiyon olgularının tamamı izlemde idame tedavisi Tacrolimus ve antiproliferatif ajan olarak mikofenolik asite değişim yapıldı. Glomerulonefriti olan 6 olgunun 5'ine pulse steroid, 1 olguya rituximab ve 3 olguya ise siklofosfamid tedavisi verilmişti. Hastalar biyopsi sonrası 16±11 (6-41) ay takip edilmişti. İzlem süresince 11 (37%) olgu progresif seyretmiş ve bunların 7(23%)'si diyalize dönmüştü. Biyopsi anında GFH'si 30 ml/dk'ın altında olanlar, olmayanlarla kıyaslandığında (n:15, %50) izlemde progresyon olma oranı 53%vs20%'di (p=0.05). Diyalize dönüş 7% vs 40%;p=0.03'dü. Biyopside kronistesisi olan olgular olmayanlarla kıyaslandığında biyopsi anında daha düşük GFH'e sahipti.(38±9.5,27±13;p=0.03)

Çıkarışma: Çalışmamızda geç dönemde graft disfonksiyonun en sık nedeninin rejeksiyonlar olduğunu saptadık. Geç dönemde yapılan nakil böbrek biyopsilerde

sıklıkla kronsit bulguları ön plandadır. Özellikle biyopsi anında GFH 30 ml/dk'ın altında olması, etiyoloji ne olursa olsun kötü renal sonlanımla ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek biyopsisi, böbrek nakli, böbrek sağkalımı, geç dönem rejeksiyon.

PS/RT-180

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞLİ OLGULARDA BÖBREK NAKLİ SONRASI ENFEKSİYONLAR; ÖNEMLİ BİR SORUN !

Erhan Tatar¹, Murat Karataş², Ahmet Aykas², Gökalep Okut², Giray Bozkaya³, Adam Uslu²

¹Zmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji ve Organ Nakli Kliniği

²Zmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi ve Organ Nakli Kliniği

³Zmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya Kliniği

Amaç: Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF)'li Sondönem böbrek yetmezlikli olgularda böbrek nakli uygun bir tedavi seçeneği olup, bu olgularda böbrek nakli sonrası uzun dönem hasta sonlanımları diğer böbrek nakilli olgulardan farklıdır. Bununla birlikte izlem süresinde enfeksiyonlar en önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Bu durumdan FMF'de immün-sistemde ciddi değişiklikler olması ve nakil sonrası yoğun immünsupresif (IS) ilaç tedavisi bu süreci kötü yönde etkiliyor olabilir. Bu hastalarda IS ilaç tercihleri ve etkinlikleri konusunda literatürde yeterli veri yoktur. Bu çalışmanın amacı merkezimizde takip ettiğimiz primer böbrek hastalığı FMF'e bağlı AA tip Amiloidoz olan, böbrek nakilli olgularının uzun dönem sonuçlarının değerlendirilmesi, bu hastalarda izlem süresince yatış gerektirecek enfeksiyon durumlarının değerlendirilmesidir.

Metod: Merkezimizde en az 1 yıldır izlenen primer böbrek hastalığı FMF'e sekonder AA Amiloidoz olan böbrek nakilli olguların dosyaları geriye dönük incelendi. Yaş, cinsiyet, döner tipi, immün durumu, ortalama takip süreleri benzer olan ve primer böbrek hastalığı glomerulonefrit olan olgular kontrol grubu olarak seçildi.

Sonuçlar: Çalışmaya FMF'li 32 olgu ve kontrol grubu olarak 24 olgu dahil edildi. Hastaların Yaş ortalaması 39±12 vs 40±11; p=0.92 ve cinsiyet oranları K/E 53%vs56%; p=0.86 ve ortalama takip süresi 82±57 vs 79±54 ay; p=0.82, benzerdi. Hastaların taburculuk serum kreatinin ortalaması 1.7±0.9 mg/dL vs 1.5±1.0 mg/dL; p=0.41 ve 1. Yıl, 3. yıl ve son kontrol serum kreatinin ortalaması ise sırasıyla 1.4±0.4 mg/dL vs 1.3±0.5 mg/dL p=0.44, 1.4±0.6 mg/dL vs 1.3±0.5 mg/dL p=0.63 ve 2.0±1.5 mg/dL vs 2.1±1.5 mg/dL p=0.92 benzerdi. Birinci yıl ve son kontrole kadar rejeksiyon oranları 25%vs21% p=0.72, 43%vs 36% p=0.62, benzerdi. Bununla birlikte ilk yıl içinde enfeksiyon nedeni, FMF'li 19 olgu (59.3%) ve ortalama 1.94 kez yatışı olmuş. Kontrol grubunun ise 9 olgunun (36%) ve ortalama 1.8 kez yatışı olmuştu (p=0.153, p=0.283). Kümülatif Üçüncü yıl içinde ise FMF'li 21 olgu (87.5%) ve ortalama 6.1 kez yatışı olmuş kontrol grubu ise 9 olgu (50%) ve ortalama 2.5 kez yatışı olmuştu (p=0.01, p<0.01). son kontrole kadar kümülatif FMF'li 20 olgu en az bir kez yatarken (87%) ve ortalama yatış sayısı 8.6 kezdi. kontrol grubu ise 13 olgu (68%) yatışı olmuş ve ortalaması ise 2.8 kezdi (p=0.16, p<0.01). Hastaların tamamı başlangıçta her iki grupta 3'lü IS rejim almaktaydı. İzleminde FMF'li olgularda 1 yıl 26 (81.5%) olgu ve 3. Yıl sadece 15 (62%) olgu 3'lü IS rejim almaya devam etti. Kontrol grubunda 1.yıl 22 (88%) olgu ve 3.yıl 15 (83%) olgu 3'lü IS rejim almaktaydı. (sırasıyla; p>0.05, p>0.05). FMF'li olgularda 1 yıl ve 3 yılda ilaç değişimi sırasıyla olguların 27% ve 73.3% yapılmıştı. Kontrol grubunda ise 1. Ve 3. Yılda 22.7% ve 40%'da ilaç değişimi olmuştu. (sırasıyla; p<0.05, p<0.05) Toplamda FMF li olgularda 1. Ve 3.yılda ilaç kesimi (2'li rejim) ve/veya değişimi sırasıyla 40.6% ve 83.3% yapılmıştı. Kontrol grubunda ise 28% ve 55.5%'di. (sırasıyla; p<0.05, p<0.05) İzlem süresince FMF'li olgularda 6 (18.7%) olgu ex olmuş ve 3 (9.3%) olgu diyalize dönmüştü. kontrol grubunda ise 2 (8%) olgu ex olmuş ve 4 (16%) olgu hemodiyalize dönmüştü (p=0.56, p=0.23).

Çıkarışma: FMF'li böbrek nakilli olgularda primer böbrek hastalığı glomerulonefrit olan olgularla kıyaslandığında rejeksiyon ve/veya graft kaybı oranları benzer olmasına rağmen, enfeksiyon nedeni hastaneye yatış ve mortalite oranları artmıştır. Bu olguların izleminde enfeksiyon nedeni çoğu olguda ilaç değişimi gereksinimi olmuştur. Bu olgularda idame IS seçiminde bu durum göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi akdeniz ateşi, sekonder amiloidoz, böbrek nakli, enfeksiyonlar, hasta sonlanımı, ölüm.

PS/RT-181

POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIĞINA BAĞLI SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARDA RENAL TRANSPLANTASYON PLANINDA NATİV NEFREKTOMİNİN YERİ

Türker Ertürk¹, A. Hamit Karayağuz¹, Gökçen Alış¹, Ülkem Çakır¹, İbrahim Berber¹

¹Acıbadem Üniversitesi Organ Nakli Uygulama ve Araştırma Merkezi

Giriş: Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı (PBH), bilateral böbrekte yaygın kistlerin görüldüğü, çoğunlukla son dönem böbrek yetmezliği (SDBY)'ne yolaçan, kalıtsal hastalıklardandır. Toplumda görülme sıklığı 1/400-1000 oranında bildirilmiştir. SDBY olgularının % 7-10'undan sorumludur. Çalışmamızda; böbrek nakli planlanmış, PBH etyolojik faktörü ile SDBY tanılı hastalarda, nativ nefrektomi (NN) yapılmasını incelemeyi amaçladık.

Yöntemler: Acıbadem International Hastanesi Organ Nakli Merkezi'nde Ekim 2010 – Ağustos 2016 tarihleri arasında yapılan böbrek nakillerinden, etiyolojisi PBH olan olgular çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Toplam 809 böbrek naklinin 53' nün (36 erkek (%67.9), 17 kadın (%32.1), yaş ortalaması 49.1 yıl) etiyolojisinde PBH olduğu tespit edildi. 53 olgunun toplam 11' ine (2' sine rekürren üriner enfeksiyon nedeniyle, 9'una böbreklerin büyüklüğü nedeniyle) NN yapıldı. Olgulardan 1'ine preoperatif bilateral NN, 8'ine peroperatif bilateral NN (1 olgu atnallı polikistik böbrek), 1'ine peroperatif sağ NN ve 1'ine postoperatif NN uygulandı. NN yapılan hiçbir olguda intraabdominal hematoma, lenfositik enfeksiyon veya erken dönem rejeksiyon gibi postoperatif komplikasyon olmadı.

Sonuç: Böbrek nakli planlanan polikistik böbrek hastalarında, preoperatif veya peroperatif NN operasyonu, rekürren üriner enfeksiyon hikayesi veya nativ böbreklerin boyutlarının büyüklüğü nedeniyle transplant böbreğin yerleştirilmesinde cerrahi teknik zorlukların yapılmasına göre planlanır. Ameliyat süresinin uzamaması ve/veya hastaya fazladan cerrahi stres ve komplikasyon riski getirmemesi için her vakaya NN önerilmemektedir. Ancak NN olmamış böbrek nakilli olguların, hem enfeksiyon hem de transplant böbrek ve transplant üretere baskı yönünden uzun dönem takibinin yapılması gerekmektedir. Posttransplant immünsupresif ilaç kullanımı nedeniyle preoperatif NN'yi önerenler olsa da, çalışmamızda, renal transplantasyon ameliyatı ile eş zamanda yapılan NN'lerde herhangi postoperatif komplikasyon görülmemiştir. Bu nedenle, endikasyon dahilindeki olgularda NN'nin nakil ile eş zamanda yapılabileceğini ve böylece preoperatif ayrıca bir ameliyat olmasının gerekli olmayacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Polikistik böbrek hastalığı, renal transplantasyon, nativ nefrektomi

PS/RT-182

BÖBREK NAKLİ ALICILARINDA BK VİRÜS NEFROPATİSİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Gizem Korkut¹, Serkan Yıldız², Özgür Akkale², Mehtat Ünlü³, Zekai Serhan Derici⁴, Ali Çelik², Aykut Sifil², Caner Çavdar², Sülen Sarıoğlu³, Taner Çamsarı²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, İzmir

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Bu çalışmanın amacı Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde böbrek nakli yapılan ve nakil sonrası izlenen hastaları BK virüs nefropatisi gelişimi açısından geriye dönük olarak incelemek ve değerlendirmektir.

Metod: Çalışmaya Şubat 1992 – Aralık 2015 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde böbrek nakli yapılan ve nakil sonrası izlenen 311 hasta dahil edildi. Çalışmaya alınan böbrek nakli hastalarının demografik özellikleri, eşlik eden hastalıklar, böbrek verici tipi, nakil tarihi, doku uyumu, panel reaktif antikor varlığı, idrarda decoy hücresi, idrarda ve kanda BK virüs DNA pozitifliği, indüksiyon ve idame immünsupresif tedavi rejimleri, akut rejeksiyon sayıları, akut rejeksiyon varlığında aldığı tedavi rejimleri, BK virüs nefropatisi açısından

greft biyopsisi bulguları ve BK virüs infeksiyonu ve nefropatisi nedeniyle uygulanan tedaviler hasta dosyalarından geriye dönük olarak incelendi ve veri tabanına kaydedildi.

Bulgular: Böbrek nakli sonrası izlemde 6 hastada BK virüs nefropatisi geliştiği saptandı. Merkezimizin BK virüs nefropatisi insidansı % 1.9 olarak bulundu. 4 hastaya canlı vericiden, 2 hastaya ise kadavra vericiden böbrek nakli yapıldı. Hastaların 5'i erkek, 1'i kadın idi. Hastaların böbrek nakli tarihindeki yaş ortalamaları ise 36.83 ± 10.22 yıl idi. Böbrek nakli öncesi 3 hastaya hemodiyaliz, 1 hastaya periton diyalizi tedavisi uygulanıyordu. 2 hastaya ise preemtif böbrek nakli yapıldı. BK virüs nefropatisi tüm hastalarda greft biyopsisi yapılarak doğrulandı. Tüm biyopsiler greft işlev bozukluğu nedeniyle yapıldı. 5 hastanın greft biyopsisi öncesi yapılan idrar sitolojik incelemesinde Decoy hücresi gözlemlendi. 5 hastanın greft biyopsisinde BK virüs nefropatisine eşlik eden akut rejeksiyon bulguları vardı. BK virüs nefropatisi saptanan tüm hastalara nakil sırasında indüksiyon tedavisi uygulanmıştı ve greft biyopsisi öncesi tüm hastalar üçlü immünoşüpresif tedavi almaktaydı.

Sonuç: Böbrek nakli alıcılarında bağışıklık sistemini baskılayıcı tedavinin istenmeyen sonuçlarından birisi de BK virüs infeksiyonu ve nefropatisidir. Son zamanlarda böbrek nakli alıcılarında BK virüs nefropatisi insidansında artış gözlenmektedir. Merkezimizin BK virüs insidansı dünyadan ve ülkemizden bildirilen raporlarla uyumlu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, bk virüs, bk virüs nefropatisi

PS/RT-183

BÖBREK NAKLİ YAPILAN BİR HASTADA GELİŞEN PROGRESİF MULTİFOKAL LÖKOENSEFALOPATİ

Mürşide Esra Dölerslan¹, Simge Bardak¹, Kenan Turgutalp¹, Serap Demir¹, Ahmet Alper Kırıkm¹
¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ad, Nefroloji Bd

Giriş: Progresif multifokal lökoensefalopati (PML), hücrel immün yetmezliği olan hastalarda görülen, JC virüs reaktivasyonuna bağlı, hızlı ilerleyen, etkin tedavisi olmayan ve kısa sürede fatal seyreden bir nörolojik sendromdur. Tanıda; klinik, radyolojik, patolojik ve viral incelemelerden yararlanılır. Burada böbrek nakilli bir hastada post-transplant 4. yılda PML tanısı konan bir olgu sunduk.

Olgu: 62 yaşında, 2012'de böbrek nakli olan, takrolimus, mikofenolat sodyum ve prednizolon tedavisi alan kadın hasta, Mart 2016'da sağ kolda güç kaybı ve uyuşukluk şikayeti ile acil servise başvurdu. Yapılan serebral MR'de multifokal, yaklaşık 3x2.5 cm boyutlarında T1A incelemede hipointens, T2A ve FLAİR incelemede hiperintens sinyal özelliğinde, kontrast tutulumu göstermeyen lezyonlar izlendi. Difüzyon ağırlıklı incelemede lezyonların periferik halkasal difüzyon kısıtlaması saptandı. Ensefalit dışlandı. Beyin biyopsisinde; yumuşak kıvamlı, beyin dokusundan sınırları ayırt edilemeyen, renk değişikliği göstermeyen, mukus kıvamlı doku saptandı ve çıkarıldı. Mikroskopisinde, beyaz cevherde yoğun köpüksü makrofaj infiltrasyonu, immunohistokimyasal boyamalarda GFAP ekspresyonu, CD68 ve nöroflaman pozitif boyanma saptanması üzerine demiyelizan hastalık düşünüldü. Kan ve beyin omurilik sıvısında JC virus negatif idi. Elektron mikroskopi yapılamadığı için JC virüsünü değerlendiremedi. Hastanın immünoşüpresif tedavisi prednizolon ile sürdürüldü ve 5 gün plazmaferez uygulandı. Kontrol serebral görüntülemelerinde belirgin regresyon ve yakınmalarında ciddi gerileme saptanmadı. İzlemde genel durumu ve graft fonksiyonlarında bozulma gözlenmeyen hastanın prednizolon dozu kademeli olarak azaltıldı. Hasta 5 aydır PML tanısı ile takip edilmekte ve 3 aydır prednizolon monoterapisi almaktadır.

Tartışma ve Sonuç: Böbrek nakilli hastalarda, sitomegalovirüs ve BK virüs gibi sıradan olmayan viral hastalıklar görülebilmektedir. PML, böbrek nakilli hastalarda nadir rapor edilmiştir. Olguların %95'i tanıdan sonra 4-5 ay gibi kısa bir sürede yaşamlarını yitirir. Amerikan Nöroloji Akademisi Nöroinfeksiyöz Hastalıklar Birimi'nin konsensus raporuna göre; JC virüse ait viral çalışmaların pozitif olmasına rağmen tipik radyolojik bulgu olmaması veya tipik radyolojik bulgu olmasına rağmen JC virüs testlerinin negatif çıkması PML tanısı olası olduğunu düşündürmektedir. Öte yandan, bu tür olası tüm olguların PML gibi yönetilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, progresif multifokal lökoensefalopati

PS/RT-184

DOĞURGANLIK ÇAĞINDAKİ RENAL TRANSPLANTASYONLU OLGULARDA GEBELİK GÜVENLİ MİDİR ? BİR MERKEZ DENEYİMİ.

Gürsel Yıldız¹, Murathan Uyar¹, Gülay Yılmaz¹, Mehmet Tokaç², Eryiğit Eren², Gürkan Tellioglu², Ayhan Dinçkan²

¹İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

²İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Ülkemizde genç doğurgan yaştaki son dönem böbrek hastaları arasında da transplantasyonun yaygınlaşması bu hastaların gebelik isteklerini gündeme getirmiştir. Başarılı bir böbrek transplantasyonu, renal ve endokrin fonksiyonları hızla normalleştirmekte ovulatuvar siklusların ve normal cinsel yaşamın devamını sağlamaktadır. Renal transplantasyonlu doğurgan yaştaki kadınlarda gebelik başarılı bir şekilde sürdürülebilirse de anne ve çocuk açısından riskler taşımaktadır.

Yöntem: 20007-2016 yılları arasında gerçekleştiren 1687 (1144 erkek, 543 kadın) renal transplantasyon olgusundan 18-50 yaş arasında doğurganlık çağındaki 339 kadın olgudan gebe kalan 8 olgunun gebelik öncesi ve sonrası dönemi değerlendirildi.

Bulgular: Olgular ortalama $28,5 \pm 3,7$ yaş, ortalama $41,6 \pm 24,8$ ay nakil öncesi hemodiyaliz süresine, ortalama $53,1 \pm 20,2$ ay gebelik öncesi nakil süresine sahipti. (Tablo 1). İmmünoşüpresif olarak 5 olguda steroid+takrolimus +azotiyopirin, 3 olguda steroid+siklosporin+azotiyopirin kullanıldı. Ortalama gebelik süresi $35,8 \pm 2,7$ ay olarak saptandı. Bir olguda preklampsi, aynı olguda hipertansiyon, prematür ve düşük doğum ağırlığı saptandı. Tüm olgular sezeryan ile doğurtuldu. Hiçbir olguda rejeksiyon atağı, gestasyonel diyabet saptanmadı. 1 olgu 2. trimesterde üriner enfeksiyon nedeniyle tedavi edildi. Bebeklerin doğum boyları $49,9 \pm 2,2$ cm, doğum ağırlığı $2630 \pm 578,6$ kg olarak saptandı. Gebelik öncesi ve doğum evresi karşılaştırıldığında hemodinamik ve biyokimyasal değerlerde anlamlı fark saptanmadı. Gebeliğin doğası gereği iki dönem arasında VKİ anlamlı olarak farklı idi. Hemoglobin değeri gebelik öncesine göre anlamlı düzeyde düşük saptandı (Tablo 2).

Sonuç: Sonuç olarak, transplantasyonlu olgularda gebelik, maternal ve fetal riskler taşısa da renal transplant hastalarında başarılı gebelik mümkündür. Olgu sayımız yetersiz olsa dahi transplant olgularımızda gebelik ve sonuçları normal gestasyonel verilerle karşılaştırılabilir niteliktedir. Renal transplant olgularında, optimal renal fonksiyonlar sağlandığında, gebelik komplikasyonları açısından eğitim, gebelik öncesi uygun bir immünoşüpresif tedavi rejimi ve multidisipliner yakın izlem ile maternal ve fetal açıdan başarılı bir gebelik sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek transplantasyonu, gebelik

Tablo 1. Olguların demografik özellikleri ve gebelik öncesi laboratuvar değerleri

Yaş (yıl)	28,5±3,7
Hemodiyaliz süresi (ay)	41,6±24,8
Nakil süresi (ay)	53,1±20,2
Gebelik süresi (hafta)	35,8±2,7
Doğum boyu (cm)	49,9±2,2
Doğum ağırlığı (kg)	2630±578,6
Vücut kitle indeksi (kg/m2)	25,8±6,4
Sistolik kan basıncı (mmHg)	119±11
Diastolik kan basıncı (mmHg)	75±5
Kreatinin (mg/dL)	1,04±0,2
Sodyum (mEq/L)	139,5±1,4
Potasyum (mEq/L)	4,2±0,3
Ürik asit (mg/dL)	5,3±1,1
Lökosit sayısı (109/L)	8546,3±1450
Hemoglobin (g/dL)	11,9±1,2
İdrar protein/kreatin(mg/gr)	128±21,8
Takrolimus (ng/ml)	4,4±2,3
Siklosporin (ng/mL)	82,3±30,7

Tablo 2. Olguların gebelik öncesi ve doğum evresindeki değerlerinin karşılaştırılması

Parametreler	Gebelik öncesi	Doğum evresi	p
Sistolik kan basıncı (mmHg)	119±11	130±15	0,071
Diastolik kan basıncı (mmHg)	75±5	84±14	0,121
Vücut kitle indeksi (kg/m2)	25,8±6,4	30,3±6,5	0,014
Kreatinin (mg/dL)	1,04±0,2	1,1±0,4	0,799
BUN (mg/ dL)	19,3±5,4	19,7±8,5	0,674
Sodyum (mEq/L)	139,5±1,4	138±2,3	0,051
Potasyum (mEq/L)	4,2±0,3	4,3±0,4	0,575
Lökosit sayısı (109/L)	8546,3±1450	9895±2729,7	0,484
Hemogloblin (g/dL)	11,9±1,2	9,9±0,8	0,012
İdrar protein/kreatinin (mg/gr)	128±21,8	795,8±1117,1	0,069
Takrolimus (ng/ml)	4,4±2,3	5,5±1,2	0,500
Siklosporin (ng/ml)	82,3±30,7	88±42	0,593

PS/RT-185**CANLIDAN RENAL TRANSPLANTASYON HAZIRLIĞINDA, DONÖR ADAYLARINDA DIŞLANMA NEDENLERİ VE SAPTANAN ASEPTOMATİK SİSTEMİK HASTALIKLAR**

Ayşe Özkan³, Gürsel Yıldız¹, Murathan Uyar¹, Gülay Yılmaz¹, Mehmet Tokaç², Eryiğit Eren², Gürkan Telliöğlu², Ayhan Dinçkan²

¹İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

²İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

³İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Organ Nakli Koordinatörlüğü

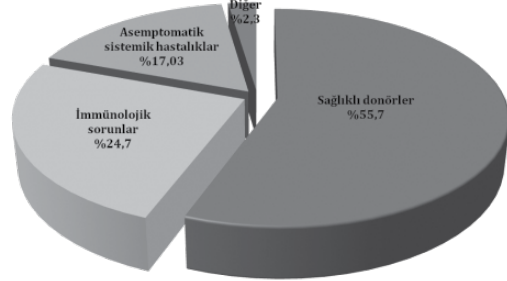
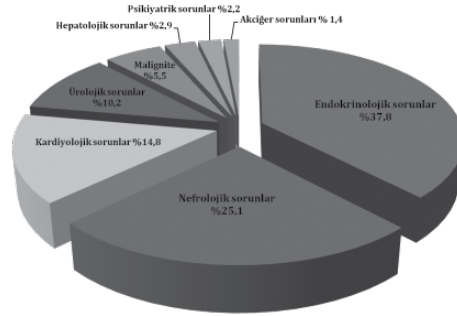
Giriş: Bekleme listesinde nakil olmayı bekleyen hastaların giderek artışı ve yetersiz organ bağı, nakillerin büyük bölümünün canlıdan yapılmasıyla sonuçlanmıştır. Aseptomatik sistemik hastalıklar toplum sağlığı açısından büyük risk oluşturmaktadır. Bu çalışmada, kliniğimize başvuran böbrek donörü adayları arasında, aseptomatik sistemik hastalıklar ve diğer sorunlardan dolayı donör olamayan kişilerin verileri sunuldu.

Yöntem: Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Gaziosmanpaşa Hastanesi'ne 2011-2016 tarihleri arasında başvuran, yaşları 21-86 arasında 1614 canlı böbrek donör adayı (962 kadın, 652 erkek) retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Değerlendirilen 1614 canlı böbrek donör adayından 401'i (%24,7) immünolojik nedenlerden, 275'i (%17,03) aseptomatik sistemik hastalık nedeniyle, 38'i (%2,3) diğer nedenlerden dolayı donör olamadı. Aseptomatik sistemik hastalık saptananların 41'inde (%14,9) kardiyolojik (kalp yetmezliği, hipertansiyon), 69'unda (%25,1) nefrolojik (düşük glomerüler filtrasyon hızı, atnalı, hipoplazik, atrofik, polikistik, soliter böbrek, , renal arter stenozu ve anevrizması), 104'ünde (%37,8) endokrinolojik (diyabetes mellitus), 8'inde (%2,9) hepatolojik (aktif viral hepatit), 28'inde (%10,2) ürolojik (taş), 15'inde (%5,5) erken evre malignite (meme, akciğer, mide, prostat, endometrium), 4'ünde (%1,4) akciğer (KOA), 6'sında (%2,2) mental patoloji (IQ düşüklüğü) saptandı.

Sonuç: Aseptomatik sistemik hastalık sıklığı toplumda azımsanmayacak düzeydedir. Böbrek nakli için başvuran verici adaylarında nakil öncesi yapılan tetkikler ile kişilerin farkında olmadığı, birçok sistemik hastalık saptanabilmektedir. Sağlıklı olarak başvuru yapan aseptomatik hastalığı saptanan donör adaylarının bu şekilde tespit edilmesi hem birçok hastalık için erken tanı ve tedavi şansı, hem de toplum sağlığı açısından farkındalık sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, canlı donör

Figürler :**Figür 1.** Değerlendirilen donör adaylarında saptanan dışlanma nedenleri**Figür 2.** Donör adaylarında saptanan aseptomatik hastalıkların görülme sıklığı**PS/RT-186****BÖBREK NAKLİ ALICILARINDA KAVİTER PULMONER HASTALIK: TEK MERKEZ DENEYİMİ**

Gizem Kumru¹, Şiyar Erdoğan¹, Serkan Aktürk¹, Acar Tüzüner², Şule Şengül¹, Kenan Keven¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Solid organ nakli hastalarında, kaviter pulmoner nodül ayırıcı tanısında çeşitli enfeksiyöz nedenler ve maligniteler göz önünde bulundurulmalıdır. Bu hasta grubunda hızlı tanı ve tedavi için agresif tanı yöntemleri kullanılmalı, klinik şüpheye göre ampirik tedavi hızla başlanmalıdır. Çalışmada, merkezimizde izlenen böbrek nakli alıcılarında gelişen kaviter pulmoner hastalık özellikleri incelenmiştir.

Metod: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Ocak 2002 ve Ekim 2013 tarihleri arasında yapılan ve nakil sonrası izlenen 343 böbrek nakli hastası retrospektif olarak taranmıştır. Takibinde kaviter pulmoner hastalık gelişen 7 hastanın demografik verileri, immünolojik özellikleri, kaviter hastalık etyolojisi ve tedavisi incelenmiştir.

Bulgular: Kaviter pulmoner hastalık gelişen hastaların ortalama yaşı 49±7 yıl, dördü (57,1%) kadındır. Hastaların üçü (42,8%) indüksiyon tedavisi (IL2 reseptör antagonisti) almış, yedi hastanın tamamı üçlü standart immünsüpresif tedavi almaktadır. Kaviter pulmoner hastalık, nakil sonrası ortalama 29 ayda (min:1, max:115), hastaların üçünde (42,8%) akut rejeksiyon tedavisi sonrasında görülmüştür. Hastaların tamamında enfeksiyöz nedenlere bağlı kaviter pulmoner hastalık gelişmiştir: 2 Aspergillus spp., 2 P. aeruginosa, 2 Candida spp., 1 M. Tuberculosis üremesi olmuştur. Tüm hastalar ampirik antibiyoterapi sonrasında,

etkene spesifik antibiyotik tedavisi almıştır. Takipte hastalık sonrası ilk altı ayda graft kaybı izlenmemiş, hastaların ikisi (28.5%) kaviter pulmoner hastalığa bağlı 2.ayda kaybedilmiştir.

Sonuç: İmmüsupresyondaki gelişmeler ve yeni antibiyotik kullanımına rağmen, böbrek nakli alıcılarında kaviter pulmoner hastalık önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir. Nakil ekibinin izlemi ve radyolojik bulgular ile ayırıcı tanıdaki değerlendirme tedavide gecikmeyi önleyecektir.

Anahtar Kelimeler: Renal transplant, kaviter pulmoner hastalık

PS/RT-187

BELATECEPT KULLANILAN BÖBREK NAKLİ HASTALARININ UZUN DÖNEM SONUÇLARI

Vural Taner Yılmaz¹, Hüseyin Koçak¹, Ayhan Dinçkan¹, Gültekin Süleymanlar¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bd, Antalya, Türkiye

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Amaç: Belatecept (LEA29Y) antijen presente eden hücre yüzeyindeki CD80 ve CD86'ya bağlanarak bunların T lenfosit yüzeyindeki CD28 ile interaksyonunu ve sonuçta T lenfosit aktivasyonunu inhibe eden ayrıca aktive hücrelerde apoptozise neden olan bir immüsupresiftir. Çalışmamızda belatecept tedavisi alan iki renal transplant hastasının uzun dönem sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Vaka sunumları: Çalışmaya Mayıs 2007 tarihinde canlı vericiden böbrek nakli yapılan ve Belatecept kullanan iki hasta alındı. Belatecept 1. ve 5.gün ve postoperatif 2 ay boyunca haftada bir 10 mg/kg, 3.-6. aylar arasında ayda bir 10 mg/kg sonrasında ayda bir 5 mg/kg olarak uygulandı. Bu tedaviye ek olarak mikofenolat mofetil 2 gr/gün ve prednisolone kullanıldı.

Vaka 1: 46 y, erkek. Hipertansiyona bağlı kronik böbrek hastalığı (KBH) nedeniyle hemodiyalize giren hastaya mayıs 2007'de canlı vericiden böbrek nakli yapıldı. Kan grubu A Rh(+), LCM(-) idi. Fizik muayenesinde kan basıncı 120/80 mmHg, sistem muayenesinde patolojik bulgu yoktu. Yukarıda belirtilen dozlarda immüsupresif tedavi kullanıldı.

Vaka 2: 30 y, erkek. Nefrotik sendroma bağlı KBH olan hastaya mayıs 2007'de canlı vericiden preemprif böbrek nakli yapıldı. Kan grubu B Rh(+) ve LCM(-) idi. Fizik muayenesinde kan basıncı 115/75 mmHg, sistem muayenesinde patolojik bulgu yoktu. Yukarıda belirtilen dozlarda immüsupresif tedavi kullanıldı.

Hastaların 8 yıllık takibi boyunca akut rejeksiyon atağı, greft ve/veya hasta kaybı, gecikmiş greft fonksiyonu, kronik allogreft disfonksiyon, sitomegalovirüs enfeksiyonu, BK virüs nefropatisi veya post-transplant diabetes mellitus gelişmedi. Hastalara ait geç dönem laboratuvar sonuçları tablo 1'de verilmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda renal transplant hastalarında belatecept kullanımının etkin ve güvenilir olduğu gösterilmiş olmakla birlikte yaygın kullanımı için daha fazla deneyime ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Renal transplantasyon, immüsupresyon, belatecept, mikofenolat mofetil

Tablo 1. Belatecept kullanılan renal transplant hastalarının uzun dönem sonuçları

Parametre	1.yıl (1.-2. vaka)	3.yıl (1.-2. vaka)	5.yıl (1.-2. vaka)	8.yıl (1.-2. vaka)
BUN	20-10	16-11	13-13	18-8
Cr	1,1-0,9	1-0,8	0,9-0,8	0,9-0,86
GFH	89,5-108,5	90,4-101,8	97-100,6	96,8-99
Spot idrar prot/Cr	0,07-0,17	0,09-0,15	0,07-0,1	0,1-0,12
Albümin	4,7-5,1	4,9-5,1	4,8-4,7	4,6-4,9

PS/RT-188

RENAL TRANSPLANTLI OLGUDA GELİŞEN YAYGIN CİLT DÖKÜNTÜSÜ: KARBONKÜL

Hatice Burcu Dağ¹, Yusuf Dürmüş¹, Sedat Üstündağ², İlhan Kılıç², İlhan Kurultak²

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Nefroloji Bilim Dalı

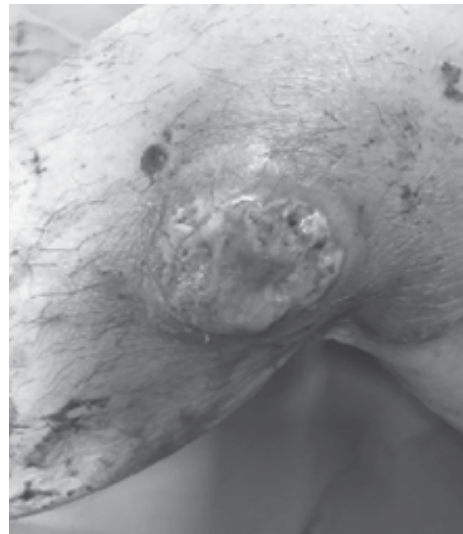
Giriş: Renal transplantasyon (RT), son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hastalarının tedavisinde sağ kalım açısından en başarılı yöntemdir. Son dönemde medikal tedavide ve cerrahi teknikte kaydedilen gelişmeler sağ kalım süresini belirgin olarak artırmıştır ancak transplantasyon sonrasında kullanılan immüsupresif tedaviye ikincil gelişen komplikasyonlar; yaşam kalitesini ve surveyi olumsuz etkileyebilmektedir. Bunların arasında İmmüsupresif tedavi altında ortaya çıkabilen çeşitli cilt lezyonları da yer almaktadır. Lezyonlar hem estetik kaygı oluşturmakta hem de morbi-mortaliteyi etkilemektedir.

Olgu: 26 yıl önce saptanan polikistik böbrek hastalığı nedeniyle 9 yıl önce hemodiyaliz tedavisine başlanan, 6 yıl önce canlı vericiden renal transplantasyon uygulanan 56 yaşında kadın hasta; 20 gün önce başlayan, zamanla çap ve sayı olarak artan, her iki bacakta, akıntılı ülsere nodüler lezyonlar ile başvurdu. Laboratuvar parametrelerinde CRP : 8,6 mg/dL, WBC : 8600/mm3 nötrofil: % 86 olarak saptanması üzerine kan, idrar ve cilt sürüntü kültürleri alınarak piperasilin-tazobaktam tedavisi başlandı. İmmüsupresif tedavi altındaki hastada lezyonların görünümü itibarıyla tüberküloz absesi, fırsatçı mikotik enfeksiyon, karbonkül, piyoderma gangrenosum düşünülerek punch biyopsi yapıldı. Yara yeri kültüründe metisilin sensitif S.aureus üremesi oldu. Antibiyoterapisi 14 güne tamamlanarak kesildi. Patoloji sonucu epidermal hiperplazi, kıl folikülünü tüme yakın destrüktüre eden derin retiküler dermise uzanım gösteren abseleşen iltihabi granülasyon dokusu (karbonkül) olarak sonuçlandı. Yatışı süresince yeni döküntüsü olmayan hastanın döküntülerinin 2 ay içinde tamamen kaybolduğu izlendi.

Tartışma: Renal transplant alıcılarında immüsupresif tedavi kullanımına bağlı; viral, fungal ve bakteriyel deri enfeksiyonlarında artış bildirilmektedir. Bakteriyel deri enfeksiyonlarından en sık fronkül ve sellülit izlenmektedir. Fronkül kıl folikülünün enfeksiyonudur, mevcut follikülitin dermisten subkütan dokulara doğru uzanmasıyla oluşan küçük apse formudur. Karbonkül birden fazla fronkülün yayılıp birleşmesiyle oluşur, ağrılı ve ciddi inflamatuvar lezyonlarla karakterizedir. Etken sıklıkla S. aureus'tur. Cilt lezyonları ile başvuran RT alıcılarında karbonkül akıldaki bulundurmaları ve gecikmeden başlanan antibiyoterapinin yüz güldürücü olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Renal transplantasyon, cilt döküntüsü, karbonkül

Figürler :





PS/RT-189

BÖBREK NAKLİ SONRASI GÖRÜLEN HİPERÜRİSEMİ VE KARDİYOVASKÜLER RİSK FAKTÖRLERİ İLE İLİŞKİSİ

Siren Sezer¹, Emre Tural¹, Zeynep Bal¹, Mehtap Erkmən¹, Mehmet Haberal²¹Başkent Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı²Başkent Üniversitesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

Amaç: Hiperürisemi böbrek nakli sonrası karşımıza sık çıkmaktadır ve greft fonksiyonu üzerine olumsuz etkileri gösterilmiştir. Bu çalışmada, hiperürisemi ve kardiyovasküler sistemin geleneksel olmayan risk faktörlerinden sayılan ileri glükasyon son ürünlerinin (AGE), fibroblast büyüme faktörü-23 (FGF-23) ve Klotho arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçladık.

Metod: Çalışmaya 100 hasta (28 kadın, 39.2 ± 11.2 yaş) dahil edildi. Laboratuvar değerlerine ek olarak her hasta için Klotho, FGF-23 ve AGE değerleri çalışıldı. Hastalar ürik asit değerlerine göre 2 gruba ayrıldı: Hiperürisemik grup (≥ 6 mg/dL, n: 50) ve kontrol grubu (n:50).

Sonuçlar: Hiperürisemik grubun serum CRP [5.7 (7) karşın 4.5 (4), p:0.009], AGE [1.6 (3.5) karşın 0.6 (0.9), p:0.0001] ve FGF-23 [71.6 (187) karşın 43 (36), p: 0.008] değerleri kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı yüksek iken Klotho [0.5(0.9) karşın 1.1 (4.7), p0.0001] değerleri anlamlı düşük olarak bulundu. Ürik asit değeri, serum CRP (r:0.237, p:0.018), FGF-23 (r:0.352, p:0.0001) ve AGE (r: 0.481, p:0.0001) değerleri ile pozitif ve Klotho değeri ile negatif korele idi (r: -0.364, p:0.0001). Hiperürisemik hastalar daha düşük kreatinin klerensine sahipti (53.8 ± 23.1 karşın 80.6 ± 23.7 mL/dak). Lineer regresyon analizine göre AGE ve FGF-23 değerleri ürik asit değerinin belirleyicisi olarak bulundu (p: 0.0001, 0.012 sırası ile).

Tartışma: Böbrek nakilli hastalarda, hiperürisemi azalmış Klotho; artmış FGF-23 ve AGE seviyeleri ile ilişkilidir. Bu ilişki bu hasta grubunda kardiyovasküler risk açısından bir belirteç olarak kabul edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Ürik asit, böbrek nakli, kardiyovasküler risk

PS/RT-190

BÖBREK NAKLİ HASTALARININ FRAILİTE İNDEKSİ

Elif Arı¹, Mehmet Yıldırım², Hasan Fehmi Küçük², Tuba Demir²¹Dr Lütfi Kırdar Kartal Eah, Nefroloji²Dr Lütfi Kırdar Kartal Eah, Genel Cerrahi

Giriş: Frailite, yaşla ilgili, fizyolojik rezervin azalması ve stresörlere duyarlılığın artması olarak tanımlanan “kırılganlık” tır. “Frailite indeksi”(FI) kronik hastaların hastane yatışlarında ve operasyonlarında klinik prognozlarını belirlemek amacıyla kullanılır. Bu çalışmanın amacı, böbrek nakli olması planlanmış hastaların operasyon öncesi ve 3. Ayda frailite indeksini saptamak ve frailiteye neden olan faktörleri belirlemektir.

Yöntem/Gereç: Çalışmaya Ocak 2015- Ağustos 2016 yılları arasında böbrek nakli yapılan 44 hasta dahil edilmiştir. Hastalara operasyon öncesi ve 3. Ayda frailite testi yapılmış, toplam skoru>0.25 olan hastalar “frail” olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Ortalama hasta yaşı 48.20 ± 16.44 saptanmıştır. Otuz sekiz hasta (%86) hemodiyaliz, 1 hasta (%3) periton diyalizi ve 5 hasta (%11) preemtif dönemde nakil olmuştur. FI'ne göre frail saptanan hasta oranı preoperatif dönemde %21, postoperatif 3. Ayda %15 saptanmıştır. Preoperatif dönemde frail hasta grubunda kadın hasta oranı yüksek (p=0.020), CRP serum değeri yüksek (p=0.05) ve hastanın kullandığı ilaç sayısı yüksektir (p=0.033) (Tablo 1). Postoperatif 3. Ayda ise frail hasta grubunda ATG kullanımı (p<0.05) yüksek saptanmıştır (Tablo 2).

Sonuç: Böbrek nakli, son dönem böbrek yetmezliği hastalarının frailitesini olumlu yönde etkileyen bir tedavidir. ATG kullanımının hasta frailitesi üzerindeki etkileri uzun dönem çalışmalarla incelenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, frailite indeksi

Tablo 1. Böbrek nakli hastalarının preoperatif dönemde demografik ve klinik bulguları

	Non-frail (n=35)	Frail (n=9)	p
Kadın/Erkek	10/25	7/2	0.023
Yaş	46.14 ± 11.72	49.56 ± 13.04	>0.05
Tedavi modalitesi			
-Hemodiyaliz	31	7	
-Periton Diyalizi	-	1	
-Preemtif	4	1	
Vücut kitle indeksi	27.24 (24.00-28.12)	27.00 (25.08-28.40)	>0.05
Serum albümin (g/dl)	4.06 ± 0.35	3.86 ± 0.71	>0.05
Hemoglobin (g/dl)	11.34 ± 1.28	10.88 ± 2.46	>0.05
Üre (mg/dl)	80.64 ± 12.08	72.23 ± 10.69	>0.05
CRP (mg/dl)	3.06 ± 0.94	3.84 ± 1.01	0.05
Hastane yatışları (önceki 1 yılda)	1 (0-2)	1 (0-3)	>0.05
Kullandığı ilaç sayısı	8 (6-11)	12 (10-14)	0.033

Tablo 2. Böbrek nakli hastalarının postoperatif dönemdeki klinik bulguları

	Non-frail (n=37)	Frail (n=7)	p
ATG kullanımı	26/37	7/7	0.042
Anti-CD 20 kullanımı	1/37	2/7	>0.05
10. gün idrar çıkışı (ml/gün)	5610 ± 2340	5230 ± 1860	>0.05
Postoperatif enfeksiyon (ilk 3 ay)	1 (0-2)	1 (1-2)	>0.05

PS/RT-191

**POSTTRANSPLANT HEPATOBİLİYER HASARLANMAYA
URSODEOKSİKOLİK ASİTİN ETKİSİ**

Engin Onan¹, Saime Paydaş¹, Sedef Kuran²

¹Çukurova Üniversitesi İç Hastalıkları Nefroloji Bilim Dalı

²Çukurova Üniversitesi İç Hastalıkları Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Transplantasyon sonrası karaciğer enzimlerinde yükselme; ilaçlar, enfeksiyonlar, kalp yetersizliği, vasküler lezyonlar gibi çok sayıda probleme bağlı gelişebilir. Burada; transplant sonrası 7 yıl süresince AST, ALT, ALP, GGT yüksekliği devam eden, nedeni saptanamayan ve ursodeoksikolik asit ile dramatik düzelme sağlanan 39 yaşında renal transplant alıcısı sunulmuştur.

Olgu: 39 yaşında erkek hastaya 2008 yılında ablasından böbrek nakli yapıldı. Nedeni bilinmeyen böbrek yetersizliği nedeni ile 2 yıl periton diyalizi programımızdaki hastanın 2 yıldır hipertansif olduğu ve 20 yıl önce sıtma geçirdiği öğrenildi. Nakil öncesi dönemde karaciğer enzimleri normal aralıktaki olan hastanın nakil sonrası 3. Haftada 5 kat kadar AST, ALT, GGT, ALP yüksekliği gelişti. Böbrek fonksiyon testlerinde bozulma olmayan hasta siklosporin, MMF, steroid ve amlodipin, metoprolol ve doksazosin kullanıyor idi. Hepatit A, B ve C, HIV, EBV, CMV, HBV DNA, HCV RNA ve CMV DNA ve diğer enfeksiyonlar saptanamadı. İlaç toksisitesi olasılığı ile MMF, Siklosporin aralıktaki kesildi. Rapamisin, Azotiopürin denendi. Ultrasonografide safra kesesinde taş saptandı. Kolesistektomi 2009 yılında yapıldı. Patolojik incelemede kronik taşlı kolesistit saptandı. Operasyon sonrası enzim yükseklikleri 2-3 kat düzeylerinde devam etmesi nedeni ile yapılan MR kolanjopankreografi (MRCP) de opere safra kesesi dışında patoloji gözlenmedi. Temmuz 2010' da devamlı kan şekeri yüksekliği saptandı ve önce oral antidiyabetik, daha sonra çoklu insülin tedavisi başlandı. Azotiopürin kesilerek immünsüpresif tedaviye Siklosporin ve Steroid ile devam edildi. Takibinde karaciğer enzimleri 3-4 kat yüksek olması üzerine Haziran 2015'te yapılan batın ultrasonografisinde hepatosteatoz saptandı. Tedaviye ursodeoksikolik asit eklendikten sonra enzim düzeylerinde dramatik düzelme saptandı. Hastaya ait laboratuvar verileri Tablo 1 de özetlenmiştir.

Tartışma: Karaciğer enzimleri AST ve ALT yükseklikleri karaciğer hücre hasarını göstermektedir. Transplant sonrası AST/ALT yükseklikleri: ilaçlar, viral nedenler başta olmak üzere enfeksiyonlar, konjestif ve vasküler komplikasyonlar sayılabilir. Renal transplant sonrası enzim yüksekliği % 7-67 bildirilmiştir. (1-5). Bir çalışmada ise ilk 3 ayda % 34 saptanmıştır. İlk 3 ayda geçici karaciğer enzim yüksekliği % 22 bildirilmiştir. Bu çalışmada ileri yaş, donörün kadavradan olması risk faktörü olarak belirlenmiştir. Kronik karaciğer hastalığı posttransplant dönemde önemli bir problemidir. Hepatit B antijen pozitifliği olsun veya olmasın bu hastalarda böbrek fonksiyonları uzun süre iyi olabilir, ancak hepatitli hastalarda mortalite yüksektir. (6-8). Bu bulgular ışığında hastamız ve canlı vericisi de gençti. Önemli bir neden olan enfeksiyonların hiçbiri saptanmadı. İlaç toksisitesi olasılığı nedeni ile başta MMF olmak üzere Siklosporin kesildi. Daha sonra Rapamisin, Azotiopürin tedavileri başlandı. Görüntüleme çalışmalarında safra kesesi taşı saptandığından yapılan kolesistektomi sonrası da değişiklik olmadı. Hastaya reddettiği için karaciğer biyopsisi yapılamadı. Takiplerde ultrasonografide karaciğer yağlanması saptandı. Ayrıca diabetes mellitus gelişti.

Sonuç: Canlı genç vericiden genç bir renal transplant alıcısında böbrek fonksiyonları iyi iken enfeksiyon ve toksik nedenlere bağlı olmayan ve kalıcı AST, ALT, GGT, ALP yükseklikleri ursodeoksikolik asitle dramatik düzelme gösterdi. Diyabet ve ultrasonografik olarak hepatosteatoz saptanan steohepatitli hastamızda ursodeoksikolik asite bağlı advers olay gözlenmedi, ilaç düzeyleri olumsuz etkilenmedi. Literatürde benzer bir renal transplant olgusuna rastlanmadı. Renal transplant alıcısında nedeni bilinmeyen karaciğer enzim yüksekliklerinde karaciğer yağlanması ve tedavide ursodeoksikolik asitin hatırlanmasının uygun olabileceğini söyleyebiliriz.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, non alkolik steatohepatit, ursodeoksikolik asit

Tablo:

Değişkenler	Referans Aralığı	Nakil öncesi dönem Mayıs 2008	Böbrek nakli olduğu ay Haziran 2008	Nakil sonrası 8. Ay, (Kolesistektomiden 2 ay sonrası) Nisan 2009	Nakil sonrası 3. Yıl, Yeni tanı Tip 2 DM Temmuz 2010w	Nakil sonrası 6.yıl Oral antidiyabetiklerin kesildiği kontrol Eylül 2014	Nakil sonrası 7.yıl kontrol (Ursodeoksikolik başlandı zaman) Haziran 2015	Son 7.yıl kontrol Temmuz 2016
AST	15-41 U/L	17	41	36	27	174	61	49
ALT	17-63 U/L	20	191	91	33	233	116	53
GGT	7-50 U/L	.	492	274	109	464	560	.
ALP	38-126 U/L	74	351	194	217	121	140	.
Albumin	3,5-4,8 g/dL	4.3	4.2	4.7	4.7	3.9	4.3	.

PS/RT-192

PEDİATRİK RENAL TRANSPLANT HASTALARINDA VİTAMİN D DÜZEYİ VE ANEMİ İLİŞKİSİ

Begüm Avcı¹, Özlem Kazancı¹, Esra Baskın¹, Kaan Gülleroğlu¹, Aslı Kantar¹, Gökhan Moray², Mehmet Haberal²

¹Başkent Üniversitesi Pediatrik Nefroloji, Ankara, Türkiye

²Başkent Üniversitesi Genel Cerrahi, Ankara, Türkiye

Giriş: Vitamin D serum kalsiyum ve fosfor homeostazında önemli role sahiptir ve nöromusküler ve iskelet sisteminde çeşitli düzenleyici fonksiyonları vardır. Kemik iliği içerisinde de bulunmasına bağlı olarak, Vitamin D'nin eritropoez üzerinde de etkili olduğu öne sürülmüştür. Vitamin D'nin aktif formu plasma ile karşılaştırıldığında kemik iliğinde yüzlerce kat daha fazla bulunmaktadır. Kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastalarında düşük vitamin D düzeyinin düşük Hb konsantrasyonu ile ilişkili olduğu, Vitamin D replasmanının, eritrosit stimüle edici ajanların dozunun azaltılmasına katkıda bulunduğu ve retikülositozisi artırdığı gösterilmiştir. KBY hastalarında renal transplantasyon öncesi gelişmiş olan anemi, transplantasyon sonrası tedavi edilmediğinde uzun süre devam edebilir. Vitamin D eksikliği transplantasyon sonrası persistan aneminin nedenlerinden biri olabilir.

Vitamin D eksikliği anemi ilişkisi çocuk ve erişkin yaş grubunda, KBY hastalarında değerlendirilmiştir; renal transplantasyon hastalarında bu ilişkiyi inceleyen çalışma mevcut değildir. Biz bu çalışmada, çocuk renal transplant hastalarında vitamin D düzeyinin Hb ve aneminin diğer parametrelerinin serum düzeyine etkilerini inceledik.

Materyal ve Metod: 75 böbrek nakli hastasının verileri dosyalarından tarandı. Hastaların diyaliz tipi ve süresi, Böbrek yetmezliği nedeni, transplantasyon yaşı, transplantasyon sayısı, graft sağ kalımı, donör tipi, immünsüpresif tedavi dosyalarından kayıt edildi. Pediatrik renal transplant hastaları immünsüpresif tedavi olarak prednizolon, kalsinörin inhibitör (siklosporin A ya da takrolimus) ve mikofenolat mofetil kullandılar. Hemogloblin düzeyinin 11 g/dl nin altında olması anemi olarak tanımlandı. 25(OH)-D değerleri <20 ve <30 ng/ml sırası ile vitamin D eksikliği ve yetersizliği olarak tanımlandı. Hastalar böbrek nakli sonrası birinci yıldaki 25(OH)-D düzeylerine göre (<20 ng/ml olanlar; grup 1, 20-30 ng/ml olanlar; grup 2, >30 ng/ml olanlar; grup 3) gruplandırıldı. İstatistiksel yöntem olarak SPSS-11 kullanıldı. p değeri <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Sonuçlar: Hastaların ortalama transplantasyon yaşı 12.91±4.66 yıl idi. Transplantasyon sonrası ortalama takip süresi 5.33±3.74 yıl idi. Vitamin D eksikliği olan grup 1'de 41 hasta (%54,7), Vitamin D yetersizliği olan grup 2'de 24 hasta (%32), Vitamin D düzeyi normal olan grup 3'de 10 hasta (%13) mevcuttu. 18 hastada (%24) anemi mevcuttu. Anemisi olan hastalardan 1 tanesinin (%5,5) ve anemisi olmayan hastalardan 6 tanesinin (%10,5) Vitamin D düzeyi normal sınırlarda idi. Bu ilişki için anlamlı bir fark gösterememiş olsakta anemisi olan hastaların vitamin D düzeylerinin düşük olduğunu söyleyebiliriz. Anemi olan hastalarda ferritin ve vitamin D düzeyi ile negatif korelasyon saptadık (r=-0,6, p=0,013). Vitamin D yetersizliği olan grupta hematokrit düzeyi diğer gruplar ile

karşılaştırıldığında anlamlı düşük saptandı. Fakat aneminin Hb, MCV, eritrosit sayısı, serum ferritin düzeyi, transferrin saturasyonu gibi diğer parametreleri değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Anemisi olan ve olmayan hastalarda paratiroid hormon ve glomerüler filtrasyon hızı arasında anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç: Pediatrik renal transplant hastalarında vitamin D eksikliği yaygındır. Transplantasyon öncesi mevcut olan KBY, eksiklik riskini artırmaktadır. Vitamin D eksikliği pediatrik renal transplant hastalarında anemi için risk faktörü olabilir. Vitamin D eksikliği, renal transplantasyon sonrası persistan anemisi olan hastalarda tedavi edilebilir bir risk faktörüdür. Bütün renal transplantasyon hastalarında vitamin D düzeyi bakılmalı ve tedavi edilmelidir. Vitamin D düzeyi ve anemi üzerindeki etki mekanizmasının anlaşılabilmesi için bu konuda ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Vitamin D, transplantasyon, hemoglobin, hematokrit, ferritin, anemi

PS/RT-193

BK VİRUS NEFROPATİSİ OLGU SUNUMU

İbrahim Ertekin¹, Zeki Soyapaçacı¹, Atilla Üzümlü¹, İsmail Rıfkı Ersoy¹, Fulya Çakalağaoğlu², Erhan Tatar³, Adam Uslu⁴

¹*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, nefroloji*

²*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji*

³*İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji*

⁴*İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi*

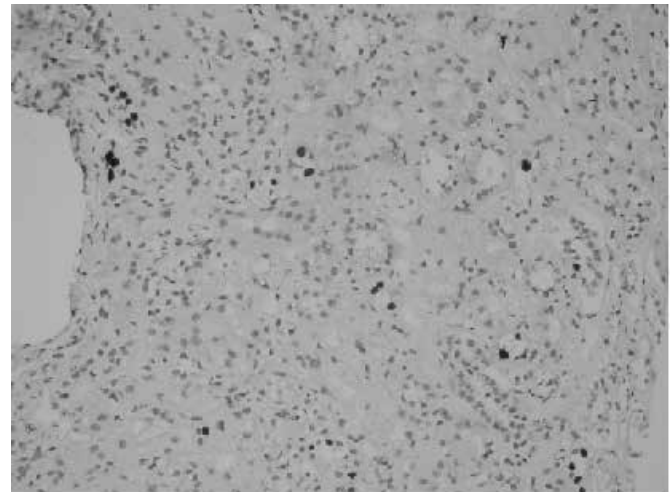
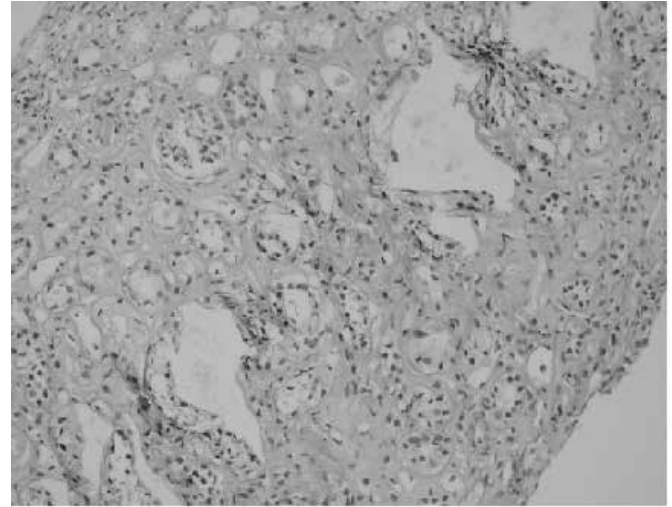
Giriş: BK virüs, böbrek nakli alıcılarında asemptomatik viruria, üreteral darlık ve tıkanma, interstisyel nefrit ve BK nefropatiyle ilişkilidir. Son zamanlarda BK nefropatisi böbrek nakli sonrası allograft disfonksiyonunun önemli bir nedeni olarak ortaya çıkmıştır. Bu olgu sunumunda, hidronefroz ve kreatinin yüksekliği olan ve BK nefropati tanısı konan bir renal transplantasyon hastasını sunmak istiyoruz.

Olgu : 56 yaş erkek, 3 ay önce kadaverik böbrekten nakil, üçlü immunsupresif altındayken, nakil böbrekte ağrı, kreatinin artışıyla yatırıldı. Tac: 14ng/ml , ultrasonda grade 2 hidronefroz ,opaksız tomografide: “ transplante böbrekte belirgin pelvikalisial dilatasyon ve üreterde genişleme. Mesane sağ üst-ön yüzünde tübüler ektatik bir yapı ;üreter mesane anastomoz bölgesinde darlık-kalsifikasyon-taşa ait görünüm . Böbreğin parankimi kalın-ödemli. transplant rejeksiyon” . Girişimsel radyoloji perkutan Seldinger tekniğiyle 5F vascular kılıf yerleştirildi, üreter katetilek orifisteki küçük taş balon şişirilerek mesane içerisine itildi. Tetkik sonrası orifiste minimal bir açılma izlendi. 10F kilitli kateter pelvis yerleştirildi. Kreatinin değerleri 1.6’ ya geriledi. İzlemde kreatinin progresyonu, idrarda decoy ve kanda BK JJ DNA : 212.110 kopya/ml üzerine renal biyopsi yapıldı. Patoloji sonucu BK Virus Nefropatisi (Patern B). İmmunsupresif azlatıldı, sonraki kontrolünde Tac: 5.6ng/dl kreatinin progresyonu ve hidronefroz nedeniyle tekrar girişimsel radyoloji tarafından üreter-mesane anastomoz balon dilatasyon ve nefrostomi kateterine karşın yeterli idrar çıkışı sağlanamadı, nakil cerrahisi ile görüşülerek reoperasyon ve sonrasında antiviral tedavi planı yapıldı.

Sonuç: Renal transplant alıcılarının % 2-5 inde BK nefropati gelişir. Genellikle ilk transplantasyon yılı boyunca gelişir ve tedaviye rağmen, böbrek fonksiyonlarında progresif düşüş gelişmektedir.

Anahtar Kelimeler: BK nefropati

Figürler :



**26. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve
Transplantasyon Hemşireliği Kongresi**
*26th National Congress of Renal Diseases,
Dialysis and Transplantation Nursing*

Sözlü Bildiriler / Oral Presentations

21 EKİM 2016, CUMA / 21 OCTOBER 2016, FRIDAY

SALON B

08:30 - 10:00

HEMŞİRELİK SÖZEL BİLDİRİLER

Oturum Başkanları: **Gülseren Pehlivan, Hayriye Pelenk**
 Değerlendirme Komitesi: **Süheyla Özsoy, Belgüzar Kara, Sevginar Şentürk, Lale Akkaya, Fatma Gedikli**

HS-001

DİYALİZ HASTALARINDA EGZERSİZ YARARLARI/ENGELLERİ ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Dilek Taş, Asiye Akyol

HS-002

HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN AV FİSTÜL ÖZBAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK

Asiye Durmaz Akyol, Şengül Özdemir, Selma Çiçek, Sevginar Şentürk, Ayşen Toktay

HS-003

HEMODİYALİZ HASTALARININ PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DURUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Emine Dane, Nermin Olgun

HS-004

HEMODİYALİZ HASTALARINDA FİSTÜL BAKIMI BİLGİ DÜZEYİNİN FİSTÜL KOMPLİKASYONLARI İLE İLİŞKİSİ

Handan Gölge

HS-005

FEMORAL BİYOLOJİK GREFT ANEVRİZMASI OLGU SUNUMU

Aysun Ünal, Şirin Tekin Kural, Dilek Güzel, Ercan Akbulut, Mustafa Çetin, Abdi Metin Sarıkaya

HS-006

PERİTON DİYALİZ TEDAVİSİ BAKIM YÜKÜNÜ ARTIRMAKTA MIDIR?

Cennet Kılıçarslan, Filiz Karasu, Simge Bardak, Eda Aslan Üçkardeş, Didem Ovla, Mürşide Esra Döğarlan, Ayşe Jini Güneş, Cemal Kurt, Kenan Turgutalp, Ahmet Kıyıkim, Serap Demir

HS-007

FOKAL SEGMENTAL GLOMERULOSKLEROS' LU (FSGS) BİR HASTADA TRANSPLANTASYON ÖNCESİ HEMODİYALİZ TAKİBİ

Özge Özeroğlu, Derya Aslan, Figen Gül

HS-008

KRONİK BÖBREK HASTALARINDA EĞİTİM DURUMU VE YAŞAM KALİTESİ

Ümmühan Maden, Durkadın Duygu Balcı, Dilek Efeyurtlu, Ayça İnci, Metin Sarıkaya, Üstün Yılmaz

SALON B

13:30 - 15:00

HEMŞİRELİK SÖZEL BİLDİRİLER

Oturum Başkanları: **Elif Bülbül, Gülbahar Kırıkcı**
 Değerlendirme Komitesi: **Süheyla Özsoy, Belgüzar Kara, Sevginar Şentürk, Lale Akkaya, Fatma Gedikli**

HS-009

HEMODİYALİZ HASTALARINDA HUZURSUZ BACAK SENDROMU, UYKU KALİTESİ VE YORGUNLUK

Gülşay Turgay, Emre Tural, Siren Sezer

HS-010

ARTERİYOVENÖZ FİSTÜL KANÜLASYONUNDA KULLANILAN FARKLI İĞNE POKSİYON TEKNİKLERİNİN AĞRI VE CİLT HASARINA ETKİSİ

Eşref Ertan Çiçek, Aysun Ünal, Gülfidan Bahçe, Gülpenbe Alp, Birsen Özdemir, Gizem Dolu, Abdi Metin Sarıkaya

HS-011

HEMODİYALİZ HASTALARININ TEDAVİ VE SIVI KISITLAMASINA UYUM, UYUMSUZLUK VE ÖZ ETKİLİLİK DURUMUNUN İNCELENMESİ

Yasemin Korkmaz, Sultan Kav

HS-012

ÖZEL VE KAMU HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HEMODİYALİZ HEMŞİRELERİNDE ÖRGÜTSEL SESSİZLİK ÜZERİNE ARAŞTIRMA

Emine Dane, Dürdane Yalçın

HS-013

HEMODİYALİZ KATETERİNİ DİYALİZ TEDAVİSİ HARİCİ KULLANIMI SIRASINDA GELİŞEN KATETER PARÇALANMASI, VAKA SUNUMU

Aysun Ünal, Neşe Bayraktar, Eşref Ertan Çiçek, Mustafa Çetin, Abdi Metin Sarıkaya

HS-014

SİMÜLASYONLU PERİTON DİYALİZ UYGULAMASININ ÖĞRENCİLERİN PSİKOMOTOR BECERİLERİ VE ÖZ YETERLİLİĞİNE ETKİSİ

Eylem Topbaş, Gülay Bingöl, Öznur Görgen, Banu Terzi

HS-015

BÖBREK NAKLİ AMELİYATLARINDA AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN YETKİNLİKLERİNİN ANKSİYETE DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Özlem Güvenir Özpekin, Büşra Yıldız, Züleyha Bengi, Sevim Karagöz, Burhan Coşkun, Hakan Vuruşkan

HS-016

PREDİYALİZ KRONİK BÖBREK HASTALARINDA KESİTSEL BİR ÇALIŞMA: YAŞAM KALİTESİ

Ümmühan Maden, Ayça İnci, Dilek Efeyurtlu, Durkadın Duygu Balcı, Metin Sarıkaya, Refik Olmaz, Üstün Yılmaz

22 EKİM 2016, CUMARTESİ / 22 OCTOBER 2016, SATURDAY

SALON B

08:30 - 10:00

HEMŞİRELİK SÖZEL BİLDİRİLER

Oturum Başkanları : **Rahime Korkmaz, Sevil Yıldız**
Değerlendirme Komitesi: **Süheyla Özsoy, Belgüzar Kara, Sevginar Şentürk, Lale Akkaya, Fatma Gedikli**

HS-017

HEMODİYALİZ HASTALARININ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ, YETİ YİTİMİ, DEPRESYON VE KOMORBİDİTE YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gülay Turgay, Emre Tural, Siren Sezer

HS-018

HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN BİREYLERİN FİSTÜL BÖLGESİNDEKİ CİLT KURULUĞUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Nazan Kılıç Akça, Dilek Arslan

HS-019

HEMODİYALİZ HASTALARINDA SOSYAL HİZMET GEREKSİNİMLERİNİN TESPİTİ VE MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM

Sema Kaya, Neşe Bayraktar, Hasan Ergün Gündoğdu, Songül Ülker Çetin, Aysun Ünal, Eşref Ertan Çiçek, Hatice Coşkun, Abdi Metin Sarıkaya

HS-020

YOĞUN BAKIM HEMODİYALİZİNDE SU SİSTEMİ NASIL OLMALIDIR?

İlhan Asana, Zeynep Nurcan Alan, Necmiye Karaca, Enveriye Saka, Berrin Mete, Sevtap Karaboyun, Ender Hür

HS-021

HASTANIN PERİTON DİYALİZİ KARARINDA HEMŞİRE Mİ? DOKTOR MU? DAHA ETKİLİDİR

Özlem Demir, Muammer Bilici, Sevil Uygun İlikhan, Ülker Özdemir, Zeliha Sönmez, Selma Sugeçti, Ali Borazan

HS-022

KRONİK BÖBREK HASTALARINDA ÖĞRENME STİLLERİNİN BELİRLENMESİ

Dilek Efeyurtlu, Durkadın Duygu Balcı, Ümmuhan Maden, Ayça İnci, Semih Gül, Refik Olmaz, Üstün Yılmaz, Yasin Şahintürk, Metin Sarıkaya

HS-023

NOTTINGHAM FONKSİYONEL AYAK BAKIM TANILAMA FORMU (NAFF): GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK

Asiye Durmaz Akyol, Şengül Özdemir

HS-024

REZİDÜEL RENAL FONKSİYONU OLAN VE OLMAYAN HASTALARIN, LABORATUAR VE KLİNİK SONUÇLARININ RETROSPEKTİF ANALİZİ

Dürdane Yalçın, Emine Dane, Sakine Hoş

HS-001

DİYALİZ HASTALARINDA EGZERSİZ YARARLARI/ENGELLERİ ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASIDilek Taş¹, Asiye Akyol²¹İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 112 Acil Sağlık Hizmetleri²Ege Üniversitesi

Amaç: Bu araştırma, “Diyaliz Hastalarında Egzersiz Yararları/Engelleri Ölçeğini (DPEBBS) Türkçe’ye uyarlamak, geçerlik ve güvenirliğini değerlendirmek amacı ile yapılan metodolojik tipte bir çalışmadır. Araştırma 20 Mart-2 Mayıs 2016 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Diyaliz Ünitesi, Aliğa Devlet Hastanesi Diyaliz Ünitesi, Özel Buca Diyaliz Merkezi ve Özel Bergama Diyaliz Merkezinde kronik hemodiyaliz tedavisi gören ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan konik böbrek hastaları ile yapılmıştır (n=247).

Yöntem: Araştırma verilerinin toplanmasında; Sosyo-demografik özellikler soru formu ve Jing Zheng ve ark tarafından geliştirilen Diyaliz hastalarında egzersiz yararları/engelleri ölçeği kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Türkçeye uyarlanan Diyaliz Hastalarında Egzersiz Yararları/Engelleri Ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır.

DPEBBS ölçeğinin geçerlik çalışmasında; dil eşdeğerliği, içerik geçerliliği ve yapı geçerliliği yöntemleri, güvenirlik çalışmasında; iç tutarlık, madde analizi ve test-tekrar test güvenirliği yöntemleri kullanılmıştır.

Bulgular: DPEBBS ölçeğinin geçerlik analizine dayalı sonuçlar; maddelerin uygunluğu açısından uzman görüşüne dayalı Diyaliz Hastalarında Egzersiz Yararları/Engelleri Ölçeği Kapsam Geçerlik İndeksi puanı 0.98 olup, uzman görüşleri arasındaki uyumun değerlendirilmesi için uygulanan Kendall’s W iyi uyum analizi ile elde edilen değer 0.301’dir (p=0.000). Bu sonuç uzmanlar arasında görüş birliğinin olduğunu göstermektedir. Ölçeğin yapı geçerliliği için açıklayıcı faktör analizi ve faktör yapısının incelenmesinde Temel Bileşenler Analizi ve Varimax döndürme yöntemi kullanılmıştır. Temel bileşenler analizinde öz değeri biri aşan beş faktör elde edilmiştir ve bu beş faktörün açıkladığı toplam varyans %58,19 olarak bulunmuştur.

DPEBBS ölçeğinin güvenirlik analizine dayalı sonuçlar: ölçeğin madde analizi sonucunda bir maddenin 0,20 nin altında olduğu, ölçek sorularına verilen yanıtların tek bir cevapta yoğunlaşmasının varyansı etkilediği göz önüne alınarak ölçekten çıkarılmamıştır. Ölçeğin diğer maddelerinin madde-toplam korelasyonlarının yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır. Ölçek iç tutarlık güvenirlik katsayısı değerlendirildiğinde, ortalaması 80.10±9.87 olan ölçeğin Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı $\alpha=0.80$ olarak saptanmıştır. Ölçek ve alt boyutlarının zamana karşı değişmezliğini değerlendirmek için test-tekrar test ile elde edilen puan ortalamaları bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırılmış olup, ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Bu sonuç ölçeğin her iki uygulamada tutarlı, benzer sonuçlar gösterdiğini ve zamana karşı değişmediğini göstermiştir. Ölçeğin Pearson Korelasyon analizi sonucunda birinci ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki güvenirlik katsayısı $r=0.84$ olarak bulunmuş ve pozitif yönlü güçlü bir ilişki olduğu (p=0.000) saptanmıştır.

Sonuç: Sonuç olarak DPEBBS ölçeğinin oldukça yeterli geçerlik ve güvenirlik göstergelerine sahip bir ölçme aracı olduğu, Türk Toplumunda kronik hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarının egzersiz ile ilgili algılarını belirlemek amacıyla bu ölçeğin güvenli bir şekilde kullanılabileceğine karar verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek yetmezliği, diyaliz, egzersiz, geçerlik, güvenirlik

HS-002

HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN AV FİSTÜL ÖZBAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİKAsiye Durmaz Akyol¹, Şengül Özdemir², Selma Çiçek³, Sevginar Şentürk⁴, Ayşen Toktay⁵¹Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği²D Med Özel Diyaliz Merkezi³Özel Sevgi Diyaliz Merkezi⁴Tepecik Eğitim ve Araştırma Diyaliz Ünitesi⁵Behçet Uz Hastanesi Çocuk Diyalizi

AV fistülü olan bireylerde özbakım davranışlarını belirleyen ölçüm araçları ve çalışmaları az sayıda bulunmaktadır (3,4,5,6). Ülkemizde ise bu anlamdaki benzer bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Tüm bunlardan yola çıkılarak, AV fistülü olan SDBY olan bireylerin /hastaların AV fistül gelişiminde etkili olan özbakım davranışlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek ve damaryolu komplikasyonlarının erken tanılama amacıyla geliştirilen ölçeğin ülkemizde kullanımını sağlamak amacıyla planlanmıştır. Araştırmada veri toplama amacıyla literatür ve benzer çalışmalardan yararlanılarak araştırmacılar tarafından geliştirilen hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalıkları hakkındaki bilgileri (toplam 15 soru) (Ek I), hemodiyaliz hastalarında AV fistül bakım ve uygulamalarına ilişkin sorular (n:15 soru) (Ek-II), hemodiyaliz hastalarında AV fistül özbakım davranışları tanılama skalası (The scale of assessment of self care behaviors with arteriovenous fistula in hemodialysis –ASBHD-AVF) (Ek –III) kullanılmıştır (4,5,6,7). Veriler araştırmacılar tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Hemodiyaliz Hastalarında AV Fistül Özbakım Davranışları Tanılama Skalası (The scale of assessment of self care behaviors with arteriovenous fistula in hemodialysis –ASBHD-AVF) (Ek –III). Sousa ve ark (2014) tarafından geliştirilen Hemodiyaliz Hastalarında AV Fistül Özbakım Davranışları Tanılama Skalası (“The scale of assessment of self care behaviors with arteriovenous fistula in hemodialysis –ASBHD-AVF”), 2015 yılında revize edilmiş ve 31 maddeden oluşmaktadır. Skala belirti ve bulgular ile komplikasyonlardan korunma” olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır (5). Dil geçerliği ve kapsam geçerliği yapıldığında madde sayısının toplamda 27 olarak belirlenmiştir. Hesaplanmasında özel olarak geliştirilen formül kullanılmaktadır (12,14). $ASBHD-AVF = (Hasta\ skoru - 16 / Hasta\ sayısı) \times \%100$ Formun iç tutarlılığı 0.79, test-re-test 0.94 olarak saptanmıştır. Formun kullanım izni yazarından alınmıştır. Geçerlik çalışmalarına yönelik dil geçerliği, içerik geçerliği ve yapı geçerliği kullanılmıştır (2). Güvenirlik çalışmalarına yönelik test-tekrar test güvenirliği ve iç tutarlılık analizleri kullanılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini, bir kamu, iki özel olmak üzere toplam üç (3) diyaliz merkezinde hemodiyaliz tedavisi alan tüm hastalar oluşturmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, ölçek madde sayısının 10 katı hastaya (27*10=270) ulaşılmıştır. Diyaliz merkezlerinde tedavi olan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan tüm diyaliz hastaları 1-20 Eylül 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmaya iştirak ve görme problemi olan, kateteri olan, böbrek nakli sonrası rejeksiyon gelişen, Türkçe anlayıp konuşamayan, diyabete bağlı vasküler komplikasyon gelişen hastalar kapsam dışı bırakılmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından değerlendirilerek SPSS Programında kodlanmış olup geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmaktadır. Sonuçlar kongrede paylaşılabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Özbakım, AV fistül, hemşirelik

HS-003

HEMODİYALİZ HASTALARININ PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DURUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Emine Dane¹, Nermin Olgun¹¹Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) kronik bir hastalık olarak kişilerin yaşam alanlarını daraltan, hayat kalitelerini bozduğu gibi, kişilerin ölüm korkusu yaşamalarını sağlayan, iş gücü kaybına yol açan ve kişilerin çalışma hayatlarını dahi sonlandırmalarını gerektiren, hemen her yaş grubunu en çok da genç erişkinleri etkileyen bir hastalıktır.

Bu çalışmanın amacı, hemodiyaliz hastalarının psikolojik dayanıklılık durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesidir. Araştırmanın örneklemini; özel diyaliz merkezlerinde hemodiyaliz tedavisi alan 178 hemodiyaliz hastası oluşturmuştur. Araştırma verileri sosyo-demografik özellikler ve psikolojik dayanıklılık ölçeği ile elde edilmiştir. Elde edilen verilerin istatistiksel analiz t testi ve ANOVA varyans analizi kullanılarak yapılmıştır.

Pozitif psikolojik bir kavram olarak psikolojik dayanıklılığın demografik faktörlerden yaş, aile tipi ve hemodiyalize girme süreleri gibi faktörlerden etkilenmediği, ancak cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu ve çalışma durumu ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Gelecekte yapılacak çalışmaların buna benzer daha geniş örneklem grupları ve farklı hastalık grupları ile yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, kronik böbrek yetmezliği, psikolojik dayanıklılık.

Tablo 1. Psikolojik dayanıklılığı açıklayan etkin/anahtar noktalar

Sağlık ve Stres Sistemi	Normal bağırsıklık ve hipotalamus hipofiz ve adrenal fonksiyonu (HPA)
Bilgi işleme ve Problem Çözme Sistemi	Normal bilişsel gelişim ve zekâ düzeyi
Bağlanma ve İlişkiler (Aile-Arkadaş ve diğerleri)	Güvenli bağlanma, yetkin ve ilgili bir ebeveynle, yönlendiren kişiyle, sosyal destekle ilişkili olma
Kendilik Kontrolü, Kendilik Yönelimi, Tepki Kettleme Sistemi	Uyumlu kişilik özellikleri, vicdanlı ve dürüst olma, düşük düzeyde nevroz ve stres reaksiyonu, dürtü ve dikkatini kontrol etme çabası, yönetici işlevlerin fonksiyonu
Yetkinlik ve Ödül Sistemi	Yaşama olumlu bakma, başarma motivasyonu, öz yeterlilik
Manevi-Dini Değerler Sistemi (inanç-ritüel, etkinlikler ve destek)	Yaşama verdiği anlam, yaratıcıya veya ruhani varlığa bağlılık, dua ve meditasyon, dini gruplardan destek, dini ritüeller
Aile Sistemleri	Ebeveynle yakın ilişkiler, demokratik ebeveyn stili, eğitimde ailenin desteği, ailenin gözetimi, yatıştırıcı etkinlikler ve ritüeller
Arkadaş Sistemleri	Uyumlu ve olumlu sosyal davranışları olan arkadaşların ve romantik bir ilişkinin olması, olumlu arkadaş ağı
Okullar	Okulda öğrenme, uygulama ve uyumlu arkadaş ve yetişkin ilişkiler kurabileceği olanakların varlığı, demokratik okul yönetimi, demokratik öğretmen stili, olumlu okul atmosferi, ve okula bağlılık
Toplumsal ve Kültürel Sistemler	Olumlu yetişkin, komşu ve akran ilişkilerinin çevrede olması ve onlarla ilişki kurmada yetkin olma, kültürel ritüeller, olumlu sosyal davranışları içeren çeşitli etkinlikler ve olumlu rol modellerin olması

HS-004

HEMODİYALİZ HASTALARINDA FİSTÜL BAKIMI BİLGİ DÜZEYİNİN FİSTÜL KOMPLİKASYONLARI İLE İLİŞKİSİ

Handan Gölgeci¹¹RTS Yaşam Diyaliz Merkezi

Vasküler girişim yolu Hemodiyaliz hastası için tedavinin ilk ve en önemli unsurudur. Damar yolunun uzun yıllar kullanılabilmesi için hastaları takip eden ekibin ve hastanın kendisi ve bakım veren yakının komplikasyonları tanınması ve bakım konusunda yeterli bilgiye sahip olması gereklidir. Bu çalışma hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların fistül bakımı konusundaki bilgi düzeylerinin arteriyovenöz fistül komplikasyonları ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırma bir yıllık süre içinde merkezimizde hemodiyaliz tedavisi alan ve gönüllü olan hastalara uygulanmıştır. Kateterli hastalar kapsam dışı bırakılmıştır. Veri toplama araçları olarak Hasta Bilgi Formu, Fistül Bakımı Bilgi Formu, Damar Giriş Yeri Değerlendirme Komplikasyon Formu kullanılmıştır. Elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences 16 Version) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Ortalama, standart sapma, Oneway Anova ve Student t testi kullanılmıştır.

Tablo 1. Hastaların Fistül Bakımı ve Korunması ile İlgili Bilgi Düzeyi Toplam Puanlarının Dağılımının Demografik özelliklere Göre Değerlendirilmesi (n=71)

	yaş	N	ort	std	F	p
25-50		12	68.16	4.73	,845	,434
51-65		26	71.23	2.8		
65 ve üzeri		33	66	2.7		
cinsiyet						
kadın		40	68.9	2.58	1.79	,185
erkek		31	67.5	2.51		
medeni durum						
evli		51	69.94	1.96	2.14	,147
bekar		20	64.1	3.95		
eğitim durumu						
ilkokul		53	67.77	2.13	,488	,692
ortaokul		7	66.71	4.95		
lise		6	75.5	4.35		
lisans ve üstü		5	67.4	9.26		
meslek						
serbest		8	69.2	4.84	,520	,67
memur		2	55.5	14.5		
emekli		23	67.7	3		
ev hanımı		38	69.1	2.6		

RTS Tıbbi Danışma Kurulundan izin alınmıştır. Hastalara açıklama yapılarak kendi istekleriyle katılımları sağlanmıştır.

Merkezimizde hemodiyaliz tedavisi alan hastalara ve yakınlarına Böbrek yetmezliği, tedavi seçenekleri katater ve fistül bakımını içeren yirmi dakikalık bir eğitim verilmektedir. Eğitimin yazılı materyalinin imzalı fotokopisi de kendilerine verilerek okumaları sağlanmaktadır. Üç ay sonra aynı eğitim tekrarlanarak kayıt altına alınmaktadır. Bu aşamalardan geçen hastalarımıza Fistül Bakımı Bilgi Formu doldurarak bilgi düzeylerini ölçtük ve bir yıllık süre içindeki komplikasyonlarını değerlendirdik. Komplikasyonların belirlenmesinde hastalar için her seans öncesi ve sonrası doldurduğumuz damar yolu takip çizelgesini kullandık.

Bulgular: Hastaların yaşları 25 ile 87 arasında değişmekteydi. Hastaların %56.3 (n=40)'ü kadın, %43.7(n=31)'i erkektir. %71.8'i ilköğretim mezunu, %28.1'i bekar, diyalize devam süresine baktığımızda %33.8'i 2-5 yıl arasındadır. Hastaların etyolojik dağılımı ise; %33.8'i Hipertansiyon, %22.5 Diyabetik

nefropatidir. Komplikasyonlar; Enfeksiyon %5,6, Tromboz %7, Anevrizma %4.2 ve diğer %7 oranında görülmüştür. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların fistül bakım ve koruması ile ilgili bilgi düzeyi puanı yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve meslek gruplarında anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3). Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların fistül bakım ve koruması ile ilgili bilgi düzeyi puanı hemodiyalize başlama süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Uzun süredir diyalize devam eden hastaların puan ortalaması yüksek bulunmuştur.

Tartışma: Ovaryolu'nun 2007 yılında yaptığı çalışmada hastaların %62.1'inin fistül ile ilgili sorun yaşadığı bulunmuştur. Aktaş 'ın 2008 yılında yaptığı çalışmasında ise fistül ile ilgili sorun yaşayan hasta oranı %48.5 bulunmuştur. Bu oran bizim çalışmamızda ise % 33,8 olarak bulunmuştur. Aktaş (2008) yaptığı çalışmada okur yazar olan hasta grubunda fistül bakım ve korunması ile ilgili bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Nezihoğlu'nun (1986) çalışmasında da eğitim düzeyi arttıkça bilgi düzeyinin arttığı görülmüştür. Ancak bizim çalışmamız da eğitim düzeyi ile bilgi düzeyi arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Benzer çalışmalarda Aktaş (2008), Nezihoğlu (1986) diyalize girme süresi ile bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamışken, bizim çalışmamızda diyaliz yılı arttıkça bilgi düzeyinin de arttığı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, fistül bakımı, fistül komplikasyonları

HS-005

FEMORAL BİYOLOJİK GREFT ANEVRİZMASI OLGU SUNUMU

Aysun Ünal², Şirin Tekin Kural¹, Dilek Güzel¹, Ercan Akbulut¹, Mustafa Çetin², Abdi Metin Sarıkaya²

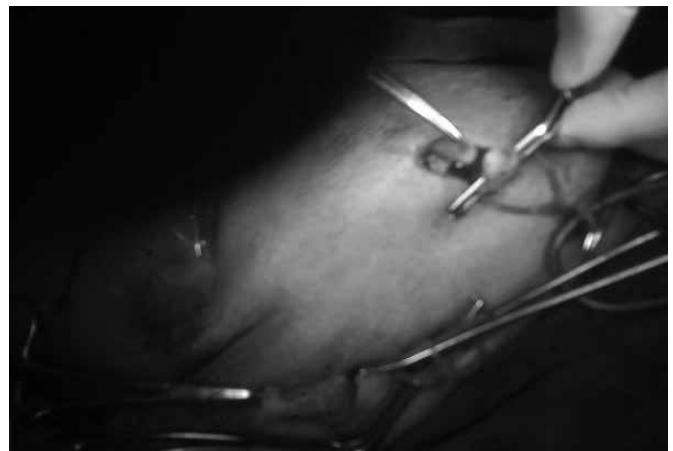
¹Atatürk Devlet Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Kliniği

²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Kliniği ve Girişimsel Radyoloji Kliniği

Amaç: Arteriyovenöz greft sağkalımında diyaliz hemşire/ tekniker'lerinin kanülasyon tekniklerinin önemini vurgulamaktır. Aynı noktadan fistül iğne girişimleri anevrizmaya ve stenoza sebebiyet vermektedir. Stenoz gelişmemesi için kanülasyon yer seçiminde AVF anastomoz bölgesinden en az 4-5 cm uzaktan kanüle edilmelidir. Arteriel ve venöz kanül arasındaki mesafeye dikkat edilmelidir (devirdaim problemi) Kanüle edilecek damar segmenti en az iğne Kanülasyon için yer seçimi uzunluğunda olmalıdır. Teknik olarak Rotasyon veya ip merdiven (ropeladder) yöntemi AVF de kanülasyona uygun yer seçimi yöntemleri, Düğme iliği (buttonhole) yöntemi, Alan ponksiyon yöntemi kullanılmalıdır. Vakamızda aynı yerden uzun süre hemodiyaliz tedavisine alınan hastada gelişen stenozlar arteriyovenöz greftin durmasına sebep olduğu için hastaya operasyon yapılmıştır. 78 yaşında kadın hasta, 2 yıl evvel sağ femoral arter ile safenofemoral junction arasına yapılan 6mm biyolojik damarda 2 adet anevrizma kesesi gelişmiş, hasta genel anestezi ile operasyona alındı, greftin proksimal ve distal kısımları dönülerek kesildi ve 6 mm 35 cm düz biyolojik vasküler greft ciltaltından geçilerek her 2 kesilen uçlara greft-greft anastomozu yapılarak anevrizmalı kısımlar devre dışı bırakıldı ve yeniden non otojen yapılarak eski greft üzerine yeni bir non otojen AVF ile hastanın çok kıymetli olan damar yolu da kurtarılmış oldu. Hasta aynı greft yolların hemodiyaliz tedavisi almaya devam etmiştir.

Anahtar Kelimeler: Arteriyovenöz greft, stenoz, arteriyovenöz kanülasyon tekniğinin önemi

Figürler :



HS-006

PERİTON DİYALİZ TEDAVİSİ BAKIM YÜKÜNÜ ARTIRMAKTA MIDIR?

Cennet Kılıçarslan¹, Filiz Karasu², Simge Bardak¹, Eda Aslan Üçkardeş³, Didem Ovla⁴, Mürside Esra Dölerslan¹, Ayşe Jini Güneş², Cemal Kurt², Kenan Turgutalp¹, Ahmet Kuyukim¹, Serap Demir¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

²Mersin Devlet Hastanesi, Nefroloji Kliniği

³Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

⁴Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı

Giriş: Periton diyalizi (PD), evde uygulanabilen bir tedavi seçeneği olması, hastaların hastaneye daha az bağımlı olmaları nedeniyle ilgi görmektedir. Diğer renal replasman tedavilerinde (RRT) olduğu gibi PD hastalarında da hasta yakınlarının, tedaviye destekleri küçümsenmeyecek düzeydedir. Ancak ileri hasta yaşı, artan komorbite sayısı, ekonomik ve sosyal sorunlar bakım verene düşen iş yükünün artmasına neden olabilir. RRT seçimi için eğitim verildiğinde, bakım yükünün fazla olacağı endişesi ile hasta veya yakını tarafından PD isteksizlikle karşılaşılabilmektedir. Bu çalışmada PD tedavisinin, bakım verenin bakım yükü üzerindeki etkisinin, hemodiyaliz ve böbrek naklindekinden fazla olup olmadığını araştırılmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 43 PD, 42 hemodiyaliz, 42 nakil hastası ve bu hastalara bakım veren 127 hasta yakını (81 kadın, 46 erkek) alındı. Hastaların en az 6 aydan beri mevcut RRT yöntemini kullanıyor olması ve bakım verenin en az 6 aydan beri hastanın bakımıyla ilgileniyor olması şartı arandı. Hasta ve yakınlarının tıbbi öyküleri, sosyodemografik özellikleri kayıt edildi ve bakım verenlere Zarit bakım yükü ölçeği uygulandı.

Bulgular: Bakım verenler, hastalarının kullandığı RRT'ne göre gruplanıp karşılaştırıldığında, aralarında medeni durum, eğitim düzeyi, iş, yakınlık dereceleri, aynı evde yaşama, bakımı tek başına üstlenme açısından anlamlı bir fark olmadığı görüldü. Hasta grupları cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, psikiyatrik ilaç kullanımı açısından benzerdi. Hemodiyaliz hasta grubuna bakım verenlerin Zarit ölçeği puanları PD ve nakil grubuna göre anlamlı olarak yüksekti (p<0,05). Hasta ve bakım verenin cinsiyeti, işi, bakım verenin medeni durumu, eğitim durumu, bakımı tek başına üstlenip üstlenmemesi ile Zarit ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktu.

Sonuç: Çalışmamız PD'nin diğer RRT ile karşılaştırıldığında bakım verenin yükünü artırmadığını hatta hemodiyalize göre daha avantajlı olduğunu göstermiştir. Hasta ve bakım verecek bireylere RRT eğitimi verilirken yöntemlerin bu yönü ile de eğitim maddelerinde tartışılması uygun olacaktır. Bakım yükünü artıran durumların farkında olunması ve sosyal desteğin sağlanması tedavi başarısı için çok önemlidir. Bu amaçla, daha fazla hasta örnekleme ile ve farklı sosyokültürel düzeylerde çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bakım yükü, periton diyalizi, Zarit ölçeği

HS-007

FOKAL SEGMENTAL GLOMERULOSKLEROZ' LU (FSGS) BİR HASTADA TRANSPLANTASYON ÖNCESİ HEMODİYALİZ TAKİBİ

Özge Özeroğlu¹, Derya Aslan¹, Figen Güllü¹

¹Türk Böbrek Vakfı İstanbul Özel Memorial Hizmet Hastanesi ve Ahmet Ermiş Diyaliz Merkezi

Giriş: Nefrotik Sendrom ve Fokal Segmental Glomeruloskleroz (FSGS): Yoğun proteinüri sonucu hipoalbuminemi ve yaygın ödem ile karakterize bir sendromdur. Hastalık bulantı, iştahsızlık, proteinüri, ödem, hipoalbuminemi, hipotansiyon ve kolesterol yükselmesi gibi belirtilerle kendini gösterir. FSGS primer glomeruler hastalıklar içinde böbrek yetmezliğinin en sık nedenidir.

Olgu Sunumu: 17 yaşında bayan hasta Ekim 2009 yılında FSGS tanısı konularak İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi (İ.Ü.İ.T.F) Nefroloji Polikliniğinde takibe alınmış. Düzenli takibini yaptırmayan hasta Mart 2015'te yurt dışında

bulunduğu sırada bacaklarda ödem şikayeti ile gittiği hastanede 3 gün yatırılarak tedaviye alınmış. Kendi isteği ile Türkiye'ye dönen hasta İ.Ü.İ.T.F Nefroloji Polikliniğine başvurmuş. Hastaya yoğun proteinüri, hipoalbuminemi ve kan değerlerinin yükselmesi sebebi ile hemodiyaliz tedavisi istenmiş. Kalıcı kateter takılan hasta hemodiyalize alınmış. 30.03.2015'te merkezimize gelen hastaya polisülfan low-flux (1.0 m2) diyalizör, 2000Ü standart heparin ile haftada 3 gün 4 saat hemodiyaliz tedavi direktifi verildi. K+ 2 mmol, Na:138 mmol, Ca .1.25mmol, Glikoz : 1/gr/lı Bikarbonat: 32 mmol değerleri içeren hemodiyaliz solüsyonu kullanıldı. Diyaliz seansları sırasında enfeksiyon açısından kateter giriş yeri değerlendirilip ateş takibi yapılan hastanın ateşi 36.5 'yi hiç geçmedi ve enfeksiyon bulgusu görülmedi. Hipervolemisi olan hastaya sıvı çekilmesi amacıyla Ultrafiltrasyon ve sodyum profili uygulandı. Fazla sıvı çekilerek belirlenen kilo hedefine ulaşıldı. Diyaliz seansları sırasında hipotansiyon geliştiği durumlarda hastaya pozisyon verilerek hekim istemi ile gerekli tedaviler uygulandı. Hasta hemodiyalizde iken en fazla gelişen komplikasyon baş ağrısıydı. Bunun için hekim istemi ile hastaya parasetamol IV yapıldı.

Sonuç: Merkezimizde 10 ay hemodiyaliz tedavisi alan hasta başlangıç albümin düzeyi 1.3 iken Ocak 2016'da istenilen düzeye ulaştığında (3.2) başarılı bir operasyon ile transplantasyon oldu. Nakil sonrası rutin takipleri hastanemizde devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: FSGS, hemodiyaliz, transplantasyon

HS-008

KRONİK BÖBREK HASTALARINDA EĞİTİM DURUMU VE YAŞAM KALİTESİ

Ümmühan Maden¹, Durkadir Duygu Balcı¹, Dilek Efeyurtlu¹, Ayça İnci¹, Metin Sarıkaya¹, Üstün Yılmaz¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Kaliteli yaşam; kişinin temel ihtiyaçlarını karşıladığı, ruhsal, zihinsel ve kültürel gelişmesi için uygun olanaklara kavuştuğu yaşamdır. Eğitim durumu sosyal olanaklarda farklılıklara yol açarak yaşam kalitesini etkileyebilir. Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) tüm dünyada insidansı ve prevalansı giderek artan bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışmadaki amacımız KBH tanısı olanlarda yaşam kalitesi anketi (SF-36) ile yaşam kalitesinin belirlenmesi ve eğitim durumunun yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel çalışma Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji polikliniğine başvuran 211 KBH'da (median yaş 56 ± 13 yıl) Ocak 2016- Haziran 2016 tarihleri arasında yapıldı . Katılımcılar yaşam kalitesi (SF-36) anketini yaptılar. Sosyodemografik veriler ve eğitim durumları anketlerle belirlendi.

Sonuçlar: KBH –EPI formülü ile hastalar evrelere ayrıldı. Hastaların %59,2'si Evre1-3, %40,8'i Evre 4-5 olarak saptandı. Hastaların %11,8'i okur yazar değil, %1,4'ü okur-yazar, %50,2'si ilköğretim mezunu, %12,3'ü ortaokul mezunu, %15,6'sı lise mezunu, %8,5'i üniversite mezunu olarak saptandı. Hastaların %26,1'nin ekonomik durumu kötü, %68,2'sinin orta derecede ve %5,7'sinin iyi saptandı. Sosyal güvencelere bakıldığında; %16,1 emekli sandığı, %9,5 yeşil kartlı, %53,6 sosyal sigortalı kurumu, %20,4 bağımsız ve %0,5 ücretli saptandı. Korrelasyon analizinde eğitim durumu ile yaşam kalitesi parametreleri arasında anlamlı, pozitif yönde korrelasyon saptanmıştır.

Sonuç: Eğitim durumu beraberinde getirdiği sosyal olanaklarla KBH'da yaşam kalitesini belirleyen faktörlerden biridir.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek hastalığı, yaşam kalitesi, eğitim durumu

HS-009

HEMODİYALİZ HASTALARINDA HUZURSUZ BACAK SENDROMU, UYKU KALİTESİ VE YORGUNLUK

Gülşay Turgay¹, Emre Tural², Siren Sezer³¹Başkent Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu²Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi³Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi

Giriş: Diyaliz hastalarında, Huzursuz Bacak Sendromunun (HBS) sıklığı değişkenlik göstermektedir. Uluslararası HBS Çalışma Grubu kriterlerine (UHBSÇG) göre yapılan çalışmalarda, diyaliz hastalarında bu sendromun görülme sıklığı %6.6-%62 arasında değişmektedir. Genellikle üremik hastalarda da uykunun başlangıcında ortaya çıkar ve uykunun başlamasını geciktirerek uyku bozukluklarına sebep olur. Uyku kalitesi kötü olan hastaların, yorgunluk seviyesi artmakta ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çalışmada amaç; hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde HBS, uyku kalitesi ve yorgunluk arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntemler: Kesitsel olarak yapılan çalışmanın evrenini Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Ümitköy- Çiğdem Diyaliz Merkezlerinde kayıtlı hemodiyaliz tedavisi alan 360 hasta oluşturdu. Örneklemde ise, UHBSÇG tanı kriterlerine göre HBS tanısı alan ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 58 hasta yer aldı. Çalışmanın kontrol grubunu HBS tanısı almamış olan ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 50 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında literatürden yararlanılarak hazırlanan Hasta Tanıtım Formu, HBS tanısı alan hastalara HBS şiddetini belirlemek için UHBSÇG-HBS Şiddet Ölçeği (HBS-ŞÖ), Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ), Ephworth Uykululuk Skalası (EUS) ve Piper Yorgunluk Ölçeği (PYÖ) kullanıldı. Sonuçlar p<0.05 olduğu durumda istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular ve Sonuç: Araştırmanın yapıldığı merkezlerdeki HBS sıklığı %16.9 olarak bulundu. Tanı alan hastalarda HBS-ŞÖ puan ortalaması 22,5±8,1 (şiddetli HBS) olarak tespit edildi. HBS olan hasta grubunda PUKİ skoru 10,8±4,8, EUS skoru 6,5±4,3, PİPER skoru 5,8±2,4; kontrol grubunda ise PUKİ skoru 6,4±3,8, EUS skoru 3,7±3,2, PİPER skoru 3,3±2,2 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Araştırmaya katılan hastaların çoğunun uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin eğitim almadıkları saptandı. Her iki grup için, uykuya ilişkin en önemli sorunun uykuya dalmakta zorlanma olduğu belirlendi. Sonuç olarak, kronik böbrek yetmezliğine eşlik eden HBS hem hastaların yorgunluklarını arttırmakta hem de uyku kalitesini negatif yönde etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, kronik böbrek yetmezliği, huzursuz bacak sendromu, uyku, uyku kalitesi, yorgunluk

HS-010

ARTERİYOVENÖZ FİSTÜL KANÜLASYONUNDA KULLANILAN FARKLI İĞNE PONSİYON TEKNİKLERİNİN AĞRI VE CİLT HASARINA ETKİSİ

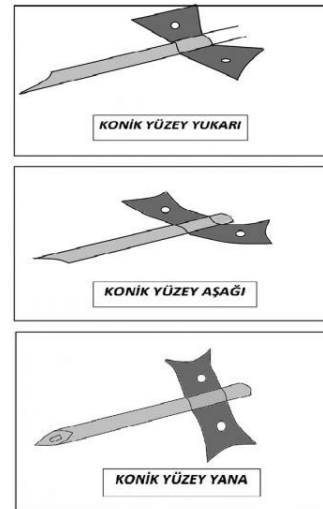
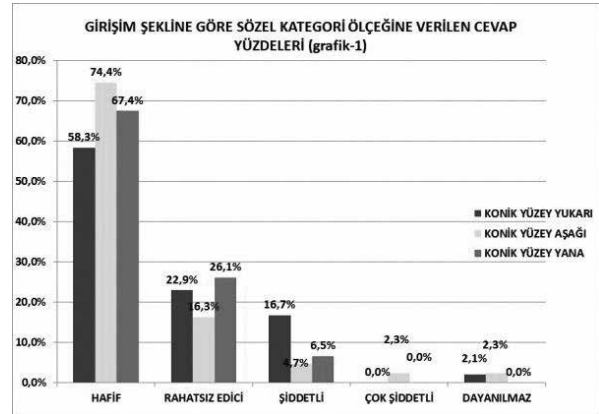
Eşref Ertan Çiçek¹, Aysun Ünal¹, Gülfidan Bahçe¹, Gülpenbe Alp¹, Birsan Özdemir¹, Gizem Dolu¹, Abdi Metin Sarıkaya¹¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi

Amaç: Bu çalışma arteriovenöz fistül (AVF) kanülasyonu sırasında fistül iğnelerinin konik yüzey yukarı (KYYU), konik yüzey aşağı (KYAŞ), konik yüzey yana (KYYA) pozisyonunun ağrı düzeyine ve cilt hasarına etkisini araştırmak ve aynı zamanda ağrı ve cilt hasarı arasındaki ilişkiyi, yönünü ve kuvvetini saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 20 erkek 10 kadın olmak üzere 30 hasta ile başlandı. Çalışma tam deneysel, tek kör olarak tasarlandı. Etik kurul izni Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 24/3/2016 tarihinde alındı. Çalışmada diyabetik olmayan, arteriovenöz fistülden en az üç aydır diyalize alınan, mental retarde olmayan, gebe veya gebelik şüphesi bulunmayan bilgilendirilmiş onamları alınan 30 hastaya ikişer kez KYYU, KYAŞ, KYYA

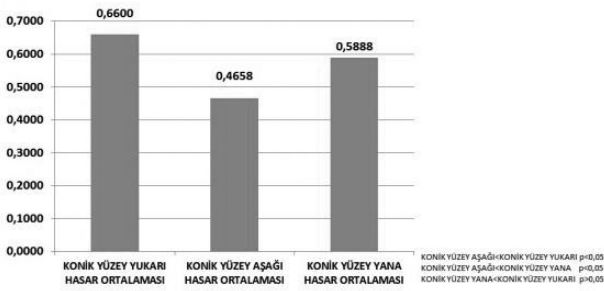
AVF girişi yapıldı (şekil-1) Girişimler aynı hastaya aynı hemşire tarafından yapıldı. Girişim öncesi cilt antiseptisi klorheksidin glukonat içerikli antiseptikle sağlandı. Girişim sonrası aynı seansta hastaların farklı bir hemşire tarafından görsel ağrı ölçeği (GKÖ) ve sözel kategori ölçeği (SKÖ) düzeyleri kayıt edildi. Hemodiyaliz sonrası iğne çekilip kanama durduktan sonra oluşan cilt hasarı Mitutoyo 183-101 8X hassas büyüteç ve 183-102 ölçüm skalası kullanılarak fotoğraflandı. Görüntüler Photoshop CS6 programı ölçüm özelliği kullanılarak iğne hasarları milimetrekare cinsinden hesaplandı. Ağrı ve hasar ölçümleri SPSS 18 programında analiz edildi.

Bulgular: Hastaların % 43,3 ü 50-64 yaş grubunda ve yaş ortalamasının 51,53±16,95 olduğu, % 66,7'sinin erkek, % 33,3'ünün kadın olduğu, % 56,7'sinin evli, % 43,3' ünün bekar olduğu, %33,3'ünün İlkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Hastalarda fistül hasarının sonuçlarına bakıldığında KYYU hasar ortalaması 0,6600 mm², KYAŞ hasar ortalaması 0,4658 mm², KYYA hasar ortalaması 0,5888 mm² olarak bulunmuştur (Grafik-2). KYAŞ girişimin KYYU ve KYYA girişime göre anlamlı olarak daha az hasar oluşturduğu (p<0,05), KYYA girişimin KYYU girişime göre daha az hasar oluşturduğu fakat farkın anlamlı olmadığı (p>0,05) bulunmuştur. GKÖ ağrı ortalamalarına bakıldığında KYYU ağrı ortalaması 36,76 mm, KYAŞ ağrı ortalaması 46,39 mm, KYYA ağrı ortalaması 39,67 mm olarak bulunmuş fakat aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05). GKÖ ağrı düzeyleri ile cilt hasarı ilişkisine bakıldığında KYAŞ ve KYYA girişim için ağrı-hasar ilişkisi bulunamamıştır (KYAŞ: r=0,114 p>0,05, KYYA: r=-0,105 p>0,05), KYYU girişim için ise negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur fakat sonuç anlamlı değildir (r=-0,373 p=0,46). SKÖ ağrı düzeylerinde her üç ponsiyon şekli arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05) (Grafik-1).



Şekil 1.

GİRİŞİM ŞEKLİNE GÖRE ÖLÇÜLEN CİLT HASARI (mm2) Grafik-2



Sonuç ve Tartışma: Yapılan analizlerde ponksiyon şeklinin oluşan cilt hasar alanına etkili olduğu tespit edilmiştir. Oluşan cilt hasarının azaltılması fistül ömrünün uzatılmasına katkı sağlayabileceği gibi estetik anlamda hasta için önem arz etmekte ve yaşam kalitesini yükseltici bir faktör olabileceği düşünülebilir. Ağrı düzeyi ile cilt hasarı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Buna neden olarak uzun süredir kullanılan fistül giriş bölgesinde sinir hasarı nedeniyle his kaybı ve üremik nöropati düşünülebilir. Çalışma örneklem sayısı artırılarak tekrar edilebilir. İleri yöntemlerle damar altı duvar hasarı değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Bevel up, bevel down, kanülasyon, AVF, ağrı, hemodiyaliz, fistül ömrü, yaşam kalitesi, cilt hasarı, konik yüzey aşağı

HS-011

HEMODİYALİZ HASTALARININ TEDAVİ VE SIVI KISITLAMASINA UYUM, UYUMSUZLUK VE ÖZ ETKİLİLİK DURUMUNUN İNCELENMESİ

Yasemin Korkmaz¹, Sultan Kav²

¹Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Çiğdem Diyaliz Merkezi

²Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma hemodiyaliz hastalarının önerilen tedavi, diyet ve sıvı kısıtlamasına uyum, uyumsuzluk ve öz etkililik durumlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesine bağlı Ümitköy, Çiğdem ve Yenikent Diyaliz Merkezlerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemi en az 3 aydır hemodiyaliz tedavisi görmekte olan, 18 yaşından büyük ve araştırmaya katılmaya gönüllü 400 birey oluşturmıştır.

Verilerin toplanmasında literatürden yararlanılarak hazırlanan anket formu, Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ve Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşerek anket uygulama yoluyla elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra ki-kare, t testi, ANOVA ve Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamalarının 56.74 ± 16.09 yıl olduğu, hastaların ortalama 112.13 ± 93.98 ay önce KBY tanısı almış ve ortalama 78.44 ± 69.98 aydır diyaliz tedavi almakta olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların genel öz yeterlilik ölçeği toplam puanı ortalamasının 30.62 ± 7.69 olduğu belirlenmiştir. Öz- yeterlilik ölçeği puan ortalamasının erkek, evli, çocuğu olmayan, üniversite mezunu olan, il merkezinde yaşayan ve gelir durumu iyi olanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Yaş, cinsiyet, kullandığı ilaç sayısı, kronik böbrek yetmezliği dışında bir hastalık olma durumu ve hemodiyaliz süresinin ilaç tedavisine uyumu etkilediği belirlenmiştir.

Hastaların yarısından fazlasının son 2 haftada diyet (%64.2) ve sıvı kısıtlamasına (%60.0) uyumsuzluk gösterdiği saptanmıştır. Bekar, aile bireyleri ile birlikte yaşayan ve sigara kullananların son 2 haftada diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk derecesinin daha fazla olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Diyaliz, uyum, uyumsuzluk, öz-etkililik, hemşirelik

HS-012

ÖZEL VE KAMU HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HEMODİYALİZ HEMŞİRELERİNDE ÖRGÜTSEL SESSİZLİK ÜZERİNE ARAŞTIRMA

Emine Dane¹, Dürdane Yalçın²

¹Acıbadem Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

²Bilim Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

Çalışma İstanbul ili sınırları içinde bulunan üniversite, devlet ve özel diyaliz merkezlerinde çalışan hemodiyaliz hemşireleri üzerinde yapılmış olup; sorular ve anketlerin analizinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma kullanılarak hesaplanmıştır.

Örgütsel sessizlik, çalışanların çeşitli nedenler yüzünden örgütsel konular ile ilgili düşünce ve önerilerini dile getirmekten kaçınmalarıdır. Bu çalışmadaki hedefimiz, hemodiyalizde çalışan hemşirelerin sessiz kaldığı konuların neler olduğunu, neden sessiz kaldıklarını ve sessiz kalmaları hem çalışanlar hem de hastane yönetimi açısından algılanan sonuçların neler olduğuna bakmak istedik.

Varılan sonuç genel olarak iş veya işyeri ile ilgili konu, sorun ve endişeleri hakkında yöneticileri ile rahatlıkla konuşabilme konusunda grubun çoğunluğu hayır cevabı vermişlerdir. Eğitim düzeyi yüksek olanlar, aynı kurumda uzun süre çalışanlar ile meslek tecrübesi fazla olanların çoğunluğu ise evet cevabını vermişlerdir. Grubun sessiz kalma konusunda, kadın çalışanlar, lise mezunları ve çalışma hayatında tecrübesiz grupların çoğunluğu evet cevabını vermişler ve bu sessiz kalmayı grubun çoğunluğu sıklıkla tercih etmişlerdir.

Anahtar Kelimeler: Örgütsel sessizlik, hemodiyaliz

HS-013

HEMODİYALİZ KATETERİNİ DİYALİZ TEDAVİSİ HARİCİ KULLANIMI SIRASINDA GELİŞEN KATETER PARÇALANMASI, VAKA SUNUMU

Aysun Ünal¹, Neşe Bayraktar¹, Eşref Ertan Çiçek¹, Mustafa Çetin¹, Abdi Metin Sarıkaya¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi ve Girişimsel Radyoloji Kliniği

Amaç: Hemodiyaliz kateterlerinin hemodiyaliz tedavisinde kullanılacak tek damar yolu olduğunun farkındalığını arttırmak.

Vakamız; Hastanemiz hemodiyaliz ünitesi harici, başka klinikte tedavi amaçlı hemodiyaliz kateterinin kullanılması ve basınçla verilen ilaca bağlı kateter plastiğinin parçalanmasıdır. Kateter klempini açık olduğu için hastada hem kan kaybı hemde enfeksiyon riski meydana gelmiştir. Kliniğimizde gönderilen hastanın kateteri klemlenerek steril şartlarda girişimsel radyoloji kliniğinde değiştirilmiştir ve hemodiyaliz harici kliniklerde çalışan sağlık profesyonellerinin bu konuda eğitim almaları sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, kateter, eğitim

Figürler :





HS-014

SİMÜLASYONLU PERİTON DİYALİZ UYGULAMASININ ÖĞRENCİLERİN PSİKOMOTOR BECERİLERİ VE ÖZ YETERLİLİĞİNE ETKİSİ

Eylem Topbaş¹, Gülay Bingöl¹, Öznür Görgen¹, Banu Terzi¹

¹Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Giriş: Periton Diyaliz (PD) uygulamasında bağlantının doğru teknikle yapılması olası enfeksiyöz komplikasyonları önlenmesi açısından oldukça önemlidir.

Amaç: Simülasyonlu PD uygulamasının öğrencilerin psikomotor becerileri ve öz yeterlilikleri üzerindeki etkisinin incelenmesidir.

Yöntem: Toplam 28 öğrenci ile gerçekleştirilen deneysel nitelikteki çalışmada; deney grubuna PD uygulaması PD simülasyonu üzerinde gösterilerek çözümleme oturumu ile sonlandırıldı. Kontrol grubuna ise sadece teorik eğitim ile birlikte video gösterimi yapıldı. Eğitim sonunda öğrencilerin PD uygulamasına ilişkin psikomotor becerileri değerlendirildi. Ayrıca uygulama öncesi ve sonrası öğrencilerin öz yeterlilikleri ölçüldü.

Bulgular: Öğrencilerin psikomotor beceri puanları deney grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu, öz yeterlilik puanları açısından deney ve kontrol gruplarında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı. Deney grubunda öz yeterlilik puanı ön ve son test açısından istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte son test puanları daha yüksek bulundu.

Sonuç: Simülasyon tekniği ile PD uygulamasının öğrencilere gösterilmesi psikomotor becerilerin geliştirilmesinde etkili olduğundan, bu teknik psikomotor becerilerin geliştirilmesinde kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Eğitim; öz yeterlilik, periton diyalizi, simülasyon

HS-015

BÖBREK NAKLİ AMELİYATLARINDA AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN YETKİNLİKLERİNİN ANKSİYETE DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Özlem Güvenir Özpekin¹, Büşra Yıldız¹, Züleyha Bengi¹, Sevim Karagöz¹, Burhan Coşkun¹, Hakan Vuruşkan¹

¹Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi

Amaç: Bu çalışma, Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Hastanesi'nde böbrek nakli ameliyatlarında görev alan ameliyathane hemşirelerinin yetkinliklerinin anksiyete düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Çalışma 01.07.2016-31.07.2016 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Hastanesinde böbrek nakli ameliyatlarında aktif rol alan ameliyathane hemşireleri ile tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Veri toplama araçları olarak; hemşire tanıtım formu ve Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ)/Kendini Değerlendirme Anketi kullanıldı. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Veri analizi için; SPSS 20.0 paket programı kullanıldı, tanıttıcı özellikler frekans (sıklık) ve yüzdelere ile tanımlandı., Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis ve t testi, ile analiz edildi. p<0.05 değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 33'dür. Hemşirelerin %80'i (n= 24) lisans mezunudur. Ameliyathane deneyimleri; %26'sı (n=8 1-5 yıl, %43'ü (n= 13)6-10 yıl, %30'u (n= 9)11 yıl ve üzeri olarak belirlendi. Hemşirelerin %60'ı (n=18) ameliyathanede çalışmaktan memnundur. Hemşirelerin ameliyathanede aktif olarak çalıştıkları bölümler; %14'ü (n=4) üroloji, %30'u (n=9) genel ve %56'sı (n:17) diğer bölümler olarak belirlendi. Hemşirelerin %40'ı (n=12) kendilerini "uzmanlık gerektiren yetkin" olarak değerlendirdi. % 56'sının (n= 17) nakil ekibi ile iletişimlerini orta düzey olarak değerlendirdiği, %83'ünün (n:25) branşlaşmanın acil ameliyatlara girecek düzeyin devamında olması gerektiğini belirttiği saptandı.

Sonuç: Ameliyathane hemşireliği yetkinliğini, uzmanlık gerektiren düzeyde belirten hemşirelerin anksiyete puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiş olup istatistiki olarak anlamlılık bulunmamıştır (p>0.05) Ameliyathanede aktif görev alınan bölümlere bakıldığında, genel ameliyatlara ve üroloji ameliyatlarına giren hemşirelerin anksiyete düzeylerinin anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur (p: 0.002, p<0.05). Ameliyathanede tüm hemşirelerin branşlaşmadan önce tüm ameliyatlara girebilecek düzeyde eğitilip, sürekli eğitimleri devam ettirilerek böbrek nakli ameliyatlarındaki hemşire anksiyetesi düşürülebilir. Daha geniş gruplarda çalışmanın yapılması, çalışmanın anlamını arttıracaktır.

Anahtar Kelimeler: ameliyathane hemşireliği; böbrek nakli; yetkinlik; anksiyete

HS-016

PREDİYALİZ KRONİK BÖBREK HASTALARINDA KESİTSEL BİR ÇALIŞMA: YAŞAM KALİTESİ

Ümmühan Maden¹, Ayça İnci¹, Dilek Efeyurtlu¹, Durkadir Duygu Balcı¹, Metin Sarıkaya¹, Refik Olmaz¹, Üstün Yılmaz¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Tüm dünyada Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) insidansı ve prevalansı giderek artmaktadır. KBH yüksek oranda komplikasyonlar ve kötü yaşam kalitesi ile birliktedir. Bu çalışmadaki amacımız KBH tanısı olanlarda yaşam kalitesi anketi (SF-36) ile yaşam kalitesinin belirlenmesi ve böbrek fonksiyonları, yaş, hemoglobin, albumin, HbA1c ve 25 OH vitamin D düzeyinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel çalışma Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji polikliniğine başvuran 211 KBH'da (median yaş 56 ± 13 yıl) Ocak 2016- Haziran 2016 tarihleri arasında yapıldı . Katılımcılar yaşam kalitesi

(SF-36) anketini yaptılar. Laboratuvar testleri, klinik ve demografik verileri kayıt edildi.

Sonuçlar: KBH –EPI formülü ile hastalar evrelere ayrıldı. Hastaların %59,2'si Evre1-3, %40,8'i Evre 4-5 olarak saptandı. Evre 4-5 hasta grubunda yaşam kalitesi anketi sonucunda fiziksel rol gücü kısıtlamaları skorları Evre 1-3 hasta grubuna göre daha düşük saptandı. Yaşın yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği saptandı. Yüksek hemoglobin, albumin, ve 25 OH vitamin D düzeyi olan KBH'da fonksiyonel kapasite ve fiziksel rol gücü kısıtlamaları skorları daha iyi saptandı. Yüksek HbA1c düzeyleri kötü fonksiyonel kapasite ile ilişkili bulundu.

Sonuç: Böbrek fonksiyonları ve yaş yaşam kalitesini etkilemektedir. KBH'da yaşam kalitesini artırmak için hemogloblin, albumin, HbA1c ve 25 OH vitamin D düzeylerinin iyileştirilmesi gibi değiştirilebilir faktörler üzerinde durulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek hastalığı, prediyaliz, yaşam kalitesi

HS-017

HEMODİYALİZ HASTALARININ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ, YETİ YİTİMİ, DEPRESYON VE KOMORBİDİTE YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gülşay Turgay¹, Emre Tural², Siren Sezer³

¹Başkent Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

²Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi

³Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi

Giriş: Kronik böbrek yetmezliği tanısı alan hastalara uygulanan replasman tedavileri hastaların yaşam kalitesini yükseltirken olumsuz sonuçlara da neden olabilmektedir. Bu sonuçlara eşlik eden komorbidite varlığı bireyin günlük yaşam aktivitelerini(GYA) olumsuz yönde etkilemektedir. Hemodiyaliz(HD) tedavisi alan hastalarda, fiziksel sorunların yanında ruhsal bozukluklar ve bunlara bağlı gelişen yeti yitimi de görülmektedir. Bu çalışma, HD hastalarının GYA, yeti yitimi, depresyon ve komorbidite yönünden değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel olarak yapılan araştırmanın evrenini Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Ümitköy Diyaliz Merkezi'nde tedavi gören 320 hasta oluşturdu. Örneklemi ise, 50 yaş ve üzerinde olan, en az 6 aydır HD tedavisi alan, bilinç düzeyi yeterli olan, işitme ve görme kaybı olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 144 hasta oluşturdu. Veriler, literatür doğrultusunda hazırlanan Hasta Tanıtım Formu, Katz GYA Ölçeği, Lawton and Brody Enstrümental GYA Ölçeği (EGYA), Kısa Yeti Yitimi Anketi (KYA), Charlson Komorbidite Skoru, Beck Depresyon Envanteri kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde, frekans dağılımları, ki-kare ve t testi kullanıldı. Sonuçlar p<0.05 olduğu durumda istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular ve Sonuç: Araştırmaya katılan hastalar 50-64 yaş (1. Grup) ve 65 yaş üzeri (2. Grup) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Birinci gruptaki katılımcıların GYA ölçek puanı 17,28 ±1,45, EGYA puanı 19,98± 3,02, KYA skoru 7,42 ±3,99; ikinci gruptaki katılımcıların ise GYA ölçek puanı 15,73± 2,53, EGYA puanı 17,29±3,43, KYA skoru 10,7 ± 4,18 olduğu belirlendi. Her iki gruptaki katılımcıların hafif düzeyde depresyonu olduğu, ancak ikinci gruptaki katılımcıların depresyon ve komorbidite skorlarının daha yüksek olduğu tespit edildi. Gruplar arasında alınan GYA, EGYA, KYA skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, alınan depresyon ve komorbidite skorlarının anlamlı olmadığı saptandı. Sonuç olarak; Hemodiyaliz, hastaların GYA'lerini sürdürmelerinde değişen düzeylerde bağımlılık yaşamalarına neden olmaktadır. Bu hastaların, bağımsız olmalarını destekleyen hemşirelik bakım yaklaşımlarının yanı sıra, sağlık bakım politikalarının geliştirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, günlük yaşam aktiviteleri, Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yeti Yitimi, Depresyon, Komorbidite.

HS-018

HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN BİREYLERİN FİSTÜL BÖLGESİNDEKİ CİLT KURULUĞUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Nazan Kılıç Akça¹, Dilek Arslan¹

¹Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Amaç: Bu çalışma hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin fistül bölgesindeki cilt kuruluşunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma bir il merkezinde bulunan hemodiyaliz merkezinde etik kurul onayı ve kurum izni alınarak gerçekleştirildi. Bu çalışma hemodiyaliz tedavisi alan ve kolda arteriovenöz fistülü bulunan 73 birey ile tamamlandı. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan hasta tanıtım formu, cilt nem ve cilt pH' ölçüm cihazları kullanıldı. p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalamasının 54.26±12.52 olduğu, %67.1'i erkek, %80.8'i evli, %75.3'ü ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların ortalama 41.97±32.61 aydır fistülle diyalize girdiği ve %57.5'inin fistül bölgesi için nemlendirici kullandığı ve %53.4'ü ise fistül bölgesi için egzersiz yaptığı belirlenmiştir. Hastaların interdiyalitik kilo artışı ortalaması 2.65±0.88 ve KT/V ortalaması ise 1.36±0.28 olarak bulunmuştur. Hastaların fistül bölgesindeki cilt nem oranı 25.38±4.87 ve cilt pH'ı 5.39±0.39 olduğu tespit edilmiştir. Cilt kuruluşu ile sodyum düzeyi arasında zayıf düzeyde pozitif yönde ilişki saptanmıştır (r: 243;p<0.05). Cilt kuruluşu ile yaş, hemodiyaliz ve fistül süresi, interdiyalitik kilo artışı ve KT/V arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Sonuç: Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin fistül bölgesinde cilt kuruluşu olduğu belirlenmiştir. Kan sodyum düzeyi ile cilt kuruluşu arasında zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: hemodiyaliz, cilt kuruluşu, fistül bölgesi, etkileyen faktörler

HS-019

HEMODİYALİZ HASTALARINDA SOSYAL HİZMET GEREKSİNİMLERİNİN TESPİTİ VE MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM

Sema Kaya¹, Neşe Bayraktar¹, Hasan Ergün Gündoğdu², Songül Ülker Çetin¹, Aysun Ünal¹, Eşref Ertan Çiçek¹, Hatice Coşkun¹, Abdi Metin Sankaya¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Kliniği

²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi

Amaç: Bu çalışmada amaç hemodiyaliz hastalarının sosyal hizmet gereksinimlerini tespit etmek ve var olan eksiklerin giderilmesi için sosyal hizmet uzmanıyla multidisipliner çalışma prensibiyle eksiklerin giderilmesini sağlamaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda Sosyal Hizmet Uzmanı ve Sosyal Hizmet lisans programında sağlık alanında halen lisans tamamlama yapan Diyaliz Teknikerlerinin ortak hazırladığı bilgi formu kullanılmıştır. Çalışmamızda 42 kadın 53 erkek toplam 95 hastaya kendi hazırladığımız bilgi formundaki sorular yöneltilmiştir. Soruların cevaplanması yüz yüze görüşülerek sağlanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların %12,6 sı 19-34, % 24,2 si 35-49, % 36,8 i 50-65, % 26,3 ü 65 ve üzeri yaş grubundadır.Hastaların % 66,3 ü evli % 33,7 si bekardır.Hastaların %51,6 sı İlk-Ortaokul mezunu, %28,4 ü okuryazar değildir.

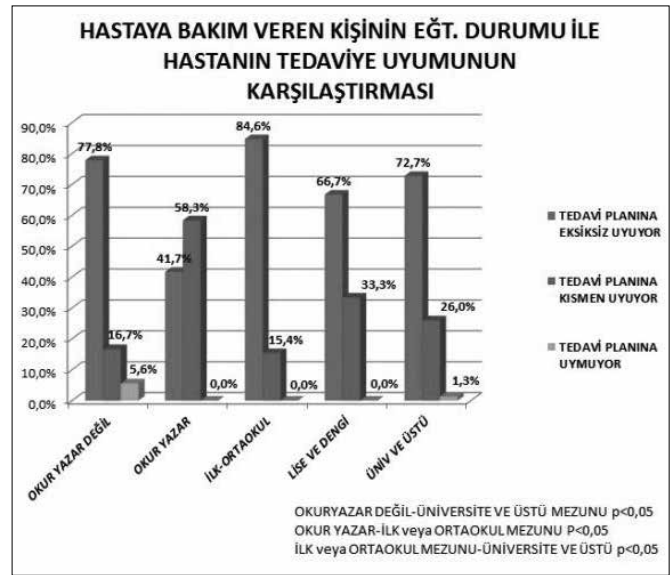
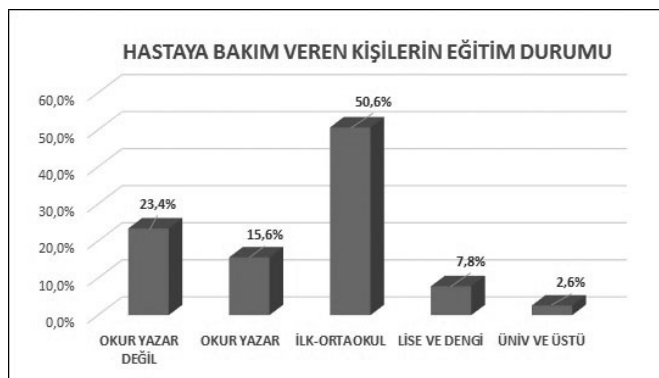
Bulgular: Hastalara bakım veren kişilerin %50,6 sının İlk-Ortaokul mezunu, % 23,4 ü okur yazar olmadığı tespit edilmiştir.Hastaların % 92,6 sı ailesi ile, % 7,4 ü yalnız yaşadığı, %49,5 i kendisine ait konutta, %14,7 si bir yakının yanında, %33,7 si kirada, % 2,1 ide bir kurumda kaldığını ifade etmiştir. Hastaların % 52,6 sı 2 oda 1 salon bir konutta barınmaktadır. Hastaların % 75,8 inin çalışmadığı, % 66,3 oranında yeşil kartlı olduğu, %36,2 sinin hanede aylık kişi başı giderinin 789-1300 TL aralığında olduğu, % 33,7 sinin hanede aylık kişi başı gelirinin 789-1300 TL aralığında olduğu görülmüştür. Hasta ve yakınlarının % 69,5 inin engelli maaşı,evde bakım maaşı gibi sosyal yardımlardan faydalandığı görülmüştür. Bakıma muhtaç hastaların

%94,5 i tıbbi ve medikal ihtiyaçlarının raporla karşılandığını belirtmişlerdir. Hastaların % 9,5 inin sosyal ilişkilerinin kötü olduğu %7,4 ünün aile üyeleri ile görüşmediği tespit edilmiştir.

Sonuç ve Tartışma: Hastaların büyük bölümü (%69,5) sosyoekonomik destekten faydalansa da bilgi eksikliği ve çekimser kişilik yapısından dolayı hastaların bir bölümü hala bazı desteklerden faydalanamamaktadır. Bu konuda Hemodiyaliz birimi çalışanları Sosyal Hizmet Uzmanları ile birlikte çalışarak bu hasta grubunun birçok konuda sosyoekonomik destekten yararlanmasını sağlayabilir. Yaptığımız çalışmada; Kronik hastalıklar grubunda olan hemodiyaliz hastalarının, psikososyal konularda desteğe ihtiyacı olduğu birkez daha kanıtlanmıştır. Çalışmamızda; hastaların bir bölümünün sosyal becerilerinde yetersizlik ve bilgilendirme eksiklikleri nedeniyle kronik hasta gruplarına sağlanan sosyoekonomik hizmetlerden faydalanamadıkları tespit edilmiştir. Bu konuda hemodiyaliz ve sosyal hizmet birimleri arasında etkili bir koordinasyon kurulmasının, hastaların önemli bir çoğunluğunun sosyo-ekonomik yardımlardan faydalanmalarını sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca kronik hastalıkların yaratacağı ruhsal sorunların en aza indirgenmesi amacıyla yapılan psikiyatrik değerlendirmelerin, hastaların sorun çözme becerilerini geliştireceği, hastalığa ve tedaviye uyumu kolaylaştıracağı düşünülebilir. Tüm bu koordinasyonun sağlanmasında sosyal hizmet alanında lisans tamamlamakta olan ve daha sonra mezun duruma gelecek olan Diyaliz Teknikerlerinin önemli bir rol oynayacağı tahmin edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, sosyal hizmet, sağlık lisans tamamlama

Figürler :



HS-020

YOĞUN BAKIM HEMODİYALİZİNDE SU SİSTEMİ NASIL OLMALIDIR?

İlhan Asana¹, Zeynep Nurcan Alan², Necmiye Karaca¹, Enveriye Saka¹, Berrin Mete¹, Sevtap Karaboyun¹, Ender Hür¹

¹Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi

²Manisa İl Sağlık Müdürlüğü

Giriş: Mobil ters osmos (r.o) su arıtma cihazı, Hemodiyaliz (HD) merkezi dışında servislerde, yoğun bakımlarda ve ev hemodiyalizi hastaları için tasarlanmış 2 veya 3 HD cihazı için su üreten küçük taşınabilir r.o sisteminin olduğu bir cihazdır. Sağlık bakanlığının mevcut su arıtma yönergesinde mobil su arıtma sistemlerinin denetlenmesi ile ilgili hükümler bulunmamaktadır.

Deneyim Paylaşımı: Yoğun bakım ünitemizde mobil r.o sistemi ve bağlantılarında iyileştirmeler yapılmıştır.

Cihaz girişindeki 10 inç 10 micron karbon filtre yerine cihaz öncesi 50 lt karbon minerali yıkanabilir kloromin tutucu filtre konuldu bu sayede klor daha iyi bloke edildi double yumuşatma ünitesindeki reçineye klorun yapabileceği hasar önlenildi.

Double yumuşatma sistemindeki reçine minerali değiştirildi.

40x21 olan r.o membranı yerine 40x40 r.o membranı yapılarak saf su üretimi artırıldı.

Saf su dağıtımında kullanılan makaralı gıda hortumu yerine bakanlığın tavsiye ettiği Pex – A saf su dağıtım hattı yapılmak suretiyle saf su hattı geri dönüşümlü hale geldi, sirkülasyon sağlandı suyun durgunluğu önlenildi.

Saf su montajı yatak başlarına HD cihazlarının bağlantısı temiz kolay bağlantılı Quick Connect sistemi yapıldı HD cihazlarının saf su beslemeleri daha düzgün ve temiz hale getirildi.

Saf su dağıtım hattına ultraviyole (UV) lamba monte edildi. (UV lamba saati dahil) geri dönüşümlü olduğu için gidiş kısmına 0,04 mikronluk endotoksin filtre geri dönüş kısmına 0,1 mikronluk endotoksin filtre motajı yapıldı, olası komplikasyonlar için önlemler alındı.

Hemodiyaliz cihazlarının atıkları için saf su dağıtım hattı altına yatak başı pvc boru ile atık boru hattı montajı yapıldı HD cihazı atık bağlantıları Quick Connect şeklinde her cihaza ayrı planlandı olası atık su sızıntıları kötü kokular önlenildi.

Sonuç ve Öneriler: Ham sudan olası yüksek yoğunlukta klorun bloke edilememesine bağlı yumuşatma ünitelerinin r.o. membranlarının işlevini yitirmesi sert su oluşabilir. Saf su hattının dağıtım ekipmanlarının makaralı hortumlarla yapılması basınç düşmelerine, cihazın kullanılmadığı sürelerde hortumlarda bekleyen suya bağlı mikrobiyal kontaminasyonun olma riski vardır.

1. Kullanılacak ham su içme kullanma suyu özelliklerini taşımalıdır.
2. Cihazda partikül tutucu filtre olmalıdır (10 inç boyunda 10 mic. geçirgenlikte).
3. Kartuş karbon filtreler yerine yıkanabilir karbon filtreler tercih edilmelidir.
4. Tandem Yumuşatma sistemi olmalı, yumuşatma çıkışı su sertlik ölçümü zorunlu olmalıdır.
5. R.o çıkış suyu iletkenliği <25µS/cm olmalı, yüksek olması durumunda HD cihazlarında önleyici sistem olmalıdır.
6. Saf su dağıtım hattı hortum yerine bakanlığımızın önerdiği *pex-A hijyenik boru* sistemi geri dönüşümlü yatak başı cihaz bağlantılarının yapılacağı soket sistemlerine sahip olmalıdır.
7. Günlük su arıtma sistemi kontrolleri (*sertlik, iletkenlik, basınç düşmesi, pH, klor*) Avrupa farmakopisinde belirtilen özellikleri: 3 ve 6 aylık su analizleri (*kimyasal, mikrobiyal kontaminasyon ve bakteriyel endotoksin analizleri zorunlu olmalıdır*).
8. Saf su hattında sirkülasyon, ultraviyole lamba endotoksin filtre sağlanmalıdır.
9. Yoğun bakım ortamı düşünülerek toz bikarbonat kullanımının sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, mobil su arıtma, PEX-A hijyenik boru sistemi

Figürler :



HS-021

HASTANIN PERİTON DİYALİZİ KARARINDA HEMŞİRE Mİ? DOKTOR MU? DAHA ETKİLİDİR

Özlem Demir¹, Muammer Bilici¹, Sevil Uygun İlikhan¹, Ülker Özdemir¹, Zeliha Sönmez¹, Selma Sugeçti¹, Ali Borazan¹

¹Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ad, Nefroloji Bd

Amaç: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun "TÜRKİYE BÖBREK HASTALIKLARI ÖNLEME VE KONTROL PROGRAMI EYLEM PLANI (2014-2017)" na göre son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hastalarında hastaların morbidite ve mortalitesinin azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması için renal replasman tedavisi (RRT) olarak diyaliz tedavisi önerilen hastalara periton diyalizi (PD)'nin teşvik edilmesi önerilmektedir. Bu çalışmada SDBY hastalarında RRT olarak diyaliz tedavisi önerilen hastalarda PD tercihinde hemşirenin rolünü belirlemeyi amaçladık

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Etik Kurulu'ndan onay alınarak yapılmıştır. Çalışmaya SDBY tanısı konularak RRT kararı alınan ardışık toplam 115 (65 kadın, 50 erkek) hasta alınmıştır. Hastalar önce nefroloji uzmanı tarafından pre-emptif böbrek nakli ve periton diyalizi kontrendikasyonları açısından değerlendirildi. Diyaliz kararı alınan toplam 96 hasta ardışık olarak iki gruba ayrıldı. Doktor ve hemşire tarafından eğitimleri verildi. İlk eğitimleri nefroloji uzmanı tarafından verilen ve PD kararı vermeyen hastalara tekrar hemşire tarafından eğitim verildi. PD kabul eden ve etmeyen hastaların istatistiksel sonuçları Mann-Whitney U testi kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: SDBY nedeniyle RRT kararı alınan hastaların 4'ü pre-emptif böbrek naklini kabul etti. 15 hasta başka merkeze gitmek istediği için veya RRT kabul etmediği için çalışmaya alınmadı.

Diyaliz tedavisine uygun 96 hastanın ilk değerlendirilmesi sonucu PD kontrendike olan 26 hastaya PD eğitimi verilmedi.

Diyaliz tedavisi kararı alınan ve PD'ni ilk tercih olarak yapılabilecek toplam 70 hastanın 32'si (%46) PD tercih etti. Hastaların ilk eğitimleri ardışık olarak iki gruba ayrıldı. Hemşire tarafından eğitime alınan 36 hastanın 15'i (8 kadın, 7 erkek), nefroloji uzmanının eğitim verdiği 34 hastanın 8 (2 kadın, 6 erkek)'i PD'ni ilk tercih olarak seçmiştir.

Nefroloji uzmanı tarafından eğitim verilen ancak PD tercih etmeyen hastaların 8 (6 kadın, 2 erkek)'i hemşire eğitiminden sonra PD tercih etti (p<0.001). Ancak hemşire eğitiminden sonra PD tercih etmeyen hastaların 1'i doktor tarafından tekrar eğitildikten sonra tercih etti.

PD'ni kabul eden hastalardan 23 (%72)'nin hemşire eğitiminden sonra, 13 (%28)'nin doktor eğitiminden sonra tercih ettiği bulundu (p<0.001).

Hastanın PD tercih etme sebepleri arasında ilk sırada eğitimin hemşire tarafından verilmesi, 2. sırada ise PD'nin evde yapılıyor olması iken, HD tercihinde hastanın ilk tercih sebebi tanıdık bir HD hastasının bulunması, 2.sırada HD merkezlerinin varlığı tespit edildi

Hasta ve yakınları için ilk kez uygulanacak ve hayatı boyunca devam edecek bir tedavi yönteminin tercihinde; eğitimini almış, tecrübeli bir sağlık çalışanı tarafından geniş zaman aralığında, tedavi modalitelerini gerek maket üzerinde, gerekse hastalar üzerinde gösterilerek verilmiş olması, özellikle kadın hasta veya kadın hasta yakınının doktora soramadığı sorularını daha rahat sorabilmesinden dolayı bu farkın oluştuğunu düşünmekteyiz

Sonuç olarak; PD kararında hastaların özel tıbbi endikasyonlar dışında eğitimlerinin PD eğitimi almış hemşireler tarafından yapılmasının PD hasta oranını artıracağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek yetmezliği, periton diyaliz, eğitim hemşiresinin rolü

HS-022

KRONİK BÖBREK HASTALARINDA ÖĞRENME STİLLERİNİN BELİRLENMESİ

Dilek Efeyurtlu¹, Durkadir Duygu Balcı¹, Ümmuhan Maden¹, Ayça İnci¹, Semih Gül¹, Refik Olmaz¹, Üstün Yılmaz¹, Yasin Şahintürk¹, Metin Sarıkaya¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Günümüzde hasta ihtiyaçlarının daha kompleks hale gelmesi ve bu konuda yardımcı sağlık personelinin de sorumluluklarının artması hasta eğitiminde pratik çözümler üretmeyi zorunlu hale getirmiştir. Eğitim; hastanın davranışlarında gözlemlenebilir değişiklikler meydana gelmesini, hastanın tedaviye katılımını, sağlık durumunu nasıl koruyacağı ya da iyileştireceğini öğrenmesine yardımcı olmayı amaçlayan, sürekliliğe sahip yeni bilgi ve beceri edinme sürecidir. Hasta eğitim modelinde her hastanın diğer bir hastadan ayrı özelliklere sahip farklı bir insan olduğu dikkate alınmalıdır. Amacımız kronik böbrek hastalığı (KBH) tanısıyla izlediğimiz hastalarımızda Kolb'un Öğrenme Stili Envanterini (ÖSE) kullanarak öğrenme stillerinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji kliniğinde takipli ;hemodiyaliz, periton diyalizi ve prediyaliz toplam 300 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastaların sosyodemografik verileri kayıt edilmiş ve hastalara Kolb'un Öğrenme Stili Envanteri uygulanmıştır

Bulgular: 300 hastanın %67,7'si erkek, %32,3'ü bayan ve ortalama yaşları 52,84 ±13,98 saptandı. 134 hasta hemodiyaliz, 83 hasta periton diyalizi yapmaktaydı ve 83 hasta da Evre4-5 KBH nedeniyle prediyaliz poliklinik takibindeydi. Kolb ÖSE sonucunda hastaların %48'i değiştiren, %25'i özümseyen, %13'ü yerleştiren ve %14'ü ayrıştıran öğrenme stili olarak tesbit edildi. Erkek hastalarımızın %41,4'ü değiştiren, %29,57'si özümseyen, bayan hastalarımızın ise %64,89'u değiştiren, %14,89'u özümseyen olarak bulundu. Hemodiyaliz hastalarının; %30,6'sı değiştiren, %31,34'ü özümseyen, Periton diyaliz hastalarının; %81,93'ü değiştiren, %12,05'i özümseyen, Prediyaliz hastalarının; %41,46'sı değiştiren, %28,05'i özümseyen olarak tesbit edildi.

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda hastalarımızda en sık değiştiren ve özümseyen öğrenme stili belirlenmiştir. Değiştiren öğrenme biçiminde ve izleyerek öğrenme biçiminde ise özümseyen öğrenme biçiminde ise düşünerek ve izleyerek öğrenme ön plandadır. Bu nedenle işitsel ve görsel sunumlar KBH eğitiminde çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek hastalığı, kolb öğrenme stili envanteri

HS-023

NOTTINGHAM FONKSİYONEL AYAK BAKIM TANILAMA FORMU (NAFF): GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK

Asiye Durmaz Akyol¹, Şengül Özdemir²

¹Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği

²D Med Özel Diyaliz Merkezi

Dişabetli olgu sayısının her geçen gün artış göstermesi dişabetli bireylerde sık görülen, kronik bir komplikasyon olan ve bireyi bir çok anlamda tehdit eden dişabetik ayak önleme ve ayağı korumaya yönelik girişimleri uygulama konusunda dikkati çekmektedir. Öz bakım beceri davranışları geliştirilen hasta grubunda amputasyon oranlarının azaldığı ve yaşam kalitesini arttırdığı belirlenmiştir. Bu nedenle ayak bakımı tanılmasında bir formun kullanılması önem taşımaktadır. Araştırma özel diyaliz merkezlerinde (3) tedavi olan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan tüm DM'lu diyaliz hastaları ile Mayıs – Eylül 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmaya kriterlere uyan tüm DM diyaliz hastaları dâhil edileceğinden ayrıca örnekleme yöntemine gidilmemiştir. Araştırmanın evrenini, üç özel diyaliz merkezinde hemodiyaliz tedavisi alan tüm hastalar oluşturmuştur. Araştırmada örnekleme seçimine gidilmemiş, ölçek madde sayısının 10 katı hastaya (26*10=260) ulaşılması hedeflenmiş ve 228 hastaya ulaşılmıştır. Araştırmaya işitme ve görme problemi, dişabetik ayak yarısı gelişmiş, kateteri olan, böbrek nakli sonrası rejeksiyon gelişen hastalar kapsam dışı bırakılmıştır. Test-retest için 15 gün ara ile 40 hasta ile görüşülmüştür. Araştırmada veri

toplama amacıyla literatür ve benzer çalışmalardan yararlanılarak araştırmacılar tarafından geliştirilen hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalıkları hakkındaki bilgileri (toplam 15 soru) , Nothingam fonksiyonel ayak bakım tanılama formu kullanılmıştır. Lincon ve ark (2007) tarafından geliştirilen (Nottingham Assessment of Functional Footcare (NAFF) Nottingham fonksiyonel ayak bakım tanılama formu, 26 maddeden oluşmaktadır.Hesaplanmasında özel olarak geliştirilen program kullanılmaktadır. Formun iç tutarlılığı 0.61, test-re-test 0.91 olarak saptanmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır Geçerlik çalışmalarına yönelik dil geçerliği, içerik geçerliği ve yapı geçerliği ; Güvenirlik çalışmalarına yönelik test-tekrar test güvenirliliği ve iç tutarlılık analizleri kullanılarak analiz edilecektir. Veriler, araştırmacılar tarafından değerlendirilerek SPSS Programında kodlanmış olup analiz ve sonuçlar kongrede tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Dişabet,dişabetik ayak,kronik böbrek hastalığı

HS-024

REZİDÜEL RENAL FONKSİYONU OLAN VE OLMAYAN HASTALARIN, LABORATUAR VE KLİNİK SONUÇLARININ RETROSPEKTİF ANALİZİ

Dürdane Yalçın¹, Emine Dane², Sakine Hoş³

¹İstanbul Bilim Üniversitesi

²Acıbadem Üniversitesi

³Medikare Diyaliz Merkezi

Amaç: Bu çalışma üç özel diyaliz merkezinde hemodiyaliz tedavisi gören rezidüel renal fonksiyonu (RRF) olan ve RRF olmayan hastalarda son iki yıllık biyokimyasal verilerinin ve kullandığı ilaçların karşılaştırılması amacı ile yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma İstanbul'da üç özel diyaliz merkezindeki hastalarının 2014 Temmuz ile 2016 temmuz tarihleri arasında biyokimyasal verileri diyaliz yeterliliği ve kullandığı ilaçların karşılaştırılmasının hedeflendiği retrospektif bir çalışma olarak belirlendi.

Bulgular :Analizler SPSS 21.0 paket programı kullanıldı Araştırmaya katılan 101 bireyin 8 ay boyunca interdiyalitik kilo, üre, Kt/v, URR, P CaxP alb, hemoglobin ve hematokrit değerleri ölçülmüş, analize bu değerlerin 8 aylık ortalama sonuçları alınmıştır. Bu çalışmada sonuçlar %95 güven aralığında yani anlamlılık seviyesi $\alpha=0,05$ olarak yorumlanmıştır.

Sonuç: Sonuçlara göre bütün değişkenlere ait p değerleri 0,05'ten büyük olduğu için idrar olan grup ile olmayan grup arasında değişkenlere göre anlamlı farklılık bulunamamıştır. İdrarı olan ve olmayan hastalar arasındaki ilişkiyi net olarak belirleyebilmek için daha geniş kapsamlı ve prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Dişaliz, rezidüel renal fonksiyon, diyaliz yeterliliği

20 EKİM 2016, PERŞEMBE / 20 OCTOBER 2016, THURSDAY

ÖĞLE YEMEĞİ / POSTER SUNUMLARI

12:30 - 13:30

Değerlendirme Komisyonu: **Asiye Akyol, Sezgi Çınar, Yeşim Tola, Hayriye Pelenk****HP-001****HEMODİYALİZ HASTALARININ AĞRI YÖNETİMİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ**Belgüzar Kara, Vicdan İtişgen**HP-002****EV HEMODİYALİZİNİN YAYGINLAŞMASININ ÖNÜNDEKİ ENGELLER NELERDİR?**Elif Gökçe Tenekeci, Belgüzar Kara**HP-003****ÇOCUK PERİTON DİYALİZİNDE KONTAMİNASYON SONRASI PERİTONİT PROFİLAKSİ SONUÇLARI**Ayşen Toktay, Kadriye Özdemir, Erkin Serdaroğlu**HP-004****HEMODİYALİZ HASTALARINDA UYKU KALİTESİ İLE DİYALİZ YETERLİLİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**Banu Terzi, Hatice Çavuş Ergül, Eylem Topbaş**HP-005****ANTALYA BÖLGESİ HEMODİYALİZ DAMARYOLU YÜZDELERİ VE ETKİ EDEN FAKTÖRLER**Aysun Ünal, Eşref Ertan Çiçek, Kadriye Gürbüz, Filiz Alikiraz, Ebru Kaya, Sema Kaya, Ebru Öztürk, Ceyhan Çetinkaya, Hatice Coşkun, Abdi Metin Sarıkaya**HP-006****HEMODİYALİZ KATETER LÜMENLERİNİN ÜNİTE DIŞINDA HASTA TARAFINDAN KESİLMESİ;VAKA SUNUMU**Aysun Ünal, Özlem Akkaya, Eşref Ertan Çiçek, Harun Kanmaz, Abdi Metin Sarıkaya, Mustafa Çetin**HP-007****HEMODİYALİZ HASTALARINDA KALİTELİ PROTEİN ALIMINDA HASTA VE HASTA YAKINI EĞİTİMİNİN BAŞARISI**Aysun Ünal, Eşref Ertan Çiçek, Hülya Küheylan, Gizem Dolu, Nermin Ünal, Cezminur Türkmen, Halide Özekan, Hatice Coşkun, Süleyman Dolu, Abdi Metin Sarıkaya**HP-008****HEMODİYALİZ HASTALARININ SIVI KISITLAMASINA UYUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**Zeynep Erdoğan, Türkan Akyol Demir, Özlem Demir, Mehmet Ali Kurçer**HP-009****SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ GELİŞEN HASTALARIN HASTALIKLARI HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**Selma Yalçın, Gülden Çelik, Zeynep Kendi Çelebi, Kenan Ateş**HP-010****PERİTON DİYALİZİ UYGULAYAN HASTALARIN TEDAVİ VE BAKIMLARINDA YAŞADIKLARI SORUNLARIN VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**Selma Yalçın, Gülden Çelik, Şiyar Erdoğan, Kenan Ateş**HP-011****HASTANEMİZDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİ ORGAN BAĞIŞI BİLGİ DÜZEYİ ANKETİ**Aysun Ünal, Reyhan Hoyraz, Eşref Ertan Çiçek, Havva Uçar, Esin Yılmaz, Abdi Metin Sarıkaya**HP-012****PERİTON DİYALİZİ TEDAVİSİ UYGULANAN HASTALARDA DROP-OUT NEDENLERİ, TEK MERKEZ DENEYİMİ**Serap Alsancak, Serdar Kahvecioğlu, Güzide Ögüt, Cuma Bülent Gül, Emel Kaya**HP-013****METALİK MİTRAL PROTEZ KAPAK REPLASMANI SONRASI GELİŞEN KONJESTİF KALP YETMEZLİĞİNDE PERİTON DİYALİZ BAŞARISI**Güzide Ögüt, Serdar Kahvecioğlu, Cuma Bülent Gül, Emel Kaya, Serap Alsancak**HP-014****PERİTON DİYALİZİ TEDAVİSİ ALAN OLGULARIN HASTALIKLARI VE PERİTON DİYALİZİ HAKKINDAKİ BİLGİ, DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ**Güzide Ögüt, Serdar Kahvecioğlu, Serap Alsancak, Emel Kaya, Cuma Bülent Gül

21 EKİM 2016, CUMA / 21 OCTOBER 2016, FRIDAY

ÖĞLE YEMEĞİ / POSTER SUNUMLARI

12:30 - 13:30

Değerlendirme Komisyonu: **Asiye Akyol, Sezgi Çınar, Yeşim Tola, Hayriye Pelenk****HP-015****PERİTON DİYALİZİ UYGULAYAN HASTALARDA ÇİFT DOZ HEPATİT B AŞISINA KARŞI YANITIN DEĞERLENDİRİLMESİ; TEK MERKEZ DENEYİMİ**Emel Kaya, Serdar Kahvecioğlu, Serap Alsancak, Cuma Bülent Gül, Güzide Öğüt**HP-016****PERİTON DİYALİZİ UYGULAYAN HASTALARDA PERİTONİT DE KÜLTÜR POZİTİF ORANI**Serap Alsancak, Serdar Kahvecioğlu, Cuma Bülent Gül, Güzide Öğüt, Emel Kaya**HP-017****PERİTON DİYALİZİNİN NADİR BİR KOMPLİKASYONU; AKUT PANKREATİT OLGUSU**Emel Kaya, Serdar Kahvecioğlu, Güzide Öğüt, Serap Alsancak, Cuma Bülent Gül**HP-018****PERİTON DİYALİZ KATATER TAKILMASI ÖNCESİ BARSAK TEMİZLİĞİNİN ÖNEMİ**Durkadın Duygu Balcı, Dilek Efeyurtlu, Ümmühan Maden, Ayça İnci, Üstün Yılmaz, Refik Olmaz, Melahat Çoban, Metin Sarıkaya**HP-019****PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA DIŞ KEÇE GELMESİNDE İKİ FARKLI PANSUMAN YÖNTEMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**Durkadın Duygu Balcı, Dilek Efeyurtlu, Ayça İnci, Üstün Yılmaz, Melahat Çoban, Olgun Akın, Yasin Şahintürk, Refik Olmaz, Metin Sarıkaya**HP-020****HİPERTANSİYON EĞİTİM PROGRAMININ ÖNEMİ VE GEREKLİLİĞİ**Durkadın Duygu Balcı, Ümmühan Maden, Dilek Efeyurtlu, Ayça İnci, Üstün Yılmaz, Metin Sarıkaya**HP-021****HEMODİYALİZ ÜNİTEMİZDE TEDAVİ ALAN HASTALARIN İLAÇ UYUMLULUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ**Zeynep Birge, Emine Öztürk, Tülay Fırat, Neşe Genç İz, Canan Murtçu, Ayfer Alagöz, Hacer Yıldırımçakar, Bircan Çetiner, Dilek Çiftçi, Necati Kuleli, Emin Akyıldız, Özgür Merhametsiz**HP-022****KATETER BAKIMINI DOĞRU KİŞİYE Mİ EMANET EDİYORUZ? BİR TÜNELLİ KATETER İLİŞKİLİ ENFEKSİYON VAKASI OLARAK HEMŞİRE**Zeynep Birge, Emine Öztürk, Tülay Fırat, Neşe Genç İz, Ayfer Alagöz, Canan Murtçu, Bircan Çetiner, Dilek Çiftçi, Necati Kuleli, Sibel Bayat, Hacer Yıldırımçakar, Emin Akyıldız, Özgür Merhametsiz**HP-023****İYE TAKİPLİ HASTA VE EBEVEYNLERİNİN EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASI BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**Meltem Bozkurt, Gülşah Kaya Aksoy, Atilla Gemici, Elif Çomak, Mustafa Koyun, Sema Akman**HP-024****TÜNELLİ KATETER İLİŞKİLİ ENFEKSİYON TÜRLEİ, SIKLIĞI, SONUÇLARI: TEK MERKEZ DENEYİMİ**Zeynep Birge, Dilek Çiftçi, Emine Öztürk, Tülay Fırat, Ayfer Alagöz, Hacer Yıldırımçakar, Neşe Genç İz, Canan Murtçu, Sibel Bayat, Necati Kuleli, Emin Akyıldız, Özgür Merhametsiz**HP-025****NADİR BİR KATATER KOMPLİKASYONU**Emine Akçın Balcı, Ayten Karakoç, Ayfer Kaplanıray, Aslıhan Karaca, Kübra Aksoy Asrak, Yunus Emre Okyay, Zeynep Çoban, İlknur Düşünü, Ferdi Gündüz, İsa Çalışkan, Hasan Kayabaşı**HP-026****HEMODİYALİZ VE PERİTON DİYALİZ HEMŞİRELERİNİN İŞ DOYUMU VE İŞE BAĞLI GERGİNLİK DÜZEYLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**Ayten Karakoç, Mürvet Yılmaz, Nilüfer Alçalar, Aslıhan Karaca, Bennur Esen, Hasan Kayabaşı, Numan Görgülü, Dede Şit**HP-027****İŞE BAĞLI GERGİNLİK HANGİ HEMŞİRELERDE DAHA FAZLA: HEMODİYALİZ HEMŞİRELERİNDE/PERİTON DİYALİZ HEMŞİRELERİNDE Mİ?**Mürvet Yılmaz, Ayten Karakoç, Nilüfer Alçalar, Aslıhan Karaca, Bennur Esen, Numan Görgülü, Hasan Kayabaşı, Dede Şit**HP-028****HEMODİYALİZ HASTALARININ TEDAVİ VE SIVI KISITLAMASINA UYUM, UYUMSUZLUK VE ÖZ ETKİLİLİK DURUMUNUN İNCELENMESİ**Yasemin Korkmaz, Sultan Kav

HP-001

HEMODİYALİZ HASTALARININ AĞRI YÖNETİMİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Belgüzar Kara¹, Vıcdan İtişgen¹¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Hemşirelik Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı

Hemodiyaliz (HD), son dönem böbrek yetmezliği gelişen hastalarda hayati öneme sahip bir tedavi yöntemidir. HD hastalarında sık görülen semptomlardan biri ağrıdır. Yapılan çalışmalarda hastaların %37 ile %50'sinin ağrı deneyimlediği ve yaklaşık %80'inde ağrının orta ile şiddetli düzeyde olduğu bildirilmektedir. Ağrının etyolojisi farklı nedenlerden kaynaklanmakla birlikte genellikle çok faktörlüdür. Ağrı fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden hastayı etkilemektedir. Ağrısı olan HD hastalarında depresyon, uyku sorunları, irritabilite, anksiyete ve stresin ağrısı olmayan HD hastalarına göre daha yaygın, yaşam kalitesinin ise daha düşük olduğu belirtilmektedir. HD hastalarında genel olarak mevcut hastalığın tedavisine öncelik verildiği için ağrının varlığı, etyolojisi ve yönetimi ile ilgili araştırmalar sınırlıdır. Çalışmalarda hastalarda ağrının yeterli şekilde değerlendirilerek tedavi edilmediği vurgulanmaktadır. Ağrının karmaşık doğası nedeniyle tanılanması ve değerlendirilmesi oldukça zordur. Bunun yanı sıra HD hastalarında analjeziklerin absorpsiyonu, dağılımı, metabolizması ve eliminasyonunun değişmesi ağrı yönetimini zorlaştırmaktadır. Etkin ağrı yönetimi temel insan haklarından biri olup, hemşirenin sorumlulukları arasında yer almaktadır. Bu nedenle hemşireler tarafından hastalarda ağrının varlığı, nedeni, yeri, niteliği, sıklığı, şiddeti, artıran/azaltan faktörler ve yaşam kalitesine etkisi ayrıntılı şekilde değerlendirilerek, uygun farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle ağrı giderilmelidir. Hemşirelerin HD hastalarında uygun araçlar kullanarak ağrıyı değerlendirmeleri hastaları ile iletişimlerini güçlendirecektir. Bu derlemenin amacı, HD hastalarında ağrı semptomunun varlığına dikkat çekmek ve ağrı yönetiminde hemşirenin rolünü vurgulamaktır. Hemodiyaliz (HD), son dönem böbrek yetmezliği gelişen hastalarda hayati öneme sahip bir tedavi yöntemidir. HD hastalarında sık görülen semptomlardan biri ağrıdır. Yapılan çalışmalarda hastaların %37 ile %50'sinin ağrı deneyimlediği ve yaklaşık %80'inde ağrının orta ile şiddetli düzeyde olduğu bildirilmektedir. Ağrının etyolojisi farklı nedenlerden kaynaklanmakla birlikte genellikle çok faktörlüdür. Ağrı fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden hastayı etkilemektedir. Ağrısı olan HD hastalarında depresyon, uyku sorunları, irritabilite, anksiyete ve stresin ağrısı olmayan HD hastalarına göre daha yaygın, yaşam kalitesinin ise daha düşük olduğu belirtilmektedir. HD hastalarında genel olarak mevcut hastalığın tedavisine öncelik verildiği için ağrının varlığı, etyolojisi ve yönetimi ile ilgili araştırmalar sınırlıdır. Çalışmalarda hastalarda ağrının yeterli şekilde değerlendirilerek tedavi edilmediği vurgulanmaktadır. Ağrının karmaşık doğası nedeniyle tanılanması ve değerlendirilmesi oldukça zordur. Bunun yanı sıra HD hastalarında analjeziklerin absorpsiyonu, dağılımı, metabolizması ve eliminasyonunun değişmesi ağrı yönetimini zorlaştırmaktadır. Etkin ağrı yönetimi temel insan haklarından biri olup, hemşirenin sorumlulukları arasında yer almaktadır. Bu nedenle hemşireler tarafından hastalarda ağrının varlığı, nedeni, yeri, niteliği, sıklığı, şiddeti, artıran/azaltan faktörler ve yaşam kalitesine etkisi ayrıntılı şekilde değerlendirilerek, uygun farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle ağrı giderilmelidir. Bu derlemenin amacı, HD hastalarında ağrı semptomunun varlığına dikkat çekmek ve ağrı yönetiminde hemşirenin rolünü vurgulamaktır.

Anahtar Kelimeler : Ağrı, hemodiyaliz, hemşire

HP-002

EV HEMODİYALİZİNİN YAYGINLAŞMASININ ÖNÜNDEKİ ENGELLER NELERDİR?

Elif Gökçe Tenekeçi¹, Belgüzar Kara¹¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu

Giriş: Ev hemodiyalizi hastanın kendi evinde hasta veya yardımcısı tarafından uygulanan bir diyaliz tedavi yöntemidir. Bu derlemede ev hemodiyalizinin yaygınlaşmasının önündeki engeller ve yaygınlaşmayı destekleyecek faktörler incelenmiştir.

Bulgular: Ev hemodiyalizinin hastanın bağımsızlığını ve yaşam kalitesini artırdığı, mortaliteyi azalttığı, elektrolit, fosfor ve β -2 mikroglobülin klirensini olumlu etkilediği, daha iyi kan basıncı ve volüm kontrolü sağladığı, sol ventrikül hipertrofisini azalttığı, beslenme durumunu iyileştirdiği ve maliyet-etkin bir uygulama olduğu bildirilmektedir. Ev hemodiyalizi avantajlarına rağmen dünyada ve ülkemizde yeterince yaygınlaşmamıştır. Hasta, bakım vericiler ve sağlık profesyonellerinin algı ve tutumları, eğitim durumu, mekanik ve teknolojik karmaşıklık, temiz su temini, maliyet ve hasta güvenliği gibi faktörler ev hemodiyalizinin yaygınlaşmasını etkilemektedir.

Sonuç: Hasta ve bakım verenler kapsamlı bir şekilde değerlendirilmeli, tutum ve algıları belirlenmelidir. Olumsuz tutum ve algılar hastaların seçiminde ve eğitiminde göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca hasta ve bakım verenler tıbbi, sosyal ve psikolojik olarak ev hemodiyalizi alanında uzman bir ekip tarafından desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler : hemodiyaliz, ev hemodiyalizi, hemşirelik

HP-003

ÇOCUK PERİTON DİYALİZİNDE KONTAMİNASYON SONRASI PERİTONİT PROFİLAKSİ SONUÇLARI

Ayşen Toktay¹, Kadriye Özdemir¹, Erkin Serdaroğlu¹¹Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Periton diyalizi (PD) yapılan hastalarda kontaminasyon, peritonit için önemli bir risk faktörüdür. Bu çalışmada, çocuk periton diyalizi hastalarında kontaminasyon sonrası peritonit profilaksi sonuçları değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem: 2013-2015 yılları arasında PD ünitemizde takip edilen 7 çocuk hasta çalışmaya alındı. Hastalar peritonit için risk faktörü oluşturabilecek; koruma kapağı çıkarılması, kataterde delinme, drenaj torbasında delinme ve ara adaptör- bağlantı seti ayrılması gibi dört parametrede değerlendirildi. Hastalara peritonitin klinik bulguları (ateş, karın ağrısı, batın distansiyonu, rebaund) açısından ayrıntılı fizik muayene yapıldı, PD başlama tarihi, PD yöntemi, kontaminasyon tarihi, saati ve şekli belirlendi, hemogram, akut faz yanıtı, periton sıvısında lökosit sayımı yapıldı, kapalı boşluk sıvısı kültürü, kan kültürü ve anaerob kültür gönderildi. PD transfer seti değiştirildi ve örnek alımları sonrasında olgulara sefazolin (125 mg/L) intraperitoneal yolla 48 saat kontinü uygulandı.

Bulgular: Çalışma süresince 7 hasta kontaminasyon nedeniyle ünitemize başvuruda bulundu. Hastaların hiçbirinde klinik semptom ya da bulgu saptanmadı. Tüm hastalarda lökosit sayısı ve akut faz yanıtları normal saptandı. Bir hastada 2 yıl içinde 2 kez kontaminasyon saptandı. Boşaltım torbalarından alınan periton sıvısı örneklerinde lökosit görülmedi. Kültürlerde üreme olmadı. Olgularda peritonit atağı izlem sürecinde gelişmedi. Hastaların özellikleri tablo gösterildi.

Sonuç: Kontaminasyon olan hastalarda peritonit riski artmış olup, şüpheli hastaların PD ünitesine başvurusu ve zaman kaybetmeden profilaktik antibiyotik başlanması önerilmektedir. Profilaktik antibiyotik ile peritonit riski önemli oranda azalmaktadır (1). Hastalarımız erken dönemde PD ünitesine başvurup gerekli önlemler alındı ve hiçbirinde peritonit gelişmedi. Çocuk hastalarda daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olmakla birlikte, kontaminasyon

sonrası erken müdahalenin gerekliliğini ve hastaların bu konuda eğitiminin önemini vurgulamak istedik.

Kaynaklar

- 1- YAP, Desmond YH, et al. Risk Factors and Outcome of Contamination in Patients on Peritoneal Dialysis—A Single-Center Experience of 15 Years. Peritoneal Dialysis International, 2012, 32.6: 612-616.

Anahtar Kelimeler : peritonit, çocuk, kontaminasyon

Tablo. Hastaların karakteristik özellikleri

Hasta sayısı (Kız/Erkek)	7 (K: E:)
Ortalama yaş (yıl)	14,8
PD başlama-kontaminasyon arasındaki süre (ay)	60,2
Kontaminasyon-profilaksi arası süre (saat)	5,6
PD şekli	CAPD : 4 CCPD : 2 NIPD : 1
Kontaminasyon şekli	Koruma kapağı çıkarılması : 1 Kataterde delinme : 2 Drenaj torbasında delik : 1 Ara adaptör-bağlantı seti ayrılması : 4

HP-004

HEMODİYALİZ HASTALARINDA UYKU KALİTESİ İLE DİYALİZ YETERLİLİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Banu Terzi¹, Hatice Çavuş Ergül², Eylem Topbaş¹

¹Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Amasya

²Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi, Hemodiyaliz Ünitesi, amasya

Giriş: Temel yaşam aktivitelerinden biri olan uyku yaşam kalitesinin önemli bir göstergesidir. Toplumda görülme sıklığı yüksek olan kronik böbrek yetmezliği (KBY), hasta bireylerde uyku kalitesini bozabilen ciddi bir sağlık sorunudur. Bu sorunun tedavisinde kullanılan hemodiyaliz uygulaması, KBY'li bireylerin yaşam sürelerini uzatmaktadır. Ancak hemodiyalizin neden olduğu yaşam aktivitelerinde kısıtlılık, ağrı, kramp, yorgunluk vb. istenmeyen durumlar ile KBY ilişkili metabolik sorunlar uyku kalitesinin bozulmasını neden olmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Hemodiyaliz hastalarında uyku kalitesi ile diyaliz yeterliliğinin karşılaştırılması amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın evren ve örneklemini Amasya'daki bir eğitim araştırma hastanesinde hemodiyaliz tedavisi gören 50 hasta oluşturdu. Veri toplanmasında; "Hasta Bilgi Formu", "Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PUK)", "İyi Diyaliz İndeksi (Good Dialyse Index-GDI)" kullanıldı. Hastaların 3 hafta boyunca hemodiyaliz seansları sırasındaki uyku aktiviteleri gözlenerek kayıt edildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalamasının 64.46 (min:22-max:86 yıl; SD: 14.612) yıl, %56 (n=28)'sının kadın, %64 (n=32)'ünün evli, %82 (n=41)'sinin PUK toplam skorlarının ≥ 5 puan, %60'ının hemodiyaliz seansı sırasındaki haftalık ortalama uyku sürelerinin 30 dakika olduğu belirlendi. Hastaların PUK toplam skorları ile GDI toplam değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulundu ($p<0.05$).

Sonuç: Hastaların GDI puanları arttıkça PUK puanları artmaktadır. Diyaliz yeterliliği iyi olan hastaların uyku kaliteleri yükselmektedir.

Anahtar Kelimeler : Diyaliz yeterliliği, hemodiyaliz, uyku kalitesi.

HP-005

ANTALYA BÖLGESİ HEMODİYALİZ DAMARYOLU YÜZDELERİ VE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Aysun Ünal¹, Eşref Ertan Çiçek¹, Kadriye Gürbüz¹, Filiz Alikiraz¹, Ebru Kaya¹, Sema Kaya¹, Ebru Öztürk¹, Ceyhan Çetinkaya¹, Hatice Coşkun¹, Abdi Metin Sarıkaya¹

¹Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi

Amaç: Bu çalışmada amaç bölgemizde hemodiyaliz hastalarında kullanılan damaryollarının yüzdelik dağılımlarını saptamak ve aynı zamanda diyabet, cinsiyet, yaş, diyaliz yılı, öğrenim düzeyi gibi faktörlerin bu dağılıma etkisini belirlemektir.

Materyal ve Metod: Bölgemizde bulunan ondokuz diyaliz merkezinden Ocak 2016-Ağustos 2016 tarihleri arasında tarafımıza ulaştırılan veriler SPSS 18 istatistik analiz programında yaş, cinsiyet, etyoloji, öğrenim, diyaliz yılı, diyabet varlığı, hemodiyalizde kullanılan damaryolu açısından retrospektif olarak değerlendirildi.

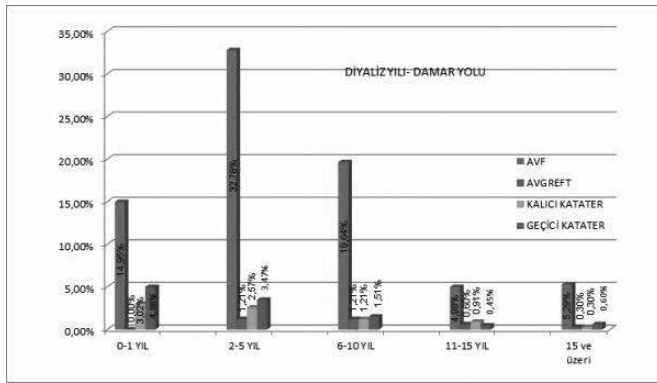
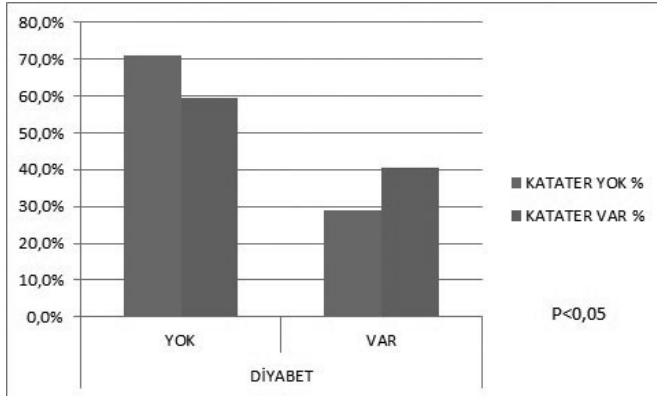
Bulgular: Kullanılan damar yolu açısından hastaların % 79,3 (n=920) ü arteriyovenöz fistül(AVF), % 2,1 (n=24) i arteriyovenöz greft(AVG) , %9,3 (n=108) ü tünelli katater(TK), % 9,3 ü (n=108) ü geçici katatere(GK) sahipti. Kadınlarda katater kullanımı kıkare testiyle değerlendirildi ve katater kullanımı kadınlarda anlamlı olarak yüksek çıktı($p<0,05$). Diyaliz yılı grupları arasında mevcut damar yolu açısından tünelli katater ile geçici katater arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$). AVF-AVG, AVF-TK, AVF-GK, AVG-TK, AVG-GK arasında diyaliz yılı açısından anlamlı fark bulundu($p<0,05$). Öğrenim durumu ve mevcut bulunan damaryolu arasında anlamlı bir farklılık bulunamadı($p>0,05$). Ettyolojiler ve mevcut damaryolu arasında Kruskal Wallis analizi yapıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulundu($p<0,05$). Diyabet varlığı ve katater varlığı kıkare analizi ile değerlendirildi ve diyabetik hastalarda mevcut damara erişim yolu olarak katater kullanımı diyabetik olmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti($p<0,05$). Yaş grupları arasında mevcut damar yolu açısından anlamlı fark bulunamadı($p>0,05$).

Sonuç: Kronik böbrek yetmezlikli hastalara periyodik hemodiyaliz uygulaması gerektiğinde işlemi kolaylaştırmak ve hastanın hayat standartını yükseltmek için avf oluşturulması ilk tercihtir.[2] Hemodiyaliz ihtiyacı olan hastaların diyabet oranının yüksek olması nefrolog ve vasküler cerrahlar için sorun oluşturmaktadır. [1] Çalışmamızda katater kullanım oranı diyabetli hastalarda anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Çalışmada Hemodiyaliz hastalarında düşük öğrenim düzeyine rağmen, AVF kullanımı açısından öğrenim düzeyleri arasında anlamlı fark olmaması , Hemşire/ Diyaliz Teknikeri tarafından yapılan hasta eğitimlerinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler : Hemodiyaliz, damar ulaşım yolu, etyoloji, eğitim

Figürler :





Tables : cinsiyet-katater varlığı

	Katater Yok	Katater Var
ERKEK	84 %	16 %
KADIN	77,1 %	22,9 %
TOTAL	81,4 %	18,6 %

ÖĞRENİM DURUMU

OKUR YAZAR DEĞİL	%10,2
OKUR YAZAR	%1,5
İLKOKUL	%51,1
ORTAOKUL	%16
LİSE	%14,8
ÖNLİSANS	%0,5
LİSANS	%6

DİYABET-KATATER VARLIĞI

	KATATER YOK	KATATER VAR
DİYABET YOK	83,9 %	16,1 %
DİYABET VAR	75,7 %	24,3 %
TOTAL	81,4 %	18,6 %

HP-006

HEMODİYALİZ KATETER LÜMENLERİNİN ÜNİTE DIŞINDA HASTA TARAFINDAN KESİLMESİ;VAKA SUNUMU

Aysun Ünal¹, Özlem Akkaya¹, Eşref Ertan Çiçek¹, Harun Kanmaz², Abdi Metin Sankaya¹, Mustafa Çetin¹

¹Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Kliniği Ve Girişimsel Radyoloji

²Dmed Diyaliz Hizmetleri Aş Antalya Nefroloji Diyaliz Merkezi Şubesi

Amaç: Hemodiyaliz kateter kullanımından sağlık profesyonelleri sorumlu olmalarına rağmen hemodiyaliz tedavisi sonrası hasta ve hasta yakınının sorumluluğunda olduğunun ve bu bilinçle hasta eğitiminin öneminin vurgulanması.

Vaka: N.A isimli 80 yaşında vakamız hemodiyaliz tedavisinden 1 gün sonra akşam saat 22:00 sıralarında kateter bantlarını açmaya çalışıp açamayınca makasla kateter lümenlerini kesmiştir.kateteri keserken açılan lümenlerden kan akmaya başlayınca hasta, 112 acil yardımı aramış gelen sağlık ekipleri kateter klemplerini kapatıp hastayı Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine getirmiştir ve kateter yeniden takılarak hastanın kalıcı hemodiyaliz damaryolu sağlanmıştır.

Sonuç ve Tartışma: Kronik Böbrek Yetmezliğinde Hemodiyaliz tedavisi için Damaryolu vazgeçilmez bir unsurdur.hastaya özgü damaryolu oluşturulması ve idamesi sağlık profesyonellerinin görevidir.Ancak oluşturulan Damaryolunun korunmasında hasta ve hasta yakınlarında iş düşmektedir ve bu konuda hasta ve hasta yakınlarının eğitimi önem arz etmektedir.Hemodiyaliz hemşiresi/teknikeri tarafından her seans sırasında ve sonrasında yapılacak olan damar yolu eğitimi, hemodiyalizde damaryolunun önemini,ne işe yaradığını kavramasını sağlar. Damaryoluna zarar vermesini engelleyerek damaryolu sağkalımını artırır ve hayatı riskleri ortadan kaldırır.Tedaviye uyum anksiyeteyi azaltıp,diyaliz kalitesini dolayısıyla yaşam kalitesini olumlu yönde etkiler.Hemodiyaliz hemşire ve teknikerlerinin görevlerinin sadece hastaya hemodiyaliz tedavisi sağlamak olmadığı,aynı zamanda eğitici olarak da sorumlulukları olduğunun farkında olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler : Hemodiyaliz, damaryolu,h asta/hasta yakını eğitimi, kateter

Figürler :



HP-007

HEMODİYALİZ HASTALARINDA KALİTELİ PROTEİN ALIMINDA HASTA VE HASTA YAKINI EĞİTİMİNİN BAŞARISI

Aysun Ünal¹, Eşref Ertan Çiçek¹, Hülya Küheylan¹, Gizem Dolu¹, Nermin Ünal¹, Cezminür Türkmen¹, Halide Özekan¹, Hatice Coşkun¹, Süleyman Dolu¹, Abdi Metin Sankaya¹

¹Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Kliniği

²Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Diyet Kliniği

Giriş: Protein enerji malnutrisyonu son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda sık saptanmaktadır. Schribner ve ark.1960da kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda malnutrisyonun problem olabileceğini belirtmişlerdir. Çalışmalarda HD hastalarında malnutrisyon yüksek oranda görüldüğü, mortalite ve morbidite için önemli bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Lowrie ve ark. HD de yaptığı çalışmada düşükBUN ve albumin düzeyi olan hastalarda diğer diyaliz hastalarına göre daha yüksek oranda mortalite ve morbidite olasılığının olduğu vurgulanmıştır.Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda beslenmeyi etkileyen başlıca faktörler içinde;metabolik asidoz, yetersiz diyaliz,diyaliz sırasında olan kayıplar,biyoyuumsuzluk,hormonal değişiklikler ve anemi sayılmaktadır.Ayrıca diğer etkenler;yetersiz diyet, gastropati, psikososyal ve sosyoekonomik faktörler kabul edilmektedir. Dengeli bir beslenme sağlamanın esası,ihtiyacı karşılayacak değerde protein ve kalori alımıdır.Yetersiz protein alımı, diyalizlerden diyalizata olan aminoasit ve protein kaybı hasta için tehlikeli sonuçlar doğurabilir. Hemodiyaliz hastalarında, her seansta 5-8 gr serbest aminoasit,4-5 gr kadar peptidlere bağlı olmak üzere yaklaşık13 gr kadar kayıp vardır. Sağlıklı bir yetişkin için günde en az 0.75gr/kgprotein alımı gereklidir. Bu değer nitrojen denge çalışmaları sonucunda,hemodiyaliz hastaları için1.2 gr/kgolarak önerilmektedir. Bunun altındaki miktarlarda protein alımının negatif azot dengesine yol açtığı gösterilmiştir. Alınan proteinin özellikle biyolojik değeri yüksek olan hayvansal kökenli proteinlerden olması gerekmektedir. Ancak alınan proteinin glukoneogenesis ile enerji kaynağı olarak kullanılmasını önlemek için yeterli kalori alımının sağlanması gereklidir. Aksi takdirde yüksek protein alımına rağmen pozitif azot dengesi sağlamak mümkün olamaz.(tsn.org.tr)

Metod: Hastanemiz HD ünit. tedavi görmekte olan 26k 44e t:70 hasta çalışmaya alınmıştır. Çalışmadaki hastaların tamamı yeşilkartlı olup sosyoekonomik seviyeleri düşüktür.Hastalara 2015 de düzenli olarak hemodiyaliz seans günlerinde kaliteli proteinden zengin öğün desteği verilmiştir. Hemodiyaliz sırasında verilen beslenme desteği hastane yönetiminin onayı ile diyetisyen kontrolünde sağlandı. Destek kapsamında kahvaltıda iki haşlanmış yumurta (hastalar özellikle iki yumurta beyazını yeme konusunda her seans ikna edilmiştir) diğer kahvaltı ürünleri,öğle yemeğinde et içeren yemek,yumurta akıveşekerden yapılan beze hastalara verildi. Hastaların böylece evlerinde tüketme şansı bulamadıkları kaliteli proteinden zengin gıdaları hemodiyaliz esnasında alması sağlanmıştır. Özellikle bezede yumurta akından dolayı biyolojik değeri yüksek olan hayvansal protein alımı sağlanmış içeriğindeki şekerlede eş zamanlı olarak kalori ihtiyacı giderilerek verilen proteinin enerji kaynağı olarak kullanılması önlenmiş olup pozitif azot dengesi sağlanmıştır.

Sonuç: 2014yılı ile2015-2016ortalama alb,tp,hgb,Kt/v eşleştirilmiş iki grup t testi ile karşılaştırıldı.AIB3,6-3,7ye,TP6,56-6,88, Kt/v değeri1,46-1,58yükselmiş olup bu değerlerdeki yükselme anlamlı bulunmuştur.Hgb11,01 de11,23 e yükselmiş ancak fark anlamlı değildir(p<0,05)Hastalarımıza önerdiğimiz ve hemodiyaliz seansında verdiğimiz ikramin adı ve miktarı değil kaliteli protein içermesi önemlidir ve hastanın yaşam kalitesini anlamlı olarak arttırmıştır.Hasta ve hasta yakınına verilen eğitimin sürekliliği hem diyetle uyumun kontrolünü kolaylaştırmaktadır hemde mortalite ve morbidite oranı düşmektedir.

Anahtar Kelimeler : Hemodiyaliz, protein alımı, eğitim

Figürler :

		Mean		Std. Deviation		Std. Error Mean		95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
								Lower	Upper			
Pair 1	ALBUMIN14	1,12375		,29936		,04723		-,21943	-,02801	3,816	39	,003
	ALBUMIN1516ORT											
Pair 2	T.PROTEIN14	3,31750		,54250		,08578		-,48100	-,14400	3,701	39	,001
	T.PROTEIN1516ORT											
Pair 3	HGB14	11,2308		1,47993		,23698		-,89509	-,28432	3,899	39	,001
	HGB1516ORT											
Pair 4	KTV14	1,11541		,18037		,07129		-,17996	-,05195	3,688	39	,003
	KTV1516ORT											

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	ALBUMIN14	3,6475	40	,34714	,05489
	ALBUMIN1516ORT	3,7713	40	,29240	,04623
Pair 2	T.PROTEIN14	6,5650	40	,58378	,09230
	T.PROTEIN1516ORT	6,8825	40	,48905	,07733
Pair 3	HGB14	11,0154	39	1,43702	,23011
	HGB1516ORT	11,2308	39	1,45048	,23226
Pair 4	KTV14	1,4697	37	,18660	,03068
	KTV1516ORT	1,5851	37	,15315	,02511

HP-008

HEMODİYALİZ HASTALARININ SIVI KISITLAMASINA UYUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Zeynep Erdoğan¹, Türkan Akyol Demir¹, Özlem Demir², Mehmet Ali Kurçer²

¹Bülent Ecevit Üniversitesi Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

²Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Abd

³Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi

Giriş ve Amaç: Hemodiyaliz hastalarında (HD) sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk yaygın görülen ve pek çok soruna yol açan bir durumdur. Hastanın uyumunun sağlanması ve sürdürülmesi hastalığın yönetiminde hayati önem taşımaktadır. Bu doğrultuda çalışma, HD hastalarının sıvı kısıtlamasına uyumlarının belirlenmesi amacıyla planlandı.

Gereç-Yöntem: Çalışma Şubat - Mayıs 2016 tarihleri arasında Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi hemodiyaliz ünitesinde tedavi gören 57 hasta ile tanımlayıcı olarak yapıldı. Çalışma verileri Hasta Tanıtım Formu ve Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği ile toplandı. Ölçek Coşar ve Çınar Pakyüz tarafından 2016'da geliştirilmiştir. 24 maddeden oluşan ölçek bilgi, davranış ve tutum alt boyutlarından oluşmaktadır. Veriler SPSS 11.5 programında yüzdeler, t testi, tek yönlü ANOVA ve pearson korelasyon kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 59.26 yıl olan hastaların ortalama HD süreleri 5.36 yıl olup % 47.4'ünün primer böbrek hastalığı hipertansiyondur. Yaklaşık yarısından fazlası (%71.9) böbrek hastalığı dışında başka bir kronik hastalığa sahiptir. Kt/V değeri ise 1.69 olan hastaların iki diyaliz seansı arasında aldıkları interdiyalitik sıvı (İDS) miktarı ortalama 2.15 kg'dır. Hastaların sıvı kısıtlamasına uyum puanı 57'dir. Bilgi, davranış ve tutum ölçeğinden aldıkları puan sırasıyla 9,18 ve 12'dir. Ölçeğin iç tutarlılığı cronbach alfası 0.73'tür. Yaş ile uyum ölçeği arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki mevcuttur (r; 0.26 p<0.04) İki diyaliz arasında aldığı sıvıyla, sıvı kısıtlamasına uyum arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki vardır.(r; 0.318 p<0.01) Cinsiyetle uyum ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Erkeklerin uyum puanı daha yüksektir(p<0.04).

Sonuç: Hastaların sıvı kontrolüne uyumları olumlu düzeydedir. Hastaların yaşı, cinsiyeti ve iki diyaliz arası aldıkları sıvı miktarı sıvı kısıtlamasına uyumu etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler : Hemodiyaliz, sıvı kontrolü, hemşirelik

HP-009

SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ GELİŞEN HASTALARIN HASTALIKLARI HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Selma Yalçın¹, Gülden Çelik¹, Zeynep Kendi Çelebi¹, Kenan Ateş¹¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi

Giriş: Son dönem böbrek yetmezliği, ülkemizde ve dünyada sıklığı her geçen yıl artmakta olan morbidite ve mortalitesi yüksek bir sağlık sorunudur. Yeterli diyaliz öncesi eğitimin hastalığın morbidite ve mortalitesini azalttığı gösterilmiştir.

Amaç: Bu çalışmada koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında, hastanın hastalığı hakkındaki bilgilerinin ve uygulanan tedavi yönteminin seçiminde hastaya verilen eğitimin ne kadar yeterli olduğu araştırıldı.

Yöntem: Nefroloji kliniğinde Ocak 2015 ile Haziran 2016 tarihleri arasında yatarak izlenen ve renal replasman tedavisi başlanan hastalar çalışmaya alındı. Tüm hastalara standart bir anket formu uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya 63'ü erkek ve 52'si kadın toplam 115 hasta alındı. Hastaların % 60'ı 50 yaş üzerinde ve % 80.9'u en az ilkokul mezunu idi. Hastaların % 67.8'i yatış öncesinde en az bir kez nefroloji uzmanı tarafından görülmüştü. Hastalığı hakkında önceden bilgi aldığını belirten hasta oranı % 22.6 idi ve hastaların %11.3'ü aldığı bilgiyi yeterli olarak değerlendirdi. Kullandığı ilaçlar hakkında bilgisi olduğunu söyleyen hasta oranı sadece % 2.6 idi. Hastaların % 76.5'i böbrek yetmezliğinin nedenini bilmiyordu. Böbrek yetmezliğinin belirtilerini bilen hasta oranı % 15.7, tedavisini bilen hasta oranı ise % 28.7 idi. Hastaların % 81.7'si diyaliz yöntemleri hakkında kendisine bilgi verilmediğini belirtti. Kaç çeşit diyaliz tedavisi olduğunu bilen hasta oranı % 22.6, diyaliz yöntemlerinin özelliklerini bilen hasta oranı %11.3 idi. Hastaların % 87'si diyaliz tedavisinin ne kadar süreceğini, % 94.8'i ise yaşam biçiminde olabilecek değişiklikleri bilmiyordu. Toplam 107 hasta (%93'ü) uygulanan diyaliz yöntemini seçmesindeki önemli etkenin tedavi ekibi olduğunu söyledi. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan 98 hastadan 93'ü (%94.9) neden periton diyalizini tercih etmediniz sorusuna, periton diyalizi uygulanan 17 hastadan 12'si (% 70.6) neden hemodiyalizi tercih etmediniz sorusuna doktorum istedi şeklinde yanıt verdi. Böbrek nakli hakkında önceden bilgi aldığını söyleyen hasta oranı sadece % 7.8 idi.

Sonuç: Bu çalışma, hastaların böbrek yetmezliği ve renal replasman tedavileri hakkındaki bilgilerinin ve tedavi seçimi sürecine katılımlarının oldukça yetersiz olduğunu göstermektedir. Hastaların diyaliz öncesi dönemde renal replasman tedavilerine hem fiziksel, hem de psikolojik yönden hazır hale getirilmesi yaşam kalitesini, hastalığa ve tedaviye uyumu artıracak ve morbidite-mortalite sıklığını azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: Bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi

HP-010

PERİTON DİYALİZİ UYGULAYAN HASTALARIN TEDAVİ VE BAKIMLARINDA YAŞADIKLARI SORUNLARIN VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Selma Yalçın¹, Gülden Çelik¹, Şiyar Erdoğan¹, Kenan Ateş¹¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Periton diyalizi (PD) hastaların aktif katılımını gerektiren ve diyaliz merkezine bağlılığını azaltan bir tedavidir. Tedavi başlangıcında yeterli bir eğitim ile hastaların uygulama için ihtiyacı olan bilgi ve beceriler sağlanır. Eğitimin devamlılığı hastaların PD'nde kalma sürelerini uzatır.

Amaç: Bu çalışmada, önceden standart eğitim programı uygulanan PD hastalarının bilgi düzeylerinin yeterliliğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya merkezimizde PD tedavisi uygulayan 31'i kadın, 32'si erkek toplam 63 hasta alındı. Tüm hastalara demografik bilgileri ve PD tedavisine ilişkin soruları kapsayan standart bir anket uygulandı.

Bulgular: Hastaların % 85.7'sinde PD, ilk renal replasman tedavisi idi ve % 36.5'ine 1 yıldan kısa, % 34.9'una 1-5 yıl ve % 28.6'sına 5 yıldan uzun süreyle PD tedavisi uygulanıyordu. Toplam 30 hasta PD komplikasyonu nedeniyle en az bir kez hastaneye yatmıştı. Hastaların % 33.3'ü solüsyon torbalarının saklanması sıkıntı yaşadığını ifade etti, atık torbalarının imhasında ise hiçbir hasta sıkıntı yaşamıyordu. PD uygulaması sırasında güçlük yaşadığını belirten hasta oranı % 19 idi, bunların yarısından fazlası solüsyon değişiminin fazla zaman aldığından yakınıyordu. PD uygulaması, takibi, komplikasyonlar ve ilaç tedavilerine ilişkin soruları doğru yanıtlama oranı genelde % 80'in üzerinde idi. Özellikle kilo takibi, volüm fazlalığı, enfeksiyöz komplikasyonlara ilişkin sorular hastaların neredeyse tamamı tarafından doğru olarak yanıtlandı.

Sonuç: Bu anket çalışması eğitimin sürekliliğinin önemini vurgulamaktadır. PD uygulayan bireylere eğitim tekrarı yapılarak bilinç düzeyleri, sorunları algılama, değerlendirme, soruna yönelik çözümler bulabilme kapasitesi artırılır. Çalışma sonunda her hastanın anketi bireysel olarak değerlendirilerek eksikleri tamamlandı.

Anahtar Kelimeler : Bilgi düzeylerinin belirlenmesi

HP-011

HASTANEMİZDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİ ORGAN BAĞIŞI BİLGİ DÜZEYİ ANKETİ

Aysun Ünal¹, Reyhan Hoyraz¹, Eşref Ertan Çiçek¹, Havva Uçar¹, Esin Yılmaz¹, Abdi Metin Sarıkaya¹¹Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Kliniği

Amaç: Hastanemizde hemodiyaliz ve yatan hasta servis Hemşire grubu ile Laboratuvar çalışanlarının organ nakli bilgi düzeyini belirlemek amaçlı yapılmıştır.

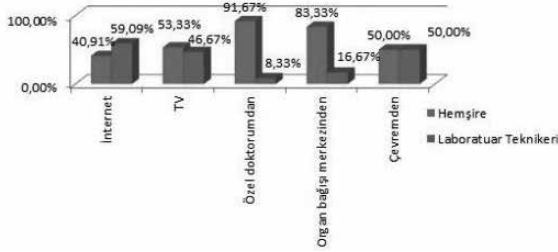
Uygulama: çalışmamıza 65 kadın 8 erkek toplam 73 sağlık çalışanı katılmıştır. katılımcıların 48'i hemşire 25'i laboratuvar çalışanıdır. çalışmamızda 13 sorudan oluşan organ bağışı bilgi düzeyi anketi kullanılmıştır. Katılımcıların organ bağışı hakkında yeterli bilginiz varmı sorusuna hemşireler %78,6 sı evet cevabı verirken laboratuvar çalışanları %21,4 oranında evet cevabı vermiştir. Hemşireler ve Laboratuvar çalışanları arasındaki bu soruya verilen cevaplarda anlamlı fark saptanmıştır. Organ bağışı hakkında bilgilerinizi nereden edindiniz sorusuna internetten cevabı veren hemşire oranı %40,91 iken, laboratuvar teknisyeni oranı %59,09 dur. Televizyondan cevabı veren hemşire oranı %53,33 iken laboratuvar teknisyeni oranı %46,67 dir. özel doktorumdan cevabına hemşire oranı %91,67 iken, laboratuvar teknisyeni oranı %8,33dür. organ nakil merkezinden cevabı veren hemşire oranı %83,33 iken, laboratuvar teknisyeni oranı %16,67 dir. çevremden cevabı veren hemşire ve laboratuvar teknisyenlerinin oranı birbirine eşittir. Sizce hangi birimlere organ bağışında bulunulabilir sorusuna; hiçbir hemşire aile hekimliği cevabı vermezken laboratuvar teknisyenlerinin 4 tanesi aile hekimime bağış için başvurum cevabı vermiştir. Devlet hastanelerine bağış yaparım diyen hemşire oranı %53,33 iken, laboratuvar teknisyeni oranı %46,67 dir. Üniversite hastanelerine bağış yaparım diyen hemşire oranı %73,58 iken, laboratuvar teknisyen oranı %26,42 dir. Organ bağışında bulunabilmek için doku uyumu gereklidir sorusuna evet diyane hemşire oranı %28,6 iken, laboratuvar teknisyeni oranı %71,4 dür. Aynı soruya fikrim yok cevabı veren hemşire oranı %91,3 iken, laboratuvar teknisyeni oranı %8,7 dir. Organ bağışında bulundunuzmu yada bulunmayı düşünürmüsünüz sorusuna hemşireler %80 oranında evet derken laboratuvar teknisyenleri %20 oranında evet cevabı vermiştir. Organ bağışında bulundunuzmu yada bulunmayı düşünürmüsünüz sorusuna hemşireler %55 oranında hayır derken laboratuvar teknisyenleri %44 oranında hayır cevabı vermiştir.

Sonuç: Organ bağışı farkındalığının artması şüphesizki eğitim ile mümkündür. hastanemizde çalışan hemşireler ve laboratuvar teknisyenlerinin karşılaştırmalı anket çalışmamızda gördüğü gibi, sağlık profesyonellerinin organ bağışı ve organ nakli konusundaki farkındalığı biraz daha arttırmak için tekrarlayan eğitimlere ihtiyaç vardır. Hastane yönetiminde desteği ile hastanemizde eğitim ve bilgilendirme çalışmaları planlanmaktadır.

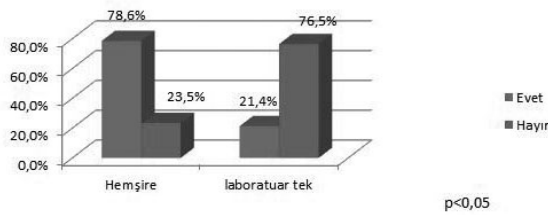
Anahtar Kelimeler : Organ nakli, eğitim, laboratuvar, hemşire

Figürler :

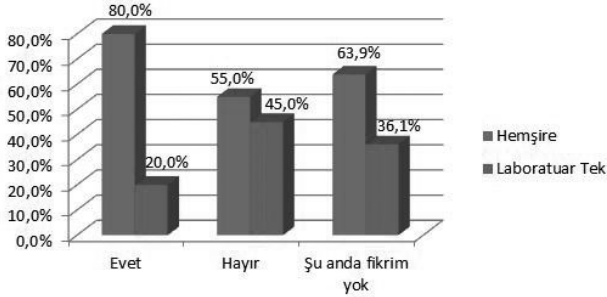
Organ bağı hakkında bilgilerinizi nereden edindiniz?



Organ bağı hakkında yeterli bilginiz var mı?



Organ bağışında bulundunuzmu ya da bulunmayı düşünüp-müşünüz?



HP-012

PERİTON DİYALİZİ TEDAVİSİ UYGULANAN HASTALARDA DROP-OUT NEDENLERİ, TEK MERKEZ DENEYİMİ

Serap Alsancak¹, Serdar Kahvecioğlu¹, Güzide Öğüt¹, Cuma Bülent Gül¹, Emel Kaya¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bölümü, Bursa

Giriş: Periton diyalizi (PD) basit, kolay öğrenilip kolay uygulanabilen, hastaya özgürlük sağlayan bir tedavi şeklidir. RRF koruması, kardiyovasküler stabilize sağlamlası, kan basıncı ve sıvı elektrolit dengesinin daha iyi kontrol edilebilmesi, hastaneye bağımlılığın olmaması gibi avantajları vardır. Fakat teknolojik gelişmelere karşın Drop-out önemli bir sorundur ve hastaların çoğunda uzun süreli PD tedavisini olanaksız kılmaktadır. Drop-out nedenleri ise katater komplikasyonları, non enfeksiyöz komplikasyonlar, enfeksiyöz komplikasyonlar, sıvı yüklenmesi ve UF yetmezliği, kritik karın içi kitleleri, rezidüel renal fonksiyon sosyal sebepler, transplantasyon ve Ölüm dür.

Amaç: Bu çalışmada Şubat 2009-Temmuz 2016 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Periton Diyalizi polikliniğinde takip edilen ve periton diyalizi (PD) tedavisi almaktayken tedaviden ayrılan hastalarda drop-out nedenleri araştırılmıştır.

Hastalar ve Metot: Çalışma, PD hastalarının poliklinik dosyalarının retrospektif olarak incelenmesi esasına dayandırılarak yürütülmüştür. Hastaların cinsiyet, yaş, PD süresi, KBY etiyojisi. PD uygulayan kişi, tedavi süresince gelişen komplikasyonlar, PD nin sonlandırma nedeni ve akıbetleri bu kayıtlardan öğrenilmiştir.

Bulgular: Toplam 68 hastanın (36 kadın, 32 erkek, ortalama yaş $47,7 \pm 16,6$) 7 yıllık süre içerisinde PD tedavisinin sonlandırıldığı saptanmıştır. Bu hastaların PD tedavisi aldıkları ortalama süre $37,4 \pm 34,9$ ay (en kısa 2, en uzun 168 ay) olarak belirlendi. SDBY etiyojisine baktığımızda % 39,7 sinin Hipertansiyon, %30,8 nin Diyabet, %29,5 Diğer grup hastalığı olduğu görülmüştür. Hastalarının %60 nın PD tedavisini kendi uyguladığı tespit edilmiştir. Hastaların 27 (% 39,8) sı Hemodiyalize (HD) transfer, 21 (%30,8) sinin transplantasyon (TX), 18 (%26,5) inin exitus (EX), 2 (%2,9)sinin başka merkeze transfer olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 1 ve 2 de HD transfer ve EX nedenleri verilmiştir.

Tablo. Hemodiyalize Transfer Nedenleri (N: 16)

Peritonit	8
Mekanik Problemler (Herni, sızıntı, kateter problemi)	7
Kendi İsteği (Tedavinin hasta yakını yapması ve sosyal nedenler)	6
Bypass (CABG3) sonrası ultrafiltrasyon yetersizliği	1
Tedaviye uyumsuzluk	1
UF yetersizliği	2
PD yetersizliği	1
FMF nedeniyle fibrozis	1

Tablo. Ölüm Nedenleri (N: 15)

Konjestif Kalp Yetmezliği	3
Kardiyak arrest	3
Bilinmeyen	5
Serebral Vasküler Atak	2
Akciğer yetmezliği	2
Periferik Damar Hastalığı	1
Malnütrisyon	1
CABG post-op dönem	1

Sonuç: Bizim çalışmamızda PD tedavisinden ayrılma nedeni olarak transplantasyon %30,8 lik oran ile ilk sırada yer almaktadır ve en sevindirici drop-out nedenidir. Exitus % 26,5 oranı ile ikinci sıradadır ve ölüm nedeni olarak komorbid hastalıklar ve ileri yaş bulunmuştur. Peritonit %11,7 lik oran ile üçüncü sıradadır.

Literatüre baktığımızda PD den ayrılma nedeni olarak ilk sırada peritonit gelirken, bizim ünitemizde peritonit üçüncü sırada yer almaktadır.

Sonuç olarak; periton diyalizinde drop out azaltmak için kılavuzlar, hasta eğitime ve hasta takibini önem verilmesi, tedavi sonlanmasına neden olabilecek risk faktörlerin belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması ve komplikasyonların tedavi edilmesini önermektedir.

Anahtar Kelimeler : Drop-Out nedenleri, periton diyalizi

HP-013

METALİK MİTRAL PROTEZ KAPAK REPLASMANI SONRASI GELİŞEN KONJESTİF KALP YETMEZLİĞİNDE PERİTON DİYALİZ BAŞARISI

Güzide Ögüt¹, Serdar Kahvecioğlu¹, Cuma Bülent Gül¹, Emel Kaya¹, Serap Alsancak¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bölümü, Bursa

Giriş: Konjestif kalp yetmezliğinin(KKY)en basit tanımı;kalbin dokularının metabolik gereksinimini karşılayacak kanı sağlayamamasını yansıtan klinik bir sendromdur. Kalp yetmezliğine bağlı renal perfüzyon oldukça azalır. Böbrek yetmezliği de ileri dönemlerde gelişebilir.

Amaç: KKY tanısı ile izlenen, hemodiyaliz(HD) tedavisinden periton diyaliz (PD) tedavisine geçilen, PD tedavisinde hastada sağlanan klinik düzelme, volüm kontrolünün gösterildiği 61 yaşında kadın hasta tartışıldı.

Olgu:2004 yılında dispne, yorgunluk, taşikardi şikâyetiyle acil servise başvuran hasta kardiyo-loji yoğun bakım (KYB) ünitesinde takip altına alınmış. Yapılan EKO sonucunda ileri derece romatizmal mitral kapak darlığı, ileri derecede triküspit kapak yetmezliği, hafif derecede aort kapak yetmezliği, pulmoner hipertansiyon tespit edilmiş. Sol ventrikül hipertrofik, sol atrium, sağ kalp boşlukları normalden geniş, perikardiyal sıvı birikimi izlenmemiş. Teşhis ve tedavi için hastaneye geç başvuran hastaya aynı yıl içerisinde metalik mitral protez kapak replasmanı, sağ atriotomi ile triküspit kapağa kommisurotomi ve auroplasti uygulanmış.2009 yılında KKY gelişen hasta hipervolemi, dispne nedeniyle KYB ünitesinde interne edilmiş.08/02/2010 tarihinde KYB takip altında iken hasta jugular ven kateterizasyonu ile acil hemodiyalize (HD) alındı. Hastada stabilize sağlamak için her gün HD de izole UF planlandı. Yapılan fistül operasyonunda başarı sağlanamadı. HD'de tansiyon düşüklüğü nedeniyle yeterli UF sağlanmasında güçlükler yaşandı.02/03/2010 tarihinde Periton Diyalizi (PD) kateteri takıldı ve hasta 20/03/2010 tarihinde PD tedavisine başlandı. PD başlangıç tedavisi CAPD2%1,5 glikoz 4x1000ml ile başlanarak kademeli arttırıldı. PD ilk ayında haftada bir HD ile hibrit tedavi yapılarak volüm yükü kontrol altına alındı. Hedeflenen kuru kilo74-75kg ulaşabilmek için glikoz konsantrasyonu arttırıldı Rezidüel idrarı 400-600ml idi, günlük 1900-2600ml UF sağlandı.

Tablo. Hastanın PD Başlangıcı, Tedavinin 3. ayı,6. ayı 3. Yılı Laboratuvar Değerleri

	PD başlangıcı	3. AY	6. AY	3.YIL
KİLO	76	77	76	79
PET		HA	HA	HA
PLAZMA GLUKOZ	87	102	94	112
BUN	17	24	25	42
KREATİNİN	1,04	1,72	2,3	5,58
ÜRİNER BUN		300	290	150
ÜRİNER KREATİNİN		64	87	74
KREATİNİN KLİRENSİ		%44,4	%24,17	%6,58
TOTAL KT/V		2,93	3,7	2,48
İDRAR VOLÜMÜ	400	1000	800	400
FOSFOR	4	4,3	3,2	4,9
ÜRİK ASİT	6,4	5,8	5,3	6,3
POTASYUM	4,2	3,9	4,1	4,45
KALSİYUM	9	8,7	9	8,5
CRP	0,27	3,7	6,1	7,3
PTH	129	88	70	272
HEMOGLOBİN	10	11	10,7	9,5
SODYUM	137	135	140	130

Sonuç: Konvansiyonel tedavilere dirençli KKY hastalar kötü prognoza sahiptirler. Bu tür şiddetli sıvı yüklenmesi olan hastalarda sıvı yükünü azaltmak için PD tedavi seçeneği olabilir Yaşam kalitesi ve fonksiyonel rehabilitasyon sağlanır. Diüretiklere yanıt artar hiponatremi düzelir.Bu vakada PD hedeflenen volüm kontrolü sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler : Konjestif kalp yetmezliği, periton diyalizi

HP-014

PERİTON DİYALİZİ TEDAVİSİ ALAN OLGULARIN HASTALIKLARI VE PERİTON DİYALİZİ HAKKINDAKİ BİLGİ, DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

Güzide Ögüt¹, Serdar Kahvecioğlu¹, Serap Alsancak¹, Emel Kaya¹, Cuma Bülent Gül¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bölümü, Bursa

Amaç: Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) böbrek fonksiyonlarının irreversibil kaybıyla ortaya çıkan bir tablodur. KBY tedavi seçeneklerinden olan Periton Diyalizi (PD) hastanın evinde uyguladığı bir tedavi yöntemidir. Tedavinin evde güvenli bir şekilde uygulanabilmesi için hastaların hastalıkları hakkında bilgi düzeylerinin, PD tedavisine uyumlarının, psikolojik ve sosyal durumlarının PD tedavisinin başlangıcından itibaren takip edilmesi gerekir. Bu çalışmada Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi PD ünitesinde tedavi gören PD hastalarının tedavi başlangıcında öğrendikleri bilgilerinin yıllar içindeki değişimini, diyaliz tedavisinin ruhsal durum ve davranışlarına olan etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2009-2014 yılları arasında en az 6 aydır PD yapan 39 hastaya 23 sorudan oluşan anket formu yüz yüze görüşülerek uygulandı.

Bulgular: Hastalarımızın yaş ortalaması erkeklerde 43,8 kadınlarda 44,8 yıldı. Hastaların %71,7 ilköğretim mezunu,%10,2 lise,%5,1 üniversite mezunu idi. KBY etiyolojisine baktığımızda %38 hipertansiyon, %28,2 Diyabetes Mellitustu.Formların değerlendirme soruları tablo da verilmiştir PD odasının temizliği, değişim işleminde dikkat edilmesi gerekenler, el yıkama, maske takma hipervolemi belirtileri ve yapılması gerekenler, ilaç uygulamaları, peritonitten korunma yolları, kişisel temizlikle ilgili sorulara verilen cevaplar incelendiğinde PD bir yıldan az yapan hastaların doğru cevap oranı %80-100, 5 yıl ve üstü hastalarda bu oran %60-70 düzeyindedir.Günlük içeceği sıvı miktarını hesaplamayı bilme oranına verilen cevaplar tüm gruplarda %70-80 yanlıştır.PD tedavisini yazar mısınız sorusunu bilme oranı 5 yıl ve üstü hastalarda %100 iken, 1 yıldan az PD yapan hastalarda %40 düzeyindedir. Besin grupları ve içeriği ile ilgili sorulara verilen doğru cevap oranı 5 yıl ve üstü hastalarda %66, 1 yıldan az PD yapan hastalarda %40 düzeyindedir. Ayrıca hastaların %35,8 nin ailelerine yük olduklarını hissettikleri, %46 sının sağlığı için endişe ve korku duyduğunu, hastaların günlük yaşamlarının ve psikolojilerinin etkilendiği halde çok azının psikiyatrik destek aldığını gördük.

Sonuç: Çalışmamız ünitemizin standart eğitiminde verilmiş olan bilgiler temel alınarak değerlendirildi. Hastaların özellikle ilk yıllarda tedavi uygulama prosedürlerine dikkat ettiği fakat diyaliz ve tedavi içeriğini 5 yıl ve üstü hastaların daha iyi algıladıkları görüldü. Tek tek soru grupları incelendiğinde tüm hastalarda beslenme ve günlük sıvı alımı bilgisinin eksik olduğu tespit edildi. Bu sonuçlar hastaların tedavilerinde psikolojik destek konusunun göz ardı edildiği ve tedavi süreleri uzadıkça PD tedavisinin temel konularının sık tekrar edilmesinin gerekliliğini, eğitim tekrarının evde tedavi uygulama becerisini arttırdığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler : Bilgi düzeyi, davranışları, hastalıkları, periton diyalizi

Tablo. Ankette Yer Alan Soru Grupları

Değişim İşlemi	Hipervolemi
.Değişim odası nasıl olmalıdır? b.Değişim işlemi esnasında nelere dikkat etmeliyiz? c.Oda temizliği nasıl olmalıdır? d.Ellerinizi ne ile kaç kez yıkıyorsunuz? e.Periton Diyalizine uygulamaya ilk olarak ne ile başlarız? f.Değişim işlemi esnasında nelere dikkat etmeliyiz? g.Peritonit olmamak için nelere dikkat etmek gerekir? h.Periton Diyalizi tedavinizi yazar mısınız? Günde kaç defa veya kaç saat yapıyorsunuz. Hangi Solüsyonları kullanıyorsunuz	a.Vücudumuzda sıvı biriktiğinde belirtiler nelerdir? b.Vücudunuzda sıvı biriktiğinde neler yapmalısınız? c.Bir günde içeceğinizi sıvıyı nasıl hesaplıyorsunuz?
Beslenme	İlaç Uygulamaları
a.Beslenme ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır? 1.Tuzsuz yemek ve ekmek tüketmeliyiz 2.Şeker, bal, reçel, ekmek, makarna, bisküvi, hamur işi tatlı ve yiyecekler fazla yememeliyiz çünkü diyaliz sıvılarında glikoz vardır 3.Her gün mutlaka 2 tane yumurtanın akını ve 3 köfte kadar et tüketmeliyiz 4.Yemekleri kızartma ve kavurma şeklinde pişirmeliyiz 5.Sebzeleri küçük küçük doğrayıp, haşlayıp suyunu süzerek pişirmeliyiz b.Aşağıdaki besin gruplarına örnek yazınız. Proteinli yiyecekler, Fosforu yüksek yiyecekler Potasyumu yüksek yiyecekler, Tuzlu yiyecekler	Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır? a.Fosfor bağlayıcı ilaçları yemek arasında içmeliyiz b.Kan iğnesini buzdolabı kapağında saklamalıyız. Başka bir yere götürürken buz kalıpları içinde saklamalıyız c.Diyaliz sıvısı içine ilaç enjekte ederken batikon ile silip iğne ucunu değiştirmeden yapmalıyız d.Kontrollere gelirken ilaçlarınızı ve diyaliz için gerekli olan malzemelerinizi mutlaka getirmeliyiz
Olguların hissettikleri bazı duygular	Böbrek hastalığım hayatımı çok fazla etkiliyor, Zamanımın çoğunu hastalığımla başa çıkmaya harcıyorum, Böbrek hastalığım nedeniyle hayal kırıklığı yaşıyorum, Aileme yük oluyormuş gibi hissediyorum, Sağlığım için duyduğum endişe ve korku günlük yaşamımı etkiliyor

HP-015**PERİTON DİYALİZİ UYGULAYAN HASTALARDA ÇİFT DOZ HEPATİT B AŞISINA KARŞI YANITIN DEĞERLENDİRİLMESİ; TEK MERKEZ DENEYİMİ****Emel Kaya¹, Serdar Kahvecioğlu¹, Serap Alsancak¹, Cuma Bülent Gül¹, Güzide Öğüt¹**¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bölümü, Bursa

Giriş: Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hastaları, üremi sebebiyle immün sistemlerinin baskılanması sonucu düşük aşılama yanıtına sahiptirler. Normal sağlıklı bireylerle karşılaştırıldıklarında diyaliz hastalarında daha düşük antikor titreri oluşmakta ve yeterli antikor titrerini sürdürmeleri de daha kısa süreli olmaktadır. Bu çalışmada periton diyalizi (PD) yapılan hastalarda çift doz rekombinant hepatit B aşısına karşı yanıt incelendi.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, Ocak 2009-Temmuz 2016 yılları arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji biriminde Periton Diyalizi Merkezinde en az 6 aydır takip edilen 35 (18 erkek, 17 kadın) periton diyalizi hasta dahil edilmiştir. Hastaların sosyodemografik özellikleri, diyaliz tedavi özellikleri ve aşılama durumlarına ait veriler hasta kayıtlarından alındı. Periton Diyalizine başladıktan sonra ANTIHBS ve HBSAG değerleri negatif olan hastalara aşı programı yapılmıştır. Hastalara 0, 1, ve 6 aylarda çift doz (40µg) olmak üzere toplam üç kez rekombinant DNA kökenli HBV aşısı intramusküler olarak yapılmıştır. Hastaların antikor yanıtları son doz aşılamadan bir 1-3 ay sonra ELISA testi ile saptanan Anti-HBs titrasyon düzeylerine göre belirlenmiştir.

Bulgular: Bu çalışmaya ortalama PD süresi 35,8±19,1- yaş ortalamaları: 53,2±13,1 olan toplam 35 (18 erkek, 17 kadın) hasta dahil edilmiştir. SDBY etiyolojilerine baktığımızda 16(%45,7) hastanın Diyabetse Mellitus, 12(%34,3) hastanın Hipertansiyon ve 7(%20) hastanın diğer hastalıklar (Konjestif Kalp Yetmezliği, Polikistik Böbrek ve Nörojenik mesane vb.) olduğu görülmüştür. Hastaların antikor yanıtları son doz aşılamadan 1-3 ay sonra ölçülen anti-HBs titrasyon değerleri ile belirlendi. Antikor yanıtları; tam yanıt (>100 IU/mL), düşük yanıt (10-100 IU/mL) ve yanıtsız (<10 IU/mL) olarak değerlendirildi. 35 hastanın 10 (%28,5)'unda aşırı yanıt sağlanamazken, 9 (%25,7) hastada düşük yanıt, 16 (%45,7) hastada tam yanıt saptandı.

Sonuç: Bu çalışmada üç doz aşından 1-3 ay sonra toplam serokonversiyon oranı % 71,4 olarak bulunmuştur. Tam yanıt oranı ise % 45,7 dir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda ise; Arslan ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada ise; 17 sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarına 0, 1, 2 ve 6 aylarda çift doz (40µg) olmak üzere toplam dört kez rekombinant DNA kökenli HBV aşısı intramusküler olarak yapılmıştır. Olguların % 35 inde anti-HBs düzeylerinde, (< 10 IU/mL) koruyucu yanıt gelişmediği saptamışlar. Yamazhan ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada ise; Aşı uygulanan 46 hastanın 34 (%73,9)'ünde dördüncü dozdan bir ay sonra koruyucu düzeyin üzerinde (10 IU/mL) antikor yanıtı elde edilebilmiştir. Bu hastaların 23'ünde yüksek titrede antikor yanıtı (> 100IU/mL), 11'inde koruyucu düzeyin üzerinde ancak düşük titrede (> 10-100 IU/mL) antikor yanıtı sağlanmıştır. Sonuç olarak; çalışmamızda bulunan yanıt oranı literatürde bildirilen oranlarla benzerdir. Ünitimizde 3 doz Hepatit B aşısı yerine 4 doz aşı yapmanın yanıtı artırabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler : Çift Doz Hepatit B Aşısı, periton diyalizi hastaları, aşırı yanıt**Kaynaklar**

1. Arslan S, Bulut C, Yılmaz G, İrmak H, Demiröz A : “Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Çift Doz Hepatit B Aşısına Yanıtın Değerlendirilmesi” Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2008; 41(2) :7-10
2. Yamazhan T, Arda B, Aşçı G, Ok E, Ulusoy S : “Ayaktan Periton Diyalizi Uygulayan Hastalarda Hepatit B Virüsü Aşısına Karşı Yanıtın Değerlendirilmesi” Viral Hepatit Dergisi 2003; 8(3): 139-142

HP-016**PERİTON DİYALİZİ UYGULAYAN HASTALARDA PERİTONİT DE KÜLTÜR POZİTİF ORANI****Serap Alsancak¹, Serdar Kahvecioğlu¹, Cuma Bülent Gül¹, Güzide Öğüt¹, Emel Kaya¹**¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bölümü, Bursa

Giriş: Periton Diyalizinin (PD) en önemli komplikasyonlarından biri peritonittir. PD peritonitinin tedavisi için erken tanı ve etken patojenin uygun yöntemlerle en kısa zamanda izolasyonu, antibiyotik duyarlılıklarının belirlenmesi sorunun çözülmesinde anahtar rol oynamaktadır. Literatürde % 20'ye varan oranda kültür negatifliği bildirilmiştir. Kültür negatifliğinin başlıca nedenleri yetersiz kültür alınma tekniği ve yakın zamanda antibiyotik kullanımıdır.

Amaç: Bu çalışmada ünitimizde 7 yıllık çalışma sürecinde takip edilen periton diyalizi hastalarındaki peritonit sıklığı, kültür pozitiflik oranını ve prognozun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Metod: Çalışmaya ünitimizde Ocak 2009 - Temmuz 2016 tarihleri arasında izlenen 89 hasta alındı (48K, 41E, yaş ortalaması 48,4 ± 15,6-ortalama PD süresi 36,7±24,9). Hastaların dosyaları geriye dönük değerlendirildi. Demografik bilgileri, KBY etiyolojisi, PD süresi, PD modelitesi, kateter takımı, deşimi kimin yaptığı, peritonit atak sayısı ve üreyen mikorganizmalar kayıt edildi.

Bulgular: 7 yıllık peritonit sıklığımız 56,3 hasta ay/atak olarak hesaplanmıştır. Ünitimizde takip edilen 89 PD hastasının 55 ü hiç peritonit geçirmezken, 21 hasta 1 kez, 13 hasta ≥2 kez peritonit atağı geçirdi. Ortalama atak sayısı 1,7 ± 1,09 dir. Dosyalardan kayıt edilen bilgiler tablo da verilmiştir. Hastaların 34 ünde 58 peritonit epizodu saptandı. 58 peritonit epizodun da alınan kültür örneklerin % 63,7 sinde üreme olmuş, etken olarak en fazla staphylococcus epidermis ve staphylococcus aureus izole edilmiştir. Ampirik ve antibiyogram sonucuna göre

başlatılan tıbbi tedavi ile olguların % 79,5 inde şifa ile sonuçlandı.Olgulardan 7(%20,5) tanesi periton kateteri çekilerek hemodiyalize geçmiştir.

Sonuç: Ünitimizde kültür pozitiflik oranı %63,7olarak bulundu.Etken olarak ise en fazla staphylococcus epidermis ve staphylococcus aureus izole edilmiştir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda ise;Kaya ve arkadaşlarının 115 SAPD hastası ile yaptığı çalışmada hastaların 40'ında 71 peritonit epizodu saptamışlar.Ve yetmiş bir peritonit epizodunda alınan örneklerin 41'inde(%57.7) üreme olmuş. En çok görülen mikroorganizma koagülaz negatif stafilokoklarmış (%24.8).Buna karşın olguların %42,5'inde etken mikroorganizma tespit edilememiş.

Şener ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada on beş yıllık çalışma süresince 61 SAPD hastasında 103 peritonit atağı görülmüş,103 peritonit atağı sırasında alınan örneklerin 72'sinde(% 69,9) üreme olmuş.Stafilokoklar toplam % 77,7 oranıyla en sık izole edilen bakterilermiş.S *epidermidis* % 48,6 oranıyla ilk sırada yer almaktaydı.S.aureus ise 21 hastada (%29,1 oranında) izole edilmiş.Kültür negatif ise % 30,1 oranında saptanmış.

Sonuç olarak;;PD hastalarımızda peritonit sıklığı ve kültür pozitiflik oranı literatürle benzer bulunmuştur.Peritonit sıklığı son yıllarda azaltılmasına rağmen başarılı bir PD programı için peritonitin erken ve doğru tanılanması gerekmektedir.Bunun için hasta eğitimi ile hastanın peritoniti erken tanısı sağlanabilir. Ayrıca diyalizattan örneğin deneyimli hemşireler tarafından doğru tekniği ile alınması ile kültür pozitifliğinin artmasını sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler : Kültür pozitif oranı, periton diyalizi, peritonit

Kaynaklar

1. Kaya M, Altıntepe L,Baysal B,Güney İ,Türk S,Tonbul Z :“SAPD Peritonitinde Kültür Pozitiflik Oranı ve Tedavi Sonuçları”Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi2005;14(3)132-135
2. Şeker A,Candan F,Hüzmeli C,Akkaya L,Kayataş M:“Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi İlişkili Peritonit Ataklarının Değerlendirilmesi”Türk Neph Dial Transpl 2016;25 (2):142-146

Tablo. Dosyalardan elde edilen hasta verileri

	PERİTONİT OLMAYAN (N:55)	PERİTONİT OLAN (N:34)
ORTALAMA YAŞ	50,1 ± 14,8	45,7±16,4
CİNSİYET		
Kadın	31(%56,3)	17 (%50)
Erkek	24 (%43,7)	17 (%50)
EĞİTİM DURUMU		
Okur-yazar Değil	7 (%12,7)	4 (%11,8)
İlköğretim	34(%61,8)	27(%79,5)
Lise	11(%20)	2(%5,8)
Üniversite	3 (%5,5)	1(%2,9)
MEDENİ DURUM		
Bekar	14(%25,4)	13(%38,2)
Evli	41(%74,6)	21(%61,8)
YAŞADIĞI YER		
İl	44(%80)	21(%61,8)
İlçe	10(%18,2)	11(%32,4)
Köy	1(%1,8)	3(%8,8)
ORTALAMA PD SÜRESİ (AY)	32,5±24,3	43,4±24,3
KBY ETYOLOJİSİ		
DIYABET	17(%30,9)	8(%23,6)
HİPERTANSİYON	28(%50,9)	13(%38,2)
DİĞER	10(%18,2)	13(%38,2)

İLK RRT YÖNTEMİ		
Periton diyalizi	28(%50,9)	16(%47,1)
Hemodiyaliz	27(%49,1)	18(%52,9)
PD KATETER TAKMA YÖNTEMİ		
Perkütan Trokar Yöntemi	2(%3,7)	1(%2,9)
Perkütan kılavuz tel yöntemi	28(%50,9)	18(%52,9)
Cerrahi	22(%40)	10(%29,4)
Laporaskopi	3 (%5,4)	9(%26,4))
PD MODELİTESİ		
APD	34(%61,8)	24(%70,5)
SAPD	21(%38,2)	10(%29,4)
PD DE YARDIMCI		
VAR	17(%30,9)	15(%44,2)
YOK	38(%69,1)	19(%55,8)

HP-017

PERİTON DİYALİZİNİN NADİR BİR KOMPLİKASYONU; AKUT PANKREATİT OLGUSU

Emel Kaya¹, Serdar Kahvecioğlu¹, Güzide Öğüt¹, Serap Alsancak¹, Cuma Bülent Gül¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bölümü, Bursa

Giriş: Akut pankreatit;pankreasın iltihabıdır.Akut karın ağrısı ve pankreatik enzimlerin kanda ve idrarda yükseldiği bir durumdur.Periton Diyalizi (PD) hastalarında pankreatit nadir ama ciddi bir komplikasyondur ve tanısı güçtür. Periton diyalizi (PD) uygulayan bir hastada renksiz diyalizat ile karın ağrısı genellikle peritonit olarak atfedilir.Ayrıca üremik ve kronik diyaliz ile tedavi edilen hastalarda pankreatik enzimleri olan amilaz ve lipaz normal değerinin üstünde olabilir.Pankreatit tanısı koymak için şu üç unsurun ikisini gerekir;karın ağrısı,pankreas enzimlerinin normalin sınırının üç kat fazla değer ve pankreas iltihabı gösteren görüntüleme teknikleri:

Olgu: SDBY nedeniyle 18 aydır PD uygulayan 20 yaşında erkek hasta karın üst bölgede ve sırta vuran ağrı,bulantı,kusma şikâyetleri ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede TA:170/110 mmHg,Nb:92/dk, Ateş:36,7C Ödem:yok, İdrar:yok. Karın ağrısı tarifleyen hastaya peritonit tanısını ekarte etmek için PD lavajı uygulandı.Drenajın berrak olduğu gözlemlendi,infüzyon ve drenajda sorun görülmedi.Diyalizat sıvısından hücre sayımı,boyalı mikroskopik incele ve kültür örnekleri alındı.Diyalizat sıvısında Lökosit:110/mm3, bakteri görülmedi. İntraperitoneal ampirik peritonit tedavisine başlandı. Hastanın laboratuvar bulgularında Lökosit:13,800/mm3,Hemoglobin:13,7gr/dl,Htc:%39,8,Crp:8,78, Serum Amilaz: 318,Serum Lipaz:1141 saptandı.Karın Ağrısı,bulantı kusmaları devam eden ve Amilaz ve Lipaz yüksekliği olan hastaya Genel Cerrahi ve Enfeksiyon konsültasyonları istendi.Batın USG de pankreas gaz nedeni ile değerlendirilemedi.Kontrastlı batın tomografisi incelemesinde; pankreas boyutları normalin üst sınırındadır.Peripenkratik yağ plaklarında kirli görünüm pankreas konturunda bulanıklıkla izlenmiştir. Görünüm ödematoz pankreatiti temsil ediyor olabilir.BT pankreatit ile uyumlu gelmesi üzerine genel cerrahiye rekonstrüte edilen hastaya oral alımın kesilmesi ve enfeksiyon hastalıklarının önerisiyle Tienam 2x250mg IV başlandı.Alınan periton sıvısı kültüründe üreme olmadı ve hücre sayımı sıfırlandı.Takibinde peritonit ampirik tedavisi kesilerek Tienam 2x250 mg IV devam edilerek 14 güne tamamlandı. Karın ağrısı ve bulantıları düzelen hastanın oral alımı açıldı.Kontrol Lipaz 42 geriledi.Takibinde genel durumu iyi olan hasta medikal tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.Hastanın tekrarlayan atakları oldu.Fakat Hasta hemodiyalize geçmek istemedi.3 yıl periton diyalizi yaptıktan sonra kadavradan nakil oldu

Sonuç: PD hastalarında hemodiyaliz hastalarına göre pankreatit riski daha yüksektir.Bu hastalarda periton diyaliz sıvısı foramen epiploika aracılığıyla pankreasın önyüzüne ulaşır.Bu nedenle yüksek glikoz konsantrasyonu,diyali

zat,torbalar ve bağlantı sistemlerindeki toksik yan ürünler,asidik diyaliz ve peritonitlerdeki infekte diyalizat gibi değişik etkenler pankreası uyabilir.Ayrıca SAPD hastalan yüksek hipertrigliceridemi prevalansından dolayı pankreatit için ek bir risk altındadırlar.Sonuç olarak; Akut Pankreatit, PD yapan hastalarda nadir ama ciddi bir komplikasyondur. Bu yüzden karın üst bölgede ve sırta vuran ağrı şikâyeti olan ve peritonit şüphesi olan tüm hastalarda rutin olarak amilaz ve lipaz değerlerine bakılmalıdır.

Anahtar Kelimeler : Akut pankreatit, komplikasyon, periton diyalizi

HP-018

PERİTON DİYALİZ KATATER TAKILMASI ÖNCESİ BARSAK TEMİZLİĞİNİN ÖNEMİ

Durkadın Duygu Balcı¹, Dilek Efeyurtlu¹, Ümmühan Maden¹, Ayça İnci¹, Üstün Yılmaz¹, Refik Olmaz¹, Melahat Çoban¹, Metin Sarıkaya¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Başarılı bir periton diyaliz (PD) uygulaması için kalıcı ve güvenli bir peritoneal giriş yolu oluşturulması gerekmektedir. İdeal bir katater çevre dokularla biyouyumlu olmalı , uzun bir süre yeterli sıvı drenajı sağlarken bakteri migrasyonu, peritonit ve diyalizat kaçağı gibi periton diyalizine bağlı gelişebilecek komplikasyonları en aza indirmelidir.

Konstipasyon barsak peristaltiziminin yavaşlaması yada feçesin kıvamını oluşturan maddelerin yetersizliği sonucu oluşur. Psikosomatik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, yetersiz diyaliz, kötü beslenme, fiziksel hareket yetersizliği KBY hastalarının konstipasyon nedenleri arasındadır. Periton diyaliz hastalarında konstipasyon kataterin sıkışmasına, bükülmesine ve yer değiştirmesine neden olarak boşaltımı engelleyebilir ve PD tedavisini olumsuz etkiler.

Tenckhoff trokar ve Seldinger yöntemi en yaygın kullanılan perkutan katater takma teknikleridir. Perkutan teknikle periton diyaliz kateteri yerleştirilme işlemi daha iyi tolere edilir, daha kısa sürede PD'nin başlanmasına olanak sağlar. Rutin uygulamada perkutan katater takılması öncesi barsak boşaltım hazırlığını bir gün önce yapmaktayız . Ancak çoğunlukla yeterli boşaltım sağlanamamakta ve katater malpozisyonuna neden olmaktadır. Biz barsak boşaltımını tam sağlamak için hastalarımızda işlemden 3 gün önce sulu gıdaya başlıyoruz ve yine işlemden bir gün önce laksatif kullanıyoruz. Bu uygulama sonrası katater malpozisyonu ve drenaj problemlerimiz belirgin olarak azalmıştır.

Anahtar Kelimeler : Periton diyalizi, perkutan katater, konstipasyon, barsak temizliği

HP-019

PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA DIŞ KEÇE GELMESİNDE İKİ FARKLI PANSUMAN YÖNTEMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Durkadın Duygu Balcı¹, Dilek Efeyurtlu¹, Ayça İnci¹, Üstün Yılmaz¹, Melahat Çoban¹, Olgun Akın¹, Yasin Şahintürk¹, Refik Olmaz¹, Metin Sarıkaya¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Periton Diyalizi (PD) son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hastalarının tedavisinde ; hastaların kendi kendine yetebilmesi, olası sorunlarla başa çıkabilme yollarını bilmesi nedeniyle yaşam kalitesini artıran bir yöntemdir. Hastalar baştan itibaren katater bakımı ile ilgili yoğun bir eğitim alırlar. Katater ile ilişkili enfeksiyonlardan korunmak için önlem almak çok önemlidir. Bu önlemler preoperatif antibiyotik kullanımı, çıkış yeri bakımı ve lokal antimikrobiyal korunmadan oluşur.

PD hemşiresinin hastaya vereceği pansuman eğitimi; bakteriyel kolonizasyonun engellenmesi, katater çıkış yeri (KÇY) enfeksiyonlarının önlenmesi ve katater çıkış yerinde olan travmayı en az seviyede tutarak kataterin devamlılığını sağlamada oldukça önemlidir.

Biz bu posterimizde rutin pansuman bakımında povidon iyot ve klorheksidin glukonat kullanan PD hastalarımızda dış keçe gelmesinde , bu iki pansuman

yönteminin KÇY enfeksiyonu, peritonit, tünel enfeksiyonu kızarıklık ,ödem ,ısı artışı önleme yönünden karşılaştırdık. Klorheksidin glukonat ile daha başarılı sonuçlar elde ettik.

Anahtar Kelimeler : Periton diyalizi, dış keçe gelmesi, pansuman

HP-020

HİPERTANSİYON EĞİTİM PROGRAMININ ÖNEMİ VE GEREKLİLİĞİ

Durkadın Duygu Balcı¹, Ümmühan Maden¹, Dilek Efeyurtlu¹, Ayça İnci¹, Üstün Yılmaz¹, Metin Sarıkaya¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Hipertansiyon tüm dünyada erişkin nüfusun önemli bir bölümünü etkileyen ve büyük ölçüde önlenemeyen kardiyovasküler bir risk faktörüdür. Toplumlar yaşlı nüfusun artışı, hızlı kentleşme, obezitenin artışı ve diyet tuz alımının fazlalığı gibi faktörler hipertansiyon prevalansının yükselmesi ile ilişkilidir. Kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin %45'inden, inmeye bağlı ölümlerin %51'inden hipertansiyon sorumlu olup, etkin kan basıncı kontrolü ile bu risklerin azaltılabileceğine işaret edilmektedir. Kronik böbrek hastalığında (KBH) kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölüm 1. sırada gelmektedir ve bu hastalarda hipertansiyonun kontrolü mortalite ve morbiditenin azaltılmasında önemlidir. Tüm dünyada hipertansiyon konusunda farkındalık, tedavi alma ve kontrol altına alınma oranları düşük seyretmekle birlikte, ülkeler arasında önemli farklılıklar vardır. Amacımız takipli KBH hastalarımızın tansiyon ölçümü konusunda bilgilerinin değerlendirilmesidir.

Materyal- Metot: Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji kliniğinde takipli hipertansiyon tanısı olan 211 hastada tansiyon ölçüm hakkında anket yapılmıştır.

Bulgular: 211 hastanın 92 kadın ve 119 erkekti. KBH –EPI formülü ile hastalar evrelere ayrıldı. Hastaların %59,2'si Evre1-3 , %40,8'i Evre 4-5 olarak saptandı. Hastalarımızın %65,4'ü tansiyon ölçmeyi bildiğini, %34,6'sı tansiyon ölçmeyi bilmediğini ifade etmiştir. Tansiyon ölçmeyi 44 hasta sağlık personelinde, 30 hasta kullanma kılavuzundan, 28 hasta kendi kendine, 18 hasta satış temsilcisinden ve 18 hasta eczaneden öğrenmiştir. Hastaların %36'sı tansiyon takibi yapmadığını, %19,4 haftada 1 ölçüm, %13,3 haftada 2 ölçüm, %8,5 haftada 3 ölçüm, %5,2 haftada 4 ölçüm ve %14,7 hergün ölçüm yaptığını ifade etti.

Sonuç: Dünyada hipertansiyonu olan bireylerin ancak %50'si hipertansif oldu-ğunun farkına varmakta ve bunların %50'si antihipertansif tedavi almakta, antihipertansif tedavi alanların ise ancak %50'sinde hipertansiyon kontrol altında tutulmaktadır. Türkiye'de hipertansiyon prevalans çalışması sonuçlarına göre, hipertansiyonlu olgularda farkındalık %54,7, ilaç tedavisi alanların oranı%47,4' ve kan basıncı kontrol oranı %28,7'dir. Kan basıncı kontrol oranlarımızı artırmak için öncelikle hastalarımıza tansiyon ölçümünü ve tansiyon takibinin önemini öğretmeliyiz. Diyabet eğitim hemşireleri gibi hipertansiyon eğitim hemşireliğinde yaygınlaşmalı; diyet, egzersiz, tansiyon takibi, ilaç kullanımı, ilaç uyumu konusunda hipertansiyon hastalarında tansiyon karneleri ile takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler : Hipertansiyon, kronik böbrek hastalığı, eğitim

HP-021

HEMODİYALİZ ÜNİTEMİZDE TEDAVİ ALAN HASTALARIN İLAÇ UYUMLULUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Zeynep Birge¹, Emine Öztürk¹, Tülay Fırat¹, Neşe Genç İz¹, Canan Murtçu¹, Ayfer Alagöz¹, Hacer Yıldırımçakar¹, Bircan Çetiner¹, Dilek Çiftçi¹, Necati Kuleli¹, Emin Akyıldız¹, Özgür Merhametsiz¹

¹Iğdır Devlet Hastanesi

Giriş: Hemodiyaliz hastalarında, diyaliz tedavisi için sürekli diyaliz ünitesine gelme zorunluluğunun olması, hastalıklarının ömür boyu devam edeceği fikri ve tedavileri için günlük birçok ilaç alma zorunluluğu gibi nedenlerden dolayı hastalarda yaygın olarak görülen bıkınlık hastaların ilaç kullanım uyumluluğunu ciddi oranda etkileyebilmektedir. Biz de hemodiyaliz merkezimizde diyalize giren hastalarının ilaç kullanım uyum düzeylerini saptamayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Haziran-Temmuz 2016 tarihleri arasında Iğdır Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi'nde tedavi gören hastalar dahil edildi. Hasta dosyalarından aldığı ilaçlar ve dozları kaydedildi. Hastalarla yüz yüze görüşmeyle aldığı ilaçların doz uyumluluğu kaydedildi. Diyaliz hastalarının, hastalıkları için kullandığı majör ilaçların etkilediği laboratuvar parametreleri kaydedildi. İlaç uyumluluğuna göre hastalar gruplara ayrılarak (ilaç-uyumlu ve ilaç uyumsuz), gruplar arası laboratuvar değerleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların 32 (%52.5) nin ilaçlarını tam olarak uyum gösterdiği, 29 (%47.5) nun uyumsuz olduğu saptanmıştır. İlaçlarına uyum göstermeyen hastaların ortalama 2 tane ilacını almadığı (min 1, max 5) saptanmıştır. Kan basıncı normal aralığın üzerinde (>140/90 mmHg) olan hasta sayısı 24 olarak saptandı. Bu hastalardan önerilen antihipertansif tedaviye uymayan hasta sayısı 11 olarak saptanmıştır. KDIGO Kılavuzunda önerilen değerler baz alınarak hastaların laboratuvar parametreleri değerlendirildiğinde şu bulgular karşımıza çıkmıştır. Hastalardan 13'ünde P>5.5 mg/dL saptanmış olup, bu hastalar içinden 7 hastanın fosfor bağlayıcı ilacını almadığı görülmüştür. Yine önerilen PTH değeri aralığının üzerinde olan hasta sayısı 23 olarak saptanmış olup, bu hastalardan 13'nün ilaç uyumsuz grupta olduğu gözlenmiştir.

Sonuç: Çalışmaya alınan hastaların yarısından fazlası (%52.5) ilaç kullanımına uyum sağladığı tespit edilmiştir. Ancak ilaç-uyumlu ve ilaç uyumsuz gruplar kendi aralarında değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. Hastaların Ca-P-PTH dengesini etkileyen multipl faktör olması, kan basıncını etkileyen birçok faktör olması nedeniyle iki grup arasında fark saptanamamış olabilir. Diyaliz hastalarında ilaç uyumsuzluğunun yüksek oranda görülüyor olması hastalığın doğal bir sonucu olarak görülmemelidir ve tedavi başarısı açısından hastaların doğru ilaç kullanımı diyaliz ekibi tarafından yakın takip edilmeli ve hastalar psikolojik açıdan desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler : Hemodiyaliz, İlaç Uyumluluğu

HP-022

KATETER BAKIMINI DOĞRU KİŞİYE Mİ EMANET EDİYORUZ? BİR TÜNELLİ KATETER İLİŞKİLİ ENFEKSİYON VAKASI OLARAK HEMŞİRE

Zeynep Birge¹, Emine Öztürk¹, Tülay Fırat¹, Neşe Genç İz¹, Ayfer Alagöz¹, Canan Murtçu¹, Bircan Çetiner¹, Dilek Çiftçi¹, Necati Kuleli¹, Sibel Bayat¹, Hacer Yıldırımçakar¹, Emin Akyıldız¹, Özgür Merhametsiz¹

¹Iğdır Devlet Hastanesi

Giriş: Tünelli kateteri olan hemodiyaliz hastalarında, tünelli kateter ilişkili enfeksiyon, en önemli ve en sık görülen komplikasyonlardandır. Kateterle ilişkili bakteriyemiler yüksek oranda mortalite ve komplikasyon riski taşır. Enfeksiyonlar kateter kayıplarının en önemli nedenidir. Burada son dönem böbrek yetmezliği olup, kateter bakımını kendi yapan bir hemşire vakasını sunduk.

Vaka Bildirimi: 23 yaşında kadın hasta, böbrek yetmezlik nedeni kronik glomerulonefrit olan hastamız 2 yıldır periton diyalizi uyguluyor. Hastanın yetersiz periton diyalizi nedeniyle aralıklı hemodiyaliz tedavisi uygulanması amacıyla son bir yıldır, sol juguler tünelli kateteri bulunmaktaydı. Hasta olarak, hemşire hanım kateter bakımını kendisinin yaptığını ve son bir iki aydır düzenli pansuman yapmadığını belirtti. Acile ateş, üşüme ve titreme şikayetleriyle başvuran hastanın ateşinin >38 C olması ve tünelli kateter çıkış yerinde endurasyon ve akıntısı olması nedeniyle kateter ilişkili enfeksiyon düşünülerek hasta hospitalize edildi. Hastanın bakılan CRP si 14 mg/dL, hemogramında lökosit 18 bin/mm³ ve kan gram boyamasında gr (+) bakteri saptanması üzerine ampirik antibiyoterapi (Teikoplanin) sonrasında kateteri çekildi. Hastanın kateterine ait fotoğraf figür 1 de sunulmuştur. Hastamızın kültüründe MSSA üremiş olup aldığı antibiyoterapiye duyarlı olarak saptandı. Kateterinin çekilmesini ve antibiyoterapisinin tamamlanmasını takiben hastanın klinik tablosu düzelmiş bir şekilde taburcu edilmiştir.

Sonuç: Günümüzde kronik diyaliz popülasyonunda giderek vasküler yol olarak kateter kullanım oranları birçok nedenden dolayı artmaktadır. Kateter kullanım oranları arttıkça, kateter ilişkili komplikasyonlarda da artış bunu takip etmektedir. Kateter bakımı, diyaliz merkezlerinde hemşirelere emanet edilen, özellikle kateter ilişkili enfeksiyonların kontrol altında tutulmasında önemli bir araçtır. Bu vakamızda kateter bakımını kendisi yapan, ancak bakımını ihmal ederek kateter ilişkili bakteriyemi ve kateterin kaybı ile sonuçlanan bir vakayı sunmayı uygun gördük. Vasküler yol olarak kateter kullanılan diyaliz hastalarının kateter bakımına gerekli önemin gösterilmesini sağlamak amacıyla, bu sorumluluğu yüklediğimiz hemşirelerin eğitime de gerekli ihtimamın gösterilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler : Tünelli kateter, kateter ilişkili enfeksiyon, hemodiyaliz

Figürler :

HP-023

İYE TAKİPLİ HASTA VE EBEVEYNLERİNİN EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASI BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Meltem Bozkurt¹, Gülşah Kaya Aksoy¹, Atilla Gemici¹, Elif Çomak¹, Mustafa Koyun¹, Sema Akman¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

Amaç: Bu çalışma tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu olan çocuklar ve ailelerine verilen sağlık eğitiminin, ailelerin bu konudaki bilgi, tutum ve davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Metod: Çalışmaya, çocuk nefroloji polikliniğinde tekrarlayan İYE saptanan ancak herhangi bir yapısal ürolojik anomalisi olmayan ve araştırmaya dahil olmayı kabul eden çocuklar alındı. Tüm çocuklara ve ailelerine eğitim öncesi ve sonrasında idrar yolu enfeksiyonu belirtilerini ve korunma yolları hakkındaki bilgilerini değerlendirmeye yönelik 10 sorudan oluşan anket formu uygulandı. Anketi doldurmakta güçlük çeken ailelere araştırmacı tarafından yardım edildi. Daha sonra tüm çocuklara ve ailelerine araştırmacı tarafından hazırlanan bir eğitim rehberi doğrultusunda, idrar yolu enfeksiyonunu tanıma ve korunma yolları hakkında eğitim verildi.

Bulgular: Araştırmaya dahil edilen 23 hastanın tamamı kız, yaş ortalaması 8.2 $\pm$ 2.93 yılı. Anketler 1 baba, 6 çocuk ve 16 anne tarafından yanıtlandı. Katılımcıların eğitim durumları değerlendirildiğinde 2 (%8.7) okumamış, 3 (%13) ilkököl, 5 (%21.7) ortaokul, 10 (%43.5) lise, 3 (%13) yükseköğretim mezunuydu. Eğitim sonrasında idrar yolu enfeksiyonu tanıma, belirtilerini anlama ve korunma konusunda bilgi sahibi olma oranlarının belirgin olarak arttığı görüldü. Çoktan seçmeli anket sorularına verilen yanıtlar tablo 1'de, birden fazla seçeneği olan sorulara verilen yanıtlar tablo 2'de görülmektedir. Eğitim öncesi dönemde sadece 7 (%30.4) hasta ve yakını klozet kullanan çocukların ayaklarının yere değmesi gerektiğini bilirken, eğitim sonrası 23 (%100) biliyordu. Doğru idrar kültür alınmasını eğitim öncesi 14 kişi bilir iken eğitim sonrası hepsi biliyordu.

Sonuç: Tekrarlayan İYE tanısı ile poliklinik izleminde olan hastalara poliklinik muayene şartlarında bilgilendirme yapılmasına rağmen, ailelerin idrar yolu enfeksiyonu belirtilerini tanıma ve enfeksiyondan korunma konularındaki bilgi, tutum ve davranışlarının yetersiz olduğu görüldü. Sağlık eğitimi ile bu konudaki bilgi, tutum ve davranışları olumlu yönde değiştirilebilir. Özellikle bu tür hastaların takip ve tedavisinin yapıldığı kliniklerde ve polikliniklerde hasta eğitimi sürekli olmalı, eğitim hemşireliğinin oluşturulmasına ve yaygınlaştırılmasına önem verilmelidir.

Anahtar Kelimeler : idrar yolu enfeksiyonu, eğitim, hemşire

Tablo 1. Çoktan seçmeli anket sorularına verilen yanıtlar

EĞİTİM KONUSLARINI İÇEREN SORULAR	Eğitim öncesi doğru yanıtlayan hasta sayısı	Eğitim öncesi yanlış yanıtlayan hasta sayısı	Eğitim sonrası doğru yanıtlayan hasta sayısı	Eğitim sonrası yanlış yanıtlayan hasta sayısı
İdrar yolu enfeksiyonu nedir?	20 (87)	1 (4.3) Bilmeyen:2 (8.7)	23 (100)	0
Kullanılan iç çamaşır türü nasıl olmalı?	20 (87) pamuklu	1(4.3) naylon Bilmeyen: 2 (8.7)	23 (100)	0
İç çamaşırını hangi sıklıkta değiştirirsin?	13 (56.5) hergün		1 (47.8) hergün	
Klozet kullanan çocukların ayaklarının yere değmesi önemli midir?	7 (30.4) evet önemli	3 (13)	23 (100)	0

İYE den korunmak için tuvalet sonrası temizlik nasıl yapılmalı?	18 (78.3) önden arkaya doğru yıkayarak ve kurularak	3 (13) arkadan öne doğru yıkayarak ve kurularak	23 (100)	0
Hangi banyo yapma şekli İYE nedenidir?	14 (60.9) su dolu küvet ve leğen içinde oturarak banyo yapmak	2 (8.7) duş şeklinde banyo yapmak Bilmeyen: 7(30.4)	22 (95.7)	1 (4.3) duş şeklinde banyo yapmak
İdrar kültür örneği nasıl alınmalı?	14 (60.9) Genital bölgeyi yukarıdan aşağıya sabunlu su ve steril spanç ile silip, su ile durulayıp, kuruladıktan sonra idrar kültür kabına ve kapağına temas etmeden orta akım idrarı alınmalı.	1 (4.3) temizliğe gerek yok	23 (100)	0

HP-024

TÜNELLİ KATETER İLİŞKİLİ ENFEKSİYON TÜRLERİ, SIKLIĞI, SONUÇLARI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Zeynep Birge¹, Dilek Çiftçi¹, Emine Öztürk¹, Tülay Fırat¹, Ayfer Alagöz¹, Hacer Yıldırımçakar¹, Neşe Genç İz¹, Canan Murtçu¹, Sibel Bayat¹, Necati Kuleli¹, Emin Akyıldız¹, Özgür Merhametsiz¹
¹Iğdır Devlet Hastanesi

Giriş: Hemodiyaliz hastalarında vasküler yol olarak tünelli kateter (TK) kullanımı günden güne artmaktadır. Buna paralel olarak da, kateter ilişkili komplikasyonlar, morbidite ve mortalite de artış göstermektedir. Arteriovenöz fistülü olanlara göre kateteri olanlarda bakteriyemi riski 7 kat artmış olduğu Hoen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ortaya konmuştur. Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS) verilerine göre, genel olarak hastaneye yatış oranı %24 ve kateter ilişkili enfeksiyon nedeniyle hastaneye yatış oranında da %79 oranında artış saptanmıştır. United States Renal Data System (USRDS) verilerine göre de santral venöz kateteri bulunanalarda, 2 yıllık mortalite incelemesinde %54 oranında artış saptanmıştır. Biz de kendi merkezimizde vasküler yol olarak TK kullanan hastaların klinik özelliklerini, kateter ilişkili enfeksiyon çeşitlerini ve sonuçlarını burada ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem: Iğdır Devlet Hastanesi Diyaliz Ünitesi'nde Temmuz 2015- Temmuz 2016 arasında TK kullanılarak hemodiyaliz tedavisi alan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri ve böbrek yetmezliğine neden olan hastalık bilgileri dosyalarından elde edildi. Bu hastalarda gelişen kateter ilişkili enfeksiyonlar ve sonuçları sunuldu.

Bulgular: Yukarıda verilen tarihler arasında TK yoluyla diyaliz tedavisi alan hasta sayısı 39 (kateter aracılığıyla diyaliz tedavisi alma süresi 39 hasta için toplam 150 aydı) olarak bulundu. Bu 12.5 hasta/yılına karşılık gelmekteydi. Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 57 $\pm$ 13.8 (min 20, max 90) idi ve hastaların 22'si erkek, 17'si kadın hastadan oluşmaktaydı. Primer hastalık dağılımı şu şekildeydi: 13 DM, 11 HT, 4 Kronik Glomerulonefrit, 3 Kronik Piyelonefrit, 3 Malignite, 1 Kalp Yetmezliği, 1 FME, 1 Kronik Rejeksiyon, 2 nedeni bilinmeyen. İkisi çıkış yeri enfeksiyonu, ikisi bakteriyemi olmak üzere toplam 4 hastada kateter ilişkili enfeksiyon saptandı. Çıkış yeri enfeksiyonu olan hastalar lokal+oral antibiyoterapi ile tedavi edilirken, bakteriyemi gelişen hastalar hospitalize edilerek sistemik antibiyotik ile tedavi edildi. Hiçbir hastada kateter kaybı gelişmedi. Son bir yıl içinde diğer nedenlerden ölenlerin sayısı 12 olarak bulundu. Temmuz 2015 te merkezimizdeki TK bulunan hasta oranı %21.5 (14/65) bu oran Temmuz 2016'da da benzer şekilde bulundu %21.3 (16/75).

Sonuç: Sonuç olarak hemodiyaliz hastalarında TK kullanımını ve buna bağlı komplikasyonları ve mortaliteyi azaltmak için maksimum çaba gösterilerek mümkün olan her hastada AVF sağlanması yoluna gidilmelidir.

Anahtar Kelimeler : Tünelli Kateter, Kateter İlişkili Enfeksiyon, Hemodiyaliz

HP-025

NADİR BİR KATATER KOMPLİKASYONU

Emine Akçin Balcı¹, Ayten Karakoç¹, Ayfer Kaplanıray¹, Aslıhan Karaca¹, Kübra Aksoy Asrak¹, Yunus Emre Okyay¹, Zeynep Çoban¹, İlknur Düşünüş¹, Ferdi Gü², İsa Çalışkan¹, Hasan Kayabaşı¹
¹Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Diyaliz Ünitesi, İstanbul

Giriş: Geçici HD kataterleri özellikle acil HD uygulamalarında sık kullanılan yöntemlerdendir. Uygulama esnasında ve sonrasında bilinen bir çok komplikasyonu vardır. Biz burada PA AC grafisi ile erken saptadığımız nadir bir katater komplikasyonunu sunduk.

Olgu: Diyabetik Nefropati tanısıyla gelişen KBH nedeniyle Nefroloji takibinde olan hastaya Acil Serviste hipervolemi nedeniyle diyaliz endikasyonu konularak HD alınması planlanan hastaya Acil Serviste HD için subclavian katater takılmasını takiben hastaya PA AC grafisi çekilerek hemodiyaliz ünitesine gönderilmiştir. HD alınmadan önce hastanın kontrol edilen PA AC grafisinde katater ucunun subclavian vene değil boyun venlerinden yukarı doğru seyrettiği görüldü. Hasta HD alınmadan sol juguler katater takılarak hastanın komplikasyonsuz bir şekilde diyalize alınması sağlandı.

Sonuç: HD kataterlerinin uygulanması sırasında ve sonrasında çeşitli komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bu komplikasyonları ve risk faktörlerini önlemek açısından işlem sonrası PA AC grafisi çekilmesi önemlidir. Girişim sonrası PA AC grafisinin kontrolü her ne kadar hekim sorumluluğunda olsa da HD işlemini yapan hemşirenin de kontrol etmesi olabilecek komplikasyonları minimuma indirmektedir.

Anahtar Kelimeler : Kateter, hemodiyaliz

HP-026

HEMODİYALİZ VE PERİTON DİYALİZ HEMŞİRELERİNİN İŞ DOYUMU VE İŞE BAĞLI GERGINLIK DÜZEYLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Ayten Karakoç¹, Mürvet Yılmaz², Nilüfer Alçalar³, Aslıhan Karaca¹, Bennur Esen⁴, Hasan Kayabaşı¹, Numan Görgülü², Dede Şit⁵

¹Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Diyaliz Ünitesi;

²Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Bölümü;

³İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı;

⁴Acıbadem Taksim Hastanesi;

⁵Kemerburgaz Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Biim Dalı

İş doyumunu, kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin önemli gereklerinden biridir. Oysa sağlık alanında çalışanlarda pek çok nedenle işe bağlı gerginlik görülmektedir. Hemodiyaliz (HD) ve periton diyaliz (PD) hemşirelerinin çeşitli demografik özellikleri ve çalışma koşullarını, iş doyumunu ve işe bağlı gerginlik durumlarını saptamak ve karşılaştırmak amacıyla çalışma planlanmıştır.

Çalışmaya 143 HD, 81 PD hemşiresi olmak üzere toplam 224 diyaliz hemşiresi (209 kadın, 15 erkek) katılmıştır. Veri toplamak amacıyla hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini ve iş koşullarını içeren Sosyo-Demografik Bilgi Formu ile Minesota İş Doyumu ve İşe Bağlı Gerginlik Ölçekleri kullanılmıştır.

Hemşirelerin sosyo-demografik bulguları değerlendirildiğinde medeni durum (p=0.004) dışında diğer değişkenler açısından her iki grubun birbirine benzer olduğu saptanmıştır. PD hemşirelerinin %93.8'i, HD hemşirelerinin ise %68.5'i mesleki eğitimlere katılmaktadır (p=0.001). HD hemşirelerinin sosyal aktivitelere katılımı daha fazladır (%81.1'e karşın %67.9; p=0.025). İşe bağlı gerginlik puanı HD hemşirelerinde (37.97±6.7) PD hemşirelerinde (35.47±6.27) göre

anlamli olarak fazla saptanmıştır (p=0.007). İş doyumunda da HD hemşirelerinde (67.27±13.54) PD hemşirelerinde (72.33±12.25) göre anlamli düşük bulunmuştur (p=0.003). İş doyumunda HD hemşirelerinde genellikle (%66.2) orta düzeyde iken PD hemşirelerinin yaklaşık yarısında (%48.1) yüksek düzeyde bulunmuştur (p=0.033).

Sonuç olarak işe bağlı gerginliğin yüksek olması iş doyumunun daha az olmasına neden olabilir. Mesleki eğitimlere katılımın artırılması iş doyumunun artmasına katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler : İş doyumunu, işe bağlı gerginlik, hemodiyaliz, periton diyaliz

HP-027

İŞE BAĞLI GERGINLIK HANGİ HEMŞİRELERDE DAHA FAZLA: HEMODİYALİZ HEMŞİRELERİNDE/PERİTON DİYALİZ HEMŞİRELERİNDE Mİ?

Mürvet Yılmaz¹, Ayten Karakoç², Nilüfer Alçalar³, Aslıhan Karaca², Bennur Esen⁴, Numan Görgülü², Hasan Kayabaşı², Dede Şit⁵

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Bölümü;

²Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Diyaliz Ünitesi;

³İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı;

⁴Acıbadem Taksim Hastanesi;

⁵Kemerburgaz Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Biim Dalı

Sağlık alanında çalışanlarda, iş yükü, hastanın sorumluluğunu üstlenme, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma gibi nedenler işle ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır. Hemodiyaliz (HD) ve periton diyaliz (PD) hemşirelerinin işe bağlı gerginlik durumlarını saptamak ve karşılaştırmak ayrıca işe bağlı gerginliği etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla çalışma planlanmıştır.

Gözlemsel, çok merkezli çalışmaya kamu ve üniversite hastanelerinde çalışan 224 diyaliz hemşiresi (209 kadın, 15 erkek) katılmıştır. Veri toplamak amacıyla hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren Sosyo-Demografik Bilgi Formu ve İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği kullanılmıştır.

Çalışmaya 143 HD, 81 PD hemşiresi olmak üzere toplam 224 diyaliz hemşiresi katılmıştır. İşe bağlı ortalama gerginlik puanı HD hemşirelerinde 37.97±6.7, PD hemşirelerinde 35.47±6.27 olup, HD hemşirelerinde anlamli olarak daha fazladır (p=0.007). Hemşirelerin cinsiyet, sağlık sorunu, haftalık çalışma süresi, çalıştığı üniteden memnuniyet durumu, yönetim desteği, mesleki eğitimlere katılım durumunun işe bağlı gerginlik puanlarını etkilediği saptanmıştır. Buna karşılık yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim düzeyi, meslekte çalışma süresi, hobilerinin olması, vardiya çalışması, sosyal aktivitelere katılım ve uyku durumu ile işe bağlı gerginlik puanlarında fark bulunmamıştır.

İşe bağlı gerginlik diyaliz hemşirelerinde özellikle HD hemşirelerinde görülmekte ve çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Bu çalışma ile diyaliz hemşirelerinin işe bağlı gerginlik düzeyleri ve bunu etkileyen faktörler belirlenerek, işe bağlı gerginliği azaltmaya yönelik kurumsal ve bireysel önlemlerin alınmasında bir aracı olacağı varsayılmaktadır.

Anahtar Kelimeler : İşe bağlı gerginlik, hemodiyaliz, periton diyaliz

HP-028

HEMODİYALİZ HASTALARININ TEDAVİ VE SIVI KISITLAMASINA UYUM, UYUMSUZLUK VE ÖZ ETKİLİLİK DURUMUNUN İNCELENMESİ

Yasemin Korkmaz¹, Sultan Kav¹

¹Başkent Üniversitesi Çiğdem Diyaliz Merkezi

²Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma hemodiyaliz hastalarının önerilen tedavi, diyet ve sıvı kısıtlamasına uyum, uyumsuzluk ve öz etkililik durumlarının

incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma Başkent Üniv. Ankara Hastanesine bağlı Ümitköy, Çiğdem ve Yenikent Diyaliz Merkezlerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini en az 3 aydır HD tedavisi görmekte olan, 18 yaşından büyük ve gönüllü 400 birey oluşturmuştur.

Verilerin toplanmasında literatürden yararlanılarak hazırlanan anket formu, Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ve Diyaliz Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşerek anket uygulama yoluyla elde edilmiştir. tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra ki-kare, t testi, ANOVA ve Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. katılan hastaların yaş ortalamalarının 56.74 ± 16.09 yıl olduğu, hastaların ortalama 112.13 ± 93.98 ay önce KBY tanısı almış ve ortalama 78.44 ± 69.98 aydır diyaliz tedavi almakta olduğu saptanmıştır.

Genel öz yeterlilik ölçeği toplam puanı ortalamasının 30.62 ± 7.69 olduğu belirlenmiştir. Öz- yeterlilik ölçeği puan ortalamasının erkek, evli, çocuğu olmayan, üniversite mezunu olan, il merkezinde yaşayan ve gelir durumu iyi olanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yaş, cinsiyet, kullandığı ilaç sayısı, kronik böbrek yetmezliği dışında bir hastalık olma durumu ve hemodiyaliz süresinin ilaç tedavisine uyumu etkilediği belirlenmiştir. Hastaların yarısından fazlasının son 2 haftada diyet (%64.2) ve sıvı kısıtlamasına (%60.0) uyumsuzluk gösterdiği saptanmıştır. Bekar, aile bireyleri ile birlikte yaşayan ve sigara kullananların son 2 haftada diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk derecesinin daha fazla olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler : Diyaliz, uyum, uyumsuzluk, öz-etkililik, hemşirelik

**33. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon,
Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi®**

*33th National Congress of Nephrology,
Hypertension, Dialysis and Transplantation*

**26. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve
Transplantasyon Hemşireliği Kongresi**

*26th National Congress of Renal Diseases,
Dialysis and Transplantation Nursing*

Yazar Dizini / Author Index

A

- Abbasi, Saeideh 72
 Açar, Fatma Pınar 81
 Açıkgöz, Seyyid Bilal 131, 133, 140
 Ahbap, Elbis 8, 78, 90, 91, 94, 126
 Aka, Esen 150
 Akan, Deniz 8, 78
 Akan, Ezgi 32
 Akar, Harun 77
 Akar, Prof. Dr Harun 97
 Akarsu, Özger 87, 104
 Akbaş, Halide 93
 Akbaş, Halit 12, 13
 Akbay, Fatih Gökhan 83, 97, 105, 111, 137, 153
 Akbulut, Ercan 128, 134, 135, 139, 175
 Akbulut, Seval 74
 Akca, Tolgahan 93
 Akçakaya, Adem 160
 Akçam, Nur Özge 101
 Akça, Nazan Kılıç 180
 Akçiçek, Fehmi 101
 Akdağ, Seyit İbrahim 75
 Akdam, Hakan 88
 Akgül, Sebahat Usta 22
 Akgül, Yavuz Sultan Selim 14
 Akgüngör, İlhan 138
 Akgün, Hülya 86
 Akın, Olgun 10, 106, 196
 Akkale, Özgür 45, 74, 78, 144, 145, 156, 161
 Akkaya, Bahar 146
 Akkaya, Lale 136
 Akkaya, Özlem 189
 Akman, Sema 198
 Akmeşe, Atacan 97
 Akpolat, Mehmet Tekin 146
 Aksoy, Gülşah Kaya 198
 Aksoy, Nurten 34
 Aksoy, Yakup Ersel 131
 Aktürk, Serkan 18, 19, 43, 151, 153, 163
 Akyıldız, Emin 197, 198
 Akyıldız, Zehra İlke 104
 Akyol, Asiye 173
 Akyol, Asiye Durmaz 173, 183
 Alaamel, Abir 140
 Alagöz, Ayfer 197, 198
 Alagöz, Selma 143
 Alakuş, Cansu 121
 Alan, Zeynep Nurcan 181
 Alçalar, Nilüfer 199
 Alış, Gökçen 161
 Alikiraz, Filiz 188
 Alinejad, Saeed 70, 73, 77
 Almacioğlu, Serdar 121
 Alp, Alper 159
 Alpaslan, Ahmet Şükrü 125
 Alp, Gülpenbe 177
 Alsancak, Serap 192, 193, 194, 195
 Altınkaynak, Beytullah 7
 Altıntepe, Lütfullah 9
 Altıparmak, Mehmet Rıza 9, 15, 23, 24, 38, 39, 115, 119, 143
 Altun, Bülent 17, 20, 103
 Apaydın, Süheyla 83, 97, 105, 111, 137, 153
 Aras, Merih Reis 82
 Arıcı, Mustafa 17, 20, 103
 Arı, Elif 165
 Arıkan, Hakkı 9, 107
 Arık, Nurol 114
 Arıöz, Hatice 135
 Aris, Özlem 110
 Arslan, Ahmet Melih 110
 Arslan, Dilek 180
 Artan, Ayşe Serra 22
 Asana, İlhan 181
 Aslan, Derya 176
 Aslan, Zübeyde 75
 Asrak, Kübra Aksoy 199
 Aşıcioğlu, Ebru 9, 107
 Ataman, Rezzan 15, 16, 38, 39, 119
 Atar, Galip Egemen 119
 Ataş, Dilek Barutçu 107
 Atay, Ahmet Engin 12, 13
 Ateş, Kenan 18, 19, 43, 95, 151, 153, 191
 Avcı, Begüm 28, 166

- Avcı, Muammer 75
 Ayar, Yavuz 156
 Aydemir, Burçin 141
 Aydemir, Harun 14
 Aydıralp, Yasemin 96, 110
 Aydın, Funda 93
 Aydın, Bülent 30, 31
 Aydın, Sinem 107
 Aydın, Zeki 84, 136
 Aygen, Erhan 94
 Ayhan, Laçin Tatlı 85
 Aykas, Ahmet 161
 Aypak, Cenk 99
 Aysuna, Nilgün 91
 Aytekin, M. Hanefi 104
 Aziminejad, Atefeh 69

B

- Bağcı, Binnur 136
 Bağcı, Gökhan 136
 Bahçebaşı, Zerrin Bicik 112
 Bahçe, Gülfidan 177
 Bakan, Ali 116
 Bakan, Selim 38, 39
 Bakırdöğen, Serkan 151
 Balal, Mustafa 110
 Bal, Cengiz 7
 Balcı, Durkadin Duygu 176, 179, 183, 196
 Balcı, Emine Akçin 199
 Bal, Zeynep 142, 165
 Baran, Ahmet 91
 Bardak, Simge 120, 121, 162, 176
 Barlas, Soykan 158
 Baskın, Esra 28, 35, 166
 Basturk, Taner 126
 Başaran, Özcan 147
 Baştürk, Taner 8, 78, 87, 90, 91, 94
 Baş, Yılmaz 125
 Başyigit, İsmail 79
 Bayat, Sibel 197, 198
 Bayrak, Alper 81
 Bayrak, Aylin Hasanefendioğlu 145

Bayraktar, Belkıs Gülsen 91
 Bayraktar, Neşe 127, 178, 180
 Bayram, Erkut 72
 Bayram, Selami 117, 119
 B.çağlayan, Feyza 78
 Behlül, Ahmet 87, 104, 106
 Bek, Sibel Gökçay 151
 Bekvilavioğlu, Garip 114
 Bengi, Züleyha 179
 Berber, İbrahim 161
 Berekatoğlu, Nuh 121
 Bıçak, Selahattin 138
 Bıyık, Zeynep 14
 Biçen, Cem 114
 Bildacı, Yelda Deligöz 110, 111, 122, 123, 154, 160
 Bilican, Gül den 75
 Bilici, Muammer 36, 37, 84, 139, 182
 Bilinç, Hasan 34
 Bingöl, Gülay 179
 Birge, Zeynep 197, 198
 Bora, Feyza 115, 117, 119, 140, 146, 154
 Borazan, Ali 36, 37, 84, 139, 182
 Borlu, Fatih 8, 78, 145
 Boynueğri, Başak 110
 Bozacı, İlter 7
 Bozfakioğlu, Semra 91
 Bozkaya, Giray 161
 Bozkurt, Burcu 156
 Bozkurt, Meltem 198
 Büyükgursak, Keziban Çiçek 152
 Büyükoğlu, Neşe 138

C

Cabbar, Ayça Türer 107
 Can, Başak 81, 98
 Candan, Ferhan 90, 136, 137
 Can, Gerçek 78
 Can, Özgür 33, 109, 110, 141
 Canpolat, Nur 35
 Cayhan, Veli Kursat 160
 Cebeci, Egemen 21, 84, 87, 104, 106, 107, 109, 136, 141
 Celebi, Zeynep Kendi 43, 151, 153

Cevher, Şimal Köksal 99, 155
 Conkar, Seçil 25
 Coşkun, Burhan 179
 Coşkun, Hatice 180, 188, 190

Ç

Çağır, Aynur Terim 74
 Çağlak, Türkan Sena 75
 Çağlar, Emrah 139
 Çağlar, Serkan 91
 Çağlayan, Feyza Bayrakdar 8, 87, 90, 91, 94
 Çakalağaoğlu, Fulya 167
 Çakır, Ertuğrul 138
 Çakır, Ülkem 161
 Çalışkan, Ali Rıza 86
 Çalışkan, İsa 199
 Çalışkan, Selahattin 147
 Çalışkan, Yaşar 21, 22
 Çamsarı, Taner 45, 74, 78, 144, 145, 156, 161
 Çankaya, Emre 155
 Çavdar, Caner 9, 45, 74, 78, 144, 145, 156, 161
 Çavdar, Eyüp 141
 Çavdar, Zahide 123
 Çekiç, Bülent 127
 Çelebi, Abdussamet 81, 98
 Çelebi, Zeynep Kendi 191
 Çelik, Abdülkadir 82
 Çelik, Ali 45, 74, 78, 144, 145, 156, 161
 Çelik, Aslı 123
 Çelik, Aykut Ferhat 23, 24, 115
 Çelik, Gül den 43, 151, 153, 191
 Çelik, Vedat 158
 Çetiner, Bircan 197
 Çetinkaya, Büşra 27, 32
 Çetinkaya, Ceyhun 188
 Çetinkaya, Ramazan 30, 31, 117, 119, 146, 154
 Çetin, Mustafa 125, 127, 128, 134, 135, 175, 178, 189
 Çetin, Songül Ülker 180
 Çevik, Lokman Hekim 81, 98

Çiçek, Eşref Ertan 125, 177, 178, 180, 188, 189, 190, 191
 Çiçek, Selma 173
 Çiftçi, Dilek 197, 198
 Çitil, Serdar 137
 Çoban, Melahat 10, 106, 196
 Çobanoğlu, Ümit 82
 Çoban, Zeynep 199
 Çomak, Elif 198
 Coşgun, Cihat 81, 125

D

Dağ, Hatice Burcu 164
 Dane, Emine 174, 178
 Danış, Ramazan 118, 121
 Dede, Fatih 99, 155
 Dede, Ferda Nur 150
 Değer, Günden 83, 97, 105, 111, 153
 Değertekin, Muzaffer 107
 Demirbaş, Alper 157
 Demir, Bilge Çetinkaya 156
 Demirci, Bahar Gürlek 142
 Demirci, Recep 116
 Demir, Erol 9
 Demir, Mehmet Emin 71, 124
 Demir, Özlem 182, 190
 Demir, Serap 120, 121, 162, 176
 Demirtaş, Levent 125
 Demir, Tuba 165
 Demir, Türkan Akyol 190
 Demiryürek, Bekir Enes 85
 Derici, Zekai Serhan 45, 156, 161
 Dheir, Hamad 85, 93, 131, 133, 140, 150
 Dikmen, Beşir 137
 Dilek, Melda 114
 Dincer, Mevlüt Tamer 23, 24, 115
 Dinç, Bülent 135, 139, 157
 Dinçkal, Çiğdem 83, 101
 Dinçkan, Ayhan 162, 163, 164
 Dindar, Fatma 85, 93
 Dizdar, Oguzhan Sıtkı 40
 Doğan, Elif Ece 109
 Doğan, Ersoy 74
 Doğan, İbrahim 81, 125, 147

Doğukan, Ayhan 124
 Doğum, Karoline 27
 Dolu, Gizem 134, 135, 177, 190
 Dolu, Süleyman 10, 106, 190
 Dorreh, Fatemeh 69, 70, 72, 76, 77, 79
 Dölarslan, Mürşide Esra 120, 121, 162, 176
 Döner, Barış 90, 91, 137
 Duman, Elif 138, 143
 Duman, Neval 18, 19, 95
 Duman, Soner 83, 101, 138, 143
 Durak, Haydar 15, 16
 Durgay, Meryem 107
 Dursun, Belda 116
 Duymuş, Recai 121
 Dürmüş, Yusuf 164
 Düşünüş, İlknur 199

E

Ecder, Tevfik 9
 Efeyurtlu, Dilek 176, 179, 183, 196
 Eghbali, Aziz 70, 76
 Ekinci, İskender 107, 109
 Elçioğlu, Ömer Celal 9, 110, 111, 122, 123, 154, 160
 Elmas, Burcu Yazıcı 107
 Ensari, Arzu 18, 19
 Erdem, Yunus 17, 20, 103
 Erdoğan, Zeynep 190
 Erdoğan, Şiyar 18, 19, 43, 95, 96, 102, 151, 153, 163, 191
 Eren, Eryiğit 162, 163
 Eren, Mehmet 79
 Eren, Necmi 119, 151
 Ergelen, Mehmet 111
 Ergin, Mustafa 75
 Ergül, Hatice Çavuş 188
 Erkal, Arzu Altınal 100
 Erken, Ertuğrul 128
 Erkmen, Elif 156
 Erkmen, Mehtap 165
 Erkoç, Reha 107, 109
 Erkol, Burçak 33
 Erkul, Bengü 77

Eroğlu, Ayça 87, 104
 Eroğlu, Eray 9, 86
 Ersan, Sibel 77, 123
 Ersan, Sibel 97
 Ersoy, Alparslan 156
 Ersoy, Fettah Fevzi 115, 140, 154
 Ersoy, Fevzi 29, 30, 31, 117, 119
 Ersoy, İsmail Rıfki 71, 72, 104, 167
 Ertekin, İbrahim 71, 72, 104, 167
 Ertürk, Şehsuvar 18, 19, 96
 Ertürk, Türker 161
 Esen, Bennur 11, 12, 13, 199
 Eser, Barış 81, 125, 147
 Esmeray, Kübra 40

F

Fırat, Tülay 197, 198

G

Gazezoglu, Okşan Uyar 147, 148
 Gemici, Atilla 198
 Genç, Ahmed Bilal 85, 93, 131, 132, 133, 140, 150
 Gençer, Vedat 14
 Gençtoy, Gültekin 142
 Genek, Dilek Gibyeli 147, 148
 Ghandi, Yazdan 69, 73, 79
 Gökarp, Cenk 138
 Gökmen, Emel Sağlam 11, 12, 13
 Göktay, Yiğit 144
 Gölge, Handan 174
 Gönüllü, Betül Kalender 119
 Gorgen, Öznur 179
 Görgülü, Numan 199
 Guliyeva, Leyla 110
 Gülcan, Erim 152, 153
 Gül, Cuma Bülent 192, 193, 194, 195
 Gülcü, Aytaç 144, 145
 Gülççek, Sibel 143
 Gül, Figen 176
 Gülleroglu, Kaan 28, 166
 Gülle, Semih 77

Güllülü, Mustafa 21
 Güllü, Mehmet Nezir 121
 Gül, Semih 10, 86, 183
 Gümüşkaya, Perihan Özkan 81
 Gümüş, Pelin 75
 Günal, Ali İhsan 40
 Günay, Murat 114
 Gündoğdu, Hasan Ergün 180
 Gündüz, Müslüm 120
 Güneş, Ayşe Jini 176
 Güney, İbrahim 14
 Güney, Mürselin 104, 105
 Güngör, Hatice Tuba 90
 Güngör, Mehmet 114
 Güngör, Özkan 91
 Günhan, Enes 75
 Gürbüz, Kadriye 188
 Gürel, Ali 114
 Gürsu, Meltem 84, 87, 106, 107, 109, 110, 111, 122, 123, 136, 154, 160
 Güven, Melahat Çelik 91
 Güvercin, Beyhan 82, 130
 Güzel, Dilek 175
 Güzel, Saadet Pilten 12, 13
 Güz, Ferdi 199

H

Haberal, Mehmet 28, 165, 166
 Hacıoğlu, Sibel 116
 Hamad, Saif 89
 Harmankaya, Nazmiye Özlem 97
 Hasbal, N. barış 8, 78
 Hasbal, Nuri Barış 87, 90, 91, 94, 126
 Hashemi, Mojtaba 69, 70, 76
 Hoyraz, Reyhan 191
 Huddam, Bülent 147, 148
 Hür, Ender 138, 143, 181
 Hüzmeli, Can 90, 91, 136, 137

I

Isleem, Mahmoud 8, 78

İ

İkitimur, Barış 38, 39
 İlhan, Necip 124
 İlhan, Rukiye 146
 İlikhan, Sevil Uygun 36, 37, 139, 182
 İnal, Salih 75
 İnan, Eslem 105
 İncaman, Deniz 116
 İnci, Ayça 10, 86, 106, 151, 152, 176, 179, 183, 196
 İşleem, Mahmoud 91, 94
 İşsever, Kubilay 85, 93
 İtişgen, Vicdan 187
 İz, Neşe Genç 197, 198

K

Kabak, Özlem 152, 153
 Kadi, Ragıp 146
 Kahbazi, Manijeh 70, 76
 Kahvecioğlu, Serdar 192, 193, 194, 195
 Kahyaoglu, Figen 81, 98
 Kalçık, Macit 116, 118
 Kal, Öznur 142
 Kalyoncu, Mukaddes 35
 Kanitez, Nilüfer 105
 Kanmaz, Harun 189
 Kantar, Aslı 166
 Kantarcı, Gülçin 107
 Kaplangiray, ayfer 199
 Kara, Belgüzar 187
 Karaboyun, Sevtap 181
 Karaca, Aslıhan 199
 Karaca, Necmiye 181
 Karadağ, Serhat 84, 87, 104, 106, 136, 141
 Karaduman, Didem 89
 Kara, Ekrem 101, 103, 108, 112, 126
 Karagöz, Sevim 179
 Karakoç, Ayten 199
 Karakuş, Volkan 147, 148
 Karasu, Filiz 176
 Karatas, Murat 160
 Karataş, Ahmet 114
 Karataş, Damla 11, 104, 105

Karataş, Murat 158, 161
 Karavelioğlu, Yusuf 116, 118
 Karayağız, A. Hamit 161
 Karayaylalı, İbrahim 96, 110
 Kartı, Süleyman Sami 119
 Kasapoğlu, Umut 109, 110
 Kav, Sultan 178, 199
 Kayabaşı, Hasan 11, 104, 105, 112, 120, 199
 Kaya, Bülent 99
 Kaya, Ebru 188
 Kaya, Emel 192, 193, 194, 195
 Kayalar, Arzu 97
 Kayalar, Arzu Özdemir 105, 111
 Kaya, Muhammed 85, 93
 Kaya, Sema 180, 188
 Kayataş, Mansur 41, 42, 136
 Kaymak, Sümeyya Duran 75
 Kaynar, Kübra 82
 Kaynar, Leyla Gül 86
 Kazak, Esra 121
 Kazancıoğlu, Rümeyza 9, 84, 107, 109, 110, 111, 122, 123, 136, 154, 160
 Kazancı, Özlem 28, 166
 Keçiören, Gökhan 72
 Kemeç, Zeki 124
 Keven, Kenan 18, 19, 95, 96, 102, 163
 Kılıçarslan, Cennet 176
 Kılıçarslan, Işın 21
 Kılıç, Elif 107, 109
 Kılıç, İlhan 164
 Kırıl, Şirin Tekin 128, 134, 175
 Kırçelli, Ergül Fidan 131, 133, 140
 Kırçelli, Fuat 131, 133, 140
 Kıvrakoğlu, Fatih 75
 Kıyım, Ahmet Alper 120, 121, 162, 176
 Kızılhan, Rafiye 141
 Kızılkaya, Bayram 112
 Kızıltan, Gül 106
 Kiraz, Aslıhan 44
 Kiremitçi, Saba 18, 19, 96
 Kitapçı, Özge 101, 103, 108
 Kitaplı, Sait 101, 103, 108
 Koc, Yener 126
 Koçak, Ayşe 123

Koçak, Hüseyin 29, 30, 31, 115, 117, 119, 164
 Koçak, Meral Gülay 158
 Koç, Gözde 109, 110
 Koç, Mehmet 9, 107
 Koç, Tuncay 149
 Koç, Yener 8, 78, 87, 90, 91, 94
 Koçyiğit, İsmail 9, 26, 44, 86
 Kolaylı, Cevriye Ceyda 82
 Korgun, Emin Türkay 27
 Korkmaz, Ümmü 21
 Korkmaz, Yasemin 178, 199
 Korkut, Bayram 156
 Korkut, Gizem 161
 Koyun, Mustafa 198
 Köksoy, Sadi 27
 Köse, Işıl 123
 Köse, Sennur Budak 143
 Köse, Şennur 112
 Köse, Timur 123
 Köz, Sema Tulay 41, 42
 Köz, Süleyman 41, 42
 Kral, Şirin Tekin 139
 Kubat, Selina 121
 Kudu, Ayşegül 83, 97, 105, 111, 137, 153
 Kuleli, Necati 197, 198
 Kumbasar, Abdülbaki 116
 Kumru, Gizem 102, 163
 Kuran, Sedef 166
 Kurçer, Mehmet Ali 190
 Kurt, Cemal 176
 Kurultak, İlhan 164
 Kutlay, Sim 18, 19, 95, 96
 Kutlu, Özgür Timuçin 75
 Kutsal, Dilek 79, 80
 Kuyucu, Yunus Emre 128
 Küçük, Hasan Fehmi 165
 Küçük, Mehmet 81, 98
 Küheylan, Hülya 190

M

Madandar, Elham 69
 Maden, Ümmühan 176, 179, 183, 196
 Maghsudlu, Fereshte 73

Mağden, Kemal 92, 100, 143

Malkoç, Zeki 138

Mehtap, Özgür 119

Melek, Engin 35

Memişoğlu, Tolga 73

Mercan, Selda 38, 39

Mercantepe, Filiz 101, 103, 108

Merhametsiz, Özgür 197, 198

Mertoğlu, Cuma 114

Mete, Berrin 181

Micozkadioğlu, Hasan 89

Mir, Sevgi 25

Molbay, Müge 27, 32

Moray, Gökhan 28, 166

Mor, Mehmet 116

Mungan, Sevedgül 82

Murtçu, Canan 197, 198

Musmul, Ahmet 116, 118

Mutlu, Emel 44

N

Neijmann, Şebnem Tekin 111

Nergizoğlu, Gökhan 18, 19, 95

Noyan, Aysin 101

O

Ocakoğlu, Gökhan 156

Oğuz, Fatma Savran 22

Ojalvo, David 145

Okut, Gökalp 159, 161

Okuyan, Ertuğrul 11

Okuyay, Yunus Emre 199

Olgun, Nermin 174

Olmaz, Refik 10, 106, 179, 183, 196

Onan, Engin 96, 110, 166

Orhan, Bedrettin 124

Orhan, Cemal 124

Oruç, Ayşegül 156

Oruç, Meriç 15, 16, 38, 39

Ovla, Didem 176

Oygür, Çağdaş Şahap 155

Oymak, Oktay 26, 44, 86

Ozelsancak, Ruya 128

Ö

Ögüt, Güzide 192, 193, 194, 195

Ögütmen, Melike Betül 109, 110, 141

Öner, Gökhan 131

Özbay, Süreyya 153

Özcan, Ercan 86

Özçelik, Abdullah 112

Özdemir, Arzu 83, 137, 153

Özdemir, Birsan 177

Özdemir, Kadriye 187

Özdemir, Orhan 157

Özdemir, Şengül 173, 183

Özdemir, Ülker 182

Özdem, Sebahat 140

Özeken, Halide 190

Özelsancak, Rüya 129, 142

Özener, Çetin 107

Özeroğlu, Özge 176

Özer, Özerhan 40

Özgüroğlu, Mustafa 91

Öz, İbrahim İlker 36, 37, 139

Özkan, Ayşe 163

Özkan, Gülsüm 130, 149

Özkan, Necati 138

Özkan, Oktay 87, 104

Özkan, Özlem Persil 106

Özkayar, Nihal 81, 125, 147

Özkerim, Uğur 104

Özkurt, Hüseyin 145

Özkurt, Sultan 116, 118

Özlük, Yasemin 21, 22

Özmen, Aslı 27, 32

Özmen, Aykut 123

Özmen, Şeyhmus 118, 121

Öznur, Meltem 149

Özpekin, Özlem Güvenir 179

Öztekin, Sanem 75

Öztop, Kenan Evren 131, 132, 133

Öztürk, Ayşegül 91

Öztürk, Burcu 101, 103, 108

Öztürk, Ebru 188

Öztürk, Emine 197, 198

Öztürk, Gizem Nur 91

Öztürk, Savaş 21, 84, 87, 104, 106, 109, 136, 141

Öztürk, Tuğberk 91

P

Pakniyat, Abdol Ghader 69, 70, 73

Paksoy, Nail 119

Palit, Fatih 115

Parmaksız, Gönül 35

Paydaş, Saime 96, 110, 166

Pekçevik, Rıdvan 104

Pekkolay, Erdoğan 142

Pekpak, Meltem 15, 16, 38, 39, 119

Pınar, Pelin 142

Polater, Süleyman 83

Polat, Mehmet 71, 72, 73, 74, 104

Polat, Umut 93

R

Rafiei, Fatemeh 79

Rafiei, Mohammad 69, 72, 73, 76, 77

Rezagholizamnjany, Masoud 79

S

Safi, Fatemeh 69

Sağlam, Mustafa 90, 91, 137

Sahin, Safak 128

Sahtiyancı, Berrak 116

Sahutoglu, Elif 126

Sahutoglu, Tuncay 126

Sakacı, Tamer 8, 78, 90, 91, 94, 112, 126

Saka, Enveriye 181

Sancar, Emin 115

Sarı, Funda 10, 106, 117, 119, 140, 146, 154

Sarıkaya, Abdi Metin 125, 127, 134, 135,

175, 177, 178, 180, 188, 189, 190, 191

Sarıkaya, Metin 10, 86, 106, 151, 152, 176,

179, 183, 196

Sarıkaya, Ozan Fatih 101

Sarioğlu, Sülen 74, 78, 161
 Savaş, Yıldırım 106
 Sayarlıoğlu, Hayriye 114
 Saydam, Nurbanu 97
 Sayın, Tarık 12, 13
 Seçil, Mustafa 144
 Serdaroğlu, Erkin 187
 Sever, Mehmet Şükrü 22
 Sever, Nadiye 111
 Sevim, Yonca 106
 Sevinc, Mustafa 126
 Seyahi, Nurhan 15, 23, 24, 38, 39, 115, 119, 143
 Seydi, Kübra Altunkalem 98
 Seyrek, Neslihan 96, 110
 Sezen, Sedat 26
 Sezer, Siren 128, 142, 143, 165, 177, 180
 Sharafkhah, Mojtaba 69
 Shariatmadari, Fakhreddin 69, 70, 72, 76, 77, 79
 Sifil, Aykut 45, 74, 78, 144, 145, 156, 161
 Sinangil, Ayşe 9, 91, 158
 Sipahioğlu, Murat Hayri 26, 44, 86
 Sipahi, Savaş 85, 93, 131, 132, 133, 140, 150
 Sipahi, Sultan Naza 114
 Soypaçacı, Zeki 71, 72, 104, 167
 Sökmen, Bedriye Koyuncu 158
 Sönmez, Berkant 33
 Sönmez, Zeliha 182
 Söylemezoğlu, Oğuz 35
 Sözen, Hasan 140, 154
 Sugeçti, Selma 182
 Süleymanlar, Gültekin 27, 29, 30, 31, 32, 93, 117, 119, 140, 146, 164
 Süleymanlar, İnci 93
 Sümerkan, Mutlu 8, 78

Ş

Şahin, Ahmet Bigehan 156
 Şahin, Garip 7
 Şahin, Gülizar Manga 33
 Şahin, İdris 41, 42
 Şahin, Kazım 124
 Şahin, Osman Tamer 152, 153

Şahin, Osman Zikrullah 103, 108, 112
 Şahin, Sevnaz 101
 Şahintürk, Yasin 10, 86, 106, 151, 152, 183, 196
 Şahin, Hilal 97
 Şahin, Yağmur 45
 Şahutoğlu, Tuncay 87
 Şakalar, Çağrı 26
 Şanlı, Türkan 154
 Şaşak, Gülşah 112
 Şeker, Ayşe 136
 Şenel, Tuba Elif 87, 104
 Şener, Yusuf Ziya 17, 20, 103
 Şengül, Erkan 136
 Şengül, Şule 18, 19, 95, 96, 163
 Şentürk, Sevginar 173
 Şimsek, Cenk 160
 Şimşek, Cenk 159
 Şimşek, Musatafa Aytek 107
 Şit, Dede 11, 120, 199
 Şumnu, Abdullah 84

T

Tabak, Ömür 116
 Taherahmadi, Hassan 70, 72, 76, 77
 Tanrısev, Mehmet 123
 Tanrıverdi, Ender 120
 Taşar, Pınar Tosun 101
 Taşçı, Yunus 160
 Taşdemir, Arzu 44
 Taş, Dilek 173
 Taşkın, Hüseyin 138
 Taşlı, Funda 158, 160
 Tatar, Erhan 142, 158, 159, 160, 161, 167
 Tatlı, Emel 104
 Tayebi, Sima 76
 Tekin, Sabri 157
 Tekkarışmaz, Nihan 129
 Tekoluk, Mükerrrem 75
 Tellioğlu, Gürkan 162, 163
 Temurhan, Sonay 22
 Tenekeci, Elif Gökçe 187
 Terzi, Banu 179, 188
 Tezel, Pınar 83

Timur, Özge 138
 Toçoğlu, Aysel Gürkan 131, 133, 140
 Toka, Bilal 143
 Toka, Cemile Keşgin 160
 Tokaç, Mehmet 162, 163
 Tokgöz, Bülent 9, 26, 44, 86
 Toksoy, Zühra 147, 148
 Toktay, Aysen 173, 187
 Tombak, Anıl 120
 Topaloğlu, Serkan Ulaş 26
 Topbaş, Eylem 179, 188
 Toraman, Yasemin 142
 Torun, Dilek 128, 129
 Trabulus, Sinan 9, 15, 23, 24, 38, 39, 115, 119, 143
 Tuğlular, Serhan 107
 Turan, Mehmet Nuri 34
 Turgay, Gülay 177, 180
 Turgutalp, Kenan 120, 121, 162, 176
 Tural, Emre 142, 165, 177, 180
 Tuysun, Abdullah Kemal 80
 Tuzcu, Mehmet 124
 Tuzcu, Zeyneb Başpehlivan 104, 105
 Tüfekçi, Damla 101, 103, 108
 Tügmen, Cem 159
 Türkmen, Aydın 21, 22
 Türkmen, Cezminur 190
 Türkmen, Kültigin 125
 Türkmen, Umut 112
 Türk, Nilay Şen 116
 Tüzüner, Acar 163

U

Uçar, Havva 191
 Ulu, Ramazan 124
 Ulusoy, Merve Gülşah 101, 138
 Ulusoy, Şükrü 82, 130
 Unsal, Abdulkadir 126
 Uslu, Adam 158, 159, 160, 161, 167
 Ustaalioğlu, Bala Başak Öven 33
 Utaş, Cengiz 146
 Utku, İrem Kırac 116
 Uyanık, Abdullah 9
 Uyar, Murathan 162, 163

Uysal, Cihan 114
 Uzay, Ant 119
 Uzuner, Hasan Hüseyin 142
 Uzun, Sami 87, 104, 106, 141

Ü

Üçer, Özlem 124
 Üçkardeş, Eda Aslan 176
 Ünal, Aydın 26, 44, 86
 Ünal, Aysun 125, 127, 128, 134, 135, 175, 177, 178, 180, 188, 189, 190, 191
 Ünal, Nermin 190
 Ünal, Tuba Dilay 44
 Ünay, Fulya Çakalağaoğlu 71, 72
 Ünek, Gözde 27
 Ünlü, Ayşenur Miray 75
 Ünlü, Mehtat 74, 78, 123, 161
 Ünsal, Abdülkadir 8, 78, 87, 90, 91, 94
 Üstündağ, Sedat 164
 Üzüm, Atilla 71, 72, 104, 167

V

Varım, Ceyhun 132, 133
 Varkal, Gizem 96
 Vatan, Mehmet Bülent 131
 Vuruşkan, Hakan 179

Y

Yalçın, Dürdane 178
 Yalçın, Melek 8, 78
 Yalçın, Nagihan 116
 Yalçın, Selma 43, 151, 153, 191
 Yalın, Serkan Feyyaz 15, 16, 23, 24, 38, 39, 115, 119, 143
 Yapıcı, Nihan 80
 Yaraş, Serkan 121
 Yavuz, Adnan 130
 Yavuz, Havva Asuman 157
 Yavuz, Meral Gogas 12, 13
 Yayar, Özlem 125, 147

Yazıcı, Cevat 26
 Yazıcı, Halil 9, 22
 Yeğenağa, İtir 119
 Yeğit, Ozan 21
 Yelim, Elif Sıla 83
 Yeniay, Kezban Pınar 142, 160
 Yenigün, Ezgi Çoşkun 99, 155
 Yetkin, Hicran 99
 Yıldırım, Betül 105
 Yıldırımçakar, Hacer 197, 198
 Yıldırım, Mehmet 131, 133, 165
 Yıldırım, Süleyman 105
 Yıldırım, Tolga 17, 20, 103
 Yıldırımtürk, Özlem 79
 Yıldız, Abdülmecit 9, 21, 156
 Yıldız, Alaattin 112
 Yıldız, Büşra 179
 Yıldız, Gürsel 143, 162, 163
 Yıldız, İbrahim 99
 Yıldız, Kadriye 82
 Yıldız, Pınar Özmen 99
 Yıldız, Serkan 45, 74, 78, 144, 145, 156, 161
 Yıldız, Seval 152, 153
 Yıldırım, Mehmet 140
 Yılmaz, Alev 35
 Yılmaz, Banu 77, 123
 Yılmaz, Emine Ece 128
 Yılmaz, Esin 191
 Yılmaz, Fatih 36, 37, 84, 139
 Yılmaz, Gülay 162, 163
 Yılmaz, Mehmet Emin 120
 Yılmaz, Mürvet 83, 97, 105, 111, 112, 137, 153, 199
 Yılmaz, Rahmi 103
 Yılmaz, Şeref Rahmi 17, 20
 Yılmaz, Üstün 10, 86, 106, 179, 183, 196
 Yılmaz, Vural Taner 29, 30, 31, 164
 Yılmaz, Yusufcan 102
 Yılmaz, Zevcet 77
 Yorulmaz, Melis 116
 Yousefichaijan, Parsa 69, 70, 72, 73, 76, 77, 79
 Yurtman, Gürcan 138
 Yüce, Emre 120
 Yücel, Fatma Sibel Koçak 83, 97, 137, 153
 Yücel, Koçak 83

Yücel, Neşat 110
 Yücel, Sibel Koçak 105, 111
 Yüccetin, Levent 157
 Yüksekayla, Osman 34
 Yüksel, Enver 118, 121
 Yüksel, Peruze 147, 148
 Yüksel, Selçuk 35
 Yüksel, Yücel 157

