

TÜRK Nefroloji

DİYALİZ ve TRANSPLANTASYON DERGİSİ

Turkish Nephrology, Dialysis and Transplantation Journal

www.tndt.org

Cilt / Volume: 27, No: 3, Ek Sayı / Supplement:1, Eylül /September, 2018

35th ULUSAL NEFROLOJİ, HİPERTANSİYON, DİYALİZ VE TRANSPLANTASYON KONGRESİ

NATIONAL CONGRESS OF NEPHROLOGY,
HYPERTENSION, DIALYSIS AND TRANSPLANTATION

28th ULUSAL BÖBREK HASTALIKLARI, DİYALİZ VE TRANSPLANTASYON HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

NATIONAL CONGRESS OF RENAL DISEASES,
DIALYSIS AND TRANSPLANTATION NURSING

3 - 7 Ekim 2018 | 3 - 7 October 2018

Titanic Deluxe Otel & Kongre Merkezi | Titanic Deluxe Hotel & Convention Center

Belek - ANTALYA



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

Sedat Üstündağ: sedatustundag@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

Sedat Üstündağ

Taner Çamsarı

Kenan Ateş

Aytaç Yıldızeli, Aydın Yuluğ

Sevda Çatalbaş

Hüseyin Körpeoğlu

YAYIN KURULU / EDITORIAL BOARD

Ulusal / National

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

Mesih Ekin
Bülent Erbay
Yunus Erdem
Fevzi Ersoy
Şehsuvar Ertürk
Rıfki Evrenkaya
Mustafa Güllülü
Zübeyde Gündüz
Özkan Güngör
Enver Hasanoglu
Ender Hür
Ali Kemal Kadiroğlu
Gülçin Kantarcı
Oktay Karatan
İbrahim Karayaylı
Mansur Kayataş
Rukiye Kübra Kaynar
Rümeysa Kazancıoğlu
Kenan Keven
Ahmet Kırıkm
Yener Koç
Gülray Koçak
Hüseyin 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
Saim 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
Cem Sungur
Gültekin Süleymanlar
Garip Şahin
İdris Şahin
Osman Şahin
Erkan Şengül
Şule Şengül
Hasan Taşçı
Hülya Taşkapan
Erhan Tatar

Gökhan Temiz
Dilek Torun
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
Müjdat Yenicesu
Yavuz Yeniçerioğlu
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 Eknayan, *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*
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
Kenan Ateş, 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)
Turgay Arınoy	(2014-2017)

Yönetim Kurulu / Executive Committee

Başkan / President
Kenan Ateş, Ankara
İkinci Başkan / Vice President
Alaattin Yıldız, İstanbul
Genel Sekreter / Secretary General
Mustafa Arıcı, Ankara

Sayman / Treasurer

Ali Rıza Odabaş, İstanbul

Üyeler / Members

Siren Sezer, Ankara
Bülent Tokgöz, Kayseri
H. Zeki Tonbul, Konya

Yönetici Sekreter / Executive Secretary

Gülşenem Eben Can

Bu Sayının 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 1516/1 Sk. No. 27 Yenimahalle, Ankara
Tel: +90 312 395 21 28

Bu sayı 1100 adet basılmıştır. / This issue is published as 1100 copies.

Basım Tarihi/Printing Date: 28.09.2018

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 Atf Dizini** (www.atf dizini.com), **TÜRK MEDLINE Ulusal Sağlık Bilimleri-Süreli Yayınlar Veritabanı** (www.turkmedline.net), **SCOPUS** (www.scopus.com) ve **Scopemed** (www.scopemed.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.atf dizini.com), **TURKISH MEDLINE National Health Sciences - Periodicals Index** (www.turkmedline.net), **SCOPUS** (www.scopus.com) and **Scopemed** (www.scopemed.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 döngüsel olarak 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

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

35th National Congress of Nephrology, Hypertension, Dialysis and Transplantation

28. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi

28th 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

35. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi

35th National Congress of Nephrology, Hypertension, Dialysis and Transplantation

- 3 SÖZLÜ BİLDİRİLER LİSTESİ / ORAL PRESENTATIONS LIST
- 7 SÖZLÜ BİLDİRİLER / ORAL PRESENTATIONS
- 43 POSTER BİLDİRİLER LİSTESİ / POSTER PRESENTATIONS LIST
- 55 POSTER BİLDİRİLER / POSTER PRESENTATIONS

28. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi

28th National Congress of Renal Diseases, Dialysis and Transplantation Nursing

- 177 SÖZLÜ BİLDİRİLER LİSTESİ / ORAL PRESENTATIONS LIST
- 179 SÖZLÜ BİLDİRİLER / ORAL PRESENTATIONS
- 189 POSTER BİLDİRİLER LİSTESİ / POSTER PRESENTATIONS LIST
- 191 POSTER BİLDİRİLER / POSTER PRESENTATIONS

- 203 YAZAR DİZİNİ / AUTHORS INDEX

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

*35th National Congress of Nephrology,
Hypertension, Dialysis and Transplantation*

Sözlü Bildiriler / Oral Presentations

4 EKİM 2018, PERŞEMBE

Tarih	4 Ekim 2018, Perşembe
Saat	13:30-14:00
Salon	4
Oturum Başkanları	Dr. Betül Öğütmen, Dr. Ebru Gök Oğuz

SS-001

TÜRKİYE'DE PRİMER FOKAL SEGMENTAL GLOMERÜLOSKLEROZ: TÜRK NEFROLOJİ DERNEĞİ ULUSAL KAYIT SİSTEMİ VERİLERİ

Savaş Öztürk¹, Halil Yazıcı², Necmi Eren³, Nurhan Seyahi⁴, Tuba Elif Şenel¹, Fatih Dede⁵, Mustafa Güllülü⁶, Murat Hayri Sipahioğlu⁷, Sena Ulu⁸, Zerrin Bıcık Bahçebaşı⁹, Sim Kutlay¹⁰, Özkan Güngör¹¹, Gülizar Manga¹², Savaş Sipahi¹³, Deren Oygar¹⁴, Mansur Kayataş¹⁵, Belda Dursun¹⁶, Taner Baştürk¹⁷, Mehmet Küçük¹⁸, Dilek Güven Taymeç¹⁹, Gültekin Süleymanlar²⁰, Rümeyza Kazancıoğlu²¹, Sinan Trablus²², Erhan Tatar²³, Bülent Altun²³, Murat Duranay²⁴, Ali Rıza Odabaşı²⁵, Alper Azak²⁶, Zeki Aydın²⁷, Lütfullah Altintepe²⁸, İzzet Hakkı Arıkan²⁹, Özge Can³⁰, Yılmaz Selçuk³¹, Egemen Cebeci¹, Hayriye Sayarlıoğlu³², İdris Şahin³³, Abdullah Şumnu³⁴, Mustafa Arıcı²³, Aydın Türkmen²

SS-002

AKUT BÖBREK YETMEZLİKLİ GERİYATRİK HASTALARDA KALLİSTATİN VE KARDİYOYASKÜLER BELİRTEÇLER İLE MORTALİTE ARASINDAKİ İLİŞKİ

Erhan Tatar¹, Ahmet Aykas²

SS-003

RENAL REPLASMAN TEDAVİLERİNE BAŞLAMA: 2 YILLIK DENEYİM

Feyza Bora¹, Emine Aşar¹, Funda Sarı¹, Fettah Fevzi Ersoy¹, Ramazan Çetinkaya¹, Gültekin Süleymanlar¹

Tarih	4 Ekim 2018, Perşembe
Saat	15:00-16:15
Salon	4
Oturum Başkanları	Dr. Ahmet Alper Kiyıkım, Dr. Ebru Sevinç

SS-004

NESFATİN-1 KONTRAST İLİŞKİLİ NEFROPATİYİ SIÇANLARDA DÜZELTİR.

Mehmet Koç¹, Abdullah Shbair¹, Seda Kutluğ Agackiran¹, Zariye Özdemir², Özlem Tuğçe Çilingir Kaya³, Naziye Özkan³, Şule Çetinel³, Berrak Yeğen²

SS-005

RENAL İSKEMİ REPERFÜZYON HASARINDA TRİMETAZİDİN'İN MİCRORNA , APOPTOZİS VE OKSİDATİF STRES ÜZERİNE ETKİSİ

Aydın Güçlü¹, Hasan Erçelik², Yavuz Dodurga³, Raziye Akcılar², Bekir Aras², Fatma Emel Koçak², Cengiz Koçak², Aydın Akçılar², Yahya Şahin¹, Levent Elmas³

SS-006

UZUN DÖNEM WHEY PROTEİNİ KULLANIMI İLE EGZERSİZİN OLASI BÖBREK YAN ETKİLERİ

Atilla Kunt¹, Ömer Faruk Özer², Ganime Çoban³, Ömer Elçioğlu⁴, Meltem Gürsu⁴, Ali Toprak⁵, Rümeyza Kazancıoğlu⁴

SS-007

SIÇANLARDA DEMİR SÜKROZ İLE TOKSİSİTE MODELİNDE LİPOİK ASİT'İN BÖBREK HASARI ÜZERİNE KORUYUCU ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Zahide Çavdar², Mehmet Ası Oktan¹, Cemre Ural², Meryem Çalışır⁵, Ayşe Koçak², Cihan Heybeli¹, Serkan Yıldız¹, Hülya Ellidokuz³, Ali Çelik¹, Osman Yılmaz⁵, Sülen Sarıoğlu⁴, Caner Çavdar¹

SS-008

MİKROALBÜMİNÜRİSİ OLMAYAN TİP 2 DİYABETİK HASTALARDA NABİZ BASINCI VE ÜRİNER ALBÜMİN EKSKRESYONU ARASINDAKİ İLİŞKİ

Seydahmet Akın¹, Zeki Aydın², Özlem Çakır¹, Sinan Kazan¹, Necmi Eren³

SS-009

RATLARDA WHEY PROTEİN ALIMINI VE EGZERSİZİN KEMİK MİNERAL METABOLİZMASINA ETKİSİ

Atilla Kunt¹, Ömer Faruk Özer², Ömer Celal Elçioğlu³, Meltem Gürsu³, Serra Ayşe Artan³, Ali Toprak⁴, Rümeyza Kazancıoğlu³

SS-010

Evaluation of Tissue Sodium Accumulation in Chronic Kidney Disease

Nihal Özkayar¹, Serpil Müge Değer¹, Aseel Alsouqi¹, Adrienne Clagett¹, Talat Alp İkizler¹

Tarih	4 Ekim 2018, Perşembe
Saat	16:30-17:30
Salon	4
Oturum Başkanları	Dr. Başol Canbakan, Dr. Gülperi Çelik

SS-011

MALNUTRITION SCREENING WITH MUST IN HEMODIALYSIS PATIENTS

Üstün Yılmaz¹, Seyit Uyar¹, Ayça İnci¹, Gökhan Köker¹, Süleyman Dolu¹, Mehmet Kök¹, Aysun Ünal¹, Ayhan Hilmi Çekin¹, Metin Sarıkaya¹

SS-012

AN UNRESOLVED ISSUE: THE RELATION BETWEEN SPOT URINE PROTEIN TO CREATININE RATIO AND 24-HOUR PROTEINURIA

Davut Akin¹, Sehmus Ozmen²

SS-013

ENDOTELYAL NİTRİK OKSİT SENTAZ GEN POLİMORFİZMLERİNİN KONTRAST NEFROPATİ GELİŞİMİNE ETKİSİ

İlhan Kılıç¹, Orkide Arabacı Palabıyık², Tammam Sipahi², İlhan Kurultak², Sedat Üstündağ²

SS-014

AMİLOİDOZ HASTALARINDA LİPİD DÜZEYLERİ NEFROTİK SENDROMUN DİĞER SEBEPLERİNDEN FARKLI OLABİLİR Mİ?

Mürvet Yılmaz¹, Ayşegül Kudu², Arzu Özdemir², Sibel Koçak Yücel², Kamile Gülçin Eken³, Ayşim Özağar³, Özlem Harmankaya², Süheyla Apaydın¹

SS-015

ÜREMİK HASTALARDA SERUM SALUSİN ALFA VE BETA DÜZEYLERİ İLE D- VİTAMİNİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Hamad Dheir¹, Savaş Sipahi², Mehmet Yıldırım², Seyyid Bilal Açıkgoz³, Ahmed Bilal Genç⁴, Selçuk Yaylacı⁴

SS-016

SÜREKLİ HEMODİAFİLTASYON UYGULANAN HASTALARDA BASE EXCESS UNMEASURED ANION İLE MORTALİTE İLİŞKİSİ

Bülent Güçyetmez¹, Hakan Korkut Atalan¹

05 EKİM 2018, CUMA

Tarih	5 Ekim 2018, Cuma
Saat	13:30-14:00
Salon	4
Oturum Başkanları	Dr. Arzu Velioğlu, Dr. Ekrem Kara

SS-017

NEFROLOJİ POLİKLİNİĞİNDE SÜREKLİ TAKİP EDİLMEKTE OLAN HASTALARDA FABRY HASTALIĞI SIKLIĞININ TARANMASI:

ANKET ÇALIŞMASI

Seray Saray², Aygül Çeltik¹, Gökhan Atay¹, Gülay Aşçı¹, Meltem Seziş Demirci¹, Mümtaz Yılmaz¹

SS-018

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİNDE VASKÜLER KALSİFİKASYON VE GROWTH ARREST SPESİFİK PROTEİN 6 DÜZEYLERİ

Aysun Toraman¹, Lütfi Çetintepe², Hüseyin Elbi³, Fatma Taneli⁴, Raziye Yıldız⁴, Fatih Düzgün⁵, Yüksel Pabuşcu⁵, Gönül Dinç Horasan⁶, Seyhun Kürşat¹

SS-019

DEĞİŞİK GLOMERÜLONEFRİTLERDE MPV DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Tolga Yıldırım¹, Berranur Kütahya², Fatma İş², Müge Üzerk Kibar¹, Şeref Rahmi Yılmaz¹, Mustafa Arıcı¹, Bülent Altun¹, Arzu Sağlam Ayhan³, Yunus Erdem¹

Tarih	5 Ekim 2018, Cuma
Saat	15:00-16:15
Salon	4
Oturum Başkanları	Dr. Gülizar Manga Şahin, Dr. Turan Çolak

SS-020

TÜRKİYE'DE AKUT BÖBREK HASARININ EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLERİ, ETKİLEYEN FAKTÖRLER, SEYRİ VE AKİBETİ

İtir Yeğenağa¹, Serhan Tuğlular², Saim Paydaş³, Belda Dursun⁴, Sibel Bek⁵, Meltem Gürsu⁶

SS-021

BÖBREK NAKLİ BEKLEME LİSTESİNDEKİ HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE DUYARLILAŞMA RİSK FAKTÖRLERİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Gizem Kumru¹, Şiyar Erdoğan¹, Şura Öztekin², Sim Kutlay¹, Şehsuvar Ertürk¹, Kenan Keven¹, Şule Şengül¹

SS-022

RENAL TRANSPLANTASYONDA CMV ENFEKSİYONUNUN GREFT SAĞ KALIMINA ETKİSİ

Sevgin Taner¹, İpek Kaplan Bulut¹, Ahmet Keskinoğlu¹, Aysin Zeytinoğlu², Sedat Öksüz², Taylan Özgür Sezer⁴, Pembe Keskinoglu⁵, Caner Kabasakal¹

SS-023

RENAL TRANSPLANT HASTALARININ NÜTRİSYONEL DURUMUNUN DEĞERLENDİRMESİNDE CONUT SKORUNUN ÖNEMİ

Esin Avcı¹, Rukiye Nar³, Belda Dursun², Süleyman Demir¹

SS-024

BÖBREK NAKLİ SONRASI GEBELİKTE KARŞILAŞTIRMIZ PROBLEMLER VE TECRÜBELERİMİZ

Yucel Yuksele¹

SS-025

BKV ENFEKSİYONUNDA STANDART TEDAVİNİN EVEROLİMUS DÜŞÜK DOZ TAKROLİMUS İLE DEĞİŞTİRİLMESİNİN ETKİNLİĞİ

Çağlar Borçak Ruhi¹, Ali Özer², Meltem Güner Can³

SS-026

BÖBREK NAKİLLİ PEDIATRİK HASTALARDA İLK BİR YIL İÇERİSİNDE GELİŞEN AKUT GRAFT DİSFONKSİYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Eren Soyaltın¹, Caner Alparslan¹, Önder Yavaşcan¹, Belde Kasap Demir², Seçil Arslansoyu Çamlar¹, Demet Alaygut¹, Tunç Özdemir³, Fatma Mutlubaş¹

Tarih	5 Ekim 2018, Cuma
Saat	16:30-17:30
Salon	4
Oturum Başkanları	Dr. Ramazan Çetinkaya, Dr. Taner Baştürk

SS-027

KANSERLİ HASTALARDA KEMOTERAPİNİN BÖBREK FONKSİYONLARI ÜZERİNE UZUN DÖNEM ETKİSİ

Elgün Haziye¹, Meltem Gürsu², Mesut Şeker³, Ömer Celal Elçioğlu², Ayşe Serra Artan², Altay Aliyev³, Hacı Mehmet Türk³, Tarık Demir³, Ali Toprak⁴, Rümeyza Kazancıoğlu²

SS-028

HEMODİYALİZ TEDAVİSİNİN TP-E İNTERVALI VE TP-E/QTC ORANI ÜZERİNE ETKİSİ

Mehmet Emin Demir¹

SS-029

PRİMER/SEKONDER GLOMERÜLONEFRİT AYRIMINDA PROTEİN ELEKTROFOREZİ

Ahmet Bilgehan Şahin¹, Safiye Orhan¹, Saide Elif Güllülü¹, Mustafa Güllülü², Abdülmecit Yıldız², Ayşegül Oruç²

SS-030

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUSLU HASTALARDA RENAL TÜBÜLER ASİDOZ SIKLIĞI

Feyza Nur Sarışık¹, Necmi Eren², Fatih Sökmen¹, Didem Tütüncüoğlu¹, Gözde Yıldırım Çetin¹, Ayşe Cefle², Ayten Yazıcı², Orçun Altunören¹, Özkan Güngör¹

SS-031

DİYALİZE GİRMEYEN KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA ANEMİ SIKLIĞI

Selma Alagöz¹, Tamer Dinçer², Necmi Eren³, Sinan Trabulus², Nurhan Seyahi²

SS-032

NÖTROFİL/LENFOSİT ORANI KRONİK BÖBREK HASTALIĞININ İLERLEMESİNİ GERÇEKTEN ÖNGÖREBİLİR Mİ?

Gülsüm Akkuş¹, Muhammed Çiftçioglu¹, Didem Tütüncü Sezal¹, Fatma Betül Güzel¹, Songül Işıktaş¹, Ertuğrul Erken², Özkan Güngör², Orçun Altunören²

06 EKİM 2018, CUMARTESİ

Tarih	6 Ekim 2018, Cumartesi
Saat	13:30-14:30
Salon	4
Oturum Başkanları	Dr. Dede Şit, Dr. Aysun Aybal Kutlugün

SS-033

OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIĞI HASTALARINDA FİBROBLAST BÜYÜME FAKTÖRÜ 23 İLE RENAL YAPI İLİŞKİSİ

Melahat Çoban¹, Yıldız Kılar Sözel²

SS-034

HİPONATREMİ: MEVSİMLERLE İLİŞKİLİ MİDİR?

Atilla Altuntaş¹

SS-035

65 YAŞ ÜSTÜNDE BÖBREK BİYOPSİSİ: HASTA YÖNETİMİNE ETKİSİ, RİSKLERİ VE SONUÇLARI -TEK MERKEZ DENEYİMİ-

Mehmet Ası Oktan¹, Cihan Heybeli¹, Hayri Üstün Arda¹, Serkan Yıldız¹, Aykut Sifil¹, Caner Çavdar¹, Taner Çamsarı¹, Ali Çelik¹

Tarih	6 Ekim 2018, Cumartesi
Saat	15:00-16:15
Salon	4
Oturum Başkanları	Dr. İdris Şahin, Dr. Gülay Ulusal Okyay

SS-036

ST2 LEVELS AND THE RISK OF CONTRAST-INDUCED NEPHROPATHY IN PATIENTS UNDERGOING PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

Mustafa Umut Somuncu¹

SS-037

KRONİK BÖBREK YETMEZLİKLİ HASTALARDA SOL VENTRİKÜL HİPERTROFİSİ, GEOMETRİSİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Bülent Kaya¹, Neslihan Seyrek¹, Saime Paydaş¹, Mustafa Balal¹, İbrahim Karayaylalı¹

SS-038

KRONİK BÖBREK HASTALARINDA RUHSAL SAĞLIK, YAŞAM VE UYKU KALİTESİ

Onur Küçük¹, Kübra Kaynar², Filiz Civil Arslan³, Şükrü Ulusoy², Hasret Karabulut Gül³, Abdülkadir Çelik², Gamze Çan⁴, Serdar Karakullukçu⁴, Muammer Cansız²

SS-039

FOKAL SEGMENTAL GLOMERÜLOSKLEROZDA GLOMERÜLER IGM BİRİKİMİNİN KOMPLEMAN SİSTEMİYLE İLİŞKİSİ

Cihan Heybeli¹, Mehmet Ası Oktan¹, Mehtat Ünlü³, Serkan Yıldız¹, Hayri Üstün Arda¹, Onur Küçükkaya², Caner Çavdar¹, Aykut Sifil¹, Ali Çelik¹, Sülen Sarıoğlu³, Taner Çamsarı¹

SS-040

İDİYOPATİK MEMBRANÖZ NEFROPATİNİN BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNDE ORAL STEROİD MONOTERAPİ KULLANIMI

Şibel Yücel Koçak¹, Özlem Kaptanoğulları Harmanakaya¹, Ayşegül Kudu¹, Mürvet Yılmaz¹, Arzu Özdemir Kayalar¹, Süheyla Apaydın¹

SS-041

KRONİK BÖBREK HASTALIĞINDA OKSİDATİF STRES BELİRTECİ OLARAK İSKEMİ MODİFİYE ALBUMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sultan Özkurt¹, Oğuzhan Özcan², Muzaffer Bilgin³, İbrahim Doğan⁴

SS-042

PRİMER GLOMERÜLER HASTALIKLARDA İMMÜNOSUPRESİF TEDAVİLERİN YAN ETKİLERİ

Tuba Yüce İnel¹, Halil Yazıcı¹, Erol Demir¹, Sevgi Saçlı Alimoğlu¹, Ali Rıza Uçar¹, Burak Dirim¹, Savaş Öztürk², Aydın Türkmen¹

Tarih	6 Ekim 2018, Cumartesi
Saat	16:30-17:30
Salon	4
Oturum Başkanları	Dr. Fatih Dede, Dr. Serdar Kahvecioğlu

SS-043

WHICH TYPE OF TEMPORARY HEMODIALYSIS CATHETER TO BE USED? PROSPECTIVE STUDY OF STRAIGHT VERSUS PRECURVED CATHETERS

Tuncay Şahutoğlu¹

SS-044

HEMODİYALİZDE KALICI KATETER VE ARTERİYOVENÖZ FİSTÜLÜN MORTALİTE, HOSPİTALİZASYON VE BİYOKİMYASAL VERİLERE ETKİLERİ

Serhat Çelik¹, Ebru Gök Oğuz², Gülay Ulusal Okyay², Mehmet Deniz Ayılı²

SS-045

HEMODİYALİZ HASTALARINDA HASTA GÖZÜYLE KAŞINTI

Savaş Sipahi¹, Seyyid Bilal Açıkgöz², Fatih Kırçelli³, Hamad Dheir¹

SS-046

HEMODİYALİZ HASTALARINDA SERUM NT-PROBNP VE MIC-1/ GDF15 DÜZEYLERİNİN KOGNİTİF FONKSİYONLARLA İLİŞKİSİ

Gülsüm Akkuş¹, Muhammed Seyithanoğlu², Fatma Betül Güzel¹, Orçun Altunören¹, Özkan Güngör¹

SS-047

TOTAL VUCUT SUYU/AĞIRLIK ORANININ INTRADİYALİTİK KAN BASINCI DEĞİŞİMİ İLE İLİŞKİSİ VE KURU AĞIRLIK BELİRLEMEDE Kİ ROLÜ

Mustafa Demir¹, Ömer Canpolat², Ayşe Daş Çerçi³, Zeki Kemeç⁴, Fadime Demir⁵, Ayhan Doğukan¹

SS-048

DEPRESİF HEMODİYALİZ HASTALARINDA SERTRALİN TEDAVİSİNİN INTRADİYALİTİK HİPOTANSİYONA ETKİSİ: PROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

Ebru Şahin¹, Özant Helvacı², Muhammed Hakan Aksu³, Ulver Derici², Turgay Arınsoy², Kadriye Altok²

SS-001

TÜRKİYE'DE PRİMER FOKAL SEGMENTAL GLOMERÜLOSKLEROZ: TÜRK NEFROLOJİ DERNEĞİ ULUSAL KAYIT SİSTEMİ VERİLERİ

Savaş Öztürk¹, Halil Yazıcı², Necmi Eren³, Nurhan Seyahi⁴, Tuba Elif Şenel¹, Fatih Dede⁵, Mustafa Güllülü⁶, Murat Hayri Sipahioğlu⁷, Sena Ulu⁸, Zerrin Bicik Bahçebaşı⁹, Sim Kutlay¹⁰, Özkan Güngör¹¹, Gülizar Manga¹², Savaş Sipahi¹³, Deren Oygar¹⁴, Mansur Kayataş¹⁵, Belda Dursun¹⁶, Taner Baştürk¹⁷, Mehmet Küçük¹⁸, Dilek Güven Taymezi¹⁹, Gültekin Süleymanlar²⁰, Rümeyza Kazancıoğlu²¹, Sinan Trablus²², Erhan Tatar²³, Bülent Altun²³, Murat Duranay²⁴, Ali Rıza Odabaş²⁵, Alper Azak²⁶, Zeki Aydın²⁷, Lütfullah Altıntepe²⁸, İzzet Hakkı Arıkan²⁹, Özge Can³⁰, Yılmaz Selçuk³¹, Egemen Cebeci³, Hayriye Sayarlioglu³², İdris Şahin³³, Abdullah Şumnu³⁴, Mustafa Arıcı²³, Aydın Türkmen²

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye. ²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ³Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Kocaeli, Türkiye. ⁴İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ⁵Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Ankara, Türkiye. ⁶Uludağ Üniversitesi, Uludağ Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Bursa, Türkiye. ⁷Kayseri Erciyes Üniversitesi, Erciyes Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Kayseri, Türkiye. ⁸Afyon Üniversitesi, Afyon Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Afyon, Türkiye. ⁹Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye. ¹⁰Ankara Üniversitesi, Ankara Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye. ¹¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş, Türkiye. ¹²Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye. ¹³Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye. ¹⁴Lefkoşa Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Lefkoşa, Kktc. ¹⁵Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Sivas, Türkiye. ¹⁶Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Denizli, Türkiye. ¹⁷Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye. ¹⁸Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye. ¹⁹Kocaeli Devlet Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Kocaeli, Türkiye. ²⁰Akdeniz Üniversitesi, Akdeniz Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Antalya, Türkiye. ²¹Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ²²İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İzmir, Türkiye. ²³Hacettepe Üniversitesi, Hacettepe Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye. ²⁴Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Ankara, Türkiye. ²⁵İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ²⁶Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Balıkesir, Türkiye. ²⁷darıca Farabi Devlet Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Kocaeli, Türkiye. ²⁸Meram Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Konya, Türkiye. ²⁹Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ³⁰Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye. ³¹Konya Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Konya, Türkiye. ³²Samsun 19 Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Samsun, Türkiye. ³³İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Nefroloji Bilim Dalı, Malatya, Türkiye. ³⁴Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Fokal segmental glomerüloskleroz (FSGS) ülkemizde ve dünyada sık görülmektedir. Çalışmamızın amacı, ülkemizde erişkin yaş grubunda primer FSGS tanısıyla takip edilmekte olan hastaların tanı anı demografik ve klinik özelliklerini, biyopsi bulgularını ortaya koymaktır.

YÖNTEMLER: Çalışmamıza, 34 nefroloji kliniğinde takip edilmekte olan, Türk Nefroloji Derneği Primer Glomerüler Hastalıklar Çalışma Grubu veri tabanına 1 Mayıs 2009 – 1 Haziran 2018 tarihleri arasında kaydı olan 2510 hastadan, primer FSGS grubunda kayıtlı 451 hasta dahil edildi. Kayıtlı hastalardan 76'sı biyopsi bulgularının primer FSGS ile uyumlu olmaması veya verilerindeki eksiklik sebebi ile çalışma dışı bırakıldı. 375 primer FSGS tanılı hastanın kayıtlı olan demografik ve klinik özellikleri ve biyopsi bulguları analiz edildi.

BULGULAR: Çalışmamıza dahil edilen 375 hastadan 174'ü (% 46,4) kadındı ve ortalama tanı yaşları 39,8 ± 14,4 yılıdır. Başvuruda hastaların % 31,7'sinde hipertansiyon tanısı mevcuttu ve biyopsi öncesi hastaların % 66,6'sı renin anjiyotensin sistem blokleri kullanılmaktaydı. Tanı anında hastalara ait demografik ve klinik özellikler Tablo 1'de verilmiştir. Hastaların en sık biyopsi endikasyonu nefrotik sendrom (% 55,3) olarak tespit edilirken, bunu sırasıyla asemptomatik idrar anomalisi (% 22), nefritik sendrom (% 11,2), mikst nefrotik sendrom (% 5,6) izlemektedir. İnterstisyel fibrozis ve tubuler atrofi hastaların sırasıyla % 62 ve % 68'inde tespit edildi. Hastalara ait biyopsi bulguları Tablo 2'de verilmiştir.

SONUÇ: Çok merkezli çalışmamız, ülkemizde son dönemde FSGS hastalarının epidemiyolojik özelliklerinin analiz edildiği en geniş katılımlı çalışmadır. Literatürle uyumlu olarak hastaların çoğu nefrotik sendrom kliniği ile başvurmuştu. Rutin olarak ayırım yapılmadığı için FSGS subtipi

verisi sunulmadı. Biyopsi bulgularında; interstisyel fibrozis ve tubuler atrofi oranlarının yüksek olması, biyopsinin birçok hastada hastalık başlangıcında değil, hasarın gelişmeye başladığı dönemde yapıldığını göstermesi açısından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Fokal segmental glomerüloskleroz, Glomerülofrit, Türkiye

Tablo 1: Tanı anında hastaların demografik özellikleri, klinik ve laboratuvar bulguları

Özellikler	Ortalama±Std
Tanı yaşı (yıl)	39,8 ± 14,4
Cinsiyet (kadın)*	174 (%46,4)
Diyabetes Mellitus*	32 (%8,9)
Hipertansiyon*	111 (%31,7)
Boy (cm)	167 ± 9
Kilo (kg)	75,5 ± 16,8
Vücut kitle indeksi (kg / m ²)	26,8 ± 5,1
Sigara kullanımı*	79 (%42,9)
Biyopsi öncesi RAS blokajı kullanımı*	136 (%66,6)
Pretibial ödem*	143 (%40,8)
Sistolik arter kan basıncı (mm Hg)	131 ± 19
Diyastolik arter kan basıncı (mm Hg)	81,2 ± 11,7
Piyüri*	54 (%17,4)
Hematüri*	110 (%35,1)
İdrar proteinüri düzeyi (g/gün)**	3,2 (IQR 1,6–5,5)
Serum glukoz (mg/dl)	95 ± 28
Serum üre (mg/dl)	48 ± 37
Serum kreatinin (mg/dl)	1,34 ± 1,21
Serum ürik asit (mg/dl)	6,1 ± 1,9
Serum total protein (g/dl)	6,1 ± 1,2
Serum albümin (g/dl)	3,3 ± 0,9
ESH (mm/saat)	36 ± 28
ALT (U/l)	22 ± 15
HDL- kolesterol (mg/dl)	55 ± 22
LDL- kolesterol (mg/dl)	168 ± 89
Trigliserid (mg/dl)	220 ± 133
Total kolesterol (mg/dl)	268 ± 110
Hemoglobin (g/dl)	13,2 ± 2
Hematokrit (%)	39,2 ± 5,9

RAS: Renin anjiyotensin sistemi, **ALT:** Alanin aminotransferaz, **ESH:** Eritrosit sedimentasyon hızı

*: n (%), **: ortanca ± IQR (25-75)

Tablo 2: Hastaların biyopsi verileri

Özellikler	n (%)
Toplam glomerül sayısı (ortalama±std)	17,1 ± 10,5
Global sklerotik glomerül sayısı (ortalama±std)	3,1 ± 4,2
Segmental sklerotik glomerül sayısı (ortalama±std)	2,6 ± 2,6
Mezengial proliferasyon varlığı	193 (%53)
Bazal membran kalınlaşması varlığı	76 (%21,2)
Endokapiller proliferasyon varlığı	9 (%5,1)
Glomerüllerde eksudatif değişikliklerin varlığı	13 (%7,6)
İnterstiyel inflamasyon varlığı	223 (%62,2)
İnterstiyel fibrozis	223 (%62)
Hafif düzeyde interstiyel fibrozis	160 (%44,5)
Orta düzeyde interstiyel fibrozis	52 (%14,4)
Şiddetli interstiyel fibrozis	11 (%3)
İnterstiyel fibrozis içermeyen	136 (%37,8)
Vasküler değişiklikler varlığı	167 (%46,3)
Tübüler atrofi varlığı	244 (%68,3)
Hafif düzeyde tübüler atrofi	184 (%51,5)
Orta düzeyde tübüler atrofi	51 (%14,4)
Şiddetli tübüler atrofi	9 (%2,5)
Tübüler atrofi içermeyen	113 (%31,6)
İmmunoglobulin G pozitifliği	37 (%10,6)
İmmunoglobulin M pozitifliği	141 (%40,9)
İmmunoglobulin A pozitifliği	43 (%12,4)
Kompleman 3 pozitifliği	134 (%38,6)
C1q pozitifliği	33 (%11,3)
Fibrinojen pozitifliği	12 (%4,8)

SS-002**AKUT BÖBREK YETMEZLİKLİ GERİYATRİK HASTALARDA KALLİSTATİN VE KARDİYOYASKÜLER BELİRTEÇLER İLE MORTALİTE ARASINDAKİ İLİŞKİ**Erhan Tatar¹, Ahmet Aykas²¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi ve Organ Nakli Kliniği

Geriatrik hastalarda Akut böbrek Yetmezliği (ABY) sık görülen bir durum olup önemli bir morbitide ve mortalite nedenidir. ABY'de KV hemodinamik değişiklikler sıklıkla. Kötü hasta sonuçlarıyla ilişkilidir. Serum Kallistatin endojen bir protein olup başta vazodilatasyon olmak üzere anjiogenez, inflamasyon ve oksidatif stress inhibisyonu gibi kardiyovasküler (KV) koruyucu etkileri mevcuttur. Bununla birlikte ABY'de Kallistatin daha önce araştırılmamıştır. Bu çalışmanın amacı ABY ile başvuran geriatrik olgularda kardiyovasküler belirteçler olan Serum Kallistatin, BNP, Troponin ve CK-MB'nin Mortalite arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

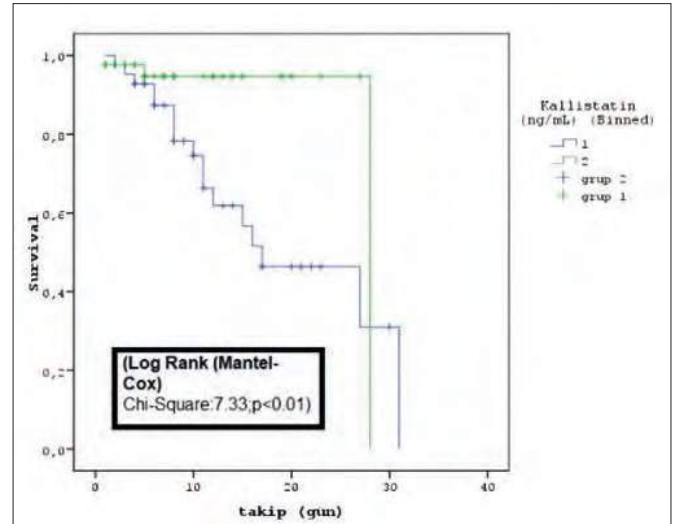
Gereç ve Yöntemler: Ocak 2014-Haziran 2015 tarihleri arasında ABY nedeniyle hastanemize kabul edilip yatırılan 65 yaş üstü olgular çalışmaya alındı. Postrenal ABY'li olgular çalışma dışı bırakıldı. Ortanca Kallistatin düzeyine göre hastalar iki gruba ayrıldı.

Sonuçlar: 104 hasta çalışmaya dahil edildi. Yaş ortalaması 80±7.0 ve %57'di kadındı. %34'de diyabet, %32'de KV hastalık ve %11'de serebrovasküler hastalık öyküsü mevcuttu. Ortalama yatış süresi 11±6.9' gündü. izlem süresince olguların

%29'una acil renal replasman (RRT) tedavisi gereksinimi ve %25'inde ise mortalite saptandı. RRT gereksinimi olanlarda serum üre, kreatinin ve potasyum düzeyi daha yüksekti ($p<0.05$). Serum Kallistatin, BNP, Troponin ve CK-MB düzeyleri arasında fark saptanmadı. Ölen ölmeyen olgularla kıyaslandığında ölenler daha yaşlı (83 ± 7.3 vs 79 ± 6.6 ; $p<0.05$), serum albumin (2.9 ± 0.6 vs 3.3 ± 0.5 ; $p<0.05$) ve Kallistatin (7.5 ± 3.8 vs 14.6 ± 9.1 ; $p=0.01$) düzeyi daha düşük, BNP (1276 ± 1362 vs 663 ± 772 ; $p<0.05$) ve serum üre (205 ± 92 vs 156 ± 68 ; $p<0.05$) düzeyi ise daha yüksekti. Kallistatin S. Albumin ile pozitif ($\rho:0.32$, $p=0.003$) ve CRP ile negatif ilişki göstermekteydi ($\rho:-0.23$, $p=0.03$). BNP ise troponin, CK-MB ile pozitif serum hemoglobininle negatif ilişki göstermekteydi. Cox regresyon analizinde (değişkenler: yaş, enfeksiyon varlığı, Albumin, Üre, BNP, CRP ve Kallistatin) serum Kallistatin ($\text{Exp(B)}:0.83(\text{CI}:0.73-0.94)$; $P<0.01$) ve BNP ($\text{Exp(B)}:1.001(\text{CI}:1.001-1.002)$; $P<0.05$) ölümü bağımsız öngörmekteydi. Kaplan meier analizinde Kallistatin düşük olan grupta ölüm oranı daha yüksekti. (Log Rank (Mantel-Cox) Chi-Square:7.33; $p<0.01$) Şekil 1'de verilmiştir.

Çıkarımlar: ABY izleminde mortalite sıklığı artmıştır. Ölümü öngörmeye serum Kallistatin ve BNP düzeyi önemli belirteçlerdir.

Anahtar Kelimeler: akut böbrek yetmezliği, mortalite, BNP, Kallistatin, kardiyovasküler belirteçler



Şekil 1.

SS-003**RENAL REPLASMAN TEDAVİLERİNE BAŞLAMA: 2 YILLIK DENEYİM**

Feyza Bora, Emine Aşar, Funda Sarı, Fettah Fevzi Ersoy, Ramazan Çetinkaya, Gültekin Süleymanlar

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Son dönem böbrek yetmezliği hastalarında renal replasman tedavilerine hangi parametrelerle geçileceği kararı yıllar içinde değişiklik göstermiş olup şuan bile kesinlik kazanmamıştır. Çoğu eGFH denklemi serum kreatinin düzeylerine dayanır, bu nedenle düşük kas kitlesi veya aşırı sıvı yüklenmesine bağlı olarak düşük serum kreatinin düzeylerinde eGFH'ni yüksek tahmin etme olasılığı vardır. Biz de bu bilgiler ışığında kendi hasta popülasyonumuzda son iki yıl içindeki renal replasman tedavilerine (RRT) geçişte eGFH'ları, laboratuvar değerlerini ve kullandıkları ilaçların değerlendirilmesi ve renal replasman tedavi tercihlerinin tesbitinin yapılması için bu retrospektif çalışmayı planladık.

Materyal -Metod: Bu çalışmada, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Polikliniği düşük klerens poliklinimizde takipli, 2016-2017 yılları arasında RRT'ne geçen veya ölen hastaların verileri kullanılmıştır.

Bulgular: 2016 yılında 60 hasta, 2017 yılında 43 hasta düşük klirens polikliniğinden takipten çıkmıştır. Bu 103 hastanın 9 hastası ölmüş, 94 hasta RRT'ne geçmiştir. RRT'ne geçişte erkekler (62 kişi) kadınların (32 kişi) iki katıydı. Bunlardan 57 si hemodiyalize (HD) (kadın:19, erkek:38), 13'ü periton diyalize (PD) (kadın:5, erkek:8) geçmiş, 24 hasta da böbrek nakli (kadın:8, erkek:16) olmuştur.

RRT tercihleri cinsiyete göre farklı değildi. Böbrek nakil durumunu etkileyebileceğini düşündüğümüz kan grupları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi. (P=0,29)

Yaş grupları ve RRT tercihi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p:0.01) Orta yaş grubunda hemodiyaliz daha çok tercih edilirken, daha genç grupta organ nakli daha fazlaydı. Hastaların 10 tanesi evre 3 KBH, 66 tanesi evre 4 KBH, 57 tanesi evre 5 KBH iken takibe alınmıştı. 103 hastanın düşük klirens polikliniğinde takipleri (ilk başvurularından sonra geçen süre) ortalaması 24,6 ±22,9 (2-87) aydı. 101 hastanın evre 5 takip süresi 12,2 ± 12 (2-57) ay idi. Ölen 7 hasta evre 5 takibinde iken öldü. Hastanın RRT'ye geçişte eGFR 8,2 ± 2,3 (4-17,6) ml/dk/1.73 m² dir.

Evre 5 takip süreleriyle renal replasman tercihleri arasında fark yoktu (p=0,269). RRT tercihleri ve bu tercihlere başladıklarında GFH değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi (p=0,00). Bu fark böbrek nakli ve HD'e giren hastalar arasında olup HD hastaları biraz daha düşük GFH değerlerinde HD'e başlamışlardır.

43 hastanın AVfistülü çalışıyordu. Fistüllü izlem süremiz 9,9±13,9 (1-70) ay idi. Hemodiyalizi tercih eden hastalarımızda fistülden HD'e girme oranımız %72 idi. Çıkışta diyet uyumu iyi olan hastaların diüretik kullanımı daha az tespit edildi. (p:0,041) Hastalarımızın %40,8'nin nefrotik düzeyde proteinürisi mevcuttu. Proteinürisi nefrotik düzeyde olan hastaların evre 5 takip süreleri istatistiksel olarak daha azdı (P:0,002).

Sonuç: Hastanın RRT'ne geçiş kararının, hastanın geçmiş ve yeni halini bilen, hastanın genel durumu, gidişatını karşılaştırmalı değerlendirebilen birincil ilgilenen hekimce verilmesi daha doğru olur. Hastaların evre 5 izlem sürenin uzatılması yüksek maliyeti olan hemodiyaliz, periton diyaliz veya böbrek naklinin maliyetinin ertelenmesi anlamına gelebilir. Düşük klirens polikliniğimizde SDBH olan hastaları ne geç ne erken- en uygun zamanda- RRT'lerine geçiş hedeflerimiz arasında olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: renal replasman tedavisi, son dönem böbrek yetmezliği, zamanlama

Tablo 1: RRT seçimlerinin dağılımı

	Hemodiyaliz	Periton diyalizi	Böbrek nakli	Ölen	P değeri
Cinsiyet					
Kadın	19	5	8	5	0,62
Erkek	38	8	16	4	
Kan Grubu					
O	18	4	5	0	
A	20	5	14	3	
B	5	2	3	3	0,291
AB	5	0	2	0	
Yaş Ortalaması(yıl)					
18-35	6	1	8		
36-55	12	7	11		
56-75	36*	5	5*		0,01
76-90	3	0	0		

Tablo 2: RRT seçimlerine göre evre 5 takip süresi ve geçiş GFR'leri

	Hemodiyaliz	Periton diyalizi	Böbrek nakli	P Değeri
Evre 5 takip süresi (ay)	13,2±11,5 (2-49)	11,2±10,5(3-40)	10,1±12(2-57)	0,26
RRT'sine geçiş GFH (ml/dk/1.73 m ²)	7,6±2,3(4-17,6)*	9,02±1,6(6,6-1,6)	9,1±2,4(4,7-13)*	0,00

Tablo 3: Evre 5 Takip süresi ile cinsiyet ve spot idrarda protein/kreatinin karşılaştırması

EVRE 5 izlem süresi	Ortalama- Standart sapma	Minimum- Maximum	p değeri
Cinsiyet			
Kadın	12,3-11,05	2-49	0,08
Erkek	12,2-12,66	2-57	
Spot İdrarda Protein/ Kreatinin(g/gkr)			
1 g/gkr	16,07-16,94	2-57	
1,1-3,5 g/gkr *	14,93-12,8	2-57	0,002
3,6 g/gkr *	8,1-7,57	2-38	

SS-004

NESFATİN-1 KONTRAST İLİŞKİLİ NEFROPATİYİ SIÇANLARDA DÜZELTİR.

Mehmet Koç¹, Abdullah Shbair², Seda Kutluğ Ağackiran¹, Zarife Özdemir², Özlem Tuğçe Çilingir Kaya³, Naziye Özkan³, Şule Çetinel³, Berrak Yeğen²

¹Marmara Üniversitesi, Nefroloji Bilim Dalı

²Marmara Üniversitesi, Fizyoloji Anabilim Dalı

³Marmara Üniversitesi, Histoloji Anabilim Dalı

Kontrast ilişkili nefropati (KİN) akut böbrek hasarının en sık üçüncü sebebidir. Renal medüller hipoksi, endotel hasarı, apoptozis, oksidatif stres ve kontrast maddenin direk tübüler hasarı KİN sebepleri arasında yer alır. Nesfatin-1'in (NS-1) çeşitli deneysel modellerde anti-inflamatuar ve anti-apoptotik etkileri olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte NS-1'in KİN gelişiminin önlenmesindeki rolü henüz araştırılmamıştır. Bu çalışmada NS-1'in KİN gelişimi üzerine olan etkileri incelenmiştir.

Erkek Sprague-Dawley sıçanlara kontrol grubunda intraperitoneal sadece %0.9 salin (kontrol grup, n=9) enjekte edilirken KİN gruplarına %0.9 salin (SL, n=10), veya NS-1 (10 mcg/kg/gün, n=8) deneyin 0, 24 ve 48. saatlerinde enjekte edildi. KİN gruplarına, deneyin 24. Saatinde intravenöz indomethacin (10 mg/kg), L-NAME (10 mg/kg) ve yüksek doz kontrast maddenin (Urografin 76%, 6 ml/kg) enjeksiyonu ile KİN oluşturuldu. Deneyin 72. saatinde de histopatolojik değişikliklerin, glutathion seviyelerinin ve myeloperoksidaz aktivitesinin değerlendirilmesi amacıyla böbrekler çıkartıldılar. Veriler ANOVA ve Student's t-testleri kullanılarak analiz edildi.

Serum kreatinin seviyeleri SL ve NS-1 tedavisi alan KİN gruplarında kontrol grubuna kıyasla anlamlı artış gösterirken (p<0.05), NS-1 tedavisi alan gruptaki yükselme anlamlı olmamakla birlikte daha azdı (p>0.05). SL ile tedavi edilen KİN grubunda 24-h kreatinin klirensi azalırken (p<0.05), NS-1 ile tedavi edilen KİN grubunun 24-h kreatinin klirens değerleri kontrol grubundan farklı değildi (p>0.05). Kontrol grubuna göre, SL ile tedavi edilen KİN grubunun artmış myeloperoksidaz aktivitesi (p<0.05), NS-1 ile tedavisi ile baskılandı (p>0.05). Kontrol grubuna kıyasla SL ile tedavi edilen KİN grubunda azalan renal glutathione miktarları (p<0.05), NS-1 tedavisi ile kontrol grubunda izlenen seviyelerine yakın değerlere yükseldi (p>0.05). Işık mikroskopisi ile elde edilen histopatolojik hasar skoru, SL ile tedavi edilen KİN grubunda kontrol grubuna göre artarken (p<0.05), NS-1 tedavisi ile bu skor anlamlı olarak azaldı (p<0.001).

Verilerimiz NS-1 tedavisinin nötrofil infiltrasyonunu ve oksidatif stresi önleyerek KİN gelişimini baskıladığını göstermektedir. Bu veriler NS-1'in KİN önlenmesinde düzenleyici rolünün olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Nesfatin-1, kontrast nefropatisi, akut böbrek hasarı

SS-005

RENAL İSKEMİ REPERFÜZYON HASARINDA TRİMETAZİDİN'İN MİCRORNA, APOPTOZİS VE OKSİDATİF STRES ÜZERİNE ETKİSİ

Aydın Güçlü¹, Hasan Ergelik², Yavuz Dodurga³, Raziye Akcılar², Bekir Aras², Fatma Emel Koçak², Cengiz Koçak², Aydın Akçılar², Yahya Şahin¹, Levent Elmas³

¹Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi

³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Renal transplantasyondan sonra indüklenen akut ve kronik böbrek yetmezliğinde, gecikmiş greft fonksiyonunda ve kronik allograft hasarında renal iskemik reperfüzyon (IR) hasarı hayati rol oynar. Renal IR hasarı güncel tedavi metodlarına rağmen hospitalizasyon süresini uzatan, yüksek mortalite ve morbidite hızına sahip hala en önemli klinik problemlerden birisidir. Sadece akut mortaliteyi azaltmak için değil aynı zamanda kronik böbrek yetmezliğine gidişi azaltmak için yeni tedavi stratejileri şarttır. mikroRNA (miR) ların hücre ve doku spesifik ekspresyonlarının olmaları ve proliferasyon, diferensiasyon, apoptozis gibi selüler süreçleri regüle eden gen ekspresyon modülasyonunda merkezi rol oynamaları nedeniyle böbrek hastalıklarının teşhis ve tedavisinde bize major bir fırsatlar sunmaktadır. miR-21 ve miR-146a'nın renal IR hasarındaki rolleri gösterilmiştir. miR-320 gentamisin toksisitesinde böbrekte upregüle olduğu gösterilmiştir. Trimetazidine (TMZ) anti anjinal bir ilaç olarak kullanılır. Trimetazidinin (TMZ) anti iskemik özellikleri hücre kültürü modellerinde ve in vivo olarak gösterilmiştir. Bununla birlikte TMZ nin renal IR hasarında miR'lar üzerine etkisi bilinmemektedir. Biz çalışmamızda deneysel renal IR hasarında TMZ nin oksidatif stres, apoptozis, miR-21, 146 ve 320 üzerinde etkisini inceledik.

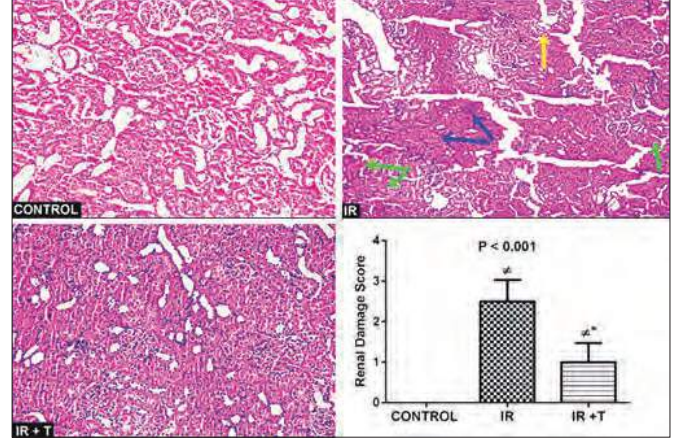
Yöntemler: Wistar-Albino ratlar 3 gruba ayrıldı (Kontrol, IR, ve TMZ + IR). Üre, kreatinin, NGAL, total antioksidan status (TAS), total oksidan status (TOS), oksidatif stres indeksi (OSI), miRNAs, renal hasar skoru ve apoptozis skoru analiz edildi.

Bulgular: TMZ + IR grubunda Üre, kreatinin, NGAL, TOS, OSI anlamlı olarak azalırken, TAS anlamlı olarak arttı (tablo-1). miR -223-5p rat endojen kontrolere göre IR grubunda 2,7459 kat artış, TMZ + IR grubunda de -10,3957 kat azalma tespit edildi. miR -223-5p TMZ + IR grubunda IR grubuna göre -28,5457 kat azalma tespit edildi. (p<0.01). miR -320 rat endojen kontrolere göre IR grubunda 4,8965 kat artış, TMZ + IR grubunda de -8,1848 kat azalma tespit edildi. miR -320 TMZ + IR grubunda IR grubuna göre -40,0765 kat azalma tespit edildi. (p<0.01). miR-21 rat endojen kontrolere göre IR grubunda 13,9503 kat artış, TMZ + IR grubunda de -5,7415 kat azalma tespit edildi. miR -21 TMZ + IR grubunda IR grubuna göre -80,0949 kat azalma tespit edildi. (p<0.01). miR -146a rat endojen kontrolere göre IR grubunda 2,8675 kat artış, TMZ + IR grubunda de -3,3749 kat azalma tespit edildi. miR -146a TMZ + IR grubunda IR grubuna göre -9,6773 kat azalma tespit edildi. (p<0.01) IR grubunda; hemoraji, fırçamsı kenar kaybı, glomerüllerdeki nükleus sayısında azalma görüldü. TMZ + IR grubunda renal hasar belirgin olarak düzeldi. Renal hasar skoru IR grubunda 2.5 ± 0.5, IR+T grubunda 1.0 ± 0.5 tespit edildi (<0.01)(Şekil 1). Tünel pozitif hücre sayısı iskemik reperfüzyon hasarında kontrol grubuna göre belirgin artış tespit edildi. Tünel pozitif hücre sayısı TMZ + IR grubunda IR grubuna göre anlamlı azalma gösterdi. Kontrol grubunda apoptozis hücre skoru olarak 10.4 ± 4.4, IR grubunda 61.0 ± 14.5, TMZ + IR grubunda 18.0 ± 5.5 olarak tespit edildi (Şekil 2).

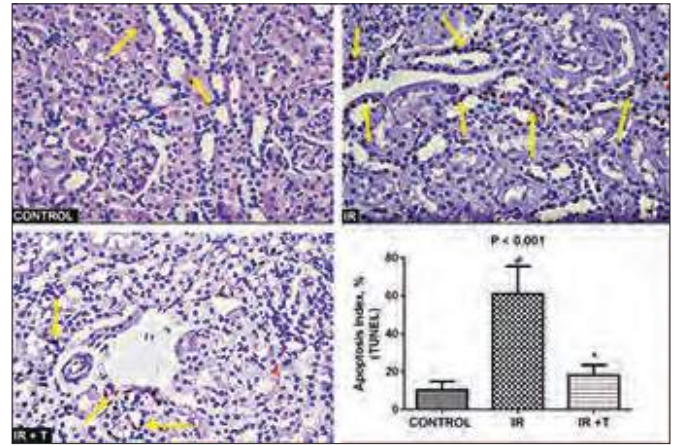
Sonuç: Biz çalışmamızda trimetazidinin renal iskemik reperfüzyon modelinde miR -21, 320 ve 146 yi azalttığını; böbrekte fonksiyonel ve histyolojik düzeltme yaptığını gösterdik. miR'lar iskemik reperfüzyon hasarında önemli rol oynuyor

olabilir. Bu konuda yapılacak ileri çalışmalar yeni tanı ve tedavi ajanlarının ortaya çıkmasını sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: renal iskemik reperfüzyon hasarı, microRNA, trimetazidin



Şekil 1.



Şekil 2.

Tablo 1: Grupların laboratuvar değerlerinin karşılaştırılması

	Kontrol	IR	IR+TMZ	P IR/TMZ+IR
Üre(mg/dl)	56.33±5.16	83.33±7.22	74.16±2.85	<0.01
Kreatinin (mg/dl)	0.44±0.01	0.82±0.12	0.68±0.07	0.023
NGAL	13.63±1.27	43.27±6.77	15.57±2.85	0.026
TAS (Trolox Eq/mg protein)	2.56±0.35	1.34±0.17	2.76±0.79	<0.01
TOS (H2O2 Eq/mg protein)	11.87±1.00	38.97±3.44	16.48±4.92	<0.01
OSI (Arbitrary Unit)	0.46±0.06	2.94±0.57	0.62±0.25	<0.01

SS-006

UZUN DÖNEM WHEY PROTEİNİ KULLANIMI İLE EGZERSİZİN OLASI BÖBREK YAN ETKİLERİ

Atilla Kunt¹, Ömer Faruk Özer², Ganime Çoban³, Ömer Elçioğlu⁴, Meltem Gürsu⁴, Ali Toprak⁵, Rümeyza Kazancıoğlu⁴

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

⁴Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

⁵Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı

Giriş: Whey protein kullanımı zaten yaygın olmakla beraber gittikçe artmaktadır. Diğer besin desteklerine karşı güvenilir deliller olsa da whey protein karşı yeterli araştırma yoktur. Bu çalışmanın amacı whey protein kullanımının böbrekler üzerindeki yan etkilerini ölçmektir.

Materyal Metod: 48 genç erkek albino wistar rat 6 gruba ayrıldı (n=8): Normal (20%) Protein(NP)-Sedenter(NPS), NP-Egzersiz (NPE), Yüksek (45%) Protein(YP) Sedenter(HPS), YP-Egzersiz(YPE), Aşırı Kullanım(70% Protein)(A)-Sedenter(AS) ve Aşırı Kullanım-Egzersiz (AE). Tüm gruplar *ad libitum* beslendi. Egzersiz gruplarında özel hazırlanan koşu bandında ağırlıkla belirlenen programlar uygulandı. 1,30, 60 ve 90'ıncı günlerde tüm gruplardan 12 saatlik idrar metabolik kafeslerde bekletilerek ve kan örnekleri jugular venden izofluran etkisi altına alınarak hemen çalışıldı. İdrarda üre ve mikroalbuminüri spektrofotometrik otoanalizörle incelendi. PH idrar stripleri ile belirlendi. Kanda albumin, üre, kreatin, CRP spektrofotometrik otoanalizörle incelendi. NGAL ELISA yöntemi ile saptandı. Ratlar sakrifiye edildi ve dokular %10 formalinle fikse edilip parafine gömüldükten sonra H&E ve Kongo Red ile boyanarak ışık mikroskobu altında incelendi. İstatistikler Kruskal-Wallis ile SPSS v22.0 programı kullanılarak hesaplandı.

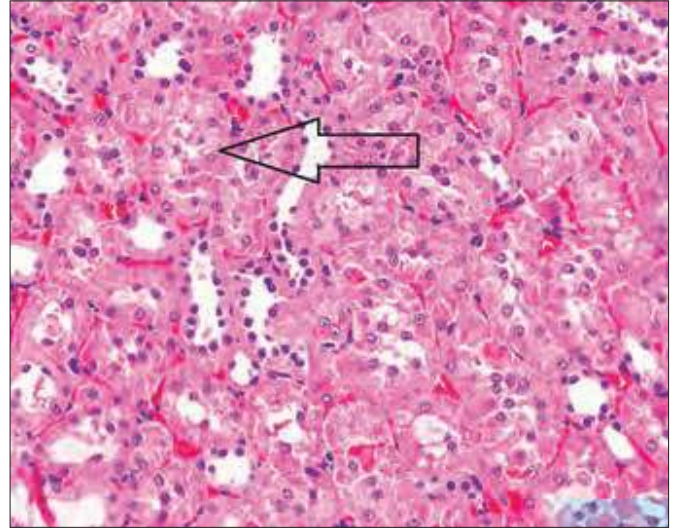
Sonuçlar: Histopatolojik inceleme YP-E, A-E ve YP-S gruplarında konjesyon ve tübül hasar gösterdi. Skleroz ve ya glomerüler hasar izlenmedi. İdrarda patolojik seviyelerde mikroalbuminüri YP-E, A-E, YP-S ve A-S gruplarında izlendi. Tüm gruplarda serum kreatinin düzeyi anlamlı olarak artmıştır. YP-E ve YP-S gruplarında NGAL düzeyinde belirgin artış izlenmiştir. Diğer sonuçlar Tablo 1'de sunulmuştur.

Tartışma: Çalışmamızda Whey protein alımı doza bağımlı anlamlı mikroalbuminüri ve tübül hasar görüldü. Bu uzun süreli ve yüksek sınırlarda Whey proteini alımının böbrek hasarında olumsuz etkisi olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Egzersiz Whey Protein Beslenme Mikroalbuminüri Akut Böbrek Hasarı

Tablo 1:

Grup	Böbrek Ağırlığı (g)			Kreatinin (mg/dl)			CRP (mg/dl)			NGAL (pg/ml)			Sıvı Alımı (ml/g)			Sıvı İdrarı (µl/g)		
	Day 1	Day 30	Day 90	Day 1	Day 30	Day 90	Day 1	Day 30	Day 90	Day 1	Day 30	Day 90	Day 1	Day 30	Day 90	Day 1	Day 30	Day 90
NP	1.03 ± 0.11	1.11 ± 0.05	1.11 ± 0.05	0.44 ± 0.04	0.44 ± 0.04	0.44 ± 0.04	0.18 ± 0.05	0.18 ± 0.05	0.18 ± 0.05	130.73	338.9	4006.7	2752	12.84	12.84	12.84	0.77 ± 0.09	0.77 ± 0.09
NPE	1.03 ± 0.11	1.11 ± 0.05	1.11 ± 0.05	0.44 ± 0.04	0.44 ± 0.04	0.44 ± 0.04	0.18 ± 0.05	0.18 ± 0.05	0.18 ± 0.05	130.73	338.9	4006.7	2752	12.84	12.84	12.84	0.77 ± 0.09	0.77 ± 0.09
HPS	1.03 ± 0.11	1.11 ± 0.05	1.11 ± 0.05	0.44 ± 0.04	0.44 ± 0.04	0.44 ± 0.04	0.18 ± 0.05	0.18 ± 0.05	0.18 ± 0.05	130.73	338.9	4006.7	2752	12.84	12.84	12.84	0.77 ± 0.09	0.77 ± 0.09
YPE	1.03 ± 0.11	1.11 ± 0.05	1.11 ± 0.05	0.44 ± 0.04	0.44 ± 0.04	0.44 ± 0.04	0.18 ± 0.05	0.18 ± 0.05	0.18 ± 0.05	130.73	338.9	4006.7	2752	12.84	12.84	12.84	0.77 ± 0.09	0.77 ± 0.09
AS	1.03 ± 0.11	1.11 ± 0.05	1.11 ± 0.05	0.44 ± 0.04	0.44 ± 0.04	0.44 ± 0.04	0.18 ± 0.05	0.18 ± 0.05	0.18 ± 0.05	130.73	338.9	4006.7	2752	12.84	12.84	12.84	0.77 ± 0.09	0.77 ± 0.09
AE	1.03 ± 0.11	1.11 ± 0.05	1.11 ± 0.05	0.44 ± 0.04	0.44 ± 0.04	0.44 ± 0.04	0.18 ± 0.05	0.18 ± 0.05	0.18 ± 0.05	130.73	338.9	4006.7	2752	12.84	12.84	12.84	0.77 ± 0.09	0.77 ± 0.09



Şekil 1.

SS-007

SIÇANLARDA DEMİR SÜKROZ İLE TOKSİSİTE MODELİNDE LİPOİK ASİT'İN BÖBREK HASARI ÜZERİNE KORUYUCU ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Zahide Çavdar², Mehmet Ası Oktan¹, Cemre Ural², Meryem Çalışır⁵, Ayşe Koçak², Cihan Heybeli¹, Serkan Yıldız¹, Hülya Ellidokuz², Ali Çelik¹, Osman Yılmaz⁵, Sülen Saroğlu⁴, Caner Çavdar¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Moleküler Tıp Anabilim Dalı

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı

⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

⁵Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Laboratuvar Hayvanları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Demir Sükroz (DS) ile oluşturulan oksidatif uzatılmış akut böbrek toksitesi modelinde antioksidan lipoik asitin (LA) koruyucu etkisini ve aracılık eden moleküler mekanizmaları tanımlamaktır.

Yöntem: Erkek Wistar albino sıçanlardan kontrol (K) (n=7), LA (100 mg/kg (n=7), DS (40 mg/kg) (n=7) ve DS+LA (100 mg/kg) (n=7) olmak üzere gruplar oluşturuldu. DS ve LA, 0-7-14-21-28. günlerde kuyruk veninden uygulandı. Her uygulamadan 24 saat sonra idrar ve kan; 29. gündeki sakrifikasyonda böbrek doku örnekleri alındı. İdrarda protein; serumda kreatinin, BUN ve demir düzeyleri ölçüldü. Tübül hasar histopatolojik olarak ışık mikroskobu ile incelendi. Böbrekte demir kalitatif ve kantitatif olarak ölçüldü. Dokuda oksidan-antioksidan denge MDA, SOD, GSH düzeyleri, ilişkili NADPH oksidaz enziminin NOX4 ve p22 phox alt ünitelerinin mRNA ifadeleri ile değerlendirildi. İnflamasyon ve tübül hasar için TNF-α ve KIM-1 mRNA seviyesinde analiz edildi.

Bulgular: DS grubunda, demir düzeyi, tübül dilatasyon ve fırçamsı kenar kaybı kontrole göre anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0.002, p=0.010, p=0.003, sırasıyla). LA ile bu değişiklikler azaltılmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşılmadı. Bununla birlikte LA, MDA ve SOD düzeylerinde DS grubuna göre anlamlı iyileşmeler sağladı (p=0.002 ve p=0.003). Ayrıca DS ile anlamlı olarak artış gösteren TNF-α, KIM-1, NOX4 ve p22 phox mRNA ifadeleri de anlamlı olarak LA ile azaltıldı (p=0.002, p=0.022, p=0.025 ve p=0.004, sırasıyla) (Tablo 1). Bununla birlikte LA'nın DS ile anlamlı olarak artan serum kreatinin ve demir düzeyleri üzerine anlamlı olumlu etkisi saptanmamıştır. BUN ve proteinüri yönünden gruplararası anlamlı bir değişim bulunmamıştır.

Sonuç: Bu çalışmada ile LA'nın DS ile oluşan oksidatif böbrek hasarında renal işlevlere olumlu etkileri gösterilememesine rağmen antioksidan

anti-inflamatuar etkileri ile moleküler düzeyde hasarlanmayı azaltıcı role sahip olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: alfa Lipoik Asit; Demir Sükröz; Reaktif Oksijen Radikalleri

Tablo 1: Böbrek dokusunda analiz edilen parametreler

Gruplar	Demir $\mu\text{g}/\text{mg}$ doku	MDA $\mu\text{mol}/\text{mg}$ protein	SOD U/mg protein	GSH $\mu\text{g}/\text{mg}$ protein
K (n=7)	0.51 $\pm$ 0.03	1.77 $\pm$ 0.12	2.88 $\pm$ 0.20	2.12 $\pm$ 0.07
LA (n=7)	0.53 $\pm$ 0.03	1.54 $\pm$ 0.14	4.25 $\pm$ 0.95	2.31 $\pm$ 0.10
DS (n=7)	2.32 $\pm$ 0.09*	4.10 $\pm$ 0.25*	2.03 $\pm$ 0.25*	1.95 $\pm$ 0.03*
DS+LA (n=7)	2.15 $\pm$ 0.05	2.68 $\pm$ 0.09**	2.94 $\pm$ 0.12**	2.68 $\pm$ 0.23
mRNA ifadeleri (kat değişimi)				
	KIM-1	TNF- α	NOX4	p22 phox
K (n=7)	1	1	1	1
LA (n=7)	3.5	0.64	1.6	0.20
DS (n=7)	745*	16.07*	8.4*	4.91*
DS+LA (n=7)	14.6**	0.08**	0.7**	0.08**

*: p<0.05 vs kontrol, **: p<0.05 vs DS

SS-008

MİKROALBÜMİNÜRİSİ OLMAYAN TİP 2 DİYABETİK HASTALARDA NABIZ BASINCI VE ÜRİNER ALBÜMİN EKSKRESYONU ARASINDAKİ İLİŞKİ

Seydahmet Akın¹, Zeki Aydın², Özlem Çakır¹, Sinan Kazan¹, Necmi Eren³

¹SBÜ, Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları

²Darica Farabi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji

³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji

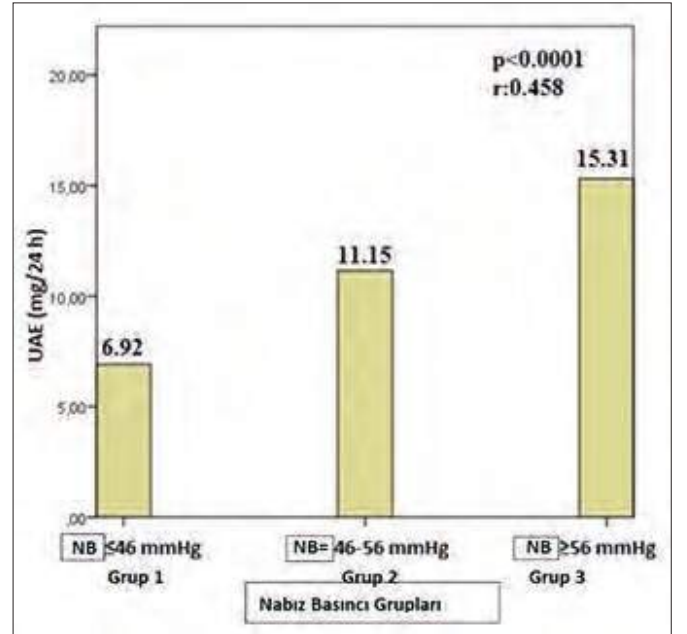
Amaç: İdrar albümin ekskresyonunun tip 2 diyabetik hastalarda hipertansiyon ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Birçok çalışmada, idrar albümin atılımı ile nabız basıncı (NB) arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır. Bu çalışmada, mikroalbuminüri olmayan tip 2 diyabetik hastalarda idrar albümin atılımı ve nabız basıncı arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Yöntemler: Nonmoalbuminüri olan tip 2 diyabetli hastalar retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalardan demografik, laboratuvar verileri, idrar albümin atılımı, kan basıncı ve nabız basıncı ölçümleri alındı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 588 hasta (% 70,1, kadın) dahil edildi. Yaş ortalaması 57.2 $\pm$ 9.7 yıl idi. Hastalar NB'ya göre hafif, orta ve yüksek NB olarak üç gruba ayrıldı. Grup 1: NB $\leq$ 46 mmHg idi, hastaların % 37.4'i (n: 220) bu hafif nabız basıncı grubunda idi, Grup 2: PP = 46-56 mmHg ve hastaların % 40.8'i (n: 240) bu orta NB grubunda idi. Grup 3: NB $\geq$ 56 mmHg idi ve hastaların % 21.8'i (n:128) bu yüksek NB grubundaydı. İdrarda albümin miktarı Grup 1'de 6.92 $\pm$ 4.20 mg/24 saat, Grup 2'de 11.15 $\pm$ 7.70 mg/24 saat ve Grup 3'de 15.31 $\pm$ 5.80 mg/24 saat olarak bulundu (Şekil 1). Tip 2 diabetes mellituslu normoalbuminürik hastalarda sistolik, diastolik veya ortalama kan basıncı düzeylerinden bağımsız olarak nabız basıncı ile idrar albümin atılımı arasında anlamlı bir pozitif korelasyon (r: 0.458) vardı.

Sonuç: Nabız basıncı, mikroalbuminüriye ilerlemenin bir belirtisi olabilir. Artan nabız basıncı diyabetik nefropatinin gelişimi için bir risk faktörü olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Albuminüri, nabız basıncı, kan basıncı, diyabetik nefropati, Tip 2 diabetes mellitus



Şekil 1.

SS-009

RATLARDA WHEY PROTEİN ALIMI VE EGZERSİZİN KEMİK MİNERAL METABOLİZMASINA ETKİSİ

Atilla Kunt¹, Ömer Faruk Özer², Ömer Celal Elçioğlu³, Meltem Gürsu³, Serra Ayşe Artan³, Ali Toprak⁴, Rümeyza Kazancıoğlu³

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

⁴Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı

Giriş: Yüksek protein alımı kan ve idrar fosfat seviyelerini etkilemektedir. Fosfatın, FGF-23 ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı whey proteini alımının ve uzun dönem egzersizin kemik mineral metabolizmasına etkisini incelemektir.

Materyal Metod: 48 genç erkek albino wistar rat 6 gruba ayrıldı (n=8): Normal (20%) Protein(NP)-Sedenter(NPS), NP-Egzersiz (NPE), Yüksek (45%) Protein(YP) Sedenter(HPS), YP-Egzersiz(YPE), Aşırı Kullanım(70% Protein) (A)-Sedenter(AS) ve Aşırı Kullanım-Egzersiz (AE). Tüm gruplar *ad libitum* beslendi. Egzersiz gruplarında özel hazırlanan koşu bandında ağırlıklı belirlenen programlar uygulandı. 1,30, 60 ve 90'ncı günlerde tüm gruplardan 12 saatlik idrar metabolik kafeslerde bekletilerek ve kan örnekleri jugular venden izofluran etkisi altına alınarak hemen çalışıldı. İdrarda Kalsiyum ve Fosfat spektrofotometrik otoanalizörle bakıldı. Kanda LDH, albümin, kalsiyum, fosfat spektrofotometrik otoanalizörle bakıldı. FGF-23 ve D vitamini ELISA yöntemi ile saptandı. İstatistik analizi SPSS v22.0 kullanılarak Kruskal-Wallis yöntemi ile hesaplandı.

Sonuç: Sonuçlar Tablo 1'de özetlenmiştir. FGF-23 30 ve 60'ncü günlerde anlamlı bir değişiklik göstermezken 90'ncü günde diyet ve egzersize bağlı anlamlı değişiklik gösterdi. FGF-23 Whey protein alımı ile artarken egzersiz ile azaldı. Kanda fosfat 30 ve 60'ncü günlerde diyet ve egzersize bağlı olarak değişirken 90'ncü günde sadece egzersize bağlı olarak değişiklik gözlemlendi. Kan ve idrarda fosfat ve FGF-23 ün istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu gösterildi. İdrarda kalsiyum ve fosfor atılımı 30uncu günde diyet ve doza bağlı, 60 ve 90'ncü günlerde diyet egzersiz ve doza bağlı anlamlı olarak değiştiği izlenmiştir. Kalsiyum atılımı protein alımı ile doza bağlı olarak artmıştır.

Tartışma: Whey protein alımı doz-bağımlı olarak kemik mineral metabolizmasını kötü etkilerken; egzersiz bu kötü etkileri azaltıcı yönde katkı sağladı. Bu nedenle özellikle kronik böbrek hastalıklarında diyet önerilerinde protein miktarı belirlenirken egzersiz kapasitesi ve kemik mineral metabolizması da birlikte göz önüne alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: kemik mineral metabolizması beslenme fgf 23

Tablo 1:

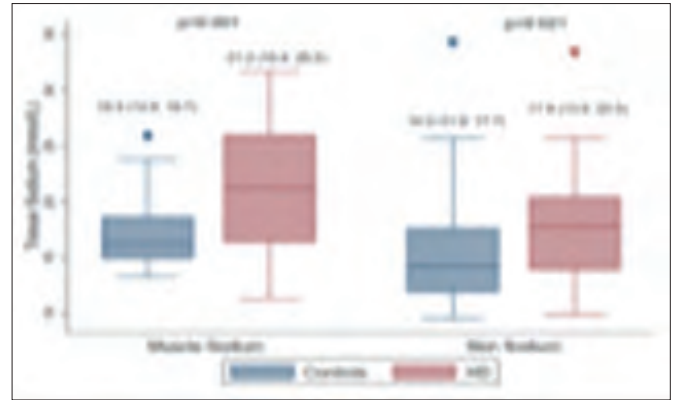
	Normal Whey Protein				High Whey Protein				Abuse Whey Protein				p values		
	Sedentary		Exercise		Sedentary		Exercise		Sedentary		Exercise		Diet	Training	Dose
Days	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Effect	Effect	Effect
Serum Albumin (mg/dl)	30	3.63	0.46	3.46	0.92	3.57	0.16	3.29	0.97	3.56	0.12	3.31	0.64	p<0.05	p<0.05
50	3.24	0.15	3.44	0.90	3.13	0.97	3.41	0.64	3.15	0.12	3.21	0.11	p<0.05	p<0.05	p<0.05
80	3.10	0.12	2.90	0.32	2.60	0.20	2.68	0.13	2.99	0.35	2.65	0.12	p<0.05	p<0.05	p<0.05
Serum LDH (U/L)	30	859.25	273.95	963.38	200.61	1019.14	209.61	1348.29	267.75	1556.25	213.35	1717.98	551.30	p<0.05	p<0.05
50	1466.38	248.73	1021.26	331.64	1308.50	419.08	1195.13	196.6	1472.13	367.00	1471.78	416.49	p<0.05	p<0.05	p<0.05
80	2561.00	1319.02	111.13	338.30	2108.50	484.40	732.90	278.50	1697.63	161.05	1462.75	564.04	p<0.05	p<0.05	p<0.05
Serum Calcium (mg/dl)	30	10.85	0.30	10.66	0.30	11.08	0.26	10.66	0.15	10.96	0.24	10.93	0.39	p<0.05	p<0.05
50	10.38	0.36	10.26	0.25	10.08	0.27	10.28	0.16	10.44	0.29	10.26	0.27	p<0.05	p<0.05	p<0.05
80	10.18	0.31	9.90	0.19	9.84	0.13	10.23	0.74	10.01	0.10	10.64	0.71	p<0.05	p<0.05	p<0.05
Serum Phosphate (mg/dl)	30	6.88	0.35	6.75	0.31	6.91	0.64	6.31	0.48	6.86	0.49	6.31	0.47	p<0.05	p<0.05
50	6.61	0.60	6.89	0.29	6.79	0.85	6.03	0.42	6.15	0.34	5.91	0.35	p<0.05	p<0.05	p<0.05
80	8.89	1.42	5.20	0.84	6.62	0.62	7.21	1.54	7.02	0.63	7.24	0.74	p<0.05	p<0.05	p<0.05
FGF-23 (mg/dl)	30	720.43	154.30	626.90	159.76	711.97	156.49	647.38	198.20	692.77	272.55	754.30	171.91	p<0.05	p<0.05
50	773.29	135.32	657.89	124.12	750.38	161.18	616.25	268.27	650.63	93.66	891.77	60.34	p<0.05	p<0.05	p<0.05
80	915.90	74.73	636.31	203.60	842.23	73.09	889.61	93.74	885.88	136.73	806.95	120.85	p<0.05	p<0.05	p<0.05
Vitamin D (ng/ml)	30	4.35	0.96	4.19	0.78	4.14	1.36	5.29	1.69	4.29	0.94	5.91	1.63	p<0.05	p<0.05
50	4.07	1.90	4.27	0.90	2.95	0.58	5.89	1.50	3.53	0.92	6.16	2.82	p<0.05	p<0.05	p<0.05
80	7.17	4.66	7.51	2.77	6.73	3.15	5.97	2.42	6.78	2.89	11.50	3.50	p<0.05	p<0.05	p<0.05
Urine Phosphate (mg/dl)	30	60.64	35.13	137.25	42.60	34.14	24.90	55.65	14.44	18.95	16.45	48.04	22.42	p<0.05	p<0.05
50	75.88	40.80	88.20	35.03	47.56	29.70	40.00	25.78	66.71	32.50	55.80	34.90	p<0.05	p<0.05	p<0.05
80	115.64	65.11	109.49	45.28	62.74	77.93	82.40	33.47	6.84	4.72	132.00	103.60	p<0.05	p<0.05	p<0.05
Urine Calcium (mg/dl)	30	7.71	1.14	7.78	1.78	12.69	2.46	14.05	7.08	21.55	6.62	18.54	3.93	p<0.05	p<0.05
50	6.78	1.54	7.06	1.05	11.15	5.17	9.85	3.04	26.81	9.86	27.98	6.18	p<0.05	p<0.05	p<0.05
80	8.91	3.09	8.33	1.66	13.90	9.82	6.63	2.76	23.81	5.31	12.25	2.46	p<0.05	p<0.05	p<0.05

	Normal Whey Protein				High Whey Protein				Abuse Whey Protein				p values		
	Sedentary		Exercise		Sedentary		Exercise		Sedentary		Exercise		Diet	Training	Dose
Days	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Effect	Effect	Effect
Serum Albumin (mg/dl)	30	3.63	0.46	3.46	0.92	3.57	0.16	3.29	0.97	3.56	0.12	3.31	0.64	p<0.05	p<0.05
50	3.24	0.15	3.44	0.90	3.13	0.97	3.41	0.64	3.15	0.12	3.21	0.11	p<0.05	p<0.05	p<0.05
80	3.10	0.12	2.90	0.32	2.60	0.20	2.68	0.13	2.99	0.35	2.65	0.12	p<0.05	p<0.05	p<0.05
Serum LDH (U/L)	30	859.25	273.95	963.38	200.61	1019.14	209.61	1348.29	267.75	1556.25	213.35	1717.98	551.30	p<0.05	p<0.05
50	1466.38	248.73	1021.26	331.64	1308.50	419.08	1195.13	196.6	1472.13	367.00	1471.78	416.49	p<0.05	p<0.05	p<0.05
80	2561.00	1319.02	111.13	338.30	2108.50	484.40	732.90	278.50	1697.63	161.05	1462.75	564.04	p<0.05	p<0.05	p<0.05
Serum Calcium (mg/dl)	30	10.85	0.30	10.66	0.30	11.08	0.26	10.66	0.15	10.96	0.24	10.93	0.39	p<0.05	p<0.05
50	10.38	0.36	10.26	0.25	10.08	0.27	10.28	0.16	10.44	0.29	10.26	0.27	p<0.05	p<0.05	p<0.05
80	10.18	0.31	9.90	0.19	9.84	0.13	10.23	0.74	10.01	0.10	10.64	0.71	p<0.05	p<0.05	p<0.05
Serum Phosphate (mg/dl)	30	6.88	0.35	6.75	0.31	6.91	0.64	6.31	0.48	6.86	0.49	6.31	0.47	p<0.05	p<0.05
50	6.61	0.60	6.89	0.29	6.79	0.85	6.03	0.42	6.15	0.34	5.91	0.35	p<0.05	p<0.05	p<0.05
80	8.89	1.42	5.20	0.84	6.62	0.62	7.21	1.54	7.02	0.63	7.24	0.74	p<0.05	p<0.05	p<0.05
FGF-23 (mg/dl)	30	720.43	154.30	626.90	159.76	711.97	156.49	647.38	198.20	692.77	272.55	754.30	171.91	p<0.05	p<0.05
50	773.29	135.32	657.89	124.12	750.38	161.18	616.25	268.27	650.63	93.66	891.77	60.34	p<0.05	p<0.05	p<0.05
80	915.90	74.73	636.31	203.60	842.23	73.09	889.61	93.74	885.88	136.73	806.95	120.85	p<0.05	p<0.05	p<0.05
Vitamin D (ng/ml)	30	4.35	0.96	4.19	0.78	4.14	1.36	5.29	1.69	4.29	0.94	5.91	1.63	p<0.05	p<0.05
50	4.07	1.90	4.27	0.90	2.95	0.58	5.89	1.50	3.53	0.92	6.16	2.82	p<0.05	p<0.05	p<0.05
80	7.17	4.66	7.51	2.77	6.73	3.15	5.97	2.42	6.78	2.89	11.50	3.50	p<0.05	p<0.05	p<0.05
Urine Phosphate (mg/dl)	30	60.64	35.13	137.25	42.60	34.14	24.90	55.65	14.44	18.95	16.45	48.04	22.42	p<0.05	p<0.05
50	75.88	40.80	88.20	35.03	47.56	29.70	40.00	25.78	66.71	32.50	55.80	34.90	p<0.05	p<0.05	p<0.05
80	115.64	65.11	109.49	45.28	62.74	77.93	82.40	33.47	6.84	4.72	132.00	103.60	p<0.05	p<0.05	p<0.05
Urine Calcium (mg/dl)	30	7.71	1.14	7.78	1.78	12.69	2.46	14.05	7.08	21.55	6.62	18.54	3.93	p<0.05	p<0.05
50	6.78	1.54	7.06	1.05	11.15	5.17	9.85	3.04	26.81	9.86	27.98	6.18	p<0.05	p<0.05	p<0.05
80	8.91	3.09	8.33	1.66	13.90	9.82	6.63	2.76	23.81	5.31	12.25	2.46	p<0.05	p<0.05	p<0.05

eşleştirilmiş) arasında hem kas hem de deri Na⁺ içeriği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Diyabetik hastalar çıkartılarak yapılan sensitivite analizinde median doku Na⁺ konsantrasyonu HD hastalarında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti [sırasıyla 20.5 (IQR, 15.5, 25.3) mmol / L ve 16.1 (IQR, 14.8, 18.6) mmol / L, p). = 0.011].

Sonuç: Bu veriler, HD hastalarında eşleştirilmiş sağlıklı kontrollere kıyasla belirgin bir kas ve deri tuz birikimin olduğunu açıkça göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Doku sodyum birikimi, NaMRI, Kronik böbrek hastalığı



Şekil 1.

Tablo 1: Hemodiyaliz hasta ve kontrol grubunun klinik ve demografik özellikleri, median (IQR)

	Hemodiyaliz	Kontrol	p
Hasta sayısı	23	41	
Yaş, (yıl)	54 (45, 65)	51 (45, 59)	0.34
Cinsiyet/erkek N (%)	14 (%61)	23 (56%)	0.71
İrk/beyaz	17 (%74)	23 (56%)	0.16
DM, N (%)	5 (%22)	1 (2%)	0.011
BMI, kg/m ²	29.5 (25.6, 33.6)	27.6 (25.4, 31.4)	0.30
SBP, mmHg	141 (126, 160)	132 (124, 139)	0.046
DBP, mmHg	76 (67, 82)	77 (72, 84)	0.36
Kreatinin, mg/dL	9.3 (8.11, 9)	0.9 (0.83, 1.06)	<0.001
Kas sodyum, mmol/L	21.2 (16.4, 26.0)	16.3 (14.9, 18.7)	<0.001
Deri sodyum, mmol/L	17.9 (13.9, 20.5)	14.3 (11.9, 17.7)	0.021

SS-010

KRONİK BÖBREK HASTALIĞINDA DOKU SODYUM DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nihal Özkayar, Serpil Müge Değer, Aysel Alsouqi, Adrienne Clagett, Talat Alp İkizler
Vanderbilt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nashville, Tennessee, USA

Amaç: Hemodiyaliz (HD) hastaları kas dokusunda protein anabolik cevabın küntlüğüne bağlı olarak protein-enerji tükenmesinden (PEW) muzdariptir. Sürekli var olan sistemik inflamasyon, iskelet kasi net protein dengesinin güçlü ve bağımsız bir belirleyicisidir. Ozmotik olmayan sodyumun (Na⁺) deride ve kasta onunla orantılı su tutulumu olmaksızın depolandığı ve bu depolanmanında lokal immün hücre aktivasyonuna ve hızlanmış bir pro-inflamatuvar duruma yol açtığı gösterilmiştir. Biz bu çalışmada sürekli hemodiyaliz hastalarında doku (kas ve deri) Na⁺ düzeylerini değerlendirmeyi amaçladık.

Metod: Çalışmaya 23 HD hastası ve 41 kontrol grubu dahil edildi. Tüm hasta ve kontrol grubuna kas ve deri dokusunda Na⁺ konsantrasyonunu ölçmek amacı ile sol alt bacak 23 Na⁺ manyetik rezonans (NaMRI) görüntüleme yapıldı.

Sonuçlar: Grupların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Kas ve deri Na⁺ birikimi ile ilgili verilerin grafiği Şekil 1'de gösterilmiştir. HD hastaları ve kontrol grubu (yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi ve ırk için

SS-011

MALNUTRITION SCREENING WITH MUST IN HEMODIALYSIS PATIENTS

Üstün Yılmaz, Seyit Uyar, Ayça İnci, Gökhan Köker, Süleyman Dolu, Mehmet Kök, Aysun Ünal, Ayhan Hilmi Çekin, Metin Sarıkaya
Antalya Training and Research Hospital

Purpose: Wasting and malnutrition are frequently encountered problems in hemodialysis patients and may increase morbidity and mortality. This problem has prompted the development of new nutritional screening tools which are easy to use and reliable. The malnutrition universal screening tool (MUST) is a quick and easy-to-use nutritional screening tool that does not require any laboratory parameters. The aim of this study was to determine the validity of MUST in maintenance hemodialysis patients.

Methods: The MUST and malnutrition inflammation score (MIS) for nutritional screening was applied to 88 hemodialysis patients. Albumin, and pre-albumin, C reactive protein levels, body mass index (BMI) and calf circumference were measured in all patients. The combination of hypoalbuminemia, lower BMI and calf circumference according to the International Society of Renal Nutrition and Metabolism (ISRNM) report, a score of MUST ≥ 2 and a score of MIS ≥ 6 were accepted as malnourishment. Comparative and validity analyses of these parameters were performed.

Results: Malnutrition was identified in 14.78% of patients according to MUST, 10.22% according to MIS and 13.63% according to the ISRNM report. The BMI values and calf circumference of patients with a score of MUST ≥ 2 were significantly lower than those of patients with a MUST score of 0-1 ($p < 0.001$). The sensitivity of MUST was 22.2% using MIS criteria and 50% using the ISRNM report. Specificity was 86.1% according to MIS and 90.8% according to the ISRNM report.

Conclusion: Although not sensitive, the MUST is a specific nutritional screening tool in hemodialysis patients according to MIS and ISRNM report.

Keywords: Hemodialysis, malnutrition, nutritional assessment, sensitivity and specificity

SS-012

AN UNRESOLVED ISSUE: THE RELATION BETWEEN SPOT URINE PROTEIN TO CREATININE RATIO AND 24-HOUR PROTEINURIA

Davut Akin¹, Sehmus Ozmen²

¹Denizli State Hospital, Nephrology

²Diyarbakir Memorial Hospital, Nephrology

Background: Proteinuria is a well-known marker of diagnosis and progression of chronic kidney disease (CKD) and a prognostic risk factor for cardiovascular disease and mortality. Precision of the amount proteinuria provide the clinician to stage patients with CKD, risk of CKD progression and to monitor response to treatment. Although, 24-h urinary protein excretion is accepted as the gold standard method to measure daily proteinuria, it has some disadvantages such as, unfeasibility in children, over or under collection, inconvenience and long-time consumed. Therefore, clinical practice guidelines are now recommending a spot urine protein-to-creatinine ratio (sP/Cr) as first-line in the evaluation of proteinuria. Studies involving subject with various glomerular diseases which constitutes a significant population in nephrology departments demonstrated that the random sP/Cr ratio only modestly correlates with 24-h protein excretion.

Herein, we aimed to comprehensively investigate the relation between spot urine protein-to-creatinine ratio (sP/Cr ratio) and 24-hour protein excretion in a large number of patients with different diagnosis.

Methods: Patients with data of both 24-hour proteinuria (24-h proteinuria) and sP/Cr ratio were included retrospectively from the medical records of two medical centres. A total of 1222 urinary samples obtained from 694 adult patients were analysed.

Results: The mean age of patients included was 53.6 ± 15.9 years. The mean 24-h proteinuria and sP/Cr were 1.7 ± 2.4 gram/day and 1.8 ± 2.4 , respectively. The correlation between sP/Cr and 24-h protein excretion was very high ($r = 0.848$, $p < 0.0001$). sP/Cr ratio accounted for 72% of the variability in 24-h proteinuria in whole group (Figure 1a-1b). Areas under the curve (AUC) for 24-h proteinuria 0.3g/day, 1g/day and 3gr/day were 0.940, 0.966, and 0.949, respectively (Figure 2). The limits of agreement were between $+2.99$ and -2.73 g/day on Bland Altman analysis. When excluding the samples with a spot urinary creatinine (15.7% of samples) less than 39 mg/dl the mean difference become 0.005 ± 1.298 g/day. Limit of agreement becomes $+2.60$ and -2.56 g/day (Figure 3).

Conclusion: We found clinically unacceptable deviation between 24-h proteinuria and sP/Cr ratio. Therefore, it is still difficult to replace 24-h

proteinuria with sP/Cr ratio. Using sP/Cr ratio instead of 24-h proteinuria in subgroups of patients, especially the diabetic subjects should be avoided. A new equation using spot urine protein and creatinine values minimizing under or over estimation is still warranted.

Keywords: Proteinuria, spot urine protein-to-creatinine ratio, 24-hour proteinuria, cardiovascular disease, chronic kidney disease.

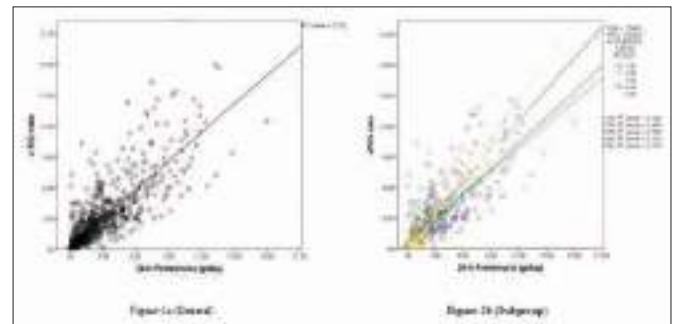


Figure 1.

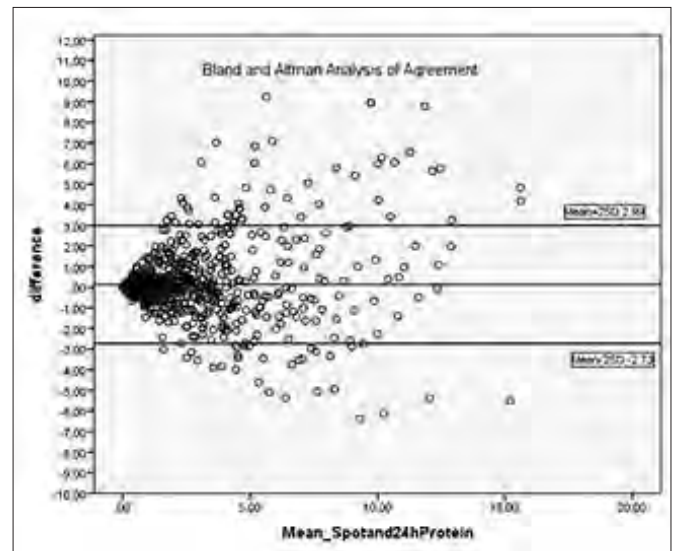


Figure 2.

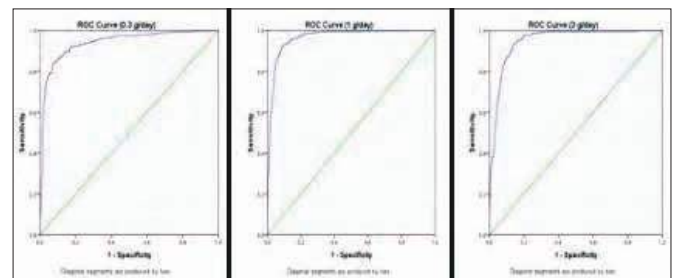


Figure 3.

SS-013

ENDOTELYAL NİTRİK OKSİT SENTAZ GEN POLİMORFİZMLERİNİN KONTRAST NEFROPATİ GELİŞİMİNE ETKİSİ

İlhan Kılıç¹, Orkide Arabacı Palabıyık², Tammam Sipahi², İlhan Kurultak², Sedat Üstündağ²

¹Kırklareli Devlet Hastanesi

²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Kontrast nefropati (KN) genel olarak damar içi radyografik kontrast madde maruziyeti sonrası 48 saat içerisinde başka nedenlere bağlanamayacak şekilde akut böbrek yetmezliği gelişmesi olarak tanımlanır. Kontrast nefropati medüller iskemiye, azalmış lokal prostaglandin aracılı vasodilatör üretimine, renal tübüller üzerinde doğrudan bir etkiye ve serbest oksijen radikallerinin neden olduğu hasar gibi birçok patojenik faktöre bağlı gelişebilir.

Yöntemler: Kronik böbrek hastalığı bulunan ve KN gelişen 94 hasta ile kronik böbrek hastalığı bulunan fakat KN gelişmeyen 120 kontrol çalışmaya dahil edildi. Tüm hasta ve kontrollerden yazılı onam alındı. Hastaların klinik özellikleri kayıt edildi. Laboratuvar tetkikleri hastane kayıtlarından alındı. Katılımcıların elde edilen DNA'ları EDTA ile antikoagüle edilmiş kan lökositlerinden PureLink Genomic DNA Mini Kit (invitrogen, USA) kullanılarak izole edildi. eNOS G894T (rs1799983), T786C (rs2070744) ve intron 4a/b (VNTR) gen polimorfizmleri için genomik DNA'nın özel bölgeleri 100 ng genomik DNA, her primerden 10 pmol ve AmpliTaq Gold 360 master Mix (AB applied biosystems, USA) içeren toplam 25 µL reaksiyon volümü içinde, polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) tekniği ile amplifiye edildi. Elde edilen veriler SPSS 20.0 paket programı ile analiz edildi. Çalışmadaki gen polimorfizmleri Hardy-Weinberg prensibine göre incelendi. Verilerin karşılaştırılmasında Student t-testi, Mann-Whitney-U testi ve Ki-kare testi kullanıldı. Kontrast nefropati için risk faktörleri değerlendirilirken regresyon analizi yöntemi kullanıldı. P değeri <0.05 olduğunda istatistiki olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Kronik böbrek hastalığı mevcut iken KN gelişmiş olan 94 hasta ile gelişmemiş olan 120 hasta demografik, klinik, laboratuvar ve genetik özellikleri açısından karşılaştırıldı. Hastaların yaşının 70 ve üzeri olmasının kontrast nefropati gelişim riskini doğrudan artırdığı saptandı (p<0,05). Hastaların işlemden önce MDRD ile hesaplanmış eGFR düzeylerinin KN gelişim riskini etkilemediği saptandı. Metabolik sendrom varlığı, KN için risk faktörü oluşturmak üzere istatistiksel olarak anlamlılık sınırında olarak bulundu. Kontrast verilme işleminin intravenöz ya da intraarteriyel olması, teşhis amaçlı ya da töröpötik olması ve elektif ya da acil olması ile KN gelişim riski arasındaki ilişki anlamlılık sınırında olarak saptandı. Intron 4a/b polimorfizmi ile KN gelişimi arasında ilişki saptanmadı (p>0,05). T786C gen polimorfizmlerinden CC alelinin kontrast nefropati gelişimini artırdığı, TT alelinin ise kontrast nefropatiye karşı koruyucu olduğu saptandı (p<0,05). G894T gen polimorfizmlerinden TT alelinin kontrast nefropati gelişimini artırdığı, GG alelinin ise kontrast nefropatiye karşı koruyucu olduğu saptandı (p<0,05).

Sonuç: Endotelial nitric oksit sentaz G894T ve T786C gen polimorfizmleri kontrast nefropati gelişimini etkilemektedir. 70 yaşın üzerindeki hastalarda da KN riski artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kontrast nefropati, gen polimorfizmi, nitrik oksit

SS-014

AMİLOİDOZ HASTALARINDA LİPİD DÜZEYLERİ NEFROTİK SENDROMUN DİĞER SEBEPLERİNDEN FARKLI OLABİLİR Mİ?

Mürvet Yılmaz¹, Ayşegül Kudu², Arzu Özdemir², Sibel Koçak Yücel², Kamile Gülçin Eken³, Ayşim Özağar³, Özlem Harmankaya², Süheyla Apaydın¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Suam

²Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

³Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Serum amiloid A (SAA), serumda esas olarak yüksek dansiteli lipoproteine (HDL) bağlı olan akut faz reaktanı bir proteindir. Uzun süreli artmış SAA seviyeleri, AA amiloidozuna (AAA) yol açabilir. Nefrotik sendrom (NS) kliniğindeki AAA'lı hastalardaki lipid düzeylerinin değerlendirilmesi, lipid parametrelerinin diğer nefrotik sendrom sebebi primer hastalıklarla karşılaştırılması amaçlandı.

Materyel Metod: Çalışmaya nefrotik düzeyde proteinüri (proteinüri>3.5 gr/gün) olan ve böbrek biyopsisi yapılmış 140 hasta (87E, yaş ortalaması 46.27±16.93 yıl) alındı. Lipid düşürücü tedavi kullanan 8 hasta çalışma dışı bırakıldı. Hastaların yaş, cinsiyet, lipid parametreleri (total, HDL, LDL kolesterol, trigliserid) ile patolojik tanıları kayıt edildi. Patolojisi AAA olan hastalar ile diğer NS tanılı hastalar lipid değerleri açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Değerlendirmeye 132 hasta (84E; yaş ortalaması 46.73±16.59 yıl) alındı. Patolojik olarak %31.1'i (n=41) AAA, %37.9'u (n=50) membranöz, %17.4'ü (n=23) fokal segmental glomeruloskleroz (FSGS) idi. Geri kalan %13.6'sında (n=18) glomerüllerde normale yakın görünüm veya glomerüllerde hafif mezangial matriks ve hücre artışı saptandı, minimal değişiklik hastalığı (MDH) olarak adlandırıldı. AAA hastaları ile AAA dışındaki hastalar karşılaştırıldığında cinsiyet dağılımlarına göre fark olmadığı ancak amiloidozlu hastaların yaşlarının daha yüksek olduğu görüldü (p=0.049). Amiloidozlu hastaların total ve HDL kolesterol düzeyleri daha düşük iken LDL kolesterol ve trigliserid düzeyleri arasında fark bulunmadı (Tablo 1). NS tipine göre değerlendirildiklerinde MDH grubunda hasta yaşı en düşük, membranöz grubunda FSGS ve MDH grubundan daha yüksek saptandı (p=0.026, p=0.001). Membranöz ve FSGS gruplarında kadın hastaların, MDH ve amiloidoz gruplarında erkek hastaların fazla olduğu görüldü. Amiloidoz grubunun total ve HDL kolesterol değerleri MDH grubundan daha düşük bulundu (p=0.001, p=0.003). Çalışmaya alınan değişkenler Stepwise Lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. NS'da AAA hastalarında kreatinin ve HDL kolesterolün bağımsız risk faktörleri olduğu, kreatinin ölçümlerindeki bir birimlik artışın AAA riskini 1,556 katına (%95 CI: 1,096-2,209), HDL kolesterol ölçümlerindeki bir birimlik düşüşün AAA görülme riskini 1,050 katına (%95 CI: 1,014-1,088) çıkarttığı saptandı.

Sonuç: AAA'da total kolesterol, HDL kolesteroldeki düşüklüğe bağlı olarak nefrotik sendromun diğer sebeplerinden daha düşük görülebilir. Bu da SAA esas olarak HDL'ye bağlandığı için olabilir.

Anahtar Kelimeler: Amiloidoz, total kolesterol, HDL kolesterol, nefrotik sendrom

Tablo 1: AA Amiloidoz ve amiloidoz dışı nefrotik sendromlu hastaların verileri

	NS (n=132) Ort±Ss	AAA (n=41) Ort±Ss	AAA dışı (n=91) Ort±Ss	p
Yaş (yıl)	46,73±16,59	50,44±12,30	45,07±18,01	0,049
Cinsiyet n (%) K/E	48 (36,4)/84 (63,6)	11 (26,8)/30 (73,2)	37 (40,7)/54 (59,3)	0,126
Total kolesterol (mg/dl)	310,20±109,08	272,85±94,15	327,02±111,61	0,008
HDL kolesterol (mg/dl)	50,30±16,14	43,76±13,25	53,35±16,52	0,001
LDL kolesterol (mg/dl)	213,85±94,87	192,72±82,01	223,78±99,26	0,092
Trigliserid (mg/dl)	243,79±134,37	220,85±116,58	254,12±141,05	0,296

SS-015

ÜREMİK HASTALARDA SERUM SALUSİN ALFA VE BETA DÜZEYLERİ İLE D- VİTAMİNİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Hamad Dheir¹, Savaş Sipahi¹, Mehmet Yıldırım², Seyyid Bilal Açıkgöz³, Ahmed Bilal Genç⁴, Selçuk Yaylacı⁴

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi- Yoğun Bakım Ünitesi Bilim Dalı

³Kargı Ahmet Hamdi Akpınar Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü

⁴Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Salusinler, yeni sınıf inflamatuvar biobelirteç, vazoaftif peptidler olarak son yıllarda tanımlanmıştır. Salusin alfa antiaterojenik özelliğe sahipken salusin beta ise proaterojenik özelliğe sahiptir. D vitamini kardiyovasküler hasarı ve inflamatuvar süreci inhibe edici etkisi olması nedeniyle üremik hastalarda D vitamini düzeyi ile salusin alfa ve beta düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırdık.

Materyal ve Metod: Çalışma, hemodiyaliz (HD)/periton diyaliz (PD) ünitemizdeki 60 hastanın katılımıyla gerçekleştirilmiştir. 37 HD (grup-1), 23 PD hastası (Grup-2) ve 30 sağlıklı gönüllü (Grup-3) katıldı. En az 6 aydır hemodiyaliz tedavisi gören 18-80 yaş arası inflamatuvar süreci etkileyecek durum olması ve D vitamini düzeyi etkileyecek tedavi almayan hastaları çalışmaya dahil edildi. Hastaların ve sağlıklı gönüllülerin -800C koşullarında saklanan serumlardan salusin alfa, salusin beta, 25-hidroksi vitamin D düzeyi mikro-ELİSA yöntemi ile çalışıldı. Hastaların demografik özellikleri ve laboratuvar bilgileri kaydedildi.

Sonuç: Gruplar arasında cinsiyet dağılımı ve yaş açısından fark yoktu (p>0.05). Hastaların demografik ve laboratuvar özellikleri tablo-1'de özetlendi. Gruplar arasında bakıldığında salusin alfa değeri ve D vitamini açısından anlamlı fark yokken (P>0.05) salusin beta ve salusin beta/alfa oranı açısından anlamlı fark saptandı (P=0.001). Tüm gruplarda D vitamini ile salusin beta ve salusin beta/alfa oranı arasında negatif korelasyon saptandı (P<0.05).

Tartışma: Salusin beta, salusin beta/alfa oranının üremik hastalarda aterosklerozun biyobelirteçleri olduğu daha önceki çalışmalarımızda gösterilmişti. Çalışmamızda da ateroskleroz gelişiminde etkisi olduğu, gösterilen beta ve beta/alfa oranının D vitamini düzeyinden olumsuz yönde etkilendiği gösterilmiştir. Üremik hastalarda D vitamini düzeyinin yükselmesinin salusin düzeyini azaltarak aterosklerotik süreci yavaşlatabileceği veya engelleyebileceği düşünülmüştür. Üremik hastalarda salusin beta ve salusin beta/alfa oranı ile D vitamini arasındaki ilişkiyi ilk olarak bu çalışmada tanımlanmıştır. Ancak bu sonuçları desteklenmesi açısından radomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Ateroskleroz, Salusinler, D vitamini

Tablo 1: Hastaların Demografik ve Laboratuvar Özellikleri

	Grup 1	Grup 2	Grup 3	P
Yaş	58,1±16,9	52,8±14,0	51,0±15,5	,172
Cinsiyet E/K	%64,9/%35,1	%56,5/%43,5	%50,0/%50,0	,468
Üre	150,6±38,6	105,7±51,5	29,8±12,4	<,001
Kreatinin	9,8±2,1	8,2±3,3	0,8±0,2	<,001
Sodyum	138,9±2,6	138,9±3,5	139,1±1,5	<,001
Potasyum	5,1±0,3	4,5±1,0	4,5±0,2	<,001
Kalsiyum	8,4±0,7	8,6±0,9	9,4±0,3	<,001
Fosfor	5,3±1,2	5,2±1,4	3,0±0,6	<,001
ALT	12,0±5,9	14,9±6,1	23,8±10,9	<,001
Glikoz	119,7±57,9	98,5±24,0	90,6±14,1	,171
Albumin	4,0±0,3	3,2±0,4	4,1±0,2	<,001
CRP	18,8±44,8	22,8±48,0	5,4±5,6	,020
ALP	173,8±86,9	144,6±94,5	81,4±22,1	<,001
Ferritin	589,9±272,7	479,7±466,4	67,8±62,1	<,001
Total	161,0±34,0	216,7±63,8	219,0±41,1	<,001
Kolesterol				
Trigliserid	129,6±53,6	211,2±120,2	152,5±66,7	,003
LDL/HDL	94,3±30,8/39,3±11,5	132,2±48,4/49,3±10,5	156,0±34,4/39,0±11,5	<,001/0,02
Hemoglobin	11,0±1,4	10,4±1,4	13,6±1,6	<,001

SS-016

SÜREKLİ HEMODİAFİLTRASYON UYGULANAN HASTALARDA BASE EXCESS UNMEASURED ANION İLE MORTALİTE İLİŞKİSİ

Bülent Güçyetmez, Hakan Korkut Atalan

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Akut böbrek yetersizliği (ABY) artmış unmeasured anionun (UA) bir nedenidir ve sürekli renal replasman tedavisi (SRRT) ile vücuttan elemine edilebilir (1). Artmış UA'nun yüksek mortalite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (2). Base excess UA (BE_{UA}), UA'ların BE üzerindeki etkisini gösterir ve BE_{UA}=BE-([Na-Cl-32]+[(42-albumin)/4]) formülü ile hesaplanabilir (3). Bu çalışmada, SRRT uygulanan ABY tanılı hastalarda artmış negatif BE_{UA} ile mortalite arasındaki ilişki araştırıldı.

Yöntemler: Çalışma 2017 yılında prospektif gözlemsel olarak dizayn edildi. KDIGO kriterlerine göre ABY tanısı almış ve SRRT gerektiren 63 hasta çalışmaya dahil edildi. Demografik datalar, SRRT öncesi ve SRRT'nin 24. saatindeki kan gazı parametreleri, serum albümin, kreatinin, kan üre nitrojeni (BUN), trombosit sayısı, yoğun bakım yatış gün sayısı ve mortalite kaydedildi. İstatistiksel analiz için Mann-Whitney U ve Pearson korelasyon testleri kullanıldı. Mortalite ihtimali için, SOFA skoru, ejeksiyon fraksiyonu (EF), 24. saat PaCO₂, HCO₃, laktat, BE, BE_{UA} ve trombosit sayısı değerleri lojistik regresyon modeline eklendi.

Bulgular: Çalışmada mortalite %36,5'tu. Ölen hastalarda SRRT öncesi ve SRRT'nin 24. saatindeki BE_{UA} düzeyleri yaşayan hastalara göre anlamlı düşüktü. Negatif BE_{UA} tespit edildikten sonra SRRT başlangıcına kadar geçen süre ile yoğun bakım kalış süresi arasında pozitif korelasyon tespit edildi (r²=0,28 p<0,001). Lojistik regresyon modelinde, laktat>2,3mmol/L ve 24. saat BE_{UA} ≤-8,5mmol/L olması mortalite ihtimalini sırasıyla 3,8-kat (1,1-6,9) and 4,7-kat (1,4-8,1) arttırdı (p=0,016 ve p=0,005).

Sonuç: SRRT uygulanan ABY tanılı hastalarda artmış negatif BE_{UA} değeri yüksek mortalite ile ilişkilidir. Bu nedenle, ABY tanılı hastalarda, SRRT'nin bilinen geleneksel indikasyonları ile birlikte BE_{UA} düzeylerinin de SRRT için bir indikatör olup olmayacağı tartışılmalıdır.

Kaynaklar

1. Int J Artif Organs 2003; 26:19-25
2. Crit Care Med 2017; 45:e1233-1239.
3. Crit Care 2005; 9:R464-70

Anahtar Kelimeler: akut böbrek yetersizliği, hemodiyalizasyon, unmeasured anions

SS-017

NEFROLOJİ POLİKLİNİĞİNDE SÜREKLİ TAKİP EDİLMEKTE OLAN HASTALARDA FABRY HASTALIĞI SIKLIĞININ TARANMASI: ANKET ÇALIŞMASI

Seray Saray², Aygül Çeltik¹, Gökhan Atay¹, Gülay Aşçı¹, Meltem Seziş Demirci¹, Mümtaz Yılmaz¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Nefroloji Bilim Dalı

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Fabry hastalığı X'e bağlı olarak kalıtılan alfa galaktosidaz A enzim eksikliği nedeniyle oluşan bir hastalıktır. Yanlış tanı konan, tanı konulması yıllar süren birçok hasta rapor edilmiştir. Bu nedenle prevalansı da genel popülasyonda 1/3,000 ile 1/120,000 arasında değişmektedir. Fabry hastalığının tanı konmasındaki güçlükleri nedeniyle risk faktörü taşıyan hasta gruplarında (diyaliz hastaları, sol ventrikül hipertrofisi, hipertrofik kardiyomyopati, kriptojenik serebrovasküler hastalık, böbrek nakil hastaları) vaka bulma-tarama çalışmaları sık uygulanan bir metottur.

Yöntem: Ege Üniversitesi Nefroloji polikliniğinde sürekli (dosya açılarak) takip edilen (diyalize girmeyen) hastalar Fabry hastalığı hakkında bilgilendirildi.

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara Fabry hastalığının belirti ve bulgularını değerlendiren bir anket düzenlendi. Anket sonucuna göre Fabry hastalığını düşündürebilecek belirti ve bulguları olan hastalardan Guthrie kâğıdına kuru kan örneklerinde alındı. Erkek hastalardan alfa galaktosidazA enzim aktivitesi, kadın hastalardan ise genetik analiz yapıldı. Çalışma için EÜTF etik kurulundan onay alındı.

Bulgular: Poliklinikte takipli olan yaklaşık 7000 hastadan 950 tanesi ankete katılmayı kabul etti. Bu hastalara Fabry anket formu uygulandı. Anketi tamamlayan hastaların yaş ortalaması 58 idi. Hastaların %55,3'ü erkek idi. Hastaların %16'sında hematüri, %36'sında 0,5 gram/gün üzerinde proteinüri mevcuttu. Hastaların %55'inin kreatinin değeri >1,3 mg/dl'nin üstünde idi. Hastaların %30,1'nin böbrek biyopsisi mevcuttu. Bu hastaların %45,4'ü FSGS tanısı almıştı. Ankete katılan hastalardan belirti ve bulguları Fabry hastalığını düşündürecek 362 hastadan Fabry taraması için kan alındı. Bir kadın hastada cNM_0000169.2 c.937G>T (pD313Y) (p. Asp313Tyr) heterozigot mutasyon saptandı. Enzim düzeyi <2,5 µmol/L/sa olan 33 erkek hastada ise mutasyon saptanmadı. Mutasyon saptanan kadın hastanın tetkiklerinde ek olarak böbrek biyopsisinde AA dışı amiloidoz, kemik iliği biyopsisinde multipl myelom-amiloidoz varlığı saptandı.

Sonuç: Tarama yapılmış olan 362 hastanın bir tanesinde genetik varyasyon saptanmıştır. Bu hastada ek olarak myelom saptanmıştır. Genetik varyasyonun polimorfizm ya da mutasyon olup olmadığının değerlendirilmesi hasta 2 ay içinde eksitus olduğu için yapılamamıştır.

Anahtar Kelimeler: Fabry hastalığı, risk grubu tarama, anket, alfa galaktosidazA



Şekil 1.

SS-018

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİNDE VASKÜLER KALSİFİKASYON VE GROWTH ARREST SPESIFIC PROTEIN 6 DÜZEYLERİ

Aysun Toraman¹, Lütfi Çetintepe², Hüseyin Elbi³, Fatma Taneli⁴, Raziye Yıldız⁴, Fatih Düzgün⁵, Yüksel Pabuşcu⁶, Gönül Dinç Horasan⁶, Seyhun Küşat¹

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Nefroloji Bilim Dalı, Manisa

²Çiğli Eğitim Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İzmir

³Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Manisa

⁴Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Manisa

⁵Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Manisa

⁶İzmir Ekonomi Üniversitesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Vasküler kalsifikasyon (VC) ve karotis intima media kalınlığıyla (KIMK) kardiyovasküler hastalıklar arasında güçlü bir ilişki vardır. K vitaminine bağlı bir protein olan Growth arrest spesifik protein 6 (Gas6) ve VC arasındaki ilişki birçok fare modelinde ve hücre kültürlerinde gösterilmiştir. Bununla birlikte, insan çalışmalarında diyabet ve/veya kronik böbrek hastalığında (KBH) Gas6 seviyelerinin arttığını veya azaldığını gösteren çelişkili sonuçlar vardır. Bu çalışmanın amacı KBH'li hastalarda plazma Gas6 düzeylerini ve KIMK ve koroner arter kalsifikasyon skoru (KAKS) ile ilişkisini incelemektir.

Yöntemler: Çalışmaya, kronik hemodiyaliz programında olan 32 hasta ile 105 prediyaliz hastası ve 73 sağlıklı kontrol dahil toplam 137 olgu alındı. Serum örneklerinde Gas6 düzeyleri ELISA yöntemi ile çalışıldı. Çalışmaya katılan tüm bireylerin karotis IMT ölçümü aynı radyolog tarafından yapıldı. KAKS, çok kesitli bilgisayarlı tomografi ile ölçüldü.

Bulgular: Kontrol grubunda Gas6 düzeyleri 98.84 ± 53.32 olup diyaliz (63.85 ± 38.92) ve prediyaliz grubundan (54.96 ± 38.49) istatistiksel olarak daha yüksek saptandı (p = 0.001). Karotis IMK değerleri, prediyaliz ve diyaliz gruplarında benzerdi. Bu değerler kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek saptandı. KAKS, diyaliz grubunda prediyaliz ve kontrol grubuna göre daha yüksek olmasına rağmen, dağılım aralığı çok geniş olduğundan sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı. Hasta grubunda 56 diyabetik ve 81 diyabetik olmayan hasta vardı. Diyabetik hastalarda Gas6 düzeyleri diyabetik olmayanlara göre daha düşüktü (sırasıyla 53.69 ± 35.26, 69.26 ± 47.50, p = 0.023). Diyabetiklerde karotis IMK diyabetik olmayanlara göre artmış olduğu görüldü (sırasıyla 0.70 ± 0.17, 0.60 ± 0.17, p = 0.002). Gas6 ile yaş, VKİ, karotis IMK ve proteinüri arasında anlamlı korelasyon saptandı. Lojistik regresyon analizinde Gas6 ile VKİ, KIMK ve proteinüri ilişkisi devam etti.

Sonuç: Çalışmamızda diyabetik hastalarda düşük Gas6 düzeyleri saptanması ve Gas6'nın VKİ, KIMK ve proteinüri ile negatif korelasyon göstermesi, kronik böbrek yetersizliğinde Gas6 düzeylerinin azalmasının, bozulmuş glukoz toleransı, kronik inflamasyon, endotel disfonksiyonu ve artmış apoptoz yoluyla vasküler kalsifikasyonda önemli bir rol oynadığını desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Growth arrest spesifik protein 6, vasküler kalsifikasyon, kronik böbrek yetmezliği, karotis intima media kalınlığı, koroner arter kalsifikasyon skoru

Tablo 1: Grupların laboratuvar ve radyolojik bulguları

	Kontrol (n=73)	Prediyaliz	Diyaliz	P değeri	P değeri (Alt grup analizi)
WBC (K/cmm)	6441.30±1528.36	8170.00±2357.50	8654.55±2090.01	0.001	cq, cnd, pnd
Hb (g/dl)	14.17±1.69	11.54±2.15	9.81±1.19	0.001	cqnd
Serum kreatinin (mg/dl)	0.78±0.16	1.96±1.64	5.94±1.55	0.001	cqnd
Albumin (g/dl)	4.29±0.39	3.67±0.85	3.38±0.76	0.001	cq, cnd, pnd
Ürük asit (mg/dl)	5.30±1.70	6.93±2.04	6.41±1.82	0.001	cq, cnd, pnd
Uyuzon (mg/dl)	293.23±61.90	427.25±156.39	477.09±184.54	0.001	cq, cnd, pnd
CRP (mg/dl)	2.51±1.24	3.09±1.89	2.43±1.40	0.538	
Yeni hastaneler (mg/dl)	195.73±17.41	320.44±66.9	228.5±128.74	0.282	
LDL (mg/dl)	118.82±27.92	132.53±55.67	122.25±64.60	0.406	
TG (mg/dl)	144.19±100.91	183.79±101.23	219.43±124.24	0.001	
BGL (mg/dl)	47.69±11.20	51.39±17.47	45.05±10.77	0.165	
Uyuzon (mg/dl)	9.40±0.60	9.27±0.80	8.51±1.41	0.060	
Protein (mg/dl)	3.62±0.53	4.12±1.00	5.51±1.41	0.001	cq, cnd, pnd
Ca-Parmen (mg/dl)	34.14±5.61	37.93±8.72	49.74±15.40	0.001	cq, cnd, pnd
WBC+CRP (mm)	105.83±20.86	57.75±34.55	8.89±3.77	0.001	cqnd
PTT (g/dl)	57.13±26.87	123.34±106.79	139.52±302.93	0.001	cqnd
ALP (U/L)	74.90±26.16	108.23±99.77	105.17±66.84	0.382	
Uyuzon (mg/dl)	47.34±38.09	115.02±193.54	207.58±157.25	0.001	cnd, pnd, cq
Protein (mg/dl)	62.15±147.80	1734.06±2539.12	3850.91±3892.16	0.001	cqnd
Graf (g/dl)	98.84±53.32	54.96±38.49	63.85±38.92	0.001	cq, cnd, pnd
KIMK	0.46±0.10	0.60±0.17	0.63±0.19	0.001	cq, cnd, pnd
KAKS	0.13±0.62	259.40±775.10	452.68±900.83	0.111	

SS-019

DEĞİŞİK GLOMERÜLONEFRİTLERDE MPV DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Tolga Yıldırım¹, Berranur Kütahya², Fatma İş², Müge Üzerk Kibar¹, Şeref Rahmi Yılmaz¹, Mustafa Arıcı¹, Bülent Altun¹, Arzu Sağlam Ayhan³, Yunus Erdem¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş: MPV (ortalama trombosit hacmi) kanda bulunan trombositlerin ortalama büyüklüğünü gösteren bir değer olup değişik klinik durumlarda kullanılabilen bir belirteç olduğu öne sürülmektedir. FMF (Ailesel akdeniz ateşi) hastalarında yapılan çalışmalarda amiloidozu olan grupta amiloidozu olmayan gruba göre MPV'nin anlamlı olarak daha düşük olduğu gösterilmiştir. Bu durumun nedeni tam olarak bilinmemektedir. Bu çalışmada amiloidoz hastalarında görülen MPV düşüklüğünün amiloidozise spesifik mi olduğu yoksa hipoalbuminemi ya da proteinürinin bir sonucu mu olduğunu ortaya koymak için proteinüri ile seyreden amiloidoz, membranöz glomerülo nefrit, IgA nefropatisi ve fokal segmental glomerüloskleroz (FSGS) hastalarında MPV değerlerinin karşılaştırılması ve MPV değerini etkileyen parametrelerin incelenmesi planlanmıştır.

Materyal-Metod: Çalışma için 1 Ocak 2000 ile 1 Ocak 2018 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı'nda böbrek biyopsisi yapılmış tüm hastalar tarandı. Benzer yaş ve cinsiyette amiloidoz, membranöz glomerülo nefrit, IgA nefropatisi ve FSGS tanıları konulmuş 50'şer hasta rastgele seçildi. Transplant hastaları yanı sıra böbrek biyopsi sonucunda birden fazla patoloji saptanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların biyopsi öncesi MPV, serum kreatinin, serum albümin ve 24 saat protein atımları karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Dört gruptaki hastaların MPV, serum kreatinin, serum albümin ve 24 saat protein atımları Tablo 1'de gösterilmiştir. Amiloid hastalarında MPV değeri IgA nefropati ve FSGS hastalarına göre anlamlı olarak düşük iken (p değeri sırasıyla 0,001 ve 0,02) membranöz glomerülo nefrit hastalarındakinden farklı değildi (p=0,448). Benzer şekilde amiloidozisli hastaların IgA nefropati ve FSGS hastalarına göre 24 saatlik protein atımları daha yüksek ve serum albümin düzeyleri daha düşüktü. Bu parametreler yönünden amiloidozis ve membranöz glomerülo nefrit hastaları arasında fark yoktu. MPV ile serum albümin düzeyi arasında pozitif yönde bir korelasyon saptandı (r=0,231 p=0,001).

Tartışma: Amiloidoz hastalarındaki MPV düşüklüğünün nedeni amiloidozdan ziyade hipoalbuminemi olarak saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Amiloidoz, glomerülo nefrit, MPV

Tablo 1: Hastaların MPV, serum kreatinin, serum albümin ve 24 saat protein atımları

	MPV	Kreatinin	Albümin	Proteinüri
Amiloidoz	8,11	1,22	2,57	6544
Membranöz	8,27	0,97	2,68	8523
FSGS	8,72	1,49	3,61	4881
IgA nefropati	8,93	1,70	3,82	2522

SS-020

TÜRKİYE'DE AKUT BÖBREK HASARININ EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLERİ,ETKİLEYEN FAKTÖRLER, SEYRİ VE AKİBETİ

İtir Yeğenağa¹, Serhan Tuğlular², Saim Paydaş³, Belda Dursun⁴, Sibel Bek⁵, Meltem Gürsu⁶

¹Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Nefroloji Bilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Nefroloji Bilim Dalı

³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Nefroloji Bilim Dalı

⁴Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Nefroloji Bilim Dalı

⁵Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Nefroloji Bilim Dalı

⁶Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Nefroloji Bilim Dalı

ABH(Akut Böbrek Hasarı) son yıllarda tüm dünyada önemli bir böbrek yetmezliği olarak gündeme gelmektedir. Birçok sistemik hastalık seyrinde görülen ancak kolayca dikkatten kaçan bir durumdur. Son yıllarda ortaya atılan tanı kriterleri ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi sonucunda erken tanınması ve önlem alınması geri döndürülmesi mümkün olmuştur. Bir hastada hastalığının seyrinde ABH gelişmesinin hastanın kötü sonuçlanmasına neden olan faktörlerin başında geldiği düşünülmektedir. Olumsuz sonuç derken ölüm, hastalık hali, son dönem böbrek hastalığı gelişimi ve diyaliz, transplantasyon gibi pahalı tedavi yöntemleri gereksiniminde söz edilmektedir. Dünyada her yıl 13,3 milyon kişinin ABH geliştirdiği ve bunun da %85'inin de gelişmekte olan ülkelerde yaşayan kişiler olduğunu yapılan çalışmalar göstermiştir. Ayrıca kesin olmamakla birlikte dünyada 1,7 ölüme ABH'nın katkısı olduğu düşünülmektedir.

Bu bilgiler ışığında biz de ülkemizde ABH'nın farkındalığının ne boyutta olduğunu ve sebep, sonuç, risk faktörlerinin neler olduğunu ve bölgesel dağılımında farklılıklar olup olmadığını anlamak için bu çalışmayı başlattık.

Çeşitli merkezlerden yoğun bakım, acil ve yatan hastalarını KDIGO kriterleri esas alınarak ABH değerlendirilmesine tabi tutmalarını istedik. Bu değerlendirmeleri bir elektronik database sistemine yerleştirdik. Çalışmanın 1 ay sürdürülmesi planlanmıştı ancak olgu sayısı yetersiz bulunduğundan çalışmanın 1 yıla kadar uzatılması çalışmanın sponsoru olan Türk nefroloji derneği tarafından uygun görüldü. Bu çalışmada kayıt sistemine girilen ilk 545 olgunun ön değerlendirilmesi sunulmuştur.

Çalışmaya bu zamana kadar 17merkez olgu girişi yapmıştır. Bölgelere göre;1. Bölge; Marmara (İstanbul)(n=132) 2. Bölge; Marmara 2(Kocaeli, Gölçük)(n=104), 3.Bölge; Güney Anadolu; (Adana, Mersin, Pamukkale) (n= 157), 4. Bölge; İç Anadolu(Kayseri, Ankara, Konya) (n=32), 5.Bölge; Güneydoğu (Batman, Fırat) (n=120), 6.Bölge; Doğu Anadolu(Muş).

Yaş ortalaması:65±16, %47'si kadın olan ABH grubunun %16'sı yoğun bakım, %51'i yatan hasta, %31'i acilden gelen hasta idi. %27ABH evre 1, %35 evre2, %38 evre 3 olarak değerlendirildi. En sık neden olarak %65 oranında prerenal ve bunun %27'sinin dehidratasyon olduğu dikkati çekti. Sepsis %22 oranında bulundu. En sık başyuru nedeni enfeksiyon, genitoüriner sistem ile ilgili ve kardiyovasküler sorunlar idi (Sırası ile %27, %18, %14). Olguların %22 si tam, %28'i kısmen iyileşir iken %14ünün kaybedildiği dikkat çekti. Bunun yanında %20 hastada diyaliz tedavisine gereksinim oldu ve ülkemizde en çok aralıklı hemodiyaliz tedavisi kullanılmaktadır (%17).

Bu çalışma ışığında ülkemizde ABH dikkat çekmeyi ve nefrolog arkadaşlarımızın bu konuya yeterince önem vereceklerine inanıyoruz. Sonuçlar bize ülkemizdeki ABH hastalarının büyük bir kısmının düzeltilebilen nedenlerle ortaya çıktığını ve erken tanı ve uygun tedavi ile böbrek işlevlerini düzeltilebileceği inancını düşündürmüştür. Bu duruma göre her izlenen hastada öncelikle böbreklerin durumunu bir kere gözden geçirmekte yarar vardır.

Anahtar Kelimeler: Akut Böbrek Hasarı, epidemiyoloji, akibet

Tablo 1: ABH Tanım

I	48 saatte serum kreatinini 0,3md /dl artış göstermesi
II	7 gün içinde serum kreatinini 1,5 katı artış göstermesi
III	İdrar miktarı 0,5ml/kg/ 6 saat

Tablo 2: ABH Türkiye Panaromik çalışmasının protokolü

Merkez Bilgileri	Merkezin adı, Araştırmacı katılımcı
Hastanın Kimlik bilgileri	Adı/soyadı/TC No/DosyaNo/Yaşı, doğum tarihi
Yatış tarihi	
ABH geliştiği tarih	
Hastanın kaynağı	Yoğun bakım, Acil, Yatan hasta
Basal kreatinin değeri	
ABH geliştiğindeki kreatinin değeri	
ABH tanı kriterleri	
ABH şiddeti	Evre 1, Evre 2, Evre 3 (KDIGO kriterleri esas alınmıştır)
SIRS; sepsis	
Hastaneye geliş nedenleri	
Co-morbidite	
RRT si, ve tipi.	
Akibet	Tam iyilik hali, Yarıym iyilik hali, HD bağımlı, Ölüm

SS-021

BÖBREK NAKLİ BEKLEME LİSTESİNDEKİ HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE DUYARILILAŞMA RİSK FAKTÖRLERİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Gizem Kumru¹, Şiyar Erdoğan¹, Şura Öztekin², Sim Kutlay¹, Şehsuvar Ertürk¹, Kenan Keven¹, Şule Şengül¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Böbrek nakli, son dönem böbrek yetmezliğinde (SDBY) en seçkin tedavi modalitesidir. Organ verici kaynağının yetersiz olması nedeniyle, kadavra nakil bekleme listesindeki hasta sayısı giderek artmaktadır. Çalışmamızda merkezimiz böbrek nakli bekleme listesindeki SDBY hastalarının demografik ve klinik özellikleri araştırılmıştır.

Yöntemler: Temmuz 2018 itibarıyla Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi böbrek nakli bekleme listesindeki hastalar değerlendirilmiştir. Demografik özellikleri, komorbiditeleri, renal replasman tedavisi (RRT) ve immünolojik özellikleri incelenmiştir.

Bulgular: 528 böbrek nakli alıcı adayının %44'ü kadın ve yaş ortalaması 53 ±13 (min:3 max:88) yıldır. Sonuçlar Tablo 1'de sunulmuştur. Nakil listesinde ortalama bekleme süresi 57±47 (min:1 max:312) aydır. Hastaların %95'i diyalizde takip edilmektedir ve kadınların diyalizde geçirdikleri süre erkeklerden uzundur (sırasıyla 79 vs. 64 ay, p:0,04). SDBY nedenleri %28 hipertansif nefropati, %21 diyabetik nefropati ve %15 glomerülonefrit olarak bildirilmiştir. Hipertansiyon, diyabetes mellitus ve kardiyovasküler hastalıklar en sık görülen komorbiditelerdir ve kardiyovasküler hastalıkların prevalansı erkeklerde daha yüksektir (sırasıyla 20% vs. 12%, p:0,01). A (%40) ve O (%36) kan grubu hastalar çoğunluktadır. Kadınların %60'ı, erkeklerin ise %43'ünde anti-HLA antikorları pozitif saptandı (p:0,003). Ortalama MFI titresi kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir (sırasıyla p:0,003 ve p<0,001). Kadınlarda duyarılışmanın daha sık görülmesi gebelik, kan transfüzyonunun sıklığı (p:0,003) ve uzun diyaliz süresi (p:0,04) ile açıklanabilir.

Sonuç: Çalışmamız, merkezimizde böbrek nakli bekleme listesindeki hastalarla ilgili değerli klinik bilgiler sunmaktadır. Önemli komorbiditeler ve immünolojik risk faktörleri taşıyan bu hasta grubunun, böbrek nakli alıcı adayları olarak ayrıntılı değerlendirilmesi hastalara uygun RRT seçeneğinin sunumu, greft ve hasta sağkalımının artırılması için önemlidir. Tüm dünyada olduğu gibi HLA antijenlerine karşı duyarılışma, hasta grubumuzda da önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde organ dağıtımındaki kriterler duyarılışmış hastalar göz önünde bulundurularak güncellenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, kadavra nakil bekleme listesi

Tablo 1:

Böbrek nakli istenilenler	Erkek (n:294, 55,7%)	Kadın (n:234, 44,3%)	p değeri
Yaş grubu:	53±13	51±13	0,142
A (%4)	117 (39,8%)	95 (40,6%)	
AB (%4)	35 (11,8%)	13 (5,6%)	
B (%4)	35 (11,8%)	31 (13,3%)	
B+ (%4)	38 (12,7%)	24 (10,3%)	
Sistemik hastalar:			
Diyabet (Metabolik) (%)	93 (31,6%)	84 (35,9%)	0,441
Hipertansiyon (%)	228 (77,9%)	174 (74,4%)	0,325
Kardiyovasküler hastalıklar (%)	60 (20,4%)	28 (12,0%)	0,018
Sistemik enfeksiyon hastalıkları (%)	8 (2,7%)	8 (3,4%)	0,818
Peritoniyal enfeksiyon (%)	33 (11,2%)	8 (3,4%)	0,048
Akciğer enfeksiyonu (%)	37 (12,5%)	13 (5,6%)	0,011
SDBY nedeni:			0,017
Diyabetik nefropati (%)	88 (29,9%)	48 (20,5%)	
Hipertansif böbrek hastalığı (%)	85 (28,9%)	87 (37,6%)	
Diyabetik nefropati (%)	35 (11,9%)	43 (18,8%)	
VUR /Pyelonefrit / Üriner taş / enfeksiyon (%)	23 (7,8%)	10 (4,3%)	
Amoeb böbrek enfeksiyonu / PLEH (%)	23 (7,8%)	10 (4,3%)	
Çöller (%)	28 (9,5%)	21 (9,0%)	
Diğer enfeksiyon (%)	38 (12,9%)	29 (12,4%)	
Hemoglobin (%)	30 (10,4%)	4 (1,7%)	0,083
Anti-HLA + (%)	30 (10,4%)	4 (1,7%)	0,148
Renal replasman yöntemi (%)	135 (45,9%)	118 (50,8%)	0,004
Organ nakli (yıkama) (%)	32 (10,9%)	23 (9,9%)	0,360
Renal replasman yöntemi:			0,002
Hemodializ (%)	256 (87,1%)	187 (79,9%)	
Peritoniyal (%)	35 (11,9%)	31 (13,3%)	
Peritoniyal (%)	33 (11,2%)	16 (6,9%)	
Diyaliz süresi (ortalama) (ay)	84±56	79±50	0,346
Bekleme listesindeki süre (ay) (ortalama)	54±46	61±48	0,087
Anti-HLA antikorları pozitifliği	128 (43,4%)	146 (62,3%)	0,003
CRP (%)	31 (10,6%)	28 (12,0%)	
CRP (%)	30 (10,2%)	18 (7,7%)	
CRP (%)	35 (11,9%)	34 (14,5%)	
Anti-HLA antikorları pozitifliği (ay)	60±13	23±9	0,001
CRP (%)	30 (10,2%)	23 (9,8%)	

SS-022

RENAL TRANSPLANTASYONDA CMV ENFEKSİYONUNUN GREFT SAĞ KALIMINA ETKİSİ

Sevgin Taner¹, İpek Kaplan Bulut¹, Ahmet Keskinoglu¹, Ayşın Zeytinoglu², Sedat Öksüz³, Taylan Özgür Sezer⁴, Pembe Keskinoglu⁵, Caner Kabasakal¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

⁴Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

⁵Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı

Giriş: Sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu, renal transplantasyonda greft fonksiyonunu ve greft sağ kalımını etkileyen önemli bir faktördür. Bu çalışmada, pediatrik renal transplantasyon yapılmış hastalarda CMV enfeksiyonunun greft sağ kalımı üzerine etkisi değerlendirildi.

Yöntemler: Ege Üniversitesi Çocuk Nefroloji Bilim Dalı'nda izlenen renal transplantasyon yapılmış çocuk hastaların 93'ü retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Doksan üç hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların %59,1'i erkek, %40,9'u kızdı. %54,8 hastaya canlı vericiden %45,2 hastaya kadavradan renal transplantasyon yapılmıştı. Hastaların 80'inde nakil öncesi CMV IgG pozitif olup (CMV R+), 9 hastanın CMV IgG negatifken donör CMV IgG pozitif (CMV R-D+), 4 hastanın ise CMV IgG negatifken donör CMV IgG de negatif (CMV R-D-). Nakil sonrası hastaların 23'ü CMV enfeksiyonu geçirmişti. Kadaverik donörden renal transplantasyon yapılmış olan hastalarda CMV enfeksiyon sıklığı canlı vericiden yapılanlara göre sıktı (p = 0,007). Donörün serolojik durumuna bakılmaksızın, R- alıcılarda CMV enfeksiyonu insidansı, R + alıcılardan sıktı (p= 0,001). Yirmi üç hastada greft disfonksiyonu gelişmiş olup bu hastalardan 12'si CMV enfeksiyonu geçirmiş olan hastalardı. CMV enfeksiyonu geçirmiş olan hastalarda greft disfonksiyonu gelişme oranı % 52,2, CMV enfeksiyonu geçirmeyenlerde % 15,7 idi. CMV enfeksiyonu geçiren hastalarda greft disfonksiyon sıklığı anlamlı olarak fazlaydı (p <0,001). Kaplan Meier analizinin sonuçlarına göre, transplantasyon sonrası renal disfonksiyonun varlığı sonlanım noktası ve CMV enfeksiyonu faktör olarak alındığında; CMV hastalarının hayatta kalma süresi anlamlı olarak daha kısa bulundu. CMV enfeksiyonu ve

HLA-uyumsuzluğunun cox regresyon analizinde, CMV enfeksiyonu varlığının renal disfonksiyonu önemli ölçüde etkilediği bulunmuştur.

Sonuç: CMV enfeksiyonu, renal transplantasyon yapılan çocuklarda greft fonksiyonunu ve böbrek sağ kalımını etkileyen önemli bir risk faktörüdür. Hastalar ve donörler bu açıdan değerlendirilmeli ve CMV enfeksiyonu olan hastalar takip edilmeli ve renal transplantasyonun sonuçlarını iyileştirmek için dikkatli bir şekilde tedavi edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: renal transplantasyon, çocuk, sitomegalovirus, CMV enfeksiyonu, greft disfonksiyonu

SS-023

RENAL TRANSPLANT HASTALARININ NÜTRİSYONEL DURUMUNUN DEĞERLENDİRMESİNDE CONUT SKORUNUN ÖNEMİ

Esin Avcı¹, Rukiye Nar², Belda Dursun², Süleyman Demir¹

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

³Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

Giriş: Renal transplantasyon, son dönem böbrek yetmezliğinin tedavisinde diyaliz yöntemlerine göre hastaya daha iyi yaşam kalitesi ve daha fazla yaşam süresi sağlaması nedeniyle en seçkin tedavi seçeneğidir. Renal transplantasyon iyi bir tedavi olmasına karşın alınan immünsüpresif ilaçlar ve kortikosteroid kullanımı, obezite, bozulmuş glukoz toleransı ve hipertansiyon gelişimine yol açmaktadır. Çalışmamızda renal transplantasyon olmuş hastaların nütrisyonel durumlarının takibini ve iyilik halini Vitamin B12, D Vitamini, açlık glukoz düzeyleri ve kolesterol profili gibi laboratuvar analitleri ve Nutrisyonel durumun kontrol skoru (CONUT=Controlling nutritional status), prognostik nutrisyonel indeks (PNI=prognostic nutritional indeks) ve geriatrik nutrisyonel indeks (geriatric nutritional index= GNRI) skorları ile değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem ve Gereç: Çalışmamıza Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Organ Nakli Merkezinde takipli 163 hasta dahil edildi. Hasta dosyaları taranarak demografik bulgular, transplant tarihleri, transplant öncesi ve sonrası beden kütle indeksleri (BKİ), aldıkları immün süpresif ilaçlar, laboratuvar bulguları geriye dönük olarak tarandı. Hemogram, biyokimyasal analitler (kreatinin, kolesterol profili, glukoz), Vitamin B12, 24 saatlik idrar bulguları, kreatinin klerensi ve D vitamin sonuçları alındı. Bu verilerden herhangi birine sahip olmayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Nütrisyonel bir indeks olan CONUT hesaplandı (Tablo 1). Albumin düzeyi ve lenfosit sayıları kullanılarak hesaplanan PNI ve albumin, ideal kilo ve kilo bulguları kullanılarak hesaplanan GNRI indeksleri de çalışmaya dahil edilmiştir. Transplant tarihine göre hastalar 2 gruba ayrılarak (5 yıl altı ve üzeri) istatistiksel analizleri SPSS 21 Paket program ile gerçekleştirildi.

Bulgular: 163 hastanın (51 kadın, 112 erkek) yaş ortalaması 46±13 idi. Hastaların transplant öncesi BKİ ortalaması 23.98 iken transplant sonrası BKİ 27.05 idi (p<0.05). Transplant tarihi 5 yıl üzeri ve altı olarak hastalar iki gruba ayrıldığına 5 yıl altı grubun (n:51) yaş ortalaması 45,14 ± 13,67 iken 5 yıl ve üzeri grubun (n:112) ise 46,68 ± 12,91 idi (p=0.489). Transplant süresi 5 yıl üzerine çıktığında CONUT (p=0.037) ve Vitamin B12 (p=0.031) değerlerinin anlamlı şekilde düzeldiği, BKİ, PNI ve GNRI, Hemoglobin A1c, kreatinin klerensi ve D vitaminin değişmediği görülmüştür (p>0.05). 5 yıl ve altı grupta 9 kişide, 5 yıl ve üstü grupta ise 21 kişide diyabet gelişmiştir.

Sonuç: Çalışmamız renal transplantlı hastalarda nütrisyon izleminde CONUT skorunun ve Vitamin B12 nin iyi bir takip belirteci olacağını bize göstermiştir. CONUT skorunun transplant tarihi 5 yıl ve üzerinde olan grupta daha düşük bulunması bize greft ömrü uzadıkça nutrisyonel durumun iyilik halinin de paralel olarak arttığını ancak yine aynı grupta diyabetes mellitus yüzdesinin de arttığı gözlenmiştir. Kronik böbrek hastalığı etiyolojisinde kötü prognoz olarak rol alan düşük BKİ'nin renal transplant ile artarak iyileştiği ancak kontrol edilemez ise lipid profili bozuklukları, obezite ve diyabet gibi hastalıklara yol açarak morbidite ve mortalite insidanslarında artışa yol açabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: CONUT, Nutrisyonel durum, renal transplant

Tablo 1: CONUT skor değerlendirmesi

	Nutrisyonel durumun değerlendirmesi	Nutrisyonel durumun değerlendirmesi	Nutrisyonel durumun değerlendirmesi	Nutrisyonel durumun değerlendirmesi
Parametre	Normal	Hafif	İlımlı	Ciddi
Serum Albumin	3.5-4.5	3-3.49	2.5-2.9	<2.5
Skor	0	2	4	6
Total Lenfosit/ml	>1600	1200-1599	800-1199	<800
Skor	0	1	2	3
Kolesterol (mg/dl)	>180	140-180	100-139	<100
Skor	0-1	2-4	5-8	9-12
Total Skor	0-1	2-4	5-8	9-12

SS-024

BÖBREK NAKLİ SONRASI GEBELİKTE KARŞILAŞTIRMIZ PROBLEMLER VE TECRÜBELERİMİZ

Yücel Yüksel

Antalya Medicalpark Organ Nakli Bölümü

Böbrek Nakli Sonrası Gebelikte Komplikasyonları: Böbrek nakli sonrası (BN) ilk doğum 1956'da bildirilmiştir. O tarihten günümüze yaklaşık 14 000 BN sonrası gebelik bildirilmiştir. Böbrek nakli sonrası gebelik hem anne, hem bebek hemde greft için risklidir ve bu gebelikler yüksek riskli gebelik sınıfındadır. Bu yazımızda kliniğimizdeki böbrek nakli sonrası gebe hastalarda ki karşılaştığımız komplikasyonları paylaşmak istedik.

Metot: Antalya Medicalpark Organ Nakli bölümünde böbrek nakli yapılan, böbrek nakli sonrasında gebe kalan, gebelikte ve doğum sonrasında komplikasyonları araştırıldı. Hastaların gebelik yaşı, KBY etyolojisi, nakil sonrası kullandıkları immünsüpresifler araştırıldı.

Sonuçlar: Kasım2008- 31 Temmuz 2018 tarihleri arasında 4635 böbrek nakli yapıldı. Bu hastalardan 786'ss 18-45 yaş arası kadındı. BN sonrası 41 gebe kaldı, 10 hasta plansız gebelik sirolimus ve MMF kullanımı nedeniyle medikal abortus yapıldı, 31 hasta BN gebe kalarak doğum yaptı, 4 hasta 2. Kez böbrek nakli olmuştu. 1 hasta doğal yolla böbrek nakli sonrası 1'İ üçüz olmak üzere 2 kez doğum yaptı. Hastaların 26 tanesi tacrolimus,5 tanesi siklosporin kullanmaktaydı. Böbrek nakli sırasındaki yaşları 25.9 ± 4.2 (18-37), nakil sonrası gebeliğe kadar bekleme süresi 45.6 ±10.7 (25-69) ay, ortalama, doğum yaşı 31.3 ± 4,2 (22-40) ortalama dializ süresi 18.8 ± 35 ay (0-145), doğum haftası 33.5 ± 2.5 hafta (28- 37), doğum kilosu 2 200 ± 645 gram (955-2990) saptandı.

Preeklamsi 5 hastada abortus immines 1 hastada, gebeliğe bağlı HT 4 hastada, aplasyo plesenta 1 hastada (%4.2) görüldü. 4 hastada IVF ile gebe kaldı. Preeklamsi görülen 1 hastada makat geliş vardı. Doğum sonrası 3 hastada akut rejeksiyon gelişti, medikal tedavi ile böbrek değerleri normale döndü. Bebeklerin hepsi sağ ve sağlıklı, anomali yok. Annerlede doğum sonrası greft kaybı yok.

Sonuç: BN sonrası gebelik hem anne hem gret böbrek hemde bebek için risklidir. Annede düşük tehdisi, erken doğum, gebeliğe bağlı HT, preeklamsi, rejeksiyon; bebekte erken doğum, düşük doğum ağırlığı, konjenital anomaliler gözlenebilir. BN sonrası gebelik planlanıyorsa nefrolog, jinekolog ve yeni doğan bölümleri kordineli bir şekilde çalışmalıdır.

Bizde merkez olarak BN gebelik düşünülüyorsa nakli sonrası en az 2 yıl beklenmeli bu aşamda greft fonksiyonları normal olmalı, HT ve proteinuri olmamalıdır. Annede proteinuri, hipertansiyon, preeklamsi gelişmesi durumunda gebelik sonlandırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: böbrek nakli, gebelik, riskli gebelik

SS-025

BKV ENFEKSİYONUNDA STANDART TEDAVİNİN EVEROLİMUS DÜŞÜK DOZ TAKROLİMUS İLE DEĞİŞTİRİLMESİNİN ETKİNLİĞİ

Çağlar Borçak Ruhi¹, Ali Özer², Meltem Güner Can³

¹Mehmet Ali Aydınlar Acıbadem Üniversitesi, Atakent Hastanesi, Nefroloji/organ Nakli Bölümü

²Mehmet Ali Aydınlar Acıbadem Üniversitesi, Atakent Hastanesi, genel Cerrahi/organ Nakli Bölümü

³Mehmet Ali Aydınlar Acıbadem Üniversitesi, Atakent Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Bölümü

Giriş: BK virüs asemptomatik/latent enfeksiyon olarak böbrek ve mesane tübülo-epitelial sisteminde bulunur. Böbrek nakli alıcılarında, kalsinörin inhibitörleri ve anti-proliferatif ilaçlara bağlı BKV spesifik gama-interferon üreten T lenfositlerin baskılanması sonucunda aktive olarak BK virüs nefropati gelişimi ile allograft kaybına neden olabilir. BKV enfeksiyonu tedavisinde immunsupresif doz azaltılması dışında etkinliği kanıtlanmış seçenekler kısıtlıdır. Bu çalışmada böbrek nakli sonrası BKV enfeksiyonu gelişen hastalarda, immunsupresif tedavi everolimus/düşük doz takrolimus/steroid olarak değiştirilip tedaviye eklenmiş olan siprofloksasinin BKV replikasyonu üzerine etkileri araştırıldı.

Metod: Ocak 2014-Haziran 2018 yılları arasında böbrek nakli olmuş hastaların verileri; nakil sonrası gelişen BKV replikasyonu (BKVPCR idrar ve kan), BKV nefropati gelişimi, BKV PCR idrar >10⁴ ve/veya BKVPCR plazma pozitif olan hastalarda uygulanmış tedavi modalitelerinin etkinliği açısından retrospektif olarak değerlendirildi. BKV idrar PCR;postoperatif ilk altı ay süresince aylık, sonrasında üç aylık periyotlarla ile bakıldı.İdrar BKV-PCR >10⁴ olan hastalarda tedavi değişikliği yapılan ve everolimus/düşük doz takrolimus/steroid olarak değiştirilen hastaların tedaviye yanıtları değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 229 hasta çalışmaya dahil edildi, hastaların ortalama yaşı 41.05±13.2yıl, %66,4 erkek, %88 canlı donörden böbrek nakli olmuştu. İndüksiyon immunsupresif %81 anti-timosit globulin (ATG), %19 basiliximab olurken idame tedavi %97.8 takrolimus/MMF/steroid kombinasyonu idi. Hastaların %19.2'sinde tarama sırasında idrar BKVPCR pozitif olarak bulundu. Sebati eden ve >10⁴ kopya üzerine çıkan BKV, hastaların %9.2 (n=21) mevcut iken 16'sında (%7) BKVPCR Plazma pozitif idi. BKV İdrar PCR>10⁴ olan 21 hastanın 13'ünde tedavi Everolimus/Takrolimus/Steroid ile değiştirilip minimum üç ay süreyle siprofloksasin eklendiğinde 11 hastada BKV replikasyonu başarı ile baskılanmıştı, iki hastada ise bu tedaviye yanıt alınamamıştı. Kalan beş hasta takipten çıkmış, iki hasta immunsupresif doz azaltma bir hastada ise MMF-Azothiopurine değişimi ile BKV replikasyonu baskılanmıştı. Biyopsi kanıtlı BKV Nefropati iki hastada gelişmişti, her iki hastada Everolimus/Takrolimus/Steroid tedavisi almaktaydı ve allograft fonksiyonları viral replikasyonun baskılanması ile takip süresince korunabilmişti.

Sonuç: Böbrek nakli sonrası gelişen BKV enfeksiyonu standart immunsupresif tedavinin everolimus/düşük doz takrolimus/steroid ile değiştirilip ampirik siprofloksasin uygulanması ile başarılı bir şekilde baskılanıp, allograft fonksiyonu korunabilir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek Nakli, BKV, Everolimus, Düşük Doz Takrolimus

SS-026

BÖBREK NAKİLLİ PEDIATRİK HASTALARDA İLK BİR YIL İÇERİSİNDE GELİŞEN AKUT GRAFT DİSFONKSİYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Eren Soyaltın¹, Caner Alparslan¹, Önder Yavaşcan¹, Belde Kasap Demir², Seçil Arslansoyu Çamlar¹, Demet Alaygut¹, Tunç Özdemir², Fatma Mutlubaş¹

¹Izmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji Kliniği

²Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nefroloji Kliniği

³Izmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği

Giriş: Böbrek transplantasyonu son dönem böbrek yetersizliği olan çocuk hastalarda önerilen renal replasman tedavi şeklidir. Kullanılmakta olan modern

immunsupresif tedavilerle hasta yaşam süresi çok iyi noktalara gelmiş olmakla birlikte akut graft disfonksiyonu (AGD) böbrek transplantasyonu olmuş hastalarda ilk bir yıl içerisinde yaygındır. Bu çalışmada böbrek transplantasyonu çocuk hastalarda ilk bir yıl içerisinde gelişen AGD'nin etyolojik nedenleri araştırılmıştır.

Materyal Metod: Mart 2005- Ekim 2017 tarihleri arasında merkezimizde böbrek transplantasyonu gerçekleştirilmiş 56 pediatrik hastanın (ortalama transplantasyon yaşı 14±3 yıl) geriye dönük kayıtları incelendi. AGD bazal kreatinin düzeyinden %25 oranında akut artış olarak değerlendirildi. AGD'ye neden olan etyolojik faktörler ve hastaların klinik özellikleri not edildi.

Bulgular: Bu periyotta 25 hastada (%44,6) (10 kadavra, 15 canlı vericiden nakilli, erkek/ kız oranı 17/8) 30 tane AGD atağı tesbit edildi. Beş hasta (%20) bir yıl içerisinde toplam iki kez AGD nedeni ile başvurmuştu. Dört (%16) hasta da gecikmiş graft disfonksiyonu saptandı. AGD gelişim zamanı medyan olarak transplantasyondan 5 ay sonra ortalama 4.12±2.31 ay idi. En sık neden nonimmünolojik nedenler (%90) en sık nedendi. Etiyolojik açıdan bakıldığında 8 hastada (%26.7) siklosporin toksisitesi, 7 hastada (%23.3) dehidratasyon, 5 hastada (%16.7) idrar yolu enfeksiyonu, 1 hastada (%3.3) CMV nefropatisi ve 1 hastada (%3.3) neden obstrüktif üropati idi. 12 hastaya graft biyopsisi yapılmış ve histolojik bulgular 5 hastada viral nefropati, 2 hastada T hücreli rejeksiyon, 1 hastada B hücreli rejeksiyon ve diğer hastalarda nonspesifik bulgular şeklinde idi. Renal fonksiyonlar tüm hastalarda uygun tedavi ile düzeldi. Hiçbir hastada graft kaybı olmadı.

Tartışma: Böbrek transplantasyonu gerçekleştirilmiş çocuk hastalarda ilk bir yıl içerisinde gelişen AGD erken ve uygun şekilde tedavi edilirse graft fonksiyonlarında düzelmede beklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: böbrek nakli, akut graft disfonksiyonu

SS-027

KANSERLİ HASTALARDA KEMOTERAPİNİN BÖBREK FONKSİYONLARI ÜZERİNE UZUN DÖNEM ETKİSİ

Elgün Haziye¹, Meltem Gürsu², Mesut Şeker³, Ömer Celal Elcioğlu², Ayşe Serra Artan²,

Altay Aliyev², Hacı Mehmet Türk³, Tarık Demir³, Ali Toprak⁴, Rümeyza Kazancıoğlu²

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Azerbaycan Tıp Üniversitesi (Isın Fellow)

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Onkoloji Bilim Dalı

⁴Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstatistik Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışmada kemoterapi (KT) alan maligniteli hastalarda eGFR (tahmini glomeruler filtrasyon hızı) değerleri retrospektif taranarak böbrek fonksiyonlarının uzun dönemde nasıl etkilendiğinin araştırılması amaçlanmıştır.

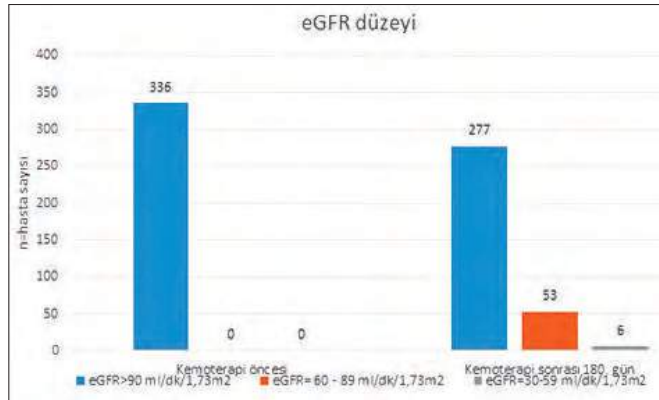
Gereç Ve Yöntemler: Bu retrospektif çalışmaya 01.06.2015 ile 01.06.2018 tarihleri arasında Medikal Onkoloji Kliniğinde takip edilmiş, 18-85 yaş arası, KT görmüş 500 hasta alınmıştır. Dosyaları incelenerek demografik verileri, tedavi öncesi vücut kütle indeksi, tümör tipi, kullanılan KT ilaçları, risk faktörü olabilecek diabetes mellitus (DM) ve hipertansiyon (HT) varlığı, sigara ve alkol kullanım öyküsü kayıt edildi. KT'den önce, KT'den 7 gün, 30 gün ve 180 gün sonraki kreatinin düzeyi ile e-GFR değerleri kaydedildi. eGFR'si tedavi öncesi 60 ml/dk/1,73m²'nin altında ve verileri eksik olanlar çalışmaya alınmadı. Veriler, IBM SPSS Statistics 22.0 paket programında analiz edildi. Sürekli değişkenlerin çoklu gruplardaki farkı için Kruskal Wallis testi, anlamlı çıkanlarda ikili kıyaslamalar için Dunn testi, değişkenlerin önce-sonra farkları için Wilcoxon Signed Ranks Testi, kategorik değişkenlerin dağılım farklarına bakmak için de Ki-Kare testi kullanılarak sonuçlara bakılmıştır. İstatistiksel olarak p değerinin 0,05'ten küçük olması anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Hastaların 279 (%55,8)'u kadın, 221 (%54,2)'i erkek olup ortalama yaşları 55.77±11.15 yıl idi. Malignite tanı yaşının kadınlarda erkeklere göre daha düşük olduğu (p<0,001) saptamıştır. 72 hastada (%14,4) DM, 109 hastada (%21,8) HT mevcuttu. 168 hastada (%33,6) sigara, 26 hastada (%5,2) ise alkol kullanım öyküsü vardı. En sık rastlanan dört malignite türü sırasıyla meme kanseri 167 (%33,4), kolon kanseri 85 (%17), akciğer kanseri 75 (%15) ve mide

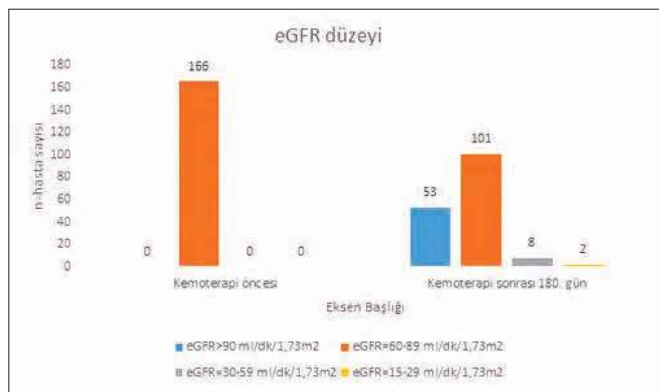
kanseri 39 (%7,8) hastada saptanmıştır. Hastaların 133'ü (%26,6) metastatik idi. En sık kullanılmış altı KT rejimi sırasıyla FOLFOX-6 (5-florourasil, oksaliptin, kalsiyum folinat) (n=78; %15,6), Carboplatin-Paclitaxel (n=66; %13,2), Doxorubicin- Siklofosamid (n=21; %4,2), Sisplatin-Cetuximab (n=21; %4,2), Cisplatin-Gemcitabin (n=18; %3,6), Gemcitabin-Kapasitabin (n=17; %3,4) idi. KT protokolleri 106 (%21,2) hastada haftada bir, 141 (%28,2) hastada iki haftada bir, 223 (% 44,6) hastada üç haftada bir ve 30 (% 6) hastada dört haftada bir uygulanmıştır. Tedavi öncesi eGFR değeri ≥ 90 ml/dk/1,73m² olan 336 hastanın 59'unda (%11,8) tedavinin 180. gününde kötüleşme (53 hastada eGFR 60-89 ml/dk/1,73m² arası, 6 hastada eGFR 30-59 ml/dk/1,73m² arası) görülürken başlangıçta eGFR 60-89 ml/dk/1,73m² arasında olan 164 hastanın 53'ünün renal fonksiyonların iyileştiği (eGFR > 90 ml/dk/1,73m²), 101 hastanın aynı evrede kaldığı, 8 hastada eGFR'nin 30-59 ml/dk/1,73m² aralığına, iki hastada ise eGFR'nin 15-29 ml/dk/1,73m² aralığına düştüğü görülmüştür. Tedavi öncesi ile 180. gün değerleri karşılaştırıldığında toplam 69 hastada renal fonksiyonların kötüleştiği ve 53 hastada ise renal fonksiyonların iyileştiği görüldü. eGFR değerlerine göre ki kare testi ile karşılaştırıldığında renal fonksiyonlarda kötüleşme olasılığının daha yüksek olduğu saptandı (p<0.001) (Şekil 1).

Sonuç: Bu çalışmada malignitesi olan ve KT verilen hastaların böbrek fonksiyonlarının uzun süreli takipte olumsuz etkilendiği gösterilmiştir. Bu nedenle erken müdahale edilebilmesi için bu hasta grubunun böbrek fonksiyonlarının yakından takip edilmesi önemlidir. Özellikle uzun dönemde de böbrek fonksiyonlarının kontrolünün ihmal edilmemesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek fonksiyonları, eGFR, Kanser, Kemoterapi



Şekil 1.



Şekil 2.

SS-028

HEMODİYALİZ TEDAVİSİNİN TP-E İNTERVALİ VE TP-E/QTC ORANI ÜZERİNE ETKİSİ

Mehmet Emin Demir

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Ani kardiyak ölüm (AKÖ) hemodiyaliz hastalarında kardiyovasküler nedenli ölümlerin en sık nedenlerinden biridir (1). Ölüm riski hemodiyaliz popülasyonunun %70'ini oluşturan hipertansif, diyabetik, diyabetik + hipertansif hastalarda daha da yüksektir (2). Uzun Tp-e intervali ventriküler repolarizasyonun dispersiyonuna işaret eden bir EKG bulgusudur. Pek çok hastalıkta (DM, HT, KBH) Tp-e intervali uzamış Tp-e/QTC oranı artmış olup bu durumun mortal aritmilerle ilişkili olabileceği öngörülmektedir (3). Çalışmamızda, hemodiyaliz hastalarında ki yüksek kardiyovasküler riskin uzamış Tp-e intervali ve artmış Tp-e/QTC oranı ile bir ilişkisi olup olmadığını ve hemodiyaliz bu potansiyel aritmogenik parametreleri düzeltip düzletmediğini ortaya koymayı amaçladık.

Yöntemler: 173 hemodiyaliz hastası ve 35 sağlıklı gönüllü çalışmaya alındı. Ciddi koroner arter hastalığı, aktif enfeksiyonu, atriyal fibrilasyon ve diğer ritm problemi olanlar, dirençli hipertansifler, EKO'de düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği olanlar çalışma dışı bırakıldı. Çalışma ölüm risklerinin daha yüksek olduğu 2 günlük diyalizsiz peryot (diyalizsiz haftasonu peryodu) sonrası ilk seans için planlandı. Diyaliz öncesi elektrolitler çalışıldı, EKG'ler deneyimli bir teknisyen tarafından çekilip hasta kliniği konusunda bilgisi olmayan bir kardiyolog tarafından değerlendirildi. Tp-e intervalleri ve kalp hızının Tp-e intervali üzerine etkilerini minimize etmek için Tp-e/QTC oranları hesaplandı. Diyaliz sonrası aynı işlemler tekrarlandı. Tüm hastalara çalışma günü standart bir hemodiyaliz reçetesi uygulandı. Tp-e intervali için şekil-1'e bakınız. Veriler SPSS 21.0 programı ile analiz edildi. p<0,05 anlamlı fark olarak kabul edildi.

Bulgular: Tablo 1 ve 2'de tüm hastaların, tablo-3 ise hipertansif-hipertansif olmayan, diyabet-diyabetik olmayan grupların hemodiyaliz öncesi ve sonrası parametreleri karşılaştırılmıştır.

Sonuç: HD hastalarında Tp-e intervalinin uzun, Tp-e/QTC oranlarının artmış olduğunu ve HD sonrası bu parametrelerde anlamlı bir düzelme olduğunu gösterdik. Hipertansif HD hastalarında hemodiyaliz tedavisi ile EKG'deki bu parametrelerde ek yararlar görülürken diyabetik hastalarda ek bir yarar görülmedi. Standart, aralıklı, haftada 3 seans 4 saat hemodiyaliz programları yerine riske odaklı yoğunlaştırılmış hemodiyaliz programları HD hastalarındaki AKÖ oranlarını azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: hemodiyaliz, Tp-e intervali, ani kardiyak ölüm

Tablo 1: Hemodiyaliz öncesi ve sonrası parametrelerin karşılaştırılması

Parametreler	Pre-HD, n=173	Post-HD, n=173	P değeri
Kalp hızı (atım/dk)	77,00 ± 12,41	78,15 ± 11,15	=0,095
QRS interval (ms)	87,68 ± 14,46	88,78 ± 13,81	=0,259
QTc interval (ms)	425,75 ± 42,68	423,20 ± 53,83	=0,067
Tp-e interval (ms)	68,00 (60,00-78,00)	63 (55,00-74,00)	<0,001
Tp-e/QTc oranı	0,1634 ± 0,032	0,1496 ± 0,031	<0,001

Tablo 2: Hemodiyaliz öncesi hasta parametrelerinin ve kontrol grubuyla karşılaştırılması

Parametreler	Pre-HD, n=173	Kontrol, n=35	p değeri
Kalp hızı (atım/dk)	77,00 ± 12,41	75,83 ± 10,11	=0,234
QRS interval (ms)	87,68 ± 14,46	85,75 ± 8,44	=0,145
QTc interval (ms)	425,75 ± 42,68	410,20 ± 26,87	<0,05
Tp-e interval (ms)	68,00 (60,00-78,00)	59 (51,00-66,50)	<0,001
Tp-e/QTc ratio	0,1634 ± 0,032	0,1363 ± 0,025	<0,001

SS-029

PRİMER/SEKONDER GLOMERÜLONEFRİT AYRIMINDA PROTEİN ELEKTROFOREZİ

Ahmet Bilgehan Şahin¹, Safiye Orhan¹, Saide Elif Güllülü¹, Mustafa Güllülü²,
Abdülmecit Yıldız², Ayşegül Oruç²

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

Glomerüler hastalıklar etiyolojilerine (primer veya sekonder), patogenezi ve klinik özelliklerine göre sınıflandırılabilir. En iyi tedavi yanıtının alınması ve en uygun hastalık takibinin planlanması için glomerülofritlerin primer-sekonder ayrımının yapılması çok önemlidir. Bu ayrımın klinik prezentasyon, çeşitli laboratuvar belirteçleri, böbrek biyopsisinin histopatolojik bulguları yardımcı olmaktadır. Fakat klinik pratikte birçok vakada primer-sekonder ayrımında zorluklar yaşanmaktadır. Protein elektroforezi, plazmadaki proteinleri fiziksel özelliklerine göre ayırma yöntemidir. Protein elektroforezi birçok kronik inflamatuvar sistemik hastalığın tanı ve takibinde kullanılmaktadır. Birçok biyokimyasal ve serolojik testlere göre çok daha ucuz ve pratik bir tanı yöntemidir. Çalışmamızda bu yöntemin glomerülofritlerin etiyolojilerinin aydınlatılmasında yardımcı olup olamayacağını belirlemek amaçlandı.

Çalışmamızda 2008-2016 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Kliniğinde proteinüri, hematuri, böbrek yetmezliği gibi çeşitli nedenler ile yapılan böbrek biyopsileri tarandı. Tanı anında protein elektroforezi olan ve primer veya sekonder glomerülofrit tanısı kesinleştirilen hastalar çalışmaya dâhil edildi.

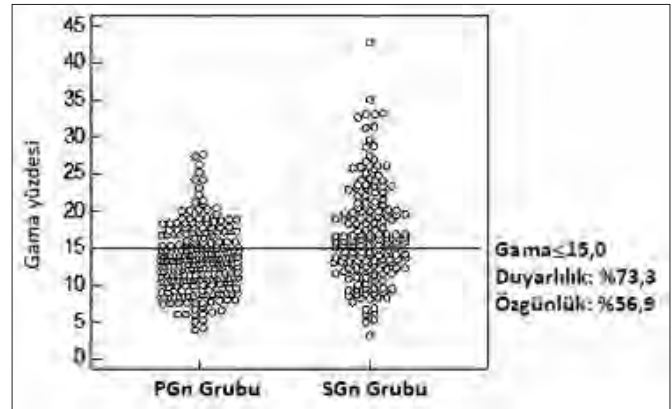
Yapılan biyopsilerin 258'inde (%59,7) primer glomerülofrit tanısı kondu. En sık membranöz glomerülofrit saptanırken (%32,2). Sekonder glomerülofritler hastaların %40,3'ünde saptandı. En sık sekonder glomerülofrit nedeni amiloidoz olarak bulundu (%28,1). Serum protein elektroforezi bandları primer ve sekonder glomerülofritlerde karşılaştırıldığında albümin fraksiyonunun primer glomerülofritlerde; α2 ve gama fraksiyonlarının sekonder glomerülofritlerde daha yüksek olduğu saptandı. Eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein düzeyleri sekonder glomerülofritlerde daha yüksekti.

Primer ve sekonder glomerülofritlerin ayrımında çeşitli zorluklar yaşanmaktadır. Yeni bulunan moleküllerin ve genetik testlerin daha zamana ihtiyaçları vardır. Serum protein elektroforezi ucuz, basit ve ulaşımı çok daha kolay bir test olması hasebiyle; özellikle gama bandının hastanın diğer laboratuvar ve klinik özellikleri ile birlikte yorumlanması klinisyene primer sekonder glomerülofrit ayrımında yardımcı olabilir. Sekonder glomerülofrit için kabul görecektir gama yüzdesi eşik değeri çalışmamızı destekleyen yayınlar ile mümkün olabilir.

Anahtar Kelimeler: primer glomerülofrit, sekonder glomerülofrit, protein elektroforezi, poliklonal gamopati

Tablo 1:

Parametre	Primer Gn	Sekonder Gn	p değeri
Yaş, yıl, median (min-max)	42,1 (14,0-84,0)	45,3 (14,0-78,7)	0,034
Kreatinin, mg/dl, median (min-max)	1,0 (0,2-13,6)	1,4 (0,4-13,0)	<0,001
T, protein, mg/dl, median (min-max)	5,6 (2,8-8,3)	5,9 (2,9-8,7)	0,054
Albümin, mg/dl, median (min-max)	3,0 (0,3-4,9)	3,0 (0,7-4,9)	0,736
T, kolesterol, mg/dl, median (min-max)	255 (80-882)	291 (73-642)	<0,001
Hemoglobin, mg/dl, mean ± SD	12,9 ± 1,9	11,1 ± 2,1	<0,001
Proteinüri, g/gün, median (min-max)	4,93 (0,00-48,80)	3,93 (0,00-29,10)	0,082
PE-Albümin, %, median (min-max)	51,1 (6,6-79,0)	47,25 (6,20-64,38)	<0,001
PE-α1, %, median (min-max)	5,6 (1,7-15,5)	6,2 (1,3-14,2)	0,002
PE-α2, %, median (min-max)	15,6 (2,9-39,7)	14,0 (1,45-46,24)	0,136
PE-β1, %, median (min-max)	6,5 (2,8-28,0)	6,2 (2,80-26,6)	0,103
PE-β2, %, median (min-max)	6,2 (1,53-12,6)	5,9 (1,7-24,9)	0,888
PE-gama, %, median (min-max)	13,1 (3,84-27,6)	15,9 (3,2-42,7)	<0,001
ESR, mm/saat, median (min-max)	26 (2-120)	42 (2-133)	<0,001
CRP, mg/dl, median (min-max)	0,15 (0,20-18,00)	0,76 (0,03-26,80)	<0,001
C3, mg/dl, median (min-max)	126 (13-223)	114 (13-266)	<0,001
C4, mg/dl, median (min-max)	29,3 (6,5-138)	25,9 (1,6-74,0)	0,021
IgG, mg/dl, median (min-max)	742 (143-2320)	987 (190-3390)	<0,001
IgM, mg/dl, median (min-max)	98,3 (18,0-434,0)	96,2 (16,0-1070,9)	0,993



Şekil 1.

SS-030

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUSLU HASTALARDA RENAL TÜBÜLER ASİDOZ SIKLIĞI

Feyza Nur Sarışık¹, Necmi Eren², Fatih Sökmen¹, Didem Tütüncüoğlu¹, Gözde Yıldırım Çetin¹,
Ayşe Cefle², Ayten Yazıcı², Orçun Altunören¹, Özkan Güngör¹

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş: Sistemik lupus eritematozus (SLE) vücudun farklı organlarını etkileyebilen kronik, otoimmün bir hastalıktır. Lupus hastalarında böbrek tutulumu sıklıkla ve morbidite ve mortaliteyi önemli derecede artırır. Renal tübüler asidoz (RTA), tübülüs işlevlerindeki bozukluk sonucu bikarbonat geri alınmasında ya da hidrojen iyonu atılmasında yetersizlikle ortaya çıkan, normal anyon açıklı metabolik asidoza neden olan bir klinik tablodur. SLE'de RTA görülmekle birlikte, literatürde olgu sunumları şeklinde yayınlar bulunmaktadır. Biz bu çalışmada literatürde ilk olarak SLE hastalarında RTA görülme sıklığını araştırmak istedik.

Hastalar-Metod: Çalışmaya iki ayrı merkezdeki Nefroloji ve Romatoloji kliniklerinde SLE tanısı ile takip edilen hastalar alındı. Böbrek yetmezliğinin metabolik asidoz yapıcı etkisini dikkate alarak, eGFR<60 ml/dk olan hastalar, diüretik ve sodyum hidrojen karbonat tedavisi alan hastalar çalışmaya alınmadı. Venöz kan gazı analizinde metabolik asidoz olan hastalar (PH<7.35 ve HCO₃<22 mEq/L) belirlendi. Bu hastaların serum ve idrar anyon gap'leri hesaplandı ve idrar PH'sına bakıldı. RTA varlığı; metabolik asidoz varlığında, normal serum anyon gap ve pozitif idrar anyon gap olarak değerlendirildi. İdrar PH>5.5 ve serum potasyumu normal veya düşük ise Tip 1 RTA, idrar PH<5.5 ve serum potasyumu normal veya düşük ise Tip 2 RTA, idrar PH<5.5 ve serum potasyumu>5.5 meq/l ise Tip 4 RTA olarak tanımlandı.

Sonuçlar: 108 hasta çalışmaya alındı. Hastaların yaş ortalaması 41.5±1.2 olup, %87'si kadındı. SLE tanısı süresi 75±5 ay idi. %30.7 hasta hipertansifti. 36 hastada biyopsi ile kanıtlanmış SLE nefriti mevcuttu ve bunların çoğu Tip 4 lupus nefriti idi. Hastaların %35.5'i steroid, %69'u mikofenolat mofetil tedavisi almaktaydı. Ortalama kreatinin değerleri 0.6±0.1 mg/dl ve ortalama eGFR ise 111±2 ml/dk idi. Demografik ve laboratuvar verilerin özeti Tablo 1'de verilmiştir. Kan gazı analizlerine göre 34 hastada (%31.5) metabolik asidoz, bunların ise 18'inde (toplamın %16.7'si) RTA vardı. Bu hastaların 16'sında Tip 1 RTA, 2'inde ise Tip 2 RTA mevcuttu. Hiçbir hastada Tip 4 RTA görülmedi. RTA olan ve olmayan hastalar kendi aralarında karşılaştırıldığında sadece eGFR'lerinin anlamlı farklı olduğu görüldü. RTA olan ve olmayan hastaların karşılaştırılması Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Biz burada literatürde ilk olarak GFH'ları oldukça iyi olan geniş bir SLE hasta grubunda RTA sıklığının hiç de azımsanmayacak düzeyde olduğunu gösterdik. SLE hastalarının takipte bu açıdan da değerlendirilmelerinin yararlı olacağı ve bu konuda destekleyici çalışmalara ihtiyaç olduğu düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: SLE, böbrek, renal tübüler asidoz

Tablo 1: Hastaların demografik ve laboratuvar verilerinin özeti

	Ortalama±SD
Yaş (yıl)	41.5±1.2
Cins(E/K)	14/94
Hastalık süresi (ay)	75±5
Hipertansiyon(%)	30.7
BUN (mg/dl)	20±1
Kreatinin (mg/dl)	0.6±0.1
Albumin (g/dl)	4.1±0.1
Hemoglobin (g/dl)	12.2±0.1
CRP (mg/l)	2.9±0.3
Proteinüri(mg/gün)	339±68
eGFR (ml/dk)	111±2
Metabolik asidoz (%)	31.5
Renal tübüler asidoz (%)	16.7

Tablo 2: Renal tübüler asidoz olan ve olmayan grupların karşılaştırılması

	Renal tübüler asidoz (+) (18)	Renal tübüler asidoz (-) (n:90)	p değeri
Yaş (yıl)	45.1±2.4	40.8±1.3	0.13
Hastalık süresi (ay)	73.4±13.9	75.8±5.7	0.66
HT (%)	44.4	27.8	0.13
BUN (mg/dl)	21.2±4.1	20.5±1.1	0.47
Kreatinin (mg/dl)	0.6±0.1	0.6±0.1	0.28
K (meq/l)	4.4±0.1	4.3±0.1	0.12
Albumin (gr/dl)	4.1±0.1	4.1±0.1	0.86
Hemoglobin (gr/dl)	12.1±0.3	12.2±0.1	0.86
CRP (mg/l)	2.5±0.5	2.9±0.4	0.64
Proteinüri (mg/gün)	558±268	301±65	0.36
eGFR (ml/dk)	98±5	114±2	0.01

SS-031

DİYALİZE GİRMİYEN KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA ANEMİ SIKLIĞISelma Alagöz¹, Tamer Dinçer², Necmi Eren³, Sinan Trabulus², Nurhan Seyahi²¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağırcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

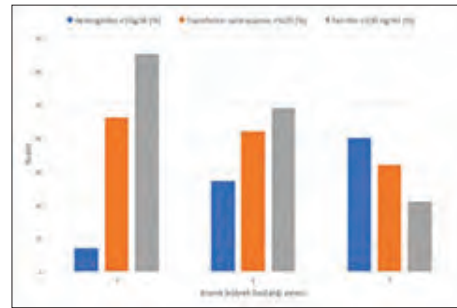
Giriş: Anemi kronik böbrek yetmezliği hastalarında mortalite ve morbiditeyi artıran sebeplerin başında gelmektedir. Diyalize girmeyen kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastalarında anemi sıklığı ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Çalışmamızda renal replasman tedavisi almayan KBY hastalarında anemi sıklığını ortaya koymayı hedefledik.

Yöntemler: Çalışmaya 3 farklı nefroloji kliniğinden son 3 ay içinde kreatinin klirensi 60 ml/dk altında olan ve renal replasman tedavisi yapılmayan toplam 1023 hasta alındı. Hastalarda diyabetes mellitus (DM), primer hematolojik hastalık (PHH), malignite varlığı; vitamin B12 (vit B12), demir, folat, eritropoetin (EPO) kullanımı kaydedildi. Kadın hastalarda menapoz varlığı sorgulandı. Serum hemoglobin (Hgb), kreatinin, C reaktif protein (CRP), intakt parathormon (iPTH), demir, total demir bağlama kapasitesi (TDBK), ferritin, vit B12, folat değerleri kaydedildi. Hgb<10 g/dl olması ciddi anemi olarak tanımlandı.

Bulgular: Hastaların 498'i (%48.7) erkek, 525'i (%51.3) kadındı. Yaş ortalamaları 65.5±13.8'di. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların %46.8'sinde DM mevcuttu ve % 10.6'sının KBY sebebi bilinmiyordu. Ciddi anemiye hastaların %15.1'inde rastlandı. KBY evresine göre anemi sıklığı Şekil 1'de gösterilmiştir. Tek değişkenli analize göre ciddi anemi; yüksek oranda DM, PHH, malignite varlığı, EPO ve demir kullanımı; serum CRP, ferritin, iPTH, kreatinin, vit B12 yüksekliği; serum demir ve TDBK düşüklüğü ile ilişkiliydi. Çok değişkenli analize ise ciddi anemi yüksek oranda EPO(p=.001) ve demir (p=.024) kullanımı, serum CRP (p=.018), ferritin (p=.000) düzeyi yüksekliği ve serum demir (p=.024)düşüklüğü ile ilişkiliydi. Ferritin >100 ve Hgb<10 olan 104 hastadan 56'sı (%53.8); TSAT>%20 ve Hgb<10 olan 80 hastadan 41'i (%51.3) eritropoetin kullanmıyordu.

Sonuç: Anemi KBY hastalarında progresyonu arttırmaktadır. Eritropoetin ve demir tedavisi uygulanabilecek hastaların hepsinin tedavi almamış olması dikkat çekmektedir. KBY olan hastalarda erken evreden itibaren anemi daha dikkatli takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Anemi, demir, eritropoetin, kronik böbrek yetmezliği

**Şekil 1.****Tablo 1:** Ciddi anemisi olan ve olmayan hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri

	Hgb>10 gr/dl (n=869)	Hgb<10 gr/dl (n=154)	p
n=1023			
Yaş (yıl)	65.3±13.7	66.1±14.2	0.515
Cinsiyet (erkek) (%)	49.9	41.6	0.056
Malignite (%)	6.2	14.3	0.001
Primer hematolojik hastalık (%)	1.6	6.5	0.001
Kadınlarda menapoz (%)	45.8	51.3	0.208
Diabetes mellitus (%)	45.5	54.5	0.038
Demir kullanımı (%)	22.8	40.9	0.000
Vit B12 kullanımı (%)	17.7	17.5	0.955
Folbiol kullanımı (%)	7.2	7.1	0.962
Eritropoetin kullanımı (%)	6.6	35.1	0.000
CRP yüksekliği (%)	46.1	68.8	0.000
CRP (mg/l)	8.6±18.5	13.5±18.4	0.007
Kreatinin (mg/dl)	2.0±1.1	3.0±1.6	0.000
eGFR (ml/dk/1.73 m2)	37.8±13.4	26.0±14.0	0.000
KBY evre	3.3±0.6	3.9±0.7	0.000
iPTH (pg/ml)	127.8±149.4	192.0±158.0	0.000
Demir (mcg/dl)	66.1±29.3	58.1±35.0	0.003
TDBK (mcg/dl)	290.9±75.5	249.8±94.6	0.000
TSAT (%)	0.3±0.2	0.3±0.3	0.142
Ferritin (ng/ml)	126.5±179.1	283.1±380.3	0.000
Vit B12 (pg/ml)	360.0±268.3	419.0±312.8	0.021
Folat (ng/ml)	8.6±5.3	10.2±18.8	0.128

SS-032

NÖTROFİL/LENFOSİT ORANI KRONİK BÖBREK HASTALIĞININ İLERLEMESİNİ GERÇEKTEN ÖNGÖREBİLİR Mİ?

Gülsüm Akkuş¹, Muhammed Çiftçi¹, Didem Tütüncü Sezal¹, Fatma Betül Güzel¹, Songül Işıktaş¹, Ertuğrul Erken², Özkan Güngör², Orçun Altunören²

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı

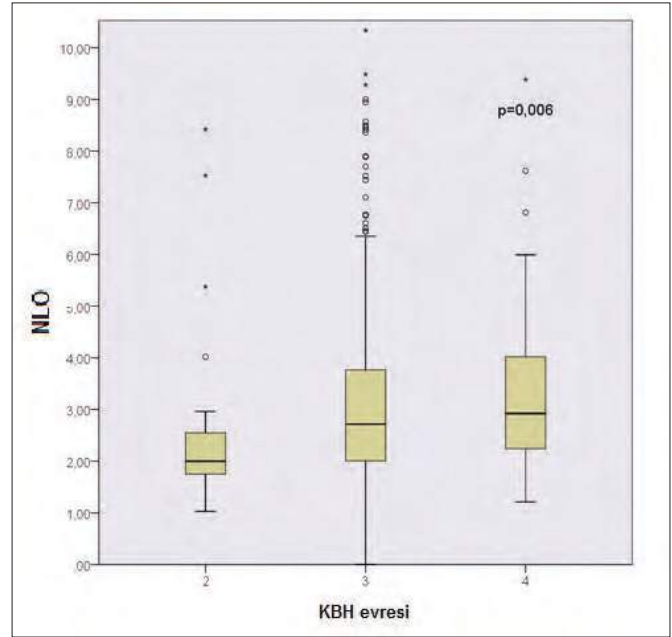
Giriş: Kronik böbrek hastalığı (KBH) inflamatuvar bir süreçtir ve inflamasyon mortalite ve protein enerji kaybı yanı sıra KBH'nın progresyonu ile de ilişkilidir. Nötrofil sayısının lenfosit sayısına bölünmesi ile elde edilen Nötrofil/lenfosit oranı (NLO) inflamasyonun değerlendirilmesinde ilgiyi üzerine toplamaktadır. Birkaç küçük boyutlu çalışmada NLO'nun KBH progresyonu ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür. Bu çalışmada NLO'nun KBH'nın progresyonu ve son dönem böbrek yetmezliğine ulaşmayla ilişkisini incelemeyi amaçladık.

MYöntemler: Nefroloji polikliniğimizde son 5 yıl içinde KBH tanısıyla takip edilen 18 yaş üstü 2607 hasta retrospektif olarak tarandı. Aktif enfeksiyon, kronik inflamatuvar hastalık, hematolojik hastalık, malignitesi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Evre 2-4 KBH'sı olan 740 hastanın yaş, cinsiyet, Diyabetes Mellitus(DM), Hipertansiyon(HT) sistolik(SKB) ve diastolik(DKB) kan basınçları ile takibe girdikleri ilk başvurudaki ve takipten çıktıkları son başvurudaki serum kreatinin, Glomerüler filtrasyon Hızı (GFH), CRP, proteinüri miktarı, Nötrofil sayısı (N) ve Lenfosit sayısı (L) kaydedildi. Nötrofil sayısının lenfosit sayısına bölünmesiyle NLO elde edildi. Takibe giriş ve takibin bittiği zaman arasındaki süre ve yıllık GFH kaybı hesaplandı. Diyalize başlama veya evre 5 KBH'ya erişme sonlanım noktası olarak belirlendi.

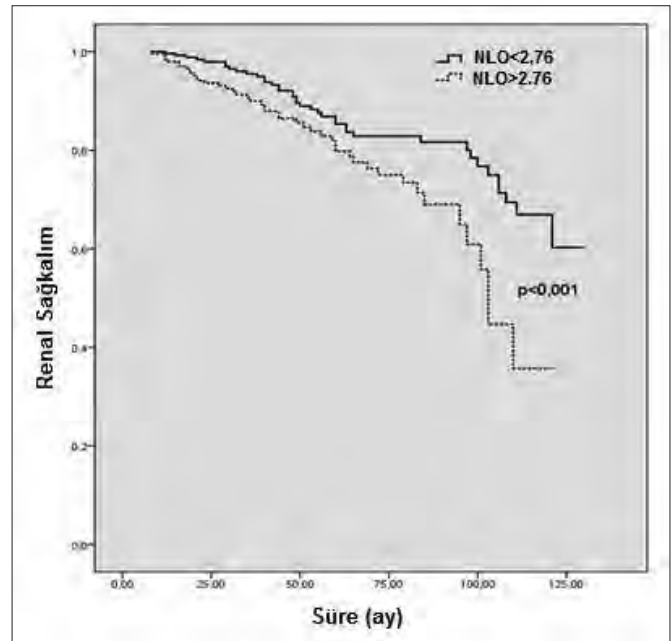
Bulgular: Hastalarından takip başlangıcı ve sonundaki verileri Tablo 1 de sunulmuştur. Ortalama tGFH 40 ml/dk/1,73m² ve ortalama NLO 3,22 olup takip sonunda GFH 27 ml/dk/1,73m² ye düşmüş, NLO ise 5,68 e çıkmıştı (p<0,001). Hastaların %21,4'ü sonlanıma ulaşmıştı. KBH evresi arttıkça NLO da artıyordu (p=0,001 r= 0,13). Evre 4 Hastaların NLO evre 2 ve 3 hastalardan yüksekti (evre 2 NLO 2,74; evre 3 NLO 3,10 ve evre 4 NLO 3,78 p= 0,006). (Şekil 1). NLO,GFH ile ters (p=0,03 r= -0,08), CRP ile pozitif (p<0,001 r=0,24) korele idi. NLO median değeri 2,76 olup NLO yüksek olan grubun (>2,76), NLO düşük gruba göre; başlangıç GFH ve albumin düzeyi daha düşük, yıllık GFH kaybı ile CRP düzeyi daha yüksek bulundu (Tablo 2). Kaplan Meier analizinde, NLO yüksek olan hastaların ortalama renal sağkalımı (86,5 ay), NLO düşük olan hastalardan (105 ay) anlamlı derecede düşük bulundu (p<0,001) (Şekil 2) Cox regresyon analizinde NLO tek başına değerlendirildiğinde sonlanım noktasına ulaşmada anlamlı bulundu. Ancak diyabet, yaş ve başlangıçtaki GFH değerinin de dahil edildiği modelde bu anlamlılık kaybolurken(p=0,764), sonlanıma ulaşma üzerine etkili faktörlerin diyabetik olmak, genç yaş ve düşük GFH değeri olduğu görüldü (Tablo 3).

Sonuç: Bu çalışma NLO ile KBH progresyonu arasındaki ilişkiyi araştıran en büyük örneklemeye sahip çalışmadır. Çalışmamızda NLO'nun inflamasyonu bir göstergesi olduğunu, KBH evresi arttıkça ve GFH düştükçe NLO'nun arttığını gösterdik. NLO yüksek hastaların daha düşük GFH'ye sahip daha ileri safhada olan ve albumin değerleri düşük CRP'leri yüksek hastalar olduğunu gördük. NLO yüksek hastaların renal sağkalımı daha düşük olsa da bunun bağımsız bir faktör olmayıp KBH'nın ileri safhalarında olan, daha çok inflamasyona sahip olan ve genel olarak daha kötü durumdaki bir hasta profilini yansıtmakta olduğunu düşünüyoruz. Sonlanıma ulaşmaya etkili esas faktörler diyabetik olmak, genç yaş ve başlangıçtaki GFH olduğunu gösterdik.

Anahtar Kelimeler: İnflamasyon, Kronik Böbrek Hastalığı, Nötrofil Lenfosit oranı



Şekil 1.



Şekil 2.

Tablo 1: Tüm hastaların takip başlangıcı ve sonu laboratuvar verileri ve demografik özellikleri

	Başvuru değerleri	Takip sonu değerleri	p
	n=740 Ort±SD	n=740 Ort±SD	
Yaş (yıl)	62,8±0,57		
Cinsiyet (%) (E/K)	59,6/40,4		
DM (%)	46,1		
HT (%)	80,9		
KAH (%)	38,4		
ACE inh(%)	17,6		
ARB(%)	26,2		
SKB (mmHg)	139,4±1,12		
DKB (mmHg)	82,3±0,60		
tGFH (ml/dk/1,73m ²)	40,56±0,45	27,2±0,61	<0,001*
Cr (mg/dl)	1,79±0,02	3,33±0,08	<0,001*
Yıllık GFH kaybı (ml/dk/1,73m ²)	4,24±0,27		
Ca (mg/dl)	8,89±0,02		
Albumin (gr/dl)	3,8±0,02		
P (mg/dl)	3,68±0,04		
CRP (mg/L)	12,4±0,79		
Ürik A. (mg/dl)	7,0±0,08		
Proteinüri	1592±103		
BK (cell/mm ³)	8578±100	8759±145	0,99
N (cell/mm ³)	5734±89	6097±135	0,11
L (cell/mm ³)	1987±29	1813±38	<0,001*
NLO	3,22±0,08	5,68±0,75	<0,001*

Tablo 2: NLO yüksek ve düşük olan hastaların karşılaştırılması

	NLO yüksek	NLO düşük	p
	n=377 Ort±SD	n=363 Ort±SD	
Yaş (yıl)	62,27±15,59	69,93±14,89	0,60
Cinsiyet (%) (E/K)	59,5/40,5	59,1/40,9	0,9
DM(%)	46,8	44,2	0,5
HT(%)	80,4	80,6	1
KAH(%)	39,8	35,2	0,26
SKB (mmHg)	139,4±28,3	139,6±26,7	0,90
DKB (mmHg)	82,4±15,1	82,3±14,9	0,65
Başlangıç tGFH (ml/dk/1,73m ²)	39,4±12,0	41,6±12,0	0,03*
Cr (mg/dl)	1,85±0,59	1,73±0,59	0,3
Yıllık GFH kaybı (ml/dk/1,73m ²)	4,96±8,13	3,59±6,15	0,04*
Sonlanıma ulaşan hasta (%)	24,4	18,7	0,08
Ca (mg/dl)	8,8±0,7	8,9±0,6	0,01*
Albumin (gr/dl)	3,7±0,6	3,9±0,6	0,002*
P (mg/dl)	3,6±0,9	3,6±0,9	0,6
CRP (mg/L)	16,1±19,2	7,7±8,4	<0,001*
Ürik Asit (mg/dl)	7,2±1,8	6,9±1,5	0,14
Proteinüri	1805±2158	1416±1835	0,26

Tablo 3: Sonlanıma ulaşmaya etkili faktörler (Cox regresyon analizi)

	OR	p	%95 CI
DM	1,708	0,022*	1,082-2,695
Yaş	0,980	0,002*	0,968-0,993
Başlangıç GFH	0,954	<0,001*	0,938-0,970
SKB	0,999	0,886	0,992-1,007
Ürik Asit	1,037	0,532	0,925-1,163
NLO	1,019	0,764	0,900-1,154

SS-033

OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIĞI HASTALARINDA FİBROBLAST BÜYÜME FAKTÖRÜ 23 İLE RENAL YAPI İLİŞKİSİMelahat Çoban¹, Yıldız Kılar Sözel²¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji

Giriş: Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı (ODPBH) bilateral böbreklerde çok sayıda kistlerin oluşumu ile karakterize genetik bir hastalıktır. Görüntüleme yöntemleri ile toplam böbrek hacmi (TBH) değerinin belirlenmesi, hastalığın progresyon hızı ve böbrek yetmezliği gelişimi riski hakkında bilgi verir. TBH değerinin belirlenmesinde, ultrasonografi (USG) tercih edilen ilk tetkiktir. Ancak sonuçların göreceli olması, kişilerarası farklılıklar kullanım alanını kısıtlamaktadır. TBH değerinin belirlenmesinde bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tercih edilen diğer tetkiklerdir. BT kullanımı, MRG ile eşit duyarlılıkta olmasına rağmen, iyonize radyasyona maruziyet ve böbrek yetmezliği yapma riski nedeniyle tercih edilmemektedir. Fibroblast büyüme faktörü-23 (FGF-23) osteosit ve osteoblastlardan sentezlenen ve normal serum fosfat (P) dengesinin idamesinde rol oynayan bir hormondur. FGF-23, böbreklerde koreseptörü olan soluble klotho (s-KL)'ya bağlandığında, proksimal tübüldeki sodyum (Na)-PIIa ve IIc taşıyıcılarını inhibe ederek renal P atılımını artırır. Ayrıca renal 1- α hidroksilaz enzimini inhibe ederek serum 1,25hidroksi(OH)2Vitamin(Vit)D3 düzeylerinde azalmaya neden olur. Çalışmamızın amacı; prediyaliz ODPBH hastalarında FGF-23 ile üst batın MRG ile belirlenen renal yapı arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Yöntemler: Bu kesitsel çalışma, ortalama yaşı 49 ± 14 olan toplam 86 (36 (%41.9) erkek, 50 (%58.1) kadın) ODPBH hastası ile yapıldı. Hastalar yaş ve cinsiyet benzer 47 sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldı. Üst batın MRG ile hastaların TBH değeri elipsoid formülü ve toplam kist hacmi (TKH) değeri kürenin hacmi formülü ile belirlendi. Sağlıklı kontrol grubunun TBH değeri, ultrasonografi ile elipsoid formülüne göre belirlendi. Serum FGF-23 ve s-KL düzeyleri ELİSA ile belirlendi. Değişkenlerin düzensiz dağılımları nedeniyle istatistiksel hesaplamalar log10 ile yapıldı.

Bulgular: Ortalama log₁₀ FGF-23 2.43 ± 0.41 pg/mL ve s-KL 19.26 ± 3.97 ng/mL idi. Ortalama log₁₀ TBH 3.1 ± 0.4 mm³ ve log₁₀ TKH 2.8 ± 0.7 mm³. TBH > 3.1 olanlarda TBH ≤ 3.1 olanlara göre spot idrar protein/kreatinin oranı (SPKO) (p = 0.005) yüksek, tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFH) (p = 0.004) düşüktü. Her iki grup arasında log₁₀ FGF-23 açısından farklılık yoktu (p = 0.190). Log₁₀ FGF-23 > 2.43 olanlarda, FGF-23 ≤ 2.43 olanlara göre SPKO (p = 0.003) yüksek, eGFH (p < 0.001) düşüktü. Her iki grup arasında log₁₀ TBH açısından farklılık saptanmadı (p = 0.257). Çok değişkenli analizde log₁₀ FGF-23 ile SPKO arasında doğru (p = 0.028), eGFH ile ters ilişki (p = 0.036) saptandı. Log₁₀ FGF-23 ile log₁₀ TBH arasında ilişki saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda ODPBH hastalarında böbrek yetmezliği ilerledikçe serum FGF-23 düzeyleri artarken, serum s-KL düzeyleri azaldı. Artan serum FGF-23 ile artan TBH değerleri arasında ilişkinin olmadığı saptandı. ODPBH hastalarında FGF-23 ile hastalığın progresyonu üzerine etki eden renal yapı arasında ilişki yoktur. Bu durumun nedenini ODPBH hastalarında defektli polikistik 1 and 2

kompleksi nedeniyle osteositlerden defektli FGF-23 sentezinin olması veya sayısı artan renal tübüllerden sentezlenen defektli FGF-23'ün böbrekler üzerinde etkili biyolojik aktivitesinin olmamasına bağlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı, fibroblast büyüme faktör-23, soluble klotho, toplam böbrek hacmi, toplam kist hacmi

Tablo 1: Hasta ve sağlıklı kontrol grubunun klinik, demografik özellikleri, laboratuvar ve MRG değerleri

	Hastalar (86)	Sağlıklı kontrol grubu (47)
Yaş (yıl)	49 ± 14	45 ± 7
Erkek/Kadın	50 (%58.1)/36 (%41.9)	25 (%53.2)/ 22 (%46.8)
Hipertansiyon/Diyabetes mellitus	56 (%65.15)/6 (%7)	
ACEI/ARB	15 (%17.4)/27 (%31.4)	
Ca kanal blokör	20 (%23.3)	
Alfa blokör	4 (%4.7)	
Beta blokör	15 (%17.4)	
Diğerleri	7 (%8.2)	
Evre 1-2 KBH	46 (%53.5)	
Evre 3-4 KBH	32 (%37.2)	
Prediyaliz evre 5 KBH	8 (%9.3)	
eGFR (mL/dk/1.73 m ²)	61 ± 30	91.4 ± 6.9
SPKO (mg/dl)	291.7 ± 414.8	47.7 ± 57.4
PTH (pg/mL)	82 ± 50	53 ± 25
Ca (mg/dL)	9.34 ± 0.42	9.4 ± 0.4
P (mg/dL)	3.14 ± 0.62	4.1 ± 5.1
25(OH)VitD3 (ng/mL)	19.75 ± 13.49	20.8 ± 10.9
1.25(OH)2VitD3 (ng/mL)	27.57 ± 20.82	19.5 ± 15.4
Log10 FGF-23 (pg/mL)	2.43 ± 0.41	2.08 ± 0.3
s-KL (ng/mL)	19.26 ± 3.97	13.86 ± 3.01
Log10 TBH (mm ³)	3.1 ± 0.4	2.6 ± 0.1
Log10 TKH (mm ³)	2.8 ± 0.7	

Tablo 2: Ortalama log10 FGF-23 düzeylerine göre hasta özelliklerinin karşılaştırılması

	Log10 FGF-23 ≤ 2.43 pg/mL (41)	Log10 FGF-23 > 2.43 pg/mL (45)	p
eGFR (mL/dk/1.73 m ²)	74 (30-120)	41(16-122)	< 0.001
SPKO (mg/dl)	100 (4-1350)	180 (3-1730)	0.003
Log10 TBH (mm ³)	3.05 ± 0.35	3.14 ± 0.39	0.257

Tablo 3: Çok değişkenli analizde log10 FGF-23 ile ilişkili faktörler

	Beta	S.E.	p
eGFR (mL/dk/1.73 m ²)	-0.238	0.002	0.036
SPKO (mg/dl)	0.251	0.001	0.028
Log10 TBH (mm ³)	0.051	0.125	0.653

SS-034

HİPONATREMİ: MEVSİMLERLE İLİŞKİLİ MİDİR?

Atilla Altuntaş

Isparta Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Isparta

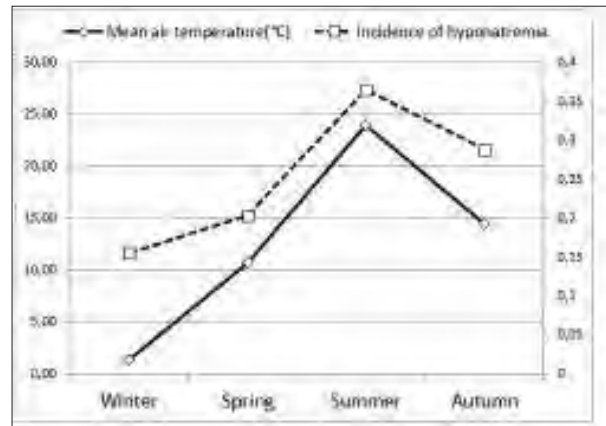
Giriş: Hiponatremi hastanede yatan hastalarda yaygın bir elektrolit bozukluğu olup, artmış mortalite ve morbidite ile ilişkilidir. Bu çalışmada servisimize yatan hiponatremili hastalar ile mevsimsel değişiklik arasında bir ilişki olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

Metod: Retrospektif olarak 2012-2014 yılı içerisinde servisimize yatan hastalardan serum sodyum düzeyi 135 meq/L altında olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hiponatremi insidansı, bir mevsim içinde yatan hastalardan sodyum düzeyi düşük olanların, aynı mevsim içerisinde yatan tüm hasta sayısına oranı olarak hesaplandı.

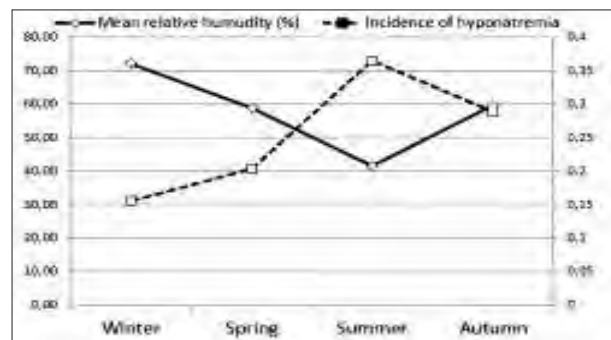
Bulgular: Servisimize üç yıllık dönem içerisinde 1652 tane yatışı yapılan hastanın 397'sinde (%25.6) hiponatremi saptandı. Hiponatremisi olan kişilerin 193 erkekti. Serum sodyum düzeyi ortalaması 129.8±4.8 meq/L idi. Hiponatremi insidansı kış mevsiminde %16.0, ilkbahar-sonbaharda sırasıyla %19.9, %28.2 ve yaz mevsiminde %36.8 olarak saptandı. Hiponatremisi olan hastaların eşlik eden hastalıkları, kullandıkları ilaçlar, mortalite ve diyaliz tedavisi açısından mevsimlere göre dağılımlarında anlamlı bir fark bulunmadı. Kış ve yaz mevsiminde yatan hastalardaki hiponatremi insidansı karşılaştırıldığında yaz mevsiminde önemli oranda daha yüksek hiponatremi insidansı mevcuttu (p=0.001). Hiponatremi insidansı ile sıcaklık arasında pozitif bir korelasyon (r=0.948, p=0.04)(Şekil 1), nisbi nem ile negatif bir korelasyon (r=-0.904, p=0.05)(Şekil 2) saptandı.

Tartışma: Üç yıllık periyotta hiponatremi sıklığının yaz mevsiminde en yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Hiponatremi gelişmesine, sıcaklık artışı ile birlikte ter yoluyla sodyum kaybı ve/veya aşırı hipotonik sıvı alımı katkıda bulunuyor olabilir.

Anahtar Kelimeler: Hiponatremi, mevsim, nem, sıcaklık



Şekil 1.



Şekil 2.

SS-035

65 YAŞ ÜSTÜNDE BÖBREK BİYOPSİSİ: HASTA YÖNETİMİNE ETKİSİ, RİSKLERİ VE SONUÇLARI - TEK MERKEZ DENEYİMİ-

Mehmet Aslı Oktan¹, Cihan Heybeli¹, Hayri Üstün Arda¹, Serkan Yıldız¹, Aykut Sifil¹, Caner Çavdar¹, Taner Çamsarı¹, Ali Çelik¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Yaşam süresinin uzaması ve tıp alanındaki gelişmeler sayesinde yaşlı popülasyonda artış görülmektedir. Kronik böbrek hastalıklarının görülme sıklığı diğer tüm kronik hastalıklar gibi yaşlı nüfusta artış gösterir. Böbrek biyopsisi birçok böbrek hastalığının tanısında ve yönetiminde önemli rehberlik sağlarken; yaşlı hastalarda biyopsi ilişkili gelişebilecek komplikasyonlardan ötürü biyopsi yapılmasına karşı klinisyenlerde isteksizlik olabilmektedir. Bu araştırmada kliniğimizde son 10 yılda 65 yaş üstünde böbrek biyopsisi yapılan hasta popülasyonu klinik, laboratuvar özellikleri, biyopsi ilişkili komplikasyonlar ve biyopsi sonucunun hasta yönetimine etkisi bakımından ele alınmıştır.

Yöntemler: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Nefroloji kliniğinde 01.08.2007-11.07.18 tarihleri arasında yapılan böbrek biyopsileri retrospektif olarak tarandı. Toplam 1088 böbrek biyopsisi yapılmış olgu arasından 65 yaşını doldurmuş 115 (%10.5) hasta değerlendirmeye alındı. 2 hasta klinik bilgisinin yetersiz, 1 hasta nakil böbrek biyopsisi olması nedeniyle çalışma dışında bırakıldı. Sonuçta 112 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların biyopsi anındaki klinik ve laboratuvar bulguları, böbrek biyopsi endikasyonları, biyopsi öncesinde ilaç maruziyeti, biyopsi anında diyaliz gereksinimi, histopatolojik inceleme sonuçları, klinik izlem süresi ve mortalite not edildi. Böbrek biyopsisinin hasta yönetimine etkisi (özgün tedavi gerektiren tanı elde edilme oranı), böbrek biyopsisi ilişkili komplikasyonlar, yeterli materyal elde etme oranı ve malignite ile ilişkisi değerlendirildi. Hastanemiz patoloji laboratuvarında ışık mikroskopisi ve immunfloresan inceleme yapılan biyopsi örneklerinin, histopatolojik tanıları kaydedildi. Böbrekteki kronisite bulguları puanlandı. Kresantik glomerülonefrit tanılı hastalarda remisyon oranları belirtildi.

Bulgular: Akut böbrek yetmezliği ileri yaş grubunda en sık böbrek biyopsi endikasyonu oluşturdu (41, %36.6). Kresantik glomerülonefrit en sık görülen tanı oldu (30, %26.8). İleri yaşta yapılan böbrek biyopsisi ile her üç hastanın ikisinde özgün tedavi gerektiren tanı elde edildi (75, %67). Komplikasyon gelişme sıklığı %7.1 (n=8) saptandı.

Sonuç: İleri yaşta yapılan böbrek biyopsisi hasta yönetimi açısından değerli klinik bilgiler sağlar. İleri yaşta böbrek biyopsisi yapılmasından çekinilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: İnce iğne biyopsisi; yaşlı popülasyon, glomerülonefritler

Tablo 1: Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

	n	%
Hasta sayısı	112	100
Yaş	70.58 ± 4.9	
Kadın	57	50.9
Geliş şikayeti		
Ödem	33	29.5
Asemptomatik böbrek işlev bozukluğu	27	24.1
Yapısal semptomlar (halsizlik, kilo kaybı, ateş)	20	17.9
İşeme semptomları	11	9.8
Nefes darlığı	9	8
Kanlı balgam çıkarma	5	4.5
Klinik Durum		
Akut böbrek yetmezliği	41	36.6
Nefrotik sendrom	29	25.9
Kronik böbrek yetmezliği	17	15.2
Nefritik sendrom	13	11.6
Non nefrotik proteinüri	12	28.6
Diabetes mellitus varlığı	32	28.6
Serum kreatinin (mg/dl), ortalama, min-max	2.7 (0.61-11.5)	
CKD-EPI eGFR (ml/dk/1.73m2)	33.17 (5-104)	
Proteinüri (gr/gün), ortalama, min-max	3.91 (0.19-27)	
Hematüri varlığı	31	27.7
Diyaliz gereksinimi	42	37.5
Biyopsi öncesi ilaç maruziyeti	20	17.8
Başarılı biyopsi oranı(>8 glomerül)	98	87.5
Biyopsi sonrası es tx gerektiren kanama	8	7.1
Biyopsi sonrası girişim gerektiren kanama	1	0.89
Biyopsi sonrası ölüm	1	0.89
Toplam böbrek kronisite skoru	5.85 ± 2.26	
RAS blokajı verilen hastalar	57	50.8
İzlem süresi, ortalama, min-max (gün)	878 (1-3640)	
Mortalite	12	10.7
Özgün tedavi gerektiren tanı elde etme oranı	75	67
Tanılar		
Kresantik GN	30	26.8
Hipertansif Nefroskleroz	15	13.4
Membranöz GN	11	9.8
Diabetik Nefropati	10	8.9
FSGS	9	8
Akut interstisyel nefrit	8	7.1
Amiloidoz	8	7.1
Atrofik değişiklikler	5	4.4
Trombotik mikroanjiyopati	4	3.6
MPGN	3	2.7
Tanı için yetersiz materyal	3	2.7
İgA Nefriti	1	0.9
Lupus Nefriti	1	0.9
Kristal Nefropati	1	0.9

Tablo 1 devamı: Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

Mezengiokapiller GN	1	0.9
Kronik tübülointerstiyel nefrit	1	0.9
Tübüler rejeneratif değişiklikler	1	0.9
Malignite eşlik eden hasta sayısı	28	25
Malignite araştırılmamış hasta sayısı	13	11.6
Malignite Tipi		
Plazma hücreli diskrazi	6	21.4
Kolorektal kanser	4	14.2
Mesane kanseri	3	10.7
Yüksek dereceli displazi (tübülovillöz adenom)	3	10.7
Mide kanseri	2	7.1
Prostat kanseri	2	7.1
Skuamöz hücreli kanser (saçlı deri, dil)	2	7.1
Karaciğer kanseri	1	3.5
Renal hücreli kanser	1	3.5
Akciğer kanseri	1	3.5
Peritonitis karsinomatoza	1	3.5
Kronik miyeloid lösemi	1	3.5
MGUS	1	3.5
Kresantik Glomerülonefrit Tanılı Hastalar	30	26.8
Anti GBM pozitif	1	3.3
İmmunkompleks	6	20
Pauci-immun (15 anca pozitif (12 mpo-3 pr3), 5 anca negatif)	20	66.6
Ayrım yapılamayan (Kresantik GN tipi)	3	10
İmmüsupresif tedavi verilen Kresantik GN tanılı hasta sayısı	28	93
Tam remisyon (Kresantik GN)	12	40
Parsiyel remisyon (Kresantik GN)	5	16.7
Remisyon yok (Kresantik GN)	11	36.7
Remisyon bilinmiyor (Kresantik GN)	2	6.7

SS-036**ST2 LEVELS AND THE RISK OF CONTRAST-INDUCED NEPHROPATHY IN PATIENTS UNDERGOING PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION****Mustafa Umut Somuncu***Bulent Ecevit University*

Background and aim: Contrast-induced nephropathy (CIN) is a serious complication of percutaneous coronary intervention (PCI) and is associated with mortality and morbidity in patients with acute myocardial infarction (AMI). Soluble suppression of tumorigenicity 2 (sST2), a member of the interleukin-1 family, has been considered to play a role in cardiac remodeling and inflammatory process. Some researchers showed that the increase in the sST2 predicts acute renal injury in postoperative patients and has prognostic value in patients with chronic renal failure. In this study, we aim to investigate the relationship between CIN development and sST2 level in AMI patients treated with PCI.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, we included 379 patients with AMI undergoing PCI. All patients were divided into two groups according to CIN development. CIN was defined as an absolute increase from baseline in serum creatinine 0.3 mg/dl and/or a relative increase from baseline of 25% within 72 hours. Demographic features, medical history, medications, laboratory measurements and procedural characteristics were compared between two groups. Multivariate logistic regression analysis was used to identify the independent risk factors for CIN. The high-sST2 group and the low sST2 group was formed using the value of 10.7 ng/ml as a threshold from receiver operator characteristic analysis and the predictive value of the high sST2 group for CIN was evaluated.

Results: In the present study, 81 patients (21.4%) had CIN. The concentration of sST2 in CIN group was higher than that of non-CIN group (13.5 ± 7.0 ng/mL vs. 10.5 ± 4.5 ng/L, $P < 0.001$). Diabetes Mellitus (OR, 2.156; 95% CI, 1.160-4.010; $p = 0.007$), eGFR (OR, 0.985; 95% CI, 0.974-0.997; $p = 0.031$), systolic blood pressure (OR, 0.965; 95% CI, 0.953-0.978; $p < 0.001$), contrast exposure time (OR, 1.035; 95% CI, 1.017-1.054; $p < 0.001$), and sST2 (OR, 1.101; 95% CI, 1.047-1.157; $p < 0.001$) were found to be independent predictors for CIN development. In addition, independent from other risk factors, being in the high sST2 group had 3.6 times increased odds for CIN development than being in the low sST2 group.

Conclusion: These results suggest that patients high sST2 levels are an essential predictor of CIN in patients undergoing PCI for AMI.

Anahtar Kelimeler: sST2, contrast-induced nephropathy, acute myocardial infarction, angioplasty, estimated glomerular filtration rate

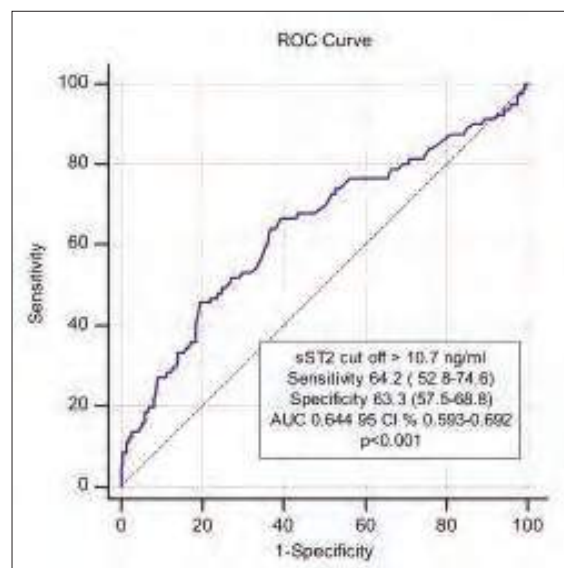


Table 1: Basic clinical characteristics of CIN group and non-CIN group.

Variables	CIN group(n=81)	Non-CIN Group (n=298)	P value
Demographics			
Age, y	60.5±12.2	59.6±11.4	0.543
Male, n%	63(77.8%)	245(82.2%)	0.364
BMI, Kg/m ²	26.8±2.7	26.1±3.1	0.075
SBP, mmHg	112.0±24.5	131.2±22.7	<0.001
DBP, mmHg	64.6±12.8	74.8±12.5	<0.001
Heart rate, bpm	76.8±14.1	80.2±14.8	0.089
Medical history, n%			
Diabetes	30(37.0%)	70(23.5%)	0.012
Hypertension	35(43.2%)	96(32.2%)	0.086
Hyperlipidemia	10(12.3%)	42(14.1%)	0.856
Smoking	33(40.7%)	143(48.0%)	0.260
Medications, n%			
ACE inh/ARB	23(28.4%)	75(25.2%)	0.569
Antiplatelet	12(14.8%)	24(8.1%)	0.085
Beta blocker	17(21.0%)	46(15.4%)	0.241
Statin	12(14.8%)	51(17.1%)	0.737
Laboratory measurements			
eGFR, ml/min/1.73m ²	84.7±28.9	92.9±21.9	0.006
HDL-C, mmol/L	39.3±7.6	41.1±14.4	0.297
LDL-C, mmol/L	120.8±39.5	124.4±39.2	0.463
TC, mmol/L	215.1±171.8	195.9±50.1	0.096
WBC, 109/L	12.1±5.0	12.8±8.9	0.498
Hemoglobin, mg/dl	13.0±2.3	14.0±5.5	0.030
Peak troponin, mg/dl	5.0±3.3	4.6±10.4	0.737
CK-MB, mg/dl	150.8±107.4	123.2±113.7	0.071
sST-2, ng/mL	13.5±7.0	10.5±4.57	<0.001
Procedural characteristics			
Contrast volume, ml	225.7±79.6	208.5±67.6	0.041
Contrast exposure time, min	32.8±17.4	25.1±13.3	<0.001
Number of stents, n	1.35±0.59	1.27±0.53	0.211
Primary PCI	63(77.8%)	213(71.5%)	0.324

Abbreviations: CIN: Contrast Induced Nephropathy, BMI: Body Mass Index min, minute, eGFR: estimated glomerular filtration rate, SBP: systolic blood pressure, DBP: diastolic blood pressure, sST2: soluble ST2, ml: milliliter, bpm: beat per minute, ACE inh: Angiotensin-converting enzyme inhibitors, ARB: Angiotensin II receptor blocker, HDL: High density lipoprotein, LDL: low density lipoprotein, TC: total cholesterol, WBC: white blood cell, PCI: percutaneous coronary intervention

Table 2: Multivariate Logistic Regression Analysis for Potential Predictors of Contrast Induced Nephropathy

	Univariate analysis OR (CI 95%)	p value	Multivariate analysis OR (CI 95%)	p value
First Model†				
Age, years	1.006 (0.986-1.027)	0.542		
DM, yes	1.916 (1.134-3.237)	0.015	2.156 (1.160-4.010)	0.007
HT, yes	1.535 (0.959-2.646)	0.106		
Peak troponin, mg/dl	1.004 (0.980-1.029)	0.736		
eGFR, ml/min/1.73m ²	0.986 (0.976-0.996)	0.006	0.985 (0.974-0.997)	0.031
Hemoglobin, mg/dl	0.828 (0.732-0.936)	0.003	0.898 (0.777-1.036)	0.141
SBP, mmHg‡	0.964 (0.952-0.976)	<0.001	0.965 (0.953-0.978)	<0.001
DBP, mmHg‡	0.933 (0.911-0.955)	<0.001		
sST-2	1.104 (1.056-1.155)	<0.001	1.101 (1.047-1.157)	<0.001
Contrast volume, ml	1.003 (1.000-1.007)	0.050	1.002 (0.998-1.006)	0.256
Contrast exposure time, min	1.002 (1.000-1.004)	0.041	1.035 (1.017-1.054)	<0.001
Second Model†				
Low sST2	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
High sST2	3.109 (1.864-5.187)	<0.001	3.647 (2.023-6.574)	<0.001

Abbreviations: DM: Diabetes mellitus, HT: hypertension, min: minute, eGFR: estimated glomerular filtration rate, SBP: systolic blood pressure, DBP: diastolic blood pressure, sST2: soluble ST2, ml: milliliter, OR: odds ratio, CI: confidence interval) ‡ SBP and DBP were highly correlated, and Nagelkerke R squares for nighttime SBP and DBP were 16.6% and 14.4% respectively, therefore, we included SBP in the full model. † These groups were included in a second model instead of s-ST2 as continuous variable. In this model, Patients were divided into 2 groups according to the sST2 value determined in the ROC curve and the effect of high ST2 value on contrast nephropathy formation was evaluated. ‡ Nagelkerke R square of the first model was 32.2%. † Nagelkerke R square of the second model was 34.8%.

SS-037

KRONİK BÖBREK YETMEZLİKLİ HASTALARDA SOL VENTRİKÜL HİPERTROFİSİ, GEOMETRİSİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Bülent Kaya, Neslihan Seyrek, Saime Paydas, Mustafa Balal, İbrahim Karayaylali
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Kronik böbrek yetmezlik'li (KBY) hastalarda sol ventrikül hipertrofisi (SVH) kardiyovasküler mortalitenin bağımsız prediktörüdür. KBY'li hastalarda SVH ortaya çıkmasında anemi, HT, hiperfosfatemi, hiperparatiroidizm, kronik volüm fazlalığı, inflamasyon gibi bir çok faktör rol oynar. SVH genel olarak aritmiler, ani ölüm, kalp yetmezliği ve miyokart iskemisi için prognostik bir risk faktörüdür.

Sol ventrikül kitlesi (SVK) geometrik paterne göre 4 kategoriye ayrılır. SVK normal olanlar normal geometri (NG) ve konsantrik remodelling (CR) olarak 2 subgruba ayrılırken, SVK artmış olanlarda konsantrik SVH (cSVH) ve egzantik SVH (eSVH) olarak 2 subgruba ayrılır. cSVH'li hastalarda relative wall thickness (RWT) sol ventrikül kavitesine göre artmış iken bu durum eSVH'li hastalarda gözlenmez. Her 2 geometrik pattern de artmış KVH riski ile ilişkilidir. Bu yüzden sol ventrikül geometrisini (SVG) etkileyen faktörlerin tespit edilmesi ve önlenmesi KBY'li hastalarda kardiyovasküler hastalık (KVH) riskini azaltmak için oldukça önemlidir. Biz bu kesitsel çalışmada evre 2-5D 162 KBY'li hastada SVH sıklığını, SVG paternini ve bunları etkileyen faktörleri araştırdık.

Materyal ve Metod: Çalışmaya evre 2-5D KBY'li 17-79 yaş arası toplam 162 hasta (100 erkek) dahil edildi. Evre 3-4 konjestif kalp yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı, akut enfeksiyon, akut koroner sendrom, renal transplantasyon öyküsü, obezite (BKİ ≥ 35 kg/m²), malignensi ve onam vermeyen hastalar çalışmaya alınmadı. Ekokardiyografik olarak SVG paternleri ölçüldü. Biyokimya, hemogram ve diğer kan parametreleri kaydedildi.

Bulgular: Hastalar KBY evrelerine göre sınıflandırıldı. 17 hasta evre 2, 38 hasta evre 3, 39 hasta evre 4, 23 hasta diyalize girmeyen evre 5 (5ND) ve 44 diyaliz tedavisi alan hasta (5D) olmak üzere 5 gruptan oluşmaktaydı. 5D grubunda 16 hasta HD 28 hasta PD tedavisi görmekteydi.

SVH tüm hasta grubumuzda 65/162 (%40.1) olarak saptandı. Evrelere göre LVH sıklığı evre 2 de 3/17(%17.6), evre 3 te 12/38(%31.6), evre 4 te 19/39(%48.7), 5ND'de 12/23(%52.2) ve 5D'de 19/45(%42.2) olarak tespit edildi.

SVG paternine göre hastaların 18(%11.1)'inde eSVH, 42(%25.9)'unda cSVH, 51(%31.5)'inde CR ve 51(%31.5)'inde NG saptandı.

CR erken evrelerden (evre 2'de %70,6) itibaren başlamaktaydı ve sıklığı ileri evrelerde (5ND'de %30,5, 5D'de %17,8) daha azdı. cSVH görülme sıklığı KBY evresi ilerledikçe giderek artıyordu. cSVH en fazla 5ND'de (%39,1) yaygındı. eSVH görülme sıklığı ileri evrelerde ve özellikle 5D'de (%13,3) en fazlaydı. SVG'yi etkileyen faktörler Multinomial lojistik regresyon analizine göre yaş, serum albümin, HbA1C, serum sodyum ve GFR idi

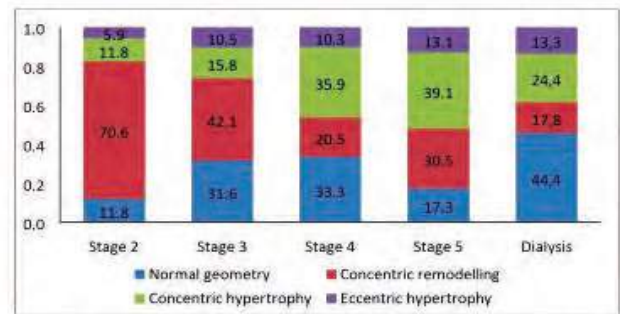
Sonuç: KBY'li hastalarda artmış mortalite riski ile ilişkili olan 2 kardiyak geometrik paternden birisi olan cSVH'nin en sık KBY 5ND'li hasta grubunda (%39.1) görüldüğü ve serum albumin, diyabet ve serum sodyum ile ilişkili olduğu saptanırken, eSVH'nin ise en sık 5D hasta grubunda (%13.3) görüldüğü, serum albumin ve yaş ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. KBY evre 2 hastalarında NG'nin en az, 5D hastalarında NG'nin en sık olmasının nedeni erken evre KBY hastalarının daha yaşlı olması ve bu hastaların diyaliz döneminden önce kaybedilmesi veya diyaliz hastalarının daha genç olmasından kaynaklanabilir ancak bu durum kesitsel çalışmalarla açıklanamaz. Bu ilişkilerin daha net ortaya konması ve önleyici tedbirlerin alınabilmesi için prospektif kapsamlı çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Böbrek Yetmezliği, Sol Ventrikül Hipertrofisi, Sol Ventrikül Geometrisi

Tablo 1:

Parameter	Env 2 (n = 15)	Env 3 (n = 30)	Env 4 (n = 17)	Env 5/6 (n = 19)	SD (Deviation)	p
Age	45.1 (9.1)	56.6 (8.7)	51.4 (12.2)	47.47	47.9 (12.1)	<0.001
Sex	25 (16.7)	25 (16.7)	25 (16.7)	25 (16.7)	25 (16.7)	0.931
Height (m)	1.75 (0.07)	1.74 (0.07)	1.74 (0.07)	1.74 (0.07)	1.74 (0.07)	0.931
Weight (kg)	74.6 (9.7)	86.1 (10.7)	81.1 (12.2)	80.2 (11.1)	80.2 (11.1)	0.011
DT (1.50-1.60) (s)	361	1623	1623	1613	2624 (1)	<0.001
log-transformed (s)	1.55 (0.09)	0.47 (0.1)	0.50 (0.1)	0.44 (0.1)	0.43 (0.1)	0.004
log-DT (log. s)	0.48 (0.07)	0.20 (0.03)	0.20 (0.03)	0.21 (0.04)	0.20 (0.03)	0.001
alk. (m)	92.0	110.0 (7)	60.0	93.0	93.0	0.001
alk. (m)	91.0	100.0 (5)	50.0	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
Iron (mmol. s)	30.0	11.0 (1)	16.0 (1)	11.0 (1)	10.0 (0.1)	0.100
K (mmol. s)	30.0	11.0 (1)	16.0 (1)	11.0 (1)	10.0 (0.1)	0.101
Frequency (s)	0	0	0 (0)	7 (0.4)	3 (0.3)	<0.001
Isolated (s)	0	3 (0.1)	0 (0)	1 (0.05)	1 (0.05)	<0.001
K (mmol. s)	10 (0.4)	31 (2.0)	31 (2.0)	31 (2.0)	31 (2.0)	0.001
alk. (m)	91.0 (7)	110.0 (7)	60.0 (7)	93.0 (7)	93.0 (7)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (1)	1613 (1)	0.001
alk. (m)	91.0 (3)	100.0 (5)	50.0 (5)	91.0 (3)	91.0 (3)	0.001
DT (s)	361 (1)	1623 (1)	1623 (1)	1613 (		

Tablo 2: KBY evrelerine göre sol ventrikül geometrisi (n:162)



Evre 2 KBY (n:17): NG 2 (11.8%), CR 12(70.6%), CH 2 (11.8%), EH 1 (5.9%)

Èvre 3 KBY (n:38): NG 12 (31,6%), CR 16 (42,1%), CH 6 (15,8%), EH 4 (10,5%)

Evre 4 KBY (n.39): NG13 (33.3%), CR 8 (20.5%), CH 14(35.9%), EH 4 (10.3%)

Evre 5 KBY (dialize girmeyen) (n:23): NG 4 (13,1%), CR: 7 (30,5%), CH: 9(39,1%), EH: 3 (13,1%)

Diyaliz Hasta grubu (n:45): NG 20 (44,4%), CR: 8 (17,8%), CH: 11(24,4%), EH: 6 (13,3%).

Tablo 3: Multinomial logistic regression analizine göre kronik böbrek yetmezliği ve sol ventrikül geometrisi arasındaki ilişki (Normal geometriye göre)

	Konsantrir remodeling			Concentric SVH			Egzantrik LVH		
	β	OR (95%CI)	p	β	OR (95%CI)	p	β	OR (95%CI)	p
Yas	-0.343	0.114(0.294-7.25)	0.818	-0.306	0.42(0.05-3.56)	0.51	-0.227	0.124(0.06-0.95)	0.036
GER	1.476	4.37(1.26-15.2)	0.020	0.443	0.86(0.41-1.82)	0.713	0.486	1.61(0.79-3.08)	0.771
Sistolik KB	0.291	1.33(0.65-2.65)	0.405	-0.443	0.69(0.34-1.37)	0.407	-0.711	0.38(0.21-0.67)	0.535
Hgb	-0.622	0.26(0.11-0.61)	0.226	0.062	1.06(0.55-2.05)	0.907	-0.508	0.76(0.42-1.35)	0.766
Albumin	0.822	2.26(0.65-8.57)	0.182	1.385	3.69(1.57-8.17)	0.003	2.140	6.91(3.41-13.59)	0.001
Fe23	0.666	0.53(0.11-2.09)	0.419	0.385	0.66(0.36-1.22)	0.310	0.833	4.17(0.85-20.51)	0.446
Iodur	-0.376	0.56(0.18-1.76)	0.321	0.704	0.70(0.39-0.95)	0.086	-0.464	0.68(0.31-1.37)	0.625
CaP2	-0.735	0.93(0.04-14.4)	0.924	-0.765	0.65(0.10-3.97)	0.714	1.100	1.88(0.29-10.49)	0.355
PIH	-0.287	0.75(0.00-3.23)	0.027	-0.216	0.80(0.55-2.62)	0.720	-0.014	0.91(0.24-3.64)	0.872
HbA1c	-0.217	0.75(0.02-31.24)	0.027	-1.608	0.18(0.05-0.75)	0.002	0.023	1.02(0.26-3.96)	0.972
LJDL	-0.137	1.10(0.44-2.61)	0.287	-0.575	0.56(0.27-1.11)	0.117	-0.137	0.87(0.45-1.67)	0.657
CRP	-0.197	0.77(0.34-1.67)	0.519	-0.328	1.23(0.64-2.36)	0.649	-0.013	0.92(0.45-1.89)	0.937
CSA	0.438	0.84(0.42-2.03)	0.605	-1.389	0.22(0.09-0.65)	0.003	0.036	1.07(0.31-3.45)	0.935

Age, years <65; SBP <140/90 mmHg; Hgb <10 g/dl; Albumin, >4 g/dl; GFR >30 ml/min; Serum Sodium (Na⁺) >135 mmol/L; CRP <0.8 mg/dl; Fosfor (P) <5 mg/dl; TTTT <150 pg/ml; LDL <100 mg/dl; IrfA1C <6%.

SS-038

KRONİK BÖBREK HASTALARINDA RUHSAL SAĞLIK, YAŞAM VE UYKU KALİTESİ

Onur Küçük¹, Kübra Kaynar², Filiz Cival Arslan³, Şükrü Ulusoy², Hasret Karabulut Gül³, Abdülkadir Çelik², Gamze Can⁴, Serdar Karakullukcu⁴, Muammer Cansız²

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

²Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Trabzon

³Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Trabzon

⁴Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Trabzon

Giriş: Kronik Böbrek hastalıkları, tüm dünyada hastaların yaşam stilini ve kalitesini etkileyen ciddi sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Yaşam kalitesi de tüm hastalıklarda tedavi sonuçlarını etkileyen önemli bir faktör olarak bilinmektedir. Bu çalışma ile, kliniğimizdeki farklı tedavi şekillerinde ve farklı evrelerde olan kronik böbrek hastalarının ruhsal sağlık, yaşam ve uyku kalitesi düzeyleri ve bu parametrelere etki eden faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Yaş ortalaması 43 ± 14 yıl olan 140 hasta (%48.6'sı kadın) bu çalışmaya alındı. Çalışma grupları:

Grup 1: Ortalama serum kreatinin değerleri 0.73 ± 0.18 mg/dL olan sağlıklı kişilerden (n:30) oluşan kontrol grubu

Grup 2: Ortalama serum kreatinin değeri 3.66 ± 1.49 mg/dL olan kronik böbrek hastalığı (KBH) evre 4 olan 30 hastayı içeren KBH grubu

Grup 3: Ortalama 32 ± 31 aydır kronik hemodiyaliz programında olan (Kt/V: 1.48 ± 0.2) 30 hastayı içeren hemodiyaliz (HD) grubu

Grup 4 : Ortalama 57 ± 38 aydır kronik periton diyalizi programında olan (Kt/V: 2.13 ± 0.34) 20 hastayı içeren Periton diyalizi (PD) grubu

Grup 5: Ortalama allogreft ömrü 60 ± 71 ay ve ortalama serum kreatinin değeri 1.19 ± 0.46 mg/dL olan 30 böbrek nakli hastasını içeren renal transplant (RT) grubu

Tüm gruplardaki hasta ve kontrollere yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılan Kısa Form-36 [Short Form-36 (SF-36)], sağlıklı kontroller dışındaki gruplara Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi Formu-36 [Kidney Disease Quality of Life-36 (KDQOL-36)], tüm gruplara uyku kalitesi değerlendirmede kullanılan Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve ruhsal sağlık durumlarının değerlendirilmesinde de Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12) ölçekleri uygulanmıştır. Ölçeklerin değerlendirilmesi psikiyatri uzmanı tarafından yapılmıştır. Gruplar bu ölçeklerin verileri açısından SPSS 23 versiyonu ile Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Spearman ve ki-kare testleri kullanılarak analiz edildi. Grupların klinik ve laboratuvar test sonuçları ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyonlar bakıldı.

Sonuçlar: Grupların karşılaştırılmasında, RT grubunun SF-36 anketinin fiziksel ve mental komponent alt başlıklarında istatistiksel olarak anlamlı en yüksek puanı, PUKİ ve GSA-12 ölçeklerinde de diğer gruplara göre anlamlı en düşük ortalamayı alarak en iyi ruhsal sağlık, yaşam ve uyku kalitesi durumunda olduğu saptandı (Tablo 1). Tüm data değerlendirildiğinde, laboratuvar parametrelerinden serum albumin ve hemoglobin değerlerinin yaşam kalitesinin birçok alt başlığı ile anlamlı pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur (Tablo 2). PUKİ ve GSA-12 ile SF-36 ve KDQOL-36'nın tüm alt ölçek puanları arasında anlamlı negatif korelasyon saptanmıştır. Bu sonuçla, ruhsal sağlık ve uyku kalitesi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu kabul edilmiştir. KDQOL-36 ile HD grubunda semptomlar ve böbrek hastalığının etkileri alt başlıklarında diğer gruplara kıyasla anlamlı en düşük puanlar bulunmuştur. Başka bir deyişle yaşam kalitesi algılamının en düşük olduğu grup hemodiyaliz olmuştur.

Tartışma: Çalışmamızda, kronik böbrek hastalarının serum albumin ve hemoglobin değerlerinin yaşam kalitesine doğrusal ve anlamlı etkisi saptanmış olup, yaşam kalitesi ile uyku kalitesi ve ruhsal sağlık arasında da anlamlı linear korelasyon bulunmuştur. Renal yerine koyma tedavileri arasında hemodiyaliz grubunda böbrek hastalığı ilişkili yaşam kalitesi diğer gruplara göre daha kötü iken renal transplant grubunda da daha iyi bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, hemodiyaliz, periton diyalizi, prediyaliz, yaşam kalitesi, uyku kalitesi, ruhsal sağlık

Tablo 1: Grupların ölçeklerde aldığı puanların karşılaştırılması

Değişkenler	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Grup 4	Grup 5	p değeri
SF-36	301 ± 67	270 ± 86	250 ± 76	273 ± 82	318 ± 70	0.002
Fiziksel Komponent						
SF-36	301 ± 67	263 ± 91	276 ± 79	288 ± 69	310 ± 60	0.033
Mental Komponent						
PUKİ	6.63 ± 2.8	5.73 ± 3.18	6 ± 3.6	4.75 ± 3.1	3.86 ± 2.8	0.004
GSA-12	3.47 ± 3.3	2.5 ± 2.2	1.93 ± 2.6	1.95 ± 2.1	1.07 ± 1.41	0.019

Tablo 2: SF-36'nın alt ölçek puanları ile anlamlı bulunan korelasyonlar

Değişkenler	Fiziksel Fonksiyon	Ruhsal Sağlık	Sosyal İşlevsellik	Genel Sağlık Algısı	Fiziksel Rol Güçlüğü	Emosyonel Rol Güçlüğü	Fiziksel Komponent	Ağrı
Yaş	r=-0.425** p<0.001			r=-0.293** p<0.001	r=-0.179* p=0.034		r=-0.242** p=0.004	r=0.181* p=0.03
Albumin	r=0.406** p<0.001			r=0.176* p=0.038	r=0.231** p=0.011	r=0.213* p=0.011	r=0.237** p=0.005	
Kreatinin	r=-0.297** p<0.001	r=-0.209** p=0.013	r=-0.259** p=0.002	r=-0.261** p=0.002	r=-0.22** p=0.009		r=-0.236** p=0.005	
Hemoglobin	r=0.391** p<0.001			r=0.237** p=0.005	r=0.187* p=0.027	r=0.204* p=0.015	r=0.243** p=0.004	
PUKİ	r=-0.291** p<0.001	r=-0.332** p<0.001	r=-0.298** p<0.001	r=-0.167** p=0.048	r=-0.358** p<0.001	r=-0.413** p<0.001	r=-0.402** p<0.001	r=-0.417** p<0.001
GSA-12	r=-0.306** p<0.001	r=-0.639** p<0.001	r=-0.401** p<0.001	r=-0.334** p<0.001	r=-0.333** p<0.001	r=-0.575** p<0.001	r=-0.457** p<0.001	r=-0.451** p<0.001

SS-039

FOKAL SEGMENTAL GLOMERÜLOSKLEROZDA GLOMERÜLER IGM BİRİKİMİNİN KOMPLEMAN SİSTEMİYLE İLİŞKİSİ

Cihan Heybeli¹, Mehmet Ası Oktan¹, Mehtat Ünlü², Serkan Yıldız¹, Hayri Üstün Arda¹, Onur Küçükşıkaya², Caner Çavdar¹, Aykut Sifil¹, Ali Çelik¹, Sülen Sarıoğlu³, Taner Çamsarı¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

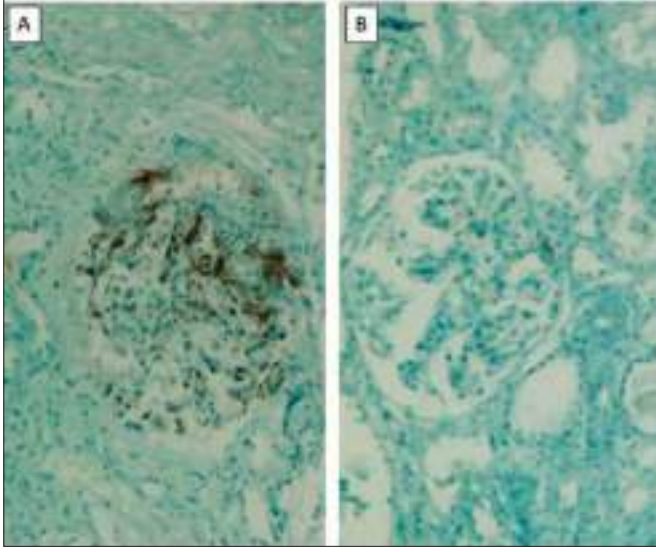
Giriş: Birincil fokal segmental glomerülosklerozda (FSGS) glomerüler IgM birikiminin klinik önemi belirsizdir. Glomerüler IgM tarafından tetiklenmesi olası hasar mekanizmaları tanımlanmamıştır. Glomerüler IgM birikiminin komplemanın alternatif yol ve klasik yolunu aktive edebildiğine dair bilgiler olmasına rağmen, lektin yolu aktivasyonuna dair veri bulunmamaktadır.

Yöntemler: Birincil FSGS tanılı hastalar glomerüler IgM birikimine göre pozitif ve negatif olarak gruplandırılmıştır. Gruplar tanı sırasındaki ve izlemdeki klinik değişkenler açısından karşılaştırılmıştır. Glomerüler IgM ile birlikte komplemanın lektin yolunun bileşenlerinin dokuda varlığının değerlendirilmesi için böbrek biyopsileri anti-C4d ve anti-ficolin H antikorları ile boyanmıştır. Glomerüler IgM ve C4d olup olmamasına göre ayrıca gruplandırılan hastaların renal sağkalımı Kaplan-Meier analizi ile değerlendirilmiştir. Dokudaki kompleman bileşenleri açısından FSGS tanılı biyopsiler ile IgM nefriti olan bir grup kıyaslanmıştır.

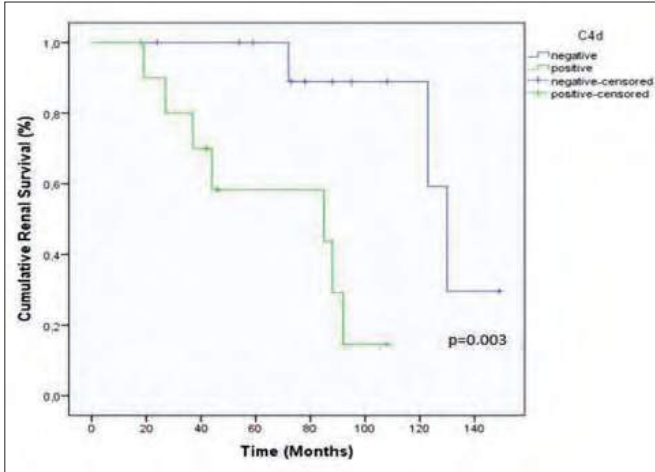
Bulgular: On beş hasta IgM-negatif, 8 hasta IgM-pozitif olarak sınıflandırıldı. Ortalama izlem süresi 74.2 ± 35.8 ay olarak hesaplandı. IgM-pozitif grupta bazal sistolik ve diastolik kan basınçları daha yüksek (sırasıyla $p=0.007$ ve 0.011), serum kreatinin daha yüksek ($p=0.023$), eGFR daha düşük ($p=0.007$), kompleman C3 ve C4d pozitiflikleri daha fazla (sırasıyla $p=0.006$ ve $p=0.009$) saptandı. Tüm biyopsilerin C1q-negatif olduğu görüldü. Remisyon oranı IgM-negatif grubunda daha sık idi ($p=0.015$). Son dönem böbrek yetmezliğine ilerleme ve/veya GFR'de >30 azalma olarak belirlenen kombine primer sonlanıma ulaşan hastaların çoğunluğunun IgM-pozitif grupta olduğu görüldü. Ficolin-H tüm hastalarda negatif olarak saptandı. IgM-pozitif ve IgM-negatif grupların ortalama renal sağkalımı sırasıyla 64.3 ± 11.6 ay ve 120.7 ± 10.1 ay iken ($p=0.007$), C4d-pozitif ve C4d-negatif gruplar için bu süre sırasıyla 67.8 ± 10.2 ay ve 127.1 ± 8.6 ay olarak belirlendi ($p=0.003$). IgM nefriti olan 8 hastanın sadece 1'inde C4d pozitif saptanırken, ficolin-H tüm hastalarda negatif olarak belirlendi.

Sonuç: Hem glomerüler IgM hem de mezangiyal C4d birikimleri FSGS'de olumsuz renal sağkalımla birliktedir. IgM birikimi, C1q yokluğunda lektin yolunun aktivasyonunu temsil eden C4d birikimi ile birliktedir. Bu aktivasyonun IgM-ficolin H etkileşimi yoluyla olmadığı görülmüştür. Glomerüler IgM birikiminin lektin yolunu aktive etme mekanizmasını inceleyen araştırmalara ihtiyaç vardır.

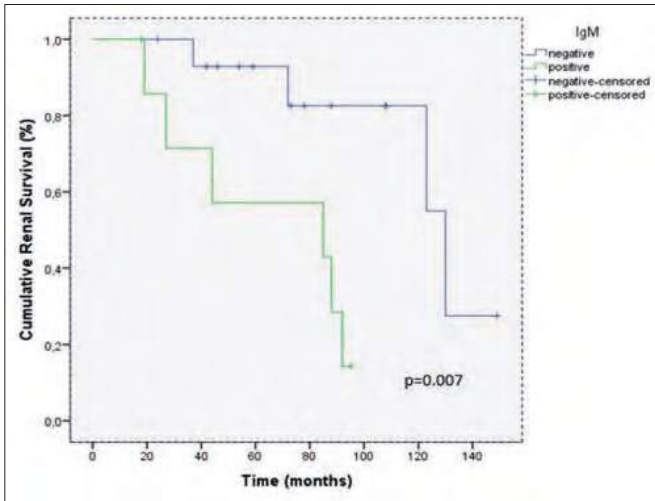
Anahtar Kelimeler: fokal segmental glomerüloskleroz; IgM; lektin yolu, mannan bağlayıcı kompleman aktivasyonu



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

Tablo 1: Hastaların tanı sırasında ve izlemdeki demografik, klinik ve histopatolojik özellikleri ile IgM-pozitif ve IgM-negatif grupların karşılaştırmalı analizi

Değişkenler	Tüm hastalar (n=23)	IgM-positive (n=8)	IgM-negative (n=15)	p değeri
Yaş, ortal±SS	38.9±12.4	40.3±16.0	38.2±10.5	0.825
Kadın, n (%)	13 (56.5)	3 (37.5)	10 (66.6)	0.221
Sistolik kan basıncı, mm Hg, ortal±SS	123.0±15.6	136.4±11.1	116.7±13.5	0.007
Diastolik kan basıncı, mm Hg, ortal±SS	78.2±9.7	85.0±5.0	75.0±9.8	0.011
Hematüri, n (%)	8 (34.8)	3 (37.5)	5 (33.3)	1.000
Serum kreatinin, mg/dL, medyan [IQR]	0.90 [0.70-1.31]	1.71 [0.85-2.65]	0.86 [0.70-1.10]	0.023
eGFR, ml/min/1.73 m ² , medyan [IQR]	82 [57-112]	46 [27-97]	108 [71-120]	0.007
Protein/kreatinin oranı, g/g, medyan [IQR]	5.2 [3.7-10.4]	5.3 [4.0-10.5]	5.0 [3.5-9.7]	0.490
Serum albümin, g/dL, median [IQR]	2.8 [2.1-3.9]	2.8 [1.8-3.2]	2.8 [2.3-4.0]	0.332
Serum ürik asit, mg/dL, medyan [IQR]	6.4 [5.0-7.5]	6.9 [5.0-7.7]	6.2 [4.9-7.8]	0.602
Hemoglobin, g/dL, ortal±SS	12.8±2.2	11.9±2.1	13.2±2.2	0.178
Serum C3, mg/dL, ortal±SS	130.9±38.3	114.7±32.1	138.3±40.0	0.377
Serum C4, mg/dL, ortal±SS	31.3±7.2	26.2±3.2	33.3±7.5	0.076
Total kolesterol, mg/dL, ortal±SS	282.3±11.6	307±110.2	272.3±114.4	0.519
Trigliserid, mg/dL, ortal±SS	198.7±73.0	215±78.4	192.1±72.5	0.910
LDL-kolesterol, mg/dL, ortal±SS	179.3±96.0	217.5±104.6	162.9±91.1	0.397
HDL-kolesterol, mg/dL, ortal±SS	55.3±20.8	46.7±10.4	59.0±23.2	0.153
İzlem süresi, ay, ortal±SS	74.2±35.8	64.5±32.6	79.4±37.4	0.506
C3-pozitifliği, mezangiyal, n (%)	8 (34.8)	6 (75)	2 (13.3)	0.006
C4d-pozitifliği, mezangiyal, n (%)	11 (47.8%)	7 (87.5)	4 (26.7)	0.009
H-Ficolin pozitifliği, mezangiyal, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	N/A
IgA-pozitifliği, mezangiyal, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	N/A
IgG-pozitifliği, mezangiyal, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	N/A
RAS-blokajı ile tedavi, n (%)	22 (95.7)	7 (87.5)	15 (100)	0.348
Kortikosteroid ile tedavi, n (%)	23 (100)	8 (100)	15 (100)	N/A
Siklofosamid ile tedavi, n (%)	5 (21.7)	4 (50)	1 (6.6)	0.033
Protein/kreatinin oranı (son vizitte), g/g, medyan [IQR]	0.4 [0.2-2.2]	1.7 [0.4-3.7]	0.2 [0.1-0.6]	0.047
Serum kreatinin (son vizitte), mg/dL, medyan [IQR]	1.01 [0.68-3.77]	2.82 [1.15-4.93]	0.81 [0.64-1.05]	0.028
eGFR (son vizitte), ml/min per 1.73 m ² , medyan [IQR]	70 [14-111]	24 [12-71]	96 [62-117]	0.040
Primer sonlanıma ulaşan hasta sayısı (SDBY ve/veya eGFR'de >30% azalma), n (%)	10 (43.5)	6 (75)	4 (26.7)	0.039
SDBY gelişimi, n (%)	7 (30.4)	4 (50)	3 (20)	0.182
Tam/kısmi remisyon, n (%)	17 (73.9)	4 (50)	13 (86.7)	0.015

SS-040

İDİOPATİK MEMBRANÖZ NEFROPATİNİN BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNDE ORAL STEROİD MONOTERAPİ KULLANIMI

Sibel Yücel Koçak, Özlem Kaptanoğlu Harmanakaya, Ayşegül Kudu, Mürvet Yılmaz, Arzu Özdemir Kayalar, Süheyla Apaydın

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Araştırma ve Uygulama Merkezi Nefroloji Kliniği

Giriş: İdiopatik membranöz nefropati (İMN) erişkin başlangıçlı nefrotik sendromun ana nedenlerinden biridir. Tedaviye rağmen İMN hastalarının yaklaşık %30-40'ında 10-15 yıl içinde son dönem böbrek hastalığı (SDBH) gelişir. Çalışmanın amacı, nefrotik İMN tedavisinde oral steroid monoterapisi ile oral steroid kombinasyonlu siklofosfamid (CP) protokolünün etkinliğinin ve güvenilirliğinin karşılaştırılıp değerlendirilmesidir.

Yöntemler: Çalışmamızda 2006 ile 2018 yılları arasında renal biyopsi ile İMN tanısı konan 53 (27 erkek, 26 kadın) hastanın klinik ve laboratuvar bulguları ile tedavi yanıtları hakkındaki verilerini retrospektif olarak inceledik. 26 hastaya başlangıç dozu olarak 1 mg/kg/gün oral steroid monoterapisi başlandı. 27 hastaya ise 0.5-0.75 g/m² dozunda ilk 6 ayda bir intravenöz CP, steroidle (prednizon 1 mg/kg/gün) kombine edilerek başlandı. 5 hastaya oral siklosporin verildi. Ek olarak tüm hastalara anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü / anjiyotensin II reseptör bloker (ACEI / ARB), lipid düşürücü ajanlar destekleyici tedavi olarak verildi. Remisyon sonuçları biyopsiden 6 ay sonra kaydedildi. Tam remisyon idrar proteini ve kreatinin oranı (UPCR) <0,5 g/gün olarak tanımlandı. Kısmi remisyon UPCR ≥0.3g/gün veya <3.5 g/gün olarak veya proteinüride başlangıç değerinden en az %50 ve en az 2 hafta boyunca <3.5 g/gün olarak tanımlandı. Kombine remisyon oranını tahmin etmek için tam remisyon ve kısmi remisyon oranları birleştirildi. Ayrıca relaps olan hastalarda relaps oranları da kaydedildi.

Sonuçlar: Hastaların ortalama yaşı 46,9 ± 16,9 yılı ve ortalama takip süresi 64,07±43,1 (6-150) aydı ancak steroid grubunda takip süresi 69.9 ay ve ikinci grupta 45.5 ay idi. Her iki grupta da üre, kreatinin, 24 saat idrar protein atılımında anlamlı fark yoktu. Başlangıç tedavisinden sonra, oral steroid grubunda toplam 17 (%65,4), diğer grupta 9 (%33,3) hastada tam remisyon elde edildi (p <0.05). Oral steroid grubunda diğer gruba oranla daha yüksek tam remisyon oranı vardı (%65,4'e karşılık %33,3, p <0,05). Oral steroid grubunda toplam %34,6 (n = 9) ,diğer grupta %66,7 (n = 18) hastada parsiyel remisyon elde edildi (p <0.05). Kısmi remisyon dönemleri arasında fark yoktu. Relaps oranları steroid grubunda %26,9, steroid + CP grubunda %37 idi. Takip süresince hiçbir hastada renal yetmezlik gelişmezken, 2 yeni başlangıçlı diyabetes mellitus ve 2 tane enfeksiyon olgusu kaydedildi. Proteinüri anlamlı olarak azaldı ve her iki grupta da immünsüpresif tedavi sonrası serum albümini anlamlı olarak arttı (p <0.001). Oral steroid monoterapisi ile oral steroid ile kombine siklofosfamid (CP) tedavileri arasında benzer sonuç görüldü.

Sonuç: Oral steroid monoterapisi nefrotik İMN olan hastalar için alternatif bir tedavi rejimidir. Kısa vadede etkinliği ve hasta toleransı tedaviyi kabul edilebilir yapmaktadır. İMN hastalarında erken oral steroidin yararını açıklığa kavuşturmak için daha fazla randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Membranöz nefropati, steroid monoterapi

Tablo 1: Tedaviden sonra remisyon

	Steroid	steroid + siklofosfamid	p değeri
Remisyon var	65,4% (n=17)	33,3% (n=9)	0,02
Remisyon yok	34,6% (n=9)	66,7% (n=18)	0,02

SS-041

KRONİK BÖBREK HASTALIĞINDA OKSİDATİF STRES BELİRTECİ OLARAK İSKEMİ MODİFİYE ALBÜMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİSultan Özkurt¹, Oğuzhan Özcan², Muzaffer Bilgin³, İbrahim Doğan⁴¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, nefroloji Bilim Dalı²Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, biyoistatistik Anabilim Dalı⁴Hitit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Kronik böbrek hastalarının (KBH) özellikle de hemodiyaliz (HD) hastalarının artmış oksidatif stres (OS) altında oldukları geniş kabul görmektedir. Çalışmamızda henüz diyaliz tedavisi uygulanmayan KBH hastalarında ve kronik HD hastalarında OS belirteci olarak İskemi Modifiye Albümin'in (İMA) değerlendirilmesini amaçladık.

Yöntemler: Prospektif gözlemsel çalışmaya 39 HD, 36 Evre 3-4KBH hastası ve 34 sağlıklı kontrol grubu alındı. Prehemodiyaliz, posthemodiyaliz, KBH hastası ve kontrol grubunda İMA düzeyleri ELİZA yöntemi ile değerlendirildi. Prehemodiyaliz ve posthemodiyaliz albümin değerleri çalışıldı ve albümine göre düzeltilmiş İMA (aİMA) değerleri hesaplandı.

Bulgular: İMA ve aİMA düzeyinin sağlıklı kontrollere göre HD ve henüz diyaliz tedavisi uygulanmayan KBH hastalarında artmış olduğu, posthemodiyaliz İMA ve aİMA düzeyinin prehemodiyaliz düzeyden daha yüksek olduğu bulundu. Korelasyon analizinde hemoglobin (hb) ve albümin değerinin İMA ile negatif ilişkili olduğu (sırasıyla: -0.415; p<0.001 ve r:-0.266, p=0.005), lineer regresyon analizinde ise İMA'yı etkileyen en önemli faktörün glomerüler filtrasyon (GFR) hızı olduğu görüldü (p<0.001).

Sonuç: Kronik böbrek hastalığında GFR'deki düşüşle birlikte OS'in artmaya başladığı ve bu durumun diyaliz işlemi ile daha da belirgin hale geldiği söylenebilir. OS'i belirlemede İMA yararlı bir biyobelirteç olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: hemodiyaliz, İskemi modifiye albumin, kronik böbrek hastalığı, oksidatif stres

Tablo 1: Grupların İMA değerinin karşılaştırılması

	HD hastaları (n=39), Grup 1	KBH hastaları (n=36), Grup 2	Kontrol (n=34), Grup 3	p değeri (çoklu karşılaştırma)
İMA (ng/ml)	179.76 ± 60.46	209.67 ± 69.84	67.41 ± 32.22	1-3: <0.001, 2-3: <0.001, 1-2: 0.563
aİMA (ng/ml)	186.22 ± 64.84	212.96 ± 72.84	68.80 ± 34.42	1-3: <0.001, 2-3: <0.001, 1-2: 0.653

Tablo 2: Hemodiyaliz önce ve sonrasında İMA ve aİMA değerleri

	HD öncesi (n= 39)	HD sonrası (n=39)	p değeri
İMA (ng/ml)	179.76±60.46	294.62±66.64	<0.001
aİMA (ng/ml)	186.22±64.83	298.31±70.93	<0.001
Albumin (g/dl)	3.86±0.34	3.90±0.30	0.101

SS-042

PRİMER GLOMERÜLER HASTALIKLARDA İMMÜNOSUPRESİF TEDAVİLERİN YAN ETKİLERİ

Tuba Yüce İnel¹, Halil Yazıcı¹, Erol Demir¹, Sevgi Sağlı Alimoğlu¹, Ali Rıza Uçar¹, Burak Dirim¹, Savaş Öztürk², Aydın Türkmen¹¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Giriş: İmmünoşüpresif tedavi verilen glomerülofritli hastalar, bu terapötik ajanların yan etkileri açısından yakın monitorize edilmelidir. Bu çalışmada immünoşüpresif ajan verilen glomerülofritli hastalarda ortaya çıkan enfeksiyonlar, metabolik, kozmetik ve sistemik yan etkileri açık bir şekilde tanımlamayı hedefledik.

Yöntemler: İstanbul Tıp Fakültesi Nefroloji kliniğinde, 2000 yılından sonra biyopsiyle glomerülofrit tanısı konulmuş ve immünoşüpresif tedavi verilmiş olan 162 hastanın poliklinik kayıtları retrospektif olarak incelendi. Kreatinin klirensi >30 mL/dk olup en az 12 ay poliklinikte takip edilen 16- 75 yaş arası hastalar araştırma kapsamında değerlendirildi. Hastalar; enfeksiyon sayısı, yeri ve tipi, hastaneye yatış, parenteral antibiyoterapi ihtiyacı, osteopeni/osteoporoz, miyopati, gastrointestinal yan etkiler, diyabet, venöz tromboembolizm, avasküler nekroz, nöropsikiyatrik advers olaylar, kanser ve mortalite açısından araştırıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 37.2±12.9 (min 16, max 75) idi. 84'ü erkek (%51.9), 78'i kadındı (%48.1). Poliklinikte takip edilme süresi ortalama 69.68±40 ay (min 13, max 183 ay) idi. Çalışmaya dahil edilen hastaların 56'sı (%34.5) MN, 28'i (%17.3) FSGS, 44'ü (%27.1) IgA nefropatisi, 25'i (%15.4) MPGN, 9'u ise (%5.6) MDH'dı. Hastaların 115 (%71)'inde en az bir yan etki görüldü (Tablo). Primer tanı ile yan etki sıklığı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmadı. Başvuru sırasındaki proteinüri miktarı ile immünoşüpresiflerin yan etkileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttu (p=0.004). Başlangıçta düşük serum albumin düzeyine sahip olmak veya kortikosteroid tedavi almış olmak yan etki sıklığı ile ilişkili bulundu (sırasıyla p=0.03 ve p=0.04).

Sonuç: Primer glomerulonefritlerde immünoşüpresif tedavilere bağlı yan etkiler sıklıktır. Başlangıç proteinüri miktarı, düşük serum albümin düzeyi ve kortikosteroid kullanımı yan etki gelişimi ile ilişkili bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: İmmünoşüpresif tedavi, glomerülofrit, yan etki

Tablo 1: Primer glomeruler hastalıklar ile sık görülen yan etkiler arasındaki ilişki

Tan	Yaş (Ortalama)	Enfeksiyon	Metabolik Yan Etki	Kanser	Miyopati	Gastrointestinal Etki	Sistemik Etki
Minimal Change Hastalığı (n=56)	38 (74.3)	8 (14.3)	20 (35.7)	1 (1.8)	24 (42.9)	8 (14.3)	7 (12.5)
FSGS (n=28)	44 (77.1)	8 (28.6)	1 (3.6)	1 (3.6)	11 (39.3)	1 (3.6)	1 (3.6)
IgA Nefropatisi (n=44)	41 (72.7)	1 (2.3)	13 (29.5)	2 (4.5)	11 (25.0)	1 (2.3)	1 (2.3)
MPGN (n=25)	41 (74.1)	3 (12.0)	7 (28.0)	1 (4.0)	11 (44.0)	1 (4.0)	4 (16.0)

SS-043

WHICH TYPE OF TEMPORARY HEMODIALYSIS CATHETER TO BE USED? PROSPECTIVE STUDY OF STRAIGHT VERSUS PRECURVED CATHETERS

Tuncay Şahutoğlu

Mehmet Akif İnan Education And Research Hospital

Introduction: Weak evidence is present for choosing amongst different temporary hemodialysis catheter (THC) designs with regards to the risk of venous thrombosis, therefore two THC designs for the right internal jugular vein (RIJV) were compared.

Methods: Patients aged ≥ 18 years who needed THC insertion into the RIJV for acute hemodialysis due to either acute or chronic renal failure were included. The type of THC (precurved/straight) was dependent on the availability within the hospital deposit at the time of each patient's admission. Clinical and ultrasonographic surveillance was conducted prospectively. Thrombosis of the RIJV was the primary objective.

Results: Precurved and straight catheters were inserted into 32 and 23 patients (mean age 63±15 years, females 28), respectively. The baseline characteristics and catheter dwell-times were similar in both groups. Partial and total thrombosis of the RIJV during catheter dwell-time developed at a higher rate in the straight group (52% vs 9.3%, p=0.000; 47.8% vs 9.3%, p=0.001, respectively). At least two weeks after catheter removal, total thrombosis was found in 43.4% vs 9.6% (p=0.004) of patients with straight and precurved THCs, respectively. The hazard ratios for total thrombosis was 0.199 (p=0.014) during catheter dwell-time and 0.269 (p=0.047) after catheter removal. Catheter dysfunction did not occur and only one catheter related bloodstream infection (CRBI) was seen.

Conclusions: Thrombosis rates of the RIJV was higher with straight versus precurved THCs, both during catheter dwell-time and after catheter removal. Catheter dysfunction was not noted in any group and the rate of CRBI was extremely low.

Anahtar Kelimeler: Temporary hemodialysis catheter, right internal jugular vein, thrombosis, catheter dysfunction

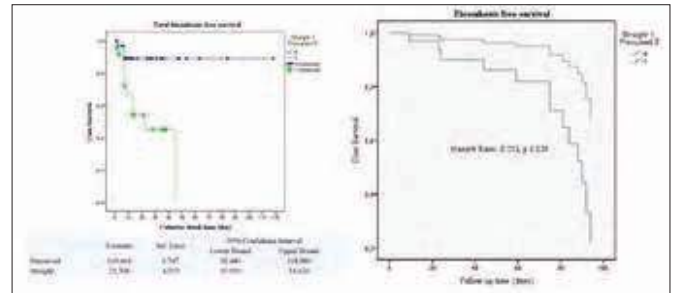


Figure 1.

Table 1. Baseline demographics and laboratory characteristics of the patients.

	All patients (n=55)	Precurved (n=32)	Straight (n=23)	p
Demographic and clinical parameters				
Age (year)	63±15	59.8±18	67±8.2	0.124
Female (n, %)	28 (50.9%)	19 (59.3%)	9 (39.1%)	0.139
Height (cm)	164.1±7.6	163.0±7.4	165.6±7.8	0.209
Weight (kg)	70.9±10.4	70.6±11.9	71.1±8.0	0.936
BMI (kg/m ²)	26.3±3.6	26.3±4.1	26.0±2.9	0.959
Previous R-IV Catheterization	2 (3.6%)	1 (3.1%)	1 (4.3%)	0.811
Previous L-IV Catheterization	0	0	0	NA
Hypertension	47 (85.4%)	26 (81.2%)	21 (91.3%)	0.297
Ischemic Myocardial	27 (49%)	14 (43.7%)	13 (56.5%)	0.350
Smoking	12 (21.8%)	6 (18.7%)	6 (26%)	0.600
Hyperglycemia	3 (5.4%)	2 (6.2%)	1 (4.3%)	0.789
CRP	29 (52.7%)	16 (50%)	13 (56.5%)	0.633
AKI / ESKD	24 (43)	15 (47)	9 (39)	0.858
Laboratory parameters				
Urea (mg/dL)	179.6±66	179.3±71.9	179.8±91.0	0.968
Creatinine (mg/dL)	5.95±3.4	6.3±3.2	5.4±3.6	0.374
Urea gap (mg/dL)	6.4±2.2	6.3±2.3	6.6±2.1	0.306
Sodium (mEq/L)	136±6.5	136.1±6.7	135.2±6.2	0.891
Potassium (mEq/L)	5.3±0.8	5.2±0.7	5.4±1	0.427
Ca (mg/dL)	7.5±1.5	7.5±1.1	7.5±1.2	0.995
P (mg/dL)	4.9±2	4.7±2.2	5.3±1.6	0.334
Albumin (g/dL)	3.0±0.7	3.0±0.7	3.0±0.7	0.970
aPTT (sec)	32.7±23.8	39.1±32	22.0±20.0	0.050
Ferritin (ng/mL)	512±647	306±385	518±435	0.092
PT (sec)	14.5±1.1	14.8±0.9	14.2±0.8	0.200
INR	1.1±0.1	1.1±0.1	1.1±0.1	0.534
aPTT (sec)	28.0±9.4	29.5±11.7	26.1±5.4	0.593
WBC (x10 ⁹)	10.9±3.8	11.3±4.2	10.4±3.1	0.342
Hemoglobin (g/dL)	9.1±2	9.1±2	8.8±1.6	0.762
Hematocrit (%)	27.1±6.8	27.7±9.1	26.3±6.9	0.546
CRP (mg/dL)	7.1±9.3	6.4±6.7	8.4±12.2	0.488

BMI, body mass index; R-IV, right internal jugular vein; L-IV, left internal jugular vein; CRP, c-reactive protein; AKI, acute kidney injury; ESKD, end-stage kidney disease; aPTT, aprotinin; ferritin, iron; PT, prothrombin time; INR, international normalized ratio; aPTT, activated partial thromboplastin time; WBC, white blood cell count; CRP, C-reactive protein.

Table 2. Thrombotic dysfunction, catheter and vein diameter related outcomes.

Variables	All patients (n=55)	Precurved (n=32)	Straight (n=23)	p
Long diameter of R-IV, initial	12.7±4.1	17.59±3.7	18.04±4.7	0.319
Short diameter of R-IV, initial	13.1±3.5	15.0±3.6	13.2±3.4	0.847
Catheter dwell time (day)	25±20.9	35.4±26	24.8±18	0.623
Partial thrombosis	15 (27.2%)	3 (9.3%)	12 (52%)	0.006
Time to partial thrombosis (day)	7.2±4.3	9.3±5.4	6.7±3.5	0.364
Total thrombosis	14 (25.4%)	3 (9.3%)	11 (47.8%)	0.007
Time to total thrombosis (day)	10.5±11.2	8.3±7.8	13.9±12.3	0.134
Catheter dysfunction	0	0	0	NA
CRBI	1 (1.8%)	0	1 (4.3%)	NA
Time to CRBI (day)	7	NA	7	NA
Partial thrombosis, final	0	0	0	NA
Total thrombosis, final	13.54 (24%)	3 (9.3%)	10.23 (43.4%)	0.004
Long diameter of R-IV (mm), final	14.3±5.5	14.8±4.8	13.4±6.5	0.435
Short diameter of R-IV (mm), final	11.6±4.3	11.0±5.8	10.1±5.1	0.551
Follow up time (day)	59.1±32.7	50.3±3.8	59.1±31.7	0.993

R-IV, right internal jugular vein; CRBI, catheter related bloodstream infection.

Table 3. Cox regression models for the risk of thrombotic outcomes of the right internal jugular vein and the use of precurved versus straight catheters in hemodialysis catheters.

Outcomes measures	Cox-model	Hazard Ratio	95% CI	p
Partial thrombosis	Unadjusted	0.165	0.046-0.592	0.006
	Adjusted for gender, acute/chronic R-IV	0.168	0.050-0.712	0.024
Total thrombosis	Unadjusted	0.198	0.055-0.720	0.014
	Adjusted for gender, long and short IV diameters	0.160	0.032-0.807	0.026
Total thrombosis, final	Unadjusted	0.299	0.074-0.984	0.047
	Adjusted for the long and short R-IV catheters	0.253	0.068-0.932	0.039

SS-044

HEMODİYALİZDE KALICI KATETER VE ARTERİYOVENÖZ FİSTÜLÜN MORTALİTE, HOSPİTALİZASYON VE BİYOKİMYASAL VERİLERE ETKİLERİ

Serhat Çelik¹, Ebru Gök Oğuz², Gülay Ulusal Okyay², Mehmet Deniz Aylı²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. ABİLM Dahiurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Ankara

Giriş: Kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastalarının yaşamını sürdürebilmesi için Renal Replasman Tedavisi olarak adlandırılan diyaliz ya da böbrek transplantasyonu tedavilerinin uygulanması gerekmektedir. Ülkeler arasında bazı farklılıklar olmakla beraber, tüm dünyada baskın olan diyaliz yöntemi yaklaşık %90'lık oran ile Hemodiyaliz (HD)'dir. HD için vasküler erişim yolu çok önemlidir. Bu önemi belirtmek amacı ile "yaşam yolu", "hemodiyaliz olmazsa olmazı" ve "aşıl tendonu" gibi benzetmeler yapılmaktadır. Hemodiyaliz için kronik damar yolunun üç temel formu vardır; nativ arteriovenöz fistüller (AVF), greft malzeme kullanılarak açılan arteriovenöz şant (AV greft) ile tüneli (kalıcı) santral venöz kateterlerdir.

Amaç: AVF'lerin ve kateterlerin birbirlerine göre üstünlükleri ve dezavantajları vardır. Son dönem böbrek yetmezliği hastalarının HD'ye hangi damar yolundan alınacağı; hastaların mortalite, morbidite ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Ayrıca sağlık harcamaları açısından uygun mu? sorusunu da gündeme getirmektedir. Çalışmamızda HD hastalarında AVF ve Kalıcı kateterlerin mortalite, hospitalizasyon ve biyokimyasal veriler üzerine etkilerini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Ocak 2015-Mart 2017 tarihleri arasında en az 6 ay süreyle Hemodiyaliz Ünitesinde rutin programda takipli 55 AVF'li ve 55 kalıcı kateterli 110 hasta dahil edilmiştir. Bu hastaların 16'sı kalıcı kateterli ve 7'si ise AVF'li olmak üzere 23'ünü rutin takip sırasında exitus olan hastalar oluşturmuştur. Hastaların hospitalizasyon sayısı, sebepleri, demografik verileri, kullanılmış oldukları ilaçları ve bu süreçteki altış ay aralıklarla laboratuvar ve KT/V değerleri incelenmiştir.

Bulgular: Kalıcı kateterli hastaların yaşları ortalaması 63(±14), AVF'li hastaların yaşları ortalaması 58(±14); kalıcı kateterli hastaların 17(%30,9)'si erkek iken AVF'li hastaların 25(%45,5)'si erkektir (Tablo-1). Kalıcı kateterli hastalarda en sık sebepler %41.8(n=23) DM ve HT %20(n=11) iken AVF'li hastalarda ise HT %30.9(n=17) ve DM %27.3(n=15)' dir. AVF'li hastalarda hospitalizasyon sayısı 1(±1,01) iken kalıcı kateterli hastalarda 2(±1,5) saptanmış olup istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p <0,001). AVF'li hastalarda en sık hospitalizasyon sebebi %36(n=16) ile Lomber disk hernisi iken bunu sırasıyla katarakt %24(n=10), akut koroner sendrom %14(n=7), hipervolemi ve hiperkalemi %8(n=4) takip etmektedir (Tablo-2). Kalıcı kateterli hastalarda ise hospitalizasyonun en sık sebebi %25(n=29) Kateter ilişkili enfeksiyonlar iken bunu sırasıyla %18(n=20) lomber disk hernisi, %11(n=14) hiperkalemi, %8(n=9) katarakt, %6(n=7) pnömoni ve %4(n=4) ile akut koroner sendrom ve hipervolemi takip etmiştir (Tablo 3). Exitus olan hastaların %69.6'sı(n=16)'sı Kalıcı kateterli hastalar olup %30.4'ü(n=7)'si ise AVF'lidir(p:0.035). Albumin değeri de yaşayan hastalarda 3,69(±0,41) iken exitus olanlarda ise 3,40(±0,49) saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p:0.005).

Sonuç: Tüm kılavuzlar ve rehberler HD'de kateterler üzerine AVF'leri önermektedir. Bizde çalışmamızın sonuçlarına göre AVF'lerin kalıcı kateterlerden daha üstün olduğunu saptamış olmakta ve AVF'leri önermekteyiz. Ancak bu sonuçlara ulaşmada hasta seçimi noktasında biaslar olabileceğinden (komorbiditesi fazla olan ve AVF maturasyonunun oluşamayacağı düşünülen hastaların daha fazla kateter grubuna yönlendirilebileceğinden) bu konudaki gözlemsel araştırmalardan ziyade randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Araştırma Kelimeler: arteriovenöz fistül, hemodiyaliz, hospitalizasyon, kalıcı kateter, mortalite

Tablo 1: Hemodiyaliz damar giriş yollarına göre hastaların demografik ve laboratuvar özelliklerinin karşılaştırılması

Parametre	Kalıcı Kateter (n=55)	AVF (n=55)	P
Yaş (yıl)	63 (±14)	58(±14)	0,131
Cinsiyet (erkek, n, %)	17 (%30,9)	25 (%45,5)	0,116
Diyaliz Süresi (yıl)	3,63 (±3,80)	6,32±(4,94)	<0,001
Seans sayısı/hafta (n, %)üç kez/hafta	47 (%85,5)	48 (%87,3)	
Hospitalizasyon sayısı (n)	2 (±1,5)	1 (±1,01)	<0,001
Exitus (n,%)	16 (%29,1)	7 (%12,7)	0,035
Tedaviler			
EPO tedavisi (n, %)	46 (%83,6)	45 (%81,8)	0,801
Kalsitriol (n, %)	45 (%81,8)	46 (%83,6)	0,801
Kalsiyum Asetat (n,%)	51 (%92,7)	50 (%90,9)	0,500
Sevalemer (n,%)	3 (%5,5)	2 (%3,6)	0,500
Anti HT (n, %)	49 (%89,1)	50 (%90,9)	0,751
Ras Bloker (n, %)	12 (%21,8)	13 (%23,6)	0,820
Hemoglobin (g/dL)	9,94 (±1,32)	10,83 (±1,86)	0,005
Wbc (10 ³ /µL)	7,58 (±2,76)	7,10 (±2,06)	0,302
Plt (10 ³ /µL)	217,18(±101,40)	192,53 (±42,63)	0,318
Üre (mg/dL)	117,65 (±32,55)	141,94 (±32,74)	<0,001
Kreatinin (mg/dl)	5,92 (±1,83)	7,76 (±2,06)	<0,001
Total protein(g/dL)	6,89 (±0,67)	6,87 (±0,45)	0,811
Albumin (g/dL)	3,49 (±0,49)	3,77 (±0,34)	0,001
Ürik asit (mg/dL)	6,17 (±1,37)	6,24(±1,11)	0,764
LDL (mg/dl)	116,63 (±39,93)	112,67 (±31,28)	0,564
HDL (mg/dL)	38,67 (±10,47)	37,42 (±10,61)	0,535
Trigliserid(mg/dl)	171,45 (±80,39)	166,66 (±90,62)	0,770
Ferritin (ng/dL)	498 (±269)	522 (±260)	0,634
Transferrin Saturasyonu (%)	0,28 (±0,10)	0,28 (±0,09)	0,772
PTH (pg/mL)	434 (±461)	651 (±511)	0,052
CRP (mg/L)	33,14 (±37,81)	14,51 (±13,58)	0,004
KT/V	1,44 (±0,39)	1,36 (±0,12)	0,176

Tablo 2: Kalıcı kateterli hastaların hospitalizasyon sebepleri

Tanımlar	n (%)
Kateter ilişkili enfeksiyon	29 (25)
Lomber disk hernisi	20 (18)
Hiperkalemi	14 (11)
Katarakt	9 (8)
Pnömoni	7 (6)
Akut koroner sendrom	4 (4)
Hipervolemi	4 (4)
Kateter tıkanıklığı	3 (3)
Üriner sistem enfeksiyonu	3 (3)
Kan şekeri regülasyonu	2 (2)

Tablo 3: AVF'li hastaların hospitalizasyon sebepleri

Tanımlar	n (%)
Lomber disk hernisi	16 (36)
Katarakt	10 (24)
Akut koroner sendrom	7 (14)
Hipervolemi	4 (8)
Hiperkalemi	4 (8)
Tonsillektomi	3 (6)
Kan şekeri regülasyonu	1 (2)
Pulmoner Tromboemboli	1 (2)

SS-045

HEMODİYALİZ HASTALARINDA HASTA GÖZÜYLE KAŞINTI

Savaş Sipahi¹, Seyyid Bilal Açıköz², Fatih Kırçelli³, Hamad Dheir⁴¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eah Nefroloji Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye²Kargı Ahmet Hamdi Akpınar İlçe Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, Çorum, Türkiye³Fresenius Medica Care, İstanbul, Türkiye

Giriş: Kaşıntı hemodiyaliz hastalarında sık görülen tehlikeli olmasada yaşam kalitesini bozan bir komplikasyondur. Hemodiyaliz hastalarında kaşıntı üzerine birçok çalışma yapılmıştır. Fakat hastaların kaşıntı hakkındaki düşünceleri ve bakış açıları hakkında çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle bizde bu çalışmamızda hemodiyaliz tedavisi almakta olan hastaların kaşıntıya bakış açılarını irdelemeyi amaçladık.

Yöntemler: Çalışmaya 20 il 39 hemodiyaliz merkezinden tedavi almakta olan kronik böbrek yetmezliği hastaları katılmıştır. Hastalardan tarafımızca oluşturulan kaşıntının varlığını, şiddetini, önemini, nedenini, sosyal yaşam üzerine etkisini ve hastaların kişisel bakımlarını sorgulayan 17 ana başlıktan oluşan 34 soruluk anket formu cevaplamaları istenmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, okuma yazma bilmeyen ve anket formu cevaplayamayan hastalar haricinde merkezlerdeki tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Ayrıca hastaların dosyalarından sosyodemografik ve klinik özellikleri belirlenmiştir. Elde edilen verilen uygun istatistik yöntemlerle değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 2222'si (%57,4) erkek 1647'si (%42,6)'sı kadın 3869 hemodiyaliz hastası katıldı.

Hastaların %47,0 sinde kaşıntı şikayeti mevcuttu. Hastaların 10 puan üzerinden değerlendirilen ortalama kaşıntı şiddeti 4,8±2,8 puandı. Kaşıntı şikayetinden %13,7 si sürekli %15,2'si sık sık ve %71'i aralıklı olarak muzdaripti. %66,8'sinde akşam ve/veya gece saatlerinde kaşıntının var olduğu saptandı. Hastaların %36,5 inde diyalize girmedikleri gün %20 'sinde diyalize girdikleri gün daha yoğun kaşıntı olduğu saptandı. Kaşıntı varlığının önemi sorgulandığında ise hastaların %16'sı bunu ciddi bir problem olarak görürken %31,7'si ciddi olmayan önemli bir problem olarak görmekteydi.

Hastaların 1205'(%31,1) inde Diyabetes mellitus, 127'(%3,3)sinde bilinen cilt hastalığı öyküsü mevcuttu. Diyabeti olan hastalarda kaşıntı görülme oranı %49,4 iken diyabeti olmayanlarda oran %45,9'idi ve istatistiksel olarak bu fark anlamlıydı.(p:0,043) Ayrıca; nöropatisi bulunan hastaların %86,0'sında, nöropatisi bulunmayan hastaların %55'inde kaşıntı varlığı izlendi (p:<,001).

Kaşıntı şiddetinin kişisel bakımı daha fazla olan hastalarda daha şiddetli olduğu görüldü(p:<,001).

Kaşıntısı bulunan 1792 hastanın kaşıntı bölgeleri ise Tablo 1 de belirtildiği gibiydi.

Kaşıntısı bulunan hastaların kaşıntılarının sosyal yaşamları üzerine etkisinin sorgulandığı sorulara verilen cevapların yüzdesi Tablo 2 belirtildiği gibiydi.

Kaşıntısı bulunan hastaların %61,3'ünde kaşıntının uyku kalitesini etkilediği saptandı. Kaşıntı nedeni olarak hastaların %3,6'sı hemodiyaliz kateterini, %5,2 arteriovenöz fistülü, %8,0'i diyalizde kullanılan sarf malzemeyi, %9,7'si

kullanmakta olduğu ilaç, %39,3'ü ise böbrek bozukluğu nedeniyle vücuttan atılamayan toksinleri, %19,5'i üre yüksekliğini ve %24,1'i fosfor yüksekliğini düşürmektedir.

Sonuç: Çalışmamızda hasta gözüyle kaşıntıyı ele almayı hedefledik. Kaşıntıdan muzdarip olan hastaların önemli bir kısmının bu nedenle kendilerini mutsuz ve sinirli hissettikleri görüldü. Çalışmamızda önceki çalışmalardan farklı olarak hijyen artışı ile beraber kaşıntının şiddetinde artış olduğu saptandı. Diyabet, nöropati, bilinen cilt hastalığı gibi kısmen de olsa çözümleyebileceğimiz bazı sorunların hastaların bu yakınmadan daha az muzdarip olmasına neden olabileceği kanaatine vardık.

Anahtar Kelimeler: kaşıntı, Hemodiyaliz

Tablo 1: Vücut bölgelerine göre kaşıntı varlığının frekansı

	Kaşıntı Var	Kaşıntı Yok
Alt extremité	%42,4	%57,6
Arka gövde	%38,7	%61,2
Üst extremité	%31,9	%68,1
Ön gövde	%21,4	%78,6
Tüm Kafa	%10,4	%89,6
Saçlı Deri	%9,9	%90,1
Yüz	%9,8	%90,2
Kasık bölgesi	%8,7	%91,3
Fistül greft yeri	%7,9	%92,1
Koltuk altı	%4,6	%95,4
Kateter giriş bölgesi	%3,3	%96,7

Tablo 2: Kaşıntının sosyal yaşam üzerine etkisine verilen cevapların frekansı

	Evet	Hayır
Beni sinirlendiriyor	%59,1	%40,9
Beni mutsuz ediyor	%37,5	%62,5
Beni çok utandırıyor	%24,3	%75,7
Yaşamdan zevk almamı engelliyor	%24,0	%76,0
Ailemle ilişkimi etkiliyor	%15,5	%84,5
Arkadaşlarımla ilişkimi etkiliyor	%12,9	%87,1
Hiçkimse yanımda bulunmak istemiyor	%6,3	%93,7

SS-046

HEMODİYALİZ HASTALARINDA SERUM NT-PROBNP VE MIC-1/GDF15 DÜZEYLERİNİN KOGNİTİF FONKSİYONLARLA İLİŞKİSİ

Gülşüm Akkuş¹, Muhammed Seyithanoğlu², Fatma Betül Güzel¹, Orçun Altunören¹, Özkan Güngör¹

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya ABİlİM Dalı

Giriş: Hemodiyaliz hastalarında kognitif fonksiyonların sağlıklı popülasyona oranla daha kötü olduğu gösterilmiştir. N-terminal B Tipi natriüretik peptid öncüsü; NT-Pro-BNP, ve Makrofaj İnhibitör Sitokin-1 (MIC-1/GDF15) düzeylerinin non-renal hasta popülasyonunda kognitif fonksiyonlarla ilişkili

olduğu bilinmektedir. Biz bu çalışmada, hemodiyaliz hastalarında hipervolemi, kardiyak disfonksiyon ve mortalite ile ilişkili olduğu bilinen bu iki molekülün kognitif fonksiyonlar ile olan ilişkisini literatürde ilk olarak inceledik.

Hastalar-Metod: En az 3 aydır hemodiyaliz tedavisi alan 94 hasta çalışmaya alındı. Okur-yazar olmayan, 65 yaş üstü, ağır kalp yetmezliği (EF<%40), serebrovasküler hastalık, demans ve depresyon öyküsü olan hastalar çalışmaya alınmadı. Kognitif fonksiyonların ölçümü için Mini Mental Test ve Montreal Bilişsel Değerlendirme testi (MOCA) uygulandı. Hastalardan eş zamanlı (haftanın ikinci seansı, diyaliz sonunda) alınan kan örneklerinde NT-ProBNP ve MIC-1/GDF15 düzeyleri ELISA metoduyla çalışıldı.

Sonuçlar: Hastaların yaş ortalaması 48±2 olup, 58' i (% 61.7) erkek ve % 21.3'ü diyabetikti. Ortalama diyaliz süresi 68±5 aydı. Demografik ve laboratuvar verileri Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastaların mini mental test toplam skor ortalamaları 26.7±0.1, MOCA test toplam skor ortalamaları ise 20.1±0.4 idi. Hastaların %77.7 sinde kognitif fonksiyonların bozulduğu (MOCA total skor<24) görüldü. Serum NT-ProBNP ortalamaları 7326±590ng/l, ortalama MIC-1/GDF15 düzeyi ise 13.1±0.8 ng/ml idi. NT-ProBNP düzeyleri MIC/GDF15, üre, sodyum ve CRP ile pozitif, hemoglobin ve albumin ile negatif korele idi. Yine NT-ProBNP düzeylerinin MOCA test gecikmeli hatırlama ve total skor ile, mini mental testin ise kayıt hafıza skoru ile anlamlı negatif ilişkisi olduğu görüldü. Hastalar NT-ProBNP düzeylerine göre 2 gruba ayrıldıklarında (10.500 üstü ve altı), MOCA test gecikmeli hatırlama ve MOCA test total skorların anlamlı farklı olduğu görüldü (Tablo 2).

Tartışma ve Sonuç: NT-ProBNP düzeyleri hemodiyaliz hastalarında hipervoleminin bir göstergesidir. Diyaliz hastalarında mevcut olan hipervolemi kognitif fonksiyonların kötüleşmesine neden olabilir. Çalışmamızda literatürde ilk olarak NT-ProBNP düzeylerinin diyaliz hastalarında kognitif fonksiyonlarla olan ilişkisi gösterilmiştir ve bu konuda destekleyici çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, kognitif fonksiyon, NT-ProBNP, MCP/GDF15

Tablo 1: Hastaların demografik ve laboratuvar verileri

	Ortalama±SD
Yaş (yıl)	48±2
Cins(E/K)	58/36
Diyaliz süresi (ay)	64±5
Diyabet(%)	21.3
Hipertansiyon (%)	73.4
Koroner arter hastalığı (%)	25.5
Hepatit serolojisi (%)	Negatif: 83, HBV:6.4, HCV:10.6
Eğitim durumu (%)	İlköğretim:74.5, Lise: 18.1, Üniversite:7.4
A-V fistül oranı (%)	94.7
Ejeksiyon fraksiyonu (%)	59±1
Sol atrium çapı (mm)	35±0.8
BUN (mg/dl)	21±1
Kreatinin (mg/dl)	3±0.1
Na (mmol/l)	137±0.3
K (mmol/l)	4±0.1
Albumin (g/dl)	4±0.1
Hb (g/dl)	11.5±0.1
CRP (mg/l)	11±1
NT-ProBNP (ng/l)	7326±590
MIC/GDF15 (ng/ml)	13±0.8
Mini mental test toplam puan	26.7±0.1
MOCA test toplam puan	20.1±0.3

Tablo 2: NT-ProBNP gruplarının karşılaştırılması

	Grup 1: NT-ProBNP<10500 (n:70)	Grup2: NT-ProBNP>10500 (n:24)	p değeri
Yaş(yıl)	48.1±1.2	48.8±2.5	0.74
Diyaliz süresi(ay)	64.5±6.2	61.6±8.6	0.66
Diyabet (%)	18.6	29.2	0.20
Koroner arter hastalığı(%)	23	33	0.22
BUN (mg/dl)	19.7±0.9	28.2±2.4	0.001
Na (mmol/l)	136.9±0.3	139.3±0.5	0.001
K (mmol/l)	4.1±0.1	3.8±0.1	0.02
Albumin (g/dl)	4.1±0.1	3.9±0.1	0.02
Hemoglobin (g/dl)	11.8±0.2	10.8±0.3	0.01
CRP (mg/l)	10.1±1.5	13.5±3.1	0.31
MIC/GDF15	11.4±0.6	21.2±2.9	0.000
EF(%)	60.5±0.8	56.5±2.3	0.18
Sol atrium çapı (mm)	34.4±0.9	36.5±1.4	0.20
Mini mental test-toplam puan	26.7±0.2	26.8±0.3	0.84
MOCA test-gecikmeli hatırlama	1.8±0.1	0.9±0.2	0.01
MOCA test-toplam puan	20.7±0.4	18.2±0.7	0.004

SS-047**TOTAL VUCUT SUYU/AĞIRLIK ORANININ INTRADİYALİTİK KAN BASINCI DEĞİŞİMİ İLE İLİŞKİSİ VE KURU AĞIRLIK BELİRLEMEDE Kİ ROLÜ**

Mustafa Demir¹, Ömer Canpolat², Ayşe Daş Çerçi³, Zeki Kemeç⁴, Fadime Demir⁵, Ayhan Doğukan¹

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji ABİlim Dalı

²Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Bölümü

³Osmaniye Devlet Hastanesi, Acil Bölümü

⁴Gümüşhane Devlet Hastanesi, Nefroloji Bölümü

⁵Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp Bölümü

Giriş: Kronik böbrek hastalığı (KBH) olan ve hemodiyalize (HD) giren hastalarda hipertansiyon yaygındır. Hipervolemi bu popülasyonda hipertansiyona en çok katkıda bulunan faktördür. Bu çalışmada, hemodiyaliz sonu ortalama arterial basınç'ta (OAB) düşme olan hastalar ile düşme olmayan hastaların vücut kompozisyon ölçer (TANİTA) ile karşılaştırılarak, vücut kompozisyon bileşenleri ile total vücut suyu/ağırlık (TVS/A) oranının OAB üzerine etkisini incelemeyi amaçladık.

Yöntemler: Çalışmaya KBH nedeniyle HD tedavisi almakta olan 53 hasta dahil edildi. Hastaların diyaliz öncesi ve diyaliz sonrası OAB'ı hesaplandı. Vücut bileşenlerini değerlendirmek için Tanita SC 330 cihazı kullanıldı. Diyaliz öncesi ve diyaliz sonrası Tanita ile ölçüm yapıldı. Bu ölçüm sonuçları çıktı olarak cihazdan alınarak, yağsız vücut kütlesi, yağ kütlesi, ağırlık, total vücut suyu, total vücut suyu/ağırlık (TVS/A), vücut kitle indeksi ölçüldü. Hastalar; diyaliz sonu OAB'de azalma olanlar (grup 1) ve olmayanlar (grup 2) olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların serum albumin, total kolesterol, trigliserid, CRP, kalsiyum (Ca), fosfor (P), hemoglobin ve kreatinin değerleri kaydedildi.

Bulgular: Grup 1 ve Grup 2 TSV/A (giriş ve çıkış) oranı açısından değerlendirildiğinde; iki grup arasında anlamlı fark vardı (p=0.007, p=0.016). TSV/A oranları Grup 1'de Grup 2'ye göre anlamlı düzeyde düşük bulundu. İki grup arasında yaş, cinsiyet, kilo, total vücut suyu, ultrafiltrasyon miktarı ve biyokimyasal parametreler açısından ise istatistiksel fark yoktu.

Sonuç: Bu hasta grubunda intradiyalitik tansiyon düşüşüne engel olabilecek birden fazla fizyopatolojik mekanizma öne sürülmüştür. Çalışmamız sonucunda HD hastalarında volüm yükünün OAB üzerine etkisi olabileceği görüldü. Hastalarda TVS'nin eşit olması volüm yükünün TVS/A oranı ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Sonuç olarak; kuru ağırlık belirlenmesinde klinik değerlendirme hataya neden olabilmektedir, bu nedenle TANİTA kuru ağırlık değerlendirmesinde daha güvenilir bir yöntem olabilir.

Anahtar Kelimeler: Ortalama arterial basınç, hemodiyaliz, bioimpedans, intradiyalitik hipertansiyon, hipervolemi

Tablo 1:

	Grup 1 (n=36)	Grup 2 (n=17)	p
Cinsiyet (E/K)	17/19	12/5	0.111
Yaş (median) (min-maks)	55.5 (23-80)	61 (22-75)	0.640
Kilo (kg)	67.95 (43-100)	65.40 (44-79)	0.132
TVS/A (giriş) (L/kg)	50.80 (38-63)	55.90 (46-65)	0.007*
TVS/A (çıkış) (L/kg)	49.45 (38-62)	55.20 (41-65)	0.016*
UF (ml)	2500 (500-3600)	1800 (700-4500)	0.163

SS-048**DEPRESİF HEMODİYALİZ HASTALARINDA SERTRALİN TEDAVİSİNİN INTRADİYALİTİK HİPOTANSİYONA ETKİSİ: PROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA**

Ebru Şahin¹, Özant Helvacı², Muhammed Hakan Aksu³, Ulver Derici², Turgay Arınsoy², Kadriye Altok²

¹Gazi Üniversitesi İç Hastalıkları ABİlim Dalı

²Gazi Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı

³Gazi Üniversitesi Psikiyatri ABİlim Dalı

Giriş: Hemodiyaliz renal replasman tedavileri içerisinde en sık kullanılan yöntemdir. Intradiyalitik hipotansiyon (IDH) en sık karşılaşılan komplikasyon olup %20-30 sıklığında yaşanmaktadır. IDH patogenezinde üremik otonom nöropati ve santral sempatik sistem regülasyonundaki bozukluklar suçlanmaktadır. Depresyon hemodiyaliz hastalarında en sık karşılaşılan psikiyatrik rahatsızlıktır. Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) hem normal popülasyonda hem de hemodiyaliz hastalarında depresyon tedavisinde ilk seçenektir. Bir SSGİ olan sertralin ile IDH tablosunda düzelme saptanan vakalar bildirilmiştir.

Amaç: Bu çalışmada klinik olarak kanıtlanmış depresyonu olan hastalarda sertralin tedavisinin IDH ve diğer hemodiyalitik parametrelere olan etkisini prospektif bir biçimde değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal ve metod: Bu prospektif çalışmada üçüncü basamak bir merkez hemodiyaliz ünitesinde takipli 44 hasta yer almıştır. Hastalar öncelikle Beck Depresyon Envanteri (BDE) ile değerlendirilmiştir. On yedi ve üzeri BDE skoru olan hastalar ayrıca psikiyatrist tarafından değerlendirilmiştir. Klinik olarak depresyon tanısı alan hastalara sertralin tedavisi 50 mg dozunda başlanmış, dört hafta boyunca verilmiştir. BDE skoru, ambulator kan basıncı ölçümü, hipotansiyon nedeni ile yapılan müdahale sayısı, intradiyalitik kilo alımı, Kt/V, URR değerleri kaydedildi.

Bulgular: On üç (%29) hastada depresyon saptandı. Bu hastaların 8'inde IDH mevcuttu. Sertralin tedavisi sonrası depresyon+IDH'si olan hastaların kan basıncı, Kt/V, URR, intradiyalitik kilo alımı, hipotansiyon içim müdahale sayısı parametrelerinde istatistiki olarak anlamlı bir düzelme saptandı (Tablo1). Depresyonu olup IDH olmayan olgularda ise bu parametrelerde anlamlı bir fark saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç: IDH'si olan ve olmayan hastaların sertralin tedavisine yanıtının farklı olması ilacın etkisinin doğrudan kan basıncı üzerine olmadığını göstermektedir. Dört haftalık tedavi süresi depresyon tedavisi için yetersizdir ancak bu süreçte gösterilen ilgi hastaların düzelen bazı parametrelerini açıklayabilir. Depresyondaki hastaların otonom nöropatileri daha belirgin

olduğu için tedaviden fayda görmüş olabilirler. Hasta sayısı az olmakla beraber sonuçlar umut vericidir. Bu konuda daha geniş kapsamlı randomize çalışmalara ve patofizyolojiye yönelik temel bilim çalışmalarına ihtiyaç olduğu aşıkardır.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, intradiyalitik hipotansiyon, hemodiyaliz

Tablo 1: Depresyonu olan IDH hastalarının tedavi öncesi-sonrası sonuçları

	<i>Tedavi Öncesi</i>	<i>Tedavi sonrası</i>	<i>p değeri</i>
24 saat ortalama sistolik kan basıncı	97±17	104±17	0,001
24 saat ortalama diastolik kan basıncı	59±14	66±12	0,007
Ortalama intradiyalitik kilo alımı	2950±683	2760±634	0,009
Kt/V	1,79±0,32	1,91±0,42	0,001
URR	77±5,7	78,7±6,7	0,001
Hipotansiyon için müdahale sayısı	6,63±2,67	3,75±2,12	0,001
BDE skoru	26±9,7	23,1±8,79	0,072

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

*35th National Congress of Nephrology,
Hypertension, Dialysis and Transplantation*

Poster Bildiriler / Poster Presentations

PS-001**HEMODİYALİZ HASTALARINDA KOGNİTİF BOZUKLUĞUN İLERLEMESİ**Ertuğrul Erken**PS-002****NEPHROTOXIC EFFECT OF GENTAMICIN AND AMIKACIN IN NEONATES WITH INFECTION**Parsa Yousefichaijan, Saeed Alinejad, Masoud Rezagholizamenjany, Yousef Rafiei, Manijeh Kahbazi, Ali Arjmand, Fatemeh Dorreh, Yazdan Ghandi, Mojtaba Hashemi, Fakhreddin Shariatmadari**PS-003****MULTICYSTIC DYSPLASTIC KIDNEY AND RELATED EPIDEMIOLOGIC FACTORS**Parsa Yousefichaijan, Fereshche Maghsudlu, Fatemeh Dorreh, Yazdan Ghandi, Mojtaba Hashemi, Fakhreddin Shariatmadari, Aziz Eghbali, Nooshin Sajjadi, Ali Arjmand Shabestari, Manijeh Kahbazi**PS-004****EVALUATION OF NUTRITIONAL FACTORS IN KIDNEY STONES FORMATIONS IN CHILDREN**Parsa Yousefichaijan, Masoud Rezagholi Zamenjany, Fatemeh Dorreh, Mahmoud Reza Nakhaei, Ali Arjmand Shabestari, Yazdan Ghandi, Nooshin Sajjadi, Mahtab Babayikazir, Mojtaba Hashemi, Manijeh Kahbazi, Fakhreddin Shariatmadari, Aziz Eghbali**PS-005****DİRENÇLİ HİPERTANSİYONU OLAN HASTALARDA PLAZMA APELİN DÜZEYLERİ**Kudret Keskin, Hakan Kilic**PS-006****NON-DİYABETİK OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALARINDA İNSÜLİN DİRENCİ İLE ARTERİYEL SERTLİK, ATEROSKLEROZ**Melahat Çoban, Hamit Yaşar Ellidağ**PS-007****PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA FİBROBLAST BÜYÜME FAKTÖRÜ 23 İLE ATEROSKLEROZ VE ARTERİYEL SERTLİK İLİŞKİSİ**Melahat Çoban, Bekir Erol**PS-008****PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA FİBROBLAST BÜYÜME FAKTÖRÜ 23 VE REZİDÜEL RENAL FONKSİYON, PERİTON GEÇİRGENLİK HIZI**Melahat Çoban**PS-009****ETIOLOGY OF HYDRONEPHROSIS IN NEONATES**Parsa Yousefichaijan, Fatemeh Safi, Masoud Rezagholizamenjany, Ali Arjmand, Fatemeh Dorreh, Manijeh Kahbazi, Yazdan Ghandi, Fakhreddin Shariatmadari, Nooshin Sajjadi**PS-010****DISTRIBUTION OF ABNORMAL LABORATORY TEST (ELECTROLYTES) IN PATIENTS WITH DEHYDRATION DUE TO GASTROENTERITIS**Parsa Yousefichaijan, Fatemeh Dorreh, Yazdan Ghandi, Fakhreddin Shariatmadari, Manijeh Kahbazi, Aziz Eghbali, Ali Arjmand Shabestari, Javad Nazari, Nooshin Sajjadi, Hassan Taherahmadi, Mojtaba Hashemi**PS-011****HEMODİYALİZ HASTASINDA KLARİTROMİSİN TEDAVİSİ İLE İLİŞKİLİ HOİGNE SENDROMU**Feyza Nur Sarışık, Cansu Ülgen, Orçun Altunören, Ertuğrul Erken, Özkan Güngör**PS-012****CORRELATION OF PARENTS' EMOTIONAL INTELLIGENCE WITH ENURESIS IN CHILDREN**Parsa Yousefichaijan, Mohsen Ghasemi, Masoud Rezagholizamenjany, Ali Khosrobeigi, Fatemeh Dorreh, Sahar Alizadeh, Manijeh Kahbazi, Yazdan Ghandi, Fakhreddin Shariatmadari, Aziz Eghbali**PS-013****HEMODİYALİZ HASTALARINDA FİBROBLAST BÜYÜME FAKTÖRÜ 23 İLE KARDİYOVASKÜLER OLAYLARIN İLİŞKİSİ**Melahat Çoban, Hamit Yaşar Ellidağ**PS-014****OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALARINDA ANJİOGENİK BÜYÜME FAKTÖRLERİ İLE SOL VENTRİKÜL HİPERTROFİSİ İLİŞKİSİ**Melahat Çoban, Emre Asiltürk**PS-015****DIMERCAPTOSUCCINIC ACID SCAN AS AN ALTERNATIVE DIAGNOSTIC APPROACH IN VESICoureTERIC REFLUX DISEASE**Parsa Yousefichaijan, Masoud Rezagholizamenjany, Fatemeh Safi, Ali Arjmand, Hassan Taherahmadi, Seyede Behnaz Shirnejad, Ali Khosrobeigi, Fatemeh Dorreh, Manijeh Kahbazi, Aziz Eghbali, Yazdan Ghandi, Fakhreddin Shariatmadari, Mojtaba Hashemi, Nooshin Sajjadi**PS-016****HEMODİYALİZİN EL KAVRAMA GÜCÜNE ETKİSİ**Kadir Gökhan Atılğan**PS-017****NEPHROTIC SYNDROME OUTCOME IN CHILDREN: AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY**Parsa Yousefichaijan, Masoud Masoud Rezagholizamenjany, Fatemeh Rafiei, Ali Arjmand, Sima Tayebi, Manijeh Kahbazi, Yazdan Ghandi, Fakhreddin Shariatmadari, Aziz Eghbali, Mojtaba Hashemi, Nooshin Sajjadi, Javad Nazari**PS-018****PERİTON DİYALİZİNDE MORTAL SEYREDEN NADİR BİR PERİTONİT ETKENİ: ESB(+) E.COLİ**Feyza Nur Sarışık, Fatma Betül Güzel, Orçun Altunören, Ertuğrul Erken, Özkan Güngör**PS-019****HYPERTENSIVE EFFECTS OF ANTIHISTAMINE (DIPHENHYDRAMINE) IN CHILDREN WITH THE COMMON COLD**Parsa Yousefichaijan, Ali Khosrobeigi, Elham Madandar, Shima Zargar, Melika Hajirahimi, Yazdan Ghandi, Fatemeh Dorreh, Aziz Eghbali, Manijeh Kahbazi

PS-020

DİYALİZ ARTERİOVENÖZ FİSTÜL YETMEZLİKLERİNDE VE TAŞIYICI VEN OKLÜZYONLARINDA ENDOVASKÜLER TEDAVİNİN YERİ

Bekir Turgut

PS-021

KADAVRADAN BÖBREK NAKLİ SIRASINDA GELİŞEN HİPERAKUT REJEKSİYON

Feyza Nur Sarışık, Gülsüm Akkuş, Ali İşler, Ertuğrul Erken, Orçun Altunören, Ramazan Güneşçakar, İlhami Taner Kale, Özkan Güngör

PS-022

OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALARINDA ÜROTENSİN 2 İLE SOL VENTRİKÜL HİPERTROFİSİ İLİŞKİSİ

Melahat Çoban, Emre Asiltürk

PS-023

OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIĞI HASTALARINDA ÜROTENSİN 2 İLE RENAL YAPI VE RENAL FONKSİYON İLİŞKİSİ

Melahat Çoban, Yıldız Kılar Sözel

PS-024

INVESTIGATION OF PREDISPOSING FACTORS OF PATIENT WITH VESICOUTERERFLUX (VUR)

Parsa Yousefichaijan, Sahand Abbaszadeh, Ali Khosrobeigi, Reza Gholizamenjani, Hassan Taherahmadi, Yazdan Ghandi, Manijeh Kahbazi, Aziz Eghbali, Nooshin Sajjadi, Fakhreddin Shariatmadari, Fatemeh Dorreh, Mojtaba Hashemi

PS-025

ARTERİOVENÖZ FİSTÜL MÜ KALICI TÜNELLİ KATETER Mİ? HANGİSİNİ ÖNCELİKLE TERCİH EDELİM?

Engin Akgül

PS-026

IGA NEFROPATİLİ HASTALARDA MEZANGİYAL IGM BİRİKİMİNİN KLİNİK ÖNEMİ

Cihan Heybeli, Mehmet Ası Oktan, Serkan Yıldız, Hayri Üstün Arda, Mehtat Ünlü, Caner Çavdar, Aykut Sifil, Ali Çelik, Sülen Sarioğlu, Taner Çamsarı

PS-027

POSTPARTUM DÖNEMDE GELİŞEN TİP 3 KARDİYORENAL SENDROM

Gülsüm Akkuş, Fatma Betül Güzel, Feyza Nur Sarışık, Melis Şimşir, Ertuğrul Erken, Orçun Altunören, Özkan Güngör

PS-028

PERİTON DİYALİZ HASTASINDA PERİTONİTİN NADİR BİR NEDENİ: ACINETOBACTER VE İNTRAPERİTONEAL MEROPENEM İLE ETKİN TEDAVİSİ

Mehmet Nuri Yurtman, İlter Bozacı, Berkant Usoglu, Alpay Arı, Erhan Tatar

PS-029

DOKUZ YILLIK HEMODİYALİZ HASTASINDA GEÇ DÖNEM CİDDİ HİPERKALSEMİ (CA:15)'NİN NADİR BİR NEDENİ: HEREDİTER HİPEROKSALURİ

Berkant Usoğlu, İlter Bozacı, Güliz Özkök, Mehmet Nuri Yurtman, Erhan Tatar

PS-030

GENTAMASİNLE OLUŞTURULAN DENEYSEL NEFROPATİ MODELLERİNDE ADROPİNİN TERAPOTİK ETKİSİ

Ahmet Gülmez, Hüseyin Çeliker, Soykan Biçim, Süleyman Aydın, Tuncay Kuloğlu

PS-031

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİNDE YAPILAN 336 BÖBREK NAKLİNİN PRE-TRANSPLANTASYON İMMÜNOLOJİK SONUÇLARI

Eda Balkan

PS-032

AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTASINDA ENOKSOPARİNE BAĞLI GELİŞEN RETROPERİTONEAL HEMATOM

Fatih Sökmen, Feyza Nur Sarışık, Gülsüm Akkuş, Tuba Güngör, Gülal Güngör, Ertuğrul Erken, Orçun Altunören, Özkan Güngör

PS-033

BÖBREK NAKLİ HASTASINDA AKUT KARININ NADİR BİR NEDENİ: ENOKSAPARİNE BAĞLI REKTUS KILIF HEMATOMU

Gülsüm Akkuş, Melis Şimşir, Fatma Betül Güzel, Ertuğrul Erken, Erdinç Eroğlu, İlhami Taner Kale, Orçun Altunören, Özkan Güngör

PS-034

GEBELİKTE ÖDEM VE PROTEİNÜRİNİN ÇOK NADİR GÖRÜLEN BİR NEDENİ: MİRROR SENDROMU

Abdullah Tok, Fatma Betül Güzel, Gülsüm Akkuş, Ertuğrul Erken, Orçun Altunören, Özkan Güngör

PS-035

DİYALİZ HASTALARI; BİYOKİMYASAL PARAMETRELERİN YANINDA YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON YÖNÜNDEN DE DEĞERLENDİRİLMELİ Mİ?

Engin Onan, Saime Paydaş, Bülent Kaya, Ahmet Gazi Mustan, Tuba Korkmaz Kapukaya, Merve Sungur Özgönen, Ertan Kara, Farid Mohamad Hamad

PS-036

PHİLADELPHİA KROMOZOMU POZİTİF KML'Lİ HASTADA DASATİNİB'E BAĞLI FOKAL SEGMENTAL GLOMERULOSKLEROZ VAKASI

Ezgi Ersoy Yeşil, Dede Şit, Hasan Kayabaşı, Fatma Zerenler Gürsoy, Hakan Keski, Şüheda Çakmak

PS-037

Avascular Necrosis of the Lunate Bone: A First Report in Renal Transplant Patient

İsmet Eroğlu, Nazan Okur, Rengin Elsürer Afşar, Barış Afşar

PS-038

HEMODİYALİZ HASTASINDA AŞIRI DOZ METOTREKSAT KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN AĞIR PANSİTOPENİ VE MUKOZİT

Tuğba Altunkaya, Sevgi Aras, Harun Kalaça, Selma Alagöz, Ahmet Engin Atay, Numan Görgülü

PS-039

TİP II DM VE NONDİYABETİK OBEZ BİREYLERDE NEFROPATİ TANISINDA MİKROALBÜMÜRİ VE HAPTOGLOBİNÜRİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Numan Görgülü, Münevver Avşar, Ahmet Engin Atay

PS-040**DİYABETİK BİR HASTADA İNFEKTİF ENDOKARDİTE BAĞLI UYGUNSUZ ADH SENDROMU VE AĞIR HİPONATREMİ**

Rukiye Çelik, İrem Onar, Osman Küskü, Dilan Adıgüzel, Betül Yiğit, Nihal Topkaya, Numan Görgülü

PS-041**HEMODİYALİZ HASTASINDA PİPERASİLİN/TAZOBAKTAMIN TETİKLEDİĞİ TROMBOSİTOPENİ**

Can Hüzmeli, Yılmaz Canım, Murat Güllü, Kazım Öztürk, Ferhan Candan

PS-042**TRANSPLANT RENAL ARTER STENOZU (TRAS): TEK MERKEZLİ 6 VAKA SERİSİ**

Ali Burak Haras, Serap Yedigir, Ergün Parmaksız, Okan Akyüz, Meral Meşe, Zerrin Bicik Bahçebaş

PS-043**İLERİ EVRE KRONİK BÖBREK HASTALIĞINDA YOĞUN ULTRAFİLTRASYON E-GFR KAYBINA NEDEN OLUR ANCAK MORTALİTEYİ ETKİLEMEZ**

Özgür Can, Gülizar Manga Şahin, Süheyla Apaydın

PS-044**SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ İLE GELEN HİPOKALEMİK OLGUDA NADİR BİR NEDEN, LİDDLE SENDROMU.**

İlter Bozacı, Erhan Tatar, Mehmet Nuri Yurtman, Gizem Yıldırım

PS-045**EVRE 3-5 KRONİK BÖBREK HASTALARINDA BAZ AÇIĞI, ANYON GAP VE DELTA ORANI İLE HASTA SONLANIMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

İlter Bozacı, Ali Nazmi Can Doğan, Merve Aktar, Alev Mahşer, Gizem Yıldırım, Erhan Tatar

PS-046**AV FİSTÜL KULLANIMINA BAĞLI KOMPLİKASYONLARIN ERKEN TANISI, TEDAVİSİ VE ÖNLENMESİNDE MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM**

Nail Kahraman, Deniz Demir

PS-047**İNTRAVASKÜLER HEMOLİZİN YOL AÇTIĞI AKUT TUBULER NEKROZ**

Dilan Serap Adıgüzel, Tolga Yılmaz, Özgür Han, Sevgi Aras, Ahmet Engin Atay, Selma Alagöz, Numan Görgülü

PS-048**BK Virus Nephropathy in Renal Transplantation: A Single Center Experience**

İsmail Baloğlu, Kültigin Türkmen, Halil Zeki Tonbul, Nedim Yılmaz Selçuk

PS-049**KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİNE BAĞLI UYGUNSUZ ADH SENDROMUNDA AQUARETİK KULLANIMI**

İsmail Baloğlu, Nedim Yılmaz Selçuk, Ebru Altın, Halil Zeki Tonbul, Kültigin Türkmen

PS-050**ÇOCUKLUK ÇAĞINDA NUTCRACKER SENDROMUNUN KLİNİK ÖNEMİ NEDİR ?**

Seçil Arslansoyu Çamlar, Eren Soyaltın, Caner Alparslan, Önder Yavaşcan, Demet Alaygut, Fatma Mutlubaş, Belde Kasap Demir

PS-051**PRİMER MONOSEMPTOMATİK ENÜREZİSLİ ÇOCUK OLGULARIN AMBULATUVAR KANBASINCI ÖLÇÜMÜ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hilal Mertek, Demet Alaygut, Eren Soyaltın, Caner Alparslan, Seçil Arslansoyu Çamlar, Fatma Mutlubaş, Önder Yavaşcan, Belde Kasap Demir

PS-052**NÖTROFİL/LENFOSİT ORANI İLE TROMBOSİT/LENFOSİT ORANININ POSTTRANSPLANT AKUT REJEKSİYON ÖNGÖRÜSÜNDEKİ ROLÜ**

Giray Ergin

PS-053**DEMANS HASTALARINDA HASTANEYE YATIŞ GEREKTİREN NEFROLOJİK PROBLEMLER**

Gülsüm Akkuş, Fatma Betül Güzel, Feyza Nur Sarışık, Gül İnci Törün, Yılmaz İnanç, Orçun Altunören, Ertuğrul Erken, Özkan Güngör

PS-054**Brown Tumor of the Thoracic Spine Presenting with Paraplegia in a patient with Peritoneal Dialysis**

Eray Eroğlu, Mustafa Eymen Konaş, İsmail Koçyigit, Olgun Konaş, Halil Dönmez, Ahmet Küçük, Murat Hayri Sipahioğlu, Bülent Tokgöz, Oktay Oymak

PS-055**BÖBREK NAKLİ HASTASINDA NADİR BİR CİLT LEZYONU: PYOJENİK GRANÜLOM**

Feyza Nur Sarışık, Ahmet Burak Ağaoğlu, Alper Ural, Gülsüm Akkuş, Abdulkadir Yasir Bahar, Ertuğrul Erken, Özkan Güngör, Orçun Altunören

PS-056**HİPOÜRİSEMİNİN MUHTEMEL NEDENİ; KSANTİNÜRİ**

Can Hüzmeli, Kazım Öztürk, Murat Güllü, Yılmaz Canım, Ferhan Candan

PS-057**HEMODİYALİZ VE PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA MONOSİT/HDL-KOLESTEROL ORANININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Alper Sarı, Sinan Kazan, Yusuf Özeke, Sena Ulu

PS-058**HEMODİYALİZ HASTALARINDA NADİR BİR DAMAR ERİŞİM YOLU; TRANSHEPATİK HİCKMAN KATETERİZASYONU**

Engin Onan, Hasan Bilen Onan, Mustafa Balal, Saime Paydaş, Bülent Kaya

PS-059**OBEZ ÇOCUKLAR VE ADOLESANLARDA MASKELİ HİPERTANSİYON İÇİN COPEPTİN BİR BİYOBELİRTEÇ OLABİLİR Mİ ?**

Dugu Ertan, Belde Kasap Demir, Caner Alparslan, Huriye Erbak, Gönül Çatlı, Fatma Mutlubaş, Demet Alaygut, Eren Soyaltın, Seçil Arslansoyu Çamlar, Önder Yavaşcan

PS-060**MESANE DİVERTİKÜLÜ OLAN ÇOCUK HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Demet Alaygut, Caner Alparslan, Eren Soyaltın, Murat Uçar, Tunç Özdemir, Seçil Arslansoyu Çamlar, Belde Kasap Demir, Fatma Mutlubaş, Önder Yavaşcan

PS-061**BÖBREK TRANSPLANTASYONLU ÇOCUK HASTALARDA ATRİAL VE VENTRİKÜLER REPOLARİZASYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Belde Kasap Demir, Eren Soyaltın, Caner Alparslan, Seçil Arslansoyu Çamlar, Tülay Demircan, Cem Karadeniz, Önder Yavaşcan, Fatma Mutlubaş, Demet Alaygut

PS-062**TERSİYER HİPERPARATROİDİ TEDAVİSİNDE CERRAHİ ZORLUKLAR: ANATOMİK VARYASYONLARIN ÖNEMİ**

Ahmet Aykas, Erhan Tatar

PS-063**OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIĞI HASTALARINDA ÜROTENSİN 2 İLE ARTERİYEL SERTLİK VE ATEROSKLEROZ İLİŞKİSİ**

Melahat Çoban, Emre Asiltürk

PS-064**OROFASİYAL HERPES ENFEKSİYONUNA SEKONDER GELİŞEN İGA NEFROPATİSİNE BAĞLI AKUT BÖBREK YETERSİZLİĞİ**

İrem Onar, Osman Küskü, Dilan Serap Adıgüzel, Kardelen Yılmaz, Murat Yakın, Selma Alagöz, Numan Görgülü

PS-065**DİABETİK BÖBREK NAKLİ ALICILARINDA KORONER ARTER HASTALIĞININ MORTALİTEYE ETKİSİ**

Yucel Yukse

PS-066**ÇOCUKLARDA ERKEN GREFT FONKSİYONUNU ÖNGÖRMEDE BÖBREK NAKLİ SONRASI 2 GÜN İÇİNDE YAPILAN BÖBREK SİNTİGRAFİSİNİN DEĞERİ**

Bülent Yazıcı, İpek Kaplan Bulut, Sevgin Taner, Aylin Oral

PS-067**BÖBREK TRANSPLANTLI BİR HASTADA KRİPTOKOK İLİŞKİLİ PNÖMONİ**

İpek Kaplan Bulut, Sevgin Taner, Cemaliye Başaran, Betül Ekici, Caner Kabasakal

PS-068**TRANSPLANTASYON SONRASI NADİR BİR HASTALIK NÜKSÜ; 2,8 DİHİDROKSİADENİNÜRİ**

Ebru Sevinç Ok, Sait Şen, Işık Hasan Özgü, Uğur Saraçoğlu

PS-069**PARVOVİRUS B19'A BAĞLI ANCA POZİTİF AKUT GLOMERULONEFRİT; VİRAL YÜKE BAĞLI YALANCI ANCA POZİTİFLİĞİ Mİ?**

Hamad Dheir, İlhan Yıldırım, Selçuk Yaylacı, Ahmed Bilal Genç, Özger Akarsu, Savaş Sipahi

PS-070**ANCA POZİTİF VASKÜLİT TEDAVİ YAKLAŞIMLARI VE SONUÇLARI**

Hamad Dheir, İlhan Yıldırım, Selçuk Yaylacı, Ahmed Bilal Genç, Seyyid Bilal Açıköz, Savaş Sipahi

PS-071**AMPİSİLİN SULBAKTAM KULLANIMI SONRASI GELİŞEN STEVENS-JOHNSON SENDROMU: OLGU SUNUMU**

İlhan Yıldırım, Hamad Dheir, Deniz Çekiç, Ahmed Bilal Genç, Selçuk Yaylacı, Savaş Sipahi

PS-072**YOĞUN BAKIM YATIŞI GEREKTİREN RENAL TRANSPLANTASYON HASTALARINDA İMMÜNSUPRESİF TEDAVİ KULLANIMI VE SONUÇLARI**

Hazen Sarıtaş, Damla Örs Şendoğan, Gizem Kumru, Neriman Defne Altıntaş, Akın Fırat Kocaay, Acar Tüzüner, Şule Şengül, Kenan Keven

PS-073**GERİATRİK POPULASYONDA FEMUR BOYUN KIRIĞI CERRAHİSİNİN BÖBREK FONKSİYONLARI ÜZERİNE ETKİSİ**

Selma Alagöz

PS-074**NON-DİYABETİK NEFROPATİ İLE TAKİP EDİLEN DM OLGULARI**

Serap Yedigir, Meral Meşe, Ali Burak Haras, Ergün Parmaksız, Çağlar Özer

Aydın, Serkan Feyyaz Yalın, Zerrin Bahçebaşı

PS-075**RENAL HASARI OLAN DİYABETİK HASTALARIN KLİNİKOPATOLOJİK ANALİZİ**

Kubra Kaynar, Nurcan İnce, Sevdegül Mungan, Gamze Çan, Şükrü Ulusoy, Muammer Cansız, Abdülkadir Çelik, Koray Bozoğlu

PS-076**PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA HİPERVOLEMİ İLE PERİTON GEÇİRGENLİK HIZI TİPLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Melahat Çoban

PS-077**BİTLİS İLİ HEMODİYALİZ HASTALARININ KEMİK MİNERAL BOZUKLUKLARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Özgür Can

PS-078**ATİPİK SEYİRLİ FMF VE MEMBRANÖZ GLOMERULONEFRİT BİRLİKTELİĞİ**

Tülay Öztürk

PS-079**TRANSPLANT HASTA TARAMASI İLE SAPTANAN FABRY AİLESİ**

Özgür Can, Süleyman Baş, Melike Betül Öğütmen

PS-080**KARPAL TÜNEL SENDROMU, RABDOMYOLİZ İLE PRESENTE OLAN PANHİPOPİTÜİTARİZMLİ OLGU**

Tülay Öztürk

PS-081

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ TANISI OLAN BÖBREK NAKLİ ALICILARINDA KANAKİNOMAB TEDAVİSİNİN SONUÇLARI
Damla Örs Şendoğan, Hazen Sarıtaş, Gizem Kumru, Acar Tüzüner, Şule Şengül, Kenan Keven

PS-082

YÜKSEK PRA DÜZEYİ OLAN BÖBREK NAKLİ ALICILARINDA; PLAZMAFEREZ, İVİG VE RİTÜKSİMAB TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ
Damla Örs Şendoğan, Hazen Sarıtaş, Gizem Kumru, Osman İlhan, Acar Tüzüner, Kenan Keven, Şule Şengül

PS-083

HEMODİYALİZE BAĞLI ENKAPSÜLE PERİTONEAL SKLEROZİS
Hamad Dheir, Kerem Karaman, Ahmet Tarık Eminler, Savaş Sipahi

PS-084

80 YAŞ ÜZERİ HASTALARDA RENAL FONKSİYONLAR İLE HASTANE YATIŞI VE MORTALİTE ARASINDAKİ İLİŞKİ
Mehtap Canpolat, Meltem Gürsu, Ayşe Serra Artan, Ömer Celal Elçioğlu, Rümeyza Kazancıoğlu

PS-085

GEBELİK DÖNEMİNDE BİYOPSİ İLE TANI ALMIŞ RENAL HASTALIKLAR VE FETOMATERNAL SONUÇLARA ETKİLERİ
Özantı Helvacı, Betül Oğüt, Burçak Cavnar Helvacı, Aykut Özek, Ulver Derici, Galip Güz, Turgay Arınsoy, İpek Işık Gönül

PS-086

GLİKOJENİK HEPATOPATİ: MAURİAC SENDROMU
İlhan Yıldırım, Hamad Dheir, Deniz Çekiç, Ahmed Bilal Genç, Selçuk Yaylacı, Savaş Sipahi, Hakan Cinemre

PS-087

KRONİK BÖBREK HASTALARINDA D VİTAMİN EKSİKLİĞİ DEPRESYONUN NEDENİ OLABİLİR Mİ?
Selda Taş, Nadiye Sever, Mürvet Yılmaz

PS-088

GASTRİK BİPARTİSYON OPERASYONUNDAN İKİ YIL SONRA GÖRÜLEN OKSALAT NEFROPATİSİ: OLGU SUNUMU
Meltem Gürsu, Ömer Celal Elçioğlu, Maral Martin Mildanoğlu, Ganime Çoban, Elgun Haziye, Ayşe Serra Artan, Rümeyza Kazancıoğlu

PS-089

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞLİ HASTALARDA PROTEİNÜRİNİN ŞİDDETİ İLE HEMATOLOJİK PARAMETRELER ARASINDAKİ İLİŞKİ
Öznur Kal

PS-090

HEMODİYALİZ HASTALARINDA DİKKAT DAĞINIKLIĞI
Hüseyin Demirbilek, Ergün Şimşek, Ebru Tanay Akgüç, Eyyüp Külâh

PS-091

HEMODİYALİZ HASTALARINDA UNUTKANLIK DURUMLARI
Hüseyin Demirbilek, Ergün Şimşek, Ebru Tanay Akgüç, Eyyüp Külâh

PS-092

ASİT-BAZ DENGESİ ÜZERİNE KLOR ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: EN İYİ YÖNTEM HANGİSİ?
Bülent Güçyetmez

PS-093

HEMOFİLİ A'YA EŞLİK EDEN BİR IGA NEFROPATİ OLGUSU
Çiğdem Mengüş, Garip Şahin, Neslihan Andıç, Deniz Arık

PS-094

EROİN KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN RABDOMYOLİZ VE CAST NEFROPATİSİ OLGUSU
Mürşide Esra Dölarslan, Simge Bardak, Kenan Turgutalp, Yasemin Yuyucu Karabulut, Serap Demir, Ahmet Alper Kıyıkım

PS-095

IG A NEFROPATİSİ OLAN VAKALARIN ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
Kubra Kaynar, Hüseyin Atacan, Sevdegül Mungan, Gamze Çan, Şükrü Ulusoy, Muammer Cansız, Abdülkadir Çelik, Koray Bozoğlu

PS-096

PERİTON DİYALİZ KATETERİ ETRAFINDA NİTROFURAZONA BAĞLI GELİŞEN İRRİTAN KONTAKT DERMATİT: VAKA SERİSİ
Simge Bardak, Leyla Bilik, Zeynep Aktaş, Mıhrıban Çoğlan, Mürşide Esra Dölarslan, Kenan Turgutalp, Serap Demir, Ahmet Kıyıkım

PS-097

HEMODİYALİZDE AZ BİLİNEREN VASKÜLER ERİŞİM YOLLARI (BAZİLİK VEN TRANSPOZİSYONU UZUN DÖNEM SONUÇLARI)
Nimet Aktaş, Deniz Demir

PS-098

TRAVMATİK RABDOMİYALİZE BAĞLI GELİŞEN AKUT BÖBREK HASARI HER ZAMAN KREATİNİN KİNAZ YÜKSEKLİĞİ İLE BİRLİKTE Mİ OLMALI?
Deniz Çekiç, Mustafa Kösem, Savaş Sipahi, Hamad Dheir

PS-099

SÜREKLİ AYAKTAN PERİTON DİYALİZİYLE İLİŞKİLİ PERİTONİT ATAKLARI: TEK MERKEZ ALTI YILLIK GERİYE DÖNÜK DEĞERLENDİRME
Yasin Öztürk, Başak Delikanlı Çorakçı, Muammer Bilici, Ali Borazan

PS-100

PARASETAMOLE BAĞLI AKUT KARACİĞER YETMEZLİĞİNDE HAYAT KURTARICI TEDAVİ YÖNTEMİ: HEMODİYAFİLTASYON VE PLAZMAFEREZ
İlhan Yıldırım, Hamad Dheir, Deniz Çekiç, Selçuk Yaylacı, Hakan Cinemre, Bilal Toka, Savaş Sipahi

PS-101

BÖBREK BİYOPSİSİ YAPILAN OLGULARDA FABRY HASTALIĞI TARAMASI
Aysegül Oruc, Abdulmecit Yıldız, Suat Akgür, Oktay Ünsal, Mustafa Güllülü

PS-102**TEDAVİYE DİRENÇLİ PRİMER GLOMERÜLONEFRİT TEDAVİSİNDE ÜÇLÜ İMMUNSUPRESİF KOMBİNASYONUNUN ETKİNLİĞİ**

Aysegül Oruc, Abdulmecit Yıldız, Suat Akgür, Oktay Ünsal, Alprasan Ersoy, Mahmut Yavuz, Kamil Dilek, Mustafa Güllülü

PS-103**TİP 1 DİABETİK ÇOCUKLARDA KAN BASINCINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER: TUZ MU, ŞEKER Mİ?**

Seha Saygılı, Nur Canpolat, Aydılek Dağdeviren, Hande Turan, Olcay Evliyaoğlu, Salim Çalışkan, Oya Ercan, Lale Sever

PS-104**KRONİK HEMODİYALİZ HASTASINDA HEPARİNİZASYONUN NADİR GÖRÜLEN BİR KOMPLİKASYONU: DUODENAL İNTRAMURAL HEMATOMA BAĞLI İLEUS**

Kamil Konur, Elif Akyüz Kotan, Murat Bağ, Ekrem Kara

PS-105**HİPERKALEMİK HİPERTANSİYON: GORDON SENDROMU**

Zeki Aydın, Ebru Köroğlu, Necmi Eren

PS-106**FMF'E BAĞLI RENAL AMİLOİDOZ NEDENİYLE RENAL TRANSPLANTASYON YAPILAN HASTALARDA GREFT SAĞKALIMI**

Hazen Sarıtaş, Damla Örs Şendoğan, Gizem Kumru, Neval Duman, Kenan Ateş, Şehsuvar Ertürk, Gökhan Nergisoğlu, Sim Kutlay, Şule Şengül, Acar Tüzüner, Kenan Keven

PS-107**HEMODİYALİZ HASTASINDA METFORMİN KULLANIMINA BAĞLI AĞIR LAKTİK ASİDOZ**

Zeki Aydın, Yalçın Tayşı, Necmi Eren

PS-108**PANSİTOPENİ, LENFADENOPATİ VE AKUT BÖBREK HASARI İLE BAŞVURAN İLERİ YAŞ LUPUS NEFRİTİ; OLGU SUNUMU**

Sait Kitaplı, Kamil Konur, Damla Tüfekçi, Hüseyin Koşak, Ekrem Kara

PS-109**BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİNİN NEDEN OLDUĞU AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ: OLGU SUNUMU**

Engin Kölükçü, Haldun Hakan Yavaş, Hakan Şıvgın, Bekir Süha Parlaktaş, Ramazan Toker

PS-110**BİR FABRY HASTASINDA AGALSİDAZ-β İNFÜZYONU SONRASINDA GELİŞEN ARTERİYO-VENÖZ FİSTÜL TROMBOZU**

Eda Kaya, Nurhan Seyahi, Sinan Trabulus

PS-111**HEMODİYALİZE GİREN BİR HASTADA TRAMADOL KULLANIMINDAN SONRA GELİŞEN RABDOMİYOLİZ**

Sinan Trabulus, Murat Özbalak, Eda Kaya, Tuğçe Apaydın, Hande Mefkure Özkaya, Serkan Feyyaz Yalın, Mehmet Rıza Altıparmak, Özer Açıbay, Nurhan Seyahi

PS-112**ÜRETER TAŞINA SEKONDER NONFONKSİYONE BÖBREK: BİR OLGU SUNUMU**

Engin Kölükçü, Haldun Hakan Yavaş, Hakan Şıvgın, Bekir Süha Parlaktaş, Ramazan Toker

PS-113**ÜRETERAL DOUBLE-J STENT OBSTRÜKSİYONUNA SEKONDER GELİŞEN AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ: OLGU SUNUMU**

Engin Kölükçü, Haldun Hakan Yavaş, Bekir Süha Parlaktaş

PS-114**ATİPİK HEMOLİTİK ÜREMİK SENDROM İLE İLİŞKİLİ DERİ LEZYONU**

Hacı Bayram Berktaş, Hülya Taşkapan

PS-115**AKUT BÖBREK HASARINA NEDEN OLAN MESANE TAŞI: OLGU SUNUMU**

Engin Kölükçü, Doğan Atılğan, Haldun Hakan Yavaş

PS-116**H1N1 ENFEKSİYONU İLE İLİŞKİLİ PNEUMOMEDİASTİNUM VE SUBKUTAN AMFİZEM**

Hacı Bayram Berktaş, Hülya Taşkapan

PS-117**SARKOİDOZLU HASTALARDA FİBROBLAST BÜYÜME FAKTÖRÜ-23 (FGF-23) VE ALFA-KLOTHO DÜZEYLERİ**

Esra Özen Engin, Tansu Sav, Kürşad Öneç, Peri Meram Arbak

PS-118**İDRAR RETANSİYONU TESPİT EDİLEN AKUT BÖBREK YETMEZLİKLİ HASTALARDA PERKÜTAN SUPRAPUBİK SİSTOSTOMİNİN GÜVENİRLİĞİ**

Engin Kölükçü, Haldun Hakan Yavaş, Doğan Atılğan

PS-119**BİYOPSİ İLE KANITLANMIŞ BÖBREK HASTALIKLARININ KLİNİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİ: TEK MERKEZ, 10 YILLIK RETROSPEKTİF ÇALIŞMA**

Şiyar Erdoğan, Gizem Kumru, Zeynep Kendi Çelebi, Serkan Aktürk, Leyla Akdoğan, Sim Kutlay, Kenan Keven, Şehsuvar Ertürk, Şule Şengül

PS-120**GENÇ ERİŞKİN HEMODİYALİZ HASTALARINDA KIRILGANLIK VE KOGNİTİF İŞLEVLER ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Ertuğrul Erken, Gülsüm Akkuş, Fatma Betül Güzel, Orçun Altunören, Özkan Güngör

PS-122**PRİMER AMİLOİDOZLU HASTALARDA RENAL TÜBÜLER P-GLİKOPROTEİN EKSPRESYONUNUN ANALİZİ**

Cihan Heybeli, Serkan Yıldız, Mehtat Ünlü, Hayri Üstün Arda, Mehmet Ası Oktan, Caner Çavdar, Aykut Sifil, Ali Çelik, Sülen Sarıoğlu, Taner Çamsarı

PS-123**STERÖİD REFRAKTER NEFROTİK SENDROM İLE SEYREDEN NADİR GENETİK BİR HASTALIK: KOENZİM Q NEFROPATİSİ**

Ahmet Burak Dirim, Tural Guliyev, Erol Demir, Ali Rıza Uçar, Halil Yazıcı, Yaşar Çalışkan, Alaattin Yıldız, Semra Bozfakioğlu, Aydın Türkmen, Mehmet Şükrü Sever

PS-124**DİABETES MELLİTUSE BAĞLI KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ GELİŞEN HASTALARDA 10 YILLIK BÖBREK NAKLİ TECRÜBELERİMİZ**

Yücel Yukse

PS-125**LEPTOSPIROZ İLİŞKİLİ AKUT BÖBREK HASARI**

Erman Özdemir, Pınar Kutlutürk Özdemir

PS-126**KLİNİĞİMİZDE AA AMİLOİDOZ TANISI ALAN HASTALARIN ETYOLOJİSİNİN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ali Bakan, Gülşah Şaşak Kuzgun

PS-127**SON DÖNEM BÖBREK HASTASINDA RENAL REPLASMAN TEDAVİ SEÇİMİNİ HANGİ FAKTÖRLER BELİRLİYOR?**

Ayça İnci, Ümmühan Maden, Ayşe Akarsu, Üstün Yılmaz, Metin Sarıkaya, Semih Gül

PS-128**GLOMERULONEFRİTLERİN SEYRİ; YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYONLA İLİŞKİSİ**

Burcu Ceren Uludoğan, Aysun Toraman

PS-129**POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIĞINDA OSR-1 İLE VASKÜLER DİSFONKSİYON VE HİPERTANSİYON ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Eray Eroğlu, İsmail Koçyiğit, Serpil Taheri, Gökmen Zararsız, Elif Funda Şener, İlknur Uzun, Hakan İmamoğlu, Ecmel Mehmetbeyoğlu, Aydın Ünal, Kezban Korkmaz, Murat Hayri Sipahioğlu, Oktay Oymak, Bülent Tokgöz

PS-130**HEMODİYALİZ HASTALARINDA SERUM ASİMETRİK DİMETİL ARGİNİN (ADMA), APELİN-13 İLE MORTALİTE İLİŞKİSİ**

İbrahim Doğan, Barış Eser

PS-131**RETROPERİTONEAL FİBROZİS TANISIYLA İZLENEN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ DENEYİMİ**

Atilla Okan Kılıç, Serkan Yıldız, Cihan Heybeli, Mehmet Ası Oktan, Gerçek Can, Canan Altay, Ömer Demir, Fatoş Önen, Ali Çelik

PS-132**Vascular Structural And Functional Paramaters Associated With Adiponectin And Leptin In Cardiorenal Syndrome**
Gülperi ÇELİK, Fikret Akyürek, Kenan Demir, Hüsamettin Vatansev, Metin Çelik, Ali Gündoğdu, Bahadır Öztürk**PS-133****BÖBREK FONKSİYONU NORMAL HASTADA ORAL SODYUM FOSFAT SONRASI GELİŞEN AKUT FOSFAT NEFROPATİSİ**

Yağmur Başhan, Elif Tuba Şenel, Egemen Cebeci, Yasemin İren Özlük, Sami Uzun, Serhat Karadağ, Leyla Koç, Savaş Öztürk

PS-134**DEMİR KARBOKSİMALTOZ KULLANIMINA BAĞLI ŞİDDETLİ VE PERSİSTAN HİPOFOSFATEMİ GELİŞİMİ**

Yağmur Başhan, Elif Tuba Şenel, Egemen Cebeci, Leyla Koç, Serhat Karadağ, Sami Uzun, Oktay Özkan, Savaş Öztürk

PS-135**KRONİK BÖBREK HASTALARINDA AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Şelale Şahin, Hülya Taşkapan

PS-136**RENAL AMİLOİDOZUN NADİR SEBEBİ: ANKİLOZAN SPONDİLİT**

Özge Yalıcı, Kürşad Öneç

PS-137**Lupus glomerulonephritis in a patient with primary Sjögren's syndrome: Case report**

Aylin M. Yeşilova, Gizem Ayan, Müge Bilge, Münevver Gül Avcı, Neslihan Özsoy, Aynura Aliyeva, Meral Gülay Kadioglu

PS-138**RENAL TRANSPLANT HASTASINDA ERKEN DÖNEM KOMPLİKASYONU: MİLİYER TÜBERKÜLOZ**

Zuhal Atan Uçar, Ayşe Sinangil, Yener Koç, Sana Abouzahir, Soykan Barlas, Bedriye Koyuncu, Emin Barış Akin, Süleyman Tefvik Ecder

PS-139**RAKUN GÖZ BULGUSU İLE BAŞVURAN SEKONDER AMİLOİDOZ OLGUSU**

Seval Orman, Mehmet Baysal, Veysi Asoğlu, Şükrü Kocabaş, İlhan Kurultak, Ufuk Usta, Sedat Üstündağ

PS-140**AMFETAMİN İLE İLİŞKİLİ AKUT İNTERSTİSYEL NEFRİT VAKASI**

Sabahat Alışır Ecder, Ali Rıza Odabaş, Banu Şahin Yıldız, Gülşah Şaşak Kuzgun, Ümmügülüm Durak

PS-141**PERİYODİK BACAK HAREKETLERİNİN KARDİYOYASKÜLER HASTALIK VE OBSTRÜKTİF APNE SENDROMU ŞİDDETLİ İLE İLİŞKİSİ**

Sabahat Alışır Ecder, Halil İbrahim Yakar, Erkan Ceylan, Asiye Kanbay

PS-142**PRERENAL AZOTEMİNİN DÜZELMESİ SONRASI ORTAYA ÇIKAN PRES SENDROMU: OLGU SUNUMU**

Sinan Kazan, Oğuzhan Köse, Yusuf Özeke, Elif Dizen Kazan, Sena Ulu

PS-143

MESANE KANSERLİ OLGUDA RADİKAL SİSTEKTOMİ+ÜRİNER İNTESTİNAL DİVERSİYON SONRASINDA GELİŞEN KRONİK CİDDİ METABOLİK ASİDOZ

Özlem Kutlu, Belda Dursun, Murat Yaşar Taş

PS-144

3'Ü BİR ARADA: PNÖMONİ, DEHİDRATASYON VE BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİNE BAĞLI İNTRA, PRE VE POSTRENAL ABY

Osman Küskü, İrem Onar, Numan Görgülü

PS-145

FABRY HASTASINDA ENZİM REPLASMAN TEDAVİSİ İLE KARDİYAK DÜZELMENİN STRAIN EKOKARDİYOGRAFI İLE GÖSTERİLMESİ

Benay Özbay, Evrim Şimşek, Evrican Zin Ceylan, Çiğdem Dinçkal, Müge Yılmaz, Yagut Shamistanli, Meral Kayıkçıoğlu, Soner Duman

PS-146

NEYE NİYET NEYE KISMET

Sena Ulu, Sinan Kazan, Yusuf Özeke, Elif Dizen Kazan

PS-147

RENAL RETRANSPLANTASYONLU HASTALARIN KLİNİK SEYRİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Yener Koç, Ayşe Sinangil, Zuhul Atan Uçar, Sana Abouzahir, Soykan Barlas, Emin Barış Akin, Tefik Ecder

PS-148

PRİMER BÖBREK TUTULUMLU LENFOMA OLGULARI

Murat Yeniçeri, Mahmut Gök, Hakkı Çetinkaya, Emrah Kılıçarslan, Gülizar Şahin

PS-149

İLİAK BİFURKASYONA KADAR UZANAN TİP-1 AORT DİSEKSİYONU SONRASI RENAL MALPERFÜZYON GELİŞEN HASTADA BAŞARILI BÖBREK NAKLİ

Dilek Aslan Kutsal, İsmail Yücesin Arslan, Cevdet Uğur Koçoğulları

PS-150

HEMODİYALİZ HASTALARINDA FABRY HASTALIĞI TARAMASI: ÇOK MERKEZLİ ÇALIŞMA

Çiğdem Dinçkal, Ender Hür, Davut Akin, Barış Emekdaş, Funda Sağlam, Yelda Gün, Oğuzcan Özkan, Emine Mercan, Hüseyin Taşkın, Özlem Yayar, Gürsel Yıldız, Eyüp Külah, Siren Sezer, Soner Duman

PS-151

BÖBREK NAKİLLİ HASTALARDA VİTAMİN D DÜZEYİ VE METABOLİK SENDROM PARAMETRELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Gulsah Sasak, Ali Bakan

PS-152

ANABOLIC STEROIDS ABUSE AND FOCAL SEGMENTAL GLOMERULOSCLEROSIS AMONG BODYBUILDERS

Sana Abouzahir, Ayşe Sinangil, Yener Koç, Zuhul Atan Uçar, Yasemin Özlük, Işın Kılıçarslan, Süleyman Tefik Ecder

PS-153

RENAL AA TİPİ AMİLOİDOZ ZEMİNİNDE AKUT TÜBÜLOİNTERSİTİSYEL NEFRİT OLGUSU

Şahin Eyüpoğlu, Saba Kiremitçi, Leyla Akdoğan, Gizem Kumru, Gökhan Nergisoğlu, Sim Kutlay

PS-154

RENAL TRANSPLANTASYON HASTALARININ NÖROLOJİ KLİNİĞİ BAŞVURULARININ ÖZELLİKLERİ

Ülkü Figen Demir, Murathan Uyar

PS-155

SUCCESSFUL TREATMENT OF HEPATİTİS B RELATED MEMBRANOUS NEPHROPATHY WITH ENTECAVİR AND AZATHİOPRİNE: REPORT OF TWO CASES

Eray Eroğlu, İsmail Koçyiğit, Sümeyra Koyuncu, Murat Hayri Sipahioğlu, Hülya Akgün, Bülent Tokgöz, Oktay Oymak

PS-156

RİTUKSİMAB TEDAVİSİNİN NADİR BİR KOMPLİKASYONU: PROGRESİF MULTİFOKAL LÖKOENSEFALOPATİ

Ali Rıza Uçar, Erol Demir, Ahmet Burak Dirim, Halil Yazıcı, Aydın Türkmen, Mehmet Şükrü Sever

PS-157

KALPTE GLOBAL HİPOKİNEZİ İLE TANI ALAN FABRY VAKASI

Sabahat Alışır Ecder, Ali Rıza Odabaş, Banu Şahin Yıldız, Gülşah Şaşak Kuzgun, Elif Uzuner

PS-158

HEMODİYALİZ HASTALARINDA AYAK BİLEĞİ-KOL BASINÇ İNDEKSİNİN VASKÜLER ERİŞİM YOLU PROBLEMLERİNİ SAPTAMADAKİ ROLÜ

Tuba Elif Şenel, Eyüp Ayas, Burçin Aydemir, Egemen Cebeci, Serhat Karadağ, Leyla Koç, Zeynep Karaali, Savaş Öztürk

PS-159

IG A NEFROPATİLİ HASTALARDA İMMUNOSUPRESİF TEDAVİNİN RENAL SONLANIM ÜZERİNE ETKİSİ

Egemen Cebeci, Emin Pala, Sami Uzun, Serhat Karadağ, Oktay Özkan, Leyla Koç, Tuba Elif Şenel, Yağmur Başhan, Zeynep Karaali, Savaş Öztürk

PS-160

PROTEİNÜRİNİN SAFRA KESESİ MOTİLİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Şimal Köksal Cevher, Hasan Tankut Köseoğlu, Sabri Onur Özden, Ezgi Çoşkun Yenigün, Fatih Dede

PS-161

KRONİK BÖBREK HASTALARINDA KALP-AYAK BİLEĞİ VASKÜLER İNDEKSİ HBA1C VE MONOSİT-KEMOATRAKTAN PROTEİN-1 İLE İLİŞKİLİDİR

Belda Dursun, Mehmet Mert, Ahmet Baki Yağcı, Ayşen Çetin Kardeşler, Süleyman Demir, Hande Şenol

PS-162

FİBRİLER GLOMERÜLONEFRİT: İKİ OLGU SUNUMU

Serhat Karadağ, Egemen Cebeci, Sami Uzun, Leyla Koç, Tuba Elif Şenel, Yağmur Başhan, Yasemin Özlük, Savaş Öztürk

PS-163**HİPERNATREMİYE BAĞLI KORPUS KALLOZUM SPLENİUMDA DİFFÜZYON KISITLANMASI SAPTANAN OLGU**

Atilla Akpınar, Ömer Celal Elçioğlu, Yelda Deligöz Bildacı, Ayşe Serra Artan, Meltem Gürsu, Rümeyza Kazancıoğlu

PS-164**RENAL ANLAMLILIĞI OLAN MONOKLONAL GAMMOPATİ: OLGU SUNUMU**

Serhat Karadağ, Egemen Cebeci, Oktay Özkan, Tuba Elif Şenel, Yağmur Başhan, Yasemin Özlük, Savaş Öztürk

PS-165**KRONİK BÖBREK HASTALARINDA DİNAMİK TİYOL-DİSÜLFİT HEMOSTAZI DEĞERLENDİRMESİ**

Serhat Karadağ, Cihan Coşkun, Orgül Derya Bozkurt, Egemen Cebeci, Tuba Elif Şenel, Yağmur Başhan, Leyla Koç, Macit Koldaş, Savaş Öztürk

PS-166**RENAL TRANSPLANT ALICISINDA İNTRARENAL DEV ANEVRİZMANIN ENDOVASKÜLER MÜDAHALE İLE ONARIMI**

Sultan Özkurt, Berat Acu, Elif Gündoğdu, Çiğdem Mengüç, Ahmet Uğur Yalçın

PS-167**BÖBREK YETMEZLİĞİNİN SIK ATLANAN BİR NEDENİ OLARAK MULTIPL MYELOM OLGUSU**

Taliha Güçlü Kantar, Belda Dursun, Nilay Şen Türk

PS-168**HANTA VİRÜS İLİŞKİLİ RENAL HEMORAJİK ATEŞ**

Gülşah Altun, Kürşad Öneç, Özant Helvacı, Tansu Sav, İpek Işık Gönül

PS-169**DİYARE (+) ATİPİK HEMOLİTİK ÜREMİK SENDROMLU BİR OLGUDA ECULİZUMAB DENEYİMİ**

Sevgin Taner, İpek Kaplan Bulut, Ahmet Keskinioğlu, Caner Kabasakal

PS-170**MORGENALLA MORGANİİ PERİTONİTİ: OLGU SUNUMU**

Leyla Koç, Serhat Karadağ, Tuba Elif Şenel, Egemen Cebeci, Sami Uzun, Yağmur Başhan, Savaş Öztürk

PS-171**BÖBREK NAKLİ HASTALARINDA KAROTİS İNTİMA MEDİA KALINLIĞI İLE KARDİYOVASKÜLER OLAYLAR VE GREFT KAYBI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Duygu Şahin, Arzu Velioğlu

PS-172**BÖBREK NAKLİ ALICILARINDA KRONİK ANTİKOR ARACILI REJEKSİYON VE TEDAVİSİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ**

Gizem Kumru, Damla Örs Şendoğan, Acar Tüzüner, Şule Şengül, Kenan Keven

PS-173**FEOKROMASİTOMAYI TAKLİT EDEN MİTRAL VALV PROLAPSUSU OLGUSU**

Birşua Cengiz, Gökhan Öztürk, Gülçin Ulutaş, İlhan Kurultak, Sedat Üstündağ

PS-174**WEİL HASTALIĞI: OLGU SUNUMU**

Muhammet Yıldırım, Gülizar Şahin, Murat Yeniçeri, Arif Karakaya, Sedat Yelpaze, Zafer Çırak

PS-175**TEKRARLAYAN İLEUS, BATIN İÇİ ABSELER VE AKUT BÖBREK HASARI İLE PREZANTE OLAN CROHN HASTALIĞI: OLGU SUNUMU**

Elif Akyüz Kotan, Kamil Konur, Bilge Şah Kılıçtaş, Arzu Levent, Bahar Ceren Biber, Filiz Mercantepe, Bayram Kızılkaya, Ekrem Kara

PS-176**KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİNDE EVRE, ELASTİSİTE SKORLARI, REZİSTİVİTE İNDEKSİ VE FİBROZİS BELİRTEÇLERİ KARŞILAŞTIRILMASI**

Cansu Arslantürk Güneysu, Kürşad Öneç, Elif Nisa Ünlü, Mehtap Oktay

PS-177**MEMBRANÖZ GLOMERÜLONEFRİT VE ANCA-MPO POZİTİFLİĞİ İLE BAŞVURAN AKCİĞER ADENOKANSER VAKASI**

Hayri Üstün Arda, Şadiye Mehtat Ünlü, Cihan Heybeli, Mehmet Ası Oktan, Caner Çavdar, Ali Çelik, Aykut Sifil, Serkan Yıldız, Sülen Sarıoğlu, Taner Çamsarı

PS-179**PRİMER FOKAL SEGMENTAL GLOMERÜLOSKLEROZ HASTALARININ KLİNİK VERİLERİNİN VE TEDAVİLERİNİN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ**

Nermin Karakurt, Ebru Gök Oğuz, Gülay Ulusal Okyay, Hatice Şahin, Mehmet Deniz Aylı

PS-180**GEBELİKTE NEFROTİK SENDROM YÖNETİMİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ**

Şahin Eyüpoğlu, Gizem Kumru, Damla Örs Şendoğan, Şehsuvar Ertürk, Şule Şengül, Kenan Keven

PS-181**BÖBREK NAKİLLİ HASTALARIN ORGAN NAKİL MERKEZLERİNE SEVKİ: TEK MERKEZ VERİSİ**

Simge Bardak, Ahmet Kıyıkım

PS-182**PERİTON DİYALİZ HASTASINDA NADİR RASTLANAN PERİTONİT ETKENİ: SALMONELLA**

Nihan Tekkarısmaz, Rüya Özelsancak, Hasan Miçozkadioğlu, Dilek Torun, Yusuf Ziya Demiroğlu

PS-183**RENAL HASAR İLE GELEN AMİLOİDOZLU HASTADA ATİPİK BİR NEDEN; DOĞUŞTAN AĞRIYA DUYARSIZLIK VE TERLEMEME**

Ercan Türkmen, Günhan Tekin, Gökçe Gül Güneysu, Melda İşevi, Melda Dilek, Hayriye Sayarlıoğlu, Nuroi Arık

PS-184**PSÖDONEFROTOKSİSİTE; OLGU SUNUMU**

Barış Döner, Ömer Kalaylı, Mustafa Sağlam, Ekrem Kara

PS-185**ARTERİOVENÖZ FİSTÜLÜN ERKEN VEYA GEÇ KULLANIMININ FİSTÜL ÖMRÜ ÜZERİNE ETKİSİ**

Mustafa Esentürk, Emine Bayraktar

PS-186**YÜKSEK İMMUNOLOJİK RİSKLİ HASTALARDA BORTEZOMİB İLE DESENSİTİZASYON SONRASI ÇAPRAZ NAKİL**

Osman Zikrullah Şahin, Mustafa Düzenli, Sevim Kuşlu Çiçek, Abdullah As, Orçun Subaşılar, Mahmut Çarın, Murat Tuncer, Muzaffer Sarıyar

PS-187**YOĞUNBAKIM HASTALARINDA BİYOBELİRTEÇLER ARACILIĞIYLA AKUT BÖBREK HASARI TANISI KONULABİLİR Mİ?**

Ebru Çanakçı, Ahmet Karataş, Tefvik Noyan, Burhanettin Sertaç Ayhan

PS-188**SUGAMMADEX REVERS ETKİ GÜCÜNÜN BUN/CREATİNİN ORANI VE KREATİN KLİRENSİ İLE İLİŞKİSİ NEDİR ?**

Ebru Çanakçı, Ahmet Karataş

PS-189**BİSFOSFONAT KULLANIMINA BAĞLI NEFROTİK SENDROM: OLGU SUNUMU**

Zehra Aras, Meltem Gürsu, Ömer Celal Elçioğlu, Arzu Veliyeva, Maral Martin Mildanoğlu, Ayşe Serra Artan, Nejat Khanmamammadov, Rümeyza Kazancıoğlu

PS-190**PERİTON DİYALİZİ KATATER YERLEŞTİRİLMESİNDE YENİ BİR YÖNTEM: BASİTLEŞTİRİLMİŞ SELDİNGER (SARIKAYA) YÖNTEMİ**

Metin Sarıkaya, Ayça İnci, Semih Gül, Durkadin Duygu Balcı, Dilek Efeyurtlu, Üstün Yılmaz

PS-191**VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİLERDE PROGNOZUN BELİRLENMESİNDE BUN/KREATİNİN ORANI VE KAVAL KOLLAPSİBİLİTE İNDEKSİNİN YERİ**

Ahmet Karataş, Ebru Çanakçı, İsmail Yıldız

PS-192**RATLARDA KOLİSTİNE BAĞLI AKUT NEFROTOKSİSİTENİN ÖNLENMESİNDE SİLİMARİNİN ROLÜ**

Burak Dumludağ, Mehmet Kürşat Derici, Osman Sütcüoğlu, İpek Işık Gönül, Özge Tuğçe Paşaoğlu, Ülver Derici

PS-193**BÖBREK BİYOPSİSİ YAPILAN OLGULARIN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ezgi Ersoy Yeşil, Hasan Kayabaşı, Dede Şit, Abdullah Özkök

PS-194**KRONİK BÖBREK HASARI OLAN HASTALARDA ZONULİN DÜZEYİNİN İNFLAMASYON VE METABOLİK DURUMLARLA OLAN İLİŞKİSİ**

Ahmet Karataş, Murat Cihan, Harun Düğeroğlu, Yasemin Kaya, Tülin Bayrak, Ebru Çanakçı

PS-195**MCARDLE HASTALIĞINDA DÜŞME SONRASI GELİŞEN RABDOMİYOLİZ**

Belma Gökçen, Burak Işık, İbrahim Ertekin, Zeki Soypaçacı, Atilla Üzümlü, İsmail Rifki Ersoy

PS-196**BÖBREK NAKLİ ÖNCESİ CİDDİ HİPERPARATİROİDİLİ HASTANIN PARATİROİD ARTER EMBOLİZASYONU İLE TEDAVİSİ**

Tolga Yıldırım, Şeref Rahmi Yılmaz, Bora Peynircioğlu, Gonca Eldem, Yunus Erdem

PS-198**ROWELL SENDROMU: ÜÇ OLGU SUNUMU VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ**

Tuğçe Emiroğlu, Zeki Toprak, Mehmet Dikeç, Fatma Sibel Koçak Yücel, Murat Tuğcu, Özgür Can, Mürvet Yılmaz, Nazmiye Özlem Harmanakaya, Süheyla Apaydın

PS-199**BÖBREK BİYOPSİSİNDE KRESENTİK, PROLİFERATİF GLOMERULONEFRİT OLAN HASTALARIN ALDIĞI TEDAVİNİN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ**

Beril Karataş, Meltem Seziş Demirci, Mümtaz Yılmaz

PS-200**İMMÜN TROMBOSİTOPENİK PURPURALI BİR HASTADA BAŞARILI BÖBREK NAKLİ**

Jabravil Jabrayilov, Tolga Yıldırım, Fazıl Tuncay Aki, Şeref Rahmi Yılmaz, Yunus Erdem

PS-201**PROTEİNÜRİNİN NADİR BİR NEDENİ: İMERSLUND-GRASBECK SENDROMU**

Sibel Yücel Koçak, Ceren Gümüşel, Özlem Kaptanoğulları Harmanakaya, Mürvet Yılmaz, Süheyla Apaydın

PS-202**KİLO KAYBI İLE PRESENTE OLAN CMV HASTALIĞI**

Sabahat Alışır Ecder, Ali Rıza Odabaş, Banu Şahin Yıldız, Gülşah Şaşak Kuzgun, Gökhan Uygun

PS-203**AMİODARON TEDAVİSİ İLE GELİŞEN HİPONATREMİ**

Mehmet Emin Yılmaz, Emre Aydın, Fatma Yılmaz Aydın, Zülfükar Yılmaz, Yaşar Yıldırım, Ali Kemal Kadiroğlu

PS-204**İLACA BAĞLI AKUT TÜBÜLOİNERSTİYEL NEFRİT SONRASI KBY GELİŞİMİ İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ**

Sinan Kazan, Zeynep Kaleli, Yusuf Özeke, Elif Dizen Kazan, Sena Ulu

PS-205**PREDİYALİZ EVRE KRONİK BÖBREK HASTALIĞINDA ANEMİ İLE ESER ELEMENTLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dede Şit, Hasan Kayabaşı, Emre Yüce, Ender Tanrıverdi, Müslüm Erdem, Fatma Şit, Aynur Kayabaşı

PS-206**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ BÖBREK NAKİL MERKEZİ İLK SONUÇLAR**

Hasan Anıl Kurt, Cabir Alan, Ahmet Reşit Ersay, Serkan Bakırdöğen, Süleyman Can, Hasan Ali Kiraz

PS-207**DİYABETİK AYAK ENFEKSİYONU İÇİN KULLANILAN TİGESİKLİNE BAĞLI CİDDİ HİPOGLİSEMİ: OLGU SUNUMU**

Ömer Celal Elçioğlu, Yelda Deligöz Bildacı, Ayşe Serra Artan, Meltem Gürsu, Rümeyza Kazancıoğlu

PS-208**BÖBREK NAKİLLİ ÇOCUK HASTALARDA HİPERTANSİYON SORUNU**

Ahmet Keskinioğlu, Sevgin Taner, İpek Kaplan Bulut, İlke Baş, Suriye Özgür, Pembe Keskinioğlu, Caner Kabasakal

PS-209**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ BÖBREK NAKİL MERKEZİ MARJİNAL DONÖR SONUÇLARIMIZ**

Hasan Anıl Kurt, Cabir Alan, Ahmet Reşit Ersay, Süleyman Can, Serkan Bakırdöğen, Tuncer Şimşek

PS-210**AKUT PİYLOEFRİTE BAĞLI BİLATERAL BÖBREK BÜYÜMESİ VE AKUT BÖBREK HASARI: OLGU SUNUMU**

Ömer Celal Elçioğlu, Yelda Deligöz Bildacı, Sebuhi Mammadov, Ayşe Serra Artan, Meltem Gürsu, Rümeyza Kazancıoğlu

PS-211**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ BÖBREK NAKİL MERKEZİ RENAL ARTER SAYISAL ANOMALİ SONUÇLARI**

Hasan Anıl Kurt, Cabir Alan, Ahmet Reşit Ersay, Süleyman Can, Serkan Bakırdöğen, Hatice Betül Altınışik

PS-212**HİDRONEFROZUN EŞLİK ETMEDİĞİ POSTRENAL AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ: BİR OLGU SUNUMU**

Engin Köllükçü, Haldun Hakan Yavaş, Hakan Şıvgın, Bekir Süha Parlaktaş, Nihat Uluocak

PS-213**FOSFAT İÇEREN LAVMAN SONRASI AKUT FOSFAT NEFROPATİSİ GELİŞEN 10 OLGU**

Müge Üzerk Kibar, Jabrayıl Jabrailov, Tolga Yıldırım, Şeref Rahmi Yılmaz, Mustafa Arıcı, Bülent Altun, Yunus Erdem

PS-214**DİYABETE BAĞLI SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA GLUKOZ REGÜLASYONU**

Mehmet Emin Yılmaz, Vehbi Demircan, Emre Aydın, Fatma Yılmaz Aydın, Yaşar Yıldırım, Zülfükar Yılmaz, Ali Kemal Kadiroğlu

PS-215**DİPPER VE NON-DİPPER HİPERTANSİYONDA VOLÜM YÜKÜ KARŞILAŞTIRMASI**

Mehmet Emin Yılmaz, Mehmet Ali Çelik, Emre Aydın, Fatma Yılmaz Aydın, Zülfükar Yılmaz, Yaşar Yıldırım, Ali Kemal Kadiroğlu

PS-216**HEMODİYALİZDE DAMAR ERİŞİM YOLU VE DİYALİZ ÖNCESİ EĞİTİM PROGRAMININ ÖNEMİ**

Şennur Köse, Ömer Faruk Aydın

PS-217**AĞIR HİPONATREMİNİN EŞLİK ETTİĞİ ALIŞKANLIĞA BAĞLI POLİDİPSİ OLGUSU**

Beliz Çamur, Şükrü Koçabaş, İlhan Kurultak, Sedat Üstündağ

PS-218**HEMODİYALİZ HASTALARINDA NÖTROFİL/LENFOSİT ORANI, İNFLAMASYON VE NÜTRİSYON İLİŞKİSİ**

Mine Şebnem Karakan, Bahar Gürlek Demirci

PS-219**KLİNİĞİMİZDE 2012-2018 YILLARI ARASINDA YAPILAN BÖBREK BİYOPSİ SONUÇLARI**

Zeynep Kaleli, Sinan Kazan, Sena Ulu

PS-220**GASTROÖZEFAJEAL REFLÜ HASTALARINDA AMBULATUVAR KAN BASINCI TAKİBİ VE KLİNİK ANLAMI**

Şule Özdemir Arabacı, İlhan Kurultak, Ahmet Tezel, Sedat Üstündağ

PS-221**HEMODİYALİZ HASTALARINA KRONİK İNFLAMASYON VE ATEROSKLEROZİS İÇİN RİSK FAKTÖRÜ OLARAK ORAL KANDİDA KOLONİZASYONU**

Hasan Hacı Yeter, Yasemin Erten, Hatice Sevmez, Berfu Korucu, Ayşe Kalkancı, Şehri Elbeg, Kadriye Altok, Musa Bali, Handan Yılmaz

PS-222**MİKOFENOLAT MOFETİL İLE TEDAVİ EDİLEN STEROİD DİRENÇLİ AKUT TUBULOİTERSTİSYEL NEFRİT OLGUSU**

Emre Çankaya, Şimal Köksal Cevher, Ayse Çolak, Meryem Keleş, Başak Tanburoğlu, Filiz Çelikel Cumbul, Ezgi Coşkun Yenigün, Fatih Dede

PS-223**BÖBREK NAKLİNDE DÜŞÜK DOZ VALGANSİKLOVİR PROFİLAKSİSİNİN ETKİNLİĞİ**

Nadir Alpay, Ümit Özçelik, Eryiğit Eren, Bora Uslu

PS-224**GEÇ BAŞVURAN RENAL ARTER OKLUZYONU OLAN HASTADA RENAL PERFÜZYONUN SAĞLANMASI**

Derya Başak Tanburoğlu, Fatih Dede

PS-225**SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS İLİŞKİLİ TROMBOTİK TROMBOSİTOPENİK PURPURA**

Abdülkerim Furkan Tamer, Sıla Öksüz

PS-001

HEMODİYALİZ HASTALARINDA KOGNİTİF BOZUKLUĞUN İLERLEMESİ

Ertuğrul Erken

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Kognitif bozukluk hemodiyaliz (HD) hastalarında oldukça yaygın bir sorun olup, bu hastalardaki tedavi uyumsuzluğunu ve mortaliteyi artırmaktadır. Kronik böbrek hastalığının tüm evrelerinde kognitif bozukluğu görebilecek de bu durum HD hastalarında daha şiddetli ve ilerleyicidir. Bu prospektif çalışmanın amacı görece olarak genç ve daha az komorbiditesi bulunan HD hastalarında, Montreal cognitive assessment (MoCA) ve onun alt grup skorlarını kullanarak kognitif bozukluğun zaman içindeki değişimi karşılaştırmalı incelendi.

Yöntemler: Yirmi-dokuz kronik HD hastası çalışmaya seçildi. Tüm hastalara başlangıçta ve 2 yıllık takipten sonra MoCA testi uygulandı. Başlangıçta veya takip süresinde, serebrovasküler hastalık, kalp yetersizliği, demans, depresyon, görme bozukluğu, malignite, tiroid fonksiyon bozukluğu, aktif enfeksiyonu bulunan, tek-havuz Kt/V değeri <1.2 olan ve antidepresan veya antipsikotik ilaç kullanan tüm hastalar çalışma dışı bırakıldı. MoCA global skoru <24/30 olan hastalar kognitif bozukluk olarak değerlendirildi. MoCA ve MoCA alt grup sonuçlarının zaman içindeki değişimi karşılaştırmalı incelendi.

Bulgular: İki yıllık takip süresinin sonunda, başlangıçta 18 olan (%62) kognitif bozukluklu hasta sayısının 22'ye (%75.8) yükseldiği izlendi. İki yıllık takibin sonunda hastaların ortalama MoCA total kognitif skorunda, başlangıç değere göre anlamlı azalma saptandı (20,57±4,64<22,17±3,87; p=0,001). MoCA alt grup skorlarının analizi yapıldığında, HD hastalarından takip sonunda elde edilen, dikkat ve lisan ile ilgili kognitif skor ortalama değerlerinin, başlangıç değerlerine göre anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü (p=0,013, p<0,001).

Sonuç: Bu çalışmada, zaman içinde HD hastalarında global kognitif skorların azaldığı gösterildi. Kognitif skordaki bu azalma büyük oranda dikkat ve lisan alanlardaki skorların değişimi ile ilişkililiydi. Buradan hareketle, genç ve az miktarda komorbiditesi olan HD hastalarının da ilerleyici kognitif bozukluk açısından risk taşıdığı düşünülebilir. Global kognitif bozukluk gelişmeden önce, MoCA kognitif alan skorlarındaki ilerleyici azalmanın fark edilebilmesi oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kognitif bozukluk, Montreal Cognitive Assessment (MoCA), hemodiyaliz, kognitif kötüleşme

Tablo 1: Çalışma grubunun başlangıç özellikleri ve takip süresi

Değişken	HD hastaları (n = 29)
Yaş; yıl±SD	43,79±11,06
Cinsiyet; erkek/kadın (%)	19 (65,5)/10 (34,5)
BKİ; kg/m ² ±SD	23,10±3,21
Eğitim süresi; yıl±SD	8,72±3,83
DM; n (%)	6 (20,7)
HT; n (%)	14 (48,3)
KVH; n (%)	6 (20,7)
HD tedavi süresi; ay±SD	55,34±47,20
Takip süresi; ay±SD	25,17±1,28

Tablo 2: HD hastalarının başlangıç ve 2 yıllık takip sonrası ortalama kognitif skorları (n=29)

Kognisyon (Maks. skor)	Ölçüm 1	Ölçüm 2	p değeri
MoCA toplam (30)	22,17±4,00	20,57±4,03	0,001
Görsel-uzaysal / yürütme (5)	3,10±1,39	3,37±1,26	0,124
Adlandırma (3)	2,76±0,43	2,62±0,56	0,157
Dikkat (6)	5,17±1,00	4,55±1,24	0,013
Lisan (3)	2,03±1,11	0,96±0,86	< 0,001
Soyutlama (2)	1,34±0,76	1,00±0,80	0,072
Hafıza (5)	2,07±1,43	2,20±1,61	0,641
Oryantasyon (6)	5,79±0,41	5,79±0,49	1,000

PS-002

NEPHROTOXIC EFFECT OF GENTAMICIN AND AMIKACIN IN NEONATES WITH INFECTION

Parsa Yousefichaijan, Saeed Alinejad, Masoud Rezagholizamenjany, Yousef Rafiei, Manijeh Kahbazi, Ali Arjmand, Fatemeh Dorreh, Yazdan Ghandi, Mojtaba Hashemi, Fakhreddin Shariatmadari

Arak University of Medical Sciences, Amirkabir Hospital, Department of Pediatric Nephrology, Arak, Iran

Introduction: Infection and its treatment as a common problem in children may induce different complications. Ampicillin and aminoglycosides, as choice drugs for this condition, may have m

Methods: This clinical trial and double blind study was conducted on 80 children with aminoglycosides administration. Initially, during hospital admission, serum and urine samples were collected for diagnosis of infection. Children based on their treatment were divided to 2 groups, 40 children were treated by ampicillin and amikacin and 40 children were treated by ampicillin and gentamicin, during a 7-day period. At the end of the treatment period, serum and urine samples were taken for measurement of laboratory variables, and GFR, for evaluation of kidney function.

Results: A statistically significant difference was found between evaluated factors, thus nephrotoxic effect of Gentamicin and Amikacin were equal in the current study. Demographic information in the 2 groups were equal. In total, 80 children were evaluated, 45 male and 35 female. Mean age of children was 3.51±2.76 in the Gentamicin group, 3.22±2.50 in the Amikacin group, and 3.36±2.63 in total. Also, other evaluated factors including father's educational status, mother's educational status, father's occupation status, mother's occupation status, and living area were equal in the 2 groups. These 2 drugs did not have different nephrotoxic effects on children. Furthermore, BUN before treatment with antibiotics in the gentamicin group was 29.85±14.38 and in the amikacin group was 29.81±16.33 and after treatment with antibiotics in the gentamicin group, BUN was 23.45±14.53 and in the amikacin group, it was 24.87±15.25. Glomerular Filtration Rate before treatment with antibiotics in the gentamicin group was 26.73±7.47 and in the amikacin group was 29.11±16.24, and after treatment with antibiotics, in the gentamicin group, it was 41.81±18.28 and in the amikacin group, 38.21±13.85. Before treatment with antibiotics in the gentamicin group Cr was 0.85±0.21 and in the amikacin group, it was 0.84±0.26 and after treatment with antibiotics in the gentamicin group, this was 0.56±0.16 and in the amikacin group, it was 0.60±0.16. Calcium in the gentamicin group was 8.68±0.7 and in the amikacin group was 9.11±1.2. Sodium in the gentamicin group was 138.87±5.71 and in the amikacin group was 139.98±6.8. Potassium in the gentamicin group was 4.42±0.62 and in the amikacin group was 4.61±0.54. Bicarbonate in the gentamicin group was 17.74±2.39 and in the amikacin group, this was 18.13±3.47. There were no differences between the 2 groups regarding delivery status of children. In this section, gestational age, birth weight, infection source, birth height, head circumference at birth, type of consumed milk and maternal diseases during pregnancy were evaluated; all of these studied variables were equal in the 2 groups of gentamicin and amikacin.

Conclusion: Based on the current study, there are no differences between gentamicin and amikacin regarding nephrotoxic effects. Therefore, there are no aesthetic preferences regarding side effects, between gentamicin and amikacin for use in the pediatrics population.

Anahtar Kelimeler: Nephrotoxic effect; gentamicin; amikacin; infection

PS-003

MULTICYSTIC DYSPLASTIC KIDNEY AND RELATED EPIDEMIOLOGIC FACTORS

Parsa Yousefichaijan, Fereshte Maghsudlu, Fatemeh Dorreh, Yazdan Ghandi, Mojtaba Hashemi, Fakhreddin Shariatmadari, Aziz Eghbali, Nooshin Sajjadi, Ali Arjmand Shabestari, Manijeh Kahbazi

Infectious Disease Research Center (Idrc), Department Of Pediatric Nephrology, Faculty of Medicine, Arak University Of Medical Sciences, Arak, Iran

Introduction: Multicystic dysplastic kidney (MCDK) is a sporadic developmental abnormality caused by abnormal differentiation of the metanephric that is present as a flank mass in infancy. It may lead to renal dysfunction or death as a result of oligohydramnios or respiratory failure.

Methods: We surveyed epidemiologic characteristics of children that had been visited in pediatrics and urology clinics of Amirkabir hospital, Arak, Iran. To assess the association of MCDK and epidemiologic factors, epidemiologic characteristics were 1) age at diagnosis of MCDK, 2) gender (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) failure to thrive (FTT), 8) stunted growth, 9) slow growth, 10) good growth, 11) milk intake (maternal milk or powdered milk), 12) infant BMI (kg/m²) (<18.5, 18.5-24.9, 25-29.9 and >30), 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 9 months of age at the time of MCDK diagnosis. There was not a predominance of one gender among cases and controls. (65% girls in cases). The distribution of all studied epidemiologic factors were similar in case and control groups. Concerning growth status, FTT was not observed in cases or controls. Stunted growth was found in 18.3% of cases and controls (P> 0.05). Around 28.3% of cases and 26.6% of controls had slow growth (P= 0.978), 55% of cases and 58.3% of controls had good growth (P= 0.978). 85% of cases and 81.6% controls were fed with maternal milk (P= 0.877). 90% of cases and 91.6% of controls lived in urban areas (P= 0.927). 90% of cases and 88.3% of controls drank tapwater (P= 0.965).

Conclusion: The documents on the correlation of MCDK and epidemiologic factors are few. We desire that our study will serve as an impetus to more prospective studies to determine the predisposing conditions and clinical consequences of children with MCDK with the aim of studying the pathophysiology due to improve management of MCDK and to evaluate even if adjustment of these condition can influence the frequency of MCDK. As mentioned, earlier studies showed that there are some prenatal conditions that increase the frequency of renal disease and CKD. Probably the differences between some of the items in our study and others is due to the higher statistical population and a more general definition of CKD than MCDK.

Anahtar Kelimeler: Multicystic dysplastic kidney, epidemiologic factors, children

PS-004

EVALUATION OF NUTRITIONAL FACTORS IN KIDNEY STONES FORMATIONS IN CHILDREN

Parsa Yousefichaijan, Masoud Rezaghali Zamenjany, Fatemeh Dorreh, Mahmoud Reza Nakhaei, Ali Arjmand Shabestari, Yazdan Ghandi, Nooshin Sajjadi, Mahtab Babayikazir, Mojtaba Hashemi, Manijeh Kahbazi, Fakhreddin Shariatmadari, Aziz Eghbali

Arak University Of Medical Sciences, Amirkabir Hospital, Department of Pediatric Nephrology, Arak, Iran

Introduction: Kidney and urinary tract stones are the major health issues; in addition, proper nutrition is probably an important factor in kidney stones formation. The current study aimed at evaluating nutritional factors in kidney stones formation in children.

Methods: The current cross sectional study, using the random sampling method, was conducted on 2 - 12-year-old children referred to Amir Kabir hospital. The data were collected by a 24-hour dietary recall; and calcium, oxalate, vitamin C, animal protein, and water contents in each food was calculated by a food processing software.

Results: In the demographic data section, only gestational age had statistically significant differences in the 2 groups. The other variables consisting of gender, birth rank, BMI, and birth weight were matched. Growth status showed no significant difference between the case and control groups. In addition, nutrient intakes including animal protein, meals water, total liquids, energy, protein, fat, saturated free fatty acids (FFA), unsaturated FFA, meat, caffeine, potassium, and methionine was significantly higher in the case group than the control group, while sodium intake was significantly higher in control group. There were no statistically significant differences in the intake of vitamin K, fructose, sucrose, carbohydrate, vitamin B6, folate, vitamin B12, vitamin D, magnesium, cysteine, fiber, fruit, vegetables, bread/cereals units, content of protein, carbohydrates and fat in the daily energy supply of the 2 groups. Also, based on logistic regression analysis, intake of sodium, methionine, animal protein and fat units had a significant effect on kidney stones formation.

Conclusion: The results of the current study showed that energy, protein, fat, caffeine, methionine, and sodium intake should be considered more carefully. Recent studies show that the most important environmental factor associated with kidney stones formation is related to diet, but the role of food sources in stone formation is unknown.

The number of male and female patients with kidney stones in the groups was equal, but in other studies kidney stones formation in males was more than that of females. According to the experimental data, high prevalence of stones in males can be attributed to the role of sex hormones in the incidence of kidney stones. In the current study, the large number of females with kidney stones might be attributed to factors such as age, lack of personal hygiene knowledge, and the risk of urinary tract infection. Ferraro et al. concluded that caffeine intake was independently associated with a lower risk of incidence of kidney stones. Dietary factors and the risk of kidney stones formation in males indicated that the association between calcium intake and kidney stone formation varied with age and magnesium intake decrease; and total vitamin C intake seemed to increase the risk of symptomatic nephrolithiasis. Age and body size affect the relationship between diet and kidney stones; hence, dietary recommendations for stone prevention should be tailored to the individual patient, based on the study by Taylor et al. In future research, it is recommended to investigate the supplements and their effects on kidney stones, water drinking, and their relationships with kidney stones formation in children.

Anahtar Kelimeler: Nutritional factors; children; kidney stones

PS-005

DİRENÇLİ HİPERTANSİYONU OLAN HASTALARDA PLAZMA APELİN DÜZEYLERİ**Kudret Keskin, Hakan Kiliç**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü

Giriş: Apelin, renin-angiotensin-aldosteron sisteminin bir antagonisti olarak hareket eden ve nitrik oksit salınımını artırarak vazodilatör etki gösteren, son yıllarda keşfedilmiş bir peptiddir. Yapılan hipertansiyon çalışmalarında plazma apelin seviyelerinin daha prehipertansif dönemde bile düşük olduğu tespit edilmiştir. Öte yandan, plazma apelin düzeyi ve dirençli hipertansiyon arasındaki ilişki ise bilinmemektedir. Bu nedenle, çalışmamızda plazma apelin seviyesi ve dirençli hipertansiyon arasındaki ilişkiyi araştırdık.

Yöntemler: Çalışmaya 57'si dirençli hipertansiyon, 27'si sağlıklı kontrol hastası olmak üzere toplam 84 hasta prospektif olarak alındı. Sekonder hipertansiyon, diabetes mellitus, kalp yetmezliği, malignite, kronik enflamatuvar hastalıklar, ağır böbrek veya karaciğer yetersizliği olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Plazma apelin-12 düzeyleri ELISA yöntemi ile ölçüldü ve tüm hastalara ekokardiyografik inceleme yapıldı.

Bulgular: Dirençli hipertansiyonu olan hastaların plazma apelin düzeyleri ile kontrol hastaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (sırasıyla 0.51 ± 0.40 ng/ml, 0.40 ± 0.15 ng/ml $p=0.08$). Dirençli hipertansiyonu olan hastalarda plazma glikoz seviyeleri daha yüksek bulundu. (99.3 ± 14.7 mg / dl'ye karşılık 89.6 ± 8.1 mg / dl, $p = 0.002$).

Sonuç: Plazma apelin seviyesi ile dirençli hipertansiyon arasında bir ilişki bulunamadı. Birçok faktörün etkili olduğu karmaşık bir patofizyolojiye sahip dirençli hipertansiyonun aydınlatılması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Apelin, dirençli hipertansiyon, vazodilatasyon

Tablo 1. Çalışmaya alınan hastaların temel özellikleri ve laboratuvar değerleri

	<i>Dirençli hipertansiyon (n=57)</i>	<i>Kontrol (n=27)</i>	<i>P değeri</i>
Yaş	56,3±10,6	52,2±9,1	0,09
Cinsiyet (kadın)	33 (57,9%)	20 (74,1%)	0,15
Boy (cm)	165,4±8,6	164,7±10,2	0,90
Kilo (kg)	81,9±14,9	74,3±13,1	0,03
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	30,1±4,9	27,3±3,8	0,01
Sol ventrikül hipertrofisi	21 (37%)	1 (3,7%)	0,001
Açlık kan şekeri (mg/dl)	99,3±14,7	89,6±8,1	0,01
eGFR (ml/min)	123,1±45,6	129,2±40,2	0,55
Total kolesterol (mg/dl)	198,8±47,1	190,9±40,6	0,29
LDL kolesterol (mg/dl)	124,6±39,3	114,1±37,6	0,29
HDL kolesterol (mg/dl)	47,1±12,1	49,6±17,1	0,49
Trigliserid (mg/dl)	133,6±66,5	117,4±41,8	0,29
Plazma Apelin (ng/ml)	0,40±0,15	0,51±0,40	0,08

PS-006

NON-DİYABETİK OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALARINDA İNSÜLİN DİRENCİ İLE ARTERİYEL SERTLİK, ATROSKLEROZ**Melahat Çoban¹, Hamit Yaşar Ellidağ²**¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya

Giriş: Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı (ODPBH) çok sayıda renal kistlere sekonder böbrek yetmezliği gelişimi ile karakterize genetik bir hastalıktır. Kronik böbrek hastalığı (KBH) hastalarında metabolik asidoz gelişimi, insülinin renal yıkılımının azalması sonucu yarı ömrünün uzaması veya artan serum insülin düzeylerine karşı hedef organ cevabının azalmasına bağlı artmış insülin direnci gelişimi görülür. KBH hastalarında insülin direnci ile AS ve ateroskleroz gelişimi arasında ilişki vardır. Literatürlerde farklı nedenlerle KBH gelişen hastalarda insülin direnci ile arteriyel sertlik (AS) ve ateroskleroz gelişimi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar olmasına rağmen, prediyaliz erişkin NDODPBH hastalarda yapılan çalışmaya rastlanmadı. Bu nedenle çalışmamızın amacı, prediyaliz erişkin NDODPBH hastalarında insülin direnci ile AS ve ateroskleroz arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntemler: Bu kesitsel çalışma 77 NDODPBH (32 (%41.6) erkek, 45 (%58.4) kadın) hasta ile yapıldı. Hastalar yaş ve cinsiyet benzer 47 sağlıklı bireyle karşılaştırıldı. AS varlığı brakiyal-ayak bileği nabız dalga hızı (baNDH) ve ateroskleroz varlığı karotis arter intima-media kalınlığı (KA-IMK) ile belirlendi. İnsülin direnci gelişimi homeostasis model assessment of insulin resistance (HOMA-IR) formülü ile belirlendi.

Bulgular: 49 (%63.6) hasta hipertansifti. Ortalama total kolesterol (K), trigliserit, düşük dansiteli lipoprotein (LDL)-K ve yüksek dansiteli lipoprotein (HDL)-K sırasıyla 189 ± 38 mg/dl, 143 ± 67 mg/dl, 112 ± 30 mg/dl ve 52 ± 17 mg/dl idi. Açlık insülin, glikozile hemoglobin A1c (HbA1c) ve HOMA-IR sırasıyla 9.38 ± 8.35 pg/ml, $5.6 \pm 0.8\%$ ve 2.44 ± 2.69 mg/dL idi. Ortalama KA-IMK ve baNDH sırasıyla 0.63 ± 0.14 mm, 7.35 ± 1.64 m/sn idi. Hasta grubunda sağlıklı bireylere göre KA-IMK ($p=0.002$), baNDH ($p=0.013$) anlamlı yüksekti. Her iki grup arasında total K, trigliserit, LDL-K, HDL-K, açlık insülin, HbA1c, HOMA-IR değerleri açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). HOMA-IR ile KA-IMK ($p=0.003$), baNDH ($p=0.006$) arasında anlamlı ilişki saptandı. HOMA-IR ile VKİ ($p<0.001$), total K ($p=0.009$), trigliserit ($p=0.003$), KA-IMK ($p=0.003$) ve baNDH ($p=0.006$) arasında anlamlı ilişki saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda prediyaliz erişkin NDODPBH hastalarında sağlıklı bireylere göre artmış AS ve ateroskleroz gelişimi gözlenirken, HOMA-IR ile belirlenen insülin direnci gelişimi açısından farklılık gözlenmedi. İnsülin direnci gelişimi ile AS ve ateroskleroz gelişimi arasında ilişki olduğu gözlemlendi. NDODPBH hastalarında erken dönemde insülin direnci varlığının belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması, ileri evrelerde oluşabilecek kardiyovasküler komplikasyonların azaltılması açısından önemli olabilir.

Anahtar Kelimeler: Non-diyabetik otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı, İnsülin direnci, Arteriyel sertlik, Ateroskleroz

Tablo 1: Hasta ve sağlıklı kontrol grubunun klinik, demografik özellikleri ve laboratuvar değerleri

	Hastalar (77)	Sağlıklı kontrol grubu (47)
Yaş (yıl)	48±14	46±7
Erkek/Kadın	32 (%41.6)/45(%58.4)	22(%46.8)/25(%53.2)
VKİ (kg/m ²)	26.1±4.2	27.1±4.6
HT	49 (%63.6)	
SKB (mmHg)/ DKB (mmHg)	127±14/86±11	118±11/78±9
ACEinh/ARB	36 (%46.8)	
Kalsiyum kanal blokör	20 (%26)	
Beta -blokör	12 (%15.6)	
Alfa-blokör	4 (%5.2)	
Diüretikler	2 (%2.6)	
Vitamin D/Vitamin D analog	16(%20.8)	
Oral fosfat bağlayıcı	3(%3.9)	
GFH (mL/dk/1.73 m ²)	64±30	91.4±6.9
Total K (mg/dL)	189±38	192±42
Trigliserit(mg/dL)	143±67	145±95
LDL-K(mg/dL)	112±30	117±34
HDL-K(mg/dL)	52±17	48±14
Açlık insülin (pg/mL)	9.38±8.35	7.6±3.5
HbA1c (%)	5.6±0.8	5.6±0.5
HOMA-IR (mg/dL)	2.44±2.69	1.9±1
KA-IMK (mm)	0.63±0.14	0.65±0.66
baNDH (m/sn)	7.35±1.64	6.6±0.9

Tablo 2: Hasta özelliklerinin, sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması

	Hastalar (77)	Sağlıklı kontrol grubu (47)	p-değeri
VKİ (kg/m ²)	48±14	46±7	0.214
GFH (mL/dk/1.73 m ²)	66(16-122)	91(71-110)	<0.001
Total K (mg/dL)	189±38	192±43	0.645
Trigliserit (mg/dL)	129(45-401)	109(38-453)	0.313
LDL-K (mg/dL)	112±30	117±34	0.399
HDL-K (mg/dL)	49(33-136)	45(28-92)	0.072
Açlık insülin (pg/mL)	7.13(1.54-55.91)	6.51(1.16-14.67)	0.875
Hb A1c (%)	5.6(4.6-6.9)	5.5(4.6-6.8)	0.256
HOMA-IR (mg/dL)	1.69(0.33-19.05)	1.57(0.24-4.35)	0.955
KA-IMK (mm)	0.6(0.5-1.1)	0.5(0.5-5)	0.002
baNDH (m/sn)	7.35±1.64	6.59±0.91	0.013

Tablo 3: İnsülin direnci gelişimi ile ilişkili bulgular

	R	P
VKİ (kg/m ²)	0.470	<0.001
Total-K (mg/dL)	0.296	0.009
Trigliserit (mg/dL)	0.334	0.003
LDL-K (mg/dL)	0.210	0.067
HDL-K (mg/dL)	-0.112	0.334
KA-IMK (mm)	0.329	0.003
baNDH (m/sn)	0.210	0.006

PS-007

PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA FİBROBLAST BÜYÜME FAKTÖRÜ 23 İLE ATEROSKLEROZ VE ARTERİYEL SERTLİK İLİŞKİSİMelahat Çoban², Bekir Erol¹¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji

Giriş: Periton diyalizi (PD) hastalarında kardiyovasküler (KV) olaylar mortalite ve morbiditenin en sık nedenidir. Fibroblast büyüme faktörü-23 (FGF-23) osteosit ve osteoblastlardan sentezlenen ve serum fosfat (P) dengesinin idamesinde rol oynayan fosfatonindir. Kronik böbrek hastalığı (KBH) hastalarında FGF-23 ile artmış mortalite arasındaki ilişki bilinmemektedir, ancak altta yatan neden halen araştırılmaktadır. Ayrıca literatürde normal popülasyon, prediyaliz KBH ve hemodiyaliz hastalarında yapılan çalışmalar olmasına rağmen, PD hastalarında FGF-23 ile ateroskleroz ve AS arasındaki ilişkiyi ve etki eden faktörleri inceleyen çalışmaların sayısı az, sonuçları çelişkilidir. Çalışmamızın amacı PD hastalarında FGF-23 ile ateroskleroz ve arteriyel sertlik arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntemler: Kesitsel çalışmaya Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Polikliniği'nde takipli ortalama yaşı 53.1±11.4 olan 55 PD (34(%61.8) erkek /21(%38.2) kadın) PD hastası ile yapıldı. Hastalar bilinen komorbid hastalığı ve ilaç kullanımı öyküsü olmayan 45 sağlıklı bireyle karşılaştırıldı. Ateroskleroz varlığı karotis arter-intima media kalınlığı (KA-IMK) ve AS varlığı brakiyal-ayak bileği nabız dalga hızı (baNDH), augmentasyon indeksi ile belirlendi. Residüel renal fonksiyon varlığı rezidüel glomerüler filtrasyon hızı (rGFH), renal kreatinin klirens (CCr), rezidüel idrar çıkımı ile belirlendi. Serum FGF-23 ve soluble klotho (s-KL) düzeyleri enzim-linked immunosorbent assay ile belirlendi. Değişkenlerin dağınık dağılımı nedeniyle FGF-23 istatistiksel hesaplamaları log10 ile gösterildi.

Bulgular: Ortalama PD süresi 44.1±31.2 aydı. Hastaların 43(%78.2)'ü continuous ambulator periton diyalizi ve 12(%21.8)'si atletik periton diyalizi uyguluyordu. rGFH, renal CCr, rezidüel diürez sırasıyla 5.9±5.7 mL/dk/1.73m², 56.98±52.53 mL/dk/1.73 m², 942.9±1552.4 mL/gün idi. Ortalama KA-IMK, baNDH sırasıyla 0.7±0.2mm, 7.8±1.7 m/sn idi. Ortalama total kolesterol (K), trigliserit, düşük dansiteli lipoprotein (LDL)-K, yüksek dansiteli lipoprotein (HDL)-K sırasıyla 199.6±53.9 mg/dL, 251.9±262.9 mg/dL, 114.4±34.1 mg/dL, 39.3±10.8 mg/dL idi. Ortalama Log₁₀ FGF-23, s-KL sırasıyla 2.16±0.39 pg/mL, 13.9±3.1 idi. Sağlıklı bireylere göre KA-IMK (p<0.001), baNDH (p=0.003), log10 FGF-23 (p<0.001) yüksek, s-KL (p<0.001) düşüktü. Log₁₀ FGF-23≤2.16 pg/mL olanlarda, log₁₀ FGF-23>2.16 pg/mL olanlara göre rGFH (p=0.007), rezidüel diürez (p=0.004), renal CCr (p=0.001) anlamlı yüksekti. Yaş ve cinsiyete göre düzeltilmiş çok değişkenli analizde log₁₀ FGF-23 ile rGFH (p=0.032), rezidüel diürez (p=0.048), renal CCr (p=0.045), total K (p=0.027), LDL-K (p=0.007) arasında ters ilişki saptandı, KA-IMK ve baNDH ile arasında ilişki saptanmadı (p>0.05).

Sonuç: Çalışmamızda PD hastalarında sağlıklı bireylere göre artmış ateroskleroz ve AS gelişimi gözlemlendi. PD hastalarında FGF-23 ile ateroskleroz ve AS gelişimi arasında ilişki gözlenmedi. FGF-23 ile RRF varlığı ve ateroskleroz risk faktörleri olan total K ve LDL-K arasında ters ilişki gözlemlendi. PD hastalarında ateroskleroz ve AS gelişimi FGF-23'ten bağımsız diğer risk faktörlerine bağlı gelişmektedir.

Anahtar Kelimeler: Periton diyalizi, Fibroblast büyüme faktörü-23, Ateroskleroz, Arteriyel sertlik

Tablo 1: Hasta ve sağlıklı kontrol grubunun demografik ve klinik özellikleri ve laboratuvar değerleri

	Hastalar (n=55)	Sağlıklı kontrol grubu (n=45)
Yaş (yıl)	53.1±11.4	47.7±10.3
Erkek/Kadın	34(%61.8)/21(%38.2)	21(%46.7)/24(%53.3)
VKİ (kg/m ²)	28.1±4.9	26.7±4.2
SKB (mmHg)/DKB (mmHg)	129.3±25.1/80.5±16.9	118.1±11.6/78.3±9.9
Diabetes mellitus	13(%23.6)	
Hipertansiyon	26(%47.3)	
ACEinh/ARB	4(%7.3)/7(%12.7)	
Ca-kanal blokör	23(%41.8)	
Beta-blokör	24(%43.6)	
Alfa-blokör	11(%20)	
Diüretikler	22(%40)	
Ca-asetat / Ca-fosfat	30(%54.5)	
Sevelamer	11(%20)	
Sinekalset	3(%5.5)	
Kalsitriol	34(%61.8)	
SAPD	43(%78.2)	
APD	12(%21.8)	
rGFH (mL/dk/1.73 m ²)	5.9±5.7	
Rezidüel diürez (mL/gün)	942.9±1552.4	
Renal Kt/Vüre	0.84±0.82	
Renal CCr (mL/dk/1.73 m ²)	56.98±52.53	
KA-IMK (mm)	0.7±0.2	0.66±0.7
baNDH (m/sn)	7.8±1.7	
CasXPs (mg/dL)	39.1±14.1	31.6±4.7
25(OH)VitD (ng/mL)	12.4±6	21.1±10.9
1.25(OH)2VitD3 (ng/mL)	28.5±18.4	40.1±17
Total-K (mg/dL)	199.6±53.9	195±41.7
Trigliserit (mg/dL)	251.9±262.9	147±96.9
LDL-K (mg/dL)	114.4±34.1	119.4±33.5
HDL-K (mg/dL)	39.3±10.8	48.8±13.9
Log10 FGF-23 (pg/mL)	2.16±0.39	2.08±0.3
s-KL (ng/mL)	13.9±3.1	18.2±3.6

Tablo 2: Hasta özelliklerinin, sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması

	PD (n=55)	Sağlıklı kontrol grubu (n=45)	p
KA-IMK (mm)	0.7(0.5-1.2)	0.5(0.5-5)	<0.001
baNDH (m/sec)	8(4.7-10.8)	6.5(4.8-9)	<0.001
CasXPs (mg/dL)	43.2±12.5	31.6±4.7	<0.001
25(OH)VitD (ng/mL)	12.2(4-26.7)	18.1(6.9-58.9)	<0.001
1.25(OH)2VitD3 (ng/mL)	13.1(2.1-56.5)	25.2(4.2-66.2)	<0.027
Total-K (mg/dL)	192(115-476)	188(117-285)	<0.003
Trigliserit (mg/dL)	191(15-1848)	109(38-453)	0.779
LDL-K (mg/dL)	114(57-193)	90(52-194)	<0.006
HDL-K (mg/dL)	39(24-72)	46(28-92)	0.460
Log10 FGF-23 (pg/mL)	2.16±0.39	2.08±0.29	<0.001
s-KL (ng/mL)	13.9±3.1	18.2±3.6	<0.001

Tablo 3: Çok değişkenli analizde FGF-23 ile ilişkili faktörler

	Beta	SE	p
rGFH (mL/dk/1.73 m ²)	-1.348	0.003	0.032
Rezidüel diürez (mL/gün)	-0.645	0.012	0.048
Renal Kt/Vüre	0.551	0.199	0.199
Renal CCr (mL/dk/1.73 m ²)	-1.032	0.004	0.045
KA-IMK (mm)	-0.078	0.429	0.663
baNDH (m/sn)	-0.098	0.080	0.776
Total-K (mg/dL)	-1.667	0.005	0.027
Trigliserit (mg/dL)	0.869	0.001	0.086
LDL-K (mg/dL)	-1.260	0.005	0.007
HDL-K (mg/dL)	-0.621	0.011	0.086

PS-008

PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA FİBROBLAST BÜYÜME FAKTÖRÜ 23 VE REZİDÜEL RENAL FONKSİYON, PERİTON GEÇİRGENLİK HIZI**Melihat Çoban**

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji

Giriş: Periton diyalizi (PD) hastalarında rezidüel renal fonksiyon (RRF) varlığının iyi volüm kontrolü, iyi solüt klirensi ve dolayısıyla azalmış mortalite ile ilişkisi bilinmektedir. PD hastalarında proteinlere bağlı FGF-23'ün periton membranından filtre olamamasına bağlı olarak yüksek serum FGF-23 düzeylerinin görüldüğünü bildirdi. PD hastalarında artan serum FGF-23 düzeyleri ile artmış kardiyovasküler mortalite arasında ilişki olduğu bilinmesine rağmen, altta yatan mekanizma ve etki eden faktörler halen tartışmalıdır. Aynı zamanda PD hastalarında serum FGF-23 düzeyleriyle RRF ve periton geçirgenlik hızı (PGH) arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonuçları halen tartışmalıdır. Bu nedenle çalışmamızın amacı PD hastalarında artmış mortalite ile ilişkili olan FGF-23 ile RRF ve PGH arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntemler: Bu kesitsel çalışmaya ortalama yaşı 53.7±10.8 olan 34(%61.8) erkek ve ortalama yaşı 52.2±12.4 olan 21(%38.2) kadın PD hastası alındı. Hastalar yaş ve cinsiyet benzer 45 sağlıklı bireyle karşılaştırıldı. Periton eşitleme testi (PET) ile PGH grupları belirlendi ve hastalar yüksek (Y-PGH) ve düşük (D-PGH) olmak üzere ikiye ayrıldı. RRF varlığı rezidüel glomerüler filtrasyon hızı (rGFH), rezidüel idrar çıkımı ve renal kreatinin klirens (CCr) ile belirlendi. Serum FGF-23 ve soluble klotho (s-KL) düzeyleri enzyme-linked immunosorbent assay ile belirlendi. Değişkenlerin dağılımı nedeniyle FGF-23 istatistiksel hesaplamaları log10 ile belirlendi.

Bulgular: Ortalama PD süresi 44.1±31.2 aydı. Hastaların 30(%54.5)'u Ca asetat/ Ca fosfat, 11(%20)'i sevelamer, 34(%61.8)'ü kalsitriol, 3(%5.5)'i sinekalset kullanıyordu. PET bulgularına göre 28(%50.9) hasta Y-PGH ve 27(%49.1) hasta D-PGH grubundaydı. Ortalama rGFH, renal CCr sırasıyla 5.9±5.7 mL/dk/1.73m², 56.98±52.53 mL/dk/1.73m² idi. Ortalama log10FGF-23, s-KL sırasıyla 2.16±0.39 pg/mL, 13.9±3.1 ng/mL idi. Hastalarda sağlıklı bireylere göre log10FGF-23 (p<0.001) anlamlı yüksekti. Log10FGF-23>2.16 pg/mL olanlarda log10FGF-23≤2.16 pg/mL olanlara göre rGFH (p=0.007), rezidüel diürez (p=0.006), renal CCr (p=0.001) düşük, Y-PGH (p=0.002) yüksekti. Log10FGF-23 ile PGH (p=0.350, r= 0.009) arasında pozitif ilişki gözlemlendi. Log10FGF-23 ile rGFH (r=-0.211, p=0.003), rezidüel diürez (r=-0.019, p=0.002), renal CCr (r=-0.27, p=0.006) negatif ilişki gözlemlendi.

Sonuç: Çalışmamızda PD hastalarında sağlıklı bireylere göre yüksek serum FGF-23 düzeyleri gözlemlendi. Yüksek serum FGF-23 düzeyleri ile RRF kaybı ve H-PGH arasında ilişki gözlemlendi. PD hastalarında RRF varlığının azalmış mortalite ile ilişkisi diğer faktörler dışında düşük serum FGF-23 düzeyleri ile de ilişkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: Periton diyalizi, fibroblast büyüme faktörü-23, rezidüel renal fonksiyon, periton geçirgenlik hızı

Tablo 1: Hasta ve sağlıklı kontrol grubunun demografik ve klinik özellikleri, laboratuvar değerleri

	Hasta (55)	Sağlıklı kontrol grubu (45)
Yaş (yıl) Erkek/Kadın	53.7±10.8/52.2±12.4	47.3±6.2/44.3±8
Erkek/Kadın	34(%61.8)/21(%38.2)	21(%46.7)/24(%53.3)
SKB (mmHg)/DKB (mmHg)	129.3±25.1/80.5±16.9	118.1±11.6/78.3±9.9
Diyaliz süresi (ay)	44.1±31.2	
Diabetes mellitus	13(%23.6)	
Hipertansiyon	26(%47.3)	
ACEinh/ARB	4(%7.3)/7(%12.7)	
Ca kanal blokör	23(%41.8)	
α blokör	11(%20)	
β blokör	24(%43.6)	
Diüretikler	22(%40)	
Ca asetat/Ca fosfat	30(%54.5)	
Sevelamer	11(%20)	
Kalsitriol	34(%61.8)	
Sinekaset	3(%5.5)	
SAPD	43(%78.2)	
APD	12(%21.8)	
Y-YO-PGH	28(%50.9)	
D-DO-PGH	27(%49.1)	
rGFH (mL/dk/1.73 m ²)	5.9±5.7	
Rezidüel diürez (mL/gün)	942.9±1552.4	
Renal Kt/Vüre	0.84±0.82	
Renal Ccr (mL/dk/1.73m ²)	56.98±52.53	
Ca (mg/dL)	9.5±0.9	9.4±0.4
P (mg/dL)	4.6±1.3	4.1±5.2
PTH (pg/mL)	380.2±297.2	50.6±25.3
25(OH)VitD (ng/mL)	12.4±6	21.1±10.9
1.25(OH)2VitD3 (ng/mL)	28.5±18.4	40.1±17
Log10FGF-23 (pg/mL)	2.16±0.39	2.08±0.3
s-KL (ng/mL)	13.9±3.1	18.2±3.6

Tablo 2: Hasta özelliklerinin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması

	Hasta (55)	Sağlıklı kontrol grubu (45)	p
Ca (mg/dL)	9.46±0.8	9.26±0.4	0.004
P (mg/dL)	4.4(2-8.4)	3.3(2.5-38)	<0.001
25(OH)VitD (ng/mL)	12.2(4-26.7)	18.1(6.9-58.9)	<0.001
1.25(OH)2VitD3 (ng/mL)	13.1(2.1-56.5)	25.2(4.2-66.2)	0.027
Log10FGF-23 (pg/mL)	2.16±0.39	2.08±0.29	<0.001
s-KL (ng/mL)	13.9±3.1	18.2±3.6	<0.001

Tablo 3: Hasta özelliklerinin ortalama log10 FGF-23 düzeylerine göre karşılaştırılması

	Log10 FGF-23 ≤2.16 (27)	Log10 FGF-23 >2.16 (28)	p
SAPD	22(%81.5)	21(%75)	0.561
APD	5(%18.5)	7(%25)	
Y-YO-PGH	8(%29.6)	20(%71.4)	0.002
D-DO-PGH	19(%70.4)	8(%28.6)	
rGFH (mL/dk/1.73m ²)	6.76(0.6-20.4)	2.25(0.2-18.2)	0.007
Rezidüel diürez (mL/gün)	1000(20-2000)	500(50-10000)	0.006
Renal Kt/Vüre	1.11(0.15-2.92)	0.32(0.02-1.87)	0.004
Renal Ccr (mL/dk/1.73m ²)	70.89(6.4-173.93)	19.3(0.04-139.7)	0.001

PS-009

ETIOLOGY OF HYDRONEPHROSIS IN NEONATES

Parsa Yousefichaijan, Fatemeh Safi, Masoud Rezagholizamnany, Ali Arjmand, Fatemeh Dorreh, Manijeh Kahbazi, Yazdan Ghandi, Fakhreddin Shariatmadari, Nooshin Sajjadi
Arak University Of Medical Sciences, Amirkabir Hospital, Department Of Pediatric Nephrology, Arak, Iran

Introduction: fetal hydronephrosis as one of the most common abnormalities that has occurred in fetals, affecting 0.17 to 2.3% of pregnancies, is found in the prenatal ultrasound examination. It occurs as kidney swelling due to failure of normal drainage of the urine from the kidney to the bladder. This condition commonly affects only 1 kidney, however, it may involve both kidneys. Hydronephrosis is not a primary condition and results from other underlying diseases that result from a blockage or obstruction in the urinary tract. Acute unilateral obstructive uropathy is one of the most common causes of hydronephrosis, other causes include a torsion of ureteropelvic junction, tumors in or near the ureter, and narrowing of the ureter from congenital defect or injury. Clinical manifestations are based on the duration of obstruction; mild symptoms include frequently urinating and increase in urge to urinate. Other potential symptoms include abdominal or flank sharp pain, nausea, vomiting, incomplete voiding, urinating, pain, and fever. This has been diagnosed by an ultrasonography, and since treatment focuses on getting rid of blocking flow of urine based on the obstruction reasons, it represents a transient condition that resolves maturation of tubular function, increasing ability of reabsorption, and maturation of ureteropelvic junction in the kidney. Based on this content, hydronephrosis has a high prevalence in children and its etiology varies in different studies. Therefore, the aim of this was an etiology evaluation in neonates with hydronephrosis.

Methods: We have evaluated 314 neonates with fetal hydronephrosis (by ultrasonography) as a study group. Cases were followed by voiding cystourethrogram 3 weeks after the start time. In addition, we took a Diethylenetriaminepentaacetic Acid scan at the end of 1st month of childbirth. At the end, we evaluated data based on the statistical analysis. Based on these examinations, etiology of hydronephrosis were examined and recorded.

Results: In total, 314 children with hydronephrosis were included (175 males (55.7%) and 139 females (44.3%)), familial history was seen in 6 children (1.8%), the average gestational age in 250 children (79.6) was term and preterm. Since 132 children (42%) are idiopathic and do not have a clear etiology in our examination, most common etiology of hydronephrosis in this study was VUR, which was seen in 100 children (31.8%). The lowest prevalence was ureterocele. The mean birth weight was 3430±44.2 (g). In regards to disease severity, 19 children have severe hydronephrosis, in regards to the amniotic volume, 26 children were polyhydramnios and 22 children were oligohydramnios, and 253 children were normal in the DTPA scan. In the hydronephrosis severity section, severe and moderate severity in VUR etiology, and mild severity in idiopathic etiology, was most common, which was a statistically significant difference in the 2 groups. In addition, gender and gestational age in different groups of hydronephrosis etiology were significantly different.

Conclusions: VUR is the most common etiology of hydronephrosis in neonates. Therefore, we can control and reduce hydronephrosis by checking VUR as the most common possible etiology. In addition, deference of prevalence in the male and female gender showed that female sex hormones have a protective effect on prevalence and prognosis of hydronephrosis.

Anahtar Kelimeler: Hydronephrosis, Neonates, Fetal, Etiology, VUR, UPJO

PS-010

DISTRIBUTION OF ABNORMAL LABORATORY TEST(ELECTROLYTES) IN PATIENTS WITH DEHYDRATION DUE TO GASTROENTERITIS

Parsa Yousefichaijan, Fatemeh Dorreh, Yazdan Ghandi, Fakhreddin Shariatmadari, Manijeh Kahbazi, Aziz Eghbali, Ali Arjmand Shabestari, Javad Nazari, Nooshin Sajjadi, Hassan Taherahmadi, Mojtaba Hashemi

Arak University Of Medical Sciences, Amirkabir Hospital, Department Of Pediatric Nephrology, Arak, Iran

Intouduction: Gastroenteritis is caused by varying pathogens such as bacteria, viruses and parasites; its presentation is different depending on the organism and host's defense mechanism, and it may present with fever or one of the following symptoms: Watery diarrhea, dysentery, chronic diarrhea, vomiting, abdominal cramps and extraintestinal symptoms. It is controversial to perform Initial laboratory tests such as complete blood count, electrolytes, BUN and Cr and analysis of urine and stool on hospitalized patients .Gastroenteritis is one of the major causes of morbidity and mortality among children, and it accounts for 18% of childhood death. Conducting laboratory tests is challenging for these patients, and the validity of the laboratory studies in treatment and prognosis is in question.

Methods: In this cross-sectional prospective and descriptive study, those children with moderate to severe dehydration, who referred to Amir Kabir hospital due to gastroenteritis, were enrolled. Initially, history and physical examination were done accurately and then routine laboratory tests, including complete blood red cell count, glucose, sodium level, potassium level, blood urea nitrogen, creatinine, urine culture and stool examination were conducted. All children with moderate to severe dehydration due to gastroenteritis were included. However, those patients who were discharged from the hospital with outpatient therapy, including ORS, or antibiotics or those whose laboratory tests were taken in laboratories other than that of Amir Kabir hospital, were excluded. Complete red cell count was conducted by cell-count M59, measuring glucose level, using Pars Azma sugar kits and spectrophotometry. Sodium and potassium levels were checked, using flame photometry, and blood urea nitrogen was measured, using Pars Azma kits. Furthermore, urine and stool samples evaluation was carried out manually by a determined individual under specific conditions.

Results: Of the 610 patients with moderate to severe dehydration due to diarrhea and vomiting, 261 (42.78%) were female, and 472 (77%) were younger than two years of age. Only two patients had severe dehydration and others had moderate dehydration. The lowest temperature was 36.5 degrees, and the highest was 40 degrees; 268 patients (43.9%) had a temperature higher than 37.5 degree, while 342 patients (56.1%) had a normal temperature.

Conclusion: Serum BUN/cr and serum uric acid were significantly associated with increasing fluid deficit. White blood cell test is recommended for children with febrile diarrhea. Positive stool results on the mentioned factors highlight the importance of conducting the S/E as a diagnostic tool for the diagnosis of the mechanism of diarrhea. According to studies on active U/A and its relationship to diarrhea, it is recommended to perform urinalysis and urine culture for girls under two years of age with fever, who are suffering from diarrhea. The results of our study suggest that Hb should be studied in all patients to treat patients with anemia. As anemia makes a person susceptible to infectious diseases, it is recommended to solve this problem. Additionally, based on the results obtained in our study, there is no need to perform any other routine tests for those patients with diarrhea and moderate dehydration, and decision should be made based on the clinical condition of the patients and their doctors'opinion.

Anahtar Kelimeler: Gastroenteritis, dehydration, pediatric, laboratory test

PS-011

HEMODİYALİZ HASTASINDA KLARİTROMİSİN TEDAVİSİ İLE İLİŞKİLİ HOİGNE SENDROMU

Feyza Nur Sarışık, İsmail Ülgen, Orçun Altunören, Ertuğrul Erken, Özkan Güngör
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Klaritromisin. genellikle alt ve üst solunum yolu enfeksiyonlarının tedavisinde kullanılan makrolid bir antibiyotiktir. Sık görülen yan etkileri; diyare, bulantı, kusma, dispepsi ve ağızda tat bozukluğudur. Nadir görülen diğer bir yan etki ise hastada endişe, baş dönmesi, uykusuzluk, kötü rüyalar, konfüzyon, halüsinasyonlar ve psikoz durumudur. Bu nöro-psikiyatrik bulgular Hoigne sendromu olarak adlandırılmaktadır. Burada, pnömoni nedeniyle hastaneye yatırılıp yapılan hemodiyaliz hastasında, klaritromisin ile ilişkilendirdiğimiz Hoigne sendromunu, çok nadir görülmesi sebebi ile sunmaktayız.

Olgu Sunumu: Diyabete bağlı kronik böbrek hastalığı tanısı ile takip edilen, 3 yıl periton diyalizi sonrasında 8 aydır hemodiyaliz tedavisi alan 52 yaşındaki erkek hasta; ateş, öksürük ve genel durum düşüklüğü nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde ateş: 38,3C°, tonsiller ve farinks doğal, bilateral akciğer bazallerinde raller mevcuttu. Hastanın mevcut laboratuvar tetkiklerinde; WBC:8970/mm³, hemoglobin:10,8 gr/dl, platelet:173000/mm³, CRP:134 mg/l (N:0-5), prokalsitonin:4,3ng/ml (N:0-0.1), BUN:39mg/dl, kreatinin:4,3 mg/dl, sodyum: 140 meq/l, potasyum:3,7 mEq/l AST:35 UI/L, ALT:35 UI/L olarak ölçüldü. Akciğer grafisinde sağ akciğer bazalinde infiltrasyon alanları görülen hastada pnömoni düşünüldü. Hastaya öncelikle 2x1 gram seftriakson intravenöz olarak başlandı. 48. saatte ateş yükseliği devam edince tedavisi 3x2.25 gram Piperasilin-tazobactam olarak değiştirildi. Ertesi gün tedavisine 2x500 miligram intravenöz klaritromisin eklendi. Klaritromisin dozunun verilmesinden 4 saat sonra hastada bilinç değişikliği, görsel-işitsel halüsinasyonlar, baş dönmesi ve panik hali gelişti. Kan basıncı ve kan şekeri normal olarak ölçüldü. Kan elektrolit düzeyleri normaldi. Hasta ani gelişen bu patoloji nedeniyle Nöroloji bölümü tarafından konsülte edildi beyin tomografisi ve difüzyon MR görüntülemesi istendi. Beyin tomografisi ve difüzyon MR'da akut patoloji gözlenmedi. Hastanın yakınmaları birkaç saat sonra azaldı. Ertesi gün klaritromisin dozunun verilmesinden sonra şikayetler yeniden başladı. Mevcut nörolojik bulgular klaritromisin tedavisi başladıktan sonra geliştiğinden durumu değerlendirmek için Naranjo'nun ilaç yan etki olasılığı skalası kullanıldı. Hastamızın skorunun 8 olması nedeniyle kuvvetle muhtemel ilaç reaksiyonu olarak yorumlandı. Klaritromisin tedavisi kesilince hastanın yakınmaları dramatik bir şekilde geriledi. Pnömonisi düzelen hasta önerilerle taburcu edildi.

Sonuç: Klaritromisin tedavisi verilen böbrek yetmezlikli hastalarda psikiyatrik semptomlar gelişmesi halinde Hoigne sendromu akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, klaritromisin, hoigne sendromu

PS-012

CORRELATION OF PARENTS'EMOTIONAL INTELLIGENCE WITH ENURESIS IN CHILDREN

Parsa Yousefichaijan, Mohsen Ghasemi , Masoud Rezagholizamenjany , Ali Khosrobeigi, Fatemeh Dorreh, Sahar Alizadeh, Manijeh Kahbazi, Yazdan Ghandi, Fakhreddin Shariatmadari, Aziz Eghbali

Arak University Of Medical Sciences, Amirkabir Houspital, Department Of Pediatric Nephrology, Arak, Iran

Introuduction: Nocturnal enuresis (NE) is defined as involuntary urination at night in children above 5 years. This common problem has an overall high prevalence in different age groups of children, ranging from 1.6% to 15%. The prevalence of NE is estimated at 15% in 5-year-old children, 7% in 8-year-old children, and 1% in 15-year-old children. Moreover, it can be classified into nonmonosymptomatic and monosymptomatic. The aim of the present study was to evaluate primary NE, which is either monosymptomatic or nonmonosymptomatic.

Methods: We recruited a total of 200 children, within the age range of 5 - 16 years. The sample size was selected, based on other similar studies. In total, 100 children with NE were allocated to the case group, and 100 healthy children were included in the control group. Children in each group were selected via randomization. The participants were asked to select between 1 (case group) and 2 (control group); the groups were equal in terms of demographic information. After selecting the participants, history of mental and physical status was thoroughly examined in children. In addition, demographic information, including age, gender, number of children in family, occupation, educational level of parents, and family's economic status, was collected by the researcher from the families. Also, the global emotional quotient inventory was completed by the parents. The responses were scored on a 5-Likert scale (strongly agree, agree, neutral, disagree, and strongly disagree). The EQ-i consists of 5 scales, 15 subscales, and 90 questions. This questionnaire has been replicated in 3 steps in Iran, and the number of questions was reduced from 117 to 90. The reliability of this questionnaire has been examined using parallel or peer methods; its reliability was reported at 93% based on Cronbach's alpha. The subscales include emotional self-awareness, problem-solving, happiness, independence, stress tolerance, self-actualization, emotional awareness, realism, interpersonal relationship, optimism, self-respect, continence, flexibility, responsibility, and sympathy. Infants with NE diagnosis, based on the diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR) criteria, were included in the study.

Results: Based on the results, we find a correlation between NE in children and emotional intelligence of parents. The groups were homogenous in terms of demographic information. Age, child's gender, father's education, mother's education, father's occupational status, mother's occupational status, economic status, and living area were not significantly different between the groups. All indicators of emotional intelligence were significantly different between the case and control groups. The subscales included problem-solving, happiness, independence, stress tolerance, self-actualization, emotional awareness, realism, interpersonal relationship, optimism, self-respect, continence, flexibility, responsibility, sympathy, and self-expression, all of which were significantly different between the groups.

Conclusion: The results showed a correlation between emotional intelligence of parents and NE of children. NE was more frequent in children of parents with higher emotional intelligence, compared to parents with lower emotional intelligence. Therefore, we can reduce the duration of NE by improving the emotional intelligence of parents.

Anahtar Kelimeler: Emotional intelligence; enuresis; children; parents

PS-013

HEMODİYALİZ HASTALARINDA FİBROBLAST BÜYÜME FAKTÖRÜ 23 İLE KARDİYOYASKÜLER OLAYLARIN İLİŞKİSİ

Melihat Çoban¹, Hamit Yaşar Ellidağ²

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastane Nefroloji

²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastane Biyokimya

Giriş: Fibroblast büyüme faktörü (FGF-23) osteosit ve osteoblastlardan sentezlenen, serum fosfat (P) ve vitamin D metabolizmasında düzenleyici rolü olan bir hormondur. Hemodiyaliz (HD) hastalarında serum FGF-23 düzeyleri artar. HD hastalarında lipid anormallikleri ve kemik mineral dengesindeki bozukluklar ateroskleroz gelişimi için risk faktörleridir. HD hastalarında serum P düzeylerinden bağımsız yüksek serum FGF-23 düzeyleri ile artmış mortalite arasındaki ilişki bilinmesine rağmen alta yatan nedenler halen araştırılmaktadır. Bu nedenle çalışmamızın amacı HD hastalarında serum FGF-23 ile kardiyovasküler (KV) komplikasyonlar olan ateroskleroz ve arteriyel sertlik (AS) gelişimi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntemler: Bu kesitsel çalışmaya ortalama yaşı 48.8±15.7 olan 28(%56) erkek ve 22(%44) kadın toplam 50 HD hastası alındı. Hastalar yaş ve cinsiyet benzer 45 sağlıklı bireyle karşılaştırıldı. Ateroskleroz varlığı karotis arter intima-media kalınlığı (KA-IMK) ve AS varlığı augmentasyon indeksi ve brakial ayak bileği nabız dalga hızı (baNDH) ile belirlendi. Değişkenlerin dağılımı dağılımı nedeniyle FGF-23 değerinin istatistiksel hesaplaması log10 ile belirlendi.

Bulgular: 16(%32) hasta hipertansifti. Ortalama diyaliz süresi 74.3±59.9 aydı. Ortalama Kt/Vüre (K=üre klirensi, t=zaman, V=üre dağılım hacmi) 1.63±0.2 ve ortalama üre azalma hızı (URR) %77.7±6.42 idi. Ortalama kalsiyum (Ca), fosfat (P), paratiroid hormon (PTH) sırasıyla 9±0.9 mg/dL, 4.4±1.5 mg/dL, 458.6±517 pg/mL idi. Ortalama 25hidroksi(OH)2Vitamin(Vit)D, 1.25(OH)2VitD3 sırasıyla 15.5±9.9 pg/mL, 40.1±17 ng/mL idi. Ortalama log10 FGF-23, s-KL sırasıyla 2.4±0.4 pg/mL, 13.9±3.06 ng/mL idi. Ortalama KA-IMK, baNDH sırasıyla 0.7±0.2 mm, 7.3±2 m/sn idi. Hastalarda sağlıklı bireylere göre Ca(p=0.005), P(p=0.001), log10FGF-23(p<0.001), KA-IMK (p<0.001), baNDH (p=0.029) yüksek, 25(OH)2VitD (p=0.002), 1.25(OH)2VitD3 (p<0.001), s-KL (p<0.001) düşüktü. Log10 FGF-23 >2.4 pg/mL olanlarda, log10 FGF-23 ≤2.4 pg/mL olanlara göre KA-IMK (p=0.094), baNDH (p=0.627) açısından farklılık saptanmadı. Çok değişkenli analizde log10 FGF-23 ile total-K (p=0.018), trigliserit (p=0.030), LDL-K (p=0.021) arasında ters ilişki saptandı. Log10 FGF-23 ile KA-IMK ve baNDH arasında ilişki saptanmadı (p>0.05).

Sonuç: Çalışmamızda HD hastalarında sağlıklı bireylere göre yüksek serum FGF-23 düzeyleri gözlemlendi. FGF-23 ile ateroskleroz ve AS gelişimi arasında ilişki gözlemlendi. FGF-23 ile total K, trigliserit ve LDL-K arasında ters ilişki gözlemlendi. HD hastalarında FGF-23 ile artmış mortalite arasındaki ilişkinin nedeni ateroskleroz ve AS gelişimi dışındaki diğer KV olaylara bağlıdır.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, fibroblast büyüme faktörü-23, ateroskleroz, arteriyel sertlik

Tablo 1: HD hastaları ve sağlıklı kontrol grubunun demografik ve klinik özellikleri ile laboratuvar değerleri

	HD (50)	Sağlıklı kontrol grubu (45)
Yaş (yıl)	48.8±15.7	45.7±7.3
Erkek/Kadın	28(%56)/22(%44)	21(%46.7)/24(%53.3)
Diyaliz süresi (Ay)	74.3±59.9	
SKB (mmHg)/DKB (mmHg)	125.7±32.4/79.4±24.5	118.1±11.6/78.3±9.9
Diabetes mellitus	7(%14)	
Hipertansiyon	16(%32)	
ACE inh/ARB	7(%14)/1(%2)	
Ca kanal blokör	11(%22)	
Beta blokör	11(%22)	
Alfa blokör	2(%4)	
Ca asetat/Ca fosfat	31(%68.9)	
Sevelamer	4(%8.9)	
Sinekalsit	2(%4.4)	
Kalsitriol/Parakalsitol	13(%28.9)/17(%37.8)	
Kt/Vüre	1.63±0.2	
URR (%)	77.7±6.42	
Total-K (mg/dL)	167.7±49.3	195±41.7
Trigliserit (mg/dL)	175.1±122.1	147±96.9
HDL-K (mg/dL)	39.7±9.2	48.8±13.9
LDL-K (mg/dL)	99.3±36.6	119.4±33.5
Ca (mg/dL)	9±0.9	9.4±0.4
P (mg/dL)	4.4±1.5	4.1±5.2
PTH (pg/mL)	458.6±517	65±23
25(OH)VitD (ng/mL)	15.5±9.9	21.1±10.9
1.25(OH)2VitD3 (ng/mL)	40.1±17	20±15.5
Log10 FGF-23 (pg/mL)	2.4±0.4	2.08±0.3
s-KL (ng/mL)	13.9±3.06	19.4±4.8
KA-IMK (mm)	0.7±0.2	0.7±0.7
BaNDH (m/sn)	7.3±2	6.6±0.9

Tablo 2: Hastaların, sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması

	Hasta (50)	Sağlıklı kontrol grubu (45)	p-değeri
Ca (mg/dL)	9.4±0.4	9±0.9	0.005
P (mg/dL)	4.2(1.7-7.2)	3.3(2.5-38)	0.001
25(OH)VitD (ng/mL)	12.8(4-44.8)	18.1(6.9-58.9)	0.002
1.25(OH)2VitD3 (ng/mL)	13.1(2.1-56.5)	37.5(7.8-81.1)	<0.001
Log10FGF-23 (pg/mL)	2.4±0.38	2.08±0.29	<0.001
s-KL (ng/mL)	13.9±3.1	19.4±4.8	<0.001
KA-IMK (mm)	0.7(0.5-1.8)	0.5(0.5-5)	<0.001
BaNDH (m/sn)	7.3±2	6.6±0.9	0.029

Tablo 3: Çok değişkenli analizde log10 FGF-23 ile ilişkili faktörler

	β	S.H	p-değeri
Diyaliz süresi (Ay)	0.095	0.001	0.542
Kt/Vüre	-0.933	0.293	0.135
Total-K (mg/dL)	0.933	0.003	0.018
Trigliserit (mg/dL)	-0.017	0.001	0.030
HDL-K (mg/dL)	0.104	0.008	0.580
LDL-K (mg/dL)	-0.779	0.003	0.021
KA-IMK (mm)	-0.040	0.282	0.801
BaNDH (m/sn)	0.022	0.044	0.926

PS-014

OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALARINDA ANJİOGENİK BÜYÜME FAKTÖRLERİ İLE SOL VENTRİKÜL HİPERTROFİSİ İLİŞKİSİ

Melahat Çoban¹, Emre Asiltürk²¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji

Giriş: Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı (ODPBH) hastalarında kardiyovasküler (KV) komplikasyonlar mortalitenin en sık nedenidir. ODPBH hastalarında anjiyogenise sekonder serum anijogenik büyüme faktör düzeylerinin arttığı düşünülmektedir. Çalışmamızın amacı; prediyaliz ODPBH hastalarında Anjiopietin(Ang)-1, Ang-2, vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF) ile SV kütle indeksi (SVKİ) ve SV hipertrofisi (SVH) ilişkisini araştırmaktır.

Yöntemler: Kesitsel çalışmaya ortalama yaşı 53±15 olan 50 (21(%42) erkek) ODPBH hastası alındı. Hastalar yaş ve cinsiyet benzer 45 (21(%46.7) erkek) sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldı. Ekokardiyografi ile SVEF, sol atrium çapı (SAÇ), SV end-diastolik çap (SVEDÇ), SV end-sistolik çap (SVESÇ), interventriküler septum kalınlığı (İVSK), posterior duvar kalınlığı (PDK), rölatif duvar kalınlığı (RDK) hesaplandı. Serum Angiopietin (Ang)-1, Ang-2 and vasküler endotel büyüme faktörü (VEGF) düzeyleri enzyime-linked immunosorbent assay ile hesaplandı. Değişkenlerin dağılık dağılımları nedeniyle istatistiksel hesaplamalar log10 ile yapıldı.

Bulgular: 38(%76) hasta hipertansifti. 23(%46) hasta evre 1-2, 22(%44) hasta evre 3-4, 5(%10) hasta prediyaliz evre 5 idi. Ortalama SVEF, SAÇ, SVEDÇ, SVESÇ sırasıyla %63±3, 36±6 mm, 44±5 mm, 29±5 mm idi. Ortalama RDK, SVKİ sırasıyla 0.51±0.12, 103±25 g/m² idi. SVKİ; 2(%9.5) erkek hastada ≥134 g/m², 4(%13.8) kadın hastada ≥110 g/m² idi. Ortalama tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFH) 57±31 ml/dk/1.73 m² idi. Total-kolesterol (K), yüksek dansiteli lipoprotein (HDL)-K, düşük dansiteli lipoprotein (LDL)-K, trigliserid sırasıyla 190±40 mg/dL, 54±19 mg/dL, 111±36 mg/dL, 141±57mg/dL idi. Ortalama log10 Ang-1, log10 Ang-2, log10 Ang-1/Ang-2 ve log10 VEGF sırasıyla 3.43±0.11pg/mL, 3.29±0.12 pg/mL, 0.13±0.09 ve 2.33±0.2 pg/mL

idi. ODPBH hastalarında, sağlıklı kontrol grubuna göre SVKİ (p<0.001), SVH (p=0.003) yüksekti. ODPBH hastalarında, sağlıklı kontrol grubuna göre eGFH (p<0.001), SVEF (p=0.002) düşüktü. Her iki grup arasında log10 Ang-1 (p=0.116), log10 Ang-1/Ang-2 (p=0.439) açısından farklılık saptanmadı. Log10 Ang-2 düzeyi sağlıklı kontrol grubundan, erken evre hastalarda ileri evre hastalara göre yüksekti (p=0.015). Log10 VEGF sağlıklı kontrol grubundan ve ileri evre hastalarda erken evredekilere göre yüksekti (p=0.015). Log10 VEGF ile SVKİ (p=0.021), SVH (p=0.046) arasında ilişki saptandı. Log10 Ang-1, log10 Ang-2, log10 Ang-1/Ang-2 ile SVKİ arasında ilişki saptanmadı. Log10 VEGF, SVH gelişen hastalarda SVH gelişmeyen hastalara göre anlamlı yüksekti (p=0.027). Çok değişkenli analizde, SVH ile log10 VEGF arasında anlamlı bağımsız ilişki saptandı (p=0.046).

Sonuç: Çalışmamızda ODPBH hastalarında böbrek yetmezliği ilerledikçe, erken evre hastalar ve sağlıklı bireylere göre serum Ang-2 düzeylerinde azalma ile birlikte serum VEGF düzeylerinde artış görüldü. Bununla birlikte, böbrek yetmezliği ilerledikçe SVKİ ve SVH gelişiminde artış görüldü. Anjiyogenik büyüme faktörü olan VEG ile artmış SVKİ ve SVH gelişimi arasında anlamlı ilişki saptandı. ODPBH hastalarında böbreklerde gelişen çok sayıdaki kistlerin damarlara basısına bağlı hipoksiye sekonder gelişen anjiyogenesinin etkisine bağlı VEGF sentezinde artış gelişiyor olabilir. İleri evre ODPBH hastalarında yüksek serum VEGF düzeyleri olumsuz kardiyovasküler olaylarla ilişkidir.

Anahtar Kelimeler: Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı, anjiopietin, vasküler endotelial büyüme faktörü, sol ventrikül hipertrofisi

Tablo 1: Hastaların klinik, demografik özellikleri, laboratuvar değerleri ve ekokardiyografi bulguları

	Hasta (50)
Yaş (yıl)	53±15
Erkek/Kadın	21(%42)/29(%58)
Hipertansiyon	38(%76)
SKB (mmHg)/DKB (mmHg)	131±19/86±11
ACE inh/ARB	8(%16)/16(%32)
Ca kanal blokör	17(%34)
Alfa-blokör	3(%6)
Beta-blokör	11(%22)
Diüretikler	2(%4)
Diğerleri	3(%6)
Evre 1-2 KBH	23(%46)
Evre 3-4 KBH	22(%44)
Prediyaliz evre 5 KBH	5(%10)
eGFH (ml/dk/1.73 m ²)	57±31
Total-K (mg/dL)	190±40
HDL-K (mg/dL)	54±19
LDL-K (mg/dL)	111±36
Trigliserit (mg/dL)	141±57
Log10 Ang-1 (pg/mL)	3.43±0.11
Log10 Ang-2 (pg/mL)	3.29±0.12
Log10 Ang-1/Ang-2	0.13±0.09
Log10 VEGF (pg/mL)	2.33±0.2
SVH	6(12%)
SVKİ (g/m ²)	103±25
SVEF(%)	63±3
SAÇ(mm)	36±6
SVEDÇ(mm)	44±5
SVESÇ (mm)	29±5

Tablo 2: Farklı KBH evrelerinin bulgularının, sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması

	Evre 1-2 KBH (23)	Evre 3-4 KBH (22)	Evre 5 KBH (5)	Sağlıklı kontrol grubu (45)	p
eGFH (mL/dk/1.73 m ²)	86(61-122)	34(16-58)	24(18-30)	91(71-110)	<0.001
Log10 Ang-1 (pg/mL)	3.44(3.18-3.63)	3.43(3.24-3.69)	3.34(3.24-3.44)	3.4±0.12	0.016
Log10 Ang-2 (pg/mL)	3.29(2.9-3.53)	3.27(3.1-3.54)	3.26(3.14-3.37)	3.25±0.1	0.015
Log10 Ang-1/ Ang-2	0.11(0.01-0.31)	0.16(0.1-0.26)	0.07(0.05-0.18)	0.15±0.11	0.439
Log10 VEGF	2.31(2.05-2.71)	2.38(1.98-2.72)	2.43(1.98-2.49)	2.26±0.2	0.015
SVKI (g/m ²)	99(61-155)	105(74-171)	103(83-171)	79(0-120)	<0.001
SVH	2(%8.7)	2(%8.7)	1(%20)	0(%0)	0.003

Table 3: Sol ventrikül hipertrofisi ile serum anijenik büyüme faktörlerinin ilişkisi

	LVH yok (44)	LVH var (6)	p
Log10 Ang-1 (pg/mL)	3.42(3.18-3.69)	3.45(3.38-3.65)	0.244
Log10 Ang-2 (pg/mL)	3.28(2.9-3.54)	3.37(3.24-3.49)	0.161
Log10 Ang-1/Ang-2	0.12(0.1-0.31)	0.1(0.07-0.25)	0.788
Log10VEGF (pg/mL)	2.13(1.98-2.52)	2.36(2.01-2.72)	0.027

PS-015

DIMERCAPTOSUCCINIC ACID SCAN AS AN ALTERNATIVE DIAGNOSTIC APPROACH IN VESICoureTERIC REFLUX DISEASE

Parsa Yousefichaijan, Masoud Rezagholizamenjany, Fatemeh Safi , Ali Arjmand, Hassan Taheremadadi , Seyede Behnaz Shirnejad , Ali Khosrobeigi, Fatemeh Dorreh, Manijeh Kahbazi, Aziz Eghbali, Yazdan Ghandi, Fakhreddin Shariatmadari, Mojtaba Hashemi, Nooshin Sajjadi

Arak University Of Medical Sciences, Amirkabir Hospital, Department Of Pediatric Nephrology, arak, Iran

Introduction: Vesicourethral reflux is defined as retrograde passage of urine from the bladder into kidney and upper urinary tract. This condition can increase transporting bacteria from the bladder to the kidney and then predisposes patients to acute pyelonephritis. Pyelonephritis is an acute and morbid event requires acute care in children and is a possible indication for hospitalization in infants. Also, loss of renal parenchyma can occur by urinary tract infection. International classification of reflux study classified it I to V intensity grades of reflux nephropathy based on voiding cystourethrography. In the diagnosis of this condition, VCUG is a method of choice. However, this is an invasive procedure that has irradiation risks on patients and their parents. For VUR diagnosis, it is very important to choose a procedure that is safe, noninvasive, and accepted by the patient and the parents. For urinary tract system evaluation, technetium 99 m-labeled DMSA scan are used for abnormalities urological system and renal parenchymal scars .

Methods: It was a hospital-based study that was conducted in the pediatric clinic of Amir-Kabir hospital. Study populations were all male and female children lower than 6 years of age by indication for VCUG (first UTI) and pediatrician confirmation of VUR in six months in 2016. With these criteria, others in following, samples (101 patients) were randomly chosen and enrolled in the study for study group. A VCUG and then DMSA renal scan were done for all patients. VUR has detected by VCUG and approved by pediatric nephrologists and were divided into I and VI, according to the VCUG test and

based on the international reflux study classification. Medical, demographic, and epidemiological information was taken from the patients by questionnaire. In order to evaluate renal parenchymal, we carry out the DMSA scan for children. The scan was done 3 - 4 hours after injection of technetium-99m and renal parenchymal is evaluated based on the technetium uptake. Each child that was under the age of 6, by diagnosis of VUR, were recruited based on the Nelson book and medical supervision of pediatrics nephrologists. The children should not have any mental and physical illness. Parents and children who did not cooperate in entering to study, presence of any chronic kidney disease or other urinary tract problems, and chronic use of any drug were considered as the exclusion criteria.

Results: In total, 101 patients were examined, 88 cases were male and 13 cases were female. In addition, children under the age of 6 and other characteristics of children with VUR have been presented as No. (%). The mean of VUR in the renal scaring and pyelonephritis in the DMSA scan were significantly different between the two groups. In addition, the age and gender of children have no significant difference in the two groups .Our results showed that DMSA scan in pyelonephritis and renal scar is a diagnostic approach, and according to DMSA scan, high graded VUR can be predicted.

Conclusion: Our funding showed that DMSA scan, as an alternative dignostic approach, can be used in the diagnosis of high graded VUR, renal scar, and pyelonephrit, however, not in low garded VUR. Since VCUG is golden standard in VUR, DMSA scan is better in a high grade of VUR due to the fact that VCUG is invasive, which causes anxiety in patients and their parents. In addition, DMSA has lower complications and is better for children.

Anahtar Kelimeler: Vesicoureteral reflux, diagnosis, dimercaptosuccinic acid scan, UTI, reflux nephropathy

PS-016

HEMODİYALİZİN EL KAVRAMA GÜCÜNE ETKİSİ

Kadir Gökhan Atılcan

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği

Giriş: El kavrama gücü testi (EKG), hemodiyaliz (HD) hastalarında kas kitlesi ve fonksiyonu için belirleyici bir test olarak kullanılabilmektedir. Bu çalışmada kronik böbrek yetmezliği hastalarında HD'nin EKG'ne etkisini incelemeyi hedefledik.

Yöntemler: Çalışmaya en az 3 aydır, haftada 3 gün 4 saat HD alan 78 hasta dahil edildi. 18 yaşından küçük, fiziksel ve bilişsel engeli olan, katılımlı kabul etmeyen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Katılımcıların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilmektedir. Hemodiyaliz öncesinde ve sonrasında EKG için el dinamometresi (Jamar) ile ölçülen aradık üç ölçümün ortalamaları alındı. Diyaliz öncesi ve sonrası EKG değerleri ile yaş, cinsiyet, boy, üre, diyaliz süresi, Kt/V, interdialitik kilo alımı (İDKA), ortalama kan basıncı (OKB) değerleri arasındaki korelasyon incelendi. Ayrıca HD öncesi ve sonrası EKG değerleri değişimi ile ultrafiltrasyon, İDKA, üre, hemoglobin, kilo değişimi, OKB değişimi, diyaliz süresi arasındaki ilişki incelendi (Tablo 2).

Bulgular: El kavrama gücü testi sonuçları ortalamaları, HD öncesi 29.6±10.8 kg iken, HD sonrası 28.5±12.1 kg ölçüldü (p<0.01). Hemodiyaliz öncesi ve sonrası EKG değerleri erkeklerde kadınlardan, erişkinlerde yaşlılardan, ve diyabetik olmayanlardan olanlardan anlamlı daha yüksekti (p<0.01 hepsi için). Diyaliz öncesi EKG ile yaş, HD süresi, Kt/V arasında negatif korelasyon; İDKA, boy, üre ve HD öncesi ortalama KB ile pozitif korelasyon gözlemlendi (p<0.05 hepsi için). Multipl lineer regresyon analizi yaş, cinsiyet ve diyabet için ayarlandığında boy, üre, HD süresi HD öncesi EKG değerleri ile bağımsız ilişkili çıkmaktadır.

Sonuç: Hemodiyaliz hastalarında kas gücü değerlendirilmesinde EKG basit ve güvenilir bir testtir. EKG değişiminin HD süresince birçok faktörden etkilenebileceği düşünülmesine rağmen, çalışmamızda sadece OKB değişikliği ile pozitif ilişkilidir (Tablo-2).

Anahtar Kelimeler: El dinamometresi, el kavrama gücü, hemodiyaliz, kronik böbrek yetmezliği

Tablo 1: Katılımcıların demografik ve klinik özellikleri

Erkek (n) (%)	45 (%57.7)
Yaş (yıl)	59.3 (39 - 67)
VKİ (kg/m ²)	26.75±3.6
Diyabet (n) (%)	23 (%28.80)
HD süresi (ay)	43 (20.75 - 77.55)
Hemoglobin (g/dl)	10.77±1.65
Üre (mg/dl)	162.37±33.40
Giriş ağırlığı (kg)	67.39±13.82
Çıkış ağırlığı (kg)	65.72±11.68
Giriş ortalama KB (mmHg)	103.51±10.60
Çıkış ortalama KB (mmHg)	73.82±10.43
Diyaliz arası kilo alımı (kg)	2.18±1.05
Ultrafiltrasyon (L)	2.14±1.83
Kt/V	1.36 (1.25 - 1.66)

Tablo 2: El kavrama gücü testi varyasyonu ile korelasyon analizi sonuçları

	<i>r</i>	<i>p</i>
Ultrafiltrasyon (L)	-0.031	0.803
İnterdiyalitik kilo alımı (kg)	-0.017	0.766
Üre (mg/dl)	-0.055	0.653
Hemoglobin (g/dl)	-0.051	0.671
Kilo değişimi (kg)	-0.077	0.703
Ortalama KB değişimi (mmHg)	0.143	0.019*
Hemodiyaliz süresi (ay)	-0.074	0.280

PS-017**NEPHROTIC SYNDROME OUTCOME IN CHILDREN: AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY**

Parsa Yousefichaijan, Masoud Masoud Rezagholizamenjany, Fatemeh Rafiei, Ali Arjmand, Sima Tayebi, Manijeh Kabazi, Yazdan Ghandi, Fakhreddin Shariatmadari, Aziz Eghbali, Mojtaba Hashemi, Nooshin Sajjadi, Javad Nazari
Arak University Of Medical Sciences, Amirkabir Hospital, Department Of Pediatric Nephrology, Arak, Iran

Introducción: Nephrotic syndrome (NS) as glioblastoma multiforme (GBM), in medicine and urology has a set of clinical manifestations due to increased glomerular membrane permeability, which occur due to high protein excretion. Since non-nephrotic kidney has a low urinary protein excretion (Up/Cr < 0.2 or < 4 mg/m²/hour), excretion increases and reaches more than 2.0 U PR/Cr or 40 mg/m²/hour, which leads to some clinical manifestations including edema hypoproteinemia, and lipoproteins. In children and young adults, this is almost invariably the continuum clinical counterpart of glomerular diseases in minimal change disease and mesangial proliferative GN. This syndrome, based on outcome, is divided into transient, persistent, asymptomatic, symptomatic, orthostatic, and fixed in types. Syndrome treatment, independent of the underlying renal pathology, is by continuously taking prednisone for four weeks, as the basic approach of treatment, which in approximately 90% of children with MCD and 20% - 60% of those with focal segmental glomerulosclerosis achieves remission. However, after steroid tapering or withdrawal, 60% - 70% of patients relapsed and most of them required repeated prednisone courses to achieve remission. Based on the relapse rate, the patients were classified as frequently relapsing or steroid-dependent; that is patients in most urgent, effective, and safer treatment .

Methods: It was as a case series study conducted in pediatric clinic of Amirkabir hospital. Authors completely observed ethical issues (double publication, including plagiarism, and data fabrication. The patients were selected by representative sampling from children < 15 years old with nephritic syndrome diagnosis. The study data were obtained from patient-physician interviews. The current study considered 100 children with NS diagnosis. To determine the drug responses, each child was given prednisolone (60 mg/m²/day with maximum dose of 60mg /day) for four weeks; based on their responses to corticosteroids in one month, children were divided into four groups as steroid responded, steroid resistant, frequent relapse, and steroid dependent.

Results: In some of the variables such as gender (P = 0.004), gestational age (P = 0.001), diabetic nephropathy (P = 0.007), prerenal azotemia (P = 0.001), allergies (P = 0.001), microscopic hematuria (P = 0.001), delivery type (P = 0.001), passive smoking (P = 0.001), child's body mass index (BMI) (P = 0.001), and neonatal jaundice (P = 0.001) a statistically significant difference was observed among the groups (P = 0.007). Also, about epidemiological and clinical information of children families, a statistically significant difference was observed among the groups in some factors including economic status (P = 0.001), mother's BMI (P = 0.011), mother's pregnancy age (P = 0.04), preeclampsia (P = 0.04), gestational hypertension (P = 0.001), consanguineous marriage (P = 0.001), and passive smoking of mothers (P = 0.001). The results showed a better status of the steroid responded group compared with the other groups.

Conclusion: Steroid resistant, frequent relapsing, and steroid dependent outcomes of NS in children increased with particular distribution related to epidemiologic factors including gender, gestational age, diabetic nephropathy, prerenal azotemia, allergies, etc. Based on this epidemiological status, modification can influence and increase NS outcomes.

Anahtar Kelimeler: Nephrotic Syndrome, epidemiology, children

PS-018**PERİTON DİYALİZİNDE MORTAL SEYREDEN NADİR BİR PERİTONİT ETKENİ: ESBL(+) E.COLİ**

Fezay Nur Sarışık, Fatma Betül Güzel, Orçun Altunören, Ertuğrul Erken, Özkan Güngör
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Periton diyalizi (PD), renal replasman tedavisinde başarılı bir yöntem olmasına rağmen ülkemizde uygulama sıklığı giderek düşmektedir. Peritonit, bu tedavinin önemli bir komplikasyonudur. Peritonit etyolojisinde sıklıkla gram pozitif mikroorganizmalar rol oynamaktadır. Genişletilmiş spektrumlu β laktamaz üreten E. coli (ESBL-EC) peritonitlerde çok nadir görülen ancak, mortalite ve morbiditeyle yakından ilişkili bir patojendir. Burada nadir görülen, ancak hızlı ve mortal seyreden bir peritonit olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu: 68 yaşındaki kadın hastanın 11 yıldır diyabetik nefropatiye sekonder kronik böbrek yetmezliği olup, 7 yıldır sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisi yapmaktaydı. Periferik arter hastalığı nedeniyle ileri tetkik yapılmak üzere Kalp ve Damar Cerrahisi servisine yatırılan hasta genel durum bozukluğu nedeniyle tarafımıza danışıldı. Hastanın 3 gündür karın ağrısının olduğu ve periton sıvısının renginin bulanıklaştığı öğrenildi. Fizik muayenesinde; genel durumu orta, bilinci uykuya meyilli, kan basıncı 90/60 mm Hg idi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre:10670/μL Hgb:11 g/dl, CRP: 634 mg/L (0-5), prokalsitonin ise 64,9 ng/ml (0-0.1) olarak ölçüldü. Periton sıvısı hücre sayımında 5400 lökosit (4700 nötrofil) vardı. Peritonit saptanan, septik tablodaki hasta nefroloji yoğun bakım ünitesine alındı. Antibiyoterapi öncesi periton sıvısından kültür gönderildi. Ampirik olarak intraperitoneal 1 gram vankomisin ve 1 gram seftazidim yapıldı. Hipotansiyonu da olan hastaya pozitif inotrop desteği başlandı. Takiplerinde hipotansiyonu derinleşen genel durumu gittikçe bozulan hastanın inotrop desteği maksimum doza çıkıldı. Hastaya intrevenöz olarak da 1x500 mg dozunda meropenem yapıldı. Ertesi gün ani kardiyak arrest gelişen hasta entübe edilerek kardiyopulmoner resüsitasyon yapıldı, ancak hasta ex oldu. Hastanın periton kültürü sonucu takip edildi ve 48.saat sonunda kültüründe ESBL(+) E.coli üremesi olduğu öğrenildi.

Sonuç: ESBL üreten mikroorganizmalar, periton diyalizinde nadiren izole edilirler, ancak, son yıllarda bildirilen olgu sunumu sayısında artış gözlenmiştir. Peritonit tedavisinde başlanan ampirik tedaviler bu tür organizmalara karşı etkin değildir. Ne yazık ki bu hastalar bazen kültür sonucu çıkana kadar ex olmaktadır. Özellikle hastanede yatan ve peritonit tablosu hızlı ilerleyen hastalarda bu etken akıldan tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Periton diyalizi, peritonit, ESBL (+) E.Coli

PS-019

HYPERTENSIVE EFFECTS OF ANTIHISTAMINE (DIPHENHYDRAMINE) IN CHILDREN WITH THE COMMON COLD

Parsa Yousefichaijan, Ali Khosrobeigi, Elham Madandar, Shima Zargar, Melika Hajirahimi, Yazdan Ghandi, Fatemeh Dorreh, Aziz Eghbali, Manijeh Kabhazi

Arak University Of Medical Sciences, Amirkabir Hospital, Department Of Pediatric Nephrology, Arak, Iran

Introduction: The common cold is one of the most common diseases worldwide. On average, adults experience the disease 2-5 times and children 7-10 times annually. Respiratory viruses, especially rhinoviruses are the leading cause of the common cold that live in nasal secretions and are easily transmitted via sneezing and coughing. Signs and symptoms of the condition include fever, cough, runny nose, nasal congestion, sore throat, headache and myalgia. The common cold is a self-limiting illness, however, influences patient activity and self-efficacy, hence, demanding therapy for symptomatic control. Antihistamines, especially diphenhydramine, are commonly used drugs in most patients with the common cold and contribute to the reduction of symptoms, especially nasal congestion. Previous studies have reported that first-generation antihistamines may lead to some side effects including impaired nervous system and drowsiness. Previous studies also indicate that histamine dilates peripheral vasculature reducing blood pressure, therefore, antihistamines may increase blood pressure. Diphenhydramine may also increase blood pressure via anticholinergic effects. On the other hand, hypertension is responsible for various complication including cardiovascular disease and premature death .

Methods: This study was conducted on 110 children aged 2-18 suffering from common cold who visited the outpatient clinic of Amirkabir hospital, Arak. Patients were enrolled based on the inclusion criteria and after giving consent. Inclusion Criteria: Children aged 2 to 18 suffering from the common cold. Exclusion Criteria: Underlying chronic renal diseases, chronic heart diseases, consumption of blood pressure increasing drugs and parents who refused to give informed consent. Children's blood pressure was measured prior to diphenhydramine administration which was then administered with the dose of 1-5 mg/kg. Blood pressure was remeasured after 24-72 hours. Children's age, gender and height was documented for the evaluation of blood pressure. Digital Blood Pressure Monitor Citizen (CH-456B) was applied for the measurement of blood pressure. A blood pressure cuff two-thirds the width of a child's arm and at least 80% of its circumference was used for measurement. The percentile of blood pressure was then determined according to children's age, gender and height. Percentiles less than 90 represent normal blood pressure, 90th to 95th percentiles indicate prehypertension, percentile between 95th to 99th plus 5mmHg are classified as grade 1 hypertension, and blood pressures above the 99th percentile plus 5mmHg indicate grade 2 hypertension .

Results: It was observed that from 110 children 56 children were male and 54 children were female. Furthermore, the mean age was 7.13 (SD=2.57). Evaluation of systolic blood pressure in children demonstrated an increase in 14 children, a decrease in 6 children and no change in 90 children (p-value=0.069), moreover, diastolic blood pressure showed an increase in 23, a decrease in 16 and no change in 68 children (p-value=0.387) .

Conclusion: It is evident that this study has shown a slight increase in systolic and diastolic blood pressure in some children after diphenhydramine consumption. It must be noted that the insignificant increase in blood pressure does not prohibit diphenhydramine use in children, however, caution should be taken in those already suffering from hypertension.

Anahtar Kelimeler: Blood pressure, common cold, diphenhydramine, antihistamine

PS-020

DİYALİZ ARTERİOVENÖZ FİSTÜL YETMEZLİKLERİNDE VE TAŞIYICI VEN OKLÜZYONLARINDA ENDOVASKÜLER TEDAVİNİN YERİ

Bekir Turgut

S.B.Ü. Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Radyoloji

Amaç: Arteriovenöz fistül yetersizlikleri günümüzde önemli bir problemidir. Fistül taşıyıcı ven segmentlerinde sıklıkla intimal hiperplaziye veya trombüse bağlı gelişen darlıklar yetersiz diyalize yol açabilir. Birçok hasta bu aşamada tedavi edilmediğinde fistül kaybıyla karşılaşmaktadır. Bu problemlerin çözümünde endovasküler tedaviler her geçen gün daha fazla kullanılmaktadır. KDOQI klavuzunda bu problemlere perkütan translüminal anjioplasti ilk basamak tedavi olarak önerilmektedir. Çalışmamızda bu hastaların tedavisinde uyguladığımız endovasküler prosedürler ve sonuçları incelenmektedir.

Gereç ve Yöntemler: 2016 Ocak-2018 Mayıs tarihleri arasında AV fistül yetmezliği nedeniyle Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Radyoloji kliniğimizde endovasküler olarak tedavi edilen 31 hasta çalışmaya dahil edildi. Yeterli basınçta diyaliz olunamaması, thrillde zayıflama veya yerini nabıza bırakması, kolda şişlik nedenleriyle kliniğimize yönlendirilen olguları arteriovenöz fistül yetersizliği olan hasta olarak tanımladık. Ve bu hastalara endovasküler tedavi uygulandı. 1.-3.-12. ay kontrolleri ve gerekli durumlarda ek endovasküler tedavi uygulaması yapıldı. Hastalarımızın endovasküler tedavi ve takibi esnasında eşzamanlı veri ve görüntü kayıtları tutuldu. Tutmuş olduğumuz kayıtlar ve görüntüler incelenerek çalışma düzenlendi.

Bulgular: Bu süreçte 31 hastaya 48 seans endovasküler tedavi uygulandı. 19 hastada radio-sefalik fistül, 11 hastada brakio-sefalik fistül, 1 hastada brakio-brakial greft fistülü vardı. Taşıyıcı fistül venleri stenoz ve oklüzyon sayıları sefalik ven:13, subklavian ven:1, brakiosefalik ven:9, brakial+aksiler ven:3, brakiosefalik+subklavian ven:3, tüm taşıyıcı ven oklüzyonu:2 idi. Tedavilerimizde 2 hastaya endovasküler stent uygulandı, 3 hastaya perkütan translüminal anjioplasti+tromboaspirasyon uygulandı. Diğer seanslarda(43) sadece perkütan translüminal anjioplasti tedavisi uygulandı. İşlem sonrası teknik başarı %93.5'dir. Hastaların takip süreleri sonunda bir yıllık primer patensi (ek bir işleme gerek görmeden çalışan fistül) oranı %54,8, bir yıllık sekonder patensi (ek seans tedavi veya tedaviler sonucu çalışır durumda olan fistül) oranı %87 olarak tespit edildi.

Sonuç: AV fistül yetmezliklerinde endovasküler tedavi teknik başarı oranı yüksektir. Kabul edilebilir patensiyle ve güvenle ilk basamak tedavi olarak uygulanabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: diyaliz fistül, endovasküler tedavi, anjioplasti

PS-021

KADAVRADAN BÖBREK NAKLİ SIRASINDA GELİŞEN HİPERAKUT REJEKSİYON

Feyza Nur Sarışık, Gülsüm Akkuş, Ali İşler, Ertuğrul Erken, Orçun Altunören, Ramazan Güneşçakar, İlhami Taner Kale, Özkan Güngör

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş: Böbrek transplantasyonu son dönem böbrek yetmezliğinin en seçkin tedavi yöntemidir. Fakat immünsupresif tedavilerdeki gelişmelere rağmen, nakil sonrasında gelişen akut-kronik rejeksiyonlar organ sağkalımını olumsuz etkilemeye devam etmektedir. Hiperakut rejeksiyon günümüzde çok nadir rastlanan ancak organ kaybının önemli bir nedenidir. Biz burada kadavradan renal transplantasyon yapılan, cross-match testi negatif olan ve hiperakut rejeksiyon gelişen olguyu sunuyoruz.

Olgu: 58 yaşında kadın hasta, hipertansiyona sekonder kronik böbrek yetmezliği nedeniyle 4 yıldır haftada 3 gün rutin hemodiyaliz tedavisi almaktaydı. Canlı böbrek verici adayı olmayan hasta kadavradan böbrek nakli için organ bekleme listesine kayıt yaptırmıştı. Kadavradan böbrek bağıışı olması ve Sağlık

Bakanlığı'ndan gelen listede en uygun aday olması nedeniyle hastaya böbrek nakli planlandı. Operasyon öncesi ayrıntılı olarak değerlendirilen hastanın böbrek nakli olmasına engel bir durum yoktu. Son 6 ay içerisinde bakılan panel reaktif antikor (PRA) testi Class 1 ve 2 için negatifti. CDC yöntemiyle çalışılan T ve B lenfosit cross match sonuçları negatif çıktı. 2/6 HLA uyum oranı görülen, hazırlıkları tamamlanan hasta genel cerrahi tarafından operasyona alındı. Operasyonun hemen öncesinde hastaya intravenöz 500 mg prednizolon verildi. İntraoperatif olarak da 1.5 mg/kg antitimosit globulin verilmesi planlandı. Operasyon esnasında anastomozu tamamlanan böbreğin kanlanmasına bakıldı. Böbrek önce pembe renk aldı, ardından morardı. Bu sırada renal arterde pulsasyonun zayıf olduğu görüldü. Bunun üzerine renal artere papaverin enjeksiyonu yapıldı. Pulsasyon arttı ancak böbreğin rengi düzelmedi. Lümenin açık olduğu ve anastomoz trombozunun olmadığından emin olundu. Renal arter pulsasyonu iyi olmasına rağmen böbrek tonusu ve rengi düzelmedi. Bunun üzerine hiperakut rejeksiyon olduğuna karar verilerek greft nefrektomi yapıldı. Nefrektomi materyali patolojiye gönderildi. Patoloji sonucunda; glomerüllerde intrakapiller fibrin birikimi, endotelial nötrofil infiltratları, glomerüllerde konjesyon, kollaps bulguları, peritübüler arteriollerde arterit bulguları (C4d(+)), intertübüler hemoraji odakları görüldü. Hasta hemodiyaliz tedavisine devam etti.

Sonuç: Hiperakut rejeksiyon; alıcıda bulunan, vericinin HLA antijenlerine karşı gelişmiş sitotoksik antikorların neden olduğu humoral immün yanıttır. Greft damarlarında hızlı trombotik oklüzyon ile karakterize renal arter anastomozu takiben dakikalar içerisinde başlar. Cross-match tetkiklerinin gelişmesi sayesinde günümüzde görülme oranı oldukça azdır. CDC cross-match testi pratik ancak duyarlılığı diğer testlere göre daha düşüktür. PRA testi ve CDC cross-match testi negatif olgularda da hiperakut rejeksiyon gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, hiperakut rejeksiyon, cross-match

PS-022

OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALARINDA ÜROTENSİN 2 İLE SOL VENTRİKÜL HİPERTROFİSİ İLİŞKİSİ

Melihat Çoban¹, Emre Asiltürk²

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji

²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji

Giriş: Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı (ODPBH) hastalarında kardiyovasküler (KV) olaylar artmış mortalite ve morbidite ile ilişkilidir. Ürotensin 2 (UT 2) böbrek damar endoteli ve düz kas hücrelerinden sentezlenir. UT 2 periferik damar, kalp ve böbrekteki reseptörlerine bağlanarak periferik vasküler yatakta vazokonstriktör, pulmoner ve abdominal arterlerde vazodilatör etki gösterir. UT 2 reseptörlerinin böbrek dışında kardiyak myositlerde de bulunduğu düşünülmektedir. Kronik böbrek hastalığı (KBH) hastalarında sekresyonundaki artış veya yıkılımdaki azalmaya bağlı serum UT 2 düzeyleri artar. UT 2 ile KV olaylar arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmaların sonuçları halen tartışmalıdır. ODPBH hastalarında UT 2 ile KV komplikasyonları inceleyen çalışmaya rastlanmadığından çalışmamızın amacı sol ventrikül (SV) sistolik fonksiyonu korunmuş prediyaliz ODPBH hastalarında UT 2 ile SV hipertrofisi (SVH) arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Yöntemler: Bu kesitsel çalışmaya ortalama yaşı 50±14.4 olan 55 ODPBH hastası alındı. Hastalar yaş ve cinsiyet benzer 45 sağlıklı bireyle karşılaştırıldı. Ekokardiyografi ile SV ejeksiyon fraksiyonu (SVEF), sol atrium çapı (SAÇ), SV end-diastolik çap (LVEDÇ), SV end-sistolik çap (SVESÇ) belirlendi. Serum UT 2 düzeyi enzyme-linked immunosorbent assay (ELİSA) ile belirlendi. Değişkenlerin dağılımı dağılımı nedeniyle UT 2 düzeyi log10 ile gösterildi.

Bulgular: 39(%70.9) hasta hipertansifti. Hastaların 30(%54.5)'u evre 1-2, 18(%32.7)'i evre 3-4 ve 7(%12.8)'i prediyaliz evre 5 KBH idi. Ortalama kreatinin 1.59±0.97 mg/dL idi. Ortalama log10 UT 2 0.92±0.16 pg/mL idi. Ortalama SVEF %63.33±2.89, SAÇ 35.15±5.45 mm, SVEDÇ 44.02±4.46 mm, SVESÇ 28.69±5.4 mm idi. Ortalama sol ventrikül kütle indeksi (SVKİ) 99±25.5 g/m² idi. 6(%10.9) hastada SVH saptandı. Hastalarda sağlıklı bireylere göre kreatinin (p<0.001), log10 UT 2 (p=0.009), SVKİ (p<0.001) ve SVH

(p=0.031) anlamlı yüksekti. Log10 UT 2 >0.84 pg/mL olanlarda, log10 UT 2 ≤0.84 pg/mL olanlara göre SVKİ ve SVH açısından anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05). Yaş ve cinsiyete göre düzeltilmiş çoklu regresyon analizinde log10 UT 2 ile kreatinin (p=0.044) arasında anlamlı ilişki gözlemlendi. Log10 UT 2 ile SVKİ ve SVH arasında ilişki gözlenmedi (p>0.05).

Sonuç: ODPBH hastalarında sağlıklı bireylere göre yüksek serum UT 2 düzeyi gözlemlendi. Böbrek fonksiyonları bozuldukça serum UT 2 düzeyleri arttı. ODPBH hastalarında serum UT 2 ile SVH gelişimi arasında ilişki gözlenmedi.

Anahtar Kelimeler: Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı, Ürotensin 2, Sol ventrikül kütle indeksi, Sol ventrikül hipertrofisi

Tablo 1: Hasta ve sağlıklı kontrol grubunun klinik, demografik özellikleri ve laboratuvar değerleri

	Hastalar (55)	Sağlıklı kontrol grubu (45)
Yaş (yıl)	50±14.4	49±7.2
Erkek/Kadın	22(%40)/33(%60)	22(%48.9)/23(%51.1)
Hipertansiyon	39(%70.9)	
SKB/DKB (mmHg)	126.91±13.67/84.76±10.39	119.13±11.85/78.56±9.91
ACE inh / ARB	11(%20)/13(%23.6)	
Ca kanal blokör	19(%34.5)	
Alfa blokör	2(%3.6)	
Beta blokör	11(%20)	
Diğerleri	1(%1.8)	
Evre 1-2 KBH	30(%54.5)	
Evre 3-4 KBH	18(%32.7)	
Prediyaliz evre 5 KBH	7(%12.8)	
Kreatinin (mg/dL)	1.59±0.97	0.83±0.1
Total K (mg/dL)	192.64±38.2	189.82±43.72
LDL-K (mg/dL)	113.89±34.77	48.24±14.23
Trigliserit (mg/dL)	135.18±54.74	139.76±95.45
HDL-K (mg/dL)	55.4±17.92	48.24±14.23
Log10 UT 2 (pg/mL)	0.92±0.16	0.84±0.14
SVEF (%)	63.33±2.89	64.22±1.83
SVKİ (g/m ²)	99±25.5	83±16.95
SVH	6(%10.9)	0(0)
Egzantrik hipertrofi	4(%7.3)	0(0)
Konsantrik hipertrofi	14(%25.5)	6(%13.3)
Konsantrik remodeling	28(%50.9)	27(%60)
Normal	9(%16.4)	12(%26.7)

Tablo 2: Hasta özelliklerinin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması

	Hastalar (55)	Sağlıklı kontrol grubu (45)	p
Kreatinin (mg/dL)	1.25(0.69-4.19)	0.8(0.66-1)	<0.001
Total K (mg/dL)	192.64±38.2	189.82±43.72	0.732
LDL-K (mg/dL)	113.89±34.77	116.22±34.8	0.740
Trigliserit (mg/dL)	124(59-293)	107(38-453)	0.274
HDL-K (mg/dL)	53(35-136)	45(29-92)	0.002
Log10 UT 2 (pg/mL)	0.92±0.16	0.84±0.14	0.009
SVKİ (g/m ²)	99(61-171)	80(54-120)	<0.001
SVH	6(10.9%)	0(0)	0.031

Tablo 3: Çok değişkenli analizde log10 UT 2 ile ilişkili faktörler

	Beta	S.H	p
Kreatinin (mg/dL)	0.310	0.022	0.044
Total K (mg/dL)	-0.601	0.001	0.068
LDL-K (mg/dL)	0.552	0.001	0.093
Trigliserit (mg/dL)	0.259	0.001	0.103
HDL-K (mg/dL)	0.420	0.002	0.063
SVKI (g/m ²)	-0.183	0.001	0.410
SVH	0.199	0.097	0.356

PS-023

OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIĞI HASTALARINDA ÜROTENSİN 2 İLE RENAL YAPI VE RENAL FONKSİYON İLİŞKİSİ

Melihat Çoban¹, Yıldız Kılar Sözel²

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji

²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji

Giriş: Ootosomal dominant polikistik böbrek hastalığı (ODPBH) bilateral böbreklerde çok sayıda kistlerin oluşumu nedeniyle kronik böbrek hastalığı (KBH) gelişimi ile karakterize bir hastalıktır. KBH hastalarında tübüler sekresyondaki artış veya yıkılımındaki azalmaya bağlı serum ürotensin 2 (ÜT 2) düzeyleri artar. Çalışmamızın amacı; farklı prediyaliz KBH evrelerindeki erişkin ODPBH hastalarında, serum ÜT 2 düzeyleri ile renal yapı ve renal fonksiyon arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntemler: Bu kesitsel çalışmaya ortalama yaşı 50±14.4 olan 55 (22(%40) erkek/33(%60) kadın) ODPKD hastası alındı. Hastalar yaş ve cinsiyet benzer 45 sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldı. Renal yapının belirlenmesinde hastalara çekilen üst batin kontrastsız magnetik rezonans görüntüleme ile toplam böbrek hacmi (TBH) ve toplam kist hacmi (TKH) değerleri belirlendi. TBH elipsoid yöntemine göre uzunluk×genişlik× kalınlık×π(pi sayısı) /6 formülü ile belirlendi ve her iki böbrek hacimlerinin toplamı ile toplam TBH hesaplandı. Kistlerin çok fazla sayıda olması ve hesaplanması zor olduğundan, her iki böbrekteki > 2.5 cm3 üzerindeki kist hacimlerinin toplamı ile toplam TKH hesaplandı. Sağlıklı kontrol grubunun TBH değerleri ultrasonografi ile küp hacminin hesaplanması ile 4/3×π×küre yarıçapı³ formülüne göre belirlendi. Renal fonksiyon serum kreatinin, tahmini glomeruler filtrasyon hızı (eGFH) ve spot idrar protein/kreatinin oranı (SPKO) ile belirlendi. Serum ÜT 2 düzeyi enzyme-linked immunosorbent assay ile belirlendi. Verilerin dağılık dağılımları nedeniyle istatistiksel hesaplamada log10 kullanıldı.

Bulgular: KBH evrelerine göre evre 1-2 (30(%54.5)), evre 3-4 (18(%32.7)) ve prediyaliz evre 5 (7(%12.8)) idi. Ortalama eGFH, kreatinin ve SPKO sırasıyla 61.51±34.23 mL/dk/1.73 m², 1.59±0.97 mg/dL, 326.29±392.9 mg/dL idi. Ortalama log10 ÜT 2 0.84±0.14 pg/mL idi. Ortalama log10 TBH, log10 TKH sırasıyla 3.15±0.35 mm³, log10 TKH 2.93±0.52 mm³ idi. Hastalarda sağlıklı bireylere göre kreatinin, SPKO, log10 TBH, log10 TKH, log10 ÜT 2 yükselirken, kreatinin azaldı. Log10 ÜT 2 >0.84 pg/mL olanlarda, ≤0.84 pg/mL olanlara göre kreatinin (p=0.025), SPKO (p=0.018) yüksek, eGFH (p=0.038) düşüktü. Her iki grup arasında log10 TBH, log10 TKH açısından farklılık saptanmadı (p>0.05). Çoklu lineer regresyon analizinde log10 ÜT 2 ile kreatinin (p=0.018), SPKO (p=0.026) arasında pozitif, eGFH (p=0.019) arasında ters ilişki gözlemlendi.

Sonuç: ODPBH hastalarında sağlıklı bireylere göre yüksek serum ÜT 2 düzeyleri gözlemlendi. İleri evre böbrek yetmezliği hastalarında erken evredekilere göre yüksek ÜT 2 düzeyleri gözlemlendi. ODPBH hastalarında ÜT 2 ile kreatinin ve proteinüri arasında ilişki gözlemlendi. ÜT 2 ile TBH ve TKH arasında ilişki gözlemlendi. ODPBH hastalarında yüksek serum ÜT 2 düzeyleri olumsuz renal sonuçlarla ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Ootosomal dominant polikistik böbrek hastalığı, Ürotensin 2, Tahmini glomeruler filtrasyon hızı, toplam böbrek hacmi, toplam kist hacmi

Tablo 1: Hasta ve sağlıklı kontrol grubunun demografik özellikleri, laboratuvar değerleri ve MRG bulguları

	Hastalar (55)	Sağlıklı kontrol grubu (45)
Yaş (yıl)	50±14.4	49±7.2
Erkek/Kadın	22(%40)/33(%60)	22(%48.9)/23(%51.1)
BMI (kg/m ²)	25.86±4.47	27.02±4.65
Evre 1-2 KBH	30(%54.5)	
Evre 3-4 KBH	18(%32.7)	
Prediyaliz evre 5 KBH	7(%12.8)	
eGFH (mL/dk/1.73 m ²)	61.51±34.23	
Kreatinin (mg/dL)	1.59±0.97	0.83±0.1
SPKO (mg/dL)	326.29±392.9	46.89±57.03
Log10 ÜT 2 (pg/mL)	0.84±0.14	0.92±0.16
Log10 TBH (mm ³)	3.15±0.35	2.61±0.13
Log10 TKH (mm ³)	2.93±0.52	

Tablo 2: Hasta özelliklerinin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması

	Evre 1-2 (30)	Evre 3-4 (18)	Prediyaliz evre 5 (7)	Sağlıklı kontrol grubu (45)	p
eGFH (mL/dk/1.73m ²)	92.5(61-122)	32.5(16-58)	21(16-30)	91(71-110)	<0.001
Kreatinin (mg/dL)	0.85(0.69-1.3)	2.06(1.25-4.19)	2.96(1.8-4.19)	0.8(0.66-1)	<0.001
SPKO (mg/dL)	115(4-1000)	335(3-1380)	650(50-1380)	7(3-230)	<0.001
Log10 UT 2 (ng/mL)	0.85(0.71-1.01)	0.87(0.65-1.2)	0.92(0.49-1.24)	0.78(0.38-1.09)	0.008
Log10 TBH (mm ³)	3.12(2.36-3.48)	3.28(2.65-3.95)	3.31(3.03-3.74)	2.62(2.32-2.84)	<0.001
Log10 TKH (mm ³)	2.97(0.9-3.45)	2.99(2.14-3.7)	3.11(2.7-3.52)		0.903

Tablo 3: Çok değişkenli analizde log10 ÜT 2 ile ilişkili faktörler

	Beta	S.H	p
eGFH (mL/dk/1.73 m ²)	-0.578	0.001	0.019
Kreatinin (mg/dL)	-0.353	0.038	0.010
SPKO (mg/dL)	0.348	0.001	0.026
Log10 TBH (mm ³)	-0.233	0.121	0.433
Log10 TKH (mm ³)	-0.016	0.076	0.954

PS-024

INVESTIGATION OF PREDISPOSING FACTORS OF PATIENT WITH VESICoureTERAL REFLUX (VUR)

Parsa Yousefichaijan, Sahand Abbaszadeh, Ali Khosrobeigi, Reza Gholizamenjani, Hassan Taherahmadi, Yazdan Ghandi, Manijeh Kahbazi, Aziz Eghbali, Nooshin Sajjadi, Fakhreddin Shariatmadari, Fatemeh Dorreh, Mojtaba Hashemi

Arak University Of Medical Sciences, Amirkabir Hospital, Department Of Pediatric Nephrology, Arak, Iran

Introduction: VUR is defined as the backward flow of urine from bladder to the ureter and kidneys. Through the bacteria climbing from the bladder to the kidney, VUR predisposes the kidney to the infection. Inflammatory responses to these infections create scars in kidney tissue. This scar which is caused by reflux is called nephropathy reflux. Nephropathy reflux causes multiple complications including hypertension, proteinuria, hyperkalemia, acidosis, and

CKD or progress towards renal failure which occur in some patients. Among these complications, hypertension and proteinuria are more prevalent that play a significant role in long term prognosis of the disease .

Methodes: The population under study included all the infants, children, and adolescents with UTI for whom a VUR diagnosis was stated and they were referred to Amirkabir hospital. The sampling method was random, and 417 patients were entered into the study as the experimental group and 100 healthy children entered into the study as the control group. In order to conduct this study, all the patients with UTI were placed under VCUG. In the case of observing vesicoureteral reflux and determining its grade, they would enter into the experimental group and examined. Using International Reflux Study Classification and according to VCUG report, Reflux severity was divided into five grades including: grade 1. Reflux to ureter without dilatation, grade 2. Reflux to the upper collective system without dilatation, grade 3. Reflux to ureter with dilatation or blunting of fornices, grade 4. Reflux to ureter with wide dilatation, grade 5. Wide reflux with dilatation and tortuosity .Also, after reflux diagnosis is approved, overnight use of antibiotic was prescribed for the patients and a DMSA scan was performed for the patients. In the first three months, urinalysis was performed monthly, and in the case of observing no UTI, it was performed every two months. Meanwhile, the case with operation indication, were referred to surgery, and the people who did not cooperate were removed from the study. In this regards, the patients entered into the study in full satisfaction and without compulsion, and the information obtained about the patients was quite private and it was tried to protect the individuals' personal information.

Results: In the results obtained from this study, it was observed that out of 417 patients who were under study, 388 patients (93 percent) were girl and 29 patients (7 percent) were boy. Most of the patients' age ranged from 20 to 30 months old who constituted 39.1 percent of the patients. As seen in this study, maternal age, economic situation, and birth weight of the patients with VUR were significantly different from the children in the control group. In the investigations, it was observed that the type of involvement was unilateral in 55.4 percent of the patients and bilateral in 44.6 percent of the patients. Also, right side reflux existed in 62.8 percent of the patients, and left side reflux existed in 76.7 percent of the patients .Also, it was observed that out of 417 referring patients, 45 people had a surgery indication in the preliminary review and were referred to surgery.

Conclusion: According to the results of the recent study, it is concluded that maternal age and birth weight of children are considered as the main risk factors of VUR. Therefore, for children born in preterm condition or with a low birth weight, we should be more careful in diagnosing VUR.

Anahtar Kelimeler: Vesicoureteral reflux, child, birth weight, maternal age

PS-025

ARTERİOVENÖZ FİSTÜL MÜ KALICI TÜNELLİ KATETER Mİ? HANGİSİNİ ÖNCELİKLE TERCİH EDELİM?

Engin Akgül

Evliya Celebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi

Arteriovenöz fistül mü kalıcı tünelli kateter mi? Hangisini öncelikle tercih edelim?

- NKF-K/DOQI klavuzuna göre AV fistül öncelikli tercih edilmeli
- Türkiye'de AVF oranı %84 (Türk Nefroloji Derneği verilerine göre) Japonya'da %91, Almanya'da %80, İngiltere'de %67
-

Arteriovenöz Fistül (AVF)

- Cerrahi işlem lokal anestezi altında yapılır
- En çok radial arter ile sefalik ven kullanılarak yapılır
- Otolog işlem olduğu için allerji riski yok, enfeksiyona direnç yüksek
- Anevrizmatik dilatasyon olmadığı sürece hastayı rahatsız edecek dış görünüm olmaz

Kalıcı Tünelli Kateter (KTK)

- Daha maliyetli
- Damara erişim zor olabilir
- Doppler USG gerekebilir
- İşlem sırasında mortalite riski mevcut
- Kateterin ucu dışarıda kaldığı için hayat kalitesini düşürür.
-

Hastalar Hangisini İster?

- Ameliyat olmak istemedikleri için
- Diyaliz sırasında iğne yapılmayacağı için
- Diyaliz sonrası girişim bölgesinde kanama olmayacağı için-- Kateter
-

KTK mı AVF mi?

- 420 hasta ile yapılan çalışmada (1)

AVF açıklık oranı:

İlk 12 ay %65.1

İlk 24 ay %52,4

İlk 36 ay %37,4

Kalıcı kateter açıklık oranı: 8,53±1,39 ay

İlk 12 ay %34.1

AVF

- 282 hasta ile yapılan çalışmada (2)

AVF açıklık oranı:

İlk 12 ay %68

İlk 24 ay %54

İlk 36 ay %44

429 hastayı kapsayan bir çalışmada (3)

İlk 12 ay açıklık oranı %74

Üç yıllık açıklık oranı %64

KTK

Randomize, kateter çalışmayınca düşük doz trombolitik verilerek tekrar çalışması sağlanan vakaların da dahil edildiği 302 hastayı içeren çalışmada (4)

- Bir yıllık açıklık %72
- İki yıllık açıklık %71

Aynı şekilde yeni nesil kateterler ile yapılan başka bir çalışmada (5)

- Bir yıllık açıklık oranı %78
- İki yıllık açıklık oranı %44
-

KTK mı AVF mi?

- Yeni nesil kateterlerin açıklık oranı iyi
- AVF hasta uyumu daha kolay, enfeksiyon riski çok daha düşük, yabancı madde reaksiyonu gelişmez

Kalıcı kateterde resirkülasyon ihtimali?

KVC gözüyle:

- Tekrarlayan kateter takılması işlemleri vasküler stenoza sebep olur
- Stenoz gelişen hastalara ek girişimler gerekir
- Tünelli kateterleri yerleştirirken mortalite ihtimali mevcut

Anahtar Kelimeler: arteriovenöz fistül, tünelli kateter, restenoz, mortalite

PS-026

IGA NEFROPATİLİ HASTALARDA MEZANGİYAL IGM BİRİKİMİNİN KLİNİK ÖNEMİ

Cihan Heybeli¹, Mehmet Ası Oktan¹, Serkan Yıldız¹, Hayri Üstün Arda¹, Mehtat Ünlü², Caner Çavdar¹, Aykut Sifil¹, Ali Çelik¹, Sülen Sarıoğlu², Taner Çamsarı¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

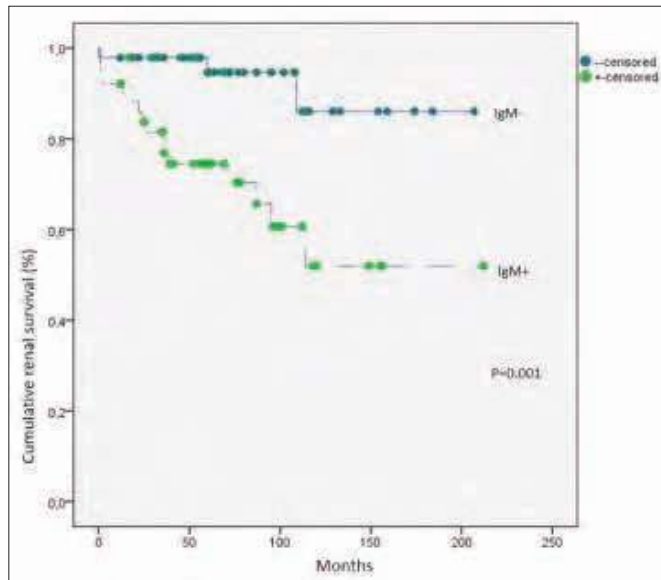
Giriş: IgA nefropatisi (IgAN) olan hastalarda glomerüler IgG birikiminin olumsuz renal sonuçlarla birlikteliği gösterilmiştir. Bu hastalarda mezangiyal IgM birikiminin klinik önemi belirsizdir.

Yöntemler: Fakültemizde 2001 ile 2017 arasında IgAN tanısı alan 100 hasta araştırmaya dahil edildi. Hastalar mezangiyal IgM birikiminin durumuna göre iki gruba ayrıldı. Gruplar tanı sırasında ve izlemdeki demografik, klinik ve patolojik değişkenler açısından karşılaştırıldı. Mezangiyal IgM pozitifliğinin renal sağkalıma etkisini değerlendirmek için Cox regresyon analizi uygulandı.

Bulgular: IgM-pozitif grubun katılımcıların %51'ini oluşturduğu görüldü (Tablo 1). Tanı sırasındaki demografik ve klinik veriler açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Mezangiyal IgM birikiminin daha yüksek segmental skleroz derecesiyle birlikte olduğu gözlemlendi (p=0.008). Son vizit verilerine göre, IgM-pozitif grupta median serum kreatinin daha yüksek (p=0.021) ve tahmini GFR daha yüksek (p=0.006) olarak saptandı. Ondokuz hastada serum kreatinininde iki kat artış olması ve/veya son dönem böbrek yetmezliği gelişimi olarak tanımlanan primer sonlanım noktasına ulaşıldı. IgM-pozitif grupta kümülatif renal sağkalım daha düşük saptanırken (p=0.001; Resim 1), dirençli hastalık da daha sık görüldü (p=0.026). Onbeş yıllık renal sağkalım IgM-pozitif ve IgM-negatif gruplarda sırasıyla %59.7 ve %94.2 olarak hesaplandı (p=0.006). Zamana bağlı proteinüri ortalaması (HR 2.9; 95% CI, 1.9-4.5; p<0.001) ve mezangiyal IgM birikimi (HR, 13.2; 95% CI, 1.9-93.1; p=0.01) olumsuz renal sonuçları öngören bağımsız değişkenler olarak belirlendi.

Sonuç: Sonuç olarak, IgA nefropatili hastalarda mezangiyal IgM birikiminin diğer faktörlerden bağımsız olarak olumsuz renal sonuçlarla birlikteliğini göstermiş olduk.

Anahtar Kelimeler: IgA nefropatisi, IgM, son dönem böbrek yetmezliği



Şekil 1.

Tablo 1: Tüm hastalar ile IgM-pozitif ve IgM-negatif hasta gruplarının tanı sırasında ve izlemdeki demografik, klinik ve histopatolojik verilerinin analizi

Değişkenler	Tüm hastalar (n=100)	IgM-pozitif (n=51)	IgM-negatif (n=49)	p değeri
Yaş, yıl, ort±SS	42.12±12.72	41.42±10.79	43.13±14.31	0.436
Kadın cinsiyet, n, (%)	36 (%36)	22 (%43.1)	14 (%28.6)	0.129
Sistolik kan basıncı, mm Hg, ort±SS	132.53±20.7	134.13±21.10	130.89±20.43	0.368
Diastolik kan basıncı, mm Hg, ort±SS	80.82±12.38	81.73±13.35	79.89±11.38	0.519
Beden-kitle indeksi, kg/m ² , ort±SS	26.57±4.36	27.19±4.21	25.91±4.48	0.205
Makroskopik hematurî, n, (%)	27 (%27)	10 (%19.6)	17 (%34.7)	0.089
Serum kreatinin, mg/dL, median [IQR]	1.21 [0.89-1.85]	1.43 [0.90-1.86]	1.20 [0.87-1.84]	0.448
eGFR, ml/dk/1.73 m ² , median [IQR]	67 [38-98]	58 [36-94]	70 [43-101]	0.299
Protein/kreatinin oranı, g/g, median [IQR]	1.7 [0.9-3.3]	2.0 [0.9-3.7]	1.4 [0.7-2.4]	0.122
Serum albumin, g/dL, median [IQR]	3.9±0.57	3.8±0.6	4.0±0.5	0.067
Hemoglobin, g/dL, ort±ss	12.9±1.9	12.8±2.1	13.0±1.7	0.706
İzlem süresi, ay, ort±SS	75.14±44.92	72.34±44.18	77.88±45.93	0.597
Oxford M1 skoru, n, (%)	75 (%75)	40 (%78.4)	35 (%71.4)	0.419
Oxford E1 skoru, n, (%)	36 (%36)	22 (%43.1)	14 (%28.6)	0.129
Oxford S1 skoru, n, (%)	75 (%75)	44 (%86.3)	31 (%63.3)	0.008
Oxford T1/T2 skoru, n, (%)	65 (%65)	36 (%70.6)	29 (%59.2)	0.311
Oxford C1/C2 skoru, n, (%)	35 (%35)	25 (%49.1)	10 (%20.4)	0.082
RAS-blokajı kullanımı, n, (%)	89 (%89)	46 (%90.2)	43 (%87.8)	0.868
İmmüno-supresif tedavi, n, (%)	79 (%79)	41 (%80.4)	38 (%77.6)	0.727
Zaman-ortalama sistolik KB, mm Hg, ort±SS	125.2±11.8	126.95±12.00	123.85±11.61	0.380
Zaman-ortalama diastolik KB, mm Hg, ort±SS	77.2±8.7	78.87±9.74	75.90±7.55	0.147
Zaman-ortalama proteinüri, g/gün, median [IQR]	0.5 [0.3-1.1]	0.6 [0.4-1.3]	0.5 [0.3-0.9]	0.140
Serum kreatinin (son vizitte), mg/dL, median [IQR]	1.15 [0.81-1.75]	1.37 [0.88-3.50]	0.98 [0.77-1.42]	0.021
eGFR (son vizitte), ml/dk/1.73 m ² , median [IQR]	68 [39-100]	55 [27-96]	83 [53-111]	0.006
Primer sonlanıma ulaşma, n, (%)	19 (%19)	16 (%31.4)	3 (%6.1)	0.001
Tam remisyon, n, (%)	65 (%65)	29 (%56.9)	36 (%73.5)	0.069
Dirençli hastalık, n, (%)	14 (%14)	11 (%21.6)	3 (%6.1)	0.026

PS-027

POSTPARTUM DÖNEMDE GELİŞEN TİP 3 KARDİYORENAL SENDROM

Gülüm Akkuş, Fatma Betül Güzel, Feyza Nur Sarışık, Melis Şimşir, Ertuğrul Erken, Orçun Altunören, Özkan Güngör

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Gebelikte böbrekte ve kardiyovasküler sistemde fizyolojik değişiklikler olmakla birlikte; gebelik esnasında yada postpartum dönemde kalp ve böbrek patolojileri de görülebilmektedir. Bazen her iki organ birden etkilenmektedir; bu etkileşim kardiyorenal sendrom olarak adlandırılmıştır. Tip 3 kardiyorenal sendromu; böbrek iskemisi veya glomerulonefrit nedeniyle böbrek fonksiyonunun ani kötüleşmesi sonucu ortaya çıkabilen akut kardiyak disfonksiyonu tanımlar. Biz burada postpartum dönemde gelişen Tip 3 kardiyorenal sendromu çok nadir olması nedeniyle sunuyoruz.

Olgu Sunumu: Bilinen bir hastalığı olmayan 17 yaşındaki kadın hasta acil servise idrar yapamama, çarpıntı ve nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Başvurusundan 10 gün önce dış merkezde normal vajinal doğum yapan hasta bir gün sonra taburcu edilmişti. Evde, günde 4 ped değiştirecek kadar, arada pıhtılı da olan vajinal kanaması olduğu, son 1 haftadır idrar miktarının azaldığı, son 3 gündür ise nefes darlığının geliştiği öğrenildi. Gebelik esnasında herhangi bir sorun yaşamamıştı. Taburculuğu sırasında yapılan kan tetkiklerinde; glukoz: 94 mg/dl, kreatinin: 0.37 mg/dl, hemoglobin: 11.7 g/dl, trombosit: 351.000/mm³ idi. Acil servis başvurusunda yapılan tetkiklerinde ise; kreatinin:12.1 mg/dl, hemoglobin:5.8 g/dl, trombosit:537.000/mm³ idi ve kan gazında metabolik asidoz mevcuttu. Akciğer grafisinde sağda plevral efüzyon ve belirgin kardiyomegali mevcuttu. Yapılan ekokardiyografide kalp global hipokinetik, ejeksiyon fraksiyonu: %30, 2.derece mitral yetmezlik ve 1.derece triküspit yetmezliği saptandı. Hasta yoğun bakım ünitesine yatırıldı; acil olarak hemodiyalize alındı. Takiplerinde idrar çıkışı olmadı ve haftada 4 gün diyalize devam edildi. Taburculuk sonrası dış merkeze başvuran hastaya böbrek biyopsisi yapılmış ve C3 glomerulopatisi ile uyumlu bulgular ve %40-50 oranında kronisite saptanmıştı. Hastaya 48 mg/gün prednizolon başlandı. Ancak verilen tedaviye yanıt alınmadı ve diyaliz ihtiyacı devam etti. Kardiyak değerlendirmelerinde de herhangi bir düzelleme saptanmadı. Hasta postpartum kardiyomyopati gelişimi için herhangi bir risk faktörü taşımadığından, kardiyak etkilenmenin akut böbrek hasarının bir sonucu olarak ortaya çıktığı düşünüldü. Akut böbrek hasarı gelişimi ise, altta yatan bir C3 glomerulopatisinin doğum sonrası prerenal nedenlerin de üzerine eklenmesi sonucu aktive olmasına bağlandı. Hasta tip 3 kardiyorenal sendrom olarak takibe alındı.

Tartışma ve Sonuç: Tip 3 kardiyorenal sendromun patogenezi karmaşıktır. Üremi, miyokardial depresan faktörlerin birikimi ile kardiyak kontraktiletiye bozar. Metabolik asidoz ise pulmoner vazokonstriksiyon yaparak özellikle sağ kalp yetmezliğini tetikler. Renal iskemisinin kendisi ayrıca kardiyak düzeyde apoptoz ve inflamasyonun aktivasyonunu presipite edebilmektedir. Tedavide diüretikler, vazodilatör ve inotrop ajanlar yer almaktadır. Oligürik anürik hastalara renal replasman tedavisi uygulanabilir. Prognoz hastadan hastaya değişmektedir. Bizim hastamız ne yazık ki diyaliz bağımlı ve düşük kardiyak debili olarak yaşamını sürdürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği

PS-028

PERİTON DİYALİZ HASTASINDA PERİTONİTİN NADİR BİR NEDENİ: ACINETOBACTER VE İNTRAPERİTONEAL MEROPENEM İLE ETKİN TEDAVİSİ

Mehmet Nuri Yurtman¹, İlter Bozacı², Berkant Usoglu¹, Alpay Arı³, Erhan Tatar²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Bilim Dalı

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı

Günümüzde Periton Diyalizi (PD) hastalarında peritonit hale hayati bir komplikasyondur. Aynı zamanda önemli bir PD'den ayrılma ve ölüm nedenidir. Sıklıkla Peritonitten gram pozitif bakterileri sorumlu olup, literatürde Acinetobacter Baumanni peritoniti oldukça nadirdir. Burada Acinetobacter Baumanni/Calcoaceticus Complex peritoniti tanısı konmuş ve intraperitoneal meropenem ile tedavi olan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: 55 yaşında erkek hasta polikliniğimize şiddetli karın ağrısı, periton sıvısında koyulaşma ile başvurdu. Yapılan intraperitoneal hücre sayısı 3.200 Mm³ saptanması üzerine peritonit tanısıyla yatırıldı. 1 yıldır CAPD yapmaktaydı. En son 1 yıl önce bir kez peritonit öyküsü mevcuttu ve etken üretilmemişti. Hastanın rezidü idrarı olması üzerine kültürleri alınarak ampirik sefazolin 2 gr/gün, seftazidim 2gr/gün başlanıp 1 gr/gün ile devam edildi. İzlemde şikayetleri gerilememesi üzerine sefazolini vankomisine değiştirildi. Gönderilen 48. saat intraperitoneal hücre sayısında gerileme saptanmadı. Kontrol kültüründe Acinetobacter Baumanni/Calcoaceticus Complex üremesi üzerine hastaya intraperitoneal meropenem 4x250 mg/2litre başlandı. İzlemde şikayetleri gerileyen ve intraperitoneal hücre sayısı 20 mm³ kadar düşen olgu tedavisi 21 güne tamamlanarak taburcu edildi.

Çıkarım: Ampirik tedaviye dirençli peritonit olgularında nadir de olsa Acinetobacterler peritoniti göz önünde bulundurulmalıdır. Bu mikroorganizmalarda direnç gelişimi önemli bir problem olup, intraperitoneal meropenem tedavisi uygun bir tedavi seçeneği olabilir.

Anahtar Kelimeler: Acinetobacter Baumanni/Calcoaceticus Complex, Meropenem, Periton diyalizi, Peritonit

PS-029

DOKUZ YILLIK HEMODİYALİZ HASTASINDA GEÇ DÖNEM CİDDİ HİPERKALSEMİ (CA:15)'NİN NADİR BİR NEDENİ: HEREDİTER HİPEROKSALURİ

Berkant Uşoğlu¹, İlter Bozacı², Güliz Özkök³, Mehmet Nuri Yurtman¹, Erhan Tatar²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Bilim Dalı

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı

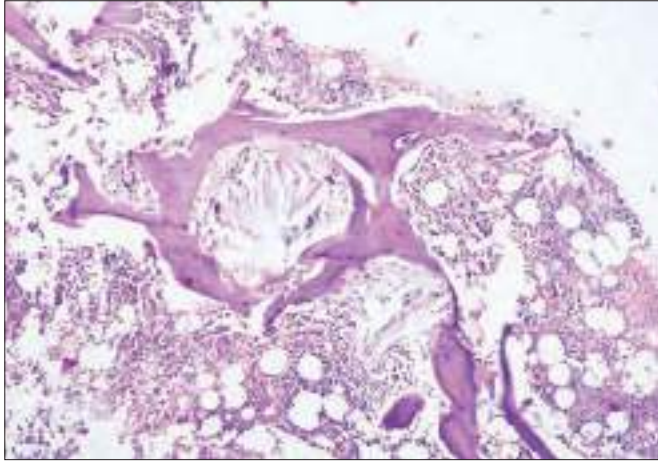
³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bilim Dalı

Hemodiyaliz hastasında hiperkalseminin en sık nedeni iyatrojenik olup, kalsitriol ve kalsiyum içeren ilaçlar sorumlu tutulmaktadır. Bununla birlikte son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) ilişkili Adinamik kemik hastalığı, tersiyer hiperparatiroidizm ve yüksek diyalizat kalsiyumunda sorumlu olabilmektedir. Nadiren SDBY ilişkisi olarak malignite, sarkoidoz ve multipl miyelom da neden olabilir. Burada 9 yıldır hemodiyalize giren yaygın kemik ağrısı ve ciddi hiperkalsemi nedeniyle tetkik edilip geç dönemde Hereditör Hiperoksaluri tanısı konan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: 35 yaşında kadın hasta yaklaşık 1 aydır olan bilateral el bileklerinde ve sağ dizinde şişlik ve ağrı şikayeti olması üzerine yapılan tetkiklerinde ciddi hiperkalsemi (ca:15 mg/dL) saptanması üzerine merkezimize yönlendirildi. Hastanın özgeçmişinde 9 yıldır hemodiyaliz olup, yaklaşık 4 yıl önce total paratiroidektomi öyküsü mevcuttu. Böbrek yetmezliği etiyolojisi taşı böbrek hastalığıydı. Bu açıdan hiç tetkik edilmemişti. Hastanın annesi, abisi rutin hemodiyaliz hastası olduğunu ve annesinin bu sebeble 40'lı yaşlarda ex olduğu öğrenildi. Hastanın eş zamanlı fosfor:3,5 mg/dL, PTH:0,3 pg/mL, derin anemisi, albumin globulin tersleşmesi ve sedimentasyon yüksekliği saptanması üzerine multiple myelom ön tanısıyla kemik iliği biyopsisi yapıldı. Kemik iliği biyopisisinin seri kesitlerinde ışığı çift kıran yaygın kristal depozisyonu saptandı (Şekil 1.) Hastanın eş zamanlı tüm vücut tomografisinde tüm kemik yapılarında ekspansiyon ve skleroz artışları metabolik kemik hastalığı ile ilişkilendirildi. Bilateral Nefrokalsinosiz, kemik görüntüleme bulguları ve kemik iliği biyopsisi göz önünde bulundurulduğunda Hereditör Hiperoksaluri düşünüldü. Hastanın gönderilen AGXT gen mutasyonunda Lys12GlnfsX156 homozigot gen mutasyonu saptandı. Hasta Karaciğer ve eş zamanlı böbrek nakli için yönlendirildi. Hemodiyaliz seans sayısı 4 ve süresi 6 saate çıkarılan hasta halen polikliniğimizde takip edilmektedir.

Çıkarılma: Herediter Hiperoksaluri genetik geçişli, çeşitli organlarda kalsiyum oksalat birikimine bağlı ciddi hasarlanmalara yol açan nadir bir hastalıktır. Hemodiyaliz hastalarında kemikte ciddi yıkıma yol açarak hiperkalsemiye neden olabilir. Böbrek taş hastalığı öyküsü olan SDBY hastalarının hiperkalsemi etiyojisi Herediter Hiperoksaluri akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hiperkalsemi, herediter hiperoksaluri, hemodiyaliz



Şekil 1.

PS-030

GENTAMASİNLE OLUŞTURULAN DENEYSEL NEFROPATİ MODELLERİNDE ADROPİNİN TERAPÖTİK ETKİSİ

Ahmet Gülmez¹, Hüseyin Çeliker², Soykan Biçim¹, Süleyman Aydın², Tuncay Kuloğlu²

¹Sağlık Bakanlığı

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Gereç Ve Yöntemler: Grup I (n=7): Kontrol Grubu: Herhangi bir enjeksiyon yapılmadı. Grup II (n=7): Adropin Grubu: Ratlara her gün 5pmol/kg/gün adropin intraperitoneal enjeksiyon şeklinde yapıldı. Grup III (n=7): Gentamisin Grubu: Ratlara her gün 100mg/kg/gün gentamisin intraperitoneal enjeksiyon şeklinde yapıldı. Grup IV (n=7): Adropin+Gentamisin Grubu: Ratlara her gün 5pmol/kg/gün adropin ve 100mg/kg/gün gentamisin intraperitoneal enjeksiyon şeklinde eş zamanlı yapıldı. 10. günde sakrifiyon uygulandı.

Bulgular: Ratların vücut ağırlıkları değişimi ve böbrek ağırlıkları Şekil 1'de gösterilmiştir.

Çalışma sonunda ratlardan elde edilen böbrek dokularında adropin düzey elisa ölçümleri ortalaması pikogram/mL olarak karşılaştırılması Şekil 2'de gösterilmiştir.

Çalışma sonunda ratlardan elde edilen serum örneklerinde adropin düzey elisa ölçümleri ortalaması pikogram/mL olarak karşılaştırılması Şekil 3'de gösterilmiştir.

Çalışma sonunda ratlardan elde edilen serum örneklerinde üre ölçümleri ortalaması mg/dL olarak karşılaştırılması Şekil-4'te gösterilmiştir.

Çalışma sonunda ratlardan elde edilen serum örneklerinde kreatinin ölçümleri ortalaması mg/dL olarak karşılaştırılması Şekil-5'te gösterilmiştir.

Serum İmmüno-histokimyasal Bulgular (Adropin İmmünoreaktivitesi):

Adropin immünoreaktivitesi için yapılan immüno-histokimyasal boyamanın ışık mikroskopi altında incelenmesi sonucu; Adropin immünoreaktivitesi böbrek dokusunda glomerüllerde (siyah ok) gözlemlendi.

Böbrek dokusunda Adropin immünoreaktivitesi; Kontrol ve Adropin gruplarında benzerdi. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında Adropin immünoreaktivitesi Gentamisin grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalmış bulundu (p<0.05). Gentamisin grubuyla kıyaslandığında ise adropin immünoreaktivitesi Gentamisin + adropin grubunda belirgin olarak artmıştı (p<0.05) ve kontrole

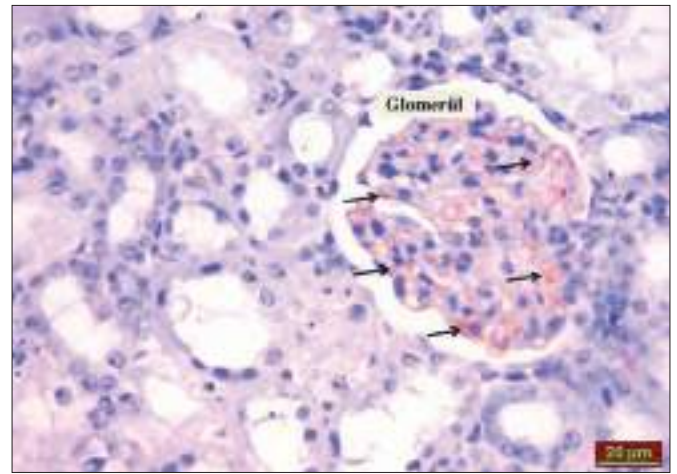
yakın gözlemlendi. Grupların adropin immünoreaktivitesinin mikroskopi görüntüleri Resim 1-4 arasında sırasıyla (1-kontrol grubu, 2-adropin grubu, 3-gentamisin grubu, 4-gentamisin+adropin grubu) gösterilmiştir.

Çalışmada 4 gruba ayrılan ratların Adropin immüno-reaktivitesi histo-skor Tablo 2'de gösterilmiştir.

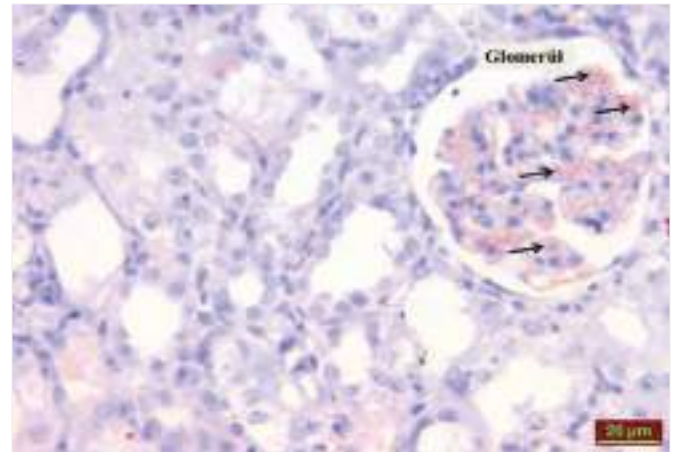
Tünel Bulguları: Apoptotik hücrelerin belirlenmesi için yapılan tünel boyamanın ışık mikroskopi altında incelenmesi sonucu; tünel pozitifliği böbrekte tübül hücrelerinde (siyah ok) gözlemlendi. Grupların tünel pozitif hücrelerinin mikroskopi görüntüleri Resim 5-8 arasında sırasıyla (5-kontrol grubu, 6-adropin grubu, 7-gentamisin grubu, 8-gentamisin+adropin grubu) gösterilmiştir.

Çalışmada 4 gruba ayrılan ratların Apoptotik index kıyaslaması Tablo-3 de gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: nefropati, gentamisin, adropin, rat



Şekil 1.



Şekil 2.

Tablo 1: Vücut ağırlıkları değişimi

Parametreler	Kontrol	Adropin	Gentamisin	Adropin+gentamisin	--P--
Başlangıç Ağırlığı, gr	263,00±25,21	276,29±30,74	289,14±28,31	275,57±16,89	0,332
Bitiş Ağırlığı, gr	273,29±31,32	279,86±35,55	269,43±23,77	263,14±15,11	0,718
Grup içi değişim, gr*	-10,286±8,460	-3,571±6,528	19,714±10,095	12,429±8,482	
--P--	0,018	0,198	0,002	0,008	

PS-031

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİNDE YAPILAN 336 BÖBREK NAKLİNİN PRE-TRANSPLANTASYON İMMÜNOLOJİK SONUÇLARI

Eda Balkan

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Erzurum

Kronik böbrek yetmezliğinin kesin tedavisinin böbrek nakli olduğu bilinmektedir. Bağışıklık sisteminin kendinden olanı ve olmayanı tanıması için gerekli olan doku antijenleri ni kodlayan gen bölgesi, insanlarda "Human Leukocyte Antigens. HLA bölgesi olarak adlandırılır. HLA alellerinin farklılıkları ve T hücrelerinde gerçekleşen yeniden gen düzenlenmeleri sayesinde her bireye özgü benzersiz bir immün yanıt oluşturarak kendinden olmayanı tanıır. Nakilden önce HLA uyum sayısı bu sebepten dolayı çok önemlidir. Böbrek nakline hazırlanan hastaların HLA antijenlerinin uyum sayıları ve antijenlere karşı duyarlılık durumunu yansıtmak üzere, panel reaktif antikor (PRA) ve alıcı serumunda mevcut antikorların saptanması için Cross Match testi gerekmektedir.

Metod: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Organ Nakli Biriminde 2004 yılı Mayıs ayında ilk böbrek nakli yapılmıştır. Retrospektif olarak merkezimizde yapılan nakillerin ve bekleme listesindeki hastalarımızı değerlendirdik. Lumineks teknolojisi ile HLA doku tiplmesi, Donör Spesifik Antijen(DSA), PRA ve seçilen vakalarda spesifik PRA bakılmaktadır.

Bulgular: Merkezimizde toplam 329 böbrek nakli yapılmıştır ve bunların 170'i canlıdan, 159'ı kadavradandır. 16 tanesi çocuk ve yaş ortalaması 14.57 dir. Erişkin yaş ortalaması 54.21 dir. Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez hastanesi doku tipleme laboratuvarında şu ana kadar 1367 SDBY olan hastanın HLA doku tiplendirmesi yapılmıştır. 40 Hastaya spesifik PRA bakılmış ve bunlardan 4 tanesine canlıdan nakil yapılmıştır. Düzenli kontrollere gelen PRA sonucu negatif olan kadavra bekleme listemizde 230 hasta mevcuttur. Nakil yapılan hastalarımızın 20'si çeşitli sebeplerle ex olmuş, 2 tanesi akut olmak üzere 27 rejeksiyonumuz mevcuttur.

Sonuç: Organ nakli merkezimizde nakil öncesi immünolojik değerlendirmeler göz önünde bulundurularak yapılan böbrek nakillerinin sağ kalım oranı oldukça yüksektir. Organ nakli yaşam kurtaran bir tedavi şeklidir

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, HLA, PRA

PS-032

AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTASINDA ENOKSOPARİNE BAĞLI GELİŞEN RETROPERİTONEAL HEMATOM

Fatih Sökmen¹, Feyza Nur Sarışık¹, Gülsüm Akkuş¹, Tuba Güngör², Gülay Güngör¹, Ertuğrul Erken¹, Orçun Altunören¹, Özkan Güngör¹

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

²Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi

Giriş: Enoksaparin yaygın olarak kullanılan antitrombotik etkili, düşük molekül ağırlıklı bir heparindir. Enoksaparinin tromboembolik hastalıkların tedavi ve profilaksisinde giderek artan kullanımı, potansiyel komplikasyonların görülme sıklığında da artışa neden olmaktadır. Retroperitoneal kanama nadir görülmekle birlikte mortal seyredabilen ciddi komplikasyonlardan biridir. Burada, akut böbrek yetmezliği tanısı ile yoğun bakımda takip edilen, profilaktik enoksaparin başlanan ve spontan retroperitoneal hematoma tespit edilen olgu sunulmuştur.

Olgu: 78 yaşında bilinen, diyabet, hipertansiyon, geçirilmiş koroner bypass cerrahisi ve KOAH öyküsü olan erkek hasta yaklaşık 1 aydır olan oral alım bozukluğu ve iştahsızlık nedeni ile dış merkezde bir hastaneye başvurmuş, akut böbrek yetmezliği (ABY) düşünülerek yatırılmış ve acil olarak hemodiyalize alınmıştı. Böbrek yetmezliğinin gerilememesi üzerine hasta yoğun bakım ünitemize kabul edildi. Hastanın fizik muayenesinde kan basıncı 150/100 mmHg, bilateral pretibial 3+ ödemleri mevcuttu. Renal

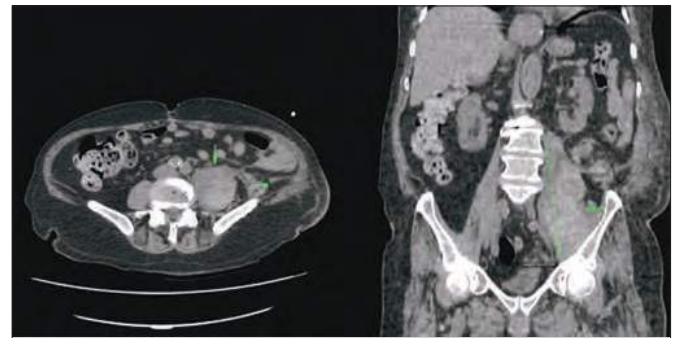
ultrasonografide böbrek boyutlarının normal, parankim ekojenitelerinin grade 2 artmış olduğu görüldü. Hasta evde metformin, asetil salisilik asit, valsartan+hidrokortiyazid tedavisi alıyordu ve bu ilaçları kesildi. KOAH için hastaya salbutamol ve budesonid inhaler olarak verildi. Ayrıca hastanın immobil olması nedeni ile pulmoner emboli profilaksisi amacı ile enoksaparin 4000 ü 1x1 subkutan başlandı. Takiplerinde hastanın idrar çıkışının olmaması nedeni ile hemodiyalize devam edildi, diyaliz esnasında klasik heparin yerine aldığı enoksaparin kullanıldı. İzlemede 3 gr/dl kadar hemoglobin düşüşü oldu. Hematemez veya melenası yoktu ve rektal tuşede gastrointestinal kanama bulgusuna rastlanmadı. Takiplerinde sol yan ağrısı gelişti ve hemoglobin düşüşü devam etti. Fizik muayenesinde batın sol lateral bölgede hassasiyet ve yaklaşık 20x15 cm lik yeni gelişen ekimotik alan tespit edildi (Şekil 1). Hastanın trombositopenisi yoktu ve PT, PTT, INR değerleri normal olarak ölçüldü. Hastaya batın içi hemoraji odağı açısından görüntüleme tetkikleri yapıldı. Ultrasonografide; sol retroperitoneal alanda 13x8x5 cm boyutta heterojen iç yapıda hipoekoik yumuşak doku görünümü izlendi (hematom?) şeklinde yorumlandı. Tomografide ise; solda retroperitoneal alanda; üstte böbrek alt pol düzleminden alta kalça eklemi düzlemine dek uzanan, pararenal mesafede, psoas kası çevresinde ve içinde komponentleri bulunan, yer yer hipodens sıvı özelliğinde yer yer hiperdens hemorajik, retroperitoneal hematoma uyumlu düşünülen görünüm saptandı (Şekil 2). Hastada travma öyküsü yoktu. Enoksaparin tedavisi kesildi. Hemoglobin değerleri eritrosit süspansiyonu desteği ile yükseltildi. Takiplerinde kanama kontrol altına alındı ancak diyaliz ihtiyacı devam etti.

Tartışma ve Sonuç: Retroperitoneal hematoma enoksaparin tedavisinin ciddi ve potansiyel olarak ölümcül olabilen bir komplikasyonudur. Özellikle yaşlı hastalarda enoksaparin tedavisi başlanırken, böbrek fonksiyon bozukluğu olanlarda ve eş zamanlı olarak oral antikoagülan veya antiagregan alan hastalarda kanama riski artacağından dikkatli olunmalıdır. Bu hastalarda hemoglobin düşüklüğü nedeni araştırılırken retroperitoneal hematoma akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ABY, enoksaparin, retroperitoneal hematoma



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-033

BÖBREK NAKLİ HASTASINDA AKUT KARININ NADİR BİR NEDENİ: ENOKSAPARİNE BAĞLI REKTUS KILIF HEMATOMU

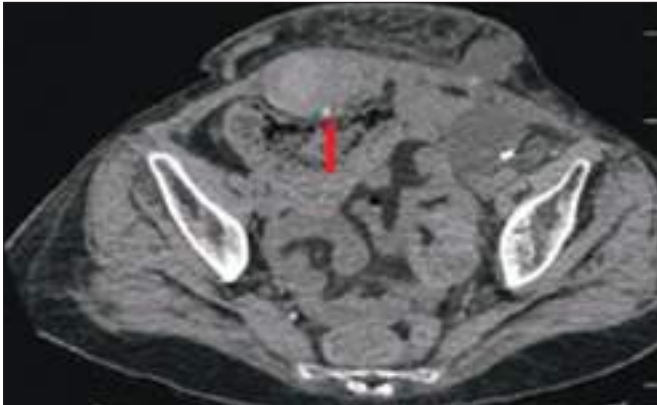
Gülsüm Akkuş, Melis Şimsir, Fatma Betül Güzel, Ertuğrul Erken, Erdinç Eroğlu, İlhami Taner Kale, Orçun Altunören, Özkan Güngör
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş: Rektus kılıf hematoma ciddi kanamaya sebep olabilen, akut karın ağrısının nadir bir nedenidir. Rektus kılıf hematoma %25 oranında mortal seyreder. Spontan veya antikoagülan kullanımına bağlı gelişebilmektedir. Renal transplantasyon operasyonu sonrası sol eksternal iliak arterde gelişen tromboz nedeni ile enoksaparin kullanılan hastada gelişen ve akut karın tablosu oluşturan rektus kılıf hematomunu nadir olması nedeniyle sunuyoruz.

Olgu: 51 yaşında, diyabetik nefropatiye ikincil gelişen kronik böbrek yetmezliği nedeniyle 11 yıldır hemodiyaliz tedavisi gören hastaya kadavradan böbrek nakli yapıldı. Operasyon esnasında ve sonrasında herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hasta mikofenolat mofetil 2x720 mg takrolimus 2x3 mg, prednizolon 20 mg/gün, valgansiklovir, trimetoprim-sulfometaksazol, diltiazem ve nistatin tedavisi alıyordu ve serum kreatinin değeri 1.2 mg/dl'ye kadar gerilemişti. Nakil sonrası 13. günde sol bacadaki ağrı, kuvvet kaybı, soğukluk olması üzerine yapılan doppler ultrasonografide; sol eksternal iliak arterde, renal arter uç yan anastomoz hattının distaline uyan kesimde yaklaşık 5 kat hız artışı tespit edildi. Kalp damar cerrahi kliniğine danışılan hastaya; MR anjiyografi çekildi. MR anjiyografide; solda eksternal iliak arterde 12-13 mm'lik segmentte %70'ten fazla darlık saptandı; hastaya anjiyoplasti planlandı. Sol eksternal iliak artere başarılı bir şekilde anjiyoplasti yapıldı ve hastanın şikayetlerinde belirgin düzelme sağlandı. Hastaya antikoagülan olarak yattığı süre içerisinde 1x4000 ünite subkutan enoksaparin kullanımı önerildi. 2 gün sonra hastada sağ alt kadranda aniden başlayan karın ağrısı gelişti. Fizik muayenesinde; kan basıncı:130/80 mmHg, nabız: 82 atım/dk, karın muayenesinde sağ alt kadranda defans ve ele gelen kitle mevcuttu. Akut karın tablosu olan hastaya acil batin ultrasonografi yapıldı; sağ alt kadranda karın ön duvarında 9,5x4 cm boyutlarında düzgün sınırlı, hipoeoik, içerisinde fibrin benzeri ekojen septalar içeren heterojen lezyon izlendi ve ön planda rektus kılıf hematoma düşünüldü, batin tomografisinde de hematoma varlığı doğrulandı (Şekil). Enoksaparin tedavisi kesildi. Hastaya 3 ünite eritrosit süspansiyonu ve 2 ünite taze donmuş plazma verildi. İzlemede karın ağrısı azaldı, yapılan kontrol ultrasonografisinde hematoma boyutu 6,5x2 cm ye geriledi.

Tartışma ve Sonuç: Rektus kılıf hematoma, epigastrik arter veya venlerin rüptürüne bağlı, rektus kaslarını saran kılıf içine kanama sonucu ortaya çıkmaktadır. Rektus kılıf hematoma enoksaparin tedavisinin nadir ancak önemli komplikasyonlarından biridir. Kadınlarda daha sık görülmektedir. Karın ağrısı daha çok sağ alt kadranda ani olarak başlar ve fizik muayenede ele gelen kitle tespit edilebilir. Tanıda ultrasonografi ilk yapılacak tetkik olmakla birlikte bilgisayarlı tomografi daha spesifiktir. Hastanın genel durumuna göre konservatif veya cerrahi olarak tedavi uygulanır. Enoksaparin tedavisi alan hastalarda akut karın tablosu geliştiğinde rektus kılıf hematoma akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, rektus kılıf hematoma, enoksaparin



PS-034

GEBELİKTE ÖDEM VE PROTEİNÜRİNİN ÇOK NADİR GÖRÜLEN BİR NEDENİ: MIRROR SENDROMU

Abdullah Tok, Fatma Betül Güzel, Gülsüm Akkuş, Ertuğrul Erken, Orçun Altunören, Özkan Güngör
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş: Ödem, gebelikte sık karşılaşılan bir sorundur. Gebelerdeki ödem çoğunlukla fizyolojiktir, ancak bazen patolojik süreçlere de bağlı olabilir. Gebelikte görülen yaygın ödemin çok nadir bir nedeni ise Mirror sendromudur. Mirror sendromu, fetal hidrops ve maternal ödemle karakterize nadir görülen bir durumdur. Biz burada, bacaklarda yaygın ödem nedeniyle Nefroloji polikliniğine sevk edilen gebede düşündüğümüz Mirror sendromunu, çok nadir görülmesi nedeniyle sunuyoruz.

Olgu Sunumu: 20 yaşında, 1.gebeliği olan, 29. gebelik haftasına kadar herhangi bir şikayeti olmayan hasta son 2 haftadır özellikle bacaklarında belirgin olmak üzere tüm vücutta yaygın şişlik olması nedeniyle Kadın ve Doğum hastalıkları hekimine başvurmuştu. Hastanın özgeçmişinde ek herhangi bir hastalığı ve ilaç kullanımı öyküsü yoktu. Yapılan ultrasonografide hidrops fetalis saptanması üzerine hastanemize sevk edilmişti. Bacaklarında ve kollarında yaygın ödem olan hasta Nefroloji bölümüne de değerlendirildi. Hastanın yapılan muayenesinde kan basıncı 110/70 mmHg nabız:92 atım/dk ve pretibial +++/+++ ödem mevcuttu. Tam idrar tetkikinde 2+ protein vardı, spot idrarda protein/kreatinin oranı ise 700 mg/gr olarak saptandı. Serum albumini:3,2 g/dl, kreatinin:0,7 mg/dl ve ürik asit düzeyi 10,2 mg/dl idi. Hastaya akciğer grafisi çekildi, pleural effüzyon saptanmadı. Transtorasik ekokardiyografide sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %65 idi, ventriküllerin sistolik fonksiyonları ve çapları normal olarak saptandı. Hastanemizde yapılan ayrıntılı ultrasonografide fetusun batinında yaygın asit, scalpta ödem ve polihidramniyoz izlendi. Son adet tarihine göre 29 haftalık olan fetusun ölçümleri 38 hafta ile uyumluydu. Anne ve baba arasında kan grubu uyumsuzluğu olmayan fetusta non-immün hidrops fetalis olabileceği düşünüldü. Bebekte hidrops fetalis olduğu için hastada preeklampsiden ziyade Mirror sendromu düşünüldü. Hasta Kadın-Doğum servisi tarafından izlem amaçlı olarak yatırıldı. Takiplerinde ödemi arttı, fetal iyilik halinin non-stres testte bozulması üzerine 32. gebelik haftasında gebeliğin sonlandırılması kararı verildi ve sezaryen ile hidropik bir kız bebek doğurtuldu. Plasentanın ödemli olduğu görüldü. Bebek ödemli görünümdeydi ve karnında belirgin asit mevcuttu. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine alındı ve solunum desteği verildi. Ancak takip eden saatlerde solunum yetmezliği ve kardiyak arrest gelişti ve ex oldu. Post-operatif dönemde annenin kan basınçları 100/60 mmHg civarında seyretti ve takip eden 1 hafta içinde fizik muayenede ödemleri belirgin olarak azaldı.

Tartışma ve Sonuç: Mirror sendromlu gebede yaygın ödem, hipertansiyon, kısa bir süre zarfında aşırı kilo alımı ve proteinüri görülmektedir. Proteinüri genellikle 1 gramın altındadır. Hiperürisemi önemli bir laboratuvar bulgusudur. Annede polihidramniyoz saptanır ve bebek hidropik, skalp ödemli, fetal akciğerde hidrops saptanmaktadır. Nefroloji polikliniğine gelen ödemli ve proteinürisi olan hastalarda fetusun özelliklerinin bilinmesi (fetal hidrops varsa Mirror sendromu düşünülmesi gibi) etyolojiyi kısa sürede bulma bakımından yararlı olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, ödem, Mirror sendromu

PS-035

DİYALİZ HASTALARI; BİYOKİMYASAL PARAMETRELERİN YANINDA YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON YÖNÜNDEN DE DEĞERLENDİRİLMELİ Mİ?

Engin Onan¹, Saime Paydaş¹, Bülent Kaya¹, Ahmet Gazi Mustan², Tuba Korkmaz Kapukaya², Merve Sungur Özgünen², Ertan Kara³, Farid Mohamad Hamad⁴

¹Çukurova Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı

²Çukurova Üniversitesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

³Çukurova Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

⁴Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet: Hemodiyaliz hasta grubunda depresyon sıklığı artmış ve iyilik hali skoru düşük bulunmuştur. Bu çalışmada depresyon ve yaşam iyilik hali ile laboratuvar parametrelerinin ilişkisini araştırmak amacıyla hastalarımıza SF36 ve BECK's depresyon anketleri uygulandı. Maligh hastalık, infeksiyon, akut koroner sendrom veya ileri evre kalp yetersizliği olan hastalar değerlendirmeye alınmamıştır. Çalışmaya, katılma onamı veren 18 yaş üstü hastalar alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya alınan 50 hastanın 27'si erkek olup demografik özellikler Tablo 1'de özetlenmiştir. Kadın ve erkek hastaların BDE ve SF 36 skorları, Türkiye SF 36 skorları Tablo 2'de görülmektedir. Beck's depresyon envanterine göre depresyon sıklığı tüm hastalarda %36 (n:18 iken) depresyon, kadınlarda %43,5, erkeklerde %29,6 idi. Hastalar vücut kitle indekslerine göre üç gruba ayrıldı. Normal kiloda olan hastaların kilo fazlalığı olan hastalara göre fiziksel fonksiyon (p:0,016), enerji-canlılık-vitalite (p:0,011) ve ruhsal sağlık (0,033) skorları istatistiki olarak anlamlı düzeyde daha iyiydi. Hastalar yaş aralığına göre üç gruba ayrıldı. Yaşı 18-45 aralığında olanların fiziksel fonksiyon ve enerji canlılık vitalite skoru ile yaşı >65 olanların skorları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptandı. (sırasıyla p: 0,049, p: 0,07) (Tablo 2) Hastaların anketin yapıldığı aydaki Kt/v'nin medyan değeri 2 olarak hesaplandı. Medyan değer olan Kt/v <2 olan hastaların enerji-canlılık-vitalite (p:0,016), Ruhsal sağlık (0,02), Sosyal işlevsellik (0,021), Ağrı(0,025), genel sağlık algısı (0,028) skorları Kt/v >2 olan hastalara göre istatistiki olarak anlamlı ölçüde daha iyi idi. (Tablo 3) Hastaların yıllık ortalama Hemoglobin değerleri <11 g/dL (n:34) ve >11g/dL (n:16) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Yıllık ortalama hemoglobin düzeyi yüksek olan hastaların sosyal işlevsellik skorları düşük olanlara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksekti. (0,02) Hastalar yıllık ortalama ferritin değerlerine göre üç gruba ayrıldı. Ferritini düşük (<100) olan hastaların enerji canlılık vitalite skoru ferritini yüksek olan (>800) hastalara göre istatistiki olarak anlamlı ölçüde daha iyiydi. (p:0,028) (Tablo 4) Ferritini düşük olan (<100) hastalarla yüksek olanların (>800) yıllık Hgb değerleri karşılaştırıldı. Enerji canlılık vitalite skoru yüksek olan ve Ferritini düşük olan hastaların yıllık Hgb ortalaması (11,09±1,62) Enerji canlılık vitalite skoru düşük olup Ferritini yüksek olan hastaların yıllık Hgb ortalamasına (10,25±1,05) göre istatistiki olarak anlamlı ölçüde daha yüksekti (p: 0,033)

Sonuç: Hemodiyaliz hasta grubunda SF-36 iyilik hali skorları ise genel topluma göre istatistiksel önemli daha düşüktü. Yıllık ortalama laboratuvar testleri ve Beck's depresyon analizi ile ilişkisi olmasına rağmen anketin uygulandığı aydaki SF-36 skorları ile yaş, hemoglobin, ferritin, beden kitle indeksi, Kt/v değerleri arasında önemli ilişki bulunması nedeni ile özellikle hemoglobin değerlerinin hedef düzeyde tutulması hastaların yaşam iyilik halinin sağlanması için de önemlidir. Cinsiyet veya anket uygulandıktan sonra yaşayan ve ölen hastalar arasında anket skorları arasında istatistiksel önemli fark bulunmadı. İlginç olarak; diyaliz suresi, serum albumin, CRP, Ca, P, PTH değerleri ile, hem BDE hem de SF-36 skorları etkilenmedi. Kronik hemodiyaliz hastalarında; laboratuvar testlerin yanı sıra yaşam iyilik hali ve depresyon değerlendirmelerinin de yapılması gerekli önlemlerin alınmasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, SF-36 yaşam iyilik hali skoru, Beck's depresyon envanteri

Tablo 1: Çalışmaya alınan hemodiyaliz hastalarının özellikleri (n: 50)

Değişkenler	Sayı
Kadın/Erkek	23/27
Kadın/Erkek yaş ortalaması	58,815,8/54,417
Toplam yaş ortalaması	56,416,4
Sigara n(%)	14 (%28)
Sigara paket yılı	3123,55 median 20 (4-90)
Alkol n(%)	6 (%12)
Primer böbrek hastalığı	
Hipertansiyon	16 (%32)
Diabetes mellitus	12 (%24)
Nedeni bilinmeyen	5 (%10)
Kronik glomerulonefrit	4 (%8)
Nörojenik mesane/taş	4 (%8)/2 (%4)
Polikistik böbrek hastalığı	2 (%4)
Tübülointerstiyel nefrit	1 (%2)
Diğer	4 (%8)
Arteriovenöz fistül/kateter	36/24 (%72/28)
HBV(+)/HCV (+)	2(%4)/2(%4)

TABLO 2. CİNSİYET, KİLO, YAŞ, Kt/V, URR ve SAĞ KALIMLA SF 36 VE BECK'S SKORLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Değişkenler	Beck's Depresyon Anketi	SF36 Fiziksel Fonksiyon Skoru	SF36 Fiziksel Rol Davranış Skoru	SF36 Sosyal Destek Skoru	SF36 Enerji Canlılık Vitalite Skoru	SF36 Ruhsal Sağlık Skoru	SF36 Sosyal İşlevsellik Skoru	SF36 Ağrı Skoru	SF36 Genel Sağlık Algısı
Kadın (n:23)	18,2±5,6	43,4±11	34,2±23,8	25±23,5	45,4±25,8	68,3±25,5	71,5±17,5	71,7±26,3	39,7±22,5
Erkek (n:27)	14±11,8	58,8±30,5	22,2±25,3	18,5±28,6	59,7±28,8	75,8±19,3	75±29,8	74,7±28,6	49,5±30
P	0,564	0,000	0,101	0,372	0,074	0,261	0,725	0,905	0,228
Türkiye Ortalama Kadın	80,3±21,7	82,5±28,6	89,8±22,5	67,8±13,7	70,1±11,4	80,1±12,9	81±20,2	89,1±16,9	
Türkiye Ortalama Erkek	87,2±17,1	89,8±19,3	92,8±15,1	65,7±13,8	71±10,6	91,3±12,8	85,1±16,4	73,6±14,8	
P*Hasta-Türkiye Ortalama Kadın	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
P*Hasta-Türkiye Ortalama Erkek	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Yaş (n:45)	12,5±6	54,5±30	29,5±24,8	22,7±25,1	55,4±29,8	73,1±22,8	74,4±21,4	75,1±26,8	48,1±27,5
En düşük Yaş	25,1±16,8	29,3±9,7	30±22,7	10±22,3	43±31,7	60,8±19,8	66±28,7	67±36,4	20±20,5
P	0,55	0,149	0,335	0,094	0,628	0,089	0,259	0,849	0,152
KG (n:45)	15,3±11,5	56,8±17,5	18,6±28,8	16,6±28,8	51,6±42,5	51,8±40,4	58,3±51	55,8±43,7	18,3±40,7
KG/m2 (n:45)	12,5±7,1	63±27,1	25±25,4	25±29,4	67,8±27,1	70,6±32,4	77,8±26,5	78,4±29,1	52,8±24,6
KG/m2 (n:25)	15,0±14,9	26,7±30	17,5±24,4	17,5±24,4	59,7±27,5	65,7±27	70±28,2	70,1±29,8	36,2±29
P	0,579	0,016*	0,286	0,577	0,011*	0,033**	0,528	0,246	0,116
Yaş 18-45 (n:11)	11,3±7,2	70,8±25,7	35±26,1	26±26,1	69,1±28,3	79,3±24,8	79±36,5	78,6±28,8	56,4±26,9
Yaş 45-65 (n:18)	12,7±11,3	48,3±33,6	10,3±25	27±25,7	49,8±27,8	68,8±28,3	70,8±44	75,1±27,2	46,1±42
Yaş 65 (n:22)	17±11,8	45,4±29,7	26,3±25,4	15,2±28,8	46,5±25	73,8±14,5	75±23	75,7±28	37,2±23,1
P	0,20	0,049***	0,024	0,463	0,07***	0,702	0,513	0,871	0,108

*Yükseklik fiziksel fonksiyon, enerji canlılık vitalite ve sosyal sağlık skorlarında KG 18-25 kg/m2 arasında

anlamli (p<0,05) olarak değerlendirildi.

**Statistiksel farklılık ruhsal sağlık skorlarında KG 18-25 kg/m2 arasında anlamlı (p<0,05) olarak değerlendirildi.

***Statistiksel farklılık sosyal işlevsellik skoru KG 18-45 arasında anlamlı (p<0,05) olarak değerlendirildi.

****Statistiksel farklılık sosyal işlevsellik skoru KG 18-45 arasında anlamlı (p<0,05) olarak değerlendirildi.

P, birinci y. değeriyle ikinci y. değeri arasında P değeri ortalaması ile ikinci y. değeri arasında P değeri

The patient was hospitalized again on March 2018 with right wrist pain. Her creatinine levels are stable. The pain in his right wrist was present for about 1 week, there was no trauma story, and on the last 3-4 days were accompanied by minimal swelling. On physical examination, there was swelling on the right wrist and back of the hand, pain was increasing with movement, there was no redness or temperature increase. On conventional radiographs of the hands, there was vague decrease of lunate height on the right, only detectable when compared to that on the left, as well as some hyper attenuation due to sclerotic changes. There wasn't any other finding including major collapse, fragmentation or degenerative changes. The bone shape and its relationships were preserved. (Figure 1). The patient also underwent non-enhanced magnetic resonance imaging examination of the right wrist, including coronal T1-weighted turbo spin echo (TSE) and coronal T2-weighted TSE fat-saturated images. There was diffuse low signal intensity in lunate bone especially on T1-weighted images, with minimal loss of height on its radial side. On T2-weighted images, it was noted that there was only barely visible signal loss in lunate when compared to other carpal bones, but no foci of edematous or contusional hyperintensity. All of the radiological findings were consistent with Kienböck disease on the right, with sclerotic changes, but no collapse or degenerative changes. (Figure 2). These findings suggest that the patient has avascular necrosis of the lunate bone.

Avascular necrosis due to steroid treatment in renal transplant patients is mostly seen in the femur. In our patient there is no trauma story and we think that steroid treatment may be primarily responsible for this finding as avascular necrosis of the femur. MRI is the next best imaging method after radiography. In our case we think that avascular necrosis of the lunate bone was developed after transplantation since patient did not complain of hand and wrist pain before transplantation.

After the diagnosis of Kienböck's disease, the right wrist was removed from the cast. The right wrist was taken from the plaster cast. Prednisolone therapy was gradually stopped. After stopping the steroids her creatine levels rose to 1.6-1.65 range and remained stable thereafter. The pain of the patients subsides gradually and her movements are more relaxed. The patient is now more comfortable and we are waiting the control MRI reports of the patient.

Anahtar Kelimeler: Avascular Necrosis, Lunate Bone, Renal Transplantation.



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-038

HEMODİYALİZ HASTASINDA AŞIRI DOZ METOTREKSAT KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN AĞIR PANSİTOPENİ VE MUKOZİT

Tuğba Altunkaya, Sevgi Aras, Harun Kalaça, Selma Alagöz, Ahmet Engin Atay, Numan Görgülü
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağımlı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Metotreksat, çeşitli malignite ve kronik inflamatuvar hastalıkların tedavisinde kullanılan, hastalık modifiye edici antiproliferatif ilaçlar (Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs: DMARDs) grubuna dahil bir folik asit analogudur. Primer atılım yeri böbrekler olduğundan, renal fonksiyonları bozulan olgularda birikip kemik iliği üzerine toksik etki yaparak pansitopeniye neden olabilmektedir. Metotreksat, ayrıca metabolitleri yoluyla tubuloepitelial hücrelere doğrudan toksik etki yaparak ve/veya kristalleri intratubuler obstrüksiyona yol açarak akut böbrek yetersizliği yapabilir. Bu yazıda, Metotreksat'ın aşırı dozda kullanımına bağlı gelişen ağır pansitopeni ve mukozitle giden bir hemodiyaliz hastası sunulmuştur.

Olgu: Diyabetik nefropatiye bağlı son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle 8 yıldır haftada 3 kez hemodiyalize giren 76 yaşında kadın hastaya, takip eden diyaliz hekimi tarafından romatoid artrit tanısı konularak 7.5 mg/hafta dozunda MTX başlanmış. Acil polikliniğimize ağır pansitopeni, ateş yüksekliği ve ciddi mukozit tablosuyla başvuran hastanın yanlılıkla bu ilacı günde 2 kez ve 8 gün boyunca toplam 16 adet aldığı öğrenildi. Fizik muayenede genel durum kötü, şuur açık, koopere ve oryanteydi. TA:100/60mmHg, NDS:104/R, Ateş:38C0 idi. Ağız mukozasında hemorajik, ülsere lezyonlar nedeni ile ağız açılmamaktaydı ve kollarında ve bacaklarda geniş ekimotik lezyonlar mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde: Lökosit:500/mm³, Nötrofil:200/mm³, Hb:10.3 mm³, PLT:56.000/mm³, CRP:188mg/L, kreatinin:7.5mg/dl idi. Hastanın kan ve idrar kültürleri alınarak Meropenem 2x500 mg, Vankomisin haftada 2 kez 1gr, Flukonazol 200 mg, Tevagrastim (G-CSF) 2x48.000 MIU başlandı. Tevagrastim 2x48.000 MIU dozuna rağmen hastanın nötrofil sayısı 5 gün içerisinde tedrici olarak 0/mm³'e düşmesi üzerine Tevagrastim dozu 3x48.000 MIU olarak değiştirildi. CRP:384 mg/L olması üzerine antibiyoterapisi Meropenem 2x500 mg, Daptomisin 500 mg 48 saatte 1 ve Caspofungin 50mg olarak değiştirildi. Tevagrastim dozu 3x48.000 MIU'ye artırılmasından sonra 4 gün içerisinde Lökosit:1400/mm³, Nötrofil: 440/mm³, PLT:88.000/mm³'e yükseldi. Tevagrastim dozu tedrici olarak azaltılarak kesildi. Hastaya yatışı sürecinde toplam 6 ünite havuzlanmış trombosit süspansiyonu ve 3 ünite eritrosit süspansiyonu transfüzyonu yapıldı. Hastanın oral mukozite bağlı şiddetli ağrısının devam etmesi üzerine Sodyum aljinat süspansiyonu içerisine 1 ampul morfin konularak günde 3 defa gargara yapıldı. Morfinli gargara uygulamasından sonra hastanın ağrısında belirgin azalma gözlemlendi. Antibiyoterapi altında yatışının 17. gününde CRP:20mg/L, Lökosit:17.900/mm³, Nötrofil:13.300/ mm³ ve PLT:175.000/ mm³ olması üzerine hasta eksterne edildi.

Sonuç: Metotreksat, renal yolla atılan bir ilaç olması nedeniyle son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda birikerek kemik iliğini baskılayabileceği için tercih edilmemelidir. Ağır kemik iliği supresyonuna bağlı gelişen nötropeni varlığında, olağan G-CSF dozuna yanıt alınamıyorsa doz artırılarak nötrofil sayısını yükseltip hasta sağ kalımını arttırılabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Metotreksat, hemodiyaliz, pansitopeni, mukozit

PS-039

TİP II DM VE NONDİYABETİK OBEZ BİREYLERDE NEFROPATİ TANISINDA MİKROALBÜMİNÜRİ VE HAPTOGLOBİNÜRİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Numan Görgülü, Münevver Avcı, Ahmet Engin Atay

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağımlı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Diyabetik nefropati, kronik böbrek yetersizliğinin (KBY) en sık nedenidir ve nefropatinin ilk bulgusu 24 saatlik idrarda mikroalbüminüri olmasıdır. Fakat

mikroalbüminürinin pozitif prediktif değeri %43, negatif prediktif değeri %77 olarak saptanması, daha spesifik ve sensitif bir marker bulunma ihtiyacını gündeme getirmiştir. Çeşitli çalışmalarda üriner proteomlar incelenmiş ve özellikle idrarda bakılan haptoglobin düzeylerinin nefropati gelişimini öngörmeye anlamlı olabileceği saptanmıştır. Bu düşünceyle tip 2 diabetes mellitus hastaları ve nondiyabetik obez bireylerde haptoglobinin düzeylerinin mikroalbüminürine ek ya da alternatif olarak kullanılmasının nefropati tanısı koymada anlamlı olup olmadığını göstermeyi amaçladık.

Yöntemler: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 18 yaş üstü toplam 140 diyabetik, nondiyabetik obez, bozulmuş açlık glukozu (BAG) olan obez ve KBY'li hastada hemogram, biyokimya parametreleri, sistatin C, tam idrar tetkiki ve spot idrarda mikroalbümin/kreatinin oranı (MKO) ve haptoglobin/kreatinin oranı (HKO) çalışıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 140 hastanın 62'si diyabetik, 37'si normoglisemik obez, 19'u BAG olan obez, 22'si de KBY'li hastalardı. KBY grubunun MKO ortalaması, DM, obez ve BAG gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0.0001$), DM grubunun MKO ortalaması obez grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0.05$). DM grubunda HKO ve MKO düzeyleri arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı ($r=0.319$ $p=0.011$). Obez, BAG ve KBY gruplarında, HKO ve MKO düzeyleri arasında anlamlı korelasyon saptanmadı ($p>0.05$).

Sonuç: Diyabetik grupta haptoglobinin ve mikroalbüminürinin arasında anlamlı korelasyon bulunurken diğer gruplarda bu ilişki saptanmadı. HKO, diyabetik hasta grubunda MKO gibi kullanılabilir yeni bir belirteç olarak düşünülebilir. Fakat HKO'nun klinik kullanıma girebilmesi için daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Diabetes mellitus, nefropati, mikroalbüminürini, haptoglobinin

PS-040

DİYABETİK BİR HASTADA İNFEKTİF ENDOKARDİTE BAĞLI UYGUNSUZ ADH SENDROMU VE AĞIR HİPONATREMİ

Rukiye Çelik, İrem Onar, Osman Küskü, Dilan Adıgüzel, Betül Yiğit, Nihal Topkaya, Numan Görgülü

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Hiponatremi, serum sodyum konsantrasyonunun 135mEq/L altında olmasıdır ve sık görülen elektrolit bozukluğudur. Uygunsu Anti-Diyüretik Hormon sendromu (UADHS), övolemik hiponatreminin en sık nedenidir ve etyolojide ilaçlar, tümörler ve çeşitli enfeksiyon etkenleri gibi altta yatan hastalıklar sorumludur. İnfektif endokardit, kalbin endokard tabakasını ve sıklıkla kalp kapaklarını da tutan hayatı tehdit eden sistemik bir enfeksiyondur. Bu yazıda, infektif endokardit nedeni UADHS'na bağlı hiponatremi ile gelen ve enfeksiyon tedavisi sonrası klinik ve laboratuvar tablosu düzelen bir diyabetik hasta sunulmuştur.

Olgu: Yeni tanı tip II diabetes mellitusu olup acil servise halsizlik ve bilinç bozukluğu şikayeti ile başvuran 47 yaşında erkek hasta övolemik hiponatremiyle yatırıldı. Fizik muayenede genel durum orta, şuur bulanık, nonkoopre idi. TA:110/70mmHg, NDS:84/R, ateş: 36.9C° idi. Bilateral akciğerlerinde kaba ralleri vardı, S1 S2 N, ek ses ve üfürümü yoktu. Bilateral kalçaları, karnı ve kollarında yaygın kümelenme gösteren makulopapüler kırmızı renkli döküntüleri mevcuttu. Laboratuvarında Na:113mEq/L, K:4.0mEq/L, kreatinin:0.8mg/dl, Albumin:1.9g/dl, Total bilirubin:1.2mg/dl, Lökosit:15520/mm³, Hb:10gr/dl, CRP:151mg/L, Prokalsitonin:4.72ng/ml idi. PA AC grafisinde multipl kaviter lezyonları olan hastanın toraks BT'sinde parankimde bilateral yaygın infiltrasyon görüldüğünden, ayırıcı tanıda malignite metastazı, fungal veya bakteriyel enfeksiyon düşünüldü. Bilinç bozukluğu olan hastanın yapılan kranial MR'nın normal olduğu belirtildi. Subfebril ateşi olan hastanın alınan kan kültürlerinde Metisilin duyarlı Staphylococcus aureus üredi. Hastanın transtorasik ekokardiyografisinde perikardiyal effüzyon, triküspit kapak septal leaflet üzerinde sağ ventrikül tarafında 2,6 cm² alanında 2,4 cm büyüklüğünde kitle imajı gözlemlendi. Transözofageal ekokardiyografisinde triküspit kapak atriyal yüzde

1,7 cm boyutlarında lineer uzanım gösteren hareketli kitle imajı (vejetasyon), sekundum atrial septal defekt ve buna bağlı kontrast madde enjeksiyonu ile negatif dolu ve Valsalva ile soldan sağa geçiş izlendi. Bu bulgularla infektif endokardit olarak değerlendirilen hastaya meropenem ve daptomisin tedavisi başlandı. Tedavi sonrası hastanın kliniği düzeldi, sodyum ve diğer laboratuvar değerleri normale döndü. Akciğerdeki kaviter lezyonları ve ciltteki döküntüleri septik emboliye bağlanan hastanın akciğer lezyonları da tamamen kayboldu.

Sonuç: İnfektif endokardit ve diğer enfeksiyonların uygunsu ADH sendromuna yol açabileceğini aklımızda tutmalı ve altta yatan durum düzeltildiğinde klinik ve laboratuvarın da düzeleceğini, öncelikle nedenlerin araştırılıp sorumlu patolojinin ortadan kaldırılması gerektiğini aklımızda bulundurmamız

Anahtar Kelimeler: İnfektif endokardit, uygunsu ADH sendromu, hiponatremi

PS-041

HEMODİYALİZ HASTASINDA PİPERASİLİN/TAZOBAKTAMIN TETİKLEDİĞİ TROMBOSİTOPENİ

Can Hüzme¹, Yılmaz Canım², Murat Güllü², Kazım Öztürk², Ferhan Candan³

¹Hatay Devlet Hastanesi Nefroloji Kliniği

²Hatay Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

³Cumhuriyet Üniversitesi Nefroloji Bölümü

Giriş: Trombositopeni çeşitli etyolojilere bağlı gelişebilmektedir. Beta laktam antibiyotikler trombositopeniye yol açabilmektedir. Beta laktamlar genellikle uzun süre kullanılmasına bağlı trombositopeni gelişir fakat nadir olarak erken dönemde trombositopeniye yol açabilir.

Olgu: Olgumuz 82 yaşında bayan hasta kronik böbrek hastalığı tanısı ile kliniğimize başvurdu. Laboratuvar verileri, glukoz 151mg/dl, BUN 139mg/dl, kreatinin 10,8mg/dl, lökosit sayısı 6700/mm³, hemoglobin 9,7gr/dl, platelet sayısı 205000/mm³, c-reaktif protein 0,9mg/dl idi. Hastaya hemodiyaliz katateri açılarak hemodiyalize başlandı. Yatışının 2. haftasında ateş ve inflamasyon markırları (c-reaktif protein 6,9mg/dl, lökositöz) yüksek olması üzerine enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu istendi. Hastanın kültürleri alındı ve ampirik olarak Piperasilin/ Tazobaktam başlandı. Tedavinin ikinci gününde hematüri ve burun kanaması olması üzerine hastanın tetkikleri istendi. Laboratuvar verileri, lökosit 10700, hemoglobin 10,7gr/dl ve trombositleri 1,4/mm³ ve INR, PT normal olarak saptandı. Hastanın periferik yayması trombositopeni ile uyumluydu. Piperasilin/Tazobaktam kesildi, trombosit süspansiyonu verildi ve 60mg steroid verildi. İkinci gün trombositler 26000/mm³, üçüncü gün 116000/mm³ beşinci gün 205000/mm³ olarak saptandı. Kültürlerinde üreme olmaması üzerine antibiyotik verilmedi. Takiplerinde tedavinin 3. gününde steroid kesildi. Hastanın otoantikörleri ANA, Anti Ds DNA, romatoid faktör, antikardiyolipin ve lupus antikoagulan negatifti. Kompleman C3 ve C4 normal olarak saptandı. Takiplerinde trombositlerde tekrar düşme olmadı.

Sonuç: Sonuç olarak Piperasilin/Tazobaktama bağlı nadir olarak tedavi başında trombositopeniye yol açabilmektedir. Bu yan etkisini erken tanı için ilaç başlandıktan sonra ilk üç gün belki hemogram takibi yapılması yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Piperasilin/Tazobaktama, trombositopeni

PS-042

TRANSPLANT RENAL ARTER STENOZU (TRAS): TEK MERKEZLİ 6 VAKA SERİSİ

Ali Burak Haras, Serap Yadigar, Ergün Parmaksız, Okan Akyüz, Meral Meşe, Zerrin Bicik Bahçeşahi

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Transplant renal arter stenozu (TRAS) ve posttransplant arteriyel hipertansiyon; allograft disfonksiyonu ve greft kaybının tedavi edilebilir bir

nedenidir. Transplantasyondan sonra genellikle 3 ay ila 2 yıl arasında görülür. Prevelansı farklı serilerde %1 ila %23 arasında değişmektedir. TRAS gelişimi ile ilgili risk faktörlerinde donör yaşı, uzamış graft fonksiyonu, soğuk iskemik zamanı, eşlik eden CMV enfeksiyonu ve cerrahi teknik rapor edilmiştir. Perkütan Transluminal Anjiyoplasti (PTA) vakaların %60-90 arasında böbrek perfüzyonu sağlayarak tedavide başarı sağlamaktadır.

Materyal ve Metod: Hastanemiz Organ Nakli Ünitesinde 2017 yılında renal transplantasyon yapılan toplam 26 vakanın (11 kadavra, 15 canlı) 6'sında TRAS rapor edildi. Hastaların ortalama başvuru TA: 168/92 mm Hg idi. Hastaların ortalama yaşı 47 idi. 3 vaka kadaverik 3 vaka ise canlı nakil idi. Hastaların 4'ü erkek, 2'si kadındı. Tüm hastalara nakilde rATG ile indüksiyon yapılmış ve hepsi idame tedavi olarak Deltacortyl+Mikofenolat Mofetil+Tacrolimus almaktaydı. Kadaverik donörlerde soğuk iskemik zamanı minimum 184, maksimum 312 dakika idi. Tüm hastalarda bakılan CMV-PCR negatifti. 3 hasta Tip 1 DM, 1 Hasta Tip 2 DM, 1 hasta Hipertansiyon ve 1 hasta ise etyolojisi bilinmeyen Son Dönem Böbrek Hastalığı nedeniyle renal transplantasyon yapılan hastaydı. Hiç bir hastada uzamış greft fonksiyonu izlenmemişti. Olayın gelişme süresi nakilden sonra ortalama 106. gündü. Sadece 1 hasta preemtif nakil olup, nakilden önce 4 hasta HD, 1 hasta CAPD tedavisi altındaydı. Hastaların HLA uyum oranı 1,6/6 idi. Tüm vakalar posttransplant hipertansiyon ve akut allograft disfonksiyonu ile başvurdu. Görüntüleme olarak ilk önce Renal Doppler USG yapıldı. Daha sonra şüpheli vakalarda Transplant Renal Arter ve İliak artere yönelik MR anjiyografi yapıldı. Stenoz saptanan vakalar girişimsel işlem için Kardiyoloji kliniğine yönlendirildi. Hastalara PTA yapılarak stent takıldı. Sadece bir hastanın HD ihtiyacı oldu. 2 seans HD alındı. Takiplerinde hastaların antihipertansif ihtiyacı azaldı. İşlem sonrası hastaların ortalama TA 115/63 mmHg idi.

Tartışma-Sonuç: TRAS böbrek nakli sonrası allograft disfonksiyonunda Akut Humoral Rejeksiyon, enfeksiyonlar ile birlikte ilk akla gelen sebeplerden biridir. Diğer risk faktörleri ile birlikte cerrahi teknik gelişiminde önemli rol oynar. Erken müdahale ile greft fonksiyonu korunabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: transplant renal arter stenozu, renal transplantasyon, hipertansiyon, allograft disfonksiyonu



Şekil 1.

Tablo 1: Transplant Renal Arter Stenozu Vaka Serisi (TRAS-2017)

	Yaş	Cinsiyet	Nakil Türü	Öncesindeki RRT	HLA Uyumu	Soğuk İskemi Zamanı	Olayın Gelişme Süresi	SDBH Etiyolojisi	İdame
Vaka 1	58	Erkek	Kadavra	10 Yıl HD	4/6 (A2-B51-B51-DRB1-11)	312 Dk	124.Gün	Unknown	DC+MMF+ Tacrolimus
Vaka 2	48	Erkek	Kadavra	13 Yıl CAPD	2/6 (A32-DRB1-11)	186 Dk	221.Gün	TİP 1 DM	DC+MMF+ Tacrolimus
Vaka 3	25	Kadın	Kadavra	2 Yıl HD	0/6	235 Dk	112.Gün	Hipertansiyon	DC+MMF+ Tacrolimus
Vaka 4	39	Kadın	Canlı- Anne	4 Ay HD	3/6 (A1-B1-DR1)	-	107.Gün	TİP 1 DM	DC+MMF+ Tacrolimus
Vaka 5	55	Erkek	Canlı-Eş	5 Ay HD	1/6 (DRB1)	-	35.Gün	TİP 1 DM	DC+MMF+ Tacrolimus
Vaka 6	59	Erkek	Canlı-Eş	Preemtif	0/6	-	37.Gün	TİP 2 DM	DC+MMF+ Tacrolimus

PS-043

İLERİ EVRE KRONİK BÖBREK HASTALIĞINDA YOĞUN ULTRAFİLTASYON E-GFR KAYBINA NEDEN OLUR ANCAK MORTALİTEYİ ETKİLEMEZ

Özgür Can¹, Gülizar Manga Şahin², Süheyla Apaydın³

¹Bitlis Tatvan Hastanesi

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Yoğun ultrafiltrasyonun, hipervolemik KBY'li hastalarda (e-GFR <60 ml/dk) e-GFR ve mortalite üzerine olan etkilerini incelemeyi amaçladık.

Yöntemler: Haziran 2012 ve Mayıs 2017 arasında diüretik tedavi verilmesine rağmen; ağırlık kaybı sağlanamayan hastalara yoğun ultrafiltrasyon uygulandı. e-GFR kaybı ve ilk 100 günde tüm nedenlere bağlı mortalite değerlendirildi. Yatış ve taburculuk e-GFR arasındaki fark >1 ml/dk ise e-GFR değişimi kabul edildi.

Bulgular: Ortalama yaş ve erkek hasta yüzdesi sırasıyla 64 ±14 yıl ve 68,5'di. KBY evre 3, 4 ve 5 hasta sayıları sırasıyla 11, 18 ve 62'di. Ortalama yatış süresi 15, 9±8, 8 gün olup hastaların %23,2'sinde KKY mevcuttu. Ortalama toplam ultrafiltrasyon miktarı 10 litre, seans başına 1,8 litreydi. Hastalar ortalama 10 kilogram (sınırlar: 4-28 kg) ağırlık kaybettiler.

Taburculuk esnasında e- GFR kaybı, artması olan ve stabil kalan hasta sayıları sırasıyla 47, 27 ve 19'du. e- GFR kaybı olan hastaların e- GFR değeri artan ve stabil kalan hastalar ile karşılaştırması Tablo 1'dir. e- GFR artışı olanların daha düşük serum kreatinin ve BUN düzeylerine sahip oldukları görüldü. Multivaryans analiz, hipalbuminemi, hiponatremi, yüksek CRP, TSH, ürik asit ve kreatinin seviyelerinin anlamlı olarak e- GFR kaybı ile ilişkisini gösterdi. Taburculukta hastaların %71,1'i diyaliz bağımlıydılar.

İlk 100 günde hastanede ve taburculuk sonrası tüm nedenlere bağlı ölüm oranı %26,4'ü. Cox regresyon analizi, yüksek kreatinin düzeyinin ölüm riskini azalttığını, ileri yaş, yüksek hemoglobin ve TSH seviyelerinin ölüm riskini anlamlı şekilde artırdığını gösterdi. Ultrafiltrasyon miktarının mortalite üzerine etkisinin olmadığı saptandı (Tablo 2).

Sonuç: Ultrafiltrasyon yapılmış hipervolemik KBY tanılı hastaların büyük çoğunluğu taburcu olurlarken diyaliz bağımlıydılar. Kreatinin seviyeleri düşük olan hastalarda taburcu olurlarken e- GFR'de yükselme görülürken ileri böbrek yetmezliği olanlarda e- GFR'de kötüleşmeyle diyaliz ihtiyacı gelişebilir. Yine ultrafiltrasyon miktarının mortalite üzerinde etkisinin olmadığı saptandı.

Anahtar Kelimeler: hipervolemi, ultrafiltrasyon, diyaliz, glomeruler filtrasyon hızı, mortalite

Tablo 1: GFR'si artan, azalan ve stabil kalan hastaların karşılaştırılması

Parametreler	GFR Kayıp (n:45)	GFR Artış (n:27)	GFR Stabil (n:19)	p
Yaş, yıl	63±14,6	69±11,4	60±13,5	0,060
Erkek, %	71,1	66,7	65	AD
e-GFR≤ 15 ml/dk, %	80	77,8	90	AD
Oligüri, %	18,8	27,3	0	AD
Şiddetli Ödem, %	13,3	25,9	0	0,041
Creatinine, mg/dl	6,2±3	3±1,6	7±2,1	0,000
BUN, mg/dl	89±27	68±27	85±26	0,007
Ağırılık kaybı, kg	-10,2±4,4	-11,5±6	-9,4±5	AD
UF Hacmi/Seans, kg	1,4±0,9	1,3±0,8	1,5±0,7	AD
EF%	50±13	46,6±14	54±14	AD
KKY, %	30,6	46,2	21,4	AD
hb, g/dl	9,4±2	10±2	9±2	AD
albumin, g/dl	2,7±0,7	2,9±0,6	2,6±0,6	AD
Sodyum, mmol/l	135,5±8	135±5	136±5	AD
Potasyum, mmol/l	4,8±1	4,7±0,9	5±0,8	AD
Ürik asit, mg/dl	8±3,2	10±2,7	6,8±2	0,008
Magnezyum, mg/dl	2±0,4	2,2±0,5	1,9±0,3	AD
TSU, IU	1,7±1,1	3,6±6,4	2,3±3,6	AD
CRP, mg/dl	4,3±4,5	5,3±8,5	7,2±8	AD

Tablo 2: Mortaliteyi etkileyen faktörler

Parametreler	Exp (B)	95.0% GA (lower and upper)	p
Yaş	1.162	1.012/1.333	0.033
Kreatinin mg/dl	0.062	0.004/0.950	0.046
Ağırılık Kaybı /Seans, kg	1.013	0.772/1.328	0.926
UF/Seans, ml	3.930	0.671/23.021	0.129
Ejeksiyon Fraksiyonu, %	1.027	0.933/1.131	0.587
hb, g/dl	3.210	1.343/7.674	0.009
Albumin gr/dl	0.351	0.024/5.184	0.446
Sodyum, mmol/l	1.074	0.946/1.220	0.269
Potasyum, mmol/l	3.442	0.733/16.157	0.117
Urate, mg/dl	1.105	0.745/1.638	0.619
CRP mg/dl	0.948	0.795/1.129	0.546
TSH IU	1.392	1.097/1.766	0.006

PS-044

SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ İLE GELEN HİPOKALEMİK OLGUDA NADİR BİR NEDEN, LİDDLE SENDROMU

İlter Bozacı, Erhan Tatar, Mehmet Nuri Yurtman, Gizem Yıldırım

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Liddle sendromu, otozomal dominant geçişli, nadir bir klinik tablodur. Toplayıcı tübüllerin epitelyal sodyum kanallarındaki beta ve gama alt ünitelerini kodlayan SCNN1B ve SCNN1G genlerindeki genetik mutasyonların sonucunda ortaya çıkar. Artmış sodyum reabsorpsiyonu ve çoğu olguda eşlik eden artmış potasyum sekresyonu görülür. Klinikte genç, hipertansif, hipokalemik ve metabolik

alkalozu olan olgulardır. Eşlik eden bulgular arasında düşük plazma renin aktivitesi ile primer hiperladosteronizmin aksine plazma aldosteron konsantrasyonunda ve idrarda aldosteron atılımında azalma yer almaktadır. Laboratuvar ve klinik bulgulara göre tanı konulsa da Liddle sendromu tanısında en doğru method genetik test ile gen mutasyonunun gösterilmesidir. Olgumuzda 41 yaşında, acil servise bulantı kusma şikayetleri ile başvuran kadın hastada hipertansiyon, hipokalemi ve üre kreatinin yüksekliği tespit edildi. Yapılan tetkikler sonucunda Liddle Sendromu tanısı alan olgumuzdan yola çıkarak özellikle hipokaleminin eşlik ettiği hipertansif genç hastalarda ayırıcı tanıda nadir genetik bir neden olarak akla gelmesi gerektiğini vurgulamayı amaçladık

Olgu: 41 yaşında kadın hasta acil servise bulantı, kusma, nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. Genel durumu orta, bilinci açık, oryante ve koopere idi. Fizik muayenesinde tansiyon arteriyel 190/100 mmHg ; nabız 92/dk, ateş 37,2°C; O2 98 saptandı. Yaklaşık 3 yıl önce aldığı hipertansiyon tanısı dışında hastalık öyküsü yoktu. Verilen anti-hipertansif tedaviyi düzenli kullanmadığını belirten hastanın geliş ve taburculuk tetkikleri tablo-1'de, diğer tetkikleri ise Tablo-2'de sunulmaktadır. Ultrasonografisinde böbrek boyutları (sağ/sol) 92/90 mm, ekjeniteleri grade 2-3 olarak saptandı. Üremik semptomları olan, hipertansif ve üre kreatinin değerleri yüksek olan hasta acil serviste hemodiyalize alındı. En son 3 yıl öncesine ait tetkiki olan hastanın o dönemde böbrek fonksiyon testlerinin normal, K+ seviyesinin ise düşük olduğu (3.1 mg/dl) tespit edildi. Başvurusundaki tetkiklerinde de hipokalemi olan hastanın 24 saatlik idrarda K değeri yüksek tespit edildi. Serum ve idrarda kortizol düzeyi normal iken renin ve aldosteron düzeyleri düşük saptandı. Renal doppler ultrasonografide renal arter stenozu saptanmadı. Bilateral grade 2-3 hipertansif retinopati ve EKO'sunda ejeksiyon fraksiyonu %50 saptanan hastanın 24 saatlik idrarda 1.5 gr/gün proteinürisi ve hematürisi vardı. Vaskülitik nedenlere yönelik olarak istenen C3, C4, ANA, ANCA (p-c), Ig G, Ig A, Ig M, protein elektroforezi ile immünfiksasyon elektroforezi tetkiklerinin sonucu normal saptandı. Hipertansiyonu, hipokalemi, düşük renin ve aldosteron düzeyleri saptanan hasta Liddle sendromu olarak değerlendirildi. Son dönem böbrek yetmezliği ile hemodiyalize devam eden hasta transplantasyon listesine eklenerek takibe alındı.

Tartışma: Potasyum, büyük kısmı hücre içinde yer alan bir elektrolit olup eksikliği ishal, kusma, diüretik ilaç kullanımı, primer hiperladosteronizm gibi birçok farklı nedenle ortaya çıkabilmektedir. Olgumuzda, hipokaleminin eski tetkiklerinde de mevcut olduğu, potasyum kaybının da böbrek kaynaklı olduğu tespit edildi. Hipertansiyonu ve hipokalemi olan olguda renin ve aldosteron düzeylerinin düşük saptanması ile Liddle Sendromu düşünüldü. Asemptomatik sınırda düşük potasyum seviyeleri tespit edilen olgularda özellikle eşlik eden hipertansiyon varlığında ayırıcı tanıda Liddle sendromu mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Liddle, hipokalemi, hipertansiyon

Tablo 1: Hastanın başvuru ve taburculuk tetkikleri

	Başvuru	Kontrol
Üre (mg/dl)	158	51
Kreatinin(mg/dl)	7,3	4
Na(meq/L)	135	131
K(meq/L)	3,21	4,35
Ca(mg/dl)	9,6	10,9
Hb(g/dl)	7,9	10,3
Hct(%)	23,7	32,2
Eritrosit(106/ul)	2,93	3,75
Lökosit(103/ul)	12,2	8,91
Platelet(103/ul)	131	340
Ferritin (mg/dl)	312,3	157,8
Parathormon(PTH (pg/ml)	178,8	33,9
PH;HCO3(a);PCO2	7,3;19,9;38,7	7,32;22;36,5

Tablo 2: Hastanın Yatış Değerleri

C3 (mg/dl) (88-252)	146
C4 (mg/dl) (13-75)	68
ANA	Negatif
C-ANCA PR3	Negatif
MPO ANCA	Negatif
Kappa,Lamda Hafif Zincir (serum ve idrar)	Normal
Ig G,IgA,IgM (mg/dl) (816-959;75-100;97-118)	944;88;112
Protein Elektroforezi	Normal
Renin (ng/ml) (0,5-1,9)	0,32
Aldosteron(pg/ml) (29,4-161,5)	23,7
Kortizol (ug/dl) (6,7-22,6)	18,41
24 saat idrar protein/kreatinin	1532mg/gün
24 sa idrar K +(mg/gün)	34

PS-045**EVRE 3-5 KRONİK BÖBREK HASTALARINDA BAZ AÇIĞI, ANYON GAP VE DELTA ORANI İLE HASTA SONLANIMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**İlter Bozacı¹, Ali Nazmi Can Doğan², Merve Aktar², Alev Mahşer², Gizem Yıldırım², Erhan Tatar¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Bilim Dalı

Kronik böbrek hastalığı (KBH) seyrinde metabolik asidoz (MA) sık görülen bir durumdur. Sıklıkla stabil hastalarda MA değerlendirmesinde serum bikarbonat düzeyleri kullanılmakta ve tedavi kararında önemli bir belirteç olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte bu hastalarda Baz açığı (BE), anyon gap ve delta oranı ile ilgili ise literatürde yeterli veri yoktur. Bu çalışmanın amacı KBH nedeni ile polikliniğimizde takip edilen hastalarda BE, anyon gap ve delta oranı ile hastalık progresyonu, renal replasman tedavisi (RRT) ihtiyacı ve mortalite arasındaki ilişki araştırmaktır.

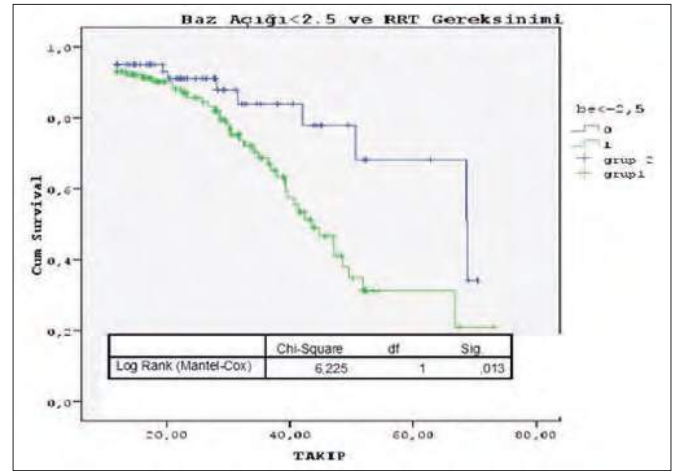
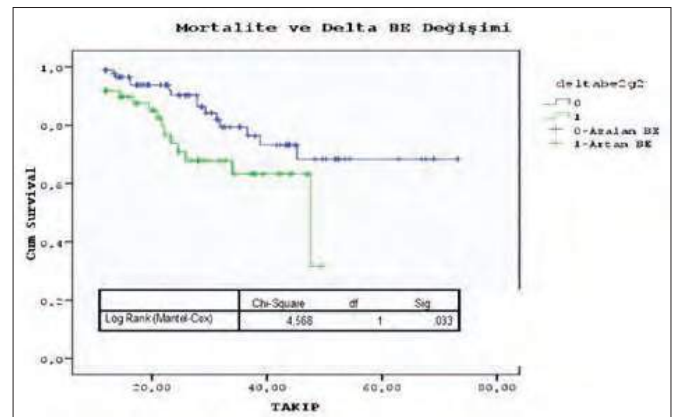
Gereç ve Yöntem: Polikliniğimizde Ocak 2009-2016 tarihleri arasında başvurmuş, erişkin Evre 3-5 KBH nedeniyle en az 12 ay izlemi olan hastalar çalışmaya alındı. BE, Anyon Gap ve delta oranı venöz kan gazında ve eş zamanlı biyokimya değerlerine göre yapıldı. Hastalar BE<-2.5 altında olan (grup 1) olmayan (grup 2) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Delta BE son kontrol BE'den ilk kontrol BE çıkarılmasıyla delta bikarbonat son kontrol bikarbonattan ilk kontrol bikarbonat farkı ile hesaplandı. Delta BE artan ve azalan olmak üzere 2 gruba ayrıldı.

Sonuçlar: 212 hasta çalışmaya alındı. Ortalama takip süresi 28±15 aydı. %34'de MA mevcuttu. Bunların %61'de (n=44) yüksek AG metabolik asidoz mevcuttu. Bunların delta oranları 0.73±0.67'di. delta oranına göre 18'de (%41) izole normal AG MA, 16'da (%36) normal ve yüksek AG MA, 7'de (%16) izole yüksek AG ve 3'de (%7) yüksek AG MA ve Metabolik alkaloz mevcuttu. Takip süresince hastaların %45'de progresyon ve %30'unda RRT gereksinimi oldu. %19'da ölüm gerçekleşti. Grup 1 (n:130) (BE<-2.5) grup 2 (n:82) ile kıyaslandığında progresyon (%53vs%32;p=0.002), RRT gereksinimi (%35vs%15;p=0.001) daha fazlaydı. Mortalite arasında fark yoktu (%21vs%17;p=0.5). Bu bulgular tablo 1.de verilmiştir. Cox regresyon analizinde (değişkenler; yaş, cinsiyet, Diyabet öyküsü, Bazal GFH, Bikarbonat ve BE<-2.5) progresyonu sadece diyabet varlığı bağımsız öngörürken, RRT gereksinimi için ise bazal BE<-2.5 olması (Exp(b):2.02; p<0.05) ve GFH değerleri (Exp(b):0.98; p=0.01) bağımsız öngörmekteydi. RRT gereksinimi ile BE arasındaki ilişki Kaplan meier analizinde şekil 1 de

verilmiştir. Diyabetik olmayan olgularda ise KBH'da progresyon için BE<-2.5 olması bağımsız öngörmekteydi (Exp(b):2.33;p<0.05). Mortalite ile bazal kan gazı parametreleri arasında ilişki saptanmazken, son kontrol BE ve bikarbonat düzeyleri ölenlerde daha düşüktü. Bunlarda Delta bikarbonatta istatistiki olarak fark yokken delta BE (-0.80±6.7 vs +1.69±5.7;p<0.05) anlamlı daha düşüktü. Cox regresyon analizinde mortaliteyi delta BE(Exp(b):0.90; p<0.01) ve bazal serum albumin (Exp(b):0.34; p<0.001) öngörmekteydi. Kaplan meier analizinde delta BE azalan grupta mortalite anlamlı yüksek saptandı (şekil 2). Yüksek anyon gaplı MA olan olgular delta oranına göre gruplandırıldığında mortalite açısından fark yokken, mikst tip MA da progresyon, ve RRT gereksinimi anlamlı yüksekti (p<0.05). Progresyon ve RRT gereksinimi sırasıyla İzole Düşük AG (%33,%20), mikst tip AG (%81,%60), izole yüksek AG'lı MA (%28,%10) ve MA eşlik eden metabolik alkaloz 3 olgu (%100,%66)'dı. Mikst tip AG'da progresyon ve RRT anlamlı yüksek saptandı.

Çıkarışma: Evre 3-5 KBH'larının izleminde BE'i takibi progresyon ve RRT'ni ön görmede önemli bir parametredir. Bu hastalarda BE değişimi ile mortalite arasında ilişki vardır. Mikst tip AG'lı metabolik asidoz varlığı kötü renal sonlanımla ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek hastalığı, metabolik asidoz, baz açığı, delta oranı, progresyon, ölüm

**Şekil 1.****Şekil 2.**

Tablo 1: Baz açığı olanlar ve olmayanların kıyaslanması

	Baz Açığı Olanlar (BE<2.5, n=130)	Baz açığı Olmayanlar (BE>2.5, n=82)	P değeri
Yaş (yıl)	66±12	66±11	0.9
Cinsiyet (E/K) (%)	55	54	0.8
Diabetes Mellitus(%)	51	52	0.8
Serum Üre (mg/dl)	111±55	96±43	0.03
Serum Kreatinin (mg/dl)	3.2±1.7	2.7±1.0	0.01
Glomerüler Filtrasyon Hızı (MDRD) (ml/dak/m ²)	23±11	26±11	0.06
Ürik Asit(mg/dl)	7.9±2.0	8.1±1.8	0.7
Serum Sodyum (mmol/L)	136±5.7	136±5.9	0.5
Serum Potasyum (mmol/L)	4.96±0.8	4.78±0.7	0.1
Serum Kalsiyum (mg/dl)	9.0±0.8	9.1±1.0	0.2
Serum Fosfor (mg/dl)	4.0±0.9	3.8±0.9	0.1
Serum Klorür (mg/dl)	106±6.8	101±6.7	<0.001
Serum Albumin (g/dl)	3.9±0.6	4.0±0.4	0.2
Hemoglobin (g/dl)	11±1.6	12±1.8	0.01
Serum Bikarbonat (meq/L)	18.6±2.6	24.4±2.4	<0.001
Baz Açığı	-6.5±3.0	0.14±2.1	<0.001
Ph	7.33±0.6	7.37±0.5	<0.001
Metabolik asidoz (+/-) (%)	55	0	<0.001
RRT gereksinimi	35	15	0.001
Progresyon	53	32	0.002
Ölüm	21	17	0.5

PS-046**AV FİSTÜL KULLANIMINA BAĞLI KOMPLİKASYONLARIN ERKEN TANISI, TEDAVİSİ VE ÖNLENMESİNDE MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM**

Nail Kahraman, Deniz Demir

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Hemodiyaliz tedavisinin de yeterli kan akımını sağlayan uygun bir vasküler erişim yolunun varlığı son derece önemlidir. Öncelikli olarak damar yolu erişimi için iğne giriş yerinin çabuk iyileşmesi ve kullanılabilirlik oranının yüksek olmasından dolayı arterivenöz fistül (AVF) önerilmektedir. AVF'ün fizik muayenesinde inspeksiyon, oskültasyon ve palpasyon deneyimli hekim ve hemşire tarafından yapılmalıdır. Anastomoz bölgesinde üfürümün kalitesinde değişiklik, kanülasyonda güçlük, venöz basınç değerlerinde açıklanamayan artışlar, arteriyel basınçta yükselme, iğnelerin çıkarılması sonrası kanamanın uzun süre kontrol altına alınamaması ve intradiyalitik kan akımını sürdürmede güçlük fistül fonksiyonunun değerlendirilmesinde önemli göstergelerdir.

Yöntemler: AV fistül kullanımı sırasında enfeksiyon, stenoz, anevrizma/pseudoanevrizma, pıhtılaşma (tromboz), AVF giriş yerinden uzamış kanama ve yüksek debili fistül ile kliniğimize başvuran ve tedavileri yapılan hastaları retrospektif olarak değerlendirdik (Tablo 1). Toplamda 64 hasta, 27 kadın (%42.1), yaş ortalaması 49.7±12.21, DM 43 (%67.1) hastada, HT 46 (%71.8) hastada tespit edildi.

Bulgular: Toplamda 64 hasta değerlendirildi. Tablo 1'de AVF komplikasyonu ile başvuran ve kurtarılan hastalar gösterilmiştir. Greft enfeksiyonu %42.8 (3/7), stenoz %85.7 (12/14), anevrizma/ pseudoanevrizma %82.6 (9/10), tromboz %22.2 (4/18), fistül giriş yerinden uzamış kanama %88.8 (8/9), yüksek debili fistül %100 (6/6) oranındaki hastanın fistülü kurtarıldı.

Sonuç: Özellikle tromboz grubunda %22.2 (4/18) ve greft enfeksiyonu grubunda %42.8 (3/7) fistül kurtarma oranımız düşük çıkmıştır. Bu düşük oranın geçikmiş müdahaleye bağlı olduğunu düşünüyoruz. AVF girişim alanı uzun ise her diyaliz seansında merdiven yöntemiyle bölgeler değiştirilerek kullanılmalıdır. Bu sayede AVF'de anevrizma ve stenoz oluşumu azaltılarak fistül ömrü uzatılabilir. Hemodiyalizde damar yolunun uzun süreli efektif kullanımı diyaliz hemşiresi, nefrolog, damar cerrahisi ve diyaliz hekimi ile multidisipliner bir ekip çalışması ile mümkün olmaktadır. Ayrıca kanülasyonu yapacak sağlık personeli, kanülasyon tekniklerini, kanülasyon yeri seçimini, iğne seçimini, işlem öncesi ve sonrası girişim yeri bakımını, yaşanabilecek komplikasyonları (kanama, anevrizma, enfeksiyon) ve çözümlerini bilmelidir. Bu sayede cerrahi olarak düzeltilmesi gereken komplikasyonların erken tanısı ile damar cerrahine erken sevk edilmesi ve yapılacak uygun müdahale ile AVF'lerin daha uzun süre kullanılabilmesini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, anevrizma, stenoz, kanama

**Tablo 1:**

	Number of patients n	Number of AVF rescued patients n (%)
AVF (grafted) Infection	7	3 (42.8)
AVF Stenosis	14	12 (85.7)
Aneurysm / Pseudoaneurysm	10	9 (90)
AVF thrombosis	18	4 (22.2)
Bleeding extended from the entrance	9	8 (88.8)
High-flow fistula	6	6 (100)

PS-047**İNTRAVASKÜLER HEMOLİZİN YOL AÇTIĞI AKUT TUBULER NEKROZ**

Dilan Serap Adıgüzel, Tolga Yılmaz, Özgür Han, Sevgi Aras, Ahmet Engin Atay, Selma Alagöz, Numan Görgülü

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Glukoz-6-fosfat dehidrogenaz (G6PDH) enzim eksikliği enzimopatiler içerisinde en yüksek insidansa sahiptir ve X'e bağlı geçiş gösterir. Enzim eksikliği olan kişiler asemptomatik olabileceği gibi yenidoğan sarılığı, kronik nonsferositik anemi veya akut hemolitik anemi ile başvurabilirler. G6PDH, heksozmonofosfat (HMP) yolunun ilk ve kilit enzimidir. HMP yolağı ile Nikotinamid Adenin Dinükleotit Fosfat (NADP), NADPH'ye indirgenir. İndirgen NADP ise redukte glutatyon oluşumunu sağlayarak eritrositleri oksidan strese karşı korur. G6PDH eksikliğinde eritrositler oksidatif bir strese uğradıklarında glutatyonu indirgenmiş durumda tutamadıkları için hemoliz gelişir. Bu yazıda, intravasküler hemolize bağlı gelişen bir akut böbrek yetersizliği vakası sunulmuştur.

Olgu: 32 yaş erkek hasta acil servise sarılık, halsizlik ve yüksek ateş şikayeti ile başvurmuş. Hastadan, hemolize neden olabilecek faktörlerle ilgili detaylı bilgi alınmadı. Fizik muayenede genel durumu orta, bilinç açık, cilt ve skleralar

ikterik, solunum sesleri bilateral kaba olarak tespit edilmiştir. Laboratuvar tetkiklerinde Üre:102mg/dl kreatinin:1,4mg/dl AST:102U/L LDH:>3239U/L, CK:361U/L T.Bilirubin:10,2mg/dL, D.Bilirubin:0,27mg/dL, Lökosit:30000/mm³, Hgb:5,5g/dL, PLT:237000/mm³ Haptoglobin:50mg/dL, CRP:97mg/L, D. Coombs:Negatif, İ. Coombs:Negatif olan hasta hemolitik anemi ön tanısı ile interne edildi. Hemolitik anemiye yönelik tetkikleri gönderilen hastanın hepatobiliyer ultrasonografisinde safra kesesinde yaygın çamur imajı saptandı. Klinik takiplerinde mutlak anüri gelişen ve kreatinin:8 mg/dl'ye yükselen hastaya hemodiyaliz uygulandı. Tekrarlayan hemodiyaliz işlemi sonrası anürisi düzelmeyen hastaya tanısız amaçlı renal biyopsi yapıldı. Renal biyopsisinde glomerüller normal, tubülüslerde dejeneratif değişiklikler, rejeneratif değişiklikler, tubülüs lümeninde eritrosit ve pigmente silindirler saptanmış olup akut tübül nekroz ile uyumlu sonuçlanmıştır. G6PDH enzim düzeyi 2.7 IU/g (7-21) gelen hastaya G6PDH enzim eksikliği tanısı kondu. Takiplerinde yaklaşık 2 hafta sonra diürezisi açılan hastanın kreatinin değerleri azaldı ve diyalizden çıkartıldı. Poliklinik takiplerinde kreatinin düzeyi 0,7 mg/dl'ye geriledi.

Sonuç: İntravasküler hemoliz, intrarenal akut böbrek yetersizliğinin nadir nedenlerindendir. G6PDH enzim eksikliğinde hemolize yol açan nedenlerden bazıları antimalaryal ilaçlar, siprofloksasin, nitrofurantoin, sulfametoksazol, doksorubisin kullanımı ve bakla yenilmesidir. Hemoliz sonucu meydana gelen hem pigmenti ürik asit ile ilişkili tubuler obstrüksiyon, medüller kan akımını azaltarak vazokonstriksiyon ve direkt tubuler epitelyal hücre hasarıyla tubuler toksisiteye yol açar. Hemoliz ve ABY ile gelen hastalarda nadir bir neden olarak G6PDH enzim eksikliği akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İntravasküler hemoliz, akut tubuler nekroz

PS-048

BK VIRUS NEPHROPATHY IN RENAL TRANSPLANTATION: A SINGLE CENTER EXPERIENCE

İsmail Baloğlu, Kültigin Türkmen, Halil Zeki Tonbul, Nedim Yılmaz Selçuk
Necmettin Erbakan University, Department Of Internal Medicine, Division Of Nephrology

Introduction: BK virus associated nephropathy (BKVN) is an important cause of kidney transplant failure. In this study, we aimed to evaluate our center's experience with BK virus nephropathy in patients with renal transplantation.

Methods: In this study, 8 patients with BK virus nephropathy were evaluated retrospectively among 330 patients (F/M:178/152; mean age 48.37±13.25 years) who underwent renal transplantation between 2007 and 2017 and were followed up in our center.

Results: BKVN was detected in 8 of 330 renal transplantation patients (4 females, 4 males, mean age; 51.25±11.14 years). Patients had received renal transplantation from living (2 patients) and cadaveric (6 patients) donors; their mean duration of follow-up was 58±13 months, mean time to BK virus nephropathy diagnosis after transplantation 25±20 months. Their immunosuppression combinations consisted of tacrolimus (FK), mycophenolatemofetil (MMF) and methylprednisolone. In order to reduce immunosuppressive dosage, FK was discontinued in 3 patients, they were switched to everolimus. In 2 of 7 patients MMF was discontinued and they were switched to azathioprine. FK or MMF doses were reduced (RID) in all 8 patients. 1 of 8 patient was given cidofovir, while intravenous immunoglobuline could be given to 3 patients. Additionally, pulse steroid treatment was given to 1 patients who were diagnosed with acute rejection based on allograft biopsy. Patients were followed-up for BK virus nephropathy for mean duration of 30±20 months (3-55 months). Among the 8 patients with BKVN, 1 (12.5%) experienced graft loss and returned to hemodialysis treatment (Table1).

Conclusion: The incidence of BK virus nephropathy in our center was found to be 2.4%. Although there are alternative new treatments, immunosuppressive dose reduction is still considered to be the most effective treatment. Therefore, we think that effective screening and preemptive strategies should be defined instead of treatment strategies.

Anahtar Kelimeler: Renal transplantation, BK virus nephropathy

Table 1: Clinical outcomes of patients with BKVN

Patient	Post-BKVN follow-up Duration (month)	BKV-DNA levels at BKVN diagnosis (copy/ml)	BKV-DNA at last levels evaluation (copy/ml)	Creatinin levels at BKVN diagnosis (mg/dl)	Creatinin levels at last evaluation (mg/dl)	Treatment for BKVN
1	26	28760	0	1.35	1.02	RID
2	48	11360	110	1.29	1.34	RID
3	36	720	0	2.13	1.48	RID
4	11	23400	993	1.43	2.56	RID+Cidofovir+ IVIg
5	15	8910	HD	2.29	HD	RID+IVIg+ pulse PRD
6	53	3680	0	1.78	1.63	RID
7	55	456	0	1.54	1.42	RID
8	3	2957114	1819	1.72	1.43	RID+IVIg

PS-049

KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİNE BAĞLI UYGUNSUZ ADH SENDROMUNDA AQUARETİK KULLANIMI

İsmail Baloğlu, Nedim Yılmaz Selçuk, Ebru Altın, Halil Zeki Tonbul, Kültigin Türkmen
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi

Giriş: Uygunsuz ADH Sendromu (UADHS); hiponatremi ile başvuran vakaların yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır. Temel bozukluk hipotonik serumda rağmen vazopressinin bozulmuş sekresyonudur. Maligniteler, akciğerdeki ve santral sinir sistemindeki patolojiler ile çeşitli ilaçlar UADHS'ye neden olabilir. Vazopressin reseptör antagonistleri (Aquaretik) UADHS tedavisinde yeni kullanılmaya başlanan ajanlardır. Distal nefrondaki V2 reseptörlerini vazopressin ile yarışmalı olarak bloke ederler. Bu da; cAMP üretiminde ve toplayıcı tübüllerde aquaporin-2 su kanallarında azalmaya yol açar. Sonuç olarak elektrolit kaybı olmaksızın su ekskresyonunda artış olur. Aquaretiklerin kanserli hastalardaki UADHS'de kullanımı ile ilgili deneyimler sınırlıdır. Biz de küçük hücreli akciğer kanserine bağlı UADHS'li hastada dirençli hiponatremi tedavisinde tolvaptanın kullanıldığı bir olguyu sunuyoruz.

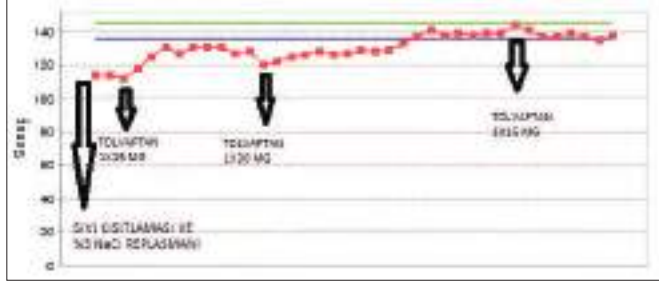
Vaka: Bilinen ek sistemik hastalığı olmayan 57 yaşında erkek hasta yaklaşık 1 aydır devam eden bulantı, kusma, halsizlik şikayeti ile başvurduğu merkezde araştırılırken dirençli hiponatremisi olması üzerine tarafımıza yönlendirildi. Tarafımıza başvurduğu anda Na:114 mmol/L saptanan hasta tetkik ve tedavi amacıyla servisimize yatırıldı. Hastanın tahlilleri istendi ve semptomatik olması üzerine hipertonic %3 NaCl solüsyonu başlandı.

Plasma osmolalitesi 234 mOsm/kg, idrar osmolalitesi 543 mOsm/kg, idrar sodyum 42 mmol/L, ürik asit 1.8 mg/dl olan, karaciğer, tiroid, renal fonksiyon testleri normal olan, diüretik kullanımı ve kardiyak hastalığı olmayan hastada UADHS düşünüldü ve sıvı alımı kısıtlandı (Tablo 1). Aynı zamanda etyoloji yönelik yapılan tetkiklerinde mediastende lenfadenopatiler saptanması üzerine göğüs hastalıkları ile konsulte edildi ve biyopsi alınması kararı verildi. EBUS ile alınan biyopsi sonucu Küçük Hücreli Akciğer kanseri ile uyumlu geldi. Sıvı kısıtlaması ve hipertonic sıvı replasmanına rağmen hiponatremisinin devam etmesi üzerine hastaya tolvaptan 1x15 mg başlandı. Takiplerinde önce bir artış saptanan hastanın hiponatremisinin devam etmesi üzerine tolvaptan dozu 1x30 mg'a çıkarıldı. Hiponatremisi hızla düzelen hastanın tedavinin 17. gününde Na:144 mmol/L saptanması üzerine tolvaptan 1x15 mg'a düşürüldü (Grafik 1). Hastanın 3 günlük takibinde sodyum 135 mmol/L'nin altına düşmedi ve hasta medikal onkoloji bölümüne devir edildi.

Tartışma: Kanserlere bağlı UADHS paraneoplastik sendrom veya ilaçlara bağlı olarak görülebilmektedir. Genel toplumda olduğu gibi malignite hastalarında da hiponatreminin artmış mortalite ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Ancak bu hasta grubunda aquaretiklerin kullanılması ile farklı görüşler bulunmakta, etkinliği, doz ve süresi hakkında yeterli bilgi bulunmamaktadır. Sonuç olarak; daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulsa da

aquaretikler onkolojik hastalarda da hiponatreminin tedavisinde uygun bir seçenek olarak düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Uygunsuz ADH sendromu, malignite, aquaretik



Şekil 1.

Tablo 1: Laboratuvar sonuçları

Test	Değer	Referans Aralığı
Üre (mg/dl)	28	15-44
Kreatinin (mg/dl)	0.78	0.57-1.11
Sodyum (mmol/L)	114	136-145
Potasyum (mmol/L)	4.7	3.5-5.1
Ürik asit (mg/dl)	1.8	3.5-7.2
AST (U/L)	29	5-34
ALT (U/L)	39	0-55
TSH (uIU/ml)	1.52	0.32-5.4
İdrar sodyumu (mmol/L)	42	
Serum ozmolarite (mOsm/kg)	234	
İdrar ozmolarite (mOsm/kg)	543	

PS-050

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA NUTCRACKER SENDROMUNUN KLİNİK ÖNEMİ NEDİR ?

Seçil Arslansoyu Çamlar¹, Eren Soyaltın¹, Caner Alparslan¹, Önder Yavaşcan¹, Demet Alaygut¹, Fatma Mutlubaş², Belde Kasap Demir³

¹İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefroloji Kliniği

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nefroloji Kliniği

Giriş: Nutcracker sendromu (NCS) sol renal venin çoğunlukla aorta ve superior mezenterik arter arasında komprese olması sonucu ortaya çıkan klinik semptomlarla ilişkili bir sendromdur. Bu çalışmada çocukluk çağında tanı alan NCS'lu hastaların klinik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal Metod: Geriye dönük olarak hastaların tıbbi dosyaları değerlendirildi. Yaş, cinsiyet, başvuru semptomları, vücut kitle indeksleri ve diğer fizik muayene bulguları (hipertansiyon, varikosel), eşlik eden renal ve diğer sistem hastalıkları, izlem süreleri kaydedildi. İdrar bulguları, renal doppler ultrasonografi bulguları ve eğer varsa bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografi bulguları analiz edildi.

Bulgular: Toplam 26 hastanın verilerine ulaşıldı. Hastaların 16'sı (%62) kız idi. Ortalama başvuru yaşı 12±4.1(4-18) yıl bulundu. Dokuz hastada (%35) ortostatik proteinüri vardı. Diğer başvuru semptomları 10 hastada (%38) mikroskobik hematüri, 7 hastada (%27) makroskopik hematüri şeklinde idi. Beş hasta bir ve birden fazla semptom ile başvurmuştu. İki hastada posterior NCS'ı tesbit edildi. İki hasta aynı zamanda Henoch- Schönlein nefriti ve bir hasta tubulointerstiyel nefrit nedeni ile takip edilmekte idi. Sadece hastaların iki tanesinde tanıyı desteklemek için BT anjiyo kullanılmıştı. Ciddi abdominal ağrısı olan bir hastada cerrahi planlandı.

Tartışma: NCS nadir görülmekle birlikte hematüri veya ortostatik proteinüri olan olgularda akla gelmeli ve diğer renal patolojilere eşlik edebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Nutcracker sendromu, çocuk, hematüri, proteinüri

PS-051

PRİMER MONOSEMPTOMATİK ENÜREZİSLİ ÇOCUK OLGULARIN AMBULATUVAR KANBASINCI ÖLÇÜMÜ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Hilal Mertek¹, Demet Alaygut², Eren Soyaltın², Caner Alparslan², Seçil Arslansoyu Çamlar², Fatma Mutlubaş², Önder Yavaşcan², Belde Kasap Demir³

¹İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

²İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji Kliniği

³İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nefroloji Kliniği

Giriş: Bu çalışmada enürezisi olan çocuklarda 24 saatlik kan basıncı ölçümü ile kan basıncı ve üriner inkontinans arasındaki ilişkinin saptanması amaçlanmıştır.

Materyal metod: Yaşları 5-18 arasında olan Ocak 2017-Haziran 2017 tarihleri arasında monosemptomatik enürezis yakınması ile çocuk nefroloji ve genel çocuk polikliniklerine başvuran hastalar çalışma grubunu oluşturarak çalışmaya dahil edildi (Grup 1). Benzer yaş ve cinsiyette enürezis yakınması olmayan olgular ise (Grup 2) kontrol grubu olarak değerlendirildi. Olguların demografik özellikleri, boy, kilo, vücut kitle indeksi, aile öyküsü, ailede kronik hastalık ve enürezis varlığı, ilaç kullanımı, laboratuvar testler (kan biyokimyası, tam kan sayımı), ambulatuvar kan basıncı monitorizasyon sonuçları değerlendirildi ve karşılaştırıldı.

Bulgular: Grup 1 toplam 35 hasta (%62.5) ve Grup 2 21 (%37.5) kontrol grubu olmak üzere 56 hasta çalışmaya alındı. Yaş (p=0,040), boy (p= 0,031) ve kilo (p= 0,042) parametreleri gruplar arasında farklı idi. Hastaların özgeçmiş ve aile öyküleri değerlendirildiğinde hasta grubunda enürezis öyküsü anlamlı olarak yüksekti (p=0,001). Her iki grup arasında ambulatuvar kan basıncı ölçümleri açısından anlamlı fark bulunmadı.

Tartışma: Sonuç olarak, enüretik hastalarda otonomik sistem değişiklikleri ve bunun kan basıncı üzerine etkileri ile ilgili yapılmış farklı çalışmalar mevcuttur. Bu amaçla yapılan 24 saatlik kan basıncı ölçümleri ile ilgili elde edilmiş sonuçlar değişkendir. İdrar yapımının sirkadyen ritimle olduğu ve uyku sırasında buna kan basıncı düşüklüğünün eşlik edeceği konusunda destekleyici ve karşıt çalışma sonuçları bulunmaktadır. Bu çalışmada her iki grup arasında ölçümlere yansıyan bir farklılık bulunamamış olmakla birlikte daha geniş hasta serilerinde yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Ambulatuvar kan basıncı ölçümü, çocuk, enürezis

PS-052

NÖTROFİL/LENFOSİT ORANI İLE TROMBOSİT/LENFOSİT ORANININ POSTTRANSPLANT AKUT REJEKSİYON ÖNGÖRÜSÜNDEKİ ROLÜ

Giray Ergin

Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi Kuru Ankara Hastanesi, Üroloji Bilim Dalı

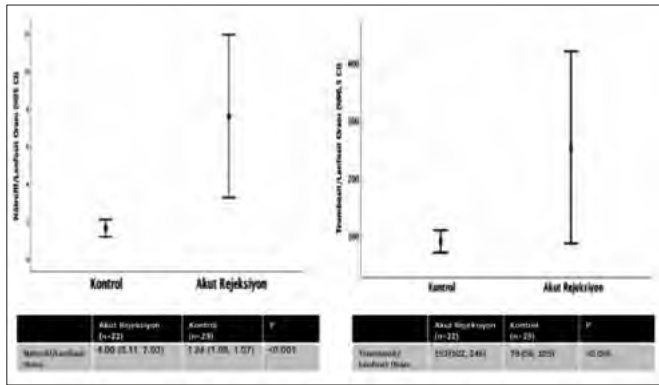
Giriş: NötrofİL/Lenfosit oranı (NLO) ve trombosit/lenfosit oranı (TLO) inflamasyonu öngören belirteçler olarak bir çok hastalık grubunda tanımlanmıştır. Bu retrospektif çalışmanın amacı, post-transplant akut rejeksiyon (AR) gelişen hasta grubunda bu parametrelerin AR öngörüsünde karşılaştırmalı analizini yapmaktır.

Yöntemler: Çalışmaya 51 renal transplant hastası [medyan yaş 32 (IQR 24,44) yıl (12 kadın, 39 erkek)] dahil edildi. NLO>= 2.5 ve TLO>=81.7 yüksek olarak kabul edildi (ROC analizi). AR epizodu olmayan hastalar kontrol grubu olarak belirlendi. Aktif enfeksiyon, obezite, kanser, BK nefropatisi, CMV pozitifliği, KVH, 2. Transplantasyon, steroid kullanmayan ve 18 yaşından küçük olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: Biyopsi kanıtlı 22 AR hastası ve 29 kontrol analize dahil edildi. Hem NLO hem TLO oranları AR olan hasta grubunda kontrol grubuna göre kıyaslandığında anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü (her iki grup için $p < 0.001$) (Şekil 1). Tek değişkenli regresyon analizinde hem $NLO > 2.5$ [%95 CI, 54.88 (9.96, 302.3), $p < 0.001$] hem $TLO > 81.7$ [%95 CI, 6.82 (1.62, 28.57), $p = 0.009$] AR için anlamlı birer ön görücü olarak saptandı. Çok değişkenli iki farklı modelde ise yine her iki parametrede AR ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkili oldukları görüldü (model 1; yaş ve cinsiyete göre çok değişkenli analiz [%95 CI, 114 (11.1-1175), NLO için $p < 0.001$], [%95 CI, 7.94 (1.77-35.5), TLO için $p = 0.007$]), (model 2; steroid dozu ve ürik asite göre çok değişkenli analiz [%95 CI, 4.60 (1.59, 29.3), NLO için $p = 0.004$], [%95 CI, 20.1 (1.3-1297), TLO için $p = 0.029$]).

Sonuç: Çalışmamız, her ne kadar yüksek NLO oranları daha iyi bir öngörücü olmasına rağmen, renal transplant hastalarında hem NLO (> 2.5) hem de TLO (> 81.7) AR ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Her iki belirteç de ucuz ve rutin klinik pratikte kolay ulaşılabilir belirteçlerdir. Böbrek transplant hastalarında AR'ı tanımlamak için yeni biyobelirteçler olabilirler.

Anahtar Kelimeler: Renal Transplantasyon, nötrofil lenfosit oranı, trombosit lenfosit oranı, akut rejeksiyon



Şekil 1.

PS-053

DEMANS HASTALARINDA HASTANEYE YATIŞ GEREKTİREN NEFROLOJİK PROBLEMLER

Gülşüm Akkuş¹, Fatma Betül Güzel¹, Feyza Nur Sarıçık¹, Gül İnci Törün¹, Yılmaz İnanç², Orçun Altunören¹, Ertuğrul Erken¹, Özkan Güngör¹

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

Giriş: Toplumda beklenen yaşam süresinin uzaması, beraberinde demans oranının da artmasına neden olmuştur. Bu hastaların çoğunda beraberinde diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalıkları da bulunmaktadır. Demansif sürecin ilerlemesi ile sıvı alma ve beslenme problemlerinin artması hastaneye yatışın en önemli nedenlerindendir. Bu retrospektif çalışmada hastanemizdeki yoğun bakım ünitesine nefrolojik nedenle yatış gerektiren hastaların verilerini incelemek istedik.

Hastalar-Metod: Çalışmaya Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dahiliye ve Nöroloji yoğun bakım ünitelerine son 1 yıl içerisinde nefrolojik problemler nedeniyle yatan demansif hastaların verileri dahil edildi.

Sonuçlar: Çalışmaya 111 hasta alındı. Yaş ortalaması 81 ± 7 (62-101) olup 57'si (%51,4) erkek idi. Demans tanı süresi ortalama 39 ± 3 (1-120) ay olup, %75'i demans için tedavi görüyordu. Hastaların büyük çoğunluğu (%94,6'sı) evden geliyordu. 46 hastanın (%41) evde yatağa bağımlı oldukları öğrenildi. Beş hasta evde perkütan entero gastrotomi (PEG) ile besleniyordu. 29'unda (%26,1) diyabetes mellitus, 80'inde (%72,7) hipertansiyon, 50'sinde (%45) koroner arter hastalığı, 26'sında (%23,4) konjestif kalp yetmezliği, 9'unda (%8,1) ise evre

2-4 kronik böbrek hastalığı mevcuttu. Yoğun bakım yatışı esnasında hastaların kreatinin değeri ortalama $2,12 \pm 0,19$ (0,2-13,7), sodyum değerleri 147 ± 2 (119-182), albumin değeri $3,2 \pm 0,1$ (1,9-4,4) olup hastaların hastaneye yatış ve çıkış laboratuvar değerleri Tabloda verilmiştir. 49 hasta (%44,1) akut böbrek yetmezliği (ABY) nedeni ile yatırılmıştı. Akut böbrek yetmezliği etyolojisine baktığımızda %81,1'inde prerenal akut böbrek yetmezliği düşünülmüştü. 11 hastada (9,9) hemodiyaliz ihtiyacı vardı. Yatış süresince bütün hastaların ABY'si düzelmiş ve hiçbir hasta diyaliz bağımlı hale gelmemişti. Hastaların 39'unda (%35,5) hipernatremi mevcuttu. Sodyum ortalamaları 147 ± 2 (119-182) olup hastaların hipernatremileri ortalama $4,2 \pm 0,4$ günde normale gelmişti. Yoğun bakıma yatışında 31 hastada (%27) enfeksiyon tablosu mevcuttu. Hastaların yoğun bakımda ortalama yatış süresi 12 ± 1 gün (1-70) olup 40 hasta (%36,4) ex olmuştu, 71 (%63,6) hasta ise taburcu edilmişti. Hastaların 15'ine (%13,5) taburcu olmadan beslenme amaçlı PEG takılmıştı. Taburcu olduktan sonra 17 hasta (%14,5) bir ay içerisinde tekrar hastaneye yatmıştı.

Tartışma ve Sonuç: Demans hastalarında beslenme oldukça önemlidir. Bu hastalarda sıvı alımı yetersiz olduğunda hipernatremi ve ABY kolaylıkla gelişmektedir. Dehidratasyon bu hastaların hastanede yatış süresini uzatmakta ve araya giren enfeksiyonlar hastanın ölümüne neden olmaktadır. Hastaneye yatan hastalarda bu metabolik sorunlar düzeltildikten sonra tekrarlamaması için evde beslenme ve sıvı alımını garanti altına alma konusunda gerekli önlemler alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Demans, hastane yatışı, nefroloji

Tablo 1: Hastaların yoğunbakıma giriş ve çıkış laboratuvar değerleri

	Glukoz	Üre	Kreatinin	Na	K	Albumin	WBC	Hb	CRP	Prokalsitonin
Yoğunbakım Girişi	153	58	2.1	147	4.4	3.2	12491	12.3	73.9	3.3
Yoğunbakım çıkışı(Taburcu,ex)	155	37.3	1.3	141	3.9	2.8	10840	10.8	91.8	5.5

PS-054

BROWN TUMOR OF THE THORACIC SPINE PRESENTING WITH PARAPLEGIA IN A PATIENT WITH PERITONEAL DIALYSIS

Eray Eroğlu¹, Mustafa Eymen Konaş², İsmail Koçyigit¹, Olgun Konaş³, Halil Dönmez⁴, Ahmet Küçük⁵, Murat Hayri Sipahioğlu¹, Bülent Tokgöz¹, Oktay Oymak¹

¹Erciyes University Medical Faculty, Department Of Internal Medicine, Division Of Nephrology, Kayseri, Turkey

²Erciyes University Medical Faculty, Department Of Internal Medicine, Kayseri, Turkey

³Erciyes University Medical Faculty, Department Of Pathology, Kayseri, Turkey

⁴Erciyes University Medical Faculty, department Of Radiology, Kayseri, Turkey

⁵Erciyes University Medical Faculty, Department Of Neurosurgery, Kayseri, Turkey

Secondary and tertiary hyperparathyroidism is an important problem of chronic kidney disease. Brown tumor is a benign, unusual, reactive lesion as a result of disturbed bone remodeling, from long-standing increase in parathyroid hormone level. Brown tumors may cause morbidity due to pressure symptoms on neural structures and spontaneous bone fractures. Herein we presented a peritoneal dialysis patient with tertiary hyperparathyroidism under cinacalcet and calcitriol treatment for 4 years due to refusing of the parathyroidectomy operation. She admitted to hospital for sudden onset back pain with difficulty in gait and walking and imaging studies showed an expansile mass lesion in the thoracic spine (Figure 1). She was operated for mass and diagnosed with brown tumor (Figure 2). After operation she lost the ability of walking than become paraplegic and she underwent rehabilitation programme. Preventive measures including calcitriol and cinacalcet may cause a modest decrease in parathyroid hormone levels but it should be remembered for the development of bone complications such as brown tumor formation in patients with moderate elevated PTH levels, especially those with tertiary hyperparathyroidism. Parathyroidectomy should be performed without delay in these cases.

Keywords: Chronic kidney failure, hyperparathyroidism, cinacalcet, brown tumor

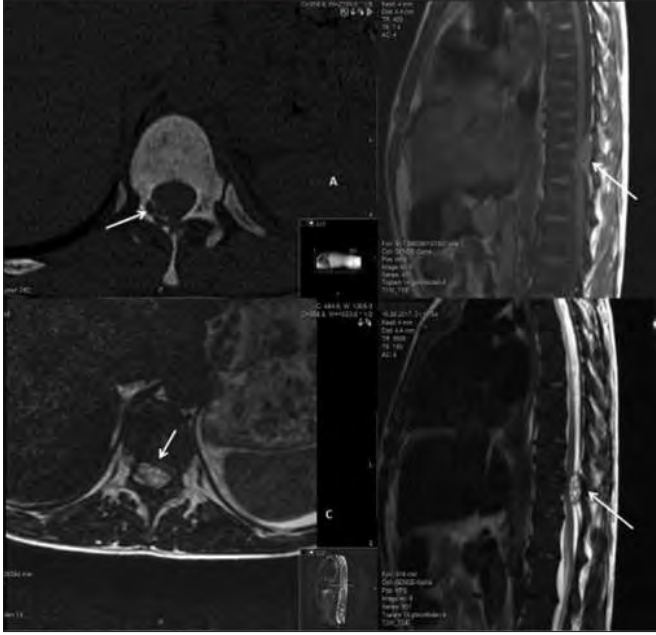


Figure 1.

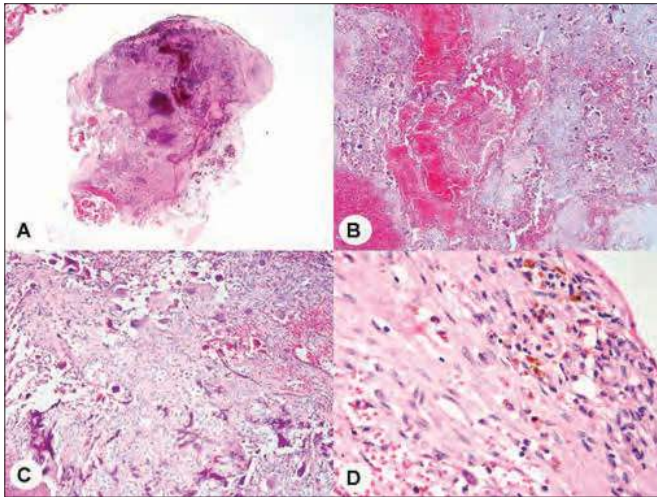


Figure 2.

PS-055

BÖBREK NAKLİ HASTASINDA NADİR BİR CİLT LEZYONU: PYOJENİK GRANÜLOM

Feyza Nur Sarışık¹, Ahmet Burak Ağaoğlu¹, Alper Ural², Gülsüm Akkuş¹,
Abdulkadir Yasir Bahar³, Ertuğrul Erken⁴, Özkan Güngör⁴, Orçun Altunören⁴

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı.

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

³Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

⁴Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Böbrek nakli hastalarında neoplazilerin sıklığı sağlıklı popülasyona göre artmıştır. İmmüsupresyon, ileri yaş, çeşitli onkogenik virüslerle ortaya çıkan enfeksiyonlar başlıca sebeplerdir. Böbrek nakli hastalarında en sık görülen

malinjitler cilt kanserleridir. Bu nedenle cilt lezyonlarının ciddiye ele alınması gerekmektedir. Bu olgumuzda böbrek nakli hastasında literatürde çok nadir tanımlanmış ve görünüş olarak maligniteyle karışabilen piyojenik granülom vakasını sunduk.

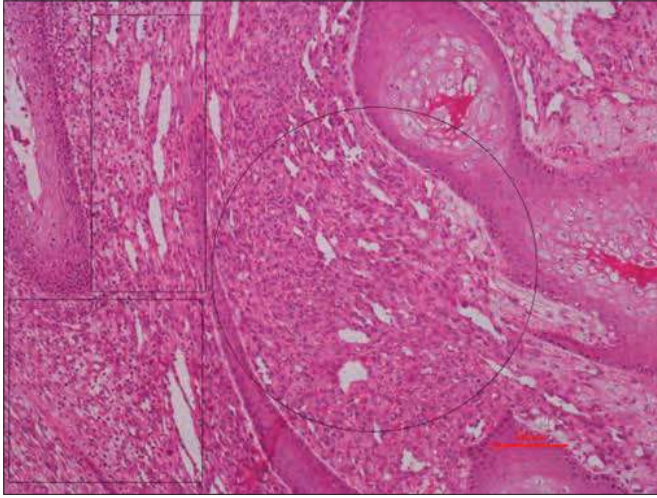
Olgu: Hipertansiyona bağlı son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle 2009 yılında kadavradan böbrek nakli yapılmış olan 54 yaşında erkek hasta polikliniğe sağ el sırtında son 3 ay içinde ortaya çıkarak büyüme gösteren 2 adet kırmızı şişlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde tüm sistemler normal olarak saptanırken sağ el dorsal yüzü lateralinde büyüğü 3 cm çapında ülser, kanamalı iki adet kitlesel lezyon saptandı (Şekil 1). Hastanın başvuru sırasında açlık kan şekeri: 90 mg/dl BUN: 30 mg/dl Cr: 1,9 mg/dl Na: 141 mEq/L K: 3,8 mEq/L Ca: 9,4 mg/dl P: albumin: 4,5 gr/dl ürik asit: 6,3 mg/dl CRP: 3,2 mg/L olup kan sayımında Beyaz küre: 9000 / μ L Hb: 14 gr/dl Trombosit: 240000 / μ L idrar tetikinde dansite 1016, protein eser miktardaydı ve eritrosit saptanmadı. Spot idrar protein/kreatinin oranına göre 490 mg/gün proteinürisi vardı. Hasta 1000 mg/gün mikofenolat mofetil, 1,5 mg/gün takrolimus, 5 mg/gün prednizolon, 2x120 mg diltiazem kullanmaktaydı. Takrolimus düzeyi 5,23 ng/ml idi. Geriye dönük olarak tetkik sonuçları elde edilen hastanın serum kreatinin seviyesinin 1,6-2,2 mg/dl arasında seyretmekte olduğu görüldü. Hastanın eline herhangi bir travma öyküsü yoktu. Dermatoloji ve plastik cerrahi ile konsülte edilen hastanın elindeki lezyonun topikal antibiyotik tedavisine yanıt vermemesi üzerine piyojenik granülom, hemanjiom, fibrom, anjiyosarkom, derin mikoz, dev hücreli granülom öntanılar ile plastik cerrahi tarafından eksizyonunu yapıldı. Eksize edilen nodüler kitleler patoloji bölümüne gönderildi. İncelenen preparatların patolojik tanısı lobüler kapiller hemanjiom olarak geldi (Şekil 2).

Sonuç: Piyojenik granülom (lobüler kapiller hemanjiom) cilt ve müköz membranlar gibi yumuşak dokuların bağ dokusundan köken alan iyi huylu hiperplastik bir lezyondur. Ülser, kanamalı bir görüntüye sahip olduğundan malign gibi görünmesi hem hastayı hem de hekimi endişelendirir. Böbrek nakli hastaları başta cilt kökenli kanserler olmak üzere malignite gelişimine yatkın hastalar olduğundan bu tür cilt lezyonlarının iyi değerlendirilmesi gerekir. Literatürde yalnızca 3 böbrek nakli hastasında tanımlanmış olup iki vakada nakil sonrası 10. haftada görülmüş. Her 3 vaka da eksizyon sonrası tekrarlamış. Bu lezyonun etiyolojisi tam aydınlatılamamıştır ancak minör travma veya kronik irritasyonla yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Örneğin oral mukozada sık görülmekte olup protez dişler gibi kronik irritasyon alanlarında sık geliştiği bildirilmiştir. Kötü ağız hijyeni ilişkili mikroorganizmalar ve hormonal faktörler suçlanmışsa da bu teoriler ispatlanmamıştır. Siklosporin kullanımının lezyon gelişimine katkıda bulunuyor olabileceği öne sürülmektedir. Nazal mukoza, dudaklar, gövde, el ve ayak parmakları, larinks, trakea gibi vücudun diğer yerlerinde görülebilmektedir. Tedavisinde cerrahi eksizyon, kriyoterapi, küretaj, lazer ve skleroterapi gibi çeşitli girişimsel yöntemlerle tedavi edilir. Malign potansiyel taşımasalar da eksizyon sonrası tekrarlama eğilimindedir.

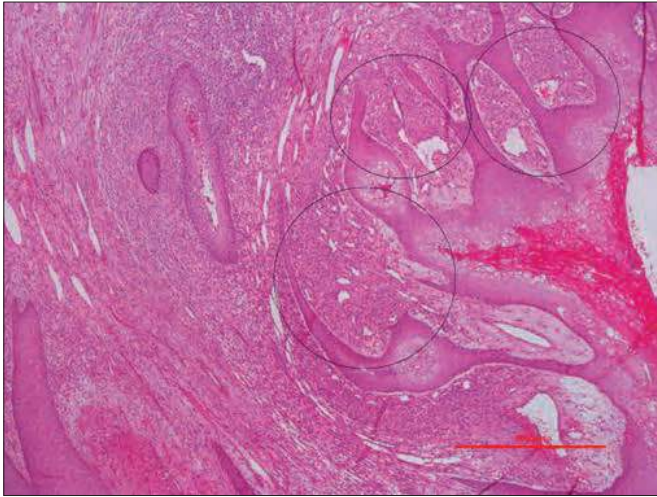
Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, neoplazi, piyojenik granülom



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-056

HİPOÜRİSEMİNİN MUHTEMEL NEDENİ; KSANTİNÜRİCan Hüzmeli¹, Kazım Öztürk², Murat Güllü², Yılmaz Canım², Ferhan Candan³¹Hatay Devlet Hastanesi Nefroloji Kliniği²Hatay Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği³Cumhuriyet Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Hipoürisemi serum ürik asit seviyesinin 2mg/dl'den düşük olması olarak tanımlanmaktadır. Kalıtsal hipoürisemiye genellikle ksantinüri ve herediter renal hipoürisemi neden olmaktadır. Ksantinüri her yaşta, nadir görülen ve otozomal resesif geçen bir hastalıktır.

Olgu: Olgumuz 77 yaşında bayan hasta, yapılan tetkiklerinde kan üre azotu yüksek olması üzerine polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon, osteoporoz, nefrolitiazis mevcut ve nefrolitiazis için iki kez opere olmuş (kandesartan, hidroklortiyazid ve ibandronik asit kullanıyormuş). Fizik muayenede kan basıncı 130/60mmHg, vücut sıcaklığı 37°C, diğer fizik muayeneleri normaldi. Laboratuvar bulguları glukoz 101 mg/dl (80-110), BUN 43mg/dl (7-28), serum kreatinin 1mg/dl (0,5-1,1), serum ürik asit 0,1mg/dl (2,6-7,6), magnezyum 2,1mg/dl (1,6-2,6), fosfor 4,2mg/dl(2,8-4,5), kalsiyum 9,5mg/dl (8,8-10,2), sodyum 140mmol/L (130-145), potasyum 5,2 mmol

(3,5-5,5), parathormon ve 25 (OH) D vitamin normal olarak saptandı. Tam idrar tahlili normal, 24 saatlik idrarda proteinüri yoktu, ürik asit 0,1mg/dl ve 1,4mg/gün saptandı. Fraksiyonel ürik asit %2,6 olarak hesaplandı. Renal ultrasonda sol böbrekte alt polde 7mm taş tespit edildi. Serum ve idrarda ksantin ve hipoksantin kit olmadığından bakılmadı. Hastanın laboratuvar verileri doğrultusunda ksantinüri tanısı kondu, hidrasyon ve pürinden fakir diyet önerildi.

Sonuç: Sonuç olarak hipoürisemi saptanan hastalarda ksantinüri akla gelmesi gereken nadir hastalıklardan biridir.

Anahtar Kelimeler: Hipoürisemi, ksantinüri, böbrek taşı

PS-057

HEMODİYALİZ VE PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA MONOSİT/HDL-KOLESTEROL ORANININ KARŞILAŞTIRILMASIAlper Sarı¹, Sinan Kazan², Yusuf Özeke¹, Sena Ulu²¹Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı²Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Kronik böbrek yetmezliği(KBY) inflamatuvar bir süreçtir. Üremi ve üremik sendroma eşlik eden semptomlar proinflamatuvar sitokinlerin aktivasyonuna neden olmakta bu hastalarda normal popülasyona göre serum proinflamatuvar sitokinlerinin 10 kat daha yüksek olduğu bilinmektedir. Ayrıca glikoliz ürünleri ve protein oksidasyon ürünlerinin birikerek inflamasyonda rol oynadığı gösterilmiştir. Monosit ve makrofajlar proinflamatuvar sitokinlerin sentezinde önemli rol oynayan hücrelerdir. Yüksek dansiteli lipoprotein(HDL)'nin ise endotel düşük dansiteli lipoprotein(LDL)'nin zararlı etkilerinden koruyan antiinflamatuvar süreçte rol oynadığı bilinmektedir. Son zamanlarda gerçekleştirilen klinik çalışmalarda monosit/HDL oranının(MHO) inflamasyon için yeni bir belirteç olabileceği, bazı kardiyovasküler hastalıkların prognozu ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Biz bu çalışmamızda kliniğimizde hemodiyaliz ve periton diyalizi uygulanan hastalar arasında inflamasyon için yeni bir belirteç olarak görülemeye başlayan monosit/HDL oranını karşılaştırmayı amaçladık.

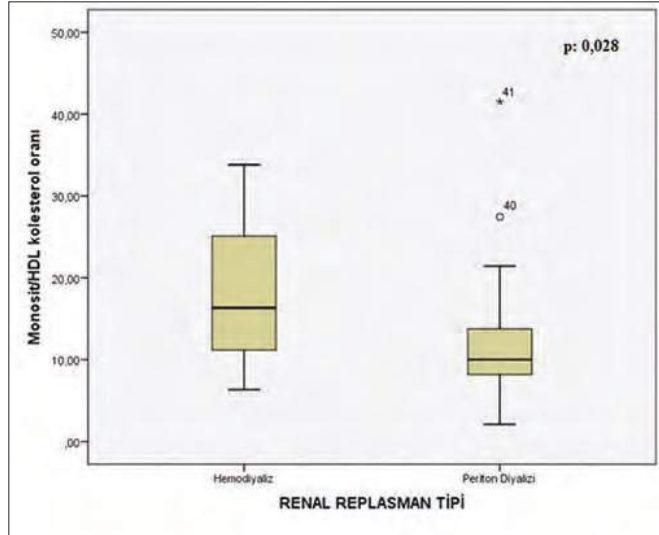
Materyal-Metod: Hastanemizde son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz(HD) ve periton diyalizi(PD) uygulanan hastaların dosyaları retrospektif incelendi. 18-85 yaş arası SDBY nedeniyle HD veya PD ile renal replasman tedavisi alan hastalar çalışmaya dahil edildi. Çalışmadan dışlanma kriteri olarak; 18 yaşından küçük, 85 yaşından büyük olmak, tetkiklerin alındığı anda aktif enfeksiyon bulgusunun olması, kronik enfeksiyon öyküsü, hematolojik veya onkolojik hastalık öyküsünün olması ve otoimmün hastalık öyküsünün olması belirlendi. Mutlak monosit sayısı hastalardan 3'er ay ara ile bakılmış olan tam kan sayımındaki mutlak monosit sayısının ortalaması alınarak ve HDL kolesterol ise yine 3'er ay ara ile bakılmış olan HDL kolesterolün ortalamaları alınarak kayıt altına alındı. MHO mutlak monosit sayısının HDL kolesterole bölünmesi ile hesaplandı. Verilerin analizinde İBM SPSS Statistics 22.0(IBM Corp., NY, USA) programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışma 27 PD(%57,4), 20 HD(%42,6) hastası ile yapıldı. PD ve HD hastalarının medyan yaşları ve cinsiyet dağılımları benzerdi(p>0,05). Sigara ve alkol kullanımı açısından PD ve HD hastaları birbirine benzer bulunmuştu(p>0,05). HD ve PD hastalarında KBY etyolojisi açısından bir fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 1). Tam kan sayımı karşılaştırmaları gruplar arasında benzerdi(Tablo 2). Monosit/HDL kolesterol oranı HD hastalarında istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p: 0,028) (Şekil 1).

Tartışma ve Sonuç: Endotel hasarı ve inflamasyon KBY'nin daha ilk evresinde oluşmaya başlar ve KBY'nin progresyonuna da katkıda bulunur. Yapılan çalışmalarda kronik inflamasyonun son dönem böbrek yetmezliği(SDBY) hastalarında çok sık görüldüğü ve artmış ateroskleroza ve mortaliteye katkıda bulunduğu gösterilmiştir. High sensitive CRP(HsCRP), İL-12 ve İL-18 gibi sistemik inflamasyon belirteçlerinin de SDBY hastalarında 2-3 kat artmış olduğu gösterilmiştir. MHO'nun sistemik inflamasyon göstergesi olarak arttığı birçok klinik durum mevcuttur. Yaptığımız literatür taramasında renal replasman tedavisi(RRT) modaliteleri arasında MHO'yu karşılaştıran bir çalışma

bulunmamaktadır. Bulgularımız HD hastalarında hızlanmış ateroskleroza MHO'nun da katkısı olabileceğini desteklemektedir. Bu konuda yapılacak daha geniş ölçekli çalışmalar hastaların diyaliz modalitesi seçimleri konusunda da yönlendirilmesini sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Diyaliz, HDL kolesterol, inflamasyon, monosit



Şekil 1.

Tablo 1: PD ve HD hastalarımızın KBY etyolojileri

KBY Etiyolojisi	PD (n-%)	HD (n-%)	p
DM	13-48,2	10-50	
HT	5-18,5	9-45	
Obstruktif	4-14,8	1-1	0,189
Glomerülonefrit	2-7,4	0	
Polikistik böbrek	1-3,7	0	
Bilinmeyen	2-7,4	0	

Tablo 2: Hastaların tam kan sayımı parametreleri

Parametre	PD [ort±SS veya medyan(aralık)]	HD [ort±SS veya medyan(aralık)]	p
Lökosit (10 ³ /ul)	7350±2085	7475±2240	0,846
Nötrofil (10 ³ /ul)	5177±1664	5020±1799	0,758
Lenfosit (10 ³ /ul)	1459±802	1529±517	0,735
Monosit (10 ³ /ul)	420 (50-930)	460 (310-870)	0,312
Hb (gr/dl)	10,7 (9-15)	10,8 (8-13)	0,796

PS-058

HEMODİYALİZ HASTALARINDA NADİR BİR DAMAR ERİŞİM YOLU; TRANSHEPATİK HİCKMAN KATETERİZASYONU

Engin Onan¹, Hasan Bilen Onan², Mustafa Balal¹, Saime Paydaş¹, Bülent Kaya¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

Vaka: Otuz sekiz yaşında kadın hasta, altı yıldır hipertansiyon ve hipertansiyona sekonder kronik böbrek yetmezliği ile periton diyalizi uygulamakta olup karın ağrısı olması üzerine servise yatırıldı. Son bir yıl içerisinde üçüncü kez peritonit olan olguya intraperitoneal vankomisin ve intravenöz sefamezin başlandı. Üç hafta tedavi sonrası hastanın periton mayi sayımında hücre bulunmaması ve kontrol kültürünün de negatif olması üzerine taburcu edildi. Ancak hasta taburcu edildikten iki hafta sonra tekrar karın ağrısı ve bulantı şikâyetleriyle yatırıldı. Periton mayi sayımında beş yüz kırk (540) beyaz küre gözlemlendi. Kültürleri alınarak ampirik olarak meropenem ve tigesiklin başlandı. Hastanın yetmiş iki saat sonra yapılan kontrol periton mayisi sayımında beş yüz (500) WBC izlendi. Tünel enfeksiyonu açısından yüzeysel USG yapıldı. Ancak enfeksiyon açısından anlamlı görüntü izlenmedi. Hastanın ödemleri mevcuttu. Efektif periton diyaliz tedavisi uygulayamayan hastaya hemodiyaliz tedavisi düşünüldü. Girişimsel radyoloji ile görüştülen hasta anjiyografi laboratuvarında değerlendirildi. Hastanın her iki femoral ve juguler veni ayrıca vena cava superioru da tromboze görünümde olduğundan hastaya kalıcı kateter yerleştirilemedi. Girişim yolu bulunamayan hastanın periton kateterinin değiştirilmesi planlandı. Genel cerrahi tarafından ameliyathane koşullarında laparotomi ile değerlendirilen hastanın batın içerisinde çok miktarda yapışıklıklar olması üzerine kültürleri alınıp, ulaşılabilen yerlere de intraperitoneal vankomisin uygulaması yapıldı. Biyopsi omentumda konjesyon olarak sonuçlandı. Hastanın diyaliz girişim yeri olmadığı için periton diyaliz kateteri çekilmedi. Klinikte ödemi gerilemeyen ve diyaliz ihtiyacı olan hasta tekrardan girişimsel radyoloji ile görüldü. Hastaya transhepatik hickman kateteri takıldı. (Şekil 1) Hemodiyaliz tedavisi başlandı. Ödemleri ve nefes darlığı gerileyen hasta taburcu edildi.

Tartışma: Kronik hemodiyaliz hasta grubunda vasküler erişim sıklıkla kateterler veya arteriyovenöz fistülle mümkündür. NKF (National Kidney Foundation) arteriyovenöz fistüller ile ilgili tüm olası yollarla tükendiğinde kateter kullanımını önermektedir. Uzun süreli kateter seçimlerinde juguler kateter daha uzun süreli kullanılabilir ve daha az komplikasyona neden olduğu için tercih edilmektedir. Ancak kateterin birçok kez değişmesi ve sürekli manipülasyonlarla bu kateterler tıkanabilmektedir. İnternal juguler ven uygun olmadığında subklavyen ven, femoral ven tercih edilebilir. Bizim hastamızda da her iki juguler ven, her iki subklavyen ven, vena cava superior, her iki femoral ven tromboze olarak değerlendirilmiş ve kateterize edilememiştir. Ancak bu seçenekler de tükendiğinde vena cava inferiora transhepatik ya da translomber erişim şansı denenebilir. Girişimsel radyologlar tarafından gerçekleştirilen bu yöntem bazı hasta gruplarında hayat kurtarıcı ya da daha iyi bir renal replasman tedavisine erişene dek hasta için ek süre sağlayıcı bir yol olabilir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, damar erişim yolu, transhepatik hickman kateteri



Şekil 1.

PS-059

OBEZ ÇOCUKLAR VE ADOLESLANLARDA MASKELİ HİPERTANSİYON İÇİN COPEPTİN BİR BİYOBELİRTEÇ OLABİLİR Mİ ?

Dugu Ertan¹, Belde Kasap Demir², Caner Alparslan³, Huriye Erbak⁴, Gönül Çatlı⁵, Fatma Mutlubas³, Demet Alaygut³, Eren Soyaltın³, Seçil Arslansoyu Çamlar³, Önder Yavaşan³

¹İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

³İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji Kliniği

⁴İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Medikal Biyokimya Kliniği

⁵İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı

Giriş: Copeptin arjinin- vazopressin(AVP)'nin C-terminalinde yer alan ve serumda ölçülebilen bir peptittir. Serum copeptin düzeyleri hipertansif adolesanlarda yüksektir ve metabolik sendrom (MS) ve AVP ile ilişkilidir. Bu çalışmada obez ve maskeli hipertansiyonu (MHT) olan olgularda serum düzeyleri ölçülerek biyobelirteç olarak kullanılmıştır. İkinci bir amaç olarak da copeptinin metabolik sendrom ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal metod: Çalışma Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji Kliniğinde yürütülmüş ve Ekim 2015- Nisan 2017 tarihleri arasında başvuran yaşları 10-18 arasında değişen obez olgular (BMI:SDS>2) değerlendirmeye alınmıştır. Biyokimyasal testler, copeptin düzeyleri, brain natriüretik peptid (BNP), aldosteron ve renin düzeyleri ile idrar örnekleri değerlendirildi. Hastalardan ayrıca ekokardiografik inceleme, fundoskopik değerlendirme ve yaşam içi kan basıncı monitorizasyonu istendi. Olgular maskeli hipertansiyon, normotansif, metabolik sendrom ve nonmetabolik sendrom olarak gruplara ayrıldı. Parametreler gruplar arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: MHT ve MS oranları sırası ile %52.5 ve 23.75 idi. MHT grubunda bel (p:0.001), kol (p:0.004), kalça (p: 0.002) çevresi, ailesel HT öyküsü(0.017); serebral vasküler olay (p:0.000) ve hipertansif retinopati sıklığı (p:0.027), serum kreatinin düzeyi (p:0.046), serum ürik asit düzeyi (p:0.038) MHT'de belirgin olarak daha yüksekti. TG (p:0.000) ve ürik asit (p:0.038) düzeyleri MS'lu hastalarda belirgin yüksekti. İdrar Na atılımı, copeptin, renin, aldosteron ve BNP düzeyleri hem MHT ile MHT olmayan grupta, hem de MS ve MS olmayan grupta benzerdi. Tüm gruplarda copeptin düzeyleri aldosteron ve BNP düzeyleri ile benzerdi. Hastalar MHT ve MS olarak ayrıldığında copeptin ile herhangi bir parametre arasında ilişki gösterilemedi.

Tartışma: Bu çalışmada copeptin obez MHT ve MS için bir biyobelirteç olarak gösterilemedi. Ek olarak sodyum alımı veya renin-aldosteron aktivasyonu bu gruplar için altta yatan neden gibi görünmemektedir.

Anahtar Kelimeler: Copeptin, maskeli hipertansiyon, metabolik sendrom, obez, adolesan

PS-060

MESANE DİVERTİKÜLÜ OLAN ÇOCUK HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Demet Alaygut¹, Caner Alparslan¹, Eren Soyaltın¹, Murat Uçar², Tunç Özdemir³, Seçil Arslansoyu Çamlar¹, Belde Kasap Demir⁴, Fatma Mutlubas⁴, Önder Yavaşan⁴

¹İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji Kliniği

²İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Üroloji Kliniği

³İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahi Kliniği

⁴İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nefroloji Kliniği

Giriş: Mesane divertikülü (MD) mesane epitelinin mesane duvarı kasları içine doğru herniye olmasıdır. Mesane divertikülü genellikle asemptomatiktir ve idrar yolu enfeksiyonu, hematurisi ve disfonksiyonel işeme değerlendirmesi esnasında tesbit edilir. Bu çalışma mesane divertikülü olan çocuk hastaların klinik ve demografik verilerinin değerlendirilmesi amacı ile planlanmıştır.

Materyal metod: Çalışmaya Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji ve Çocuk Üroloji kliniklerine başvuran 13 hasta dahil edildi. Geriye

dönük dosya verilerinden yaş, cinsiyet, başvuru yakınması, idrar yolu enfeksiyonu varlığı, işeme disfonksiyonu, mesane çıkım darlığı, kullanılan radyolojik tanı aracı, divertikülün lokalizasyonu ve yapılan tedaviler not edildi.

Bulgular: 13 çocuk hasta ortalama başvuru yaşları 4.7 yıl idi. (1-8) ve 10'u erkekti. 9 hastada divertikül solda lokalize 4 hastada mesane sağında lokalize idi. Yine 9 hastanın divertikülü posterolateral segmentte, 3'ünde superolateral segmentte idi. Tüm hastaların öyküsünde tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu vardı ve 10 tanesinde işeme disfonksiyonu bulunuyordu. Hiç bir hastada mesane çıkım darlığı saptanmadı. Tüm olgularda divertikül işeme sistüroterografi ile gösterilmişti. 4 hastaya tedavi olarak cerrahi uygulandı, diğerleri konservatif izlendi.

Tartışma: Bu konu ile ilgili çalışmalar her ne kadar az sayıda hasta içerse de mesane divertiküllerinin idrar yolu enfeksiyonu ve işeme disfonksiyonu ile ilgili ilişkisi kuvvetlidir.

Anahtar Kelimeler: Mesane divertikülü, çocuk, idrar yolu enfeksiyonu, işeme disfonksiyonu

PS-061

BÖBREK TRANSPLANTASYONLU ÇOCUK HASTALARDA ATRİAL VE VENTRİKÜLER REPOLARİZASYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Belde Kasap Demir¹, Eren Soyaltın², Caner Alparslan², Seçil Arslansoyu Çamlar², Tülay Demircan³, Cem Karadeniz², Önder Yavaşan², Fatma Mutlubas², Demet Alaygut²

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

²İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji Kliniği

³İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kardiyoloji Kliniği

⁴İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

Giriş: Pdalga dağılımı atrial depolarizasyonda, QT dağılımı ventriküler repolarizasyonda heterojenite göstermektedir. QT yayılımından ayrı, 12-derivasyonlu EKG'de yeni parametre olarak T dalgasının pik ve sonlanma intervalini ölçen Tp-e intervali, Tp-e/QT ve Tp-e/QTc gibi. Bu parametreler atrial ve ventriküler aritmilerin tesbitinde oldukça kullanılabilir bulunmuştur. Bu çalışmada söz konusu parametrelerin böbrek nakilli hastalarda kullanımının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal metod: İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji Kliniğinde Mart 2005-Kasım 2017 tarihleri arasında böbrek nakli olmuş çocuk ve adolesan hastalar prospektif olarak değerlendirildi. 31 böbrek nakilli hasta, benzer yaş, cinsiyetteki 33 kontrol ile karşılaştırıldı. Diabetes mellitus, kalp yetmezliği, eGFR < 60 ml/min/1.73m² olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Tüm hastalara 12 derivasyonlu -EKG değerlendirmesi yapıldı. Bilgisayar programı ile tüm EKG parametreleri değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların böbrek transplantasyon periotları 9-163 ay arasında değişmekte idi. Ortalama eGFR 102,5±31,3 ml/min/1.73m² olarak tesbit edildi. Her iki grup yaş ve cinsiyet bakımından benzerdi. Hastalar diyastolik kan basınçları yüksek olma eğiliminde idiler (p: 0,000). Böbrek nakilli hastalar kontrol grubu ile karşılaştırıldığında sol ventrikül kitle indeksleri belirgin daha yüksekti (p: 0,005). Ortalama p-dalga dağılımında(p:0,016), QTd'de (p: 0,005), QTcd'de(p: 0,000), Tp-e min/QT min'de (p:0,007), Tp-e min/QTcmin (p:0,000), ve Tp-emax/QTcmax (p:0,048) da her iki grup arasında anlamlı fark bulundu.

Tartışma: Böbrek nakilli çocuk ve adolesanlar, böbrek fonksiyonlarının iyi bildirilmesine rağmen bazı aritmilerin gelişimine yatkın olmaktadır. Bu nedenle dikkatli bir EKG değerlendirmesi gereklidir. 24 saat EKG monitorizasyonunun yapılacağı daha ileri elektrofizyolojik çalışmalar ile klinik bilgi ve bu parametrelerin prognoz üzerine etkileri konusunda ayrıntılı bilgi edinilecektir.

Anahtar Kelimeler: Atrial depolarizasyon, ventriküler repolarizasyon, böbrek nakli

PS-062

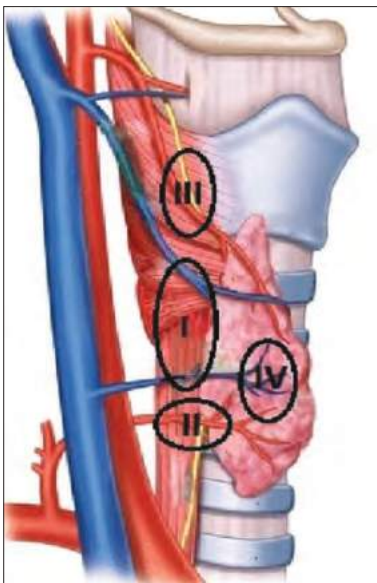
TERSİYER HİPERPARATROİDİ TEDAVİSİNDE CERRAHİ ZORLUKLAR: ANATOMİK VARYASYONLARIN ÖNEMİ**Ahmet Aykas¹, Erhan Tatar¹**¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi ve Organ Nakli Kliniği²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Son dönem böbrek yetmezliğinde renal osteodistrofinin medikal tedavisinde seçenekler her geçen gün artmakla birlikte sekonder hiperparatroidinin cerrahi tedavisi önemini halen korumaktadır. Paratroidektomi sıklığı Gelişmiş ülkelerde 1000 hasta yılında %7-10 arasında değişmektedir. Ülkemizde ise bu konuda maalesef yeterli veri yoktur. Bu olgularda etkin Cerrahi tedavinin mortalite ve morbititeyi azalttığı bilinmektedir. Bununla birlikte cerrahi başarısızlık önemli bir konudur. Başarısızlıkta başta cerrahinin tecrübesi, preoperatif görüntülemelerde yetersizlikler, anatomik varyasyonlar (5 odak ve/veya ektopik odak) önemli faktörlerdir. Bu çalışmanın amacı Tersiyer hiperparatroidisi olan olgularda total paratroidektomi ve tirotoimik ligaman eksizyonunun etkinliğini değerlendirmek ve paratroid lokalizasyon ve anatomik varyasyon sıklığını araştırmaktır.

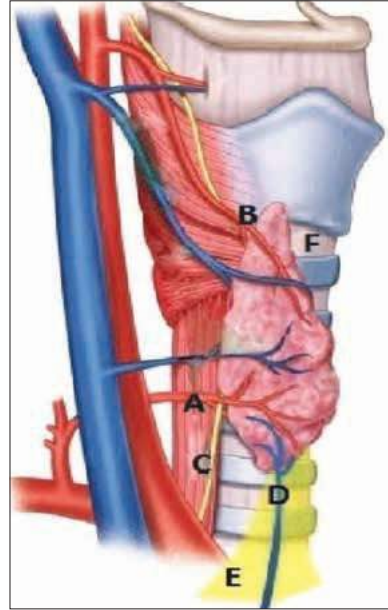
Methodoloji ve Sonuçlar: Ocak 2014-2018 yılları arasında paratroidektomi yapılan 55 olgu değerlendirilmeye alındı. Postoperatif ilk gün PTH < 50 pg/ml cerrahi başarı olarak kabul edildi. Hastalar Ortalama 13.2±8.4 ay takip edildi. Yaş ortalaması 48.1±12.9 yılı. Hastaların demografik verileri tablo 1. De verilmiştir. Erken dönemde mortalite gözlemlenmedi. 48 (%87.2) olguda hedef düzeylerine ulaşıldı. İki olguda 1 gland (bunlar reoperasyon), bir olguda 5 gland (%1.8), kırkdört olguda 4 (%80) gland, sekiz olguda 3 (%14.5) gland saptandı. Paratroid bezlerin anatomik lokalizasyonları olası yerleşim yerleri şekil 1. De verilmiştir. Superior ve inferior yerleşimler Şekil 2 ve şekil 3'de verilmiştir. Üst paratroid bezlerin %10'da farklı yerleşim alt paratroid bezlerin %27'si ektopik yerleşimliydi (tirotoimik ligaman, tiroid bez alt pol altında, veya karotis kılıfı ve trakeoözofageal oluk arasında) Başarısız olan 7 olgu değerlendirildiğinde 4 tanesi 4'de 4 çıkarılmış olmasına rağmen PTH düşmemiştir. %50'sinde fazla gland mevcuttu. Geri kalandaki 3 ve altı gland çıkarılmıştı. Lojda odak bulunamamıştı (Ektopik odak). Başarılı cerrahi geçiren olguların postoperatif ilk gün ve son kontrol PTH değerleri sırasıyla 15.3±20.1pg/mL, 33.2±59 pg/mL'di.

Çıkarışma: Tersiyer hiperparatroidide paratroid bezinde ektopik yerleşim ve anatomik varyasyonlar önemli sorunlardır. Günümüzde cerrahiye yol göstermesi açısından radyolojik incelemedeki yetersizlikler cerrahi başarıyı olumsuz etkilemektedir.

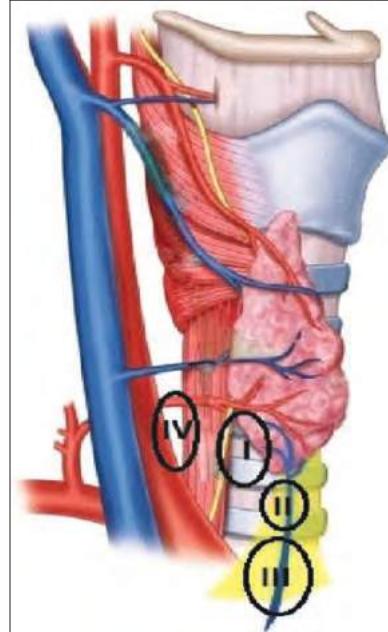
Anahtar Kelimeler: Tersiyer Hiperparatroidi, paratroid, son dönem böbrek yetmezliği, operasyon



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

Tablo 1: Hastaların demografik verileri

	Hastalar (n = 55)	RANGE
Yaş (yıl)	48.1±12.9	21 – 73
Cinsiyet (E/K)	32/23	
Hemodiyaliz süresi(ay)	135.7±53.3	48 – 288
Kalsiyum, mg/dl	11.7±1.35	8.7-12.0
Fosfor mg/dL	5.9±1.5	4.5 - 8.9
Albumin, g/dl	4.1±0.4	3.2 – 5.1
ALP (U/l)	502.7±440	(75 – 2069)
Intact PTH, pg/ml (preoperative)	1656.0±794.8	(830 – 3298)
Hemoglobin (g/dL)	11.8±1.7	(8.3 – 17.3)

PS-063

OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIĞI HASTALARINDA ÜROTENSİN 2 İLE ARTERİYEL SERTLİK VE ATEROSKLEROZ İLİŞKİSİ

Melihat Çoban¹, Emre Asiltürk²

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji

²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji

Giriş: Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı (ODPBH) bilateral böbreklerde kistlerin gelişimine sekonder son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) gelişimi ile karakterize bir hastalıktır. Ürotensin II (UT II) bilinen en potent vasokonstriktör ajandır. Distal tübül olmak üzere tübül epitel hücreleri, arterlerin düz kas hücreleri ve endotelinden sentezlenir. UT II'nin kardiyovasküler (KV) sistem üzerindeki etkileri altta yatan hastalık, damar yatağının tipi, özellikleri ve UT II dozuna bağlı olarak değişiklik göstermektedir. UT II periferik vasküler yatak düz kas hücrelerindeki reseptörlerine bağlanarak vazokonstriktör, pulmoner ve mezenter arter endotelindeki reseptörlerine bağlanarak vazodilatör etki gösterir. UT II endotel hücreleri, düz kas hücreleri ve aterosklerotik lezyonlardaki infiltrat makrofajlardan sentezlenir ve ateroskleroz gelişiminde rol oynar. Sağlıklı bireyler, hipertansif, diyabetik hastalar ve değişik etyolojilere sekonder kronik böbrek hastalığı (KBH) gelişen hastalarda UT II ile periferik damarlar ve periferik damar komplikasyonları arasındaki ilişkiyi araştırarak çalışmaları olmasına rağmen, verilerimize göre ODPBH hastalarında yapılan çalışmaya rastlanmadı. Bu nedenle çalışmamızın amacı prediyaliz ODPBH hastalarında UT II ile ateroskleroz ve arteriyel sertlik (AS) arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Yöntemler: Bu kesitsel çalışma 22 (40%) erkek (ortalama yaşı = 50±15.5) ve 33 (60%) kadın (ortalama yaşı = 50±13.8) olan 55 ODPBH hastası ile yapıldı. Hastalar yaş ve cinsiyet benzer 45 sağlıklı bireyle karşılaştırıldı. Ateroskleroz varlığı karotis arter intima-media kalınlığı (KA-IMK) ve AS varlığı brakial-ayak bileği nabız dalga hızı (baNDH) ile belirlendi. Serum UT II düzeyi ELİSA ile belirlendi. Değişkenlerin dağılımı nedeniyle UT II düzeylerinin istatistiksel hesaplaması log10 ile belirlendi.

Bulgular: 39 (%70.9) hasta hipertansifti. Ortalama tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFR) 61.51±34.23 mL/dk/1.73 m² idi. Ortalama log10 UT II 0.92±0.16 ng/mL idi. Ortalama baNDH, KA-IMK sırasıyla 7.65±1.5 m/sn ve 0.63±0.13 mm idi. Hastalarda sağlıklı bireylere göre log10 UT II (p = 0.009), baNDH (p < 0.001), KA-IMK (p = 0.001) yüksek ve eGFR (p < 0.001) düşüktü. Log10 UT II > 0.84 olanlarda, log10 UT II ≤ 0.84 olanlara göre eGFR (p = 0.038) düşüktü, her iki grup arasında baNDH ve KA-IMK açısından farklılık gözlenmedi. Çok değişkenli analizde log10 UT II ile eGFR (p = 0.048) arasında ters ilişki gözlemlendi, log10 UT II ile baNDH ve KA-IMK arasında ilişki gözlenmedi.

Sonuç: Çalışmamızda prediyaliz ODPBH hastalarında sağlıklı bireylere göre yüksek serum UT II düzeyleri ve artmış ateroskleroz ve AS gelişimi gözlemlendi. Böbrek yetmezliği evresi ilerledikçe serum UT II düzeylerinde artış gözlemlendi. UT II ile ateroskleroz ve AS gelişimi patogenezinde rolü olan hiperlipidemi ve inflamasyon arasında ilişki gözlenmedi. UT II ile ateroskleroz ve AS arasında ilişki gözlenmedi. Prediyaliz ODPBH hastalarında serum UT II düzeylerinin vasküloprotektif etkisi vardır.

Anahtar Kelimeler: Atozomal dominant polikistik böbrek hastalığı, Ürotensin II, ateroskleroz, arteriyel sertlik

Tablo 1: Hasta ve sağlıklı kontrol grubunun klinik, demografik özellikleri ve laboratuvar değerleri

	Hastalar (55)	Sağlıklı kontrol grubu (45)
Yaş (yıl) (Erkek/Kadın)	50±15.5/50±13.8	48±5.6/44±8
Erkek/Kadın	22 (%40)/33 (%60)	22 (%48.9)/23 (%51.1)
Hipertansiyon	39 (%70.9)	
SKB (mmHg)/DKB (mmHg)	126.91±13.67/84.76±10.39	119.13±11.85/78.56±9.91
ACE inh/ARB	11 (%20)/13 (%23.6)	
Ca kanal blokör	19 (%34.5)	
Alfa blokör	2 (%3.6)	
Beta blokör	11 (%20)	
Diğerleri	1 (%1.8)	
Evre 1-2 KBH	30 (%54.5)	
Evre 3-4 KBH	18 (%32.7)	
Prediyaliz evre 5 KBH	7 (%12.8)	
eGFR (mL/dk/1.73 m ²)	61.51±34.23	91.8±6.89
PTH (pg/mL)	83.47±43.24	53.86±25.74
Ca (pg/mL)	9.41±0.36	9.36±0.4
P (mg/dL)	3.27±0.71	4.09±5.19
Albumin (g/dL)	4.39±0.25	4.36±0.28
hs-CRP (mg/L)	2.39±2.24	2.67±2.87
T-K (mg/dL)	192.64±38.2	189.82±43.72
HDL-K (mg/dL)	55.4±17.92	48.24±14.23
LDL-K (mg/dL)	113.89±34.77	116.22±34.8
Trigliserit (mg/dL)	113.89±34.77	139.76±95.45
Log10 UT II (pg/mL)	0.92±0.16	0.84±0.14
baNDH (m/sn)	7.65±1.5	6.62±0.9
KA-IMK (mm)	0.63±0.13	0.55±0.08

Tablo 2: Hasta özelliklerinin ortalama log10 UT II düzeylerine göre karşılaştırılması

	Log10 UT II (pg/mL) (26)	Log10 UT II (pg/mL) (29)	p
eGFR (mL/dk/1.73 m ²)	73 (18-122)	39 (16-109)	0.038
Albumin (g/dL)	4.4±0.24	4.38±0.26	0.760
hs-CRP (mg/L)	1.2 (0.21-9.08)	2.38 (0.16-6.6)	0.196
T-K (mg/dL)	191.77±34.77	193.41±41.64	0.875
HDL-K (mg/dL)	51.5 (38-69)	54 (35-136)	0.926
LDL-K (mg/dL)	112±32.87	115.59±36.89	0.706
Trigliserit (mg/dL)	134.81±51.12	135.52±58.7	0.962
baNDH (m/sn)	7.54±1.5	7.76±1.47	0.584
KA-IMK (mm)	0.6 (0.5-0.8)	0.6 (0.5-1.1)	0.277

Tablo 3: Çok değişkenli analizde log10 UT II ile ilişkili faktörler

	Beta	S.E.	p
eGFR (mL/dk/1.73 m ²)	-0.396	0.001	0.048
Albumin (g/dL)	0.036	0.098	0.837
hs-CRP (mg/L)	0.070	0.011	0.698
T-K (mg/dL)	-0.562	0.001	0.107
HDL-K (mg/dL)	0.453	0.002	0.302
LDL-K (mg/dL)	0.384	0.001	0.274
Trigliserit (mg/dL)	0.257	0.001	0.106
baNDH (m/sn)	0.514	0.035	0.158
KA-IMK (mm)	0.050	0.192	0.769

PS-064

OROFASİYAL HERPES ENFEKSİYONUNA SEKONDER GELİŞEN İGA NEFROPATİSİNE BAĞLI AKUT BÖBREK YETERSİZLİĞİ

İrem Onar, Osman Küskü, Dilan Serap Adıgüzel, Kardelen Yılmaz, Murat Yakın, Selma Alagöz, Numan Görgülü

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: IgA nefropatisi, glomerülopatiler içinde en sık görülen, böbrek mezengiumunda IgA ve C3 birikimi ile karakterize bir glomerulopatidir. Asemptomatik mikroskopik veya tekrarlayan makroskopik hematüri atakları mevcuttur. Sıklıkla idiyopatik olmakla birlikte çeşitli nedenlere bağlı sekonder IgA nefropatisi gelişebilir. Bu yazıda enfeksiyona sekonder gelişen IgA nefropatisine bağlı ABY ile hastaneye başvuran ve tedavi sonrasında klinik ve laboratuvar tablosu düzelen bir hasta sunulmuştur.

Olgu: Bilinen herhangi bir hastalık öyküsü bulunmayan genel durum bozukluğu ile başvuran 55 yaşında erkek hasta ABY ile servise yatırıldı. Hastanın yapılan fizik muayenesinden genel durum orta, şuur açık, koopere, oryante, TA:110/70mmHg, NDS:80/R, ateş:36C° idi. Dudak ve her iki yanağında kümelenme gösteren yaygın veziküler lezyonları ve ağız içi mukozasında kabank, beyaz plak benzeri lezyonları mevcuttu. Solunum sesleri bilateral doğal, S2 S2 normaldi. Hastanın başvurusundan 4 gün önce yapılan tetkiklerinde kreatininin 0,8mg/dl olduğu öğrenildi. Yatış günü bakılan laboratuvar tetkiklerinde Lökosit:32500/mm³, Hb:15,4g/dl, PLT:76000/mm³, Na:129mmol/L, K:3,8mmol/L, kreatinin:7,5mg/dl, üre:234mg/dl, ürik asit:15,6 mg/dl, PTH:380pg/ml, CRP:73mg/L, prokalsitonin:67 ng/ml, idrar tetkikinde protein:eser, eritrosit:70HPE, spot idrarda protein/kreatinin oranı:512mg/gün, HBsAg:Negatif, Anti-Hbs:Pozitif, Anti-HCV:Negatif, Anti-HIV:Negatif, HIV RNA:Negatif, EBV EBNA IgG:Pozitif, EBV VCA IgG:Pozitif, EBV VCA IgM:Negatif olarak sonuçlandı. Oral mukozada yaygın, plak benzeri lezyonları olup yutma güçlüğü tarifleyen hastanın yapılan üst GİS endoskopisinde kandida özofajiti ile uyumlu lezyonları vardı. Bunun üzerine hastaya Valasiklovir, Flukonazol ve Piperasilin-tazobaktam tedavisi başlandı ve 14 gün devam edildi. Akut böbrek yetersizliği düzelmeyen hastaya tanı amaçlı böbrek biyopsisi yapıldı. Biyopside, mezangial alanda IgA birikimi saptandı ve IgA nefropatisi ile uyumlu bulundu. Tedavi sonrası veziküler lezyonları ve ağız mukozasındaki kandida plakları kaybolan hastanın takiplerindeki Lökosit:8000/mm³ Hb:11,1g/dl, PLT:245000/mm³, Na:140 mmol/L, K:4,9mmol/L, kreatinin:1,1mg/dl, üre:128mg/dl, ürik asit:6mg/dl, PTH:56pg/ml, CRP:3mg/L, idrar tetkikinde protein:eser, eritrosit:1HPE, spot idrarda protein/kreatinin oranı:77mg/gün idi.

Sonuç: IgA nefropatisinin sekonder nedenleri arasında dermatitis herpetiformis, ülseratif kolit, tüberküloz, çeşitli maligniteler, stafilokok, streptokok, HIV, hantavirus, herpes simpleks virus, CMV ve EBV enfeksiyonları yer alır. Sağlıklı insanlarda %3-16 oranında mezangial IgA birikimi olduğu bilinmektedir. Bizim vakamızda zaten mezangial IgA birikimi olan bir hastada herpetik enfeksiyonun neden olduğu sepsise bağlı akut böbrek yetersizliği mi, yoksa herpes virus enfeksiyonunun yol açtığı IgA nefriti mi ayrımı tam olarak yapılamamıştır. Başlangıçta var olan proteinüri ve mikroskopik hematürisinin tedavi sonrası tamamen normale dönmesi 2. olasılığı düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Herpes virus enfeksiyonu, IgA nefropatisi, akut böbrek yetersizliği

PS-065

DİABETİK BÖBREK NAKLİ ALICILARINDA KORONER ARTER HASTALIĞININ MORTALİTEYE ETKİSİ

Yücel Yuksele

Antalya Medicalpark Organ Nakli Bölümü Genel Cerrahi

Giriş: Kronik böbrek yetmezliğinin en büyük nedeni diabetis mellitustur (DM). DM sadece böbrekler değil tüm sistemleri tutan bir hastalıktır. DM nedeniyle kardiyovasküler sistemde etkilenen ve bu hastalarda böbrek nakli sorunlu olabılır.

Bu sunumuzda merkezimizde DM nedeniyle kronik böbrek yetmezliği gelişen ve böbrek nakli olan hastaların koroner durumlarına göre sağ kalımlarını araştırdık.

Yöntem: Antalya Medicalpark Organ Nakli Bölümünde Kasım 2008- 31.Aralık 2017 tarihleri arasında diabetes mellütüs nedeniyle,böbrek nakli olan hastalar araştırmaya alındı. Hastaalrın preop koroner anioğrafilerine ve öykülerine göre gruplandırdı. Koroner anjiosu normal olanlar (Grup I), böbrek nakli öncesi koroner stent olanlar (Grup II), böbrek nakli öncesi koroner arter bypasslı olanlar (Grup III), böbrek nakli le eş zamanlı koroner by pass olanlar (Grup IV) ve koroner anjiorafide koroner damarlarda %50'den fazla darlık olan Koroner arter hastalığı olanlar (Grup V) olarak gruplandırıldı. Bu hastaların sağ kalımları araştırıldı.

Sonuçlar: Kasım 2008- 31 Aralık 2017 tarihleri aranda Antalya Medicalpark Organ Nakli Bölümünde 4394 hastaya böbrek nakli yapıldı. 650 hasta DM'ye bağlı böbrek nakli olmuştu. Hastaların cinsiyetleri 480'i erkek, 170 kadın; DM dağılımı 86'sı Tip 1 DM, 406'sı Tip 2 DM, 158'si DM+HT. Dilaliz türü olarak,246'sı preemtif, 366'sı hemodializ, 25i periton dializi,13'ü hem periton dilaizi hemde Hemodializ yapmaktaydı. Koroner durumuna göre koroner anjiosu normal olanlar (Grup 1) 285 hasta, preop koroner by passlı olanlar (Grup 2) 72 hasta, preop koroner stenti olanlar (Grup 3) 56 hasta, böbrek nakli ile beraber eş zamanlı koroner by pass olan (Grup 4) 62 hasta, koroner arter hastalığı olan (Grup 5) 175 hasta dan oluşmaktaydı.

Hastaların ortalama yaşı 51.8 (20-82), ortalama DM süresi 13.9 yıl (2-28), dializ süresi 17.7 ay (0-216), takip süresi 59.9 ay (0-116).

Tartışma: DM'ye bağlı KBY hastalarında 1-3-5-10 yıllık sağ kalımlar %79 bildirilmişken, 3 yıllık sağ kalım %52, 10 yıllık sağ kalım ise %5-10 arasında değişmektedir. DM'ye bağlı dialize giren hastalarda hem yaşam konforunu ve süresini uzatmak için böbrek nakli en iyi tedavi şeklidir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, diabetes mellitus, koroner arter hastalığı

Tablo 1: Hastaların koroner durumlara göre dağılımı

	Ex Yok	Ex Var	Toplam
Normal	254	31	285
Preop CABG	58	14	72
Preop Koroner Stent	40	16	56
Tx+CABG	50	12	62
KAH	146	29	175
Toplam	548	102	650

PS-066

ÇOCUKLARDA ERKEN GREFT FONKSİYONUNU ÖNGÖRMEDE BÖBREK NAKLİ SONRASI 2 GÜN İÇİNDE YAPILAN BÖBREK SİNTİGRAFİSİNİN DEĞERİ

Bülent Yazıcı¹, İpek Kaplan Bulut², Sevgin Taner², Aylin Oral¹¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Ana Bilim Dalı²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Çocuklarda böbrek nakli sonrası 2 gün içinde Tc-99m DTPA ile yapılan sintigrafinin kantitatif indeksleri, 1 aylık dönemde greft fonksiyonunun predikasyonu açısından değerlendirildi.

Yöntemler: 2012-2018 arasında böbrek nakli yapılan 48 çocuğa ait bazal böbrek sintigrafileri retrospektif olarak incelendi. Hilson indeksi (HI), greft indeksi (GI), pik perfüzyon ile iliak arter arasındaki zaman (ΔP), pik-plato oranı (P:Pl), pik perfüzyonun iliak arter oranı (P:A) ve perfüzyon pikinin renogram pikine oranı (P:U) hesaplandı. 1.hafta, 15.gün ve 1.ay serum kreatinin düzeyleri üzerinden "Schwartz" formülü kullanılarak eGFR değerleri hesaplandı. eGFR değeri 60'tan küçük olanlar greft disfonksiyonu kabul edildi. Sintigrafik indekslerle eGFR düzeyleri arasında korelasyon ilişkisine bakıldı. Anlamli indekslerin greft disfonksiyonunu öngörme kabiliyeti ROC eğrisi analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Sintigrafik indeksler içinde GI, P:U, HI ve P:A ile eGFR değerleri arasında anlamlı korelasyon saptandı ($P<0.05$). Sintigrafi ile aynı gün bakılan eGFR ile en güçlü korelasyonu P:U gösterdi ($r=-0.77$). P:U'nun korelasyon katsayısı takipteki eGFR değerleri için daha düşüktü (r ; 1.hafta: -0.69, 15.gün: -0.65, 1.ay: -0.43). GI'nin 15.gün ve 1.ay eGFR ile olan korelasyonları ise sintigrafisiyle aynı günlük eGFR korelasyonundan daha güçlüydü (r ; aynı gün: -0.52, 1.hafta: -0.72, 15.gün: -0.74, 1.ay: -0.67). P:A ve HI'nin eGFR korelasyonları anlamlı ancak GI kadar güçlü değildi. P:A indeksinin 1.ay eGFR ile korelasyonu ($r=0.68$) GI ile benzerdi. Yapılan ROC eğrisi analizinde eğri altında kalan alana (AUC) göre 1.hafta, 15.gün ve 1.ayda greft disfonksiyonunu öngörmede doğruluğu en yüksek olan GI indeksiydi (AUC; 1.hafta: 0.89, 15.gün: 0.92, 1.ay: 0.90).

Sonuç: Sintigrafisiyle böbrek fonksiyonu ilişkisi iyi bilinmektedir ve sintigrafik parametrelerin aynı gün bakılan eGFR ile güçlü korelasyona sahip olması, ancak bu korelasyon ilişkisinin takip eGFR predikasyonu açısından zamana bağlı olarak azalması beklenen bir durumdur. Bu çalışmada da P:U indeksinin korelasyonu bu şekilde bulunmuştur. Ancak dikkat çekici olan GI'nin 15.gün ve 1.ay eGFR ile daha güçlü korelasyona sahip olmasıydı ki bu durum GI'nin prediktif değerini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, çocuk, gecikmiş greft fonksiyonu, sintigrafisi

PS-067

BÖBREK TRANSPLANTLI BİR HASTADA KRİPTOKOK İLİŞKİLİ PNÖMONİ

İpek Kaplan Bulut¹, Sevgin Taner¹, Cemaliye Başaran², Betül Ekici³, Caner Kabasakal¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

²İzmir S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş: Cryptococcus neoformans, kapsüllü bir maya mantarı olup kaynağı, güvercin başta olmak üzere çeşitli kuş dışkılarıyla kirlenmiş topraktır. Solid organ transplantasyonlu hastalarda önemli bir fırsatçı enfeksiyon etkenidir. Tanı kültür, direkt mikroskopi veya dokularda kriptokok antijeninin saptanmasıyla konulur.

Olgu: 6 yıl önce böbrek nakli yapılmış 18 yaşında erkek hasta, kreatinin artışı nedeniyle rejeksiyon ön tanısıyla yatırıldı. Özgeçmişinden, veziköretoral reflü (VUR) nefropatisi tanısıyla anneden böbrek nakli yapıldığı öğrenildi. Soygeçmişinde özellik yoktu. Kan basıncı: 137/84 mmHg olup fizik muayenesinde operasyon skarı dışında özellik yoktu. Beyaz kan hücreleri: 10790/mL, hemoglobin:1 0.2 g/dL, trombosit: 275000/mL, Üre: 155 mg/dL, Kreatinin: 1.49 mg/dL, CRP: 0.14 mg/dL olup elektrolitler normal sınırlardaydı. Bazal kreatinin değeri 0.7 mg/dL olan hastanın renal doppler ultrasonda nakil böbrek parankim korteks ekojenitesi Grade 1 artmıştı. Siklosporin ilaç düzeyi normal aralıktaydı. CMV DNA negatif olup BKV idrarda ve kanda negatifti. Yatışı sırasında kreatinin yükseldi (kreatinin:2,5 mg/dL). Böbrek biyopsisi akut rejeksiyon olarak değerlendirildi. Hastaya puls steroid verildi. Serum kreatinininde yeterli düşme gözlenmeyince izleminde ATG (anti-timosit globulin) verildi. CD3 T lenfosit düzeyleri takip edilerek ATG dozları uygulandı. İzleminde ateş yüksekliği olan hastada ateş odağı saptanamadı. Beyaz kan hücreleri:3130/mL, Hemoglobin:7.5 g/dL, trombosit:88000/mL, Total Protein:4.6 g/dL, Albumin:1.8 g/dL, Üre:155 mg/dL, Kreatinin:2,7 mg/dL, CRP:19 mg/dL idi. Akciğer grafisi normaldi. Vankomisin ve Meropenem başlandı. İmmüsupresif dozları azaltıldı. Tedavinin dördüncü gününde kan kültüründe C.neoformans üredi. Öykü derinleştirildiğinde güvercin ile temas olduğu öğrenildi. HRCT'de septal kalınlaşma, lenfadenopati ve plevral efüzyon saptandı. Tedavisi Amfoterisin B ve Flukanazol olacak şekilde düzenlendi. Antifungal tedavinin 5. gününde solunum sıkıntısında artış nedeniyle 4 gün yoğun bakım ünitesinde BPAP ile izlendi. Tedavinin 11. gününde oksijen ihtiyacı kalmadı. Dört hafta ikili antifungal tedavi ile izlenen hastanın tedavisi 6 haftaya tamamlandı ve profilaksi ile devam edildi. Hasta üre 77 mg/dL, kreatinin 1.7 mg/dL değerleri ile taburcu edildi.

Sonuç: Solid organ transplantlı hastalarda Cryptococcus Neoformans gibi fırsatçı mantar enfeksiyonları da ateş odağı olarak düşünülmelidir. Bu enfeksiyonların

erken tanı ve uygun tedavisi yapılmazsa yüksek mortalite ile gidebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek transplant, cryptococcus neoformans, fırsatçı enfeksiyon

PS-068

TRANSPLANTASYON SONRASI NADİR BİR HASTALIK NÜKSÜ; 2,8 DIHİDROKSİADENİNÜRİ

Ebru Sevinç Ok¹, Sait Şen², Işık Hasan Özgü¹, Uğur Saraçoğlu¹

¹Kent Hastanesi

²Ege Üniversitesi Hastanesi

Giriş: 2,8dihidroksiadeninürisi,genetik,nadir bir kristal nefropatidir.Silik klinik gösterdiğinden atlanabilir ve posttransplant erken greft kaybına sebep olabilir.

Yöntemler: 24 yaşında,renal transplantasyon sonrası tanı alan ve tedaviyle grefti kurtarılmış bir hasta sunulmaktadır.

Bulgular: 3yaşında evlat edinilmiş erkek hastanın öyküsünde sık idrar yolu enfeksiyonu, taş düşürme mevcuttu.16yaşında sağ nefrektomi öncesi kreatinin 0.9 mg/dL, USG de sağ böbrek küçük, pelvikaliksel yapılar geniş, parankimde 4 mm nonopak taş,sol böbrek grade1, hidronefroz saptanmamış. 24yaşında kan bağışi sırasında böbrek yetmezliği saptanarak yatırılmış. Tomografide sol böbrekte 5 mm taş ve toplayıcı sistemde minimal dilatasyon izlenerek nefrostomi takılmış, düzelme olmayınca diyaliz başlanmış. 24 saatlik idrarda sistin ve oksalat normal bulunarak transplantasyona yönlendirilmiş. Hastaya 63 yaşındaki üvey anneden nakil yapıldı. Takrolimus içeren üçlü tedavi, ATG indüksiyonu kullanıldı. Kreatinin başlangıçta düşmekle birlikte yüksek kalması (3 mg/dl) nedeniyle tetkik edildi, 7.günde USG normal, biyopsi Banff tip 2a rejeksiyon ile uyumlu, pulse prednol ve ATG tedavisi başlandı. Tedavinin 5.gününde septik ateşi oldu, ATG tedavisine ara verildi. İdrarda E.coli üredi. Uygun antibiyotrapisi ile tedavi edildi. Kreatinin 2.5-3 mg/dl arasında seyretti. 4.haftada artış (4.8 mg/dl) saptanarak tekrar USG yapıldı, üriner veya vasküler problem saptanmadı, idrar kültüründe üreme olmadı. Tekrarlanan biyopside tübülointerstiyel nefrit, ödem ve 2.8 dihidroksi adenin kristalleri görüldü. İdrarı da tekrar incelenen hastada benzer üriner kristaller gösterildi. Tacrolimusa ara verildi, hidrasyon başlandı, pürinden fakir diyetle geçildi. Febuxostat tedavisi 40 mg/gün dozunda başlandı. KCFT takibi ile doz 120 mg a çıkıldı. İdrarda kristalüri takibi yapılarak doz kristaller kaybolana dek artırıldı. Tedavinin 7.gününde kreatinin 2,5,mg/dl idi. Tacrolimus tekrar başlandı. 10.gününde kreatinin 2,32 mg/dl, ürik asit 1,2 mg/dl, idrarda kristal nadirdi, hasta taburcu edildi. 3.ayda, hastanın kreatinin 2 mg/dl, idrarda kristal yok, ürik asit 1.4 mg/dl, karaciğer fonksiyon testleri normal ve febuxostat dozu 160 mg/g olarak takipte. Yapılan kontrol biyopside kristallerin boyutlarının küçüldüğü ve daha çok interstiyel alanda doğru yer değiştirdiği gözlemlendi.

Sonuç: Bu nadir metabolik hastalığın diğer çocukluk çağı taş hastalıklarına göre tanıda bazı güçlükleri mevcuttur. Hastaların bir kısmında tipik kolik, taş düşürme ve aile öyküsü bulunmayabilir. Bu taşlar yumuşak,fragil ve radyolusendir, Xray'de gösterilemez, tomografide bile bir böbrek normal bulunabilir. Bu özellikler görüntüleme ve laboratuvar tetkiklerini sınırlar. Bu da son dönem böbrek yetmezliği gelişiminde obstruksiyondan ziyade tübülointerstiyel hastalığın rolünün daha baskın olabileceğini akla getirir. Hastalığın bir diğer önemli yönü de, posttrasplantation erken dönemde tekrarlaması ve hızla greft kaybına yol açabilmesidir. Önceden tanı konmamış olgularda ilk haftada greft disfonksiyonu başlar, primer nonfonksiyon bildirilmiştir. Tanı geciktiğinde greft kaybı kaçınılmaz olur. Erken greft disfonksiyon vakaları yoğun interstiyel inflamasyon nedeni ile rejeksiyonla karışabilir veya birliktelik gösterebilir. İlk bakışta kristaller görülemeyebilir. Tanısı olan hastalarda nakilden önce allopurinol veya febuxostat tedavisinin başlanması kolay, ucuz ve greft için tek kurtarıcı tedavidir. Nakil sonrası erken tanı ile tedavinin başlanması da greft fonksiyonlarını geri döndürebilir.

Anahtar Kelimeler: Renal transplantasyon, nadir hastalıklar, greft kaybı

PS-069

PARVOVİRUS B19'A BAĞLI ANCA POZİTİF AKUT GLOMERULONEFRİT; VİRAL YÜKE BAĞLI YALANCI ANCA POZİTİFLİĞİ Mİ?

Hamad Dheir¹, İlhan Yıldırım², Selçuk Yaylacı², Ahmed Bilal Genç², Özger Akarsu¹, Savaş Sipahi¹

¹Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Nefroloji Bilim Dalı

²Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi-İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş: literatürde Parvovirus B19'a bağlı tübülüinterstisyel nefrit ve kollapsing fokal segmental glomerulosklerozis bildirilmiştir. Ayrıca, akut parvovirus B19 enfeksiyonu yüküne bağlı yalancı ANCA pozitifliği olabileceği ileri sürülmüş. Biz pulmoner emboli tanısı alıp cANCA pozitif ve Parvovirus B19 pozitif olan akut glomerulonefrit tanısı alan olgumuzu sunmaktayız.

Olgu: 47 yaşında bayan hasta; bilinen sistemik hastalığı yok iken ani başlayan nefes darlığı ve genel durumunda bozulma nedeniyle dış merkezde pulmoner emboli tanısı konmuş. Bakılan biyokimyasal parametrelerinde böbrek disfonksiyonu+mikroskobik hematüri + nefritik düzeyde proteinüri saptanması üzerine merkezimize refere edilmiş. Merkezimizde yapılan tetkiklerinde böbrek disfonksiyonu+mikroskobik hematüri + nefritik proteinüri + cANCA pozitif saptanması üzerine hasta dış merkezde coumadinize edilmiş olması ve genel durumunda hızlı bozulma olması nedeniyle böbrek biyopsisi yapılamadan kortikosteroid tedavisi verildi. Destek tedavisini sürdürülen olgunun etiyolojik faktörleri araştırmak üzere daha önce gönderilen viral markırlarında Parvovirus B19 PCR 3432 IU/ml pozitif olarak değerlendirildi. Bunun üzerine kortikosteroid tedavisi kesilip destek tedavisi sürdürüldü.

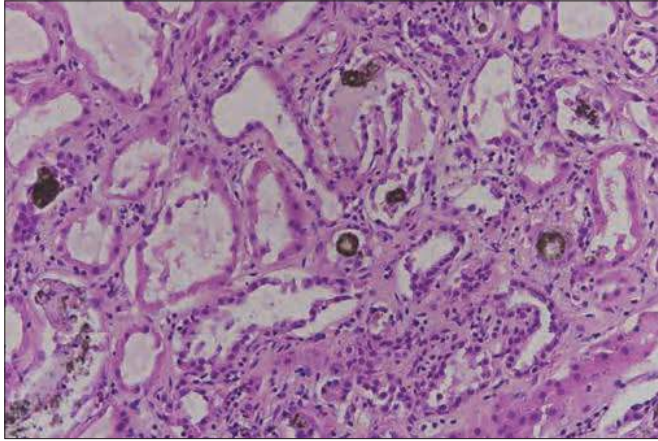
Sonuç: Hastanın destek tedavisi ile izleminde kontrol böbrek fonksiyonlarında belirgin düzelme ve kontrol Parvovirus B19 IgM ve PCR değerleri ve ANCA titresi negatifleştiği görüldü.

Tartışma: Parvovirus B19 enfeksiyonu fokal segmental glomeruloskleroz ve tübülüinterstisyel nefrit etiyolojisinde rolü olduğu bilinmektedir. Akut parvovirus B19 enfeksiyonu saptanan hastalarda ANCA testi pozitifliği yalancı olma olasılığı olup kesin tanı için testin belli aralıklarla tekrar kontrol edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: ANCA pozitif vaskülit, Parvovirus B19 enfeksiyonu, pulmoner emboli

Tablo 1:

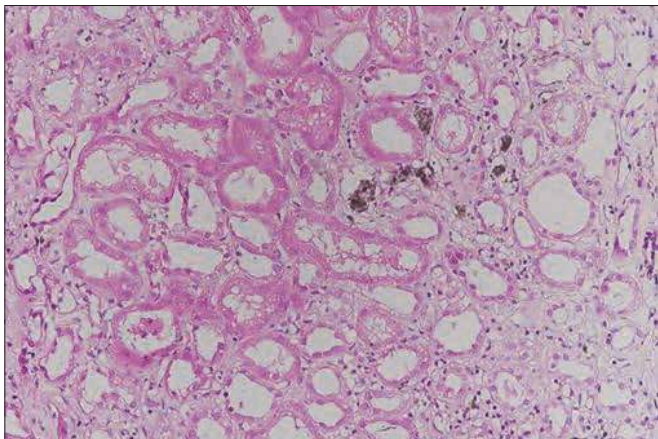
Parametre	Tanı zamanında	Tanıdan 3 ay sonra
Üre (mg/dl)	68	41
Kreatinin (mg/dl)	1.7	0.9
e-GFR (ml/dk/1.73m ²)	33.72	75.37
Serum albümin (gr/dl)	2.7	3.2
Lökosit (WBC) (K/μL)	9.3	6.48
Hemoglobin (gr/L)	9.4	11
Hematokrit (%)	28	32.3
Trombosit (K/uL)	325	162
Mikroskobik hematüri	VAR	YOK
C3/C4	Normal/Normal	Normal/Norma
c-ANCA	Pozitif	Negatif
Parvovirus B19 IgM	2935	Negatif
Paravovirus B19 PCR (IU/ml)	3432	Negatif



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-070

ANCA POZİTİF VASKÜLİT TEDAVİ YAKLAŞIMLARI VE SONUÇLARI

Hamad Dheir¹, İlhan Yıldırım², Selçuk Yaylacı², Ahmed Bilal Genç², Seyyid Bilal Açıkgoz², Savaş Sipahi²

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi/ Nefroloji Bilim Dalı

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi/İç Hastalıkları Anabilim Dalı

³Kargı Ahmet Hamdi Akpınar İlçe Devlet Hastanesi

Giriş: Küçük damar vaskülitler, son derece nadir olmakla birlikte morbidite-mortalite oranları oldukça yüksektir. Renal tutulması ile birlikte pulmoner hemoraji eşlik ettiğinde mortalite oranları daha da yükselmektedir.

Metod: Mayıs 2016-Temmuz 2018 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi- Nefroloji polikliniğinde takipli, retrospektif olarak toplam 170 glomerulonefrit dosyası tarandı. ANCA pozitif vaskülit tanısı alan hastaların sağ kalımları, hemodiyaliz (HD) bağımlılığı, plazmaferez gereksinimi (PE), uygulanan immünespresif ajanların bilgileri, bazal glomeruler filtrasyon hızı (e-GFR), anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) tipi, böbrek fonksiyon testleri ve diğer demografik özellikleri kaydedildi.

Sonuç: Mayıs 2016-temmuz 2018 tarihleri arasında takip edilen 170 glomerulonefrit dosyası retrospektif olarak incelendiğinde; Bunların %5.29'u (no=9) ANCA pozitif vaskülit tanısı alan hasta olduğu saptandı. olguların 3 tanesi (%33.3) p-ANCA pozitif saptanırken diğer 6 hasta (%66.6) c-ANCA pozitif idi. Hastaların %33.3'ü (no=3) renopulmoner sendromu vardı. Bu hastalara puls metilprednizolon+siklofosfamid (PMP+CYP) yanında plazmaferez tedavisi eklenmiş. Hastaların %44.4'ü erkek (no=4), %55.5'i kadın idi. (no=5). Hastaların %55.5'i (no=5) tanı anından itibaren hemodiyaliz gereksinimi oldu. Bunlardan sadece biri kronik HD programına halen devam etmektedir. Diğer 4 hastalardan biri (%11) pnömoni nedeniyle tedavinin 49.gününde ölmüş. Kalan 3 hastanın HD gereksinimi ortadan kalkmıştı.

Tartışma: ANCA pozitif vaskülitler az rastlanmakta birlikte mortalite riski yüksek olan bir klinik durumdur. Erken teşhis açısından mikroskopik hematüri, nefritik proteinüri olan hastaların otoantikorların bakılması önem arz etmektedir. Pulmoner hemoraji kliniği eşlik ediyorsa immünespresif tedavi protokolüne plazmaferez işlemi eklenmesi hayat kurtarıcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Vaskülit, pulmoner hemoraji, plazmaferez

Tablo 1:

Hasta no	Bazal kreatinin mg/dl // e-GFR (ml/dk/1.73m ²)	p-ANCA / c-ANCA	Tedavi protokollü	6. Ay kreatinin mg/dl // e-GFR (ml/dk/1.73m ²)	1. yıl kreatinin // e-GFR (ml/dk/1.73m ²)	2. yıl kreatinin // e-GFR (ml/dk/1.73m ²)	Pulmoner Hemoraji	HD gereksinimi
1	5.7/7	-/+	PMP+ CYP+PE	-	-	-	Evet	+ /49.günde ölüm
2	1.8/43	-/+	PMP+ CYP+PE	1.4/59	-	-	Evet	+ /HD'den çıktı
3	5.3/9	-/+	PMP+ CYP	2.6/24	2.08/33	1.8/38	Hayır	+ /HD'den çıktı
4	2.1/32	-/+	PMP+ CYP	2.1/32	1.6/45	1.38/53	Hayır	- /Gerek olmadı
5	4.3/9	+/-	PMP+ CYP	2.6/17	-	-	Hayır	- /Gerek olmadı
6	2.1/33	+/-	PMP+ CYP	1.76/38	-	-	Hayır	- /Gerek olmadı
7	2.7/16	+/-	PMP+ CYP	1.6/29	-1.5/31	-	Hayır	- /Gerek olmadı
8	6.4/5	-/+	PMP+ CYP	3.4/12	-	-	Hayır	+ /Devam ediyor
9	5.5/8	-/+	PMP+ CYP+PE	2.8/22	-	-	Evet	+ /HD'den çıktı

PS-071

AMPİSİLİN SULBAKTAM KULLANIMI SONRASI GELİŞEN STEVENS-JOHNSON SENDROMU: OLGU SUNUMU

İlhan Yıldırım¹, Hamad Dheir², Deniz Çekiç¹, Ahmed Bilal Genç², Selçuk Yaylacı¹, Savaş Sipahi¹

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi/İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi/ Nefroloji Bilim Dalı

Amaç: Stevens-Johnson sendromu (SJS) yüksek ateş, pürülan konjunktivit, eroziv stomatit ve jeneralize ekzantemli cilt lezyonları ile karakterize bir hastalıktır. Hastalık tüm yaş, ırk ve cinsiyeti tutabilir. Stevens-Johnson sendromu'nun insidansı milyonda 1.2-6 olarak bildirilmiştir. Olguların yarısından çoğunda ilaçlar sorumlu olmakla birlikte enfeksiyonlar, kimyasallar ve malign hastalıklar da etyolojide rol alabilir.

Bu olgu sunumunda nadir görülen Stevens-Johnson sendromuna toplumda sık kullanılan antibiyotiklerden biri olan ampisilin sulbaktamın neden olabileceğine dikkat çekmeye çalıştık.

Olgu: Daha önce tarafımızca IgA nefropatisi nedeniyle takip edilen hasta; ateş yüksekliği, öksürük ve balgam çıkarma şikayetleri ile müraaatt etti. Orofarengeal muayenede kriptleri olması nedeniyle kriptik tonsillit ön tanısı ile ampisilin-sulbaktam 3x1000 mg olarak başlandı. Hastanın ampisilin-sulbaktam 1.dozunda vücutta jeneralize ekzantemli cilt lezyonları (A), pürülan konjunktivit (B), eroziv stomatit (C) olması üzerine ampisilin sulbaktam kesildi. İlaça bağlı Stevens-Johnson sendromu tanısı konup; hastaya 1mg/kg/gün prednizolon (iv) verildi ve giderek dozu azaltıldı. Hastanın takiplerinde mevcut cilt lezyonları geriledi. Steroid dozu azaltılarak 4.haftada kesildi. Hasta yatışın 3.haftasında taburcu edildi.

Sonuç: Hastalığın patogezi tam anlaşılamamakla birlikte keratinosit apoptozunun kontrol mekanizmasındaki bozulma ile birlikte keratinositlerdeki fas-ligand ekspresyonundaki artışın nekrozu tetiklemeye temel rol oynadığı düşünülmektedir. SJS için spesifik bir tedavi bulunmamaktadır. Bununla birlikte şüphelenilen ilacın kesilmesi ve steroid dahil destek tedavisi tedavinin temelini oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Stevens-Johnson sendromu (SJS), yüksek ateş, pürülan konjunktivit, eroziv stomatit, ampisilin-sulbaktam

PS-072

YOĞUN BAKIM YATIŞI GEREKTİREN RENAL TRANSPLANTASYON HASTALARINDA İMMÜNSUPRESİF TEDAVİ KULLANIMI VE SONUÇLARI

Hazen Sarıtaş¹, Damla Örs Şendoğan², Gizem Kumru², Neriman Defne Altıntaş³,

Akın Fırat Kocaay⁴, Acar Tüzünler⁴, Şule Şengül², Kenan Keven²

¹Siirt Devlet Hastanesi, Nefroloji Bölümü

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bölümü

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Bölümü

⁴Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bölümü

Giriş: Renal transplantasyon (RT) yapılan hastalarda enfeksiyon ve sepsis başta olmak üzere değişik nedenlerle yoğun bakım ihtiyacı gerektirecek komplikasyonlar gelişmektedir. Yaşamı tehdit eden bu sorunlar sırasında genellikle immünespresif ilaç uygulamaları azaltılırken, uygulanan tedaviler ve sonuçları konusunda yeterli bilgi yoktur. Bu çalışmanın amacı; Yoğun Bakımda takip edilen Renal Transplantasyonlu hastaların aldığı immünespresif tedavilerin ve sonuçların değerlendirilmesidir.

Metod: 2012-2017 yılları arasında merkezimizde Yoğun Bakım Tedavisi uygulanan RT hastaları retrospektif olarak çalışmaya dahil edilmiştir.

Sonuçlar: Çalışmaya 18'i erkek 13'ü kadın olmak üzere toplam 31 hasta dahil edilmiştir.

Kadavra/canlı, nakil sonrası süre ortalama izlem süresi 90±89 ay, tüm hastaların idame immünespresif tedavisi Steroid+MMF+Tacrolimus idi.

Hastaların yaş ortalaması 50,45±10,5 yoğun bakımda izlem süresi ortalama 26,16±34,66 gündür. Hastaların %9,7'sinde sepsis, %58,1'inde pnömoni, %9,7'sinde SSS enfeksiyonu ve %22,6'da ürosepsis mevcuttu. İzlemede hastaların 16'si (%51,6) exitus oldu. Toplam 10 hasta fonksiyone greftle exitus oldu. Hastaların %74,2'ne (23 hasta) immünespresif olarak sadece ortalama 32±23 mg/gün İV metilprednisolon, 26,16±34,66 gün süresince verilirken, %25,8 (8 hasta) hastanın almakta oldukları 3'lü immünespresyondan düşük 2'li immünespresyona geçildi. 5 hastaya (%16,1) MMF+Steroid, 3 hastaya (%9,7) tac+steroid uygulandı. Hastaların yoğun bakım giriş kreatinin değerleri ortalama 2,53 mg/dl ve çıkış kreatinin değerleri 1,86 mg/dl saptandı (p<0,05). Akut rejeksiyon gelişen hasta olmadı. Yoğun Bakım izleminde akut böbrek hasarı hastalarının %42'de (13 hasta) gelişti. Ancak yoğun bakım çıkışında greft fonksiyonları bazal düzeylere döndü.

Tartışma: Çalışmamızın sonuçlarında renal transplantasyon yapılan hastalarda sepsis en önemli yoğun bakım yatış nedeni olarak dikkati çekerken bu hastalarda, immünespresif tedavi dozunun azaltılması ve tekli steroid uygulamaları güvenli gözlenmektedir. Hiçbir hastada akut rejeksiyon ve kalıcı greft hasarı gelişmediği gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Renal transplantasyon, immünespresif tedavi, yoğun bakım

PS-073

GERİATRİK POPULASYONDA FEMUR BOYUN KIRIĞI CERRAHİSİNİN BÖBREK FONKSİYONLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Selma Alagöz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji

Amaç: İlerlemiş yaş ile birlikte femur boyun kırığı önemli bir mortalite sebebidir. Cerrahi girişim uygulanan bu hasta grubunda akut böbrek hasarı (ABH) yüksek oranda görülebilmektedir. Çalışmamızda, femur boyun kırığı sonrası parsiyel kalça protezi uygulanan geriatrik yaş grubunda ABH gelişme insidansı, bununla ilişkili faktörler ve ABH'nin kısa dönem mortalite üzerine etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntemler: Ocak 2015 – Kasım 2017 tarihleri arasında femur boyun kırığı nedeniyle parsiyel kalça protezi uygulanan, 119 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Diyaliz uygulanan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastalarda diabetes mellitus, kronik böbrek hastalığı (KBH), koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, serebrovasküler olay varlığı ve sigara kullanım durumu kaydedildi. Başvuru anı ve postoperatif 2. gündeki serum üre, kreatinin, hemogloblin değerleri; sistolik ve diastolik kan basıncı, ameliyat sonrası kaç ünite eritrosit süspansiyonu verildiği ve anestezi süreleri kaydedildi. Akut böbrek hasarı, Akut Kidney Injury Network (AKIN) kriterlerine göre belirlendi.

Bulgular: Hastaların 41'i (%34,5) erkek, 78'i (%65,5) kadındı. Yaş ortalaması 77,6±10,0 idi. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri Tablo 1'de gösterilmiştir. Akut böbrek hasarı 22 (%18,5) hastada saptandı. İlk bir ay içinde 7 (%5,9) hasta öldü. Koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, kronik böbrek hastalığı, operasyon öncesi hemogloblin düzey düşüklüğü ve sistolik kan basıncı yüksekliği ABH ile ilişkili bulundu. Ölen hastalarda ABH anlamlı derecede daha fazlaydı.

Sonuç: Akut böbrek yetmezliği yaşlı popülasyonda, femur boyun kırığı cerrahisi sonrası oldukça sık karşılaşılan bir komplikasyondur ve mortalite ile ilişkilidir. Hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, kronik böbrek hastalığı ve anemi gibi yandaş hastalıkları olan ileri yaşlı hastalar ABH gelişme riski açısından daha yakından izlenmelidirler.

Anahtar Kelimeler: Akut böbrek hasarı, hipertansiyon, femur boyun kırığı, mortalite

Tablo 1: Akut böbrek hasarı gelişen ve gelişmeyen hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri

n=119	Akut böbrek hasarı (+) (n=22)	Akut böbrek hasarı (-) (n=97)	p
Yaş (yıl)	81.2±8.5	76.8±10.1	0.057
Cinsiyet (erkek) (%)	50	30.9	0.134
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	26.5±3.9	26.6±5.3	0.994
Sigara kullanımı (%)	33.3	18.4	0.052
Sistolik kan basıncı (mmHg)	131.3±14.1	124.0±13.7	0.033
Diastolik kan basıncı (mmHg)	73.1±10.4	73.5±9.7	0.365
Diabetes Mellitus (%)	23.8	30.7	0.122
Koroner arter hastalığı (%)	33.3	18.7	0.047
Kalp yetmezliği (%)	39.1	21.3	0.037
Kronik böbrek hastalığı (%)	28.6	10.7	0.014
Serebrovasküler olay (%)	14.3	6.8	0.065
Üre (başlangıç) (mg/dl)	52.6±16.9	53.1±25.7	0.937
Kreatinin (başlangıç) (mg/dl)	1.2±0.6	1.1±0.5	0.430
eGFR (başlangıç) (ml/dk/1.73 m ²)	57.9±27.7	65.8±30.0	0.262
Hgb (başlangıç) (g/dl)	11.5±1.5	12.7±1.8	0.008
Üre (postop 48. saat) (mg/dl)	128.2±56.8	54.5±29.7	0.001
Kreatinin (postop 48. saat) (mg/dl)	2.1±1.3	0.9±0.4	0.000
eGFR (postop 48. saat) (ml/dk/1.73 m ²)	32.0±17.1	77.0±35.1	0.000
Hgb (postop 48. saat) (g/dl)	8.7±1.3	9.5±1.4	0.078
Eritrosit süspansiyonu (ünite)	0.94±0.9	0.8±0.8	0.454
Anestezi süresi (dakika)	123.8±32.2	125.4±23.7	0.814
Ölüm (%)	27.3	1	0.000

PS-074

NON-DİYABETİK NEFROPATİ İLE TAKİP EDİLEN DM OLGULARI

Serap Yadiğar, Meral Meşe, Ali Burak Haras, Ergün Parmaksız, Çağlar Özer Aydın, Serkan Feyyaz Yalın, Zerrin Bahçebaşı

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Diyabetik nefropati günümüzde halen tüm dünyada diyabetin sık görülen mikrovasküler komplikasyonlarından (1). Ancak diyabetli hastalarda gelişen nefropatiler her zaman diyabete bağlı olmayabilir (2). Renal biyopsi yapılan diyabetli hastalardan 1/3 ünde diyabetik nefropati, 1/3 ünde izole non-diyabetik nefropati ve 1/3 ünde ise diyabetik ve non-diyabetik nefropati birlikte bulunmuştur (3).

Method: Bu çalışmamızda Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji polikliniğinde izlenen non-diyabetik nefropati tanısı ile takip etmekte olduğumuz 9 diyabet hastamızın dosyasını retrospektif olarak inceledik. Hastalarımızın demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerini değerlendirdik.

Bulgular: Non-diyabetik nefropatili 9 hastanın 4'ü erkek, ortalama yaş 53,7±7,9 yıl, Diyabet yaşı 6,3±1,4 yıl, Hb A1C değeri 6,2± 1,0 di. Kreatinin düzeyi 1,08±0,2mg/dL, serum albumin düzeyi 3,9±0,5 gr/dl, Glomeruler filtrasyon hızı 72±11 ml/dk idi. 8 hastamızın tam idrar tahlillerinde proteinüri ve hematüri saptandı. 24 saatlik idrarda ortalama protein miktarı 1,4 gr/gün -9,8 (min-max) gr/gündü. Renal biyopsi sonuçlarını değerlendirdiğimiz 7 hastadan; 2'si IgA nefropati, 1'i Membranöz nefropati, 1'i Amiloidoz, 1'i FSGS ile, 1'i FSGS ile birlikte Diyabetik nefropati, 1'i hafif zincir nefropati ile uyumlu idi. 2 hastamızın ise renal biyopsi materyali yeterli olmadığı için patolojik tanısını koyamadık.

Hastalarımızın demografik ve klinik verileri ile laboratuvar verileri Tablo 1 ve 2 de sunulmuştur.

Sonuç: Gelişmiş ülkelerde diyabetik nefropati son dönem böbrek hastalığının en sık sebebidir. Ancak diyabetik hastalarda nefropati geliştiğinde diyabete bağlı olup olmadığı dikkatlice incelenmeli, özellikle diyabet regülasyonu kontrollü olan, HbA1C düzeyleri hedef değerlerde olan, ani gelişen nefrotik ve/veya nefritik sendromu olan ve idrarda aktif sediment saptanan hastalarda altta yatan primer böbrek patolojilerinin diyabet dışı nedenlere de bağlı olabileceği mutlaka akıld tutularak bu tür hastalar renal biyopsi için değerlendirilmelidir. Diyabetli hastalarda non diyabetik nefropati tanısının atlanması, primer renal hastalığın tedavisi açısından hastaların şansını yitirmesine ve zaten diyabet nedeniyle nefropati açısından risk altında olan hastaların nefropati ve son dönem böbrek hastalığına gidiş sürecini hızlandırmaktadır. Önceki çalışmalarda izole non-diyabetik nefropati olgularında en sık görülen renal patolojiler IgA nefropati, FSGS ve membranöz glomerulonefrit bulunmuştur(4). Biz de literatürle uyumlu olarak hastalarımızda, non diyabetik nefropatide sık görülen IgA nefropati, FSGS ve membranöz glomerulonefrit saptadık.

Anahtar Kelimeler: Non-diyabetik nefropati, diyabetes mellitus

Tablo 1: Hastaların demografik ve klinik verileri

	Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3	Hasta 4	Hasta 5	Hasta 6	Hasta 7	Hasta 8	Hasta 9
Cinsiyet	Kadın	Kadın	Erkek	Erkek	Erkek	Kadın	Kadın	Erkek	Kadın
Yaş	49	49	53	41	51	67	64	54	56
Patolojik Tanı	IGA Nefropati	Amiloidoz	IGA Nefropati	FSGS+DM	FSGS	Hafif Zincir Nefropati	Membranöz Nefropati	Yok	Yok
Geliş Semptomu	Hematüri Proteinüri	Nefrotik Sendrom	Hematüri Proteinüri	Nefrotik Sendrom	Hematüri Proteinüri	İzole Proteinüri	Hematüri Proteinüri	Hematüri Proteinüri	Hematüri Proteinüri
Diyabet Süresi (Yıl)	9 Yıl	6 Yıl	8 Yıl	6 Yıl	7 Yıl	5 Yıl	6 Yıl	5 Yıl	5 Yıl
Oral Antidiyabetik Sayısı	1	3	2	3	1	2	2	2	2
Retinopati	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
İnsülin	Yok	Yok	Var	Var	Var	Var	Var	Var	Var
Hipertansiyon	Var	Yok	Var	Var	Var	Var	Var	Var	Var
Hiperlipidemi	Yok	Yok	Var	Var	Var	Var	Var	Var	Yok
Koroner Arter Hastalığı	Yok	Yok	Var	Yok	Yok	Var	Yok	Yok	Yok
Hipotroidi	Yok	Var	Var	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Sigara	Yok	Yok	Var	Var	Var	Var	Yok	Yok	Yok

Tablo 2: Hastaların laboratuvar verileri

	Hasta 1	Hasta 2	Hasta 3	Hasta 4	Hasta 5	Hasta 6	Hasta 7	Hasta 8	Hasta 9
Üre (MG/DL)	68	91	51	28	34	51	47	56	44
Kreatinin (MG/DL)	1,4	1,5	1,2	0,6	0,8	1,2	1	1	1,1
Albumin (GR/DL)	4,1	3,1	4,6	3,1	4,1	4,4	4,4	4	4,1
TİT	3+Protein, 1+Eritrosit	3+Protein, 1+Eritrosit	3+Protein, 1+Eritrosit	3+Protein, 2+Eritrosit	3+Protein, 1+Eritrosit	3+Protein, 1+Eritrosit	3+Protein, 1+Eritrosit	3+Protein, 2+Eritrosit	3+Protein, 2+Eritrosit
24 Saat İdrarda Protein (MG/G)	6408	5994	1485	4851	4122	7239	9882	4255	3742
Glukoz (MG/DL)	130	128	140	148	138	144	142	136	129
HbA1C	5,7	5,7	6,2	8,7	6,3	7,6	7,6	7,1	6,7

PS-075

RENAL HASARI OLAN DİYABETİK HASTALARIN KLİNİKOPATOLOJİK ANALİZİ

Kubra Kaynar¹, Nurcan İnce², Sevdegül Mungan³, Gamze Çan⁴, Şükrü Ulusoy⁴, Muammer Cansız¹, Abdülkadir Çelik¹, Koray Bozoğlu¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Trabzon

²Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

³Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Trabzon

⁴Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Trabzon

Giriş: Tüm dünyada diyabetes mellitus (DM) prevalansı arttıkça, böbrek sorunu ile başvuran diyabetik hasta sayısı da çoğalmaktadır. Klinik böbrek hasarı (aktif idrar sedim bulgusu, albuminüri, proteinüri, düşük glomerüler filtrasyon hızı) olan diyabetik hastalarda, ya diyabetik nefropati, ya diyabet dışı renal hastalık ya da her ikisi birden bulunmaktadır. Bu tanıların doğru konulması hastaların doğru tedavisini ve prognozunu etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı, klinik renal hasarı olan ve renal biyopsi yapılan diyabetik hastaların klinikopatolojik verilerini analiz etmektir.

Materyal Metod: 2003 ile 2018 tarihleri arasında 18 yaşından büyük klinik böbrek hasarı nedeniyle renal biyopsi yapılmış (patoloji kayıtlarından öğrenilen) 38 diyabetik (DM tip 2 n:37) hasta çalışmamıza alındı. Bu hastaların (ortalama yaşı 54±11 yıl) klinik, laboratuvar ve patoloji verileri, retrospektif olarak bilgisayar kayıtları kullanılarak kaydedildi. Hastaların demografik bilgileri, diyabet tipi ve süresi, diyabetik tüm komplikasyonların varlığı, proteinüri miktarı ve seyri, komorbid hastalıkların varlığı, aktif idrar sediment bulgusu varlığı, renal biyopsi endikasyonları ve renal patoloji sonuçları SPSS 24 versiyonu student t-test, Mann-Whitney U ve ki kare testleri ile analiz edildi.

Sonuçlar: Bu tek merkezli çalışma, hastanemize başvuran ve diyabet dışı renal hastalık bulunan diyabetik hastalarda klinik laboratuvar ve histolojik özellikleri ile son dönem böbrek hastalığı gelişiminde etkili faktörleri araştırmak için planlandı. Beden kitle indeksi (BKİ) 33±8 kg/m² olan, 24'ü erkek, 14'ü kadın, son bir yıllık HbA1c değeri %7,3±1,5, LDL-Kolesterol (LDL-K) ortalaması 143±62 mg/dL ve ortalama bilinen DM süresi 97±84 ay olan klinik böbrek hasarı bulgusu bulunan ve renal biyopsi yapılmış 38 DM hastası 29±22 aylık takip süresi sonunda son dönem böbrek hastalığı (SDBH) gelişimine ve renal patoloji sonucu immunsupresif ilaç (İS) alma gereksinimi çıkan diyabet dışı böbrek hastalığı ile İS ilaç almadan takip edilen böbrek hastalıklarına [diyabetik nefropati (DN), hipertansif nefroskleroz (HTN) ve obezite kaynaklı fokal segmental glomeruloskleroz (FSGS)] göre iki gruba kategorize edildi (Tablo 1: ve Tablo 2). Takipte kalan (n: 29) ve SDBH gelişen (n:7) diyabetik hastalarda tanı ve renal biyopsi sırasındaki kreatinin klirensi değeri, takip süresi sonunda SDBH gelişmeyenlere kıyasla anlamlı derecede daha düşük ve İS gereksinimi gösteren renal patoloji bulunan hastalarda tanı sırasında İS gereksinimi göstermeyen renal patoloji bulunanlara oranla anlamlı derecede daha fazla proteinüri saptandı.

Renal biyopsi yapma endikasyonları arasında en sık diyabetik retinopati yokluğu olduğu (%55.3) (tablo 3), komorbid hastalıklar içinde de en sık hipertansiyon (%94.7) ve obezite (%58.1) olduğu görüldü. Patoloji sonuçlarında İS gereksinimi göstermeyen vakalar [DN (%28.9), HTN (%7.9), DN + HTN (%13.1) ve obezite ilişkili FSGS (%7.9)] tüm olguların %57.8'ini oluşturduğu bulundu.

Tartışma: Tanı sırasında kreatinin klirensinin düşüklüğü SDBH gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğu saptandı. Patoloji sonuçlarının da %57.8'i metabolik hastalıkların komplikasyonları ilişkili olması, bize bu hastalıkların erken teşhisinin ve kan basıncı, şeker düzeyi ve kilo kontrolünün optimum olmasının önemini hatırlatmıştır. Çalışmamızda, tanı sırasında proteinüri miktarının fazlalığı, İS gerektiren patoloji bulunma olasılığını anlamlı derecede artırdığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik nefropati, diyabet dışı renal hastalıklar, patoloji, klinik bulgular

Tablo 1: Takipte SDBH gelişimine etkisi olan tanı sırasındaki bulgular

Değişken	Takipte SDBH gelişenler (n:7)	Takipte SDBH gelişmeyenler (n:22)	p değeri
Yaş (yıl) (ort±SS)	49±8	56±12	0.181
Proteinüri (g/gün) miktarı (ort±SS)	11.2±19	7±5	1.0
Kreatinin klirensi (mL/dakika) (ort±SS)	48±30	86±39	0.021
HT varlığı (%)	86	97	0.33
Kontrolsüz HT varlığı (%)	57	55	0.62
Ht uç organ hasarı varlığı (%)	100	87	0.42
Diyabetik nefropati varlığı (%)	71	19	Sayı az istatistik yapılamadı
Obesite varlığı (%)	50	60	0.49
LDL-K (mg/dL) (ort±SS)	147±52	152±67	0.959
İS gereksinimi gösterme (%)	29	38	1
Takip sonunda kreatinin klirensi (mL/dakika) (ort±SS)	8±6	59±28	0.0001

Tablo 2: Renal patolojisinde İS gereksinimine etki eden faktörler

Değişkenler	İS gereksinimi olmayan renal patolojiler (DN, HTN, obesite ilişkili FSGS)	İS gereksinimi olan patolojiler	p değeri
Yaş (yıl) (ort±SS)	55±11	56±10	0.802
Cinsiyet (kadın %)	86	57	0.084
BKİ (kg/m ²) (ort±SS)	33±9	32±6	0.637
Proteinüri (g/gün) miktarı (ort±SS)	6.2±10.3	8.8±5.8	0.031
Kreatinin klirensi (mL/dakika) (ort±SS)	78±39	77±43	0.914
Son 1 yıllık Hb A1c (%) ortalaması (ort±SS)	7.3±1.4	7.5±1.7	0.801
LDL-K (mg/dL) (ort±SS)	142±56	143±78	0.970
Takip sonunda SDBH olanlar (%)	71	29	1
En sık renal biyopsi indikasyonu (%)	Diyabetik retinopati yokluğu % 64	Aktif idrar sediment bulgusu olması %33 ve Diyabetik retinopati yokluğu %33	sayı az istatistik yapılamadı

Tablo 3: Renal biyopsi indikasyonları ve İS gerektiren renal patoloji varlığı

Değişkenler	Tüm vakalar arasında (%)	İS gerektiren renal patoloji olan vakalar arasında (%)
Diyabetik retinopati yokluğu	55.3	33.3
Mikroalbuminüri olmaksızın proteinüri aşaması	15.8	16.7
Sistemik otoimmün hastalık bulgusu varlığı	5.3	8.3
Renal fonksiyonlarda hızlı kayıp	7.9	8.3
Aktif idrar sediment bulgusu	15.8	33.3

PS-076

PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA HİPERVOLEMİ İLE PERİTON GEÇİRGENLİK HIZI TİPLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Melahat Çoban

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji

Giriş: Periton diyalizi (PD) hastalarında solüsyonlarının içerdiği glukoz ve glukoz yıkım ürünlerine uzun süreli maruziyete bağlı periton membranında değişiklikler ve buna bağlı hipervolemi gelişir. PD hastalarında hipervolemi ile artmış mortalite arasında ilişki vardır. Multiple frekanslı biyoelektrik impedans analizi (mBİA) tekniği PD hastalarında gelişen hipervoleminin belirlenmesinde tercih edilen ucuz, uygulanması kolay ve non-invaziv bir tekniktir. Çalışmanın amacı PD hastalarında hipervolemi ile periton geçirgenlik hızı (PGH) tipleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Yöntemler: Çalışmaya ortalama yaşı 53.7±13.3 olan 75(31 (%41.3) kadın, 44 (%58.7) erkek) PD hastası alındı. mBİA ile ekstraselüler sıvı (ESS), intraselüler sıvı (İSS) ve total vücut sıvısı (TVS) değerleri ölçüldü. Vücut bileşimi kişilerin arasında farklılık gösterdiği ve kilo değerinin hastalardaki hidrasyon durumunun belirlenmesinde referans olarak kullanılamayacağı düşünüldüğü için fazla olan hastaların belirlenmesinde mBİA ile elde edilen parametreler arasında ESS/boy değeri kullanıldı. Periton eşitleme testi (PET) ile hastaların PGH tipleri belirlendi. PET bulgularına göre yüksek (Y) ve yüksek-orta (Y-O) PGH tipleri Y PGH, düşük (D) ve düşük-orta (D-O) PGH tipleri D PGH olarak belirlendi. >18 yaş üstü, 3 aydan uzun süredir PD yapan, PD tedavisine başladıktan sonraki 6-18 ay içinde PET ile PGH tipleri belirlenen ve son 6 ay içinde peritonit atağı geçirmemiş olan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Ortalama PD süresi 41.5±31.9 aydı. 48 (%64.0) hasta sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) ve 27 (%36.0) hasta aletli periton diyalizi (APD) uyguluyordu. PET ile elde edilen verilere göre 49 (%61.3) hasta Y-YO PGH ve 26 (%34.6) hasta D-DO PGH grubundaydı. Ekokardiyografi ile ölçülen sol ventrikül end-diastolik çapı > 55 mm değeri doğrulama parametresi olarak kullanılarak yapılan receiver operator characteristics curve (ROC) eğrisi ile ESS/boy için cut off değer 10.15 litre/m (AUC = 0.712, p = 0.021, duyarlılık = 0.73, seçicilik = 0.57) olarak bulundu. Erkekler için 0.57 duyarlılık ve 0.40 seçicilik ile optimum cut off değer 10.55 litre/m, kadınlar için ise 0.75 duyarlılık ve 0.72 seçicilik ile olabilecek uygun cut off değer 9.95 litre/m olarak bulundu ve bu değerlerin üstü sıvı fazlalığı olarak kabul edildi. Sıvı fazlalığı olanlarda, sıvı fazlalığı olmayanlara göre yaş (p = 0.014), erkek cinsiyet (p = 0.002) anlamlı yüksekti, her iki grup arasında PGH tipleri açısından anlamlı farklılık saptanmadı (p > 0.05).

Sonuç: Konings ve arkadaşları PD hastalarında gelişen hipervolemi ile peritoneal taşınma özelliği ile ilişkisinin olduğunu ileri sürdü. Wang ve arkadaşları Y-YO PGH olan hastalarda, peritoneal sıvı uzaklaşmasının daha az, albumin kaybının ise daha fazla olmasının hipervolemi gelişimine neden olduğunu bildirdi. Davison ise PGH tipinin volüm durumu üzerinde sadece %1.6 etkisinin olduğunu bildirdi. Çalışmamızda sıvı fazlalığı olan ve olmayan PD hastaları arasında Y-YO ve D-DO PGH tipleri açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Bu durum; Van Biesen ve arkadaşlarının bildirdiğine benzer şekilde, PD hastalarında sıvı fazlalığının PGH tipinden bağımsız olarak, uygunsuz bekleme süresine bağlı olabileceği görüşünü desteklemektedir. PD hastalarında PET ile elde edilen PGH tiplerinin bilinmesi hasta sağkalımı ile ilgili yeterli bilgi sağlamıyor olabilir, ancak yine de PD reçetelenmesi için bilinmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Periton diyalizi, hipervolemi, periton geçirgenlik hızı

Tablo 1: Hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Hastalar (75)
Yaş (yıl)	53.7±13.3
Erkek/Kadın	44 (%58.7)/31 (%41.3)
VKI (kg/m ²)	27.85±5.3
PD süresi (ay)	41.5±31.9
SAPD	48 (%64.0)
APD	27 (%36.0)
Y-YO PGH	6 (%9.1)/34 (%51.5)
D-DO PGH	23 (%34.8)/ 3 (%4.5)

Tablo 2: Sıvı fazlalığı olan ve sıvı fazlalığı olmayan hastaların karşılaştırılması

	Sıvı fazlalığı olan (40)	Sıvı fazlalığı olmayan (35)	p
Yaş (yıl)	52.5±10.60	48.51±12.21	0.014
Erkek/Kadın	32 (%73)/8 (%26)	12 (%27)/23 (%74)	0.002
Y-YO PGH/D-DO PGH	24 (%53.3)/14 (%46.6)	21 (%46.6)/16 (%53.3)	0.482

PS-077**BİTLİS İLİ HEMODİYALİZ HASTALARININ KEMİK MİNERAL BOZUKLUKLARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Özgür Can

Bitlis Tatvan Devlet Hastanesi

Giriş: Kalsiyum, fosfor ve parathormone hemostazında bozulma diyaliz hastalarının yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkiler. Bu durum kardiyovasküler olay gelişimi ve mortalite artışı ile ilişkilidir. Bu çalışma ile kemik mineral bozukluğu ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi ve bu faktörlerin mortalite ile olan ilişkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntemler: Nisan 2017 ve Mart 2018 tarihleri arasında Bitlis ilinde diyalize giren 135 hastadan 99'u değerlendirilmeye alındı. Veriler ayık toplandı ve analiz yapılırken 12 ay ortalamaları alındı.

Fosfor değeri yüksek olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldı. Bütün nedenlere bağlı mortalite cox- regresyon analizi ile değerlendirildi. R istatistik programı analiz için kullanıldı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 58,2±14,69 yıl ve %52, 5'i erkekti. Ortalama diyaliz süreleri 4,89±4,06 yıldır. Mart 2018 itibarı ile 1 yıldan az ve 5 yıldan fazla diyalize giren hasta yüzdeleri sırasıyla %4, 04 ve %31,31 olarak saptandı. Sadece 1 hasta yirmi yıldan daha fazla süre diyaliz tedavisi almıştı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'dedir.

Tablo 2'de fosfor seviyeleri normal olan hastalar ile yüksek olan hastaların karşılaştırılmaları verilmiştir.

Çalışma zaman aralığında 10 hasta (10%) ölmüştür. Mortalite ilişkili faktörler Tablo 3'de gösterilmiştir.

Sonuç: Bitlis ilinde diyalize giren 99 hastanın değerlendirildiği bu çalışmada, 65 yaşın üstünde olan hastalarda, diyabetik hastalarda, CRP yüksekliği olan hastalarda, albumin düşüklüğü olan hastalarda, obez hastalarda anlamlı olarak mortalitenin arttığı saptandı. Yine diyaliz çıkışı serum kalsiyum düşüklüğünün mortaliteyi anlamlı olarak arttırdığı görüldü. Hemoglobinin yüksekliğinin mortaliteyi azalttığı, kalsiyum ve fosforun ise mortalite üzerinde etkisi olmadığı saptandı.

Anahtar Kelimeler: Diyaliz, çıkış kalsiyumu, kalsiyum, fosfor, parathormon, mortalite

Tablo 1: Hastaların demografik ve klinik özellikleri

Parametreler	Sonuçlar
Yaş(yıl)	58,2±14,69
Cinsiyet(Erkek, %)	52. 5
Diyaliz süreleri(yıl)	4,89±4,06
Primer böbrek hastalığı,DM(%)	49,49
Hemoglobin, g/dl	11,33±1,21
Ferritin, ug/l	567,16±138,12
Kalsiyum, mg/dl	8,33±0,70
Kalsiyum düzeltilmiş, mg/dl	8,58±0,73
Fosfor, mg/dl	4,87±1,01
ALP, U/l	185,06±174±174,81
Parathormon, pg/mL	469,40±356,48
Kt/v küçük 1.2-.4(%)	3,03-27,28
Albumin küçük 3.5, mg/dl(%)	20,20

Tablo 2: Serum fosfor seviyeleri düşük ve yüksek olan hastaların karşılaştırılmaları

Parametreler	Fosfor düşük(53)	Fosfor Yüksek(46)	p
Yaş(yıl)	59,6±14,6	56,5±14,7	AD
Cinsiyet(Erkek, n)	26	26	AD
Diyaliz süresi(yıl)	4,65±4,37	5,16±3,69	AD
Primer böbrek hastalığı (DM, n)	25	24	AD
Üre, mg/dl	122,86±25,56	136,9±44,03	0,049
HDL, mg/dl	42,76±7,9	38,82±8,6	0,02
Kalsiyum, mg/dl	9,26±0,60	9,43±0,54	AD
Kalsiyum düzeltilmiş, mg/dl	8,6±0,69	8,5±0,77	AD
ALP, U/l	176,6±147,6	194,6±202,93	0,00
Parathormon, pg/mL	382,55±238,60	569,45±437,98	0,00
Kt/v	1,51±0,19	1,61±0,67	AD
URR	71,73±4,6	72,2±4,2	AD
Δ Diyalizör(kullanılan diyalizör metrakaresi-hastanın vücut yüzey alanı)	0,29±0,20	0,33±0,22	AD
Kardiyovasküler olay(n)	4	5	AD
Hospitalizasyon(n)	12	8	AD
Mortalite	7	3	AD

Tablo 3: Mortalite ilişkili faktörler

Parametreler	HR	%95.0 GA	P
Yaş(≥65)	4,42	1,14/17,18	0,03
Diabetes mellitus	10,6	1,27/88,7	0,02
Vücut kitle indeksi(≥30)	4,16	1,15/14,99	0,02
Hemoglobin>10 g/dl	0,22	0,05/0,85	0,02
Kalsiyum, mg/dl	1,25	0,36/4,34	AD
Fosfor, mg/dl	0,39	0,1/1,5	AD
PTH>400 pg/mL	0,44	0,12/1,75	AD
Δ kalsiyum, mg/dl	2,83	1,25/6,35	0,01
Çıkış kalsiyum, mg/dl	0,24	0,08/0,73	0,01
Albumin küçük 3,5 mg/dl	5,11	1,42/18,46	0,01
CRP	1,03	1,02/1,05	0,00

PS-078

ATİPİK SEYİRLİ FMF VE MEMBRANÖZ GLOMERULONEFRİT BİRLİKTELİĞİ

Tülay Öztürk¹¹SBÜ İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Ailesel Akdeniz ateşi (FMF) tekrarlayan ateş, poliserözit atakları ile karakterize otozomal resesif bir hastalıktır. Tedavisiz kalmış FMF'in inflamatuvar atakları, önemli morbidite nedenidir. Mortalitenin ana nedeni ilerleyici ikincil amiloidozdur. FMF'de aynı zamanda vaskülit, kresentik nefrit, RPGN, IgA nefropati, IgM nefropati, diffüz proliferatif GN, membranöz GN bildirilmiştir. Burada R20Q2 heterozigot pozitif tedavisiz FMF ve membranöz GN birlikteliği olan hasta sunuldu.

Olgu: 25 yaş kadın hasta karın ağrısı- ishal atakları, ödem ile başvurdu. 6 ay önce ilk gebeliğin 36'ıncı haftasında acil C/S yapılmış, karın ağrısı, ishal, proteinüri tetkik edilmiş. Kolonoskopi endoskopi normal, FMF genetik testi R20Q2 heterozigot pozitif saptanmış, furosemid tablet başlanmış. FMF aile öyküsü negatif idi. FM, kilo 45, TA 100/70 mm/Hg, ptö+/+ idi. WBC 36.000, NEU 32.000, HB 11.7, BUN 9.35, kreatinin 0.5, ALB 2.0, GLUKOZ 92, ALT 31, fibrinojen 190, trigliserid 410, TSH 4.26, kalsiyum 8.2, B12 173, c3 60 (90-180), c4 16 (10-40), brusella aglütinasyon, ANA, anti DS DNA, ANCA negatif, TİT protein 2+ eritrosit 5, spot idrar mikroalbumin/ kreatinin 233, protein/ kreatinin 0.540, batin BT bağırsak ansları yoğun içerik ile dolu, dilate, DEXA ileri osteoporotik, sakroiliak MR normal idi. FMF akut atak tanısı ile başlanan kolşisin tb 1.5 mg/gün sonrası karın ağrısı, ishali geçti. Endo-kolon amiloid negatif, renal biyopsisi membranöz GN ile uyumlu idi. Kolşisin 1.5 mg/gün, losartan 100 mg/gün, alendronat+dvit başlandı, FMF+ membranöz GN tanısı ile takibe alındı.

Sonuç: Atipik klinikle ortaya çıkıp aile öyküsü bulunmayan hastalarda genetik tetkik FMF tanısı için gereklidir. Günümüzde 30'un üzerinde mutasyon tanımlanmış olup kesin tanı için MEFV geninde her iki alelde de mutasyonun olması gerekir ancak klinik olarak kuvvetle FMF düşünülen hastada bakılabilen bu mutasyonlar bir ya da iki alelde negatif olsa da tanı kesin kabul edilir, tedaviye başlanması önerilir. Ayrıca FMF de genetik mutasyondaki çeşitlilikle ilişkili olabilecek amiloid dışı glomerüler hastalıklarda akılda tutulmalı, atipik seyirli hastalarda renal biyopsi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Atipik, genetik tanı, R20Q2, FMF, membranöz GN

PS-079

TRANSPLANT HASTA TARAMASI İLE SAPTANAN FABRY AİLESİ

Özgür Can¹, Süleyman Baş², Melike Betül Ögütmen²¹Bitlis Tatvan Devlet Hastanesi²Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Fabry hastalığı X geçişli lizozomal depo hastalığı olup, hastalığa α -galaktosidaz A enziminin azalmış aktivitesi neden olmaktadır. Bu çalışmada, üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda renal transplant olmuş hastaların taranması sonrası saptanan bir Fabry ailesi değerlendirildi.

Yöntemler: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde nakil olmuş 700 hastadan 200'ü taranabildi. Erkekler için α -galaktosidaz A aktivitesi tarama için kullanıldı. GLA gen analizi, enzim seviyeleri 3 micromol/L/h altında olan hastalarda yapıldı. Gen analizi bütün kadın hastalardan istendi.

Bulgular: 200 nakil yapılmış hastadan genetik mutasyon tespit edilen bir hasta oldu. Bu hasta 35 yaşında kadın hasta olup, c.376A>G (p. S126G) heterozigot mutasyon saptandı. Ablası böbrek donörüydü ve ablada da aynı mutasyon tespit edildi. 2015 yılında renal nakil yapılmış hastada, KBY nedeni alınan nativ böbrek biyopsisinde hipertansif nefropati ve kronik piyelonefritik değişiklikler olarak raporlanmıştı.

Bu indeks vakadan başlayarak tespit edilebilen 39 aile üyesi ile iletişime geçildi. Sadece 23 hastaya genetik analiz yapıldı. İndeks vakanın babası, birer kuzen, amca ve hala ölmüştü. On bir aile üyesinde genetik analiz negatif, 12 aile üyesinde genetik analiz pozitif. Pozitif olan sadece bir erkek hasta vardı, o da indeks vakanın yiğenydi. On altı aile üyesinin bilgileri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç: On iki hastanın genetik analizi pozitif. Mutasyon pozitif olan 87 yaşında bir kadın hasta, bazı hastalarda hastalığının hafif ve komplikasyonsuz geçebileceğini göstermektedir. Sadece bir erkek hasta tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: renal transplant, Fabry hastalığı, tarama, Fabry ailesi

Tablo 1: Fabry ailesinin demografik, klinik, laboratuvar verileri

Hastalar	Cinsiyet	Yaş	Kreatinin	Proteinüri	Komorbid Hastalıklar	Bulgu ve Semptomlar	Genetik Analiz	Enzim Seviyesi (µmol/L/h)	Lyso GL-3 seviyesi (ng/mL)
İndeks	K	35	0,86	Negatif	Renal recipient, breast cyst, multinodular goiter, migraine, HT	Numbness of hands	c.376A>G (p.S126G)	8	3/3 (ikinci sonuç yüksek)
İndeks vakanın kızı	K	8					Negatif		
İndeks Vakanın annesi	K	74					Negatif		
Kardeş	E	46					Negatif		
Böbrek donörü	K	54	1,01	Negatif	Böbrek donörü, meme kisti, migren, tiroid nodülü, paratiroid adenomu	Ellerde uyuşma, ayaklarda yanma ve ayaklarda elektrik çarpması benzeri ağrı	c.376A>G (p.S126G)	4	3,8 (yüksek)
Yiğen	K	25					Negatif		
Yiğen	E	27					Negatif		
Kardeş	E	53					Negatif		
Kardeş	K	46	0,65	Negatif	Kronik viral B hepatiti, migren, hiperlipidemi	Hayır	c.376A>G (p.S126G)	2,9	2
Yiğen	E	29					Negatif		
Yiğen	K	27	0,65	Negatif	Hayır	Merdiven çıkarken ayaklarda ağrı	c.376A>G (p.S126G)	2,2/14,6 (iki sonuç da düşük)	1,1
Onbir numaralı hastanın çocuğu	E	1					Negatif		
Kardeş	E	42					Negatif		
Kardeş	K	48	NA	Evet	Hayır	Ellerde uyuşma	c.376A>G (p.S126G)	NA	1,1
Yiğen	E	23	0,78	Negatif	Hayır	Hayır	c.376A>G (p.S126G)	NA	1,3
Yiğen	K	28	NA	Negatif	Hayır	Hayır	c.376A>G (p.S126G)	NA	1,5

PS-080

KARPAL TÜNEL SENDROMU, RABDOMYOLİZ İLE PRESENTE OLAN PANHİPOPİTÜİTARİZMLİ OLGU

Tulay Öztürk

SBÜ İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Panhipopitüitarizm (PHP) genellikle somatotropik, gonadotropik, adrenokortikotropik ve tirotropik fonksiyonların sıralı kaybıyla karakterizedir. Hedef organlardan adrenal bezin etkilenmesiyle, hayatı tehdit eden adrenal kriz tablosu gelişene kadar tanı konulamayabilir. Burada ağrı ile başvuran ileri görüntüleme yapılan, karpal tünel sendromu (KTS) nedeniyle ameliyat planlanmış, preoperatif nefroloji değerlendirmesinde KTS, rabdomyoliz, akut böbrek yetmezliği ve PHP tanısı alan olgu sunuldu.

Olgu: Boyun ve kollarda belirgin tüm vücutta ağrı tetkik edilen KTS nedeniyle ameliyat planlanan 37 yaş kadın hasta. 8 ay öncesinde beşinci ve sağlıklı doğum sonrası ani olarak süt gelmesinin kesildiği, sonrasında şikayetlerinin başladığı öğrenildi. FM, kooperasyon zayıf, TA 90/60, KTA 64 atım/dak idi. EMG KTS ile uyumlu, servikal MR subaraknoid bölgeye bası izlenmekte, hipofiz MR, batin USG, DEXA normal, glukoz 69 mg/dl, ALP 291U/L, ALT 276 U/L, AST 213 U/L, GGT 41 U/L, kreatinin kinaz 926 U/L, LDH 435 U/L, LDL 150 mg/dl, BUN 14 mg/dl, kreatinin 1.28 ng/ml, HB 12.2 g/dl, lenfosit 5.8 (1.26-3.35) sodyum 144 mmol/l, potasyum 4.5mmol/l, klor 101 mmol/l, kalsiyum 9.0 mg/dl fosfor 4.1 mg/dl, ürik asit 7.3 mg/dl, immünolojik markerlar normal, GH 0.06 (0-8), somatomedin C 19.6 (71.2-234), prolaktin 6.46 ng/ml, FSH 4.67 (FOLÜKÜLER FAZ 3.5-12.5), kortizol 2.99 (6.2-18), ACTH 17 (7.2-63.3), FT4 0.09 ng/dl (0.95-1.7), FT3 0.26 pg/ml(2.04-4.4), TSH 2.43 uIU/ml (0.27-4.2) idi.

KTS, rabdomyoliz, akut böbrek yetmezliğinin eşlik ettiği panhipopitüitarizm tanısıyla hastaya prednisolon ve levotroksin başlandı. Klinik ve renal fonksiyonları düzelen hasta, nefroloji ve endokrinoloji takibine alındı.

Sonuç: Bu olguda rabdomyoliz, KTS ve renal fonksiyonlarda hafif bozulma PHP-hipotiroidizmle ilişkili değerlendirildi. Hipotiroidizmde renal disfonksiyonun patofizyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır. Böbrek yetmezliğinin, azalmış kardiyak output nedeniyle azalmış renal kan akımına bağlı olduğu düşünülmektedir. KTS tanısıyla ameliyat planlanan olguda, rabdomyoliz, renal fonksiyonlarda bozulma ve PHP tanısının konulması, ucuz testler, uygun tanısal yaklaşımların hayatı tehdit eden hastalıklarda erken teşhis tedavide önemli olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: ağrı, KTS, rabdomyoliz, akut böbrek yetmezliği, PHP

PS-081

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ TANISI OLAN BÖBREK NAKLİ ALICILARINDA KANAKINUMAB TEDAVİSİNİN SONUÇLARI

Damla Örs Şendoğan¹, Hazen Sarıtaş¹, Gizem Kumru¹, Acar Tüzüner², Şule Şengül¹, Kenan Keven¹¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

Giriş: Ailevi Akdeniz Ateşi, Türkiye'de sekonder amiloidozun en sık nedenidir. Kolşisin tedavisi ile tam remisyon oranları %60-65'dir. Hastaların yaklaşık %5-10'u kolşisine dirençlidir. Kanakinumab (anti- interleokin (İL)-1) tedavisinin, kolşisin direnci ve/veya intoleransı olan hastalarda güvenli ve etkin olduğu bilinmektedir.

Yöntemler: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2010-2017 yılları arasında FMF tanısı olan böbrek nakli yapılan hastaları inceledik. FMF'e sekonder amiloidozu olup kanakinumab kullanan 4 böbrek nakli alıcısı tespit ettik.

Bulgular: Bu 4 hastada da düzenli, maksimum dozda kolşisin kullanımına rağmen FMF atakları devam etmiş ve amiloidoza sekonder son dönem böbrek yetmezliği gelişmiştir. 3 hastada kanakinumab tedavisi nakil sonrasında ve bir hastada da nakilden 2 ay önce başlanmıştır. 4 hasta da kanakinumab öncesinde

anakinra kullanmıştır. (Bir hastanın anakinra ile atakları devam etmiş, 3 hastanın anakinra tedavisi altında hiç atağı olmamıştır). Anakinra tedavisi ile ciddi yan etki hiçbir hastada görülmemiş, sadece bir hastada enjeksiyon yerinde cilt reaksiyonu görülmüştür. 4 hasta da, kanakinumab tedavisini 150 mg 4-8 haftalık aralıklarla, kolşisin ile birlikte yaklaşık 2 yıl boyunca kullanmıştır. Kanakinumab tedavisi altında hastalar hiç atak geçirmemiş (ateş, karın ağrısı, artrit...), serum CRP ve amiloid A düzeyleri normale dönmüş, kreatinin ve proteinüri düzeyleri stabil seyretmiştir. Kanakinumab tedavisi altında bu 2 yılda yaşamı tehdit eden ciddi enfeksiyon ve greft kaybı görülmemiştir.

Sonuç: Kanakinumab, FMF'i olan böbrek nakli alıcılarında güvenli ve etkin bir tedavi seçeneğidir.

Anahtar Kelimeler: Kanakinumab, ailevi Akdeniz ateşi, kolşisin

PS-082

YÜKSEK PRA DÜZEYİ OLAN BÖBREK NAKLİ ALICILARINDA; PLAZMAFEREZ, İVİG VE RİTÜKSİMAB TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ

Damla Örs Şendoğan¹, Hazen Sarıtaş¹, Gizem Kumru¹, Osman İlhan², Acar Tüzüner³, Kenan Keven¹, Şule Şengül¹¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Yüksek Panel Reaktif Antikor (PRA) düzeyleri, hastaların canlı vericiden böbrek nakli olmasını engellemekte ve akut antikor aracılı rejeksiyona (AAMR) neden olarak renal greft sağkalımını azaltmaktadır. Bu makalede, böbrek nakli alıcı adaylarında ve AAMR tanısı olan hastalarda, plazmaferoz ve intravenöz immünglobulin (İVİG) tedavisinin serum PRA düzeylerindeki azalmaya etkisi ile ilgili deneyimlerimizi raporladık.

Yöntemler: 2008-2018 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde takipli yüksek PRA düzeyi olan 47 (desensitizasyon yapılan 18 ve AAMR olan 29) hastayı retrospektif olarak inceledik. Plazmaferoz, İVİG ve/veya ritüksimab tedavisi öncesi ve sonrasında PRA klas 1 ve PRA klas 2 düzeylerindeki azalmayı değerlendirdik.

Bulgular: Ortalama plazmaferoz seansı 4,13±2,05 idi. PRA klas 1'de ortalama %25,7±6,66'dan %19,7±6'ya azalma saptandı. (p<0,05). PRA klas 2'de ortalama %33,8 ±5,93'den %29,2 ±4,96'ya azalma saptandı. (p>0,05). Desensitizasyon grubunda; PRA klas 1'de ortalama %28±9,10'dan %22,1± 8,14'ye azalma saptandı. (p<0,05). PRA klas 2'deki ortalama azalma %40,3 ±6,89'dan %32,2 ±5,68'e azalma saptandı. (p<0,05). AAMR grubunda, ortalama takip süresi 4,89±2,85 yıl ve akut rejeksiyon nedeniyle greft kaybı olan hasta sayısı 6 (%20,6) idi. Desensitizasyon grubunda, ortalama takip süresi 4,21±3,35 yıl ve 0 hastada greft kaybı görüldü. AAMR grubunda 9 (%31) hasta ritüksimab ve 1 hasta ekülizimab tedavisi aldı. Desensitizasyon grubunda 3 (%16,6) hasta ritüksimab tedavisi aldı.

Sonuçlar: Plazmaferoz ve İVİG tedavisi; yüksek oranda sensitize hastalarda PRA düzeylerinde anlamlı azalma sağlayan, etkin bir tedavidir.

Anahtar Kelimeler: Panel reaktif antikor, akut antikor aracılı rejeksiyon, desensitizasyon, intravenöz immünglobulin, ritüksimab

PS-083

HEMODİYALİZE BAĞLI ENKAPSÜLE PERİTONEAL SKLEROZİS

Hamad Dheir¹, Kerem Karaman², Ahmet Tarık Eminler³, Savaş Sipahi¹¹Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Nefroloji Bilim Dalı²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı³Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Enkapsüle periton sklerozu (EPS) kronik periton diyaliz programında olan hastalarda gelişen mortal bir klinik durumdur. Kronik hemodiyalize bağlı EPS gelişmesi son derece nadirdir. Açıklanamayan karın ağrısı nedeniyle opere olan ve EPS tanısı konan olgumuzu sunduk.

Olgu: 47 yaşında erkek hasta;4 yıldır haftada üç gün kronik hemodiyaliz programındadır. Uzun süredir aralıklı epigastriumdan başlayıp yaygın karın ağrısı nedeniyle semptomatik tedavi verilmiş. Kasım 2017'de epigastrium ağrısı için yapılan endoskopi sonucunda FOREST 1B bulbus ülser saptanması üzerine Band ligasyonu uygulanmış. 3 gün sonra melana nedeniyle tekrar gastroskopi yapılan hastaya skleroterapi daha sonra hemostatik forseps ile koagülasyon işlemi yapılarak taburcu edilmiş. Haziran 2018'de kusma, sırtta yayılan yaygın karın ağrısı nedeniyle yapılan kontrol gastroskopiye duodenum dilatasyonu saptanmış. İnce barsak obstrüksiyonu ön tanısıyla çekilen batin tomografisinde barsaklara bası bulguları ve peritoneal kalınlaşma saptanmış. Bunun üzerine genel cerrahi tarafından yapılan eksploratif laparotomi sonucunda koza şekilde barsakların birbirine yapışık olduğu görüldü (Şekil 1-2). Biyopsi materyali alarak işlemi sonlandırıldı. Alınan materyal patolojisi sonucunda yaygın inflamasyon bulguları kaydedildi.

Tartışma: EPS uzun dönem kronik periton diyaliz programında olan hastalarda nadir ancak ciddi bir klinik durumdur. Ancak literatürde, hemodiyaliz hastalarında son derece nadir olduğu bildirilmiş. Bu olgu ile, uzun zamandır hemodiyaliz uygulanan hastalarda açıklanamayan aralıklı karın ağrısı kliniği mevcut ise EPS olasılığına dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimeler: Enkapsüle peritoneal sklerozis, hemodiyaliz, karın ağrısı



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-084

80 YAŞ ÜZERİ HASTALARDA RENAL FONKSİYONLAR İLE HASTANE YATIŞI VE MORTALİTE ARASINDAKİ İLİŞKİ

Mehtap Canpolat², Meltem Gürsu¹, Ayşe Serra Artan¹, Ömer Celal Elçioğlu¹, Rümeyza Kazancıoğlu¹¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Bu çalışmada, 80 yaş üzeri hastalarda hastaneye yatış hızının araştırılması amaçlanmış ve böbrek fonksiyonları ve elektrolit düzeyleri normal olan ve olmayan hasta alt grupları karşılaştırılmıştır.

Yöntem: Çalışma protokolü Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Çalışmaya, Ekim 2017 ve Ocak 2018 tarihleri arasında Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Acil Kliniği'ne başvuran tüm yaşlı hastalar (≥80yaş) retrospektif olarak dahil edilmiştir. Hastaların yaşı, cinsiyeti, değerlendirildiği bölüm, başvuru sırasındaki tanısı, serum kreatinin, sodyum ve glomerüler filtrasyon hızı (eGFR) değerleri kaydedilmiştir. İstatistik analiz SPSS programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Çalışma süresince, 1719 yaşlı hasta (1024 kadın, 695 erkek) acil kliniğine başvurmıştır. Laboratuvar verisi bulunmayan 658 hasta çalışmadan çıkarılmıştır, geri kalan 1061 hastanın analizi yapılmıştır. Ortalama yaş 84.58±3.56 bulunmuştur. Hastaların 621'i (%58.5) kadın, 440'ı (%41.5) erkektir. 131 (%12.3) hasta yeşil alanda, 913 (%86.5) hasta sarı alanda ve 17 (%1.6) hasta kırmızı alanda değerlendirilmiştir. Kayıtlı tanı bilgilerine göre, en sık başvuru sebepleri kardiyovasküler ve solunumsal hastalıklardır.

Ortalama serum kreatinin değeri 1.33±0.93 mg/dl, eGFR 52.47±20.73 ml/dak ve serum sodyum değeri 137.7±4.2 mmol/L bulunmuştur. eGFR, 423 hastada (%39.9) 60 mL/dak'nın üzerinde ve 638 (%60.1) hastada 60 mL/dak'nın altında bulunmuştur. Serum sodyum değeri 163 (%15.4) hastada 135 mmol/L altında, 13 (%1.2) hastada 145 mmol/L'den yüksek bulunmuşken, hastaların 877'sinde (%82.7) normal aralıkta bulunmuştur. 284 (%26.8) hasta yatırılmıştır (189 hasta acil klinikte, 44 hasta iç hastalıkları kliniklerinde, 16 hasta cerrahi kliniklerde, 35 hasta yoğun bakım ünitelerinde). Hastaneye yatış hızı eGFR 60 ml/dak'nın altında olan hastalarda (%29.15; n=186), eGFR 60 ml/dak'dan yüksek (%23.17; n=98) olan hastalara göre daha yüksektir (p=0.031). Hastaneye yatış hızı hiponatremik hastalarda %30.06 (n=49), normal serum sodyum düzeyi olan hastalarda %26.22 (n=877) ve hipernatremik hastalarda %38.46 (n=5) olarak saptanmıştır (p=0.077). Hipernatremik hastalar dışlanarak, ki-kare testi tekrar edildiğinde, hastaneye yatış hızı açısından hiponatremik ve normal serum sodyum düzeyi olan hastalar arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0.05).

Hastaneye yatan hastaların arasından 5 hasta ölmüştür. Başka hastanelerin yoğun bakım ünitelerine transfer edilen hastaların sonlanımları hakkındaki verilere ulaşılamamıştır.

Sonuç: Azalmış böbrek fonksiyonu ve serum sodyum dengesizliği, daha yüksek hastane yatış hızı ile ilişkili bulunmuştur. Ölen hasta sayısının az olması ve bazı hastalarda veri eksikliği nedeniyle mortalite analizi yapılamamıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, acil klinik, hospitalizasyon, glomerüler filtrasyon hızı, hiponatremi

PS-085

GEBELİK DÖNEMİNDE BİYOPSİ İLE TANI ALMIŞ RENAL HASTALIKLAR VE FETOMATERNAL SONUÇLARA ETKİLERİ

Özantı Helvacı¹, Betül Oğut², Burçak Cavnar Helvacı³, Aykut Özek⁴, Ulver Derici¹, Galip Güz¹, Turgay Arınsoy¹, İpek Işık Gönül²

¹Gazi Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı

²Gazi Üniversitesi Patoloji Anabilim Dalı

³Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

⁴Gazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Ünitesi

Giriş ve amaç: Gebelikte böbrek biyopsisi geçmişte bildirilmiş yüksek komplikasyon oranları nedeni ile tartışmalı bir konudur ancak gebelik ile ortaya çıkan glomerüler hastalıklar ve akut böbrek yetmezliği (ABY) söz konusu olduğunda böbrek biyopsisi zorunlu hale gelebilir. Bazı vakalarda ise gebeliğin erken haftalarında böbrek biyopsisi yapılması fetomaternal sonuçları hakkında fikir verebilir. Bu çalışmada böbrek biyopsisi ve gebelik konusundaki deneyimimizi sunmayı planladık.

Metod: 2012-2017 yılları arasında yirmioç hamileye yapılmış aynı sayıda biyopsi değerlendirildi. Hastaların yaş, gravida, başvuru anı özellikleri, biyopsinin kaçınıcı haftada yapıldığı, patolojik tanı, bebeğin ve annenin son durumları kaydedildi.

Bulgular: Hastaların 21-40 yaşları arasında olup ortalama yaş 29,1±5,1'di. Medyan gravida ve parite sırası ile 2 ve 1'di. Başvuru anında sekiz (%34) hastada nefrotik sendrom, sekiz (%34) hastada yeni başlayan hipertansiyon, biri tanılı SLE'nin aktivasyonu olmak üzere üç (%13) hastada ABY mevcuttu. Dört (%17) hasta ise asemptomatik iken rutin idrar tetkiklerinde proteinüri saptanması üzerine böbrek biyopsisi yapılmıştı. Ortalama proteinüri: 5330±5790 mg/gündü. Biyopsi anında ortalama gestasyonel yaş 16±8 haftaydı. Biyopsiye bağlı herhangi bir minör veya majör komplikasyon yaşanmamıştı. Ondört vakada (%60) fokal segmental glomerüloskleroz (FSGS), altı vakada (%26) trombotik mikroanjiyopati (TMA) saptanırken iki vakada IgA nefriti ve bir hastada membranöz glomerülonefrit saptandı.

Ondört FSGS hastasının 5'i metilprednizolon+siklosporin, 2'si sadece metilprednizolon ile tedavi edilirken diğerleri destek tedavi ile izlendi. FSGS'li hastaların iki-sinde gebelik sonlandırıldı. TMA vakalarından biri kardiyak tutulumun eşlik ettiği aHUS vakasıydı, plazmaferez ile takip edildi. Diğer TMA vakaları preeklampsi veya gestasyonel hipertansiyon ile ilişkili olduğu için destek tedaviler ile izlendi.

Maternal morbidite yaşanmamıştı. Üç vakada (%13) doğum sonrası uzamış yatış gerekmişti (iki şiddetli nefrotik sendrom vakası ve SLE hastası). Sadece 5 (%21) hasta term doğum yapabildi. Onbir hastada preterm doğum gerçekleşmişti. Doğumların 14'ü (%87) C/S ile gerçekleşmişti. Ortalama doğum haftası 33.3±4.3'dü. Kötü fetal sonuç yedi hastada gerçekleşmişti; dört terminasyon, iki intrauterin exitus ve bir abortus. Doğabilen 16 bebekten biri prematürite nedeni ile kaybedildi. Ortalama doğum ağırlığı 1813±833 mg'dı. Beş bebek (%31) doğum haftasına göre düşük kilodaydı. Terme ulaşabilen bebeklerin kiloları kabul edilebilir değerlerdeydi.

Sonuç: Renal hastalıklar gebeliğin seyrini olumsuz etkilerler. Gebe böbrek hastasının yönetiminde böbrek biyopsisi etkili ve güvenli bir araçtır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, böbrek biyopsisi, gebelikte böbrek, FSGS

PS-086

GLİKOJENİK HEPATOPATİ: MAURİAC SENDROMU

İlhan Yıldırım¹, Hamad Dheir², Deniz Çekici¹, Ahmed Bilal Genç¹, Selçuk Yaylacı¹, Savaş Sipahi², Hakan Cinemre¹

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi- İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Nefroloji Bilim Dalı

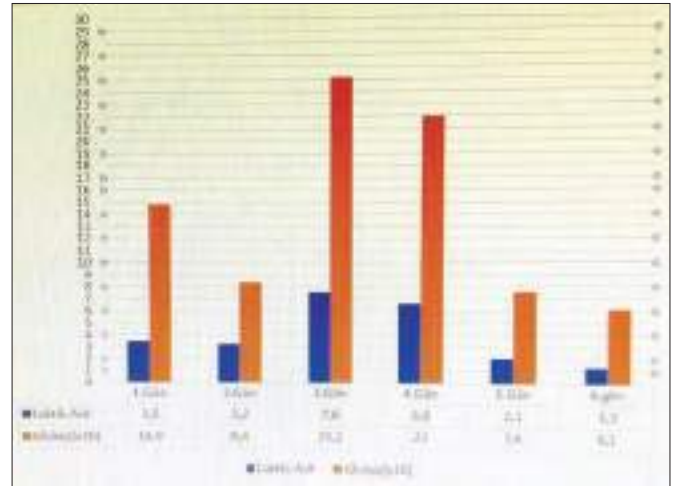
Giriş: Mauriac sendromu, çocuklarda ve kontrol altına alınmamış diyabetes mellituslu (DM) erişkinlerde glükojenik hepatopatoji özelliği ile ortaya çıkabilen nadir bir hastalıktır. Glükojenik hepatopatinin fark edilmediği dirençli

laktik asidoz ve hiperlaktatemi klinik tablosuna merkezimize başvuran bir olgu ile bu sendroma dikkat çekmek istedik.

Olgu: Bilinen 20 yıldır Tip 1 DM tanısı olan hasta merkezimize bulantı kusma şikayeti ile başvurdu. Yapılan tetkikler sonucu diyabetik ketoasidoz tanısı ile yoğun bakım ünitemize yatırıldı. İzleminde, hastanın destek tedavisi sürerken idrar tahlillerinde keton negatifleşmesine rağmen persistan hiperlaktatemisi dikkat çekti. Hastaya etiyoloji araştırması yapılırken yapılan muayenesi ve batın ultrasonografi sonucunda hepatomegali saptandı. Hastanın hepatomegalisinin laktik asidoz ile ilişkili olabileceği düşünülerek yapılan literatür araştırmalarında mauriac sendromunun bu şekilde persistan laktik asit yüksekliği ile seyredebileceği görüldü. Bizim hastamızda yapılan batın ultrasonunda karaciğer boyutu 200 mm olup hepatosteatoz yok idi. Hastanın incelenen kan şekeri takipleri ve laktat düzeyleri arasında paralel bir korelasyon olduğu görüldü (Şekil 1). Hastanın bakılan HbA1c değerinin 11,5 olması hastada kötü glisemik kontrolü göstermekteydi. Kan şekeri regülasyonu sağlanan hastanın takiplerinde laktat düzeyleri normal seviyelerde seyretmesi üzerine medikal tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.

Tartışma: Mauriac sendromu, kötü glisemik kontrolü olan diyabetik hastalarda gelişen nadir bir komplikasyondur ve dirençli laktik asidozla ortaya çıkabilir. Bu gibi vakalarda, kötü glisemik kontrol hem de hepatomegali ile birlikte dirençli hiperlaktatemi tablosu altta yatan glükojenik hepatopatoji olabileceğini akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hepatomegali, glisemik kontrol, laktik asidoz



Şekil 1.

PS-087

KRONİK BÖBREK HASTALARINDA D VİTAMİN EKSİKLİĞİ DEPRESYONUN NEDENİ OLABİLİR Mİ?

Selda Taş¹, Nadiye Sever¹, Mürvet Yılmaz²

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Suam

Amaç: Kronik böbrek (KB) hastalarında hem D vitamini eksikliği hem de depresyon yaygındır, ancak bu iki faktör arasındaki ilişki yeterince anlaşılamamıştır. Çalışmamızda KB hastalarında D vitamini düzeyleri ile depresyon arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlandı.

Hastalar ve yöntem: Çalışmaya Nefroloji Polikliniği'ne başvuran, 25(OH) D vitamini bakılmış olan 116 KB hastası alındı. Hastalar serum 25(OH)D seviyelerine göre üç gruba ayrıldı. 25(OH)D düzeyi 20 ng/mL ve altında ise D vitamini eksikliği, 21-29 ng/mL ise D vitamini yetersizliği, 30 ng/mL ve üzeri yeterli düzey olarak tanımlandı. Hastalarda depresyon varlığı Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile değerlendirildi. Hastaların demografik verileri (yaş, cinsiyet, primer böbrek hastalığı) ile çeşitli laboratuvar değerleri (glukoz, kreatinin, eGFR,

kalsiyum, fosfor, parathormon, d vitamini, total, HDL ve LDL kolesterol, trigliserid, spot idrarda protein/kreatinin oranı) hastane kayıt sisteminden alındı. D vitamin düzeyi ve depresyon düzeyinin demografik veriler ve laboratuvar parametrelerine etkisi araştırıldı. Ayrıca D vitamin düzeyi ile depresyon arasındaki ilişki değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 56±15 yıl; 74 hasta (%63.8) erkek, 42 hasta(%36.2) kadındı. Hastaların ortalama kreatinin değerleri 2.12±0.90 mg/dl olup %8.6 hastada evre 1, %10.3 hastada evre 2, %38.8 hastada evre 3, %42.2 hastada evre 4 kronik böbrek hastalığı (KBH) saptandı. Hastaların PTH ortalamaları yüksek (112.26±105.75 pg/ml), 25(OH)D vitamin düzeyleri düşük (22.81±13.37 mg/dl) bulundu. %43.8 hastada D vitamin eksikliği, %17.2 hastada D vitamin yetersizliği saptandı. Hastaların BDÖ ortalaması 12±9 idi. Depresyon düzeyleri değerlendirildiğinde hastaların %27.6'sında hafif, %18.1'inde orta, %5.2'sinde şiddetli depresyon görüldü. Cinsiyete ve yaş gruplarına göre D vitamin düzeyleri ve depresyon düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı. D vitamin düzeyleri ile laboratuvar parametreleri karşılaştırıldığında D vitamin yetersizliği olanlarda PTH düzeyi anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0.011). Hastaların KBH evrelerine göre D vitamin düzeyleri ile depresyon düzeyleri benzer bulundu (sırasıyla p=0.276, p=0.760). D vitamin eksikliği olan hastalarda BDÖ ortalaması istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (p<0.001). D vitamin düzeyi yeterli olan hastaların çoğunda (%67.5) depresyon düzeyi normal saptandı. 25(OH)D düzeyi ile depresyon düzeyi arasında negatif korelasyon vardı (r= -0.0373; p<0.001).

Sonuç: KB hastalarında D vitamin eksikliği depresif belirtilerle anlamlı şekilde ilişkilidir. Bu nedenle D vitamini eksikliğinin tedavisi, KB hastalarında depresyonun önlenmesinde yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: kronik böbrek hastalığı, D vitamini, depresyon

PS-088

GASTRİK BİPARTİSYON OPERASYONUNDAN İKİ YIL SONRA GÖRÜLEN OKSALAT NEFROPATİSİ: OLGU SUNUMU

Meltem Gürsu¹, Ömer Celal Elçioğlu¹, Maral Martin Mildanoğlu², Ganime Çoban³, Elgun Haziye⁴, Ayşe Serra Artan¹, Rümeyza Kazancıoğlu⁴

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı

⁴Azerbaycan Tıp Üniversitesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Bariatrik cerrahinin obezite ve diabetes mellitus ilişkili böbrek disfonksiyonunu teorik olarak olumlu yönde etkilemesi beklenir. Ancak erken postoperatif dönemde dehidratasyon nedeniyle akut böbrek hasarı gelişebilir. Diğer yandan uzun vadede bariatrik cerrahinin böbrek fonksiyonları üzerine etkisi ile ilgili veri sınırlıdır. Bariatrik cerrahiden iki yıl sonra renal komplikasyonlar ile prezente olan bir hastayı sunduk.

Olgu: 54 yaşında erkek hasta bulantı, iştahsızlık şikayetleri ile 04.04.2018'de başvurdu. İki hafta önce iştahsızlığı ve halsizliği gelişen hastanın bu nedenle ağrı kesici ilaçlar kullandığı, son bir haftadır bulantının başladığı öğrenildi. Şikayetleri nedeniyle 1 hafta önce başvurduğu hekimce üre yüksekliği olduğu söylenerek intravenöz sıvı tedavisinin uygulandığı, ancak hastanın şikayetlerinin arttığı, birkaç kez kusduğu öğrenildi. 15 yıldır tip 2 DM olduğu, diyabetik retinopati nedeniyle takip edildiği, 2 yıl önce transit bipartisyon operasyonu geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenesinde turgorda minimal azalma ve batında operasyon skarı dışında patoloji saptanmadı. Tetkiklerinde üre: 171mg/dl, kreatinin:6.02 mg/dl, kalsiyum: 6.7 mg/dl, hemoglobin:9.29 g/dl, hematokrit:%27.9 saptandı. Tam idrar tetkikinde patoloji olmayan, metabolik alkalozu saptanan, böbrek boyutları normal ölçülen hastanın 4 ay öncesinde kreatinin değerinin 0.8 mg/dl olduğu öğrenildi. Mevcut veriler ile dehidratasyona bağlı prerenal böbrek yetersizliği düşünülerek parenteral sıvı desteği verildi. İdrar miktarı 3000-4000 ml/gün civarında seyreden hastanın viral ve otoimmün serolojik testleri negatif saptandı. Renal fonksiyonları düzelmeyen ve üremik semptomları olan hastaya tüneliz juguler hemodiyaliz kateteri takılarak hemodiyaliz uygulandı. Yatışının 8. gününde interstisyel nefrit ön tanısı ile böbrek biyopsisi yapılan hastaya eş

zamanlı olarak üç gün intravenöz pulse, sonrasında 1mg/kg/gün dozda oral steroid tedavisi verildi. Proteinürisinin ve hematürisinin olmaması nedeniyle glomerulonefrit ön planda düşünülmeydi. Takibinde kreatinin düzeyi 5-5.5 mg/dl, üre düzeyi ise 120-130 mg/dl arasında seyreden hasta diyalizsiz takip edildi. Böbrek biyopsi materyalinin patolojik incelemesinde tubul epitelinde hasar ve rejenerasyon bulguları, tubul lümeninde kristal varlığı raporlandı. İnterstitiyumda hafif ödem ve iltihabi hücre artışına arteriollerde hafif hiyalinli değişiklikler eşlik etmekte idi. Kristallerin polarize ışıpta kırıldığı ve kalsiyum oksalat ile uyumlu olduğu belirtildi. İmmunofloresan incelemede birikim saptanmadı. Bu patolojik bulgular ışığında interstisyel nefrit ve glomerulonefrit dışlanan, akut tübüler nekroz ve oksalat nefropatisi düşünülen hastanın 24 saatlik idrarda oksalat atılımının artmış (49 mg/gün), sitrat atılımının normal olduğu tespit edildi. Hastaya oksalattan fakir beslenme, oral sıvı alımının artırılması önerildi. Poliklinik takiplerine devam etmekte olan hastanın son üre ve kreatinin değerleri sırasıyla 171 ve 6 mg/dl'dir.

Tartışma: Bariatrik ve metabolik cerrahide farklı yöntemler uygulanmakta, klinik sonuçlar ve komplikasyonlar da farklılıklar göstermektedir. Transit bipartisyon operasyonu sonrası bildirilmiş hiperoksaluri vakasına literatürde rastlanmamıştır. Olgumuzun sunulmasının amacı obezite cerrahisi sonrası hiperoksaluri açısından dikkatli olunması, hidrasyonun yeterli olmasına uzun vadede de dikkat edilmesi gerektiğine dikkat çekmektir.

Anahtar Kelimeler: Bariatrik cerrahi, akut böbrek yetersizliği, hiperoksaluri, oksalat nefropatisi

PS-089

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞLİ HASTALARDA PROTEİNÜRİNİN ŞİDDETİ İLE HEMATOLOJİK PARAMETRELER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Öznur Kal

Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) tekrarlayan ateş, karın, akciğerler ve eklemlerde seröz zarların inflamasyonuna bağlı ağrıyla seyreden otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. Günümüzde nötrofil lenfosit oranı (NLO) ve trombosit lenfosit oranı (TLO) kardiyovasküler ve renal hastalıklarda inflamasyonun potansiyel yeni belirteçleri olarak pek çok çalışmada ortaya konmaktadır. Bu çalışmada FMF'li hastalarda proteinüri seviyesi ile NLO ve TLO arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya son 3 yıldır nefroloji polikliniğinde takipte olan 79 FMF hastası dahil edildi. Hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi, son kontrollerindeki verileri baz alındı. 33 hastanın proteinürisi yoktu, 32 hastanın proteinürisi 1 gr altındaydı, 14 hastanın proteinürisi 1 gr üzerindeydi. Hastaların 6 ay aralyla kan biyokimya, hemogram ve 24 saatlik idrarda proteinlerine bakıldı. Hemogramda nötrofil sayısı lenfosit sayısına bölünerek NLO, trombosit sayısı lenfosit sayısına bölünerek TLO elde edildi.

Bulgular: Çalışma grupları arasında demografik veriler bakımından farklılık saptanmadı. Hastaları; proteinürisi olanlar ve olmayanlar olarak 2 gruba ayırdığımızda proteinüri olan grupta NLO; olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti. (proteinüri olan grupta 2,94±1,8 olmayan grupta 2,05±0,94, p=0,013) TLO proteinürisi olan grupta daha yüksekti ancak anlamlı değildi. (p=0,12)

FMF hastalarını proteinürisi olmayan, 1gr/gün altında proteinürisi olan ve 1gr/gün üzerinde proteinürisi olan olarak 3 ayrı gruba bölerek gruplar arasında NLO ve TLO karşılaştırması yaptık. 1 gr/gün üzerinde proteinürisi olanlarda, proteinüri olmayanlara göre NLO anlamlı olarak daha yüksekti. (p=0,015) Aynı şekilde 1 gr/gün üzeri proteinürisi olan grupta proteinüri olmayan gruba göre TLO da anlamlı olarak yüksekti.(p=0,023)

Sonuç: Çalışmamızda yüksek oranda proteinürisi olan FMF hastalarında NLO'nun ve TLO'nun proteinüri olmayan gruba göre yüksek bulunması, FMF'de proteinüri ve takiben amiloidoz gelişiminde inflamatuvar sürecin takip ve prognostik kriteri olarak NLO ve TLO'yu kullanabileceğimiz şeklinde yorumlanabilir.

Sonuç olarak basit ve maliyeti düşük olan bu belirteçlerin FMF'in amiloidoz gelişiminde prognostik değeri olabileceği öngörülmekle birlikte literatürde FMF'de yapılmış benzer çalışmalar olmadığından prospektif ve randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Nötrofil lenfosit oranı, trombosit lenfosit oranı, ailevi akdeniz ateşi, amiloidoz, proteinüri

PS-090

HEMODİYALİZ HASTALARINDA DİKKAT DAĞINIKLIĞI

Hüseyin Demirbilek, Ergün Şimşek, Ebru Tanay Akgüç, Eyyüp Külah

Başkent Üniversitesi İstanbul Diyaliz Merkezi

Amaç: Kronik böbrek yetmezliği olan, diyaliz hastalarımızda; cinsiyet, eğitim ve hastalık yaşlarının dikkat dağınıklıklarına etkisinin olup olmayacağını belirlenmesini amaçlamaya çalıştık.

Gereç ve Yöntem: Kronik böbrek yetmezliği olan, diyaliz hastalarında 15 kadın 10 erkek olmak üzere kendi istekleri ile katılmak suretiyle cinsiyet, eğitim ve hastalık yaşlarının dikkat dağınıklıklarına etkisinin olup olmadığını belirlemek için Erişkin Dikkat Bildirim Ölçeği (EDBÖ) verdik. Bu çalışmada istatistiksel analizler NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra normal dağılım gösteren değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi, alt grup karşılaştırmalarında Tukey çoklu karşılaştırma testi, ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi, değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerini belirlemede Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no: KA18/193) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

Bulgular: Erkek ve Kadın hastaların Erişkin Dikkat Bildirim Ölçeği Dikkat eksikliği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,908$).

Erkek ve Kadın hastaların Erişkin Dikkat Bildirim Ölçeği Dikkat eksikliği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,998$).

Eğitim Grupları Okur-Yazar, İlköğretim, Lise, Üniversite gruplarının Erişkin Dikkat Bildirim Ölçeği Dikkat eksikliği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,609$).

Eğitim Grupları Okur-Yazar, İlköğretim, Lise, Üniversite gruplarının Erişkin Dikkat Bildirim Ölçeği Dikkat eksikliği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,811$).

Yaş değerleri ile Erişkin Dikkat Bildirim Ölçeği Dikkat eksikliği puan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmemiştir ($r=0,121$ $p=0,565$).

Yaş değerleri ile Erişkin Dikkat Bildirim Ölçeği Hiperaktivite/Dürtüsellik puan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmemiştir ($r=0,104$ $p=0,619$).

Yaş değerleri ile Erişkin Dikkat Bildirim Ölçeği Dikkat eksikliği Toplam puan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmemiştir ($r=0,124$ $p=0,554$).

Diyaliz Yaşı değerleri ile Erişkin Dikkat Bildirim Ölçeği Dikkat eksikliği puan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmemiştir ($r=-0,178$ $p=0,396$).

Diyaliz Yaşı değerleri ile Erişkin Dikkat Bildirim Ölçeği Hiperaktivite/Dürtüsellik puan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmemiştir ($r=-0,168$ $p=0,422$).

Diyaliz Yaşı değerleri ile Erişkin Dikkat Bildirim Ölçeği Dikkat eksikliği Toplam puan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmemiştir ($r=-0,191$ $p=0,360$).

Sonuç: Kronik Böbrek Yetmezliği olup hemodiyaliz tedavisi olan hastalarımızın dikkat dağınıklığı durumları ile ilgili olarak; cinsiyet, eğitim arasında istatistiksel olarak bir farklılık bulunamamıştır. Ayrıca, yaş değerleri ve diyaliz yaşı ile dikkat dağınıklığı puan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon izlenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek yetmezliği, hemodiyaliz, dikkat dağınıklığı

Tablo 1:

	Erkek n:15	Kadın n:10	p
Dikkat eksikliği	10,73±5,31	11±6	0,908
Hiperaktivite/Dürtüsellik	14,07±5,24	13,8±7,41	0,917
Erişkin Dikkat Bildirim Ölçeği Toplam Puan	24,8±9,48	24,8±12,2	0,998

Tablo 2:

	Okur- Yazar n:4	İlköğretim n:6	Lise n:5	Üniversite n:9	p
Dikkat eksikliği	12,50±4,43	10,50±5,24	12,67±5,30	9,11±6,09	0,609
Hiperaktivite/Dürtüsellik	14,25±4,03	13,50±7,32	15,00±5,62	13,44±6,60	0,968
Erişkin Dikkat Bildirim Ölçeği Toplam Puan	26,75±8,30	24,00±10,95	27,67±10,05	22,56±12,10	0,811

Tablo 3:

		Yaş	Diyaliz Yaşı
	r	0,121	-0,178
Dikkat eksikliği	p	0,565	0,396
	r	0,104	-0,168
Hiperaktivite/Dürtüsellik	p	0,619	0,422
Erişkin Dikkat Bildirim	r	0,124	-0,191
Ölçeği Toplam Puan	p	0,554	0,360

PS-091

HEMODİYALİZ HASTALARINDA UNUTKANLIK DURUMLARI

Hüseyin Demirbilek, Ergün Şimşek, Ebru Tanay Akgüç, Eyyüp Külah

Başkent Üniversitesi İstanbul Diyaliz Merkezi

Amaç: Kronik böbrek yetmezliği olan, diyalize gelmekte zorlanan, sosyal iletişimleri bozuk olan, yaşam kaliteleri iyi olmayan, beslenme ve uyku bozukluğu olan, kaygı ve depresyonu olan, tedaviyi reddeden ayrıca psiko-sosyal uyumsuzluk gösteren hastalarımızda; cinsiyet, eğitim ve hastalık yaşlarının unutkanlık durumlarına etkisinin olup olmayacağını belirlenmesini amaçlamaya çalıştık.

Gereç ve Yöntem: Kronik böbrek yetmezliği olan, diyalize gelmekte zorlanan, sosyal iletişimleri bozuk olan, yaşam kaliteleri iyi olmayan, beslenme ve uyku bozukluğu olan, kaygı ve depresyonu olan, tedaviyi reddeden ayrıca psiko-sosyal uyumsuzluk gösteren hastalarımızda; 8 kadın 15 erkek olmak üzere kendi istekleri ile katılmak suretiyle cinsiyet, eğitim ve hastalık yaşlarının dikkat dağınıklıklarına etkisinin olup olmadığını belirlemek için Subjektif Squire Bellek Ölçeği (SSBÖ) verdik. Bu çalışmada istatistiksel analizler NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, median interkuartil range) yanı sıra normal dağılım göstermeyen değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi, alt grup karşılaştırmalarında Dunn's çoklu karşılaştırma testi, ikili grupların karşılaştırmasında Mann Whitney U testi, değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerini belirlemede Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no: KA18/194) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

Bulgular:

1- Kadın ve erkek hastaların Subjektif Squire Bellek Ölçeği Total Puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,649$).

2- Eğitim grupları İlköğretim, Lise ve Üniversite gruplarının Subjektif Squire Bellek Ölçeği Total Puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,329$).

3- Subjektif Squire Bellek Ölçeği Total Puan değerleri ile Yaş değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmemiştir ($r=0,054$ $p=0,805$).

4- Subjektif Squire Bellek Ölçeği Total Puan değerleri ile Dializ yaşı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmemiştir ($r=-0,241$ $p=0,267$).

Sonuç: Kronik Böbrek Yetmezliği olup hemodiyaliz tedavisi olan hastalarımızın unutkanlık durumları ile ilgili olarak ; cinsiyet, eğitim ve hastalık yaşı arasında istatistiksel olarak bir farklılık bulunamamıştır.

Anahtar Kelimeler: Kronik Böbrek Yetmezliği, Hemodiyaliz, Unutkanlık

Tablo 1:

		Subjektif Squire Bellek Ölçeği Total Puan		
		N	Ort±SS	Median (IQR)
Cinsiyet	Erkek	15	0,01±24,75	0 (-20-16)
	Kadın	8	4,5±22,57	-4 (-8-18)
p			0,649	

Tablo 2:

		Subjektif Squire Bellek Ölçeği Total Puan		
		N	Ort±SS	Median (IQR)
Eğitim Durumu	İlköğretim	10	-4±20,13	-8 (-21-6)
	Lise	9	11,56±28,67	0 (-6-38)
	Üniversite	4	-7±13,22	-8 (-19-6)
p			0,329	

Tablo 3:

		Subjektif Squire Bellek Ölçeği Total Puan	
		r	p
Yaş		0,054	0,805
		-0,241	0,267
Diyaliz Yaşı			

PS-092

ASİT-BAZ DENGESİ ÜZERİNE KLOR ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: EN İYİ YÖNTEM HANGİSİ?

Bülent Güçyetmez

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Farklı kan klor (Clkan) düzeylerinin normal olarak kabul edilmesi nedeniyle, asit-baz dengesi üzerine Cl etkisi farklı değerlendirilebilir (1,2).

Elektronöralite kanununa göre suyun disosiasyonu tek başına Na veya Cl tarafından değil, güçlü ion farkı ($SID=Na+K+Ca+Mg-Cl-lactate$) ile sağlanır (1). O'Dell ve ark. Cl'un base excess (BE) üzerine etkisini $BE-Clor$ ($BECl=[Na]-[Cl]-32mmol/L$) olarak tanımlar ve $BECl=0$ ise BE üzerine klor etkisi olmadığını söyler (3). Fencil ve ark. ise normal Na ($Nan=140-144mmol/L$) ve Cl ($Cl_n=104-108mmol/L$) değerlerine göre Clkan değerlerini düzelterek Cl-eksikliği/fazlalığını tanımlar ($Cleks/faz=Cl_n-(Clkan \times [Nan/Nakan])$) (4). Bu çalışmada Cl'un asit-baz dengesine etkisini değerlendirmede en iyi yönteminin hangisi olduğu araştırıldı.

Yöntemler: Yoğun bakıma alınan 1753 hasta (2011-2016) retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, kan gazı parametreleri, serum albümin düzeyleri kaydedildi. Korelasyonlar için Pearson Korelasyon testi kullanıldı. Clkan, Cleks/faz, BECl, albümin, laktat ve strong ion gap (SIG) değerlerinin BE ilişkilerini göstermek için lineer regresyon modeli oluşturuldu.

Bulgular: 1439 hasta çalışmaya dahil edildi. BECl, SID ve BE ile en güçlü korelasyonlara sahipti (Tablo 1). $BECl>0$ olan 684 hastanın 206'sında Cleks/faz>0 iken $BECl<0$ olan 749 hastanın 683'ünde Cleks/faz<0'dı. Lineer regresyon modelinde Clkanve Cleks/faz ile BE arasında anlamlı ilişki yokken BECl'daki her 1mmol/L artış BE'yi 0.8mmol/L artırdı ($p<0,001$).

Sonuç: BECl SID değişikliklerini ve Cl'un BE üzerindeki etkisini en iyi gösteren parametredir. Bu nedenle Cl'un asit-baz dengesi üzerine etkisinin BECl kullanılarak değerlendirilmesini öneriyoruz.

Kaynaklar

1. Crit Care 2010;14:226.
2. Intensive Care Med 2018; 6:10.
3. Crit Care 2005 9:R464-70.
4. Am J Respir Crit Care Med 2000; 6:2246-51.

Anahtar Kelimeler: Hipokloremi, hiperkloremi, Stewart yöntemi, base excess

Tablo 1: Cl Korelasyonları

	SID	BE
Tüm hastalar için (n=1439)		
Cl-kan	0.26	0.13
Cl-eks/faz	0.77	0.30
BE-Cl	0.87	0.30
Laktat≤1.3; SIG≤2; Albumin>33 olan hastalarda (n=103)		
Cl-kan	0.21	0.21
Cl-eks/faz	0.81	0.78
BE-Cl	0.96	0.88

PS-093

HEMOFİLİ A'YA EŞLİK EDEN BİR İGA NEFROPATİ OLGUSU

Çiğdem Mengüş¹, Garip Şahin¹, Neslihan Andıç², Deniz Arık³

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Bilim Dalı

Amaç: İmmünoglobulin A (IgA) nefropatisinin hemofili A gibi kanama diyetine yol açan hastalıklara eşlik edebileceğini akıldla bulundurmak.

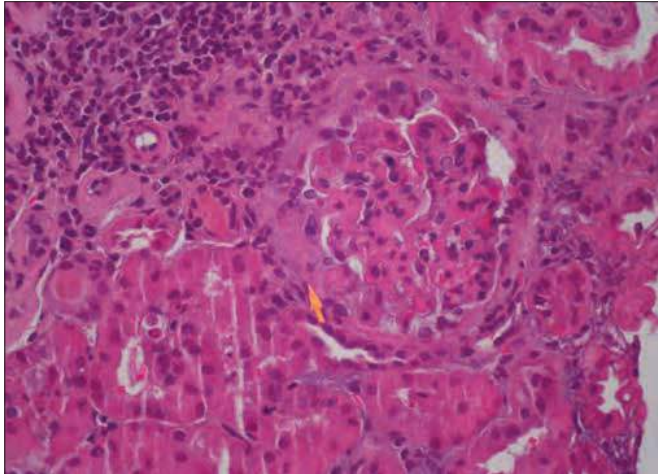
Giriş: Literatürde IgA nefropatisi ile hemofili birlikteliği mevcut olmayıp, biz bu olgu ile renal biyopsi ile IgA nefropati tanısı alan bir hemofili A hastasını sunmayı amaçladık.

Olgu: 23 yaşında erkek hasta, 1 yaşında hemofili A tanısı alan hasta rutin hematoloji takiplerinde proteinüri saptanması üzerine tarafımıza başvurdu. Yapılan tetkiklerde üre azotu 20 mg/dl, kreatinin 1.33 mg/dl, eGFR (ckd_{epi}) 75.34 ml/dk, kalsiyum 9.46 mg/dl, ürik asit 6.8 mg/dl, fosfor 3.8 mg/dl, total protein 5.7 g/dl, albümin 3.6 g/dl, spot protein / kreatinin oranı: 4578.31 mg/g, hemoglobin: 13.1 g/dl,

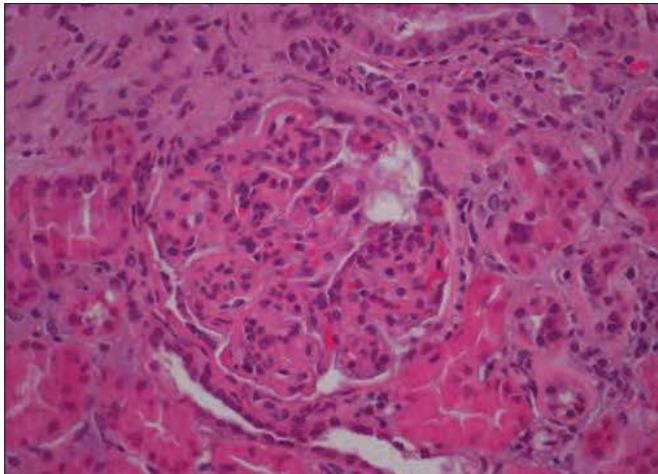
lökosit: 9400, Plt 312000, Titr'te protein +3, entrosit 7 /hpf, lökosit:2/hpf saptandı. Ultrasonografide böbrek boyutları ve parankim normal, ana negatif, anca negatif, serum protein elektroforezi normal saptandı. Takiplerinde kreatinin 1,73, bun:41 mg/dl'ye kadar progrese oldu. Hastaya faktör verilerek renal biyopsi yapıldı. Renal biyopsi sonrasında komplikasyon gelişmedi. Patoloji sonucu immünglobülin A nefropatisi ile uyumlu saptanan hastaya pozitif tedavi protokolü başlandı. Tedavisi devam etmekte olan hastanın takiplerinde üre azotu: 22 mg/dl, kreatinin: 1.34 mg/dl, spot protein/kreatinin oranı:416 mg/g'ye geriledi.

Sonuç: İmmünglobulin A (IgA) nefropatisi primer glomerülofrit en yaygın görülen formudur. IgA nefropati tanısı biyopsi ile konulur. Glomerüller mesangiumda baskın IgA birikimi ile karakterize, çok çeşitli inflamatuvar ve enfeksiyöz hastalıklarla klinik ilişkilere sahip olan kronik bir hastalıktır. IgA nefropatisinin izole hematüriden hızlı ilerleyen glomerülofrite kadar değişen geniş bir klinik spektrumu vardır. IgA nefropatisinde proteinüri genellikle hafif ile orta düzeyde ve subnefrotiktir. Bizim hastamızın bilinen hemofili A tanısı mevcut olup takipleri sırasında tesadüfen saptanan nonnefrotik düzeyde proteinüri nedeni ile tetkik edilmiştir. Bu hasta gruplarında genellikle tromboza eğilim olurken bizim hastamızda olduğu gibi kanama diyatezi yapan hastalıklarla birlikte olabileceği unutulmamalıdır. Bu hastalarda renal biyopsi sonrasında kanama riskinin yüksek olduğu göz önünde bulundurulmalı ve biyopsi öncesinde faktör verilerek kanama profilaksisi yapılmalıdır. Tanı ve tedavinin planlanması için renal biyopsinin gerekli olduğu unutulmayıp kanama endişesi ile işlem geciktirilmemeli ve hematologla iş birliği yapılarak renal biyopsi öncesi hasta yönetimi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: IgA nefropatisi, Hemofili A, renal biyopsi



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-094

EROİN KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN RABDOMYOLİZ VE CAST NEFROPATİSİ OLGUSU

Mürşide Esra Dölarslan¹, Simge Bardak¹, Kenan Turgutalp¹, Yasemin Yuyucu Karabulut², Serap Demir¹, Ahmet Alper Kıyıkım¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Mersin, Türkiye

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

Giriş: 25 yaş altı kişilerde uyuşturucu madde kullanımı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artmaktadır. Uyuşturucu kullanımına bağlı direkt toksik etki veya rabdomyoliz dolayısıyla böbrek hasarı görülebilir. Bu vakanın amacı eroin kullanımı sonrası gelişen rabdomyoliz ve renal komplikasyonlarını tartışmaktır.

Olgu: 20 yaşında erkek hasta, dış merkezden karaciğer enzimlerinde yükseklik olması nedeniyle akut hepatit/ fulminan hepatit/ hepatorenal sendrom öntanılarını ile gastroenteroloji servisine yatırıldı. Anamnezinde hastanın eroin kullanımı olduğu öğrenildi. Alınan anamnez ve muayenesinde akut öbrek hasarı yapacak renal ve prerenal nedenler dışlandı. Hepatosplenomegalisi ve ikteri yoktu, 24 saatlik idrar çıkışı 100 cc idi. Başvuru sırasında yapılan kan biyokimyasında; lökosit: 7960/mm³, hemoglobin: 11,5gr/dl, trombosit: 144000/mm³, üre: 227mg/dl, kreatinin: 9.1mg/dl, sodyum: 128mEq/L, potasyum: 7.03mEq/L, AST: 2565U/L, ALT: 1165U/L, ALP: 79U/L, GGT: 74U/L, Total bilirubin: 1.43mg/dl, Direkt bilirubin: 0.55mg/dl, LDH: 10248U/L, CK: 4656U/L, myoglobin: 3838ng/ml idi. Kan gazında ph:7.36, Pco2:26.4, HCO3:17 idi. viral markerlarında Anti-HCV pozitif saptandı. HCV-RNA.6403839 IU/ml, renal doppleri: normaldi. Bikarbonat replasmanı yapıldı. Hipervolemi ve hiperkalemi nedeniyle hemodiyaliz tedavisi başlandı. Takipleri sırasında diürezisi açıldı, idrar çıkımına göre hidrasyonu sağlandı, fakat kreatinin düzeyleri gerilemeyen hastaya böbrek biyopsi yapıldı. Patolojisi cast nefropatisi ile uyumlu olarak geldi. Böbrek fonksiyon bozukluğu gerilemeyen hastada haftada 3 kez hemodiyaliz tedavisine devam edilmektedir.

Sonuç: Akut böbrek hasarı ile başvuran genç hastalarda uyuşturucu madde kullanımı mutlaka sorgulanmalı ve uyuşturucu ilişkili cast nefropatisi gelişebileceği akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Eroin, Cast Nefropatisi, Rabdomyoliz

PS-095

IG A NEFROPATİSİ OLAN VAKALARIN ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kubra Kaynar¹, Hüseyin Atacan², Sevdegül Mungan³, Gamze Çan⁴, Şükrü Ulusoy¹, Muammer Cansız¹, Abdülkadir Çelik¹, Koray Bozoğlu²

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Trabzon

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

³Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Trabzon

⁴Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Trabzon

Giriş: İmmünglobulin (Ig) A nefropatisi tüm dünyada en sık görülen glomerülofritlerden biri olup, kliniğe ilk başvuru sırasındaki bulgular ve seyri hastadan hastaya farklılık göstermektedir. Bu çalışma ile kliniğimizde Ig A nefropatisi tanısı almış hastaların klinik, laboratuvar ve patolojik bulgularının ve bu bulguların tedaviye yanıt oranlarının araştırılması planlanmıştır.

Materyal Metod: 2003 ile 2018 tarihleri arasında 18 yaşından büyük hastanemizde patoloji kayıtlarından renal biyopsi sonucu Ig A nefropatisi saptanmış ortalama yaşı 40±11 olan 29 hasta (14 kadın, 15 erkek) çalışmaya alındı. Bu hastaların klinik ve laboratuvar verilerine retrospektif olarak bilgisayar kayıtları kullanılarak ulaşıldı. Hastaların demografik bilgileri, proteinüri miktarı ve seyri, glomerüller filtrasyon hızı (GFH) seyri, aktif idrar sediment bulgusu ve komorbid hastalıkların varlığı bilgileri, takip ve tedavi sonrası farklılıkları SPSS 24 versiyonu ile paired t-test ve Wilcoxon testleri kullanılarak analiz edildi.

Sonuçlar: Bu tek merkezli çalışma, hastanemize başvuran ve renal biyopsi sonucu Ig A nefropatisi bulunan hastalarda klinik, laboratuvar ve histolojik özellikleri ile tedavi sonrası takip sonuçları arasındaki farklılıkları araştırmak için planlandı. Tanı sırasında hastaların 5'inde (%17) hematüri olmadığı görüldü. 29 olgunun renal patoloji sonuçlarında 16 vakada izole Ig A nefropatisi (%55.2) bulunurken, 11'inde Ig A nefropatisi ve hipertansif nefroskleroz, 1'inde Ig A nefropatisi ve membranöz glomerulopati ve 1 olguda da Ig A nefropatisi ile akut tübüler nekroz birlikteliği saptandı. 19 vakanın (%65.5) yaklaşık 8±8 ay süren kortikosteroid tedavisi ve 24 olgunun (%82.3) anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri, 13 vakanın (%44.8) balık yağı ve 6 vakanın (%20.7) statin içeren tedaviyi aldığı bulundu. Beden kitle indeksi 21±11 kg/m² olan Ig A nefropatisi olan hastalar 16±14 aylık takip süresi sonunda GFH, proteinüri ve diğer parametreler bakımından karşılaştırıldı (Tablo 1). Takip sonrası proteinüri, idrarda albümin /kreatinin (mg/mg) oranında ve serum albümin değerlerinde anlamlı iyileşme saptandı. Renal biyopsilerin (2010 yılından sonra tanı konulan vakalarda) Oxford sınıflamasına göre skorları tablo-2 de gösterilmiştir.

Tartışma: Ig A nefropatisi vakalarında, klinik (hematüri, proteinüri, düşük GFH, hipertansiyon) çok değişken olabilmektedir. Renal patoloji bulgularının yaklaşık yarısında izole Ig A nefropatisi saptanmıştır. En sık hipertansif nefroskleroz ile birlikteliği bulunmuştur. Renal patolojide sklerotik (S ve T skoru yüksek) olguların immunsupresif dışı tedaviler ile (ACE inhibitörleri, statin, balık yağı), proliferatif (M,E,C skoru yüksek) özellikleri olan vakaların ise bu tedavilere immunsupresif ilaçlar eklenerek serum kreatininin ikiye katlanma oranlarında ve proteinürinin kontrolünde başarılı olunabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ig A nefropatisi, proteinüri, Glomerüler filtrasyon hızı

Tablo 1: Hastaların tedavi ile klinik ve laboratuvar parametrelerindeki değişiklikler

Değişkenler	Tanı sırasında	Takip süresi (ay)	Takip sonunda	p değeri
GFH (CKD-epi formülü ile) (mL/dakika/1.73 m ²)	65±36	16±14	63±39	0.596
Serum kreatinin (mg/dL) değeri	1.5±0.7	16±14	2±2	0.141
Serum albümin (g/dL)	3.3±0.5	16±14	3.8±0.4	0.0001
Beden Kitle İndeksi (kg/m ²)	22±11	14±14	21±12	0.958
Proteinüri (g/gün)	3.9±3.1	16±13	2.6±2.5	0.039
İdrar Albümin /kreatinin (mg/mg)	1.5±1.1	16±13	1.0±0.76	0.023
Sistolik kan basıncı (mm Hg)	128±20	14±13	127±17	0.760
Diastolik kan basıncı (mm Hg)	78±17	14±13	82±12	0.546
LDL-Kolesterol (mg/dL)	141±46	10±9	126±44	0.09

Tablo 2: Oxford sınıflaması yapılmış Ig A nefropatisi olguları

Skor	M n(%)	E n(%)	S n(%)	T n(%)	C n(%)
0	3 (23%)	11(85%)	5 (39)	6 (46)	5 (39)
1	10 (76%)	2 (15%)	8 (61)	4 (31)	3(23)
2	-	-	0 (0)	3 (23)	5 (38)

PS-096

PERİTON DİYALİZ KATETERİ ETRAFINDA NİTROFURAZONA BAĞLI GELİŞEN İRRİTAN KONTAKT DERMATİT: VAKA SERİSİ

Simge Bardak¹, Leyla Bilik¹, Zeynep Aktaş¹, Mihriban Çoçlan¹, Mürşide Esra Dölarlan², Kenan Turgutalp², Serap Demir², Ahmet Kıyıkım²

¹Batman Bölge Devlet Hastanesi

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Periton diyalizi (PD) hastalarında kateter çevresinde gelişen eritem ve ağrı öncelikli olarak kateter çıkış yeri enfeksiyonunu düşündürür. Kateter çıkış yeri enfeksiyon sıklığını azaltmak için kateter etrafına topikal antibiyotikli pomadlar ile düzenli pansuman uygulaması güncel kılavuzlarda vurgulanmaktadır. Pansuman amacıyla kullanılan bantlar, batikon veya topikal pomad ilişkili irritan kontakt dermatit literatürde az sayıda vakada rapor edilmiştir. Biz burada PD kateteri etrafında gelişen irritan kontakt dermatit vakalarını sunduk.

Olgu Sunumları: Yaşları 45-64 arasında değişen 4 PD hastası kateter etrafında kızarıklık ve kaşıntı şikayetleri ile başvurdu. Kateter etrafında akıntı, karın ağrısı, ateş, bulanık diyalizat, çıkış yerine travma tariflemiyorlardı. Son dönemde bandaj veya povidon iyodin kullanımı ile ilgili değişiklik yoktu. Kateter pansumanı için düzenli topikal antibiyotikli krem kullanımı önerildikten sonra düzenli aralıklarla nitrofurazon pomad kullanarak pansuman yaptıkları öğrenildi. Muayenelerinde kateter etrafında pürülan akıntı yoktu. Tüm hastalarda eritemli zeminde veziküllerin olduğu keskin sınırlı plak izlendi. Çıkış yeri kültürlerinde üreme saptanmadı. Vakalara ait demografik ve klinik özellikler tabloda özetlenmiştir (Bkz Tablo, Şekil). Tüm vakalarda dermatolojik muayene sonucu nitrofurazona bağlı irritan kontakt dermatit geliştiği düşünüldü. 4. vakada daha koyu, eritemli zeminde keskin kenarlı üzerinde skuamı olan plak kronik irritan kontakt dermatit olarak değerlendirildi. Nitrofurazon kesildi. Topikal steroidli pomad başlandı. Takipte bulgulara gerileme olduğu izlendi.

Sonuç: Kateter çıkış yeri enfeksiyonu ayırıcı tanısında irritan kontakt dermatit değerlendirilmelidir. Akıntı, ağrı ve şişlik olmaması kontakt dermatit lehine bulgular olabilir. Döküntünün karakteristik görünümü ve kültür negatifliği detekleyici bulgulardır. İyi bir dermatolojik muayene ve tedavide ilgili ajanın kesilmesi önem taşır. Kateter çıkış yeri için kullanılan pomadın ne olduğu sorgulanmalı, irritan dermatit yapma potansiyeli nedeniyle nitrofurazonundan kaçınılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İrritan kontakt dermatit, nitrofurazon, periton diyalizi



Tablo 1: Vakalara ait klinik özellikler

	Vaka 1	Vaka 2	Vaka 3	Vaka 4
Yaş (yıl)	64	45	54	54
Cinsiyet	Kadın	Erkek	Kadın	Kadın
PD programı	APD	CAPD	CAPD	APD
PD programındaki süre (ay)	20	13	6	18
Kateter etrafında kızarıklık	Var	Var	Var	Var
Kaşıntı	Var	Var	Var	Var
Karın ağrısı	Yok	Yok	Yok	Yok
Ateş	Yok	Yok	Yok	Yok
Bulanık diyalizat	Yok	Yok	Yok	Yok
Kateter etrafında akıntı	Yok	Yok	Yok	Yok
Çıkış yerine travma öyküsü	Yok	Yok	Yok	Yok
Bandaj kullanımı ile ilgili değişiklik	Yok	Yok	Yok	Yok
Povidon iyodin kullanımı ile ilgili değişiklik	Yok	Yok	Yok	Yok
Çıkış yeri kültüründe üreme	Yok	Yok	Yok	Yok
Kullanılan topikal krem	Nitrofurazon	Nitrofurazon	Nitrofurazon	Nitrofurazon
Pansuman sıklığı	Gün aşırı	3 günde 1	3 günde 1	Haftada 3

PS-097

HEMODİYALİZDE AZ BİLİLEN VASKÜLER ERİŞİM YOLLARI (BAZİLİK VEN TRANSPOZİSYONU UZUN DÖNEM SONUÇLARI)

Nimet Aktas¹, Deniz Demir²

¹Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

²Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği

Giriş: Bilindiği üzere hemodiyalizde, vasküler erişim hayati öneme sahiptir. Kalıcı damar yolunda sağlanan başarılı hastaların prognozunda yansımaktadır. Bu çalışmada ön kolda tekrarlayan başarısız fistül operasyonu geçiren hastalarda bazilic ven transpozisyonuyla (BVT) arteriovenöz fistül (AVF) açıldı ve bu hastaların uzun dönem BVT açıklığı değerlendirildi.

Yöntem: Çalışma 2009-2018 yılları arasında daha önce başarısız en az 2 kez ön kol nativ AVF uygulanmış hastaların değerlendirilmesinden oluşmaktadır. Hastaların tamamında ameliyat öncesi ultrasonografi (USG) uygulanarak venöz haritalama yapıldıktan sonra lokal anestezi altında BVT yapıldı. Takip eden dönemde, belirli periyodlarla BVT açıklığı USG'ik olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 14 hasta alındı. Hastaların demografik ve laboratuvar verileri değerlendirildi. Hastaların %35 kadın, %65 erkekti. Ortalama yaş 55±14,45 yıl olarak saptandı. 8 hastada HT (%57), 10 hastada DM (%71) varlığı mevcuttu. Ortalama BVT süresi 45±18,25 ay idi. Tüm hastalar daha önce en az bir kez brakiosefalik ve radiosefalik olmak üzere toplamda en az 2 kez ön kol AVF fistül operasyonu geçirmişlerdi. Hastalardan 3 tanesi takiplerinin 2 ve 3 yılında farklı nedenlerle kaybedildi ve bu yüzden değerlendirmeye alınmadılar. 1 hastada tromboz nedeni ile fistül disfonksiyonu gözlenirken, diğer hastalarda 3, 5 ve 6. yıllarda fistüllerinin başarılı şekilde çalıştığı gözlemlendi.

Sonuç: Hemodiyaliz hastalarında ön kolda tekrarlayan başarısız fistül girişimlerinden sonra genellikle hastalarda kalıcı kateterler yada prostetik greftler kullanılmaktadır. Ancak nativ damarla karşılaştırıldıklarında bu yöntemlerin komplikasyonları ve açıklık oranlarının daha kötü olduğu bilinmektedir. BVT fistülü operatif teknik açıdan cerrah için zor olsada hasta açısından uzun patensi sebebiyle oldukça faydalıdır. Bu yöntemin avantajı patensi süresi ve enfeksiyon oranlarının prostetik greftlerden daha iyi olmasıdır. Sonuç olarak, ön kol başarısız nativ AVF'lerde teknik olarak zor olsada BVT fistüller prostetik greftlere göre düşük komplikasyon ve uzun patensi süreleri sebebi ile alternatif bir hemodiyaliz girişim yolu olarak akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: hemodiyaliz, vasküler erişim, bazilic ven

PS-098

TRAVMATİK RABDOMİYALİZE BAĞLI GELİŞEN AKUT BÖBREK HASARI HER ZAMAN KREATİNİN KİNAZ YÜKSEKLİĞİ İLE BİRLİKTE Mİ OLMALI?

Deniz Çekic¹, Mustafa Kösem², Savaş Sipahi³, Hamad Dheir³

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi- İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Patoloji Ana Bilim Dalı

³Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Travmatik ve non-travmatik rabdomiyalize bağlı akut böbrek hasarı gelişebilir. Literatürde, bu hasar ile kreatinin kinaz enzim yükseklik derecesi arasında pozitif korelasyon gösterilmiştir. Ciddi kreatinin kinaz yüksekliği olmayan travmatik rabdomiyalize bağlı akut böbrek hasarı olan olgumuzu sunduk.

Olgu: Bilinen sistemik hastalığı olmayan 26 yaşında erkek olgu darp sonrası hastaneye getirilmiş. Hastanın vücudun değişik yerlerinde çok sayıda darp ve ısırma izleri saptandı. Bakılan laboratuvar tetkiklerinde üre:62 mg/dl, kreatinin: 5.8mg/dl, Sodyum:141mmol/l, potasyum:5.8 mmom/dl, fosfor:6 mg/dl, kreatinin kinaz: 598 U/L Hb:14.2 gr/l, tam idrar analizinde; +3 proteinüri ve mikroskobik hematüri saptandı. Kan gazı analizinde saptanan dirençli

metabolik asidoz nedeniyle bir seans hemodiyaliz uygulandı. Nonoligürik olan hasta proteinüri ve mikroskobik hematüri eşlik etmesi ve ciddi kreatinin kinaz yüksekliği olmaması rabdomiyaliz dışında ek patolojiyi dışlamak için böbrek biyopsisi yapıldı. Biyopsi sonucunda; glomerüllerin tamamı korunduğu ve akut tübüler nekroz dışında ek patoloji olmadığı görüldü. İzleminde idrar miktarı arttı, diyaliz ihtiyacı olmadı ve böbrek fonksiyon testleri tamamen düzeldi. Ayrıca proteinüri ve hematüri bulgularına tam olarak düzelme kaydedildi.

Tartışma: Rabdomiyalize bağlı gelişen akut böbrek hasarının tanısı renal biyopsi yapılmadan kolaylıkla eşlik eden kreatinin kinaz (1500-100000 IU/L) yüksekliği ile konabilir. Ancak bizim olguda proteinüri ve mikroskobik hematüri ile birlikte ılımlı kreatinin kinaz yüksekliği eşlik ettiği için renal biyopsi yapılmasına karar verildi. Travmatik rabdomiyalize bağlı gelişen akut böbrek hasarına kreatinin kinaz aşırı yüksekliği eşlik etmeyebileceğini de vurgulamayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Rabdomiyaliz, Kreatinin kinaz, Akut böbrek hasarı

PS-099

SÜREKLİ AYAKTAN PERİTON DİYALİZİYLE İLİŞKİLİ PERİTONİT ATAKLARI: TEK MERKEZ ALTİ YILLIK GERİYE DÖNÜK DEĞERLENDİRME

Yasin Öztürk¹, Başak Delikanlı Çorakçı¹, Muammer Bilici², Ali Borazan²

¹İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak, Türkiye

²Nefroloji Bilim Dalı, Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak, Türkiye

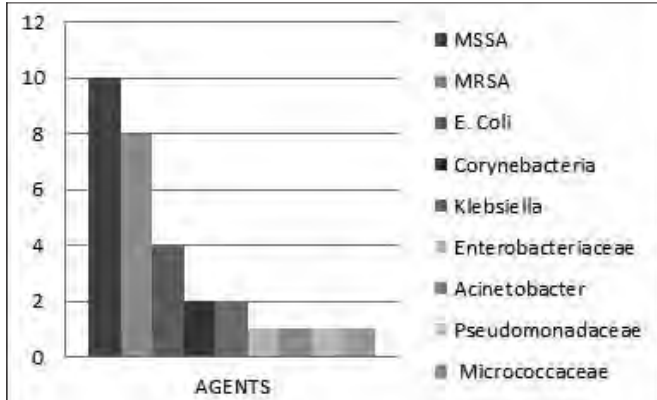
Giriş: Peritonit, Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz (SAPD) tedavisinin en önemli komplikasyonudur ve çok sayıda hastanın SAPD programından ayrılmasına neden olmaktadır. Bu çalışmanın amacı, SAPD ilişkili peritonit sıklığının, etken mikroorganizmaların ve antibiyotik duyarlılıklarının belirlenmesidir.

Yöntemler: Bu çalışmada hastanemiz nefroloji kliniği'nde 2011-2017 tarihleri arasında takip edilen SAPD'li 65 hasta retrospektif olarak incelendi. Periton diyaliz sıvı bulanıklığı ve/veya karın ağrısı peritoniti düşündürmüştü ve tanı, diyaliz sıvısı hücre sayımı ve kültürünün yapılması ile doğrulanmıştır. Antibiyotik duyarlılığı disk difüzyon yöntemiyle araştırıldı. Hastalar diyabetik olmalarına göre gruplandırılarak yaş, cinsiyet peritonit etkenleri, yatış süreleri, albümin, C-reaktif protein ve lenfosit/nötrofil oranları ile diyabetes mellitus arasındaki ilişki analiz edildi.

Bulgular: Hastaların 36'sı erkek 29'u kadın ve ortalama yaş 55,23±13,563 yıl idi. Hastaların 37'sinde peritonit atağı saptanmazken, 28 hastada en az bir kez peritonit atağı saptandı. Peritonit geçiren 28 hastanın 18'i erkek 10'u kadındı ve %42,9'u diyabetik idi. Toplam 218,75 hasta yılı boyunca 49 peritonit atağı saptandı. Ortalama insidans ise 0,224/her hasta yılı olarak belirlendi. Periton sıvısı bulanıklığı hastaların %59,2'sinde, karın ağrısı %67,3'ünde, ateş %44,9'unda, titreme %30,6'sında, bulantı %40,8'inde, kusma %38,8'inde, ishal %22,4'ünde görüldü. Atakların %42,84'ünde Gram-pozitif, %20,4'ünde Gram-negatif etkenler saptanırken, %42,84'ü kültür negatif saptandı. Stafilokoklar en sık görülen bakteriler olup %20,4'ü metisiline duyarlı %16,3'ü metisiline dirençli idi. Gram negatif bakteriler içinde %8,16 oranında en sık E. coli etken olarak saptandı (Şekil 1). Hastaların %75,5'i tedavi ile tam düzeldi. Takipte 5 hasta ölmüştür. Altı hasta ise kateterleri çıkarılarak hemodiyaliz programına alınmıştır. Diyabetik olanlar ve diğerleri arasında yaş, cinsiyet, yatış süreleri, albümin, C-reaktif protein ve lenfosit/nötrofil oranları arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p<0,05).

Sonuç: Merkezimizde SAPD peritonitin en sık etkeni gram-pozitif mikroorganizmalardır. Her merkezin kendi etken ve duyarlılık profilini bilmesi, uygun ampirik tedavi seçeneğini belirlemesi açısından gereklidir. SAPD ilişkili peritonit insidansının azaltılması, hastalara yoğun eğitim verilmesi ve sıkı takip yapılması ile mümkün olabilir.

Anahtar Kelimeler: Peritonit, sürekli ayaktan periton diyalizi, etken mikroorganizmalar



Şekil 1.

PS-100

PARASETAMOLE BAĞLI AKUT KARACİĞER YETMEZLİĞİNDE HAYAT KURTARICI TEDAVİ YÖNTEMİ: HEMODİYAFİLTRASYON VE PLAZMAFEREZ

İlhan Yıldırım¹, Hamad Dheir², Deniz Çekiç³, Selçuk Yaylacı¹, Hakan Cinemre¹, Bilal Toka³, Savaş Sipahi²

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi- İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Nefroloji Bilim Dalı

³Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Asetaminofen (parasetamol) sık kullanılan analjezik ve antipiretik. Kolay ulaşılabilirliği nedeniyle intihar girişimi amacıyla yüksek oranlarda alındığında komplikasyonlara neden olabilir. Toksikite bulguları alınımından sonra 4 -12 saat içinde gelişir. Sonraki 24-48 saat içinde bu bulgular gerilerken, karaciğer hasarı belirgin hale gelir. Toksik doz alımı; >10 gr ya da 200mg/kg tek seferde veya >10 gr ya da 200mg/kg 24 saat içinde veya >6 gr ya da 150mg/kg 24 saat boyunca en az 2 ardışık gün şeklinde olmasıdır. Bu hastalarda fulminan hepatit tablosu geliştiğinde acil karaciğer nakli gerekebilir. Plazmaya bağlı toksinleri ve üre gibi suda çözünen toksinleri temizlemede plazmaferes ve sürekli renal replasman tedavisinin (SRRT) faydalı olduğu, ayrıca mortalite oranları belirgin azalttığı gösterilmiştir. Biz bu olguda parasetamole bağlı fulminan hepatit gelişen hastada plazmaferes ve SRRT'nin kullanılabileceğine dikkat çekmek istedik.

Olgu: 23 yaşında erkek hasta acile bulantı, kusma ve karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın başvuru 2 gün önce >10 gr üzerinde parasetamol tükettiği öğrenildi. Hastanın acilde bakılan tetkiklerinde karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerindeki artış ve protrombin zamanında uzama görüldü. Hastada parasetamole bağlı fulminan karaciğer yetmezliği olarak değerlendirildi. Hastanın başvurusunda Glaskow koma skoru 13 idi. Başvuru esnasında ALT:8556 U/L, ALT:7884 U/L, LDH:14835 U/L, T.Bil:9.36 mg/dL, Üre:50 mg/dL, Kreatinin:2.15 mg/dL, INR:4.02(Kan gazı; pH:7.486, pCO2:19.2, pO2:45.3, HCO3:19.1, Laktat:15) şeklinde idi. Hasta parasetamol intoksikasyonu olarak kabul edildi. Ancak hasta ilacı aldıktan 48 saat sonra başvurduğu için ölçülen asetaminofen düzeyi:5.40 µg/mL olarak saptandı. Asetaminofenin yarılanma süresi 18 saat olduğu için düzey düşük saptandı. Hastaya asetilsistein protokolü; 150mg/kg NAC %5 500cc dekstroz içinde 1 saatte, 50mg/kg NAC %5 500cc dekstroz içinde 4 saatte ve 100mg/kg NAC %5 1000cc dekstroz içinde 16 saatte gidecek şekilde iv infüzyon uygulandı. Hastaya asetilsistein protokolü ile beraber toplamda 4 seans plazmaferes ve 96 saat sıratlı hemodiyafiltrasyon uygulandı. İzlemindeki laboratuvar değerlerindeki düzelme Grafik -1 ve Grafik 2'de gösterildi. Böbrek ve karaciğer fonksiyon testlerinde düzelme kaydedilen hasta servise nakledilerek izlenmeye devam edildi.

Tartışma: Asetaminofene bağlı akut karaciğer yetmezliği %90-95 oranında mortaliteye sahiptir. Bu hastalarda acil karaciğer nakli gerekebilir. Erken tanı sonrasında plazmaferes ve SRRT tedavisi hayat kurtarıcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Asetaminofen, İntoksikasyon, Plazmaferes

PS-101

BÖBREK BİYOPSİSİ YAPILAN OLGULARDA FABRY HASTALIĞI TARAMASI

Aysegül Oruc, Abdülmecit Yıldız, Suat Akgür, Oktay Ünsal, Mustafa Güllülü
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Fabry hastalığı, alfa-galaktozidaz A eksikliğinin neden olduğu X'e bağlı resesif geçişli lisosomal depo hastalığıdır. Globotriaosylceramide birikimi klinik bulgulara neden olur. Hastalık prevalansı net olmamakla birlikte 1:17.000 ile 1:117.000 arasında değişmektedir. Klinik bulgular sıklıkla çocukluk çağında başlamakla birlikte tanı gecikir. Kardiyovasküler, nörolojik ve böbrek tutulumu organ yetmezlikleri ile sonuçlanabilir. Böbrek tutulumu, proteinüri ve artmış kreatinin seviyeleri ile ikinci ve üçüncü dekatlarda ortaya çıkar. Böbrek biyopsisinde intertisyel fibrosis, glomerüloskleroz, köpüksü histyositler görülebilir. Rekombinant alfa-galaktozidaz A ile enzim tedavisi ile erken evrede tedaviye başlanması organ hasarını yavaşlatabilir ve/veya önleyebilir. Çalışmamızda böbrek biyopsisinde Fabry hastalığı ile ilişkili bulgularla birlikte böbrek hastalığı aile hikayesi olan ya da olmayan proteinüri ile başvuran hastalara Fabry taraması yaparak erken tanı koyabilmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya alınma kriterleri; böbrek biyopsisinde glomerüloskleroz, köpüksü hücreler, intertisyel fibrosis gibi Fabry hastalığını destekleyen değişiklikler ile birlikte ailede böbrek hastalığı hikayesi; karın ağrısı, el-ayak ağrısı, anjiokeratom, erken yaşta iskemik kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalık hikayesi olarak belirlenmiştir. Tarama testi erkek hastalarda lökosit alfa-galaktozidaz A aktivitesi, kadınlarda mutasyon analizi şeklinde yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya 43 (Ortalama yaş 38.7±12.53 yıl, 32 erkek, 11 kadın, ortalama eGFR 86.3±37,7 mL/dak, serum kreatinin 1.2±0.7 mg/dL) erişkin hasta dahil edildi. Kadın hastaların hiçbirinde genetik tarama ile mutasyon tespit edilmedi. İki erkek hastada enzim aktivitesi düşük bulundu (<1 µmol/saat) ve genetik analizlerinde mutasyon (p.Thr141Ile(c.422C>T), p.W349X(c.1046G>A)) tespit edildi. Fabry hastalığı tanısı konulan 2 hastada böbrek biyopsisi fokal segmental glomerüloskleroz olarak değerlendirilmiş ve bir hastaya siklosporin ve kortikosteroid ile immunsupresif tedavi başlanmıştı. Proteinüri (1.9, 1.5 g/gün) nedeni ile biyopsi yapılan hastaların böbrek fonksiyon değerleri normal (114, 127 mL/dak) sınırlardaydı. Sadece ikinci hastada aile hikayesi vardı. Aile taraması ile birinci hastanın annesinde, ikinci hastanın anne ve böbrek nakli olan erkek kardeşinde de mutasyon tespit edildi, ikinci erkek kardeşinde enzim düzeyi normaldi ve genetik mutasyon da tespit edilmedi. Her iki hastaya ve nakil olan erkek kardeşe enzim replasman tedavisi başlandı.

Tartışma: Erken tanı ile erken başlanan enzim replasman tedavisi Fabry hastalığına bağlı böbrek yetmezliğini önlediği, geciktirdiği gösterilmiştir. Fabry hastalığı, proteinüri nedeni ile yapılan böbrek biyopsisinde glomerüloskleroz, tubular atrofi, intertisyel fibrosis, köpüksü hücreler bulguları olan hastalarda akla gelmeli ve bu hastalara tarama yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Fabry hastalığı, proteinüri, böbrek biyopsisi

PS-102

TEDAVİYE DİRENÇLİ PRİMER GLOMERÜLONEFRİT TEDAVİSİNDE ÜÇLÜ İMMUNSUPRESİF KOMBİNASYONUNUN ETKİNLİĞİ

Aysegül Oruc, Abdülmecit Yıldız, Suat Akgür, Oktay Ünsal, Alprasan Ersoy, Mahmut Yavuz, Kamil Dilek, Mustafa Güllülü

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

Amaç: Primer glomerülofritler (PGN) uygun tedavi edilmediklerinde progresif böbrek hasarının önemli bir nedenidir. Tedavide renin-angiotensin sistemi (RAS) blokajı, hipertansiyon kontrolü, düşük proteinli diyet gibi non-spesifik tedaviler ile birlikte immunsupresif tedavi glomerüler tutulumun tipi ve derecesine göre izole kortikosteroid, KS-alkilleyici ajan ya da KS-siklosporin kombinasyonları şeklinde uygulanır. Literatürde uygulanan klasik tedavi ile elde edilen remisyon

oranı değişkenlik göstermekle birlikte tedaviye yanıtız, dirençli olgular önemli bir problem olmayı sürdürmektedir.

Çalışmamızda tedaviye dirençli PGN hastalarında üçlü düşük doz immunsupresif kombinasyonu ile daha az yan etki ile tedavi amaçlanmıştır.

Materyal ve metod: Çalışmaya kortikosteroid (KS)-siklosporin veya KS-alkilleyici ajan (azatiopurin veya siklofosfamid) kombinasyon tedavilerinden biri ile en az 2 ay süre ile etkin dozda tedaviye rağmen proteinürisi >2 g/gün olarak devam eden ya da başlangıçtaki değer in %50'sinin altına inmeyen tedaviye dirençli PGN olguları alınmıştır. Çalışma süresi 18 ay olarak planlanmıştır.

Tedavi 0.5-1 mg/kg prednisolon, 3-5 mg/kg siklosporin ve azatiopurin 1-2 mg/kg/gün veya siklofosfamid 1.5-2 mg/kg/gün şeklinde başlanmıştır. KS dozu 6 ay içinde azaltılarak 5-10 mg/gün olarak devam edilmiştir. Siklosporin ve alkilleyici ajan dozları takiplerde gerektiği durumda modifiye edilmiştir. Komplet remisyon proteinürinin 0.5 g/günden düşük olması, parsiyel remisyon ise proteinürinin başlangıç değerine göre %50 azalması olarak tanımlanmıştır. Hastalar çalışmaya gönüllülük esasına dayalı olarak onam formları alınarak dahil edilmişlerdir.

Bulgular: Çalışmaya, başlangıç tedavisi olarak KS-siklosporin (n:5), KS-azatiopurin (n:1), KS-siklofosfamid (n:3) kullanmış 9 (35,44 yaş, 5 erkek, 4 kadın, kreatinin 1±0.5 mg/dL, proteinürisi 9±7.5 g/gün) erişkin hasta dahil edildi. tedavi protokolü olarak 3 hastaya KS-siklosporin-siklofosfamid ve 6 hastaya KS-siklosporin-azatiopurin uygulandı. Tanıları minimal değişiklik hastalığı (n:2), membranöz glomerülo nefrit (n:5), fokal segmental glomerüloskleroz (n:1), membranoproliferatif glomerülo nefrit (n:1) şeklindeydi. Toplam 3 hasta (1 takipsiz, 1 tekrarlayan sistemik enfeksiyon, 1 6. ayda yanıtız olduğundan) tedavi süresini tamamlamadan çalışma dışı kaldı. Çalışma sonunda 3 hastada tam remisyon, 2 hastada kısmi remisyon elde edildi, 2 hastada ise tedaviye yanıt alınmadı (kreatinin 0.8±0.2 mg/dL, proteinürisi 3.5±4 g/gün). Çalışma boyunca komplikasyon olarak 2 hastada sistemik enfeksiyon, 1 hastada renal ven trombozu gelişti.

Sonuç: Çalışmamızda, olgu sayısı yetersiz olsa da dirençli primer GN tedavisinde üçlü immunsupresif ajan kombinasyonu ile remisyon yanıtı elde etme olasılığının düşük olduğunu tespit ettik. Sistemik enfeksiyonlar gibi yan etki riski ve düşük remisyon oranı ile seçilmiş hastalarda uygulanabilecek bir tedavi seçeneği olabilir. PGN tedavisinde üçlü immunsupresif ajan kombinasyonu etkinliğinin değerlendirilmesi için kapsamlı çalışmalara gereksinim olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Primer Glomerülo nefrit, immunsupresif tedavi

PS-103

TİP 1 DİABETİK ÇOCUKLARDA KAN BASINCINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER: TUZ MU, ŞEKER Mİ?

Seha Saygılı¹, Nur Canpolat¹, Aydıle Dağdeviren², Hande Turan², Olcay Evliyaoğlu², Salim Çalışkan¹, Oya Ercan², Lale Sever¹

¹Istanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

²Istanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı

Giriş: Hipertansiyon, diabetes hastalarında önemli bir kardiyovasküler risk faktörüdür. Yüksek günlük tuz alımı ve kontrolsüz kan şekeri erişkin diyabetik hastalarda hipertansiyona ve mikroalbuminüriye sebep olmaktadır. Bu çalışmada tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanlarda günlük tuz tüketimi ve diyabet hastalığının kan basıncı üzerine olan etkilerinin değerlendirilmesi hedeflendi.

Metod: Bu kesitsel çalışmaya 7-21 yaş arasında 94 tip 1 diabetes hastası (hasta grubu) ile yaş ve cinsiyeti özdeş 61 sağlıklı çocuk (kontrol grubu) alındı. Tüm çocukların vücut kitle indeksi (VKI) SDS'leri hesaplandı. Hasta ve kontrol gruplarında 24 saatlik idrar örneklerinde tuz atılımı ve erken diyabetik nefropati belirteci olarak mikroalbuminüri, anjiyotensinojen ve 8-oxo-2'-deoxyguanosine(8-OHdG) ölçüldü. Hasta grubunda 24 saatlik ayakta kan basıncı monitorizasyonu (AKBM) yapıldı. Yaş ve boya göre hesaplanan 24-saatlik ortalama kan basıncı (OKB) SDS'si 95. persantil üzerinde olan hastalar hipertansif olarak kabul edildi. AKBM parametreleri ile günlük tuz atılımı, son yıldaki ortalama HbA1c düzeyi ve diyabetik nefropati belirteçleri arasındaki ilişki araştırıldı.

Bulgular: Hastalık başlangıç yaşı 6.9±3.4 yıl ve hastalık süresi 7.1±3.1 yıl idi. Son yıl HbA1c ortalaması 8.9±1.4g/dL bulundu. İdrar tuz atılımı hasta ve kontrol

gruplarında farklı değildi (19.8±8.4 ve 17.6±8.2 g/gün, p=0.10). Mikroalbumin düzeyi (5.8±6.9 ve 4.5±4.8 mg/gün, p=0.041) dışında diğer erken tubulopati belirteçleri açısından gruplar arasında fark saptanmadı. 12 hastada mikroalbuminüri (>30mg/gün) izlendi. Hasta grubunda 24 saatlik OKB-SDS [ortanca ve (çeyrekler açıklığı-IQR)] değeri [-0.13 ve (-0.7;0.52)] idi; 7 (%7.4) hastada hipertansiyon saptandı. Regresyon analizinde, hastaların 24 saatlik OKB-SDS değerleri ile idrar mikroalbumin düzeyi [95%CI: 0.002-0.009;0.001], HbA1c ortalama değeri [95%CI: 0.091-0.336;0.001] ve VKI-SDS [95%CI: 0.002-0.009;0.001] pozitif ilişki göstermekte idi. Günlük tuz atılımı, idrar anjiyotensinojen ve 8-OHdG düzeyinin ise OKB-SDS ile ilişkisi saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda kötü glikemik kontrolün tip 1 diyabet çocuklarda kan basıncı yüksekliliği için bir risk faktörü olduğu saptandı. İdrar tuz atılımı ortalaması yüksek olarak saptanan bu hasta grubunda, günlük tuz alımı ile kan basıncı arasında ilişki gösterilemedi.

Anahtar Kelimeler: Tip 1 Diyabet Mellitus, Hipertansiyon, Tuz tüketimi, çocuk

PS-104

KRONİK HEMODİYALİZ HASTASINDA HEPARİNİZASYONUN NADİR GÖRÜLEN BİR KOMPLİKASYONU: DUODENAL İNTRAMURAL HEMATOMA BAĞLI İLEUS

Kamil Konur¹, Elif Akyüz Kotan¹, Murat Bağ², Ekrem Kara³

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²T.C Sağlık Bakanlığı, Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi

³Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hastalarında üremi ve hemodiyaliz (HD) sırasında antikoagülan kullanımı nedeniyle kanama riski artmıştır. Spontan intramural hematoma sekonder gelişen intestinal obstrüksiyon antikoagülan tedavinin nadir görülen bir komplikasyonudur. Bu yazımızda hipertansif nefroskleroz nedeniyle kronik hemodiyaliz programında olan ve duodenumda non-travmatik spontan intramural hematoma bağlı ileus gelişen bir olgumuzu sunduk.

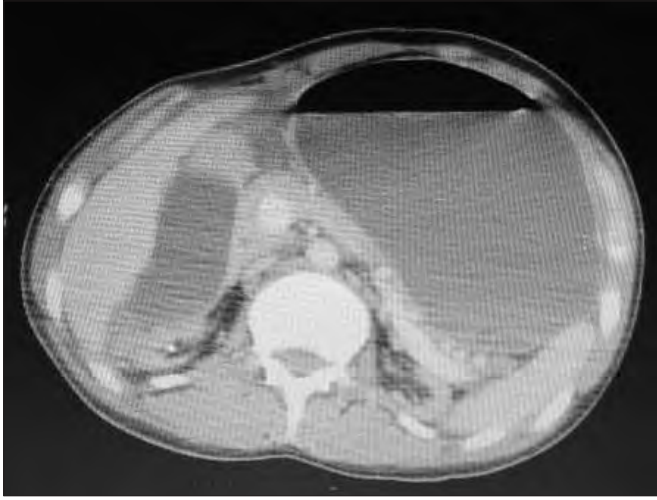
Olgu Sunumu: 4 yıldır 3/7 kronik HD programında olan 40 yaşında erkek hasta pnömoni nedeniyle yatarak tetkik-tedavi altındayken takiplerinde karın ağrısı, bulantı-kusma, gaz gayta çıkışında azalma gelişti. Fizik muayenesinde batin distansiyonu ve barsak seslerinde azalma saptanan hastanın laboratuvar incelemesinde üre:107 mg/dL, kreatinin:8.4 mg/dL, ALT:755 U/L, AST:65 U/L, Amilaz:1198 U/L, CRP:18.5 mg/dL, WBC:28.1 10³/uL, Hgb:10.7 g/dL, PLT:171 10³/uL, INR:1.47, PTZ:17.6 sn, aPTT:36.0 sn olarak saptanandı. Şikayetlerinin devam etmesi üzerine oral ve i.v kontrast madde verilerek çekilen tüm abdomen BT'de mide distandü, duodenum 3. kısma kadar dilate ve bu düzeyde hava sıvı seviyelerlenmeleri izlendi (Şekil 1). İleus kabul edilen hastanın oral alımı kapatıldı, nazogastrik sonda takılarak mide drenajı sağlandı. Üst GIS endoskopisinde midede dilatasyon ve endoskopun geçişine izin veremeyen, mukozal ödem ile dudodenal obstrüksiyon görüldü. Travma hikayesi olmayan hastada heparinizasyona sekonder duodenal hematoma bağlı ileus düşünüldü. Heparinsiz - sık diyaliz ve 10 günlük medikal tedavi sonrası hastanın şikayetleri geriledi. Kontrol amaçlı çekilen abdomen BT'sinde duodenum 2-3. kısımda arka duvarından ayrırt edilemeyen, hematoma olarak yorumlanan paraduodenal yumuşak doku dansitesinin ve mide dilatasyonunun belirgin regrese olduğu görüldü (Şekil 2). Karın ağrısı ve bulantı-kusması kaybolan hasta klinik olarak tam düzelleme ile taburcu edildi.

Tartışma: İnce barsakta intramural kanama genellikle submukozal ve yavaş kanayan kapiller kaynaklıdır. Genellikle ilk semptom karın ağrısı olup, buna bulantı ve kusma sıklıkla eşlik eder. Sıklıkla duodenumu etkileyen ve fokal tutulum gösteren travmatik intestinal kanamaların aksine spontan intestinal kanamalar daha yaygındır ve sırasıyla jejunum, ileum ve duodenumda görülür. Abdominal BT tanısı için vazgeçilmezdir ve karakteristik olarak sirküferensiyel duvar kalınlaşması, lümeninde daralma, intramural hiperdansite, intestinal obstrüksiyon görülür. BT'de barsak duvarındaki hiperdansite kanama başlangıcından itibaren ilk 10 gün içinde korunur ve bu görünüm malignite ve enfeksiyon gibi diğer infiltratif ince barsak hastalıklarıyla karışabilir. Tanı

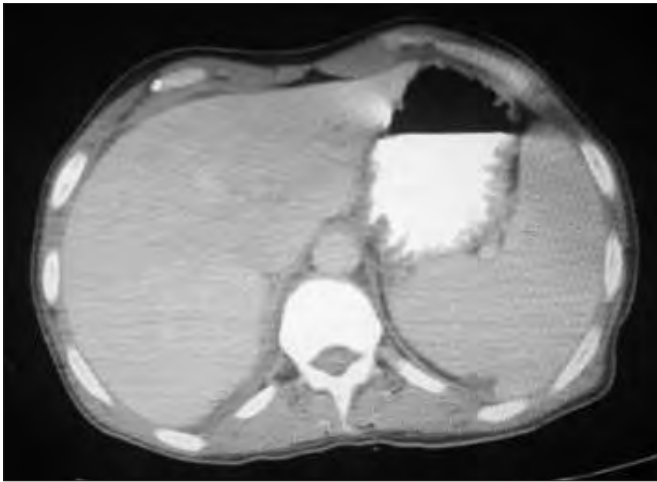
hemodinamik stabilizasyonu sağlanması ve kontrol BT incelemelerinde hematomun tam rezorbsiyonu ile doğrulanır. Tedaviye ileus için rutin yaklaşımın yanında ilk olarak antikoagülanların kesilmesi, heparinsiz - sık diyaliz uygulanır. Çoğu vakada bu tedavi ile düzelme sağlanırken operasyon ancak perforasyon, iskemi ve kontrol altına alınamayan kanamalarda düşünülür.

Sonuç: SDBY hastalarında üremi ve antikoagülan kullanımı kanama riskini arttırmaktadır. Spontan intramural hematoma sekonder gelişen intestinal obstrüksiyon antikoagülan tedavinin nadir görülen bir komplikasyonudur. Kronik HD hastalarında nedeni açıklanamayan karın ağrısı ve ileus tablosu varlığında bu durum akla getirilmelidir. Çoğu vakada heparinsiz ve sık diyaliz ile tablo düzelebilir.

Anahtar Kelimeler: ileus, duodenum, hematoma, hemodiyaliz, heparin



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-105

HİPERKALEMİK HİPERTANSİYON: GORDON SENDROMU

Zeki Aydın¹, Ebru Köroğlu², Necmi Eren³

¹Darica Farabi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji, Kocaeli

²Darica Farabi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları, Kocaeli

³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji, Kocaeli

Giriş: Gordon sendromu (psödohipoaldosteronizm tip 2) normal glomerüler filtrasyon hızı olan hastalarda düşük renine rağmen hipertansiyon, hiperkalemi ve hiperkloremik metabolik asidoz ile karakterizedir. Bu sendrom 1986 yılında tanımlanmıştır. Hastalıkta primer bozukluk distal nefrondan klor emiliminin artışı olduğu için, klor şanti sendromu olarak da adlandırılmaktadır. “with no lysine kinase” (WNK) 1 ve WNK4 genindeki mutasyonlar bu hastalığa neden olur. Prognozu iyidir ve böbrek yetersizliği gelişmez. Burada Gordon sendromu tanısı konulan olgu sunulmuştur.

Olgu: Otuzdört yaşında bayan hasta, bilinen son 4 yıldır hipertansiyonu olduğunu ifade ediyor. Yapılan kan tetkiklerinde hep potasyumun yüksek çıktığını ifade ediyor. Yapılan fizik muayenede TA: 160/100 olması ve hafif pretibial ödem dışında herhangi bir patolojik durum saptanmadı. Gözden geçirmesinde hafif hipertansif retinopati bulguları saptandı. Yapılan tetkiklerinde glukoz 88 mg/dl, üre 23 mg/dl, kreatinin 0.69 mg/dl, sodyum 140 mmol/l, potasyum 6.2 mmol/l, klor: 109 mmol/l ve kalsiyum 9.2 mg/dl saptandı. Kan gazında pH: 7.32 saptandı. Hafif bir asidozu vardı. Renal arter doppler USG normal bulundu. Plazma renin düzeyi düşük bulundu. 24 saatlik idrarda kalsiyum 402 mg/gün saptandı. Bu bulgularla hastaya Gordon sendromu tanısı konuldu. Ülkemizde izole tiazid grubu diüretik olmadığından hastaya tuz kısıtlaması ile beraber indapamid başlandı. Bir ay sonraki kontrolünde TA: 140/90mmHg'a kadar düştüğü görüldü. Potasyum düzeyi 5.5 mmol/l'e kadar geriledi.

Tartışma: Distal tubulusda klorun artmış emilimi sodyuma ve mineralokortikoide bağlı voltaj kanallarını inhibe ederek potasyum ve hidrojen salınımını kısıtlar. Sonuçta olgumuzda da olduğu gibi hiperpotasemi ve metabolik asidoz gelişir. Sodyum klorürün artmış emilimi sıvı yüklenmesi-hipervolemi, hipertansiyona sekonder hipoaldosteronizm ve hiporeninemiye neden olur. Bu sendromda olgumuzda da olduğu gibi serum sodyumu normaldir, hiperkalsemi görülür. Hipertansiyon ile ilgili sendromlar genellikle hipokalemi ile seyreder. Hiperkalemi ve hipertansiyon varlığında Gordon sendromu mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: hiperkalemi, hipertansiyon, psödohipoaldosteronizm, hipervolemi, metabolik asidoz

PS-106

FMF'E BAĞLI RENAL AMİLOİDOZ NEDENİYLE RENAL TRANSPLANTASYON YAPILAN HASTALARDA GREFT SAĞKALIMI

Hazen Sarıtaş¹, Damla Örs Şendoğan², Gizem Kumru², Neval Duman², Kenan Ateş², Şehsuvar Ertürk², Gökhan Nergisoğlu², Sim Kutlay², Şule Şengül², Acar Tüzüner³, Kenan Keven²

¹Siirt Devlet Hastanesi, Nefroloji Bölümü

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bölümü

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Bölümü

Giriş: AA amiloidoz ülkemizde en sık FMF'e bağlı olarak oluşmaktadır. FMF'e sekonder gelişen amiloidozis son dönem böbrek yetmezliğinin önemli bir nedenidir. Renal transplantasyon bu hastalarda hemodiyalize alternatif bir tedavi yöntemidir. Bu çalışmanın amacı; uzun dönem izlemde, renal transplantasyon yapılan FMF'e sekonder amiloidozu olan hastalarda, greft sağkalımının nasıl olduğunu göstermektir.

Metod: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi'nde 2005-2017 yılları arasında renal transplantasyon yapılan 27 hasta retrospektif olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların hepsinin son dönem böbrek yetmezliği FMF'e sekonder renal amiloidoza bağlıdır.

Sonuçlar: Ortalama hasta yaşı 42.2±10.6 yıldır. Ortalama izlem süresi 6.54±3,6 yıldır. Hastaların 22'sine (%81,5) MMF+Tac+Steroidden oluşan üçlü immünsupresif tedavi, 5'ine (%18,5) Tac+AZA+Prednol'den oluşan üçlü immünsupresif tedavi uygulanmıştır. 3 hastada (%11.1) akut hücrel rejeksiyon, 1 hastada (%3,7) akut hücrel ve humoral rejeksiyon gelişmiştir. İzlemde sadece 1 hastada akut hücrel rejeksiyona bağlı greft kaybı görülmüştür. 1 hastada ise 3 yıllık izlem sonunda ürosepsis ve kardiyak arrestte bağlı fonksiyonel greftle exitus gözlenmiştir.

Tartışma: FMF'e bağlı amiloidoz olgularında renal transplantasyonun uzun dönem sonuçları oldukça başarılıdır.

Anahtar Kelimeler: Renal Amiloidoz, Renal Transplantasyon, Greft Sağkalımı

PS-107

HEMODİYALİZ HASTASINDA METFORMİN KULLANIMINA BAĞLI AĞIR LAKTİK ASİDOZ

Zeki Aydın¹, Yalçın Tayış², Necmi Eren³

¹Darica Farabi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji

²Darica Farabi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hemodiyaliz

³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji

Giriş: Metformin, gerek karaciğerdeki endojen glikoz üretimini baskılayarak gerekse yağ ve kas dokusu gibi periferik dokularda insülinin duyarlılığını artırarak özellikle insülin direncinin ön planda olduğu tip 2 diabetes mellitusta sık kullanılır. Böbrek fonksiyonları normal hastalarda birinci basamak ve kombine tedavilerde ilk tercihtir. Metformine bağlı laktik asidoz, nadir, önlenebilir fakat geliştiğinde hayatı tehdit eden komplikasyondur. Mortalitesi %50 oranında görülmektedir. Metformine bağlı laktik asidoz daha çok böbrek yetersizliklerinde görülmektedir. Özellikle glomerüler filtrasyon hızı (GFH) 50 ml/dak'ın altına indiğinde metformin dozu azaltılmalı, GFH 30 ml/dak'nın altına inince ise kesilmelidir. Burada kronik hemodiyaliz (HD)'e giren bir hastada metformin kullanımı sonucu gelişen ve başarıyla tedavi edilen ciddi bir laktik asidoz olgusu sunulmuştur.

Olgu: Ellisekiz yaşında erkek hasta. Acilimize şuur bulanıklığı ile getirildi. Hikayesinde 6 yıldır diyabeti olduğu ve son iki yıldır haftada üç seans hemodiyalize girdiği belirtildi. Kusma solunumu olan hasta uykuya meyilli idi, yer-zaman oryantasyon bozukluğu mevcuttu. TA:100/70 mmHg, NDS: 68/dak/R saptandı. Yapılan tetkiklerinde glukoz 185 mg/dl, üre 136 mg/dl, kreatinin 9.2 mg/dl, Na 135 mmol/l, K 6.3 mmol/l, Cl 92 mmol/l, Hb 12.4 g/dl saptandı. Yapılan kan gazı tetkikinde pH 6.94, HCO₃ 3.9 mmol/l, pCO₂ 18 mmHg, anyon açığı 40 ve laktat düzeyi 15.24 (N:< 1.77) saptandı. Hasta yoğun bakım ünitesine yatırılarak acil hemodiyalize alındı. İlaçlarını kontrol ettiğimizde metoprolol 1x50 mg, asetil salisilik asit 1x100 mg, dördü insülin tedavisi ve metformin 2x1000 mg aldığını gördük. Hikayesinde daha önce 5 kez bu bulgularla yoğun bakım ünitesinde takip ve tedavi edildiğini öğrendiğimiz hastaya metformin kullanımına bağlı ağır tip B laktik asidoz tanısı konuldu. Metformin stoplandı. Ardışık iki HD sonrası kan gazı ve hastanın kliniği normale döndü.

Tartışma: Metforminin laktik asidoza yol açma mekanizması kesin değildir. Pirüvat dehidrogenaz aktivitesini ve tüketilen ajanların mitokondriyal transportunu azaltır ve böylece anaerobik metabolizmayı artırır. Pirüvat dehidrogenazın inhibisyonu aerobik metabolizma için kullanılan prekürsörlerin oluşumunu azaltır ve pirüvatın laktata dönüşümüne neden olur, sonuçta net laktik asit üretimi artar. Böbrek yetersizliğinde olgumuzda da olduğu gibi laktat klirensi azalır. Laktik asidoz geliştiğinde pH 7.1'in altında ise kontrollü şekilde bikarbonat verilebilir. Hastamız HD hastası olduğunda hemen diyalize alındı. Bu şekilde metformin ve laktat klirensi artırılarak tedavi edildi. GFH'ı 30 ml/dak altında olan hastalarda, özellikle son dönem böbrek hastalığında metformin kesinlikle kullanılmamalı, ayrıca hastaların ilaç kullanım anamnezleri iyi sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: metformin, laktik asidoz, hemodiyaliz

PS-108

PANSİTOPENİ, LENFADENOPATİ VE AKUT BÖBREK HASARI İLE BAŞVURAN İLERİ YAŞ LUPUS NEFRİTİ; OLGU SUNUMU

Sait Kitaplı¹, Kamil Konur¹, Damla Tüfekçi¹, Hüseyin Koşak², Ekrem Kara³

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

³Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Sistemik lupuseritematozus (SLE) çoğunlukla doğurganlık çağındaki 15-35 yaş arası genç kadınlarda görülen kronik, otoimmün ve multisistemik bir hastalıktır. İleri yaşta başlayan lupus (İYBL) tanımlaması, hastalığı 50 yaşından sonra başlayan SLE'li hastalar için kullanılır ve oranı tüm SLE'li hastalar içinde %4-20'dir. Bu yazımızda pansitopeni, lenfadenopati ve akut böbrek hasarı (ABH) ile prezente olan ve İYBL tanısı alan 82 yaşında erkek hastayı sunduk.

Olgu Sunumu: Diyabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve kronik böbrek hastalığı olan 82 yaşında erkek hasta 3 gündür şiddetli halsizliği, iştahsızlık, idrar miktarında azalma olması nedeniyle başvurdu. Tetkiklerinde serum kreatinin değerlerinde akut artış, aktif idrar sedimenti, proteinürde progresyon ve pansitopeni saptanan hasta ileri tetkik amacıyla yatırıldı (Geliş biyokimyası: Tablo 1). Takiplerinde pansitopenisi derinleşen, ateş, genel durum bozukluğu ve şuur bulanıklığı gelişen hastaya ön planda sepsis düşünülerek kan-idrar kültürleri alındıktan sonra intravenöz imipenem tedavisi başlandı. Kültürlerde üreme olmadı. Oligürik ABH'ı olan hasta hipervolemi ve derin metabolik asidoz nedeniyle geçici diyaliz kateteri takılarak acil diyalize alındı. Görüntüleme postrenal patoloji saptanmadı. Aktif idrar sedimenti ve proteinürde artış olması nedeniyle seroloji istendi. Şiddetli ANA ve anti-Ds DNA pozitifliği ile birlikte serum kompleman düşüklüğü (C3 ve C4 birlikte) saptandı. Pansitopeni etyolojisini araştırmak için istenen TORCH paneli, EBV, HSV, CMV antikorları, Brucella, Gruber Widal testlerinde patoloji saptanmadı. Periferik yaymasında atipik hücreye rastlanılmayan hastaya yapılan kemik iliği biyopsisi hiperselüler saptandı. Direkt+indirekt Coombs testleri pozitif saptanan hastaya otoimmün hemolitik anemi tanısı konuldu. Malignite ekartasyonu için çekilen Toraks BT'de mediastinal ve aksiller multipl LAP saptanan hastanın LAP biyopsi patolojisinde reaktif lenf nodları görüldü. Romatolojik serolojisi pozitif olan, serum kompleman düzeyleri düşük seyreden, otoimmün hemolitik anemisi olan, pansitopenisi ve aktif idrar sedimenti – nefritik sendrom kliniği olan hasta SLE – lupus nefriti kabul edildi ve 1 gram intravenöz pulse steroid tedavisi başlandı. Hastanın trombositopenik olması ve biyopsiyi kabul etmemesi nedeniyle böbrek biyopsisi yapılamadı. Pulse steroid tedavisi ile pansitopenisi düzelen hastanın serum kreatinin değerleri gerileyerek diyaliz ihtiyacı kalmadı ve hasta diyalizden çıkartıldı. Hasta 1 mg/kg/gün oral prednisolon tedavisi ile poliklinik takibi planlanarak taburcu edildi (Taburculuk biyokimyası: Tablo 2).

Tartışma: SLE çoğunlukla doğurganlık çağındaki genç kadınlarda görülür ve sıklıkla tanı yaşı 15-35 yaşlarıdır. İleri yaşta başlayan lupus (İYBL) tanımlaması, hastalığı 50 yaşından sonra başlayan SLE'li hastalar için kullanılır ve oranı tüm SLE'li hastalar içinde %4-20'dir. Vakamızda ise SLE 82 yaşında erkek hastada pansitopeni, akut böbrek hasarı ve lenfadenopati ile prezente olmuştur ve pulse steroid tedavisine dramatik yanıt vermiştir. Hasta tüm bu bulgularla ileri yaş başlangıçlı SLE ve lupus nefriti olarak kabul edilmiştir.

Sonuç: SLE sıklıkla doğurganlık çağındaki genç kadınları etkilese de ileri yaş ve erkek hastalarda dahi olsa pansitopeni, otoimmün hemolitik anemi, akut böbrek hasarı, lenfadenopati ve serum kompleman düşüklüğü birlikteliği saptandığında ayrııcı tanıma düşünülmalıdır.

Anahtar Kelimeler: SLE, lupus nefriti, pansitopeni, ileri yaş lupus, nefritik sendrom, hemolitik anemi

Tablo 1: Hastanın yatışındaki ve taburculuğundaki biyokimyasal parametreleri

Parametre	Geliş biyokimyası	Taburculuk biyokimyası
Üre (mg/dl)	265	76
Kreatinin (mg/dl)	4,1	2,3
Sodyum (mmol/L)	138	142
Potasyum (mmol/L)	5,2	4,8
Kalsiyum (mg/dl)	8,5	8,7
Fosfor (mg/dl)	6,6	5,8
PTH (pg/ml)	148	181
HbA1c (%)	8,6	7,8
ALT (U/L)	29	22
AST (U/L)	24	28
LDH (U/L)	508	260
T. Bilirubin (mg/dl)	2,4	0,6
D. Bilirubin (mg/dl)	0,7	0,2
Ferritin (ng/L)	286	454
Lökosit (10 ⁹ /ul)	2,6	4,8
Hemoglobin (gr/dl)	5,7	10,8
Hematokrit (%)	20,2	32,4
Plaklet (10 ⁹ /ul)	32	186
Sedimentasyon (mm/saat)	86	32
CRP (mg/dl)	4,5	0,8
Proteinüri (gr/gün)	5,7	1,2

PS-109

BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİNİN NEDEN OLDUĞU AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ: OLGU SUNUMU

Engin Köllüçü¹, Haldun Hakan Yavaş², Hakan Şıvgın³, Bekir Süha Parlaktaş⁴, Ramazan Tokar⁵¹Tokat Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü²Tokat Devlet Hastanesi, Nefroloji Bölümü³Tokat Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü⁴Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı⁵Tokat Özel Gök Medrese Diyaliz Merkezi

Giriş: Benign prostat hiperplazisi (BPH); prostat bezinin epitelyal ve stromal komponentlerinin proliferasyonu sonucu ortaya çıkan prostat büyümesi olarak tanımlanmaktadır. 50 yaşından büyük erkeklerin ortalama %30'unu etkilemektedir. Tedavi edilmeyen BPH; üriner inkontinans, hematurî, akut üriner retansiyonu, böbrek yetmezliği, bakteriüri, piyelonefrit ve bazen sepsise kadar giden ciddi üriner sistem enfeksiyonları gibi komplikasyonlara neden olmaktadır. Bu çalışmada akut böbrek yetmezliğine neden olan BPH'li olgunun sunulması hedeflenmiştir.

Olgu: 59 yaşında erkek hasta 1 yıldır idrar yapmaktan zorlanma ve 2 haftadır olan beslenme güçlüğü, halsizlik ve bulantı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Hastanın medikal öyküsünde kronik bir hastalığı veya geçirilmiş cerrahi öyküsü mevcut değildi. Serum böbrek fonksiyon düzeyleri; kreatinin, üre nitrojen değerleri sırasıyla; 7,1 mg/dL ve 91mg/dL olarak sonuçlandı. Yapılan görüntülemelerde bilateral hidroüreteronefroz, mesane duvar kalınlığı ileri derece artmış ve prostat dokusu mesaneye indante olarak izlendi (Şekil 1). Üretral kateter takılan hastanın acil diyaliz endikasyonu yok idi. İşlemden sonra ilk 24 saat yaklaşık 9800 cc idrar çıkışı oldu. 1 hafta süre ile üretral kateterli takip edilen hastanın ortalama 2500-3500 cc/gün idrar çıkışı oldu. 1. haftanın sonunda üre nitrojen değeri: 24,3 mg/dl, kreatinin: 1,02 mg/dl düzeyinde olduğu gözlemlendi. Anestezi ve reanimasyon bölümü ile değerlendirilen hastaya spinal anestezi altında transüretral prostat rezeksiyonu uygulandı. Hastanemizde takipleri halen devam eden hastanın klinik izleminde patolojik bulguya rastlanmamıştır.

Sonuç: Renal yetmezlik tablosu ile tespit edilen özellikle orta-ileri yaşlı erkekler hastalarda BPH bağlı postrenal akut böbrek yetmezliği ön tanılar arasında yer almalıdır. Erken tanı ve uygun ürolojik girişimlerle postrenal akut böbrek yetmezlikli hastalardan etkili klinik yanıtlar elde edildiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Akut, Böbrek Yetmezliği, Prostat Hiperplazisi



Şekil 1.

PS-110

BİR FABRY HASTASINDA AGALSİDAZ-B İNFÜZYONU SONRASINDA GELİŞEN ARTERİYO-VENÖZ FİSTÜL TROMBOZU

Eda Kaya¹, Nurhan Seyahi², Sinan Trabulus²¹Istanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi²Istanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Fabry hastalığı böbrek dahil birçok organı tutabilen ender görülen bir lizozomal depo hastalığıdır. Agalsidaz-α veya Agalsidaz-β ile yapılan enzim replasman tedavisi Fabry hastalığının tedavisinin temelini oluşturmaktadır. Tedavi sırasında gelişebilen infüzyon reaksiyonları tedavinin sürdürülebilirliğini tehlikeye sokmaktadır.

Olgu sunumu: 34 yaşında erkek hasta polikliniğimize parestezi ağrı şikayetiyle ve kronik böbrek hastalığı bulguları ile başvurdu. Hastaya klinik bulgular ve mutasyon analizi ile Fabry hastalığı teşhisi kondu. Antihistaminik ve kortikosteroid premedikasyonu eşliğinde yapılan 6 doz Agalsidaz-β infüzyonundan sonra hastanın böbrek fonksiyonlarının kötüleşmesi nedeniyle arteriyo-venöz fistül açıldı. İlk açılan fistülün çalışmaması üzerine ikinci bir fistül daha açıldı. Fistül 13. doza kadar fonksiyonunu korudu. Agalsidaz-β'nin 13. infüzyonunu takiben gelişen infüzyon reaksiyonunun ardından arteriyo-venöz fistülde tromboz gelişti. Fizik muayenede arteriyo-venöz fistülde trıl yoktu. Laboratuvar incelemelerinde WBC 11800 mm³, Hgb 12 mg/dL, trombosit 396000 mm³ olarak bulundu. Doppler ultrasonografi incelemesinde arteriyo-venöz fistül boyunca trombüs görüldü. Üçüncü bir fistülün açılmasının ardından hastanın tedavisi Agalsidaz-α ile değiştirildi. Tedavi değişikliğinin yapılmasından sonra hasta 1 yıldır sorunsuz bir şekilde üçüncü arteriyo-venöz fistülünden hemodiyalize girmektedir.

Tartışma: Fabry hastalığında infüzyon reaksiyonları arteriyo-venöz fistülde tromboz gelişmesine neden olabilir. Tedavi planlanırken bu risk göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Fabry Hastalığı, İnfüzyon Reaksiyonu, Agalsidaz-α, Agalsidaz-β, Arteriyo-venöz Fistül Trombozu

PS-111

HEMODİYALİZE GİREN BİR HASTADA TRAMADOL KULLANIMINDAN SONRA GELİŞEN RABDOMİYOLİZ

Sinan Trabulus¹, Murat Özbalak², Eda Kaya³, Tuğçe Apaydın⁴, Hande Mefkure Özkaya⁴, Serkan Feyyaz Yalın⁴, Mehmet Rıza Altıparmak⁴, Özer Açıbay⁴, Nurhan Seyahi¹¹Istanbul Üniversitesi-cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul²Istanbul Üniversitesi-cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı³Istanbul Üniversitesi-cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi⁴Istanbul Üniversitesi-cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı

Giriş: Tramadol düşük dozlarda kullanıldığında genellikle güvenlidir. Fakat intoksikasyon olgularında yan etkiler bildirilmiştir. Bu olguda metastatik paratiroid kanserine bağlı dirençli hiperkalsemi nedeniyle hemodiyalize giren bir hastada Tramadol kullanımı sonrasında gelişen rabdomiyoliz yan etkisini sunduk.

Olgu sunumu: Nüks paratiroid kanseri tanısı bulunan 59 yaşındaki erkek hastada medikal tedaviye dirençli ciddi hiperkalsemi ortaya çıktı. Hasta düşük kalsiyumlu diyalizat ile önce ardışık sonra ise aralıklı hemodiyalize alındı. Olgumuzda düşük kalsiyumlu hemodiyaliz tedavisine de tam yanıt alınamaması nedeniyle hiperkalseminin kontrol altında tutulabilmesi amacıyla aralıklı hemodiyaliz tedavisine devam edildi. Hastanın kullandığı ilaçlar cinacalcet 30 mg 3x1, levotiroksin 100 mg 1x1, furosemid 40 mg 4x1 ve her 6 ayda bir zolendronik asit 4 mg idi. Artan ağrıları nedeniyle daha önceden de kullandığı Tramadol dozu kademeli olarak yükseltildi. Aralıklı hemodiyaliz tedavisinin 15. ayında hastada "yaygın kas güçsüzlüğü" ortaya çıktı. Fizik muayenesinde kas

güçsüzlüğü, yürümede güçlük ve kaşeksi saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde kreatinin 1.73 mg/dL, PTH 1684 pg/mL, CPK 8892, AST 244 U/l ve ALT 87 U/l olarak bulundu. Hastanın klinik tablosunun aşırı Tramadol kullanımını takiben gelişen rabdomiyoliz ile uyumlu olduğu düşünüldü. Naranjo skorlaması, Tramadol ve rabdomiyoliz gelişimi arasındaki ilişkinin “muhtemel” olabileceğini gösterdi. Tramadol kesildikten sonra rabdomiyoliz tablosu geriledi. CPK değeri 1227 U/l'ye düştü. Rabdomiyolizin ortaya çıkmasından 4 gün sonra hasta, pulmoner emboli sebebiyle kaybedildi.

Tartışma: Tramadol kullanan ve “yaygın kas güçsüzlüğü” ile başvuran hemodiyaliz hastalarında, rabdomiyoliz yan etki olarak düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hiperkalsemi, rabdomiyoliz, tramadol, paratiroid kanseri

PS-112

ÜRETER TAŞINA SEKONDER NONFONKSİYONE BÖBREK: BİR OLGU SUNUMU

Engin Köllüçü¹, Haldun Hakan Yavaş², Hakan Şıvgın³, Bekir Süha Parlaktas⁴, Ramazan Toker⁵

¹Tokat Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü

²Tokat Devlet Hastanesi, Nefroloji Bölümü

³Tokat Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü

⁴Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

⁵Tokat Özel Gök Medrese Diyaliz Merkezi

Giriş: Günümüzde üst üriner sistem taşlarının tedavisinde üreterorenoskopi, ESWL (vücut dışından şok dalgaları ile taş kırma), perkütan nefrolitotomi gibi modern endourolojik tedavi yöntemlerin kullanılmasına rağmen gelişmekte olan ülkelerde ürolitiazisli hastaların yaklaşık %1.7'sinde nonfonksiyone böbrek gelişmektedir. Bu yazıda ürolitiazise sekonder meydana gelen nonfonksiyone böbrek nedeni ile nefrektomi uygulanan olgunun sunulması hedeflenmiştir.

Olgu: Daha öncesinden esansiyel hipertansiyon dışında bilinen ve /veya tedavi gördüğü herhangi bir hastalığı olmayan 59 yaşında bayan hasta 1 aydır olan sağ yan ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın biyokimyasal test sonuçlarında BUN:54 mg/dl, kreatinin:1.51 mg/dl olarak izlenirken elektrolit değerlerinde patolojik bir bulguya rastlanmadı. Hastanın radyolojik değerlendirmesinde sağ böbrekte grade 4 pelvikalektazi gözlenirken parankim dokusu izlenmedi. Sağ proksimal üreterde 1.6 cm taş tespit edildi (Şekil-1). Çekilen renal kortikal sintigrafide sağ böbrekte fonksiyon izlenmemesi üzerine hastaya basit nefrektomi uygulandı ve üreter taşı alındı. Hasta kliniğimizde halen soliter böbrek ve evre 1 kronik böbrek hastalığı tanıları ile takip edilmektedir.

Sonuç: Üreter taşı tanılarının erken dönemde konulmasının etkin tedavi yöntemleri ile birlikte üreter obstrüksiyonlarının neden olduğu renal fonksiyon kaybının önüne geçilmesinde son derece önemli olduğu düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Üreter, taş, nonfonksiyone böbrek



Şekil 1.

PS-113

ÜRETERAL DOUBLE-J STENT OBSTRÜKSİYONUNA SEKONDER GELİŞEN AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ: OLGU SUNUMU

Engin Köllüçü¹, Haldun Hakan Yavaş², Bekir Süha Parlaktas³

¹Tokat Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü

²Tokat Devlet Hastanesi, Nefroloji Bölümü

³Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: Üreteral double-j stentler pelvis renalis ile mesane arasındaki idrar akışının devamlılığını sağlamak amacıyla ürolitiazis cerrahisi, genitoüriner sistem travmaları, renal transplantasyon, üreter darlıkları ve genitoüriner sistem rekonstrüktif cerrahisi gibi birçok durumda tıp dünyasında yaygın olarak kullanılmaktadırlar. Üreteral double-j stent uygulamalarının irritatif mesane semptomları, hematüri, yan ağrısı gibi erken dönem komplikasyonları ile stent migrasyonu, enkrustasyonu, fragmantasyonu ve tıkanıklığı gibi geç dönem komplikasyonları mevcuttur. Bu yazıda bilateral üreteral double-j stent uygulamasının neden olduğu üreteral obstrüksiyonuna sekonder gelişen akut böbrek yetmezliği olgusunun sunulması hedeflenmiştir.

Olgu: 69 yaşında erkek hasta yaklaşık 30 saattir idrar yapamama, bulantı, kusma ve halsizlik şikayetleri ile acil kliniğine başvurdu. Hastanın medikal hikayesinde kolon tümörü tanısı ile onkoloji bölümünde takip edildiği ve klinik izleminde mevcut malignitenin üreter invazyonu izlenmesi üzerine üroloji bölümü tarafından 8 ay önce bilateral üreter stent takıldığı öğrenildi. Kolon tümörü dışında hastanın sistemik bir hastalığı mevcut değildi. Hastanın fizik muayenesinde iki taraflı kostovertebral açısı hassasiyeti dışında patolojik bir bulgu izlenmedi. Tüm batın bilgisayarlı tomografide; mesane boş, her iki üriner sistemde böbrekten mesaneye kadar uzanan birer adet üreteral double-j stent ve bilateral grade 2 hidronefroz izlendi. Alınan biyokimya sonuçları; kreatinin: 14 mg/dL, üre nitrojen: 304mg/dL, Na: 132 mEq/l ve K: 5.1 mEq/l olarak sonuçlandı. Hipervolemi kliniği olmayan hastaya acil diyaliz endikasyonu konulmadı. Lokal anestezi altında üreteral stentleri alınarak hastaya iki taraflı perkütan nefrostomi kateteri yerleştirildi. İşlemden sonra ilk 24 saat yaklaşık 14850 cc idrar çıkışı oldu. 15 gün süre ile iki taraflı nefrostomi kateterli takip edilen hastanın ortalama 3500-4000 cc/gün idrar çıkışı oldu. 15. günün sonunda BUN:27.12mg/dL, kreatinin:1.34 mg/dL düzeyinde olduğu gözlemlendi. Hasta iki taraflı nefrostomi kateterli olarak taburcu edildi.

Sonuç: Özellikle malignite tanıları olan hastalarda üriner diversiyon için uygulanan üreteral stentlerin üriner sistemde obstrüksiyona yol açarak postrenal akut böbrek yetmezliğine neden olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Üreteral, double-j stent, böbrek yetmezliği



Şekil 1.

PS-114

ATİPİK HEMOLİTİK ÜREMİK SENDROM İLE İLİŞKİLİ DERİ LEZYONU

Hacı Bayram Berktaş, Hülya Taşkan

İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Atipik hemolitik üremik sendrom (aHÜS) trombositopeni, coombs negatif hemolitik anemi ve multiorgan hasarı ile karakterize trombotik mikroanjiopatiidir. aHÜS de deri tutulumu çok nadir görülmektedir. Plazmaferez ve eculizumab ile düzelen deri lezyonu olan aHÜS vakası anlattık.

Vaka: 50 yaşında erkek hasta sağ bacakta yara (Şekil 1) ve yüksek ateş şikayetleriyle enfeksiyon kliniğine başvurmuş. Başvuru sırasında trombositopeni, karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinde yüksekliği olmayan hastaya sellülit ve sepsis ön tanısı ile antibiyotik tedavisi başlanması sonrasında takiplerinde hastanın böbrek ve karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme, trombositopeni gelişmesi nedeniyle nefroloji kliniğine devraldık. İdrar çıkımı azalan hastaya hemodiyaliz başlandı. Enfeksiyon kliniğinde çekilen abdomen bilgisayarlı tomografisinde vena kava inferior ve hepatik vende kronik dönemle uyumlu trombus saptandı. 2008 yılında sağ bacakta derin ven trombozu öyküsü olan hastanın o dönemde trombositopenisi, böbrek ve karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk olmadığı saptandı. Periferik yaymada %4 şistosit saptanan, coombs negatif olan hastada ADAMTS13 düzeyinin normal olması nedeniyle atipik hemolitik üremik sendrom düşündük. 6 seans plazmaferez sonrası hastanın trombositopeni ve karaciğer fonksiyon testleri düzeldi. Plazmaferez stoplandıktan sonra hastanın bacağındaki lezyon tekrar ortaya çıktı. Hastaya tekrar plazmaferez başlandı ve toplam 23 seans plazmaferez sonrası hastaya 2 kez eculizumab tedavisi verildi. Eculizumab tedavisi sonrası hastanın kan değerleri ve bacağındaki lezyon düzeldi. İdrar çıkımı artan ve kreatinin değeri gerileyen hasta hemodiyaliz seanslarından çıkarıldı.

Tartışma: aHÜS yüksek mortalite oranı olan ve çoğu kez son dönem böbrek yetmezliğine ilerleyen, alternatif kompleman yolunun kontrolsüz aktivasyonu sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır. Kan ve böbrekler en sık etkilenen organlardır ama karaciğer, beyin, kalp ve pankreas ta hedef organlar arasındadırlar. Deri tutulumu çok nadir görülmektedir.

Sonuç olarak; tromboz ve deri lezyonu olan hastalarda bu durumların trombotik mikroanjiyopatiye bağlı olabileceği unutulmamalıdır ve aHÜS kronik bir süreç olduğu için şistositler ve trombositopeni daha sonra ortaya çıkabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Atipik hemolitik üremik sendrom, plazmaferez, eculizumab



Şekil 1.

PS-115

AKUT BÖBREK HASARINA NEDEN OLAN MESANE TAŞI: OLGU SUNUMU

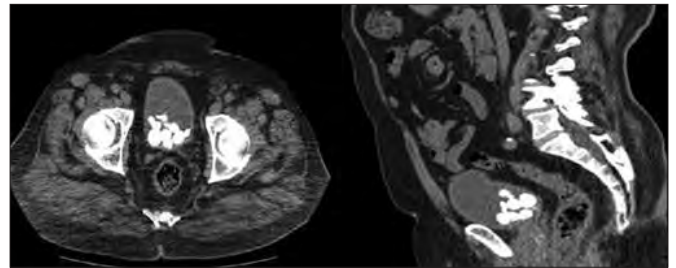
Engin Köllükçü¹, Doğan Atılğan², Haldun Hakan Yavaş³¹Tokat Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı³Tokat Devlet Hastanesi, Nefroloji Bölümü

Giriş: Mesane taşları; tüm üriner sistem taşlarının ortalama %5'ni oluşturmaktadır. Prostat hiperplazisi, yabancı cisim, spinal kord yaralanması, üretral darlıklar ve metabolik bozukluklar mesane taşlarının etiolojisinde en çok suçlanan faktörlerdir. Çoğunlukla mesane taşları spontan olarak atılabilmekle birlikte, büyük taşlar üriner obstruksiyonlara neden olabilmektedir. Bu çalışmada akut renal yetmezlik tanısı konulan ve yapılan analizlerde mesane taşı tespit edilen 57 yaşındaki erkek hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: 57 yaşında erkek hasta yaklaşık 2 yıldır idrar yapmakta zorlanma, 1 haftadır idrar miktarında belirgin azalma, ağrı ve iştah kaybı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Alınan anamnezinde yaklaşık 5 yıldır aralıklı olarak taş düşürdüğü ve sık idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi. Sistemik bir hastalığı veya geçirilmiş cerrahi öyküsü mevcut değildi. Hastanın fizik muayenesinde suprapubik bölgede hassasiyet dışında patolojik bulgu izlenmedi. Serum kreatinin ve üre nitrojen değerleri sırasıyla; 5.2 mg/dL, 71mg/dL olarak ölçüldü. Yapılan görüntülemelerde bilateral hidroüteronefroz, mesane lümeni içerisinde çok sayıda taş izlendi (Şekil 1). Üretral kateter takılamaması üzerine hastaya perkütan suprapubik sistostomi kateteri açıldı. İşlemden sonra ilk 24 saat yaklaşık 11500 cc idrar çıkışı oldu. Alınan idrar kültüründe Escherichia Coli üremesi oldu. Kültüre uygun antibiyotik tedavisi başlandı. 14 gün süre ile sistostomi kateteriyle takip edilen hastanın günlük ortalama 3000-4000 cc idrar çıkışı oldu. 2. haftanın sonunda kreatinin: 1,32 mg/dl ve üre nitrojen değeri: 26.4 mg/dl düzeyinde olduğu gözlemlendi. Kontrol idrar kültüründe üreme izlenmeyen hasta operasyona alındı. Hastanın sistoskopisinde bulböz üretrada darlık, mesane lümeni içerisinde en büyüğü 2 cm boyutunda olmak üzere çok sayıda taş izlendi. Darlık dilate edildi ve takiben endoskopik sistolitotripsi (holmium lazer) uygulandı ve hasta tamamen taştan arındırıldı. Postoperatif 5. gün üretral kateteri alınarak hasta taburcu edildi. Rutin üretra dilatasyonu programına alınan hastanın kliniğimizde takipleri halen devam etmektedir.

Sonuç: Akut renal yetmezlik tablosu ile başvuran özellikle orta-ileri yaşda erkek hastalarda mesane taşına bağlı postrenal akut böbrek yetmezliği ön tanılar arasında yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Mesane, taş, böbrek yetmezliği



Şekil 1.

PS-116

H1N1 ENFEKSİYONU İLE İLİŞKİLİ PNEUMOMEDİASTİNUM VE SUBKUTAN AMFİZEM

Hacı Bayram Berktaş, Hülya Taşkapan

İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Spontan pnömomediastinum genellikle benign karakterli bir durumdur. Valsalva manevrası, özafagus rüptürü, öksürük, bronkopulmoner enfeksiyonlar ve kusmaya bağlı meydana gelebilir. Nadir görülen H1N1 enfeksiyonuna bağlı pnömomediastinum ve subkutan amfizem vakasını sunduk.

Vaka: Kronik böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyalize giren 20 yaşında erkek hasta 2 gündür olan kuru öksürük, ateş, baş ağrısı ve halsizlik şikayetleri ile acil servise başvurdu. Hastanın burun akıntısı ve gözlerde yaşarma şikayeti de mevcuttu. Fizik muayenesinde ateş 38,5 OC, TA 145/85 mmHg, solunum sayısı 22/dk, nabız 101/dk idi. Laboratuvar sonuçlarında CRP 8,12 mg/dl, WBC 11500/ml, hgb 10,2 g/dl, platelet 257000/ml idi. Nazal sekresyondan çalışılan H1N1 PCR sonucunun pozitif gelmesi nedeniyle hastaya oseltamivir 2x75 mg başlandı. Sekonder bakteriyel enfeksiyonlar nedeniyle hastaya ampirik antibiyotik tedavisi (piperasilin tazobaktam 3x2,25 mg, linezolid 2x600mg ve levofloksasin 1x500mg) başlandı. Yatışının 5.gününde hastanın göğüs ağrısı ve yüzünde şişlik oluşmaya başladı. Şişlik hastanın yüzünden abdomene doğru yayıldı. Hastaya çekilen toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografide (BT) pnömomediastinum ve subkutan amfizem (Şekil 1) görüldü. BT ve özofagografide bu durumu açıklayacak bir patoloji saptanmadı. Heparinsiz diyalize alınan hastanın yatışının 12.gününde karın ağrısı ve hemogloblin düşüklüğü olması nedeniyle çekilen abdomen BT de sol retroperitoneal alanda böbrek seviyesinden başlayıp inferiorda kemik pelvis düzeyine kadar, lateralde karın ön duvarı kas grupları komşuluğuna uzanım gösteren, yaklaşık 9,5x7x14 cm boyutlarda, içerisinde kistik alanlar bulunan, heterojen yer kaplayıcı lezyon (hematom) saptandı. Genel cerrahi ile konsülte edilen hastaya cerrahi düşünülmüdü. Hastaya toplam 5 ünite taze donmuş plazma ve 17 ünite eritrosit süspansiyon desteği yapıldı. Yatışının 17.gününde hasta sepsis nedeniyle ex oldu.

Tartışma: H1N1 enfeksiyonu sırasında bir çok komplikasyon gelişebilir. Pnömoni, bronşiolit, status astmaticus, ensefalopati, ensefalit, status epilepticus, perikardit ve miyokardit, rabdomiyoz ve sekonder bakteriyel enfeksiyonlar bu komplikasyonlar arasındadır. Nadir de olsa pnömomediastinum ve subkutan amfizem de görülebilir. Virüsün alveolar nekroza yol açarak pnömomediastinuma sebep olduğu kabul edilmektedir.

Sonuç olarak; H1N1 enfeksiyonunun subkutan amfizem ve pnömmediastinum ile birlikte görülebileceği akılda tutulmalıdır. Subkutam amfizem ve pnömome-diastinumun diğer nedenleri ekarte edildikten sonra H1N1 enfeksiyonuna bağlı olabilecekleri düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pnömomediastinum, subkutan amfizem

PS-117

SARKOİDOZLU HASTALARDA FİBROBLAST BÜYÜME FAKTÖRÜ-23 (FGF-23) VE ALFA-KLOTHO DÜZEYLERİ

Esra Özen Engin¹, Tansu Sav², Kürşad Öneç², Peri Meram Arbak³¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D.²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji B.D.³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D.

Giriş: Sarkoidoz nedeni bilinmeyen, sistemik granülatöz bir hastalıktır. En çok tutulan yapılar toraks içi lenf nodları ve akciğerlerdir. Aktive makrofajlardan 1-alfa hidroksilaz üretimi ve aktivasyonu 1,25-dihidroksikolekalsiferol(1,25(OH)2D3) üretimi hastalık patogenezinde önemli faktörlerdir. Fibroblast büyüme faktörü(FGF-23) ve alfa-klotho proteinleri ise kemik-paratiroid-böbrek aksında kilit rol oynayan, fosfat ve kalsiyum metabolizmasını düzenleyen aynı zamanda vitamin-D metabolizmasında önemli olan proteinlerdir. FGF-23 başlıca osteositlerde sentezlenebilen bir protein olup, üç fonksiyonu vardır: Proksimal tübülden fosfat geri emilimini inhibe eder, böbrekte 1-alfa hidroksilazı inhibe ederek ve 24-hidroksilazı aktive ederek 1,25(OH)2D3 ve parathormon(PTH)

düzeğini düşürür. Alfa-klotho ise FGF-23 aracıklı reseptör aktivasyonu için gerekli kofaktör görevi görür, ayrıca kendi başına da distal tübülden TRPV5 şeker zincirlerini enzimatik yolla modifiye ederek kalsiyum geri emilimini artırır. PTH sentezinde de doğrudan düzenleyici rol oynar.

Bu çalışmada sarkoidozlu hastalarda serum FGF-23 ve alfa-klotho düzeylerini değerlendirilerek bu hastalarda böbrek dışı yollardan da vitamin D aktivasyonu olması ve hiperkalsemi ve hiperkalsiüri görülebilmesi nedeniyle, ortaya çıkan bu patolojik durumların kemik metabolizması üzerine etkileri ve vasküler kalsifikasyonun ortaya çıkışıyla bağlantılarını ortaya koyabilmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışma prospektif vaka kontrol çalışması olarak tasarlandı. Düzce Üniversitesi Hastanesi'ne başvuran sarkoidoz tanılı 42 hasta ve 41 sağlıklı gönüllü alındı. Katılımcıların yaş, cinsiyet, ek hastalık bilgileri, son 6 ay içindeki kemik mineral dansitometrisi(KMD) ölçüm verileri, 24 saatlik idrar ve kan örnekleri alındı.

Bulgular: Hasta grubunda kalsiyum, fosfor ve 24 saatlik idrarda kalsiyum atılımı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. PTH düzeyi ise sarkoidozlu hastalarda anlamlı derecede düşük saptandı. FGF-23 ve alfa-klotho düzeyleri hasta grubunda anlamlı şekilde yüksek saptandı. Tüm gruplarda FGF-23 ve alfa-klotho arasında pozitif korelasyon saptandı. FGF-23 ve üre düzeyleri arasında negatif korelasyon, alfa-klotho ile L1-L4 T-skoru arasında pozitif korelasyon saptandı.

Sonuç: Sarkoidoz seyriyle FGF-23 ve alfa-klotho düzeyleri arasında ilişki olabileceğini düşündürdü. Tüm gruplarda alfa-klotho ile L1-L4 T-skoru arasında pozitif korelasyon saptanması da alfa-klothonun osteoporozla ilişkili olabileceğini düşündürdü.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, FGF-23, alfa-Klotho

PS-118

İDRAR RETANSİYONU TESPİT EDİLEN AKUT BÖBREK YETMEZLİKLİ HASTALARDA PERKÜTAN SUPRAPUBİK SİSTOSTOMİNİN GÜVENİRLİĞİ

Engin Köllükcü¹, Haldun Hakan Yavaş², Doğan Atılğan³¹Tokat Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü²Tokat Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü³Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: İdrar retansiyonu mesane dolu olmasına rağmen idrar yapamama olarak tanımlanmakta olup postrenal akut böbrek yetmezliği sebepleri arasında gösterilmektedir. Suprapubik sistostomi; idrar retansiyonunda başarısız üretral kateterizasyon sonrası uygulanan bir üriner diversiyon yöntemidir. Bu çalışmada idrar retansiyonu olan postrenal akut böbrek yetmezlikli hastalarda uyguladığımız perkütan suprapubik sistostomi işleminin güvenirliliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Aralık 2016 ile Şubat 2018 arasında perkütan suprapubik sistostomi uygulanan postrenal akut böbrek yetmezliği olan 19 hasta çalışmaya alındı. Tüm hastalara ultrason taraması mesane karsinomunu ekarte etmek için yapıldı. Verilerin bilimsel kullanımına izin vermeyen hastalar çalışmaya alınmadı. Mesane karsinomu olan hastalara suprapubik kateterizasyon uygulanmadı ve endürolojik yöntemlere başvuruldu. Sırt üstü pozisyonunda suprapubik bölge %10 povidon kullanılarak deri temizlendi. Simfiz pubisten kranial yöne doğru iki parmak genişliğinde lokal anestezi yapıldı. Cerrahi bıçak kullanılarak fasyaya kadar ciltte 1-1,5 cm'lik küçük bir çentik yapıldı. 16 Fr trokar idrar çıkışı oluncaya kadar mesaneye doğru ilerletildi. İç obturator hemen çıkarıldı ve dış kılıf yoluyla 14 Fr Foley kateteri mesaneye ilerletildi. Üretral balon şişirildi ve katetere idrar torbası takıldı. Tüm hastalara aynı prosedür uygulandı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 64.7 (49-74) idi ve tüm hastalar erkekti. İşlemin ortalama süresi 15 dakika idi. Tüm hastalarda işlem başarıyla gerçekleştirildi ve hiçbir hastada majör komplikasyon görülmedi. İzlenen komplikasyonlara bakıldığında; 3 hastada 24 saatten kısa süren ve kan transfüzyonu gerektirmeyen hematüri izlenirken 2 hasta üriner sistem enfeksiyonu gelişti.

Sonuç: Perkütan suprapubik sistostomi, üretral kateterizasyonun mümkün olmadığı durumlarda idrar retansiyonu olan postrenal akut böbrek yetmezlikli hastalarda idrar akışının devamlılığını sağlamak için güvenli bir işlemdir

Anahtar Kelimeler: Perkütan, suprapubik, sistostomi, akut böbrek yetmezliği

PS-119

BİYOPSİ İLE KANITLANMIŞ BÖBREK HASTALIKLARININ KLİNİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİ: TEK MERKEZ, 10 YILLIK RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

Şiyar Erdoğan¹, Gizem Kumru, Zeynep Kendi Çelebi, Serkan Aktürk, Leyla Akdoğan, Sim Kutlay, Kenan Keven, Şehsuvar Ertürk, Şule Şengül

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

Giriş: Biyopsi ile kanıtlanmış böbrek hastalıklarının epidemiyolojisi coğrafik bölge, sosyoekonomik durum ve demografik özelliklere göre çeşitlilik göstermektedir. Bu çalışmada, 10 yıllık periyotta üçüncü basamak sağlık kuruluşunda biyopsi ile kanıtlanmış böbrek hastalıklarının dağılımını analiz etmeyi amaçladık.

Yöntemler: 2007 ile 2017 yılları arasında yapılmış tüm böbrek biyopsileri retrospektif olarak tarandı. Biyopsiler ışık ve immünofloresan mikroskop ile değerlendirildi. Her bir hasta için demografik özellikler, komorbid özellikler, 24 saatlik proteinüri miktarları, hematüri varlığı, klinik tanı, böbrek biyopsi endikasyonları ve histopatolojik tanılar kaydedildi.

Bulgular: Toplam 708 biyopsi analiz edildi. Cinsiyete göre sonuçlar Tablo 1 ve 2'de sunulmuştur. Hastaların yaş ortalaması 45±15 yıl idi. En sık böbrek biyopsi endikasyonu nefrotik sendrom (%55.1) idi. En fazla tanımlanan histolojik gruplar: Primer glomerüler hastalık (GH) (%69.9), Sekonder GH (%23.2), tübülointerstiyel hastalıklar (%5.2) ve diğerleri %5.2 idi. Primer GH arasında, en sık saptanan tanımlar membranöz glomerülofrit (MGN) (%24.5), fokal segmental glomerüloskleroz (FSGS) (%23.2) ve IgA nefropatisi (%19.2) idi. En sık sekonder GH, sekonder amiloidoz (%36, erkeklerde daha sık), lupus nefriti (%29.9, kadınlarda daha sık) ve diyabetik nefropati (%14) idi.

Sonuç: Bu çalışma, ülkemizde biyopsi ile kanıtlanmış böbrek hastalıkları için önemli epidemiyolojik ve klinik veriler sağlamaktadır. 708 böbrek biyopsi örneğinde MGN, FSGS ve IgA nefropatisi primer GH'nin en sık nedenleri olarak saptanırken, sekonder amiloidoz ve lupus nefriti sekonder GH'nin önde gelen nedenleri idi. Türkiye'de böbrek hastalıklarının epidemiyolojisinin daha iyi anlaşılabilmesi için ulusal kayıt sistemine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek biyopsisi, Epidemiyoloji, Histopatoloji

Tablo 1: Hastaların biyopsi endikasyonları ve klinik/laboratuvar özellikleri

Parametreler	Erkek (n:382)	Kadın (n:326)	P değeri
Yaş (yıl) (ort±SD)	46±15	44±15	p>0.05
Diyabetes Mellitus n (%)	35 (11.2)	40 (14.3)	p<0.05
Hipertansiyon n (%)	103 (33.2)	93 (33.5)	p>0.05
Ofis SBP (mmHg) (ort±SD)	131±21	127±24	p>0.05
Ofis DBP (mmHg) (ort±SD)	80±13	78±13	p>0.05
Periferik ödem n (%)	131 (47)	131 (54)	p=0.05
eGFR (MDRD) (ml/dk/1.73 m ²) (ort±SD)	59.7±43.7	71.1±51	p<0.01
Serum albumin (g/dl) (ort±SD)	2.92±0.98	3±0.92	p>0.05
24-saat proteinüri (mg/dl) (ort±SD)	5326±5108	4475±4038	p<0.05
24-saat proteinüri miktarı <1 gr/gün n (%)	52 (13.6)	46 (14.1)	p>0.05
24-saat proteinüri miktarı 1-3 gr/gün n (%)	109 (28.5)	96 (29.4)	p>0.05
24-saat proteinüri miktarı >3 gr/gün n (%)	221 (57.9)	184 (56.4)	p>0.05
Mikrohematüri varlığı n (%)	188 (63.1)	151 (56.3)	p=0.06
Makrohematüri varlığı n (%)	20 (7.2)	20 (8.1)	p>0.05
Böbrek biyopsi endikasyonları: Nefrotik Sendrom n (%)	208 (54.5)	182 (55.8)	p>0.05
Böbrek biyopsi endikasyonları: KBH n (%)	75 (19.6)	43 (13.2)	p>0.05
Böbrek biyopsi endikasyonları: Asemptomatik İdrar Anormallikleri n (%)	50 (13.1)	60 (18.4)	p>0.05
Böbrek biyopsi endikasyonları: RPGN/ABH n (%)	45 (11.8)	39 (12)	p>0.05
Böbrek biyopsi endikasyonları: Nefritik Sendrom n (%)	4 (1)	2 (0.6)	p>0.05

Tablo 2: Hastaların histopatolojik tanıları

Histopatolojik tanı	Erkek (n:382)	Kadın (n:326)	P değeri
Primer Glomerüler Hastalıklar: n (%)	267 (39.9)	207 (63.5)	>0.05
Primer Glomerüler Hastalıklar: MGN n (%)	63 (23.6)	53 (25.6)	
Primer Glomerüler Hastalıklar: FSGS n (%)	53 (19.9)	57 (27.5)	
Primer Glomerüler Hastalıklar: MDH n (%)	26 (9.7)	31 (15)	
Primer Glomerüler Hastalıklar: MPGN n (%)	4 (1.5)	7 (3.4)	
Primer Glomerüler Hastalıklar: IgAN n (%)	64 (24)	27 (13)	
Primer Glomerüler Hastalıklar: Kresantik GN n (%)	31 (11.6)	19 (9.2)	
Primer Glomerüler Hastalıklar: Kronik GN (Sınırlı andırılmayan) n (%)	26 (9.7%)	13 (6.3)	
Sekonder Glomerüler Hastalıklar: n (%)	84 (22)	80 (24.6)	p<0.01*
Sekonder Glomerüler Hastalıklar: SLE+C1q nefropatisi n (%)	12 (14.3)	37 (46.3)*	
Sekonder Glomerüler Hastalıklar: AA Amiloidozis n (%)	38 (45.2)*	21 (26.2)	
Sekonder Glomerüler Hastalıklar: Diyabetik nefropati n (%)	14 (16.7)	9 (11.2)	
Sekonder Glomerüler Hastalıklar: Hipertansif nefropati n (%)	10 (11.9)	6 (7.5)	
Sekonder Glomerüler Hastalıklar: AL Amiloidozis n (%)	6 (7.1)	5 (6.2)	
Tübülointerstiyel Hastalıklar: n (%)	19 (5)	18 (5.5)	>0.05
Tübülointerstiyel Hastalıklar: ATN n (%)	5 (21.1)	3 (16.7)	
Tübülointerstiyel Hastalıklar: ATIN n (%)	8 (42.2)	10 (55.6)	
Tübülointerstiyel Hastalıklar: KTIN n (%)	6 (31.6)	5 (27.8)	
Diğerleri n (%)	12 (3.1)	21 (6.4)	>0.05

PS-120

GENÇ ERİŞKİN HEMODİYALİZ HASTALARINDA KIRILGANLIK VE KOGNİTİF İŞLEVLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ertuğrul Erken¹, Gülsüm Akkuş², Fatma Betül Güzel², Orçun Altunören¹, Özkan Güngör¹

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Kırılğanlık; geriyatrik popülasyonlar üzerinde oluşturulmuş olan ve genel anlamda fiziksel inaktiviteyi ve hastalıklarla ilişkili komplikasyonlara duyarlı olmayı ifade eden bir tanımlamadır. Kronik hemodiyaliz (HD) hastalarında kırılğanlık ile mortalite arasında ilişki gösteren sonuçlar olsa da bunların çoğu yaşlı HD hastalarını kapsayan çalışmalara aittir. Kognitif disfonksiyon da HD hastalarının sıklıkla göz ardı edilen önemli bir sorunudur. Bu çalışmanın amacı genç erişkin HD hastalarında kırılğanlık ile kognitif disfonksiyon arasında olası ilişkileri araştırmaktır.

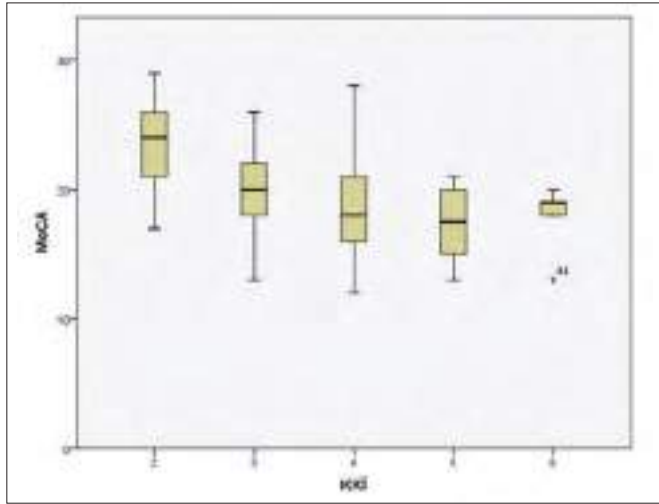
Yöntemler: Çalışmaya 18-65 yaş arası 102 HD hastası dahil edildi. Tüm hastaların kırılğanlık durumu klinik kırılğanlık indeksi (KKİ) ve kognitif durumu da Montreal cognitiveassessment (MoCA) ile değerlendirildi. Komorbid hastalıklar ve laboratuvar değerleri kaydedildi. Dışlama kriterleri; malin hastalık, görme bozukluğu, bakım yurdunda yaşamak, kalp yetersizliği, demans, serebrovasküler hastalık, tiroid fonksiyon bozukluğu, depresyon, psikoz, kronik inflamatuvar hastalık, serum albümini <3gr/dl ve diyaliz yetersizliği olarak belirlendi. KKİ skoru 5-7 arası olan hastalar kırılğan, KKİ skoru 4-7 arası olanlar ise duyarlı veya kırılğan olarak değerlendirildi. MoCA global skoru <24/30 olan hastalar kognitif bozukluk olarak değerlendirildi. Kırılğanlık ile kognitif bozukluk arasında olası ilişkiler araştırıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 48,3±12,4 yıl olup, %64,7'si erkek cinsiyette idi. Eğitim süresi ortalama 7,4±3,2 yıl iken, diyabetes mellitus (DM) ve kardiyovasküler hastalık (KVH) sıklıkları sırasıyla %18,6 ve %21,5 oranlarında saptandı. Duyarlı veya kırılğan olma sıklığı %26,7, kırılğanlık sıklığı

%12,7saptandı. Kognitif disfonksiyon sıklığı %69,6 bulundu (Tablo 1). Kognitif disfonksiyonu olan HD hastalarında hem kırılma olma hem de duyarlı veya kırılma olma sıklıkları artmıştı (sırasıyla $p=0,011$ ve $p<0,001$). KİK skoru hasta yaşı ile pozitif korale, serum albumin düzeyi ile negatif korale bulundu (sırasıyla $r=0,641$, $p<0,001$ ve $-r=0,204$, $p=0,039$). Bunun yanında ortalama KİK puanı ile MoCA kognitif skoru arasında anlamlı negatif korelasyon vardı ($-r=0,607$, $p<0,001$). Bu negatif korelasyon, kırılma olma doğrudan etki eden hasta yaşı ve DM ve KVH gibi komorbid hastalıklar için yapılan regresyon modelinden sonra anlamlılığını korudu ($p=0,012$). Hastalarında kognitif skorun kırılma olma durumuna göre dağılımı Şekil 1'de görülmektedir.

Sonuç: Bu çalışma genç erişkin HD hastalarında KİK skoruna göre kırılma veya duyarlı olmanın kognitif disfonksiyon ile ilişkili olduğunu ve KİK skorunu ile kognitif skor arasında yaş ve komorbiditeden bağımsız olarak negatif korelasyon olabildiğini gösterdi. HD hastalarında kırılma olma durumunun belirlenmesi fiziksel inaktivite ve komorbiditeye ilişkili komplikasyonlar dışında, kognitif bozukluğa karşı da önlem almamıza imkân sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Kırılma olma, kognitif disfonksiyon, hemodiyaliz



Şekil 1.

Tablo 1: HD hastalarının kırılma olma durumu ve kognitif değerlendirilmesi

Değişken	HD hastaları (n = 102)
KİK	3,02±1,15
KİK 4-7; n (%)	27 (26,5)
KİK 5-7; n (%)	13 (12,7)
MoCA	21,07±3,76
MoCA < 24/30; n (%)	71 (69,6)

PS-122

PRİMER AMİLOİDOZLU HASTALARDA RENAL TÜBÜLER P-GLİKOPROTEİN EKSPRESYONUNUN ANALİZİ

Cihan Heybeli¹, Serkan Yıldız², Mehtat Ünlü², Hayri Üstün Arda¹, Mehmet Ası Oktan¹, Caner Çavdar¹, Aykut Sifil¹, Ali Çelik¹, Sülen Sarıoğlu², Taner Çamsarı¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş: Renal proksimal tübül hücre epitelinde kübik-megalin kompleksi aracılığıyla gerçekleşen serbest hafif zincir endositozunun aşırı miktarda olması apoptotik, proinflamatuvar ve fibrotik yollarla tetikleyebilmektedir. Hafif zincir endositozunun blokajı insan böbrek proksimal tübül hücrelerine karşı nefrotoksik

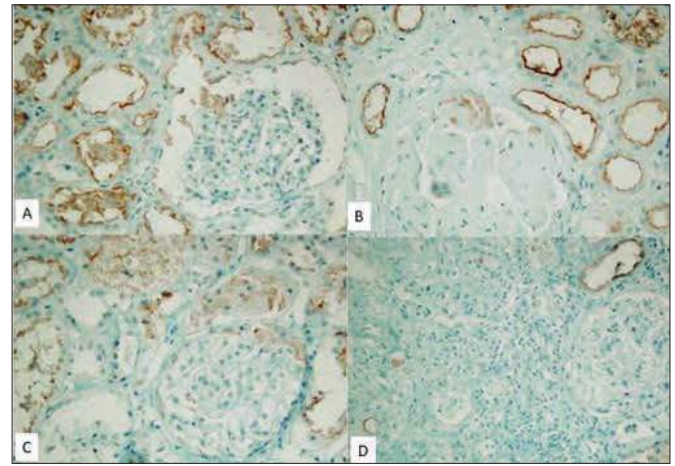
etkileri önleyebilmektedir. P-glikoprotein (Pgp) yapısal ve fonksiyonel anlamda çok ciddi çeşitlilik gösteren kimyasalların taşınmasında rol almaktadır ve fizyolojik olarak renal proksimal tübül epitel hücrelerinde ekspres edilmektedir. Pgp ekspresyonunun hafif zincir endositozu, ilaç toksisitesi ve ilaç direncine etkisi olabileceğine dair hipotez oluşturduk. İlk olarak primer amiloidoz olan hastalarda renal tübüler Pgp ekspresyonunun etkilenip etkilenmediğini araştırdık.

Yöntemler: Primer amiloidozlu hastalar ile (amiloidoz grubu; n=17) fokal segmental glomerüloskleroz ve membranöz nefropati hastalarının böbrek biyopsi örnekleri incelendi (glomerülofrit grubu; n=11). Biyopsiler anti-Pgp antikoruna boyandı. Pgp ekspresyonunda kayıp semi-kantitatif olarak belirlendi. Pozitif Pgp ekspresyonu için sıfırıncı saat böbrek allograft biyopsileri kontrol grubunu oluşturdu. Gruplar Pgp ekspresyonu ve klinik değişkenler açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Orta-ağır derecede Pgp ekspresyon kaybı amiloidozlu grupta glomerülofrit grubuna göre belirgin oranda daha fazla görüldü ($p=0,049$). Amiloidoz grubundaki hastaların daha yaşlı oldukları ($p=0,008$), tanı sırasında daha yüksek serum kreatinin ($p=0,134$) ve interstisyel fibrosis-tübüler atrofi (IFTA) skoruna sahip oldukları ($p=0,025$) görülürken proteinüri düzeyleri benzerdi ($p=0,272$). Pgp ekspresyon kaybının ağırlığı ile IFTA şiddeti, serum kreatinin ve proteinüri düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı birliktelik olmadığı belirlendi (sırasıyla $p=0,435$, $0,156$ ve $0,856$). Renal tübüler hafif zincir boyanmasının şiddeti, hafif zincir tipi ve serum serbest hafif zincir düzeyi ile Pgp ekspresyon kaybının şiddeti arasında anlamlı birliktelik görülmedi.

Sonuç: Pgp ekspresyonu primer amiloidozlu hastalarda azalmaktadır. Sonuçlarımızın doğrulanması, bu hastalarda Pgp ekspresyonundaki azalmanın böbrek fonksiyonlarından bağımsız olduğunu gösterilmesi ve ekspresyon düzeyleri ile serbest hafif zincir düzeyinin ilişkisinin gösterilmesi için daha fazla hastanın dahil edildiği araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: ATP-Binding Cassette, Sub-Family B, Member 1; İmmünglobulin Hafif-zincir Amiloidozu



Şekil 1.

Tablo 1: Amiloidoz ve glomerülofrit gruplarının demografik, klinik ve histopatolojik özellikler açısından kıyaslamalı analizi

Değişkenler	Amiloidoz grubu (n=17)	Glomerülofrit grubu (n=11)	p değeri
Kadın cinsiyet, n (%)	6 (35,3)	4 (36,3)	1,000
Yaş, yıl, ort±SS	59,7±7,6	48,5±11,1	0,008
Serum kreatinin, mg/dL, ort±SS	2,25±1,10	1,56±1,31	0,134
İdrarda protein atılımı, gram/gün, ort±SS	7,3±4,2	9,3±4,9	0,272
Orta-Ağır IFTA, n (%)	12 (70,1)	3 (27,3)	0,025
Orta-Ağır Pgp ekspresyon kaybı, n (%)	8 (47,1)	1 (9,1)	0,049

PS-123

STEROİD REFRAKTER NEFROTİK SENDROM İLE SEYREDEN NADİR GENETİK BİR HASTALIK: KOENZİM Q NEFROPATİSİ

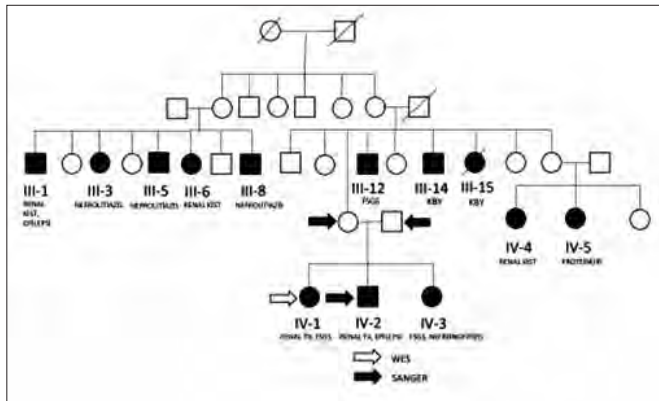
Ahmet Burak Dirim, Tural Guliyev, Erol Demir, Ali Rıza Uçar, Halil Yazıcı, Yaşar Çalışkan, Alaattin Yıldız, Semra Bozfakıoğlu, Aydın Türkmen, Mehmet Şükrü Sever
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Mitokondriyal hastalıklar klinik ve genetik olarak heterojen bir hastalık grubudur. Koenzim Q nefropatisi, steroide dirençli nefrotik sendrom ve nörolojik semptomlar ile karakterize nadir görülen mitokondriyal bir hastalıktır. Bu vakada, ailesel nefrotik sendrom ve nörolojik bulgular ile karakterize bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 35 yaşında kadın hasta, 1988 yılında Nefroloji Polikliniğine nefrotik sendrom ile başvurmuş, yapılan böbrek biyopsisinde fokal segmental glomeruloskleroz (FSGS) tanısı konularak steroid ve siklosporin tedavisi başlanmıştır. Yanıt görülmeyen hastada çeşitli immünespresif ajanlar denenmiş ve 1992 yılında son dönem böbrek yetmezliği gelişmiş, 6 yıl hemodiyaliz sonrası kadaverik böbrek nakli yapılarak takibe alınmıştır. Hastanın soygeçmişinde erkek kardeşinde de nedeni bilinmeyen son dönem böbrek yetmezliği ve epilepsi öyküsü olduğu saptandı. Ayrıca hastanın kız kardeşi de FSGS ve nefronofitizi tanısıyla nefroloji polikliniğinden takipliydi. Yapılan incelemelerinde, ikinci ve üçüncü kuşak akrabalarında da kronik böbrek hastalığı, böbrek kisti, nefrolitiazis, nefrotik sendrom ve FSGS öyküsü olan hastalar olduğu görüldü (Şekil-1). İndeks hastada (IV-1) mitokondriyal hastalıklar açısından tüm Ekzom Dizileme (Whole Exome Sequencing – WES Test) yapıldı. Sadece IV-1 e WES yapıldı ve ADCK4 (COQ8B) geninde homozigot NM_024876: exon13: c1199dupA: p.H400Qfs*11 mutasyonu saptandı. Bu mutasyona uygun primerler hazırlanarak Sanger sekanslama ile diğer aile bireylerinde mutasyon tarandı. Erkek kardeşinde homozigot, anne ve babada heterozigot NM_024876: exon13: c1199dupA: p.H400Qfs*11 mutasyonu saptandı. Hastaya ve hasta olan diğer aile bireylerine, koenzim Q nefropatisi tanısı konularak koenzim Q replasmanı başlandı, hasta halen transplantasyon polikliniğimizde takip edilmektedir.

Sonuç: Erken tanı ve replasman tedavileri ile progresyonu önlenilebilen bir hastalık olan koenzim Q nefropatisi; ailesel böbrek yetmezliği ve nörolojik semptomları olan vakalarında göz önünde bulundurulması gereken bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: WES(Whole Exom Sequencing), Sanger Sekanslama, Fsgs, Nefrotik Sendrom, Genetik, Koenzim Q



Şekil 1.

PS-124

DIABETES MELLİTUSE BAĞLI KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ GELİŞEN HASTALARDA 10 YILLIK BÖBREK NAKLİ TECRÜBELERİMİZ

Yücel Yüksel
Antalya Medicalpark Hastanesi Organ Nakli Bölümü

Giriş: Türk Nefroloji Derneği 2016 verilerine göre ülkemizde 58.687 kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastası vardır. En çok KBY nedeni %38 ile diabetes mellitustur (DM). DM tüm sistemleri tutan bir hastalıktır. DM hastalarında böbrek naklinin hem cerrahisi hem de takibi zordur. KBY hastalarının kadavra bekleme süresince özellikle DM'ye bağlı KBY olanlarda başta kardiyovasküler sistem ve serebrovasküler olaydan dolayı kaybedilmektedir. Bu sunumuzda DM'ye bağlı KBY olan, böbrek nakli yaptığımız hastaların sonuçlarını paylaşmayı amaçladık.

Yöntem: Antalya Medicalpark Organ Nakli Bölümünde Kasım 2008- 31 Aralık 2017 tarihleri arasında diabetes mellitus nedeniyle, böbrek nakli olan hastalar araştırmaya alındı. Hastaların 1., 2., 10. Yıllık kreatin, HbA1c, düzeylerine bakıldı, hastaların greft loss ve mortalitesi araştırıldı, Tip 1 DM pankreas nakli olanlar, hastanemizde takip olmayan hastalar çalışma dışına bırakıldı.

Sonuçlar: Kasım 2008- 31 Aralık 2017 tarihleri arasında Antalya Medicalpark Organ Nakli Bölümünde 4394 hastaya böbrek nakli yapıldı. 650 hasta DM'ye nedeniyle böbrek nakli olmuştu. Hastaların cinsiyetleri 480'i erkek, 170 kadın; DM dağılımı 86'sı Tip 1 DM, 406'sı Tip 2 DM, 158'si DM+HT. Dializ türü olarak, 246'sı preemtif, 366'sı hemodializ, 25'i periton dializi, 13'ü hem periton dilaizi hemde hemodializ yapmaktaydı. Hastaların ortalama yaşı 51.8 (20-82), ortalama DM süresi 13.9 yıl (2-28), dializ süresi 17.7 ay (0-216), takip süresi 59.9 ay (0-116).

Kreatin düzeyleri ve HbA1c değerleri Tablo 1'dedir. Takipte olan hasta sayısı 478, greft loss olup hayatta olan 31, exitus olan 102, panreas tx olan 17, takip dışı olan 22 hasta.

Tartışma: DM'ye bağlı KBY hastalarıyla ilgili çalışma azdır, çalışmalara daha çok böbrek nakli sonrası gelişen DM'ye ilgilidir. DM hastalarında böbrek nakli zordur fakat yakın takiple böbrek nakli yapılabilir. DM'ye bağlı KBY hastalarında böbrek nakli en iyi tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, kronik böbrek yetmezliği, diabetes mellitus

Tablo 1: Hastaların yıllık kreatin ve HbA1c düzeyleri

	Kreatin Düzeyi (mg/dl)	HbA1c
1.yıl	1.3	7.2
2.yıl	1.2	8.4
3.yıl	1.2	8.3
4.yıl	1.2	8.1
5.yıl	1.2	8
6.yıl	1.2	8.1
7.yıl	1.3	8.1
8.yıl	1.3	8.1
9.yıl	1.4	7.9
10.yıl	1.5	7.1

PS-125

LEPTOSPIROZ İLİŞKİLİ AKUT BÖBREK HASARI

Erman Özdemir¹, Pınar Kutlutürk Özdemir²¹SBÜ Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Ünitesi²SBÜ Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Giriş: Leptospirozis spiroketlerle meydana gelen, erken evrede tanı konulamadığında akut böbrek yetmezliği ile komplike olan zoonotik bir enfeksiyondur.

Olgu: 24 yaşında Arap kökenli erkek hasta acil servise 3 gündür devam eden ateş ve vücutta sararma nedeniyle başvurdu. Mülteci kampında kabulü yeni yapılan ve yakınlarından bilgi alınamayan hastanın acil servise yapılan tetkiklerinde; üre:165 mg/dL, kreatinin 7 mg/dL, Na:138 mmol/L, K:5,4 mmol/L Ca: 8,3 mg/dL, Albumin: 2,75 gr/dL, AST: 1500 IU/L, ALT:450 IU/L, Bilirubin (direkt): 13 mg/dL, bilirubin (total): 14,7 mg/dL, GGT: 15 U/L (N:7-60), ALP:134 IU/L (N:40-150), LDH:900 IU/L (N: 125-220), Sedimentasyon:76 mm/saat, CRP: 14 mg/dL (0-0,5), procalcitonin: 33 ng/mL (N:<0,5) saptandı. Kan gazı analizinde Ph:7,39 HCO₃:22,8 mmol/L, pCO₂:36 mmHg, saptandı. Hemogram: WBC:13,000, Neut: %81, lym:%7,5, mo: %10,5 (4,4-12,7), eo%: 0,26 (0,6-7,3), RBC:3,89 (N: 3,5-5,5), Hgb:11,3 gr/dl, Mcv:86, PLT:13,000 (N:150-450 X10⁶). Tam idrar tetkiki: Ph:6,0 dansite:1017 protein: eser, eritrosit: 8/hpf, lökosit: 5/hpf, nitrit: negatif. 24 saatlik idrar tetkiki: proteinüri: 700 mg/gün, volüm:1600cc saptandı. Tüm abdomen USG: Karaciğer ve dalak boyutları normal, intra ve ekstra hepatik safra yolları doğal, koledok çapı normal, her iki böbrekte grade 2 ekojenite artışı saptandı. Koagülasyon (PT,INR,APTT) normal sınırlardaydı. Viral Hepatit markerları negatif saptandı. Periferik yaymada MAHA (Mikroanjyopatik hemolitik anemi) bulgusu saptanmadı. Detaylı anamnez alınamayan hasta acil hd gerekliliği/ vaskülit ön tanılarıyla tarafımıza konsulte edildi. Acil serviste yapılan ilk değerlendirmede vaskülitik cilt bulgusu saptanmadı. TA: 120/70 mmHg, İdrar çıkışı 50 cc/h, idrar sedimentinde selüler cast saptanmadı. Nefritik sendrom/RPGN düşünülmeyen hastanın Akut Hepatorenal sendroma sekonder Akut böbrek hasarı (ABH) tablosunda olduğuna kanaat getirildi. Nonoligürik ABY ve direk hiperbilirubineminin hakim olduğu hepatit tablosu nedeniyle Weil Hastalığı ön tanısıyla İç Hastalıkları kliniğinde takibine alındı. Ampirik 3. kuşak parenteral sefalosporin başlandı. Leptospirozis tanısı için gerekli tetkikler Ankara Hıfzısıhha laboratuvarında tamamlandı ve pozitif sonuçlandı. Klinik takiplerinde hemodiyaliz ihtiyacı gelişen hastaya toplam 3 seans HD uygulandı. Yatışının 2. haftasında klinik ve laboratuvar bulguları tamamen düzelen hasta şifa ile taburcu edildi.

Tartışma: Leptospirozis sıklıkla asemptomatik veya hafif semptomlarla seyreder. Sarılık ve ABH'nin eşlik ettiği Weil hastalığı ağır klinik tabloyu oluşturur. Renal tutulum sıklıkla non-oligürik ve hipokalemik ABH şeklinde olmasına rağmen, vakamızda olduğu gibi, hipokalemi kural değildir. Trombositopeni ve ABH birlikteliği TTP, HÜS ayrıncı tanısını düşündürse de MAHA bulgusu olmadan trombositopeni ve direk hiperbilirubinemi Leptospirozisi hatırlatmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut böbrek yetmezliği, Hepatorenal sendrom, Leptospirozis

PS-126

KLİNİĞİMİZDE AA AMİLOİDOZ TANISI ALAN HASTALARIN ETYOLOJİSİNİN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Ali Bakan¹, Gülşah Şaşak Kuzgun²¹İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Amiloidozis, anormal şekilde katlanmış amiloid proteinlerin vücudun çeşitli organ ve dokularında ekstraselüler alanda, fibriller şekilde birikmesiyle oluşan sistemik bir hastalıktır. Dokularda amiloid birikiminin gösterilmesi ile amiloidozis kesin tanısı konur. Klinik olarak amiloidozis düşünüldüğünde çeşitli dokulardan biopsi alınır. Amiloidozis düşünüldüğünde öncelikle noninvaziv yöntemler; yağ

doku ve rektum biopsisi tercih edilmekte, gerekirse semptomlara göre böbrek ve diğer organ biyopsileri yapılmaktadır. Kronik enfeksiyon ve inﬂamatuvar hastalıklara bağlı olarak ekstraselüler alanda amiloid A (AA) proteinin birikimine sekonder olan amiloidoza, AA amiloidozu (Sekonder Amiloidoz) denir

Çalışmamızda, AA amiloidozise neden olan hastalıkların ülkemizdeki dağılımını araştırmak istedik

Çalışmamız, Nefroloji Kliniğimizde takip edilen AA Amiloidozlu 63 hastanın (%46'sı kadını K/E: 29/34) verileri retrospektif olarak değerlendirilerek gerçekleştirildi. En sık primer etyoloji, ailevi akdeniz ateşi (AAA) (%57) olarak tespit edildi. Bunun dışında romatoid artrit, kronik bronşit, tüberküloz, crohn, sarkoidoz, ankilozan spondilit ve bronşektazi diğer primer etyolojik nedenlerdi (tablo-1). Bu çalışmada tanı için en sık böbrek biopsisi (%63) yapıldı (tablo-2). AA Amiloidozis etyolojisiyle ilgili yapmış olduğumuz bu çalışmanın, daha büyük örneklemli çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: amiloidoz, ailevi akdeniz ateşi

Tablo 1: Amiloidoz hastalarının primer etyolojilerinin dağılımı

Primer Etoloji	Sıklığı
Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA)	%57
Romatoid Artrit	%13
Kronik Bronşit	%8
Tüberküloz	%6
İdiopatik	%6
Crohn	%3
Sarkoidoz	%3
Ankilozan Spondilit	%2
Bronşektazi	%2

Tablo 2: Biopsi alınan dokuların dağılımı

Biyopsi Alınan Doku	Sıklığı
Renal	%63
Rektal	%19
Duodenum	%6
Diş Eti	%5
Kemik iliği	%5
Serviks	%2

PS-127

SON DÖNEM BÖBREK HASTASINDA RENAL REPLASMAN TEDAVİ SEÇİMİNİ HANGİ FAKTÖRLER BELİRLİYOR?

Ayça İnci, Ümmühan Maden, Ayşe Akarsu, Üstün Yılmaz, Metin Sarıkaya, Semih Gül

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Giriş: Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) tüm dünyada ve ülkemizde epidemi halini almış önemli bir halk sağlığı sorunudur. KBH'nin farkındalığı çok düşük olduğu için tanı ve tedavide ciddi gecikmeler olmaktadır. Ülkemizde erişkinlerde KBH prevalansı %15,7 dir. Son dönem böbrek hastalarında (SDBH) renal replasman tedavi (RRT) seçenekleri transplantasyon, periton diyalizi (PD) ve hemodiyalizden (HD) oluşmaktadır. RRT seçiminde merkezin deneyimi, hastanın komorbid durumları, hastanın eğitim durumu, sosyoekonomik şartlar gibi birçok faktör etkilidir. Prediyaliz eğitim programlarının hastaların PD tedavisi seçiminde etkili olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda prediyaliz eğitim programı uyguladığımız Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde takipli 3037 prediyaliz hastamızdan RRT ne başladığımız 464 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirilmiştir. RRT seçimini etkileyen faktörler değerlendirilmiştir.

Bulgular: RRT başlayan 464 hastanın 272 tanesi erkek, 192 tanesi kadın ve ortalama yaşları 62,51±14,02 saptandı. SDBH etyolojisinde; 175 hastada diyabetik nefropati (%38), 101 hastada hipertansif nefroskleroz (%21,8) saptandı. Hemodiyaliz seçen 330 (%71,1) hastanın ortalama yaşı 66,04, Periton diyalizi seçen 65(%14) hastanın ortalama yaşı 58,89 ve transplantasyon seçen 69 (%14,9) hastanın ortalama yaşı 49,06 saptandı. Yaş grupları arasında anlamlı farklı saptandı (p<0.001). Komorbid durumların RRT seçimine etkisine bakabilmek için Charlson Komorbidite İndeksi (CKİ) hesaplandı. Tüm hastalarda ortalama CKİ 4,83 saptandı. Ortalama CKİ HD hastalarında 5,2, PD hastalarında 4,48 ve Transplant hastalarında 3,40 saptandı. CKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklı saptandı (p<0.001). Yaş arttıkça CKİ arttığı saptandı. Eğitim durumu, yaşam şekli, medeni durum, yaşadığı yer RRT seçiminde etkili faktörler olduğu ve RRT grupları arasında anlamlı farklı saptandı.

Sonuç: Tedavileri ile ilgili kararlarını vermede hasta katılımı, dünya çapında sağlık hizmeti sunumunun merkezi bir bileşeni haline geliyor. Prediyaliz eğitim programı uyguladığımız merkezimizde ülkemiz ortalamasını üstünde PD hastası olduğunu gördük. PD tedavisi ve transplantasyonun daha genç ve komorbiditesi daha az olan hastalarda tercih edildiğini, yine kırsal bölgede yaşayan hastalarda PD tedavisinin daha çok tercih edildiğini gördük. RRT seçiminde hekim, prediyaliz eğitim hemşiresi ve hasta birlikte karar vermeli, hastanın yaşam şekline ve komorbid durumlarına göre en etkili tedavi tercih edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Renal replasman tedavisi, hemodiyaliz, periton diyalizi, transplantasyon, charlson komorbidite indeksi

PS-128

GLOMERULONEFRİTLERİN SEYRİ; YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYONLA İLİŞKİSİ

Burcu Ceren Uludoğan¹, Aysun Toraman²

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Manisa Celal Bayar Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Glomerulonefritler, kronik böbrek yetmezliğinin en sık üçüncü nedenidir. Bu nedenle tanı alan hastalarda ölüm korkusu, anksiyete ve depresyon görülme sıklığının artması beklenir. Bu çalışma hastalığın en önemli prognostik bulgularından biri olan proteinüriyle yaşam kalitesi ve depresyon arasında ilişki olup olmadığını saptamak için planlanmıştır.

Yöntemler: Hastanemiz Nefroloji Kliniği'ne 2017 yılında başvurarak, böbrek biyopsisi ile glomerulonefrit tanısı alan 29 hasta çalışmaya alındı. Hastalara tanı anında, tedavi ve izlemin 3. ve 6. ayında SF-36 ve HAD ölçekleri uygulandı. Ayrıca laboratuvar parametreleri ile karşılaştırılarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamıza 10 kadın, 19 erkek toplam 29 hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması 44±17 idi. Başlangıç, 3. ay ve 6. ayki prognoz en önemli belirleyicilerinden olan proteinüriyle depresyon ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlendi. Yaş ile fiziksel fonksiyon arasında negatif ilişki saptandı. Hastalar 6. ayda remisyona açısından değerlendirildi. Başlangıç dönemi ile kıyaslandığında kısmi ve tam remisyona giren 22 hastanın genel sağlık, anksiyete ve ağrı parametreleri remisyona girmeyen 7 hastaya göre anlamlı farklı olduğu görüldü. Başlangıçtaki hemoglobin düzeyi 10 gr/dl'den az olan hastalarda GFR ve fiziksel rol güçlüğü puanı daha düşük saptandı. Tedavi ve izlemin 3. ayında hemoglobin düzeyi ile fiziksel rol güçlüğü, duygusal rol güçlüğü, sosyal fonksiyon, GFR ve serum albümin düzeyleriyle, 6. ayda ise serum albümin seviyesiyle arasında anlamlı pozitif ilişki saptandı. Başlangıçtaki depresyon ve yaşam kalitesi puanlarında en etkin parametrenin hemoglobin düzeyi, 3. ve 6. ay arasındaki depresyon puanlarındaki anlamlı iyileşmede en etkin faktörün de proteinüri miktarındaki azalma olduğu görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda erişkin glomerulopati hastalarında proteinüri varlığında böbrek fonksiyon bozukluğundan bağımsız olarak, düşük yaşam kalitesi, yüksek depresyon ve anksiyete skorları saptandı. Proteinüri varlığının daha kötü yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğunun vurgulandığı çalışmamızın daha fazla hasta sayısı ile yapılacak ve farklı yönleriyle ele alınacak çalışmalara ışık tutacağı kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Glomerulonefrit, SF-36, SİYK, HAD, depresyon, proteinüri.

Tablo 1: Hastaların demografik verileri ve laboratuvar değerleri

		Glomerulopati Hastaları n=29	
Cinsiyet (Kadın/Erkek)		10/19	
Yaş		44±17	
		n	%
Tanılar			
IgA nefropati		7	24.1
FSGS		7	24.1
Membranöz GN		4	13.8
MPGN		3	10.3
Lupus nefrit- II		3	10.3
Lupus nefrit- IV		1	3.4
MDH		1	3.4
Vaskülit		1	3.4
Kresenik GN		2	6.9
Sistolik kan basıncı mmHg		140±25	
Diyastolik kan basıncı mmHg		80±16	
Diabetes Mellitus		1	
Hipertansiyon		5	
Ek hastalık			
Hematolojik malignite		1	
Solid organ malignitesi		1	
Sistemik Lupus Eritematozus		4	
Hipertrofi		2	
Azotem		1	
Günlük Bakiye Hastalığı		1	
Pratiksel ödem varlığı		19	
Var		10	
Sigara			
Var		3	
Yok		26	
ADES/ARS kullananlar		16	
Statün kullanımı		4	
İmmünesupresif tedavi *			
Almayan		8	
Steroid kullanımı		19	
Siklofosfamid kullanımı		12	
Steroid+ Siklofosfamid kullanımı		5	
Steroid+Azotopurin kullanımı		4	
Steroid+Siklosporin kullanımı		1	
Siklofosfamid+Azotopurin		1	
Steroid+Azotopurin+ Siklofosfamid		1	
Steroid+Azotopurin+ Siklofosfamid+ Rituximab kullanımı		1	
Hemoglobin gr/dl		12.1±2.4	
GFR ml/dk		72±36	
Serum Albümin gr/dl		3.2±0.8	
Proteinüri mg/gün		3664±1709	
LDL mg/dl		170±79	
HDL mg/dl		54±20	
Total Kolesterol mg/dl		264±112	
Remisyon			
Total		10	
Parçiyel		12	
Hiç		7	

Tablo 2: Laboratuvar parametrelerinin 3F 36 ve HAD anketlerinin tanımlı, 3. ve 6. ay değişimleri

	Başlangıç	3.ay	6.ay	p
	Ortalama±SD	Ortalama±SD	Ortalama±SD	
Hg (mmHg)	12.13±2.45	12.66±2.71	13.23±1.86	0.008**
Kt/V	8.95±1.23	9.88±1.24	9.40±1.11	0.004**
TKV	8074±2719	10776±4654	10219±3026	0.191**
Kreatinin (mg/dL)	1.61±1.43	1.44±1.33	1.15±0.88	0.028**
CPR (ml/dk)	72.48±20.51	77.23±37.69	88.52±35.17	0.042*
Alb (g/dL)	3.22±0.54	3.57±0.50	3.88±0.80	0.002**
CRP (mg/dL)	2.45±4.6	0.97±1.21	0.66±1.48	0.041**
Proteinür (mg/gün)	366±3709	2310±2336	1640±2116	0.013**
Feosüri	132.41±144.89	210.73±329.70	118.97±157.74	0.628**
Fazlalı Fonksiyon	57.6206±13.29	83.03±23.80	72.57±14.99	0.019**
Boş Gırtlığı (ml/s)	39.56±13.86	47.22±17.34	60.81±29.06	<0.0001**
İşin	62.70±26.51	65.29±26.65	77.71±28.45	0.005**
Önemli Sağık	37.03±16.89	45.86±16.17	52.16±14.29	<0.0001**
Yakıt (g/s)	65.74±22.51	64.07±20.15	64.74±19.62	0.008**
Sıyıl Fonksiyon	32.63±29.42	67.44±26.28	73.06±22.55	<0.0001**
Boş Gırtlığı (ml/s)	42±30.71	54.41±36.32	65.04±36.47	0.001**
İkinci Sağık	53.65±16.65	61.70±15.69	67.41±19.13	0.001**
HAD-6	Normal %27.6	normal %44.3	Normal %79.0	p<0.001**
	Hafif %44.4	Hafif %21.4	Hafif %79.2	
	Orta %13.8	Orta %16.3	Orta %3.6	
	Çok %17.2	Çok 0	Çok 0	
HAD-13	Normal %55.0	Normal %75.6	Normal %80.3	p<0.001**
	Hafif %20.7	Hafif %14.3	Hafif %19.2	
	Orta %13.6	Orta %5.5	Orta 0	
	Çok %10.9	Çok %4.6	Çok 0	

*Farklılaşım düğümlerinde karşılaştırma p<0.05

**Farklılaşım testinde p<0.05 risk anlamı

PS-129

POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIĞINDA OSR-1 İLE VASKÜLER DİSFONKSİYON VE HİPERTANSİYON ARASINDAKİ İLİŞKİ

Eray Eroğlu¹, İsmail Koçyığıt², Serpil Taheri², Gökmen Zararsız³, Elif Funda Şener², İlknur Uzun⁴, Hakan İmamoğlu⁵, Ecmel Mehmetbeyoğlu⁶, Aydın Ünal¹, Kezban Korkmaz⁶, Murat Hayri Sipahioğlu¹, Oktay Oymak¹, Bülent Tokgöz¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı⁴Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı⁵Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı⁶Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Betül-ziyaeren Genom ve Kök-hücre Merkezi

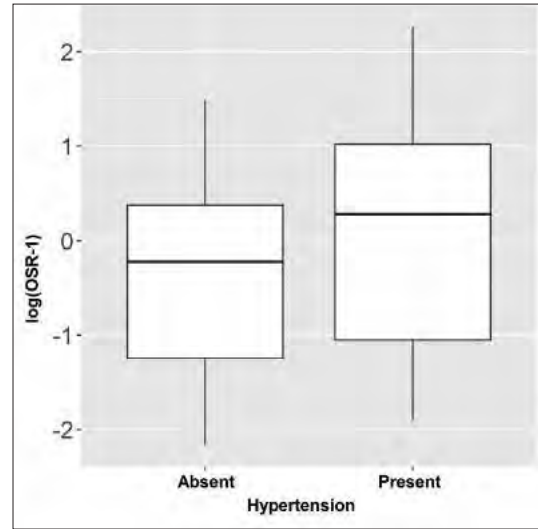
Giriş: Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı (ODPBH), böbrek fonksiyonun düşüşü ve kardiyovasküler hastalık gelişiminden önce görülen oksidatif stres ve hipertansiyon gelişimi ile ilişkilidir. Oksidatif strese duyarlı kinaz-1 (OSR-1), oksidatif stres sırasında Na⁺ transportunu düzenleyen sinyalleme katılır ve aynı zamanda hücre hacminin ve kan basıncının regülasyonunda da rol oynar. Bu nedenle, ODPBH hastalarında OSR-1'in potansiyel rolünü araştırmayı amaçladık.

Yöntemler: 80 ODPBH hastası, seksen sağlıklı kontrol ve ODPBH bulunmayan 80 hipertansif hasta bu kesitsel çalışmaya alındı. Tüm katılımcılar için yirmi dört saatlik ayaktan kan basıncı takibi yapıldı. Kan örnekleri, biyokimyasal parametreler ve serum OSR-1 gen ekspresyonu ölçümü için 12 saatlik açlıktan sonra alındı. Vasküler disfonksiyon, iskemi kaynaklı önkol akış aracı dilatasyon (FMD) kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Kısacası, 80 ODPBH hastasının 41'i (%51) erkek, 53'ü (%66) hipertansifti. 80 kontrolün yaş ortalaması 35.3±12.6 ve 37'sinin (%46) erkekti. ODPBH bulunmayan hipertansif 80 hastanın yaş ortalaması 44.6±11.9 ve 38'i (%47.5) erkekti. ODPBH hastaları ve kontrol kişiler arasında serum OSR-1 gen ekspresyonunda anlamlı farklılıklar vardı. Serum OSR-1 gen ekspresyonu, hipertansif ODPBH hastalarında, hem normotansif ODPBH hastalara hem de ODPBH olmayan hipertansif olgularla karşılaştırıldığında anlamlı olarak artmıştı (P <0.05). (Şekil-1)

Sonuç: ODPBH hastalarında serum OSR-1 gen ekspresyonu sağlıklı deneklere göre artmıştır. Düşük tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFR), OSR-1 gen ekspresyonu, total böbrek hacmi (TKV) ve yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) de ADPKD hastalarında hipertansiyonla bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Oksidatif stres, gen ekspresyonu, endotel disfonksiyonu, hipertansiyon, polikistik böbrek hastalığı



Şekil 1.

PS-130

HEMODİYALİZ HASTALARINDA SERUM ASİMETRİK DİMETİL ARGİNİN (ADMA), APELİN-13 İLE MORTALİTE İLİŞKİSİ

İbrahim Doğan, Barış Eser

Hitit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Kliniği

Giriş: Hemodiyaliz hastalarında en önemli mortalite nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Bu hasta grubunda klasik kardiyovasküler risk faktörleri dışında diyaliz ile ilişkili birçok faktörün mortalite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Renal yetmezlik nedeniyle atılımı bozulan ve aterosklerozis ile endotel disfonksiyonu sürecinde suçlanan birçok biyobelirteç vardır. Asimetrik Dimetil Arginin (ADMA) ve Apelin-13 bu moleküllerdendir. Çalışmamızda hemodiyaliz hastalarında serum ADMA, Apelin-13 düzeyleri ile mortalite arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal ve Metod: Çalışmamıza haftada 3 gün hemodiyaliz tedavisi alan 122 hasta ile yaş ve cinsiyet uyumlu renal fonksiyonları normal olan 85 kişilik kontrol grubu alındı. Hastalar en az 1 yıldır haftada 3 gün hemodiyaliz tedavisi alan hastalardan seçildiler. Kt/V değeri 1.2 altında olan ve anstabil hastalar çalışma dışı bırakıldı. ADMA ve Apelin-13 düzeyleri ELİSA yöntemi ile çalışıldı. Hastalar 1 yıl süre ile izlendi. 1. yıllık takipte kardiyovasküler nedenlere bağlı olan ölümler kaydedildi. 1. yılın sonunda yaşayan ve exitus olan hastaların demografik verileri, ortalama biyokimyasal değerleri, ADMA, Apelin-13 ve inflamasyon markerleri (CRP, Absolu nötrofil/lenfosit oranı (ANS/ALS)) karşılaştırıldı. Ayrıca mortalite öngörüsünde etkili faktörler logistik regresyon analizi ile değerlendirildi.

Sonuçlar: Çalışmaya haftada 3 gün HD tedavisi alan 122 kişilik (ortalama yaşları 61 (51-68) yıl, ortalama diyaliz süresi 36 (13-73) ay) hasta grubu ile

85 kişilik (ortalama yaşı 58 (51-64) yıl) kontrol grubu alındı. Başlangıçtaki biyokimyasal parametreler ile birlikte serum ADMA, Apelin-13 düzeyleri karşılaştırıldı. Hemodiyaliz grubunda ADMA ve Apelin-13 düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı. (ADMA hasta grubunda 21410 (13907-55260) ng/l, kontrol grubunda 12034(8585-20283) ng/l, $p<0.001$, Apelin-13 hasta grubunda 113.3 (51.3-171.9) ng/l, kontrol grubunda 36.0 (17.5-78.5) ng/l, $p<0.001$). Ayrıca hasta grubunda ANS/ALS düzeyleri yüksek saptandı ($p<0.001$). Bir yıllık takip süresinde hemodiyaliz grubundan toplam 26 kişi exitus oldu. 1. yıl sonunda ex olan ile olmayan hastalar karşılaştırıldı. Ex olan hastaların daha yaşlı ($p<0.001$), Apelin-13, albümin ve fosfor düzeylerinin daha düşük ($p=0.007$, $p=0.025$, $p=0.031$) olduğu saptandı. ADMA düzeyi ex olanlarda daha düşüktü fakat istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.070$). Yine ex olan hastaların LDL-c düzeyleri daha yüksek ve koroner arter hastalık oranları yüksekti. ($p=0.027$, $p=0.020$). Bir yıllık mortalite tahmininde etkili olan parametreler univariate ve multivariate logistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Univariate logistik regresyon analizinde yaş, fosfor, Apelin-13, ANS/ALS oranı, albümin düzeyi mortalite tahmininde bağımsız değişkenler olarak saptandı. Multivariate logistik regresyon analizinde ise yaş, fosfor düzeyi, Apelin-13 ve ANS/ALS oranı sırası ile mortalite ile ilişkili değişkenler olarak saptandı. (sırası ile $p=0.007$, $p=0.016$, $p=0.017$, $p=0.031$)

Tartışma: Hemodiyaliz popülasyonunda mortalite halen oldukça yüksektir. Klasik kardiyovasküler risk faktörleri yanında hemodiyaliz ile ilişkili birçok faktörde mortalite ile ilişkilidir. Bunun yanı sıra Apelin-13, ANS/ALS oranı hemodiyaliz hastalarında mortalite tahmininde yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: ADMA, Apelin-13, hemodiyaliz, mortalite

Tablo 1: Hasta ve kontrol grubunun demografik verileri ve biyokimyasal parametrelerin karşılaştırılması

	Grup 1 (Hasta, n=122)	Grup 2 (Kontrol, n=85)	P
Yaş (yıl)	61(51-68)	58(51-64)	0.372
Cinsiyet(K/E)	54/68	46/39	0.203
VKI(kg/m ²)	24.7±4.7	28.8±4.4	<0.001
Sigara(E/H)	19/103	0/85	-
HT(E/H)	86/36	45/40	0.010
DM(E/H)	41/81	12/73	0.002
KAH(E/H)	35/87	5/80	<0.001
Mortalite (Ex/Yaşıyor)	26/96	0/85	-
HD süresi(ay)	36(13-73)	-	-
Kt/V	1.5(1.4-1.7)	-	-
ADMA(ng/L)	21410(13907-55260)	12034(8585-20283)	<0.001
Apelin-13(ng/L)	113.3(51.3-171.9)	36.0(17.5-78.5)	<0.001
GFR(ml/dk/1.73m ²)	6.7(1.7-8.8)	99.5 (87.3-117.6)	<0.001
Na(mEq/L)	139(137-141)	140(139-141)	0.021
K(mEq/L)	5.0(4.5-5.6)	4.4(4.2-4.6)	<0.001
Ca(mg/dl)	8.8(8.2-9.2)	9.4(9.1-9.6)	<0.001
P(mg/dl)	4.9(4.0-5.8)	3.3(3.0-3.7)	<0.001
Albumin(g/dL)	4.0(3.6-4.2)	4.4(4.2-4.6)	<0.001
T.kol(mg/dl)	146(115-189)	200(179-243)	<0.001
LDL-C(mg/dl)	96(73-135)	125(109-158)	<0.001
HDL-C(mg/dl)	36(29-45)	43(35-53)	<0.001
TG(mg/dl)	143(101-213)	131(85-192)	0.082
CRP(mg/dL)	1.8(0.3-5.5)	3.9(2.4-6.2)	<0.001
Hb(gr/dl)	11.5±1.4	14.2±1.6	<0.001
Hct(%)	35.0(32.1-38.0)	43.3(40.4-46.0)	<0.001
ANS/ALS	2.72(2.00-3.86)	2.02 (1.67-2.60)	<0.001
Ferritin(ng/mL)	722(460-1109)	55(39-124)	<0.001
PTH(pg/mL)	321(189-527)	47(35-58)	<0.001

Tablo 2: Hemodiyaliz hastalarında 1 yıllık takipte ex olan hastalarla yaşayan hastalar arasındaki demografik özelliklerin ve biyokimyasal parametrelerin karşılaştırılması

	Grup 0 (Ex, n=26)	Grup 1 (Yaşayan, n=96)	P
Yaş(yıl)	71(63-75)	59(49-66)	<0.001
Cinsiyet(K/E)	12/14	42/54	0.827
VKI(kg/m ²)	23.4±3.4	25.0±4.9	0.125
Sigara(E/H)	2/24	17/79	0.212
HD süresi(ay)	22(9-55)	36(14-79)	0.216
Kt/V	1.47(1.39-1.65)	1.51(1.35-1.68)	0.764
HT(E/H)	22/4	64/32	0.075
DM(E/H)	12/14	29/67	0.127
KAH(E/H)	12/14	23/73	0.026
ADMA(ng/L)	15205(11038-33120)	23445(14067-58443)	0.070
Apelin-13(ng/L)	58.0(46.0-130.8)	121.6(64.6-182.9)	0.007
GFR(ml/dk/1.73m ²)	9.0(2.8-12.5)	6.4(1.6-7.1)	0.395
Na(mEq/L)	139±4	139±3	0.714
K(mEq/L)	5.0(4.3-5.5)	5.1±0.8	0.416
Ca(mg/dl)	9.0(8.6-9.2)	8.7(8.1-9.2)	0.215
P(mg/dl)	4.5±1.0	5±1.2	0.031
Albumin(g/dL)	3.7±0.4	3.9±0.5	0.025
T.kol(mg/dl)	143(74-207)	147(120-184)	0.392
LDL-C(mg/dl)	124(82-174)	93(69-132)	0.027
HDL-C(mg/dl)	39(34-48)	35(28-44)	0.682
TG(mg/dl)	132(96-201)	151(102-226)	0.453
CRP(mg/dL)	1.0(0.2-5.8)	2.1(0.3-5.3)	0.591
Hb(gr/dl)	11.6±1.4	11.5±1.4	0.822
Hct(%)	35(32-38)	35(32-38)	0.943
ANS/ALS	3.17(2.14-5.40)	2.65(1.99-3.76)	0.170
Ferritin(ng/mL)	756(445-1032)	687(470-1124)	0.556
PTH(pg/mL)	265(146-454)	334(208-593)	0.292

Tablo 3: Hemodiyaliz hastalarında mortalite tahmininde univariate ve multivariate logistik regresyon analizi

	Univariate Logistik Regresyon				Multivariate Logistik Regresyon			
Değişkenler	B	Wald	OR(95%CI)	P	B	Wald	OR (95%CI)	P
Yaş	-0.112	13.072	0.894 (0.842-0.950)	<0.001	-0.83	7.205	0.920 (0.866-0.978)	0.007
P	0.416	4.464	1.516 (1.031-2.231)	0.035	0.638	5.854	1.893 (1.129-3.174)	0.016
Apelin-13	0.009	5.792	1.009 (1.002-1.016)	0.016	0.011	5.662	1.011 (1.002-1.021)	0.017
ANS/ALS	-0.198	4.618	0.820 (0.685-0.983)	0.032	-0.260	4.670	0.771 (0.609-0.976)	0.031
Albümin	1.069	4.752	2.914 (1.114-7.621)	0.029				
ADMA	<0.001	1.951	1.000 (1.000-1.000)	0.163				
CRP	-0.011	1.931	0.989 (0.973-1.005)	0.165				
HD süresi	0.004	0.840	1.004 (0.995-1.014)	0.359				

PS-131

RETROPERİTONEAL FİBROZİS TANISIYLA İZLENEN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ DENEYİMİ

Atilla Okan Kılıç¹, Serkan Yıldız², Cihan Heybeli², Mehmet Ası Oktan², Gerçek Can³, Canan Altay⁴, Ömer Demir⁵, Fatoş Önen³, Ali Çelik²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, İzmir

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

⁵Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Retroperitoneal fibrozis (RPF); retroperitoneal dokunun fibrozis ve inflamasyonu ile karakterize, nadir görülen bir hastalıktır. Bu çalışmanın amacı; merkezimizde RPF tanısı alan ve tedavi edilen hastaları geriye dönük olarak incelemek ve değerlendirmektir.

Yöntemler: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 2009 - 2017 yılları arasında RPF tanısı alan 25 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, eşlik eden hastalıkları, tanı sırasındaki ve izlemdeki klinik bulguları, laboratuvar tetkikleri, görüntüleme yöntemleri, tıbbi ve cerrahi tedaviler hasta dosyalarından geriye dönük olarak elde edildi ve değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 25 hastanın 17'si erkek ve 8'i kadın, tanı aldığındaki yaş ortalamaları 53.28±13.51 yıl idi. Hastaların ortalama izlem süresi 37.0±27.25 ay idi. Hastalar merkezimize en sık bel ağrısı yakınmasıyla başvurdu (n=14; %56). Hastaların ilk başvuru sırasında; ortalama serum kreatinin düzeyi 2.79±2.34 mg/dL, ortalama tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFR) 54.3±41.8 mL/dakika/1.73m², ortalama eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 65.6±28.7 mm/saat, ortalama serum C-reaktif protein (CRP) düzeyi 66.3±68.0 mg/L olarak saptandı. RPF tanısı için başvuru sırasında görüntüleme yöntemi olarak; 12 hastada (%48) ultrasonografi, 20 hastada (%80) bilgisayarlı tomografi, 6 hastada (%24) manyetik rezonans görüntüleme ve 9 hastada (%36) pozitron emisyon tomografi kullanıldı. Hastalarda tıbbi tedavi olarak en sık metilprednizolon ve azatioprin kombinasyonu tercih edildi (n=17; %68). 8 hastada iki taraflı olacak şekilde toplam 12 hastaya (%48) çift J stent yerleştirildi. Hastaların uygulanan tedavi sonrası; ortalama serum kreatinin düzeyleri 1.02±0.75 mg/dL, ortalama eGFR 87.8±24.5 mL/dakika/1.73m², ortalama ESH 18.7±8.8 mm/saat, ortalama serum CRP düzeyi 8.6±12.7 mg/L olarak saptandı. İzlemde 6 hastaya (%24) böbrek yerine koyma tedavisi verildi.

Sonuç: RPF için tedavi seçenekleri tıbbi ve cerrahi olarak ikiye ayrılır. RPF multidisipliner yaklaşım gerektiren ve tedavi ile yüksek oranda remisyon sağlanabilen bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: Retroperitoneal Fibrozis, kreatinin, metilprednizolon, azatioprin

PS-132

VASCULAR STRUCTURAL AND FUNCTIONAL PARAMETERS ASSOCIATED WITH ADIPONECTIN AND LEPTIN IN CARDIORENAL SYNDROME

Gülperi Çelik, Fikret Akyürek, Kenan Demir, Hüsamettin Vatansev, Metin Çelik, Ali Gündoğdu, Bahadır Öztürk

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Introduction: A pathological link between the heart and kidney has been recognized as cardiorenal syndrome (CRS). In this study, the relationship of biochemical markers, adiponectin, BNP and netrin with central and peripheral arterial hemodynamic and structural parameters in CRS patients were investigated.

Material method: Total oxidant - antioxidant status (TOS - TAS), leptin, adiponectin and BNP were studied from blood samples taken from KRS

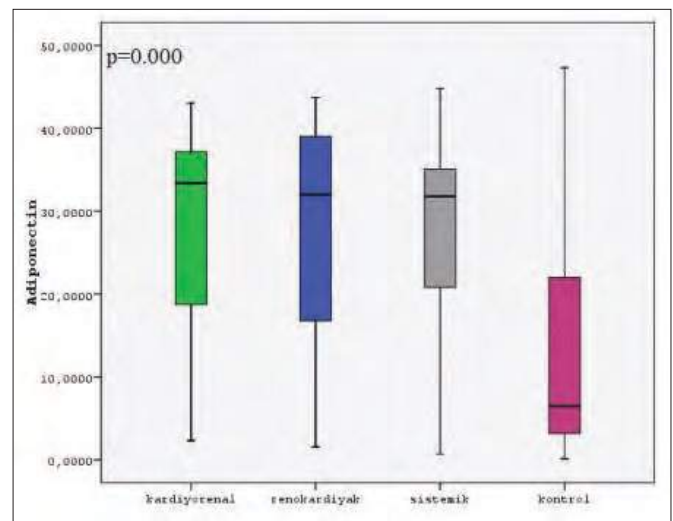
patients who applied to Selçuk University Medical Faculty Hospital. Central and peripheral blood pressures, pulse wave velocity (PWV) and pulse wave analysis (NDA) were measured by the arteriograph during 24 hours.

Results: 89 patients and 54 controls were included in the study. The mean age of the patients was 67.25±9.25. Table 1 shows the demographic and clinical findings of the patient and control groups. When the variables related to leptin, adiponectin and BNP are evaluated: Leptin was correlated with adiponectin (r=0.206, p=0.022), TAS (r=-0.196, p=0.032), 24 hours (24h) size of reflection (SR) (r=0.211, p=0.036), day minimum diastolic blood pressure (DBP) (r=0.245, p=0.013), decrease in systolic blood pressure (SBP) over night (r=-0.332, p=0.001), night diastolic blood pressure reduction (r=-0.297, p=0.002), night pulse pressure (PP) (r=0.242, p=0.014). Adiponectin was correlated with BNP (r=-0.195, p=0.026), selenium (r=-0.254, p=0.010), zinc (r=-0.266, p=0.006), Hb (r=-0.312, p=0.001), 24h urine sodium (r=0.845, p=0.004), 24h PWV (r=-0.414, p=0.000), decrease in SBP over night (r=0.281, p=0.000), decrease in DBP over night (r=0.295, p=0.002). BNP was correlated with 24h PP (r=-0.228, p=0.017), 24h central SBP (r=-0.238, p=0.015), night SR (r=0.243, p=0.012). Table II-III show the biochemical, vascular functional variables among the groups. Figures I and II show adiponectin and NDH values among groups.

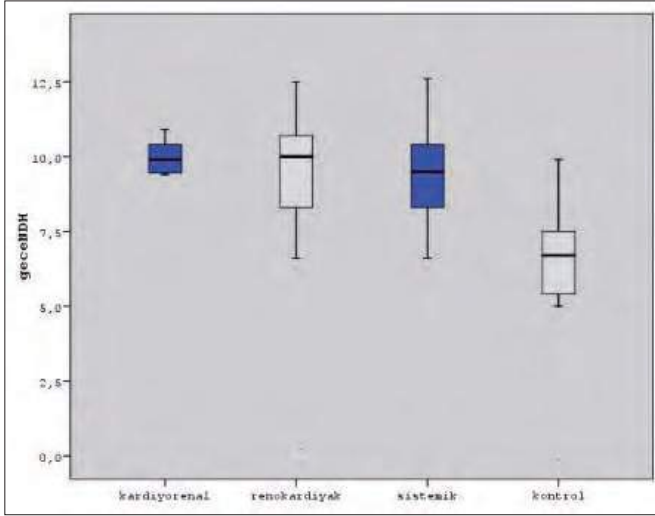
Discussion: Adiponectin secreted from adipose tissue, prevents insulin resistance and inflammation. Adiponectin may prevent the development of arterial hypertension and thus predict a better prognosis for cardiovascular disease, especially for the development of hypertension. Adiponectin levels vary in renal failure. Hara and zoccali found an inverse relationship between GFR and adiponectin levels. There was an inverse relationship between GFR and adiponectin in our study. In addition, in our study adiponectin was correlated with 24h reflection size, 24h PWV, day PWV, decrease in SBP and DBP over night. The study of Aso et al, Hb levels were independently associated with high serum levels of adiponectin. Adiponectin was also associated with hemoglobin in our study. Positive correlation between BNP and adiponectin is reported in the literature. Similar findings were found in our study. BNP increases adiponectin production by fat cells. Leptin is mainly synthesized and secreted in fat cells. It has been determined that hyperleptinemia has a critical role in the development and progression of kidney disease, cardiovascular disease and metabolic syndrome. In our study, leptin was correlated with 24h SR, day minimum DBP, night systolic and diastolic blood pressure decrease, night PP.

Conclusion: Cardiac, renal, anti-inflammatory and inflammatory markers are closely related to each other in cardioenal syndrome and this relationship affects the outcome of arterial hemodynamic and arterial elasticity markers.

Anahtar Kelimeler: Cardiorenal syndrome, Adiponectin, Leptin, BNP, vascular parameters



Şekil 1.



Şekil 1.

Table 1: Demographic and clinical findings of the cardiorenal syndrome patient and control group

Parameters	KRS Group	Control Group	p
	Mean±SD	Mean±SD	
Age	67.25±9.25	64.56±8.14	0.080*
Sex n (%)	26(%29)F/63(%71)M	19(%35) F/35(%65) M	0.353
BMI	29.21±5.57	29.64±4.28	0.772*
MDRD	33.36±11.25	104.55±9.71	0.000**
Smoking (package year)	26.22±38.06	7.88±15.96	0.008**

*t-test, **Mann-Whitney U test

Table 2: Cardiac and renal markers and related biochemical parameters of cardiorenal syndrome patient and control group

Parameters	KRS Group	Control Group	p
Creatinine	2.24±1.05	0.78±0.12	0.000**
Urea	99.64±45.88	31.35±7.05	0.000**
Glucose	142.22±65.91	91.19±8.07	0.000**
Cholesterol	211.91±36.65	171.29±52.77	0.000*
LDL	134.02±28.22	108.39±48.62	0.005*
Leptin	0.40±0.41	0.38±0.40	0.291**
Adiponectin	26.73±13.21	13.45±13.33	0.000**
BNP	15.91±14.99	7.37±5.53	0.000**
C peptide	5.09±4.11	2.19±0.72	0.002**
CRP	14.15±8.29	3.50±0.33	0.035**

Table 3: Biochemical and vascular parameters of KRS patient subgroups and control group

Parameters	Cardiorenal	Renokardiyak	Systemic	Control	p
Adiponectin	27.37±13.89	27.78±14.16	26.51±12.74	13.45±13.33	0.000**
Zinc	7.91±1.69	6.35±2.14	7.39±2.38	10.64±1.92	0.000*
Copper	138.07±29.06	107.19±21.85	117.61±28.33	112.03±20.33	0.006**
TOS	20.39±8.61	15.95±8.18	15.12±8.83	12.59±4.92	0.032**
TAS	1.12±0.18	1.10±0.22	1.15±0.25	1.01±0.14	0.002**
OSI	1.81±0.73	1.48±0.81	1.33±0.76	1.25±0.48	0.045**
24h Pulse pressure	48.36±16.49	51.94±12.17	47.03±11.79	40.30±6.46	0.000**
24h Central SBP	105.64±14.62	114.56±15.73	111.03±15.15	100.83±16.85	0.005*
24h Size of reflection	57.37±9.50	62.51±8.03	63.74±5.97	64.25±10.27	0.046**
24h PWV	9.79±0.78	12.88±12.85	10.85±8.53	6.55±2.02	0.000**
Night SBP decrease	0.61±7.23	-2.27±6.14	-0.58±90.52	10.06±6.79	0.000*
Night DBP decrease	2.28±9.28	0.50±7.15	0.54±9.39	7.02±8.97	0.003*
Night Central SBP	105.09±17.14	107.75±32.05	107.84±24.24	98.38±17.37	0.005**
Night PWV	9.80±0.86	9.19±2.92	9.24±0.90	6.67±1.80	0.000*

TOS: Total oxidative status, TAS: Total antioxidant status, OSI: Oxidative stress index

24h: 24 hours, SBP: Systolic blood pressure, DBP: Diastolic blood pressure

PS-133

BÖBREK FONKSİYONU NORMAL HASTADA ORAL SODYUM FOSFAT SONRASI GELİŞEN AKUT FOSFAT NEFROPATİSİ

Yağmur Başhan¹, Elif Tuba Şenel¹, Egemen Cebeci¹, Yasemin İren Özlük², Sami Uzun¹, Serhat Karadağ¹, Leyla Koç¹, Savaş Öztürk¹

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş: Kolonoskopi hazırlığı için sıklıkla kullanılan oral sodyum fosfat(OSP) içerikli purgatifler ve sodyum fosfat içerikli enemalar akut fosfat nefropatisi(AFN) olarak adlandırılan akut böbrek hasarına(ABH) yol açabilmektedir. AFN gelişimi için en önemli risk faktörü kronik böbrek hastalığı varlığıdır; ancak normal renal fonksiyonlu hastalarda da nadiren AFN bildirilmiştir. Burada, böbrek fonksiyonu normal olup OSP ile kolonoskopi hazırlığı sonrası ABH gelişen ve böbrek biyopsisi ile tanısı kanıtlanan AFN vakası sunulmuştur.

Olgu: Bilinen 10 yıldır esansiyel hipertansiyon ve 2 aydır parkinson tanısı olan 68 yaşında erkek hastaya hematokrezyası olması üzerine bir hafta önce kolonoskopi yapılmış. İşlem öncesi böbrek fonksiyon testleri normal olan(kreatinin: 0.86 mg/dl, proteinüri yok) hastaya işlem hazırlığı için 2 adet OSP içeren purgatif ve 3 adet sodyum fosfat içeren enema verilmiş. Rektumdaki ülserojetan kitlenin patolojisi adenokarsinom ile uyumlu gelmiş. Kolonoskopi işleminden 4 gün sonra serum kreatinini 3.57 mg/dl ölçülmüş ve metastaz taraması amacıyla kontrastlı toraks ve batin BT çekilmiş. ABH tanısıyla kliniğimize yatırılan hasta 20mg atorvastatin, 5mg amlodipin, 4mg doksazosin, 125mg levodopa, 50mg pridedil ve 1mg rasajilin kullanıyordu. Yakın zamanda NSAİD kullanımı yoktu. Fizik muayenesinde dehidratasyon bulgusu yoktu. Akciğer sesleri doğaldı. Tansiyon 140/80 mmHg, nabız 90/dk saptandı. Hasta idrar miktarında azalma olmadığını ifade etti. Tetkiklerde serum üre 75 mg/dl, kreatinin 3.57 mg/dl, sodyum 138 mEq/L, potasyum 4.4 mEq/L, klor 106 mEq/L, fosfor 4.4 mg/dl, kalsiyum 8.8 mg/dl, albümin 3.5 gr/dl, C3c ve C4 normal, antinükleer antikor negatif, pH 7.37, HCO₃ 23 saptandı, tam idrar tahlilinde proteinüri yoktu ve idrar sedimenti fakirdi. Üriner sistem Doppler ve ultrasonografisinde patoloji

saptanmadı. 5 günlük hidrasyonla günlük idrar miktarı 2000-3800 ml arasında seyretti ancak serum kreatinin düzeyinde regresyon saptanmadı. Başvurusundan 3 hafta sonra, renal fonksiyonlarda düzelme olmaması üzerine kontrast nefropatisi, akut tubulointerstitial nefrit(AIN), akut fosfat nefropatisi(AFN) ön tanıları ile böbrek biyopsisi yapıldı. Biyopside tubullerlerde yaygın kalsiyum-fosfat presipitasyonları saptandı. AFN ile uygun bulundu. Taburculuktan sonraki takiplerinde hastanın serum kreatininini 2 mg/dl düzeyinde stabilize oldu.

Sonuç: İleri yaş, diyabet, hipertansiyon, ACEİ/ARB kullanımı, diüretik, NSAİD, böbrek hastalığı, kadın cinsiyet AFN riskini artırmaktadır. Belirgin risk faktörüne sahip olmayan hastalarda AFN riski çok düşük olmakla birlikte kolonoskopi hazırlığı sonrası böbrek fonksiyon testleri bozulan hastalarda AFN akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut fosfat nefropatisi, oral sodyum fosfat, akut böbrek hasarı, kronik böbrek hastalığı

PS-134

DEMİR KARBOKSİMALTOZ KULLANIMINA BAĞLI ŞİDDETLİ VE PERSİSTAN HİPOFOSFATEMİ GELİŞİMİ

Yağmur Başhan, Elif Tuba Şenel, Egemen Cebeci, Leyla Koç, Serhat Karadağ, Sami Uzun, Oktay Özkan, Savaş Öztürk

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Giriş: Hipofosfatemi, ciddi düzeyde olmadıkça genellikle belirgin semptom vermeyen bir elektrolit bozukluğudur; ancak semptomatik olduğunda önemli klinik tablolar yaratabilir. Kronik alkolizm, vitamin D eksikliği, hiperparatiroidizm, üriner fosfat kaybı gibi nedenlerin yanında birçok ilaç da hipofosfatemiye neden olabilmektedir. Son dönemde ülkemizde de kullanıma giren demir karboksimaltoz daha fazla miktardaki demiri daha az infüzyon sayısı ile vermeye olanak sağlamaktadır. Burada demir karboksimaltoz tedavisi sonrasında gelişen persistan şiddetli hipofosfatemi vakası sunulmuştur.

Olgu: 49 yaşında kadın hasta, Otozomal Dominant polikistik böbrek hastalığına bağlı son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle 7 yıl önce akraba dışı canlıdan böbrek nakli yapılmış. Menometroraji ile ilişkili demir eksikliği anemisi oral ajanla düzeltilemediği için bir hafta arayla 2 doz intravenöz(iv) demir karboksimaltoz uygulandı. Uygulamadan bir ay sonraki kontrolünde fosfor düzeyi 1.1 mg/dl saptandı. Kontrol fosfor düzeyleri benzer geldi. Diğer laboratuvar tetkiklerinde kreatinin 0.85 mg/dl, ürik asit 6.5 mg/dl, sodyum 141 mEq/L, potasyum 4.3 mEq/L, kalsiyum 8.9 mg/dl, magnezyum 1.9 mg/dl, albümin 4.2 g/dl, total protein 6.6 g/dl, glukoz 80 mg/dl, PTH 214 pg/ml(12-88), 25-hidroksi vitamin D 7 ng/ml(20-50), CK 120 U/L, LDH 170 U/L, karaciğer enzimleri normaldi. Hgb 13.7 g/dl, Plt 264 bin/uL, tam idrar tahlilinde patolojik bulgu saptanmadı. Fizik muayenesinde; sistem muayeneleri ve renal greft muayenesi normaldi. Fizik muayene ve laboratuvar tetkiklerinde rabdomiyoliz ve hemoliz bulgusu yoktu. Gastroduodenoskopi ve kolonoskopide patoloji saptanmadı. Jinekolojik muayenede 5-6 cm boyutlarında çok sayıda intramural miyom tespit edildi. 24 saatlik idrarda fosfat düzeyi 565 mg, fraksiyone fosfor ekskresyonu %45 hesaplandı. Toraks BT ve tüm batın MR'da tümöral kitle görülmedi. Mezenkimal tümör odağını dışlamak amacıyla çekilen PET-MR'da malignite lehine bulgu saptanmadı. Serum ve idrarda serbest hafif zincir yükseklği saptanmadı. Hasta 5mg prednizolon, 3x500mg mikofenolat mofetil, 2x2mg takrolimus, 40mg pantoprazol, 5mg perindopril kullanıyordu. Bunlar dışında ilaç veya bitkisel karışım kullanımı yoktu. Derin hipofosfateminin etyolojisi intravenöz demir karboksimaltoza bağlandı. Fosfor düzeyinin <1 mg/dl saptanması üzerine iv fosfor replasmanı uygulandı, düzey 1.5 mg/dl'ye ulaşınca oral ajanla devam edildi. Haftalık oral 50.000 IU kolekalsiferol(Vitamin D3) replasmanı başlandı. Aralıklı düşme eğilimleri olan dirençli hipofosfatemi tablosu yaklaşık 6 haftalık süreçte düzeldi. Parenteral demir karboksimaltoza bağlı olduğu düşünülen hipofosfatemi, tedavi sonrasında tekrarlamadı.

Sonuç: Kronik böbrek hastalarında sıklıkla başvuru parenteral demir tedavisinde kullanıma sunulan demir karboksimaltoz uygulama kolaylığı sağlamakla birlikte şiddetli ve persistan hipofosfatemiye neden olabilmektedir. Demir tedavisinin diğer yan etkileri ile birlikte hipofosfatemi de akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hipofosfatemi, demir karboksimaltoz

PS-135

KRONİK BÖBREK HASTALARINDA AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Şelale Şahin¹, Hülya Taşkapan²

¹Malatya İl Sağlık Müdürlüğü

²İnönü Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Biz bu çalışmada Kronik Böbrek Yetmezliği olan hastalarda diyaliz tipi ve laboratuvar verilerinin ağız diş sağlığına etkisinin incelenmesini amaçladık.

Yöntemler: Çalışmaya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Nefroloji Bilim Dalı'nda diyaliz tedavisi (24hemodiyaliz ve 26 periton diyalizi) gören ve son bir yıllık laboratuvar verileri dosyalarında bulunan toplam 50 hasta alındı.

Hastaların demografik verileri, diyaliz tedavisi alma süreleri, böbrek hastalığının etiyolojisi ve son 1 yıla ait laboratuvar bulgularına ulaşıldı. Bu laboratuvar bulgularının formun doldurulduğu andaki değeri ve sırayla; 3, 6 ve 12 ay önceki değerlerinin ortalaması alındı ve istatistiksel analizlerde kullanıldı.

Ağız ve diş sağlığını değerlendirmek için detaylı muayenelere ek olarak Çürük Eksik Dolgulu Diş İndeksi (DMFT), Modifiye Diş Eti İndeksi (MDEI) ve Periyodontal Hastalık İndeksi (PDI) kullanıldı.

Bulgular: Hemodiyaliz ve periton diyalizi hastaları arasında cinsiyet, yaş ortalamaları, eğitim durumları, medeni durumları, meslek dağılımları, aylık ortalama gelirleri ve diyaliz süresi açısından fark yoktu(p>0.05).

Hemodiyaliz ve periton diyaliz hastalarının PDI, MDEI ve DMFT indeksi ortalaması sırasıyla (0.12 ±0.23, 0.05±0.14; 0.04±0.02, 0.05±0.03 ve 6.95±5.65, 7.88±4.58) idi ve iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu (p>0.05).

PDI ve DMFT indeksi ile eğitim durumu arasında fark saptanamazken, okur-yazar olmayan ve ilköğretim mezunlarının MDEI skoru, lise-üniversite mezunlarına göre daha yüksekti(p=0.011). DMFT ve MDEI indeksleri bekârlarda daha düşüktü sırasıyla (p=0.04)(p=0.005).

MDEI ile yaş arasında pozitif ilişki (r=0.30, p=0.031),serum demir düzeyi ile ise negatif ilişki(r=-0.28, p=0.049), DMFT indeksi ile yaş arasında pozitif ilişki (r=0.59, p=0.001), PDI ile fosfor (r=0.37, p=0.007), BUN (r=0.32, p=0.02)ve PCR düzeyi (r=0.69, p=0.001) aralarında pozitif ilişki tespit edildi.

Sonuç: Bizim çalışmamız kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda ağız ve diş sağlığının olumsuz olarak etkilendiğini, bu durumun diyalizin tipinden daha çok diyaliz süresi, BUN, demir, fosfor ve PCR düzeyleri ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca yaşın, evli veya dul olmanın ve eğitim düzeyinin düşük olmasının ağız diş sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağız diş sağlığı, diyaliz tipi, DMFT, kronik böbrek yetmezliği, periyodontal hastalıklar

PS-136

RENAL AMİLOİDOZUN NADİR SEBEBİ: ANKİLOZAN SPONDİLİT

Özge Yalıcı, Kürşad Öneç

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Sekonder amiloidoz (AA), kronik inflamatuvar ve kronik enfeksiyon hastalıklarının önemli bir komplikasyonudur. Romatolojik artrit (RA), ailevi akdeniz ateşi (FMF), tüberküloz enfeksiyonu ve osteomyelit sıklıkla sekonder amiloidoz gelişmesi ile ilişkili olduğu bilinen hastalıklardır. Bu vakada nefrotik sendrom ve böbrek yetmezliği etyolojisi araştırılırken ankilozan spondilit tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Elli dokuz yaşında erkek hasta; bilinen hipertansiyon, 36 yıl önce geçirilmiş tüberküloz, hepatit B taşıyıcılığı olan hasta kardiyoloji poliklinik kontrolleri sırasında kreatinin değeri yüksek saptanması üzerine nefrolojiye yönlendirilmiş. 36 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu olan hastanın ilk başvurusunda kreatin 2.34 mg/dl idi. Tam idrar tahlilinde protein pozitif, mikroskopisi normal olan hastanın

spot idrar prt/kre oranı 1.57 saptandı. Yapılan böbrek ultrasonografisinde bilateral böbrek boyutları normal, parankim ekojenitesi grade 1 artmış olarak yorumlandı. İmmünolojik markerlarından ANA:negatif, ANTI ds-DNA:negatif, C3 düzeyi:58 (düşük), C4 :11 (düşük), HBsAg:1415, Anti HBs: negatif, Anti HCV: negatif saptandı. Hastada toraks tomografi bulgularında tüberküloz ve bronşektazi lehine bulgu saptanmadı. HBV enfeksiyonu açısından değerlendirilen hastada kronik hepatit B enfeksiyonu saptanmadı. Takipleri sırasında proteinüri düzeyi 9.41 gr/gün'e kadar artış gösteren ve bu süreçte bel ağrısı ve hareket kısıtlılığı nedeniyle tetkik edilen hastaya Ankilozan Spondilit tanısı koyuldu. Hastadaki nefrotik sendrom ve renal fonksiyon bozukluğu açıklamak için sekonder amiloidoz ön tanısıyla rektal biyopsi yapıldı. Yapılan rektal biyopsi sonucu AA tipi amiloid birikimi saptanması üzerine hasta ankilozan spondilite sekonder amiloidoz ve buna bağlı kronik böbrek yetmezliği olarak kabul edildi ve takibe alındı.

Tartışma: Ankilozan spondilite (AS) bağlı renal amiloidoz ile ilgili epidemiyolojik veriler çok sınırlıdır. Amiloidoz, AS de en sık gözlenen böbrek komplikasyonu olup, görülme sıklığı ankilozan spondilitli vakaların %4 ile %8,6 arasında değişmektedir. AS hastalarının çoğunluğunun genç yaşta olması, semptomlarının subklinik olması sebebiyle ankilozan spondilite bağlı amiloidoz tanısı gecikebilmektedir. Bu sebeple ankilozan spondilit tanısı olan hastaların düzenli olarak proteinüri ve böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, amiloidoz, kronik böbrek yetmezliği

PS-137

LUPUS GLOMERULONEPHRITIS IN A PATIENT WITH PRIMARY SJÖGREN'S SYNDROME: CASE REPORT

Ayllia M. Yeşilova¹, Gizem Ayan¹, Müge Bilge¹, Münevver Gül Avcı¹, Neslihan Özsoy¹, Aynura Aliyeva², Meral Gülay Kadioğlu²

¹Health Sciences University, Istanbul Okmeydanı Research And Training Hospital, department Of Internal Medicine

²Health Sciences University, Istanbul Okmeydanı Research And Training Hospital, department Of Nephrology

Introduction: Sjögren's syndrome (SS) is an autoimmune disease characterized by lymphocytic infiltration of exocrine glands. The disease presents alone (primary Sjögren's syndrome (pSS)) or in association with other autoimmune diseases, such as systemic lupus erythematosus (SLE). In this report, we described a patient with a case of pSS who developed lupus nephritis during the follow-up period.

Case: A 42-year-old woman was admitted to the hospital with severe shortness of breath. Over the past two months she was referred to the hospital twice with similar complains and she required intensive care admission for life-threatening pulmonary edema during the last hospital visit. The patient was diagnosed with pSS in 2013. Her past medical history was not remarkable for any extraglandular organ involvement until 6 months ago.

On physical examination, patient had dyspnea, tachypnea and cyanosis of the lips. Arterial blood pressure was 220/120 mmHg, heart rate 118 beat/min. Pulmonary exam was remarkable for bibasilar rales. The patient's initial and follow-up laboratory examinations are presented in Table 1. During the following days urinary output decreased and renal function deteriorated. The urine analysis including proteinuria, leucocyturia and hematuria and serum hypocomplementemia alerts us of the presence of glomerulonephritis. The histopathological findings of renal biopsy of the patient revealed focal proliferative glomerulonephritis with "full house" immunofluorescence pattern for IgG, IgM, IgA, C3 and C1. Complete remission was achieved after three months of immunosuppression with prednisolone and mycophenolate mofetil.

Conclusion: This case illustrates the importance of close follow up of patients with low complement levels and proteinuria developing in the course of pSS. Renal biopsy is essential in a pSS patient with suspicion of glomerulonephritis as it is difficult to distinguish clinically and serologically glomerulonephritis due to pSS and LN.

Anahtar Kelimeler: primary sjogren's syndrome, lupus nephritis

Table 1: The initial and follow up laboratory data of the patient

Variables	At admission	On 7th day	At discharge	At 1th months	At 3th months
Leukocyte (103/ µL)	4.99	6.8	15.6	18.15	10.2
Neutrophil (103/µL)	3.7	5.65	13.7	14.2	5.9
Lymphocyte (103/µL)	1.04	0.8	0.9	2.6	2.8
Hemoglobin(g/dl)	9.5	8.7	9.6	10.5	13
Platelet (103/ µL)	236000	243000	267000	328000	288000
C-reactive protein (mg/dl)	69			7.8	4
ESR* (mm/h)	119			45	38
Urea (mg/dl)	103		109	105	56
Creatinine (mg/dl)	1.2	3.46	2	1.5	1
C3 (mg/dL; n: 90-180)		66		117	162
C4 (mg/dL; n: 10-40)		1.6		1.8	7.8
Spot Protein/Creatinine Ratio (mg/d)	3558			748	125

PS-138

RENAL TRANSPLANT HASTASINDA ERKEN DÖNEM KOMPLİKASYONU: MİLİYER TÜBERKÜLOZ

Zuhal Atan Uçar¹, Ayşe Sinangil¹, Yener Koç¹, Sana Abouzahir², Soykan Barlas³, Bedriye Koyuncu⁴, Emin Barış Akin³, Süleyman Tefvik Ecder¹

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

²Istanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye; Department Of Nephrology Chu A. Le Dantec, cheikh Anta Diop University, Dakar, Senegal

³Istanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Böbrek Nakil Ünitesi, İstanbul, Türkiye

⁴Istanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş: Renal transplantlı hastalarda tüberküloz(TB) normal popülasyona kıyasla oldukça sık görülen fırsatçı enfeksiyondur. Olguların çoğunda, TB enfeksiyonu transplantasyon sonrası ilk yıl içinde geliştiği gözlenmiştir. Transplantasyon sonrası görülen aktif TB olgularının 1/3 ya da 1/2'sinde dissemine ya da ekstrapulmoner TB olduğu görülmektedir. Renal transplantasyon sonrası erken dönemde miliyer TB tanısı koyduğumuz hastamızı sunmaktayız.

Olgu: SA 45 yaşında kadın hastaya canlı vericiden(baba) preemptif haplotip uyumlu renal transplantasyon yapıldı. Öyküsünde geçirilmiş tüberkülozu ve tüberkülozlu olgu ile temas yoktu. İndüksiyon tedavisi olarak antitimositglobulin(ATG) verildi. Kortikosteroid takrolimus ve mikofenolat içeren idame tedavi ile postoperatif 7. gününde kreatinin 1mg/dl iken taburcu edildi. Nakilden 2 ay sonra 10 gündür devam eden ateş halsizlik karın ağrısı ile yatırıldı. Fizik muayenesinde ateş:39C TA:120/80mmhg akciğer ve sistem muayeneleri normaldi. Pretibial ödem ve periferik lenfadenopati saptanmadı. Hastanın kreatinin:1.7mg/dl BUN:25mg/dl CRP:13mg/dl ESR:97mm lökosit:6450/uL hemoglobin:8.8gr/dl hematokrit:%29 trombosit:331000/uL saptandı. Karaciğer fonksiyon testleri normaldi. PA akciğer grafisinde özellik saptanmadı. Tüm batın ultrasonografisinde pelvik minimal sıvı dışında patoloji saptanmadı. Toraks BT de mediastende multipl LAP, abdominal BTde paraaortik interaortakaval mezenterik yağlı planlar arasında multipl LAP tespit edildi. PET CT'de her iki supraklavikuler-infraklavikuler, mediastinal, bilateral hilier, interaortakaval, paraaortik, çölyak artmış FDG tutulumu gösteren lenfadenopatiler öncelikle enfektif (tbc lenfadenit) ve lenfoproliferatif hastalıklar açısından anlamlı olarak değerlendirildi. Supraklavikular bölgeden yapılan LAP örneklemeinde ARB pozitifliği, lowenstein-jensen besiyerinde mycobacterium tuberculosis üremesi oldu. Hastaya 4'lü antitüberküloz tedavi başlandı. Tedavinin 4. gününde hastanın genel durumunda bozulma kreatinin CRP artışı gelişti. PA akciğer grafisinde bilateral infiltrasyon görüldü. Bronkoalveolar lavajda ARB

ve TB-PCR pozitif olduğundan miliyer TB tanısı kondu. Şiddetli ağrıları olan hastanın hiponatremisi uygunsuz ADH sendromu olarak değerlendirildi ve sıvı kısıtlaması yapıldı. Antitüberküloz tedavinin 10. gününde hastanın genel durumu düzeldi. CRP geriledi hiponatremisi düzeldi.

Sonuç: Tüberküloz renal transplantasyondan sonra sıklıkla ilk 1 yılda görülür. Medyan başlangıç zamanı posttransplant 11.5 ay olmasına rağmen hastamızda olduğu gibi posttransplant erken dönemde de görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Renal transplantasyon, milier tüberküloz

PS-139

RAKUN GÖZ BULGUSU İLE BAŞVURAN SEKONDER AMİLOİDOZ OLGUSU

Seval Orman¹, Mehmet Baysal², Veysi Asoğlu¹, Şükrü Kocabaş¹, İlhan Kurultak³, Ufuk Usta⁴, Sedat Üstündağ³

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı

³Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

⁴Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş: Amiloidozis farklı karakterdeki protein fibrillerin dokularda birikmesi ile oluşan hastalıkların genel adıdır. Böbrek tutulumu, proteinüriden son dönem böbrek yetmezliğine kadar uzanan geniş bir yelpazede ortaya çıkabilir. Birikimin bölgesine göre böbrek dışı bulgular da izlenebilir. Biz, literatürde daha çok primer (AL) amiloidozis için tanımlanan “rakun gözü” bulgusunun sekonder amiloidozisde (AA) de görülebileceğini gösteren olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: Altmış yaşında erkek hasta öksürük, balgam, halsizlik ve kilo kaybı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde bilateral periorbital erguvani cilt lezyonu ve cilt turgor tonusunda azalma dışında özellik saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde 24 saatlik idrarda; kreatin klirensi: 23.2 ml/dk protein atılımı:12 gr/gün albuminüri: 5.9 gr/gün saptandı. Otoantiklorlar negatif bulundu. Serum Ig A: 732 mg/dL (82-453) dışında immünglobulin düzeyleri normaldi. Serum protein elektroforezinde poliklonal bant izlendi. Serum ve idrar immünfiksasyon testlerinde özellik saptanmadı. Ultrasonografik incelemede sağ böbrek 126*55*13 mm, sol böbrek 122*48*10 mm; sağda grade 3, solda grade 2 ekojenite artışı izlendi; renal arter stenozu saptanmadı. Toraks tomografisinde; sağ akciğer üst lob anteriorda 2.5*2 cm, üst lob apikalde kaviter 2.5*3 cm, sol alt lobda 3*2.5 cm boyutlarında spiküle sınırlı nodüler lezyonlar ve sol hemitoraksta plevral efüzyon izlendi. PET/CT’de mevcut lezyonlarda enfeksiyon/malignite ayrımı net yapılamadı. Balgamda ARB üç kez negatif saptandı. Video destekli torakoskopik biyopside plevra ve akciğer lezyonları kronik inflamasyonla uyumlu bulundu. Karın cilt-cilt altı biyopsisinde amiloid negatif saptandı. Kemik iliği biyopsisinde myelom lehine bulgu saptanmadı. Tüm vücut amiloid sintigrafisinde patolojik tutulum izlenmedi. Hastanın böbrek biyopsisi, amiloidoz ile uyumlu bulundu, potasyum permanganat ile reaksiyon verdiğinden ön planda sekonder amiloidoz düşünüldü. Hasta Kolşisin ve RAAS blokajını içerir nefron koruyucu tedavi ile taburcu edildi.

Tartışma: Ülkemizde Amiloidozun en sık nedeni sekonder nedenlerdir. Sekonder amiloidozda böbrek tutulumu sık ve morbi-mortaliteye en fazla katkı sağlayan durumdur. Amiloid çoğunlukla glomerüllerde, tübüler, interstisyel ve perivasküler alanlarda birikir. Glomerüler tutulumun ön planda olduğu durumlarda, olgumuzdaki gibi nefrotik proteinüri sıktır. Altta yatan inflamatuvar durumun tedavisi böbrek fonksiyonunda stabilizasyon ya da düzelme, protein atılımında azalma ve amiloid birikiminde kısmi bir azalma ile sonuçlanabilir. Sistemik tutulum AL amiloidozda daha belirgindir ve kalp, karaciğer dalak, böbrekler, dil, vasküler yatak gibi visseral organ tutulumlarına ait bulgular gözlenebilir. Rakun göz belirtisi, literatürde AL amiloidozun nadir görülen dermatolojik bulgusu olarak kabul edilir. Ancak biz renal biyopsi ile sekonder amiloidozis tanısı alan hastamızda bu belirtiyi tespit ettik. Rakun göz ile başvuran hastalarda sekonder amiloidozis de olabileceği hastayı takip eden klinisyenin aklında bulunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Rakun Göz, Sekonder Amiloidoz, Nefrotik Proteinüri

Tablo 1:

Veri	Değer	Normal Aralık	Birim
Lökosit	10.500	4.23-9.07	1000/uL
Hemoglobin	12.2	13.7-17.5	gr/dl
Üre	79	17-43	mg/dl
Kreatinin	2.6	0.72-1.25	mg/dl
T.protein	6.6	6.6-8.3	gr/dl
Albumin	1.3	3.5-5.2	gr/dl
Sodyum	140	136-146	mmol/L
Potasyum	4.1	3.5-5.1	mmol/L
Crp	0.9	0-0.8	mg/dl
sedimantasyon	96	0-20	mm/h
B2-mikroglobulin	12123	1010-2500	ng/ml
Pro-BNP	8147	0-125	pg/ml
C3	86	79-152	mg/dl
C4	37	16-38	mg/dl
Kriyoglobulin	0.005	0-0.016	OD
Serum amiloid-A	129	0-6.4	mg/L

PS-140

AMFETAMİN İLE İLİŞKİLİ AKUT İNTERSTİSYEL NEFRİT VAKASI

Sabahat Alishır Ecdar¹, Ali Rıza Odabaş¹, Banu Şahin Yıldız¹, Gülşah Şaşak Kuzgun¹, Ümmügülüm Durak²

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Akut interstisyel nefrit (AİN) böbrek fonksiyonlarında ani azalmaya neden olan ve böbrek interstisyumunda inflamasyon ile karakterize bir patolojidir. En sık nedeni ilaçlardır. Toksik ajanlara bağlı da görülebilmektedir. Amfetamin toksik etki ile AİN sebep olabildiği bilinmektedir. Genellikle nonspesifik belirtiler ve akut böbrek fonksiyon bozukluğu semptomları ile başvuran AİN vakalarında nadiren nörolojik semptomlar gelişmektedir. Bu yazımızda amfetamin kullanıma bağlı gelişen, nörolojik semptomlarla başvuran bir AİN vakası sunulmuştur.

Vaka: Bilinen hastalık ve ilaç kullanım öyküsü olmayan 27 yaşında kadın hasta, ani gelişen görme bulanıklığı ve ateş şikayeti ile acil servise başvurdu. Beyin diffüzyon manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde, korpus kallosum spleniumda diffüzyon kısıtlılığı saptanan hasta nöroloji servisine interne edildi. Ateş ve görme bulanıklığı kendiliğinden gerileyen hastanın takibinde ani kreatinin artışı olması üzerine Nefroloji kliniğine devir alındı. Başvuru sırasında kreatini:0,8 mg/dl, elektrolit değerleri normal, tam idrar tetkikinde 3(+) protein mevcuttu. 72 saat içinde kreatinin:3,26 mg/dl’ye yükseldi. Spot idrarda protein/kreatin: 7gr /gün saptandı. Böbrek biyopsisi planlanan hastanın vaskülit tetkikleri istendi. C3-C4 normal, ANA(-), anti-ds DNA(-), RF(-), anti- CCP (-), MPO-ANCA(-), PR3-ANCA (-) saptandı. Batın ultrasonografide böbrek boyutları, parankim ve lokalizasyon normal saptandı. Ön tanıda hızlı ilerleyici glomerülofrit düşünüldükçe pulse steroid tedavisi başlandı. İlk anamnezinde ısrarla sorulmasına rağmen madde kullanımını reddeden hastanın sonradan, iki hafta önce alkolle birlikte amfetamin kullanımı olduğu öğrenildi. Steroid tedavisinin 7.gününde kreatinin:0,78 mg/dl, 24 saatlik idrarda proteinüri:360 mg/gün saptandı. Hastanın böbrek biyopsisi yapıldı. Patoloji sonucunda interstisyel alanda fokal eozinofillerden zengin iltihabi infiltrasyon ve eritrosit ekstrasvazasyonu saptandı. AİN ile uyumlu kabul edilen klinikopatolojik bulgular sonucu hastanın steroid tedavisinin azaltılarak kesilmesine ve ayaktan poliklinik takibine karar verildi.

Sonuç: AİN vakalarında en sık neden ilaçlardır. Hastaların ilaçlarının dışında kullandığı toksik maddeler de sorgulanmalıdır. Toksik madde kullanımı olan hastalar sıklıkla görülen akut böbrek yetmezliği semptomları dışında daha ciddi ve alışılmadık belirtilerle karşımıza çıkabilir.

Anahtar Kelimeler: Amfetamin, akut interstisyel nefrit

PS-141

PERİYODİK BACAK HAREKETLERİNİN KARDİYOVASKÜLER HASTALIK VE OBSTRÜKTİF APNE SENDROMU ŞİDDETİ İLE İLİŞKİSİ

Sabahat Alışır Ecder, Halil İbrahim Yakar, Erkan Ceylan, Asiye Kanbay
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Periyodik bacak hareketleri (PBH), Obstrüktif Uyku Apne Sendromunda (OUAS) sempatik hiperaktivite ile ilişkili olabileceği bilinmektedir. Ancak PBH ve kardiyovasküler hastalık (KVH) ilişkisi bilinmemektedir. Bu çalışmada, OUAS olgularda KVH ile PBH indeksi (PBHI) ilişkisini araştırmayı amaçladık. Çalışmaya tüm gece polisomnografi (PSG) uygulanan 745 hasta alındı. Apne hipopne indeksi (AHI) < 5 in altında olan hastalar kontrol grubu olarak belirlendi. PBHI, tüm olgularda uyku laboratuvarımızda uygulanan PSG kayıtlarından skorlandı. 611 olgu OUAS grubu (ort. yaş 50 ±86 yıl, K/E: 539/196), 134 hasta kontrol grubu (ort. yaş 44 ±50 yıl, K/E: 120/615) olarak belirlendi. Grup dağılımları analiz edildiğinde 257 hasta ağır evre OUAS, 169 hasta hafif evre OUAS olarak bulundu. PBHI düzeyinin kontrol grubundan şiddetli OUAS grubuna kadar kademeli olarak arttığı gözlemlendi (3.8± 3.0 ; 5.1± 3.5 ; 6.6±4.5 ve 7.3±5.1, sırasıyla; p<0.001). Benzer şekilde KVH prevalansının da kontrol grubundan şiddetli OUAS grubuna kadar kademeli arttığı gözlemlendi. [%21 (16); %46 (27); %45 (24) ve %90 (35) sırasıyla p=0.001], OUAS grubunda, PBHI düzeyi ile AHI arasında anlamlı korelasyon bulundu (r=0.025, p<0.001). Ayrıca tüm olgularda KVH olanlarda olmayan olgulara göre PBHI düzeyi anlamlı olarak yüksek bulundu (sırasıyla 6.68±4.28, 5.67± 4.14, p=0.015)

OUAS'lı hastalarda KVH prevalansının anlamlı olarak arttığı ve OUAS şiddeti ile PBHI'nin ilişkili olduğu bulunmuştur. Artmış PBH aktivitesinin, OUAS'lı olgularda artmış KVH riski ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle PBH olan olgular OUAS yönünden araştırılmalı ve tedavi edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Periyodik bacak hareketleri, kardiyovasküler hastalık, obstrüktif uyku apne sendromu

PS-142

PRERENAL AZOTEMİNİN DÜZELMESİ SONRASI ORTAYA ÇIKAN PRES SENDROMU: OLGU SUNUMU

Sinan Kazan¹, Oğuzhan Köse², Yusuf Özeke², Elif Dizen Kazan³, Sena Ulu¹

¹Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hasanesi, Nefroloji Bilim Dalı

²Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hasanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

³Sandıklı Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

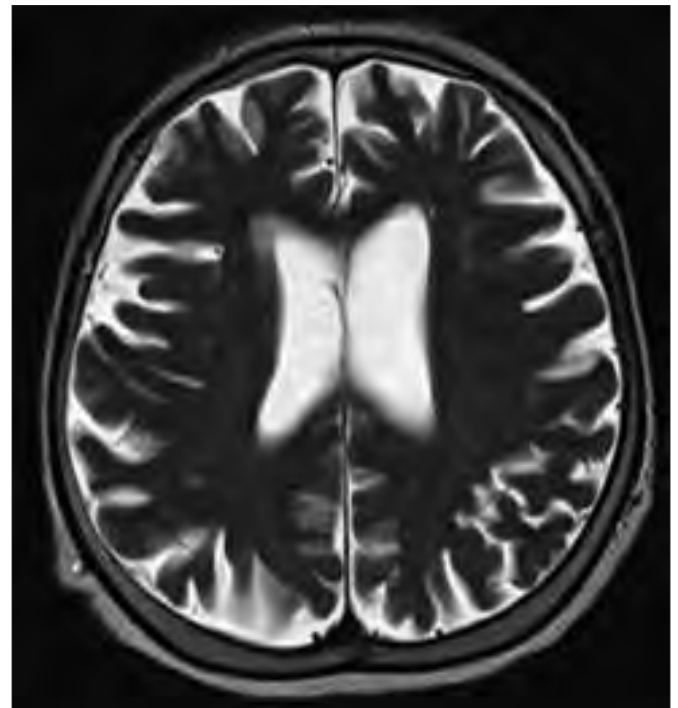
Giriş: Posterior reversible ensefalopati sendromu (PRES) mental durum değişikliği, konfüzyon, letarji ve nöbet ile karakterize klinik bir durumdur. Manyetik rezonans görüntülemeye bilateral parieto-okspital bölgede vazojenik ödem görülmesi tipiktir. Hipertansif ensefalopati, çeşitli ilaçlar, elektrolit dengesizlikleri, akut veya kronik böbrek yetmezliği, hemolitik üremik sendrom, lösemi ve lenfoma gibi hastalıkların seyrinde PRES sendromu ortaya çıkabilir. Burada nadir görülmesi nedeniyle prerenal azoteminin düzelmesi sonrası ortaya çıkan bir PRES sendromu olgusunu sunuyoruz.

Olgu: Hipertansiyon dışında kronik hastalığı bulunmayan 78 yaşında kadın hasta, 4-5 gündür olan ishal, halsizlik ve iştahsızlık şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Fizik muayenesinde TA:130/80 mmHg, vücut ısısı 36,3 OC, pupiller normo-izokorik, ışık refleksi bilateral pozitif, kas gücü bilateral ekstremitelerde

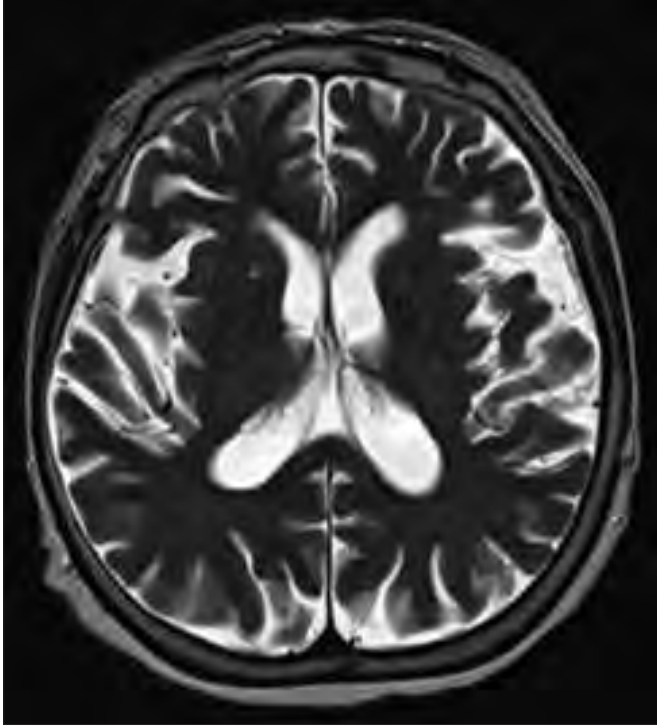
5/5'ti. Hastanın mukozaları kuru, cilt turgor ve tonusu azalmıştı ve hasta dehidrate olarak değerlendirildi. Laboratuvar incelemesinde üre: 203 mg/dl, kreatinin: 1,79 mg/dl, Na: 133 mEq/L, K: 4,54 mEq/L, Hb: 9,9 g/dl, wbc:3,49 K/uL, trombosit sayısı: 141K/ul saptandı. Venöz kan gazında pH:7,29, HCO3:18,3 mmol/l tespit edildi. Meningeal irritasyon bulguları ve ateşi olmayan hasta prerenal azotemi nedeniyle nefroloji servisine yatırıldı. Alciği-çıkardığı sıvı takibi yapıldı ve pozitif balanza takip edildi. Tedavisinin 4. gününde üre:66 mg/dl, kreatinin: 0,9 mg/dl'a geriledi. Kan gazında metabolik asidozu düzeldi. Yatışının 6. gününde hastanın taburculuğu planlanırken epileptik nöbet geçirdi ve nörolojiye danışıldı. Hasta yoğun bakıma alındı ve fenitoin yüklemesi yapıldı. Hastanın vitalleri TA:140/100 mmHg, nabız:110/dk idi ve ateşi yoktu. Kan şekeri 130 mg/dl idi. Nörolojik muayenesinde taraf bulgusu yoktu, hafif konfüzyonu mevcuttu, kooperasyonu ve oryantasyonu kısıtlıydı. Hasta postiktal uykuya meyilliydi. Hastanın genel durumu düzeldiğinde beyin MR çekildi. Sağda biraz daha belirgin olmak üzere her iki inferior-temporal bölgede ve oksipital lobda posterorda simetrik hafif vazojenik ödem izlenmiş olup klinik bulgular ile uyumlu ise PRES lehine değerlendirilebilir şeklinde raporlandı (Şekil 1 ve 2). Takip eden 1 hafta boyunca nöbet geçirmeyen hasta yoğun bakımdan nefroloji servisine çıkarıldı. Nörolojiye tekrar danışılan hastada anamnez, klinik takipler ve radyolojik bulgular birlikte değerlendirildiğinde tanıda PRES düşünüldü. Hasta nöroloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Tartışma: Vazojenik ödem oluşumundan iki temel mekanizma sorumlu tutulmaktadır. Birincisi beynin vasküler otoregülatuar yetmezliği sonucu hiperperfüzyonu, ikincisi ise serebral arterlerde vazokonstriksiyon sonucu meydana gelen hipoperfüzyondur. Yaptığımız literatür taramasında akut ve kronik böbrek yetmezliği seyrinde gelişen PRES sendromu vakalarında yakın zamanda hemodiyaliz öyküsünün olduğunu tespit ettik. Literatürde prerenal azotemi nedeniyle yatırılıp hidrate edilen ve düzelme sonrası ortaya çıkan bir PRES sendromu vakasına rastlamadık. Hemodiyaliz sonrası ortaya çıkan PRES sendromu vakalarında kan ile beyin osmolaritesi arasındaki denge değişikliklerinin rol oynayabileceği bildirilmektedir. Ancak bizim vakamızda hemodiyalize alınmasa da prerenal azotemi 4 gün gibi kısa bir sürede düzelse de PRES sendromu ortaya çıkmıştır. PRES sendromunun akut ve kronik böbrek yetmezliğindeki patogeneze yönelik veriler kısıtlıdır.

Anahtar Kelimeler: Prerenal azotemi, PRES sendromu



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-143

MESANE KANSERLİ OLGUDA RADİKAL SİSTEKTOMİ+ÜRİNER İNTESTİNAL DİVERSİYON SONRASINDA GELİŞEN KRONİK CİDDİ METABOLİK ASİDOZ

Özlem Kutlu¹, Belda Dursun², Murat Yaşar Taş²

¹Pamukkale Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Pamukkale Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Ekstrasellüler bölgede hidrojen iyonu artmasına asidoz denir. Metabolik asidoz HCO₃ kaybı, dışardan asit alımı veya endojen asit oluşumunun artması sonucu pH'nı düşmesidir. Metabolik asidozun sebepleri ketoasidoz, laktik asidoz gibi endojen asit artışı ; kusma, diyare gibi gastrointestinal sistemden ve renal tubuler asidoz gibi renal HCO₃ kayıplarıdır. Mesane karsinomu sebebi ile radikal sistektomi ve üriner diversiyon operasyonu sonrası kronik dönemde ciddi metabolik asidoz ile gelen olgu sunulmuştur.

Olgu: 58 yaşında erkek hasta 1 hafta önce olan bulantı, kusma, ishal ile dış merkeze başvurmuş böbrek fonksiyon testlerinde bozukluk saptanarak polikliniğimize yönlendirilmiştir. Mesane karsinomu sebebiyle radikal sistektomi ve üriner diversiyon operasyonu sonrasında 12 yıldır temiz aralıklı kateterizasyon yaptığı, 6 yıldır hipertansiyon ve 1 aydır Tip 2 diyabetes mellitus tanısı olduğu öyküsünde tespit edilmiştir. Kullandığı ilaçlar verapamil hidroklorür ve trandolapril kombinasyonu, metformin, dapagliflozin, saksagliptin ve klopidoğredir. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, dahili sistem muayenesi olağandır. Tansiyonu 100/70 mm/hg, nabızı 80/dk'dır. Laboratuvarında serum kreatinini 2.44 mg/dl olup bazal serum kreatinini 1.2 mg/dl'dir. İdrar tetkikinde lökosit +, protein negatiftir. Kan gazında pH 7.167, bikarbonatı 11.8 mmol/L'dir. Hasta kronik böbrek hastalığı zemininde akut böbrek hasarı ve ciddi metabolik asidoz ile yatırılmıştır. İntravenöz hidrasyon verilip nefrotoksik ajanlar kesilip, intravenöz sodyum bikarbonat tedavisi başlanılmış sonrasında oral 500 mg sodyum bikarbonat günde 3 kez 2 tablete geçilmiştir. Hasta serum bikarbonat düzeyi 19.6 mmol/L olarak oral sodyum bikarbonat tedavisiyle taburcu edilmiştir. Hastanın 1 hafta ve 2 ay sonraki kontrollerinde serum bikarbonat düzeyleri 23.2 mmol/L

ve 23.6 mmol/L şeklinde stabil olup oral sodyum bikarbonat tedavisine devam edilmiştir.

Sonuç: Günümüzde bağırsak segmentlerinin kullanıldığı üriner diversiyon operasyonları sık kullanılan cerrahi prosedürlerdir. Bu operasyonlara bağlı metabolik asidoz görülebilmektedir. Kullanılan bağırsak segmentine, bağırsak segmentinin uzunluğuna ve idrarla temas süresine göre farklı tablolarla ve değişen zamanlarda karşımıza çıkabilmektedir. Bu hastaların yaşam boyu metabolik komplikasyonlar açısından izlenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Metabolik Asidoz, Radikal Sistektomi, Üriner Diversiyon

PS-144

3'Ü BİR ARADA: PNÖMONİ, DEHİDRATASYON VE BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİNE BAĞLI İNTRA, PRE VE POSTRENAL ABY

Osman Küskü, İrem Onar, Numan Görgülü

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağırcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Benign prostat hiperplazisi (BPH), prostat bezinin epitelyal ve stromal düz kas komponentlerinin proliferasyonu sonucu gelişen prostat büyümesidir. Prostat büyümesi, mesane çıkış obstrüksiyonlarına ve alt üriner sisteme ait semptomlara neden olur. Toplum kökenli pnömoni ise genellikle hastane dışında ve bilinen bir immün yetmezliği olmayan kişilerde günlük yaşam esnasında ortaya çıkan pnömoni olarak tanımlanmaktadır. Bu yazıda, pnömoniye bağlı intrarenal, oral alım azlığına bağlı prerenal ve BPH'a bağlı postrenal akut böbrek yetersizliği gelişen bir hastada her 3 durumun da tedavisi sonrasında klinik ve laboratuvar bulguları düzelen bir hasta sunulmuştur.

Olgu: 75 yaşında erkek hasta, oral alım azlığı, idrar yapamama, öksürük, nefes darlığı ve iştahsızlık şikayetleri ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinç açık, oryante, koopere idi. TA:110/70mmHg, NDS:80/R, ateş:36,8°C idi. Dinlemekle bilateral akciğer bazallerinde ince ralleri vardı. S1, S2 N, ek ses ve üfürüm yoktu. Batında hassasiyet, defans, rebound ve hepatosplenomegali yoktu. Pretibial ödem yoktu, dil kuru ve deri turgoru azalmıştı. Laboratuvarında üre:296mg/dl, kreatinin:8,6mg/dl, P:7.2mg/dl, Na:132mmol/L, K:4.9mmol/L, albümin: 3.1g/dl, CRP:63mg/L, Lökosit:14.680mm³/L, Hb:10.4gr/dl idi. Hastanın çekilen Toraks BT'sinde sağ akciğer üst lob posterior segmentte buzlu cam dansiteleri ve hafif havalanma kaybı alanları, sol akciğer üst lob posterior segmentte fissürde hafif kalınlaşma ve komşuluğunda buzlu cam görünümüne izlendi. Bu radyolojik ve mevcut klinik bulgularıyla hastada pnömoni düşünülerek Seftriakson ve Moksifloksasin tedavisi başlandı. Oral alımı kötü ve dehidrate olan hastaya IV sıvı desteği verildi. Batın ultrasonografisinde bilateral böbreklerde grade 2 pelvikalektazi izlenmesi üzerine takılan idrar sondasıyla 2000cc idrar boşaltıldı. Ertesi günkü kreatinin değerleri gerileyen hastaya hiç hemodiyaliz yapılmadı, IV antibiyotik ve sıvı tedavileriyle pnömonisi ve dehidratasyonu düzeldi ve serum kreatininini 1.5mg/dl'ye gerilemesi üzerine eksterne edildi.

Sonuç: Özellikle yaşlılardaki alt solunum yolu enfeksiyonları, hem prerenal, hem de intrarenal akut böbrek yetersizliğine yol açabilir. Bu vakayı sunmamızın nedeni, sanılanın aksine bir hastada sadece tek bir ABY nedeninin olmayabileceğini vurgulamaktır. Vakamızda olduğu gibi, bir hastada prerenal, intrarenal ve postrenal sebepler bir arada bulunabilir ve özellikle infravezikal obstrüksiyonlar idrar sondasıyla kolayca düzeltilebilir. Bu vakada, hemodiyalize alma konusunda aceleci davranılmayıp sebeplere yönelik tedaviler uygulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: İntra, pre ve postrenal ABY

PS-145

FABRY HASTASINDA ENZİM REPLASMAN TEDAVİSİ İLE KARDİYAK DÜZELMENİN STRAIN EKOKARDİYOĞRAFI İLE GÖSTERİLMESİ

Benay Özbay², Evrim Şimşek², Evrican Zin Ceylan¹, Çiğdem Dinçkal¹, Müge Yılmaz¹, Yagut Shamistanlı¹, Meral Kayıkcıoğlu², Soner Duman¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bornova, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Bornova, İzmir

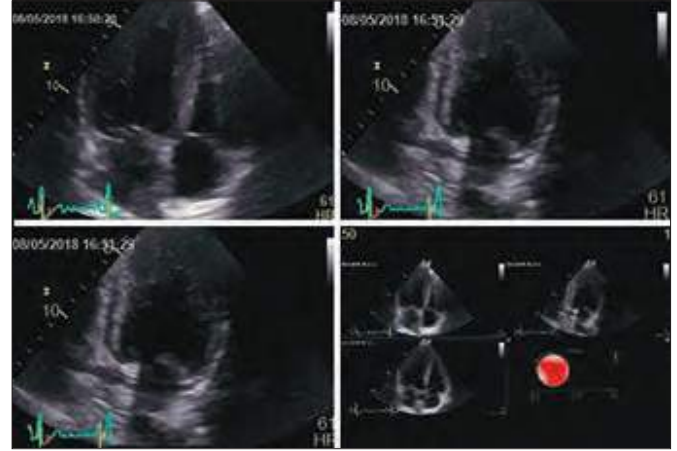
Giriş: Fabry hastalığı X kromozomuna bağlı geçiş gösteren nadir bir glikosfingolipid birikim hastalığıdır. α -galaktosidaz A enzim eksikliği sonucu sinir, böbrek, kalp ve cilt gibi birçok farklı dokuda globotriosilzseramitin (Gb3) birikimi ile sonuçlanan çoklu sistem hastalığıdır. Endotel hücrelerde Gb3 birikimi; mikrovasküler obstrüksiyon organlarda iskemik doku hasarı neden olur. Fabry hastalığı olan kişilerin %55'inde renal tutulum olur. Böbreklerde proteinüri, fokal segmental glomerüloskleroz ve tübüler atrofiye neden olarak ilerleyen dönemde son dönem böbrek yetersizliğine neden olabilmektedir. Erkekler daha sık ve daha ciddi etkilense de heterozigot kadınlar da etkilenebilmekte, ancak bulgular daha geç yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Fabry Hastalığının genellikle 40-50'lili yaşlarda renal replasman tedavisi gerektirdiği bildirilmektedir. Ayrıca kardiyak lizozomal Gb3 tutulumu ile kardiyak etkilenim de morbidite ve mortaliteyi etkileyen nedenler arasındadır. Kardiyak tutulum sıklıkla hipertrofi, iletim defektleri ve disritmi şeklindedir. Erken tanı alanlarda enzim replasman tedavisi (ERT) ile hastalığın progresyonu, kardiyak, renal ve nörolojik tutulum önlenmekte, hatta düzelebilmektedir. Kardiyak tutulumu değerlendirmek için her hastaya ekokardiyografi yapılmalıdır. Kardiyak etkilenmenin ekokardiyografide günümüzde en erken belirteci strain oranlarının değerlendirilmesidir. Enzim replasman tedavisi ile strain oranlarında düşüşün gösterilmesi kardiyak tutulumu günümüzde en erken gösteren ekokardiyografi yöntemidir. İnvaziv olmaması, kısa sürede değerlendirilmesi ve takibinde niceliksel verilerin kullanılması avantajlarıdır.

Olgu: Burada 35 yaşında, 5 yıldır hemodiyaliz tedavisi görmekte olan ve tarama sonrası Fabry hastalığı tanısı konan ciddi kardiyak tutulumu olan olgu sunulmuştur.

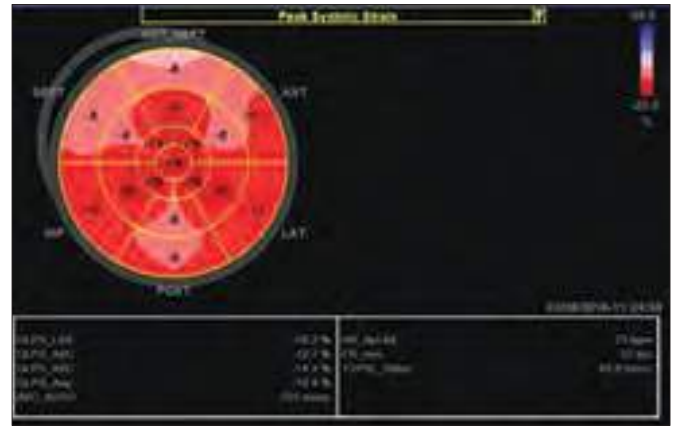
Fabry hastalığı tanısı ile ERT'i almakta olan hastanın enzim tedavisi öncesi ve tedavinin 9. ayında kardiyak görüntülemesi yapılmıştır. ERT öncesi lizozomal GB-3 düzeyi 101 ng/ml olan olguda tedavinin 9. ayında 31 ng/ml'ye gerilemiştir. Olgu miyokardiyal hasarın bilinen en erken belirteci olan strain ekokardiyografi ile değerlendirilmiş olup, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunda değişiklik olmasa da enzim replasman tedavisi sonrası strain oranlarında iyileşme izlenmiştir. Epikardiyal, mid ve endokardiyal strain oranları benzer oranlarda değişmiş, en çok değişim anterior ve lateral bazalinde ve sonra da mid bölgede izlenmiştir. Tüm segmentlerin apikalinde ciddi değişimler izlenmemiştir. En belirgin düzelleme endokardiyal strain oranlarında izlenmiştir. Global longitudinal strain oranları enzim öncesine göre düzelmiştir.

Çıkarışma: Sonuç olarak, 9 ay gibi kısa sürede dahi kardiyak disfonksiyonun erken belirteçlerinde düzelleme sağlanmış olup, erken tedavi ile hastalarda geri dönüşümsüz organ hasarının önüne geçilebilir. Fabry hastalığını tedavi etmek için tanımak gerekir. Bu nedenle kronik böbrek hastalığı ile başvuran hastalarda Fabry hastalığını ayırıcı tanımlar arasında akılda tutmak önemlidir.

Anahtar Kelimeler: α -galaktozidaz-A enzimi, Fabry hastalığı, hemodiyaliz, kardiyak tutulum, strain ekokardiyografi.



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-146

NEYE NİYET NEYE KISMET

Sena Ulu¹, Sinan Kazan¹, Yusuf Özeke², Elif Dizen Kazan³

¹Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı

²Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

³Sandıklı Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Sekonder HT etyolojisi belli olan HT olarak da bilinir ve tüm HT'lerin %5-10'unda sekonder bir neden vardır. Sekonder HT etyolojisinde renovasküler sebepler, endokrin patolojiler ve uyku apne sendromu önemli yer tutmaktadır. Endokrin sebep olarak primer hiperaldosteronizm, feokromasitoma ve Cushing sendromu sekonder HT etyolojisi araştırılırken mutlaka bakılması önerilen hastalıklardır. Burada ataklar halinde tansiyon yüksekliği tarif eden bir hastada sekonder HT etyolojisi araştırılırken adrenal yetmezlik tanısı konan bir olgu sunuldu.

Olgu: 70 yaşında erkek hasta. 5 yıldır HT tanısı bulunan ve bu nedenle amlodipin 10 mg kullanan hasta son 3 aydır ara ara tansiyon atakları tarif ederek başvurdu. Hasta çoğu zaman kendini iyi hissettiğini ancak gün içerisinde birkaç kez enseden doğru gelen bir baş ağrısı yaşadığını ve tam o anda ölçtüğü tansiyon değerlerinin de 140-150 mmHg sistolik, 90-100 mmHg diyastolik olduğunu tarif etti. Hasta sekonder HT etyolojisi araştırılmak üzere kliniğimize yatırıldı. Renal doppler USG yapıldı ve normal saptandı. Hemogram, biyokimyasal tetkikleri ve tiroid fonksiyon testleri normaldi. Hastaya 24 saat tansiyon takibi yapıldı. Tansiyonları genellikle 90-100 mmHg sistolik, 60-70 mmHg diyastolik

şeklindeydi. 24 saatlik idrarda metanefrin, normetanefrin ve VMA düzeyleri normal sınırlar içerisindeydi. Primer hiperaldosteronizm açısından gönderilen aldosteron ve renin düzeyleri normal sonuçlandı. Hasta 1,68 boyunda ve 70 kg'dı. Beden kütle indeksi normal olduğundan, tanıklı apnesi veya gündüz uyku hali gibi yakınmaları olmadığından uyku apne sendromu düşünülmeydi. Hastanın Cushing sendromu düşündürerek bir kliniği olmasa da sekonder HT araştırması kapsamında gece yarısı kortizolü istendi. Kortizol düzeyi 0,5 µg/dl saptandı. Sabah açlık kortizol düzeyi ve ACTH'ı da gönderildi ve bu kez de kortizol düzeyi 0,7 µg/dl saptandı. ACTH seviyesi de 2 pg/ml saptandı. Hastaya yapılan insülin hipoglisemi testinde ACTH ve kortizol yanıtı alınmadı. Hipofiz MR'ı çekildi ve normal olarak yorumlandı. TSH, FSH, LH ve GH düzeyleri normal saptanan hasta izole ACTH eksikliği ve adrenal yetmezlik olarak kabul edildi ve kortikosteroid tedavisi başlanarak taburcu edildi.

Tartışma: Sekonder HT araştırılırken hastanın semptomu, klinik ve laboratuvar bulguları klinisyene önemli ipuçları verebilir. Cushingoid görünümü olan bir hastada sekonder HT araştırılıyorsa ön planda Cushing sendromu, potasyumu düşük bir hastada ilk planda primer hiperaldosteronizm ve ataklar halinde HT tarif eden hastada ilk planda feokromasitoma çıkabileceği düşünülebilir. Biz de hastamızda feokromasitoma çıkma olasılığı yüksek olduğunu düşünerek sekonder HT etyolojisi araştırdık. Hastanın ambulator kan basıncı takibinde genellikle hipotansif olduğu, tansiyonda hafif bir yükselme olduğu dönemlerde başağrısı yaşadığı tespit edildi. Hastamızda muhtemelen uzun yıllar içerisinde gelişen bir adrenal yetmezliğe bağlı meydana çıkan hipotansiyon hiçbir semptom oluşturmazken, gün içerisinde bir kaç kez 140-150'lere ulaşan sistolik tansiyonun hastayı semptomatik hale getirmesi bizi yanlış yönlendirse de hastamız sekonder HT araştırılırken adrenal yetmezlik tanısı alan ilk hasta olması bakımından ilginçtir. Yaptığımız literatür taramasında sekonder HT araştırılıp adrenal yetmezlik tanısı alan bir vakaya rastlamadık. Vakamız sekonder HT araştırmasının hastanın klinik ve laboratuvar bulgularından bağımsız yapılması gerektiğinin bir göstergesidir.

Anahtar Kelimeler: adrenal yetmezlik, sekonder hipertansiyon

PS-147

RENAL RETRANSPLANTASYONLU HASTALARIN KLİNİK SEYRİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Yener Koç¹, Ayşe Sinangil¹, Zuhale Atan Uçar², Sana Abouzahir², Soykan Barlas³, Emin Barış Akın³, Tefik Eder¹

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

²İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye; Cheikh Anta Diop Üniversitesi, Nefroloji Bölümü, Dakar, Senegal

³İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Böbrek Nakil Ünitesi, İstanbul, Türkiye

Giriş: Transplantasyonda immunsupresif protokollerdeki gelişmeler ile böbrek nakilli hastalarda erken dönemde iyi sonuçlar sağlanmıştır. Ancak uzun dönem graft sağkalımında anlamlı düzeltilmelere ulaşılamamıştır. Graft yetmezliği nedeniyle son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda retransplantasyon bir tedavi seçeneğidir. Yüksek immunolojik risk nedeniyle bu hastaların sonuçları belirsizliğini korumaktadır. Bu çalışmada renal retransplantasyon yapılan olguların geriye dönük olarak sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntemler: 2010-2018 yılları arasında organ nakli ünitemizde iki veya daha fazla sayıda böbrek nakli yapılan olgular geriye dönük olarak değerlendirildi. Tüm hastaların demografik verileri, primer hastalıkları, önceki greft kayıp nedenleri, immunolojik durumları, uygulanan desensitizasyon, induksiyon ve idame tedavileri, takip süresinde gelişen komplikasyonları, rejeksiyon, hastaneye yatış nedenleri ve klinik seyirleri hasta dosyalarından kayıt edilerek değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 17 hastanın (13E, ortalama yaş 39,2±9,7 yıl, ortalama izlem süresi 25,7±26,7 ay, ortalama VKİ 23,4±3,5 kg/m²) 16'sına ikinci nakil kalan bir hastaya ise üçüncü nakil yapıldığı gözlemlendi. On hastada kan transfüzyon anamnezi vardı. Hastaların hiçbirinde diyabet saptanmadı. İki hastada HCV(+), bir hastada HBV(+) vardı.

Immunolojik olarak tüm hastalarda FC-XM(-), 1 hastada CDC-XM Auto%12, 16 hastada PRA pozitifliği, HLA-MM oranı median 3,5(0-6), DSA-RIS skalası 6,4±6,3(0-20) saptandı. Pretransplant 9 hastaya desensitizasyon tedavisi (3'üne plazmaferez, 2'sine hastaya rituximab, 5'ine rituximab+plazmaferez(2 hastaya ek olarak IVIG)) uygulandı. Desensitizasyon uygulanan hastaların HLA-MM, DSA-RIS skalaları daha yüksek olmasına karşılık anlamlı bulunmadı(sırasıyla p:0,28 ve 0,55).

Induksiyon tedavisi olarak HCV(+) bir hasta dışında tüm hastalarda ATG kullanıldı. İdame tedavisi olarak MMY/MMF+Tacrolimus+Steroid almaktaydı. Hastaların ortalama kreatinin düzeyleri pretransplant dönemde 7,5±2,2mg/dl, posttransplant taburculuğunda 1,22±0,5mg/dl ve son takiplerinde 1,26±0,6 mg/dl saptandı.

Takip süresi boyunca hiç akut rejeksiyon atağı gözlemlenmedi. Üç hastada enfeksiyon nedeniyle hospitalizasyon görüldü. Posttransplant ilk 6 aylık takip döneminde 4 hastada BKV-DNA(viremi) pozitifliği saptanırken sadece iki hastada pozitifliğin devam ettiği gözlemlendi. Takip süresi boyunca hasta kaybı veya graft kaybı gözlemlenmedi.

Sonuç olarak greft kaybı olan renal transplant hastalarında immunolojik riske rağmen retransplantasyon güvenlidir. BKV açısından daha sık takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Renal retransplantasyon

PS-148

PRİMER BÖBREK TUTULUMLU LENFOMA OLGULARI

Murat Yeniçeri¹, Mahmut Gök¹, Hakkı Çetinkaya¹, Emrah Kılıçarslan¹, Gülizar Şahin¹
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdulhamid Saum Nefroloji, Hematoloji, İç Hastalıkları

Tümörlerin böbrek parankimini infiltre etmesi hastalığın geç döneminde görülebilmeye rağmen akut böbrek yetersizliğine neden olması oldukça nadir görülmektedir. Burada primer böbrek tutulumu olan renal hücreli karsinom ön tanısıyla opere edilen üç Non Hodgkin lenfoma olgu sunulmuştur.

Olgu 1: Bilinen bir rahatsızlığı olmayan 57 yaşında erkek hasta, bir haftadır idrar miktarında azalma, bulantı şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Fizik muayenede; epigastrik hassasiyet mevcuttu, karaciğer kot altında 2 cm palpabl, bilateral kostolomber açısı hassasiyeti +saptandı. Laboratuvarında üre: 170 mg/dl kreatinin: 9,34 mg/dl LDH: 262 U/L Tam idrar tahlilinde bol lökosit, 24 saatlik idrarda protein 118 mg/gün saptandı, oligürik seyreden hasta akut böbrek hastalığı tanısı ile hemodiyalize alındı. Çekilen BT'de sağ böbrek lojunda aksiyel planda en geniş yerde 15x10cm ölçülen heterojen yapı perirenal hematoma lehine değerlendirildi. Primer odak açısından çekilen pet-ct de sağ retroperitoneal alandaki kitle, RCC düşünüldü, kitleden yapılan tru-cut biyopsi sonucu diffüz B hücreli lenfoma ile uyumlu sonuçlandı ve hematoloji tarafından R-COP kemoterapi protokolü başlandı. Tedavi süresince ani solunum sıkıntısı ve kardiyopulmoner arrest gelişen hasta kaybedildi.

Olgu 2: Bilinen bir rahatsızlığı olmayan 65 yaşında erkek hasta son 3 aydır kilo kaybı, terleme ve sol yan ağrısı nedeniyle dahiliye kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede: sol böbrek loju ön kısmında yaklaşık 10 cm lik palpabl kitle palpe edildi, Lenfadenopati ve hepatomegali saptanmadı. Laboratuvarında üre: 44 mg/dl kreatinin:1,38 mg/dl LDH: 495 U/L Yapılan üriner USG'de sol böbrek de grade3 hidronefroz ve 20x12x11cm lik sol böbreği saran kitle saptandı. MR tetkikinde sol sol renal veni ve arteri de içine alan 15x11x9 cm'lik RCC ön tanılı kitle saptandı. Üroloji tarafından sol nefrektomi yapılan patoloji sonucu 'diffüz B hücreli lenfoma' ile uyumlu sonuçlandı. Çekilen PET-BT sonucu mediastinal, aksiller, inguinal lenfadenopatileri saptanan hastaya evre 4-B diffüz büyük B hücreli lenfoma tanısıyla hematoloji tarafından R-CHOP kemoterapi protokolü başlandı.

Olgu 3: 10 yıldır FMF tanısıyla kolşisin kullanan herhangi bir şikayeti olmayan 38 yaşındaki erkek hasta rutin muayene sırasında yapılan tetkiklerinde laboratuvarında üre: 59 mg/dl kreatinin:2,96 mg/dl LDH: 467 U/L wbc: 8830V hgb:12 g/dl plt:442,000/uL sedim:109mm/st crp:23, 24 saatlik idrarda protein 14136 mg/gün olarak saptandı. Fizik muayenesi doğal, batin MR sol böbrek üst polde kortikal ve ekzofitik yerleşimli 70x50x80mm boyutlarında RCC

lehine değerlendirilen kitle izlendi. Üroloji tarafından sol total nefrektomi uygulanan hastanın patoloji sonucu 'lenfoplazmositer lenfoma infiltrasyonu' olarak raporlandı. çekilen PET-BT sonucu düşük FDG afiniteli lenfoma tanısıyla hematoloji polikliniğine yönlendirilen hastaya tedavisi başlandı.

Sonuç: Böbrek tutulumu sistemik diseminan lenfoma seyrinde geç dönemde sık görülen bir durumdur ve çoğunlukla klinik olarak sessizdir. Öte yandan, primer böbrek lenfoması çok nadir görülen bir hastalıktır. Non-hodgkin lenfoma böbrek infiltrasyonu akut böbrek yetersizliğinin nadir görülen bir sebebidir. Aşkar bir etiyoloji saptanamayan, üriner sistem USG'de böbrek boyutlarında artma tespit edilen ve laboratuvarında belirgin LDH yüksekliği bulunan hastalarda ayırıcı tanıda yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: akut böbrek hasarı, lenfoma, renal kitle

PS-149

İLİAK BİFURKASYONA KADAR UZANAN TİP-1 AORT DİSEKSİYONU SONRASI RENAL MALPERFÜZYON GELİŞEN HASTADA BAŞARILI BÖBREK NAKLİ

Dilek Aslan Kutsal¹, İsmail Yücesin Arslan², Cevdet Uğur Koçoğulları²

¹Sağlık Bilimler Üniversitesi Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahi Eğitim Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bölümü

²Sağlık Bilimler Üniversitesi Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahi Eğitim Araştırma Hastanesi, Kardiyovasküler Cerrahi Bölümü

Aort diseksiyonu, mortalite oranı yüksek acil kardiyovasküler bir problemdir. Aortun intima tabakasında oluşan bir yırtık sonucu intima ile medya tabakası arasında yalancı bir lümenin oluşması olarak tanımlanır. İlk 48 saatte cerrahi müdahale yapılmazsa saatlik mortalite oranı %1 olan acil bir durumdur. Aort diseksiyonuna sekonder gelişen renal malperfüzyon operatif mortaliteyi belirleyen bağımsız bir faktördür ve yüksek cerrahi risk ile ilişkilidir. Renal malperfüzyon ya bilateral renal arterlerin yalancı lümeninden çıkması ve bu lümenin tromboze olup kapanmasıyla ya da preop renal infarktüs olması veya ciddi daralmış gerçek lümeninden dolayı renal kan akımının azalmasına bağlı gelişebilir. Maalesef olgumuz da aort diseksiyonuna bağlı her iki renal arter etkilenebilir. Bilateral renal iskemi sonrasında gelişen kalıcı renal hasar nedeniyle diyalize bağımlı hale gelmiştir. Sonrasında ise kısa sürede de böbrek nakli olup hem mortalitesi çok yüksek aort diseksiyonu operasyonunu hem de böbrek nakli operasyonunu başarıyla atlattır.

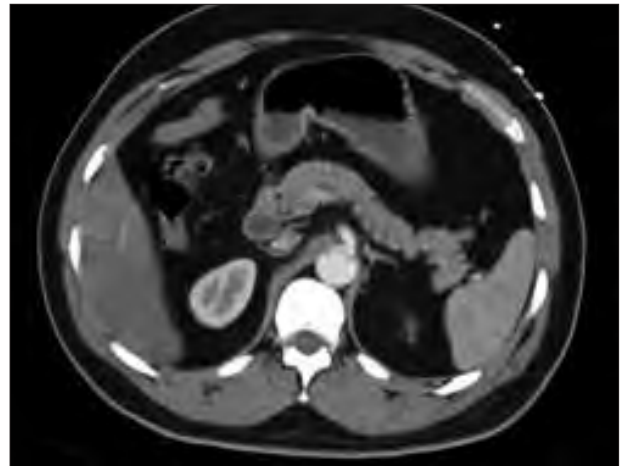
Olgu: 33 yaşında erkek hasta, hafta sonunda gece göğüs ve sırt bölgesinde çok şiddetli ağrı ile acil servise başvuruyor. Yapılan EKO'da ascendan aortta fleb görünümü saptandı ve torako-abdominal BT anjiyo(BTA) çekildi. BTA'da aort kapak düzeyinden başlayarak internal-external iliak arter ayırımında sonlanan tip-1 diseksiyon saptandı. Sağ renal arter gerçek lümeninden çıkarken, sol renal arter de segment dalların ayırımına dek uzanan fleb mevcuttu. Hasta acil operasyona alındı. Postop idrarı azalan hastaya yapılan kan transfüzyonu ve sıvı tedavileri nedeniyle yüklenme neticesinde yatak başı hemodiyaliz tedavisi başlandı. Takibinde idrar çıkışı hiç olmayan hastaya postop 8. günde BT anjiyografi(BTA) çekildi, BTA'da sol renal arterde fleb nedeniyle filiform ince kalibrasyonlu dolum izlendi. Sağ renal arter ise yalancı lümenine göre belirgin ince kollabe gerçek lümeninden çıkıyor izlendi. Hastanın yoğun bakım sürecinde hemodiyaliz tedavisi devam etti.

Yoğun bakımdan sonra anürik olan hasta, aralıklı diyaliz tedavisi aldı. Hasta postop 64. gününde taburcu edildi. Taburculuktan 4 ay sonra babasından alınan böbrek ile nakil oldu.

Anahtar Kelimeler: Tip-1 Aort diseksiyon, renal malperfüzyon, böbrek nakli



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-150

HEMODİYALİZ HASTALARINDA FABRY HASTALIĞI
TARAMASI: ÇOK MERKEZLİ ÇALIŞMA

Çiğdem Dinçkal¹, Ender Hür³, Davut Akın⁵, Barış Emekdaş¹, Funda Sağlam⁴, Yelda Gün⁴,
Oğuzcan Özkan¹, Emine Mercan⁶, Hüseyin Taşkın⁶, Özlem Yayar⁷, Gürsel Yıldız⁸, Eyüp Külah²,
Siren Sezer², Soner Duman¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bornova, İzmir

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

³Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi, Manisa

⁴Aydın Atatürk Devlet Hastanesi, Aydın

⁵Denizli Devlet Hastanesi, Denizli

⁶Alaşehir Devlet Hastanesi, Manisa

⁷Manisa Devlet Hastanesi

⁸Okan Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş/Amaç: Fabry hastalığı, alfa-Galaktozidaz A (AGAL) enziminin azalmış aktivitesinin neden olduğu multisistem tutulumuyla giden, X'e bağlı resesif kalıtılan bir hastalıktır. X'e bağlı kalıtıldığından erkekler daha sık, daha ciddi düzeyde ve daha erken yaşta etkilenirler. Fabry hastalığının tanısını koymak zordur ve atipik formlar nedeniyle Fabry hastalığının gerçek insidansı ve prevalansı net olarak bilinmemektedir. Renal replasman tedavisi gerektiren böbrek hastalıklarının erişkinlerde yaklaşık %10'u çocuklarda tamamına yakını kalıtsal hastalıklardır ve Fabry hastalığı da bunlardan biridir. Son dönem böbrek hastalığının nadir bir nedeni olmakla birlikte tüm SDBY nedenlerinin %0.0167'sini oluşturmaktadır. Diyaliz hastası erkeklerde sıklığı %0.33, kadınlarda %0.10'dur. Daha önce tarafımızca yapılmış bir çalışmada, erkek hemodiyaliz hastalarında Fabry hastalığı sıklığını %0.1 bulmuştuk. Bu çalışmamızda ülkemizde kronik hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda Fabry Hastalığı sıklığını araştırmayı amaçladık.

Yöntem: En az 3 aydır hemodiyaliz tedavisi gören ve 18-75 yaş aralığında olan hemodiyaliz hastaları çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya Ankara, Antalya, Aydın, Denizli, İstanbul, İzmir, Manisa, Muğla, Tokat, Uşak ve Zonguldak olmak üzere toplam 11 merkezden 3301 hasta dahil edildi. Guthrie kağıdına alınan tüm kuru kan örneklerinde α-galaktozidaz A enzim aktivitesi ve enzim aktivitesinin düşük olduğu bireylerde de genetik analiz yapıldı. Tüm örnekler Archimed Life Science GmbH Laboratories Viyana, Avusturya'da çalışıldı. Çalışma protokolü Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokal Etik Komitesince onaylandı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 11 merkezden 3301 hasta dahil edildi. Hastaların 1375(%41) kadın, 1926(%49) erkekti. Hastaların yaş ortalaması ise 59.6±15.4 idi. Hastaların alfa galaktozidaz düzeylerine ilişkin analizlerde genel toplamda 3299 ele alındığında ortalama 3,1 (st 2.2) mikromol/L/h AGAL düzeyi saptandı. Kadınlarda bu ortalama 3,0 mikromol/L/h iken erkeklerde 3,1 mikromol/L/h olarak bulundu. İki erkek hastada gen mutasyonu saptandı. Çalışma popülasyonunda Fabry hastalığı sıklığı %0.062 (2/3301) idi.

Tartışma/Sonuç: Fabry hastalığı genellikle yanlış tanı konan veya tanınamayan bir hastalıktır. Gerçek insidansı ve prevalansı tam olarak bilinmemekle birlikte bizim çalışmamızda sıklığı %0.06 bulunmuştur. Nedeni bilinmeyen böbrek yetmezlikli hastalarda Fabry hastalığı akla getirilmelidir

Anahtar Kelimeler: α-galaktozidaz-A, enzim, Fabry Hastalığı, hemodiyaliz

PS-151

BÖBREK NAKİLLİ HASTALARDA VİTAMİN D DÜZEYİ VE
METABOLİK SENDROM PARAMETRELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Gulsah Sasak¹, Ali Bakan²

¹S.b Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bölümü

²İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bölümü

Giriş: Vitamin D eksikliği ve metabolik sendrom günümüzde en yaygın sağlık sorunlarından. Vitamin D kalsiyum dengesi ve kemik mineralizasyonu dışında

kardiyometabolik etkileri olduğu düşünülmektedir. Vitamin D eksikliğinin metabolik sendrom gelişimine neden olabileceği iddia edilmesine rağmen bu konuda net bir görüş yoktur. Bizde çalışmamızda böbrek nakilli hastalarda vitamin D eksikliği ve metabolik sendrom arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Yöntemler: Hastanemiz nefroloji polikliniğinde takip edilen böbrek nakilli hastaların çalışmaya alınması planlandı. Çalışma süresinde aktif inflamasyonu olan, son 6 ay içinde geçirilmiş enfeksiyonu, akut rejeksiyon atağı, kanser ve kronik karaciğer hastalığı olanlar, çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler çalışmaya alınmadı. Metabolik sendrom tanısı NCEP-ATP III kriterleri kullanılarak koyuldu.

Bulgular: Çalışmaya 138 hasta alındı. Hastaların 43 (%31.2)'ü kadın, 95 (%68.8)'ı ise erkekti., Ortalama yaş ise 48.5± 11.4, ortalama D vitamini düzeyi ise 17.2± 10.3 idi. Hastaların 95 (%68.8)'inde D vitamini eksikliği mevcuttu. Metabolik sendrom açısından değerlendirildiğinde 87 hastada (%63) metabolik sendrom saptandı. Üç hastada hiç metabolik sendrom kriteri yokken, 16'sinde 1, 32'sinde 2, 37'sinde 3, 34'ünde 4, 16'sında ise 5 kriter bulunmaktaydı. En sık bulunan metabolik sendrom kriteri HT ve bel çevresi genişliği idi. D vitamini eksikliği olanlar ve olmayanlar karşılaştırıldığında metabolik sendrom varlığı açısından fark yoktu (p>0.05). Yine D vitamini eksikliği olan ve olmayanlar karşılaştırıldığında metabolik sendrom kriterlerinin varlığı, DM, HT varlığı, bel çevresinin genişliği, trigliserid yüksekliği, HDL düzeyinin yüksekliği açısından herhangi bir fark saptanmadı.

Sonuç: Bizim çalışmamızda vitamin D eksikliği ve metabolik sendrom arasında herhangi bir ilişki bulunamamışsa da genel popülasyonda yapılan çalışmalarda bu ilişkiyi destekler sonuçlar vardır. Bizim hasta sayımızın göreceli az olması bu sonuçların nedeni olabilir. Böbrek nakilli hastalarda uzun süreli graft servisinin insülin direnci, hipertansiyon gibi kronik allograft hasarı yapan faktörlerle azaldığı bilinmektedir. Büyük çalışma grupları ile bu ilişkinin araştırılması böbrek nakilli hastalarda uzun süreli survi üzerine önemli etkisinin olacağını düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, vitamin D, metabolik sendrom

PS-152

ANABOLIC STEROIDS ABUSE AND FOCAL SEGMENTAL
GLOMERULOSCLEROSIS AMONG BODYBUILDERS

Sana Abouzahir, Ayşe Sinangil, Yener Koç, Zuhal Atan Uçar, Yasemin Özlük, Işın Kılıçaslan, Süleyman Tefvik Edder

Department Of Nephrology Chu A. Le Dantec, cheikh Anta Diop University, Dakar, Senegal; Division Of Nephrology, Department Of Internal Medicine, Istanbul Bilim University, Istanbul, Turkey

²Division Of Nephrology, Department Of Internal Medicine, Istanbul Bilim University, Istanbul, Turkey

³Department Of Pathology, Istanbul University Istanbul School Of Medicine, Istanbul, turkey.

Introduction: Anabolic Steroids (AS) abuse is common among athletes and bodybuilders in order to enhance their muscular mass and performance. The renal effects of AS, in particular focal segmental glomerulosclerosis (FSGS), is less recognized.

Case report: 27y old presented to our unit with lower extremity edema. The patient had no significant medical history, non-alcoholic, non-smoker. He had used regularly for two years a high doses of anabolic steroids, growth hormone and high protein diet.

Physical examination revealed a bodybuilder with an extremely high muscular hypertrophy, blood pressure was 154/74mmHg, the heartbeat was regular with mild tachycardia, and BMI was 34kg /m².

Laboratory investigations showed an elevated level of serum creatinine at 1.8mg/dl and blood urea nitrogen at 35mg/dl. Serum uric acid, serum electrolytes and acid-base statue were within normal range.

Serum albumin was lowered at 2.4g/dl.

Hemoglobin was 10.1g/dl, SGOT=53U/L, SGPT=106U/L, GGT=106U/L, Total cholesterol =282mg/dl, LDL-C=194.

Viral serologies were negative. ANA, Anti-ds DNA, ANCA, C3, C4 were normal.

Urinalysis examination revealed proteinuria without red blood cells or white blood cells. 24 hours urine proteinuria was 10g/day.

Renal ultrasonography showed bilateral nephromegaly with echogenic cortex.

Echocardiography revealed a mild global hypokinesia and left ventricular hypertrophy.

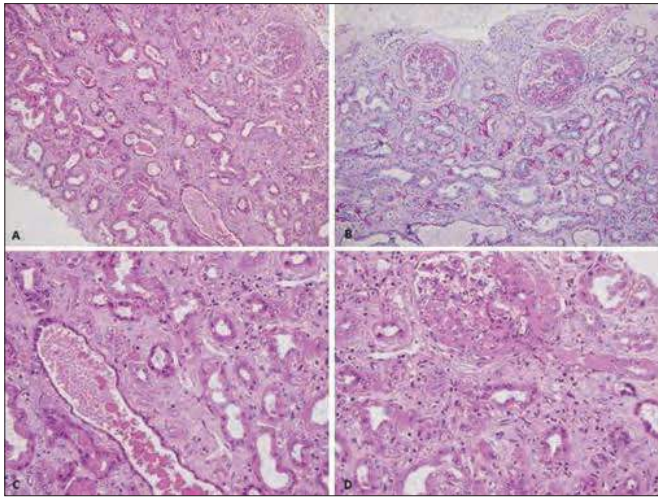
Renal biopsy showed signs of secondary FSGS, acute tubular injury and arteriolar hyalinosis (Figure).

The patient was started on RAS blockers, amlodipine and was strongly instructed to discount AS in addition to change his dietary.

Over a mean follow-up time of 12.3months, the patient progressed to ESRD and started on hemodialysis.

Conclusion: Our unconventional findings for a pure maladaptive FSGS served to involve strongly the direct nephrotoxic effect of AS abuse in addition to the mechanical stress that occur in bodybuilders with high lean mass and high diet protein. Such a practice should be recognized among bodybuilders and must be warned.

Anahtar Kelimeler: anabolic steroids, focal segmental glomerulosclerosis



Şekil 1.

PS-153

RENAL AA TİPİ AMİLOİDOZ ZEMİNİNDE AKUT TUBÜLOİNTERSİTİSEL NEFRİT OLGUSU

Şahin Eyyüpoğlu¹, Saba Kiremitçi², Leyla Akdoğan¹, Gizem Kumru¹, Gökhan Nergisoğlu¹, Sim Kutlay¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Akut tübülointerstisyal nefrit (ATİN), belirgin tübül disfonksiyon ile seyreden bir klinik durum olup, renal parankimal akut böbrek hasarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (1, 2). ATİN etyolojisinin en sık nedeni ilaç aşırı duyarlılığı olup, en sık suçlanan ilaçlar arasında nonsterid antiinflamatuar ilaçlar, ksantin oksidaz inhibitörleri ve penisilinler bulunmaktadır (3). Bu sunumda, daha önce AA amiloidozu tanısı alan ve takiplerinde akut böbrek hasarı gelişmesi nedeniyle yinelenen biyopside ATİN saptanan vakamızı tartışmayı amaçlıyoruz.

Bilinen kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı ile izlenen hasta kilo kaybı şikayeti ile merkezimize başvurdu, yapılan tetkiklerinde 3927 mg/gün proteinüri izlenmesi nedeniyle değerlendirildi. Serum kreatinin düzeyi 1.15 mg/dl olarak izlenen hastanın taramalarında malignite lehine bir bulgu edilmedi. Hastanın yapılan renal biyopsisi “P komponent ve Amiloid A pozitif renal amiloidozis” olarak sonuçlandı. Hastanın etyoloji yönünden araştırılmasında sağ akciğerdeki

bronşiektazik alan dışında bulguya saptanmadı. Hasta kolşisin tedavisi altında izlenirken takibinin 2. ayında hasta genel durum bozukluğu ile kliniğimize yeniden başvurdu. Pnömoni nedeniyle dış merkezde yatışının olduğu ve sefuroksim antibiyoterapisi aldığı öğrenildi. Hastanın yapılan biyokimyasal incelemesinde kreatinin 4.8 mg/dl olduğu görüldü, hastaya yüklenme bulgularının olması nedeniyle hemodiyaliz uygulanmaya başlandı. Hasta, kronik böbrek hastalığının hızlı progresyonu açısından etyolojik yönden araştırılmaya başlandı. Akut böbrek hasarına neden olabilecek diğer nedenlerin ekartasyonu sonrasında sefuroksime sekonder ATİN tablosu ön tanısı ile hastaya yeniden renal biyopsi yapıldı. Patolojisi “Şiddetli akut tübül hasar bulguları izlenmiştir. Akut tübülointerstisyal nefrit ve renal amiloidozis ile uyumlu bulgular.” olarak raporlandı. Hastamıza 3 gün 100 mg IV metilprednizolon tedavisi sonrasında 1 mg/kg oral metilprednizolon tedavisi başlandı. Hastanın izleminde hemodiyaliz ihtiyacı kalmadı. Tedavisinin 1. ayında stabil bulgularla izlemine devam edilmektedir.

Bilinen proteinüri olan hastalarda, beklenmeyen renal fonksiyon kaybı durumunda ek patolojilerin eklenmiş olabileceği klinisyenler tarafından unutulmaması gereken bir durumdur. Bu hasta popülasyonunda, etyolojik araştırmada gerekirse yeniden böbrek biyopsisinden kaçınılmamalıdır. Bu sayede geri dönüşümlü ek patolojilerin ortaya konması durumunda son dönem böbrek yetmezliği gelişiminin önüne geçilebilir (6).

Anahtar Kelimeler: Akut tübülointerstisyal nefrit, AA amiloidoz

PS-154

RENAL TRANSPLANTASYON HASTALARININ NÖROLOJİ KLİNİĞİ BAŞVURULARININ ÖZELLİKLERİ

Ülkü Figen Demir, Murathan Uyar

T.C. İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Gaziosmanpaşa Hastanesi

Giriş: Solid organ transplantasyonu yapılan hastaların yaklaşık üçte birinde nörolojik semptomların görüldüğü bildirilmiştir. Kullanılan immünsüpresif ajanların sebep olduğu nörotoksikite, ensefalopati, serbovasküler olay gibi tablolarla hastalar, nöroloji klinikleri tarafından değerlendirilmektedir. Biz bu çalışmada renal transplantasyon geçiren hastaların nöroloji kliniğine başvurularını değerlendirmeyi amaçladık

Yöntemler: İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Gaziosmanpaşa Hastanesi'nde 2017 yılı içinde renal transplantasyon geçiren 250 hasta retrospektif olarak incelendi. 250 renal transplantasyon hastasının 12'si nöroloji poliklinik takipleri düzenli olmadığı için çalışma dışı bırakıldı. Hastaların minimum takip süresi 8 ay, maksimum 20 ay olarak belirlendi. Hastaların yaş, cinsiyet, primer hastalık, kreatinin değerleri, kullandığı ilaçlar, rejeksiyon varlığı kaydedildi. Ayrıca nöroloji poliklinik ve konsültasyon başvurularına ilişkin hasta kayıtları incelendi. Elde edilen verilen SPSS 20.0 programına aktararak analizleri yapıldı.

Bulgular: Renal transplantasyon geçiren 238 hastadan, nörolojik semptomlar sebebiyle kliniğimize danışılan 38(%16) hasta vardı. Hastaların yaş ortalaması 42.21±15.74 idi. Kliniğimize danışılan hastaların %68.4'ü(n=26) erkek, %31.6'sı(n=12) kadındı. Hastaların hastanede yatış sürelerinin ortalaması 15.21±13.01 gündü. Nakil hazırlık süreci ve operasyon sonrası dönemde, 15'i konsültasyon, 23'ü ayaktan başvuru olmak kaydıyla toplam 38 nörolojik değerlendirme yapıldı. Hastaların kliniğimize başvuru sayısı ortalaması 1.79±1.34 kezdi. On beş konsültasyon isteminin 6'sı operasyon öncesi, 9'u operasyon sonrası yapıldı. Yirmi üç poliklinik başvurusunun ise 10 tanesi operasyon öncesinde 13 tanesi operasyon sonrasında yapıldı. Operasyon öncesi ve sonrası başvuruların yaş ortalaması ve hastanede kalış süreleri arasında istatistiksel anlamda bir farklılık yoktu (sırasıyla p=0.781, p=0.162). Hastaların başvuru sebepleri incelendiğinde bir hasta konfüzyon, dört hasta tremor, 10 hasta polinöropati nedeniyle ellerde ve ayaklarda uyuşma, beş hasta baş ağrısı, yedi hasta baş dönmesi, bir hasta vazovagal senkop, dört hasta geçirilmiş serebrovasküler olay, beş hasta geçirilmiş nöbet sebebiyle nöroloji kliniği tarafından değerlendirildi. Hastaların 37 tanesi semptomları kontrol altında ve sorunsuz şekilde izlenirken, bir hasta tacrolimus a bağlı hiponatremik ensefalopati ve sonrasında ekstrapontin myelinosis gelişmesi sebebiyle exitus oldu.

Sonuç: Bu çalışmadan çıkan bulgular ışığında, her ne kadar renal transplantasyon hastalarında düşük nörolojik başvuru ve çok yüksek düzeyde kontrol altına alınabilen semptom oranı olsa da, özellikle ilaç toksisitesine bağlı nörolojik komplikasyonların mortal seyredilmesi akılda tutulması gereken önemli bir konudur

Anahtar Kelimeler: Renal transplantasyon, Nörolojik komplikasyon, nörotoksisite

PS-155

SUCCESSFUL TREATMENT OF HEPATITIS B RELATED MEMBRANOUS NEPHROPATHY WITH ENTECAVIR AND AZATHIOPRINE: REPORT OF TWO CASES

Eray Eroğlu¹, İsmail Koçyiğit¹, SümeYra Koyuncu¹, Murat Hayri Sipahioğlu¹, Hülya Akgün², Bülent Tokgöz¹, Oktay Oymak¹

¹Erciyes University School Of Medicine, Department Of Internal Medicine, Division Of Nephrology

²Erciyes University School Of Medicine, Department Of Pathology

We have reported two cases of hepatitis B virus infection associated membranous nephropathy (MN) with remission under an ongoing entecavir and azathioprine therapy.

A 44-year-old man was introduced to our department because of proteinuria and microscopic haematuria. He, with positive serum HBV surface antigen, was detected HBV DNA 3.7 x10⁴ u/mL level in his serum. Renal biopsy was performed and was compatible with a diagnosis of hepatitis B virus-related membranous nephropathy (HBV-MN). Prednisolon 1mg/kg per/day, azathioprine 5mg/kg per day and entecavir 0.5 mg per day was started. Prednisolon was tapered to 5 mg per day after one year. Entecavir treatment was continuing for 2 years and finally resulted in complete remission of proteinuria and HBV DNA was not detected in the serum.

A 52-year-old man was referred to our department with edema and proteinuria. He, with positive serum HBV surface antigen, was detected HBV DNA 8.2 x10³ u/mL level in his serum. Renal biopsy was performed and was compatible with a diagnosis of HBV-MN. Prednisolon 1mg/kg per/day, azathioprine 5mg/kg per day and entecavir 0.5 mg per day was started. Prednisolon was tapered to 5 mg per day after 6 months. Entecavir treatment was continuing for 1 year and finally resulted in complete remission of proteinuria and HBV DNA was not detected in the serum.

These cases suggest that azathioprine and entecavir therapy may induce and maintain remission of MN associated with HBV infection.

Key words: hepatitis B, membranous nephropathy, azathioprine

PS-156

RİTUKSİMAB TEDAVİSİNİN NADİR BİR KOMPLİKASYONU: PROGRESİF MULTİFOKAL LÖKOENSEFALOPATİ

Ali Rıza Uçar, Erol Demir, Ahmet Burak Dirim, Halil Yazıcı, Aydın Türkmen, Mehmet Şükrü Sever
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

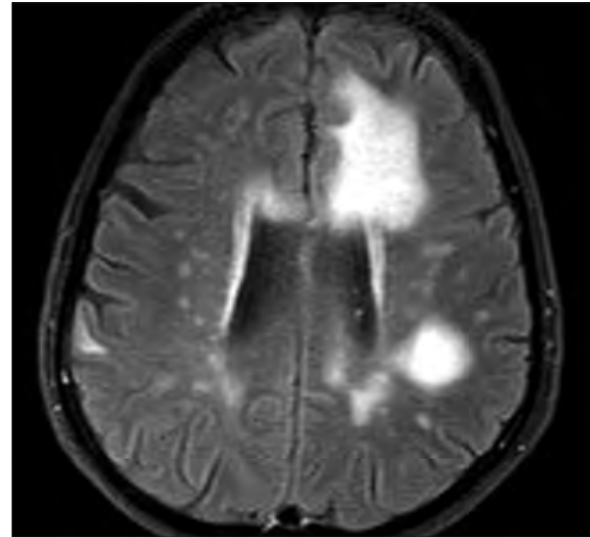
Giriş: Progresif multifokal lökoensefalopati (PML) JC virus (JCV) reaktivasyonuna bağlı ağır demiyelizan bir hastalıktır. Çoğunlukla immunsupresif veya immunomodülatör ilaç kullanan hastalarda görülür. Mental bozukluk, motor defisit, bilinç kaybı gibi nörolojik bulgular ile seyredebilir. Burada fokal segmental glomeruloskleroz (FSGS) saptanan renal transplantlı bir hastada rituksimab ve plazmaferez tedavisi sonrası gelişen PML olgusunu sunduk.

Olgu: 67 yaşında erkek hastaya 1992'de etyolojisi bilinmeyen son dönem böbrek yetmezliği nedeni ile canlıdan renal transplantasyon yapılmış. 2004 yılında kronik rejeksiyona bağlı olarak hemodiyalize başlanmış. 2015'te canlıdan 2.kez renal transplantasyon yapılmış. Nakil sonrası takrolimus, mikofenolat sodyum, prednizolon tedavisi ile takip edilirken Mart 2016'da 2 gr/gün proteinüri gelişti. Böbrek biyopsisinde FSGS saptandı (nüks? de novo?). Plazmaferez tedavisine yanıtı olan ancak relaps gelişen hastaya Aralık 2016'da rituksimab uygulandı. Aralık olarak toplam 4 kür (6'şar seans) plazmaferez yapıldı. Aralık 2017'de hareketlerde yavaşlama, algıda bozulma şikayetiyle başvuran hastanın nörolojik

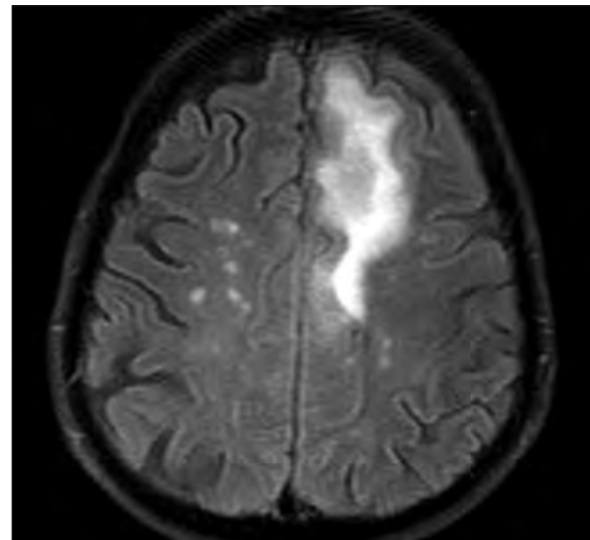
muayenede apati, konuşmada ve anlamada yavaşlama dışında özellik yoktu. Kraniyal MR'da sol frontal, sol ve sağ parietal bölgede ak maddede yer yer kortekse uzanan T2A-flair hiperintens, iv kontrast sonrası kontrast tutulumu göstermeyen, periferik diffüzyon kısıtlayan lezyon alanları izlendi (Şekil 1,2). Lomber ponksiyon sonucunda BOS hücreden fakir, BOS biyokimyası normal, viral panel, aside dirençli bakteri, kültür, Wright testi ve anti nöral antikor tarama paneli negatif saptandı. EEG'de hemisfer ön yarılarında ve sol frontalde belirgin yaygın organizasyon bozukluğu saptandı. BOS JCV PCR: 608.000 kopya/mL pozitif saptanması üzerine PML tanısı konuldu. Takrolimus ve mikofenolat sodyum tedavisi kesilerek IVIG, sidofovir 5 mg/kg ve mirtazapin başlandı. Sidofovir 2 doz uygulandıktan sonra bilinç kaybı, kooperasyon bozukluğu, yutma güçlüğü, sağ hemiparezi gelişti. Kontrol kraniyal MR'da lezyonlarda progresyon izlenen ve genel durumu kötüleşen hastanın antiviral tedavisi kesilerek palyatif tedavi ile takip edilmeye başlandı.

Sonuç: PML immunsupresif tedavi alan hastalarda görülebilen ağır ve ilerleyici bir hastalıktır. Özellikle rituksimab gibi immunomodülatör tedavi de almış olan renal transplantlı hastalarda nörolojik bulgular geliştiğinde ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: renal transplantasyon, rituksimab, progresif multifokal lökoensefalopati



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-157

KALPTE GLOBAL HİPOKİNEZİ İLE TANI ALAN FABRY VAKASI

Sabahat Alışır Ecder¹, Ali Rıza Odabaşı¹, Banu Şahin Yıldız¹, Gülşah Şaşak Kuzgun¹, Elif Uzuner²

¹Istanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı

²Istanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Fabry hastalığı, α -galaktozidaz enzim aktivitesinde azalmaya bağlı olarak özellikle sinir, böbrek, kalp ve cilt gibi birçok farklı dokuda lizozomal globotriaosilseramid birikimine neden olan, X kromozomuna bağlı geçiş gösteren nadir bir depo hastalığıdır. Erkekler daha sık ve daha ciddi etkilenirken, heterozigot kadınlar da etkilenebilmekte, ancak bulgular daha geç yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Yaklaşık %55 vakada renal tutulum görülürken, tutulum tipik olarak 30'lu yaşların ortalarında aşikâr hale gelir. Sol ventrikül hipertrofisi, genç yaşta gelişen inme atakları, göz ve cilt bulguları hastalığın diğer semptomları arasında yer alır.

Vaka: 44 yaşında, 15 yıldır takipli son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olan bayan hasta, acil servisimize başvurusunda üremik semptomları olması nedeniyle interne edilerek hemodiyaliz tedavisi başlandı. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon ve Gut dışında özellik yoktu. Hipertansiyon, SDBY gelişikten sonra aşikâr hale gelmişti. Başvurudan yaklaşık yirmi gün önce paratroid adenomuna bağlı cerrahi operasyon geçirmişti. Böbrek yetmezliği sebebi bilinmiyordu. Hastanın yatışı sırasında sol el falanksta ağrılı bir lezyonu olması üzerine dermatoloji ile konsülte edildi. Lezyon herpetik cilt lezyonu olarak değerlendirilerek tedavi başlandı. Hastanın rutin tetkikleri sırasında yapılan ekokardiografik incelemesinde kalpte global hipokinezi ve sol ventrikül hipertrofisi (SVH) saptandı. Hastanın atipik semptomları, kalpte global hipokinezi, SVH ve nedeni bilinmeyen SDBY nedeniyle Fabry tanısı için gen mutasyon analizi çalışıldı. Sonuçta hastada heterozigot IVS3+4A>G (c.547+4A>G) gen mutasyonu saptandı. Hastanın çocuklarına ve kardeşlerine gen mutasyonu taraması önerildi.

Sonuç: Fabry hastalığı, günümüzde SDBY nedenleri arasında giderek önem kazanmaktadır. Belirgin bir klinik semptomunun olmaması, organ yetmezliklerinin orta ve ileri yaşlarda belirgin hale gelmesi, nedeniyle hastalar genellikle SDBY tablosu ile karışmaya çıkmaktadır. Hastalığın erken tanı ve tedavisi giderek önem kazanmaktadır. Bu sebeple, nedeni bilinmeye SDBY'li 50 yaşın altındaki tüm erkeklerin ve Fabry hastalığı ile ilişkili olabilecek nedeni açıklanamayan semptomları olan tüm kadın hastaların, yaşa bakılmaksızın taranması tavsiye edilmektedir

Anahtar Kelimeler: Fabry hastalığı, nedeni bilinmeyen böbrek yetmezliği, açıklanamayan kalp yetmezliği, genç yaşta inme öyküsü

PS-158

HEMODİYALİZ HASTALARINDA AYAK BİLEĞİ-KOL BASINÇ İNDEKSİNİN VASKÜLER ERİŞİM YOLU PROBLEMLERİNİ SAPTAMADAKİ ROLÜ

Tuba Elif Şenel¹, Eyüp Ayaş², Burçin Aydemir³, Egemen Cebeci¹, Serhat Karadağ¹, Leyla Koç¹, Zeynep Karaali², Savaş Öztürk¹

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

³Özel Fmc Avcılar 2 Diyaliz Merkezi, İstanbul, Türkiye

Giriş: Ayak bileği-kol basınç indeksi (ABİ), hemodiyaliz hastalarında meydana gelebilecek aterosklerotik hastalıkları öngören, basit, noninvaziv ve ucuz bir yöntemdir. Vasküler erişim yolu problemleri (VEYP) hemodiyaliz hastalarında sık gözlenmekle birlikte, artmış morbidite ve hospitalizasyon ile ilişkilidir ve VEYP'yi önceden saptayabilecek bir yöntem henüz yoktur. ABİ'nin hemodiyaliz hastalarında yeni ortaya çıkabilecek VEYP'yi öngörmede yol gösterici olabileceği düşünülmektedir. Biz de çalışmamızda hemodiyalizde ölçülen ABİ'nin yeni VEYP gelişimi ile arasındaki ilişkiyi araştırdık.

Yöntemler: Prospektif, gözlemsel çalışmamızda periferik arter hastalığı olmayan, arteriyovenöz fistül ile en az üç aydır hemodiyaliz programında olan erişkin

hastalar dahil edildi. ABİ, hemodiyaliz başlangıcında, 2. ve 4. saatinde ayak bileklerinden ölçülen kan basınçlarından yüksek olanın, A-V fistüllü olmayan koldaki brakial arterde ölçülen kan basınçlarına oranlanarak hesaplandı. Bir yıllık takip sürecinde yeni gelişen VEYP (yeni arteriyovenöz fistül, hemodiyaliz katateri veya greft ihtiyacı olması, mevcut arteriyovenöz fistülde tromboz gelişmesi veya fistül revizyonu ihtiyacı olması) kaydedildi, ABİ ile aralarındaki ilişki analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 113 hastadan, yaş ortalamaları 56,4±13,3 yıl olan, %51'i kadın toplam 94 hasta bir yıllık gözlem süresini tamamladı. Hastaların 23'ünde (%24) VEYP gözlemlendi. VEYP gelişen ve gelişmeyen hastaların demografik özellikleri ve hemodiyaliz ile ilişkili verileri Tablo 1'de verilmiştir. 14 hastada (%15) fistül trombozu, 9 hastada (%9) fistül revizyon ihtiyacı olmuştu. VEYP olan hastaların sıfıncı saat değeri sınırda kalmasına rağmen, 2. saat ABİ düzeyleri, VEYP olmayan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptandı (1,07±0,19 ve 1,18±0,19; p=0,01). Dördüncü saat ABİ düzeyleri benzerdi (p=0,49) (Tablo 2). Tek değişkenli analizlerde VEYP gelişimiyle ilişkili bulunan faktörlerin regresyon analizinde ABİ sıfıncı saat ve 2. saat değerleri etkili faktörler olarak bulundu.

Sonuç: Erişkin hemodiyaliz hastalarında ABİ ölçümü, VEYP gelişiminin bağımsız bir öngördürücüsü olup, günlük pratikte kullanılabilecek noninvaziv, ucuz ve kolay bir yöntemdir. Özellikle diyalizin seansının ilk yarısında ölçülen ABİ ölçümleri daha değerli gibi görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ayak bileği-kol basınç indeksi, hemodiyaliz, vasküler erişim yolu problemi

Tablo 1: Hastaların demografik özellikleri, hemodiyaliz ile ilişkili verileri ile yeni gelişen vasküler erişim yolu problemi arasındaki ilişki (veriler n (%) olarak verilmiştir).

	Vasküler erişim yolu problemi gelişen (n=23)	Vasküler erişim yolu problemi gelişmeyen (n=71)	p
Yaş*	55,3±12,9	56,7±13,5	0,61
Cinsiyet (kadın)	14 (60,8)	37 (52,1)	0,46
Diabetes Mellitus	6 (26)	10 (14,08)	0,18
Hipertansiyon	19 (82,6)	62 (87,32)	0,39
İskemik kalp hastalığı	5 (21,7)	5 (7,04)	0,047
Eritropoez uyarıcı ajan kullanımı	3 (13)	21 (29,5)	0,04
HMG-KoA redüktaz inhibitörü kullanımı	6 (26)	23 (32,3)	0,34
Demir (IV/oral) kullanımı	3 (13)	4 (5,6)	0,28
Antiagregan kullanımı	23 (100)	52 (73)	0,03
Hemodiyaliz süresi (ay)*	101,2±93,2	85,4±73,1	0,85
Hemodiyaliz türü (Hemodiyafiltrasyon)	16 (69)	64 (90)	0,01
Ortalama ultrafiltrasyon volümü (L)*	3,04±8,95	3,1±9,3	0,54
Ortalama replasman sıvı volümü (L)*	22,1±1,4	23±8	0,85
Üre azalma oranı (%)	79±54	81±5	0,16
spKt/V*	1,9±0,28	2±0,35	0,31
Vücut Kompozisyon Monitörü (kg)*	-0,77±0,97	-0,67±1,25	0,6

*: Ortalama±Std

Tablo 2: Hastaların ayak bileği-kol basınç indeksi ile yeni gelişen vasküler erişim yolu problemi arasındaki ilişki (veriler Ortalama±Std olarak verilmiştir).

		Vasküler erişim yolu problemi gelişen (n=23)	Vasküler erişim yolu problemi gelişmeyen (n=71)	P
ABİ	0. saat	1,08±0,21	1,18±0,14	0,052
	2. saat	1,07±0,19	1,18±0,19	0,01
	4. saat	1,12±0,22	1,15±0,20	0,49

PS-159**IG A NEFROPATİLİ HASTALARDA İMMUNOSUPRESİF TEDAVİNİN RENAL SONLANIM ÜZERİNE ETKİSİ**

Egemen Cebeci¹, Emin Pala², Sami Uzun¹, Serhat Karadağ¹, Oktay Özkan¹, Leyla Koç¹,
Tuba Elif Şenel¹, Yağmur Başkan¹, Zeynep Karaali², Savaş Öztürk¹

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

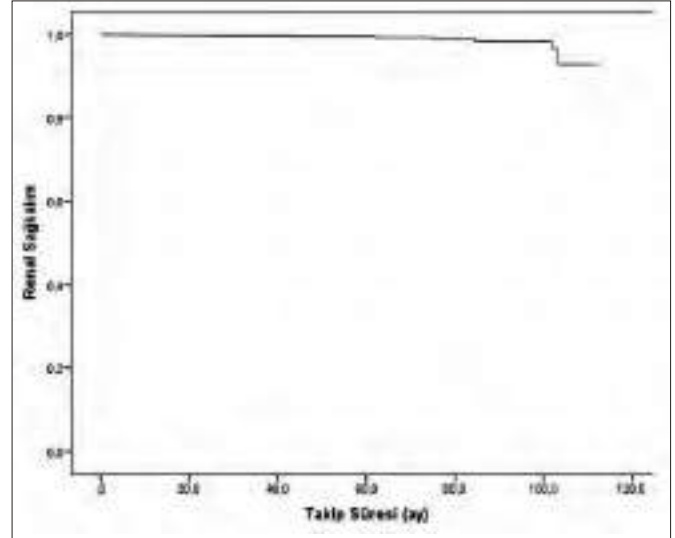
Giriş: Ig A Nefropatisi dünyada en sık saptanan primer glomerülonefrit olmakla birlikte immunosupresif tedavinin endikasyonları ve fayda/zarar oranları henüz netlik kazanmamıştır. KDIGO kılavuzunun önerilerine göre endikasyon dahilinde ilk basamak immunosupresif tedavi kortikosteroid olmakla birlikte yakın zamanda yapılan iki büyük çalışma (STOP-IGAN ve TESTING) kortikosteroid tedavisinin ciddi yan etkileri nedeniyle bu tedaviyle ilgili ciddi soru işaretleri oluşturmıştır. Çalışmamızda Ig A Nefropatisi tanısı olan hastaların immunosupresif tedavilerinin renal sonlanım üzerine sonuçlarını ve gelişen yan etkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntemler: Çalışmamıza 01.09.2006 ile 30.04.2018 tarihleri arasında merkezimizde böbrek biyopsisi ile tanısı konulmuş 102 erişkin Ig A Nefropatili hasta dahil edildi. Başvuru demografik, klinik, laboratuvar ve biyopsi bulguları kaydedildi. Hastalara başlanmış immunosupresif tedavinin ne olduğu, tedavi sırasında gelişen immunosupresif ilaçlara bağlı yan etkiler kaydedildi. Renal replasman tedavisi ihtiyacı olan hastalar kaydedildi. İmmunosupresif tedavi alan ve alamayan hastalar karşılaştırılıp, renal sağkalımı belirleyen faktörler Cox regresyon analizi ile incelendi.

Bulgular: Tanı yaşı 40.2±13.4 yıl, takip süreleri 25 (IQR 6-65) ay olan %61.8'i erkek 102 hastanın başvuru demografik, klinik, laboratuvar ve biyopsi bulguları Tablo'da verilmiştir. Hastaların %82.4'ü RAS blokajı, %32.4'ü balık yağı ve 61'i (%59.8) immunosupresif ilaç kullanmıştı. %59.8'i kortikosteroid (%70'inde yan etki), %3.9'u siklofosfamid (%0 yan etki), %3.9'u azatiopürin (%25'inde yan etki), %3.9'u mikofenolat mofetil (%25'inde yan etki) ve %2'si siklosporin (%100'ünde yan etki) kullanmıştı. Hastaların %13.7'sinin hastanede yatış ihtiyacı olmuştu. Hastaların %11.8'inin hemodiyaliz, %1'inin transplantasyon ve %1'inin periton diyalizi ihtiyacı olmuştu. İmmunosupresif tedavi alan hastalarla alamayan hastaların renal replasman tedavisi ihtiyacı oranları benzerdi (p=0.713). Renal sağkalımı belirleyen faktörlerin Cox regresyon analizinde başvuru eGFR, proteinüri ve mikroskopik hematüri anlamlı saptanırken (sırayla, p=0.018, p=0.02, p=0.024), immunosupresif kullanımı, tanı yaşı, cinsiyet, RAS blokajı kullanımı ve tubuler atrofi/intertisyel fibrozis şiddeti anlamlı saptanmadı. Renal sağkalım grafiği Şekil'de verilmiştir.

Sonuç: Ig A nefropatili hastalarda immunosupresif tedavi başlamanın renal replasman tedavisi ihtiyacına herhangi etkisinin olmadığı ve immunosupresif ilaç kullanımına bağlı yüksek oranlarda yan etki saptandı. Bu hasta grubunda immunosupresif tedavilerin hangi subgruplarda etkin olabileceğine yönelik daha detaylı ve büyük randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Glomerülonefrit, Ig A nefropatisi, immunosupresif tedavi, renal replasman tedavisi

**Şekil 1.****Tablo 1:** Hastaların başvuru ve tanı anı demografik, klinik, laboratuvar ve biyopsi bulguları

Aile öyküsü (n, %)	2, %2	Yan ağrısı (n, %)	10, %9.9
Sigara (n, %)	21, %20.6	Ödem varlığı (n, %)	29, %28.4
Alkol (n, %)	6, %5.9	Makroskopik hematüri (n, %)	19, %18.8
Hipertansiyon (n, %)	37, %36.3	Mikroskopik hematüri (n, %)	66, %65.3
Diabetes Mellitus (n, %)	11, %10.8	Vücut Kütle İndeksi (kg/m ²)	28.1±5.0
İskemik Kalp Hastalığı (n, %)	4, %3.9	Sistolik Tansiyon (mm Hg)	136±26
Periferik arter hastalığı (n, %)	1, %1	Diastolik Tansiyon (mm Hg)	82±14
Hepatit B (n, %)	4, %3.9	HIV (n, %)	0, %0
Hepatit C (n, %)	0, %0	Tonsillektomi öyküsü (n, %)	0, %0
Üre (mg/dl)	50±32	ALT (U/L)	19±10
Kreatinin (mg/dl)	1.47±0.78	AST (U/L)	21±12
eGFR (ml/dk/1.73m ²)	68±36	Total Kolesterol (mg/dl)	218±62
Ürik asit (mg/dl)	7.1±2.1	HDL (mg/dl)	47±16
Proteinüri (mg/gün)	2309±1886	LDL (mg/dl)	136±51
Total Protein (g/dl)	6.9±0.8	Trigliserid (mg/dl)	184±133
Albumin (g/dl)	3.85±0.54	Sodyum (mEq/L)	138±3
Hemoglobin (g/dl)	12.8±2.2	Potasyum (mEq/L)	4.5±0.4
Hematokrit (%)	38.8±5.3	Kalsiyum (mg/dl)	9.2±0.5
Toplam Glomerül Sayısı (ortalama±Std)	16.3±8.0	IgA Boyanma (mezengial granüler), 2+,3+,4+ (%)	%30.4, %67.6, %1
Global Sklerotik Glomerül Sayısı (ortalama±Std)	4.2±3.7	IgA Boyanma (kapiller) 1+,3+ (%)	%15.7, %1
Segmental Sklerotik Glomerül Sayısı (ortalama±Std)	1.4±1.8	IgG Boyanma 1+,2+ (%)	%16.8, %5.9
Kresantik Glomerül Sayısı (ortalama±Std)	1.5±3.5	IgM Boyanma 1+,2+,3+ (%)	%27.7, %4, %1
Mezengial matriks artışı (n, %)	102, %100	C3 Boyanma 1+,2+,3+,4+ (%)	%29.4, %31.1, %30.4, %1
Mezengial hücre artışı (n, %)	79, %77.5	Tubuler atrofi/intertisyel Fibrozis Hafif, Orta, Ağır (%)	%64.7, %17.6, %2

PS-160

PROTEİNÜRİNİN SAFRA KESESİ MOTİLİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Şimal Köksal Cevher¹, Hasan Tankut Köseoğlu², Sabri Onur Özden³, Ezgi Çoşkun Yenigün¹, Fatih Dede¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği

Giriş: Özellikle yağlı yemeklerden sonra sindirim olayının gerçekleşmesi için safranın duodenuma boşalması safra kesesinin (SK) kontraksiyonu ile sağlanır. Kontraksiyon yemek sonrası en fazla 45. dakikada gerçekleşir. SK kontraksiyonunun en güçlü uyarımı intestinal hormonlardan kolesistokinin (CCK). İntestinal bir hormon olan sekretin de dolaylı yoldan ve daha zayıf etkilidir. Proteinüri ile seyreden glomerulonefritlerde protein yapıdaki hormonların renal kaybı söz konusudur. Amacımız, primer glomerulonefritlerde

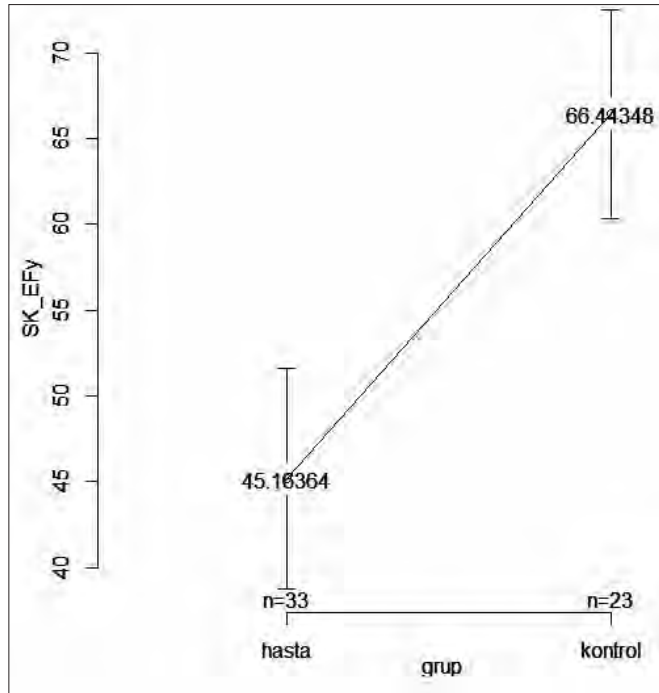
SK fonksiyonunda bozulma olduğunu göstererek, SK kontraktilesinde rol oynayan polipeptit yapıda hormonlar olan CCK ve sekretinin de proteinüri ile kaybolduğuna işaret etmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza, Mart 2016-Mayıs 2017 yılları arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Polikliniği'nde takipli 33 primer glomerulonefrit hastası (14 kadın, 19 erkek) ve kontrol grubu olarak 23 sağlıklı birey (17 kadın, 6 erkek) dahil edildi. Dışlama kriterleri; akut böbrek hasarının eşlik etmesi, GFR <60 ml/dk olması, kolelitiazis ve üst gastrointestinal sistem operasyonu öyküsü, diabetes mellitusu varlığı, oral kontraseptif kullanımı ve yakın zamanda hızlı zayıflama öyküsü olarak belirlendi. Hasta kanları en az 8 saatlik açlık sonrası alındı ve klinik değerlendirme sonrası aynı gün SK USG görüntülemesi, aynı gastroenteroloji uzmanı tarafından ve aynı USG cihazı ile; açlık sonrası ve standart 40 gram çikolata (194 kcal, %58,5 karbonhidrat, %26,2 yağ, %4 protein) yedikten sonra maksimum kontraksiyonun sağlanmış olduğu 45. dakikada yapıldı. SK volümü elipsoid formüle göre hesaplandı [$V = (\pi \times \text{boy} \times \text{derinlik})$]. SK ejeksiyon fraksiyonu (EF) ise $[SKEF (\%) = (\text{Açlık volümü} - \text{Tokluk volümü}) \times 100 / \text{Açlık volümü}]$ şeklinde hesaplandı.

Tablo 1: Hasta ve kontrol grubuna ait özelliklerin istatistiksel sınamalarla karşılaştırılması

Karşılaştırma ölçütü	1. örneğin ortalaması±std. sapması	2. örneğin ortalaması±std. sapması	1. örneğin normal dağılımlılığı	p	2. örneğin normal dağılımlılığı	p	Örneklerin değişimleri	p	Kullanılan sınama	p	Sonuç
1. örnek: Hasta grubu, n=33 ve 2. örnek: Kontrol grubunun, n=23 SKV0 karşılaştırması	33516±19318	29740±10895	değil	0,000	normal	0,068	aynı	0,112	Welch t sınaması	0,356	anlamli fark yok
1. örnek: Hasta grubu, n=33 ve 2. örnek: Kontrol grubunun, n=23 SKV45. dk karşılaştırması	16445±9814	9591±4807	değil	0,000	normal	0,198	aynı	0,063	Wilcoxon-Mann-Whitney	0,0009	anlamli biçimde farklı
1. örnek: Hasta grubu, n=33 ve 2. örnek: Kontrol grubunun, n=23 SKEF (%) karşılaştırması	%(45,2±18,1)	%(66,4±14,1)	normal	0,343	normal	0,599	aynı	0,310	student t sınaması	0,000017	anlamli biçimde farklı
Hasta grubunda proteinürinin derecesine (1. örnek: nonnephrotik, n=27; 2. örnek: nephrotik, n=6) göre SKV0 karşılaştırması	33315±20274	34420±15801	değil	0,000	normal	0,503	aynı	0,985	Wilcoxon-Mann-Whitney	0,657	anlamli fark yok
Hasta grubunda proteinürinin derecesine (1. örnek: nonnephrotik, n=27; 2. örnek: nephrotik, n=6) göre SKV45.dk karşılaştırması	16111±10269	17950±8048	değil	0,000	normal	0,813	aynı	0,789	Wilcoxon-Mann-Whitney	0,388	anlamli fark yok
Hasta grubunda proteinürinin derecesine (1. örnek: nonnephrotik, n=27; 2. örnek: nephrotik, n=6) göre SKEF (%) karşılaştırması	%(45,0±19,2)	%(45,8±13,4)	normal	0,307	normal	0,756	aynı	0,273	student t sınaması	0,924	anlamli fark yok
Hasta grubunda 1. örnek: "Albümin<3,5 g/dL" olanlarla, n=10; 2. örnek: "Albümin>=3,5 g/dL" olanların, n=23 SKEF (%) karşılaştırması	%(49,5±15,2)	%(43,3±19,2)	normal	0,882	normal	0,326	aynı	0,417	student t sınaması	0,368	anlamli fark yok
Hasta grubunda 1. örnek: "total protein<6,5 g/dL" olanlarla, n=10; 2. örnek: "total protein>=6,5 g/dL" olanların, n=23 SKEF (%) karşılaştırması	%(50,0±15,5)	%(43,0±19,1)	normal	0,658	normal	0,332	aynı	0,523	student t sınaması	0,315	anlamli fark yok

Bulgular: Çalışmaya alınan 56 kişiden, 33'ü hasta grubunda olup yaş ortalaması $41,3 \pm 9,06$; kontrol grubunun ise $36,7 \pm 10,6$ idi ($p=0,074$). Hastaların 6'sında nefrotik, 27'sinde ise nonnefrotik proteinüri mevcuttu. Hastaların açlık ortalama SK volümü (SK V0) ile kontrol grubunun SK V0 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($p=0,356$) halde; çikolata yedikten sonra hasta grubunun ortalama SK 45. dakika volümü kontrol grubuna göre daha fazla bulundu ($p=0,0009$). Hastaların SKEF ortalaması $45,2 \pm 18,1$; kontrol grubunun ise $66,4 \pm 14,1$ olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=1,7 \times 10^{-5}$) (Şekil 1). Hastaların nefrotik ve nonnefrotik olacak şekilde proteinüri derecelerine göre SKEF'ye bakıldığında anlamlı fark izlenmedi ($p=0,924$). Yine bu durumu konfirme edecek şekilde albümin değeri $<3,5$ gr/dL olanlar ile $\geq 3,5$ gr/dL olanlar arasında; total protein $<6,5$ gr/dL olanlar ile $\geq 6,5$ gr/dL olanlar arasında yine SKEF arasında anlamlı fark saptanmadı (sırası ile $p=0,368$ ve $p=0,315$) (Tablo 1).



Şekil 1.

Sonuç: Glomerulonefritlerde SK motilitesini değerlendirdiğimiz bu çalışmamızda; hasta grubunda SK kontraktilesinin bozulduğunu gösteren V45. dk değerleri anlamlı olarak yüksek, SKEF değerleri ise anlamlı olarak düşük çıkmıştır. Çalışma sonuçlarımız proteinürinin, CCK ve sekretin gibi polipeptit yapıdaki hormonların kaybına neden olarak safra kesesinde diskinezi bozukluğuna yol açtığını göstermiştir. Nefroloji polikliniklerinde takip edilen bu hastaların, biliyer diskinezilerinin de olduğu ve bu nedenle kolelitiazise yatkınlıkları göz önünde bulundurularak bu açıdan da takipleri yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Proteinüri, nefrotik sendrom, kolesistokinin, safra kesesi diskinezi, kolelitiazis

PS-161

KRONİK BÖBREK HASTALARINDA KALP-AYAK BİLEĞİ VASKÜLER İNDEKSİ HbA1c VE MONOSİT-KEMOATRAKTAN PROTEİN-1 İLE İLİŞKİLİDİR

Belda Dursun¹, Mehmet Mert¹, Ahmet Baki Yağcı², Ayşen Çetin Kardeşler³, Süleyman Demir³, Hande Şenol⁴

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı

⁴Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı

Arteriyel sertlik kronik böbrek hastalığında (KBH) kardiyovasküler hastalık gelişiminin bağımsız bir belirleyicisidir. Kalp-ayak bileği vasküler indeksi (CAVI), kan basıncından bağımsız şekilde arteriyel sertlik durumunu değerlendiren yeni bir yöntemdir. Temel olarak, CAVI ölçümü torasik, abdominal, femoral ve tibial arter üyelerinde sertlik ve aterosklerozu yansıtmaktadır. Pre-diyaliz aşamasında ki evre 3-5 diyabetik ve diyabetik olmayan KBH grubunda CAVI düzeyleri ile aterosklerotik risk faktörlerinin (monosit-kemoatraktan protein-1, sklerostin, Fibroblast-growth faktör -23, klotho ve 25-OH D vitamin) ilişkisi araştırılmıştır.

Çalışma yaş ve cinsiyet uyumlu 3 grupta yürütülmüştür. Grup 1'de 44 evre 3-5 diyabetik KBH, grup 2'de 46 diyabetik olmayan-KBH, grup 3'de ise 44 üremik-olmayan kontrol yer almıştır. Tüm grupta CAVI ölçümü yapılmıştır. Serum hemoglobin A1c, albümin, urik asit, total kalsiyum, fosfor, parathormon, lipid düzeyi, C-reactive protein, FGF-23, klotho, MCP-1, sklerostin, klotho, 25-OH vitamin D düzeyleri standart yöntemlerle belirlenmiştir.

Diyabetik KBH grubunda CAVI düzeyi 8.22 ± 0.18 m/sn olarak diyabetik-olmayan KBH (7.61 ± 0.18 m/sn) ve kontrollere (7.59 ± 0.17 m/sn) göre anlamlı olarak daha yüksektir. FGF-23 düzeyi KBH grubunda kontrollere göre yüksek olmakla birlikte istatistiksel anlamlı değildir. MCP-1 düzeyi diyabetik KBH grubunda anlamlı olarak yüksektir. Klotho and sklerostin düzeyleri diyabetik KBH grubunda anlamlı olarak daha düşüktür. KBH hastalarında, CAVI ile pozitif yaş ($r=0.447$ $p<0.0001$), sigara ($r=0.331$, $p=0.035$), ortalama arteriyel basınç ($r=0.327$, $p<0.0001$), açlık plazma glukoz ($r=0.185$, $p=0.033$), HbA1c ($r=0.258$, $p=0.003$) arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Stepwise regresyon analizi yaş ($p=0.0001$, $B=0.461$), ortalama arteriyel basınç ($p<0.0001$, $B=0.365$), HbA1c ($p=0.003$, $B=0.251$) ve MCP-1 ($p=0.013$, $B=0.214$) parametrelerinin CAVI'yi bağımsız olarak belirlediğini göstermektedir.

Sonuçlarımız, özellikle diyabetik evre 3-5 KBH'da yüksek CAVI değerlerinin, yani artmış arteriyel sertliğin, varlığına işaret etmektedir. Yaş ve ortalama arteriyel kan basıncı yanı sıra, bozulmuş metabolik durum, özellikle yüksek HbA1c ve monosit-kemoatraktan protein-1 düzeylerinin KBH grubunda artan CAVI değerlerini bağımsız olarak belirlediği gösterilmiştir. Bu sonuçlar KBH'da, kardiyovasküler komplikasyonların erken belirleyicisi olan arteriyel sertlik gelişiminde metabolik kontrolün önemine vurgu yapmaktadır.

Anahtar Kelimeler: arteriyel sertlik, diyabetes mellitus, kronik böbrek hastalığı, inflamasyon

PS-162

FİBRİLER GLOMERÜLONEFRİT: İKİ OLGU SUNUMU

Serhat Karadağ¹, Egemen Cebeci¹, Sami Uzun¹, Leyla Koç¹, Tuba Elif Şenel¹, Yağmur Başhan¹, Yasemin Özlük², Savaş Öztürk¹

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği; İstanbul, Turkey

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi; Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Turkey

Giriş: Fibriler glomerulonefritler (GN) nadir olup, hematüri, proteinüri, nefrotik sendrom veya böbrek yetersizliği gibi bulgularla kendini göstermektedir. Işık mikroskopisinde sıklıkla mezangiyoproliferatif/sklerozan GN ve membranoproliferatif GN paterni göstermektedirler.. Kesin tanı elektron mikroskopi (EM) ile konmaktadır.

Olgu 1: Hipertansiyon dışında hastalık anamnezi olmayan, rutin kontrollerinde proteinüri saptanan 44 yaşındaki kadın hastanın tetkiklerinde ++ hematüri, 2.6gr/gün proteinüri, serum albümin:3.7 gr/dl, serum kreatinin:0.67 mg/dl bulundu. Hastaya böbrek biyopsisi yapıldı.

Olgu 2: Hipertansiyon ve iskemik kalp hastalığı olan 52 yaşında erkek hastanın tetkiklerinde proteinüri ve kreatinin yüksekliği saptandı. Tetkiklerinde ++ hematüri, 2.3 gr/gün proteinüri, serum albümin:4 gr/dl, serum kreatinin:2.2 mg/dl, eGFR:33ml/dk/1.73 m² saptanması üzerine böbrek biyopsisi yapıldı.

Biyopsi bulguları: İki olguda da biyopsi bulguları benzerdi. Işık mikroskopisinde glomerüllerde belirgin mezangiyal artış, bazal membranlarda kalınlaşma ve duplikasyonlar görüldü. İmmünoifloresan mikroskopide IgG ve C3 ile glomerüller bazal membranlarda, değişen derecelerde immün birikimler saptandı. Elektron mikroskopik incelemede intramembranöz, subendotelyal ve mezangiyal alanlarda, boyutları 12-20 nm arasında değişen, fibriller özellikle elektron yoğun birikimler dikkati çekti. Biyopsi bulguları fibriller glomerülonefrit ile uyumlu bulundu.

Tartışma ve Sonuç: Çoğu olgu idiyopatikdir ancak olguların bir kısmı maligniteler, monoklonal gammopatiler ve otoimmün hastalıklarla ilişkili bulunmuştur. Hastalarımızda bu hastalıklar saptanmadı. Tedavisi ile ilgili randomize çalışmalar yoktur ancak nonimmün supresif tedaviler (RAS blokajı, statinler vb) ve/veya immün supresif tedaviler (kortikosteroid±siklosporin, siklofosamid, mikofenolat vb) verilebilir. Hastalarımız nonimmün supresif tedavi başlanarak takibe alındı. Olguların yaklaşık %40-50'si SDBY'ye ilerler. Bizim hastalarımızdan olgu 1 tanıdan 18 ay sonra, olgu 2 tanıdan 10 ay sonra kronik hemodiyaliz programına alındı. Glomerüller hastalıklar değerlendirilirken yaygın görülmese de fibriller GN akla gelmeli ve biyopsi yapılırken EM içinde örnek ayrılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Fibriller Glomerulonefrit, Elektron Mikroskopi

PS-163

HİPERNATREMİYE BAĞLI KORPUS KALLOZUM SPLENİUMDA DİFFÜZYON KISITLANMASI SAPTANAN OLGU

Atilla Akpınar¹, Ömer Celal Elçioğlu², Yelda Deligöz Bildacı², Ayşe Serra Artan², Meltem Gürsu², Rümeyza Kazancıoğlu²

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

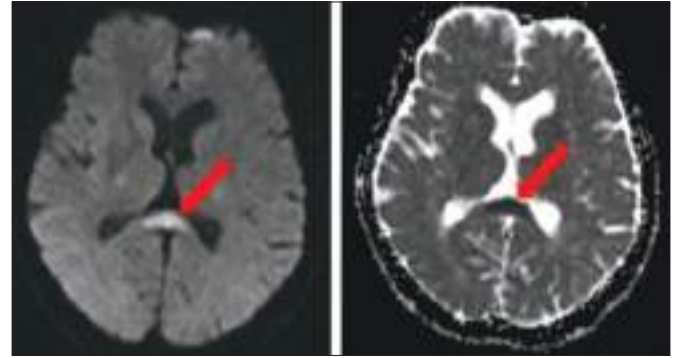
Giriş: İleri yaş ve volüm durumu labil hastalarda altta yatan hastalığa bağlı metabolik dengeler kolayca bozulabilmektedir. Buna benzer bir klinik zemin sonucunda diffüzyon MR görüntülemesinde korpus kallozum spleniumda geçici sinyal dansite artışı gösterilmiş olan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: İki haftadır olan bulantı, kusma şikayetleri acil polikliniğimize başvuran 74 yaşında kadın hastanın ilk muayenesinde tüm batında ağrı, epigastrik ve suprapubik hassasiyet saptandı. Bilinen koroner arter hastalığı, hipertansiyon, iskemik serebrovasküler hastalık tanısı mevcuttu. Sigara, alkol kullanmamıştı. Dabigatran 1*110 mg, asetil salisilik asit 100 mg, atenolol 2*100 mg kullanılmaktaydı. Laboratuvar tetkiklerinde hemogram normal, kreatinin: 0,78 mg/dl, sodyum: 145 mmol/L, potasyum: 4,3 mmol/L, kalsiyum: 9,0 mg/dl, fosfor: 5,1 mg/dl saptandı. İntravenöz kontrastlı tüm tatin BT'de; midede belirgin distansiyon, böbreklerde bilateral grade 2 pelvikaliksiyel ektazi, mesane posterior duvarda 2 cm duvar kalınlık artışı saptandı. Sistoskopi için hazırlanırken geçen iki günde, devam eden bulantı, kusma, genel durumda bozulma ve görsel halüsinasyonlar gelişmesi üzerine bakılan üre: 128 mg/dl, kreatinin: 2,61 mg/dl, sodyum: 147 mmol/L, potasyum: 2,8 mmol/L, klor: 74 mmol/L, kalsiyum: 8,8 mg/dl, fosfor: 7,9 mg/dl saptandı. Ayırıcı tanıda Kontrast nefropatisi, kusmaya bağlı dehidratasyon, üreter obstrüksiyonuna sekonder postrenal patolojinin bir arada bulunduğu düşünüldü bilaterale nefrostomi takıldı. Nazogastrik sonda ile mide içeriği drene edildi. Takibinde sodyum: 162 mmol/L, potasyum: 2,5 mmol/L, klor: 66 mmol/L saptandı. Konvülsiyon gelişmesi üzerine çekilen beyin BT'de patoloji saptanmadı ancak diffüzyon MR görüntülerinde korpus kallozum spleniumda metabolik dengesizliğe sekonder olduğu düşünülen diffüzyon kısıtlanması görüldü (*Şekil 1). EEG'de yaygın organizasyon bozukluğu şeklinde

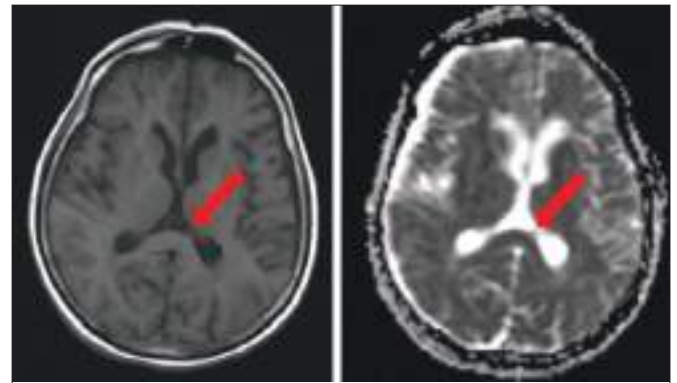
rapor edildi; Bilateral karotis ve vertebral arter doppler USG incelemede anlamlı darlık saptanmadı. Depakin tedavisi uygulandı. Takibinde İV dekstroze ve nazogastrik sondadan içme suyu verildi 3 gün sonra 162 mmol/L olan sodyum 140 mmol/L'ye geriledi. Sistoskopisinde mesane tabanında yaklaşık 4x3 cm boyutunda mesane kanseri ile uyumlu papiller solid komponenti olan lezyon izlendi, rezeksiyon yapıldı, patolojik incelemede high grade papiller üretelyal karsinom saptandı, lamina propria ve musculus propria invazyonu mevcuttu. Genel durumu düzeldikten sonra çekilen beyin MRI'da (*Şekil 2) korpus kallozum spleniumdaki lezyonun kaybolmuş olduğu görüldü. Takibinde gelişen sepsis nedeniyle hasta kaybedildi.

Sonuç: Geçici korpus kallozum splenium diffüzyon kısıtlılığını yansıtan artmış sinyal yoğunluğu nadiren görülmektedir. Etiyolojisi net aydınlatılmamakla birlikte hipoglisemi, hipernatremi, anoreksiya nervosa, B12 vitamin eksikliği, epileptik konvülsiyonlar sonrası, karbamazepin gibi antiepileptik kullanımı, hemikrania kontinua, falciparum malaria, SLE gibi birçok nedenle meydana gelebilmektedir. Lezyonların etiyolojisinde vazojenik ödem olduğu düşünülmektedir. Hipernatremiye bağlı geliştiği düşünülen olgumuzda olduğu gibi literatürdeki vakaların hızlı ve tam iyileşme göstermesi nedeniyle bahsedilen lezyonların tanı ve ek tedavisi için agresif klinik yaklaşıma gerek olmadığı düşünülmektedir. Altta yatan nedenlerin tedavisine odaklanmak gerekmektedir. Olgumuzda da metabolik denge sağlandıktan 10 gün sonra lezyonlardaki gerileme görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hipernatremi, korpus kallozum splenium



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-164

RENAL ANLAMLILIĞI OLAN MONOKLONAL GAMMOPATİ: OLGU SUNUMU

Serhat Karadağ¹, Egemen Cebeci¹, Oktay Özkan¹, Tuba Elif Şenel¹, Yağmur Başhan¹, Yasemin Özlük², Savaş Öztürk¹

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

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

Giriş: Yakın zamanda tanımlanan renal anlamlılığı olan monoklonal gammopati (MGRS) nonmalign veya premalign B hücrelerinin sentezlediği monoklonal immünglobulinlerin böbreklerde birikimi ile karakterize bir grup hastalıktır. Bu hastalıklarda multipl miyelom ve lenfoproliferatif bozukluklar için açık tanı kriterleri yoktur. MGRS ilişkili böbrek hastalıkları immünglobulin ilişkili amiloidoz, monoklonal immünglobulin birikim hastalığı (MIDD), monoklonal immünglobulin birikimi gösteren proliferatif glomerülonefrit, monoklonal gammopatili C3 glomerulopati ve hafif zincir proksimal tubulopati gibi hastalıkları içerir.

Olgu: Bilinen bir hastalık anamnezi vermeyen 38 yaşında kadın hasta bacaklarda şişme şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde pretibial 3 + ödem dışında özellik saptanmayan hastanın tetkiklerinde kreatinin: 0.75mg/dl, serum albümin:2.6 gr/dl, serum globülin:2 gr/dl, 11 gr/gün proteinüri tespit edilerek böbrek biyopsisi yapıldı. Işık mikroskopisi proliferatif glomerülonefrit özellikleri gösteren hastanın Kongo boyanması negatif olup immunflöresan mikroskopisinde bazal membranda ve mezengiyal alanda Ig G ve lambda ağırlıklı boyanma (Ig G ++, lambda +++) gözlemlendi. Patoloji raporu monoklonal IgG birikimi gösteren proliferatif glomerülonefrit ile uyumlu bulundu. Hastanın yapılan protein elektroforezi normal bulundu, serum ve idrar immün fiksasyon elektroforezinde monoklonal band gözlemlendi. Kemik iliği biyopsisi ve genetik incelemeler sonucunda yapılan hematoloji konsültasyonunda multipl miyelom ve lenfoproliferatif bozukluklar düşünülmüdü. Hastaya MGRS tanısı konularak ile etapta 1 mg/kg/gün prednizolon başlandı. Bu tedavi altında kreatinin değerleri progresif olarak artan ve 1.57'ye ulaşan, nefrotik sendromu devam eden hasta hematoloji ile tekrar konsülte edildi. Rituksimab, siklofosamid tedavisi için ilaç başvuruları yapıldı. Hasta halen polikliniğimizde takip edilmektedir

Tartışma ve Sonuç: MGRS ilişkili hastalıklar yeni tanımlanması nedeniyle genelde diğer glomerüler hastalıklar ile karıştırılmaktadır. Tedavideki asıl amaç renal fonksiyonları korumaktır ancak aşikar multipl miyelom ve bir lenfoproliferatif hastalık tanı kriterlerini karşılamadığından klinisyenler bu hastaları kemoterapi ile tedavi etmekte isteksizdirler. Fakat yapılan birkaç çalışmada kemoterapiye hematolojik yanıtla böbrek fonksiyonları yakın ilişkili saptanmıştır. Glomerüler hastalıklar değerlendirilirken gerek klinik gerekse de histopatolojik olarak MGRS ilişkili hastalıklarda göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Monoklonal gammopati, proliferatif glomerülonefrit

PS-165

KRONİK BÖBREK HASTALARINDA DİNAMİK TİYOL-DİSÜLFİT HEMOSTAZI DEĞERLENDİRMESİ

Serhat Karadağ¹, Cihan Coşkun², Örgül Derya Bozkurt³, Egemen Cebeci¹, Yağmur Başhan¹, Leyla Koç¹, Macit Koldaş², Savaş Öztürk¹

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul

²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya Kliniği, İstanbul

³Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

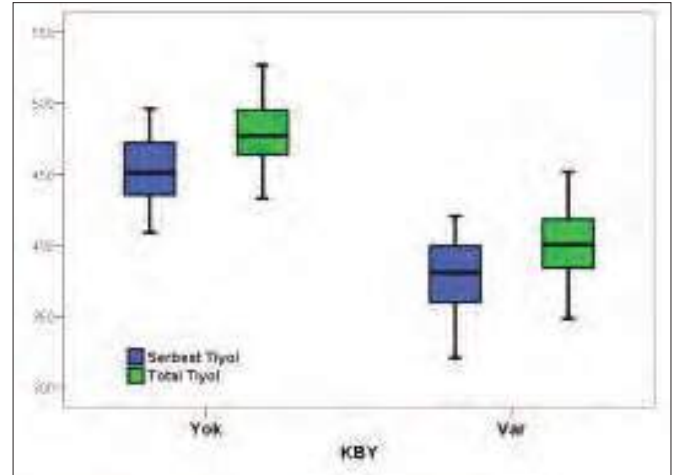
Amaç: Hem kronik böbrek hastalığının(KBH) gelişiminde ve progresyonunda hem de KBH ile ilişkili komplikasyonların gelişiminde oksidatif stres ve proinflatuvar durumun önemli rolü olduğunu destekleyen çok sayıda kanıt mevcuttur. Çalışmamızda antioksidan durum hakkında bilgi veren total ve serbest tiyol düzeylerinin, KBH hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı oranda değişiklik gösterip göstermediğini ve tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFR) ile tiyol düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyerek tiyolün, KBH'deki oksidan duruma olan etkisi ve KBH'nin ilerlemesi ile olan ilişkisini araştırmayı amaçladık. Ayrıca, diyabetes mellitus (DM) varlığının tiyol düzeyleri ile ilişkisi olup olmadığını da inceledik.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmamız tek merkezli, kesitsel araştırma olarak planlandı. Çalışmaya SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye ve Nefroloji Poliklinikleri'nde Mart 2018 ile Mayıs 2018 tarihleri arasında takip edilen ve KDIGO 2012 kılavuzu kriterleri esas alınarak GFH'ye göre evre 1,2 veya 3 KBH'si olan 58 hasta ve dahiliye polikliniği başvurularında sağlıklı olduğu belirlenen 37 kişiden oluşan kontrol grubu dahil edildi. Hasta ve kontrol grubunun venöz kan örneklerinde glukoz, üre, kreatinin, total tiyol ve serbest tiyol incelendi. İstatistiksel analiz için Student T, Mann Whitney U, Ki-Kare testleri ve lineer regresyon analizi kullanıldı.

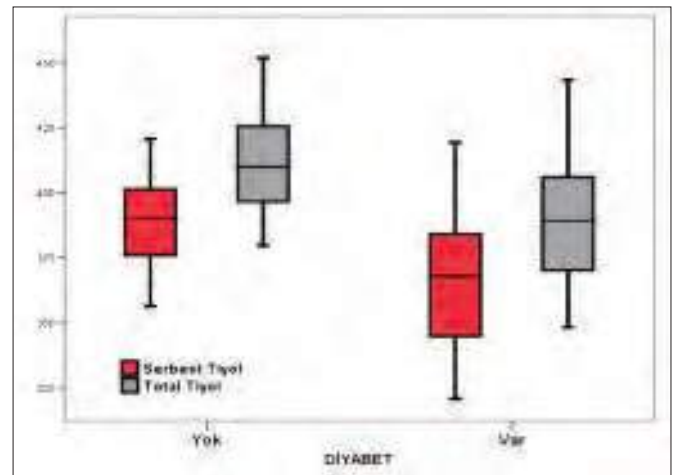
Bulgular: Çalışmamızda KBH olan grupta serbest ve total tiyol ortalaması, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu (her ikisi için p<0,001). KBH grubunun serbest ve total tiyol düzeyleri ile GFH düzeyi arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla, p=0,012 ve p=0,006),(Şekil-1). Tüm çalışma gruplarının dahil edildiği değerlendirme sonucunda, serbest ve total tiyol düzeyleri ile üre, kreatinin ve glukoz düzeyleri arasında negatif yönde, GFH düzeyi ile ise pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (hepsi için p<0,001). KBH grubunda DM'li olan hastaların serbest ve total tiyol ortalaması, DM'li olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü (p<0,001 ve p=0,001),(Şekil-2).

Sonuç: Yaptığımız çalışma sonucunda KBH hastalarındaki total tiyol ve serbest tiyol düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı oranda düşük olduğunu bulduk. Serbest ve total tiyol düzeyleri ile GFH arasında ise pozitif ilişki tespit ettik. Sonuç olarak total ve serbest tiyol düzeyleri KBH hastalarındaki oksidan durum ile ilişkili iken, KBH'nin ilerlemesi ile de ilişkili bulundu. Aynı zamanda DM hastalığının varlığının KBH hastalarındaki oksidan durumu daha da artırdığı gözlemlendi.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek hastalığı, serbest tiyol, total tiyol, disülfid, diyabetes mellitus



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-166

RENAL TRANSPLANT ALICISINDA İNTRARENAL DEV ANEVİRİZMANIN ENDOVASKÜLER MÜDAHALE İLE ONARIMI

Sultan Özkurt¹, Berat Acu², Elif Gündoğdu², Çiğdem Mengüç¹, Ahmet Uğur Yalçın¹¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Eskişehir²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Bilim Dalı, Eskişehir

Giriş: Renal arter anevrizması nadir görülür ve tam mekanizması bilinmemektedir. Aterosklerozun yanı sıra candida ilişkili arteritler posttransplant anevrizma oluşumunda risk faktörleridir. Tedavi endikasyonları ve renal arter anevrizmalarının tamir teknikleri yazarlara göre değişkenlik göstermektedir. Literatürde renal parankimde gelişen anevrizma ve tedavisi ile ilgili bilgi bulunmamaktadır.

Olgu: 9 yıl önce canlı donörden böbrek nakli yapılan, 7 yıl önce böbrek biyopsisi öyküsü olan 27 yaşındaki bayan hastada böbrek fonksiyon bozukluğu ve hipertansiyon etyolojisini araştırırken renal allogreftte tesadüfen tesbit ettiğimiz intrarenal dev anevrizma ve eşlik eden yüksek debili arteriovenöz fistülün endovasküler yolla başarılı bir şekilde tedavisini bildiriyoruz.

Sonuç: Nadir de olsa, böbrek biyopsisi sonrası renal parankimal anevrizma gelişebileceği ve hipertansiyona neden olabileceği bilinmeli, tedavi seçeneği olarak komplike vakalarda dahi endovasküler cerrahi müdahaleler gözönünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, renal anevrizma, arteriovenöz fistül, endovasküler cerrahi

PS-167

BÖBREK YETMEZLİĞİNİN SIK ATLANAN BİR NEDENİ OLARAK MULTİPL MYELOM OLGUSU

Taliha Güçlü Kantar¹, Belda Dursun², Nilay Şen Türk³¹Pamukkale Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı²Pamukkale Üniversitesi İç Hastalıkları Nefroloji Bilim Dalı³Pamukkale Üniversitesi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş: Multipl myelom(MM), bir monoklonal immünglobulin veya bunun bir fragmanını üreten tek bir plazma hücresi klonunun neoplastik proliferasyonudur. Morbidite ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Böbrek yetmezliği, MM hastalığının sık görülen bir komplikasyonudur. Hastalığın yönetimindeki son gelişmelerle birlikte akut böbrek yetmezliği tam ve prognoz açısından önemli hale gelmiştir. Hafif zincir birikimine bağlı silendir oluşumu ile distal tübüllerde obstrüksiyon oluşabilir. Hafif zincirler proksimal tübül üzerine direk hasar da yapabilir. Bu olguda akut böbrek yetmezliği ile gelen ve MM tanısı alan bir hastayı sunduk.

Olgu: Elliye di yaşında kadın hasta halsizlik, iştahsızlık şikayetleri ile dış merkezde nefroloji kliniğine başvurmuş. KBY tanısı konularak HD tedavisine başlandıktan bir ay sonra hastanemiz nefroloji polikliniğinde görüldü. Özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Anemi sebebi ile yaklaşık 6 aydır demir preparatı kullandığı ve kan transfüzyonu yapıldığı öğrenildi. 18 ay önce kalça protezi takıldığı dönemde kreatinin değeri 0,67mg/dl olan hastanın bir ay önceki tetkiklerinde kreatinin:7,8 mg/dl, GFR 5ml/dak olarak saptanmış. Kliniğimizde bakılan tetkiklerinde üre: 97mg/dl, kreatinin: 7,79mg/dl, ü.asit:7,6 mg/dl, alb:4,44 g/l, t.protein:8,14g/dl, düzeltilmiş Ca:10,19 mg/dl, LDH:404U/L, WBC:5990/mm³, Hgb:9,9g/dl, PLT:144000/mm³,kappa hafif zincir:882 mg/dl, lambda hafif zincir:50 mg/dl, IgA/IgG/IgM:19/2134/13,9mg/dl, ESH:136mm/saat bulundu. İdrar immünoelektroforez testinde kappa hafif zincir bandı saptandı ve kemik iliği biyopsisi plazma hücreli myelom ile uyumlu geldi. Myelom tanısı ile tedavisi başlandı ve izlemde kronik HD programına devam edildi.

Sonuç: Böbrek yetmezliği olgularında altta yatan neden çoğu zaman atlanmaktadır. MM hastalarının yaklaşık %20'sinde progresif böbrek yetmezliği gelişebilir ve renal replasman tedavisi gerekebilir. MM hastalarının %50'si akut böbrek yetmezliği ile hastaneye başvurur ve bu hastaların yarısında tedavi

ile böbrek fonksiyonları geri döner. Böbrek fonksiyon bozukluğu irreversibl olması halinde ise sağkalım 1 yılın altına düşer. Erken tanının prognostik değeri nedeniyle böbrek yetmezliği olan her olgu MM açısından tetkik edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Akut böbrek yetmezliği,Multipl Myelom

PS-168

HANTA VİRÜS İLİŞKİLİ RENAL HEMORAJİK ATEŞ

Gülşah Altun¹, Kürşad Öneç², Özant Helvacı³, Tansu Sav², İpek Işık Gönül⁴¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı

Giriş: Hantavirüsler kemirici veya böcekçil kaynaklı bir grup zarflı RNA virüsleridir. Hantavirüsler kemiricilerde asemptomatik fakat kronik bir enfeksiyona yol açarken insanlarda “renal hemorajik ateş” ve “hantavirüs pulmoner sendrom” olmak üzere iki farklı hastalık tablosuna yol açarlar. Burada böbrek yetmezliği ile prezente olan Hanta virüs enfeksiyonuna ait bir vakayı sunuyoruz.

Vaka Sunumu: Yirmidokuz yaşında erkek hasta, bir haftadır süren karın ağrısı, ateş yüksekliği, aralıklı olan ishal ve halsizlik şikayetleriyle acil servise başvuruyor. Hastaya akut gastroenterit tanısıyla semptomatik tedavi verilir taburcu ediliyor. Şikayetleri geçmemesi ve karın ağrısının artması üzerine tekrar acile başvuran hastaya akut apandisit ön tanısıyla tomografi çekiliyor, çekum etrafında sıvı ve mezenterde kirlenme saptanması üzerine perfore apandisit ön tanısıyla genel cerrahi tarafından operasyon amaçlı yatışı yapılıyor. Hastanın takibinde hipotansiyon, hiponatremi (sodyum:125), trombositopeni (trombosit:31,000), kreatin yüksekliği (kreatinin:3,85) gelişmesi ve genel durumu kötüleşmesi üzerine hasta operasyona alınıyor. Hastada intraoperatif değerlendirilmede batın içinde serbest sıvı dışında herhangi bir patoloji saptanmıyor. Hasta post operatif ABY nedeniyle hemodiyalize alınıyor. Makroskopik hematüri ve gastroenteriti mevcut olan hastanın bakılan idrar sedimentinde yaygın granüler silendir ve dismorfik eritrositler, eritrosit silendirleri ve lökositler görülüyor. Hastanın anamnezinde yaklaşık bir hafta önce ava çıkma ve yaban hayvanlarıyla temas öyküsü olması sebebiyle hantavirüs enfeksiyonu açısından tahlilleri gönderiliyor ve RPGN? olasılığı nedeniyle hastaya böbrek biyopsisi yapılıyor. Biyopside belirgin olarak peritübüller kapillerde inflamasyon ve tübüllit saptanıyor ve akut tübüler zedelenme- akut interstisyel nefrit olarak sonuçlanıyor. Bu süreçte hastanın Hantavirüs IgM pozitif olarak saptandı. Her iki bulgu değerlendirildiğinde hastada Hantavirüs enfeksiyonuna bağlı renohemorajik ateş düşünüldü ve hastaya 1mg/kg steroid tedavisi başlandıktan sonra takip eden günlerde renal fonksiyonları ve trombositopenisi düzeldi.

Tartışma: Gastroenterit, trombositopeni ve akut böbrek yetmezliğinin birlikte olduğu tablo tipik hemolitik üremik sendrom kliniğinde beklenen bulgular olmakla beraber Hantavirüs enfeksiyonu nedeniyle ortaya çıkan renal hemorajik ateş vakaları da benzer klinik tablolarla karşımıza gelebilir. Tanıda renal gösterici bulgu ise hastanın anamnezindeki yabani-kemirgen bir hayvan ile teması veya bu bölgelerden su kullanımıdır.

Anahtar Kelimeler: hantavirüs,renal hemorajik sendrom,kemirgen,böbrek yetmezliği

PS-169

DİYARE (+) ATİPİK HEMOLİTİK ÜREMİK SENDROMLU BİR OLGUDA ECULİZUMAB DENEYİMİ

Sevgin Taner, İpek Kaplan Bulut, Ahmet Keskinoglu, Caner Kabasakal

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji

Giriş: Hemolitik Üremik Sendrom (HÜS) trombositopeni, nonimmün hemolitik anemi ve akut böbrek yetmezliği ile karakterize bir tablodur. En sık formu Shiga

benzeri toksin üreten bakteri enfeksiyonu ile ilişkilidir (STEC-HÜS). Eşlik eden bir hastalık veya tanımlanan bir eksiklik dışındaki hastalar atipik HÜS olarak adlandırılmaktadır. Atipik HÜS vakalarının da bir kısmında öyküde gastroenterit olduğu bilinmektedir. Hastaların %60-70'inde tanımlanabilen bir genetik mutasyon olup tedavide plazma infüzyonu, plazma değişimi veya Anti C5 monoklonal antikor olan Eculizumab'ın yeri vardır.

Olgu: 7 yaşında erkek hasta, bir hafta önce başlayan kanlı ishalin ardından 2 gündür olan kusma, bilinç bulanıklığı, idrar çıkışında azalma ile başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik bakışında bilinç uykuya meyilli olup glaskow koma skoru 13 (E4M5V4) idi. Kan basıncı 150/100 mmHg, solunum sesleri akciğer bazalarında bilateral azalmış olan hastanın pretibial ve bufissür ödemi mevcuttu. Yapılan tetkiklerinde Hgb: 7.3 g/dL, trombosit: 38.000/µL, sedimentasyon: 28 mm/s, üre: 332 mg/dL, kreatinin: 8.3 mg/dL, ürik a: 16 mg/dL, LDH: 2577 U/L, T.prot: 3.8 g/dL, albümin: 1.8 g/dL, Na: 122 mmol/L, K: 5 mmol/L idi. Periferik yaymada şistositler mevcut olup d.coombs negatif olan hastanın ADAMTS-13 aktivitesi normal aralıkta (%48) idi. Direk grafide bilateral plevral efüzyonu mevcuttu. Dışkı kültüründe Enteropatojen bakteri üremedi (Salmonella, Shigella, Campylobacter, Vibrio, Enterohemorajik E. coli). Yatışından itibaren idrar çıkışı olmayan hastaya hemodiyaliz ve plazma değişimi tedavileri uygulandı. Tedavinin 7. gününde idrar çıkarmaya başladı. İzleminde diyaliz ihtiyacı kalmadı. Serum kreatinini yaşına göre yüksek olup (0.9 mg/dL), hipalbuminemi ve nefrotik düzeyde (130 mg/m²/s) proteinürisi de olan hastaya Eculizumab tedavisi başlandı. İki doz sonrası proteinürisi non-nefrotik (15 mg/m²/s) düzeyde, kreatinin ise 0.5 mg/dL'ye geriledi. Kompleman faktör B'de heterozigot p.Leu9His mutasyonu pozitif sonuçlandı. Hasta izleminin 8. ayında proteinürisi ve böbrek fonksiyonları normal olarak izlenmektedir.

Sonuç: Atipik HÜS olgularının da ishalle başlayabileceği unutulmamalı, ishal ile başlayan hemolitik üremik sendromlu olgularda da klinik gidiş yakından ve dikkatle izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hemolitik Üremik Sendrom, diyare (+) HÜS, atipik HÜS

PS-170

MORGENALLA MORGANİİ PERİTONİTİ: OLGU SUNUMU

Leyla Koç, Serhat Karadağ, Tuba Elif Şenel, Egemen Cebeci, Sami Uzun, Yağmır Başhan, Savaş Öztürk

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Peritonit atakları periton diyalizi (PD) tedavisinin sık görülen mortalite ve morbiditeye neden olan bir komplikasyondur. En sık gram pozitif bakteriler özellikle stafilokoklar etiyolojide yer almaktadır. Morganella morganii, enterobacteriaceae ailesi üyesi gram negatif bir bakteri olup genellikle çevrede ve normal insan bağırsak florasında bulunan bir bakteridir. Burada periton diyaliz ünitemizde takipli olan bir hastada nadir bir peritonit etkeni olan Morganella morganiiye bağlı peritonit olgusu sunulmuştur.

Olgu: Yaklaşık 8 yıldır PD tedavisi gören 68 yaşında diyabetik nefropatiye bağlı son dönem böbrek yetersizliği olan erkek hasta bulantı, kusma ve karın ağrısı yakınması ile hastanemize başvurdu. Fizik muayenede batın palpasyonunda hassasiyet dışında özellik saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde üre: 98.6 mg/dl, kreatinin: 9.4 mg/dl, albümin: 2.9 gr/dl, lökosit: 10800 / mm³, hemoglobin: 11.8 gr/dl, CRP: 153 mg/l, periton diyaliz sıvısı hücre sayısı: 2000/ mm³ saptandı. Klinik ve laboratuvar olarak peritonit tanısı konulan hastanın periton diyaliz sıvısı kültürü gönderildikten sonra ampirik olarak sefazolin ve seftazidim tedavisi başlandı. Takipte karın ağrısı, bulantı, kusma yakınması olmadı. CRP değeri normal aralığa geriledi. Periton diyaliz sıvısı hücre sayımı azalarak 4. günde kayboldu. Gönderilmiş olan periton diyaliz sıvısı kültüründe Morganella morganii üredi. Kültür antibiyogram sonucuna göre sefazolin kesilerek seftazidim tedavisi 21 güne tamamlandı.

Sonuç: Morganella morganii özellikle yoğun bakım hastalarında sıklığı gittikçe artan fırsatçı bir enfektif ajandır. PD ilişkili peritonitlerde olgu sunumu şeklinde birkaç bildirim mevcuttur. Morganella morganii peritoniti PD hastalarında nadir görülsede akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Morganella Morganii, periton diyalizi

PS-171

BÖBREK NAKLİ HASTALARINDA KAROTİS İNTİMA MEDİA KALINLIĞI İLE KARDİOVASKÜLER OLAYLAR VE GREFT KAYBI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Duygu Şahin, Arzu Velioglu

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

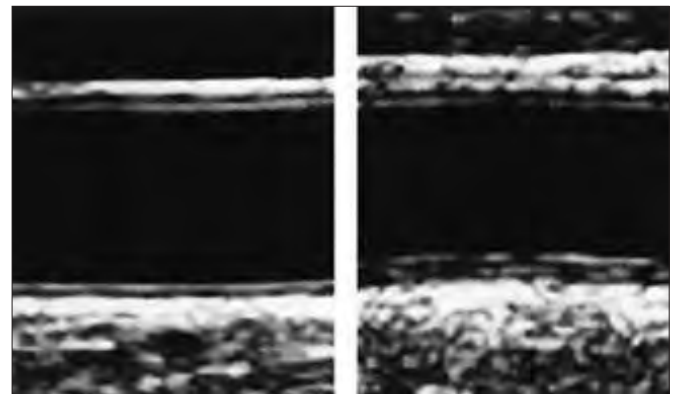
Giriş: Günümüzde SDBY'nin en iyi tedavisi böbrek naklidir. Böbrek nakli sonrasında KVH önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Karotis intima media kalınlığının (KIMK) ultrasonografik ölçümü böbrek nakli hastalarında koroner aterosklerozun göstergesi olarak kullanılabilir. Amacımız böbrek nakli yapılan hastaların post-transplant dönemde ölçülen KIMK'nın, aterosklerozun bir göstergesi olarak, KVH, greft kaybı ve/veya ölüm riskini belirlemek için kullanılabiliğini değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya 2010 yılından öncesinde böbrek nakli yapılan ve 2010'da KIMK ölçülen 45 hasta dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri, diyaliz öyküleri, laboratuvar verileri, almakta oldukları immünsupresifler, nakil sonrası greft kaybı öyküleri, FGF-23 düzeyleri, KIMK ve plak varlıkları kaydedildi. Post-transplantasyon hastaların KVH ve greft kaybı öyküsü alındı. KVO, greft kaybı ve/veya ölüm gelişen hastaların verileri karşılaştırıldı.

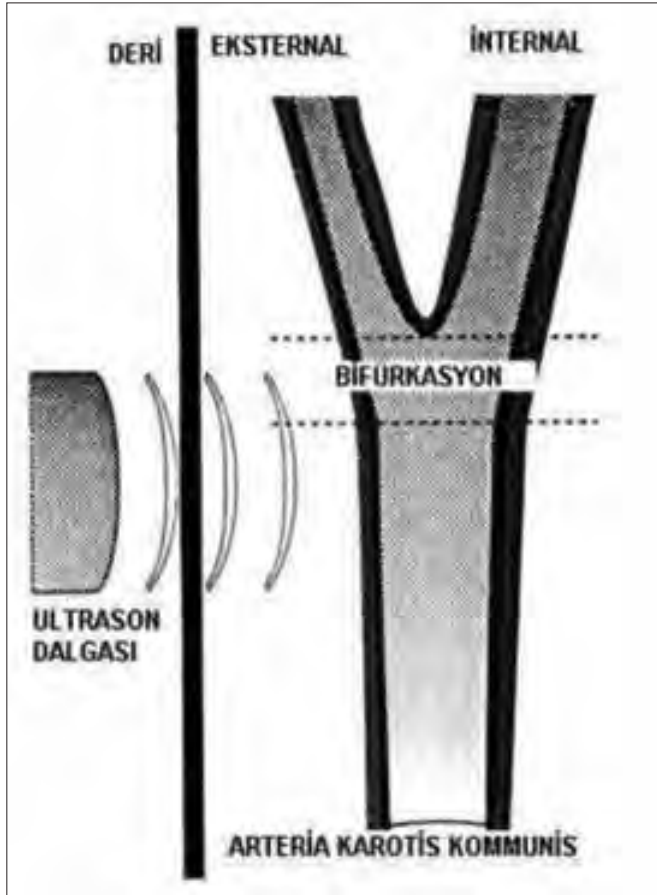
Bulgular: Çalışmamıza katılanların %55.6'sı kadın, %44.4'ü ise erkekti. Hastalardan 3'ünün bilinen DM, 41'inin HT, 28'inin ise HL öyküsü mevcuttu. Nakil öncesi diyaliz süresi 32.73±33.7 ay idi. Ölçüm sırasındaki yaş ortalaması 41.96±11.33 yıl ve ölçüm sonrası takip süresi 81.33±30.46 aydı. Tüm hastaların KIMKort 0.59±0.11 cm, FGF-23 ortalaması 11.3±7.04 pg/ml idi. Ölçüm sonrasında hastaların 3'ünde KVO, 7'sinde greft kaybı ve 1'inde ölüm gelişti. KVO geçirenlerin ölçüm sırasındaki yaş ortalaması 55.33±14.36 yıl, nakil öncesi diyaliz süresi 21±19.67 ay, KIMKort 0.66±0.13 cm, FGF-23 ortalaması 11.19±4 pg/ml'di. Graft kaybı gelişenlerin ölçüm sırasındaki yaş ortalaması 43.29±10.82 yıl, nakil öncesi diyaliz süresi 36.71±38.43 ay, KIMKort 0.62±0.08 cm, FGF-23 ortalaması 20.61±12.14 pg/ml'di. Ölüm gerçekleşen hastanın ise ölçüm sırasındaki yaşı 66 yıl, nakil öncesi diyaliz süresi 39 ay, KIMKort 0.69 cm ve FGF-23 ortalaması ise 15.7 pg/ml idi. KIMK ölçümü sonrasında KVO, greft kaybı ve/veya ölüm gelişen toplam 9 hastanın hiçbirinde, regresyon analizlerinde, yaş, KIMKort, FGF-23 düzeyi, diyaliz süresi, DM, HT ve HL varlığı, plak varlığı, biyokimyasal parametreler ve lipid profili ve tedaviler açısından anlamlı bir fark elde edilmedi.

Sonuç: Literatürde KIMK'nın sistemik ve koroner aterosklerozun göstergesi olduğunu ve böbrek nakli hastalarında gelişebilecek olan KVO'nin predikte edilmesinde kullanılabileceğini destekleyen çalışmalar mevcuttur ancak çalışmamızda bu ilişkiyi destekleyen veriler elde edilmedi. Literatürde KIMK ile greft kaybı arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma bulunmamıştır ve çalışmamızda KIMK ile greft kaybı arasında bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir. Daha önce yapılan çalışmaların birçoğundan farklı olarak KIMK ile aterosklerotik süreçler arasında ilişki bulunmaması örneklem küçüklüğü ile açıklanabilir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, karotis intima media kalınlığı, FGF-23, kardiyovasküler olay, greft kaybı



Şekil 1.



Şekil 2.

Tablo 1: Tüm hastalarda takip süresince gelişen mortalite ve morbiditeler

	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
KIMK ölçümü sonrası KVO geçiren	3	6.7
KIMK ölçümü sonrası ölüm gelişen	1	2.2
KIMK ölçümü sonrası greft kaybı gelişen	7	15.6
KIMK ölçümü sonrası rejeksiyon gelişen	13	28.9

Tablo 2: Tüm hastaların klinik ve laboratuvar bulguları

	Ortalama	Minimum	Maksimum
Nakil sırasındaki yaş (yıl)	37.6±11.86	18	62
KIMK ölçümü sırasındaki yaş (yıl)	41.96±11.33	24	66
KIMK ölçümü sonrası takip süresi (ay)	81.33±30.46	11	99
Nakil sonrası takip süresi (yıl)	12.09±3.32	4	26
Total diyaliz süresi (ay)	32.73±33.7	0	156
Donör yaşı (yıl)	47.66±10.92	29	70
FGF-23 (pg/ml)	11.3±7.04	3.26	39
KIMKort (mm)	0.59±0.11	0.40	1.06

Tablo 3: KIMK ölçümü sonrasında KVO+Graft Kaybı+Ölüm gelişen ve gelişmeyen hastaların verilerinin karşılaştırılması

	KVO+Graft Kaybı+Ölüm var (n:9)	KVO+Graft Kaybı+Ölüm yok (n:36)	p değeri
Nakil sırasındaki yaş (yıl)	39.44±14.09	37.08±11.41	0.599
Ölüm sırasındaki yaş (yıl)	45.33±12.24	41.11±11.11	0.323
Nakil öncesi diyaliz süresi (ay)	32.89±35.50	32.69±33.76	0.988
Ölüm sonrası DM gelişimi Var	2 hasta	10 hasta	0.736
mTORi kullanan	3 hasta	9 hasta	0.613
CNI kullanan	7 hasta	33 hasta	0.236
KIMK ölçümü sırasında plak saptanan	6 hasta	7 hasta	0.200
FGF-23 (pg/ml)	18.87±11.16	9.45±3.95	0.283
KIMKort (mm)	0.62±0.08	0.58±0.11	0.411

PS-172

BÖBREK NAKLİ ALICILARINDA KRONİK ANTİKOR ARACILI REJEKSİYON VE TEDAVİSİ: TEK MERKEZ DENEYİMİGizem Kumru¹, Damla Örs Şendoğan¹, Acar Tüzüner², Şule Şengül¹, Kenan Keven¹¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Kronik antikor aracılı rejeksiyon (AAR), böbrek nakli alıcılarında çoğunlukla renal allograft kaybına sebep olan önemli bir problemdir. Çalışmamızda merkezimizde izlenen böbrek nakli alıcılarında görülen kronik AAR sıklığı, özellikleri ve tedavi yöntemleri incelenmiştir.

Yöntemler: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Transplantasyon Ünitesi'nde Ocak 2011- Haziran 2018 tarihleri arasında renal allograft biyopsisi yapılan böbrek nakli alıcıları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Kronik AAR saptanan hastaların biyopsi sonuçları, demografik özellikleri, hastalara uygulanan tedavi ve yanıtı incelenmiştir.

Bulgular: 107 böbrek nakli alıcısına 133 renal allograft biyopsisi yapılmış olup, biyopsi sonuçları şu şekilde dağılmıştır: 33 (%24.8) akut AAR, 26 (%19.5) akut T hücre aracılı rejeksiyon, 20 (%15.0) rejeksiyon şüpheli değişiklikler, 8 (%6.0) kalsinörin inhibitör toksisitesi, 8 (%6.0) tekrarlayan ya da novo glomerulonefrit, 5 (%3.8) kronik AAR. Kronik AAR saptanan 5 hastanın hiçbirinde daha önce akut rejeksiyon izlenmemiştir, hepsi idame immünsüpresif tedavi almaktadır (Tablo 1). Nakil ile rejeksiyon arasında geçen süre ortalama 146±52 aydır (min:84, max:216). Tüm hastalarda biyopside kronik humoral rejeksiyonun histolojik bulguları ve peritübüler kapillerde yaygın C4d boyanma görülmüştür. Donör-spesifik antikorlar (DSA) hastaların 4'ünde pozitiftir. Hastalarda farklı tedavi yöntemleri uygulanmıştır. Üç hastada (%60) tedaviye yanıt alınamış ve greft kaybı yaşanmıştır; bu hastaların birinde DSA negatiftir ve plazmaferez, intravenöz immunoglobulin ve ritüksimab ile tedavi edilmiştir. İki hastada (%40) 3 ve 14 aylık takip sonrası böbrek fonksiyonları sabit kalmış, hastalardan biri biyopsisinde saptanan ağır interstisyel fibrozis ve tübüler atrofi nedeniyle kurtarıcı tedavi almamıştır. Tedavi tercihi ile greft sağkalımı arasında ilişki gözlenmemiştir.

Sonuç: Kronik AAR mevcut tedavi protokollerine yanıtız olması nedeniyle günümüzde allograft kaybının önemli bir sebebi haline gelmiştir. Kronik AAR sonuçlarının iyileştirilebilmesi için antikor aracılı hasraın patogenezinin daha iyi anlaşılması ve yeni tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, kronik antikor aracılı rejeksiyon.

Tablo 1: Kronik antikor aracılı rejeksiyon izlenen hastalarda klinik özellikler, tedavi ve yanıtı

Hasta	Alıcı yaşı ve cinsiyeti	İmmünespresif tedavi	Nakil ile kronik AAR arasındaki süre (ay) ve tanı kr (mg/dl)	DSA varlığı	Renal allograft biyopside C4d boyanma	Tedavi	Sonuç
1	31, Erkek	CS, MMF, Tac	216, 3.04	Pozitif Sınıf II MFI: 1957	Pozitif	Pulse CS, ATG	Sabit böbrek fonksiyonu
2	44, Kadın	CS, MMF, Tac	84, 2.52	Negatif	Pozitif	PPH, IVIG, RTX	Graft kaybı
3	26, Erkek	CS, MMF, Tac	180, 2.81	Pozitif Sınıf II MFI: 7530	Pozitif	(-)	Sabit böbrek fonksiyonu
4	30, Erkek	CSA, EVE	120, 7.49	Pozitif Sınıf I MFI: 10690 Sınıf II MFI: 4312	Pozitif	Pulse CS	Graft kaybı
5	51, Erkek	CS, MMF, Tac	132, 3.24	Pozitif Sınıf II MFI: 10424	Pozitif	Pulse CS	Graft kaybı

PS-173**FEOKROMASİTOMAYI TAKLİT EDEN MİTRAL VALV PROLAPSUSU OLGUSU**Birşua Cengiz¹, Gökhan Öztürk², Gülçin Ulutaş², İlhan Kurultak³, Sedat Üstündağ³¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı³Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Mitral valv prolapsusu (MVP) sistol sırasında mitral kapakların sol ventriküldeki normal lokalizasyonlarından superior ve posterior yöne doğru yer değiştirmesi sonucu gelişen ve en sık rastlanan kardiyak valvüler anomali. Feokromositoma (FEO) ise adrenal medulla veya vücudun diğer bölgelerindeki kromaffin hücrelerden kaynaklanan nadir görülen bir tümördür. Klasik klinik triadı epizodik baş ağrısı, terleme ve taşikardidir. Biz burada supraventriküler taşikardi atakları ile birlikte olan arteriyel kan basıncı yüksekliği ve terleme semptomları bulunan ve klinik olarak feokromositomayı taklit eden bir MVP olgusunu sunduk

Olgu: 18 yaşında, kız hasta son bir yıldır devam eden baş dönmesi, baş ağrısı, çarpıntı ve yüksek tansiyon şikayetleri ile dış merkezden dahiliye polikliniğimize yönlendirilerek başvurdu. Hasta hipertansiyon tetkik amaçlı FEO ön tanısı ile servisimize interne edildi. Laboratuvar tetkikleri tabloda özetlenmiştir. Hastanın yapılan renal usg/doppleri doğaldı. FEO düşünülen hastadan 24 saatlik idrarda vanil mandelik asit (VMA): 6.3 mg/gün, total metanefrin (N), 98.1 mcg/gün (N), normetanefrin: 133 mcg/gün (N) saptandı. Bu sonuçlarla feokromositoma dışlandı. İzlemlerinde TA değerleri hefte seyreden hastanın dış merkezde başlanan nifedipin 60 mg tedavisi kademeli olarak kesildi. Anamnezinde palpasyon sonrası terleme ve kötü hissettiğini söyleyen hastanın kardiyolojik değerlendirilmesinde efor testi yapıldı, negatif saptandı. 24 saatlik ekg ve tansiyon holterde patoloji saptanmadı. Yapılan ekokardiyografisinde MVP saptandı. Hasta kardiyoloji polikliniğinde takiplerine devam etmek üzere servisten taburcu edildi.

Tartışma: MVP'nin etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, en sık rastlanan tip pimer (idiyopatik) MVP'dir. Sekonder olarak konjenital ve edinsel kalp hastalıkları, pulmoner amfizem, turner sendromu, poliarteritis nodosa, herediter metabolik hastalıklar, migren, hipertiroidi, anksiyete bozuklukları gibi birçok hastalıkta meydana gelmektedir. Sıklıkla asemptomatik seyreder. Ancak bazen göğüs ağrısı, çarpıntı, hipertansiyon ve baskın anksiyete semptomları ile başvurulabilmektedir. Bu olgu FEO'nun klasik bulguları olan çarpıntı hissi, terleme ve baş ağrısı varlığının bazı durumlarda MVP vakalarında da görülebileceğini göstermiştir. Bu nedenle özellikle paroksizmal TA yüksekliği ve semptomlarla giden ve FEO düşünülen hastalarda ayrıntılı tanıda MVP'nin de klinisyen tarafından akıldan tutulması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: feokromositoma, mitral kapak prolapsusu**Tablo 1:** Laboratuvar sonuçları

Üre	18 mg/dl	Albumin	4.2 g/dl
Kreatinin	0.7 mg/dl	iPTH	39.3 pg/ml
Ürik asit	4.3 mg/dl	24 saatlik idarda albumin	10.99 mg/gün
Na	139 mmol/L	24 saatlik idarda protein	139 mg/gün
K	4.9 mmol/L	24 saatlik idar volümü	930 ml
Cl	103 mmol/L	Kreatinin klirensi	130 ml/dk
P	3.9 mg/dl	24 saatlik idarda VMA	6.3 mg/gün (Normal)
Mg	2.1 mg/dl	24 saatlik idarda total metanefrin	98.1 mcg/gün (Normal)
Ca	9.2 mg/dl	24 saatlik idarda normetanefrin	133 mcg/gün (Normal)
T. Protein	7.0 g/dl	MDRD ile eGFR	114.57 ml/dk/1.73 m ²

PS-174**WEİL HASTALIĞI: OLGU SUNUMU**Muhammet Yıldırım¹, Gülizar Şahin², Murat Yeniçeri¹, Arif Karakaya¹, Sedat Yelpeze¹, Zafer Çırak¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamid Han Eah İç Hastalıkları Servisi²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamid Han Eah Nefroloji Servisi

Özet: Gelişmekte olan ülkelerde önemli bir zoonotik sağlık problemi olan leptospiroz, grip benzeri spesifik olmayan belirtilerle prezente olabileceği gibi, çoklu organ yetmezliği ve kanama ile giden Weil hastalığı şeklinde de karşımıza çıkabilir. Tanının akla gelmesi ve erken tedavi mortaliteyi önlemek için önemlidir.

Giriş: Gelişmekte olan ülkelerde önemli bir zoonotik sağlık problemi olan leptospiroz, gelişmiş ülkelere de yeniden önemi artan bir spiroket enfeksiyonu olarak kabul edilmektedir. Kırsal bölgelerde kontamine su ile temas, özellikle rafting, su kayağı gibi sporlar esnasında ya da sel, tayfun gibi doğal afetler sonrasında etken ile karşılaşma ihtimali artmaktadır. Klinik seyir akut hafif ateşli hastalık (nonikterik form, %90), Weil hastalığı gibi şarlık, akut renal yetmezlik ve kanama üçlemesi ile giden, hayatı tehdit eden klinik tablolarla kendini gösterebilir (ikterik form, %10).

Vaka: 61 yaşında, çiftçilikle uğraşan erkek hasta 1 hafta önce halsizlik, bulantı, kusma şikayetleri ile sağlık merkezine başvurmuş ve hastaya ÜSYE tanısı ile amoksisilin/klavulanik asit tedavisi başlanmış. Şikayetleri artarak devam eden hasta acil servisimize başvurduktan sonra ileri tetkik ve tedavi amacı ile kliniğimize yatırıldı. Başvuru esnasında vitalleri stabil, ateş: 36 C olan hastanın özgeçmişi ve soygeçmişi özellik yoktu. FM de deri rengi ve skleralar ikterik olup, bilateral PTÖ: +/- saptandı. Yapılan tetkiklerinde WBC: 11300, Nötrofil: 9360, Plt: 11400, Üre: 184 mg/dL, kreatinin: 4.91 mg/dL, Na: 128 mmol/L, K: 5.1 mmol/L, LDH: 786 U/L, ALT: 79 U/L, AST: 173 U/L, Amilaz: 351 U/L, ALP: 157 U/L, GGT: 83 U/L, Direk bilirubin: 6.90 mg/dL, Total bilirubin: 7.24 mg/dL, INR: 1.05, APTT: 37.2 sn, PTZ: 12.6 sn saptandı. TİT de eser protein, +++ eritrosit, + lökosit saptanan hastaya yapılan batın USG de hepatomegali (176 mm) ve splenomegali (142 mm) saptandı. Hastadaki hepato-nefrit tablosuna ve trombositopeniye sebep olabilecek nedenler hastanın klinik durumu ve laboratuvar bulguları ışığında değerlendirildiğinde Weil hastalığı düşünüldüğü doksisisiklin 2x100 mg/gün tedavisi başlandı. Bu arada hastadan leptospira MAT testi, Rose Bengal, Gruber Widal, TORCHES, viral ve otoimmün hepatit markerları, VDRL, KKA, tularemi MAT testi, Q ateşi antikorları için kan örnekleri gönderildi. Tedavinin 10. gününde leptospiroz yönünden MAT ile yapılan serolojik muayene sonuçlandı. 1/800 titrede L. Canicola, 1/400 titrede L. İcterohaemorrhagiae ve 1/200 titrede L. Patoc 1 e karşı antikor pozitifliği saptandı. Klinik ve laboratuvar bulguları düzelen hasta doksisisiklin tedavisini 14 güne tamamlamak ve sonrasında poliklinik kontrolüne gelmek üzere taburcu edildi.

Tartışma: Leptospiroz ülkemizde yaygın görülen zoonotik enfeksiyonlardan birisi olmasına rağmen öncelikli düşünülen tanılardan biri olmamaktadır. Grip benzeri spesifik olmayan belirtilerle prezente olabileceği gibi, çoklu organ yetmezliği

ve kanama ile giden Weil hastalığı şeklinde de karşımıza çıkabilir. Özellikle subtropikal yerlerde yaşayan, mesleği çiftçilik veya hayvancılık olan kişilerde hepatorenal yetmezlik ve trombositopeniye Weil hastalığının sebep olabileceği akla getirilmeli ve erken tanı ve tedavi ile mortalitenin önüne geçilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Weil hastalığı, leptospiroz

PS-175

TEKRARLAYAN İLEUS, BATIN İÇİ ABSELER VE AKUT BÖBREK HASARI İLE PREZANTE OLAN CROHN HASTALIĞI: OLGU SUNUMU

Elif Akyüz Kotan¹, Kamil Konur¹, Bilge Şah Kılıçtaş¹, Arzu Levent¹, Bahar Ceren Biber¹, Filiz Mercantepe¹, Bayram Kızılkaya², Ekrem Kara²

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Bu yazımızda tekrarlayan ileus atakları, batın içi abseler ve akut böbrek hasarı (ABH) ile prezante olan ve yapılan tetkikler sonucunda inflamatuvar barsak hastalığı (İBH) tanısı alan bir olguyu tartıştık.

Olgu Sunumu: Bilinen kronik bir hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan 64 yaşında erkek hasta Mayıs 2018'de karın ağrısı, bulantı-kusma ve gaz-gayta çıkaramama nedeniyle başvurmuş. Batın içi apseler ve ileus saptanan hastaya intestinal striktür nedeniyle segmenter ileal rezeksiyon ve ileostomi yapılmış. Haziran 2018'de aynı şikayetlerle başvuran hastada ileus, batın içi abseler ve prerenal ABH saptanıyor. Hidrasyon ile böbrek fonksiyonları düzelen hastanın batın içi abselerden alınan kültürlerinde üreme saptanmıyor ve taburcu ediliyor. Taburculuktan 3 hafta sonra yeniden başlayan bulantı-kusma şikayetleri ile başvuran hastada ABH, hiperkalemi ve derin metabolik asidoz saptanarak acil hemodiyalize alındı. Görüntülemelerde böbrek boyutları, renal parankim eko ve kalınlığı, vasküler yapılar normal saptandı. İdrar sedimenti fakir olan hastanın proteinürisi yoktu. Mevcut bulgular ile prerenal ABH olduğu düşünülen hastanın ABH'ı hidrasyon ile geriledi ve diyaliz ihtiyacı kalmadı. Tekrarlayan ileus atakları ve karın içi abseleşme nedeniyle yapılan üst GIS endoskopisi normal, kolonoskopide ise: kolon polibi (polipektomi uygulandı), divertikül koliti ile uyumlu bulgular olarak raporlandı. Kolondan alınan biyopsi patolojisi: Hafif şiddette aktif kronik kolit (kriptit: +/+++ kript apsisi: +/+++ kript distorsiyonu: +/+++), lenfoid foliküller: +/+++), tubulovillöz adenom olarak raporlandı. Bu bulgularla hasta İBH (Crohn) olarak değerlendirildi. Hasta yatışının 10. gününde klinik ve laboratuvar olarak iyileşme sağlandıktan sonra (Tablo 1), medikal tedavisi düzenlenerek ve poliklinik tabiki planlanarak taburcu edildi.

Tartışma: İnflamatuvar bağırsak hastalığı tanımı, ince bağırsak ya da kalın bağırsakta hasarın etkilediği bağırsak duvarında derinlik ve lokalizasyona göre iki tip idiopatik bağırsak hastalığını kapsar. Ülseratif kolit (ÜK), kolonik mukozanın yaygın iltihabıdır. Çoğu zaman rektumu (proktit) tutmakla beraber, sigmoid kolon içine uzanabildiği (proktosigmoidit) veya tüm kolonu (pankolit) tutabilmektedir. Crohn hastalığı (CH) ise ağızdan anüse kadar gastrointestinal sistemin herhangi bir bölgesini etkileyebilen, granülatöz inflamasyon ile karakterize bir inflamatuvar barsak hastalığıdır. Başlıca komplikasyonları striktür, obstrüksiyon, fistül gelişimi ve apse oluşumudur. İBH hastalarında abdominal ağrı, kronik ishal, bulantı-kusma, anoreksi, kilo kaybı ve ateş hastalığın en önemli klinik belirtileridir. Bizim olgumuzda da karın ağrısı, bulantı-kusma şikayetleri ön plandaydı ancak hasta ishal tariflemiyordu, aksine tekrarlayan ileus atakları nedeniyle başvurmuş ve bu nedenle segmenter ileal rezeksiyon ve ileostomi operasyonu yapılmıştı. Tekrarlayan batın içi abselerin drenajı – kültüründe ise patojen mikroorganizma üremedi. Olgumuzda ileus ve bulantı-kusma nedeniyle ABH gelişmiş ve bu nedenle acil hemodiyaliz ihtiyacı oldu. Hidrasyon ile ABH gerileyen hasta İBH tedavisi düzenlenerek takip altına alındı.

Sonuç: Tekrarlayan ileus atakları, batın içi abseler ve akut böbrek hasarı (ABH) ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda İBH düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: ileus, batın içi abse, akut böbrek hasarı, inflamatuvar barsak hastalığı, crohn, ülseratif kolit

Tablo 1: Hastanın yatışındaki ve taburculuğundaki biyokimyasal parametreleri

Parametre	Geliş biyokimyası (08-07-2018)	Taburculuk biyokimyası (17-07-2018)
Üre (mg/dl)	170	30
Kreatinin (mg/dl)	5,1	1,6
Sodyum (mmol/L)	128	139
Potasyum (mmol/L)	7,4	3,5
Kalsiyum (mg/dL)	9,5	7,8
Fosfor (mg/dL)	3,8	4,2
İPTH (pg/mL)	76	82
ALT (U/L)	30	32
AST (U/L)	15	16
Ph	7,1	7,33
Bikarbonat	11,3	18,4
Lökosit (10 ⁹ /uL)	8,9	8,7
Hemoglobin (gr/dl)	12,2	10,6
Hematokrit (%)	36,8	31,4
Plaklet (10 ⁹ /uL)	328	306
Sedimantasyon (mm/saat)	66	32
CRP (mg/dl)	0,1	0,2
Proteinüri (gr/gün)	0,2	0,3

PS-176

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİNDE EVRE, ELASTİSİTE SKORLARI, REZİSTİVİTE İNDEKSİ VE FİBROZİS BELİRTEÇLERİ KARŞILAŞTIRILMASI

Cansu Arslantürk Güneysu¹, Kürşad Öneç², Elif Nisa Ünlü³, Mehtap Oktay³

¹Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

³Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

Giriş: Kronik böbrek hastalığı (KBH) gelişiminde renal fibrozis önemli yer tutmaktadır. Çalışmamızda hs-CRP, IL-6, Apelin-12, TGF-β1, rezistivite indeksi (RI), böbrek doku elastisite skorları ile KBH evresi ve renal fibrozis ilişkisini değerlendirmeyi, bu parametrelerin erken tanı ve takipte kullanılabilirliğini ölçmeyi hedefledik.

Yöntemler: Hasta ve kontrol grubundaki kişilerde TGF-β1, IL-6, hs-CRP, Apelin-12 kan düzeyleri bakıldı, renal doppler ultrasonografi ile RI ve shear wave elastografi yöntemi ile böbrek elastisite skoru ölçüldü. Sonuçlar hasta ve kontrol grubu arasında karşılaştırıldı, KBH evresi, yaş, hastalık etyolojisi gibi ek veriler ile ilişkisi incelendi.

Bulgular: Çalışmaya 68 hasta ve 19 kontrol olmak üzere 87 kişi dahil edildi. Kadın erkek oranı benzerken (p:0.752), inflamasyon ve fibrozis markerları olan hs-CRP, IL-6, Apelin-12 düzeyleri hasta grubunda anlamlı şekilde yüksek saptandı (sırasıyla p:0.001, p:0.004, p:0.009). Apelin-12 KBH evresi arttıkça daha yüksek değerlerde ölçülmüş olmasına karşın (p:0.047), hs-CRP ve IL-6'da bu ilişki bulunamadı. TGF-β1 hasta grubunda kontrol grubuna göre yüksek saptandı ancak istatistiksel anlamlı bulunmadı (p:0.313). Apelin-12 düzeyi diyabetik hasta grubunda diyabetik olmayan hasta grubuna göre anlamlı derecede düşük değerlerde saptandı (p:0.009). RI hem hasta grubunda kontrol grubuna göre yüksek saptandı (p<0.001) hem de KBH evresi arttıkça daha yüksek değerlerde ölçüldü (p:0.015). Elastisite skoru ise hasta-kontrol grubu arasında ve KBH evreleri arasında farklı saptansa da bu bulgu istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (sırasıyla p:0.233, p:0.203).

Sonuç: Çalışmamızda Apelin-12, IL-6, hs-CRP ve RI düzeyleri KBH hastalarında, kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı yüksek saptandı. KBH evresi arttıkça Apelin-12 ve RI değerlerinin de istatistiksel anlamlı şekilde arttığı görüldü. Sonuçlar RI ve Apelin-12'nin renal fibrozis indirekt göstergesi olarak kullanılabileceğini düşündürmüştür. TGF-β1 ve elastisite skoru hasta grubunda daha yüksek değerlerde ölçüldü ancak istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı, bu sonucun hasta sayısının kısıtlı olmasından kaynaklandığı düşünüldü. Sonuç olarak, shear wave elastografi, KBH hastalarında renal fibrozis düzeyinin

belirlenmesi, erken tespiti ve takibinde kullanılabilecek noninvaziv yöntemlere katkı sağlayabilecek bir yöntem olarak umut vadetmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek hastalığı, renal fibrozis, rezistivite indeksi, shearwave elastografi

Tablo 1: Hasta ve kontrol grubunda kan ve idrar parametreleri, elastisite skoru ve RI düzeylerinin karşılaştırılması

	Kontrol (n=19)	Hasta (n=68)	p
Kreatinin	0,82±0,16	2,33±1,33	<0,001
BUN	11,58±3,08	39,10±18,42	<0,001
Ürik asit	4,59±1,54	7,11±1,51	<0,001
Hemoglobin	13,68±1,71	11,98±1,90	<0,001
Proteinüri	70,60 (20,30-180,10)	540,50 (55,00-9944,00)	<0,001
TGF-β1	974,33±346,29	1063,42±335,65	0,313
IL-6	9,89±3,53	13,44±7,13	0,004
Hs-CRP	246,89 (134,59-549,18)	368,53 (40,17-848,13)	0,001
Apelin-12	396,46 (246,88-808,66)	508,86 (323,30-908,20)	0,009
Elastisite Skoru	2,41±0,99	2,66±0,72	0,233
RI	0,58±0,04	0,63±0,06	<0,001

PS-177

MEMBRANÖZ GLOMERÜLONEFRİT VE ANCA-MPO POZİTİFLİĞİ İLE BAŞVURAN AKCİĞER ADENOKANSER VAKASI

Hayri Üstün Arda¹, Şadiye Mehtat Ünlü², Cihan Heybeli¹, Mehmet Ası Oktan¹, Caner Çavdar¹, Ali Çelik¹, Aykut Sifil¹, Serkan Yıldız¹, Sülen Sarıoğlu², Taner Çamsarı¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Amaç: Hızlı ilerleyen glomerulonefrit nedenleri gözden geçirildiğinde otoimmün olaylar, enfeksiyonlar ve malignansiler vb sayılabilir. Burada hızlı ilerleyen glomerulonefrit kliniği ile başvurup akciğerde adenokanser saptanan bir hasta sunulacaktır.

Olgu: 70 yaşındaki erkek hasta kan basıncının yüksek seyretmesi üzerine Kardiyoloji Polikliniği'ne başvuruyor; proteinüri ve hematüri saptanması üzerine hasta Nefroloji Polikliniği'ne yönlendiriliyor. Hastanın, son günlerde kanlı balgam şikayeti de olduğu öğreniliyor. Serum kreatinin 2.6 mg/dL, 3,3 gram proteinüri ve MPO-ANCA (+++) saptanıyor. Bunun üzerine böbrek biyopsisi yapılıyor. Işık mikroskopik incelemede 24 glomerülün üçünde nekroz ve altı glomerülde ise sellüler ve fibrosellüler ekstrakapiller proliferasyon ve bazal membranlarda belirgin şekilde kalınlaşma; immünfloresan incelemede bazal membranlarda IgG membranöz granüler++, IgM: ++, mezangiyal C3c: ++ ve C4d ince granüler membranöz paternde (+) boyanma; ayrıca IgG-4 negatif bulunuyor. Serum fosfolipaz-A2-reseptör antikoruna negatif bulunuyor. Tedavi öncesi kreatinin 5.1 mg/dL'ye kadar yükselen hastanın kreatinin değeri kortikosteroidle 2 mg/dL'ye geriledi. Kanlı balgam nedeni ile hastaya yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT) çekildi. HRCT'de sol akciğerde 3 cm'lik kitle saptandı. Bu nedenle doku tanısı konuluncaya kadar siklofosamid vb ikinci bir immunosupresif tedavi ertelendi. Transtorasik ince iğne biyopsisi ile akciğer adenokanser tanısı kondu.

Tartışma: ANCA ilişkili vaskülitte yol açan nedenler gözden geçirildiğinde birincil olarak malignite ile birliktelik nadirdir. Literatür tarandığında akciğer adenokanser yanı sıra gastrik adenokanser, prostat adenokanser ve lenfomalarda da ANCA ile birliktelik görüldüğüne dair olgu sunumları mevcuttur. Hastamızda böbrek biyopsisinde yarım ay bulgusu yanı sıra bazal membranda membranöz paternde birikim olması nedeniyle, membranöz nefropati zemininde, üst üste binmiş ANCA (+) kresentik glomerulonefrit gelişmiş olabileceği de akla gelmiştir.

Sonuç olarak hızlı ilerleyen glomerulonefrit hastalarında tedaviye başlamadan, etyolojide birincil olarak malignitelerin de olabileceği düşünülmeli, hastaların tüm vücut taraması uygun yöntemler ile yapılmalı; malignansi yönünden şüpheli görünümünün olması durumunda, doku tanısına gidilmesi faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Membranöz glomerulonefrit, anca ilişkili vaskülit, akciğer adenokanser



Şekil 1. Hastanın yüksek çözünürlüklü akciğer tomografisi

PS-179

PRİMER FOKAL SEGMENTAL GLOMERÜLOSKLEROZ HASTALARININ KLİNİK VERİLERİNİN VE TEDAVİLERİNİN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Nermin Karakurt¹, Ebru Gök Oğuz¹, Gülay Ulusal Okayay¹, Hatice Şahin¹, Mehmet Deniz Aylı¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Son dönem böbrek yetmezliğinin en sık nedenlerinden biri Fokal Segmental Glomerülosklerozdur (FSGS) [1]. Bu çalışmada hastanemizdeki Primer FSGS tanılı hastaların klinik verilerini ve başlangıç immünsupresif tedavi (steroid ve kalsinörin inhibitörleri) yanıtlarını kendi içinde ve literatürdeki diğer verilerle karşılaştırmak ve remisyon giren hastalarda bilinen remisyon kriterleri haricinde bilinmeyen kriterleri saptamak amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Haziran 2006 ile Ağustos 2017 tarihleri arasında Nefroloji Polikliniğimizde en az 6 ay takipli primer FSGS saptanan 47 hasta çalışmaya alındı. Hastaların verileri hasta dosyalarından ve hastane kayıt sisteminden elde edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 47 primer FSGS'li hastanın yaş ortalaması 45,68 (±13,92), erkek hasta sayısı 22 (%46,8) idi. Hastaların 15'inde (%31,9) hematüri tespit edildi. Ek hastalık olarak 25'inde (%53,2) hipertansiyon (HT), 11'inde (%23,4) diabetes mellitus (DM) mevcuttu. Hastaların genel laboratuvar ortalama değerleri incelendiğinde glukoz 113,65 (±47,29) mg/dL, kreatinin 1,23 (±0,61) mg/dL, GFR (glomerular filtration rate) 71,17 (±29,90) mL/min/1.73m², albümin 3,36 (±0,83) g/dL, proteinüri 5661,87 (±4095,93) mg/gün saptandı. Hastaların renal biyopsileri histopatolojik özellikler açısından incelendiğinde; ortalama glomerül sayısı 20,53 (±13,23), skleroz oranı %44,70, interstisyel fibrozis oranı %43, tübüler atrofi oranı ise %40 saptandı. 47 hastanın tedavilerine bakıldığında; 21 hasta (%44,6) sadece ACE inhibitörü / anjiyotensin reseptör blokleri (ARB), 7 hasta (%14,8) sadece kortikosteroid (KS), 19 hasta (%40,3) CNI+düşük doz KS kullanmakta idi. Ancak bu 19 hastadan 6'sına (%12,7) çeşitli nedenlerle (kontrolsüz DM n:4 hasta, osteoporoz n:1 hasta, psikiyatrik hastalık n:1 hasta) başlangıç immünsupresif tedavi olarak steroid verilmeden direk CNI+düşük doz KS tedavisi verildi. Ortalama tedavi süresi 3 yıl olmak üzere başlangıçta KS verilen grupla (n:7); başlangıçta KS verilmeden CNI+düşük doz KS tedavisi verilen grup (n:6); 0, 6 ve 12. ayda demografik

(yaş, cinsiyet), laboratuvar (kreatinin, albümin, hematüri, vs) ve klinik özellikleri (DM, HT, KVH vs) ile karşılaştırıldı ve CNI+düşük doz KS alan grupta glukoz ve DM oranı daha yüksek saptandı, bunun dışında iki grup arasında istatistiksel olarak belirgin farklılık saptanmadı. Birinci yılın sonunda CNI+düşük doz KS alan 6 hastanın 4'ünde (%66,7), KS alan 7 hastanın 6'sında (%85,7) remisyona saptandı ($p>0,05$) (Tablo 1). Tüm hastalara verilen tedaviler yanıt açısından değerlendirildiğinde 12. ayda hastaların 6'sında (12,8) tam remisyona, 27'sinde (57,4) parsiyel remisyona, 14'ünde (%29,8) remisyona saptandı (Tablo 2). Remisyona giren 33 hasta ile remisyona girmeyen 14 hasta karşılaştırıldığında bazal laboratuvar bulguları arasında fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 3).

Sonuç: Bu çalışmada kendi merkezimizin verilerinin literatür ile benzer ve farklı yönlerini gördük. KDIGO kılavuzu başlangıç immünyosupresif tedavi olarak steroid önermektedir [2]. Bazı çalışmalarda başlangıç immünyosupresif tedavide CNI tedavisi üstün bulunmuştur [3]. Biz çalışmamızda az sayıda hastada olsa da başlangıç kortikosteroid tedavisi ve CNI tedavisini eşit etkinlikte bulduk. Primer FSGS'de ilk basamakta CNI verilebileceğini, ancak maliyet düşünülecek olursa KDIGO önerisi gibi ilk seçeneğin yine steroid olduğunu ve daha fazla sayıda hastaları içeren çalışmalarla desteklenmesi gerektiğini düşündük.

Anahtar Kelimeler: FSGS, immünyosupresyon, kortikosteroid, CNI, proteinüri, remisyona

Tablo 1: Başlangıç immünyosupresif tedavilerin yanıt değerlendirme açısından kıyaslanması

	KS verilmeden CNI+düşük doz KS verilen (n:6)	Başlangıç İS tedavide ilk KS verilen (n:7)	p
Remisyon varlığı 6. ay (n,%)	3 (%50)	4 (%57,1)	0,617
Remisyon varlığı 12. ay (n,%)	4 (%66,7)	6 (%85,7)	0,559

Tablo 2: Tüm hastaların tedaviye yanıt değerlendirilmesi

	Remisyon yok	Parsiyel remisyon	Tam Remisyon
6. ay (n,%)	16 (%34)	30 (%63,8)	1 (%2,1)
12. ay (n,%)	14 (%29,8)	27 (%57,4)	6 (%12,8)

Tablo 3: Remisyona giren ve girmeyen primer FSGS li hastaların 0. Ay laboratuvar özelliklerinin karşılaştırılması

	Remisyon yok (n:14)	Remisyon Var (n:33)	p
Glukoz (mg/dL)	123,50 (±51,89)	109,48 (±45,39)	0,359
Üre (mg/dL)	44,64 (±23,98)	53,75 (±37,73)	0,410
Kreatinin (mg/dL)	1,45 (±0,90)	1,13 (±0,43)	0,102
GFR (mL/min/1.73m ²)	65,50 (±29,88)	73,50 (±30,04)	0,403
Ürik asit (mg/dL)	6,51 (±1,61)	6,82 (±2,04)	0,614
Sodyum (mEq/L)	139,00 (±2,32)	138,36 (±5,12)	0,659
Potasyum (mEq/L)	4,17 (±0,35)	4,28 (±0,41)	0,404
Kalsiyum (mg/dL)	8,42 (±1,23)	8,76 (±1,00)	0,317
Fosfor (mg/dL)	3,75 (±0,75)	3,74 (±0,66)	0,947
Total protein (g/dL)	5,72 (±1,19)	6,31 (±1,45)	0,183
Albümin (g/dL)	3,25 (±0,80)	3,41 (±0,85)	0,534
Proteinüri (mg/gün)	6390,00 (±4948,70)	5123,87 (±3628,42)	0,274
Kolesterol (mg/dL)	247,35 (±56,03)	273,57 (±133,53)	0,484
LDL (mg/dL)	164,00 (±49,06)	174,45 (±92,30)	0,692
HDL (mg/dL)	50,92 (±16,87)	52,15 (±14,78)	0,805
Trigliserid (mg/dL)	229,00 (±85,04)	434,51 (±1208,27)	0,531
WBC (10 ³ /μL)	8,38 (±2,37)	8,29 (±2,63)	0,908
Hgb (g/dL)	13,18 (±2,35)	12,92 (±1,89)	0,693
Plt (10 ³ /μL)	280,57 (±81,13)	281,57 (±76,50)	0,968

PS-180

GEBELİKTE NEFROTİK SENDROM YÖNETİMİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Şahin Eyüpoğlu, Gizem Kumru, Damla Örs Şendoğan, Şehsuvar Ertürk, Şule Şengül, Kenan Keven

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi

Gebelikte nefrotik sendrom %0.012-0.025 arasında görülmektedir. Literatürde kısıtlı veri nedeniyle, gebelikte nefrotik sendromun yaklaşım yöntemleri ve tedavi planı tartışmalı bir konudur. Bu sunumda, merkezimizde takip edilen 2 gebe nefrotik sendrom olgusuna ait deneyimlerimizi paylaşmayı amaçlıyoruz.

Gebe 1- 23 yaşında bilinen dahili hastalığı olmayan 10 haftalık gebe hasta, rutin kontrolleri sırasında proteinüri tespit edilen hastanın fizik muayenesinde belirgin patoloji izlendi. Hastanın 24 saatlik idrar proteini 7070 mg/gün olarak sonuçlandı. Gestasyonel 11. Haftada renal biyopsi yapıldı, Membranöz Glomerülonefrit olarak sonuçlandı. 1 mg/kg/gün metilprednizolon başlandı, azaltma şeması altında proteinürisi 90 mg/güne değin geriledi, 20. gebelik haftasında remisyona girdi. 35. haftada erken doğum gerçekleşti, uterin atoni nedeniyle histerektomi operasyonu yapıldı. Doğum sonrası remisyonda olan hastanın izlemine devam edilmektedir.

Gebe 2- Çocukluk çağında nefrotik sendrom tanısı alan ve 5 yıldır remisyonda izlenen 28 yaşında kadın hasta, gebeliğin 16. Haftasında yaygın ödem ve nefes darlığı ile başvurdu, tetkikleri sırasında proteinüri saptanan hastanın bakılan 24 saatlik idrarında 14 gr/gün proteinüri saptandı. Hastaya 1 mg/kg/gün metilprednizolon tedavisi başlandı. Etiyolojiye yönelik olarak 19. haftada renal biyopsi yapıldı, Minimal Change Hastalığı olarak sonuçlandı. Takiplerinde hastanın proteinürisi 100 mg/güne değin geriledi. Hasta term normal doğum sonrasında remisyonda olarak izlenmektedir.

Nadir bir neden olmakla birlikte gestasyonel 20. hafta öncesinde ortaya çıkan proteinüride nefrotik sendrom akılda tutulması gereken bir komorbiditedir. Genelde, böbrek yetmezliği ve ciddi hipertansiyon olmaksızın nefrotik sendrom gelişmesi durumunda gebelik üzerine etkilerinin ılımlı seyrettiği düşünülmektedir. Ancak yapılan çalışmalar; preeklampsi, intrauterin gelişme geriliği ve gebelik kaybı gibi advers durumların proteinüri düzeyi ile korele olduğunu göstermiştir. Özellikle gebeliğin ilk 2 trimesterında yeni gelişen önemli proteinüri veya nefrotik sendromun görülmesi durumunda tanı koymak ve immünyosupresif tedaviyi yönlendirmek için böbrek biyopsisi önerilmektedir. Gebelikte glomerüler patolojilerde en çok tercih ajan steroidler olup, terapötik dozlarda insanlarda teratojenik etkisi saptanmamıştır. Ancak maternal glukoz ve kan basıncı kötüleşmesi, erken membran rüptürü ve enfeksiyon riskini artırdığı unutulmamalıdır. Gebelikte nefrotik sendrom çok boyutlu bir durum olup, kadın doğum uzmanı ve nefroloji içeren multidisipliner bir ekiple yönetimi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Nefrotik sendrom, gebelik

PS-181

BÖBREK NAKİLLİ HASTALARIN ORGAN NAKİL MERKEZLERİNE SEVKİ: TEK MERKEZ VERİSİ

Simge Bardak¹, Ahmet Kıyıkım²

¹Batman Bölge Devlet Hastanesi

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Böbrek nakilli hastaların nakil sonrasında yakın izlemi hasta ve greft sağkalımı için hayati önem taşır. Organ nakil merkezi olmayan perifer hastanelerden birçok hasta takip amacıyla organ nakil merkezlerine sevk edilmektedir. Bu çalışmanın amacı nefroloji polikliniğine başvuran böbrek nakilli hastaların sevk oranını tespit etmek, bu süreçte yaşanan sıkıntıları araştırmaktır.

Yöntem: 06-08/2018 tarihleri arasında Batman Bölge Devlet Hastanesi nefroloji polikliniğine başvuran 18 yaş üzeri 62 böbrek nakilli hasta çalışmaya

alındı. Nefroloji polikliniğinden hiç sevk almamış 7 böbrek nakilli hasta çalışma dışı bırakıldı. Hastalara ait demografik, klinik bilgiler, hastaların nakil sonrası dönemde sevk talep nedenleri, yaşadıkları zorluklar araştırıldı. Hastaların nakil sonrası dönemde nefroloji polikliniğine toplam başvuru sayısı, sevk sayısı, sevk edilen şehirler, nakil merkezleri ve refakat ihtiyacı retrospektif olarak tarandı.

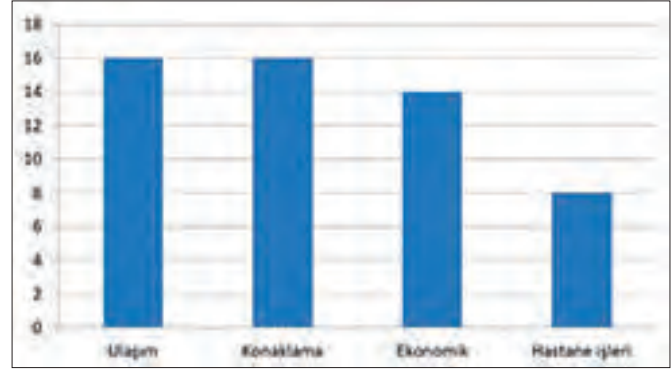
Bulgular: Toplam 55 böbrek nakilli hastaya ait 1138 nefroloji poliklinik başvurusu tarandı. 440'ının sevk amaçlı olduğu saptandı (Sevk oranı:%38.6). Hastalara ait demografik, klinik ve sevk ilişkili bilgiler tabloda özetlendi. Takip sürecinde 45 hasta organ nakili olduğu merkezde kontrollerine devam ederken, 10 hasta farklı bir nakil merkezinde takibine devam etmiş. Bunlardan 3 tanesi yaşadığı yere daha yakın organ nakil merkezinde takibini sürdürmüştü. 46 hasta bir sıkıntı anında takip edildiği nakil merkezine telefonla ulaşabildiğini ve bu yolla müdahale edildiğini belirtti. Nakil sonrası süreçte 39 hasta cilt kanseri taraması yaptırmadığını, 27 hasta kemik mineral yoğunluğuna baktırmadığını, 40 yaş üstü 7 kadın mammografi yaptırmadığını, 9 kadın smear testi yaptırmadığını, 50 yaş üstü 6 kişi gaytada gizli kan baktırmadığını, 15 kişi kolonoskopi yaptırmadığını ifade etti. Hastaların sevkte yaşadıkları sorunlar şekilde özetlenmiştir.

Tablo 1: Sevk edilen böbrek nakilli hastalara ait demografik, klinik ve sevk ilişkili bilgiler (n:55)

Cinsiyet, Kadın/Erkek (n)	23/32
Yaş ortalaması, yıl	20-70 (41.5)
Nakil yaşı (ay) (ortalama)	3-135 (41.5)
Canlı/kadavradan nakil (n)	52/3
Eğitim seviyesi (n)	
Okula gitmemiş	17
İlkokul	12
Ortaokul-lise	15
Üniversite	5
Nefroloji poliklinik başvurusu (n)	1138
Dış merkeze sevk sayısı (n)	440
Refakat ihtiyacı (n)(%)	282 (%62.5)
Nakilin yapıldığı şehirler (n)	
İstanbul	23
Antalya	22
Diğer	10
Nakil merkezi (n)	
Üniversite Hastanesi	15
Devlet Hastanesi	8
Özel Hastane	32
Uçakla sevk (n) (%)	338 (%77)
Mutat taşıyla sevk (n) (%)	102 (%23)
Kalış süresi (gün) (ortanca)	1-10 (3)
Sevk talep nedeni (n)	
Organ nakil merkezinin tutumu	28
Başka merkezlere olan güvensizlik	7
Tıbbi işlem/uzman eksikliği	19

Sonuç: Böbrek nakilli hastaların uzak şehirlerdeki organ nakil merkezlerine sevk ulaşım, konaklama ve ekonomik problemlere neden olmaktadır. Uçakla seyahat edilmesi gerekliliği, önemli düzeyde refakat ihtiyacının olması ve kısıtlı zaman dilimi içerisinde bazı tetkiklerin yapılamaması dikkat çekicidir. Hastanın yaşadığı yerdeki nefroloji kliniği ile organ nakil merkezinin ortak çalışması sevk oranlarının azalmasına, hastanın daha iyi takip edilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, organ nakil merkezi, sevk



Şekil 1.

PS-182

PERİTON DİYALİZ HASTASINDA NADİR RASTLANAN PERİTONİT ETKENİ: SALMONELLA

Nihan Tekkarısmaz¹, Rüya Özelsancak², Hasan Miçoçkadioğlu¹, Dilek Torun¹, Yusuf Ziya Demiroğlu²

¹Başkent Üniversitesi Adana Dr Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Nefroloji Bölümü

²Başkent Üniversitesi Adana Dr Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü

Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) hastalarında; periton diyalizi ile ilişkili peritonit önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. En sık peritonite; gram pozitif bakteriler (%45-60), gram negatif bakteriler (%25-40) ve fungal ajanlar neden olmaktadır. Salmonellaya bağlı peritonit ise oldukça nadir (%0.15) görülmektedir. Biz; Salmonellaya bağlı peritonit atağı geçiren bir periton diyaliz hastasını sunmak istedik.

62 yaşında erkek hasta, nedeni bilinmeyen SDBY'ne bağlı, 6 yıldır Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (CAPD) tedavisi ile kliniğimizde takip edilmekteydi. Şüpheli gıda yeme öyküsünden bir gün sonrası başlayan sulu ishal, karın ağrısı ve periton diyaliz sıvısında bulanıklaşma şikayeti ile acil servise başvurdu ve hastaneye yatırıldı. Özgeçmişinde 30 paket yıl sigara içme öyküsü vardı ve 4 yıldır içmiyordu. Hasta daha önce hiç çıkış yeri enfeksiyonu ve peritonit atağı geçirmemişti. Kronik böbrek yetmezliği dışında ek bir hastalığı yoktu. Fizik muayenesinde; ateşi 36 C idi ve batında yaygın hassasiyeti mevcuttu. Hücre sayımı 2290/mm³, %97 nötrofil, %3 lenfosit. Hemogloblin - 11,00 g/dL, Lökosit - 9,75 x10³/µL, %82 nötrofil, C-Reaktif Protein 78,00 mg/L idi. Abdomen ultrasonografisi normaldi. Periton sıvısından kültür alındıktan sonra; ampirik olarak hastaya Seftazdim 1 gr/gün ve Sefazolin 1 gr/gün intraperitoneal başlandı. Gaytada parazit yoktu. Gayta kültürü negatifti. Kan kültüründe üreme olmadı. Hastaneye başvurusunun 5. gününde, hastanın diyalizatında Salmonella Serovar Typhimurium tespit edildi. Bunun üzerine hastanın tedavisi seftriakson (2 gr/gün intravenöz) ile değiştirildi. Hücre sayımı ve kliniği düzelen hastanın periton kateterinin çekilmesine gerek duyulmadan, tedavisi 14 güne tamamlanarak hasta taburcu edildi.

Literatür gözden geçirildiğinde, 1993 den bu yana Salmonellaya bağlı peritonit geçiren toplam 9 periton diyaliz hastasına rastladık. Bu vaka önemlidir. Çünkü; periton diyaliz hastalarında Salmonella ilişkili peritonit oldukça nadir görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Salmonella, peritonit, sürekli ayaktan periton diyalizi

PS-183

RENAL HASAR İLE GELEN AMİLOİDOZLU HASTADA ATİPİK BİR NEDEN; DOĞUŞTAN AĞRIYA DUYARSIZLIK VE TERLEMEME

Erçan Türkmen¹, Günhan Tekin², Gökçe Gül Güneş², Melda İşevi², Melda Dilek¹, Hayriye Sayarlıoğlu¹, Nural Arık¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Nefroloji Bilim Dalı

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Doğuştan ağrıya duyarlılık ve terlememe (Congenital insensitivity to pain with anhidrosis, CIPA), self mutilasyon, ağrıya duyarlılık, terlememe ve mental retardasyon ile karakterize otozomal resesif kalıtmalı nadir bir herediter otonom nöropatidir. Bu vaka raporunda geç tam konmuş ve ileri renal hasar ile prezente olmuş CIPA'lı bir olgu sunulmuştur.

Vaka: Acil servise bir gündür idrar yapamama, bulantı, kusma ve bilinç bulanıklığı ile getirilen 34 yaşındaki erkek hastanın üre/kreatinin: 121/10,26 mg/dl, sodyum/potasyum: 130/4.67 mEq/L olduğu ve metabolik asidozu olduğu görüldü ve hemodiyalize alındı.

Anne baba akraba evliliği olduğu öğrenilen hastanın bir yaşında gelişme geriliği ve mental retardasyonu olduğu fark edilmiş. Ailesi küçük yaşlardan itibaren ağrı hissetmediğini, sıcak-soğuk ayırımı yapamadığı ve terlemediğini gözlemlemiştir. 5 yaşında ayak parmaklarında başlayan yaraları tüm alt ve üst ekstremitelerde distallerinde oluşmuş. Kronik osteomyelitler sonrası tüm parmak distallerinde oto-amputasyonlar gelişmiş. 2 yıl önce ise sağ dizaltı amputasyon yapılmış. Ancak başvuru anında hem sağ bacak amputasyon bölgesinde hem sol bacadaki ülserle akıntılı yaraları devam ediyordu.

Anürik seyreden hastanın hemodiyaliz tedavisiyle beraber ülserle lezyonları için antibiyotik tedavileri verildi. EMG'sinde bilateral sensörimotor polinöropatisi tespit edildi. Renal hasar için yapılan biyopsisi AA tip amiloidoz ve ciddi kronik hasar olarak raporlandı. Düzenli hemodiyaliz programına alındı.

NTRK1 gen mutasyonu çalıştırılmayan hastaya klinik bulguları ile CIPA tanısı kondu, hasta yakınlarına eğitim verildi.

Sonuç: CIPA, ağrıya duyarlılık, terlememe ve mental retardasyon ile karakterize nadir hastalıktır. Polinöropatiye bağlı ekstremitelerde distallerinde ülserler ve osteomyelit hastalığının karakteristik özelliğidir. Hastalar çocukluk çağında tanı almaktadır ancak böbrek hastalıkları ile ilişkili literatür bilgisi oldukça azdır. Bir vaka raporunda CIPA tanısı almış aynı aileden 3 hastada renal yetmezlik bildirilmiştir. Bu hastaların ikisi 25 ve 14 yaşında renal yetmezliğe bağlı ölmüş diğeri ise kronik böbrek hastası olarak takip edilmiştir. 25 yaşında ölen hastanın yapılmış olan renal biyopsisinde glomerüler fokal glomerüloskleroze eşlik eden tübüler atrofi ve interstisyel fibrozis görüldüğü bildirilmiştir. Bir vaka raporunda ise CIPA'lı bir hastada inflamatuvar barsak hastalığı ve buna bağlı gelişen amiloidoz ile nefrotik sendrom tablosu bildirilmiştir. Ülkemizden yayınlanan bir olguda da hastamıza benzer şekilde kronik osteomyelite sekonder amiloidoz ve pür nefrotik sendrom gelişimi olduğu gösterilmiştir. Hastamız geç tanı almış CIPA'lı bir olgu olup muhtemelen geçirmiş olduğu kronik osteomyelitlere bağlı AA amiloidoz gelişmiş ve son dönem böbrek hastalığı ile prezente olmuştur. Bu yönüyle olgumuz literatürde ilk olması nedeni ile önemlidir ve nadir bir hastalık olan CIPA, kliniği uyumlu hastalarda ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: renal yetmezlik, amiloidozis, osteomyelit, doğuştan ağrıya duyarlılık ve terlememe

PS-184

PSÖDONEFROTOKSİSİTE; OLGU SUNUMU

Barış Döner¹, Ömer Kalaylı², Mustafa Sağlam¹, Ekrem Kara²

¹T. C Sağlık Bakanlığı Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği

²T. C Sağlık Bakanlığı Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

³Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Serum kreatinin testi glomerüler filtrasyon hızının (GFH) tahmininde, böbrek hastalıklarının tanı ve takibinde yaygın olarak kullanılır ancak bazı durumlarda GFH'dan bağımsız olarak yüksek çıkabilmektedir. Bu yazımızda acil servise bulantı-kusma şikayetiyle başvuran ve serum kreatinin değeri 13 mg/dl saptanan ancak daha sonraki tetkiklerinde aslında böbrek yetmezliği olmadığı anlaşılan bir olguyu anlattık.

Olgu: 15 yıldır bilinen tip 1 Diyabetes Mellitus, hiperlipidemi ve epilepsi tanıları olan, 44 yaşında kadın hasta, acil servise son 3-4 gündür olan bulantı-kusma şikayetleriyle başvurdu. 10 yıldır valproik asit, insülin ve antilipemik tedavisi almakta iken son 1 yıldır kullanmakta olduğu antilipemik ilaçlarını keserek takipten çıkan hastanın yapılan fizik muayenesinde genel durumu iyi, TA:130/80 mmHg, sistem muayeneleri doğal olarak saptandı. Laboratuvar incelemede kan şekeri:200 mg/dl, üre:27 mg/dl, kreatinin:13 mg/dl, sodyum:125 mmol/L saptanan hastanın idrar çıkışı mevcuttu. Tam idrar tetkikinde proteinüri (-), lökosit-eritrosit negatif olan hastanın arter kan gazı normal görüldü (Tablo 1). Tüm abdomen ultrasonografide böbrek boyutları, parankim kalınlıkları ve parankim ekoları normal, postrenal ektazi-kalkül yok, grade 2 hepatostatoz ve hepatomegalisi olduğu görüldü. Serum kreatinin:13 mg/dl iken üre değerinin normal olması, hastanın kliniğinin böbrek yetmezliği ile uyumsuz olması, kan gazının ve üriner USG'de böbreklerin normal saptanması üzerine hastada psödonefrotoksisteden şüphelenildi. Hidrasyon sonrası santrifüj edilerek tekrar edilen testlerinde serum kreatinin değeri normal (0,6 mg/dl) olarak saptandı. Ertesi gün alınan tetkiklerinde serum trigliserid:5276 mg/dl olduğu tespit edilen hastanın yalancı serum kreatinin yüksekliği ve psödohiponatremisi hiperlipidemiye bağlandı. Hiperlipidemiye sekonder akut pankreatit açısından yapılan tetkiklerde pankreatit düşündürülen bulgu saptanmayan hastanın bulantı-kusma şikayetleri hidrasyon ve antiemetik ile geriledi. Kan şekeri:200 mg/dl, idrarda keton negatif, kan gazı normal saptanan hastada diyabetik ketoasidoz düşünülmüdü. Bulantı-kusma şikayetleri akut gastroenterit'e bağlanan hasta medikal tedavi düzenlenerek taburcu edildi.

Tartışma: Serum kreatinin ölçümü GFH tayininde ve böbrek hastalıklarının tanı ve takibinde yaygın olarak kullanılan bir testtir. Ancak serum kreatinin testi böbrek için spesifik değildir. Örneğin siyah ırkta, kas kitlesi fazla olanlarda, proteinden zengin beslenenlerde ve bazı ilaçların kullanımında (kreatininin tübuler sekresyonunu inhibe eden ilaçlar; trimetoprim, cimetidine, ranitidine, primethamine gibi) serum kreatinin değeri GFH'dan bağımsız yüksek saptanır. Ayrıca Jaffe yöntemi ile kreatinin ölçümü kalorimetrik bir ölçüm yöntemi olup, ketoasitler, hiperlipidemi ve hiperbilirubinemi durumunda ve flusitozin kullanımında yalancı kreatinin yüksekliği saptanabilmektedir. Vakamızdaki yalancı kreatinin yüksekliğini hiperlipidemiye bağladık. Olgumuzda ketoasidoz ve hiperbilirubinemi yoktu, kreatinin yüksekliği yapacak ilaç kullanmıyordu. Hidrasyon sonrası santrifüj edilerek tekrar edilen testlerinde serum kreatinin değeri normal (0,6 mg/dl) olarak görüldü.

Sonuç: Serum kreatinin sonucu değerlendirilirken bu testin böbrek için spesifik olmadığı göz önünde bulundurulmalıdır. Klinik bulgular ile uyumsuz serum kreatinin yüksekliği saptanan kişilerde psödonefrotoksistite akla gelmeli, öncelikle hiperlipidemi, hiperbilirubinemi, ketoasidoz ve bazı ilaçların kullanımı araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kreatinin, psödonefrotoksistite, hiperlipidemi

Tablo 1: Hastanın yatışındaki ve taburculuğundaki biyokimyasal parametreleri

Parametre	Geliş biyokimyası
Kan şekeri (mg/dl)	200
Üre (mg/dl)	27
Kreatinin (mg/dl)	13
Sodyum (mmol/L)	125
Potasyum (mmol/L)	3,5
Kalsiyum (mg/dl)	8,5
T. Bilirubin	0,6
D. Bilirubin	0,4
ALT (U/L)	22
AST (U/L)	16
Amilaz	9,6
Ph	7,41
PCO2	34,7
Bikarbonat	22,3
Lökosit (10 ⁹ /dL)	9,5
Hemoglobin (gr/dl)	14,6
Hematokrit (%)	42,1
Platelet (10 ⁹ /dL)	246
CRP (mg/dL)	0,6
Trigliserid (mg/dl)	527
T. Kolesterol (mg/dl)	476

PS-185

ARTERİOVENÖZ FİSTÜLÜN ERKEN VEYA GEÇ KULLANIMININ FİSTÜL ÖMRÜ ÜZERİNE ETKİSİMustafa Esenturk¹, Emine Bayraktar²¹Malatya Devlet Hastanesi Üroloji Bölümü; ²Özel Birlik Hastanesi Üroloji Bölümü²Malatya Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Bölümü

Giriş: Diyaliz hastalarında greft ve kateter kullanımında mortalite ve komplikasyon riskinin yüksek olması, Arteriovenöz Fistül (AVF) yönteminin tercih edilmesine neden olmaktadır. Bu çalışmada, 1212 AVF vakasının lokalizasyonları, tekniği, ameliyattan sonra ilk diyalize giriş süreleri ve fistül sağ kalımları araştırılmıştır.

Yöntem: Cerrahi prosedürler 01.04.2005 – 20.07.2018 tarihleri arasında ve tek bir cerrah tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastalar 3 gruba ayrılmıştır; A grubu: Kateter takılmamış ve ilk 24 saatte erken kanulasyon ile hemodiyalize bağlanan hastalar, B grubu: Yeni fistül açılmış ancak hemodiyalize kateter ile devam eden hastalar ve C grubu: Kateteri olmayan ve 2-30 gün arasında erken kanulasyon ile hemodiyalize alınan hastalar şeklindedir. AVF açılmasında sıklıkla sol kol, Brescia-Cimino bölgesi ve distal taraf daha çok tercih edilmiş olup, cerrahi yöntem olarak en çok side to side tekniği kullanılmıştır. Uzun Sefalik ven'nin dorsal dalını kapsayan AVF mid Brescia-Cimino, mid Brescia-Cimino ile Snuff-box arası distal Brescia-Cimino, mid Brescia-Cimino ile Antecubital Fossa arası ise proksimal Brescia-Cimino kabul edilmiştir. AVF'ün düşük başarısından dolayı kateterin tercih edildiği, 1212 hastanın 16 %'sini oluşturan 75+ yaş hastaların hepsine AVF yapılmıştır ve bu AVFlerin 69.4% distalden açılmıştır. KDOQİ Guideline'ında hasta diyalize alırken, primer fistüllerin 4 hafta bekletilmesi önerilir, ancak acil ve iyi fistül durumlarında erken kanulasyon olabileceğine dair yayınlarda mevcuttur. Çalışmamızda seçilmiş vakalarda, fistül debisinin ve dilatasyonun iyi olduğu yüzeysel seyreden fistüllerde, az ultrafiltrasyon yapılarak ve pompa hızı düşük tutularak erken kanulasyon yapılmıştır.

Bulgular: Literatürlerde AVF ömrü ilk 1 yıl için %68-93 olarak gösterilmiştir. Çalışmamızda 5 yıllık fistül ömrü, A grubunda 41.2%, C grubunda 45.7%, B grubunda 15.1% olarak bulunmuştur (p=0.032 ve p=0.026). 5 yıllık hasta ölüm hızı oranı, B grubunda 27.2% olarak bulunmuşken, A ve C gruplarında

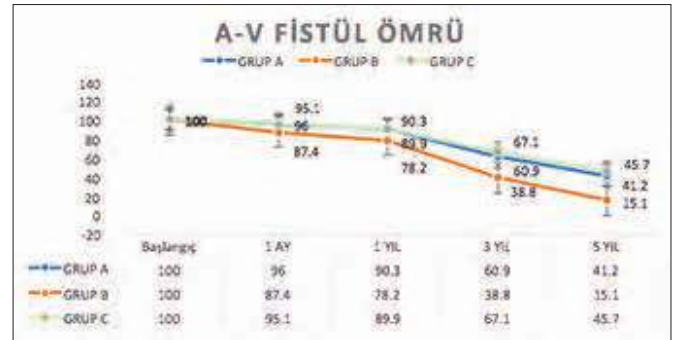
20.1% ve 18.8% olarak görülmüştür (p=0.038 ve p=0.031). Çalışmamızda, A ve C gruplarındaki 5 yıllık AVF ömrü B grubuna oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0.05). Hasta ölüm hızı ise B grubunda A ve C grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksektir (p<0.05). Yeni fistüllerin, 25.2% ilk 24 saatte, 43.8%'ise kateter kullanılmadan 1 ay içinde diyalize alınmıştır.

Sonuç: AVF'ün debi ve dilatasyonunun yeterli olduğu durumlarda erken kullanımı, kateter ihtiyacını ve ölümcül komplikasyonları azaltırken, mortalite ve maliyetide düşürmektedir. Çalışmamızda yüksek fistül survisi ve düşük hasta ölüm hızı gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: A-V Fistül, Hemodiyaliz



Şekil 1.



Şekil 2.

Tablo 1: A-V fistülün ilk kanulasyon zamanları

	A GRUBU-Erken Kanulasyon (ilk 24 saat)	B Grubu Kateter	C GRUBU Maturasyon (2-30.gün)	Predialysis 2-6 month	Fail up-Non followed
Vaka sayısı	306	630	225	44	7
Vaka %	25.2	52.0	18.6	3.6	0.6

PS-186

YÜKSEK İMMUNOLOJİK RİSKLİ HASTALARDA BORTEZOMİB İLE DESENSİTİZASYON SONRASI ÇAPRAZ NAKİLOsman Zikrullah Şahin¹, Mustafa Düzenli¹, Sevim Kuşlu Çiçek¹, Abdullah As¹, Orçun Subaşılar¹, Mahmut Çarın², Murat Tuncer¹, Muzaffer Sarıyar¹¹Özel Medicana International Beylikdüzü Hastanesi Organ Nakli Bölümü²İstinye Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Hastanesi İmmunoloji Bölümü

Giriş: Renal transplant bekleme listelerinde sensitize hasta sayısı giderek artmaktadır. Bu çalışmada yüksek immunolojik riskli iki hastada bortezomib ile desensitizasyon sonrası başarılı çapraz nakil vakalarını sunduk.

Yöntem: Hasta 1 ve hasta 2'nin demografik verileri ve pretransplant immunolojik göstergeleri Tablo 1'de sunulmuştur. Transplant tarihinden iki gün

önce tacrolimus 0.15 mg/kg./gün, mikofenolat mofetil 2x1 gr/gün, prednisolon başlandı. ATG 3 mg/kg 5 gün uygulandı. Nakil öncesi plazmaferez (30-40 ml/kg), intravenöz immunglobulin (1 gr/kg/ 2 doz), rituximab 375 mg/m² ve bortezomib tedavisi verildi.

Bulgular: Desensitizasyon sonrası hastalara renal transplantasyon yapıldı. 1. hasta kreatinin 0.69 ikinci hasta kreatinin:1.05 mg/dl değerleri ile taburcu edildi. Her iki hastada postoperatif 5. ayında serum kreatinin değeri: 1.1 mg/dl ve 1.05 mg/dl, glomerüler filtrasyon hızı 83 ml/dk ve 97 ml/dk olarak izlenmektedir.

Sonuç: Yüksek immunolojik riskli vakalarda bortezomib de içeren desensitizasyon tedavisi ile başarılı renal transplant yapılmıştır. Yüksek riskli hastalarda bortezomib tedavisi diğer tedaviler ile gerekli yanıt alınamayan hastalarda akıld tutulmalıdır. Bu konuda daha çok hasta ve daha uzun takip süreli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Bortezomib, desensitizasyon, çapraz nakil

Tablo 1: Demografik ve immunolojik veriler

	Hasta 1	Hasta 2
Yaş	41	27
Cinsiyet	Erkek	Erkek
Verici yaş/cinsiyet	33/kadın	33/ Kadın
Önceki renal transplant	Etik Kurul/2012-	Anne / 2008-2015
Renal replasman Tedavisi	Preemptif	Hemodiyaliz
KBY etiyoloji	Bilinmiyor	Kronik Glomerulonefrit
Desensitizasyon Öncesi PRA	Class I %2, Class II %25	Class I %10, Class II %23
Single Antihen MFI değerleri		
	DQB1*04:01: 12933	A*02:01: 20207
	DQB1*05:01: 15616	A*02:05: 11012
	DQB1*05:02: 14126	A*02:02: 11268
	DQB1*06:01: 14995	DQB1*02:01: 10989
		DQB1*02:02: 11939
Bortezomib Tedavisi Sonrası MFI değerleri		
	DQB1*04:01: 5292	A*02:01: 3391
	DQB1*05:01: 11497	A*02:05: 4695
	DQB1*05:02: 9466	A*02:02: 3879
	DQB1*06:01: 8547	DQB1*02:01: 4252
		DQB1*02:02: 3938

PS-187

YOĞUNBAKIM HASTALARINDA BİYOBELİRTEÇLER ARACILIĞIYLA AKUT BÖBREK HASARI TANISI KONULABİLİR Mİ ?

Ebru Çanakçı¹, Ahmet Karataş², Tefvik Noyan³, Burhanettin Sertaç Ayhan³

¹Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı

²Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

³Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Akut böbrek yetmezliği tanısı, serum kreatinin düzeyi artışı ve idrar çıkışının azalması ile konmaktadır. ABY tanısında gecikme özellikle yoğun bakım ünitesi hastaları ile yaşlı hastalarda tedavinin ve koruyucu önlemlerin alınmasında gecikmelere neden olmaktadır. Son dönemde yapılan klinik çalışmalarda ABY tanısının daha erken saptanmasını sağlayabileceği düşünülen biyobelirteçler incelenmiştir. ABY tanısının erken saptanmasını sağlayacağını

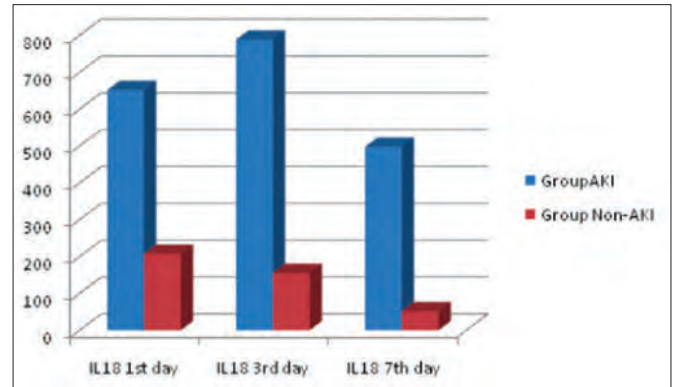
düşündüğümüz nötrofil jelatinaz ilişkili lipokalin (NGAL), interlökin 18 (IL-18), sistatin c (Cys-C) ve kidney injury molekül- 1'i (KIM-1) idrar örneklerinde çalıştık ve serum kreatinini ile karşılaştırdık.

Gereç ve Yöntem: Hastanemiz genel yoğun bakım ünitesine yatan 27 AKI gelişen olgu ve 27 de AKI gelişmeyen toplam 54 olgu dahil edildi. Hastalar RIFLE kriterlerine göre AKI grubu ve Non -AKI grubu olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların 1., ve 3. ve 7.gün idrar örnekleri idrarda NGAL, IL-18, sistatin C ve KIM-1 biyobelirteçleri çalışılmak üzere toplandı ve olguların 1.gün,3.gün ve 7.gün serum kreatinin değerleri kaydedildi.

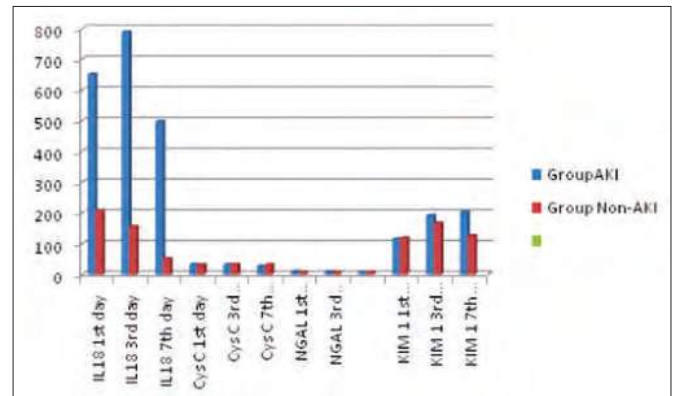
Bulgular: İstatistiksel olarak AKI ve Non AKI grubu APACHE II skorları açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001). APACHE II skoru ve ABY gelişme günü arasında p<0,05 düzeyinde anlamlı ve orta düzeyde ters bir ilişki olduğu belirlendi (p=0.041,r=-0.403) Biyobelirteçlerimizden IL -18 hem AKI hem de Non -AKI grubunda ölçüm yapılan her 3 gün içinde karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. (sırasıyla p=0.042, p= 0.008, p<0.0001). Cys C'de ise hem AKI hem de Non -AKI grubunda ölçüm yapılan 1.gün, 3.gün ve 7.gün karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla p=0.625, p= 0.074, p=0.061). NGAL'de ise sadece 1.gün ölçümleri her iki grup arasında anlamlı fark tespit edilmiştir (p=0.029). KIM-1'de ise sadece 7.gün ölçümleri her iki grup arasında anlamlı fark tespit edilmiştir (p=0.038).

Sonuç: NGAL yoğun bakım ünitesine yatışta erken dönemde AKI gelişimi açısından değerli bir biyobelirteç olabilir. AKI'nın erken belirlenmesinde NGAL ve KIM-1 ardışık olarak kullanılabilir. IL-18, AKI erken tanısında kullanılabilir ve değerli bir biyobelirteçtir.

Anahtar Kelimeler: KIM-1, sistatin C, NGAL, IL-18, APACHE II skoru, yoğun bakım ünitesi



Şekil 1. IL-18'in her iki grupta 1., 3., 7. gün ortalama ölçüm değerleri



Şekil 2. Tüm biyobelirteçlerin her iki grupta 1. gün, 3. gün ve 7. gün ortalama ölçüm değerleri

Tablo 1: AKI grubunda biyobelirteçlerin birbirleri ile ilişkisi (** p<0.01 * p<0,05)

	NGAL 1.gün	IL-18 3.gün	Cys -C 3.gün	KIM 13.gün
NGAL 1.gün	-	-0.325	0.014	-0.418*
IL-18 3.gün	-0.345	-	0.540**	0.410
Cys -C 3.gün	0.014	-0.540**	-	0.198
KIM 13.gün	-0.418*	0.39	0.198	-

Tablo 2: Non -AKI Grubunda Biyobelirteçlerin Birbirleri ile ilişkisi (** p<0.01 * p<0,05)

	KIM 11.gün	KIM 13.gün	KIM 17.gün	IL-18 1.gün	IL-18 3.gün
KIM 11.gün	-	0.277	0.39*	0.35*	-0.091
KIM 13.gün	0.277	-	0.799**	0.479**	0.52**
KIM 17.gün	0.39*	0.799**	-	0.593**	0.216
IL-18 1.gün	0.35*	0.479**	0.593	-	0.054
IL-18 3.gün	-0.091	0.52**	0.216	0.054	-

PS-188**SUGAMMADEX REVERS ETKİ GÜCÜNÜN BUN/CREATİNİN ORANI VE KREATİN KLİRENSİ İLE İLİŞKİSİ NEDİR ?**Ebru Çanakçı¹, Ahmet Karataş²¹Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı²Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Rokuronyum ve sugammadex kompleksi böbrekler tarafından elimine edilir. Rokuronyum'un böbrek yetmezlikli hastalarda uzamış etkisi mevcuttur. Sugammadex'in ya da rokuronyum-sugammadex kompleksinin eliminasyonu normal renal fonksiyona sahip hastalarla ciddi renal hasarlı hastalarla karşılaştırıldığında önemli derecede uzamıştır. Böbrekler tarafından elimine edilen rokuronyum-sugammadex kullanımının BUN /Creatin oranı yüksek hastalarda ve kreatin klirensi düşük olan hasta gruplarındaki etkisi bilinmemektedir. Sugammadex uygulanması sonrası renal fonksiyonlar üzerine etkisinin var olup olmadığını ve TOF oranının 0.9'a ulaşma süresini araştırmak amacıyla çalışmamız planlanmıştır.

Materyal ve Metod: Çalışmamız Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı ameliyathanesinde, prospektif ve randomize olarak planlandı. Araştırmaya; ASA I ve II, 18-65 yaş arası, genel anestezi uygulanacak 90 olgu dahil edildi. Olgular böbrek fonksiyonları normal (Creatin klirensi normal ve BUN /Cre oranı normal sınırlarda olan) ve de böbrek fonksiyonları bozulmuş (Creatin klirensi azalmış 80 ml /dk altı ya da BUN / Creatin oranı artmış 20/1 üzerinde) olarak ayrıldı. Olgular BMI'lerine göre ise; 25'in altı sağlıklı, BMI 25-30 ise fazla kilolu, BMI 30'un üstü ise obez olarak kabul edildi. Perioperatif TOF monitorizasyonu yapıldı. Preoperatif ve postoperatif kreatin klirensi ve BUN/Cre oranına bakıldı.

Bulgular: TOF için yapılan t-testi sonucunda, tüm periyotlarda kadın ve erkek ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır (p>0,05). BMI değeri >30 olanların TOF ortalaması BMI değeri <25 olanlardan önemli derecede yüksek bulunmuştur (p=0,001). BUN ve Cre değerleri için yapılan analizde postoperatif dönemde preoperatif döneme kıyasla önemli bir azalma olduğu belirlenmiştir (sırasıyla p=0.022,p=0.011). Tüm TOF ölçümleri ile preoperatif CrCl arasında negatif korelasyon tespit edildi. (sırasıyla p=0.006, p=0.004, p<0.001, p<0.001). Yine benzer şekilde tüm TOF ölçümleri ile postoperatif CrCl arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif korelasyon tespit edildi (sırasıyla p=0.003,p=0.002, p<0.001, p<0.001).

Sonuç: Böbrek fonksiyonu bozulmuş kreatinin klirensi düşük olgularda ve BUN/ Cr oranı artmış dehidrate olgularda sugammadex'in revers etme gücünün TOF 90'a ulaşma süresinin minimal uzadığı ve postoperatif böbrek fonksiyonlarında ılımlı düzeyde iyileşme yaptığı, bu nedenle güvenle kullanılabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: sugammadex, TOF monitorizasyonu, BUN/Creatinin oranı, kreatin klirensi

Tablo 1:

Variables	Sex	n	Mean	Std. Dev.	Std. Error	t-	P-	n	Mean	Std. Dev.	Std. Error	t-	P-
BUN	Pre	bayan	43	17,116	7,162	1,092	0,049	90	17,078	7,071	0,745		
	erkek	47	17,043	7,065	1,031							2,328	0,022*
	Post	bayan	43	16,488	5,040	0,789	0,590	90	16,178	4,756	0,501		
	erkek	47	15,894	4,517	0,659								
BUN/Cre ratio	Pre	bayan	43	19,290	8,860	1,360	1,292	90	18,173	7,872	0,830		
	erkek	47	17,151	6,794	0,991							0,325	0,746
	Post	bayan	43	18,386	6,125	0,934	0,597	90	17,990	5,991	0,631		
	erkek	47	17,828	6,908	0,862								
Cre	Pre	bayan	43	0,961	0,448	0,088	-0,928	90	1,018	0,559	0,059		
	erkek	47	1,070	0,644	0,094							2,595	0,011*
	Post	bayan	43	0,963	0,402	0,081	-0,135	90	0,970	0,475	0,050		
	erkek	47	0,976	0,538	0,078								
CrCl	Pre	bayan	43	100,35	44,974	6,859	-2,375	90	112,357	47,090	4,960		
	erkek	47	123,33	45,672	6,808							-1,900	0,061
	Post	bayan	43	99,216	46,850	7,145	-3,226	90	115,027	49,699	5,239		
	erkek	47	131,40	47,634	6,948								

* statistically significant (p<0,05); ** statistically significant (p<0,01)

Tablo 2:

	BMIGRP2	n	Mean	Std. Dev.	Std. Error	F-Value	P-Value
BUN	Sağlıklı (<25)	24	14,708	6,49068	1,32490	1,891	0,157
	Fazla Kilolu (25-30)	30	17,767	7,17122	1,30628		
	Obes (>30)	36	18,083	7,18083	1,19680	2,576	0,082
	Sağlıklı (<25)	24	14,333	4,51728	0,92209		
	Fazla Kilolu (25-30)	30	16,700	4,90707	0,89690	0,640	0,530
	Obes (>30)	36	16,972	4,576	0,763		
BUN/Cre ratio	Sağlıklı (<25)	24	16,774	6,273	1,280	0,115	0,891
	Fazla Kilolu (25-30)	30	18,143	7,669	1,398		
	Obes (>30)	36	19,130	8,991	1,499	0,829	0,440
	Sağlıklı (<25)	24	17,567	5,575	1,138		
	Fazla Kilolu (25-30)	30	17,943	6,270	1,145	0,953	0,389
	Obes (>30)	36	18,317	6,165	1,028		
Cre	Sağlıklı (<25)	24	905	353	0,072	1,076	0,345
	Fazla Kilolu (25-30)	30	1,103	0,776	0,142		
	Obes (>30)	36	1,022	0,446	0,074	0,816	0,543
	Sağlıklı (<25)	24	856	0,323	0,065		
	Fazla Kilolu (25-30)	30	1,023	0,630	0,115	9,249	
	Obes (>30)	36	1,001	0,405	0,067		
CrCl	Sağlıklı (<25)	24	101,835	38,237	7,906		
	Fazla Kilolu (25-30)	30	111,642	44,889	8,159		
	Obes (>30)	36	119,968	53,844	8,941		
	Sağlıklı (<25)	24	106,355	38,995	7,960		
	Fazla Kilolu (25-30)	30	119,216	50,519	9,223		
	Obes (>30)	36	119,816	55,492	9,249		

**Şekil 1.**

PS-189

BİSFOSFONAT KULLANIMINA BAĞLI NEFROTİK SENDROM: OLGU SUNUMU

Zehra Aras¹, Meltem Gürsu², Ömer Celal Elçioğlu², Arzu Veliyeva¹, Maral Martin Mildanoğlu¹, Ayşe Serra Artan², Nejat Khanmammadov¹, Rümeyza Kazancıoğlu²

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Bisfosfonat tedavisi ile proteinüri arasındaki ilişki bilinmektedir. Klinik sunum izole gram tutan proteinüri, nefrotik sendrom ve böbrek yetersizliği şeklinde olabilir. Bisfosfonat tedavisi sonrasında gelişen ve spontan remisyon saptanan bir nefrotik sendrom olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Altmış sekiz yaşında kadın hasta göz çevresinde ve bacaklarda şişlik şikayeti ile bir ay öncesinde İç Hastalıkları polikliniğine başvurmuş. Özgeçmişinde altı yıldır osteoporoz, iki yıldır astım ve altı aydır bilinen hipertansiyonu olduğu öğrenildi. Osteoporoz için bir yıl boyunca tedavi verildiği, sonrasında kesildiği, hipertansiyon için kandesartan kullandığı öğrenildi. İç Hastalıkları polikliniğinde üre (66 mg/dl) ve kreatinin (1.01 mg/dl) değerlerinde artış, hipalbuminemi (1.8 g/dl), ve tam idrar tetkikinde proteinüri saptanması üzerine nefroloji polikliniğine sevk edilmiş. Biyopsi yapılması planlanan hasta sosyal nedenler ile işlemi kabul etmeyip iki hafta sonra polikliniğimize başvurdu. Başvurusu sırasındaki fizik muayenesinde kan basıncı 140/80 mmHg, bilateral solunum seslerinde kabalaşma ve ekspiriumda uzama, minimal hepatomegali (kot altı 3 cm) ve bilateral yumuşak gode bırakan (++) ödemi mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde üre: 25 mg/dl; kreatinin: 0.75 mg/dl, albümin: 2.2 g/dl, total kolesterol: 247 mg/dl, LDL kolesterol 154 mg/dl, proteinüri: 5.03 gr/gün saptandı. İdrar sedimentinde nadir eritrosit görüldü. Diğer laboratuvar incelemelerinde patoloji saptanmadı. Otoimmün serolojik testleri (ANA, Anti-dsDNA, p-ANCA, c-ANCA) negatif ve kompleman düzeyleri normal saptadı. Ultrasonografide bilateral böbrek boyutları normal sınırlarda olan hastanın böbrek biyopsisi yapılmak üzere yatışı planlandı. İki hafta sonra lojistik ortam sağlanabildiği için şikayetlerinin başlangıcından bir ay sonra yatışı yapılan hastanın fizik muayenesinde ödeminin hiç olmadığı görüldü. Tam idrar tetkikinde protein negatif, spot idrarda protein/kreatinin oranı 0.1 olan hastanın üre ve kreatinin değerlerinin de normal olduğu görüldü. Hastanın sorgulaması tekrar yapıldığında yaklaşık iki ay önce alendronat başladığı ve nefrotik sendromun tespit edildiği klinik tarafından bir ay önce kesildiği öğrenildi. Bu bulgular ile hasta spontan remisyonda kabul edildi ve böbrek biyopsisi yapılmamasına karar verildi. Kullanmakta olduğu kandesartan tedavisine devam etmesi ve poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: Bisfosfonatlara bağlı nefrotik sendrom için karakteristik patoloji collapsing tip FSGS olmakla beraber diğer FSGS alt tipleri ve minimal değişiklik hastalığı ile de ilişkisi bildirilmiştir. Olgumuzda biyopsi yapılmamış olduğundan patolojik tip konusunda yorum yapmak mümkün değildir. İlacın kesilmesini takiben geçen bir ay içerisinde bulguların tamamen kaybolmuş olması klinik tablonun alendronat ile ilişkili olduğunu düşündürmüştür. Olgumuz aracılığı ile proteinürisi olan her hastada ilaç anamnezinin daha dikkatli alınması gerektiğini hatırlatmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Nefrotik sendrom, bisfosfonat, spontan remisyon

PS-190

PERİTON DİYALİZİ KATATER YERLEŞTİRİLMESİNDE YENİ BİR YÖNTEM: BASİTLEŞTİRİLMİŞ SELDİNGER (SARIKAYA) YÖNTEMİ

Metin Sarıkaya, Ayça İnci, Semih Gül, Durkadir Duygu Balci, Dilek Efeyurtlu, Üstün Yılmaz
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Giriş: Periton diyalizi (PD), son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda tercih edilen tedavi seçeneklerinden biridir. PD işleminin yapılabilmesi için periton boşluğuna güvenilir sıvı alışı verişini sağlayacak kalıcı bir kateter yerleştirilmesi

gerekmektedir. PD katateri yerleştirilmesi birçok farklı teknikte yapılmaktadır (perkütan, laporoskopik ve açık cerrahi methodlarla) ancak komplikasyon ve sağkalım oranları teknikler arasında farklıdır. Nefrologlar tarafından daha çok perkütan yöntem diğer adıyla seldinger yöntemi tercih edilmektedir. Kliniğimizde hem cerrahi hem de seldinger yöntemi ile PD katateri takılmaktadır

Seldinger yöntemi daha iyi tolere edilir, daha kısa sürede PD tedavisine başlanmasına olanak sağlar, daha küçük insizyon hattı ile yapılır. Klasik Seldinger yöntemi uygulanırken tecrübelerimizle gördüğümüz problemler şunlardı; Özellikle giriş iğnesi batın içine iyice ilerletilmeden serum rahatça gitmez ve iğnenin ilerletilmesi ile barsak perforasyonu ve damar zedelenmesi ile kanama riski artar. Yine iğnenin bazen periton yerine rektus kası içine konulması ile serumun buraya verilmesi ve rektus içine kateter yerleştirilmesi de nadir değildir. Ayrıca yine bir kaç hastada işlem sonrası barsak perforasyonlarının ilginç bir şekilde kılavuz tele bağlı oluşmasıydı. Bu problemlerin kateter işlemlerinin yaklaşık %5-10'unda gözlemlenmesi ve iğne / kılavuz tel kullanımına bağlı komplikasyonlar nedeniyle bu iki malzemenin hiç kullanılmadığı bir yöntem geliştirdik. Çünkü batın içine iğne sokulmaması ve çok ince olan barsak duvarını delme riski olan kılavuz telin kullanılmaması komplikasyonları azaltılabildi. Kliniğimizde klasik seldinger yöntemi modifiye edilerek geliştirilen basitleştirilmiş seldinger (Sarıkaya) yöntemi ile takılan PD kataterleri ve cerrahi yöntemle takılan PD kataterlerinde komplikasyonlar açısından karşılaştırma yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Nefroloji Kliniği Periton Diyaliz Ünitesinde son dönem böbrek yetmezliği tanısı almış ve PD yapılması planlanarak PD katateri takılan 133 hastanın kayıtları dosyalarından geriye dönük olarak incelendi. Hastaların verilerinden kateter takılma yöntemleri ve takıldıktan sonra oluşan komplikasyonlar tarandı ve kayıt altına alındı.

Bulgular: Çalışmaya 2010-2016 yılları arasında PD katateri takılan 133 hasta (85 erkek, 48 kadın) alındı. Hastaların yaş ortalamaları 56,35 ±14,79 yıl olarak bulundu. Kataterlerin 107 tanesi basitleştirilmiş seldinger (Sarıkaya) yöntemi, 26 tanesi laporoskopik cerrahi yöntemle takıldı. 14 hastada katater malpozisyonu, 9 hastada omentuma bağlı mekanik obstrüksiyon, 3 hastada drenaj problemi, 10 hastada sızıntı, 4 hastada genital ödem, 2 hastada hidrotoraks, 1 hastada barsak perforasyonu, 1 hastada kanama, 1 hastada mesane rüptürü görüldü ve kataterin rektus kası içine yerleştirilmesi hiç saptanmadı. 2 yöntem karşılaştırıldığında sadece omentuma bağlı mekanik obstrüksiyon basitleştirilmiş seldinger methodunda daha fazla saptandı (p<0.001). Diğer komplikasyonlar açısından 2 grup arasında fark saptanmadı.

Sonuç: Basitleştirilmiş Seldinger (Sarıkaya) yöntemi komplikasyon oranı Klasik seldinger yöntemine benzer basit, hızlı, hasta ve hekim açısından konforlu bir methottur.

Anahtar Kelimeler: Periton Diyalizi; Seldinger; Cerrahi; Komplikasyon

PS-191

VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİLERDE PROGNOZUN BELİRLENMESİNDE BUN/KREATİNİN ORANI VE KAVALL KOLLAPSİBİLİTE İNDEKSİNİN YERİ

Ahmet Karataş¹, Ebru Çanakır², İsmail Yıldız²

¹Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

²Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

³Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Ventilator ilişkili pnömoni (VIP) hızı, 1000 ventilatör gününde 2-16 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir. Yoğun bakım ünitesinde yatan kritik hastalarda en sık gözlenen enfeksiyöz hastalık, VIP olması nedeni ile VIP tanısına ve prognozuna yönelik bir skorlama sisteminin geliştirilmesi önemli bir araştırma alanı olmuştur. Kritik hastalarda intravasküler sıvı durumunun değerlendirilmesi ve yönetimi ciddi önem arz etmektedir. İnfirior vena kava çapının ölçümünün volüm durumunu göstermede başarılı olduğuna dair son dönemde bir çok yayın mevcuttur. Çalışmamızda, sıklıkla uygulanan skorlama

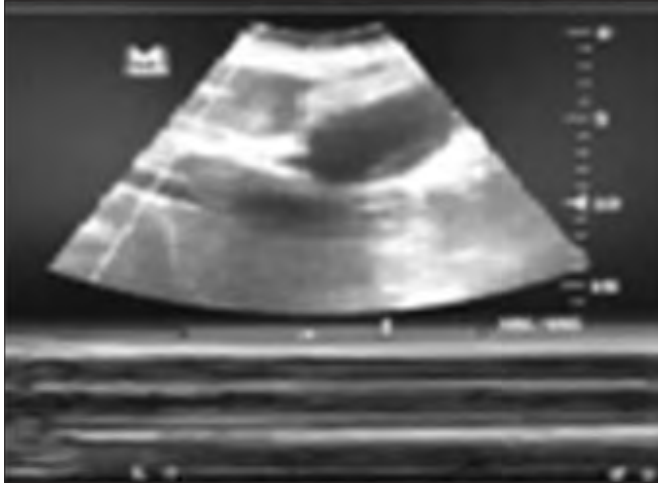
sistemlerinden APACHE II ve SOFA ile CPIS'in ve BUN/Cre oranının, inferior vena kava kolapsibilite indexinin (IVC CI) VIP tanısı koyulan hastalarda, mortalite tahmini açısından etkinliklerini karşılaştırmayı amaçladık.

Materyal ve Metod: Klinik bulguları VIP ile uyumlu olup, alt solunum yolu örneklerinde bakteri izolasyonu sağlanan 57 olgu çalışmaya alındı. Olguların yaş, kilo, boy cinsiyet gibi demografik özellikleri, eşlik eden komorbid durumlar, yoğun bakımda renal replasman tedavisi alıp almadığı, inotropik destek alıp almadığı kaydedilmiştir. Ayrıca yine her olgu için biyokimyasal parametreler, BUN/Cre oranı, MDRD (CKD-EPI), proteinüri varlığı, APACHE II skoru, SOFA skoru, CPIS skoru, olgu son durum (eksitus yada taburcu) ayrı ayrı kaydedilmiştir.

Bulgular: BCR ile SOFA skoru arasında negatif yönlü zayıf düzey istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($r = -0.308, p = 0.020$). BCR ile SOFA skoru arasında negatif yönlü zayıf düzey istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($r = -0.308, p = 0.020$). IVC CI ve BCR arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ve zayıf pozitif korelasyon mevcuttu ($r = 0.325, p = 0.003$). MDRD ile BCR arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı bir ilişki tespit edildi ($r = 0.457, p < 0.001$). Procalsitonin ile SOFA arasında pozitif yönlü orta düzey istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı. ($r = 0.618, p < 0.001$). CPIS değerindeki artış mortaliteyi 3,52 kat artırmaktadır ($p = 0,027$). IVC CI değeri 50 ve üzeri olanların IVC CI değeri 50 altında olanlara göre ölüm riski 38,59 kat daha fazladır ($p = 0,003$).

Sonuç: Yoğun bakımda VIP'li olgularda yoğunbakım skorlama sistemleri olan CPIS, pulmoner infeksiyonun şiddetini yansıtmaktadır. SOFA ve APACHE II skorunun ise mortalite öngördürücü değeri vardır, güvenle kullanılabilir. Procalsitonin ve CPIS, VIP'li olgularda mortalite tahmininde yol gösterici olabilir. VIP'li olgularda ve yoğun bakıma kabul edilen her olguda IVC CI index değerinin hesaplanması sıvı tedavisinin belirlenmesi ve takibinde sensitif bir yöntem olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Ventilator ilişkili pnömoni, inferior vena kava kolapsibilite indexi, BUN/Creatinin oranı, mortalite, yoğun bakım



Şekil 1.

Tablo 1: BCR ile APACHE II, SOFA ve CPIS skorları arasındaki ilişki

BCR		
APACHE II	r	-0,088
	p	0,515
SOFA	r	-0,308
	p	0,020
CPIS	r	-0,207
	p	0,122

r: Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 2: IVC CI ile APACHE II score, SOFA score ve CPIS score arasındaki ilişki

IVC CI		
APACHE II score	r	-0,101
	p	0,457
SOFA score	r	-0,076
	p	0,574
CPIS score	r	-0,065
	p	0,629
BCR	r	0,325
	p	0.003

r: Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 3: İnotropik destek alma durumuna göre BCR ve IVC CI değerlerinin karşılaştırılması (*ortalanca (min-mak), ** ortalama $\pm$ s.sapma)

	Destek Almıyor	Destek Alıyor	p
BCR (BUN /Cre Ratio)	32,5 (18,3 – 136,5)	34,1 (1,6 – 159,3)	0.926
Kaval İndex (IVC CI)	28,5 $\pm$ 4,8	26,4 $\pm$ 9,0	0.292

Tablo 4: MDRD ile BCR ve Kaval İndex arasındaki ilişki

MDRD		
BCR (BUN /Cre Ratio)	r	0.457
BCR (BUN /Cre Ratio)	p	<0.001
Kaval İndex (IVC CI)	r	0.033
Kaval İndex (IVC CI)	p	0.806

r: Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 5: MDRD ile BCR ve IVC CI arasındaki ilişki

Procalsitonin		
BCR (BUN /Cre Ratio)	r	-0.201
BCR (BUN /Cre Ratio)	p	0.134
Kaval İndex (IVC CI)	r	-0.119
Kaval İndex (IVC CI)	p	0.379
APACHE II score	r	0.204
APACHE II score	p	0.127
SOFA score	r	0.618
SOFA score	p	<0.001
CPIS score	r	0.131
CPIS score	p	0.331

r: Spearman korelasyon katsayısı

PS-192

RATLARDA KOLİSTİNE BAĞLI AKUT NEFROTOKSİSİTENİN ÖNLENMESİNDE SİLİMARİNİN ROLÜ

Burak Dumludağ¹, Mehmet Kürşat Derici², Osman Sütcüoğlu³, İpek Işık Göntül⁴, Özge Tuğçe Paşaoğlu⁵, Ülver Derici⁶

¹Erzurum Hınıs Şehit Yavuz Yürekseven Devlet Hastanesi İç Hastalıkları, Erzurum, Türkiye

²Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Farmakoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara Türkiye

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara Türkiye

⁵Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara Türkiye

⁶Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara Türkiye

Amaç: Silimarin, Asteraceae ailesine ait bir bitki olan Silybum marianum'dan elde edilen bir özütür. Çeşitli çalışmalarla bu maddenin, toksik ajanlara (sisplatin, asetaminofen, adriyamin, gentamisin...gb) karşı koruyucu etkileri olabileceği ve bu şekilde hepatoprotektif, kardiyoprotektif ve nefroprotektif özelliklere sahip olabileceği gösterilmiştir. Kolistin, özellikle yoğun bakımlarda dirençli gram negatif bakteriyel enfeksiyonların tedavisinde son yıllarda sıklıkla kullanılan güçlü ancak nefrotoksik etkisi bulunan bir antimikrobiyaldir. Bu çalışma silimarinin kolistin nefro toksisitesini önlemede bir rolü olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Metod: Ratlar randomize olarak dört gruba ayrıldı. Grup 1 kontrol grubu, grup 2 silimarin (100 mg/kg) grubu, grup 3 kolistin (750.000 IU/kg/gün) grubu ve grup 4 silimarin (100 mg/kg) ve kolistin (750.000 IU/kg/gün) grubu olarak ayrıldı. Silimarin gavaj yoluyla, kolistin ise intraperitoneal olarak iki bölünmüş dozda uygulandı. Silimarin ve kolistin toplamda yedişer gün uygulandı. Sekizinci gün bütün ratlara ötanazi uygulanarak serum örnekleri ve böbrekleri alındı. Serum örneklerinde üre, kreatinin, Sistatin C, süperoksit dismutaz (SOD), glutatyon peroksidaz (GPX), malondialdehit(MDA), total antioksidan kapasitesi(TAS) ve total oksidan kapasitesi (TOS) çalışıldı ve böbreklerin histopatolojik incelemesi yapıldı.

Sonuçlar: Tek başına silimarin uygulanan grubun (grup 2) hem biyokimyasal hem histo- patolojik değerlendirme verileri kontrol grubundan farksızdı. Kolistin alan ratlarda (grup 3) ciddi kilo kaybı görüldü. Kolistinle birlikte silimarin uygulanan grup 4'deki ratların ağırlık kaybı grup 3'e göre daha azdı. Kolistin grubunda(grup 3) akut tübüler zedelenme, tübüler nekroz, interstisiyel inflamasyon ve apoptotik indeks kontrol grubuna göre anlamlı yüksek saptandı. Serum kreatinin ve sistatin C düzeylerinde ise kolistin kullanımıyla anlamlı bir artış olmadı. Kolistin ile birlikte silimarin uygulanan grupta (grup 4) serum kreatinin, sistatin C, akut tübüler hasar, tübüler nekroz, interstisiyel inflamasyon, peritübüler ve tübüler konjesyon ve apoptotik indeks sonuçları tek başına kolistin alan gruptan anlamlı farklı bulunmamıştır. Ancak GPX ve SOD düzeylerinde anlamlı artış olmuştur. Bu anlamlı artış sadece grup 4'de görülmüş ve silimarin tek başına uygulandığında (grup 2) izlenmemiştir. TAS, TOS ve MDA aktiviteleri grup 3 ve 4 arasında farksız bulunmuştur.

Tablo 1: Tüm rat gruplarında, uygulama sonrası ağırlık farkları, biyokimyasal verileri ve böbrek patolojisi değerlendirme sonuçları

	Grup 1 (Kontrol) n=10	Grup 2 (Silimarin) n=10	Grup 3 (Kolistin) n=10	Grup 4 (Silimarin+Kolistin) n=10	p (One- sided)
Ağırlık farkı (medyan, 95% CI)					0.004
Kreatinin (mg/dl)	0.29±0.06	0.28 (±0.08)	0.51±0.2	0.37±0.23	0.001
SOD (U/g protein)	14.1±2.1	15.6 (±0.3)*	8.8±3.4*	16.5±2.0*	0.002
GPX (U/g protein)	29.2±3.7	32 (±3.0)*	24.9±4.1*	36.3±3.09*	0.003
MDA (nmol/g protein)	31.2±4.37	24.8 (±0.58)	35.8±4.98	26.4±6.41	0.01
A12	0	0	1.4±1.34*	1±0*	0.00
TN	0	0	1.6±0.39*	0.8±1.3*	0.002
İnterstisiyel inflamasyon	0	0	1-4*	1±0*	0.00
Apoptotik indeks	0	0	23.6±8.1*	15.2±12.7*	0.00

Yorum: Silimarinin kolistin nefrotoksitesini önlemedeki etkisi bu çalışmada belirgin olarak izlenememiştir. Ancak kolistin ile beraber silimarin uygulanan ratlarda hem stres ilişkili kilo kaybı daha az gerçekleşmiş; hem de GPX ve SOD

gibi antioksidan aktivite düzeylerinde anlamlı artışlar saptanmıştır. Nefrotoksik ajanla beraber uygulandığında antioksidan sistemi harekete geçirdiği görülen silimarinin, daha yüksek dozlarda ve/veya daha uzun süreli uygulamaları ile nefroprotektif etkinin daha da belirginleşeceği düşünülebilir. Bu çalışma, kolistine bağlı nefrotoksitesiyi önlemede silimarinin kullanıldığı bir ön çalışma olup umutlandıran sonuçları ile başka çalışmalara kaynak oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Silimarin, kolistin, nefrotoksitesite

PS-193

BÖBREK BİYOPSİSİ YAPILAN OLGULARIN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Ezgi Ersoy Yeşil, Hasan Kayabaşı, Dede Şit, Abdullah Özkök

Tc Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği

Amaç: Böbrek biyopsisi renal parankimal hastalıkların tanısında kullanılan tedavide yol gösterici değerli bir yöntemdir. Çalışmamızda kliniğimizde 1.5 yıl içinde yapılan böbrek biyopsilerinin histopatolojik tanılarına göre glomerülonefrit olgularının sıklığı ve eşlik eden komorbiditelerin sıklığı ve tanıla olan etkisini değerlendirmek amaçlandı.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmamızda 2017 ocak-2018 haziran tarihleri arasında böbrek biyopsisi yapılmış olan 87 hasta retrospektif olarak incelendi. Yaş ve cinsiyet bilgileri, diyabet, hipertansiyon ve diyabetik retinopati varlığı, patoloji sonuçları, günlük proteinüri miktarları ve renal fonksiyonlarının laboratuvar bulguları dosyalarından ve otomasyon sisteminden incelenerek öğrenildi.

Bulgular: 87 hastanın %52.9'u kadın,%47.1'i erkekti. Hastaların ortalama yaşı 47.34±14.4 yıl, ortalama günlük proteinüri değerleri 4789.5 mg idi. Hastalarımızın %32.2'si diyabetik, %55'i hipertansif idi. En sık izlenen patolojik biyopsi sonucu membranöz glomerulonefrit(%23) iken, ikinci sırada diyabetik nefropati (%20.3) tespit edilmiş ve bu olguların %61.2'sinde diyabetik retinopati saptanmamıştı.

Sonuç: Çalışmamız bölgemizdeki glomerüler hastalıkların sıklığı ve çeşitliliği hakkında bilgi vermektedir. Öztürk ve arkadaşlarının Türkiye'deki 1274 hastayı kapsayan çalışmasında en sık tespit edilen glomerüler patoloji membranöz glomerulonefrit, ikinci fokal segmental glomerüloskleroz olarak bulunmuştur. Çalışmamızda da bu sonuçlarla benzer olarak birinci sırada membranöz nefropati tespit edilirken, farklı olarak ikinci sırayı diyabetik nefropati almıştır. Aynı zamanda çalışmamıza göre diyabetik nefropati saptanan hastaların diyabetik retinopati açısından değerlendirilmesi sonucunda diyabetik nefropatinin, retinopati gelişiminden önce histopatolojik olarak tespit edilebileceği dikkati çekmektedir. Merkezimizde sadece 1.5 yıl önce böbrek biyopsi yapılmaya başlandıktan, biyopsi sayısı arttıkça verilerin değişebileceğini de göz önünde bulundurmaktaız

Anahtar Kelimeler: Membranöz glomerülonefrit, diyabetik nefropati, diyabetik retinopati

PS-194

KRONİK BÖBREK HASARI OLAN HASTALARDA ZONULIN DÜZEYİNİN İNFLAMASYON VE METABOLİK DURUMLARLA OLAN İLİŞKİSİ

Ahmet Karataş¹, Murat Cihan², Harun Düğeroğlu³, Yasemin Kaya³, Tülin Bayrak⁴, Ebru Çanakçı⁵

¹Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

²Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, biyokimya Kliniği

³Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

⁴Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

⁵Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Kronik böbrek Hastalığı (KBH), kronik, ilerleyici ve geri dönüşümsüz nefron kaybı ile karakterize olan bir sendrom olup aynı zamanda

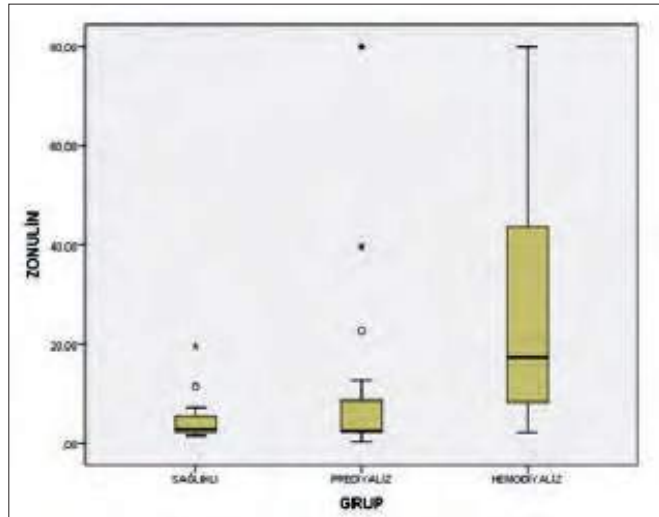
toplumda görülme sıklığı giderek artan, yüksek maliyetli bir halk sağlığı problemidir. Enflamasyon, böbrek fonksiyonunda ilerleyici bozulmadan sorumlu olan patolojik mekanizmalardan biridir. Zonulin pre-haptoglobulin 2 olarak tanımlanmış ve potansiyel bir enflamatuvar marker olarak kabul edilir ve KBH hastaları için dolaşımdaki inflamatuvar biyobelirteçlerin orta derecede artması (CRP, IL6, LPS ve TNF α) tipiktir. Çalışmamızda KBH'nın tüm evrelerinde (prediyaliz ve hemodiyaliz hastalarında) zonulin düzeyinin hastalık progresyonu ile ilişkisini incelemeyi ve diğer enflamatuvar biyomarkırlarla ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal ve Metot: Çalışmamıza 87 olgu dahil edildi ve prospektif kohort çalışma olarak planlandı. 37 prediyaliz hastası, 30 hemodiyaliz hastası ve 20 adet sağlıklı katılımcı çalışmaya dahil edildi. Olguların demografik verileri (yaş-BMI - cinsiyet) kaydedildi. Olgular 3 grup olarak değerlendirildi (sağlıklı katılımcılar, prediyaliz grubu ve hemodiyaliz grubu). Tüm olguların serum zonulin, IL-6, LPS, TNF- α , IMA düzeylerine bakıldı. Ayrıca yine tüm olguların; MDRD, albümin, BMI, Hgb, Fe, kolesterol, ürik asit, CRP, HbA1C düzeylerine bakılmıştır.

Bulgular: Gruplara göre zonulin ortanca değerleri arasında fark saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Sağlıklı grupta ortanca değer 2,8 iken prediyaliz grubunda 2,5 ve hemodiyaliz grubunda da 17,4 olarak elde edilmiştir ($p<0,001$). Zonulin düzeyleri ile IL-6 hariç tüm inflamatuvar biyomarkırlarla pozitif yönde orta düzey korelasyon tespit ettik. IL-6 düzeyi ve zonulin düzeyleri arasında negatif yönde korelasyon tespit ettik. Tüm olgular incelendiğinde zonulin ile MDRD, Albümin ve Hgb arasında negatif yönlü orta düzey anlamlı ilişki tespit edildi. Sağlıklı bireylerde ise zonulin ile hiçbir metabolik biyokimyasal parametre arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı. HbA1C, CRP, BMI, yaş, tüm kolesterol ve trigliserit düzeyleri ile zonulin düzeyleri arası anlamlı ilişki tespit edilmemiştir.

Sonuç: Zonulin KBH tanısı koymada ve hastalık progresyonunu izlemede çok değerli bir biyomarkır olduğu kanaatindeyiz. Gelecekte zonulin KBH ilişkisini inceleyen daha geniş popülasyonlu çalışmalara ışık tutacağı kanatındeyiz.

Anahtar Kelimeler: Zonulin, interlökin -6, tümör nekroz faktör -alfa, lipopolisakkarit, iskemi modifiye albumin, kronik böbrek hastalığı



Şekil 1.

Tablo 1: Gruplara göre zonulin değerlerinin karşılaştırılması

Grup	Ortanca (Min-Mak)	p
Sağlıklı (n= 20)	2,8 (1,6 - 19,6)a	<0,001
Prediyaliz (n= 37)	2,5 (0,4 - 80)a	
Hemodiyaliz (n= 30)	17,4 (2,1 - 80)ab	
Total (n= 87)	3,9 (0,4 - 80)	

a,b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 2:

		Toplam	Sağlıklı	Prediyaliz	Hemodiyaliz
YAŞ	t	0,015	-0,206	0,129	-0,333
	p	0,889	0,383	0,446	0,072
MDRD	t	-0,437	0,187	-0,149	0,062
	p	0,000	0,221	0,379	0,746
CRP	t	0,193	0,132	0,225	-0,330
	p	0,074	0,580	0,180	0,075
ALBÜMIN	t	-0,325	0,225	-0,254	0,171
	p	0,002	0,341	0,129	0,565
BMI	t	-0,052	0,086	0,220	-0,101
	p	0,534	0,718	0,191	0,524
KOL	t	-0,122	-0,229	0,084	0,206
	p	0,261	0,332	0,620	0,276
LDL	t	-0,202	-0,237	-0,027	0,076
	p	0,061	0,315	0,876	0,690
HDL	t	-0,100	0,090	0,202	0,321
	p	0,357	0,705	0,230	0,083
TG	t	0,008	-0,087	0,121	-0,044
	p	0,944	0,715	0,477	0,818
VLDL	t	0,042	-0,123	0,095	0,235
	p	0,700	0,604	0,577	0,212
Fp	t	0,006	-0,135	-0,265	0,401
	p	0,953	0,571	0,113	0,028
URİKASİT	t	0,002	0,015	-0,140	0,419
	p	0,986	0,848	0,409	0,021
HgbA1c	t	-0,010	0,003	0,243	-0,081
	p	0,990	0,991	0,147	0,670
Hes	t	-0,308	0,036	-0,334	0,280
	p	0,004	0,880	0,043	0,134

Tablo 3: Zonulin düzeyleri ile biyomarker düzeyleri arasındaki ilişki

		Tüm Olgular	Sağlıklı Katılımcı	Prediyaliz olguları	Hemodiyaliz olguları
PTH	r	0.295	0.020	0.093	0.179
PTH	p	0.006	0.932	0.591	0.343
Ferritin	r	0.453	-0.058	0.104	0.106
Ferritin	p	0.000	0.808	0.546	0.576
D Vit	r	0.165	-0.114	-0.237	-0.071
D Vit	p	0.129	0.634	0.165	0.709
LPS	r	0.875	0.752	0.828	0.899
LPS	p	0.000	0.000	0.000	0.000
IL-6	r	-0.080	-0.524	-0.131	-0.340
IL-6	p	0.462	0.018	0.439	0.066
TNF-alfa	r	0.273	0.256	0.083	0.405
TNF-alfa	p	0.011	0.277	0.626	0.026
IMA	r	0.226	0.054	0.093	0.243
IMA	p	0.035	0.820	0.582	0.195

r: Spearman korelasyon katsayısı

PS-195

MCARDLE HASTALIĞINDA DÜŞME SONRASI GELİŞEN RABDOMİYOLİZ

Belma Gökçen¹, Burak Işık², İbrahim Ertekin¹, Zeki Soypaçacı¹, 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

Giriş: Miyofosforilaz eksikliğine bağlı gelişen McArdle hastalığı (Glikojen depo hastalığı tip 5), egzersize dayanıksızlık, yorgunluk, kas ağrısı, egzersiz sırasında kramplar ile karakterize, otozomal resesif geçiş gösteren kalıtsal kas enerji

metabolizma bozukluklarının en sık görülen tipidir. Şiddetli egzersiz, travma gibi nedenlerle bu hastalarda rabdomiyoliz gelişebileceği bildirilmiştir.

Yöntemler: McArdle hastalığı tanısı ile takip edilen düşme sonrası rabdomiyoliz ile başvuran olguyu sunmayı amaçladık.

Bulgular: 18 yaşında erkek hasta hastanemiz acil servisine düşme sonrası yaygın vücut ağrısı ve kanlı idrar yapma şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde egzersiz sonrası kas güçsüzlüğü ve tekrarlayan rabdomiyoliz atakları nedeni yapılan tetkikler ile 2 yıl önce McArdle hastalığı tanısı aldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde bilinci açıktı, vital bulguları stabildi. Alt ekstremitelerde hassasiyet mevcuttu, kas gücü normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde kreatinin: 0.74 mg/ dl, kan üre azotu: 11 mg/dl, potasyum: 4,3 mEq/L, ALT: 587 IU/L, AST: 2092 IU/L, LDH: 22590 IU/L, kreatin kinaz: 503307 IU/L olarak saptandı. Myoglobin düzeyi çalışılmadı. Kan gazı analizi normaldi. İdrar tetkikinde; idrarı kırmızı görünümdeydi, dipstik ile kan reaksiyonuna rağmen sedimentte eritrosit yoktu. Ultrasonografik görüntülemeye böbrek boyutları, yerleşimi, parankim kalınlığı ve pelvikaliksiyel yapıları normal olarak saptandı, batın içi patoloji saptanmadı. Hastaya izotonik ve mannitol alkali (bikarbonat) infüzyonuna başlandı. Takibinde idrar outputu arttı ve idrar rengi açıldı. Hastanın sıvı dengesi, serum elektrolitleri, böbrek fonksiyon testleri ve kreatin kinaz düzeyleri takip edildi. Kreatinin artışı gözlenmedi. Kontrol biyokimya tetkikinde kreatinin: 0.68 mg/ dl, kan üre azotu: 17 mg/dl, potasyum: 4,6 mEq/L, ALT: 54 IU/L, AST: 185 IU/L, LDH: 256 IU/L, kreatin kinaz: 2748 IU/L olarak saptandı. Bir haftalık izlem sonrası nefroloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Sonuç: McArdle tanısıyla takip edilen hastalar aşırı egzersiz, travma, enfeksiyon gibi nedenlerle sık olarak rabdomiyoliz ataklarıyla başvurabilirler. Erken ve yeterli tedavi ile atakların tedavisi önemlidir. Bu hastalarda rabdomiyoliz tablosunun sık görüleceği akılda tutularak yatılıp hidrasyon tedavisi ile kas enzimleri ve böbrek fonksiyonları takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: McArdle hastalığı, rabdomiyoliz

PS-196

BÖBREK NAKLİ ÖNCESİ CİDDİ HİPERPARATİROİDİLİ HASTANIN PARATİROİD ARTER EMBOLİZASYONU İLE TEDAVİSİ

Tolga Yıldırım¹, Şeref Rahmi Yılmaz², Bora Peynircioğlu², Gonca Eldem², Yunus Erdem¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

Giriş: Böbrek nakli planlanan ve medikal tedaviye dirençli ciddi hiperparatiroidisi olan kronik böbrek hastalarında nakil öncesi paratiroidektomi önerilmektedir. Paratiroidektomi sonrası rekürens nadir olmayarak görülmektedir. Biz burada canlıdan böbrek nakli öncesi yapılan subtotal paratiroidektomiye rağmen hiperparatiroidisi düzelmeyen bir hemodiyaliz hastasında paratiroid arter embolizasyonu sonrası başarılı böbrek nakil deneyimimizi sunmak istiyoruz.

Olgu: 32 yaşında kadın hasta sistemik lupus eritematozusa bağlı gelişen son dönem böbrek hastalığı nedeniyle 10 yıldır haftada üç kez hemodiyalize girmekteydi. Hastaya babasından böbrek nakli yapılması planlandı. Hastanın nakil öncesi değerlendirmesinde paratiroid hormon (PTH) düzeyinin 3019 pg/mL ve serum kalsiyum düzeyinin 12,1 mg/dL olduğu saptandı. Hastaya ciddi hiperparatiroidisine yönelik olarak sinekalset önerildiği fakat gastrointestinal intolerans nedeniyle kullanamadığı öğrenildi. Hastaya böbrek nakil konseyinde nakil operasyonu öncesi paratiroidektomi yapılmasına karar verildi. Dış merkezde yapılan subtotal paratiroidektomi cerrahisi sonrası PTH 1002 pg/mL'ye düşse de kısa bir süre sonra tekrar 1858 pg/mL'ye yükselme saptandı. Yapılan paratiroid USG ve sintigrafide adenom ile uyumlu görünüm saptandı. Tekrar böbrek nakil konseyinde tartışılan hastanın yeni bir operasyonu kabul etmemesi üzerine hastaya paratiroid arter embolizasyonu yapılması planlandı. Girişimsel radyoloji tarafından sağ ana femoral arteden girilerek tiroservikal trunk düzeyinde sağ paramedian yerleşimli paratiroid adenomla uyumlu olabilecek tümöröl boyanmayı besleyen ana besleyiciye embosfer partikülleriyle embolizasyon

yapıldı. İşlem sırasında ve sonrasında herhangi bir komplikasyon gelişmedi. İşlem sonrasında PTH seviyesi 6 pg/mL'ye düştü. Hipokalsemi için hastanede yattığı dönemde oral kalsitriol ve kalsiyum desteğine ek olarak IV kalsitriol ve günlük takiplere göre IV kalsiyum replasmanı yapıldı. Hasta taburcu olurken serum PTH düzeyi 134,2 pg/mL ve kalsiyum düzeyi 8,8 mg/dL idi ve medikal tedavisi kalsiyum karbonat 3x1500 mg ve IV kalsitriol 1 mcg haftada üç kez olarak planlandı. Embolizasyondan bir ay sonra hastaya böbrek nakil operasyonu yapıldı. Operasyon sonrası herhangi bir sorun yaşanmayan hastaya oral kalsitriol ve kalsiyum desteği verildi ve normal böbrek fonksiyonları ile taburcu edildi. Şu anda nakil operasyonu üzerinden iki ay geçmiş olan hastanın kreatinin değeri 0,8 mg/dL, kalsiyum 9,06 mg/dL ve PTH değeri 183 pg/mL olup hastanın herhangi bir şikayeti bulunmamaktadır.

Tartışma: Paratiroid arter embolizasyonu şiddetli hiperparatiroidisi olan ve sinekalset tedavisini tolere edemeyen kronik böbrek hastalarında uygulanabilecek etkin bir alternatiftir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, hiperparatiroidi, paratiroidektomi, paratiroid arter embolizasyonu, sinekalset,

PS-198

ROWELL SENDROMU: ÜÇ OLGU SUNUMU VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Tuğçe Emiroğlu¹, Zeki Toprak¹, Mehmet Dikeç¹, Fatma Sibel Koçak Yücel¹, Murat Tuğcu², Özgür Can³, Mürvet Yılmaz¹, Nazmiye Özlem Harmankaya¹, Süheyla Apaydın¹

¹S.B.Ü Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği

³Bitlis Tatvan Devlet Hastanesi Nefroloji Kliniği

SLE yaygın organ tutulumları olan otoimmün bir hastalıktır. Rowell sendromu(RS) nadir görülen bir cilt tutulumudur. İlk kez 1963 yılında Rowell ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Ciltte lupus tutulumu ile birlikte eritema multiforme(EM) benzeri lezyonlar vardır. Romatoid faktör(RF) pozitifliği, anti-ro/anti la pozitifliği ve kaba benekli paternde antinükleer antikor (ANA) pozitifliği serolojik değişikliklerdir. Hastalığın majör kriterleri; lupus eritematozus varlığı, EM benzeri lezyonlar ve ANA benekli paterni; minör kriterler ise perniyo, anti-Ro ve/veya anti-La pozitifliği ve RF pozitifliğidir. 3 majör ve 1 minor kriter pozitifliği RS tanısı koydurmaktadır. Sendrom daha çok orta yaşlı kadınlarda görülmektedir. İlaçlar ve ultraviyole ışınlar etyolojik faktörler arasındadır. Bizim vakalarımız da ilaç kullanımı ve çevresel faktör bulunmamaktadır. Hastalarımız daha genç yaşlardır. Burada Rowell sendromu ve lupus nefritinin eşlik ettiği üç vaka sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Rowell sendromu, sistemik lupus eritematozis, lupus nefriti



Şekil 1.



Şekil 2.

PS-199

BÖBREK BİYOPSİSİNDE KRESENTİK, PROLİFERATİF GLOMERULONEFRİT OLAN HASTALARIN ALDIĞI TEDAVİNİN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

Beril Karataş¹, Meltem Seziş Demirci², Mümtaz Yılmaz²¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Hızlı ilerleyen glomerulonefritler böbrek fonksiyonlarının nispeten kısa bir zaman periyodunda ilerleyici kaybıyla ortaya çıkan bir klinik sendromdur. Erken tanı konup uygun tedavi edilmediklerinde yüksek morbidite ve mortaliteye yol açar. Bu hastalıklar temel olarak üç alt tip içinde sınıflandırılır: Anti-glomerüler bazal membran antikor hastalığı (tip 1), immün kompleks hastalıkları (tip 2) ve pauci-immün glomerulonefritler (tip 3). RPGN'yi düşündüren klinik bulgularla başvuran hastada doğru ve acil bir tanı gereklidir. Hastalar renal biyopsi ve uygun serolojik testlere tabi tutulmalıdır. Tedavinin temelini yoğun immunsupresif tedavi ve gereken durumlarda bunlara eklenen plazmaferez oluşturur.

Yöntem: Bu çalışma 2011-2016 yılları arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim dalında yapılan, böbrek biyopsisinde hızlı ilerleyen /kresentrik, fokal ve diffüz proliferatif glomerulonefrit tanısı alan hastaların (>18 yaş, n=68) dosyaları retrospektif incelenerek yapıldı. Hastaların laboratuvar kayıtları (immünoloji, serum kompleman düzeyleri (C3-C4), tanı anında, 1., 6., 12. aydaki ve son izlem tarihindeki serum kreatinin düzeyi), hemodiyalize girip girmedikleri, plazmafereze alınıp alınmadıkları, remisyon induksiyon ve idame tedavide aldıkları ilaçlar, sağkalımları, exitus nedenleri kaydedildi. Verilerin istatistiksel analizinde sürekli değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığının incelenmesinde Shapiro-Wilk normallik testi kullanıldı. Veriler normal dağılmadığından, iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi; ikiden çok bağımlı grubun karşılaştırılmasında Friedman testi kullanıldı. Kategorik veriler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde ki-kare

analizinden yararlanıldı. Bağımsız parametrelerin mortalite üzerindeki etkilerini değerlendirmek için Cox regresyon modeli ve çok değişkenli logistik regresyon analizi kullanıldı. Tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi 0,05 alındı.

Bulgular: Hastaların 30'u kadın (%44,1), 38'i erkekti (%55,9). Yaş ortalaması 55,5 idi. Tüm hastalar(n=68) arasında 9 hastanın (%13,2) DM tanısı, 26 hastanın (%38,2) HT tanısı, 9 hastanın (%13,2) kronik böbrek hastalığı tanısı, 8'inde (%11,8) romatolojik hastalık mevcuttu. Ölen ve sağ kalan hastalar arasında başlangıç serum kreatinin düzeyi arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı(p=0.004) idi. Başlangıçta plazmafereze girmeyen hastaların ortalama sağkalım süresi 59,2±3,2 ay iken, plazmafereze giren hastaların ortalama sağkalım süresi 27,7±9,2 ay idi(p=0.000). İdame tedavide AZA tedavisi almanın sağkalım üzerine etkisi değerlendirildiğinde, ölen ve sağ kalan hastalar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu(p=0.013). Mortaliteyi belirleyen faktörlere bakıldığında; yaş (exp (B)1.16), son izlem kreatinin (1.73), son izlemde hemodiyalize alıyor olmak (5.52), plazmafereze girmek (7.66) istatistiksel olarak anlamlıydı. Diyaliz bağımlılığının belirleyicisi olarak 2 faktör önemliydi; başlangıçta KBY varlığı(8.97) ve tanı anında serum kreatinin değerinin yüksek olması(2.19) idi.

Sonuç: Hastaların başvuru anında ve son izlemdeki serum kreatinin düzeyleri sağkalımın öngörücüsü olabilir. İdame tedavide azatioprin tedavisinin sağkalıma üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır(p=0.013). Yaş, son izlem kreatinin düzeyi, son izlemde hemodiyalize alıyor olmak, plazmafereze girmek, bu hastalarda bağımsız mortalite öngörücüsü bir parametre olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: hızlı ilerleyen glomerulonefrit, hemodializ, plazmaferez, rituximab, azatioprin, mortalite belirleyici faktörler, Cox regresyon analizi

Tablo 1:

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% CI for Exp(B)	
							Alt sınır	Üst sınır
Yaş	,152	,044	12,188	1	,000	1,165	1,069	1,269
Son izlem Kreatinin (mg/dl)	,551	,286	5,455	1	,020	1,736	1,093	2,756
Son izlemde HD e girme	1,709	,907	3,547	1	,060	5,525	,933	32,714
Plazmafereze girme	2,037	,856	5,656	1	,017	7,666	1,431	41,074
Ortal KS süre (ay)	-,138	,043	10,172	1	,001	,871	,800	,948

Tablo 2:

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% CI for Exp(B)	
							Alt sınır	Üst sınır
KBY	2,194	1,118	3,849	1	,050	8,972	1,002	80,325
Tanı anında Kreatinin (mg/dl)	-,788	,234	11,804	1	,001	2,199	1,881	2,475

Veri seti kby varlığı p=0.03, önce pozitiflik p=0.1, AZA idame alınması p=0.03, aylık steroid dozu p=0.001, tonikre p<0.001, gpt, son izlem p=0.004 olarak analiz edildi. Diğer bağımlılığın belirleyicisi olarak 2 faktör önemliydi; başlangıçta KBY varlığı (8.97) ve tanı anında serum kreatinin değerinin yüksek olması (2.19) .

PS-200

İMMÜN TROMBOSİTOPENİK PURPURALI BİR HASTADA BAŞARILI BÖBREK NAKLİJabrail Jabrayilov¹, Tolga Yıldırım¹, Fazıl Tuncay Aki², Şeref Rahmi Yılmaz¹, Yunus Erdem¹¹Hacettepe Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı²Hacettepe Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı

Giriş: İmmün trombositopenik purpura (İTP) tedavisinde ilk tercih glukokortikoidler ve intravenöz immün globülinlerdir (İVİG). Dirençli vakalarda diğer tedavilere ek olarak splenektomi de gündeme gelmektedir. İTP ve kronik böbrek hastalığı birlikteliği nadirdir. Böbrek nakli sonrası kullanılan immunsupresif tedaviye bağlı kemik iliği supresyonu İTP'li hastalarda trombositopeniyi derinleştirebilir. Biz burada İTP'si olan bir son dönem böbrek hastasında (SDBH) başarılı böbrek nakli deneyimimizi sunuyoruz.

Olgu: Sistemik lupus eritromatozusa bağlı SDBH gelişen 40 yaşındaki erkek hastaya kardeşinden böbrek nakli planlandı. Hastanın özgeçmişinde sekiz sene önce İTP tanısı aldığı, steroid tedavisine yanıtızsız olduğu ve splenektomi yapıldığı öğrenildi. Nakil öncesi yapılan testlerde hemoglobin: 12,6 gr/dL, lökosit: 10500/µL ve trombosit: 16000/µL saptandı. ANA 1/320, antidsDNA negatif ve C3, C4 normal sınırlardaydı. Trombositopeni için eltrombopak 1x50 mg olarak kullanılmaktaydı. Hematoloji bölümü ile konsulte edilerek beş gün boyunca 60 gr/gün olacak şekilde İVİG tedavisi verildi. Tedavi sonrası trombosit değerleri 183000/µL olarak ölçülen hastaya ATG indüksiyonu, 100 mg metilprednizolon, takrolimus 2x3mg ve mikofenolat sodyum 2x360 mg, eltrombopak 1x50mg desteği ile kardeşinden böbrek nakli yapıldı. Postop üçüncü gününde trombositleri 10000/µL'e kadar geriledi, hemoglobin 11 gr/dL düzeylerinde stabil olarak seyir etti, lökositlerde düşme olmadı. Hastanın ATG ve mikofenolat sodyum tedavileri kesildi, takrolimus 2x3mg ve metilprednizolon 1x100mg olarak devam edildi, eltrombopak 2x75 mg'a kadar çıkıldı. Bakılan periferik yaymasında mikroanjiopatik hemolitik anemi (MAHA) şüphesi uyandıran bulguları olan hastaya 2 gün İVİG 60 gr/gün olarak verildi. İVİG tedavisi sonrası trombositopenik olarak seyretmeye devam eden hastaya 3 gün 500mg/gün metilprednizolon tedavisi verildi, sonrasında 100mg/gün olarak devam edildi. Hastanın bu tedaviler sonrası devam eden trombositopenisinin olması üzerine MAHA yapabileceği olasılığı göz önünde tutularak takrolimus tedavisi kesildi. Sadece metilprednizolon 1x100 mg olarak immunsupresyon alan hastanın kreatinin değerleri 1,2 mg/dL düzeyine geriledi ve yatışı boyunca 1,2-1,3 mg/dL arası seyretti. Hastanın takrolimus kesilmesi sonrası bakılan periferik yaymasında MAHA bulgularının ortadan kalktığı gözlemlendi. Trombositopenisi devam eden hastaya siklosporin 2x125 mg başlandı. Siklosporin altında trombosit değerlerinde artış görüldü ve 210000/µL'ye kadar yükseldi. Trombositopeni düzelmesi üzerine hastaya yeniden mikofenolat sodyum 2x360 mg olarak başlandı, siklosporin 2x150 mg'a çıkıldı, prednizolon kademeli olarak 1x20 mg'a kadar düşüldü. Takibinde lökosit ve trombositlerde düşme gözlenmedi. Hasta prednizolon 1x20mg, siklosporin 2x150mg, mikofenolat sodyum 2x360 mg ve eltrombopak 1x50 mg tedavisi ile serum kreatinin değeri 1,2 mg/dL ve trombosit değeri 209000/µL olarak taburcu edildi.

Tartışma: Bu olgu İTP ve SDBH'ında böbrek naklinin mümkün olduğunu göstermiştir. Literatürde İTP ile takip edilen hastalarda nakil öncesi uygulanan İVİG tedavisinin postop trombositopeni riskini azalttığı gösterilmiştir. Buna karşın bizim vakamızda da görüldüğü üzere nakil sonrası İTP hastalarının trombositopenisi steroid ve İVİG tedavisine dirençli olabilmektedir. Bu vakada MAHA olması nedeniyle takrolimusun yerine verilen siklosporinin İTP'de trombositopeninin düzelmesine katkıda bulunduğunu düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, immün trombositopenik purpura, mikroanjiopatik hemolitik anemi, son dönem böbrek hastalığı

PS-201

PROTEİNÜRİNİN NADİR BİR NEDENİ: IMERSLUND-GRASBECK SENDROMUSibel Yücel Koçak¹, Ceren Gümüşel², Özlem Kaptanoğlu Harmanakaya¹, Mürvet Yılmaz¹, Süheyla Apaydin¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadı Konuk Araştırma ve Uygulama Merkezi Nefroloji Kliniği²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadı Konuk Araştırma ve Uygulama Merkezi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Imerslund Grasbeck sendromu (IGS), selektif vitamin B12 malabsorpsiyonu sonucu gelişen megaloblastik anemi ile karakterize, nadir görülen otozomal resesif bir hastalıktır. Klinik özellikler arasında megaloblastik anemi, tekrarlayan enfeksiyonlar, gelişme geriliği ve proteinüri sayılabilir. Çocukluk çağında ortaya çıkar ve parenteral vitamin B12 tedavisine iyi yanıt verir. Terminal ileumda intrinsik faktör (IF)-B12 reseptörünün disfonksiyonu veya yokluğu söz konusudur. Cubam reseptörlerindeki mutasyon sonucu B12 vitamininin emilimi bozulur. Cubam reseptörü, cubilin ve amnionless olmak üzere 2 proteinden oluşur. Cubilin hem ince bağırsakta hem de böbreğin proksimal tübüllerinde eksprese edilir. Bu nedenle hastaların yaklaşık yarısında böbrek hastalığı belirtisi olmadan hafif proteinüri vardır. Literatürde yaklaşık 300'e yakın vaka bildirilmiştir. IGS'de yeterli sayıda takip serisi bulunmamaktadır. Bu olgu sunumunda proteinüri ile başvuran IGS li hasta, nadir rastlanması ve izlem süresinin uzun olması(26 yıl) nedeniyle sunuldu.

Olgu: 26 yaşında kadın hasta proteinüri olması nedeniyle nefroloji polikliniğine başvurdu. Hikayesinden 2 yaşındayken iştahsızlık, halsizlik nedeniyle başvurduğu hastanede anemi (hemoglobin 3,6 g/dL), trombositopeni (38.000/mm³) nedeniyle tetkik edildiği, hastaya B12 vitamini eksikliği sonucu gelişen megaloblastik anemi, parenteral B12 vitamini tedavisi ile iyileşmenin hızlı olmasının birlikteliği ile Imerslund-Grasbeck sendromu tanısı konulduğu öğrenildi. 2 kardeşi 2,5 ve 3 yaşında iken ölmüş. Hasta düzensiz olarak B12 vitamini tedavisi alıyordu. Fizik muayenesinde; TA: 120/80 mm/hg NDS:80/dk/ritmik,cilt ve skleralar soluk, sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar incelemelerinde; lökosit sayısı 7460 0/mm³, eritrosit sayısı 3.590.000/mm³, hemoglobin 11.4 g/dL, hematokrit %35, MCV 97.5 fl, MCH 31.8 pg, RDW %15.7,trombosit sayısı 324.000/mm³,İdi. B12 vitamini 101pg/mL (126-505 pg/mL), folik asit 4.51 ng/mL (3-19.9ng/mL), diğer biokimyasal değerleri normal bulundu. Tam idrar tahlilinde; albümin (+), eritrosit 5+, lökosit 1+, 24 saatlik idrarda 708 mg/gün proteinüri tespit edildi. Ayrıca spot idrarda protein/kreatin 818.58 mg/g, albumin/kreatinin oranı 442.34 mg/g bulundu. Periferik yaymada büyük hipersegmente nükleuslu nötrofiller, anizotroz, poikilositoz görüldü. Batın ultrasonografisi normaldi. Laboratuvar testlerinde megaloblastik anemi, serumda düşük B12 vitamini ve hafif proteinüri saptandı. Hastaya parenteral B12 vitamini intramusküler başlandı.

Tartışma: İGS, vitamin B12 eksikliği ve proteinüri ile seyreden iyi prognozlu bir malabsorpsiyon sendromudur ama parenteral olarak tedavi edilmezse hastalık ölümcül olabilir. Bizim vakamızın da 2 kardeşi bebekken ölmüştü. Proteinüri ile başvuran hastalarda vitamin B12 eksikliğine bağlı IGS olabileceği akılda tutulmalıdır. IGS tanısı, makrositik anemi, serumda düşük B 12 vitamini ve proteinüri ile konur. Nadir görülen bir hastalık olmakla birlikte, tanısı tedaviyi değiştirdiği için proteinüri hastalarda akla gelmelidir. Böbrek biyopsisi önerilmemektedir ve anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri veya anjiyotensin reseptör antagonistleri ile tedavi etmemek gerekir. Sınırlı sayıda vaka 50 yıl gözlenmiş ve ilerleyici böbrek hastalığı gelişmemiştir. Genetik çalışmanın gerçekleştirilmesi proteinüri hastalarda böbrek biyopsisi gibi daha agresif tekniklerden kaçınmamızı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Imerslund-Grasbeck Sendromu, proteinüri

PS-202

KİLO KAYBI İLE PRESENTE OLAN CMV HASTALIĞI

Sabahat Alışır Ecdar¹, Ali Rıza Odabaşı¹, Banu Şahin Yıldız¹, Gülşah Şaşak Kuzgun¹, Gökhan Uygun²

¹*İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul*

²*İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul*

Giriş: Renal transplantasyon (RT), son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) de, uygun hastalar için, sağ kalım açısından prognozu en iyi olan tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Posttransplant uygulanan immunsupresif tedaviler, graft sağ kalım oranını artırırken aynı zamanda fırsatçı enfeksiyon insidansını da artırmaktadır. Sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu transplantasyon sonrası en önemli enfeksiyöz komplikasyonlardan biridir. CMV hastalığı; hepatit, pnömoni, kolit, kardit, nefrit, pankreatit, retinit ve kemik iliği tutulumu tabloları ile seyredebilir. Bu yazımızda, gastroenterit semptomları ve kilo kaybı ile presente olan CMV hastalığı vakası sunulmuştur.

Olgu: 18 yıl önce canlıdan RT yapılmış 43 yaşında erkek hasta, 1 haftadır mevcut olan iştahsızlık, bulantı, kusma, aralıklı mukuslu ishal şikayeti ile acil servise başvurdu. Son 2 ayda 20 kg kaybı mevcut olan hasta prerenal akut böbrek hasarı tanısı ile interne edildi. İntravenöz hidrasyon ile böbrek fonksiyonları bazal değerlerine inen hastaya tanısız amaçlı gastroduodenoskopi ve kolonoskopi yapılarak biyopsi alındı. Batın ultrasonografide trasplante böbrek doğal görünümde idi ve batın içi patoloji saptanmadı. Periferik yaymasında atipik hücreler görülen hastaya kemik iliği biyopsisi yapıldı. Kemik iliği imprinti mikroskopik direkt bakısında hiposellüler partiküllü kemik iliği ile uyumlu görüldü. Toraks tomografisinde patoloji saptanmadı. Çölyak otoantikörleri negatif geldi. Dermatolojik tüm vücut muayenesinde malign görünümülü lezyon saptanmadı. Ekokardiyografisinde kardit lehine bulgu saptanmadı. Hastanın CMV IgM (-), CMV IgG (+) saptandı. Serum CMV-PCR: 973.500 IU/ml ve idrar CMV-PCR: 25000 IU/ml saptandı. Kolonoskopik biopsi sonucu normal gelen ancak aynı zamanda fundoskopisinde CMV retinit tespit edilen hastaya IV gansiklovir tedavisi başlandı. Yatışı sırasında ateşi yüksek seyreden hastanın antiviral tedavi sonrası ateşi olmadı. İshali geriledi. Hasta üç haftalık antiviral tedavi sonrası poliklinik takibine alınarak taburcu edildi.

Sonuç: RT'lı hastalarda, posttransplant fırsatçı enfeksiyon insidansı artmış olup, özellikle sık görülen CMV enfeksiyonu, bazen kilo kaybı ve gastroenterit semptomları ile presente olabilir. Bu tip hastalarda akıldaki tutulması gereken önemli bir klinik durumdur.

Anahtar Kelimeler: Renal transplantasyon, posttransplant fırsatçı enfeksiyon, CMV hastalığı

PS-203

AMİODARON TEDAVİSİ İLE GELİŞEN HİPONATREMİ

Mehmet Emin Yılmaz¹, Emre Aydın¹, Fatma Yılmaz Aydın², Zülfükar Yılmaz¹, Yaşar Yıldırım¹, Ali Kemal Kadiroğlu¹

¹*Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı*

²*Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı*

Giriş: Hiponatremi; klinik pratikte en sık karşılaşılan elektrolit bozukluğudur. Olguların çoğunluğu asemptomatiktir. Klinik belirtileri büyük ölçüde oluşum hızına bağlıdır. Çoğu hiponatremi vakası sodyum dengesizliği ile değil, bozulmuş su dengesi ve anormal su tutulumu ile ortaya çıkar. Bu da patofizyolojide primer olarak anti-diüretik hormonun (ADH) nonozmotik salgılanmasının sorumlu temel mekanizma olduğunu göstermektedir.

Olgu: 79 yaşında kadın hasta kronik böbrek hastalığı (KBH) evrelemesi yapmak için nefroloji servisimize yatırıldı. Başvuru esnasında kreatinin (Cr): 1.8 mg/dl, Sodyum değeri (Na): 138 mmol/L, Potasyum (K): 4.4 mmol/L tespit edildi. Takip esnasında atrial fibrilasyon gelişmesi üzerine hastaya kardiyoloji önerisiyle amiodaron tedavisi başlandı. Tedavinin 2. gününde

bakılan sodyum düzeyi 130 mmol/L, 3. gününde 124 mmol/L saptandı. Hastanın vital bulgularına ve fizik muayenesine bakılarak övolemik olarak değerlendirildi. Amiodaron tedavisinin uygunsuz ADH sendromuna neden olması ve buna bağlı hiponatremi gelişmesi üzerine amiodaron tedavisi kesildi ve başka bir antiaritmik ilaç başlandı. İlaç kesildikten 2 gün sonra sodyum 128 mmol/L yükseldi ve sonraki günlerde tedricen artış saptandı 5. gün sonunda sodyum değeri 135 mmol/L oldu.

Sonuç: Klinisyenler, amiodaronun uygunsuz ADH sendromuna neden olabileceğini ve buna bağlı övolemik hiponatremi gelişebileceğini göz önünde bulundurup sıkı sodyum takibi yapmalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Amiodaron, hiponatremi, uygunsuz ADH sendromu

PS-204

İLACA BAĞLI AKUT TÜBÜLOİTERSTİYEL NEFRİT SONRASI KBY GELİŞİMİ İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

Sinan Kazan¹, Zeynep Kaleli², Yusuf Özeke², Elif Dizen Kazan³, Sena Ulu¹

¹*Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı*

²*Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı*

³*Sandıklı Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği*

Giriş-amaç: İlaça bağlı akut tübülöinterstiyel nefrit (İAİN) akut böbrek yetmezliğinin (ABY) önemli etyolojik nedenlerinden birisidir. Non-steroid anti inflamatuvar ilaçlar, antibiyotikler, diüretikler ve proton pompa inhibitörleri AİN gelişimine neden olabilir. Literatürde İAİN ile ilgili az sayıda prognostik çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde İAİN tanısı konulan hastaların klinik özellikleri ve prognozlarını araştırmayı amaçladık.

Materyal-Metod: Ağustos 2016-Mayıs 2018 tarihleri arasında kliniğimizde renal biyopsi yapılan hastaların dosyaları retrospektif tarandı. İAİN tanısı konan hastaların verilerine hastane otomasyon sisteminden ulaşıldı. Hastaların hepsine 10 günden uzun süren ABY tanısı ile renal biyopsi yapılmıştı. Hastaların bazal kreatinin düzeyleri, tanı anındaki böbrek fonksiyon testleri ve tanıdan 3 ay sonraki böbrek fonksiyon testleri kayıt altına alındı. Üçüncü ayın sonunda kreatinin yüksekliği sebat eden hastalar KBY olarak değerlendirildi. KBY gelişmesi üzerine etkili faktörler regresyon analizi ile incelendi. İstatistiksel değerlendirme SPSS 22.0 programı ile yapıldı.

Bulgular: Hasta grubumuzun demografik ve laboratuvar özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastalarımızın medyan takip süresi 9 aydı. Hastalarımızın %58,3'ünde (n: 7) üçüncü ayın sonunda kreatinin yüksekliği sebat etmekteydi. Hastanın yaşı, interstiyel fibrozis varlığı, DM, HT, hipotalbüminemi, nefrotik düzeyde proteinüri ve başlangıçtaki kreatinin yüksekliği KBY gelişimi için risk faktörü olarak bulunmadı. KBY gelişimi açısından, ABY süresinin 3 haftadan uzun sürmesi ve etyolojide NSAİD bulunması 8,57'şer kat riski artırdığı tespit edildi (Tablo 2).

Tartışma-Sonuç: KBY, GFR'de azalma olsun veya olmasın böbrekteki yapısal veya işlevsel bozukluğun 3 aydan uzun sürmesi olarak tanımlanmaktadır. Her ABY atağı hastada KBY gelişimi için risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Bilinçsiz ilaç kullanımının yoğun olduğu ülkemizde İAİN ABY etyolojileri arasında önemli yer tutmaktadır. Sebep olan ilacın kesilmesi ile 6-8 haftada çoğu zaman böbrek fonksiyonları düzelse de bazen hastada kronik böbrek yetmezliği gelişebilmektedir. DM ve HT KBY sürecinde daha çok glomerüler tutulum yapsalar da tübülöinterstiyel alanın da bu iki hastalıktan etkilendiği bilinmektedir. DM ve HT gibi KBY etyolojisinin %70'ini oluşturan 2 hastalığın İAİN sonrası KBY gelişimi için risk faktörü olarak bulunmaması ilginç bir bulgudur. Literatürde İAİN sonrası KBY için risk faktörü olarak etyolojik ajanın NSAİD olması, ABY'nin 3 haftadan uzun sürmesi, interstiyel fibrozisin eşlik etmesi ve diffüz inflamasyon saptanması gibi faktörler bildirilmiştir. Bu konuda yapılacak geniş ölçekli çalışmalar İAİN sonrası KBY gelişimi için risk faktörlerini daha net ortaya koymaya yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Akut böbrek yetmezliği, ilaca bağlı tübülöinterstiyel nefrit, kronik böbrek yetmezliği

Tablo 1: Hastaların karakteristik özellikleri

Değişken	Ortalama±SS veya n-%
Cinsiyet (kadın)	10-83,3
DM (var)	4-33,3
HT (var)	9-75
>3 hafta ABY (var)	6-50
İnterstisyel fibrozis (var)	7-58,3
Hipoalbuminemi (var)	6-50
>3 gr proteinüri (var)	4-33,3
Üçüncü aydan sonra kreatininin yükselişi (var)	7-58,3
Yaş	67,1±8,7
Bazal kreatinin (mg/dl)	0,81±0,1
Tanı anında üre (mg/dl)	118,9±53,9
Tanı anında kreatinin (mg/dl)	5,6±3
3. ay kreatinin	1,63±0,91

Tablo 2: İlaça bağlı TIN sonrası KBY için risk faktörleri

	Risk	p
Değişkenler	Etyoloji (NSAİD)	8,57
	>3 Hafta ABY	8,57
	Yaş	0,007
	DM	0,171
	HT	0,114
	İnterstisyel fibrozis	0,01
	Hipoalbuminemi	0,343
	>3 gr proteinüri	0,686
	Tanı anındaki kreatinin	0,978
Toplam istatistik	10,98	0,203

PS-205

PREDİYALİZ EVRE KRONİK BÖBREK HASTALIĞINDA ANEMİ İLE ESER ELEMENTLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dede Şit¹, Hasan Kayabaşı¹, Emre Yüce², Ender Tanrıverdi², Müslüm Erdem², Fatma Şit³, Aynur Kayabaşı³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

³Özel Çapa Hastanesi Laboratuvarı

Amaç: Anemi kronik böbrek hastalığının tüm evrelerinde morbidite ve mortalite üzerinde etkili başat faktörlerdendir. Bu hasta popülasyonunda anemi gelişim ve klinik sonuçları multifaktöryeldir. Diyaliz hastalarında eser elementlerle demir eksikliği anemisi ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada prediyaliz evrede hastalarda Zn, Cu ve Pb gibi eser elementler ile anemi arasındaki ilişkisi araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya evre 2-4 KBH tanısı alan 155 (Erkek/Kadın: 64/91) hasta alındı. Daha önce herhangi bir nedenle kan ve kan ürünleri transfüzyon alan, metabolik eser element tanısı olan hastalar kapsam dışı bırakıldı. Hastalar demir eksikliği anemisi, demir eksikliği dışı nedenlere bağlı anemi ve kontrol grubu olarak sınıflandırıldı. Tüm gruplarda anemi parametreleri ve eser elementler (Zn, Cu ve Pb) bakışı için numune alındı ve uygun koşullarda çalışıldı.

Bulgular: Hastaların %49'unda (n:76) demir eksikliği anemisi, %27,7'inde (n:43) demir eksikliği dışı anemi ve %23,2 (n:36) kontrol grubundan

oluşmaktaydı. Çalışmada demir eksikliği anemisi ile eser elementler arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı (p >0.05). Demir eksikliği dışı anemilerde Zn ile Hgb ve Pb ile RDW arasında pozitif (p <0.05) ve Cu ile Hgb ve Htc düzeyleri arasında negatif yönde (p <0.05) korelasyon saptandı.

Sonuç: Prediyaliz evre hastalarda emir eksikliği ile ilişkisi saptanmamakla birlikte demir dışı nedenlere bağlı anemilerin gelişiminde eser elementlerin rolü olabilir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Böbrek hastalığı, prediyaliz evre, anemi, eser elementler

PS-206

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ BÖBREK NAKİL MERKEZİ İLK SONUÇLAR

Hasan Anıl Kurt¹, Cabir Alan¹, Ahmet Reşit Ersay¹, Serkan Bakırdöğen², Süleyman Can¹, Hasan Ali Kiraz³

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Anabilim Dalı

³Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi Anabilim Dalı

Amaç: Son dönem böbrek yetmezliğinin tedavisinde böbrek nakli, hem sağkalım avantajı hem de yaşam kalitesini artırması nedeniyle daha çok tercih edilen bir yöntem haline gelmiştir. Bu çalışmanın amacı, Bursa bölgesine bağlı olarak 2015 yılında açılan Organ Nakli Merkezimizde yapılan kadaverik böbrek nakillerinde hastaların sonuçlarını retrospektif olarak değerlendirmektir.

Yöntem: Temmuz 2015- Temmuz 2016 ve Nisan 2017- Nisan 2018 tarihleri arasında kadavradan böbrek transplantasyonu uygulanan 53 hasta demografik veriler, rejeksiyon durumu, greft kaybı, hasta kaybı, postoperatif cerrahi komplikasyonlar, posttransplant malignensi açısından değerlendirildi.

Bulgular: Alıcıların ve donörlerin Ortalama yaşı sırası ile 51.84±12.79 (25-74) ve 55.83±20.11 (16-87) yılı. Erkek/Kadın oranı alıcı ve donörlerde sırası ile 33/20 ve 29/24 idi. Alıcı ve verici HLA uyumu ortalama olarak 1,81±1,04 idi. Soğuk iskemi süresi ortalama dk idi. Her alıcıya standart olarak 12 cm 4.8F double-J kateter yerleştirildi, Ortalama 28 günde çekildi. Üç hastada biyopsi ile kanıtlanmış, akut rejeksiyon izlendi. Hastalar uygulanan antirejeksiyon tedaviye yanıt vermediler. Posttransplant dönemde lenfösel dörd, hematoma bir, kreatin yükselişi beş ve idrar yolu enfeksiyonu dört hastada gözlemlendi ve hastalar yatırılarak takip edildi. Bir olgu ise erken dönemde kaybedildi.

Sonuç: Böbrek transplantasyonu programımız gelişim aşamasındadır. Ancak kısa dönem sonuçlar literatür ile uyumlu görünmektedir. Hastalarımızın iki yıllık sağkalım oranları ve greft sağkalımları aynı dönemler için %99 olarak hesaplanmıştır. Uzun süreli takip sonuçları ile daha anlamlı sonuçlar elde edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, transplantasyon, böbrek yetmezliği

PS-207

DİYABETİK AYAK ENFEKSİYONU İÇİN KULLANILAN TİGESİKLİNE BAĞLI CİDDİ HİPOGLİSEMİ: OLGU SUNUMU

Ömer Celal Elçioğlu, Yelda Deligöz Bildacı, Ayşe Serra Artan, Meltem Gürsu, Rümeyza Kazancıoğlu

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Hipoglisemi diyabet tedavisinde kullanılan insülin ve oral anti-diyabetikler başta olmak üzere sıklıkla ilaçlara bağlı görülmektedir. Tigesiklin tetrasiklin direnci geliştiren bakterilere karşı etkili olan bir minosiklin derivesi olup pnömoni, intra-abdominal ve yumuşak doku enfeksiyonlarında kullanılan geniş spektrumlu bir antibiyotiktir. Bu yazıda diyabetik ayak enfeksiyonu nedeniyle kullanılan tigesikline bağlı görülmüş olan ciddi hipoglisemi olgusu sunulmuştur.

Olgu: Diyabetik nefropatiye bağlı son dönem böbrek yetersizliği nedeniyle dokuz yıldır haftada üç gün kronik hemodiyaliz tedavisi görmekte olan, 25

yıldır tip 2 diyabeti olan, diyabetik retinopati, nöropati ve diyabetik ayak gibi komplikasyonları olan 65 yaşında erkek hastanın sol ayak tabanında kötü kokulu akıntı gelişmesi nedeni ile derin doku kültürü alındı. CRP 9,57 mg/dl saptandı. Kültürde üreme saptanmadı. Öncelikle kullanılan siprofiloksasin, seftriakson ve sodyum fusidat gibi antibiyotiklere yanıt alınmayınca intravenöz tigesiklin tedavisi başlandı. Tedaviye başlandığı zaman kan şekeri düzeyleri 200-250 mg/dl civarında seyretmekteydi. Tedavide insülin aspart 3*20 ünite ve insülin glarjin 1*36 ünite kullanılmaktaydı. Öncesinde bakılmış olan HbA1C düzeyi %8 saptanmıştı. Tigesiklin tedavisine başlandıktan sonra kan şekeri düşmeye başladı ve semptomatik hipoglisemi atakları görülmeye başlandı. Kan şekerinin 50 mg/dl ye kadar düştüğü saptandı. İnsülin ihtiyacı belirgin olarak azaldı. İnsülin aspart 3*12 ünite, insülin glarjin 1*20 üniteye düşürüldüğü halde kan şekeri 150 mg/dl altında seyretti. Yumuşak doku enfeksiyonu düzelen CRP düzeyi 0,02 mg/dl'ye gerileyen hastada bir ayın sonunda tigesiklin kesildi. İlaç kesildikten sonra kan şekeri düzeyleri tekrar yükseldi ve insülin dozlarının tekrar eski dozlarına yükseltilmesi gerekti.

Tartışma: Tigesikline bağlı hipoglisemi nadir de olsa literatürde olgu bildirimi şeklinde yazılar bulunmaktadır. Tip 1 diyabetli olguda da bildirilmiştir. Hipogliseminin nedeni tam olarak bilinmese de insülinin etki süresinin uzaması olarak düşünülmektedir. Tigesiklin başlanacak diyabetik hastalarda hipoglisemi açısından dikkatli olunması ve hastaların bu konuda uyarılması gerekmektedir. Bu nadir istenmeyen etkinin akılda tutulması için bu olguyu sunmayı uygun gördük.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik ayak enfeksiyonu, hipoglisemi, insülin, tigesiklin

PS-208

BÖBREK NAKİLLİ ÇOCUK HASTALARDA HİPERTANSİYON SORUNU

Ahmet Keskinoğlu¹, Sevgin Taner¹, İpek Kaplan Bulut¹, İlke Baş¹, Suriye Özgür², Pembe Keskinoğlu³, Caner Kabasakal¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı

Giriş: Son dönem böbrek yetmezliğinin optimal tedavisi böbrek transplantasyonudur. Çocuk yaş grubu hastalarda nakilli böbrekle geçirilecek yaşamın daha uzun olması nedeni ile nakledilen böbreğin fonksiyonunun korunması önemlidir. Hipertansiyon böbrek transplantasyonlu çocuk hastalarda da önemli bir sıklıkta görülür ve böbrek disfonksiyonu için bir risk faktörüdür.

Yöntemler: Bu çalışmada Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nefroloji Bilim Dalı'nda izlenen 102 pediatrik böbrek nakilli hastanın verileri değerlendirildi. Nakil öncesi ve sonrası hipertansiyon varlığının böbrek disfonksiyonu gelişimine etkisi incelendi. Retrospektif kohort dizaynda gerçekleştirilen çalışmanın bağımlı (sonuç) değişkeni böbrek disfonksiyonu, etkisi incelenen temel bağımsız değişken hipertansiyon varlığı; diğer kovariate değişkenler olarak, demografik özellikler, HLA doku uyum skoru ve primer hastalıklar incelendi.

Bulgular: Böbrek nakilli 102 çocuk hastanın 56'sı (%54.9) erkek, 46'sı (%45.1) kız olup yaş ortalaması 10.5±4.4 yıldır. Böbrek yetmezliği primer nedeni %38.2'sinde ürolojik kökenli, %57.8'inde glomerül ve genetik kökenli hastalıklardı. Dört hastanın primer hastalığı bilinmemekteydi. Böbrek nakli öncesi 62 (%60.8) hastada, nakil öncesi-sonrası toplam 73 (%71.6) hastada hipertansiyon saptandı. Primer hastalığı ürolojik nedenler olan çocukların %59'unda, glomerül ve genetik nedenli olanların %76'sında nakil öncesi hipertansiyon saptandı. Nakil öncesi ve sonrası hipertansiyon sıklığı cinsiyete göre farklı değildi ve hipertansif/normotansif nakilli çocukların yaş ortalamaları benzer bulundu. Primer hastalık gruplarına göre hipertansiyon sıklığı farklı değildi (p = 0.250). Hastalar HLA-A-B-DR doku uyumsuzluk skoruna göre 5'in altı/ 5 ve üzeri şeklinde gruplandırıldığında, yüksek skorlu grupta hipertansiyon sıklığı istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (p=0.042). Nakil sonrası 21 hastada hipertansiyon gelişmiş olup 4'ünde de disfonksiyon saptandı. Nakil öncesi, sonrası ve toplam hipertansiyon varlığının, böbrek disfonksiyonu gelişimini etkilemediği görüldü (p değerleri; 0.317, 0.207 ve 0.410).

Sonuç: Çalışmamızda çocuk böbrek nakilli hastalarda hipertansiyonun böbrek disfonksiyon gelişimini etkilemediği saptandı. Yüksek doku uyumsuzluğu skoru olan çocuklarda nakil sonrası hipertansiyon prevalansının daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Bununla birlikte, hipertansiyonun greft disfonksiyonu üzerindeki etkisini değerlendirmek için daha büyük örnek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: böbrek nakli, pediatri, hipertansiyon, greft disfonksiyonu

PS-209

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ BÖBREK NAKİL MERKEZİ MARJİNAL DONÖR SONUÇLARIMIZ

Hasan Anıl Kurt¹, Cabir Alan¹, Ahmet Reşit Ersay¹, Süleyman Can¹, Serkan Bakırdöğen², Tuncer Şimşek³

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Anabilim Dalı

³Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi Anabilim Dalı

Amaç: Böbrek naklinde; Yaş, serum kreatinin (SCr) konsantrasyonu, serebrovasküler olay (CVO) ve hipertansiyon (HT) faktörleri dikkate alınarak verici için greft yetmezliği rölatif riski belirlenir. Genişletilmiş (Marjinal) kriterli verici (expanded or extended-criteria donor: ECD) olarak kabul edilen vericiler aşağıda belirtilmiştir :

- 50-59 yaş arasında; CVO + HT + SCr >1.5 mg/dL, CVO + HT, CVO + SCr >1.5 mg/dL veya HT + SCr >1.5 mg/dL olması,
- ≥60 yaş ise yukarıdakilere ek olarak CVO, HT veya SCr >1.5 mg/dL kriterlerinden birisinin olması,
- tek başına ≥60 yaş olması.

Yukarıdaki özellikleri taşımayan 60 yaşın altındaki tüm vericiler standart kriterli vericilerdir.

Bu çalışmanın amacı, Bursa bölgesine bağlı olarak 2015 yılında açılan Organ Nakil Merkezimizde yapılan kadaverik böbrek nakillerinde Genişletilmiş kriterli verici böbreklerin sonuçlarını retrospektif olarak değerlendirmektir.

Yöntem: Temmuz 2015- Temmuz 2016 ve Nisan 2017- Nisan 2018 tarihleri arasında kadavradan böbrek transplantasyonu uygulanan 54 hasta yukarıdaki kriterler doğrultusunda retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Alıcıların ve donörlerin Ortalama yaşı sırası ile 51.84±12.79 (25-74) ve 55.83±20.11 (16-87) yılıdır. Erkek/Kadın oranı alıcı ve donörlerde sırası ile 33/20 ve 29/24 idi. Vericilerin 22 tanesi Genişletilmiş kriterli verici (ECD) sınıfında idi. ECD Erkek/Kadın oranı 13/9 idi. Erkek ECD lerin ortalama yaşı 72.38±6.14 ve kadın ECD lerin ortalama yaşı 72.55±12.54 yılıdır.

Sonuç: Canlıdan böbrek bağışını artırma çabalarına ve çapraz nakil gibi stratejilere rağmen, organ kıtlığı

Böbrek nakli bekleyen son dönem böbrek hastaları için önemli bir problemidir. Verici havuzu daha fazla ECD böbreği kullanılarak genişletilebilir. ECD nakillerde greft sağkalımı daha kısa olmasına karşın, bu böbrekler idame hemodiyalizdeki hastalara göre daha fazla sağkalım avantajı sağlar. ECD böbreklerin kullanımı mevcut nakil oranlarını korumak için gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, transplantasyon, böbrek yetmezliği

PS-210

AKUT PİYLOEFİRİTE BAĞLI BİLATERAL BÖBREK BÜYÜMESİ VE AKUT BÖBREK HASARI: OLGU SUNUMU

Ömer Celal Elçioğlu¹, Yelda Deligöz Bildacı¹, Sebuhi Mammadov², Ayşe Serra Artan¹, Meltem Gürsu¹, Rümeyza Kazancıoğlu¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Bilateral böbrek boyutlarının belirgin artışı daha çok amiloidoz gibi infiltratif hastalıklarda görülmektedir. Akut piyelonefrit (APN) daha çok tek taraflı görülmekte ve böbrek boyutlarındaki artış hidronefroz yok ise aşırı olmamaktadır. Bu yazıda bilateral piyelonefrite bağlı böbrek boyutları çok artmış akut böbrek hasarı (ABH) gelişmiş bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Dört gündür olan sulu ishal, bulantı, kusma, karın ağrısı ve yüksek ateş şikayetleriyle acile başvuran 58 yaşındaki erkek hastanın muayenesinde tansiyon 168/100 mmHg, vücut sıcaklığı 38°C, batın rahat, barsak sesleri artmış saptandı. Diğer muayene bulguları normaldi. Tetkiklerinde üre 145 mg/dl, kreatinin 5,04 mg/dl olup ilk ve son tetkiklerinin sonuçları tablo-1'de gösterildi. İdrarda 3+ proteinüri, 70 eritrosit, 38 lökosit saptandı. 10 yıldır hipertansiyonu, iki yıldır diyabeti ve benign prostat hiperplazisi olduğu, önceden 2 kez böbrek taşı düşürdüğü öğrenildi. Amlodipin, telmisartan-hidroklorotiyazit, metformin, aspirin 100 mg ve silodosin kullanılmaktaydı. Kontrastsız batın BT'de sağ böbrek uzun aksı 159 mm, sol böbrek uzun aksı 143 mm. Her iki böbrek parankim kalınlıkları sağda daha fazla olmak üzere artmış olup sağda en kalın yerinde 40 mm, solda en kalın yerinde 33 mm ölçüldü. Her iki perirenal yağlı doku içinde yaygın lineer opasiteler ve yağlı dokuda kirlenme izlenmekte olup APN lehine değerlendirildi. Mesane lümeninde 19x13 mm boyutunda kalkül izlendi. Prostat boyutları artmıştı (60x52 mm). Hipervolemik olması nedeni ile intravenöz furosemid başlandı. İdrar, gaita ve kan kültürleri gönderilip APN nedeni ile ertapenem başlandı. Kültürlerde üreme saptanmadı. Ayırıcı tanıda hemolitik üremik sendrom ve trombotik trombositopenik purpura olduğu için yapılan periferik yaymada fragmanite eritrosit görülmedi. ADAMTS13 düzeyi normal saptandı. Vaskülit ve immun kompleks nefriti açısından istenen otoantikorlar negatif saptandı. Kompleman C3 düzeyi normaldi. Serum ve idrar immünoelektroforezinde monoklonal band saptanmadı. Bilateral büyük böbrekleri olması kreatininin 8 mg/dl'ye yükselmesi nedeniyle amiloidoz açısından karın cilt altı yağ dokusu biyopsisinde amiloid birikimi izlenmedi. İki haftalık antibiyoterapi sonrası kreatinin değeri 1,4 mg/dl oldu. Sonra poliklinikten izlendi. Dört ay sonraki kontrolde hala 1 gram/gün proteinürisi vardı. Kontrol batın BT de böbrek boyutlarının önceki BT'ye göre belirgin olarak azaldığı görüldü (İlk BT ve kontrol BT de böbrek görüntüleri şekil 1 ve 2'de gösterildi). Kontrolünde mesane taşı düştü ve yapılan analizde kalsiyum okzalate taşı olduğu anlaşıldı. Okzalattan fakir diyet önerildi.

Tartışma: APN'ye bağlı bilateral böbrek boyutlarının büyümesi ve akut böbrek hasarı nadiren görülmektedir. Olgumuzda bilateral böbrek boyutları çok belirgin artmıştı. Bu nedenle amiloidoz başta olmak üzere infiltratif hastalıklar düşünüldü. Ancak enfeksiyonun tedavisi ile önce biyokimya düzeldi sonra da böbrek boyutları normale döndü. Böylece APN sırasında böbrek boyutlarının 5 cm kadar büyümüş olduğu anlaşıldı. Bu olgunun sunulmasının amacı akut piyelonefritin bilateral olabileceği, akut böbrek hasarına yol açabileceği ve böbrek boyutlarında ciddi artışlara yol açabileceğinin hatırlatılmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Bilateral akut piyelonefrit, akut böbrek hasarı, büyük böbrekler

Tablo 1: İlk başvurudaki ve tedaviden sonra son kontroldeki biyokimyasal testleri

Test adı	İlk başvuru	Tedavi sonrası
Glukoz (mg/dl)	164	120
Üre (mg/dl)	163	44
Kreatinin (mg/dl)	5,76	1,13
Ürik asit (mg/dl)	9,8	6,8
Total protein (g/dl)	5,6	7,3
Albumin (g/dl)	3	4,4
ALT (U/L)	19	11
LDH (U/L)	315	163
Amilaz (U/L)	11	39
Kalsiyum (mg/dl)	8,2	9,4
Fosfor (mg/dl)	3,3	3,3
Sodyum (mmol/L)	135	141
Potasyum (mmol/L)	4,01	3,69
Klor (mmol/L)	94	95
CK (U/L)	57	73
Ferritin (ng/ml)	482	351
HbA1C (%)	6,75	
INR	1,14	
Lökosit (103/ul)	9,9	
Hb (g/dl)	11,4	
Trombosit (103/ul)	95	
ESR (mm/saat)	73	7
CRP (mg/dl)	31,18	0,07
Prokalsitonin (ng/ml)	85,62	0,117
Serum amiloid A (mg/dl)	5,83	0,42
PTH (pg/ml)	216	145
Anti nükleer antikor	negatif	
Kompleman C3 (mg/dl)	135	
C4 (mg/dl)	37,8	
p-ANCA	negatif	
c-ANCA	negatif	
Anti-GBM	negatif	
İdrarda Protein	3+	1+
İdrarda eritrosit	73	0

PS-211

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ BÖBREK NAKİL MERKEZİ RENAL ARTER SAYISAL ANOMALİ SONUÇLARI

Hasan Anıl Kurt¹, Cabir Alan¹, Ahmet Reşit Ersay¹, Süleyman Can¹, Serkan Bakırdöğen², Hatice Betül Altınışık³

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Anabilim Dalı

³Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Bursa bölgesine bağlı olarak 2015 yılında açılan Organ Nakli Merkezimizde yapılan kadaverik böbrek nakillerinde rastlanan renal arterin sayısal anomalilerini retrospektif olarak değerlendirmektir.

Yöntem: Renal arter sayısal anomalili hastaların 4'ü kadın (%7.5), 8'i erkek (%15), yaş ortalaması 55 (25-74), ortalama takip süresi 24 ay (6-42) idi. Hastalardan 11'ine kadavradan, 1 tanesine canlıdan nakil yapılmıştı. Hastaların tümünde çift arter mevcuttu. Hastalarda arterler ex vivo pantolon tarzı yan yana rekonstrüksiyon yapılarak geniş tek arter haline getirildi ve eksternal iliyak artere uç-yan anastomoz yapıldı. Çok küçük alt polar arteri olan bir hasta da alt polar arter bağlandı.

Bulgular: Postoperatif dönemde 3 hastada akut tübül nekroz gelişti. 4 hastada müdahale gerektirmeyen lenfösel, e 1 hastada da perirenal hematoma tespit edildi. ATN gelişen hastalar ortalama 3 hafta sonra böbrek fonksiyonel hale geldi. Perirenal hematoma saptanan hastada hematoma kendiliğinden rezorbe oldu.

Sonuç: Çoklu renal arteri olan böbreklerin nakil işleminde kullanılması teorik olarak bazı riskleri de beraberinde getirmektedir. Uzun süreli soğuk ve sıcak iskemisi nedeniyle akut tübül nekroz, gecikmiş greft fonksiyonu ve rejeksiyon daha sık görülebilmektedir. Çoklu renal arterlerde ex vivo pantolon anastomoz yaparak geniş ve tek bir renal arter anastomozunun vasküler komplikasyon riskini azaltılabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, transplantasyon, böbrek yetmezliği

PS-212

HİDRONEFROZUN EŞLİK ETMEDİĞİ POSTRENAL AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ: BİR OLGU SUNUMU

Engin Köllükcü¹, Haldun Hakan Yavaş², Hakan Sıvıgı³, Bekir Süha Parlaktaş⁴, Nihat Uluocak⁴

¹Tokat Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü

²Tokat Devlet Hastanesi, Nefroloji Bölümü

³Tokat Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü

⁴Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

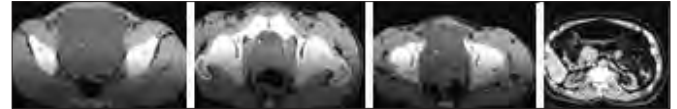
Giriş: Akut böbrek yetmezliği; böbrekte oluşan ani fonksiyon kaybına bağlı olarak üre ve diğer azotlu atık ürünlerin atılamaması, hücre dışı sıvı hacmi içeriğinin bozulmasıyla sonuçlanan klinik bir tablodur. Etiyopatogeneze göre renal, prerenal ve postrenal olmak üzere üç grupta incelenmektedir. Bu çalışmamızda postrenal akut böbrek yetmezliği tanısı konulan ve yapılan görüntülemelerde hidronefroz izlenmeyen olgunun sunulması hedeflenmiştir.

Olgu: Bilinen herhangi bir hastalığı veya operasyon öyküsü olmayan 39 yaşındaki erkek hasta son 24 saatte giderek şiddetlenen iki taraflı yan ağrısı, bulantı, kusma, beslenme güçlüğü ve idrar miktarında azalma şikayeti ile acil kliniğine başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde her iki kostovertebral açı hassasiyeti dışında patolojik bulgu izlenmedi. Biyokimyasal test sonuçlarında Hgb:14,1 g/dL, Wbc:8700/mm³, BUN:71 mg/dl, kreatinin:11,2mg/dl, sodyum 137 mEq/l, K:5.3 mEq/l, AST: 19 U/L, ALT: 21 U/L; tam idrar analizinde ise eritrosit: 94-95 hpf, lökosit: 3-4 hpf olarak izlendi. Yatak başı yapılan ultrasonografik değerlendirmede her iki pelvikalisiyel yapılar da hidronefroz izlenmedi ve mesane boş olarak değerlendirildi. Gerek alınan anamnez gerekse de laboratuvar incelemeleri üriner sistem taş hastalıkları ile uyumlu olmasından ötürü olgunun hastanın tüm batın kontrastsız tomografi ile tekrar değerlendirilmesi uygun görüldü. Çekilen tüm batın kontrastsız tomografide her iki alt üreterde 6.5 mm

büyükliğünde taş izlendi (Şekil-1). Acil diyaliz planlanmayan hastaya iki taraflı üreteral double-j stent yerleştirildi. Operasyon sonrası ilk 24 saatte yaklaşık 14500 cc idrar çıkışı oldu. Postoperatif 7 gün takip edilen hastanın ortalama 3000-3500 cc/gün idrar çıkışı sağlandı. Hasta BUN: 22.7 mg/dl, kreatinin:0,91 mg/dl düzeyinde taburcu edildi. Postoperatif 1. ayında double j stenti alınarak üreter taşlarından arındırılan hastanın klinik takiplerinde herhangi bir sorun ile karşılaşılmadı.

Sonuç: Akut böbrek yetmezliği tanısı konulan özellikle oligüri ile gelen hastalarda, hidronefroz olmasa bile kliniğin oluş süresi göz önünde bulundurularak mutlaka postrenal akut böbrek yetmezliği sebepleri ekarte edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hidronefroz, postrenal, böbrek, yetmezliği



Şekil 1.

PS-213

FOSFAT İÇEREN LAVMAN SONRASI AKUT FOSFAT NEFROPATİSİ GELİŞEN 10 OLGU

Müge Üzerk Kibar, Jabrayıl Jabrailov, Tolga Yıldırım, Şeref Rahmi Yılmaz, Mustafa Arıcı, Bülent Altun, Yunus Erdem

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

Bu bildiride, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji polikliniğinde son 2 yıl içinde, akut fosfat nefropatisi nedeniyle izlediğimiz 10 hastaya ait veriler paylaşılmaktadır.

Akut fosfat nefropatisi, bağırsak temizliği için oral sodyum fosfat solüsyonu kullanımı takiben gelişen böbrek hasarıdır. Sodyum fosfat içeren lavmanlar ile de geliştiği bildirilmektedir. Genellikle böbrek yetmezliği olan hastalarda gelişmektedir. Bu nedenle akut ve kronik böbrek hasarında kullanılmamalıdır. Bununla birlikte, normal böbrek fonksiyonuna sahip kişilerde de geçici veya kalıcı böbrek hasarı gelişebilir. İleri yaş bu riski arttırmaktadır. Gastrointestinal motilitesi bozuk hastalarda da hiperfosfatemi gelişme riski yüksektir.

Takip edilen hastaların 4'ünde altta yatan kronik böbrek hastalığı öyküsü mevcut idi. 1 hastada IgA nefropatisi, 1 hastada polikistik böbrek hastalığı, 2 hastada diyabetik nefropati tanıları mevcut idi. Diğer hastalarda böbrek hastalığı öyküsü olmamakla birlikte, işlem öncesi kreatinin değerleri normaldi. Diyabetik nefropati tanısı olan hastaların birinde son dönem böbrek hastalığı nedeniyle hemodiyaliz tedavisi uygulanmaktaydı. Hastaların tümüne kolonoskopi öncesi fosfat içeren lavman ile bağırsak temizliği yapılmıştı. Son dönem böbrek hastalığı olan ve rutin hemodiyaliz programında olan hasta, hematokrezya nedeniyle hastanede yatmaktaydı ve hiperfosfatemi nedeniyle ek diyaliz seansı uygulanması gerekti. Diğer 9 hasta ise kolonoskopi işlemi sonrası karın ağrısı, bulantı-kusma gibi yakınmalarla sağlık kuruluşuna başvuru sırasında kreatinin yüksekliliği gözlenerek yönlendirilmişti.

Kronik böbrek hastalığı öyküsü olan 4 hastanın birinde hemodiyaliz gereksinimi oldu, 1 seans hemodiyaliz sonrası tekrar gereksinim olmadı, bazal kreatinin değerine dönüş izlendi; işlem öncesi kreatinin değeri 2.66 mg/dl olan 1 hastada kreatinin değeri giderek arttı, idrar miktarı azaldı ve son dönem böbrek hastalığı nedeniyle rutin hemodiyaliz tedavisine başlandı; 1 hastada ise hemodiyaliz ihtiyacı olmadı, ancak bazal kreatinin değerine (0.75 mg/dl) dönüş izlenmedi. Temmuz 2018 kontrolünde (işlemden 1 yıl sonra) kreatinin değeri 1.5 mg/dl olarak seyretmekteydi. Yukarıda da bahsedilen diğer 1 hasta ise, rutin hemodiyaliz programındaydı ve lavman sonrası hiperfosfatemi nedeniyle ek diyaliz seansı uygulandı.

Altta yatan böbrek hastalığı olmayan 6 hastanın tümünde işlem öncesi kreatinin değerinin normal olduğu bilinmekteydi. İşlem sonrası akut böbrek hasarı ile prezente olan hastaların izlemlerinde kreatinin değeri gerilemekle birlikte, hiç bir hastada normal değere dönmedi. 2 hastada böbrek biyopsisi yapıldı, nekrotik nekroz izlendi.

Sonuç olarak altta yatan böbrek hastalığı olmasa da, fosfor içeren lavman uygulaması ile kalıcı böbrek hasarı gelişebilmektedir. Fosfor içeren oral solusyonlar ile daha iyi bilinen bu yan etki, lavmanlar ile de gelişebilmektedir. Bu yüzden kolonoskopi işlemi öncesi veya konstipasyon gerekçesi ile fosfor içeren lavmanların yaygın kullanımından kaçınmak gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Akut fosfat nefropati, fosfat içeren lavman, akut böbrek hasarı, kronik böbrek hastalığı, hiperfosfatemi

PS-214

DİYABETE BAĞLI SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA GLUKOZ REGULASYONU

Mehmet Emin Yılmaz¹, Vehbi Demircan², Emre Aydın¹, Fatma Yılmaz Aydın², Yaşar Yıldırım¹, Zülfükar Yılmaz¹, Ali Kemal Kadiroğlu¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

³Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları

Giriş: Diyabetes Mellitus (DM) bağlı Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) gelişen hastalarda mortalite ve morbiditeyi azaltmak için iyi bir şeker regulasyonunun sağlanması gerekir. Ancak SDBY'li hastalarda dörtlü ve mix insülin tedavilerinin hipoglisemi nedeniyle kullanımı yakın takip altında olmalıdır

Yöntem: Ocak 2013-Ağustos 2015 tarihleri arasında kliniğimize yatan DM'ye bağlı SDBY olan 89 hasta alındı. Çalışma grubu 4'lü yoğun insülin tedavisi alan 46 hasta (Grup 1) ve 2'li konvansiyonel tedavi alan 43 hasta (Grup2) olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Mevcut tedavi protokolleri ile en az 3 aylık takip sürecinde HbA1c değeri %7'nin altına çekilebilen hastalarda hipoglisemi (KŞ< 70) ve nöroglukopenik skala ile semptomların varlığı ve şiddeti değerlendirildi. Bu skala, konfüzyon, terleme, uyuşukluk, halsizlik, baş dönmesi, sıcaklık, konuşmada güçlük, çarpıntı, konsantrasyon azalması, titreme, çift görme, bulanık görme, acıkma, bulantı, endişe, yorgunluk, dilde karıncalanma ve baş ağrısı içermekte ve semptomlar şiddetine göre 1'den 7'ye kadar derecelendirilmektedir

Bulgular: HbA1c değeri Grup 1 de %6.83, Grup 2'de %6.95 bulundu ve gruplar arası HbA1c değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (p>0,05). Grup 1'de 27 hastada (%58,7), Grup 2'de 14 hastada (%32,6) hipoglisemi saptandı. Dörtlü insülin tedavisi alan hastaların mix insülin tedavisi alan hastalara göre hipoglisemi gelişimi açısından anlamlı fark olduğunu tespit ettik (p=0,013). Hipoglisemi gelişen hastalarda nöroglukopenik semptomlardan konfüzyon, terleme, uyuşukluk, konuşmada güçlük, çarpıntı, konsantrasyon azalması, titreme, bulanık görme ve acıkma daha fazla görüldü.

Sonuç: Kronik böbrek yetmezliğinin en sık nedeni diyabetes mellitus olup diyabetin ve diğer komplikasyonların kontrolü için iyi bir glikemik kontrol şarttır. Tedavide etkin yaklaşım insülin tedavisi olmakla beraber insülinin eliminasyonun böbrekler yoluyla olmasından dolayı tedavi sıkıntılıdır. Diyabetik SDBY hastaların artan hipoglisemi riski sebebiyle mix insülin tedavisi ile kıyaslandığında dörtlü yoğun insülin tedavisi ile takibinin daha sıkıntılı olacağı görülmektedir. Bu hasta popülasyonunda hipoglisemi ve nöroglukopenik semptomlar sık sık insülin dozunu ayarlamayı gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hipoglisemi, son dönem böbrek yetmezliği, insülin

PS-215

DİPPER VE NON-DİPPER HİPERTANSİYONDA VOLÜM YÜKÜ KARŞILAŞTIRMASI

Mehmet Emin Yılmaz¹, Mehmet Ali Çelik², Emre Aydın¹, Fatma Yılmaz Aydın², Zülfükar Yılmaz¹, Yaşar Yıldırım¹, Ali Kemal Kadiroğlu¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

³Eğil İlçe Devlet Hastanesi İç Hastalıkları

Giriş: Hipertansiyon en sık görülen kronik hastalıklardan biridir. Kan basıncının sirkadiyen ritminin keşfiyle dipper ve nondipper kavramları tanımlanmıştır.

Nondipper hipertansiyonda artmış morbidite ve mortalite nedeniyle bu paternin ortaya çıkmasında hangi mekanizmaların etkili olduğu önem kazanmıştır. Uyku esnasında parasempatik sinir sisteminin sempatik sinir sistemine baskın olamaması, RAAS aktivasyonundaki artış, otonomik disfonksiyon, diyetle artmış tuz miktarı nondipper hipertansiyonda etkilidir. Bizde bu nedenlerin yanında gruplar arasında volüm yükünün etkisini araştırmak istedik.

Yöntem: 2016 Ocak -2017 Aralık tarihleri arasında polikliniğimize başvuran, yeni tanı almış 92 hastayı aldık. Ambulatuvar kan basıncı ölçümleri yapıldı. JNC-8 kılavuzuna göre 24 saatlik ortalama sistolik KB≥135 mmHg ve/veya diyastolik KB≥85 olan hastalar hipertansif olarak kabul edildi. Gece kan basıncının düşüş yüzdesi="Gece KB düşüşü (%) = (Gündüz KB- Gece KB) x 100 / Gündüz KB" formülü ile hesaplandı. Hastalara kan basıncı düşüşüne göre dipper (≥10 mmHg) ve non-dipper (<10 mmHg) hipertansiyon tanısı kondu. Biyoimpedans analizi yapılarak hastaların total vücut suyu(TBW), ekstrasellüler su(ECW), intrasellüler su (ICW), ECW/ICW oranı, rölatif su artışı(OH/ECW) değerlendirildi.Ekokardiografide Vena Kava İnfierior (VCİ), Sağ Atrium(RA), İnterventriküler Septum kalınlığı (IVSd) ölçüldü. Ayrıca hipertansif retinopati açısından göz dibi muayenesi yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya %42i erkek (n:39) %58i kadın (n:53) toplam 92 hasta dâhil edildi. Dipper(n:44) ve nondipper(n:48) olarak gruplara ayrılan hastalar karşılaştırıldığında yaş (p:0,941) ve cinsiyette(p:0,104) istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken Biyoimpedans analizde ECW (p: 0,031) ve ECW/ICW (p:0,001)'de anlamlı fark saptandı.Ayrıca Ekokardiografide gruplar arasında sağ atrium çapında anlamlı bir fark vardı (p:0,017). Fundus muayenesinde gece yüksek sistolik (p=0.000) ve diastolik (p=0.003) kan basıncıyla hipertansif retinopatinin progresyonu arasında istatistiksel olarak güçlü bir ilişki tespit ettik.

Sonuç: Çalışmamızın iki önemli sonucu vardı. Non-dipper grupta uç organ hasarı daha belirgindi. Kan basıncıyla ilişkili olan OH ve OH/ECW gruplar arasında farklılık göstermezken ECW ve ECW/ICW istatistiksel olarak farklılık gösteriyordu. Bunu yeni tanı almış hipertansif hastalarda manifest olmayan volüm yükünün bulgusu olarak değerlendirdik.

Anahtar Kelimeler: Dipper hipertansiyon, Non-dipper hipertansiyon, biyoimpedans analiz

PS-216

HEMODİYALİZDE DAMAR ERİŞİM YOLU VE DİYALİZ ÖNCESİ EĞİTİM PROGRAMININ ÖNEMİ

Şennur Köse, Ömer Faruk Aydın

Istanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Hastanemizin Diyaliz Merkezinde takipli, damar giriş yolu arteriovenöz fistül ve kalıcı hemodiyaliz kateteri olan hemodiyaliz hastalarında akut faz reaktanlarını ve hemogram parametreleri karşılaştırılması ve komorbidite açısından aydınlatılması amaçlanmaktadır.

Gereç ve yöntem: Bu retrospektif çalışmaya 54 damar giriş yolu arteriovenöz fistül ve 30 kalıcı hemodiyaliz juguler ven kateteri olan toplam 84 hemodiyaliz hastası dahil edildi. Hastaların ayrıntılı anamnez, fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri incelenerek hastaların yaş, cinsiyet, diyaliz süresi (ay), damar giriş yolları (kalıcı kateteri, arteriovenöz fistül), ek hastalık ve son 6 ayda yapılan laboratuvar tetkiklerinden albümin, ferritin, CRP, WBC, PLT, NEU, LENE, MPV düzeyleri kayıt edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan kalıcı hemodiyaliz kateterli hastaların yaş ortalamaları 63,7±16,6 yıl olan 19 erkek, 11 kadın toplam 30 hasta olarak saptandı. Arteriovenöz fistül hemodiyaliz hastalarının yaş ortalamaları 53,7±17,9 yıl olan 32 erkek, 22 kadın toplam 54 hasta olarak saptandı. Kateter grubunun yaş ortalaması fistül grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti(p=0,014). Grupların cinsiyet oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0,714). Kateter grubunun ek hastalık oranı (%83,3) fistül grubuna göre (%61,1) istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (p=0,035). Kateter grubunun albümin ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düşüktü (p<0,001). Akut faz reaktanlarından ve hemogram parametrelerinden olan CRP, WBC, NEU, LENE, MPV ortalamaları kateter grubunda fistül grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (sırası ile p=0,011 p=0,031 p=0,028, p=0,013, p=0,005). Ferritin ve PLT ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,056 p=0,313).

CRP yaş ile pozitif, albümin ile negatif yönde, WBC albümin ile negatif yönde, NEU albümin ile negatif yönde, LENF yaş ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiliydi. Kateter grubunda WBC ve NEU albümin ile negatif yönde, MPV yaş ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiliydi ($p=0,002$ $p=0,005$ $p=0,036$ $p=0,013$). Fistül grubunda CRP, ferritin yaş ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiliydi ($p=0,003$ $p=0,021$).

Sonuç: Damar giriş yolu kalıcı kateter olan hemodiyaliz hastalarında inflamasyon parametreleri, arteriovenöz fistül olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksektir. Bu nedenle kronik böbrek yetersizliğinde diyaliz öncesi eğitim programlarına ağırlık verilmesi, hastaların bu konuda daha bilinçli hale getirilmesi ve hemodiyalize karar verilen hastalarda damar giriş yolu olarak fistülün tecrübeli bir ekiple daha hızlı bir şekilde planlanması önerilir. Kalıcı kateteri olan grupta inflamasyon markerleri ve hastanın kliniğinin daha yakından takibi, kateter bakımının dikkatli yapılması ve doktor ve hemşire – diyaliz teknikeri ekibinin bu konuda daha titiz olması ve uygun olan hastalarda mümkün olan en kısa sürede fistüle geçilmesi için gerekli önemin verilmesi, uzun dönemdeki hastane yatışlarının azalması mortalite ve morbiditenin azalmasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, arteriovenöz fistül, kalıcı hemodiyaliz kateteri, akut faz reaktanları

Tablo 1: Kalıcı kateter ve arteriovenöz fistül HD hastalarının akut faz reaktantları ve hemogram parametrelerinin karşılaştırılması

	<i>Kateter</i>	<i>Fistül</i>	
	<i>Ort.±SD</i>	<i>Ort.±SD</i>	<i>P</i>
CRP (mg/dL)	3,8±3,6 (2,5)	2,4±3,0 (1,0)	0,011
Ferritin (ng/ml)	368,5±241,2 (301,5)	548,4±384,5 (431,5)	0,056
Albumin (g/dL)	3,0±0,8 (3)	3,7±0,5 (3,7)	<0,001
WBC (10 ⁹ /L)	11,0±8,8 (9,4)	8,2±2,2 (8,1)	0,031
NEU (10 ⁹ /L)	8,1±6,9 (6,4)	5,4±1,9 (5,2)	0,028
NEU%	73,0±11,7 (72,5)	65,3±9,4 (65,7)	0,004
LENF (10 ⁹ /L)	1,4±1,0 (1,3)	1,8±0,6 (1,58)	0,013
LENF%	16,3±10,3 (16,5)	22,2±7,1 (21,95)	0,003
MPV (fl)	9,9±1,5 (9,9)	9,0±1,3 (9,1)	0,005
PLT (10 ⁹ /L)	246,6±111,4 (231,5)	219,8±64,7 (218,5)	0,031

Tablo 2: HD Hastalarında akut faz reaktantları ve hemogram parametrelerin yaş ve albumin düzeyleriyle ilişkisi

	<i>Yaş</i>		<i>Albumin</i>	
	<i>Korelasyon Katsayısı</i>	<i>P</i>	<i>Korelasyon Katsayısı</i>	<i>P</i>
Tüm hastalar				
CRP (mg/dL)	0,335	0,002	-0,323	0,003
FERRİTİN (ng/ml)	0,117	0,290	0,110	0,321
WBC (10 ⁹ /L)	0,022	0,841	-0,300	0,006
NEU (10 ⁹ /L)	0,134	0,225	-0,272	0,012
NEU%	0,226	0,039	-0,163	0,139
LENF (10 ⁹ /L)	-0,255	0,019	0,099	0,372
LENF%	-0,275	0,011	0,181	0,100
MPV (fl)	0,031	0,778	-0,167	0,129
PLT (10 ⁹ /L)	-0,110	0,320	-0,047	0,671

PS-217

AĞIR HİPONATREMİNİN EŞLİK ETTİĞİ ALIŞKANLIĞA BAĞLI POLİDİPSİ OLGUSU

Beliz Çamur¹, Şükrü Koçabaş¹, İlhan Kurultak², Sedat Üstündağ¹

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Su intoksikasyonu suyun alınma hızı ile atılma hızı arasındaki hassas dengenin bozulmasıyla ortaya çıkan tablodur. Bu tabloda psikojenik polidipsi

önemli yer tutar. Ancak değişen çevresel şartlara uygun olmayan su içme alışkanlığı nedeniyle ağır hiponatremi gelişmesi alışıldık bir durum değildir. Biz burada fırıncılık mesleği esnasında sıcak ortamlarda kaybettiği sıvıyı yerine koymak için yoğun su tüketen, ancak emekli olduktan sonra aynı miktarda su içimini alışkanlık şeklinde devam ettiren ağır hiponatremik bir hastayı sunduk.

Olgu: 66 yaşında erkek hasta bilinç kaybı ile yakınları tarafından acil servise getirildi. Nöroloji değerlendirilmesinde lateralizasyonu bulunmayan hasta metabolik olarak değerlendirildi. Serum Na konsantrasyonu 115 mmol/Lt saptanması üzerine bu durum hiponatremiye bağlanarak hastaya %3'lük NaCl replasmanı yapıldı. Serum Na 125 mmol/Lt olduğunda hastanın bilinç durumunun tamamen düzeldiği gözlemlendi. Hastanın yapılan tetkikleri tablo-1'de gösterilmiştir. Fizik muayenede normovolemik olan hastada konjestif kalp yetmezliği, kronik karaciğer parankim hastalığı ve böbrek yetmezliği dışlandı. Anemnezi derinleştirildiğinde hastanın günde yaklaşık 10 litre su içtiği ve hipertansiyon diyeti sebebiyle hiç tuz kullanmadığı öğrenildi. Hasta, fazla su alımının nedeni sorulduğunda fırıncılık yaparken sıcak ortamda su içimini artırdığını; emekli olduktan (15 gün önce) sonra bu alışkanlığına devam ettiğini belirtti. Bunun üzerine hastanın sıvı alımı kısıtlandı. Oral tuz günde 1 çay kaşığı kullanılmak üzere açıldı. Ek replasman yapılmadan serum sodyum konsantrasyonu düzelen hasta şifa ile taburcu edildi.

Tartışma: Normovolemik hiponatreminin en yaygın nedeni uygunsuz ADH sendromudur ve normal troid, adrenal, kardiyak, karaciğer ve böbrek fonksiyonu varlığında tanı konulur. Bu durumda idrar osmolalitesi 100 mosmol/kg üzerinde olup, idrar sodyum konsantrasyonu genellikle 40 meq/Lt üzerindedir. Hastamızda troid, adrenal, böbrek ve karaciğer fonksiyonları normaldi ancak öyküde yaklaşık 10 litre su alımı olması sebebiyle öncelikle sıvı kılması yapıldı. Polidipsi genellikle psikiyatrik vakalarda gelişir ve en sık şizofrenide gözlenir. (1) Bizim vakamızda hastanın günde 10 litreye varan su alımını emekli olduğu fırıncılık mesleğinden kalan bir alışkanlık olarak sürdürdüğü öğrenildi. Hastaya su alımının ihtiyacından fazla olduğu anlatıldı ve günlük su alımı 1500-2000 cc arasında olacak şekilde kısıtlandı. Takipleri esnasında serum sodyum konsantrasyonu 134 mmol/Lt'e yükselen hasta öneriler ile taburcu edildi. Bu vaka anamnezde su tüketim alışkanlıklarının detaylı sorgulanmasının önemini bir kez daha göstermiştir. Özellikle aşırı sıcak ortamlarda (fırın, ağır sanayi, demir-çelik, demir-döküm sanayi işçileri vs.) çalışan ve hiponatremiyle başvuran hastalarda klinisyen etiolojide alışkanlığa bağlı su alımını akılda tutmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hiponatremi, psikojenik polidipsi, aşırı su tüketimi

Tablo 1:

pH (venöz)	7,36
pCO ₂ (venöz)	31,7 mmHg
HCO ₃ (venöz)	22,9
Üre	27 mg/dl
Kreatinin	0,69 mg/dl
Na	115 mmol/Lt
Cl	89 mmol/Lt
K	5 mmol/Lt
Albumin	4,5 gr/dl
eGFR(MDRD)	122 ml/dk/1.73 m ²
Total protein	7 gr/dl
Trigliserid	107 mg/dl
Glukoz	95 mg/dl
Total kolesterol	162 mg/dl
Serum osmolaritesi	245 mosm/Lt
Spot idrarda Na	107 meq/Lt
Spot idrarda dansite	1008
24 saatlik idrarda protein	150 mg/gün
24 saatlik idrarda Albumin	8,8 mg/gün
24 saatlik idrar volüm	2960 cc
24 saatlik idrarda Na atılımı	227,9 mg/gün
24 saatlik idrarda Kreatinin klirensi	114 ml/dk

PS-218

HEMODİYALİZ HASTALARINDA NÖTROFİL/LENFOSİT ORANI, İNFLAMASYON VE NÜTRİSYON İLİŞKİSİ

Mine Şebnem Karakan, Bahar Gürlek Demirci

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

Amaç: Son dönem böbrek yetmezliğinde inflamasyon ve malnütrisyon morbidite ve mortaliteyi belirleyen en önemli risk faktörlerindendir. NLO sistemik inflamasyonun ölçütü olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı hemodiyaliz hastalarında nütrisyon, inflamasyon ve NLO arasındaki ilişkinin gösterilmesidir.

Method: Çalışmaya merkezimizde takipli en az 6 aydır haftada 3 gün hemodiyalize giren 45 hasta dahil edildi. Hastalara beslenme durumlarının belirlenmesi için mini nütrisyonel değerlendirme testi (MNA) ve günlük beslenme alışkanlıklarını değerlendiren anket uygulandı. NLO düzeyi aylık tam kan sayımı değerlerinden hesaplandı. Biyokimyasal parametreler olarak açlık kan şekeri, kalsiyum, fosfor, bikarbonat, parathormon (PTH), C-reaktif protein (CRP), lipid profili, ürik asid, üre azalma hızı (URR) her ay alınan kan örneklerinden çalışıldı. Vücut kitle indeksleri (VKI) hesaplandı. Hastalar ortalama NLO düzeyine göre 2 gruba ayrıldı. Grup 1 (NLO ≥ 3.2 ; n: 18) ve grup 2 (NLO < 3.2 ; n: 27).

Sonuçlar: Hastaların ortalama yaşı 55.1 ± 13.5 yıl, diyalize girme süresi 11.2 ± 2.7 yıl idi ve hastaların %40'ı erkekti. Ortalama VKI 25.6 ± 5.0 kg/m² saptandı. Ortalama serum NLO 3.2 ± 1.4 , serum CRP 7.7 ± 2.6 mg/L, serum albumin 3.9 ± 0.2 (g/dl) saptandı. MNA'ya göre hastaların %6.6'ı malnütrisyona, %40'ı malnütrisyon riski altında ve %53.4'ü normal nütrisyonda düzeydeydi. Yapılan korelasyon analizinde NLO'nun CRP ile pozitif korele (r: 0.747, p:0.001), MNS ve albumin ile ters korele (sırasıyla r: -0.347, r: -1.8, p: 0.001, p: 0.016) olduğu saptandı. Grup 1'de MNA skoru (MNS) grup 2'ye göre daha düşükken (18.2 ± 0.4 vs 25.7 ± 0.4 ; p: 0.001), CRP düzeyi grup 2 de daha düşük saptandı (7.8 ± 2.9 vs 5.7 ± 0.7 mg/L). Multivariate regresyon analizinde NLO'nun (%95 Güven Aralığı: -0.387 -0.307; p: 0.001) MNS'nin bağımsız belirleyicisi olduğu saptandı.

Tartışma: Son dönem böbrek yetmezliği hastalarında nötrofil/lenfosit oranı nütrisyon durumu ve inflamasyonun bağımsız belirleyicilerindendir. Dolayısıyla hemodiyaliz hastalarında inflamasyonun yanı sıra nütrisyon durumunun belirlenmesinde erken dönemde bir belirteç olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, nötrofil, lenfosit, inflamasyon, nütrisyon

PS-219

KLİNİĞİMİZDE 2012-2018 YILLARI ARASINDA YAPILAN BÖBREK BİYOPSİ SONUÇLARI

Zeynep Kaleli¹, Sinan Kazan², Sena Ulu²¹Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı²Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Böbrek hastalıkları tanı ve takibinde daha çok laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri kullanılsa da özellikle nefrotik sendrom, nefritik sendrom ve diğer anormal idrar bulguları varlığında renal biyopsi önemini korumaktadır. Renal biyopsi ile primer ve sekonder nedenlere bağlı glomerüler hastalıklar, akut tübülointerstisyel nefrit, vaskülitik sendromlar ve transplante böbrekte renal rejeksiyon tanılan gibi birçok tanı konulabilir. Bu çalışmamızda kliniğimizde yapılan renal biyopsi sonuçlarını sunmayı amaçladık.

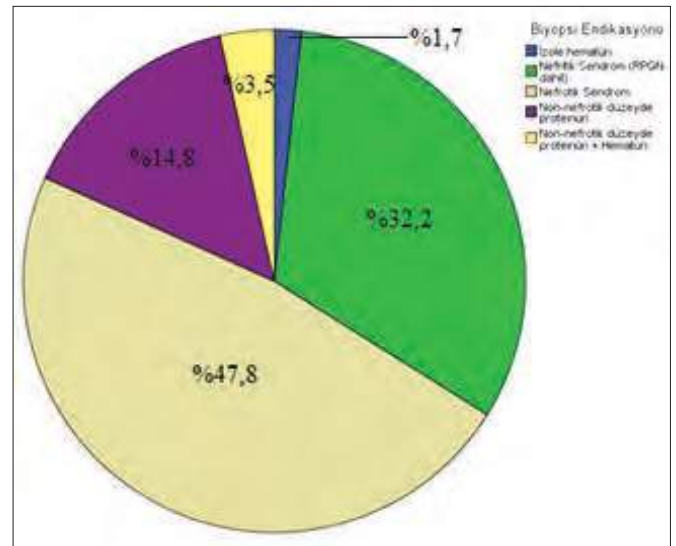
Materyal-Metod: Kliniğimizde 2012-2018 yılları arasında renal biyopsi yapılmış olan tüm vakaların dosyaları retrospektif tarandı. Hastaların demografik verileri, biyopsi nedenleri ve biyopsi tanıları kayıt altına alındı. Veriler % ve frekans şeklinde sunuldu.

Bulgular: Çalışmaya alınan 115 hastanın hastaların %51,3'ü (n: 59) erkek, %48,7'si (n: 56) kadındı. Çalışma grubunun ortalama yaşı $54,9 \pm 14,7$ yıl olarak belirlendi. Hastaların %47'sinde (n: 54) böbrek biyopsisinden önce HT, %23,5'inde (n: 27) ise Tip 2 DM mevcuttu. Çalışma grubumuzun ortalama sistolik kan basıncı $131,91 \pm 19,6$ mmHg, ortalama diyastolik kan basıncı ise

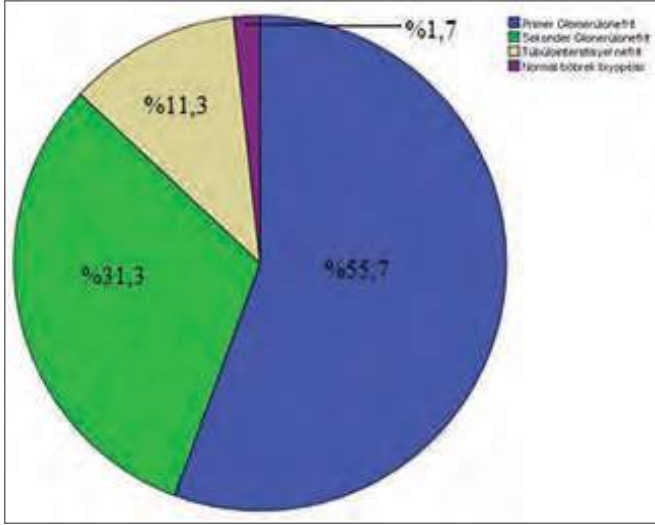
$80,57 \pm 12,2$ mmHg olarak bulundu. Hastalarımızın ortalama vücut ağırlıkları $71,73 \pm 11,2$ kg ve ortalama boyları ise $166,63 \pm 17,6$ cm idi. Ortalama vücut kitle indeksi $25,68 \pm 3,4$ kg/m² tespit edildi. Hastalarımızın böbrek biyopsi endikasyonlarına Şekil 1'de sunulmuştur. Hastaların %55,7'sinde (n: 64) primer glomerüler nefropati, %31,3'ünde (n: 36) sekonder glomerüler nefropati saptanmıştır. Hastalarımızın %11,3'ünde (n: 13) TİN saptandığı tespit edilmiştir. Biyopsi yapılan hastalarımızın %1,7'sinde (n: 2) böbrek biyopsisi tamamen normal olarak raporlanmıştır (Şekil 2). Primer ve sekonder glomerüler hastalık dağılımları Şekil 3'te gösterilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Renal biyopsi için çok sayıda endikasyon olsa da literatürde en sık nefrotik düzeye proteinüri varlığında böbrek biyopsisine başvurulduğu bildirilmektedir. Bu anlamda sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda patolojik tanı olarak en sık primer glomerülofrit tanısı konmuştur. Primer glomerülofritler arasında da en sık İgA nefropatisi tanısı konmuştur. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda en sık saptanan primer glomerülofrit olarak FSGS, İgA nefropatisi ve MPGN tespit edilmiştir. Çeşitli merkezlerde yapılan böbrek biyopsilerinde en sık saptanan primer glomerülofrit tipinin farklılık göstermesi biyopsi endikasyonlarındaki farklılık, bölgesel farklılıklar ve biyopsilerin yapıldığı yılların farklı olmasından kaynaklanmış olabilir. Sekonder glomerülofrit olarak çalışmamızda en sık sistemik amiloidoz (AA tipi) ve diyabetik nefropati saptanmıştır. Sekonder glomerülofrit saptanan hastalarda ülkemizdeki diğer birçok biyopsi serilerinde de amiloidoz ilk sırada yer almaktadır. Diyabetik nefropati ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda 3. hatta 4. sıralarda sekonder glomerülofrit etyolojisinde tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise diyabetik nefropati sekonder glomerülofritler arasında ikinci en sık neden olarak bulunmuştur. Bu diyabetik nefropatiye değişik merkezlerin yaklaşımındaki farklılıklardan kaynaklanmış olabilir. Sonuç olarak renal biyopsi çalışmaları yapıldığı yıllara ait güncel veri sunması, bölgesel farklılıkların ortaya konması açısından önem taşımaktadır. Verilerimiz genel olarak ülkemizdeki biyopsi serilerine benzer sonuçlar içerse de bazı farklılıklar da göstermektedir.

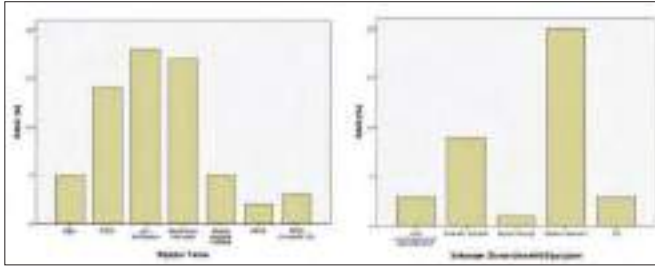
Anahtar Kelimeler: Böbrek biyopsisi, primer glomerüler hastalık, sekonder glomerüler hastalık



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

PS-220

GASTROÖZEFAGEAL REFLÜ HASTALARINDA AMBULATUVAR KAN BASINCI TAKİBİ VE KLİNİK ANLAMI

Şule Özdemir Arabacı¹, İlhan Kurultak², Ahmet Tezel³, Sedat Üstündağ²¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı³Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş: Gastroözofageal reflü hastalığına sempatik disfonksiyon eşlik edebilse de esasen hastalıkta parasempatik disfonksiyon daha belirgindir. Kardiyovasküler sistemde ise kan basıncı regülasyonunda sempatik/parasempatik denge önemli rol oynamaktadır. Her iki sistem de otonomik bozukluklardan etkilebilir. Sempatik etkinlikte artma periferik vazokonstriktör ve taşikardik etkileri ile hiperkinetik dolaşıma neden olmakta, ayrıca böbreklerde renin aktivasyonu ile kan basıncı paternlerini regüle etmektedir. Biz bu çalışmada, patofizyolojisinde otonomik disfonksiyon bulunan GÖRH varlığında kan basıncı paterninin etkilenebileceğini, kanda bulunan ve idrarda atılan bazı maddelerin atılım miktarlarının değişebileceğini (Na, ürik asit, protein ve albumin) düşünerek ambulatuvar kan basıncı ölçümü yanında idrar/kan değerlerini irdelemeyi amaçladık.

Metot: Çalışmamıza 18 ile 65 yaş arası bireyler alındı. Ambulatuvar kan basıncı ölçümü tüm olgularda yapıldı. Reflü grubuna 50 olgu ve kontrol grubuna 50 olgu alındı. Olguların kan ve idrar örnekleri alındı. Her iki gruba da kardiyovasküler hastalığı olan, hipertansiyonu olan, malignitesi olan, astım hastalığı bulunan, gastrik peptik ülseri olan, hepatit hastalığı olan, tüberkülozu olan, reflü dışında gastrointestinal hastalığı olan, serebrovasküler hastalığı olan, vaskülit hastalığı

olan, kronik alkol içicisi olan, otonom sinir sistemini etkileyebilecek ilaç kullanan hastalar alınmadı.

Bulgular: Reflü grubunda retrosternal ağrının şiddeti ile KH'nin arttığı saptandı. Reflü grubunda DKB değerleri anlamlı olarak azalmış bulundu. Bunun sonucu olarak NB değerleri yüksek bulundu. Reflü grubunda MCV anlamlı olarak düşük, lenfosit sayıları anlamlı olarak yüksek saptandı. Reflü grubunda K ve Cl değerleri anlamlı olarak düşük saptandı. Reflü grubunda istatistiksel anlama ulaşmasa da "Non-dipper" patern fazla bulundu. Bulgular Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tartışma-sonuç: Bu çalışma ile reflü grubunda NB değerlerinin yüksekliği, LDL kolesterol ve TG yüksekliğinin varlığının saptanması bu hasta grubunda vasküler riskin artmış olabileceği hipotezini desteklemektedir. Daha güçlü için veriler GÖRH ile vasküler hastalık ve mortalite ilişkisini ortaya koyacak daha geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır. Böylece belki de kardiyovasküler açıdan riskli yeni bir populasyon tanımlanacak ve erken tedavi ile mortalitede düşüş sağlanabilecektir.

Anahtar Kelimeler: gastroözofageal reflü hastalığı, nabız basıncı, non-dipper patern, parasempatik sistem, sempatik sistem

Tablo 1:

		Kontrol Grubu (n=50)	Reflü Grubu (n=50)	p*	
Cinsiyet	Kadın	48% (n=24)	42% (n=21)	0,546	
	Erkek	52% (n=26)	58% (n=29)		
Yaş (yıl)		36,68	34,2	0,124	
Bel Çevresi (cm)		81,04	83,48	0,326	
Vücut ağırlığı (kg)		71,04	74,88	0,175	
Boy (cm)		169,34	170,38	0,578	
VKI		24,64	25,37	0,212	
Sistolik Arter Basıncı (mmHg)	Tüm Gün	112,1	111,46	0,743	
	Gündüz	115,26	114,22	0,617	
	Gece	105,94	106,64	0,742	
Diyastolik Arter Basıncı (mmHg)	Tüm Gün	74,86	69,58	0,001	
	Gündüz	73,64	71,92	0,240	
	Gece	65,5	64,44	0,313	
Kalp Atım Hızı (vuru/dk)	Tüm Gün	73,92	74,58	0,632	
	Gündüz	71,24	73,6	0,406	
	Gece	67,34	69,92	0,598	
Nabız Basıncı (mmHg)	Tüm Gün	37,24	42,08	0,004	
	Gündüz	41,62	42,4	0,507	
	Gece	40,44	42,2	0,148	
Nabız Basıncı (mmHg)	Kadın	Tüm Gün	32,17	40,87	<0,001
		Gündüz	39,46	41,38	0,150
		Gece	38,46	40,81	0,072
	Erkek	Tüm Gün	41,92	43,1	0,370
		Gündüz	43,62	43,14	0,799
		Gece	42,27	43,21	0,613
Reverse Dipper (<00)		3% (n=4)	3% (n=4)	0,601	
Non-dipper (%0-010)		52% (n=26)	64% (n=32)		
Dipper (%10-020)		36% (n=18)	24% (n=12)		
Extreme Dipper (>020)		4% (n=2)	4% (n=2)		

* Kruskal Wallis test, ** Student's T test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı.
Ort: Ortalama, SD: standart sapma, VKI: Vücut Kitle İndeksi.

PS-221

HEMODİYALİZ HASTALARINA KRONİK İNFLAMASYON VE ATEROSKLEROZİS İÇİN RİSK FAKTÖRÜ OLARAK ORAL KANDİDA KOLONİZASYONU

Hasan Hacı Yeter¹, Yasemin Erten¹, Hatice Sevmek², Berfu Korkucu¹, Ayşe Kalkancı³, Şehri Elbeg⁴, Kadriye Altok¹, Musa Bali¹, Handan Yılmaz²

¹Gazi Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı

²Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protez Departmanı

³Gazi Üniversitesi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

⁴Gazi Üniversitesi Biyokimya Ana Bilim Dalı

Giriş: Kronik inflamatuvar süreç, kronik böbrek hastalığı olanlarda yaygın bir bulgudur. Bu çalışmanın amacı hemodiyaliz hastalarında oral kandida spp. sıklığını ve diş proteziyle olan ilişkisini araştırmaktır. Ayrıca, bu çalışmada Candida kolonizasyonunun miktarı ve sistemik inflamasyon ve ateroskleroz ile ilişkisi de araştırılacaktır.

Yöntem: Bu çalışmada 69 hasta değerlendirildi. Mikrobiyolojik örnekler 1 cm²'lik bukkal mukoza, damak, diş protezleri alanından ve hastaların diş protezine bitişik olan alanlardan pamuklu çubuk kullanılarak alındı. Yüksek duyarlı C-reaktif protein (hsCRP) ve interlekin-6 (IL-6) enflamasyon belirteçleri olarak ölçüldü. Bulgular: Bu çalışmaya toplam 69 hasta (%58 erkek ve ortalama yaş 62) alındı. Hastaların %53.6'sında (37/69) oral Candida spp. kolonizasyonuna tespit edildi. Oral Candida kolonizasyonu tespit edilen 37 hastanın 28'inde (%75.7) diş protezi vardı ve diş protezi olan hastalarda oral candida kolonizasyonu istatistiksel olarak anlamlı şekilde fazlaydı (p = 0.003). HsCRP ve IL-6 düzeyleri oral Candida kolonizasyonu olan hastalarda, oral Candida kolonizasyonu olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla p = 0.002 ve p = 0.01) (Tablo 1). Candida kolonizasyon negatif gruba göre Candida kolonizasyon pozitif grupta yüksek dansiteli lipoprotein düzeyleri anlamlı olarak düştüğü (p = 0.03). (Tablo 2) Periferik arter hastalığı (p = 0.05) ve oral Candida kolonizasyonu (p = 0.002) inflamasyon ile anlamlı olarak ilişkiliydi. (Tablo 3)

Sonuç: Oral Candida kolonizasyonu, hemodiyaliz hastalarında kronik inflamasyon ve ateroskleroz gelişimi ile ilişkili olabilir. Bu ilişki bu hastalarda kötü kardiyovasküler sonuçlara katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: Candida, diş protezi, hemodiyaliz, inflamasyon, ateroskleroz

Table 1: Demographic characteristics of patients

Variable (n)	Total Patients n=69	Positive n=37 (53.6%)	Negative n=32 (46.4%)	P value
Gender				0.6
Male	40 (58%)	20 (54.1%)	20 (62.5%)	
Female	29 (42%)	17 (45.9%)	12 (37.5%)	
Age (y)	62 (18-97)	63 (24-97)	59.5 (18-83)	0.05
Diabetes mellitus	14 (20.3%)	9 (24.3%)	5 (15.6%)	0.4
Hypertension	34 (49.3%)	18 (48.6%)	16 (50%)	0.1
CAD	21 (30.4%)	15 (40.5%)	6 (18.8%)	0.04
PAD	10 (14.5%)	8 (21.6%)	2 (6.2%)	0.06
BMI	24.3 (16-44)	27 (17-36)	21.8 (16-44)	0.001
URR	34±7.2	32.9±7.3	35.3±7.1	0.1
Kt/V	1.64±0.36	1.58±0.33	1.71±0.4	0.2
Intra-dialytic Mean arterial pressure (mmHg)	83.2 (50-127)	82 (50-105)	80 (60-127)	0.1
IDWG %	3.79 (0.4-7.22%)	3.7 (0.4-7.22%)	3.8 (0.7-7.09)	0.2
Dental Prosthesis				0.003
Yes	41 (59.4%)	28 (75.7%)	13 (40.6%)	
No	28 (40.6%)	9 (24.3%)	19 (59.4%)	

CAD: coronary artery disease, PAD: Periphereal arterial disease, BMI: Body mass index, URR: Urea reduction rate, IDWG: Interdialytic weight gain

Table 2: Laboratory parameters of patients

Variable	Total Patients n=69	Positive n=37 (53.6%)	Negative n=32 (46.4%)	P value
Hemoglobin (g/dl)	11.7±1.7	11.1±1.8	10.9±1.6	0.6
Htc	33.7±5.2	34.3±5.3	33±4.9	0.3
Wbc (x10 ⁹ mm ³)	6.9±1.9	7.3±1.8	6.5±1.9	0.1
BUN (mg/dl)	62±10	62.7±14.5	61.8±16	0.8
Creatinine (mg/dl)	8±2.2	7.98±2.67	8.08±1.6	0.8
Uric acid (mg/dl)	5.2±0.9	5.5±0.96	5.01±0.9	0.04
Calcium (mg/dl)	8.78±0.7	8.63±0.68	8.95±0.7	0.001
Phosphorus (mEq/L)	4.9±1.4	4.9±1.37	4.89±1.5	0.9
Albumin (g/dl)	3.7±0.4	3.69±0.44	3.8±0.3	0.2
LDL (mg/dl)	170 (94-298)	171 (94-287)	170 (107-298)	0.8
HDL (mg/dl)	95 (41-208)	93 (41-183)	99 (51-208)	0.5
PTH (pg/ml)	36 (23-65)	34.5 (25-55)	39.5 (23-65)	0.03
EPO treatment (u)	327 (14-1834)	372 (14-1227)	358 (20-1834)	0.34
ERI group				0.8
• ERI < 5	5.76 (1.87-19.7)	4.49 (1.87-19.7)	6 (3-14.2)	0.3
• ERI 5-15				0.5
• ERI > 15		15 (62.5%)	8 (42.1%)	
IL-6 pg/ml	2.9 (53.5%)	7 (79.2%)	1 (57.9%)	
hsCrp mg/L	18 (41.2%)	2 (8.3%)	0	
	29.4 (7%)	8.63 (2-159)	5.29 (2-25.7)	0.01
	6.62 (2-159)	9.53 (3-27.5)	3 (3-56.7)	0.002
	7.16 (3-56.7)			

URI: Hemoglobin, Htc: White blood cell, BUN: Blood urea nitrogen, LDL: Low density lipoprotein, HDL: High density lipoprotein, PTH: Parathyroid hormone, EPO: Erythropoietin, ERI: Erythropoietin resistance index, IL-6: Interleukin-6, hsCrp: High sensitive C-reactive protein.

Table 3: Logistic regression analysis for risk factors to predict inflammation

Variable	hsCrp*	P Value	IL-6**	P Value
Age	1.008 (0.982-1.035)	0.53	1.018 (0.991-1.046)	0.18
Diabetes	0.929 (0.287-3.009)	0.9	0.636 (0.195-2.075)	0.45
CAD	1.391 (0.494-3.992)	0.5	1.615 (0.552-4.729)	0.38
PAD	4.593 (1.212-23.513)	0.05	3.259 (0.634-16.648)	0.15
Kt/V	0.188 (0.041-0.874)	0.03	0.479 (0.124-1.845)	0.28
ERI	1.009 (0.862-1.182)	0.9	1.035 (0.880-1.218)	0.67
PTH	0.999 (0.998-1.001)	0.24	0.999 (0.998-1.000)	0.14
Dental Prosthesis	1.882 (0.712-4.979)	0.2	1.733 (0.653-4.600)	0.26
Oral Candida	5.200 (1.361-4.529)	0.002	3.940 (1.434-10.856)	0.008

CAD: coronary artery disease, PAD: Periphereal arterial disease, Kt/V: Erythropoietin resistance index, PTH: Parathyroid hormone.

*ROC analysis was performed to find best cutoff value hsCrp for Candida colonization: 7 mg/L sens:67%, spec:69%, positive predictive value:70.3%, negative predictive value:68.8% and AUC:0.70

**ROC analysis was performed to find best cutoff value IL-6 for Candida colonization: 6 pg/ml sens:73%, spec:60%, positive predictive value:73%, negative predictive value:59% and AUC:0.67

PS-222

MİKOFENOLAT MOFETİL İLE TEDAVİ EDİLEN STEROİD DİRENÇLİ AKUT TUBÜLOİTERİSTİYEL NEFRİT OLGUSU

Emre Çankaya¹, Şimal Köksal Cevher¹, Aysel Çolak², Meryem Keleş¹, Başak Tanburoğlu¹, Filiz Çelikel Cumbul¹, Ezgi Coşkun Yenigün¹, Fatih Dede¹

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği

²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

Giriş: Akut tübülinterstiyel nefrit (ATIN) çoğu kez geri dönebilir, interstisyumda inflamatuvar infiltrasyonla tanımlanan; akut böbrek böbrek yetmezliği nedenlerinden biridir. Etiyolojide en sık ilaçlar (NSAI, antibiyotikler, proton pompa inhibitörleri) bulunmakla birlikte; enfeksiyonlar, tübülinterstiyel nefrit ve uveit sendromu, Sarkoidoz, Sjögren sendromu, sistemik lupus eritematozus gibi sistemik hastalıklar yer almaktadır. Tedavinin temelinde etken olan ajanın uzaklaştırılması yer almakta olup, kortikosteroid tedavisinin yeri tartışmalıdır. Olgu sunumları temelinde, bazı yazarlar ise kortikosteroid dirençli vakalarda mikofenolat mofetilin (MMF) kullanılmasını savunmaktadır. Burada kliniğimizde takip edilen steroid dirençli, MMF'e yanıt veren bir ATIN olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu: İki haftadır bulantı/kusma şikayeti olan ve bazal kreatinin değeri:0,8 gr/dl olan hasta, kreatinin:4,93 gr/dl saptanarak akut böbrek

hastalığı ön tanısı ile servisimize kabul edildi. Özgeçmişinde 2 yıldır diyabetes mellitusu olduğu ancak ilaç kullanmadığı öğrenilen hastanın sistem sorgusunda ilaç, herbal kullanımı olmayıp, takibinde IV+oral hidrasyona rağmen kreatinin değerleri gerilememesi üzerine hastaya renal biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu akut tübülointerstisyel nefrit olarak raporlanan hastaya 48 mg metilprednizolon tedavisi başlandı. İki haftalık tedavi ile izlenirken kreatinin artışı devam etmesi ve diyaliz ihtiyacı gelişmesi üzerine hastaya 2. renal biyopsi yapıldı, sonucu yeniden tübülointerstisyel nefrit olarak raporlanan hastanın steroid tedavisine devam edildi. Takibinde kreatinin:2,5 gr/dl ye kadar gerileyen hasta ayakta izleme alındı. Poliklinik kontrollerinde metilprednizolon doz azaltımı ile kreatinin:6,1gr/dl'ye kadar yükselen hasta servisimize tekrar yatırılarak 3. renal biyopsisi yapıldı, sonucu tübülointerstisyel nefrit olarak raporlanan hastada etyolojiye yönelik yapılan tetkikler sonucunda TINU sendromu, otoimmün hastalıklar, malignite ve enfeksiyonlar dışlandı. Steroid dozu artırılmasına rağmen yanıt alınamayan hastaya 2x500 mg MMF başlandı. Takiplerinde son kreatinin değeri 2,5 gr/dl'ye kadar düşen hasta hala 20 mg steroid+2x500 mg MMF tedavisi ile izlenmektedir.

Tartışma: ATIN tedavisinde çelişkili veriler olması ve randomize kontrollü çalışmaların olmaması nedeni ile kortikosteroid tedavinin yeri belirsizdir. Diğer immunsupresiflerle ilgili ise sınırlı sayıda olgu sunumları mevcuttur. Sekonder etyolojilerin dışlanmış olduğu, yapılan 3 renal biyopside de ATIN saptanan, steroid tedavisine dirençli olması nedeni ile tedaviye MMF eklenen, bunun sonucunda GFR'de başarılı düzelmenin sağlandığı bir olgu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Tübülointerstisyel nefrit, mikofenolat mofetil

PS-223

BÖBREK NAKLİNDE DÜŞÜK DOZ VALGANSİKLOVİR PROFİLAKSİSİNİN ETKİNLİĞİ

Nadir Alpay¹, Ümit Özçelik², Eryiğit Eren³, Bora Uslu⁴

¹İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi, Nefroloji Bölümü

²İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi, Genel Cerrahi

³İstinye Üniversitesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü

⁴İstinye Üniversitesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi, Nefroloji Bölümü

Amaç: Valgansiklovir böbrek nakli hastalarında CMV profilaksisi için yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak mevcut dozun (900 mg/gün) böbrek fonksiyonlarına olan olumsuz etkisi ve lökopeni yan etkisi nedeniyle düşük doz (450 mg/gün) Valgansiklovir kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Biz de bu çalışmamızda düşük doz Valgansiklovir kullanımı ile ilişkili erken sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmada 01/12/2017-15/05/2018 tarihleri arasında İstinye Üniversitesi ve İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanelerinde yapılmış olan böbrek nakli hastaları incelendi. Hastaların demografik bulguları, preop CMV durumları, postop CMV insidansı, lökopeniinsidansı değerlendirildi.

Bulgular: Ortalama yaşı 26.1 olan toplam 67 hasta (29 kadın, 38 erkek) ameliyat edildi. Böbrek nakillerinin 65'i canlı vericiden, biri kadavra donörden yapıldı. Hastaların tümünün preop CMV IgG (+), donörlerin de tümünün preop CMV IgG (+) idi. Ortalama takip süresi 4,5 ay (3-9 ay) idi. Bu süreçte toplam 2 hastada CMV enfeksiyonu (%2) gelişti. Her iki hasta da intravenöz gansiklovir ile tedavi edildi. CMV'ye bağlı herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Sonuç: Bu çalışmada 450 mg/gün dozunda kullanılan Valgansiklovirin böbrek naklinden sonra CMV profilaksisi için etkin olduğu görülmüştür. Literatürde düşük doz valgansiklovirin böbrek fonksiyonları üzerinde daha az olumsuz etkisi olması, lökopeninin de daha az görülmesi nedeniyle standart doza göre düşük doz Valgansiklovir kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Literatürde standart doz kullanımında görülen CMV prevalansı ile düşük doz kullanımdaki oranın birbirine yakın olması nedeniyle düşük doz Valgansiklovir kullanımı öneriyoruz.

Anahtar Kelimeler: Valgansiklovir, CMV, böbrek transplantasyonu

PS-224

GEÇ BAŞVURAN RENAL ARTER OKLUZYONU OLAN HASTADA RENAL PERFÜZYONUN SAĞLANMASI

Derya Başak Tanburoğlu, Fatih Dede

SBÜ Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Renal arter trombozu nadir görülen fakat ciddi bir klinik durumdur. Akut renal arter tıkanıklığının en sık nedeni emboli ve arteriyel trombozudur. Arteriyel trombozun en sık nedeni ise aterosklerozdur. Akut renal arter trombozunun geliştiği hastalarda renal enfarkt, ve enfarkta bağlı semptom ve bulgular izlenir. En sık semptom akut yan ağrısıdır. Yeni başlangıçlı hipertansiyon nadirdir ancak altta yatan renal arter lezyonu olan hastalarda görülür. Ancak enfarktın asemptomatik olabileceği de akılda tutulmalıdır. Hafif derecede kreatinin yüksekliği, lökositoz, AST, ALP, LDH yüksekliği eşlik edebilir. Özellikle LDH yüksekliği tromboemboli tanısında uyarıcı olmalıdır. Kesin tanı renal anjiyografi ile konulmaka beraber mümkün olmadığı durumlarda BT anjiyografi de kullanılmaktadır. Akut renal arter trombozunda tedavide amaç kan basıncı kontrolü sağlamak, böbrek fonksiyonlarını korumaktır. Tedavide invaziv perkutan girişim uygulanabilir. Revaskülerizasyon atrofik böbreği ve uzamış iskemi süresi olmayanlara uygulanır. İlk 24 saat içerisinde uygulanan revaskülerizasyon tedavisi renal yetmezliği düzeltebilir. Bu olguda renal arter trombozu olan hastanın 72 saat sonra yapılan revaskülerizasyon tedavisi sonucu renal perfüzyonun sağlandığı görülmüştür.

Olgu: 48 yaşında erkek hasta başağrısı ve yan ağrısı şikayeti ile acil servise başvurmuş. Hastanın acil serviste bakılan tansiyonu:23/100 mmhg saptanmış. Bilinen Hipertansiyonu ve nefrolitiazis öyküsü olan hastaya yapılan laboratuvar tetkiklerinde AST, CRP,KRE,ÜRE yüksekliği ve tam idrar tahlilinde her alanda 2-4 lökosit 10-12 eritrosit saptanmış. Hastaya kontrastlı abdomen BT çekilmiş. BT'de sağ renal arterde total, sol renal arterde %70 darlık saptanmış. Antihipertansif tedavi veren hasta kapsamlı merkeze sevk edilmiş. Hasta normatansif olduktan sonra hastaneden ayrılmış. Üç gün sonra hastanemiz acil servise başvuran hasta nefroloji servisine yatırıldı. Hastanın tansiyonu:170/90 mmhg ölçüldü. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde kre:1.5 mg/dl BUN:31 mg/dl LDH:2745 Ü/L saptandı. Hastaya BT anjiyografi çekildi: sağ renal arter orijinde total oklude sağ renal arterde proksimal ve distalde üst pol segmenter dalda %70 darlığa neden olan yaygın trombüs, sağ böbrek posterior haricinde yaygın enfarkt alanları, sol renal arter orijin düzeyinde %70 oranında darlık izlenmiştir. Bilateral böbrek boyutları normal saptanmıştır. Hastaya hidrasyon ve n-asetil sistein başlanarak hasta renal anjiyografiye alındı. Renal anjiyografide sağ renal artere stent uygulandı sol renal arterde %80 darlık saptandı. Hastaya asetilsalisilik asit ve klapidogrel tedavisi başlandı. Hastaya üç gün sonra sol renal arterdeki darlığa da stent takılması planlanarak renal anjiyografi yapıldı açıklık sağlanan hastanın kontrol kre:1.2 mg/dl saptandı. Renal perfüzyonu sağlanan hasta antihipertansif tedavisi ve antiagregan tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.

Sonuç: Akut renal arter trombozunda revaskülerizasyon ile renal perfüzyon ve renal fonksiyonlar devam ettirilebilir. Olgumuzda gec başvuruya rağmen revaskülerizasyon tedavisi sonrası renal perfüzyon sağlanmış, renal fonksiyonlar düzelmiştir.

Anahtar Kelimeler: renal arter, oklüzyon, revaskülerizasyon, renal fonksiyon

PS-225

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS İLİŞKİLİ TROMBOTİK TROMBOSİTOPENİK PURPURA

Abdülkerim Furkan Tamer¹, Sıla Öksüz²

¹Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji ve İç Hastalıkları

²Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları

Giriş: Sistemik Lupus Eritematozus (SLE), birden fazla sistemin tutulduğu, yaygın vasküler ve bağ dokusu inflamasyonu ile giden etiyolojisi netlik kazanmayan otoimmün bir hastalıktır. Trombotik trombositopenik purpura (TTP) nadir görülen, hayatı tehdit eden, ateş, dalgalanmalar gösteren nörolojik

bozukluklar, progresif renal yetmezlik, mikroanjiopatik hemolitik anemi, trombositopeni ile karakterizedir. Burada nöropsikiyatrik bulgularla gelen, takiplerinde hemolitik anemi ve trombositopeni gelişen bir sistemik lupus eritematosuz vakası anlatılmaktadır.

Vaka: 23 yaşında, anlamsız konuşmalar, yakınları ile iletişimde azalma, şuur bozukluğu şikayetleri ile acil servise başvuran kadın hasta, nörolojik muayenede zaman oryantasyonu bozuk, duygulanımı uygunsuz, konuşması dizartrik ve konfüze idi. Ensefalopati ön tanısı ile çekilen diffüzyon MR'da bilateral frontoparietal alanda subkortikal ak maddeden derin akmaddeye uzanan simetrik difüzyon kısıtlaması izlenen hastaya acil serviste nöroloji tarafından yapılan lomber ponksiyonda BOS basıncı: 245 mmH₂O, BOS biyokimyası normal idi, mikroskopide lökosit izlenmedi. Fizik muayenede kan basıncı 110/60 mmHg, nabız: 110/ dk, ateş: 38°C, kalp sesleri derinden gelmekte idi. Ekokardiyografide kalbi çepçevre saran, posterolateralde belirgin, en kalın yerinde 1.6 cm olan, kalbe bası yapmayan perikardiyal effüzyon saptandı. Serum kreatinini 1.46 mg/dL, Hb: 7.6 g/dL, CRP: 0.8 mg/L, ESR: 87 mm/sa, spot idrarda 2+ proteinüri saptanan hasta hospitalize edildi. Periferik yaymada fragmanite eritrositler izlenen hastanın direkt ve indirekt Coombs testleri pozitif, komplemanlı coombs testi negatif saptandı. ANA titresi 1:640, anti ds-DNA: >300 IU/L, C3: 28.6 mg/dL, C4: 5.9 mg/dL idi. 24 saatlik idrarda 890 mg protein saptandı. Bu bulgular eşliğinde SLE ön tanısı ile yapılan renal biyopsi evre 4 lupus nefriti ile uyumlu sonuçlandı. 3 gün süre ile 1g/gün verilen pulse steroid tedavisi 1 mg/kg/gün metilprednizolon olarak devam edildi. Takipleri sırasında gelişen ve periferik yayma ile doğrulanan trombositopenisi, nörolojik semptomları, ateşi, böbrek yetmezliği olan hastadan istenen ADAMTS-13 aktivitesi (%94), ADAMTS-13 antijen (0.237 IU/mL) ve ADAMTS-13 inhibitör (5.3 U/mL) düzeyleri normal olarak saptandı. TTP dışlanamadığından, SLE ilişkili trombotik trombositopenik purpura benzeri sendrom tanısı ile 23 seans plazmaferez yapıldı, replasman sıvı olarak taze donmuş plazma kullanıldı. Plazmaferezden sonra trombositopenisi, anemisi ve genel durumu hızla düzelen hastanın tedavisine 500 mg/m²/ay siklofosfamid ile başlandı. İdame tedavisi hidroksiklorokin, metilprednizolon, azatioprin olarak devam edilen ve takibe alınan hastanın kontrol difüzyon MR'ında, eskisi ile karşılaştırıldığında her iki serebral hemisferde subkortikal ak maddeden derin ak maddeye uzanan sinyal değişimleri tamamen regrese olmuştu. Kontrol ekokardiyografisinde perikardiyal effüzyon izlenmedi. Tedavinin 4. ayında hipokomplementemi düzeldi, 24 saatlik idrardaki protein 200 mg'a, kreatinin 0.6 mg/dL'ye geriledi, Hb: 14,3 g/dL, trombosit: 167000/μL idi.

Sonuç: TTP, nadir olarak SLE gibi otoimmün hastalıklarla birlikte olabilir. TTP'nin klasik semptomları olan ateş, nörolojik bozukluklar, renal, bozukluklar ve trombositopeninin SLE'de de görülmesi nedeniyle, SLE ile karışabilir, tanı ve tedavinin gecikebilir. Akut dönemde verilecek tedavi hastalığın fatal seyrinin önüne geçebilir.

Anahtar Kelimeler: trombotik trombositopenik purpura, sistemik lupus eritematosuz, plazmaferez

**28. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve
Transplantasyon Hemşireliği Kongresi**
*28th National Congress of Renal Diseases,
Dialysis and Transplantation Nursing*

Sözlü Bildiriler / Oral Presentations

05 EKİM 2018, CUMA

HEMŞİRELİK SÖZEL BİLDİRİLER	
Tarih	5 Ekim 2018, Cuma
Saat	10:15-12:15
Salon	A
Oturum Başkanları	Belgüzar Kara, Sevginar Şentürk

HS-01**HEMODİYALİZ HASTALARINDA HASTALIK ALGISI VE SIVI KISITLAMASI UYUMUNA ETKİSİ**

Özlem Demir, Zeynep Erdoğan, Elif Yanaz, Banu Kurban

HS-02**HEMODİYALİZ HASTALARINDA UYKU HİJYENİ EĞİTİMİ VE PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZİNİN UYKU, YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYONA ETKİSİ**

Gülay Turgay, Ülkü Polat

HS-03**HEMODİYALİZ HASTALARININ SIVI KONTROLÜNE YÖNELİK UYUMLARININ BELİRLENMESİ**

Zeynep Kızılcık Ozkan, Seher Ünver, Bahar Çetin, Tefvik Ecder

HS-04**HEMODİYALİZ ÖNCESİ VE SONRASI RUTİN VE STANDART ŞEKİLDE ÖLÇÜLEN KAN BASINCI DEĞERLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Derya Duman, Emre Erdem, Tefvik Ecder

HS-05**KRONİK HEMODİYALİZ HASTALARINDA DEPRESYON SIKLIĞI: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA**

Rasim Yazıcı, Aysun Demir, Türkan Subaşı Dede, Erbil Bilal Demirel, Ekrem Kara

HS-06**PERİTON DİYALİZİNİN DENGE VE DÜŞME RİSKİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Dilek Efeyurtlu, Durkadin Duygu Balci, Ayça İnci, Funda Sarı, Semih Gül, Metin Sarıkaya, Meral Bilgilişoy Filiz, Şebnem Koldaş Doğan

HS-07**PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA ÖZ-YÖNETİM PROGRAMININ EL YIKAMA/MASKE TAKMA DAVRANIŞLARINA VE ÖZ YETERLİLİK DÜZEYİNE ETKİSİ**

Ezgi Karadağ

HS-08**TÜRKİYE'DE ENFEKSİYÖZ KOMPLİKASYONLARIN EĞİTİM YÖNTEMİ İLE İLİŞKİSİ**

Eylem Topbaş, Ayten Karakoç, Mürvet Yılmaz

HS-09**TÜRKİYE'DE PERİTONİT ÖNLENMESİ VE TEDAVİSİNE YÖNELİK UYGULAMALARIN ENFEKSİYÖZ KOMPLİKASYONLARLA İLİŞKİSİ**

Eylem Topbaş, Ayten Karakoç, Mürvet Yılmaz

HS-10**HEMODİYALİZ HASTALARINA VERİLEN ARTERİYOVENÖZ FİSTÜLE İLİŞKİN EĞİTİM HASTALARIN ÖZBAKIM DAVRANIŞLARINI NASIL ETKİLER?**

Sevda Tüzün Özdemir, Asiye Durmaz Akyol

HEMŞİRELİK SÖZEL BİLDİRİLER	
Tarih	5 Ekim 2018, Cuma
Saat	14:15-16:15
Salon	A
Oturum Başkanları	Nurten Özen, Nermin Erdoğan

HS-11**TÜRKİYE'DE KATETER ÇIKIŞ YERİ BAKIM STANDARTLARININ ENFEKSİYÖZ KOMPLİKASYONLARLA İLİŞKİSİ**

Eylem Topbaş, Ayten Karakoç, Mürvet Yılmaz

HS-12**HEMODİYALİZ MERKEZLERİNDE VERİLEN HİJYEN VE ENFEKSİYON KONTROLÜ EĞİTİMLERİNİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Fatma Kaban, Nurcan Burbut, Özlem Usul, Bahriye Yılmaz, Emine Dane, Dürdane Yalçın, Hakan Kaptanoğulları

HS-13**KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ İLERLEME HIZININ HESAPLANMASI: PİLOT ÇALIŞMA**

Eylem Topbaş, Öznur Görgen, Gülay Bingöl, Lale Akkaya, Meryem Timuçin, Ferhan Candan

HS-14**DİYALİZ HASTALARI VE SAĞLIKLI BİREYLERİN TÜRKÇE ÖZ-BAKIM GÜCÜ VE YAŞAM DOYUMUNUN KARŞILAŞTIRILMASI**

Canan Doğan, Ayten Karakoç, Filiz Turan, Arzu Öztürk, Duygu Ateş, Filiz Semerci, Mürvet Yılmaz, Nazmiye Özlem Harmankaya

HS-15**ULTRA SAF DİYALİZAT VE HIGH-FLUX MEMBRAN KULLANIMININ 1 YILLIK İZLEMDE KLİNİK SONUÇLARI VE MORTALİTE ÜZERİNE ETKİSİ.**

Nur Ünal Kaya, Gülsüm Saat, İbrahim Doğan, Barış Eser

HS-16**HEMODİYALİZ HASTALARINDA KOKU FONKSİYONU**

Gülay Turgay, Zeynep Bal, Emre Tural, Siren Sezer

HS-17**TÜRKÇE ÖZ-BAKIM GÜCÜ VE YAŞAM DOYUM AÇISINDAN DİYALİZ HASTALARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Canan Doğan, Ayten Karakoç, Filiz Turan, Arzu Öztürk, Duygu Ateş, Filiz Semerci, Mürvet Yılmaz, Nazmiye Özlem Harmankaya

HS-18**HEMODİYALİZ HEMŞİRELERİNİN YAŞADIKLARI ETİK SORUNLAR VE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ**

Nazan Kılıç Akça, Dilek Efe Arslan

HS-19**PERİTON DİYALİZİNİN TRANSFER SET DEĞİŞİMİNDE STERİL VE ASEPTİK YÖNTEMİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Dönsel Acar Küçükylmaz, Erdinç Ünal, Rukiye Şimşek, Türkan Şanlı, Oğuz Küçükylmaz

HS-20**HEPATİT B VE HEPATİT C VİRÜSLERİYLE KARŞILAŞMIŞ OLAN BÖBREK NAKİLLİ HASTALARIN KLİNİK SEYRİNİN İZLENMESİ**

Saliha Mert, Ayşe Sinangil, Soykan Barlas, Zuhal Atan Uçar, Yener Koç, Emin Barış Akin, Süleyman Tefvik Ecder

HS-01

HEMODİYALİZ HASTALARINDA HASTALIK ALGISI VE SIVI KISITLAMASI UYUMUNA ETKİSİ

Özlem Demir², Zeynep Erdoğan¹, Elif Yanaz², Banu Kurban²¹Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu²Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nefroloji Kliniği, Diyaliz Ünitesi

Giriş: 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 hastalarında hastalık algısının sıvı kısıtlamasına uyumuna etkisini belirlemek amacıyla planlandı.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın örneklemini Şubat - Haziran 2018 tarihleri arasında, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nefroloji kliniğinde tedavi gören tüm HD hastaları (n=50) oluşturmuştur. Çalışma verileri Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği (HHSKÖ) ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) ile toplandı. Veriler SPSS 16.0 programında değerlendirildi. Veriler normal dağılıma uymadığı için ikili karşılaştırılmalarda Mann Whitney U, üçlü karşılaştırmalarda Kruskal Wallis testi, kıkare ve spearman korelasyon testleri kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 59.74± 7.58 yıl olan hastaların ortalama KBY tanı alma süreleri 9.1± 3.56 yıl olup %40'nın primer böbrek hastalığı hipertansiyon ve diyabet (%32). Çoğunluğunda (%80) böbrek hastalığı dışında başka bir kronik hastalığa sahiptir. Hastaların sıvı kısıtlamasına uyum puanı 53'tür. Bilgi, davranış ve tutum ölçeğinden aldıkları puan sırasıyla 19,23 ve 11'dir. KHAÖ puanı ortalaması 34.1± 6.97'dir.

HHSKÖ ile KHAÖ arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki mevcuttur (r: -0.40 p<0.004) HHSKÖ alt boyutlarından davranışla KHAÖ arasında negatif yönde, orta düzeyde (r: -0.27; p<0.04), tutum alt boyutuyla da negatif yönde, güçlü düzeyde (r: -0.64 ; p<0.001 ilişki bulunmuştur. Ek bir kronik hastalık varlığıyla tutum alt boyutu (p<0.001) ve KHAÖ (p<0.002) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kronik hastalığı olanların sıvı kısıtlamasına uyumları düşük ve hastalıklarını daha tehdit edici bulmaktadırlar. Kadınların duygusal algı puanları erkeklerle göre daha yüksektir (p<0.02). Yaş, hastalık ve diyalize girme süresiyle HHSKÖ ve KHAÖ arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

Sonuç: Hastaların sıvı kontrolüne uyumları olumsuz düzeydedir. Hastalıklarını daha tehdit edici bulanların, sıvı kısıtlamasına uyum düzeyleri de azalmaktadır. Kronik hastalığı olanların sıvı kısıtlamasına uyumları düşük ve hastalıklarını daha tehdit edici bulmaktadırlar.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, hastalık algısı, sıvı kısıtlaması, uyum

HS-02

HEMODİYALİZ HASTALARINDA UYKU HİJYENİ EĞİTİMİ VE PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZİNİN UYKU, YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYONA ETKİSİ

Gülşay Turgay¹, Ülkü Polat²¹Başkent Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu²Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş: Araştırma hemodiyaliz hastalarına uygulanan progresif gevşeme egzersizinin (PGE) ve uyku hijyeni eğitiminin uyku, yaşam kalitesi ve depresyona etkisini incelemek amacıyla 1 Ocak – 10 Ekim 2017 tarihleri arasında, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Ümitköy Diyaliz Merkezi ve Çiğdem Diyaliz Merkezi'nde tedavi gören, araştırmanın sınırlılıklarına uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 20 müdahale ve 23 kontrol grubu ile ön test-son test kontrol gruplu ve yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Yöntemler: Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan hasta tanıtım formu, uyku kalitesini değerlendirmek

için Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ), yaşam kalitesini değerlendirmek için SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, depresyon durumunu değerlendirmek için Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılmıştır. Çalışmamızdan elde edilen veriler; SPSS 17.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın birinci ölçüm aşamasında, tüm hastalara veri toplama araçları uygulanmıştır. Daha sonra müdahale grubundaki hastalara uyku hijyeni ve PGE eğitimi verilmiştir. Müdahale grubundaki hastalara, altı hafta boyunca haftada iki kez araştırmacı tarafından PGE yaptırıldıktan sonra, hastaların tamamına veri toplama araçları yeniden uygulanmış ve ikinci ölçüm sonuçları elde edilmiştir. Sonraki altı haftada ise müdahale grubundaki hastalardan kendi kendilerine haftada iki kez PGE yapmalarına istenmiş ve araştırmacı tarafından uygulamaya yönelik hatırlatmalar telefonla ve/veya diyaliz ünitesinde yapılmıştır. Araştırmanın son haftası, tüm hastalara yeniden veri toplama araçları uygulanmış ve üçüncü ölçüm sonuçları elde edilmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Çalışma sonucunda, müdahale grubundaki hastaların üçüncü ölçüm PUKİ global skor ve BDE puan ortalamaları anlamlı derecede düşük tespit edilmiştir. Hastaların gruplar arası üçüncü ölçüm yaşam kalitesi puan ortalamaları (fiziksel rol kısıtlılıkları hariç) arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Uyku hijyeni eğitimi ve PGE'nin, depresyon şiddetini azaltmada, uyku ve yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara göre hemşirelerin hemodiyaliz hastalarına PGE ve uyku hijyeni eğitimi vermesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, hemodiyaliz, progresif gevşeme egzersizi, uyku hijyeni, uyku kalitesi, yaşam kalitesi.

HS-03

HEMODİYALİZ HASTALARININ SIVI KONTROLÜNE YÖNELİK UYUMLARININ BELİRLENMESİ

Zeynep Kızılcık Ozkan¹, Seher Ünver¹, Bahar Çetin², Tefvik Ecdar³¹Trakya Üniversitesi²Özel Diaverum Lüleburgaz Diyaliz Merkezi³İstanbul Bilim Üniversitesi

Giriş: Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda sodyum ve sıvı alımının kısıtlanması gerekmekte olup sıvı volüm fazlalığı kardiyovasküler hastalıkların ve hipertansiyonun en önemli nedeni olarak bilinmektedir. Hastaların diyetle tuz alımının kısıtlanması ve sıvı alımına yönelik uyumlarının bilinmesi sıvı kontrolünün sağlanmasında önemlidir. Bu çalışmanın amacı; hemodiyaliz hastalarının sıvı kontrolüne ilişkin uyumlarının belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki çalışmanın verileri 4 özel diyaliz merkezi ve bir üniversite hastanesinde hemodiyaliz tedavisi alan 183 hastanın katılımıyla Temmuz 2016-Aralık 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışma öncesinde kurum ve etik kurul izni (2016/167) alındı. Coşar'ın 2012 yılında yaptığı çalışmadaki (Ölçek geliştirme çalışması: Hemodiyaliz hastalarında sıvı kontrolü) bulguların dahilinde toplam ölçek puanına ilişkin saptanan standart sapma değerine göre (SS=6.37) %95 güven düzeyinde, %3 tolerans ve %80 güç oranı öngörerek örneklem sayısı en az 141 kişi olarak bulundu. Veri toplamada "Hasta Tanım Formu" ve hemodiyaliz hastalarında sıvı kontrolünün değerlendirilmesini sağlayan 24 ifadeden oluşan "Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği" kullanıldı. Ölçekten alınan en düşük puan 24 en yüksek puan 72 olup, puan arttıkça hastaların sıvı kontrolüne uyumu da artmaktadır. Verilerin analizinde ki kare ve korelasyon testleri uygulandı.

Bulgular: Hastaların %54,3'ünün (n=100) kadın; %77,7'sinin (n=143) evli; %82,1'inin (n=151) ilköğretim mezunu ve yaş ortalamasının 58,5±14,3 olduğu saptandı. Hastalar %71,2'si intradiyalitik fazla kilo alımına bağlı solunum sıkıntısı, ödem, kan basıncında değişiklik ve kramp gibi sorunlar yaşadığını belirtirken, %91,8'i (169) hekim, hemşire, diyetisyen gibi sağlık profesyonellerinden sıvı ve tuz kısıtlaması hakkında bilgi aldıklarını belirtmişlerdir.

Hastaların ölçeğin "bilgi" alt boyutunda 18 puan ile yüksek, "tutum" alt boyutunda 9 ile orta ve "davranış" alt boyutunda 25 ile orta düzey puan ortalamalarına sahip olduğu belirlenirken, toplam ölçek puan ortalamasının 52,2±5,8 (36-64) ile orta düzeyde olduğu belirlendi.

Sonuç: Çalışmada hemodiyaliz hastalarının sıvı kısıtlamasına yönelik uyumları orta düzeyde bulunmuştur. Hemşirelerin bakımından sorumlu oldukları hastaların sıvı kontrolüne yönelik bilgi, davranış ve tutumlarını bilmelerini ve öz yönetiminin yetersiz kaldığı durumlarda hastaları bilgilendirilerek desteklemelerini önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, hasta, sıvı kontrolü, uyum

HS-04

HEMODİYALİZ ÖNCESİ VE SONRASI RUTİN VE STANDART ŞEKLİDE ÖLÇÜLEN KAN BASINCI DEĞERLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Derya Duman¹, Emre Erdem¹, Tefvik Ecder²

¹Dımed Özel Merzifon Diyaliz Merkezi Amasya, Merzifon

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

Giriş: Hemodiyaliz hastalarında kan basıncı diyaliz süresince ölçülmektedir. Diyaliz öncesi ölçülen kan basıncı hastanın hemen diyalize girmek istemesi, yeteri kadar dinlenmeden ve uygun pozisyonunda ölçülmemesi gibi nedenlerden dolayı gerçek kan basıncını yansıtmayabilir. Diyaliz sonrası ise yapılan ultrafiltrasyon nedeni ile genelde hastanın kan basıncı düştüğü için farklı sonuçlar çıkabilir. Biz de çalışmamızda rutin diyaliz öncesi ve sonrası ölçülen kan basıncı değerleri ile standartlara uygun ölçülen diyaliz öncesi ve sonrası kan basıncı değerlerini karşılaştırdık.

Yöntemler: 76 hemodiyaliz hastası ile çalışmamız yapıldı. Hastaların kan basıncı arteriyovenöz fistül olmayan koldan ölçüldü. Kateteri olan hastaların kan basıncı ise hep aynı koldan ölçüldü. Tüm ölçümlerde aynı otomatik kan basıncı ölçüm cihazı kullanıldı. Hastalar hemodiyaliz merkezine geldikten sonra standart kan basıncı ölçümü için 5 dakika bir sandalyede sırtları dayalı kolları kalp seviyesinde olacak şekilde dinlendirildi ve kan basınçları ölçüldü. 1 dakika ara ile 2 ölçüm yapıldı. Ölçümlerin ortalaması alındı. Hastalar standart kan basıncı ölçüldükten sonra hemodiyaliz salonuna geçtiler ve diyaliz öncesi normal rutin kan basınçları ölçüldü. Diyaliz tamamlandıktan sonra hastaların rutin kan basıncı ölçüldü. Daha sonra hastalar 5 dakika bir sandalyede oturtulduktan sonra tekrar standart kan basıncı ölçümü yapıldı.

Bulgular: 33 (%43) kadın, 43 (%57) erkek hemodiyaliz hastamız vardı. Hastaların yaş ortalaması 64 ± 12 (19-87) yıl idi. Hastaların diyaliz öncesi ölçülen standart kan basıncı ortalaması rutin kan basıncı ortalamasından daha düşük idi. Diyaliz sonrası ise sistolik kan basıncı ortalamasında rutin ve standart ölçümler arasında fark yok iken, rutin diyastolik kan basıncı ortalaması standart ölçümünden daha düşük idi (Tablo).

Sonuç: Hemodiyaliz öncesi rutin bir şekilde ölçülen kan basıncı, standart ölçümlere göre daha yüksek olmaktadır. Diyaliz sonrası ölçülen kan basıncı değerlerinde ise standart diyastolik kan basıncı ölçümü daha yüksek bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, rutin ve standart kan basıncı

Tablo 1: Hemodiyaliz öncesi ve sonrası rutin ve standart kan basıncı değerlerinin karşılaştırılması

	Rutin Ölçüm(mmHg)	Standart Ölçüm(mmHg)	P Değeri
Hemodiyaliz öncesi			
Sistolik kan basıncı	134 ± 25	129 ± 25	< 0.0001
Diyastolik kan basıncı	77 ± 14	74 ± 12	< 0.0001
Hemodiyaliz sonrası			
Sistolik kan basıncı	113 ± 26	115 ± 24	Anlamlı değil
Diyastolik kan basıncı	68 ± 14	71 ± 12	0.043

HS-05

KRONİK HEMODİYALİZ HASTALARINDA DEPRESYON SIKLIĞI: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

Rasim Yazıcı¹, Aysun Demir¹, Türkan Subaşı Dede¹, Erbil Bilal Demirel¹, Ekrem Kara²

¹T. C Sağlık Bakanlığı, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hemodiyaliz Bölümü

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Depresyon kronik hemodiyaliz gibi sürekli tedavi alan hastalarda sık görülen psikolojik sorunlardan biridir. Çalışmamızda merkezimizde kronik hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda depresyon seviyesinin ve sıklığının ölçülmesini ve hasta değişkenlerine göre değerlendirilmesini amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza Şubat – Mart 2018 tarihlerinde Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz merkezinde 3 ay'dan daha uzun süredir tedavi görmekte olan 28 kronik hemodiyaliz hastası alındı. Hastaların kişisel kayıtları (yaş, cinsiyet, diyabetes mellitus varlığı ve diyaliz yaşı) hasta dosyalarından elde edildi. Hastaların depresyon düzeyleri Beck depresyon ölçeği (BDÖ) anketi uygulanarak saptandı. BDÖ 21 sorudan oluşan, soruların 0-3 arası puan ile değerlendirildiği, kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon için tarama testi olarak geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış bir testtir. BDÖ'den alınan puanlara göre depresyon düzeyleri; 0-9 puan depresyon yok, 10-16 puan düşük, 17-29 puan orta, ≥30 puan yüksek derecede depresyon şeklinde sınıflandırılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 28 hasta (16 erkek, 12 kadın) alındı. 8 (%28,6) hastada Diyabetes Mellitus (DM) vardı. Hastaların ortalama yaşları: 61,7±13,6 (minimum: 35, maksimum: 87) yıl, ortalama diyalize girme süreleri (diyaliz yaşı) ise 55,5±54,6 (minimum: 3, maksimum: 228) ay olarak saptandı. Tüm hastaların ortalama BDÖ puanları 22,5±12,7 (minimum: 2, maksimum: 56) puan bulundu (Tablo 1). Hastalar BDÖ puanlarına göre gruplandırıldığında sadece 5 (%17,9) hastanın normal (0-9 puan) olduğu, geri kalan 23 hastanın ise çeşitli derecelerde depresif olduğu (7 (%25) hastada hafif depresyon, 6 (%21,4) hastada orta derece depresyon ve 10 (%35,7) hastada yüksek derecede depresyon) görüldü. Hastaları normal-hafif depresif (n:12) ve orta-ağır depresif (n:16) olarak iki gruba ayırdığımızda gruplar arasında yaş, diyaliz süresi (yaşı) ve DM sıklığı açısından fark olmadığı ancak orta-ağır depresif grupta normal-hafif depresif gruba göre kadın hasta sayısının istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu (%20 'ye karşılık %62,5, p: 0,015) görüldü (Tablo 2). BDÖ puanları ile korelasyon gösteren parametreler incelendiğinde yaş, diyaliz süresi ve DM varlığı ile ilişkili olmadığı, kadın cinsiyet ile BDÖ arasında istatistiksel anlamlı pozitif korelasyon olduğu (r: 0,572, p: 0,001) saptandı (Tablo 3).

Sonuç: Çalışmamızda kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon sıklığının genel topluma göre çok daha fazla olduğunu ve kadın hastaların özellikle risk altında olduğunu saptadık. Bu nedenle kronik HD hastalarına bu konuda daha çok psikolojik ve medikal destek sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: hemodiyaliz, depresyon, beck depresyon ölçeği

Tablo 1: Tüm hastaların demografik verileri ve Beck depresyon ölçeği puanları

Parametre	Tüm Hastalar (N: 28)
Yaş (Yıl)	61,7±13,6 (minimum: 35, Maksimum: 87)
Cinsiyet (Erkek/Kadın) (N, %)	16 (%57,1) / 12 (%42,9)
Diyabetes Mellitus (N, %)	8 (%28,6)
Diyaliz Yaşı (Ay)	55,5±54,6 (minimum: 3, Maksimum: 228)
Beck Depresyon Ölçeği Puanı (N)	22,5±12,7 (minimum: 2, Maksimum: 56)

Tablo 2: Normal - hafif ve orta - ağır depresyon gruplarının karşılaştırılması

Parametre	Normal- hafif Depresyon (N:12)	Orta-Ağır Depresyon (N:16)	P Değeri
Yaş (Yıl)	59,5±15,3	63,5±12,4	0,453
Cinsiyet (Erkek/Kadın) (N, %)	10(%80) / 2(%20)	6 (%37,5) / 10 (%62,5)	0,015
Diyabetes Mellitus (N, %)	3 (%25)	5 (%31,2)	0,717
Diyaliz Yaşı (Ay)	73,7±68,2	41,9±38,7	0,130
Beck Depresyon Ölçeği Puanı (N)	10,5±4,5	31,5±8,8	<0,001

Tablo 3: Beck depresyon ölçeği puanı ile korelasyon gösteren parametreler

Beck Depresyon Ölçeği Puanı (N)	R değeri	P değeri
Yaş (Yıl)	0,064	0,746
Cinsiyet (Kadın)	0,572	0,001
Diyabetes Mellitus	0,020	0,921
Diyaliz Yaşı (Ay)	0,012	0,952

HS-06

PERİTON DİYALİZİNİN DENGE VE DÜŞME RİSKİ ÜZERİNE ETKİSİ

Dilek Efeurtlu¹, Durkadin Duygu Balcı¹, Ayça İnci², Funda Sarı¹, Semih Gül¹, Metin Sarkaya¹, Meral Bilgilişoy Filiz², Şebnem Koldaş Doğan²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği

Amaç: Periton diyalizi (PD) hastalarında hem yaşlanma ile hem de kronik böbrek hastalığının komplikasyonları nedeniyle fiziksel kısıtlılık, postüral denge bozuklukları ve düşme riskinde artış önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Bununla beraber periton diyalizinin kendisi denge bozuklukları ve düşme riskine katkıda bulunabilmektedir. Bu çalışmada amaç, PD'li olgularda periton diyalizi uygulaması sonrası sağlıklı bireylere göre postüral denge bozuklukları ve düşme riskinde artışın olup olmadığını araştırmaktır.

Yöntem ve Gereçler: Çalışmaya 31 (11 kadın, 20 erkek) PD hastası ve 51 (33 kadın, 18 erkek) sağlıklı birey dahil edildi. Tüm olguların yaş ortalaması 48,84±14,29 yıl idi. Tüm olguların sosyodemografik özellikleri kaydedildi. Postüral denge bilgisayar destekli postürografi cihazı (Tetrax İnteraktif Denge Sistemi) ve Berg denge skalası ile değerlendirildi. Postürografi cihazında stabilite skorları, ağırlık dağılım indeksi ve düşme indeksi değerlendirildi.

Bulgular: Berg denge total skoru PD hastalarında sağlıklı bireylere göre anlamlı olarak daha düşük (p=0.003), düşme indeksi ise daha yüksekti (p=0.000). Stabilite skorları PD hastalarında sağlıklı bireylere kıyasla anlamlı olarak daha kötü idi (p<0.05). Ağırlık dağılım indeksi açısından ise anlamlı fark saptanmadı (p>0.05). Periton diyalizi uygulama öncesi ve sonrası karşılaştırmada ise gözler kapalı baş önde pozisyonundaki stabilite indeksi uygulama öncesi anlamlı olarak daha kötü idi (p=0.017). Uygulama öncesi ve sonrası karşılaştırmada düşme indeksi, ağırlık dağılım indeksi ve diğer stabilite indeksleri açısından anlamlı fark saptanmadı (p>0.05).

Sonuçlar: Periton diyalizi hastalarında sağlıklı bireylere göre postüral denge bozuklukları görülmektedir ancak diyaliz uygulamasının denge bozukluğu ve düşme riskine katkısı olmadığını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Periton diyalizi, postürografi, denge, düşme riski.

HS-07

PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA ÖZ-YÖNETİM PROGRAMININ EL YIKAMA/MASKE TAKMA DAVRANIŞLARINA VE ÖZ YETERLİLİK DÜZEYİNE ETKİSİ

Ezgi Karadağ¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

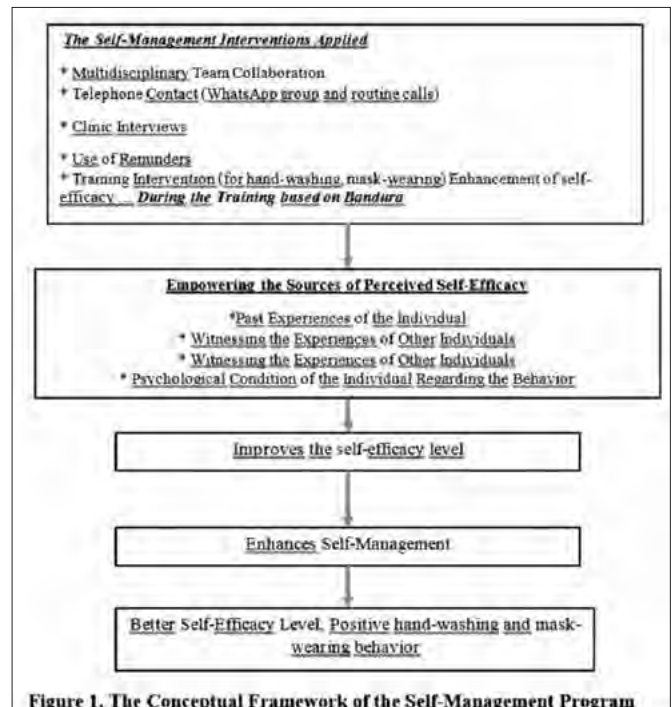
Giriş: Bu çalışma, periton diyalizi hastalarında uygulanan Bandura'ya Temellendirilmiş öz yönetim programının, el yıkama-maske takma davranış değişikliği ve öz yeterlilik düzeyine etkisini açıklamak amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu çalışmada, kontrol grupsuz ön test-son test deseni kullanılmıştır. Çalışmanın örneklemini; Nisan 2017- Şubat 2018 tarihleri arasında Türkiye'nin batısında yer alan bir ilde yer alan hastanede periton diyalizi tedavisi alan 30 hasta oluşturmuştur. Hastalara ilk görüşmede, Sosyo-Demografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Anket Formu ve öz yeterlilik ölçeği uygulanmıştır. 6 ay süren öz yönetim programı sonrasında; öz yeterlilik ölçeği tekrar uygulanmış, el yıkama ve maske takma davranışına yönelik hazırlanan sorular, peritonit ve lökosit anormallliği varlığına yönelik iki soru tekrar sorularak, öz yönetim programının etkinliği değerlendirilmiştir. Bu çalışmadaki öz yönetim programı; multidisipliner ekip işbirliği, telefonla iletişim (Whatsapp gurubu ve rutin aramalar), klinik görüşmeleri, hatırlatıcıların kullanılması, Bandura Temelli eğitim girişimi (el yıkama, maske takmaya yönelik) ile öz yeterliliğin artırılması girişimlerinden oluşmuştur.

Bulgular: Periton diyalizi hastalarında, girişim öncesi ve sonrası genel öz yeterlilik ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t: -4,396, p<.001). Girişim öncesi hastaların %36.7'si periton diyalizi işlemine başlamadan önce ellerini el yıkama tekniğine uygun olarak "her zaman" yıkadığını ifade etmiş, girişim sonrası ise bu oranın %80.0'e çıktığı belirlenmiştir. Girişim öncesi hastaların %46.7'sinin periton diyalizi uygulanan ortamda "her zaman" maske taktığı, girişim sonrası ise; %96.7'sinin "her zaman" taktığı belirlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada; Bandura'ya temellendirilmiş öz yönetim programının, periton diyalizi hastalarının el yıkama-maske takma davranışında olumlu değişiklik kazandırdığı ve öz yeterlilik düzeyini artırdığı saptanmıştır. Periton diyalizi hemşireleri klinikte hastaların öz yönetim ve öz yeterliliklerini artırmak için teori temelli girişimler planlamalı ve öz yönetim programlarına multidisipliner yaklaşımla mutlaka dahil olmalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Periton diyalizi, öz yönetim, el yıkama/maske takma davranış

**Figure 1. The Conceptual Framework of the Self-Management Program**

HS-08

TÜRKİYE'DE ENFEKSİYÖZ KOMPLİKASYONLARIN EĞİTİM YÖNTEMİ İLE İLİŞKİSİ

Eylem Topbaş¹, Ayten Karakoç², Mürvet Yılmaz²¹Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Amasya²Bakırköy Dr.sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr.sadi Konuk Suam, İstanbul

Giriş: Periton Diyaliz (PD)'inin en önemli komplikasyonları enfeksiyonlardır. Enfeksiyonların önlenmesinde PD hasta eğitimi çok önemlidir. Türkiye'deki PD hasta eğitiminde kullanılan yöntemlerin enfeksiyöz komplikasyonlarla ilişkisinin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte tasarlanan çalışmanın evren ve örneklemini Türkiye'deki PD merkezleri oluşturdu (n=88). PD kılavuzları örnek alınarak hazırlanan "PD eğitim Soru Formu" verilerin toplanması için kullanıldı. Formu doldurup gönderen 54 merkez ile çalışma tamamlandı.

Bulgular: Ünitelerin %70.9'unda PD ≥10 yıldan uzun süre uygulanmakta olup, %42.6'sında 1, %46.3'ünde ünite 2 hemşire çalışmakta idi. Ünitelerin tamamında eğitimin sözel yapıldığı ve yazılı materyal kullanıldığı, %88.9'unun eğitim için maket kullandığı saptandı. Ünitelerin çoğu (%90.7) standart bir eğitim programı kullanmakta olup %57.4'ü eğitime PD kateteri takılmadan önce başlamakta, %55.6'sı eğitimi ayaktan vermekte idi. Ünitelerin yarıdan fazlasının (%57.4) eğitimin etkinliğini bir form ile değerlendirdiği görüldü. PD uygulama tekniği, ev ortamı, hijyen ve aseptis kuralları, peritonit, çıkış yeri enfeksiyonu, völüm kontrolü, kişisel hijyen, solüsyon temini, muayeneye gelirken yapılacaklar, evdeki acil durumlarda yapılacaklar hakkında ünitelerin tamamında eğitim yapıldığı saptandı.

Eğitime PD kateteri takılmadan başlanması, hastaneye yatırarak eğitim verilmesi, yatış yapılmadan ayaktan eğitim verilmesi, standart bir eğitim programı kullanılması, eğitim etkinliğinin değerlendirilmesi ve eğitim değerlendirme formunun kullanılması ile KÇY enfeksiyonu, tünel enfeksiyonu ve peritonit oluşumu arasında anlamlı ilişkili bulunmadı (Tablo 1). Hasta eğitiminde bilgisayar sunuları ile video, CD kullananlarda KÇY enfeksiyonu daha az görüldü (sırasıyla p=0.006, p=0.049) ancak tünel enfeksiyonu ve peritonit gelişimi ile ilişki saptanmadı (Tablo 1). Eğitimle ilgili diğer değişkenlerin enfeksiyöz komplikasyonlarla ilişkisi Tablo 2'de belirtildi.

Sonuç: PD hastalarında enfeksiyöz komplikasyonların önlenmesinde eğitim önemlidir. Eğitimde önemli olan görsel anlatımların daha sık kullanılması, belki de standart bir uygulamadan ziyade eğitimin bireyselleştirilmesidir.

Anahtar Kelimeler: Periton diyalizi; hasta eğitimi; enfeksiyöz komplikasyonlar

Tablo 1: PD eğitimi yöntemi ve enfeksiyöz komplikasyonlarla ilişkisi (n=54)

		Kasım Çıkış Yeri Enfeksiyonu		Tünel Enfeksiyonu		Peritonit	
		n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p
Eğitim Yöntemi	Eğitim PD Kateteri Takılmadan Önce Yapıldı	30 (55.6)	0.473	7 (12.8)	1	20 (36.9)	1
	Eğitim PD Kateteri Takıldıktan Sonra Yapıldı	24 (44.4)		19 (34.2)	1	31 (56.1)	
Eğitim Yeri	Eğitim Hastane Ya da Evde Yapıldı	30 (55.6)	0.479	7 (12.8)	0.271	20 (36.9)	1
	Eğitim Hastane Ya da Evde Yapıldı	24 (44.4)		19 (34.2)	0.271	31 (56.1)	
Eğitim Süresi	Eğitim Süresi 15 Dakika	30 (55.6)	0.184	7 (12.8)	0.294	20 (36.9)	0.607
	Eğitim Süresi 30 Dakika	24 (44.4)		19 (34.2)	0.294	31 (56.1)	
Eğitim İçeriği	Eğitim İçeriği PD Kateteri Takılması	30 (55.6)	1	7 (12.8)	0.004	20 (36.9)	1
	Eğitim İçeriği PD Kateteri Takılması	24 (44.4)		19 (34.2)	0.004	31 (56.1)	
Eğitim Materyali	Eğitim Materyali Maket	30 (55.6)	0.006	7 (12.8)	0.003	20 (36.9)	1
	Eğitim Materyali Maket	24 (44.4)		19 (34.2)	0.003	31 (56.1)	
Eğitim Yöntemi	Eğitim Yöntemi Sözel	30 (55.6)	0.104	7 (12.8)	0.613	20 (36.9)	1
	Eğitim Yöntemi Sözel	24 (44.4)		19 (34.2)	0.613	31 (56.1)	
Eğitim Yöntemi	Eğitim Yöntemi Yazılı	30 (55.6)	0.668	7 (12.8)	0.107	20 (36.9)	1
	Eğitim Yöntemi Yazılı	24 (44.4)		19 (34.2)	0.107	31 (56.1)	
Eğitim Yöntemi	Eğitim Yöntemi Görsel	30 (55.6)	0.737	7 (12.8)	0.871	20 (36.9)	0.109
	Eğitim Yöntemi Görsel	24 (44.4)		19 (34.2)	0.871	31 (56.1)	
Eğitim Yöntemi	Eğitim Yöntemi Sözel	30 (55.6)	0.446	7 (12.8)	0.261	20 (36.9)	0.602
	Eğitim Yöntemi Sözel	24 (44.4)		19 (34.2)	0.261	31 (56.1)	

Tablo 2: Eğitimle ilgili diğer değişkenlerin enfeksiyöz komplikasyonlarla ilişkisi (n=54)

Değişkenler	Türümler	Kasım Çıkış Yeri Enfeksiyonu		Tünel Enfeksiyonu	
		n (%)	p	n (%)	p
PD eğitim süresi	<7 gün	6 (11.1)	4 (37.1)	2 (22.2)	
	7-14 gün	10 (18.5)	20 (36.9)	1 (11.1)	
	>14 gün	12 (21.9)	1 (11.1)	1 (11.1)	
Her 10 litre için bekletme standartları	10 dakika	6 (10.9)	4 (37.1)	2 (22.2)	
	20 dakika	1 (1.8)	2 (3.7)	1 (11.1)	
	30 dakika	40 (72.8)	21 (38.5)	11 (12.8)	
PD Eğitimi nasıl yapıldı	Standart bir form kullanıldı	44 (81.1)	21 (38.5)	12 (13.3)	
	Uygun olan herhangi bir PD kılavuzu	4 (7.4)	2 (3.7)	1 (11.1)	
	Eğitim içeriği değerlendirildi	1 (1.8)	1 (1.8)	1 (11.1)	
PD Eğitimi Tekrarı	Komplikasyon yok	21 (38.5)	14 (25.9)	1 (11.1)	
	Diğer bir komplikasyon var	23 (41.8)	14 (25.9)	1 (11.1)	

HS-09

TÜRKİYE'DE PERİTONİT ÖNLENMESİ VE TEDAVİSİNE YÖNELİK UYGULAMALARIN ENFEKSİYÖZ KOMPLİKASYONLARLA İLİŞKİSİ

Eylem Topbaş¹, Ayten Karakoç², Mürvet Yılmaz²¹Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Amasya²Bakırköy Dr.sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr.sadi Konuk Suam, İstanbul

Giriş: Periton diyalizi (PD) hastalarında yaşam kalitesinin artırılması, tedaviden ayrılma oranlarının azaltılmasında enfeksiyöz komplikasyonların önlenmesi önemlidir. Peritonitin önlenmesi ve tedavisinde Türkiye'de yapılan uygulamaların enfeksiyöz komplikasyonlarla ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmanın evren ve örneklemini Türkiye'deki PD merkezleri oluşturdu (n=85). PD kılavuzları örnek alınarak hazırlanan "Peritonit Önlenmesi ve Tedavisi Soru Formu" verilerin toplanması için kullanıldı. Formu doldurup gönderen 54 merkez ile çalışma tamamlandı.

Bulgular: 2016 yılında merkezlerin 7.4%'ünde peritonit saptanmadı. Yaklaşık yarısında 44.4% kültür negatif peritonit yoktu. Diyaliz yapılan odanın temizliğinde 79.6% çamaşır suyu kullanılmakta, 75.9%'unda temizlik günde bir defa yapılmakta idi. Merkezlerin 59.3%'ünde diyaliz işleminden önce hastaların ellerini antibakteriyel sıvı sabun ile yıkamaları, 64.8%'ünde diyalizde kullanılan malzemeleri 70%'lik alkol ile temizlemeleri, 96.3%'ünde hastaların ellerini yıkadıktan sonra kağıt havlu ile kurulumalarının önerildiği saptandı.

İlk diyalize başlamadan önce stafılakok aureus taramasının yapılması, taşıyıcı olanlara maske kullanılması, maskelerin değiştirilme zamanı, diyalizde torba ve kateterin bağlantısını yapmadan önce ve bağlantıyı çözmeden önce el dezenfektanı kullanma durumu, rutin transfer set değişimi sonrasında profilaktik antibiyotik kullanma durumu ve kateterin ucuna elini değdirdiğinde transfer setin değiştirilme durumu ile enfeksiyöz komplikasyonlar arasında ilişki saptanmadı (p>0.05).

Peritonit geliştiğinde; ünite değişim yaptırılması, karın ağrısı olan hastanın peritonun yıkanması, her değişime heparin uygulanması, eğitim tekrarı yapma durumu ve peritonit sonrası ev ziyareti yapma durumu ile enfeksiyöz komplikasyonlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0.05). Diyalizde kullanılan malzemelerin (masa, klemp, askı, tartı, bağlantı setleri, PD cihazları) dezenfektan ile temizleme durumu ile tünel enfeksiyonu arasında anlamlı bir ilişki (p<0.05), KÇY ve peritonit gelişme durumu arasında ise anlamlı bir ilişki elde edilmedi (p>0.05).

Sonuç: Çalışma sonuçları ülkemizdeki hastaların peritonitten korunması ve tedavisi için geliştirilecek stratejilerde kullanılabilir

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik; periton diyalizi; peritonit

HS-10

HEMODİYALİZ HASTALARINA VERİLEN ARTERİYOVENÖZ FİSTÜLE İLİŞKİN EĞİTİM HASTALARIN ÖZBAKIM DAVRANIŞLARINI NASIL ETKİLER?

Sevda Tüzün Özdemir¹, Asiye Durmaz Akçol²

¹T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kronik Hemodiyaliz Ünitesi

²E.Ü. Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Amaç: Bu araştırma, kronik hemodiyaliz ünitesinde tedavi alan hastaların arteriyovenöz fistüle ilişkin özbakım davranışlarına yönelik verilen hasta eğitiminin etkinliğini belirlemek amacıyla yapılmış yarı deneysel ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

Gereç ve Yöntemler: Bu araştırma, Türkiye'nin batı bölgesindeki bir eğitim araştırma hastanesinde hemodiyaliz tedavisi alan ve araştırmayı kabul eden 45 hasta ile yapıldı. Veriler, literatür doğrultusunda oluşturulan olgu rapor formu ve Hemodiyaliz Hastalarında Arteriyovenöz Fistüle İlişkin Öz Bakım Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği ile elde edildi. Ölçek formu eğitim öncesinde ve eğitimden bir hafta sonra ön test-son test şeklinde uygulandı. Veriler birebir görüşme tekniği kullanılarak araştırmacılar tarafından toplandı. Verilerin analizi SPSS 23.0 programında ve normallik sınaması Shapiro Wilk testi ile yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum-maksimum, ortanca (%25-%75 çeyrek), Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Wilcoxon Signed Ranks kullanıldı. Korelasyon düzeyi ise Spearman korelasyon analizi ile incelendi. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Bulgular: Hastaların %53.3'ü 35-64 yaş arasında, 51.1'i erkek, %46.7'si ilköğretim mezunu, %60'ı herhangi bir işte çalışmıyordu. Hastaların %35.6'sı 2-5 yıldır kronik böbrek yetmezliği tedavisi almaktaydı. İlk tedavilerinde girişim yöntemi olarak %55,6 ile santral venöz kateterizasyon kullanıldığı, hemodiyaliz tedavisi öncesinde arteriyovenöz fistül hakkında %66,7'sinin, böbrek yetmezliği konusunda %64,4'ünün eğitim almadığı belirlendi. Hastaların ölçekten aldıkları toplam puan ortancası, ön test için 62 (54-70) (%25-%75) ve son test için 72 (69-76) (%25-%75) olup son test puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($z = -5,283$; $p = 0,000$). Ölçekten alınan puanlar incelendiğinde; ön test puanı kadın hastaların ($z = -2,705$; $p = 0,007$) ve hemodiyaliz öncesi eğitim alan hastaların ($z = -2,766$; $p = 0,005$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek iken, son test puanları değişkenler açısından istatistiksel olarak farklı değildi. Hastaların %44,4'ü eğitim öncesinde fistülün tanımını doğru yaparken eğitim sonrasında %91'i anlamlı düzeyde daha doğru cevapladı ($z = -4,200$; $p = 0,000$). Değişkenler ile ön test ve son test puanları arasında korelasyon incelendiğinde; cinsiyet ($r = -0,408$; $p = 0,003$), takipli hasta olma ($r = -0,291$; $p = 0,026$), arteriyovenöz fistül girişimi ($r = -0,265$; $p = 0,039$) ve böbrek yetmezliği konusunda eğitim alma durumları ($r = -0,417$; $p = 0,002$) ile ön test toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Arteriyovenöz fistül eğitimi alma ($r = -0,265$; $p = 0,039$) ve komplikasyon gelişme durumları ($r = 0,266$; $p = 0,039$) ile son test toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulundu.

Sonuç: Hemodiyaliz hastalarının diyalizi etkileyen pek çok faktör hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadığı, eğitim sonrası hastaların arteriyovenöz fistüle ilişkin özbakım davranışlarının anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Arteriyovenöz fistül, hemodiyaliz, özbakım, santral venöz kateterizasyon, eğitim, kronik böbrek yetmezliği, hasta eğitimi

HS-11

TÜRKİYE'DE KATETER ÇIKIŞ YERİ BAKIM STANDARTLARININ ENFEKSİYÖZ KOMPLİKASYONLARLA İLİŞKİSİ

Eylem Topbaş¹, Ayten Karakoç², Mürvet Yılmaz³

¹Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Amasya

²Bakırköy Dr.sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr.sadi Konuk Suam, İstanbul

Giriş: Kateter çıkış yeri (KÇY) bakımındaki hatalar periton diyalizinde (PD) enfeksiyöz komplikasyonlara neden olabilir. KÇY bakımında kullanılan tekniklerin enfeksiyöz komplikasyonlarla ilişkisinin belirlenmesidir.

Yöntem: Çalışmanın evren ve örneklemini Türkiye'deki PD merkezleri (n=84) oluşturdu. PD kılavuzları örnek alınarak hazırlanan "PD KÇY Soru Formu" verilerin toplanması için kullanıldı. Formu doldurup gönderen 54 merkez ile çalışma tamamlandı.

Bulgular: Son bir yılda ünitelerin %42.6'sında KÇYE'ni, %75.9'unda ise tünel enfeksiyonu görülmüştü. Ünitelerin 51.9%'unda kateter takıldıktan hemen sonra yıkama yapıldığı, 72.2%'sinde iki-üç hafta sonra diyalize başlandığı, 72.2%'sinde ilk pansumanın ıslanmadığı sürece değiştirilmediği ve pansumanın bir hafta sonra yenilediği belirlendi. Ünitelerin yeni çıkış yeri bakımında; 77.8%'inin çıkış yerini temizliğinde betadin kullandığı, %37'sinin mükemmel çıkış yeri oluştuktan sonra KÇY'ni açık bıraktığı gözlemlendi.

PD kateteri takıldıktan sonra yıkama işlemine başlama zamanı ile KÇY enfeksiyonu (KÇYE) varlığı arasında, Kateterin dışına çıkmış keçenin tıraşlanma durumu ile enfeksiyöz komplikasyonlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0,05$). PD kateteri takıldıktan 2-3 gün sonra yıkama işlemine başlayanların %63,6'sında, diyalize 2-3 hafta sonra başlayanların %64.1'inde, pansumanı 2-3 gün sonra değiştirenlerin %83.3'ünde, pansumanı betadin ve tuzlu su ile yaptırılanların %100'ünde, PD kateteri takıldıktan 3 ay sonra KÇY'ni açık bıraktıranların %100'ünde, mükemmel çıkış yeri oluştuktan sonra açık bırakanların %70'inde, KÇYE tespit edildi. İyi çıkış yerini gün aşırı yapanların %60.5'inde, pansumanı betadin ile yapanların %54.5'inde, çıkış yerini gazlı bezle kapatanların %53.5'inde KÇYE saptandı.

Kateter takıldıktan sonra; pansumanı hemen değiştirenlerin %96.4'ünde, pansumanı betadinle yapılanların %90.5'inde, 2-3 hafta sonra diyalize başlananların %94.9'unda, mükemmel çıkış yeri oluştuktan sonra KÇY açık bıraktıranların %95'inde, eski KÇY gazlı bezle kapatanların %90.7'sinde, eski KÇY'nin temizliğini gün aşırı yapanların %89.5'inde peritonit tespit edildi.

Sonuç: Ülkemizdeki bu sonuçlar KÇY bakımında ve enfeksiyonlarından korunmak için planlama yapıldığında kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Enfeksiyöz Komplikasyonlar; Kateter Çıkış Yeri Bakımı; Hemşirelik

HS-12

HEMODİYALİZ MERKEZLERİNDE VERİLEN HİJYEN VE ENFEKSİYON KONTROLÜ EĞİTİMLERİNİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatma Kaban¹, Nurcan Burbut², Özlem Usul², Bahriye Yılmaz², Emine Dane³, Dürdane Yalçın⁴, Hakan Kaptanoğlu¹

¹Medikare Diyaliz Merkezleri; Biruni Üniversitesi

²Medikare Diyaliz Merkezleri

³Acıbadem Üniversitesi

⁴İstanbul Bilim Üniversitesi

Amaç: Bu araştırma, hemodiyaliz merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının hijyen ve enfeksiyon kontrolü ile ilgili bilgi düzeylerini saptamak, verilen hizmet içi eğitimin bilgi düzeylerine etkisini belirlemek, eğitim sonrası ulaşılan bilgi düzeyinin bir yıl sonraki etkinliğini tespit etmek, analiz sonuçlarına göre programın içerik-yöntem-sıklığı hakkında iyileştirmeler yapmak için planlanmıştır.

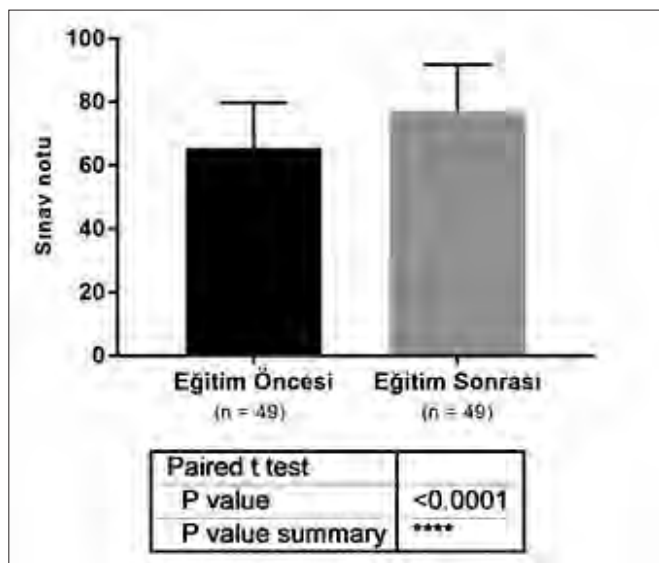
Araç ve Yöntemler: Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kurum yöneticilerinden izin alındı. Araştırmaya katılımda çalışanların gönüllüğü dikkate alındı. Çalışma ön-test/ son-test karşılaştırma ve aynı sağlık çalışanlarına, aynı testin bir yıl sonra – yeni bir eğitim yapılmadan ve testin tekrarlanacağı önceden haber verilmeden – yapılması ile karşılaştırmalı yarı deneysel tipte tasarlandı. Çalışmanın evrenini üç özel hemodiyaliz merkezinde görev yapan 49 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Katılımcılara Hijyen ve Enfeksiyon Kontrolü konularında PPS-Video araçları ile teorik ve pratik uygulama yöntemleri kullanılarak hizmet içi eğitim verildi. Eğitim konu içeriklerinden hazırlanmış soru formu eğitim öncesi ve sonrası uygulandı (Temmuz 2017). Temmuz 2018'de üç merkezde o gün bulunan 25 sağlık çalışanına önceden habersiz ve eşzamanlı olarak aynı soru formu ile test yapıldı. Veriler SPSS for Windows version 15.0 programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış, analizler sırasında grup içi test değerlendirmeleri için “bağımlı gruplarda t- testi (paired sample t test)”, gruplar arası değerlendirmeler için de ANNOVA testi kullanılmış, $p < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların test sonuçları bağımlı t-testi ve ANNOVA testi ile analiz edilmiştir. Test sonuçları sırası ile eğitim öncesi için 65.51 ± 14.37 ($n=49$), eğitim sonrası için 77.04 ± 14.75 ($n=49$) ve eğitimden bir yıl sonrası için 71.46 ± 15.21 ($n=25$)'dir. T-testi ile eğitim öncesi ve sonrası test sonuçları karşılaştırılarak analiz edildiğinde anlamlı bir fark görülmüştür ($p < 0.0001$) (Tablo 1). Ön test-son test ve eğitimden bir yıl sonra testlerinin hepsine katılan 25 katılımcının test sonuçları karşılaştırıldığında eğitim öncesi ve sonrası p değeri 0,0075 ile ve eğitim sonrası- bir yıl sonrası test sonuçları karşılaştırıldığında p değeri 0,9889 ile anlamlı bir değişiklik bulunmamış olup bilgi düzeyinin devam ettiği tespit edilmiştir (Tablo 2). Meslek gruplarına göre bilgi düzeyi analizinde eğitim sonrası tüm meslek gruplarında anlamlı şekilde bilgi düzeyinin yükseldiği ve bir yıl sonra bilgi düzeyinin korunduğu tespit edilmiştir.

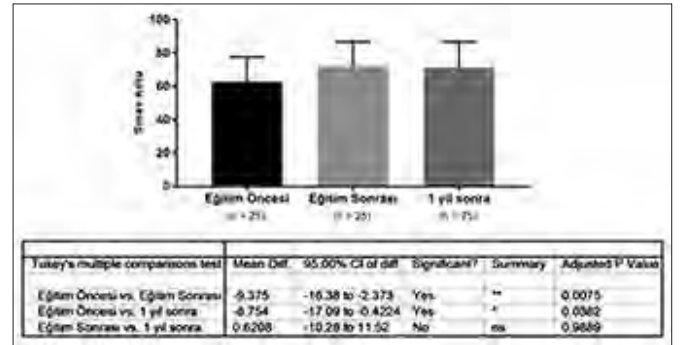
Sonuç: Merkezlerimizde uygulanan hizmet içi eğitim programının; çalışanların bilgi düzeyini yükselttiğini, eğitim için kullanılan araç ve yöntemin uygun olduğu, bilgi düzeyinin bir yıl sonra korunuyor olması ile eğitim sıklığının yeterli olduğu saptanmıştır. Bilgi düzeyinin korunmasında, verilen eğitimin uygulamaya yansiyarak davranış değişikliği oluşturduğu ve bilgiyi güncel tuttuğu varsayımından yola çıkarak eğitimin uygulamaya yansımaları, oluşturulacak bir gözlem formu ile takip edilip değerlendirilmesi, sonuçların karşılaştırmalı analiz edilmesi planlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, diyaliz hemşiresi, diyaliz teknikeri, yardımcı sağlık personeli, eğitim, bilgi düzeyi, hizmet içi eğitim, etkinlik, hijyen, enfeksiyon kontrol

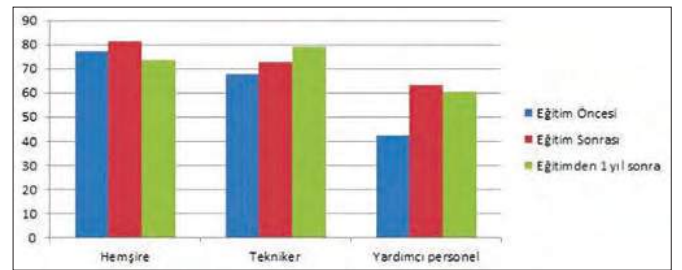
Tablo 1: Test zamanına göre sınav sonucu



Tablo 2: Test zamanına göre sınav sonucu



Tablo 3: Meslek gruplarına göre bilgi düzeyi



HS-13

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ İLERLEME HIZININ HESAPLANMASI: PİLOT ÇALIŞMA

Eylem Topbaş¹, Özner Gürgeç¹, Gülay Bingöl¹, Lale Akkaya², Meryem Timuçin², Ferhan Candan²

¹Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Amasya

²Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı, Sivas

Amaç: Nefroloji kliniğine başvuran hastaların 2 ve 5 yıllık süreçte kronik böbrek yetmezliği ilerleme riski ve Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) evreleri ile laboratuvar parametreleri arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Yöntem: Nefroloji kliniğine son bir aydır başvuran çeşitli derecede KBH olan 20-90 yaş grubunda olan hastaların ($n=62$) demografik ve laboratuvar verileri retrospektif incelendi. Böbrek yetmezliği risk hızının hesaplanmasında Tangri ve ark. geliştirdiği dört değişkenli Kidney Failure Risk Equation modeli kullanıldı.

Bulgular: Hastaların %24.1'i 61-70 yaş grubunda, %77.4'ünde tanımlanmış KBH'nın olduğu. KBH eşlik eden komorbid hastalıklar %67.6'nda hipertansiyon, %46.7'sinde diyabetti. Hastaların %43.9'nun 2 yıl içerisinde böbrek yetmezliği gelişme risk oranı %0-2, hastaların %2.4'ünün 5 yıl içinde böbrek yetmezliği ilerleme risk oranı ise %≥20 idi. Hastaların KBH evresi ile laboratuvar değerleri (parathormon, kreatinin, BUN, fosfor, hemoglobin, albumin/kreatinin, eGFR) ve sistolik kan basıncı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p < 0.05$).

Sonuç: Hastaların 5 yıl içinde böbrek yetmezliği ilerleme riski artmaktadır. Risk hızının hesaplanması bireysel olarak hasta takibinin yapılmasına ve böbrek yetmezliği insidansının azaltılmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek hastalığı, kronik böbrek hastalığı evreleri, risk hızı

HS-14

DİYALİZ HASTALARI VE SAĞLIKLI BİREYLERİN TÜRKÇE ÖZ-BAKIM GÜCÜ VE YAŞAM DOYUMUNUN KARŞILAŞTIRILMASI

Canan Doğan¹, Ayten Karakoç¹, Filiz Turan¹, Arzu Öztürk¹, Duygu Ateş¹, Filiz Semerci², Mürvet Yılmaz¹, Nazmiye Özlem Harmankaya¹

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi

²Özel Medikare Halkalı Diyaliz Merkezi

Amaç: Diyaliz hastaları kronik hastalığın getirdiği birtakım zorluklar yanı sıra tedavinin getirdiği bir takım kısıtlamalar ve yaşam tarzındaki değişikliklerle karşı karşıyadırlar. Sağlıklı bireyler ile diyaliz hastalarının öz bakım gücü ve yaşam doyumu açısından karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem ve Gereç: Çalışmaya 89'u hemodiyaliz (HD), 38'i periton diyalizi (PD) olmak üzere toplam 127 diyaliz hastası ve 90 sağlıklı katılımcı alındı. Çalışmada araştırmacılar tarafından hazırlanan 28 soruluk sosyo-demografik anket formu, Türkçe öz-bakım gücü ölçeği ve yaşam doyum ölçeği kullanıldı. Gruplar birbirleri ile sosyo-demografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam doyumu açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Sağlıklı gruptaki kadın oranı (%66.67) diyaliz grubundan (%44.88) daha yüksek idi (p=0.002). Sağlıklı grupta üniversite mezunu, çalışan birey sayısı diyaliz grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (sırasıyla p=0.000; p=0.000). Diyaliz hastaları günlük işlerini daha az yapabilmekte (p=0.000) ve daha çok destek almaktaydı (p=0.000). Diyaliz hastaları sağlıklı gruba göre daha az gazete, kitap okumakta, daha az sinema ve tiyatroya, yemeğe ve tatile gidebilmekte idi (tablo 1). Diyaliz hastaları ile sağlıklı katılımcılar arasında öz-bakım gücü düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı (p=0.491), sağlıklı grubun yaşam doyumu düzeylerinin ise diyaliz hasta grubundan daha yüksek olduğu saptandı (p=0.004).

Sonuç: Diyaliz hastalarının iş ve aile yaşamı değişmekte, kronik hastalık hastanın yaşam tarzında değişikliklere neden olmaktadır. Belki de tüm bu değişiklikler diyaliz hastasının yaşam doyumunun düşmesine neden olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Diyaliz, Türkçe Öz-Bakım gücü, Yaşam doyumu

Tablo 1: Diyaliz hastaları ile sağlıklı katılımcıların yaşam tarzlarının karşılaştırılması

	<i>Diyaliz Hastası n (%)</i>	<i>Sağlıklı Katılımcı n (%)</i>	<i>P</i>
Günlük işleri yapabilmek	90 (70.87)	83 (92.22)	0.000
Günlük işlerde destek alma	72 (56.69)	14 (15.56)	0.000
Gazete okumak	47 (37.01)	46 (51.11)	0.039
Kitap okumak	31 (24.41)	67 (74.44)	0.000
Sinemaya gitmek	27 (21.26)	55 (61.11)	0.000
Tiyatroya gitmek	8 (6.3)	35 (38.89)	0.000
Ev dışında yemeğe gitmek	76 (59.84)	80 (88.89)	0.000
Tatile gitmek	61 (48.03)	69 (76.67)	0.000

HS-15

ULTRA SAF DİYALİZAT VE HIGH-FLUX MEMBRAN KULLANIMININ 1 YILLIK İZLEMDE KLİNİK SONUÇLARI VE MORTALİTE ÜZERİNE ETKİSİ.

Nur Ünal Kaya¹, Gülsüm Saat², İbrahim Doğan¹, Barış Eser¹

¹Hittit Üniversitesi, Tıp Fakültesi

²Alaca Devlet Hastanesi

Giriş: Hemodiyaliz hastalarındaki en önemli mortalite nedeni kardiyovasküler olaylardır. Bu hastalarda birçok faktör mortaliteye katkıda bulunmaktadır. Kronik inflamasyon bu faktörlerden biridir. Orta-büyük molekül ağırlıklı

üremik toksinlerin high-flux membran ve ultra saf diyalizat kullanımı ile daha iyi temizlendiği gösterilmiş. Ultra saf diyalizat ile hemodiyaliz hastalarında daha az inflamasyon, daha iyi klinik sonuçlar sağlanmıştır. Fakat ultra saf diyalizat kullanımı ile mortalite ilişkisi tartışmalıdır. Biz çalışmamızda hemodiyaliz hastalarında ultra saf diyalizat ve normal diyalizat kullanımı ile mortalite ve klinik durumların ilişkisini araştırdık.

Materyal ve Metod: Çalışmaya en az 1 yıldır ultra saf diyalizat ve high-flux membran kullanan 81 hasta ile yine aynı süre normal diyalizat ve midium flux diyalizör kullanan 72 hasta alındı. Çalışmaya alınan hastaların tümü A-V fistül ile diyalize alınmaktaydı. Kateterli ve A-V grafi hastalar çalışmaya alınmadı. Hastaların mortalite oranları, anemi, fosfor, albümin, PTH, CRP düzeylerinin 1 yıllık ortalamaları alındı. Yine 1 yıl süresince mortalite oranları saptandı. Hastaların kullandığı ilaçlar, yandaş hastalıkları kaydedildi. İki ayrı grup bu değişkenler açısından karşılaştırıldı. Mortalite üzerine etki eden faktörler logistic regresyon analizi ile değerlendirildi.

Sonuçlar: Çalışmaya ultra saf diyalizat kullanan 81 kişilik hasta (ortalama yaşları 62 (50-70) yıl) (Grup 1) ile normal diyalizat kullanan 72 kişilik hasta (ortalama yaşları 60 (46-68) yıl) (Grup 2) alındı. Grupların hemodiyaliz süreleri, cinsiyet dağılımları, sigara kullanımı, hipertansiyon, diyabetes mellitus ve koroner arter hastalığı oranları benzerdi (p=0.623, p=0.985, p=0.233, p=0.643, p=0.169, p=0.068). Gruplar 1 yıllık ortalama biyokimyasal, hormonal değerleri açısından karşılaştırıldı. Ultra saf diyalizat kullanan grupta potasyum, fosfor, ürik asit, CRP, Hb düzeyleri daha yüksek (p<0.001, p=0.023, p=0.010, p=0.003, p<0.001), transferrin saturasyonu, ferritin, HCO3 düzeyleri daha düşük (p=0.007, p<0.001, p=0.001) saptadı. İki grup arasında Ca, albümin, PTH, Kt/V değerleri açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.207, p=0.063, p=0.077, p=0.537). 1 yıllık süreçteki mortalite oranları açısından anlamlı farklılık saptanmadı (1 yıllık takiplerde herhangi bir neden bağlı ölüm oranı Grup 1'de 12 hasta (%14.8), Grup 2'de 6 hasta (%8.9), p=0.214). 1 yıllık süreçte ölen hastalar değerlendirildiğinde logistic regresyon analizinde yaş, serum Na, total protein ve CRP düzeylerinin mortaliteyi belirlemede bağımsız değişken oldukları saptandı. Ultra saf su ve high-flux diyalizör kullanımının mortalite üzerine etkisi saptanmadı.

Tartışma: 1 yıllık kısa süreli takip sonucunda ultra saf su ve high-flux membran kullanımı daha iyi anemi kontrolü, daha iyi PTH kontrolü sağlamakla beraber mortalite üzerine olumlu etkisi saptanmadı.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, high-flux membran, mortalite, ultra saf diyalizat

Tablo 1: Çalışma popülasyonu demografik verileri

	<i>Grup1 (n=81)</i>	<i>Grup 2 (n=72)</i>	<i>P</i>
Yaş(yıl)	62(50-70)	60(46-68)	0.254
VKI(kg/m ²)	26.9±5.2	24.1±4.7	0.001
Sigara(E/H)	11/70(%14/%86)	15/57(%21/%79)	0.233
HD süresi(ay)	70(38-104)	60(39-91)	0.623
Cinsiyet(K/E)	35/46(%43/%57)	31/41(%43/%57)	0.985
HT(E/H)	59/22(%73/%27)	50/22(%69/%31)	0.643
DM(E/H)	31/50(%38/%62)	20/52(%28/%72)	0.169
KAH(E/H)	10/71(%12/%88)	17/55(%24/%76)	0.068
KOAH(E/H)	3/78(%4/%96)	9/63(%13/%87)	0.043
CVO(E/H)	0/81(%100)	2/70(%3/%97)	-
PAH(E/H)	7/74(%9/%91)	5/67(%7/%93)	0.697
Aktif D vit(E/H)	57/24(%70/%30)	44/28(%61/%39)	0.227
Sinekalset(E/H)	3/78(%4/%96)	18/54(%25/%75)	<0.001
Statin (E/H)	3/78(%4/%96)	1/71(%1/%99)	0.370
ACE inh(E/H)	8/73(%10/%90)	13/59(%18/%82)	0.142
KKB(E/H)	26/55(%32/%68)	22/50(%31/%69)	0.837
BB(E/H)	41/40(%51/%49)	16/56(%22/%78)	<0.001

Tablo 2: Gruplar arasında laboratuvar parametrelerin karşılaştırması

	Grup1 (n=81)	Grup 2 (n=72)	P
BUN(mg/dl)	65(58-72)	46(37-60)	<0.001
Cr(mg/dl)	8.9±2.6	5.8±1.6	<0.001
Ürik asit(mg/dl)	6.8±1.0	6.4±1.0	0.010
Na(mmol/l)	138(137-140)	138(137-139)	0.103
K(mmol/l)	5.2(4.8-5.4)	4.4(4.2-4.6)	<0.001
Kalsiyum(mg/dl)	8.9(8.5-9.3)	8.8(8.4-9.3)	0.207
Fosfor(mg/dl)	5.0(4.6-5.3)	4.7(4.1-5.2)	0.023
T.protein(g/dl)	7.1(6.8-7.4)	7.0(6.7-7.2)	0.037
Albümin(g/dl)	4.2(3.9-4.3)	4.0(3.8-4.2)	0.063
T.Kolesterol(mg/dl)	155(134-196)	165(133-196)	0.694
LDL(mg/dl)	99(84-125)	92(66-116)	0.082
HDL(mg/dl)	34(30-40)	37(30-43)	0.228
Trigliserit(mg/dl)	151(110-225)	153(115-232)	0.533
Glukoz(mg/dl)	106(90-120)	107(93-135)	0.345
CRP(mg/l)	7.7(3.2-14.2)	3.9(0.9-9.4)	0.003
Wbc(10 ⁹ /l)	6.9(5.7-8.1)	7.44(5.8-9.5)	0.161
Hemogloblin(g/dl)	11.8(11.3-12.4)	11.0(10.5-11.6)	<0.001
Hematokrit(%)	36.3(34.0-38.3)	36.7(32.6-36)	<0.001
Transferrin Sat.(%)	27(22-33)	34(24-38)	0.007
Ferritin(ng/ml)	576(322-781)	966(695-1288)	<0.001
HCO ₃	19.3(18.5-20.2)	21.0(19.0-22.0)	0.001
PTH(pg/ml)	348(263-443)	412(246-810)	0.077
KTV	1.5(1.4-1.6)	1.5(1.4-1.7)	0.537
Mortalite(E/H)	12/69(%14.8)	6/66(%8.3)	0.214

Tablo 3: Mortalite üzerine etki eden faktörleri gösteren Logistic regresyon analizi

	B	Walt	OR(%95 CI)	P
Su sistemi	0.649	1.505	1.913(0.679-5.393)	0.220
Yaş	0.077	8.348	1.080(1.025-1.138)	0.004
HD süresi	0.009	2.868	1.009(0.999-1.020)	0.090
Na	-0.245	5.188	0.783(0.634-0.966)	0.023
T.Protein	-1.607	6.443	0.200(0.058-0.693)	0.011
CRP	0.027	7.162	1.027(1.007-1.048)	0.007
Hb	-0.404	3.137	0.668(0.427-1.044)	0.077
HCO ₃	0.182	3.271	1.200(0.985-1.461)	0.071

HS-16**HEMODİYALİZ HASTALARINDA KOKU FONKSİYONU**Gülşay Turgay¹, Zeynep Bal², Emre Tural³, Siren Sezer³¹Başkent Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu²Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi³Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi

Giriş: İştahsızlık ve beslenme bozuklukları kronik böbrek yetmezliği olan bireylerde sık karşılaşılan ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen durumlardan biridir. Bu hastalarda iştah durumunu etkileyen faktörlerden

biri de koku fonksiyonlarıdır. Hastalarda hastalığa ve kullanılan ilaçlara bağlı koku duyusu etkilenebilmekte ve hastanın iştahını ve beslenme parametrelerini etkilemektedir. Bu çalışma, hemodiyaliz hastalarında koku fonksiyonu ve beslenme parametreleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntemler: Kesitsel olarak yapılan araştırmanın evrenini Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Ümitköy Diyaliz Merkezi'nde tedavi gören 220 hasta oluşturdu. Örneklemde ise, 18 yaş ve üzerinde olan, en az 6 aydır hemodiyaliz tedavisi alan, nazal cerrahi geçirmemiş olan, solunum yolu enfeksiyonu bulunmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 102 hasta oluşturdu. Veriler, literatür doğrultusunda hazırlanan hasta tanıtım formu, beslenme durumlarının değerlendirilmesinde sübjektif global değerlendirme formu ve koku fonksiyonlarının değerlendirilmesinde ise Sniffin' Sticks koku testi kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 17 paket programı kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında ve anlamlılık seviyesi olarak 0.05 kullanılmış olup, p<0.05 olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu belirtildi.

Bulgular ve Sonuç: Araştırmaya katılan hastalar on iki kokuyu tanımlama yüzdesine göre iki gruba ayrıldı. Koku testlerinin %50'sinden fazlasını doğru bilenler koku fonksiyonları normal olanlar (1. Grup) ve %50'sinden fazlasını yanlış bilenler koku fonksiyonu bozuk olanlar (2. Grup) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Her iki gruptaki katılımcıların en az bildikleri kokunun "deri" kokusu olduğu, en fazla bildikleri kokunun ise "balık" ve "muz" kokusu olduğu belirlendi. Albümin, fosfor ve Kt/V değerleri iyi olan hastaların kokuları daha iyi bildikleri ancak CRP değerleri yüksek olanların kokuları daha az bildikleri saptandı.

Sonuç olarak; Hemodiyaliz hastalarının beslenme parametreleri ile koku fonksiyonları arasında pozitif yönlü ilişki olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, kronik böbrek yetmezliği, beslenme, koku

HS-17**TÜRKÇE ÖZ-BAKIM GÜCÜ VE YAŞAM DOYUM AÇISINDAN DİYALİZ HASTALARININ KARŞILAŞTIRILMASI**Canan Doğan¹, Ayten Karakoç¹, Filiz Turan¹, Arzu Öztürk¹, Duygu Ateş¹, Filiz Semerci², Mürvet Yılmaz², Nazmiye Özlem Harmankaya¹¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi²Özel Medikare Halkalı Diyaliz Merkezi

Amaç: Kronik böbrek hastalığı bireylerin yaşam kalitesini, psikososyal durumunu, destek sistemlerini ve fizyolojik parametreleri olumsuz etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Periton diyaliz hastaları, yeşil kartlı ve SGK'lı hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücü ve yaşam doyumu açısından karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem ve Gereç: Çalışmaya 89 hemodiyaliz (HD; 35'i yeşil kartlı, 54'i SGK'lı), 38 periton diyaliz (PD) hastası alındı. Çalışmada araştırmacılar tarafından hazırlanan 28 soruluk sosyo-demografik anket formu, Türkçe öz-bakım gücü ölçeği ve yaşam doyumu ölçeği kullanıldı. Gruplar birbirleri ile sosyo-demografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam doyumu açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: PD hastalarındaki kadın sayısı HD gruplarından anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0.023). Günlük işlerini yapabilen yeşil kartlı HD hasta sayısı, SGK'lı HD ve PD hastalarına göre anlamlı düzeyde düşük idi (p=0.000). Kendisine ait konutta oturan SGK'lı hasta sayısının diğer gruplara göre fazla olduğu (p=0.000), dışarıda yemek yemeğe yeşil kartlı HD hastalarının daha az gittiği (p=0.018) saptandı. Gruplara göre öz bakım gücü düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulundu (p=0.001). Post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu yeşil kartlı HD hastalarının öz bakım gücü düzeylerinin PD ve SGK'lı HD hastalarından daha düşük olduğu tespit edildi. Grupların yaşam doyumu düzeylerinde ise anlamlı bir farklılık saptanmadı (p=0.105).

Sonuç: Yeşil kartlı HD hastalarının öz bakım gücü diğer HD ve PD hastalarından daha düşüktür (p=0.001). Öz bakım gücü düzeylerindeki bu düşüklüğe kronik hastalıklarından ziyade sosyo-ekonomik-kültürel durumlarının olumsuz etkisi olabilir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, periton diyalizi, türkçe öz-bakım gücü, yaşam doyumu

HS-18

HEMODİYALİZ HEMŞİRELERİNİN YAŞADIKLARI ETİK SORUNLAR VE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ

Nazan Kılıç Akça¹, Dilek Efe Arslan¹¹Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Giriş: Bu araştırma, hemodiyaliz hemşirelerinin diyaliz sırasında yaşadıkları etik sorunları ve baş etme yöntemlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntemler: Kalitatif özellikte olan çalışmanın verileri bir hemodiyaliz merkezinde çalışan 12 hemşireden odak görüşmesi yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Görüşmelerde araştırmacılar tarafından literatür-uzman görüşleri doğrultusunda hazırlanan tanıtıcı bilgi formu ve yarı yapılandırılmış soru formu kullanılmıştır. Görüşmelerin moderatörlüğü araştırmacı tarafından yapılmış ve ortalama 20-30 dakika sürmüştür. Veriler Türk Hemşireler Derneği'nin hemşireler için belirlediği etik ilkeler (zarar vermeme-yararlılık, özerklik bireye saygı, mahremiyet ve sır saklama, adalet ve eşitlik) kapsamında gruplandırılarak tematik olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Görüşme sonucunda hemodiyaliz hemşirelerinin; diyaliz uygulamaları sırasında aseptik tekniklere uyulmaması ve tedaviye ilişkin sorunlar (Zarar vermeme/yararlılık ilkesinin ihlali), uygulamalar sırasında mahremiyetin korunmaması ve hasta ve yakınlarının bilgilerini paylaşımaması (mahremiyet ve sır saklama ilkesinin ihlali), hasta ve yakınlarıyla iletişim problemleri yaşama ve hakaretler edilmesi (özerklik/bireye saygı ilkesinin ihlali), hastaların ihtiyacı kapsamında malzemenin kullanılmaması (adalet ve eşitlik ilkesinin ihlali) sorunları yaşadıkları ve etik ilkelerin ihlal edildiği saptanmıştır. Yaşanan bu etik sorunların kendilerinin psikolojik olarak etkilendiğini ve tükenmişlik yaşamalarına neden olduğunu ve baş etme yöntemleri olarak da sorumlu hemşireye problemi iletme, meslektaşlarıyla ve hastalarla sorunu konuşma gibi yöntemleri kullandıklarını ifade etmişlerdir.

Sonuç: Elde edilen bu sonuçlara göre hemodiyaliz hemşirelerinin hemodiyaliz sırasında etik sorunlar yaşadıkları ve bu sorunların çözümüne yönelik hizmet içi eğitimlerin verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: hemodiyaliz, hemşire, etik sorun, baş etme yöntemleri

HS-19

PERİTON DİYALİZİNİN TRANSFER SET DEĞİŞİMİNDE STERİL VE ASEPTİK YÖNTEMİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dönşel Acar Küçükylmaz¹, Erdinç Ünal², Rukiye Şimşek¹, Türkan Şanlı³, Oğuz Küçükylmaz⁴¹Pamukkale Üniversite Hastanesi Nefroloji Anabilim Dalı Periton Diyaliz Ünitesi²Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi³Akdeniz Üniversite Hastanesi Nefroloji Anabilim Dalı Periton Diyaliz Ünitesi⁴Denizli Servergazi Devlet Hastanesi

Giriş ve Amaç: Periton diyaliz yapan hastaların diyalizleri, takipleri ve hastalar üzerinde yapılan hemşirelik uygulamaları rutin periyotlarla planlı şekilde yapılmaktadır. Hemşirelik uygulamalarından biri olan transfer set değiştirme işleminin klinikler arası uygulamalarda belirli bir standartı yoktur. Transfer seti değiştirirken bazı klinikler steril yöntemi kullanırken bazı kliniklerde aseptik yöntemi kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı steril ve aseptik transfer set değişim yöntemlerinin mali analizini yapmak, enfeksiyon (peritonit) gelişimini karşılaştırmak ve böylece uygulamayı standardize etmeye yönelik veri oluşturmaktır.

Yöntemler: Akdeniz Üniversite Hastanesi Periton Diyaliz Ünitesinde 2013 ve 2014 yıllarında takip edilen hastalar alınmıştır (N: 60). Bu ünite, hastaların rutin olarak değiştirilen transfer setlerinin; 2013 yılında steril koşullarda, 2014 yılında ise aseptik koşullarda değişimi yapılmıştır. Retrospektif olarak hasta dosyaları ve dokümanları taranarak gerekli veriler elde edildi. Aynı hastalardaki iki farklı uygulama sonrası, hastaların enfeksiyon (peritonit) durumları, uygulama maliyetleri, hasta ve hemşire açısından uygulama süreleri kaydedildi ve hesaplamalar yapıldı.

Bulgular: Her iki uygulamada da peritonit gelişmediği gözlemlendi. Steril uygulama ve aseptik uygulamada kullanılan malzeme maliyeti bakımından anlamlı farklılık bulundu ($p \leq 0,0001$). İki uygulamada geçen süreler değerlendirildiğinde; steril uygulamada geçen zaman aseptik uygulamadan anlamlı düzeyde fazladır ($p \leq 0,0001$).

Sonuç: Steril ve aseptik uygulama arasında tıbbi kalite farkının olmadığını göstermektedir. Sterilizasyon giderleri ve malzeme sayısının çokluğu steril uygulamayı daha pahalı hale getirmektedir. Aseptik yöntem ile daha kısa sürede ve daha az maliyetle transfer set değiştirilebileceği sunucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Anahtar Kelimeler: Transfer set değişimi, aseptik ve steril yöntem, periton diyaliz, süre, maliyet

HS-20

HEPATİT B VE HEPATİT C VİRÜSLERİYLE KARŞILAŞMIŞ OLAN BÖBREK NAKİLLİ HASTALARIN KLİNİK SEYRİNİN İZLENMESİ

Saliha Mert¹, Ayşe Sinangil², Soykan Barlas³, Zuhâl Atan Uçar², Yener Koç², Emin Barış Akin³, Süleyman Tefvik Eçder²¹Şişli Florence Nightingale Hastanesi, Böbrek Nakli Ünitesi²İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı³İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Böbrek Nakli Ünitesi

Amaç: Böbrek nakilli hastalarda Hepatit B (HBV) ve Hepatit C (HCV) sıklığının saptamak ve HBV, HCV olan ve olmayan hastalarda renal fonksiyonların, klinik seyrilerin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntemler: 2008 – 2016 yılları arasında böbrek nakil ünitesinde takip edilen hastalar geriye dönük olarak incelendi. Hepatit serolojileri, hastaların demografik, klinik ve laboratuvar bulguları kayıt edildi. HBV, HCV olan hastalar ile aynı dönemde nakil olmuş HBV, HCV olmayan hastalarla kontrol grubu oluşturularak verileri karşılaştırıldı.

Bulgular: Toplam 872 hastanın 15'inde (%1,7) HBV (9E, ortalama yaş 42±11 yıl, ortalama izlem süresi 56,6±26 ay), 20'sinde (%2,3) HCV (15E, ortalama yaş 50,6±14,9 yıl, ortalama izlem süresi 46,6±28,2 ay) olduğu görüldü. Kontrol grubuna 35 hasta (23E, ortalama yaş 47±10,4 yıl, ortalama izlem süresi 51,4±24,3 ay) alındı. Gruplar arasında yaş, cinsiyet ve takip süresi açısından anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla $p:0.12$, 0.62 ve 0.52). HBV hastalarının %53,3'ünde, kontrol grubunun ise %60'ında indüksiyon tedavisi olarak anti timosit globulin(ATG) kullanılırken HCV hastalarının %75'inde simulect kullanımı saptandı. İdame tedavisi olarak steroid+MMF/MMY+kalsinörin inhibitörü kullanımı vardı ve gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p<0,05$). HCV olan hastaların %11,7'sinde, kontrol grubu hastalarının %9,3'ünde nakil sonrası diyabet ortaya çıktığı gözlemlendi. HBV olan hastalarda ise diyabet gözlenmedi. Üç grubun son takip değerleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sonuç olarak böbrek nakilli hastalarda hepatit varlığının (HBV, HCV) hastalığın klinik seyri üzerine etkisi saptanmadı. HCV olan hastalarda yeni diyabet gelişimi açısından dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, Hepatit B, Hepatit C

Tablo 1: Hastaların son takip laboratuvar verileri

	HBV (+) (n=15)	HCV (+) (n=20)	KONTROL (n=35)	P değeri
Kreatinin (mg/dl)	1,3±0,3	1,3±0,4	2±3,2	0,484
Aspartat Transaminaz(AST) (Ü/L)	20,79±7,44	18,55±5,83	19,29±13,01	0,825
Alanin Transaminaz(ALT)(Ü/L)	23,14±12,06	22,95±11,79	23,06±28,52	1,000
Hemoglobin(gr/dl)	13,31±2,19	12,56±2,26	13,6±2,36	0,276
Trombosit(10 ³ /µL)	250,5±83,1	225,5±101,4	248,6±77,7	0,582
Ürik asit(mg/dl)	6,45±1,14	6,69±2,74	5,86±1,39	0,266

04 EKİM 2018, PERŞEMBE

HEMŞİRELİK POSTER BİLDİRİLER	
Tarih	04 Ekim 2018, Perşembe
Saat	12:15-13:10
Salon	POSTER SALONU
Oturum Başkanları	Ezgi Karadağ, Nazan Tuna Oran, Lale Akkaya, Fatma Gedikli

HP-01**HEMODİYALİZ KATETERİ LÜMEN YIRTIĞI: VAKA SUNUMU**

Aysun Ünal, Özlem Akkaya, Reyhan Hoyraz, Gülpenbe Alp, Sibel Keskin, Songül Çetin, Halide Özeke, Cezminur Türkmen, Ayça İnci, Semih Gül, Abdi Metin Sarıkaya

HP-02**HEMODİYALİZDE ARTER BASINÇ ÖLÇÜMÜ VE ÖNEMİ**

Aysun Ünal, Neşe Bayraktar, Özlem Akkaya, Reyhan Hoyraz, Filiz Alkır, Hatice Coşkun, Birsen Özdemir, Ebru Kaya, Gülfidan Ada Bahçe, Gülpenbe Alp, Halide Özeke, Cezminur Türkmen, Sibel Keskin, Songül Çetin, Semih Gül, Ayça İnci, Abdi Metin Sarıkaya

HP-03**HEMODİYALİZDE A/V FİSTÜL VENÖZ YOLDAN KAN SIZINTISI İÇİN ALARM KULLANIMI; VAKA ÖRNEĞİ**

Aysun Ünal, Özlem Akkaya, Neşe Bayraktar, Semih Gül, Ayça İnci, Abdi Metin Sarıkaya

HP-04**HEMODİYALİZDE TÜNELLİ /TÜNELSİZ KATETER KAPAMA SOLUSYONLARININ DOĞRU YÖNETİMİ**

Aysun Ünal, Birsen Özdemir, Hatice Coşkun, Filiz Alkır, Neşe Bayraktar, Özlem Akkaya, Reyhan Hoyraz, Sibel Keskin, Semih Gül, Ayça İnci, Abdi Metin Sarıkaya

HP-05**POSTOPERATİF ERİŞKİN YOĞUN BAKIMA KABUL EDİLEN KARACİĞER TRANSPLANTASYON HASTASINDA HEMŞİRELİK BAKIMI**

Azize Yılmaz, Mustafa Ağar, Selda Kudret, Seda Özdemir

HP-07**DİYALİZ ÇALIŞANLARINDA PSİKOSOSYAL RİSK, STRES NEDENLERİ, TÜKENMİŞLİK VE İŞ TATMİN DÜZEYLERİ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hatice Yılmaz

HP-08**HEMODİYALİZ HASTALARINDA GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİN UMUTSUZLUK DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Özgül Balseven, Ömer Boyraz, Hatice Topal Aksüt, İrem Pembegül Yiğit, Burcu Kayhan Tetik

HP-09**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA METABOLİK SENDROM SIKLIĞI**

Seyhan Özdemir, Arzu Arda, Serdar Kahvecioğlu

HP-10**PEDİATRİK PERİTON DİYALİZİNDE FİBRİN TUTKALI KULLANIMI: ÜÇ OLGU SUNUMU**

Candan Sağlam, Serap Arslan, Neslihan Çiçek, İbrahim Gökçe, Mehtap Sak, Nurdan Yıldız, Halil Tuğtepe, Harika Alpay

05 EKİM 2018, CUMA

HEMŞİRELİK POSTER BİLDİRİLER	
Tarih	05 Ekim 2018, Cuma
Saat	12:15-13:10
Salon	POSTER SALONU
Oturum Başkanları	Ezgi Karadağ, Nazan Tuna Oran, Lale Akkaya, Fatma Gedikli

HP-11**TORASİK YERLEŞİMLİ ATİPİK PERİTON DİYALİZ KATETERİ: BİR ÇOCUK OLGU**

Serap Arslan, Candan Sağlam, Mehtap Sak, İbrahim Gökçe, Neslihan Çiçek, Nurdan Yıldız, Figen Akalın, Koray Ak, Harika Alpay

HP-12**HEMODİYALİZE GİREN DİYABETİK VE NONDİYABETİK HASTALARDA VASKÜLER GİRİŞ YOLU BAŞARISI**

Seyhan Özdemir, Yaşar Heçkorkmaz, Sevgi Aydın, Serdar Kahvecioğlu

HP-13**GÜNÜN KAHRAMANI OLMAYA NASIL KARAR VERDİLER?**

Rukiye İnal, Sabriye Sibel Taze, Erdi Bahadır

HP-14**KRONİK BÖBREK HASTALARINDA EĞİTİM DURUMU VE YAŞAM KALİTESİ**

Seyhan Özdemir, Yaşar Heçkorkmaz, Gülseher Küçük, Arzu Arda

HP-15**EXTRAKORPÖREAL MEMBRAN OKSİJENASYONA İHTİYACI OLAN HASTADA ARALIKLI "IN-LİNE" HEMODİYALİZ (OLGU SUNUMU)**

Azize Karatut, Hacı Veli Atalay, Gökten Aşkın

HP-16**PERİTON DİYALİZİNE YENİ BAŞLAYAN HASTALARIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ**

Gülay Bingöl, Eylem Topbaş, Öznur Görgen, Nimet Ferahoğlu, Lale Akkaya

HP-17**HEMODİYALİZ VE MALPRAKTİS**

Hıdır Arslan

HP-18**DİYALİZ TEKNİKLERİ EĞİTİMİNDE SİMÜLASYONUN YERİ**

Canan Yuksel Acar, Emine Dane, Ülkem Çakır

HP-19**EVRE 3-5 NON-DİYALİZ KRONİK BÖBREK HASTALARINDA DEPRESYON DURUMUNUN İNCELENMESİ**

Emine Asar, Aylin Erol, Feyza Bora, Ramazan Çetinkaya, Funda Sarı, Fettah Fevzi Ersoy, Gültekin Süleymanlar

05 EKİM 2018, CUMA

HEMŞİRELİK POSTER BİLDİRİLER	
Tarih	05 Ekim 2018, Cuma
Saat	12:15-13:10
Salon	POSTER SALONU
Oturum Başkanları	Ezgi Karadağ, Nazan Tuna Oran, Lale Akkaya, Fatma Gedikli

HP-20
NEFROLOJİ DÜŞÜK KLİRENS POLİKLİNİĞİNDE HASTA EĞİTİM SÜRECİ: OLGU SUNUMU

Emine Asar, Feyza Bora, Aylin Erol, Türkan Şanlı, Nilüfer Bozkurt, Ramazan Çetinkaya, Funda Sarı, Fettah Fevzi Ersoy, Gültekin Süleymanlar

HP-21
NON-DİYALİZ EVRE 3-5 KRONİK BÖBREK HASTALARINDA EGZERSİZ ALIŞKANLIĞININ ANALİTİK DEĞERLENDİRİLMESİ

Emine Asar, Feyza Bora, Türkan Şanlı, Nilüfer Bozkurt, Ramazan Çetinkaya, Funda Sarı, Fettah Fevzi Ersoy, Gültekin Süleymanlar

HP-22
PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA ANTROPOPLİKOMETRİK ÖLÇÜMLER VE METABOLİK PARAMETRELER İLE İLİŞKİSİ

Canan Sayan, Lamiye Yücel, Meltem Gürsu, Yelda Deligöz Bildacı, Ayşe Serra Artan, Ömer Celal Elçioğlu, Rümeyza Kazancıoğlu

HP-23
DAMARYOLU YOKLUĞUNDA HASTA YÖNETİMİ: BİR VAKA (ACİL PERİTON DİYALİZ)

Durkadın Duygu Balcı, Dilek Efeyurtlu, Figen Kurt, Ümmühan Maden, Semih Gül, Ayça İnci, Abdi Metin Sarıkaya, Orbay Harmandar

HP-24
MEKANİK VENTİLASYON VE PERİTON DİYALİZ TEDAVİSİ ALAN YENİDOĞANLARIN BAKIMI

Canan Sayan, Sema Bayraktar, Elif Bülbül

HP-01

HEMODİYALİZ KATETERİ LÜMEN YIRTIĞI: VAKA SUNUMU

Aysun Ünal, Özlem Akkaya, Reyhan Hoyraz, Gülpenbe Alp, Sibel Keskin, Songül Çetin, Halide Özeken, Cezminur Türkmen, Ayça İnci, Semih Gül, Abdi Metin Sarıkaya
SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi

Giriş: Yeterli bir hemodiyaliz tedavisinin yapılabilmesinin ilk koşulu; yeterli kan akımını sağlayan uygun bir damar erişim yolunun bulunmasıdır. Kalıcı bir vasküler yol sağlanamamış son dönem böbrek yetmezlikli hastada hemodiyaliz kateterleri önemli bir yere sahiptir. Kalıcı veya geçici hemodiyaliz kateterlerinin efektif ve uzun süre kullanılabilmesi takıldığı andan itibaren doğru bakım ve kullanım tekniklerinin uygulanması ile mümkündür.

Amaç: Ünitelerde hemodiyaliz tedavisi gören hastaların damaryolu sağkalımını sağlamak ve kateter değişimlerine bağlı komplikasyonlardan korunmasını sağlamak için farkındalığı arttırmak.

Bulgular: Hemodiyaliz tedavisi sonrası kateter kapamada kullanılan yanlış uygulama prosedürü nedeniyle ünitimize kateter değişimi için hastalar gelmektedir. başlıca kateter arızaları;

Klemp kırılmaları, Kateter süturları alınırken kateter delinmesi,

Yanlış bantlama sonucu bantları açarken kateterin kesici aletlerle kesilmesi olarak sınıflandırabiliriz.

Yöntem: Ünitimizde kateter ile diyalize hasta alma ve çıkarma prosedürlerimize istinaden;

Kateter giriş yeri pansumanı yapılır ve kapatılır,

Kateter lümenleri eğer çıkış kiti mevcut ise lümen kese içine konur ve kesenin ucundaki bantlı yeri pansuman üzerine kapatılır. veya

Kateter lümeni gazlı bez ile sarılır ve file geçirilir, bantlama yapılmaz. İki kapama şeklinde de kateterin lümen kısmı serbest kalır, tekrar tedavi için açtığımızda kese veya file kolayca açıldığı için katetere olası zararda önlenmiş olmaktadır.

Sonuç: Haftada 2,3 veya 4 kez diyaliz tedavisi gören hastalarda kateter pansumanlarının her seferinde açılması zorunludur ve kateter yaralanma ve enfeksiyon riskini arttırmaktadır.

Kateter devam eden diyaliz tedavisini sağlamak için gerekli vasküler erişim yoludur.

Tedaviden sorumlu sağlık profesyonelleri kateter bakımı, eğitimi ve damaryolu sağkalımını sağlamak için eğitim almalı yenilikleri takip etmeli ve uygulamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, kateter pansumanı



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

HP-02

HEMODİYALİZDE ARTER BASINÇ ÖLÇÜMÜ VE ÖNEMİ

Aysun Ünal, Neşe Bayraktar, Özlem Akkaya, Reyhan Hoyraz, Filiz Alkır, Hatice Coşkun, Birsan Özdemir, Ebru Kaya, Gülfidan Ada Bahçe, Gülpenbe Alp, Halide Özeken, Cezminur Türkmen, Sibel Keskin, Songül Çetin, Semih Gül, Ayça İnci, Abdi Metin Sarıkaya
SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi

Giriş: Hemodiyaliz işlemi, hasta kanının, A/V Fistül/Greft veya bir santral venöz kateterden alınarak hemodiyaliz seti ile diyalizöre pompalanması ve diyalizör içinde diyaliz solüsyonu ile aralarında hemodiyaliz membranı bulunacak şekilde karşılaştırılmasını gerektirir. Bu nedenle hemodiyaliz işlemi için; damaryolu, su arıtma sistemi, hemodiyaliz makinası, diyalizör ve setlerine ihtiyaç vardır. Bilindiği üzere hemodiyalizde damaryolu yaşam yolu olarak adlandırılmaktadır. Damaryolu sağkalımı ancak diyaliz profesyonellerinin eğitimi ve hasta eğitimi ile mümkündür(1).

Amaç: Arteriyovenöz Fistül izlemi için dinamik venöz ve arteriyel basınçların değerlendirilmesi gerekmektedir. Arteriyel damarda pompa öncesi artmış negatif basınç, azalmış trill ve değişmiş nabız karakteristikleri, hedef kan akım hızına ulaşmadaki zorlukları erken tespit etmek aynı zamanda damaryolu sağkalımı ile hemoliz riskini ekarte etmek amacı ile çalışmamızı başlattık.

Bulgular: Diyaliz merkezimizde Arteriyel basıncın ölçülmediği ölçüm yapılsa bile sık alarm veriyor diye kapatılmakta iken ;

- İzolatörü kapatmayıp eğer kan akımı yeterli değilse kan pompa hızının düşürülmesi gerektiğini ve damaryolunun değerlendirilmesi için girişimsel radyolojiye gönderilmesini yaptığımız eğitimler ile sağladık.

Yöntem: Diyaliz prosedürlerimiz doğrultusunda seans süresi boyunca hastalar arter,ven,tmp basınçları kayıt edilmiştir.

Rutin uygulamalarda kullanılan arter yastıkcığı ile arter akımını kontrol etmek arteriyovenöz fistül komplikasyonlarında klavuz olmamaktadır.

- Kan pompası 400ml/dak ile çalışırken arter yastığı ile çok iyi gibi görünmekte olan arteriyovenöz fistül akımımız arter izolatörünü takıp baktığımızda gerçek kan akım hızının 355 ml/dak olduğunu gördük

Sonuç: Güncel klavuzlar sorunların tanınması ve erken evrede müdahale edilmesi amacı ile damara ulaşım, gözlem ve izlemin hastalara sunulan diyaliz bakımının önemini anlatmaktadır.

Önlemek tedavi etmekten daha kolaydır.

Tedavi,izlem,gözlem ve kayıt tutmanın birbirini tamamlar ve damaryolu sağkalımı ile hasta yaşam kalitesi üzerine etkisi önemlidir.

Her hemodiyaliz Ünitesi vasküler damaryolu çeşidine göre prosedür oluşturmalıdır ve uygulamalıdır.Seans boyunca tüm değişiklikleri kayıt etmelidir.

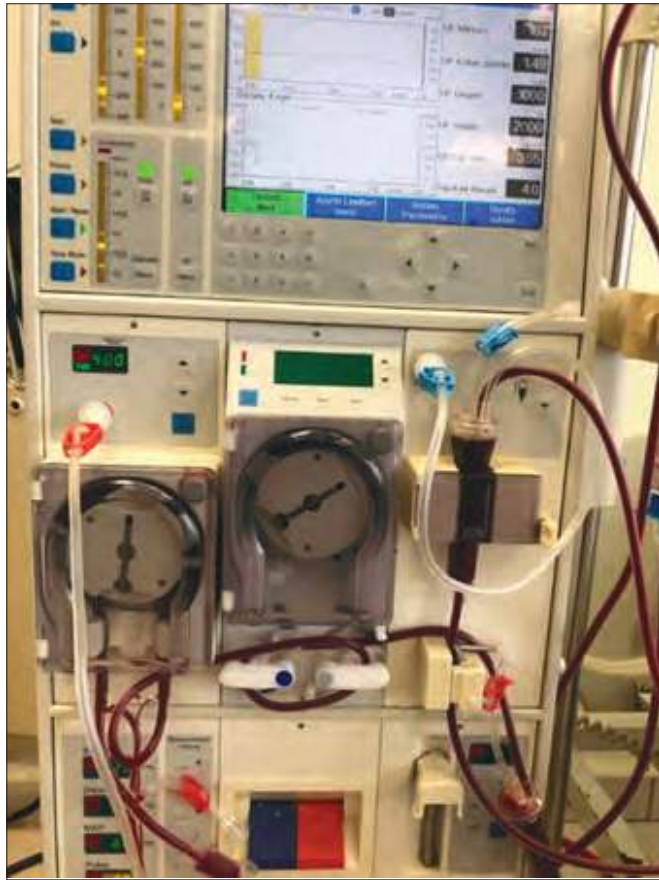
Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, arter basınç



Şekil 2.



Şekil 3.



Şekil 1.

HP-03

HEMODİYALİZDE A/V FİSTÜL VENÖZ YOLDAN KAN SIZINTISI İÇİN ALARM KULLANIMI;VAKA ÖRNEĞİ

Aysun Ünal, Özlem Akkaya, Neşe Bayraktar, Semih Gül, Ayça İnci, Abdi Metin Sankaya
SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi

Giriş: Hemodiyaliz sırasında antikoagülan olarak heparin kullanımı ile kanama riski artmakta olup kan kaybı için risk teşkil etmektedir. Komplikasyonsuz bitirilen bir hemodiyaliz seansında bile ortalama 20cc kan kaybı olduğu bilinmektedir. Tetkik nedeniyle alınan kanlar ve Hemodiyaliz tedavisi esnasında setlerde ve diyalizörde pıhtılaşma, seans sırasındaki fistül iğnelerinden kan sızıntısı ve seans bitiminde bası hatalarından dolayı oluşan kanamalarla kan kayıpları olabilmektedir.

Amaç: Hemodiyaliz tedavisi sırasında ven iğnesi çıkarsa cihaz alarm vermemektedir. Kateter giriş yeri kanamasından ve Ven iğnesinden olası kan kaçağını takip etmek vede önlemek için hastaların tedavi giriş yerleri açık olması gerekmektedir. Kateter giriş yerini ve arteriyovenöz fistül giriş yerini örtüp açmak istemeyen dirençli hastada kan sızıntılarını erken tespit etmek.

Bulgular: Ünitimizde hemodiyaliz tedavisi gören, tedaviye uyum sorunu olan, Nörolojik sorunlardan kolunu sabit tutamayan ve spastik sorunu olan hastalarda tedavi girişleri sabitlenemediği için kan kaçağı ve kanama riski yüksektir.

Yöntem: Tedaviye uyum sorunu olan, Nörolojik sorunlardan kolunu sabit tutamayan ve spastik sorunu olan hasta grubunda hemodiyaliz tedavi sırasında hasta güvenliğini arttırmak için çocuk Nefrolojide altına kaçırın çocuklar içinkullanılan Enürezis Nokturnal alarm cihazını kullandık. Hastaya özel kullandığımız enürezis nokturnal alarm cihazı ile,

- Ünitimizde hemodiyaliz tedavisi süresince kullanılan ve özel takip problemi olan 5 hastada, son 1 yılda 1300 seansta toplam 10 sızıntı alarmı vermiştir. Alarm sızıntıyı anında haber verdiği için kanülasyon yerinden olası kan kaybını önlemiştir.

Sonuç: Diyaliz profesyonellerinin görevi; sadece hastayı hemodiyalize bağlamak ve çıkartmak değil, seans sırasında hastanın takibi, olası komplikasyonların önlenmesi ve gerekli müdahaleyi yapabilmektir. Hemodiyaliz tedavi başlangıcından tedavi bitimine kadar süreçte hasta için en etkin tedaviyi yapmak ve hasta / çalışan güvenliği için yenilikleri takip etmek, uygulamak ancak sürekli eğitim ile mümkün olabilir. **Enürezis Nokturnal** alarm cihazı ile venöz iğne çıkma tehlikesinde veya kan sızıntısında erken müdahale şansı yüksektir.

Anahtar Kelimeler: hemodiyaliz, kan sızıntısı, alarm



Şekil 2.



Şekil 3.



Şekil 1.

HP-04

HEMODİYALİZDE TÜNELLİ /TÜNELSİZ KATETER KAPAMA SOLUSYONLARININ DOĞRU YÖNETİMİ

Aysun Ünal, Birsen Özdemir, Hatice Coşkun, Filiz Alkır, Neşe Bayraktar, Özlem Akkaya, Reyhan Hoyraz, Sibel Keskin, Semih Gül, Ayça İnci, Abdi Metin Sarıkaya
SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi

Giriş: Hemodiyaliz tedavileri arasında kateter lümenlerinde pıhtılaşmanın önlenmesi genellikle izotonikle yıkama sonrasında heparin gibi bir antikoagülan solüsyon ile kilitlenmeyi gerektirir. Kateter üreticileri, kateterlerin iç hacmini belirtir ve hacim miktarınca yapılan heparin **doğru prosedürle yapıldığında**, güvenli ve verimli olduğu varsayılır.

Amaç: Kateter tıkanmasının önlenmesi, diyaliz hastasının hayat kalitesini arttırmak ve yetersiz diyalizden kaçınmak için gereklidir. Nefroloji Kliniğine kateter tıkanması sebebiyle yatış yapılan ve kateter tıkanması sorununun aynı hastalarda tekrarlaması üzerine ünitimizde kateter ile diyalize giren hastalarda uyguladığımız prosedürü gözden geçirdik. Çalışmamızda 2 farklı diyaliz sonlandırma prosedürünün kateter tıkanması üzerine etkisini araştırdık.

Yöntem: Kateter ile diyaliz sonlandırma prosedürümüze göre;

- Arter setini hastadan ayırıp izotonığa bağladıktan sonra 10 cc izotonigi kateter lümenine vererek klempleyip, lümen hacmi boyunca heparinleyip kapattık. Aynı işlemi ven lümeni içinde yaptık.
- Arter setini hastadan ayırıp izotonığa bağladıktan sonra 10 cc izotonigi kateter lümenine verdik ve parmağımızın yaptığı basıncı kaldırmadan klemp kapayıp, lümen hacmi boyunca heparini verip yine parmağımızın yaptığı basıncı kaldırmadan klemp kapattık.

Bulgular: Nefroloji Kliniğine kateter tıkanması sebebiyle son 3 aylık dönemde yatış yapılan 8 hasta ve bu hastaların 13 kez tekrarlayan değişimden çıkarılan kateterlerin içerisindeki trombusu inceledik.

Klavuz tel yardımı ile çıkarttığımız trombusların hepsinde lümenin en uç kısmında oluştuğunu tespit ettik.

Ünitimizde takip ettiğimiz kateter ile diyaliz tedavisini devam ettirdiğimiz hastalara prosedürler doğrultusunda yaptığımız çıkış işleminde kateter tıkanma komplikasyonu ile karşılaşmadık.

Kateter lümenlerine uyguladığımız enjektör pistonundaki basınçla kateter klempini kapattığımız için kateter ucuna geri kan kaçıışı olmadı ve kateter tıkanması görülmedi.

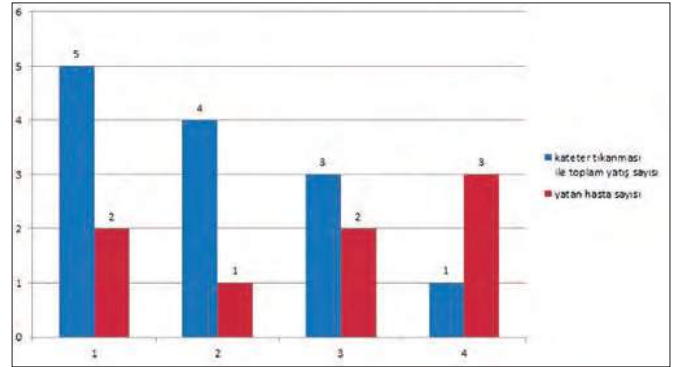
SONUÇ: Diyalizden hemen sonra lümenlere uygulanan izotonik flushing ile hemodiyaliz kateterini temizledikten sonra yaygın olarak kullanılsa da, heparin veya alternatif bir antikoagülan ile kapatmak trombusu önlemek için yeterli değildir.

Kateterin normal salin ile uygun şekilde yıkanması (lümene verilen izotonik ve heparin sonrası parmağımızla uyguladığımız basıncı azaltmadan klemp kapamak), muhtemelen intraluminal tromboz ile ilişkili kateter işlev bozukluğunun önlenmesinde daha önemli bir faktördür.

Anahtar Kelimeler: Kateter, kapama sıvısı, heparin



Şekil 1.



Şekil 2.



Şekil 3.

Tablo 1. Kateter tıkanması ile hastaneye yatış

Kateter tıkanması ile toplam yatış sayısı	Yatan hasta sayısı	Damaryolu
5 kez yatan	2	tünelli kateter
4 kez yatan	1	tünelli kateter
3 kez yatan	2	tünelli kateter
1 kez yatan	3	tünelli kateter

HP-05

POSTOPERATİF ERİŞKİN YOĞUN BAKIMA KABUL EDİLEN KARACİĞER TRANSPLANTASYON HASTASINDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Azize Yılmaz, Mustafa Ağar, Selda Kudret, Seda Özdemir

Acibadem Üniversitesi Hastanesi

Karaciğer transplantasyonu başka bir tedavi şekli olmayan, yaşamı tehdit eden son evredeki karaciğer hastalığını tedavi etmek amacıyla kullanılan bir tedavi yöntemidir. Karaciğer transplantasyonu yapılan hastalar postoperatif erken dönemde yoğun bakımda takip edilmektedir. Transplantasyon sonrası hastalarda rejeksiyon, enfeksiyon, safra anastomozunun tıkanması, yetersiz safra drenajı, hipertansiyon, malignite gibi immünosupresif tedavi ile ilişkili komplikasyonlar, immünosupresif tedavi rejimine uyumsuzluk ve psikolojik sorunlar gelişebilir. Hastalarda görülebilecek komplikasyonların en aza indirilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde hemşirelik bakımı önemli rol oynamaktadır. Bu olgu sunumu ile üniversite hastanesinde yatan canlıdan vericili karaciğer transplantasyonu yapılan hastanın bakımına yönelik yoğun bakımdaki hemşirelik bakım planı

uygulamaları Marjorie Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örtüntüleri Modeline göre değerlendirilerek postoperatif karaciğer transplantasyonunda alıcıya ait standart bakım planı hazırlamak, hastanın ihtiyaç önceliğini belirlemek, olası komplikasyonlara karşı alınan önlemleri sıralamak amaçlandı. 48 yaşında B.A. isimli erkek hasta bilinen diyabetes mellitus ve kriptojenik karaciğer sirozu nedeniyle karaciğer transplantasyonu yapılan ve serviste takip edilirken hastanın diürezinde azalma, akciğer ödemi, yaygın anazarka tarzı ödem gelişmesi üzerine yoğun bakım ünitesine interne edildi. Hastaya hemodiyaliz işlemine ve non invaziv mekanik ventilasyon desteğine başlandı. Ancak solunumsal asidozunun olması nedeniyle oratrakeal entübe edilen hastaya günlük olarak albüminli plazmaferez ve hemodiyaliz işlemi uygulandı. Karaciğer fonksiyonları kötüleşen ve rejeksiyon düşünülen hastanın tedavisindeki immünoşüpresif ilaçları nakil ekibinin isteği ile stoplandı. Karaciğer biyopsisi yapılan hastanın biyopsi sonrası batın içi kanama görülen ve operasyona alınan hasta, günler içinde hepatorenal sendrom gelişen hastada uzamış entübasyon nedeniyle cerrahi trakeostomi açıldı. Bakım planında 15 hemşirelik tanısı içerisinde ilk 5 sırada; terapötik rejimi etkisiz sürdürme, konfüzyon, anksiyete, enfeksiyon riski, kanama riski yer almaktadır.

Sonuç olarak; bu modelin kullanılmasının her bir ölüme ilişkin ayrıntılı veri toplamaya, bireyin gereksinimlerinin daha sistematik bir şekilde belirlenmesine ve bu gereksinimlere uygun daha nitelikli bir hemşirelik bakımı sunulmasına yardımcı olduğu ve klinikte uygulanabileceği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer transplantasyonu, Gordon, Hemşirelik Bakımı

HP-07

DİYALİZ ÇALIŞANLARINDA PSİKOSOSYAL RISK, STRES NEDENLERİ, TÜKENMİŞLİK VE İŞ TATMİN DÜZEYLERİ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hatice Yılmaz, E.Dane Yıldız, H.Ergin Karadayı

Özel Maltepe Onur Hemodiyaliz ve Periton Diyaliz Merkezi

Giriş: Hemodiyaliz ünitelerindeki çalışanların çalışma ortamının özelliğine ve hizmet verilen hastaların doğasına bağlı olarak bazı psikososyal streslere ve tükenmişlik riskine maruz kaldıkları ve iş tatmin düzeylerinin de çalışma ortamından etkilendiği düşünülmektedir. Araştırma, kronik hemodiyaliz hastaları ile sürekli çalışmak durumunda olan doktor, hemşire ve yardımcı personelin psikososyal streslerini, iş tatmin düzeylerini ve tükenmişlik düzeylerini incelemek amacıyla planlandı.

Yöntemler: Tanımlayıcı olarak planlanan araştırma İstanbul ilindeki 6 özel diyaliz merkezinde yürütüldü. Araştırmanın örneklemini hemodiyaliz ünitelerinde çalışan 121'i sağlık personeli (doktor, hemşire, hizmetli sağlık personeli) ve 74'ü yardımcı sağlık çalışanları (şöför, teknisyen, sekreter, muhasebe) olmak üzere 195 gönüllü oluşturdu. Verilerin toplanmasında sosyo demografik özellikler, psikososyal ve risk faktörlerini ölçen bilgi formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTO), Minnesota Doyum Ölçeği kullanıldı. Değerlendirilmede SPSS versiyon 21 paket programı ile yapıldı; ayrıca tanımlayıcı olarak frekans, yüzde ve ortalama olarak yararlanıldı.

Bulgular: Çalışanların 123'ü kadın/72'si erkek olup, çoğunluğu 80'i (%41) 26-40 yaş arasında olup, 139'u (%71.3) evli, meslekte çalışma süreleri 99'unun (%50.8) 10 yıldan fazla olup hemodiyaliz çalışma süreleri ise 88'inin (%45.1) 10 yıl üzerinde idi.

Minnesota Doyum ölçeği ile psikososyal risk faktörleri ve stres düzeyleri karşılaştırıldığında; hemodiyaliz öncelikli tercihim diyen 99 kişinin %58'i, mesleki açıdan beklentimi karşıladı diyen 103 kişinin %70'i, mesleğini seviyorum diyen 79 kişinin %64'ü, maddi anlamda tatmin olduğunu söyleyen 61 kişinin %80'i yüksek düzeyde doyum yaşamakta iken, bu sorulara hayır diyenler de ise orta düzeylerde ya da düşük düzeylerde doyum yaşandığı görüldü.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği uygulanan 195 kişiden; 140 kişinin %71.8 oranında orta düzeyde duygusal tükenmişlik yaşadığı, 147 kişinin %75.8 yine orta düzeyde duyarısız tükenme yaşadıkları görülmüştür. Ayrıca 131 kişiye %67.2 yüksek düzeyde kişisel başarıda tükenme yaşadıkları saptanmıştır. Psikososyal etkenlerin

de çalışanlarda duygusal ve duyarısız tükenme de çeşitli düzeylerde etken olduğu görülmüştür.

Sonuç: Diyaliz ünitelerinde çalışan sağlık ekibi ruhsal olarak zorlanmaktadır. Bu alanda ileriye yönelik çalışmalar sağlık çalışanlarının yaşam kalitesinin artırılması, çalışma koşullarıyla ilgili sorunların giderilmesi açısından etkili olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Psikososyal risk, stres, tükenmişlik, iş tatminsizliği

HP-08

HEMODİYALİZ HASTALARINDA GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİN UMUTSUZLUK DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgül Balseven¹, Ömer Boyraz², Hatice Topal Aksüt¹, İrem Pembegül Yiğit¹, Burcu Kayhan Tetik²

¹Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Fakültesi

Amaç: Kronik böbrek yetmezliği tanısı ile hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek, etkili faktörleri belirlemek ve bu faktörlerin umutsuzluk düzeylerine etkisini incelemek araştırmanın amacını oluşturmaktadır.

Gereç ve yöntemler: Tanımlayıcı nitelikte yapılan bu araştırma için Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz merkezinde Mart 2018-Haziran 2018 tarihleri arasında hemodiyaliz tedavisi gören 143 hasta incelenmiştir. Bu çalışmaya 18 yaşından büyük, herhangi bir psikiyatrik hastalığı bulunmayan, iletişim kurulabilen ve gönüllü olarak katılmak isteyen 112 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler Beck umutsuzluk ölçeği (BUÖ), Barthel günlük yaşam aktivitesi indeksi (BGYAİ) ve hastaların sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özelliklerini belirleyen kişisel bilgi formu kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 24(IBM) istatistik programı, Student's t testi, chi square test ve kruskall wallis testleri kullanılmıştır.

Bulgular: BGYAİ ve BUÖ puan ortalamaları incelendiğinde cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve diyaliz tedavisi görme süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05). Ancak yaş ve BGYAİ arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.05). Aynı zamanda BGYAİ ile BUÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.05). BGYAİ'ye göre tam bağımlı olan hastaların tamamı şiddetli umutsuzluk düzeyine sahiptir.

Sonuç: Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin günlük yaşam aktivitesine göre bağımlılık oranı arttıkça umutsuzluk düzeyleri de artış göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, umutsuzluk düzeyi, günlük yaşam aktivite indeksi

HP-09

HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA METABOLİK SENDROM SIKLIĞI

Seyhan Özdemir, Arzu Arda, Serdar Kahvecioğlu

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi

Metabolik Sendrom (MetS) bedendeki glikoz, insülin dengesindeki bozukluk sonucu kan yağlarında artış, karın bölgesinde yağlanma, bel çevresinde artış ile karakterize bir Kardiyovasküler Hastalık (KVH) kümesidir.

Amaç: Uzun süreli hemodiyaliz tedavisi gören hastalarımızda MetS sıklığı ve MetS'li hastaların özelliklerini araştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Bu çalışma için merkezimizde hemodiyaliz tedavisi alan 96 hasta incelendi. En az 1 yıldır hemodiyaliz tedavisi alan yaş ortalamaları 54±17 olan 51 erkek, 44 kadın alındı. Tüm hastaların biyokimyasal göstergeleri, kan basınçlarının ortalaması, bol, kilo, bel çevreleri ve vücut kütle indeksleri kaydedildi. MetS tanısı için; bel çevresi (erkeklerde ≥102 cm, kadınlarda ≥88 cm), serum trigliserid düzeyleri (≥150 mg/dl), serum HDL-kolesterol düzeyi (erkeklerde <40 mg/dl, kadınlarda <50 mg/dl), kan basıncı (≥130/85 mmHg), serum açlık glikoz

düzeyi(≥ 110 mg/dl) değerleri belirlendi. Ve 3-3 üstü ölçüt pozitif olan hastalar MetS olarak kabul edildi.

Bulgular: Hastaların ortalama hemodiyaliz tedavi süresi 48.9 ± 43.7 ay olarak hesaplandı. Hastaların 32(%33,3) tanesinde MetS için tanı kriterlerinde 3'ü mevcut olup MetS tanısı konulurken, 64 (%66,6)tanesinde MetS tespit edilmedi. MetS saptanan 32 hastanın 18(%56)'si kadın, 14(%44)'ü erkeklerden oluşmaktaydı. MetS olan grup ile MetS olmayan grup karşılaştırıldığında yaş, cins, HD süresi, VKİ, bel çevresi, HDLkolesterol ve TA düzeyleri arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($P>0.05$); trigliserid, açlık kan şekeri ve bel çevreleri metabolik sendromda anlamlı yüksek bulunmuştur.

Sonuç: MetS, normal nüfusta KBH, KVH VE Kardiyo vasküler mortalite için bağımsız bir risk etkenidir. KBH'de yapılan çalışmalarda alınan ölçütler ve çalışılan nüfusa göre MetS sıklığı %34-35 arasında değişmekte olduğu gözlenmektedir. Kendi merkezimizde MetS sıklığı %41 olarak tespit ettik. MetS ve sonuçları açısından tüm hemodiyaliz hastaları yakından takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Metabolik sendrom, Fizik aktivite, Beslenme, Hemşirelik Yaklaşımı

HP-10

PEDİATRİK PERİTON DİYALİZİNDE FİBRİN TUTKALI KULANIMI: ÜÇ OLGU SUNUMU

Çandan Sağlam¹, Serap Arslan¹, Neslihan Çiçek¹, İbrahim Gökçe¹, Mehtap Sak¹, Nurdan Yıldız¹, Halil Tuğtepe², Harika Alpay¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefrolojisi Bölümü

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Bölümü

Giriş: Bebeklerde ve küçük çocuklarda akut ve kronik böbrek yetmezliği tedavisinde renal replasman tedavisi olarak ilk tercih periton diyalizidir (PD). PD kateteri yerleştirildikten hemen sonra diyalize başlanması gerekebilmektedir ve bu durumda katater çıkışı yerinden diyalizat kaçığı sıkça görülmektedir. Diyalizat kaçığı PD'nin etkinliğini azaltmakta ve hatta bazen diyalizin sonlanmasına neden olmaktadır. Fibrin yapıştırıcılar PD kateteri takılan riskli hastalarda sızıntı problemini önlemek amacıyla kullanılabilir. Bu yazımızda akut diyaliz ihtiyacı olan ve bu nedenle PD kateteri takılan ve insizyon bölgesinde fibrin tutkal kullandığımız üç olguyu paylaşmak istedik.

Olgular: Olgularımız iki ve on aylık erkek ve üç yaşında kız hasta idi. Hastalarımızın tanıları sırasıyla konjenital nefrotik sendrom, otozomal resesif polistik böbrek hastalığı ve hemolitik üremik sendrom idi. Tüm olgularımıza çift keçeli PD kateteri takıldı. Akut diyaliz ihtiyacı olan olgularımızda insizyon bölgelerine sırasıyla 2 ml, 3 ml ve 2 ml fibrin tutkalı uygulandı ve uygulamadan en erken 2 saat sonra PD başlandı. Birinci hastamızda PD insizyon bölgesinde sızıntı oluştuğundan sonra fibrin tutkalı uygulandı ancak başarılı olmadı ve kateter revizyonu yapılmak zorunda kalındı. Bu hastamız erken dönemde konjenital CMV enfeksiyonu ve İnfluenza A (H1N1)'nın eşlik ettiği sepsis ve çoklu organ yetmezliği nedeniyle kaybedildi ve geç dönem komplikasyonları açısından izlenemedi. Profilaktik amaçlı fibrin tutkalı uygulanan diğer 2 hastamızda ise sızıntı oluşmadı, ancak bu hastalarımızda geniş tabanlı açık nekrotik doku ve aşırı granülasyon dokusu gelişimi izlendi. Bu iki hastamızda yaklaşık iki aylık süreçte yara debridmanı ve uzun süreli yara bakımı ile özellikle insizyon bölgelerinde daha fazla olmak üzere hipertrofik skar dokusu gelişerek iyileşti.

Sonuç: Fibrin tutkalı diyalizat kaçığını engellemek için insizyon bölgesinde kullanılan basit, kolay uygulanabilir, etkin ve güvenilir bir madde olmakla birlikte doku nekrozu gibi ciddi bir komplikasyonu olduğu unutulmamalıdır. Fibrin tutkalı sadece seçilmiş yüksek riskli hastalarda ve daha düşük dozlarda ince tabaka halinde uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: periton diyalizi, sızıntı, fibrin tutkalı

HP-11

TORASİK YERLEŞİMLİ ATİPİK PERİTON DİYALİZ KATETERİ: BİR ÇOCUK OLGU

Serap Arslan¹, Çandan Sağlam¹, Mehtap Sak¹, İbrahim Gökçe¹, Neslihan Çiçek¹, Nurdan Yıldız¹, Figen Akalın², Koray Ak², Harika Alpay¹

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

³Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Bilim Dalı

Giriş: Periton diyaliz(PD) kateteri yerleştirmenin erken döneminde ki komplikasyonlarından biri kanamadır. Özellikle kanama diyatezi olan hastalarda bu risk daha fazladır. Kanama diyatezi olması PD kateteri takılması açısından mutlak kontrendikasyon oluşturur. Kanama eğilimi olan hastalarda cerrahi ya da invazif bir girişimin uygulanması gerekebilir ve bazen hayat kurtarıcı olabilir. Kanama riskinin en aza indirgenebilmesi için insizyon bölgesinin mümkün olan en küçük şekilde olmasına dikkat etmek gerekir. Bu yazıda kanama diyatezi olan ve torasik yerleşimli PD kateteri olan doğumsal kalp hastalıklı bir olgu sunulmuştur.

Olgu: On beş aylık fallot tetralojisi tanısı ile takip edilen erkek çocuk tam düzeltme ameliyatı sonrası idrar çıkışının azalması nedeni ile danışıldı. Fizik muayenesinde ödemi olan ve hipotansif seyreden hastanın tetkiklerinde ciddi asidoz, böbrek(kreatinin: 3.16 mg/dl) ve karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk ve kanama diyatezi(PT: 28.6 sn, APTT: 35.3 sn, INR: 2.65) saptandı. Hasta sepsis ve çoklu organ yetmezliği (ÇÖY) olarak değerlendirildi, konvansiyonel destek tedavisi başlandı. Takibinde idrar çıkışı olmayan, anürik seyreden ve böbrek fonksiyonlarında ilerleyici bozulması olan hastaya PD başlanması planlandı. Beraberinde belirgin bir kanama diyatezi de olan hastada ikinci bir insizyon yeri oluşturmamak için PD kateterinin kalp ameliyatı için torakstan açılan insizyondan takılmasına karar verildi. Kateter uzunluğu torakstan yerleştirmek için yeterli olmadığından 31 cm'lik Tenckhoff PD kateterin normalde dışarıda kalması gereken uç kısmında milimetrik delikler açıldı. Kateter ters bir şekilde torakstaki açıklıktan yerleştirildi. Diğer uç kesilerek ara bağlantı seti ile birleştirildi. Akciğer grafisi ile kateterin yeri doğrulandı. Periton diyalizine başlandı. Başarılı bir şekilde ultrafiltrasyon ve diyaliz gerçekleştirildi. Sepsis ve ÇÖY kontrol altına alınamayan hasta tam düzeltme ameliyatını takiben 7. günde exitus oldu.

Sonuç: Kanama diyatezi olan hastalarda PD takılması mutlak kontrendikasyon oluşturur, ancak ciddi böbrek yetmezliği olan hastalarda hayat kurtarıcıdır. Bu tür hastalarda daha önce açılmış insizyon yeri varsa kullanılarak atipik şekil ve yerleşimli de olsa PD kateteri takılabilir, bu yöntem ile hasta hayata tutunurken kanama riski de azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Periton diyalizi, katater, çocuk

HP-12

HEMODİYALİZE GİREN DİYABETİK VE NONDİYABETİK HASTALARDA VASKÜLER GİRİŞ YOLU BAŞARISI

Seyhan Özdemir, Yaşar Heçkorkmaz, Sevgi Aydın, Serdar Kahvecioğlu

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Hemodiyalizde vasküler giriş yollarının gözden geçirilmesi ve vasküler giriş yerleri kullanım başarısına diyabet varlığının etkisinin değerlendirilmesi amacıyla Bursa Şevket Yılmaz Eğitim Araştırma Hastanesi diyaliz ünitesinde 2018 yılı ilk altı ayında düzenli olarak diyalize giren 96 hastanın vasküler giriş değerlendirildi. Oluşturulan 2 grup hastanın verileri karşılaştırıldı.

Yöntem - Araçlar: Hasta dosyalarındaki kayıtlardan ve gözlemsel değerlendirmelerle alınan notlardan faydalandı.

Bulgular: 96 hastada 23 hasta diyabetik, 73 hasta non-diyabetik hasta olduğu tespit edilmiştir. Bu hastaların vasküler giriş yeri değerlendirilmeli yapılmıştır. Gözlemlerde birden fazla vasküler giriş yeri operasyonu yapılan hasta sayı 23

diyabetik hastada 4(%17,4),73 non-diyabetik hastada 5(%6,9) düzeyde idi. Diyaliz yılı dağılımlarına göre; < 1 yılında altında 7 hasta, 1-3 yıl arası 38 hasta, 3-5 yıl arası 24 hasta, > 5 yılın üzerinde 27 hasta gözlenmiştir. diyabet tanısı ile diyalize giren 15hasta, non-diyabetik 8 hasta tedavinin ilk yılı dolmadan vasküler giriş yolu sıkıntısı gözlenmiştir. 96 hastada fistül/ katater oranlarına bakıldığında 23 diyabetli hastada 19 fistül/ 4katater olduğu, 73 non diyabetik hastada 68 fistül/5 katater olduğu gözlenmiştir.

Sonuç: Diyabetli hastaların merkezimizin hasta yüzdesinin 23,9'unu oluşturduğu ve bunlarında %17,4'ü gibi bir oranda vasküler sıkıntılar yaşandığı gözlenmiştir. Diyabet hastalığının varlığı vasküler giriş yolu problemlerini arttırdığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Vasküler giriş yolu, diyabet tanısı, hemodiyaliz

HP-13

GÜNÜN KAHRAMANI OLMAYA NASIL KARAR VERDİLER?

Rukiye İnal¹, Sabriye Sibel Taze², Erdi Bahadır³

¹İ.Ü-cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

²İ.Ü-cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

³Fatih Sultan Mehmet Üniversitesi

Transplantasyon süresinde böbrek alıcı adaylar kendi tabirleriyle tabir ettikleri ayaklarındaki pranga diyalizden kurtulmaktadır. Onları canlı böbrek vericileri ise sapaşgılam geldikleri hastaneden vücutlarının bir parçasını başka ellere emanet etmektedir. Nakil sürecinde de canlı verici olmak ve bu kararı vermek bazen kolay olurken bazen ise düşündürücü olabilmektedir. Bu zorlu sürecin asıl kahramanları canlı böbrek vericileridir aslında... Yaptığımız çalışmada psikiyatrik hastalığı olmayan kendi rızasıyla çalışmamıza katılan alıcı hastalar ile 1.ve 2. derece akrabalığı olmayan 15 canlı böbrek vericisi katılmıştır. Kişilerin onamı ile ses kayıtları alınmış ve bunlar deşifre edilmiştir. Sonuç olarak ise canlı böbrek vericilerinin verici olmaya karar verirken duygusalıkları ağır basmak ile beraber böbrek verdikleri kişilerin yaptıkları bu fedakarlıklara değer olduklarını dile getirmişlerdir. Nakil sürecinin bu eli öpülesi kahramanlarının karar verirken yaşadıkları psikolojik durumlarını kendi sözleriyle dile getirdik ve ana temalar oluşturduk.

Anahtar Kelimeler: böbrek nakli, fedakarlık, transplantasyon

HP-14

KRONİK BÖBREK HASTALARINDA EĞİTİM DURUMU VE YAŞAM KALİTESİ

Seyhan Özdemir, Yaşar Heçkorkmaz, Gülseher Küçük, Arzu Arda

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Dünya Sağlık Örgütü geniş tanımı ile yaşam kalitesi; her insanın yaşamında maddesel, fiziksel, sosyal, duygusal, ruhsal tam bir iyilik halidir. eğitim durumu sosyal olanaklarda farkındalıklara yol açarak yaşam kalitesini etkiler. Kronik böbrek hastalığı(KBH) dünya da insidansı ve prevalansı giderek artan hal almıştır. Çalışmamızda merkezimizde hemodiyaliz tedavisi alan KBH hastalarımıza yaşam kalitesi anketi(SF. 36) ile yaşam kalitesinin belirlenmesi ve eğitim durumunun etkilerinin araştırmasını yaptık.

Yöntem ve Araçlar: Geriye dönük bu çalışmamıza 2018 yılı 6 ayında Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma hastanesi hemodiyaliz ünitesine kayıtlı 104 hastamızla yapıldı. Katılımcılara yaşam kalitesi (SF 36) anketi uygulandı. Sosyo demografik verileri ve eğitim durumları anketlerle belirlendi.

Bulgular: hastaların 26(%25)'i suriye uyruklu, 78(%75) türkiye vatadaşı idi. Hastaların 18(%17,3) okuryazar değil, 16(%15,4) okur yazar, 48(%45,2) ilkökul mezunu, 11(%10,6) ortaokul mezunu, 9(%8,7) lise mezunu, 2(%1,9) üniversite mezunu olarak saptandı. Katılımcıların 42 (%40,4) ekonomik durumu kötü, 38 (36,5) ekonomik durumu orta, 18 (%17,3) ekonomik durumunun iyi olduğu saptandı. Sosyal güvenceye bakıldığında 12'si sgk ve 92'si ise yeşilkatlı olduğu

gözlendi. Korelasyon analizinde eğitim durumu ile yaşam kalitesi parametreleri arasında anlamlı, pozitif yönde olduğu saptandı.

Sonuç: Eğitim durumu KBH evre V diyaliz hastalarında sosyal farkındalık ile yaşam kalitesini belirleyen faktörlerdendir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Böbrek Hastalığı, Yaşam kalitesi, Eğitim durumu

HP-15

EXTRAKORPOREAL MEMBRAN OKSİJENASYONA İHTİYACI OLAN HASTADA ARALIKLI "IN-LİNE" HEMODİYALİZ (OLGU SUNUMU)

Azize Karatut¹, Hacı Veli Atalay², Gökten Aşkın³

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hemodiyaliz, Ankara

²Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji, Ankara

³Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji, Ankara

Amaç: Ekstrakorporeal membran oksijenatör (ECMO) akut kalp ve/veya akciğer yetmezliği olan kritik hastalarda kullanılmaktadır. ECMO uygulanmış olan bu hastalarda ABH (Akut Böbrek Hasarı) ve volüm yükü riski yüksektir (1-2). Bu grup hastalarda yapılan hemodiyaliz tekniklerinden biri olan ve hemodiyaliz membranına giriş çıkış için gereken vasküler bağlantı yolunun ECMO hattı üzerinden yapıldığı (in-line) aralıklı HD uygulanmasının metabolik bulgulara ve hipervolemide faydasının olup-olmadığını tartışmak açısından bu olgu sunulmuştur.

Yöntem ve Gereçler: ECMO, ABH ve volüm yükü riski yüksek olan kalp yetmezliği ve/veya akciğer yetmezliği olan hastalarda kullanımı gittikçe artan bir vücut dışı sistemdir (3). ECMO sağ kalım oranlarını yükseltmekte fakat hemodiyaliz ihtiyacını gerekli kılabilir (4). Bazı çalışmalarda %75'e ulaşan oranlarda HD ihtiyacı rapor edilmektedir (5). ECMO günümüzde kardiyopulmoner destek amaçlı kullanılmaktadır (6). Olgumuzda, göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı ile hastanemiz acil servisine başvuran 52 yaşındaki hasta, akut miyokard infarktüsü tanısı ile KAG (koroner anjiyografi) yapılırken, solunumun yüzeyleşmesi üzerine entübe edildi, akabinde ise kardiyak arrest gelişti. Kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanan ve medikal tedavisi düzenlenen hastada tedaviye rağmen hemodinamik stabilize sağlanamaması üzerine KVC yoğun bakım ünitesinde acil şartlarda VA (veno-arteriyel) bağlantı ile ECMO uygulandı. Takiplerinde 18. günde idrar çıkışında azalma, böbrek fonksiyonlarında bozulma gözlemlendi. Hipervolemi ve metabolik asidoz gelişen hastaya nefroloji konsültasyonu neticesi HD uygulanmasına karar verildi. Başka damar yolu hattı bulunmadığından aralıklı HD için ECMO hattı üzerinden (in-line) bağlantı sistemi gerçekleştirildi (Şekil). Bu bağlantı şekli ile resüsitasyon riskinin en aza indirilebileceği düşünüldü. HD için Braun marka HD cihazı ve yüksek geçirgenlikli HD membranı kullanıldı.

Bulgular: Daha çok metabolik asidoz ve volüm yükü nedeni ile aralıklı HD uygulanan hastaya 6 kez her gün 2-4 saat süren HD yapıldı. HD öncesinde görülen metabolik asidozda HD sonrasında belirgin düzelme 18-20 saat boyunca devam etti. Kreatinin değerinde yüzde 30-50 arasında azalma görüldü. Her seansta hastadan 500cc ile 2000cc arasında volüm çekilebildi.

Sonuç: ECMO uygulanan akut kalp yetmezliği ve/veya akciğer yetmezliği olan hastalarda gelişen ABH ve hipervolemi tedavisinde ECMO hattı üzerinden in-line bağlantı ile yapılan HD uygulamasının renal yetmezliğe bağlı metabolik bulgulara düzelme ve volüm kontrolünde fayda sağlayabileceği, bağlantının resüsitasyon, hava embolisi ve enfeksiyon riskini en aza indirecek şekilde dikkatli yapılmasının gerektiği kanaatine varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: ECMO,IN-LİNE Hemodiyaliz

HP-18

DİYALİZ TEKNİKLERİĞİ EĞİTİMİNDE SİMÜLASYONUN YERİ

Canan Yuksek Acar, Emine Dane, Ülkem Çakır

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Amaç: Simülasyon öğrenilen teorik becerilerin gerçek uygulama alanlarının oluşturulması ile ilişkilerin, sıra dışı durumların, ekipmanların, davranışların ya da bazı bilişsel aktivitelerin taklit edilmesi olarak tanımlanabilir. Sağlık personelinin eğitiminde, teknoloji ve eğitimde ortaya çıkan bu gelişmeler ile becerilerin artırılmasında eğitim yöntemlerinden biri olan simülasyon uygulamalarının ve araçlarının yaygınlaşması ve diyaliz teknikerliği eğitimine entegre edilmesi önemlidir.

Yöntem: Diyaliz teknikerliği programı müfredatına uygun olarak yapılması planlanan simülasyon uygulaması dönem başında planlanır. Bu planlamada simülasyon tipi, kullanılacak materyal ve eğitim içi ayrılacak süre belirlenir. Bütünleşik simülasyonlar için uygun simülasyon senaryosu yazılır ve ön süreç taslağı hazırlanır. Uygulama yapılacak olan konu hakkında ön anlatım ile temel bilgi aktarımı yapılır. Simülasyon da kullanılacak alet, cihaz, malzeme ve sistem öğrencilere görsel olarak öğretilir. Uygulamada simülatör tepkileri ve öğrencilerden beklentiler açıklanır. Öğrenciler, en az bir kez uygulama ve 2 kez izleme sonrasında belirlenen gruplar şeklinde simülasyonda değerlendirilmeye tabi tutulurlar.

Sonuç ve Tartışma: Simülasyon uygulamalarının özellikle diyaliz teknikerliği öğrencilerinde, öğrencilerde; kritik düşünme becerilerinde artma, materyal kullanma becerisini geliştirme, öğrenilen mesleki teorik bilgiyi beceriye dökme ve klinik ortamlarda kendine olan güvende artmaya neden olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diyaliz teknikerliği, simülasyon, diyaliz, eğitim

Tablo 1:

KULLANILAN SİMÜLASYON TİPİ	DİYALİZ TEKNİKLERİĞİ EĞİTİM İÇERİĞİ	UYGULAMAYA AYRILAN SÜRE
Düşük Teknolojili Manken Veya Maketler (Partial Task Trainers- Low-Tech Simulators)	Steril set hazırlama, steril eldiven giyme	4 saat
	Damar yolu açma,	8 saat
	Enjeksiyon yapma,	10 saat
	İlaç hazırlama	10 saat
	Pansuman uygulamaları,	4 saat
	Hasta pozisyonları verme	4 saat
	Diyaliz makina setleme, hazırlık, alarmlar	40 saat
	AV fistül ve greft girişimi yapma	20 saat
	Diyaliz başlatma	20 saat
	Diyaliz sonlandırma	20 saat
Simüle Hasta Karşılaşmaları (Standardized Patients)	Periton diyalizi manuel uygulaması	5 saat
	Hasta karşılama	10 saat
	Yaşam bulguları ölçme (Tansiyon, nabız, solunum, satürasyon)	5 saat
	Anamnez alma	10 saat
	EKG çekme	5 saat
	İşlem öncesi hasta değerlendirme (Ödem, cilt, karotis dolgunluk vb.)	10 saat
	Zor hasta ve yakını ile başetme	10 saat
Bilgisayar Destekli Simülasyonlar (Screen-Based Computer Simulators)	Kardiyo pulmoner resisitasyon	2 saat
	Solunum sesleri ve kalp sesleri dinleme	2 saat
	Diyaliz makinası kullanımı ve alarmlar	20 saat
Bütünleşik Simülasyonlar (Full-Scale Simulation-Medium To High Fidelity)	Diyaliz komplikasyonları;	2 tam gün CASE
	Intradialitik hipoansiyon,	laboratuvarında
	Anafilaktik Reaksiyon(Tip A)	senaryo
	Nonspesifik Reaksiyonlar (Tip B)	uygulaması
	Disequilibrium Sendromu	yapılmaktadır.
	Hava embolisi	
	Kalp-akciğer durması	

HP-19

EVRE 3-5 NON-DİYALİZ KRONİK BÖBREK HASTALARINDA DEPRESYON DURUMUNUN İNCELENMESİ

Emine Asar¹, Aylin Erol², Feyza Bora¹, Ramazan Çetinkaya¹, Funda Sarı¹, Fettah Fevzi Ersoy¹, Gültekin Süleymanlar¹¹Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Nefroloji Anabilim Dalı²Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş: Kronik böbrek hastalığı (KBH), çeşitli nedenlere bağlı olarak nefronların kronik, ilerleyici ve geri dönüşümsüz harabiyetiyle oluşan nefrolojik bir sendromdur. Tüm dünyada giderek artmakta olan bir sorundur. Türkiye’de CREDIT çalışması verilerine göre KBH sıklığı %15,7 bulunmuştur. Kronik hastalığı olanlarda depresyon görülme sıklığının arttığı bilinmektedir. Bizde bu çalışmamızda Evre 3-5 (non-diyaliz) Kronik Böbrek Hastalığı olan hastalarda depresyon sıklığını, derecesini ve depresyonu etkileyen faktörleri incelemeyi amaçladık.

Yöntem- Gereçler: Bu çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nefroloji bölümü düşük klerens polikliniğinde KBH tanısıyla takipte olan 55’i kadın, 72’si erkek toplam 127 kişi dahil edildi. Veriler eğitim hemşiresi tarafından birebir ayrıntılı görüşme yapılarak elde edildi. Hastalarla görüşme yapıldığı gün, hastaların Beck Depresyon Envanteri ve Mini Nutritional Assessment(MNA) formlarını da doldurmaları sağlandı.

Bulgular: Evre 3’de 34 kişi, evre 4’de 65 kişi, evre 5’de 28 kişi vardı. Beck Depresyon Envanteri skoru ortalaması tüm hasta grubunda 14,96 (min 0 – max 48) olarak bulundu. 41 hasta normal, 51 hasta hafif, 24 hasta orta, 11 hastada şiddetli depresyon olduğu görüldü. Beck Depresyon Envanteri sonucu ile KBH evreleri (p=0,002), takip süresi (p=0,045), cinsiyet (p=0,014), MNA (Mini nutrisyon değerlendirilmesi) skoru (p=0,007), spor yapma durumu (p=0,042), renal replasman tedavi kararı (p=0,0043), son bir aydır halsizlik (p=0,033) ve nefes darlığı (p=0,012) şikayeti olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Hastalarımızın 11(%8,66)’inde şiddetli depresyon görülmüştür. Şiddetli depresyonun; kadınlarda, ilkökul mezunlarında, malnütrisyon riski altında olanlarda ve egzersiz yapmayanlarda daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Evre 3-5 (non-diyaliz) KBH’ında depresyon durumu, hastalar üzerindeki etkilerini araştırmak ve farkındalığı artırmak için örneklem sayısı daha büyük araştırmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Non-Diyaliz Evre 3-5 kronik böbrek hastalığı, depresyon, eğitim hemşiresi

HP-20

NEFROLOJİ DÜŞÜK KLİRENS POLİKLİNİĞİNDE HASTA EĞİTİM SÜRECİ: OLGU SUNUMU

Emine Asar¹, Feyza Bora¹, Aylin Erol², Türkan Şanlı¹, Nilüfer Bozkurt¹, Ramazan Çetinkaya¹, Funda Sarı¹, Fettah Fevzi Ersoy¹, Gültekin Süleymanlar¹¹Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Nefroloji Anabilim Dalı²Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Özet: Kronik böbrek hastalığı(KBH), çeşitli hastalıklara bağlı olarak gelişen kronik, progresif ve dönüşümsüz nefron kaybı ile karakterize olan bir nefrolojik sendromdur. Son yıllarda tüm dünyada KBH hastalarının sayısında artış olduğu bilinmektedir. Düşük klirens polikliniği eğitim hemşireliği ülkemizde ve dünyada yeni gelişmekte olan bir bölümdür. Düşük klirens polikliniklerinde multidisipliner bir ekip çalışması ile hastalar desteklenmektedir. Bu ekibin çekirdek üyelerini Nefroloji uzmanı ve hemşireler oluşturmaktadır. Genellikle hastalar ve diğer ekip üyeler arasında iletişim yolunu en iyi sağlayan kişiler hemşirelerdir. Bu ekibi aynı zamanda diğer branşlardan uzmanlar desteklemektedir. Düşük klirens polikliniği eğitim hemşireleri; doğru beslenme, ilaç kullanımı, tansiyon ölçümü, aşılar gibi konuların yanında renal replasman tedavileri(RRT), hakkında da eğitim vermektedirler. Hemşireler, hastanın kendi durumuna uyan en doğru

RRT kararını vermesine destek olmaktadır. Hastaların düşük klerens eğitim hemşiresi tarafından eğitimlere alınması; RRT'ye geçiş sürecine kadar olan sürede yakın takip edilmesi, hastaların bu süreci uzatmalarında ve RRT'ye daha bilinçli, fiziksel, psikolojik olarak hazır şekilde geçmelerini sağlamaktadır. Düşük klerens polikliniği takip süreci; hemşirenin hasta/hasta yakını ile tanışması ile başlayan, hastanın RRT'ye geçişi ile sona eren geniş zamana yayılan bir eğitimidir. Her hastayı ayrı bir birey olarak değerlendirmek ve bireye özel eğitim süreci oluşturmak gerekmektedir.

Olgu: 60 yaşında erkek hasta, 2009 yılında metastatik rektum karsinomu nedeniyle (Aşağı(Low) Anterior Rezeksiyon(LAR)) operasyonu geçirmiş. Operasyonda kolostomi açılmış. 2 yıl kemoterapi (KT) ve radyoterapi (RT) almış. 2014 yılında revizyon ameliyatı ve eş zamanlı bilateral hidronefroz nedeniyle double J (DJ) stent takılmış. Hastada KT ve RT'ye bağlı KBH gelişmiştir. 23.2.2015 tarihinde kreatin 4 mg/dL- evre 5 KBH (<GFR 15 ml/dk) - iken hasta Akdeniz Üniversitesi Hastanesi nefroloji düşük klerens polikliniğine kayıt edilmiş ve eğitimlerine başlanmıştır. Bu vakada hastanın durumundan dolayı psikolog çekirdek ekibine dahil edilmiştir. Bu olgunun eğitim ve bakım süreci 1982'de Gordon tarafından geliştirilmiş olan Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline(FSÖ)'ne göre saptanan veriler ve Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA) tarafından geliştirilen hemşirelik tanıları doğrultusunda incelenmektedir.

Ahahtar Kelimeler: Nefroloji Düşük Klerens Polikliniği, Eğitim Hemşiresi

HP-21

NON-DİYALİZ EVRE 3-5 KRONİK BÖBREK HASTALARINDA EGZERSİZ ALIŞKANLIĞININ ANALİTİK DEĞERLENDİRİLMESİ

Emine Asar, Feyza Bora, Türkan Şanlı, Nilüfer Bozkurt, Ramazan Çetinkaya, Funda Sarı, Fettah Fevzi Ersoy, Gültekin Süleymanlar

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Nefroloji Anabilim Dalı

Giriş: Hareketsiz yaşam, tüm dünyada giderek artan bir boyuta ulaşmıştır. Hareketsiz yaşamın neden olduğu bedensel, ruhsal hastalık ve sorunların kaygı verici düzeylerde olduğu otoriteler tarafından kabul edilmektedir. Günümüz kalp hastalıkları, meme kanseri, kolon kanseri ve diyabet vakaları ile hareketsiz yaşam arasında bir ilişki olduğu bilinmektedir. Biz de bu çalışmamızda evre 3-5 non- diyaliz Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) ile egzersiz yapma durumu belirleyicilerini ve sonuçlarını tespit etmeyi amaçladık.

Yöntem- Gereçler: Bu çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Nefroloji Bilimi Düşük Klerens Polikliniğinde KBH tanısıyla takipte olan 58'i kadın, 80'i erkek toplam 138 kişi dahil edildi. Veriler eğitim hemşiresinin birebir ayrıntılı görüşme yaparak hazırladığı hasta eğitim dosyalarından elde edildi. Hastalarla görüşme yapıldığı gün kullandıkları ilaçları ve laboratuvar sonuçları da birlikte değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 58 (%42) egzersiz yapan, 80 (%58) egzersiz yapmayan (evre 3-36, evre 4- 69, evre 5- 33 kişi) 138 hasta çalışmaya dahil edildi. Egzersiz yapmama nedenlerine bakıldığında; %46,2'si ihmal, %33,3'ü sağlık sorunu, %16,7'si zaman sorunu ve %3,9'u diğer nedenlerdi. Egzersiz sürelerine baktığımızda; ortalama haftada 266 dakika (min 60-max 840) olduğu görüldü. Egzersiz yapma durumu ile Beck depresyon envanteri skoru (p=0,042), cinsiyet (p=0,007), diyet uyumu (p=0,03), son bir aydır halsizlik (p=0,05) ve uykusuzluk (p=0,001) şikayeti olanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Hastaların %46,2'sinin egzersiz yapmama nedeninin ihmal olduğu tespit edildi. Nefrologlar ve düşük klerens eğitim hemşireleri tarafından egzersizin önemini her hastaya anlatılmalı ve hastalar egzersiz yapmaları için teşvik edilmelidir. Evre 3-5 non- diyaliz KBH'ında egzersiz yapmanın hastalar üzerindeki etkilerini araştırmak ve farkındalığı artırmak için örneklem sayısı daha büyük araştırmalar yapılmalıdır.

Ahahtar Kelimeler: Non-Diyaliz Evre 3-5 kronik böbrek hastalığı, egzersiz, eğitim hemşiresi

HP-22

PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA ANTROPOPLİKOMETRİK ÖLÇÜMLER VE METABOLİK PARAMETRELER İLE İLİŞKİSİ

Canan Sayan¹, Lamiye Yücel¹, Meltem Gürsu², Yelda Deligöz Bildacı², Ayşe Serra Artan², Ömer Celal Elçioğlu², Rümeyza Kazancıoğlu²

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkez Hastanesi

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Fakültesi

Giriş: Son dönem böbrek yetersizliği hastalarında glukoz ve lipid metabolizmasında değişiklikler gözlenebilmektedir. Periton diyalizi (PD) hastalarında bu değişiklikler daha belirgin olarak görülmektedir. Kilo artışı, glukoz intoleransı, kas kitlesinde azalma, yağ kitlesinde artma ve hiperlipidemi bu bozukluklar arasında sayılabilir. Çalışmamızda ünitemizde takip edilen PD hastalarının seri antropolikometrik ölçümleri ile metabolik parametreleri arasında korelasyon olup olmadığını araştırmayı hedefledik.

Metod: Çalışmaya Periton Diyalizi Ünitemizde takip olup ardışık antropolikometrik ölçümleri mevcut olan hastalar dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, diabetes mellitus varlığı ve boy/kilo² formülü ile hesaplanan vücut kütle indeksi (VKİ) kaydedildi. Antropolikometrik ölçümlerden aynı hekim tarafından kaliper ile ölçülen biceps deri kıvrım kalınlığı (DKK), triseps DKK, mezura ile ölçülen orta kol çevresi, bel çevresi, kalça çevresi ve boyun çevresi kaydedildi. Metabolik parametrelerden total, LDL ve HD kolesterol, trigliserid, glukoz ve HbA1c değerleri kaydedildi. Hastaların tedavi rejimlerinde göre günlük glukoz maruziyetleri hesaplandı. İstatistiksel analiz için SPSS 20.0 programı kullanıldı. Sayısal veriler ortalama±standart sapma, sayısal olmayan veriler yüzde olarak belirtildi. Korelasyon analizinde dağılımı normal olan veriler için Pearson, normal olmayan parametreler için Spearman korelasyon testi kullanıldı.

Sonuçlar: Çalışmaya toplam 24 PD hastası (14 APD, 10 SAPD hastası) dahil edildi. Ortalama yaşları 61.88±10.8 yıl olup kadın/erkek oranı 13/11 idi. 10 hasta (%41.7) diyabetik idi.

Hastaların antropolikometrik ölçümleri Tablo-1'de sunulmuştur. Tedavi başlangıcı ile ikinci yıl ölçümlerinde anlamlı farklılık saptanmamıştır. VKİ 33 kg/m²'nin üzerinde olan hasta sayısı ilk ölçümde 9 iken ikinci ölçümde 11 saptanmış olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.001).

Hastaların ilk değerlendirmede ve ikinci değerlendirmede ölçülen metabolik parametreleri Tablo-2'de sunulmuştur. Tüm parametreler için ilk ve ikinci ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Ortalama glukoz maruziyeti ikinci ölçümde bir miktar artmış olsa da fark anlamlı değildi. Glukoz maruziyetinin metabolik ve antropolikometrik parametreler ile arasındaki korelasyon incelendiğinde hiçbir parametre ile korele olmadığı gözlemlendi.

Sonuç: Çalışmamızda bir yıl ara ile yapılan ölçümlerde antropolikometrik parametrelerde anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır. Ancak VKİ değeri 30 üzerinde olan hasta sayısında artış görülmüştür. PD solüsyonlarının glukoz içeriğinin bu olayın başlıca sorumlularından biri olduğu düşünülebilir. Glukoz ve lipid parametreleri açısından bir yıl içerisinde anlamlı değişiklik olmayıp, glukoz maruziyeti ile ilişki saptanmamış olması PD tedavisinin metabolik etkilerinin daha belirgin olacağı görüşü ile ters düşmektedir. Ancak ilerleyen yıllardaki takiplerde bu parametrelerde değişiklik olup olmayacağı konuya açıklık getirecektir.

Ahahtar Kelimeler: Antropolikometri, glukoz maruziyeti, glukoz metabolizması, lipid metabolizması

Tablo 1: Hastaların ilk ve ikinci antropolikometrik ölçümleri

	İlk Değerlendirme	İkinci Değerlendirme	P
VKİ (kg/m ²)	30.3±6.3	30.1±5.7	0.64
Boyun çevresi (cm)	38.7±3.4	39.2±4.2	0.42
Triseps DKK (mm)	31.6±13.8	24.1±11.2	0.07
Biceps DKK (mm)	26.8±12.4	21±13.2	0.20
Bel çevresi (cm)	106.8±13.8	104.3±12.1	0.19
Kalça çevresi (cm)	105.8±11.4	107.3±10.9	0.37
Orta kol çevresi (cm)	28.3±7.3	29.7±6.3	0.39

Tablo 2: Hastaların Metabolik Parametreleri

	İlk Değerlendirme	İkinci Değerlendirme	P
HDL kolesterol (mg/dl)	40.0±8.5	39.2±6.1	0.529
LDL kolesterol (mg/dl)	130.2±45.7	120.8±41.2	0.331
Total kolesterol (mg/dl)	228.1±74.9	219.9±63.2	0.483
Trigliserid (mg/dl)	251.3±183.6	249.3±144.7	0.908
Glukoz (mg/dl)	123.0±38.8	118.9±33.9	0.422
HbA1c (%)	6.1±1.1	6.1±1.3	0.916
Glukoz maruziyeti (gr/gün)	170.5±83.7	185.1±87.5	0.08

HP-23**DAMARYOLU YOKLUĞUNDA HASTA YÖNETİMİ: BİR VAKA (ACİL PERİTON DİYALİZ)**

Durkadin Duygu Balci¹, Dilek Efeyurtlu¹, Figen Kurt¹, Ümmühan Maden¹, Semih Gül¹, Ayça İnci¹, Abdi Metin Sarıkaya¹, Orbay Harmandar²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Yoğun Bakım Kliniği

Damar yolu, hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalar için en temel gerekliliktir. Diyalizde yaşam süresinin artması ile damar yolu problemi yaşayan hastaların sayısı giderek artmaktadır. Bu hastalar için akut periton diyaliz uygulamaları hayat kurtarıcı bir alternatif tedavi yöntemi olarak seçilebilir.

Vaka: 45 yaşında kadın hasta 21 yıldır böbrek yetmezliği mevcut. Fistülden diyalize başlamış ve tedavisinin birinci yılında kadavradan nakil yapılmış. Bir yıl sonra rejeksiyon atağı geçiren hasta tekrar diyalize geri dönmüş. Diyalize girmeye devam ettiği yıllar içerisinde fistülleri kapanan hastaya önce greft denenmiş daha sonra hastaya kafalı kateter yerleştirilmiş. Tüm büyük damarlarına kafalı kateter girişimleri yapılmış olan hastanın en son sol femoral kateterinden diyaliz yapılamaması sebebi ile hastanemize sevk edilmiş.

Hastanemize gelişinde genel durumu kötü olan hastanın solunum sıkıntısı, bilateral ralleri ve ödemi mevcuttu. Asidozu da olan hasta girişimsel radyoloji ile birlikte değerlendirildi. Kateter takılamayan hasta entübe edildi. Hastaya damaryolu oluşturulamayınca ameliyathane şartlarında laparoskopik olarak tenckhoff kateteri yerleştirilmesi işlemi sonrasında aletli periton diyalizine başlandı. Post-operatif dönemde 1000 cc/saat ve yüksek glukoz konsantrasyonlu diyalizat ile periton diyalizine başlanan hastanın diyalizleri 24 saat olarak planlandı. Hastanın sızıntısı olmadı. İlk gün 1000 cc takip eden günler 1600-1700 cc kadar ultrafiltrasyon yapılabilen hastanın sıvı balansı negatifte tutuldu. Entübasyonunun 4. Gününde extübe edilen hasta 10. Gününde servise alındı. Servise alındığı gün 79 kilo olarak tartılan hasta servis takiplerinde 23 kilo azalarak 56 kilo ile taburcu edildi. Halen 6. Ay takiple- rinde sorunsuz olarak aletli periton diyalizine girmektedir.

Tartışma: Periton diyalizi son yıllarda giderek azalan oranlarda yapılmaktadır. 2006 yılında 4100 erişkin periton diyalizi yapmakta iken 2016 yılında bu sayı 3500 kişiye kadar düşmüştür. Hemodiyalizin ülkede yaygın ve ulaşılabilir hale gelmesi, girişimsel radyolojik olarak kateter yerleştirilebilme olanağını artması ve son yıllarda giderek artan nakil sayıları periton diyalizi kullanımı sayısını son 10 yılda 3 kat azaltmıştır.

Damar yolu problemi olan böbrek yetmezlikli hastalar için hayat kurtarıcı bir alternatif olarak akut periton diyalizi de düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Periton diyalizi, acil diyaliz, damaryolu problemi

HP-24**MEKANİK VENTİLYASYON VE PERİTON DİYALİZ TEDAVİSİ ALAN YENİDOĞANLARIN BAKIMI**

Canan Sayan¹, Sema Bayraktar², Elif Bülbül³

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Bu derlemede, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon terapisi alan yenidoğanlar için periton diyalizi (PD) tedavisi ve hemşirelik bakımının ele alınması amaçlanmıştır. Renal replasman tedavisi iki şekilde uygulanmaktadır. Bunlar hemodiyaliz ve periton diyalizidir ve PD yeni doğan bebekler için en yaygın tedavi seçeneği olarak tercih edilmektedir.

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Neden Periton Diyalizi ?

Periton diyalizi, olabilecek en güvenli, basit ve asgari ekipmanlarla gerçekleştirilen etkili bir yöntemdir. Yenidoğanlarda PD uygulanıp başarılı sonuçlar alındığı- nı gösteren çalışmalar mevcuttur. PD sıvılarının yavaşça uzaklaştırılmasını ve yeni doğanlarda hemodinamik stabiliteyi kolay sağlar. PD ile 24 saat boyunca devamlı diyaliz sağlanır ve bebeğin hemodinamisi bozulmaz. Ayrıca, yeni doğanlar PD tedavisi alırken kolayca hareket ettirilebilirler; küvöz içinde ve entübe iken ba- kımları kolaylıkla devam ettirilir. Bunlarla birlikte, PD küvöz kapaklarının sık açılmasını da gerektirmez. PD solüsyonlarının dolumu küçük miktarlarda ayar- landığında, yenidoğanın karın ve diyafram üzerinde baskı oluşturmazlar.

Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde PD tedavisi alan yenidoğanların yakın değ- erlendirilmesi ve takibi gerekmektedir. Periton diyalizi komplikasyonlarına yenido- ğanlarda özellikle dikkat edilmesi gerekmektedir. Periton diyalizinin sık görülen komplikasyonları setlerde kıvrılmalar, fibrin veya pıhtılaşmalar, PD kateteri etra- fında sıvı kaçağı, fıtıklaşma, ağrı ve peritonittir.

Sonuç: Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde hemşireler, mekanik ventilasyon ve PD tedavisini alan hastaların bakımında, hemşirelik tanı, tedavi ve beklenen sonuçları dikkatli değerlendirip uygun bakımı sağlamalıdır. Bakımın amacı, yenidoğanın hemodinamik stabilitesinin, inkübatör sıcaklığının ve nem oranının sağlanmasıdır. Mekanik ventilasyon ve periton diyalizi beraber uygulanırken, bunların komplikasyonları hemşireler tarafından yakından takip edilmelidir. İnkübatördeki değişiklikler hemodinamik stabiliteye kolayca etki edebilir. Yenidoğanlar, özellikle mekanik ventilasyon tedavisi alanların küvöz kapaklarının çok açılmaması ve küvöz sıcaklığının bozulmaması gerekmektedir. Sonuç olarak, PD yenidoğanın hemodinamisini koruyarak diyaliz tedavisine olanak sağlar.

Kaynakça

1. Lantos JD, Warady BA. □ e evolving ethics of infant dialysis. *Pediatr Nephrol*. 2013 Oct;28(10):1943-7.
2. Kara A, et al., Acute peritoneal dialysis in neonatal intensive care unit: An 8-year experience of a referral hospital, *Pediatrics and Neonatology* (2017), <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2017.11.008>.
3. Gunasekara WD1, Ng KH, Chan YH, Aragon E, Foong PP, Lau YW, Lim LK, Liew CW, Yeo WS, Yap HK. Specialist pediatric dialysis nursing improves outcomes in child- ren on chronic peritoneal dialysis. *Pediatr Nephrol*. 2010 Oct;25(10):2141-7.
4. Boehm, M., Vécsei, A., Aufricht, C. et al. Risk factors for peritonitis in pediatric peri- toneal dialysis: a single-center study. *Pediatr Nephrol* (2005)20:1478.
5. Pas, AB TE., Lopriore, E. Stoppelenburg, I. Morley, CJ. & Walther, FJ. (2010). Humidified and Heated Air During Stabilization at Birth Improves Temperature in Preterm Infants. *Pediatrics*, 125 (6), 1427-1432.
6. Todd, DA., Boyd J. & John, E. (2001). Inspired Gas Humidity During Mechanical Ventilation: Effects of Humidification Chamber, Airway Temperature Probe Position and Environmental Conditions. *J. Paediatr. Child Health*, 37, 489- 494.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, periton diyalizi, mekanik ventilasyon

A

Abbaszadeh, Sahand 68
 Abouzahir, Sana 128, 133, 135
 Acar, Canan Yuksel 199
 Acu, Berat 144
 Açıbay, Özer 114
 Açıkgöz, Seyyid Bilal 16, 37, 95
 Adıgüzel, Dilan Serap 78, 82, 92
 Afşar, Barış 76
 Afşar, Rengin Elsürer 76
 Agackiran, Seda Kutluğ 9
 Ağaoğlu, Ahmet Burak 86
 Ağar, Mustafa 194
 Akalın, Figen 196
 Akarsu, Ayşe 121
 Akarsu, Özger 94
 Akçılar, Raziye 10
 Akçılar, Aydın 10
 Akdoğan, Leyla 118, 136
 Akgüç, Ebru Tanay 105
 Akgül, Engin 69
 Akgün, Hülya 137
 Akgür, Suat 110
 Akın, Davut 135
 Akın, Seydahmet 12
 Aki, Fazıl Tuncay 162
 Akin, Davut 14
 Akin, Emin Barış 128, 133
 Akkaya, Lale 198
 Akkaya, Özlem 191, 193, 194
 Ak, Koray 196
 Akkuş, Gülsüm 25, 38, 66, 71, 73, 74, 85, 86, 118
 Akpınar, Atilla 142
 Aksu, Muhammed Hakan 39
 Aksüt, Hatice Topal 195
 Aktağ, Zeynep 108
 Aktar, Merve 81
 Aktaş, Nimet 109
 Aktürk, Serkan 118
 Akyürek, Fikret 125
 Akyüz, Okan 78
 Alagöz, Selma 24, 77, 82, 92, 96
 Alan, Cabir 164, 165, 167
 Alaygut, Demet 21, 84, 89
 Alimoğlu, Sevgi Saçlı 35
 Alinejad, Saeed 55
 Aliyeva, Aynura 128
 Aliyev, Altay 21
 Alizadeh, Sahar 61
 Alkiraz, Filiz 191, 194
 Alparslan, Caner 21, 84, 89
 Alpay, Harika 196
 Alpay, Nadir 173
 Alp, Gülpenbe 191
 Alsouqi, Aseel 13
 Altay, Canan 125
 Altın, Ebru 83
 Altınışık, Hatice Betül 167
 Altıntaş, Neriman Defne 95
 Altuntepe, Lütfullah 7
 Altıparmak, Mehmet Rıza 114
 Altok, Kadriye 39, 172
 Altun, Bülent 7, 18, 167
 Altun, Gülşah 144
 Altunkaya, Tuğba 77

Altunören, Orçun 23, 25, 38, 61, 65, 66, 71, 73, 74, 85, 86, 118
 Altuntaş, Atilla 27
 Andıç, Neslihan 106
 Apaydın, Süheyla 15, 34, 79, 160, 162
 Apaydın, Tuğçe 114
 Arabacı, Şule Özdemir 171
 Aras, Bekir 10
 Aras, Sevgi 77, 82
 Aras, Zehra 156
 Arbak, Peri Meram 117
 Arda, Arzu 195, 197
 Arda, Hayri Üstün 28, 32, 70, 119, 149
 Arı, Alpay 71
 Arıcı, Mustafa 7, 18, 167
 Arıkan, İzzet Hakkı 7
 Arık, Deniz 106
 Arık, Nurol 152
 Arınsoy, Turgay 39, 103
 Arjmand, Ali 55, 60, 64, 65
 Arslan, Filiz Civil 31
 Arslan, Hıdır 198
 Arslan, İsmail Yücesin 134
 Arslan, Serap 196
 Artan, Ayşe Serra 21, 102, 104, 142, 156, 164, 166, 200
 Artan, Serra Ayşe 12
 As, Abdullah 153
 Asar, Emine 199, 200
 Asiltürk, Emre 63, 67, 91
 Asoğlu, Veysi 129
 Aşar, Emine 8
 Aşçı, Gülay 16
 Aşkın, Gökten 197
 Atacan, Hüseyin 107
 Atalan, Hakan Korkut 16
 Atalay, Hacı Veli 197
 Atay, Ahmet Engin 77, 82
 Atay, Gökhan 16
 Ateş, Kenan 112
 Atılğan, Doğan 116, 117
 Atılğan, Kadir Gökhan 64
 Avcı, Esin 20
 Avcı, Münevver Gül 77, 128
 Ayan, Gizem 128
 Ayas, Eyüp 138
 Aydemir, Burçin 138
 Aydın, Çağlar Özer 96
 Aydın, Emre 163, 168
 Aydın, Fatma Yılmaz 163, 168
 Aydın, Ömer Faruk 168
 Aydın, Sevgi 196
 Aydın, Süleyman 72
 Aydın, Zeki 7, 12, 112, 113
 Ayhan, Arzu Sağlam 18
 Ayhan, Burhanettin Sertaç 154
 Aykas, Ahmet 8, 90
 Aylı, Mehmet Deniz 36, 149
 Azak, Alper 7

B

Babayıkazır, Mahtab 56
 Bağ, Murat 111

Bahadır, Erdi 197
 Bahar, Abdulkadir Yasir 86
 Bahçebaşı, Zerrin 96
 Bahçebaşı, Zerrin Bicik 7, 78
 Bahçe, Gülfidan Ada 191
 Bakan, Ali 121, 135
 Bakırdöğen, Serkan 164, 165, 167
 Balal, Mustafa 30, 88
 Balcı, Durkadın Duygu 156, 201
 Bali, Musa 172
 Balkan, Eda 73
 Baloğlu, İsmail 83
 Balseven, Özgül 195
 Bardak, Simge 107, 108, 150
 Barlas, Soykan 128, 133
 Başaran, Cemaliye 93
 Başhan, Yağmur 126, 127, 139, 141, 143, 145
 Baş, İlke 165
 Baş, Süleyman 100
 Baştürk, Taner 7
 Bayraktar, Emine 153
 Bayraktar, Neşe 191, 193, 194
 Bayraktar, Sema 201
 Bayrak, Tülin 158
 Baysal, Mehmet 129
 Bek, Sibel 18
 Berktaş, Hacı Bayram 116, 117
 Biber, Bahar Ceren 148
 Biçim, Soykan 72
 Bildacı, Yelda Deligöz 142, 164, 166, 200
 Bilge, Müge 128
 Bilgin, Muzafer 34
 Bilici, Muammer 109
 Bilik, Leyla 108
 Bingöl, Gülay 198
 Bora, Feyza 8, 199, 200
 Borazan, Ali 109
 Boyraz, Ömer 195
 Bozacı, İlter 71, 80, 81
 Bozfkıoğlu, Semra 120
 Bozkurt, Nilüfer 199, 200
 Bozkurt, Orgül Derya 143
 Bozoğlu, Koray 97, 107
 Bulut, İpek Kaplan 19, 92, 93, 144, 165
 Bülbül, Elif 201

C

Candan, Ferhan 78, 87
 Can, Gerçek 125
 Canım, Yılmaz 78, 87
 Can, Meltem Güner 21
 Can, Özge 7
 Can, Özgür 79, 99, 100, 160
 Canpolat, Mehtap 102
 Canpolat, Nur 111
 Canpolat, Ömer 39
 Cansız, Muammer 31, 97, 107
 Can, Süleyman 164, 165, 167
 Cebeci, Egemen 7, 126, 127, 138, 139, 141, 143, 145
 Celle, Ayşe 23
 Cengiz, Birşua 147
 Cevher, Şimal Köksal 140, 172

Ceylan, Erkan 130
 Ceylan, Evrican Zin 132
 Cihan, Murat 158
 Cinemre, Hakan 103, 110
 Claggett, Adrienne 13
 Coşkun, Cihan 143
 Coşkun, Hatice 191, 194
 Cumbul, Filiz Çelikel 172

Ç

Çakır, Özlem 12
 Çakır, Ülkem 199
 Çakmak, Şüheda 76
 Çalışır, Meryem 11
 Çalışkan, Salim 111
 Çalışkan, Yaşar 120
 Çamlar, Sevil Arslansoyu 21, 84, 89
 Çamsarı, Taner 28, 32, 70, 119, 149
 Çamur, Beliz 169
 Çanakçı, Ebru 154, 155, 156, 158
 Çan, Gamze 31, 97, 107
 Çankaya, Emre 172
 Çarin, Mahmut 153
 Çatlı, Gönül 89
 Çavdar, Caner 11, 28, 32, 70, 119, 149
 Çavdar, Zahide 11
 Çekiç, Deniz 95, 103, 109, 110
 Çekin, Ayhan Hilmi 13
 Çelebi, Zeynep Kendi 118
 Çelik, Abdulkadir 31, 97, 107
 Çelik, Ali 11, 28, 32, 70, 119, 125, 149
 Çeliker, Hüseyin 72
 Çelik, Gülperi 125
 Çelik, Mehmet Ali 168
 Çelik, Metin 125
 Çelik, Rukiye 78
 Çelik, Serhat 36
 Çeltik, Aygül 16
 Çerçi, Ayşe Daş 39
 Çetinel, Sule 9
 Çetin, Gözde Yıldırım 23
 Çetinkaya, Hakkı 133
 Çetinkaya, Ramazan 8, 199, 200
 Çetin, Songül 191
 Çetintepe, Lütfi 17
 Çırak, Zafer 147
 Çiçek, Neslihan 196
 Çiçek, Sevim Kuşlu 153
 Çiftçi, Muhammed 25
 Çoban, Ganime 11, 104
 Çoban, Melahat 26, 57, 58, 59, 62, 63, 67, 68, 91, 98
 Çoğlan, Mihriban 108
 Çolak, Aysel 172
 Çorakçı, Başak Delikanlı 109

D

Dağdeviren, Aydılek 111
 Dane, Emine 199
 Dede, Fatih 7, 140, 172, 173
 Değer, Serpil Müge 13
 Demir, Belde Kasap 21, 84, 89
 Demirbilek, Hüseyin 105
 Demircan, Tülay 89

- Demircan, Vehbi 168
 Demirci, Bahar Gürlek 170
 Demirci, Meltem Seziş 16, 161
 Demir, Deniz 82, 109
 Demir, Erol 35, 120, 137
 Demir, Fadime 39
 Demir, Kenan 125
 Demir, Mehmet Emin 22
 Demir, Mustafa 39
 Demiroğlu, Yusuf Ziya 151
 Demir, Ömer 125
 Demir, Serap 107, 108
 Demir, Süleyman 20, 141
 Demir, Tarkan 21
 Demir, Ülkü Figen 136
 Deric, Mehmet Kürşat 158
 Deric, Ulver 39, 103, 158
 Dheir, Hamad 16, 37, 94, 95, 102, 103, 109, 110
 Dikey, Mehmet 160
 Dilek, Kamil 110
 Dilek, Melda 152
 Dinçer, Tamer 24
 Dinçkal, Çiğdem 132, 135
 Dirim, Ahmet Burak 120, 137
 Dirim, Burak 35
 Dodurga, Yavuz 10
 Doğan, Ali Nazmi Can 81
 Doğan, İbrahim 34, 123
 Doğukan, Ayhan 39
 Dolu, Süleyman 13
 Dorreh, Fatemeh 55, 56, 60, 61, 64, 66, 68
 Dölarslan, Mürşide Esra 107, 108
 Döner, Barış 152
 Dönmez, Halil 85
 Duman, Neval 112
 Duman, Soner 132, 135
 Dumludağ, Burak 158
 Durak, Ümmügülsüm 129
 Duranay, Murat 7
 Dursun, Belda 7, 18, 20, 131, 141, 144
 Düğeroğlu, Harun 158
 Düzenli, Mustafa 153
 Düzgün, Fatih 17
- E**
 Ecder, Sabahat Alışır 129, 130, 138, 163
 Ecder, Süleyman Tevfik 128, 135
 Ecder, Tevfik 133
 Efeyurtlu, Dilek 156, 201
 Eghbali, Aziz 56, 61, 64, 65, 66, 68
 Eken, Kamile Gülçin 15
 Ekici, Betül 93
 Elbeg, Şehri 172
 Elbi, Hüseyin 17
 Elçioğlu, Ömer Celal 11, 12, 21, 102, 104, 142, 156, 164, 166, 200
 Eldem, Gonca 160
 Ellidağ, Hamit Yaşar 57, 62
 Ellidokuz, Hülya 11
 Elmas, Levent 10
 Emekdaş, Barış 135
- Eminler, Ahmet Tarkan 102
 Emiroğlu, Tuğçe 160
 Engin, Esra Özen 117
 Erbak, Huriye 89
 Ercan, Oya 111
 Erçelik, Hasan 10
 Erdem, Müslüm 164
 Erdem, Yunus 18, 160, 162, 167
 Erdoğan, Şiyar 19, 118
 Eren, Eryiğit 173
 Eren, Necmi 7, 12, 23, 24, 112, 113
 Ergin, Giray 84
 Erken, Ertuğrul 25, 55, 61, 65, 66, 71, 73, 74, 85, 86, 118
 Eroğlu, İsmet 76
 Eroğlu, Eray 85, 123, 137
 Eroğlu, Erdiç 74
 Erol, Aylin 199
 Erol, Bekir 58
 Ersay, Ahmet Reşit 164, 165, 167
 Ersoy, Alprasan 110
 Ersoy, Fettah Fevzi 8, 199, 200
 Ersoy, İsmail Rıfki 159
 Ertan, Dugu 89
 Ertekin, İbrahim 159
 Erten, Yasemin 172
 Ertürk, Şehsuvar 19, 112, 118, 150
 Esentürk, Mustafa 153
 Eser, Barış 123
 Evliyaoğlu, Olcay 111
 Eyüpoğlu, Şahin 136, 150
- F**
 Ferahoğlu, Nimet 198
- G**
 Genç, Ahmed Bilal 16, 94, 95, 103
 Ghandi, Yazdan 55, 56, 60, 61, 64, 65, 66, 68
 Ghasemi, Mohsen 61
 Gholizamenjani, Reza 68
 Gökçe, İbrahim 196
 Gökçen, Belma 159
 Gök, Mahmut 133
 Gönül, İpek Işık 103, 144, 158
 Görgen, Öznur 198
 Görgülü, Numan 77, 78, 82, 92, 131
 Guliyev, Tural 120
 Güçlü, Aydın 10
 Güçyetmez, Bülent 16, 106
 Gül, Hasret Karabulut 31
 Güllülü, Mustafa 7, 23, 110
 Güllülü, Saide Elif 23
 Güllü, Murat 78, 87
 Gülmez, Ahmet 72
 Gül, Semih 121, 156, 191, 193, 194, 201
 Gümüşel, Ceren 162
 Gündoğdu, Ali 125
 Gündoğdu, Elif 144
 Güneşar, Ramazan 66
 Güneysu, Cansu Arslantürk 148
 Güneysu, Gökçe Gül 152
 Güngör, Gülay 73
- Güngör, Özkan 7, 23, 25, 38, 61, 65, 66, 71, 73, 74, 85, 86, 118
 Güngör, Tuba 73
 Gün, Yelda 135
 Gürsoy, Fatma Zerenler 76
 Gürsu, Meltem 11, 12, 18, 21, 102, 104, 142, 156, 164, 166, 200
 Güzel, Fatma Betül 25, 38, 65, 71, 74, 85, 118
 Güz, Galip 103
- H**
 Hajirahimi, Melika 66
 Hamad, Farid Mohamad 75
 Han, Özgür 82
 Haras, Ali Burak 78, 96
 Harmandar, Orbay 201
 Harmankaya, Nazmiye Özlem 160
 Harmankaya, Özlem 15
 Harmankaya, Özlem Kaptanoğulları 34, 162
 Hashemi, Mojtaba 55, 56, 61, 64, 65, 68
 Haziye, Elgün 21, 104
 Heçorkmaz, Yaşar 196, 197
 Helvacı, Burçak Cavnar 103
 Helvacı, Özent 39, 103, 144
 Heybeli, Cihan 11, 28, 32, 70, 119, 125, 149
 Horasan, Gönül Dinç 17
 Hoyraz, Reyhan 191, 194
 Hür, Ender 135
 Hüzme, Can 78, 87
- I**
 Işık, Burak 159
 Işıktaş, Songül 25
- İ**
 İkizler, Talat Alp 13
 İlhan, Osman 101
 İmamoğlu, Hakan 123
 İnal, Rukiye 197
 İnanç, Yılmaz 85
 İnce, Nurcan 97
 İnci, Ayça 13, 121, 156, 191, 193, 194, 201
 İnel, Tuba Yüce 35
 İşevi, Melda 152
 İş, Fatma 18
 İşler, Ali 66
- J**
 Jabrayilov, Jabrayil 162, 167
- K**
 Kabasakal, Caner 19, 93, 144, 165
 Kadioglu, Meral Gülay 128
 Kadiroğlu, Ali Kemal 163, 168
 Kahbazı, Manijeh 55, 56, 60, 61, 64, 65, 66, 68
 Kahrman, Nail 82
 Kahvecioğlu, Serdar 195, 196
- Kalaça, Harun 77
 Kalaylı, Ömer 152
 Kale, İlhami Taner 66, 74
 Kaleli, Zeynep 163, 170
 Kalkancı, Ayşe 172
 Kal, Öznur 104
 Kanbay, Asiye 130
 Kantar, Taliha Güçlü 144
 Kapukaya, Tuba Korkmaz 75
 Karaali, Zeynep 138, 139
 Karabulut, Yasemin Yuyucu 107
 Karadağ, Serhat 126, 127, 138, 139, 141, 143, 145
 Karadayı, H.Ergin 195
 Karadeniz, Cem 89
 Kara, Ekrem 111, 113, 148, 152
 Kara, Ertan 75
 Karakan, Mine Şebnem 170
 Karakaya, Arif 147
 Karakullukçu, Serdar 31
 Karakurt, Nermin 149
 Karaman, Kerem 102
 Karataş, Ahmet 154, 155, 156, 158
 Karataş, Beril 161
 Karatut, Azize 197
 Karayaylalı, İbrahim 30
 Kardeşler, Ayşen Çetin 141
 Kayabaşı, Aynur 164
 Kayabaşı, Hasan 76, 158, 164
 Kaya, Bülent 30, 75, 88
 Kaya, Ebru 191
 Kaya, Eda 114
 Kayalar, Arzu Özdemir 34
 Kaya, Özlem Tuğçe Çilingir 9
 Kayataş, Mansur 7
 Kaya, Yasemin 158
 Kayıkçioğlu, Meral 132
 Kaynar, Kubra 31, 97, 107
 Kazancıoğlu, Rümeyza 7, 11, 12, 21, 102, 104, 142, 156, 164, 166, 200
 Kazan, Elif Dizen 130, 132, 163
 Kazan, Sinan 12, 87, 130, 132, 163, 170
 Keleş, Meryem 172
 Kemeç, Zeki 39
 Keski, Hakan 76
 Keskin, Kudret 57
 Keskinoglu, Ahmet 19, 144, 165
 Keskinoglu, Pembe 19, 165
 Keskin, Sibel 191, 194
 Keven, Kenan 19, 95, 101, 112, 118, 146, 150
 Khanmammadov, Nejat 156
 Khosrobeigi, Ali 61, 64, 66, 68
 Kılıçarslan, Emrah 133
 Kılıçarslan, Işın 135
 Kılıç, Atilla Okan 125
 Kılıç, İlhan 15
 Kılıçtaş, Bilge Şah 148
 Kırçelli, Fatih 37
 Kiyıkım, Ahmet 108, 150
 Kiyıkım, Ahmet Alper 107
 Kızılkaya, Bayram 148
 Kibar, Müge Üzerk 18, 167
 Kilci, Hakan 57
 Kiraz, Hasan Ali 164

- Kiremitçi, Saba 136
 Kitaplı, Sait 113
 Kocaay, Akın Fırat 95
 Kocabaş, Şükrü 129, 169
 Koçak, Ayşe 11
 Koçak, Cengiz 10
 Koçak, Fatma Emel 10
 Koçak, Sibel Yücel 34, 162
 Koç, Leyla 126, 127, 138, 139, 141, 143, 145
 Koç, Mehmet 9
 Koçoğulları, Cevdet Uğur 134
 Koç, Yener 128, 133, 135
 Koçyiğit, İsmail 85, 123, 137
 Koldaş, Macit 143
 Kondaş, Mustafa Eymen 85
 Kondaş, Olgun 85
 Konur, Kamil 111, 113, 148
 Korkmaz, Kezban 123
 Korucu, Berfu 172
 Koşak, Hüseyin 113
 Kotan, Elif Akyüz 111, 148
 Koyuncu, Bedriye 128
 Koyuncu, Sümeýra 137
 Köker, Gökhan 13
 Kök, Mehmet 13
 Köllükçü, Engin 114, 115, 116, 117, 167
 Köroğlu, Ebru 112
 Kösem, Mustafa 109
 Köseoglu, Hasan Tankut 140
 Köse, Oğuzhan 130
 Köse, Şennur 168
 Kudret, Selda 194
 Kudu, Ayşegül 15, 34
 Kuloğlu, Tuncay 72
 Kumru, Gizem 19, 95, 101, 112, 118, 136, 146, 150
 Kunt, Atilla 11, 12
 Kurt, Figen 201
 Kurt, Hasan Anıl 164, 165, 167
 Kurultak, İlhan 15, 129, 147, 169, 171
 Kutlay, Sim 7, 19, 112, 118, 136
 Kutlu, Özlem 131
 Kutsal, Dilek Aslan 134
 Kuzgun, Gülşah Şaşak 121, 129, 138, 163
 Küçük, Ahmet 85
 Küçük, Gülseher 197
 Küçükkaya, Onur 32
 Küçük, Mehmet 7
 Küçük, Onur 31
 Külâh, Eyyüp 105, 135
 Kürşat, Seyhun 17
 Küskü, Osman 78, 92, 131
 Kütahya, Berranur 18
- L**
 Levent, Arzu 148
- M**
 Madandar, Elham 66
 Maden, Ümmühan 121, 201
 Maghsudlu, Fereshite 56
 Mahşer, Alev 81
- Mammadov, Sebuhi 166
 Manga, Gülizar 7
 Mehmetbeyoğlu, Ecmel 123
 Mengüç, Çiğdem 106, 144
 Mercan, Emine 135
 Mercantepe, Filiz 148
 Mertek, Hilal 84
 Mert, Mehmet 141
 Meşe, Meral 78, 96
 Miçozkadioğlu, Hasan 151
 Mildanoğlu, Maral Martin 104, 156
 Mungan, Sevdegül 97, 107
 Mustan, Ahmet Gazi 75
 Mutlubaş, Fatma 21, 84, 89
- N**
 Nakhaei, Mahmoud Reza 56
 Nar, Rukiye 20
 Nazari, Javad 61, 65
 Nergisoğlu, Gökhan 112, 136
 Noyan, Tefvik 154
- O**
 Odabaş, Ali Rıza 7, 129, 138, 163
 Ogüt, Betül 103
 Oğuz, Ebru Gök 36, 149
 Ok, Ebru Sevinç 93
 Oktan, Mehmet Ası 11, 28, 32, 70, 119, 125, 149
 Oktay, Mehtap 148
 Okur, Nazan 76
 Okyay, Gülay Ulusal 36, 149
 Onan, Engin 75, 88
 Onan, Hasan Bilen 88
 Onar, İrem 78, 92, 131
 Oral, Aylin 92
 Orhan, Safiye 23
 Orman, Seval 129
 Oruç, Ayşegül 23, 110
 Oygar, Deren 7
 Oymak, Oktay 85, 123, 137
 Özmen, Sehmus 14
- Ö**
 Ögütmen, Melike Betül 100
 Öksüz, Sedef 19
 Öksüz, Sıla 173
 Öneç, Kürşad 117, 127, 144, 148
 Önen, Fatoş 125
 Özağarı, Aysim 15
 Özbalak, Murat 114
 Özbay, Benay 132
 Özcan, Oğuzhan 34
 Özçelik, Ümit 173
 Özdemir, Arzu 15
 Özdemir, Birsan 191, 194
 Özdemir, Erman 121
 Özdemir, Pınar Kutlutürk 121
 Özdemir, Seda 194
 Özdemir, Seyhan 195, 196, 197
 Özdemir, Tunç 21, 89
 Özdemir, Zarife 9
 Özden, Sabri Onur 140
 Özek, Aykut 103
 Özen, Halide 191
 Özeke, Yusuf 87, 130, 132, 163
- Özelsancak, Rüya 151
 Özer, Ali 21
 Özer, Ömer Faruk 11, 12
 Özgü, Işık Hasan 93
 Özgünen, Merve Sungur 75
 Özgür, Suriye 165
 Özkan, Naziye 9
 Özkan, Oğuzcan 135
 Özkan, Oktay 127, 139, 143
 Özkaya, Hande Mefkure 114
 Özkayar, Nihal 13
 Özkök, Abdullah 158
 Özkök, Güliz 71
 Özkurt, Sultan 34, 144
 Özlük, Yasemin 135, 141, 143
 Özlük, Yasemin İren 126
 Özsoy, Neslihan 128
 Öztekin, Şura 19
 Öztürk, Bahadır 125
 Öztürk, Gökhan 147
 Öztürk, Kazım 78, 87
 Öztürk, Savaş 7, 35, 126, 127, 138, 139, 141, 143, 145
 Öztürk, Tülay 100, 101
 Öztürk, Yasin 109
- P**
 Pabuşcu, Yüksel 17
 Palabıyık, Orkide Arabacı 15
 Pala, Emin 139
 Parlaktaş, Bekir Süha 114, 115, 167
 Parmaksız, Ergün 78, 96
 Paşaoğlu, Özge Tuğçe 158
 Paydaş, Saime 18, 30, 75, 88
 Peynircioğlu, Bora 160
- R**
 Rafiei, Fatemeh 65
 Rafiei, Yousef 55
 Rezagholizamenjany, Masoud 55, 60, 61, 64, 65
 Ruhi, Çağlar Borçak 21
- S**
 Safi, Fatemeh 60, 64
 Sağlam, Candan 196
 Sağlam, Funda 135
 Sağlam, Mustafa 152
 Sajjadi, Nooshin 56, 60, 61, 64, 65, 68
 Sak, Mehtap 196
 Saraçoğlu, Uğur 93
 Saray, Seray 16
 Sarı, Alper 87
 Sarı, Funda 8, 199, 200
 Sankaya, Abdi Metin 191, 193, 194, 201
 Sankaya, Metin 13, 121, 156
 Sarıoğlu, Sülen 11, 32, 70, 119, 149
 Sanşık, Feyza Nur 23, 61, 65, 66, 71, 73, 85, 86
 Sarıtaş, Hazen 95, 101, 112
 Sarıyar, Muzafer 153
 Sasak, Gulsah 135
 Sav, Tansu 117, 144
 Sayan, Canan 200, 201
- Sayarlıoğlu, Hayriye 7, 152
 Saygılı, Seha 111
 Selçuk, Nedim Yılmaz 83
 Selçuk, Yılmaz 7
 Sever, Lale 111
 Sever, Mehmet Şükrü 120, 137
 Sever, Nadiye 103
 Sevmes, Hatice 172
 Seyahi, Nurhan 7, 24, 114
 Seyithanoğlu, Muhammed 38
 Seyrek, Neslihan 30
 Sezal, Didem Tütüncü 25
 Sezer, Siren 135
 Sezer, Taylan Özgür 19
 Shabestari, Ali Arjmand 56, 61
 Shamistanli, Yagut 132
 Shariatmadari, Fakhreddin 55, 56, 60, 61, 64, 65, 68
 Shbair, Abdullah 9
 Shirnejad, Seyede Behnaz 64
 Sifil, Aykut 28, 32, 70, 119, 149
 Sinangil, Ayşe 128, 133, 135
 Sipahioğlu, Murat Hayri 7, 85, 123, 137
 Sipahi, Savaş 7, 16, 37, 94, 95, 102, 103, 109, 110
 Sipahi, Tammam 15
 Somuncu, Mustafa Umud 29
 Soyaltın, Eren 21, 84, 89
 Soyapaçacı, Zeki 159
 Sökmen, Fatih 23, 73
 Sözel, Yıldız Kılar 26, 68
 Subaşılar, Orçun 153
 Süleymanlar, Gültekin 7, 8, 199, 200
 Sütcüoğlu, Osman 158
- Ş**
 Şahin, Ahmet Bilgehan 23
 Şahin, Duygu 145
 Şahin, Ebru 39
 Şahin, Garip 106
 Şahin, Gülizar 133, 147
 Şahin, Gülizar Manga 79
 Şahin, Hatice 149
 Şahin, İdris 7
 Şahin, Osman Zikrullah 153
 Şahin, Şelale 127
 Şahin, Yahya 10
 Şahutoğlu, Tuncay 35
 Şanlı, Türkan 199, 200
 Şeker, Mesut 21
 Şendoğan, Damla Örs 95, 101, 112, 146, 150
 Şenel, Elif Tuba 126, 127
 Şenel, Tuba Elif 7, 138, 139, 141, 143, 145
 Şener, Elif Funda 123
 Şengül, Şule 19, 95, 101, 112, 118, 146, 150
 Şenol, Hande 141
 Şen, Sait 93
 Şıvgın, Hakan 114, 115, 167
 Şimşek, Ergün 105
 Şimşek, Evrim 132
 Şimşek, Tuncer 165

Şimşir, Melis 71, 74
 Şit, Dede 76, 158, 164
 Şit, Fatma 164
 Şumnu, Abdullah 7

T

Taherahmadi, Hassan 61, 64, 68
 Taheri, Serpil 123
 Tamer, Abdülkerim Furkan 173
 Tanburoğlu, Derya Başak 172, 173
 Taneli, Fatma 17
 Taner, Sevgin 19, 92, 93, 144, 165
 Tanrıverdi, Ender 164
 Taşkaplan, Hülya 116, 117, 127
 Taşkın, Hüseyin 135
 Taş, Murat Yaşar 131
 Taş, Selda 103
 Tatar, Erhan 7, 8, 71, 80, 81, 90
 Tayebi, Sima 65
 Taymez, Dilek Güven 7
 Tayşı, Yalçın 113
 Taze, Sabriye Sibel 197
 Tekin, Günhan 152
 Tekkarismaz, Nihan 151
 Tetik, Burcu Kayhan 195
 Tezel, Ahmet 171
 Tok, Abdullah 74
 Toka, Bilal 110
 Toker, Ramazan 114, 115
 Tokgöz, Bülent 85, 123, 137
 Tonbul, Halil Zeki 83
 Topbaş, Eylem 198
 Topkaya, Nihal 78
 Toprak, Ali 11, 12, 21
 Toprak, Zeki 160
 Toraman, Aysun 17, 122
 Torun, Dilek 151
 Törün, Gül İnci 85
 Trablus, Sinan 7
 Trabulus, Sinan 24, 114
 Tuğcu, Murat 160
 Tuğlular, Serhan 18
 Tuğtepe, Halil 196
 Tuncer, Murat 153
 Turan, Hande 111
 Turgutalp, Kenan 107, 108
 Turgut, Bekir 66
 Tüfekçi, Damla 113
 Türk, Hacı Mehmet 21
 Türkmen, Aydın 7, 35, 120, 137
 Türkmen, Cezminur 191
 Türkmen, Ercan 152
 Türkmen, Kültigin 83
 Türk, Nilay Şen 144
 Tütüncüoğlu, Didem 23
 Tüzüner, Acar 95, 101, 112, 146

U

Uçar, Ali Rıza 35, 120, 137
 Uçar, Murat 89
 Uçar, Zuhale Atan 128, 133, 135
 Uludoğan, Burcu Ceren 122
 Uluocak, Nihat 167
 Ulu, Sena 7, 87, 130, 132, 163, 170
 Ulusoy, Şükrü 31, 97, 107
 Ulutaş, Gülçin 147

Ural, Alper 86
 Ural, Cemre 11
 Uslu, Bora 173
 Usoglu, Berkant 71
 Usoğlu, Berkant 71
 Usta, Ufuk 129
 Uyar, Murathan 136
 Uyar, Seyit 13
 Uygun, Gökhan 163
 Uzuner, Elif 138
 Uzun, İlknur 123
 Uzun, Sami 126, 127, 139, 141, 145

Ü

Ülgen, Cansu 61
 Ünal, Aydın 123
 Ünal, Aysun 13, 191, 193, 194
 Ünlü, Elif Nisa 148
 Ünlü, Mehtat 32, 70, 119
 Ünlü, Şadiye Mehtat 149
 Ünsal, Oktay 110
 Üstündağ, Sedat 15, 129, 147, 169, 171
 Üzümlü, Atilla 159

V

Vatansev, Hüsamettin 125
 Velioglu, Arzu 145
 Veliyeva, Arzu 156

Y

Yadigar, Serap 78, 96
 Yağcı, Ahmet Baki 141
 Yakar, Halil İbrahim 130
 Yakın, Murat 92
 Yalçın, Ahmet Uğur 144
 Yalıcı, Özge 127
 Yalın, Serkan Feyyaz 96, 114
 Yavaşcan, Önder 21, 84, 89
 Yavaş, Haldun Hakan 114, 115, 116, 117, 167
 Yavuz, Mahmut 110
 Yayar, Özlem 135
 Yaylacı, Selçuk 16, 94, 95, 103, 110
 Yazıcı, Ayten 23
 Yazıcı, Bülent 92
 Yazıcı, Halil 7, 35, 120, 137
 Yeğenağa, İtir 18
 Yeğen, Berrak 9
 Yelpaze, Sedat 147
 Yeniçeri, Murat 133, 147
 Yenigün, Ezgi Coşkun 172
 Yenigün, Ezgi Coşkun 140
 Yeşil, Ezgi Ersoy 76, 158
 Yeşilova, Ayliya M. 128
 Yeter, Hasan Hacı 172
 Yıldırım, Gizem 80, 81
 Yıldırım, İlhan 94, 95, 103, 110
 Yıldırım, Mehmet 16
 Yıldırım, Muhammet 147
 Yıldırım, Tolga 18, 160, 162, 167
 Yıldırım, Yaşar 163, 168
 Yıldız, Abdulmecit 23, 110
 Yıldız, Alaattin 120
 Yıldız, Banu Şahin 129, 138, 163
 Yıldız, E.Dane 195

Yıldız, Gürsel 135
 Yıldız, İsmail 156
 Yıldız, Nurdan 196
 Yıldız, Raziye 17
 Yıldız, Serkan 11, 28, 32, 70, 119, 125, 149
 Yılmaz, Azize 194
 Yılmaz, Handan 172
 Yılmaz, Hatice 195
 Yılmaz, Kardelen 92
 Yılmaz, Mehmet Emin 163, 168
 Yılmaz, Müge 132
 Yılmaz, Mümtaz 16, 161
 Yılmaz, Mürvet 15, 34, 103, 160, 162
 Yılmaz, Osman 11
 Yılmaz, Şeref Rahmi 18, 160, 162, 167
 Yılmaz, Tolga 82
 Yılmaz, Üstün 13, 121, 156
 Yılmaz, Zülfükar 163, 168
 Yiğit, Betül 78
 Yiğit, İrem Pembegül 195
 Yousefichaijan, Parsa 55, 56, 60, 61, 64, 65, 66, 68
 Yuksel, Yucel 20, 92, 120
 Yurtman, Mehmet Nuri 71, 80
 Yüce, Emre 164
 Yücel, Fatma Sibel Koçak 160
 Yücel, Lamiye 200
 Yücel, Sibel Koçak 15

Z

Zamenjany, Masoud Rezagholi 56
 Zararsız, Gökmen 123
 Zargar, Shima 66
 Zeytinoğlu, Ayşın 19