



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

Güncelleme 2024



24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

PROGRAM VE ÖZET KİTABI

www.guncelleme2024.com



13. Uluslararası Katılımlı Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

| 24 Nisan 2024, Çarşamba | | | 25 Nisan 2024, Perşembe | | |
|--|---------|--|--|--|--|
| Salon A | Salon B | Salon C | Salon A | Salon B | Salon C |
| 12:00-14:00 Otele Girişler ve Kayıt | | | 08:30-08:45 Açılış Konuşmaları | | |
| 14:00-14:30 Açılış Konuşmaları | | | 08:45-09:30 Konferans | | |
| 14:30-15:00 Konferans | | | 09:30-10:15 Uydu Sempozyumu-1 AMGEN | | |
| 15:00-15:30 Kahve arası ☕ | | | 10:15-10:45 Kahve arası ☕ | | |
| 15:30-16:30 Konferans zoom | | | 10:45-11:45 Panel: Glomerülo nefrit Oturumu | 10:45-11:45 Panel: Kardiyorenal Sendrom Oturumu | 10:45-11:45 HEMŞİRE OTURUMU zoom |
| 16:30-17:30 Sözlü Bildiriler 1 SS-01 / SS-06 | | 16:30-17:30 HEMŞİRE OTURUMU zoom | 11:45-12:30 Uydu Sempozyumu-2 AstraZeneca | | |
| | | | 12:30-13:30 Öğle Yemeği ve Poster Tartışmaları - PS-01 / PS-21 🍴 | | |
| | | | 13:30-14:15 Uydu Sempozyumu-3 ALEXION | | |
| | | | 14:15-14:30 Kahve arası ☕ | | |
| | | | 14:30-15:15 Uydu Sempozyumu-4 sanofi | | |
| | | | 15:15-16:15 Panel: Diyabet Oturumu | 15:15-16:15 Panel: Diyalizde Tartışmalı Konular Oturumu | |
| | | | 16:15-17:15 Sözlü Bildiriler 2 SS-07 / SS-12 | 16:15-17:15 Sözlü Bildiriler 3 SS-13 / SS-19 | |



13. Uluslararası Katılımlı Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

| 26 Nisan 2024, Cuma | | | 27 Nisan 2024, Cumartesi | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Salon A | Salon B | Salon C | Salon A | Salon B | Salon C |
| 08:30-09:30 Panel: Genetik Kompleman Oturumu | 08:30-09:30 Panel: Genç Nefrologlar Oturumu | | 08:30-08:45 Açılış Konuşmaları | 08:30-08:45 Açılış Konuşmaları | 08:30-08:45 Açılış Konuşmaları |
| 09:30-10:15 Uydu Sempozyumu-5 AstraZeneca | | | 08:45-09:15 Transplantasyon Paneli: İmmünojenetik Oturumu | 08:45-10:00 Genel Hekimlikte Nefroloji-1 | 08:45-10:00 Hemodiyaliz Kursu Oturum-1 |
| | | | 09:15-10:00 Transplantasyon Paneli: Donör Oturumu | | |
| | | | 10:00-10:45 Uydu Sempozyumu-8 FRESENIUS MEDICAL CARE | | |
| 10:15-10:45 Kahve arası | | | 10:45-11:00 Kahve arası | | |
| 10:45-11:45 Panel: Periton Diyalizi Oturumu | 10:45-11:45 Panel: Hipertansiyon Oturumu | 10:45-11:45 HEMŞİRE OTURUMU zoom | 11:00-12:00 Transplantasyon Paneli: Rejeksiyonda Güncel Yaklaşımlar Oturumu | 11:00-12:00 Genel Hekimlikte Nefroloji-2 | 11:00-12:00 Hemodiyaliz Kursu Oturum-2 |
| 11:45-12:30 Uydu Sempozyumu-6 Baxter | | | 12:00-12:45 Uydu Sempozyumu-9 NOBEL | | |
| 12:30-13:30 Öğle Yemeği ve Poster Tartışmaları - PS-22 / PS-41 | | | 12:45-13:30 Öğle Yemeği ve Poster Tartışmaları - PS-42 / PS-62 | | |
| 13:30-14:15 Uydu Sempozyumu-7 Takeda | | | 13:30-14:15 Uydu Sempozyumu-10 aio ABDİBRAHİM ÖZSUKA | | |
| 14:15-14:30 Kahve arası | | | 15:15-15:45 Kahve arası | | |
| 14:30-15:15 Olgularla Hızlı İlerleyen Glomerülo nefritler | | | 14:15-15:15 Transplantasyon Paneli: İmmüno-supresyon Oturumu | 14:15-15:15 Genel Hekimlikte Nefroloji-3 | 14:15-15:15 Hemodiyaliz Kursu Oturum-3 |
| 15:15-16:15 Transplantasyon Paneli Transplantasyona Giriş Oturumu | 15:15-16:15 Panel: Mineral ve Kemik Bozukluğu Oturumu | | 15:15-15:45 Kahve arası | | |
| | | | 15:45-16:30 Transplantasyon Paneli: Posttransplant İzlem Oturumu-1 | 15:45-17:15 Genel Hekimlikte Nefroloji-4 | 15:45-16:30 Hemodiyaliz Kursu Oturum-4 |
| 16:30-17:30 Transplantasyon Paneli Vakalar ile Nakil Oturumu | 16:30-17:30 Panel: Yoğun Bakım | | 16:30-17:15 Transplantasyon Paneli: Posttransplant İzlem Oturumu-2 | | 16:30-17:15 Organ Nakli Sözlü Sunumları-2 SS-35 / SS-40 zoom |
| 17:30-18:30 Yuvarlak Masa Uluslararası Platformda Nefrolojiye Genel Bakış | 17:30-18:30 Sözlü Bildiriler 4 SS-20 / SS-25 - SS-41/SS-43 | 17:30-19:00 Organ Nakli Sözlü Sunumları-1 SS-26 / SS-34 zoom | 17:15 Kapanış Töreni | | |

28 Nisan 2024, Pazar

Salon A

09:00-10:30

Nefroloji Eğitimi Oturumu

10:30-10:45 Kahve arası

10:45-11:45

Diyaliz Yönetmeliğinde Güncelleme

11:45 Kapanış



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

24 Nisan 2024, Çarşamba

SALON A

12:00-14:00 OTELE GİRİŞ VE KAYIT

14:00-14:30 AÇILIŞ KONUŞMALARI

14:30-15:00 KONFERANS

Oturum Başkanları: *Serdar Kahvecioğlu, Mustafa Özsoy*

Akılcı İlaç Kullanımı

K. Gökhan Atılğan

15:00-15:30 Kahve arası

15:30-16:30 KONFERANS

Tıbbi Malpraktis Kavramı - Hybrid

Oturum Başkanları: *Musa Bali, Mehmet Rıza Altıparmak*



Tıbbi Malpraktis Kavramı ve Dava Çözüm Örnekleri

Coşkun Yorulmaz

16:30-17:30 SÖZLÜ BİLDİRİLER-1

Oturum Başkanları: *Özant Helvacı, Serkan Bakırdöğen*

SS-01 / SS-06

24 Nisan 2024, Çarşamba

SALON C

16:30-17:30 HEMŞİRE OTURUMU

Oturum Başkanı: *Serdar Kahvecioğlu*



Periton Diyalizi Hastasında Hemşire Yönetimi

Ünzile Sağlam



13. Uluslararası Katılımlı Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

25 Nisan 2024, Perşembe

SALON A

08:30-08:45 AÇILIŞ KONUŞMALARİ
Abdülkadir Ünsal, Galip Güz, Mehmet Rıza Altıparmak, M. Deniz Aylı

08:45-09:30 KONFERANS
Oturum Başkanları: Mustafa Yurtkuran, Gültekin Süleymanlar

KBH'nın Ötesi: Embriyogenezden Yaşlılığa Klotho

Mehmet Kanbay

09:30-10:15 UYDU SEMPOZYUMU-1
Oturum Başkanı: Kenan Ateş

AMGEN®

Kronik Böbrek Hastalığı Yönetiminde KONTROL SİZDE- Renal Anemi Tedavisinde Darbepoetin Alfa ve Sekonder Hiperparatiroidi Tedavisinde Etelkasetid

Ülver Derici
Aykut Sifil

10:15-10:45 Kahve arası

10:45 - 11:45 PANEL: GLOMERÜLONEFRİT OTURUMU
Oturum Başkanları: Mehmet Emin Yılmaz, Kenan Ateş

10:45-11:00 Lupus Nefritinde Biyobelirteçler ve Biyolojik Ajanlar
11:00-11:15 IgA Nefropatisinde Kompleman Yoluğu İnhibitörleri
11:15-11:30 Ritüksimab Membranöz Nefropatide Modifiye Ponticelli Rejiminin Yerini Alabilir mi?
11:30-11:45 Tartışma

Halil Yazıcı
Sinan Trabulus
Savaş Öztürk

11:45-12:30 UYDU SEMPOZYUMU-2
FORZIGA
Oturum Başkanı: Serdar Kahvecioğlu

AstraZeneca

Kararına Bağlı Hayat: Forziga Tedavisi

Abdülmecit Yıldız

12:30-13:30 ÖĞLE YEMEĞİ ve POSTER TARTIŞMALARİ - PS-01 / PS-21
Oturum Başkanları: Bülent Kaya, Hasan Yeter

13:30-14:15 UYDU SEMPOZYUMU-3
aHÜS Kliniğini Maskeleyen Durumlar ve Vaka Yönetimi
Oturum Başkanı: Kültigin Türkmen

ALEXION®
AstraZeneca Rare Disease

13:30 - 13:35 Açılış: aHÜS hastalığı ve Eculizumab
13:35 - 13:50 aHÜS kliniğini maskeleyen durumlar varlığında hastalık yönetimi
13:50 - 14:05 aHÜS tanısının maskelenmesi: Klinik Vaka
14:05 - 14:15 Tartışma ve Soru&Cevap

Kültigin Türkmen
M. Şebnem Karakan
İsmail Koçyiğit

14:15-14:30 Kahve Arası



13. Uluslararası Katılımlı Güncel Böbrek Hastalıkları ve

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024
La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

25 Nisan 2024, Perşembe

SALON A

14:30-15:15 UYDU SEMPOZYUMU-4
Fabry Hastalığında Tedaviyi Nasıl Optimize Edelim?
Oturum Başkanı: Bülent Tokgöz

sanofi

14:30-14:55 Uzman Görüşleri ve Kanıtlarla Fabry Hastalığında Tedavi Yönetimi
14:55-15:05 Sıkça Sorulan ve Merak Edilen Sorular
15:05-15:10 Soru ve Cevap

Marco Spada
Bülent Tokgöz, Marco Spada

15:15-16:15 PANEL
DİYABET OTURUMU
Oturum Başkanları: Abdülkadir Ünsal, Ali Rıza Odabaş

15:15-15:30 Primer Glomerülopatiler ve KBH'da SGLT2 İnhibitörleri: Zamanı Geldi mi?
15:30-15:45 Diyabetik Böbrek Hastalığı Tedavisinin Değişen Yüzü
15:45-16:00 Nondiyabetik Böbrek Hastasında MRA ve Diğer Yeni Ajanlar
16:00-16:15 Tartışma

Ebru Gök Oğuz
Fatih Dede
S. İbrahim Akdağ

16:15-17:15 SÖZLÜ BİLDİRİLER-2
Oturum Başkanları: İlhan Kurultak, Ramazan Danış

SS-07 / SS-12



13. Uluslararası Katılımlı Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

25 Nisan 2024, Perşembe

SALON B

10:45 - 11:45 PANEL: KARDİYORENAL SENDROM OTURUMU Oturum Başkanları: Mustafa Güllülü, İbrahim Karayaylalı

| | |
|-------------|--|
| 10:45-11:00 | Kardiyorenal Sendrom: Yeni Yolaklar - Yeni Biyobelirteçler |
| 11:00-11:15 | Kardiyorenal Sendromlu Hastalarda Hiperkaleminin Yönetimi |
| 11:15-11:30 | Ödemli Hastada Diüretiklerin Doğru Kullanımı |
| 11:30-11:45 | Tartışma |

Gültekin Gençtoy
Cuma Bülent Gül
Dilek Torun

15:15-16:15 PANEL DİYALİZDE TARTIŞMALI KONULAR OTURUMU Oturum Başkanları: H. Zeki Tonbul, Şehsuvar Ertürk

| | |
|-------------|--|
| 15:15-15:30 | HDF mi, Uzun Diyaliz mi? |
| 15:30-15:45 | Diyaliz Hipotansiyonu ve Mortalite: Nasıl Önlenebilir? |
| 15:45-16:00 | Diyalizde Anemi: Her Vaka Aynı mı? |
| 16:00-16:15 | Tartışma |

Ercan Ok
Mümtaz Yılmaz
İdris Şahin

16:15-17:15 SÖZLÜ BİLDİRİLER-3 Oturum Başkanları: Kenan Turgutalp, Özgür Oto

SS-13 / SS-19

25 Nisan 2024, Perşembe

SALON C

10:45-11:45 HEMŞİRE OTURUMU Oturum Başkanı: Ebru Gök Oğuz



Hemodiyaliz Hastasında Hemşire Yönetimi

Tülay Aksoy



13. Uluslararası Katılımlı Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024
La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

26 Nisan 2024, Cuma

SALON A

08:30-09:30

PANEL

GENETİK-KOMPLEMAN OTURUMU

Oturum Başkanları: Elif Arı Bakır, Taner Baştürk

08:30-08:45

Podositopati: Gelişmeler ve Cevaplanmamış Sorular

Yener Koç

08:45-09:00

Böbreğin Kalıtsal Tübülopatileri: Genetikten Kliniğe

Yasemin Coşkun

09:00-09:15

C3 Glomerülopati: Standart İmmünosupresyon mu, Hedefe Yönelik Tedaviler mi?

Hasan Kayabaşı

09:15-09:30

Tartışma

09:30-10:15

UYDU SEMPOZYUMU-5

SİMKELMA

Oturum Başkanı: Siren Sezer

AstraZeneca 

Hiperkalemide Sürdürülebilir Potasyum Kontrolünün Yolu: Simkelma

Ebru Gök Oğuz

10:15-10:45

Kahve Arası

10:45-11:45

PANEL

PERİTON DİYALİZİ OTURUMU

Oturum Başkanları: F. Fevzi Ersoy, Mahmut Yavuz

10:45-11:00

Teknik Sağkalım Nasıl Artırılabilir?

İbrahim Doğan

11:00-11:15

Akut Böbrek Hasarında Periton Diyalizi

Tuncay Şahutoğlu

11:15-11:30

Kardiyorenal Hastalıklarda İlk Tercih Periton Diyalizi mi?

Ezgi Yenigün

11:30-11:45

Tartışma

11:45-12:30

UYDU SEMPOZYUMU-6

Oturum Başkanı: Elbis Ahab

Baxter

Medium Cut Off Membranlar

Mehmet Rıza Altıparmak

12:30-13:30

ÖĞLE YEMEĞİ ve POSTER TARTIŞMALARI - PS-22 / PS-41

Oturum Başkanları: Jabrayil Jabrayilov, Mustafa Demir

13:30-14:15

UYDU SEMPOZYUMU-7

Oturum Başkanı: M. Deniz Aylı

Takeda

Fabry'nin 20 yılı: Nefroloji & Kardiyoloji Bakışı ve Agalsidaz Alfa Tedavisi

K. Gökhan Atılğan

Saadet Demirtaş İnci

14:15-14:30

Kahve Arası



13. Uluslararası Katılımlı Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

26 Nisan 2024, Cuma

SALON A

14:30-15:15 OLGULARLA HIZLI İLERLEYEN GLOMERÜLONEFRİTLER Oturum Başkanları: M. Deniz Aylı, Sedat Üstündağ

14:30-14:45 ANCA ilişkili Vaskülit: Olgu Sunumu

Özlem Yörük

14:45-15:00 Anti-GBM Hastalığı: Olgu Sunumu

Emel Işıktaş Sayılar

15:00-15:15 Tartışma

15:15-16:15 TRANSPLANTASYON PANELİ TRANSPLANTASYONA GİRİŞ OTURUMU Oturum Başkanları: İzzet Titiz, İbrahim Berber

15:15-15:30 Alıcı Değerlendirmesi: Zor Kararlar

Ebru Ok

15:30-15:45 Verici Değerlendirmesi: Zor Kararlar

Özlem Usalan

15:45-16:00 Cerrahi Zor Vaka Örnekleri

Barış Akın

16:00-16:15 Tartışma

16:15-16:30 Kahve Arası

16:30-17:30 TRANSPLANTASYON PANELİ VAKALAR İLE NAKİL OTURUMU Oturum Başkanları: Yunus Erdem, Siren Sezer

16:30-16:55 Böbrek Naklinde Ne Zaman Biyopsi Yaparız?

Ayşegül Oruç

16:55-17:20 Vakalarla Allograft Biyopsi Örnekleri: Tanıya Götüren İpuçları

Dilek Ertoyl Baydar

17:20-17:30 Tartışma

17:30-18:30 YUVARLAK MASA ULUSLARARASI PLATFORMDA NEFROLOJİYE GENEL BAKIŞ

Dina Abdellatif, Mehmet Rıza Altıparmak, M. Deniz Aylı, Murat Duranay, Mohamed Hany Hafez, Jabrayil Jabrayilov, Carmen Lefaucheur, Fernanda Ortiz, D. Deren Oygur, Ahmed Sokwala, Saltanat Tuganbekova, Sena Ulu, Abdülkadir Ünsal, Alaattin Yıldız, Sedat Üstündağ



13. Uluslararası Katılımlı Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

26 Nisan 2024, Cuma

SALON B

08:30-09:30 PANEL GENÇ NEFROLOGLAR OTURUMU "LİTERATÜR GÜNCELLEME" **Oturum Başkanları: Mehmet Emin Demir, Didem Turgut**

08:30-08:45 Klinik Nefrolojide Yeni Önemli Çalışmalar
08:45-09:00 Transplantasyonda Yeni Önemli Çalışmalar
09:00-09:15 Diyalizde (HD ve PD) Yeni Önemli Çalışmalar
09:15-09:30 Hipertansiyonda Yeni Önemli Çalışmalar
Tartışma

Cebrail Karaca
Tamer Dinçer
Ahmet Murt
Ömer Akçay

10:45-11:45 PANEL HİPERTANSİYON OTURUMU **Oturum Başkanları: Celalettin Usalan, Ülver Derici**

10:45-11:00 Gözümüzden mi Kaçıyor? Kan Basıncı Kontrolünde Sirkadian Ritm
11:00-11:15 Hipertansiyon Yönetimi: Kılavuzlar Ne Diyor?
11:15-11:30 Dirençli Hipertansiyona Multidisipliner Yaklaşım
11:30-11:45 Tartışma

M. Fatih Erdur
Zülfükar Yılmaz
Faruk Hilmi Turgut

15:15-16:15 PANEL MİNERAL ve KEMİK BOZUKLUĞU OTURUMU **Oturum Başkanları: Neslihan Seyrek, Ramazan Çetinkaya**

15:15-15:30 Renal Osteodistrofinin Klinik Yönetimi İçin Kemik Döngüsü Biyobelirteçlerinin Önemi
15:30-15:45 Paratiroid Hormon ve Hedef Organ Hasarı: Tedavi ve İzlem Nasıl Olmalı?
15:45-16:00 Kalsifik Üremik Arteriyolopati: Risk Faktörleri ve Tedavisi
16:00-16:15 Tartışma

Kenan Turgutalp
İsmail Koçyiğit
Bülent Hüddam

16:15-16:30 Kahve Arası

16:30-17:30 PANEL YOĞUN BAKIM **Oturum Başkanları: Mehmet Koç, Ramazan Ulu**

16:30-16:45 Yoğun Bakımda Akut Böbrek Hasarlı Hastanın Sıvı Dengesi Nasıl Olmalı?
16:45-17:00 Akut Kalp Yetersizliğinde Diüretiklerle Birlikte Hipertonik Salın Kullanımı:
Sonuçları İyileştirir mi?
17:00-17:15 Yoğun Bakımda Uygun Diyaliz Yönteminin Seçimi: Kime, Hangi Diyaliz?
17:15-17:30 Tartışma

İ. Hakkı Arıkan
İsmail Baloğlu

Eyüp Külah

17:30-18:30 SÖZLÜ BİLDİRİLER-4 **Oturum Başkanları: Fatma Ayerden Ebinç, Ender Hür**

SS-20 / SS-25 - SS-41/SS-43



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

26 Nisan 2024, Cuma

SALON C

10:45-11:45

HEMŞİRE OTURUMU

Oturum Başkanı: Ayşe Zeynep Bal



Transplantasyon Hastasında Hemşire Yönetimi

Hem. Eda Çakır

17:30-19:00

ORGAN NAKLİ SÖZLÜ SUNUMLARI-1

Oturum Başkanları: Ali Gürel, Özgür Merhametsiz



SS-26 / SS-34



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

27 Nisan 2024, Cumartesi

SALON A

TRANSPLANTASYON PANELİ

08:30-08:45 **AÇILIŞ KONUŞMALARİ**

Siren Sezer, Barış Akın, Eyüp Kahveci

08:45-09:15 **TRANSPLANTASYON PANELİ: İMMÜNOLOJİ OTURUMU**

Oturum Başkanları: Alaattin Yıldız, Ahmed Sokwala

08:45-09:00 İmmünolojik Risk Değerlendirmesinde Neler Değişiyor?
Eplet Mismatch Yükünün Önemi

Caner Susal

09:00-09:15 Allograft Takibinde İmmünolojik Yeni Biyobelirteçler

M. Şebnem Karakan

09:15-10:00 **TRANSPLANTASYON PANELİ: DONÖR OTURUMU**

Donör Havuzunu Nasıl Genişletebiliriz

Oturum Başkanları: Asuman Yavuz, Barış Akın

Limitlerin Ötesinde Çapraz Bağış
Tartışma

Fernanda Ortiz

10:00-10:45 **UYDU SEMPOZYUMU-8**

Oturum Başkanı: Yunus Erdem



Böbrek Naklinde İndüksiyon Tedavileri Ve Grafalon'un Ülkemiz Nakil Pratiğindeki Yeri

Alaattin Yıldız

10:45-11:00 **Kahve Arası**

11:00-12:00 **TRANSPLANTASYON PANELİ:
REJEKSİYONDA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR OTURUMU**

Oturum Başkanları: Dina Abdellatif, Hüseyin Koçak

11:00-11:15 İmflidaz, Nakilde Yeni Aşil Tendonu mu Olacak?
11:15-11:30 Akut Rejeksiyon Tedavisini Standardize Edebilir miyiz?
11:30-11:45 Humoral Rejeksiyonda Yeni Tedaviler
11:45-12:00 Tartışma

Carmen Lefaucheur

Fernanda Ortiz

Carmen Lefaucheur

12:00-12:45 **UYDU SEMPOZYUMU-9**

Oturum Başkanı: Ş. Rahmi Yılmaz



Hiperfosfatemide Tedavisinde Lantanyum Yeri ve Etkileri

Zülfikar Yılmaz

12:45-13:30 **ÖĞLE YEMEĞİ ve POSTER TARTIŞMALARİ - PS-42 / PS-62**

Oturum Başkanları: Şennur Köse, Koray Uludağ



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

27 Nisan 2024, Cumartesi

SALON A

TRANSPLANTASYON PANELİ

13:30-14:15 **UYDU SEMPOZYUMU-10**
Oturum Başkanı: Celalettin Usalan

aio ABDİBRAHİM OTSUKA

Polikistik Böbrek Hastalığı Yavaş Gelişir, Her Şey Hızla Değişir!

Tolga Yıldırım, Necmi Eren

14:15-15:15 **TRANSPLANTASYON PANELİ**
İMMÜNSUPRESYON OTURUMU
Oturum Başkanları: Hüseyin Töz, Mohamed Hany Hafez

14:15-14:30 Böbrek Naklinde Klasik İmmünsupresyon ve Farklı Uygulamalar
14:30-14:45 Retransplant Adayında Nasıl İlerleyelim?
14:45-15:00 Böbrek Ve Multiorgan Nakiller
15:00-15:15 Tartışma

Tolga Yıldırım
Murathan Uyar
Siren Sezer

15:15-15:45 **Kahve Arası**

15:45-16:30 **TRANSPLANTASYON PANELİ**
POSTTRANSPLANT İZLEM OTURUMU-1
Oturum Başkanları: Ülkem Çakır, Abdelhafed Shebani

15:45-16:05 Transplantasyon Sonrası Tekrarlayan Glomerüler Hastalığa Yaklaşım
16:05-16:25 BK Virüsüyle İlişkili Nefropati: Nasıl Başa Çıkılır?
16:25-16:30 Tartışma

Arzu Veliöğlü
Dina Abdellatif

16:30-17:15 **TRANSPLANTASYON PANELİ**
POSTTRANSPLANT İZLEM OTURUMU-2
Oturum Başkanları: Nurhan Seyahi, Salih Pekmezci

16:30-16:50 Graft yetersizliği: Nasıl yönetelim?
16:50-17:10 Posttransplant Hipertansiyon ve Diyabet Yönetimi
17:10-17:15 Tartışma

Ayşe Sinangil
Abdullah Özkök

17:15 **KAPANIŞ TÖRENİ**



13. Uluslararası Katılımlı Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

27 Nisan 2024, Cumartesi

SALON B

GENEL HEKİMLİKTE NEFROLOJİ

08:30-08:45 AÇILIŞ KONUŞMALARİ

08:45-09:15 GENEL HEKİMLİKTE NEFROLOJİ -1

KAN GAZI ve SIVI ELEKTROLİT

Oturum Başkanları: Hayriye Sayarlıoğlu, Soner Duman

| | | |
|-------------|---|----------------|
| 08:45-09:05 | Vaka Örnekleriyle Kan Gazının Değerlendirilmesi | Selman Ünverdi |
| 09:05-09:25 | Yoğun Bakım, Siroz ve Kalp Yetersizliğinde Hiponatremi Yönetimi | Egemen Cebeci |
| 09:25-09:50 | Hipopotasemi Yönetimi | İbrahim Güney |
| 09:50-10:00 | Tartışma | |

10:45-11:00 Kahve Arası

11:00-12:00 GENEL HEKİMLİKTE NEFROLOJİ -2

DİYABET - OSTEOPOROZ

Oturum Başkanları: Lütfullah Altıntepe, Bülent Tokgöz

| | | |
|-------------|--|----------------|
| 11:00-11:15 | KBH'da Oral Antidiyabetik ve İnsülin Kullanımı | Zeynep Bıyık |
| 11:15-11:30 | Diyabetik Nefropati Tedavisinde Klavuzlar Ne Diyor | Abdullah Şumnu |
| 11:30-11:45 | KBH'da Osteoporoz'a nasıl yaklaşalım | Alper Azak |
| 11:45-12:00 | Tartışma | |

14:15-15:15 GENEL HEKİMLİKTE NEFROLOJİ -3

İDRAR ANALİZİ

Oturum Başkanları: Şükrü Ulusoy, İhsan Ateş

| | | |
|-------------|--|-----------------------|
| 14:15-14:30 | İdrar Tahlili Nasıl Yorumlanmalı? | Elbis Ahabab |
| 14:30-14:45 | İdrar Elektrolitleri Ne Söylüyor? Olgu Örnekleri | Türker Emre |
| 14:45-15:00 | Proteinürisi Olan Hastaya Yaklaşım | Gülşay Koçak Kadioğlu |
| 15:00-15:15 | Tartışma | |

15:15-15:45 Kahve Arası

15:45-16:30 GENEL HEKİMLİKTE NEFROLOJİ -4

OLGULARLA İNTOKSİKASYON

Oturum Başkanları: Ahmet Uğur Yalçın, Özkan Güngör

| | | |
|-------------|---------------------------------|---------------------|
| 15:45-16:10 | Olgularla Mantar İntoksikasyonu | Serkan Feyyaz Yalın |
| 16:10-16:35 | Olgularla Alkol İntoksikasyonu | Tamer Sakacı |
| 16:35-17:00 | Olgularla İlaç İntoksikasyonu | Ekrem Kara |
| 17:00-17:15 | Tartışma | |



13. Uluslararası Katılımlı Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

27 Nisan 2024, Cumartesi

SALON C

HEMODİYALİZ KURSU

08:30-08:45 AÇILIŞ KONUŞMALAR

08:45-09:15 HEMODİYALİZ KURSU OTURUM 1- "ZOR VAKALAR" Oturum Başkanları: *Serdar Kahvecioğlu, Hamad Dheir*

08:45-09:05 Hastanın Genel Durumu İyi, Düşük Doz Diyaliz mi Yapsam?
09:05-09:25 Kırılgan Hemodiyaliz Hastasında Sağ Kalımı Nasıl Artırabiliriz?
09:25-09:50 Hemodiyaliz Hastalarında Antikoagülan Kullanımı
09:50-10:00 Tartışma

Yavuz Ayar
Can Sevinç
D. Deren Oygur

10:45-11:00 Kahve Arası

11:00-12:00 HEMODİYALİZ KURSU OTURUM 2- "ZOR VAKALAR" Oturum Başkanları: *Gülsüm Özkan, Dede Şit*

11:00-11:15 Her Ay Çoklu Transfüzyon İhtiyacı Oluyor, Ne Yapsam
11:15-11:30 Düşük Kt/V'li Hasta: Ne Yapayım?
11:30-11:45 Malnütrisyonu Nasıl Engellerim, Nasıl Düzeltirim?

Ercan Türkmen
Abdulcabbar Gaipov
Süleyman Karaköse

14:15-15:15 HEMODİYALİZ KURSU OTURUM 3- "ZOR VAKALAR" Oturum Başkanları: *Numan Görgülü, Ayhan Doğukan*

14:15-14:30 Potasyumu Kontrol Edemiyorum
14:30-14:45 Fosfor ve Kemik Problemleri Artıyor, Ne Yapsam?
14:45-15:00 Kuru Ağırlığa İnemiyorum
15:00-15:15 Tartışma

Ramazan Ulu
Erhan Tatar
Ahmet Karataş

15:15-15:45 Kahve Arası

15:45-16:30 HEMODİYALİZ KURSU OTURUM 4- "HEMŞİRE OTURUMU" Oturum Başkanları: *Betül Ögütmen, Ergün Parmaksız*

15:45-16:00 Hemodiyaliz Reçetesi Nasıl Verilir?
16:00-16:15 Damar Yolu Bulamıyorum
16:15-16:30 Hastam Hipotansif; Nasıl Yaklaşmalıyım?
Tartışma

Meryem Denli, Ferhan Candan
Arzu Arda, Yusuf Karavelioğlu
Meral Özkan, Barış Eser

16:30-17:15 ORGAN NAKLİ SÖZLÜ SUNUMLARI -2 Oturum Başkanları: *Alparslan Altunoğlu, M. Emin Demir*



SS-35 / SS-40



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

28 Nisan 2024, Pazar

SALON A

HEKİM – HEMŞİRE ORTAK OTURUMU

09:00-10:30 NEFROLOJİ EĞİTİMİ OTURUMU

Nefroloji Eğitiminde Sorunlar: Neden Çözülemiyor?

Oturum Başkanları: M. Deniz Aylı, Galip Güz

Nefroloji Eğitiminde Sorunlar

Hemodiyaliz - Periton Diyalizi Eğitiminde Sorunlar

Transplantasyon Eğitiminde Sorunlar

10:30-10:45 Kahve Arası

10:45-11:45 DİYALİZ YÖNETMELİĞİNDE GÜNCELLEME

Oturum Başkanları: Murat Duranay, Mehmet Rıza Altıparmak

11:45 KAPANIŞ

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-01 Plazmaferez Tedavisi Uygulanan Hızlı İlerleyen Glomerülonefrit Hastalarında Renal ve Hasta Sağkalım Sonuçları

Aydan Mütiş Alan, Selina Manan, Mevlüt Tamer Dinçer, Cem Ar, Nurhan Seyahi, Sinan Trabulus

SS-02 Nefroloji Kliniğinde Nativ Böbrek Biyopsisi Yapılan Hastaların Özelliklerinin Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi

Aylin Merve Yapıcı Gülççek, Gülay Ulusal Okyay, Ebru Gök Oğuz, Kadir Gökhan Atılğan, Tamer Selen, Arzu Sağlam, Onur Ergun, Ebru Şebnem Ayva, Sadık Ahmet Uyanık, Merve Şanlıer, Fatma Ayerden Ebiç, Mehmet Deniz Aylı

SS-03 Övolemik hiponatremik hastalarda tolvaptan deneyimi

Canan Akkuş

SS-04 Gebelikte asemptomatik bakteriüri sıklığı ve antibakteriyel duyarlılık

Cemil Kaya

SS-05 Kırsal Senegal nüfusunda diyetle tuz alımı ve bunun böbrek fonksiyonuyla ilişkisi

Sidy Mohamed Seck, Lot Nehemie Motoula Latou, Modou Mbacke Gueye, Modou Ndongo, Amadou Diop Dia

SS-06 Yaşlı Hemodiyaliz Hastalarında Beslenme Parametrelerinin Değerlendirilmesi

Muhammed Faruk Aşkın, Yener Koç

SS-07 Glomerulonefrit Hastalarında Fabry Hastalığı Sıklığı

Didem Aktuğ, Kadir Gökhan Atılğan, Mehmet Deniz Aylı

SS-08 Nefrotik Düzeyde Proteinüri ile Başvuran IgA Nefropatisi Olgularında Klinik ve Patolojik Özellikler ile Tedaviye Cevap ve Sağkalımın İncelenmesi

Feyza Bayrakdar Çağlayan, Taner Baştürk, Yener Koç, Elbis Ahabap, Tamer Sakacı, Abdulkadir Ünsal

SS-09 Periton Diyaliz Hastalarında Vas Skorunun Biyokimyasal Parametreler ve Diyaliz Süresi İle İlişkisi

Gamze İçaçan

SS-10 Hemodiyaliz Hastalarında Kaşıntı Etiyolojisinde Gözden Kaçan Faktör: Ultrafiltrasyon Hacmi

Hakan Ozer, İsmail Baloğlu, Yasin Öztürk, Fethi Yönet, Kültigin Türkmen, Nedim Yılmaz Selçuk, Halil Zeki Tonbul

SS-11 Otozomal Dominant Polikistik Böbrek Hastalığında Yeni Nesil Dizileme Teknolojisi ile Mutasyonların Değerlendirilmesi

Hande Aypek, Rümeyza Balaban, Ebrucan Bulut, Nuseybe Huriyet, Elif Güllülü Boz, Ayşegül Oruç, Cuma Bülent Gül, Alparslan Ersoy, Gülşah Çeçener, Abdülmecit Yıldız

SS-12 Hemodiyaliz hastalarında kalp hızı değişkenliği ve intradiyalitik hipotansiyon ile ilişkisi

Sidy Mohamed Seck, Lot Nehemie Motoula Latou, Ibrahima Lyra Sarr, Modou Ndongo, Issa Ndiaye

SS-13 Characteristics and Outcome of Acute Kidney Injury Patients on Hemodialysis at the National Renal Transplant Center in Ethiopia

Ayantü Tesfaye Lemma, Leja Hamza Jahur, Temesgen Geleta Dinka, Tigist Workneh Leulseged

SS-14 Prevalence of periodontal diseases in relation to oral hygiene status among end stage renal disease patients undergoing maintenance hemodialysis at Muhimbili National Hospital, Tanzania

Zenais Francis Kawishe, Elifuraha Mumghamba, Jacqueline G. Shoo

SÖZLÜ BİLDİRİLER

- SS-15 Time to recovery and Predictors among Acute Kidney Injury Patients on Hemodialysis at the National Renal Transplant Center in Ethiopia**
Ayantu Tesfaye Lemma, Tigist Workneh Leulseged, Tigist Girma Gemechu, Leja Hamza Juhar
- SS-16 Post-Operative Acute kidney injury In Women Who Underwent Emergency obstetric surgery At Muhimbili National Hospital In Dar Es Salam, Tanzania**
Indhadek Mohamed Ali, Fadhlun Mohamed Alwy Al Beity, Peter J.t Wangwe, Jacqueline J Shoo, Furaha A August
- SS-17 SGLT2 inhibitörlerinin albuminüri ve tahmini glomerular filtrasyon hızı üzerine etkileri**
Mehmet Yılmaz, Ebru Gok Oguz, Mehmet Deniz Aylı
- SS-18 Kalp Yetmezliği Tedavisinde Torasemid Ve Furosemidin Elektrolit Değerlerine Etkisi**
Melis Gökgöz
- SS-19 Hemodiyaliz Hastalarında Mortalitenin Öngörülmesinde Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksi Nötrofil Lenfosit Oranından Daha İyi Olabilir Mi?**
Aydın Güçlü, Kağan Tur, Mesut Sungur
- SS-20 Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF) Olan Hastalarda Böbrek Hasar Molekülü-1 (KIM-1) Serum Düzeylerinin Değerlendirilmesi**
Oktay Bağdatoğlu, Didem Turgut, Mine Şebnem Karakan
- SS-21 ChatGPT-3.5 ve ChatGPT-4 Modellerinin Yoğun Bakım Hastalarında Sürekli Renal Replasman Tedavileri Hakkında Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması**
Özant Helvacı, Kamil İnci
- SS-22 Ürik asit ve sistemik immün inflamatuvar indeks değişkenliğinin IgA nefropati prognozu üzerine etkisinin değerlendirilmesi**
Rıdvan Özkan, Fatma Ayerden Ebinç
- SS-23 Hemodiyaliz hastalarında koku duyusundaki değişikliklerin prospektif değerlendirilmesi**
Gülşay Turgay, Saliha Yıldırım, Ayşe Zeynep Bal, Emre Tural, Siren Sezer
- SS-24 Kuzey Senegal'deki tarım topluluklarında kronik interstisyel nefrit yaygınlığı ve üre tükürük testinin performansı**
Sidy Seck, Lot Nehemie Motoula Latou, Modou Mbacke Gueye, Modou Ndongo
- SS-25 Proteinüri Etiyolojisinin Nadir Bir Sebebi Lamb2 Genetik Mutasyonu: Olgu Sunumu**
Umut Karabulut, Eren Eynel, Enver Yüksel, Ramazan Danış
- SS-26 Bir sağlık kuruluşunda nefroloji polikliniğine başvuran bireylerin organ bağıışı tutumlarının değerlendirilmesi**
Ezgi Genç, Mehtap Gömleksiz, Muhammet Rıdvan Gömleksiz, Ayhan Dogukan
- SS-27 Böbrek Greft Biyopsilerinde Rekürren, De Novo Glomerulonefrit Saptanan Olguların Değerlendirilmesi**
Hatice Şahin, Gülşay Ulusal Okyay, Mehmet Deniz Aylı
- SS-28 Investigation of the relationship between RDW and Prognosis of brain death**
Elahe Pourhossein, Sanaz Dehghani, Marzieh Latifi, Maryam Pourhossein
- SS-29 One Year Outcome of Kidney Transplant Recipients at Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania**
Jacqueline Geoffrey Shoo, Jonathan Willbard Mngumi, Gudila Valentine Shirima, Deus Buma, Mahamoud Nyello, Francis Fredrick Furia

SÖZLÜ BİLDİRİLER

- SS-30 Gender Disparity In Kidney Transplantation In Mongolia: An Analysis of the ASTREG-WIT-KT Registry**
Lkhaakhuu Od Erdene, Tseren Khishgee, Davaadorj Bayan Undur, Batsuuri Batsaikhan, Gantulga Ganbold, Banzragch Oyunbileg
- SS-31 Renal transplantasyon sonrası eritrositöz gelişen ve gelişmeyen hastaların klinik özelliklerinin karşılaştırılması**
Asil Demirezen, Ömer Faruk Akçay, Emre Yaşar, Saliha Yıldırım, Özant Helvaci, Sevim Gönen, Galip Güz
- SS-32 The effect of pre-transplant and transplant care on organ quality: A cross-sectional study**
Maryam Pourhossein, Sanaz Dehghani, Marzieh Latifi, Elahe Pourhossein
- SS-33 A Comparative Study on quality of Sleep Before and After Kidney Transplantation in ESRD Patients**
Marzieh Latifi, Sanaz Dehghani, Maryam Pourhossein, Elahe Pourhossein
- SS-34 Mesenchymal stem cells in treatment of kidney allograft chronic active antibody-mediated rejection**
Nadzeya Rapetskaya, Kirill Komissarov, Aleh Kalachyk
- SS-35 Clinical Outcome of Kidney Transplant Recipients with De Novo Donor Specific Antibodies: A Single-Center Experience**
Omid Afsharjahanshahi, Mehdi Nikandishnobar, Zeynep Sude Gökmen, Necla Özşeker, Ferda Alpaslan Pınarlı, Mehmet Emin Demir, Siren Sezer
- SS-36 The 5- Year Outcomes of Deceased-Donor-Related Kidney Transplantation: The Largest Data From Turkey**
Mehmet Emin Demir, Özgür Merhametsiz, Murathan Uyar, Şinasi Sevmiş, Sema Aktaş, Murat Sevmiş, Tuba Elif Şenel, Hacı Hasan Yeter, Öykü Kilci, Aylin Yeşim Burç, Refika Büberci, Siren Sezer
- SS-37 The spouse as a kidney transplant donor**
Saliha Lahfaya
- SS-38 Mapping the Prevalence of Toxoplasma Gondii Infection among Kidney Transplant Recipients**
Sanaz Dehghani, Marzieh Latifi, Maryam Pourhossein, Elahe Pourhossein
- SS-39 Böbrek Nakli Bekleme Listesi Kayıt Oranları ve İlişkili Faktörler: İki Merkezli Çalışma**
Tamer Selen
- SS-40 Erken dönem böbrek transplantasyonu verilerimiz; tek merkez deneyimi**
Gürkan Değirmencioğlu
- SS-41 Kronik Böbrek Hastalarında Renal Anemiye Yeni Bir Soluk, Roxadustat Tedavisinin Erken Sonuçları İle Vaka Serileri**
Abdulhamid Arslan, Ebru Gök Oğuz, Mehmet Deniz Aylı
- SS-42 SGLT2 İnhibitörlerinin Diyabetik Böbrek Hastalarında, Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Eritrositöz ve Hematokrit Düzeyi Üzerine Etkisi**
Arzu Akgül
- SS-43 Etlik Şehir Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde Etelkalsetid Deneyimi: Bir Vaka Serisi**
Berrak İtir Aylı, Arzu Akgül, Hatice Şahin, Çiğdem İkhlef, Kadir Gökhan Atılğan, Fatma Ayerden Ebinç, Gülay Ulusal Okyay, Emel Işıktaş Sayılar, Ebru Gok Oğuz



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

POSTER BİLDİRİLER

PS-01 Need for interdisciplinary collaboration between oral health and nephrology specialists in the management of patients undergoing maintenance hemodialysis at Muhimbili National Hospital, Tanzania

Zenais Francis Kawishe, Elifuraha Mumghamba, Jacqueline G. Shoo

PS-02 Incidence of CKD and Death among Reproductive Age Women with Dialysis Requiring Acute Kidney Injury in Ethiopia: The Role of Obstetric Risk Factors

Ayantu Tesfaye Lemma, Tigist Workneh Leulseged, Tsion Andrias Lechebo, Sisima Kornelios Osman, Delayehu Bekele Mamo

PS-03 The Journey of Kidney Transplantation in Tanzania: Ethical and Legal Perspectives

Jacqueline Geoffrey Shoo, Kessy Charles Shija, Jonathan Willbard Mngumi, Gudila Valentine Shirima, Daniel Pascal Msilanga

PS-04 Böbrek Nakli Alıcılarında Doku İnvaziv CMV Hastalığı Deneyimimiz

Çiğdem İkhlef, Ebru Gök Oğuz, Gülşay Ulusal Okyay, Mehmet Deniz Aylı

PS-06 Yazarı tarafından geri çekilmiştir.

PS-07 Fokal Segmental Glomeruloskleroz ile Presente Olan Alport Sendromu Vakası

Ertuğrul Erol, Yağmur Ersoy, Mevlüt Tamer Dinçer, Sinan Trabulus, Nurhan Seyahi

PS-09 Covid-19 Döneminde Biyopsi ile İmmünoglobulin A Nefropatisi Tanısı Alan Hastaların Klinik ve Patolojik Sonuçları: Tek Merkez Deneyimi

Matin Iskandarov, Ramazan Öztürk, Yavuz Çınar, Saba Kiremitçi, Murat Duranay, Serkan Aktürk

PS-10 Periton Diyaliz İlişkili Peritonit Ataklarında Serum İnflamatuvar Belirteçlerinden SII ve ve dNLR'nin değerlendirilmesi

Nurhan Bilen, Serdar Kahvecioglu, NİMET AKTAŞ, Özger Akarsu, İrem Hilal Vurğaç, Canberk Berkay Mert

PS-14 Genomic Insights into Primary Ciliary Dyskinesia: A Case Report of Pathogenic RSPH3 Mutation

Aleksandar Aleksandrov Petrov, Miroslava Stancheva Benkova, Dinnar Ali Yahya, Svetla Staykova, Mari Ara Hachmeryan

PS-15 Evaluating the Efficacy and Safety of SGLT2 Inhibitors in renal transplant recipients: Personal experience

Aleksandar Petrov, Miroslava Stancheva Benkova, Yana Dimieva, Svetla Staykova

PS-16 Infection associated with urinary catheterization – echo in the ICU

Andrei Iordan, Viorica Cospormac

PS-17 The impact of the COVID-19 pandemic on the nature of AKI in intensive care units

Andrei Iordan, Viorica Cospormac

PS-18 Acute kidney injury (AKI) in critical patients increases the risk of subsequent chronic kidney disease

Cornelia Trofim Guțu Bahov, Iraidă Camerzan

PS-19 Relationship of acute kidney injury and acute heart failure in critical patients

Cornelia Trofim Gutu Bahov, Iraidă Camerzan

PS-20 Chronic kidney disease and cardiovascular diseases connection

Cornelia Trofim Gutu Bahov, Iraidă Camerzan

POSTER BİLDİRİLER

PS-21 Role of surgery in the management of entero mesenteric ischemia

Elmokretar Faouzi, Djayet Ouahchia, Khalouf Mohamed Abderaouf, Chekkou Mohamed, Kheddouci Nazim, Metchat Mohamed, Mecherouk Abdennadjim, Ait Benamer Nouredine

PS-22 Point of care creatinine measurement in acute coronary syndrome to predict and prevent AKI

Doskhan Kozhakhmet, Abduzhappar Gaipov, Meruyert Madikenova, Zhanat Kuanshaliyeva, Temirbek Zhanpayizov, Marat Alikhanov

PS-23 What's new in kidney harvesting from living donors: Pararectal incision versus lumbotomy

Elmokretar Faouzi, Lahfaya Saliha, Khalouf Mohamed Abderaouf, Chekkou Mohamed, Kheddouci Nazim, Metchat Mohamed, Mecherouk Abdennadjim, Ait Benamer Nouredine

PS-24 Thrombolysis in entero-mesenteric infarction

Elmokretar Faouzi, Lahfaya Saliha, Khalouf Mohamed Abderaouf, Chekkou Mohamed, Kheddouci Nazim, Metchat Mohamed, Mecherouk Abdennadjim, Ait Benamer Nouredine

PS-25 Kidney Transplantation outcomes of single center in Mongolia

Ganbold Lundeg

PS-26 Impact of technology PICCO in the management of renal failure in the critical patient

Iraida Camerzan, Cornelia Guțu Bahov

PS-27 The involvement of circadian rhythms in the trigger of acute renal failure. Retrospective analysis

Iraida Camerzan, Cornelia Guțu Bahov

PS-28 Renal failure and circadian rhythms

Iraida Camerzan, Cornelia Guțu Bahov

PS-29 Early AVF preparation reduces the level of serum creatinine and improves patients' outcomes

Mahmud İslam, Hamad Dheir, Peruze Yüksel, Zafer Ercan, Fatma Yılmaz, Esen Ülker, Musa Pınar, Kenan Evren Öztop

PS-30 Kidney transplantation outcomes in patients with IgA nephropathy: single-center study

Nadzeya Rapetskaya, Kirill Komissarov, Aleh Kalachyk

PS-31 Pre-Transplant Adynamic Bone Disease Predicts Post-Transplant Osteoporosis and Arterial Stiffness

Orkhan Guliyev, Siren Sezer

PS-32 Impact of surgical complications on grafts and patients survival after renal transplantation from living donors: Multicenter study

Saliha Lahfaya

PS-33 Kidney transplantation from deceased donor in Algeria

Saliha Lahfaya, Nouara Benkacimi, Mourad Kastali

PS-34 Stent free Uretero-neocystostomy in living related kidney transplantation

Sandro Kiladze

PS-35 Acute kidney injury in severe preeclampsia

Viorica Cospormac, Mihaela Cospormac

POSTER BİLDİRİLER

PS-36 CRRT in the postcardiotomy cardiogenic shock patient. Case presentation

Viorica Cospormac, Olga Cernei

PS-37 Kresentik Glomerülonefritle Prezente Olan IgM Nefropatisi: Olgu Sunumu

Ahmet Ermek, Merve Şanlıer, Ebru Gok Oguz, Çiğdem Sercan, Arzu Akgöl, Çiğdem İkhlef, Kadir Gökhan Atılğan, Fatma Ayerden Ebinç, Gülay Ulusal Okyay, Mehmet Deniz Aylı

PS-38 Yaşlı hastada desmopressine bağlı hiponatremi

Belma Gökçen Zorba, Ozlem Yayar

PS-39 Dirençli Hipertansiyon Ön Tanılı Hastanın Yakın Takip Ve Doğru Medikal Tedavi Düzenlenmesi İle Normotansif Hale Gelmesi Üzerine Bir Olgu

Canberk Berkay Mert, Nurhan Bilen, Serdar Kahvecioğlu, Nimet Aktaş, Özger Akarsu

PS-40 Akut Böbrek Hasarı ile Gelen Bir Hastada Serum Serbest Hafif Zincir Testi ile Multiple Miyelom Hızlı ve Kolay Teşhis Edilebilir Vaka Sunumu

Dilek Torun, Engin Onan, Duygu Nurdan Avcı, Hasan Şükrüllah Micozkadioğlu, Rüya Kozanoğlu

PS-41 Periton Diyalizi Nadir Komplikasyonlarından Hidrotoraks: Olgu Sunumu

Elif Hande Kızıltunç, Ebru Gok Oguz, Mehmet Deniz Aylı

PS-42 Periton Diyalizi Hastalarının Periton Diyalizinden Ayrılma Nedenleri: Tek Merkez Deneyimi

Ezgi Yazkı, Ebru Gok Oguz, Merve Tuana Keskin Karadağ, Mehmet Deniz Aylı

PS-43 Etlik Şehir Hastanesi Periton Diyaliz Ünitesinde Transplantasyon Deneyimi

Ezgi Yılmaz, Ebru Gök Oğuz, Emel Işıktaş Sayılar, Mehmet Deniz Aylı

PS-44 ANCA İlişkili Vaskülit Olgusu

Gizem Zer Türk

PS-45 Kronik Böbrek Yetmezliği Seyrinde Ortaya Çıkan Nadir Bir Vaka: Okronozis

Gülsüm Ceren Terzioğlu Yazıcı, Pelin Petek Varol, Bülent Huddam, Alper Alp, Dilek Gibyeli Genek

PS-46 Diyabetik kronik böbrek hastalarında progresyona etki eden faktörlerin değerlendirilmesi

Hatice Gizem Kurt Koluksa, Ramazan Çetinkaya, Feyza Bora, Funda Sarı, Hüseyin Koçak, Vural Taner Yılmaz

PS-47 Böbrek Nakli Olan Hastaların Üremesi Olan İdrar Kültürlerinin Değerlendirilmesi

Huseyin Celik, Mahmut Esat Danisoglu, Ferhat Oto, Murat Samli, Ender Hur, Soner Duman, Ahmet Bülent Oktay

PS-48 Kadavra Nakillerinde Elenme Nedenleri; Tek Merkez Deneyimi

Huseyin Celik, Mahmut Esat Danisoglu, Ferhat Oto, Murat Samli, Salih Gülten, Soner Duman, Ender Hur, Bulent Oktay

PS-49 Böbrek Nakli Olan Hastalarımızın Üremesi Olan İdrar kültürlerinin Değerlendirilmesi; Tek Merkez Deneyimi

Huseyin Celik, Mahmut Esat Danisoglu, Ferhat Oto, Murat Samli, Ender Hur, Soner Duman, Bülent Oktay

PS-50 Levodropropizine bağlı akut tübulointerstisyel nefrit

Canan Aknıl, İlhan Kılıç, Serkan Bakırdöğen

POSTER BİLDİRİLER

PS-51 Akut Gastroenterit Sonrası Gelişen Bir Mikroanjiyopatik Hemolitik Anemi: Atipik Hemolitik Üremik Sendrom Olgu Sunumu

*Irem Hilal Vurğaç, Nurhan Bilen, Serdar Kahvecioğlu, Bişra Gündoğan,
Nimet Aktaş, Özger Akarsu*

PS-52 Gebelikte Nadir Bir Akut Böbrek Yetmezliği Nedeni Olarak Anca İlişkili Vaskülit

Maksude Burcu Düzgün Odabaşı, Nurhan Bilen, Serdar Kahvecioğlu, Cuma Bülent Gül, Nimet Aktaş, Özger Akarsu

PS-53 Behçet Hastalığına Sekonder Hızlı İlerleyen Glomerülo nefrit Olgu Sunumu

Merve Şanlıer, Gülay Ulusal Okyay, Ebru Şebnem Ayva, Ebru Gök Oğuz, Fatma Ayerden Ebiñç, Mehmet Deniz Aylı

PS-54 Renal Transplantasyon Sonrası Nüks FSGS Yaklaşımı: Olgu Sunumu

*Merve Şanlıer, Ebru Gök Oğuz, Çiğdem İkhef, Arzu Akgül, Hatice Şahin, Gülay Ulusal Okyay, Kadir Gökhan Atılğan, Fatma Ayerden Ebiñç,
Mehmet Deniz Aylı*

PS-55 Böbrek Biyopsisi ile Tanı Alan Skleroderma Renal Kriz Olgusu

*Merve Şanlıer, Gülay Ulusal Okyay, Eylem Pınar Eser, Ayşe Tuğçenur Temiz Gençoğlu, Alper Sarı, Ebru Gök Oğuz, Fatma Ayerden Ebiñç,
Mehmet Deniz Aylı*

PS-56 Anti - HER - 2 Hedefli Tedavi Sırasında Tümör Lisis Sendromu Gelişen Bir Meme Kanseri Olgusu

Merve Şanlıer, Gülay Ulusal Okyay, Güner Akgüner, Ebru Gök Oğuz, Fatma Ayerden Ebiñç, Mehmet Deniz Aylı

PS-57 Renal Transplant Sonrası Görülen Santral Tutulumlu Lenfoproliferatif Hastalık

Merve Tuana Keskin Karadağ, Ebru Gök Oğuz, Ezgi Yazk, Mehmet Deniz Aylı

PS-58 Sisplatin Bağı Gelişen Bir Tübülopati Olgusu

Musa Pınar, Onur Yazdan Balçık

PS-59 Takrolimusun Neden Olduğu Nadir Bir Durum: Hiponatremi

Musa Pınar, Şevki Boyraz, Ayşe Nur Çanakçı, Kenan Evren Öztıp, Mahmud İslam, Zafer Ercan, Hamad Dheir

PS-60 Primer Membranöz Nefropati ve Malignite Birlikteliği: Olgu Sunumu

Seray Peker Türkcan, Ebru Gök Oğuz, Mehmet Deniz Aylı

PS-61 Pre-Diyaliz Kronik Böbrek Yetersizliği Hastalarında Parenteral Demir Tedavileri Böbrek Fonksiyonlarını Korur mu, Bozar mı?

Turker Emre, Yalçın Gökmen

PS-62 Bulantı, kusma ile gelen FSGS tanılı hastada gastroskopide bezoar görülmesi olgu sunumu

Zeynep Guray, Firuze Tulupçuoğlu

Konuşma Özetleri





13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

BÖBREĞİN KALITSAL TÜBÜLOPATİLERİ: GENETİKTEN KLİNİĞE

Doç. Dr. Yasemin COŞKUN YAVUZ

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya

İZOLE Proksimal RTA: SLC4A4 geninde mutasyon, Na-HCO₃ taşıyıcı defekti, OR geçiş-OD nadir, Distal asidifikasyon intakt, Ağır BGG, MR, göz ve diş problemleri

Dent hastalığı: X'e bağlı resesif, DMA proteinüri tüm hastalarda, hiperkalsüri, nefrokalsinozis, nefrolitiazis, yavaş ilerleyen KBH, Dünyada 250 aile, Megalin ve kübilin sisteminde işlev gören proteinlerde fonksiyon bozukluğu, Genelde 10 yaş altı tanı alır, Hastaların %30-80'inde 3-5. dekatta SDBY gelişir. KBH sadece erkeklerde bildirilmiş.

LOWE SENDROMU (OKULOSEREBRORENAL DİSTROFİ)

Bartter sendromu: Prevelans 1/1.000.000, OR ve OD, Tip 1-2 yaygın antenatal, Tip 3 klasik, Tip 4 varyant antenatal + SN işitme kaybı, Tip 5 antenatal ve OD hipokalsemi. Hipopotasemik metabolik alkaloz, sekonder hiperreninemik hiperaldosteronizme rağmen normotansiyon, jukstaglomerüler hiperplazi, hiperkalsüri ve nefrokalsinozis.

Liddle sendromu (psödohiperaldosteronizm): 1963 te Liddle ve ark. tarafından tanımlanan OD geçişli tübülopati. ENaC kanallarının daha uzun süre aktivasyonu söz konusudur (degradasyonu bozulur). Hipokalemi, metabolik alkaloz ve hipertansiyon mevcuttur. Sıklığı Çinde %1,5, ABD'de %6 civarı bulunmuş. 11-31 yaş arası dirençli, tuz duyarlı hipertansiyon olarak prezente olur. Tedavide aldosteron antagonistleri VERİLMEZ. Amilorid tercih edilir.

HEREDİTER RENAL HİPOÜRİSEMİ: Sırasıyla SLC22A12 ve SLC2A9 genleri tarafından kodlanan iki ürat taşıyıcısı URAT1 ve GLUT9'dan birinde mutasyon. OR geçiş. Urik asit seviyesi < 2mg/dl. Sıklığı bilinmiyor. Nefrolitiazis ve şiddetli egzersizle indüklenen ABH. Gitelman sendromu: OR geçiş. Prevelansı milyonda 25. Asya toplumlarında daha sık. Adelosan veya adult dönemde tanı alır. Hipomagnezemi ve hipokalsüri en spesifik bulguları. Hafif poliüri ve büyüme geriliği, idrar konsantrasyon fonksiyonunda hafif bozulma veya belirgin semptomların olmaması. Hipomagnezemi ve hipokaleminin neden olduğu yorgunluk, kas zayıflığı, kas spazmı ve tetani, nadiren kondrokalsinozis.

Hiperkalsüri ile birlikte familial hipomagnezemi ve nefrokalsinozis (FHHNC): OR geçiş. 1972'de tanımlandı. SDBY'ye adelosan veya erken erişkinlikte ilerler. Claudin-19 retinada da sentezlenir, Claudin-19 mutasyonunda şiddetli okuler tutulum. CLDN16 mutasyonunda SDBY'ye progresyon %33, CLDN19 mutasyonunda %61. Semptomların başlangıcı 3,5 ila 7 yaş.

SİSTİNOZİS: OR lizozomal depo hastalığı. 1903'te ilk olarak tanımlandı. Sistin transportunu sağlayan sistinogenez kodlayan gen olan CTNS'de mutasyon sonucu oluşur. İnfantil, juvenil ve oküler olarak üçe ayrılır. Erken tanı önemli. 3 tanı yöntemi var: Wbc'de sistin seviyesi ölçümü- gold standart. CTNS gen moleküler testi. Korneada sistin kristallerinin yarık lamba muayenesi ile saptanması. Tedavi Sıvı elektrolit replasmanı, Beslenme desteği, Rickets'in önlenmesi, Hormon replasman tedavisi, sisteamin.

Sistinüri: OR geçiş, erişkin çağ böbrek taşlarının %1'i, çocukluk çağı taşlarının %25'i. Sıklığı 1/2500-1/100000 arası. Dibazik amino asitler ornitin, arginin ve lizin eş zamanlı kaybı, ancak bunların kaybı klinik olarak anlamlı değil. Sık böbrek taşı. Tanı yaşı 12-13 yaş. KBH sıklığı artmıştır. İdrar sistin konsantrasyonunu azaltmak için tolere edildiği ölçüde 1,5-4,5 L/gün oral sıvı alımı reçete edilmelidir. DİSTAL RENAL TÜBÜLER ASİDOZ: Toplayıcı tübülde yeterli H sekresyonu yapılamaması sonucu oluşur. Apikal yüzeyde yer alan H-ATP az pompasını kodlayan ATP6V0A4 ve ATP6V1B1 genlerinde otozomal dominant, bazolateral HCO₃-Cl kanallarını kodlayan SLC4A1 geninde otozomal dominant ya da resesif olarak kalıtılan mutasyonlar tanımlanmıştır. Geç başlangıçlı distal RTA komplet veya inkomplet olabilir. Düşük KMD komplet ve inkompletde siktir. Kalsiyum taşları sık. idRTA'da SDBY riski daha düşük. Tedavi Alkali

KARDİYORENAL SENDROM: YENİ YOLAKLAR - YENİ BİYOBELİRTEÇLER

Prof.Dr. Gültekin GENÇTOY

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları A.D. / Nefroloji B.D.
Alanya Uygulama Araştırma Hastanesi, Alanya / Antalya

Tanım: Kardiyorenal sendrom (KRS) kalbin veya böbreklerin akut veya kronik işlev bozukluğunun diğer organda işlev bozukluğuna neden olması olarak tanımlanabilir. Ayrıca sistemik bir hastalık da hem kalp hem böbreklerin eşzamanlı işlev bozukluğuna yol açabilir. Kalp yetmezlikli hastalarda orta ve ciddi böbrek yetmezliği prevalansı %30-60 arasındadır (1,2). 80000 kalp yetmezlikli hastada serum kreatinin>1,5 mg/dl veya GFH<53 ml/dk olarak tanımlanan BY sıklığını %29 olarak belirlemiştir (1). Akut dekompanze kalp yetmezlikli hastaların %30 unda kronik böbrek yetmezliği (eGFR<55 ml/dk) saptamıştır.

Patofizyoloji: KRS mekanik olarak farklı patofizyolojik yolakların ortak olarak çalışması ile ortaya çıkar. Azalan GFH: nöro-humoral adaptasyonlar, azalmış renal perfüzyon, artmış renal venöz basınç ve sağ ventriküler fonksiyon bozukluğu ile ilişkilidir (3). Nörohormonal değişimler artmış sempatik sinir sistemi aktivasyonu, artmış RAAS aktivasyonu, artmış vazopressin ve endotelin-1 salınımı, bunlara bağlı vazokonstriksiyon, su, tuz ve üre retansiyonudur (4,5). Ters yönde adaptasyon olarak natriüretik peptitler, NO, prostoglandinler ve bradikininler vazodilatasyon ve natriürez amaçlı çalışır (6,7). Bu adaptasyonlar miyokard kontraktilesini, kalp hızını artırır ancak sistemik vazokonstriksiyon kalp yetmezliğinde klorür retansiyonu, hiperkloremi, metabolik alkaloz ve kalıcı aşırı hacim yüklenmesi ile ilişkilidir (8). ESCAPE çalışmasında azalmış SKB kötüleşen renal fonksiyon ile ilişkili bulunmuş benzer ilişki kalp debisinde azalma ile saptanamamıştır (9). Diüretik tedavisine sekonder kardiyak afterload ve kalp debisinde azalma KRS sebebi olarak düşünülmüştür (10). Ancak diüretik tedavisinin bu hastalarda Frank-Starling eğrisinin düz tarafında olduğu için kardiyak debide belirgin bir azalmaya yol açmadığı, aksine renal venöz basınçta sağ ventriküler dilatasyonda azalmaya bağlı olarak GFH da artış sağladığı görülmüştür. Kardiyak indekste (KI) azalma glomerülün filtrasyon fraksiyonunda artma ile dengelendiğinden renal plazma akımında azalmaya neden olmaz (11). Böbrek fonksiyonları kötüleşen ve kötüleşmeyen KY hastalarını karşılaştıran bir çalışma kalp debisi ve dolun basınçlarında fark olmadığını göstermiştir (12). KI, ESCAPE çalışmasında GFR ile ters ilişkili bulunmuş, KI ile BUN veya BUN/ kreatinin oranı arasında ilişki bulunamamıştır (13). İntraabdominal veya santral venöz basınç (SVB) artışının renal venöz basıncı artırarak GFR'ı düşürdüğü gösterilmiştir (14). 17 normal erişkinde intraabdominal venöz basıncın 20 mm-Hg ya yükseltilmesi renal plazma akımı ve GFR de %24 ve 28'lik azalmaya neden olmuştur (15). Triküspit yetmezliği ve derecesi ile de GFR de bozulma ilişkili olarak bulunmuştur (16). Sağ ventrikül dilatasyon ve disfonksiyonu hem SVB da artış hem de sol ventrikül doluş bozukluğuna yol açarak GFH'ı düşürür (17). KY tedavisi ile sağlanan sağ ventrikül doluş basıncında azalma GFR'ı artırır (18). Korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu (EF) KY de de böbrek fonksiyonlarında bozulma gözlenir (19). Bu durum endotelial disfonksiyon ve proinflamatuvar süreç ile ilişkilendirilmiştir. Bu hastalardan böbrek fonksiyonlarında bozulma olanlarda azalmış sağ ventrikül fonksiyonu ve sağ ventrikül duvar kalınlığında artış saptanmıştır. Renal disfonksiyonun getirdiği metabolik bozulmalar sistemik inflamasyonda artış ve mikrovasküler disfonksiyon aracılığı ile kardiyomiyosit sertleşmesi, hipertrofi ve intersitisyel fibrozis aracılığı ile KY ne neden olabilir (19).

KAYNAKLAR

1. Dries DL, Exner DV, Domanski MJ, et al. The prognostic implications of renal insufficiency in asymptomatic and symptomatic patients with left ventricular systolic dysfunction. J Am Coll Cardiol 2000; 35:681.
2. Lasso J, Harjola VP, Sund R, et al. Prognostic value of cystatin C in acute heart failure in relation to other markers of renal function and NT-proBNP. Eur Heart J 2007; 28:1841.
3. Gottlieb SS, Abraham W, Butler J, et al. The prognostic importance of different definitions of worsening renal function in congestive heart failure. J Card Fail 2002; 8:136.



13. Uluslararası Katılımlı Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

- George LK, Koshy SKG, Molnar MZ, et al. Heart Failure Increases the Risk of Adverse Renal Outcomes in Patients With Normal Kidney Function. *Circ Heart Fail* 2017; 10.
- Muslem R, Caliskan K, Akin S, et al. Pre-operative proteinuria in left ventricular assist devices and clinical outcome. *J Heart Lung Transplant* 2018; 37:124.
- Testani JM, McCauley BD, Chen J, et al. Clinical characteristics and outcomes of patients with improvement in renal function during the treatment of decompensated heart failure. *J Card Fail* 2011; 17:993.
- Adelstein EC, Shalaby A, Saba S. Response to cardiac resynchronization therapy in patients with heart failure and renal insufficiency. *Pacing Clin Electrophysiol* 2010; 33:850.
- Stampfer M, Epstein SE, Beiser GD, Braunwald E. Hemodynamic effects of diuresis at rest and during intense upright exercise in patients with impaired cardiac function. *Circulation* 1968; 37:900.
- Greene SJ, Gheorghiade M, Vaduganathan M, et al. Haemoconcentration, renal function, and post-discharge outcomes among patients hospitalized for heart failure with reduced ejection fraction: insights from the EVEREST trial. *Eur J Heart Fail* 2013; 15:1401.
- Heywood JT, Fonarow GC, Costanzo MR, et al. High prevalence of renal dysfunction and its impact on outcome in 118,465 patients hospitalized with acute decompensated heart failure: a report from the ADHERE database. *J Card Fail* 2007; 13:422.
- McMurray J, Struthers AD. Effects of angiotensin II and atrial natriuretic peptide alone and in combination on urinary water and electrolyte excretion in man. *Clin Sci (Lond)* 1988; 74:419.
- Damman K, Navis G, Voors AA, et al. Worsening renal function and prognosis in heart failure: systematic review and meta-analysis. *J Card Fail* 2007; 13:599.
- Testani JM, Brisco MA, Chen J, et al. Timing of hemoconcentration during treatment of acute decompensated heart failure and subsequent survival: importance of sustained decongestion. *J Am Coll Cardiol* 2013; 62:516.
- Hillege HL, Nitsch D, Pfeffer MA, et al. Renal function as a predictor of outcome in a broad spectrum of patients with heart failure. *Circulation* 2006; 113:671.
- Eschaliel R, McMurray JJ, Swedberg K, et al. Safety and efficacy of eplerenone in patients at high risk for hyperkalemia and/or worsening renal function: analyses of the EMPHASIS-HF study subgroups (Eplerenone in Mild Patients Hospitalization And Survival Study in Heart Failure). *J Am Coll Cardiol* 2013; 62:1585.
- Li X, Zhang Q, Zhu L, et al. Effects of SGLT2 inhibitors on cardiovascular, renal, and major safety outcomes in heart failure: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Cardiol* 2021; 332:119.
- Elkayam U, Ng TM, Hatamizadeh P, et al. Renal Vasodilatory Action of Dopamine in Patients With Heart Failure: Magnitude of Effect and Site of Action. *Circulation* 2008; 117:200.
- Bart BA, Boyle A, Bank AJ, et al. Ultrafiltration versus usual care for hospitalized patients with heart failure: the Relief for Acutely Fluid-Overloaded Patients With Decompensated Congestive Heart Failure (RAPID-CHF) trial. *J Am Coll Cardiol* 2005; 46:2043.
69. Bart BA, Goldsmith SR, Lee KL, et al. Ultrafiltration in decompensated heart failure with cardiorenal syndrome. *N Engl J Med* 2012; 367:2296.



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

KARDİYORENAL SENDROMLU HASTALARDA HİPERKALEMİNİN YÖNETİMİ

Dr. Cuma Bülent GÜL

Toplam vücut potasyum (K⁺) içeriği ve K⁺'un hücre membranı boyunca uygun dağılımı normal hücre fonksiyon için hayati önem taşır. Toplam vücut K⁺ içeriği, alım seviyelerine yanıt olarak böbrekler tarafından K⁺ atılımındaki değişikliklerle belirlenir. Normal koşullar altında, insülin ve β -adrenerjik ton da K⁺'un iç dağılımının korunmasına önemli katkılarda bulunur. Ancak, bu homeostatik yollara rağmen, hiperkalemi oldukça yaygındır. Hiperkalemi, böbrek hastalığı, kalp yetmezliği olan hastalarda ve renin anjiyotensin aldosteron inhibitörleri gibi bazı ilaçların kullanımıyla daha sık görülen, potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir elektrolit bozukluğudur. Hiperkaleminin elektrokardiyogram ile güvenilir bir şekilde teşhis edilebileceği ve belirli hiperkalemi seviyelerinin kardiyotoksik risk oluşturduğu yönündeki geleneksel görüşlerin tersini gösteren vaka sunumları da yayınlanmıştır.

Epidemiyolojik veriler hiperkalemili hastalarda güçlü morbidite ve mortalite ilişkileri olduğunu göstermektedir ancak bu ilişkiler belirli hasta popülasyonlarında ve farklı klinik tablolarda birbirinden bir neden sonuç ilişkisini göstermekten uzaktır. Fizyolojik adaptasyon, yapısal kalp hastalığı, ilaç kullanımı ve eş zamanlı hastalığın derecesi, hiperkalemi ile başvuran bazı hastaları toksik eşğin daha yüksek ya da düşük olmasına neden olabilir. Bu faktörler göz ardı edilmemelidir çünkü elimizdeki kanıtlar, hiperkalemiye neden olan klinik durumun, hasta sonucunu belirlemede en az hiperkalemi derecesi kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Potasyum homeostazındaki bozukluklar kalp yetmezliğinde zaten yüksek olan aritmi riskini daha da artırabilir. Kalp yetmezliği hastalarında kronik böbrek hastalığı prevalansı yüksektir, bu da özellikle renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi inhibitörleri kullanıldığında hiperkalemi riskini daha da artırır. Ancak RAS blokeri kullanımı bu hasta grubunda tüm kılavuzlarda zorlayıcı endikasyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu ilaçları önerilen dozlarında kullanabilmek ve getirdiği mortalite avantajından faydalanabilmek için hiperkalemi ile mücadele bazı hastalarda zorunluluk haline gelmiştir. Şimdiye kadar kullanılan sodyum ya da kalsiyum polistren sülfonat tedavisinde hasta uyumunun son derece düşük olduğu gösterilmiştir. Bu alanda yeni çıkan iki farklı ilaç hastaların RAS blokerlerini kullanabilme, etkin dozda devam edebilme gibi avantajları sağlamıştır. Bu ilaçlar ilki inorganik, kokusuz tatsız bir bileşik olan Sodyum Zirkonyum siklosilikat ve diğeri de bir anyon değiştirici reçine olan Patiromerdir. Her iki ilacında etkinliğini gösteren randomize kontrollü çalışmalarını vardır.

Burada dikkat edilmesi gereken esas nokta, bu iki ilacın, kalp yetmezliği, diyabetik nefropati, hipertansiyon, proteinüri, kronik böbrek hastalığı gibi RAS blokajını etkin dozda alması gereken hasta grubuna, RAS blokeri ilaç başlanması, devamı ve etkin doza çıkılması avantajı sağlamalarıdır.

KAYNAKLAR

1. Waleed A, Bakris G. Curr Cardiol Rep (2020) 22: 94
2. Sarwar, C. M., Papadimitriou, L., Pitt, B., Piña, I., Zannad, F., Anker, S. D., Gheorghide, M., & Butler, J. (2016). Hyperkalemia in Heart Failure. Journal of the American College of Cardiology, 68(14), 1575-1589.
3. Hiperpotasemisi Olan Hastanın Yönetimi. Türk Nefroloji Derneği Uzman Görüşü Raporu. 2021
4. Rosano GMC, Tamargo J, Kjeldsen KP, Lainscak M, Agewall S, Anker SD, Ceconi C, Coats AJS, Drexel H, Filippatos G, Kaski JC, Lund L, Niessner A, Ponikowski P, Savarese G, Schmidt TA, Seferovic P, Wassmann S, Walther T, Lewis BS. Expert consensus document on the management of hyperkalaemia in patients with cardiovascular disease treated with renin angiotensin aldosterone system inhibitors: coordinated by the Working Group on Cardiovascular Pharmacotherapy of the European Society of Cardiology. Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother. 2018 Jul 1;4(3):180-188.



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

ÖDEMLİ HASTADA DİÜRETİKLERİN DOĞRU KULLANIMI

Prof. Dr. Dilek TORUN

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Adana

İnterstisyel sıvı hacminin artışı sonucu oluşan palpe edilen şişlik ödem olarak tanımlanır. Ödem palpe edilebilmesi için interstisyel volümün yaklaşık plazma volümü kadar (>2.5-3L) artmış olması gereklidir.

Ödem Oluşum Mekanizması

Artmış kapiller hidrostatik basınç, hipoalbuminemi, artmış kapiller permeabilite ve ilaçlar bağlı olabilir

Diüretik Telavi Gereken Ödem nedenleri: Kalp yetmezliği, nefrotik sendrom, böbrek yetmezliği ve kronik karaciğer hastalığıdır.

Diüretik tedavi

Diüretikler öncelikle intravasküler alandan sıvı kaybına neden olur, venöz ve kapiller hidrostatik basınç azalır ve interstisyel alandan sıvı plazmaya aktarılır. Kalp yetmezliği, nefrotik sendrom veya primer sodyum tutulumuna bağlı genelize ödemli hastalarda, 2-3 litre/günlük sıvı uzaklaştırılabilir. Sirozlu hastada asit varlığında, periferik ödem yoksa sıvısının mobilizasyonu peritoneal kapiller aracılığıyla olup günlük max 300-500 ml asit sıvısı plazmaya geçer. Agresif diürez yapıldığında azotemi ve muhtemelen hepatorenal sendrom gelişebilir.

Furosemid, en yaygın kullanılan kısa etkili loop diüretiktir. Henle çıkan kalın kolundaki Na/K/2Cl transportunu bloke eder ve potent bir diüretiktir. Kısa yarı ömrü nedeniyle günde en az iki kez verilmelidir. Böbrek fonksiyonu normal ise diürez için 10 mg yeterli olurken ileri evre KBH'da 80-120 mg gerekir. Aşırı volüm yüklenmesi durumlarında evdeki dozun 2-2,5 katı dozda IV bolus veya sürekli infüzyon şeklinde verilmelidir. Emilim sonrası %95 albümine bağlanır bu nedenle hipoalbuminemi ve renal kan akımı azaldığı durumda etki ettiği tübül segmentine azalmış dağılımı nedeniyle cevap azalır Furosemid tamamen böbrekten metabolize edilir. En sık yan etkisi hipokalemi, hiponatremi ve metabolik alkalozdur.

Kalp Yetmezliğinde Ödem Tedavisi

Dekompanse hastalarda ilk tercih IV Loop diüretiktir. Başlangıç doz evdeki dozun 2-2,5 katı IV bolus veya infüzyondur. Diüretik yanıtı ve doz artışı için kilo, diürez ve idrar sodyum atılımı takip edilmeli. Hasta dekonjestan olana kadar maksimum doza çıkılmalı. Yanıt yoksa ardışık nefron blokajı veya ultrafiltrasyon yapılabilir.

Karaciğer Sirozunda Ödem Tedavisi

Başlangıç tedavide minerelokortikoid reseptör antagonistleri ve loop diüretikler birlikte verilmelidir. Hipokalemi, hepatik komayı hızlandırabileceğinden loop diüretikler tek başına kullanılmamalıdır. Başlangıçta 100 mg/gün spironolakton ve 40 mg/gün furosemid ile başlanıp ödemli olanlarda günlük sıvı kaybı 1L, ödem olmayanlarda 0.5 L olacak şekilde her 3-4 günde doz titrasyonu önerilir (50-200 mg Spiranolakton+ 40-160 mg furosemid). Dirençli asit varlığında (maximum dozda diüretik ve tuz kısıtlamasına rağmen haftalık kilo kaybı <1.5) parasentez, porto sistemik shunt ve karaciğer nakli gerekir.

Nefrotik Sendromda Ödem Tedavisi

Birinci basamak tedavi loop diüretiklerdir ve tercihen günde iki kez kullanılmalıdır. Azalmış GFH'da günlük tek doz kullanılabilir. Klinik olarak anlamlı diürez sağlanana kadar ya da etkin en yüksek doza ulaşıncaya kadar doz artırılmalı. Yanıt yeterli değilse bumetanid ya da torasemid gibi uzun etkili loop diüretiklere geçilebilir. Dirençli ödemin tedavisi için loop diüretiklere farklı mekanizma ile etki eden diğer diüretikler eklenmeli (Amiloid, minerelokortikoid reseptör antagonistleri, tiyazid diüretikleri veya karbonik anhidraz inhibitörleri kullanılabilir. Loop diüretikle eş zamanlı albümin infüzyonu geçici süre kullanılabilir.

Kaynaklar:

1. Sarabjeet S. Suri, Salpy V. Pamboukia. Optimal diuretic strategies in heart failure Ann Transl Med 2021;9(6):517
2. Ettore Bartoli*, Luca Rossi, Daniele Sola, Luigi Castello, Pier Paolo Sainaghi, Carlo Smirne. Use, misuse and abuse of diuretics. European Journal of Internal Medicine 39 (2017) 9–17



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

PTH VE HEDEF ORGAN HASARI: TEDAVİ VE İZLEM NASIL OLMALIDIR?

Prof. Dr. İsmail KOÇYİĞİT

Erciyes Üniversitesi Tıp fakültesi Nefroloji Bilim Dalı / KAYSERİ

PTH kalsiyum ile iskelet metabolizmasında rol oynar. Sekresyonu esas olarak serum iyonize kalsiyum seviyeleri tarafından düzenlenir. Esas olarak artan osteoklast aktivitesi için bir uyarı görevi görerek kemikten kalsiyum ve fosfor salınımına yol açar. Ayrıca PTH böbreklerde D vitamini aktivasyonunu sağlar. Aktif D vitamini ise gastrointestinal ve böbreklerden Ca / P emilimini artırarak PTH sekresyonunu baskılar. Paratiroid hiperplazisi KBH'de erken bir bulgudur ve deneysel modellerde hiperplazi KBH'nin başlatılmasından sonraki birkaç gün içinde başlar.

Şiddetli hiperparatiroidizmi hastalardan alınan rezeke edilmiş paratiroid bezleri, hücrelerinin monoklonal genişlemesini temsil eden nodüler alanlara sahiptir. Nodüllerde vitamin D reseptörleri, kalsiyum reseptörleri ve α -klotho ekspresyonunda azalma vardır. Böylece aktif D vitamini ve kalsimimetikler gibi ilaçların bez hiperplazisine bağlanma ve tedavi etme yeteneğini azaltır. Hastaların paratiroid bezlerinde PTH salgılanmasının merkezi olarak rol oynayan CaSR ekspresyonu ve sentezi azalır. Ayrıca hiperfosfatemi CaSR duyarlılığını bozar ve sağlıklı kişilerle karşılaştırıldığında üremik hastaların PTH salınımını baskılayan kalsiyum düzeyinin artmasına yol açar.

KBH hastalarında, PTH uygulanmasına serum kalsiyumunda bozulmuş bir yanıt vardır. PTH düzeylerinde daha büyük artışların olması durumunda hipokalsemiden düzelmesinde bir gecikme vardır. PTH'ya karşı iskelet direncinde rol oynayan faktörler arasında kalsitriol seviyelerinin azalması, PTH reseptörünün downregülasyonu ve fosfor retansiyonu yer alır.

SHPT, diyaliz hastalarında ölüm oranını önemli ölçüde etkilemektedir. Kemik ağrısı, osteoporoz, kırıklar ve iskeletle ilgili birincil sorunları kapsar. Kaşıntı, kalsifilaksi, miyopati, nöropsikiyatrik semptomlar, kalsifik üremik arteriyolopati, vasküler kalsifikasyonlar ve yumuşak doku kalsifikasyonları gibi iskelet dışı komplikasyonlara da yol açar. SHPT ile ilişkili yüksek kardiyovasküler risk, kısmen aşırı vasküler kalsifikasyona bağlanabilir.

Kalsiyum-fosfat ürününün kalıcı olarak yükselmesi, akciğerler, miyokard ve periartiküler alanlar dahil olmak üzere çeşitli bölgelerde oluşabilen iskelet dışı kalsifikasyonları şiddetlendirir. Ayrıca SHPT, pediatrik hastalarda büyüme geriliğine neden olur. Eritropoez uyarıcı ajan (ESA) tedavisine zayıf yanıtı sebep olur. Şiddetli hiperparatiroidizmin nadir ve şekil bozucu bir belirtisi, aslan yüzü sendromu olarak bilinir.



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

YOĞUN BAKIMDA AKUT BÖBREK HASARLI HASTANIN SIVI DENGESİ NASIL OLMALI?

Prof. Dr. İzzet Hakkı ARIKAN

Nefroloji Bilim Dalı, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

Giriş: Akut böbrek hasarı (ABH), hem genel popülasyonda hem de yoğun bakımda yatan hastalarda sık görülen bir sorundur ve yoğun bakım hastalarının >%50'ini etkileyebilir (1). ABH'nin %75'inden fazlasından hemodinamik nedenler sorumludur. ABH olan hastalarda geleneksel tedavi yöntemi genellikle hipovolemiyi ve/veya böbrek perfüzyonunu düzeltmek için verilen intravenöz (IV) sıvı tedavisidir (2). Bununla beraber hemodinamik ABH olan birçok hastada sıvı verilmesine yanıt alınmadığı görülmüştür. Kardiyojenik veya obstrüktif şok tablosunda da IV sıvı tedavisi CO'yu ve böbrek perfüzyonunu düzeltmeyebilir. Benzer bir durum distribütif tip şok durumlarında da gelişebilir (3). Son zamanlarda fazla miktarda sıvı verilmesinin volüm fazlalığına yol açabileceği ve özellikle solunum komplikasyonlarını, enfeksiyon riskini, mekanik ventilasyon gereksinimini ve mortaliteyi artırabileceği saptanmıştır (4,5). Dolayısıyla ABH olan hastalarda sıvı tedavisi kişiselleştirilmeli, potansiyel yararları ve zararları birlikte değerlendirilerek karar verilmelidir.

Akut Böbrek Hasarında Hipovolemi Düşündüren Klinik Bulgular: Fizik muayenede mukoza membranlarında kuruluk ve turgor tonusta azalma hipovolemiyi düşündürür. Hipovoleminin hemodinamik göstergeleri arasında düşük santral venöz basınç, düşük preload, düşük pulmoner basınç, düşük diyastol sonu volüm ve düşük CO ile yüksek sistemik vasküler direnç sayılabilir (6). Uyumsuz bulgular sıvı tedavisine alınacak yanıtı belirlemeyi güçleştirir. "Point-of-care" ultrason kalp fonksiyonunu belirlemede ve venöz konjesyonun saptanmasında önemli bir yöntemdir. Santral venöz basıncın ve venöz konjesyonun yüksek olması durumunda sıvı tedavisinden uzaklaştırmalıdır.

Sıvı Yanıtı ve Sıvı Toleransı: Sıvıya yanıtı olduğu değerlendirilen hastalarda bile sıvı tedavisi doku perfüzyonunu düzeltmeyebilir (7). Özellikle sepsiste sıvı tedavisine yanıt alınırken, diğer taraftan sıvı tedavisinin olumsuz etkileri ile karşılaşılabilir. Sıvı tedavisinin bu olumsuz etkileri sıvı toleransı ile belirlenir ve sıvı yanıtı değerlendirmeden önce yapılması daha önemli olabilir. Karın içi basınç artışı ve abdominal kompartıman sendromu düşük "preload"a rağmen gelişebilir ve ABH'nin kötüleşmesiyle sonuçlanabilir (8).

Sistemik Venöz Konjesyonda Sıvı İntoleransı: Sistemik venöz konjesyon sağ atrium basıncının artışının geriye dönük olarak periferik organlara yansımadır. Sağ atrium basıncındaki artma yatak başı direkt invaziv ölçümlerle veya internal jugüler venin invaziv olmayan eko incelenmesi ve inferior vena kava (IVC) çapının kollapsibilite indeksi ile değerlendirilir (9,10). Sağ atrium basıncının abdominal organlara iletilmesinin derecesi yatak başı doppler ultrason ile karaciğer ve intrarenal venlerinin akım paternlerine bakılarak incelenebilir. Portal ve intrarenal venlerin akım paternleri genellikle birbiri ile uyumlu olsa da, kronik karaciğer ve böbrek hastalığında bazı bu uyum kaybolabilir. Bundan dolayı venöz konjesyon için çoklu organ değerlendirme skoru geliştirilmiştir ve "Venous Excess Ultrasound Score" (VexUS) olarak adlandırılmıştır. VexUS konjestif organ hasarı olasılığını düşündürebilir. Bu durumda sıvı verilmesinin kesilmesi ve hatta sıvı uzaklaştırılması gerekebilir.

Özet olarak, ABH olan hastalarda sıvı verilmesi kararı sadece hipovolemiye bağlı değil sıvı toleransı ve yanıtı incelemesi de dikkate alınarak yapılmalıdır.



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

KAYNAKLAR

1. Susantitaphong P, Cruz DN, Cerda J, et al. World incidence of AKI: a meta-analysis. Clin J Am Soc Nephrol 2013;8:1482–93.
2. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. Intensive Care Med 2017;43:304-77.
3. Wan L, Langenberg C, Belioma R, et al. Angiotensin II in experimental hyperdynamic sepsis. Crit Care 2009;13:R190.
4. Verbrugge FH, Grieten L, Mullens W. Management of the cardiorenal syndrome in decompensated heart failure. Cardiorenal Med 2014;4:176–88.
5. Payen D, de Pont AC, Sakr Y, et al. A positive fluid balance is associated with a worse outcome in patients with acute renal failure. Crit Care 2008;12: R74.
6. Vincent J-L, De Backer D. Circulatory shock. N Engl J Med 2013;369:1726–34.
7. Marik PE, Lemson J. Fluid responsiveness: an evolution of our understanding. Br J Anaesth 2014;112:617–20.
8. Molitoris BA. Low-flow acute kidney injury: the pathophysiology of prerenal azotemia, abdominal compartment syndrome, and obstructive uropathy. Clin J Am Soc Nephrol 2022;17:1039–49.
9. Magder S. Right atrial pressure in the critically ill: how to measure, what is the value, what are the limitations? Chest 2017;151:908–16.
10. Wang L, Harrison J, Dranow E, Aliyev N, Khor L. Accuracy of ultrasound jugular venous pressure height in predicting central venous congestion. Ann Intern Med 2022;175: 344–51.



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

AKUT KALP YETERSİZLİĞİNDE DİÜRETİKLERLE BİRLİKTE HİPERTONİK SALİN KULLANIMI: SONUÇLARI İYİLEŞTİRİR Mİ?

Doç. Dr. İsmail BALOĞLU

Nefroloji Bilim Dalı, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, KONYA

Akut dekompanse kalp yetmezliği (ADKY), insidansı %1-2 arasında değişen ve yılda 1 milyonun üzerinde hastane yatış nedeni olan, ciddi morbidite ve mortaliteye sahip bir klinik sendromdur. ADKY’de hastaneye yatışa yol açan semptomların birincil nedeni sıvı yüklenmesi ile oluşan konjesyondur ve bu nedenle diüretik tedavisi ilk tedavi seçeneği olarak önerilmektedir. Bununla birlikte, düşük sistolik kan basıncı veya kardiyojenik şok özellikleri olan vakalarda inotropik ajanlar veya vazopresörler tercih edilebilir. ADKY’li hastaların bir kısmında, artan dozlarda loop diüretiklerine rağmen diüretik direnci ve ilerleyici kardiyorenal fonksiyon bozukluğu gelişir ve bu durum yüksek bir ölüm riskiyle ilişkilidir.

Geleneksel olarak, tuzun zararlı olduğunu ve aşırı sodyumun akut kalp yetmezliğini şiddetlendirebileceğini savunulmaktadır; ancak tuz alımının kısıtlanmasının sodyum avidite sinyalinin artmasına ve bunun sonucunda nörohormonal aktivasyona, antiüretik ve antinatriüretik sistemlerin aktivasyonuna yol açtığı farklı çalışmalarda gösterilmiştir. Natriüretik ajanlarla birlikte sodyum avidite sinyalini bozmak için ilave sodyum klorür kullanılması, sıvının intravasküler bölmeye mobilizasyonuna yol açarak diüretik direncinin kırılmasına böylece artmış bir diürete katkı sağlayabilir. Ayrıca diüretiklerle beraber hipertonsal (HSS) kullanılması, miyokardiyal kontraktilitenin artması, periferik vazodilatasyon, nöro-hormonal profile iyileşme ve renal kan akışının artması gibi ek faydalar sağladığı farklı çalışmalarda gösterilmiştir.

Bu konuda yapılan ilk çalışma 1999 yılında yapılmış olup, akut kalp yetmezliği ile başvuran hastalar serum sodyum değerlerine göre 150 ml hipertonsal solün (NaCl%1.4-4.6) beraberinde günde iki kez 250 mg IV furosemid ile tedavi edilmişler ve çalışma sonucunda bu karışımın hem güvenli hem de tolere edilebilir olduğu vurgulanmıştır. 2011’deki Paterna ve arkadaşlarının yaptığı SMAC-HF çalışması ise en geniş katılımcının dahil edildiği ve furosemid, orta derecede sodyum diyeti (120 mmol veya 2760 mg) ve HSS’yi tek başına furosemid ve düşük sodyum diyeti (80 mmol eşdeğeri veya 1840 mg) ile karşılaştıran tek merkezli, randomize, kör bir çalışmadır. HSS grubundakı kısa hastanede kalış süresi (3,5’e karşı 5,5 gün), daha düşük tekrar başvuru oranı (~%19’a karşı ~%34) ve kardiyovasküler mortalitede azalma (~%13’e karşı ~%24) elde edilmiştir. 2021 yılında, Adrian Covic ve arkadaşlarının yayınladığı 4 gözlemsel ve 10 randomize çalışmanın yayınlandığı metaanalizde ise HSS ile diüretik tedavisinin tek başına diüretik tedavisine göre idrar volümü ve natriürezisi daha belirgin arttırdığı, hastanede kalış süresini kısalttığı, yeniden başvuru ve kardiyovasküler mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir. Ayrıca HSS + furosemid kolunda serum kreatinin düzeylerinde daha fazla azalma görüldüğü ve renoprotektif etkinin daha iyi olduğu metaanaliz sonucunda belirtilmiştir.

Sonuç olarak, HSS ve diüretik kombinasyonu hastanede yatış süresinin kısalmasını, mortalitenin ve tekrarlayan başvuruların azalmasını ayrıca renal fonksiyonların daha iyi korunmasını sağlayan alternatif bir tedavi seçeneği olabilir.

KAYNAKLAR

1. S Paterna, G Parrinello, P Amato, et al. Tolerability and efficacy of high-dose furosemide and small-volume hypertonic saline solution in refractory congestive heart failure. *Adv Ther.* 1999 Sep-Oct;16(5):219-28.
2. Salvatore Paterna, Sergio Fasullo, Gaspare Parrinello, et al. Short-term effects of hypertonic saline solution in acute heart failure and long-term effects of a moderate sodium restriction in patients with compensated heart failure with New York Heart Association class III (Class C) (SMAC-HF Study). *Am J MedSci.* 2011 Jul;342(1):27-37.
3. Adrian Covic, Sidar Copur, Laura Tapoi, Baris Afsar, Carina Ureche, Dimitrie Siropol, Ionut Nistor, Mehmet Kanbay. Efficiency of Hypertonic Saline in the Management of Decompensated Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Studies. *Am J Cardiovasc Drugs.* 2021 May;21(3):331-347.



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

ULUSLARARASI KATILIMLI 13. GÜNCEL ÖBREK HASTALIKLARI VE 8. HİPERTANSİYON NEFROLOJİ DİYALİZ VE TRANSPLANTASYON KONGRESİ

Prof. Dr. Ayşe SİNANGİL

Demirođlu Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi /İstanbul Florence Nightingale Hastanesi, İstanbul

Konu Başlığı: Failing Graft: How Can We Manage?

Konu Özeti: Kidney allograft failure is one of the most common causes of end-stage kidney disease (ESKD), accounting for 25 to 30 percent of patients awaiting kidney transplantation. Similarly, over 20 percent of kidney transplantations go to patients who have failed one of more kidney allografts.

The most common cause of graft failure after the first year is chronic allograft nephropathy (CAN) . CAN is a histopathological description, rather than a specific disease entity, that refers to the features of chronic interstitial fibrosis and tubular atrophy within the kidney allograft. It has previously been called chronic rejection, transplant nephropathy, chronic allograft dysfunction, transplant glomerulopathy (TG), or chronic allograft injury

Risk factors – Multiple factors, both unalloantigen dependent (such as acute rejection and immunosuppressive agents, particularly calcineurin inhibitors [CNIs]) as well as alloantigen independent, appear to contribute to the pathogenesis of chronic graft dysfunction.

The prevention and management of CAN remain two of the major challenges facing transplant nephrologists. The time dependence of various risk factors suggest that different prevention and management strategies for CAN, based in part upon time posttransplantation, may be beneficial. In the first year, for example, attention may generally be directed at the prevention of rejection, and in subsequent years among stable patients, management may focus upon limiting exposure to CNIs. However, there is noeffective therapy available for established CAN, and all patients inevitably progress to end-stage kidney disease (ESKD).

Transplant failure often comes with complex management decisions, such as when and how to wean immunosuppression and start the transition to a second transplant or to dialysis. These decisions are made in the context of important concerns about competing risks, including sensitization and infection. Unfortunately, the management of the failed allograft is, at present, guided by relatively poor-quality data and, as a result, practice patterns are variable and suboptimal given that patients with failed allografts experience excess morbidity and mortality compared with their transplant-naive counterparts

KAYNAKLAR

1. Poggio ED, Augustine JJ, Arrigain S, et al. Long-term kidney transplant graft survival-Making progress when most needed. Am J Transplant 2021; 21:2824
2. Andrews PA, Standards Committee of the British Transplantation Society. Summary of the British Transplantation Society Guidelines for Management of the Failing Kidney Transplant. Transplantation 2014; 98:1130.
3. Lubetzky M, Tantisattamo E, Molnar MZ, et al. The failing kidney allograft: A review and recommendations for the care and management of a complex group of patients. Am J Transplant 2021; 21:2937.
4. Ghyselen L, Naesens M. Indications, risks and impact of failed allograft nephrectomy. Transplant Rev (Orlando) 2019; 33:48
5. E. D. Poggio, J J Augustine. Long-term kidney transplant graft survival-Making progress when most needed. Am J transplant 2021 Aug;21(8):2824-2832



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

BÖBREK NAKLİNDE KLASİK İMMÜNSUPRESYON VE FARKLI UYGULAMALAR

Prof. Dr. Tolga YILDIRIM

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Blim Dalı, Ankara

Böbrek nakli alıcılarında tüm dünyada yaygın olarak uygulanan klasik indüksiyon ve immünsupresif tedavi protokolü 2009 yılında yayınlanmış KDIGO'nun Böbrek Nakil Hastalarının Takibi kılavuzundaki önerilere dayanmaktadır. Bu kılavuzda böbrek nakil alıcılarında indüksiyon tedavisi rutin olarak önerilmekte olup düşük immünolojik riskli hastalarda IL-2 reseptör antagonisti, yüksek immünolojik riskli hastalarda ise lenfosit deplete edici bir ajanın kullanılmasının daha uygun olduğu belirtilmiştir. Yüksek immünolojik risk parametreleri olarak >1 HLA uyumsuzluğu, genç alıcı-yaşlı verici çifti, PRA ve DSA pozitifliği, kan grubu uyumsuz nakil, gecikmiş greft fonksiyonu riskinin fazla olması, 24 saatten uzun soğuk iskemi tarif edilmiştir. Rutin pratikte lenfosit deplete edici ajan olarak ATG, IL-2 reseptör blokörü olarak da basiliximab yaygın olarak tercih edilmiştir.

Bu kılavuzun yayınlanmasından sonra geçen yıllarda düşük immünolojik riskli hastalardaki indüksiyon konusunda bir miktar görüş değişikliği olmaya başlamıştır. Düşük immünolojik riskli hastalarda basiliximabın plaseboya üstün olduğunu gösteren çalışmalar genellikle kalsinörin inhibitörü olarak takrolimus yerine siklosporinin kullanıldığı, hastaların önemli bir kısmının mikofenolat mofetil kullanmadığı eski çalışmalardır. Günümüzde ideal idame tedavide kullanılan steroid, takrolimus, mikofenolat ilaçları altında yapılan bazı analizler akut rejeksiyonu azaltma noktasında basiliximabın plaseboya üstünlüğünün daha az belirgin olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum özellikle ilk defa nakil olacak ve HLA tam uyumlu canlı vericisi olan alıcılarda indüksiyonsuz nakili gündeme getirmiş vebu görüş giderek daha fazla kabul görmüştür.

Alternatif bir lenfosit deplete edici ajan olan ve bir hümanize anti-CD 52 antikoru olan alemtuzumabın indüksiyonda kullanımı bazı merkezlerde uygulanmaktadır. Her ne kadar erken dönem akut rejeksiyonu azaltmada diğer indüksiyon ajanlarından farklı olmasa da geç rejeksiyon riskinin daha fazla olması ve bazı çalışmalarda greft sağ kalımının daha kötü olduğunun gözlenmesi nedeniyle yaygın kullanım alanı bulamamıştır.

KDIGO kılavuzunda önerilen klasik idame immünsupresif tedavi steroid, takrolimus ve mikofenolattan oluşmaktadır. 2009 yılında kılavuzun yayınlanmasından sonra bu başlangıç tedavi rejimi tüm nakillerin %90'ından fazlasında uygulanır hale gelmiş ve siklosporin ile azatioprin gibi ilaçlar takrolimus ve mikofenolatın yan etki nedeniyle kullanılmadığı durumlarda kullanılmaya başlanmıştır. Azatioprin ayrıca mikofenolatın teratojen etkisi nedeniyle gebelik planlayan hastalarda da kullanılmaktadır.

mTOR inhibitörleri erken dönemde yara iyileşmesinde gecikme, artmış lenfosel riski, artmış gecikmiş greft disfonksiyonu riski nedeniyle tercih edilmemektedir. Buna karşın kalsinörin nefrotoksitesinde, takrolimus ve siklosporinin her ikisini de tolere edemeyen hastalarda, malignensisi olan hastalarda, BK nefropatisinde ve mikofenolat ilişkili diyarede alternatif ajan olarak kullanılabilirler.

İdame tedavideki bir diğer alternatif steroidsiz rejimlerdir. Steroidin iyi bilinen yan etkilerinden kaçınmak için ilk bir haftadan sonra steroidin kesilmesi bazı merkezlerce uygulanmaktadır. Bu durumda steroid yan etkilerinin bir kısmında azalma olmakla beraber artmış rejeksiyon riski de olduğu için bu uygulamaya karar verirken hastaların immünolojik riskleri göz önünde bulundurulmalıdır.

İdame tedavideki son alternatif de bir selektif T hücre kostimülasyon blokörü olan balatacepttir. IV uygulanan bu ilaçla daha iyi greft fonksiyonu sağlansa da artmış akut rejeksiyon riski ve özellikle EBV negatif alıcılarda artmış lenfoma riski vardır. İlacın çok yüksek maliyeti de göz önünde bulundurulduğunda sadece ilaç uyum sorunu olan ya da bir çok oral immünsupresife intoleransı olan hastalarda kullanılması uygun olabilir.

İDRAR ELEKTROLİTLERİ

Doç. Dr. Türker EMRE

Bursa Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, BURSA

Böbreklerden 180 litre/gün filtrata rağmen sadece birkaç litre idrar oluşur. İdrar özellikleri ve içerdiği elektrolitler hastalıklar hakkında önemli bilgiler içerir. Normal İdrar Dansitesi: 1.001 – 1.030, Normal İdrar Ozmolalitesi: 40 – 1200 mOsm/kg, Normal İdrar pH'sı: 4.5 – 8.0 arasında değişen açık sarı renkte steril bir sıvıdır. Bazı maddeler, kreatinin gibi, böbrekten hiç reabsorbe edilmeden atılırken glukoz gibi bir kısım maddeler ise tamamen reabsorbe edilip hiç idrara çıkmaz.(1)

Sodyum: Tamamı glomerüler filtrasyona uğrar. Yüzde 67 proksimal tubuldan, yüzde 25 henleden, yüzde 5 distal tubulden ve yüzde 3 kadar toplayıcı kanallardan reabsorbe edilir. Yüzde 0,4 kadar da idrarla atılır. Fazla tuz alımında tuz atılımı da artar.

İdrarda Sodyum Tayininin Yararlı olduğu Durumlardan Bazıları: 1- Diyetdeki tuz alımını kontrol etmek için, 2- Akut böbrek hasarının ayırıcı tanısında, 3-Hiponatreminin ayırıcı tanısında

100 mmol=meq Na⁺ = 2.3 gram Na⁺ a denk gelir. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2012 yılındaki çalışmasına göre, ülkemizde yaklaşık 14.82 gram tuz -5.82 gr sodyum içerir- alındığını ve yine 5.79 gr sodyum idrarla atıldığını tesbit etmiştir.

Akut böbrek hasarının ayırımı ve hiponatremi etyolojisinde de idrarda sodyum ve fraksiyone sodyum atılımından yararlanılmaktadır. (2)

Potasyum: Tamamı filtre olan potasyum, düşük k içerikli diette yüzde 80 proksimalden, yüzde 10 henleden, yüzde 2 distal tubulden ve yüzde 6 toplayıcı kanallardan reabsorbe edilip sadece yüzde 2 si atılırken; yüksek k içerikli beslenmede ise distal tubuldan aktif sekresyon yüzde 20-180 arasında değişkenlik gösterip atılımı yüzde 150 e kadar çıkmaktadır.

Klorür: İdrarda sodyum tayininin yararlı olduğu durumlarda, Metabolik alkalozun ayırıcı tanısında, Anyon açığı normal olan metabolik asidozun ayırıcı tanısında (idrarda anyon açığını hesaplayarak) idrarda klor düzeyine bakılmaktadır.

İdrarda Anyon Açığı (UAG): Sağlıklı bir kişide UAG negatiftir (0 ile – 50 arasında) olup UAG, NH₄⁺ atılımının dolaylı bir göstergesidir. UAG = ([Na⁺] + [K⁺]) – [Cl⁻] ; İdrarda ölçülmeyen temel katyon = NH₄⁺ olup İdrarda Cl⁻ > (Na⁺ + K⁺) → Yeterli NH₄⁺ atılımı var anlamına gelir.

KAYNAKLAR

1. Guyton and Hall: Textbook of Physiology, 12th Edition, 2011)
2. Johnson, Feehally, Floege: Comprehensive Clinical Nephrology, Fifth Edition, 2015

KRONİK BÖBREK HASTALIĞINDA ORAL ANTİDİYABETİK VE İNSÜLİN KULLANIMI

Doç. Dr. Zeynep BIYIK

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Konya

Hızla artan klinik çalışmalar, diyabet ve kronik böbrek hastalığı (KBH) alanında klinik yaklaşımımızı değiştirmiştir. Amerikan Diyabet Derneği (ADA) ve Böbrek Hastalığı: Küresel Sonuçların İyileştirilmesi (KDIGO), bu verileri değerlendirmek ve diyabet ve KBH olan yetişkinler için ortak bir kılavuzda fikir birliği yapmışlardır. Bu kılavuzda olmazsa olmaz olan yaşam tarzı değişikliği ile birlikte ilk sıra tedavi olarak uygun GFR'deki hastalarda metformin ve SGLT2 inhibitörlerinin kombinasyonu önerilmektedir. SGLT2'leri T2DM ve eGFR \geq 20ml/dk olan hastaların kapsamlı bakımının bir parçası olarak önerilmektedir. Çünkü bunların hem kronik böbrek hastalığı progresyonu, hem de kalp yetmezliği ve major kardiyovasküler hastalık riskini azalttığı kanıtlanmıştır. Benzer şekilde, metformin, GFR>30ml/dakika/1.73m olan Tip 2 DM hastalarının ilk basamak tedavisi için etkili, güvenli ve ucuz bir ilaçtır. Bu nedenle, metformin ve SGLT2i kombinasyonu, Tip 2 DM'li uygun hastalarda glisemik kontrolün temel tedavisidir. Glisemik hedeflere ulaşmak için gerektiğinde bu temel tedaviye ek glukoz düşürücü ilaçlar eklenebilir. Glikoz düşürücü ilaçların reçetelenmesi eGFR nedeniyle sınırlanabilir.

eGFR >30 ml/dk olan Tip 2 DM ve KBH'li çoğu hastada metforminin kullanılması tavsiye edilir. Ancak dikkatli hasta seçimi ve eGFR'ye dayalı olarak doz azaltılması tavsiye edilir. eGFR <60 ml/dk'ya düştüğünde her 3-6 ayda bir eGFR izlenmesi önerilmektedir. eGFR'si 30 ila 44 ml/dk arasında olan hastalarda metformin dozunun günlük 1000 mg'a düşürülmesi önerilir. eGFR'si 45-59 ml/dk olan hipoperfüzyon ve hipoksemi nedeniyle artmış laktik asidoz riskine sahip bir komorbiditeye sahip olan hastalarda da doz azaltımının düşünülmesi önerilir. eGFR <30 ml/dk olan hastalarda kontrendikedir.

SGLT2'leri eGFR \geq 20ml/dk başlanması, tolere edilirse böbrek ve kardiyovasküler faydaları nedeniyle diyalize kadar devam edilmesi önerilmektedir.

Metformin ve/veya SGLT2i ile kişiselleştirilmiş glisemik hedefini karşılayamayan veya bu ilaçları kullanamayan Tip 2 DM ve KBH hastaları için kanıtlanmış kardiyovasküler faydası olan bir glukagon benzeri peptid 1 (GLP-1) reseptör agonisti önerilmektedir. GLP-1RA genellikle tercih edilir, çünkü GFR 15ml/dk kadar düşük olduğunda bile güvenli ve etkili glukoz düşürücü ajanlardır. GFR <60ml/dk olduğunda bile aterosklerotik kardiyovasküler hastalık olay riskini azaltır, albuminüriyi düşürür ve GFR düşüşünü yavaşlatabilir. Gastrointestinal yan etkileri en aza indirmek için düşük dozda GLP-1 RA ile başlanması ve yavaş yavaş titre edilmesi önerilmektedir. GLP-1 RA, dipeptidil peptidaz-4 (DPP-4) inhibitörleri ile kombinasyon halinde kullanılmamalıdır. GLP-1 RA, obez Tip 2 DM ve KBH hastalarında kilo kaybını sağlamak için tercih edilebilir.

Daha sonraki basamakta ek glukoz düşürücü ajanlar hastaya spesifik olarak hipoglisemi riski, kilo üzerine etkisi, maliyet, kardiyak hastalık ve KBH progresyonu üzerine etkileri gözönüne alınarak seçilmelidir.

Seçilmiş dipeptidil peptidaz 4 inhibitörleri, eGFR <30 ml/dak ve diyalizde kullanılabilir ve GLP-1 reseptör agonistleriyle tedavi edilmeyen hastaların tedavisi için güvenli ve etkili bir seçenek sunar.

Tiazolidinedionlar, ilerlemiş KBH'de yaygın bir anormallik olan insülin duyarlılığını iyileştirir ve bu popülasyonda antihiperglisemik etkileri korur. Sıvı tutulması ve kalp yetmezliği, düşük eGFR'ye sahip hastalarda dikkat edilmesi gereken önemli yan etkilerdir ve yakın takip gerektirmektedir.

Hipoglisemiye neden olma eğilimi daha az olan ilaçlar kontrendike olduğunda, tolere edilmediğinde, veya yetersiz kaldığında glikozu kontrol etmek için insülin ve kısa etkili sülfonilüreler sıklıkla gereklidir. Hipoglisemi açısından dikkatli olunmalıdır.

Tip 1DM için insülin onaylanmış tek tedavi olmaya devam ediyor. Bireyselleştirilmiş glisemik hedeflere ulaşmak için dozlar titre edilir ancak insülin klerensinin azalması ve ilerlemiş KBH'de metabolizmadaki diğer değişiklikler nedeniyle KBH'nin erken evreleriyle karşılaştırıldığında insülin dozlarının azaltılması gerekir.

HASTANIN GENEL DURUMU İYİ, DÜŞÜK DOZ DİYALİZ Mİ YAPSAM?

Dr. Yavuz AYAR

Yeni kılavuz ve önerilerle birlikte renal replasman tedavisi planlanırken risk faktörü skorlaması da yapılmaktadır (Kidney Failure Replacement Therapy, KFRE). Sonuç 0-5 düşük, 5-15 orta, >15 yüksek risk [Yaş, cinsiyet, bölge, GFR (<60 ml/dak/m²), spot idrarda Albümin/kreatinin, Ca, P, HCO₃, albümin değerleri ile hesaplanır].

- Diyaliz dozu kandan uzaklaştırılan belirli bir toksik maddenin miktarını ifade eder.
- Üre ve kreatinin, diyaliz dozunun yeterliliğini ölçmek için kullanılan en yaygın belirteçlerdir.
- Diyaliz dozunu hesaplamada en sık kullanılan metod üre dağılım hacmini esas alan **Kt/V ve URR** (üre redüksiyon oranı) dir.
- K= Diyalizör üre klirensi (ml/dakika). t= Tedavi zamanı (dakika)
- V= Üre dağılım hacmi (ml) (**Hedef Kt/V > 1,2, hemodiyaliz için**)
- **URR%= (1- Ct/C₀) X 100 % (Hedef %65-70) (1)**

Diyaliz dozu hesaplanırken günümüzde en ideal yöntem Kt/V dir.

- $Kt/V = \ln(C_0 / C_t)$. C₀= Başlangıç üre. C_t= Son üre
- **Single-Pool Kt/V (spKt/V)**
- Kt/V'yi hesaplamak için en yaygın model, ürenin vücutta yalnızca bir bölmede (veya havuzda) yer aldığı varsayımına dayanmaktadır.
- Bu tek havuzlu Kt/V (spKt/V) fikri, ürede doğrusal bir düşüş ve diyalizden sonra kan ve doku bölmeleri arasında hemen bir denge oluşmasını öngörür.
- **spKt/V = -ln [(PostBUN/PreBUN)-(0.008×t/60)] + [4 - (3.5×PostBUN/PreBUN)]×[(PostWt -PreWt)/PostWt]**

Diyaliz dozu belirlenirken beslenme belirteçleri ve puanlama skorları kullanılır [albümin, pre-albümin, hemoglobin, kolesterol; vücut büyüklüğü, BMI, Malnütrisyon Enflamasyon Skoru (MIS), Subjektif Global Değerlendirme (SGA)].

- Yaşam beklentisi: yaş, komorbidite (Charlson Endeksi) ve diyaliz geçmişi
- Kinetik hedefler (Kt/V; n-PCR; kalsiyum-fosfat ve PTH kontrolü; beta-2 mikroglobulin düzeyleri)
- Teknik yönler: damar erişimi (fistül veya kateter, işlevsellik derecesi, bulunan sorunlar)
- Renal rezidüel fonksiyon, kilo alımı (2)

Diyaliz toleransı (intradiyaliz hipotansiyon, diyaliz sonrası yorgunluk ve diyalizin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin subjektif değerlendirilmesi)

- Diyalize bağlı faktörler
- Diyaliz sıklığı
- Diyaliz süresi
- Diyaliz yöntemi (hemodiyaliz (HD) veya hemodiyafiltrasyon (HDF))
- Membran tipi (geçirgenlik; yüzey)
- Kan ve diyalizat akışı (HDF'de: pre ve post dilüsyon)
- Antikoagülasyon (3-5)



13. Uluslararası Katılımlı Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

İdame diyaliz tedavisinde mortalite ve morbiditeyi etkileyen iki önemli faktör vardır:

Diyaliz dozu

1. Toksik maddelerin uzaklaştırılması
2. Volüm kontrolü ve toksinlerin uzaklaştırılması kardiyovasküler mortalite ve morbiditeden koruyor.
3. Renal rezidüel volümün (RRV) korunması mortaliteden koruyor

Yüksek doz diyaliz ile sağkalım ilişkisi arasında çelişkili sonuçlar mevcuttu (6).

Yetersiz diyaliz, malnütrisyon ve daha yüksek derecede inflamasyonla ilişkili. İdame HD dozunun \uparrow \rightarrow Serum albümin ve hemoglobin seviyelerinde düzelme

Beslenme durumu, serum albümin düzeyi mortaliteyle güçlü bir şekilde ilişkili (7-10).

Düşük doz diyaliz \rightarrow Üremik toksinler \uparrow , eritrosit üretimi baskılanmakta ve eritropoezi uyarıcı ajanlara yanıt \downarrow (11). spKt/V, sol ventriküler kitle indeksi ve sol ventriküler hipertrofisi için bağımsız bir risk faktörü olarak negatif korelasyon göstermektedir. spKt/V \uparrow volüm yükünün, aneminin ve hipertansiyonun kontrol edilmesiyle ilişkili (12). spKt/V \uparrow üremik kardiyomiyopati ve endotel disfonksiyonuna neden olabilen asimetrik dimetilarginin gibi düşük molekül ağırlıklı üremik toksinleri daha iyi uzaklaştırır (13).

“Klinik olarak, tedavisi yeterli bir diyaliz hastası, fiziksel olarak aktif, iyi beslenmiş, övolemik ve normotansif olup, iyi bir yaşam kalitesine sahiptir ve sağlıklı hastalarından daha düşük olmayan bir yaşam beklentisine sahiptir”.

Netherlands Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis (NECOSAD) çalışması, prospektif, çok merkezli, kohort 740 HD hastası ortalama 1,7 yıllık takip süresi boyunca RRV ile hasta sağkalımı ilişkisi değerlendirilmiştir. Renal üre standard Kt/V de haftalık her 1,0 \uparrow , mortalite %56 daha \downarrow (RR 0,44; %95 GA, 0,30–0,65, $p < 0,0001$) (14).

CHOICE çalışması prospektif, çok merkezli, kohort, 1 yıl boyunca 734 HD incelenmiş. RRV, hastanın bildirdiği günlük en az 250 mL idrar çıkışı (UO) olarak tanımlandı. Tüm nedenlere bağlı mortalite RRV olanlarda %30 \downarrow (HR 0,7, CI 0,52–0,93, $P = 0,02$) (15).

İngiltere kayıt sistemine göre eKt/V'yi, diyaliz dozunun klinik açıdan en geçerli ölçümü olarak öneriyoruz ve merkeze bağlı diyaliz hastaları için diyaliz dozunun aylık olarak izlenmesini öneriyoruz [1B]. Rezidüel fonksiyona ölçülen bir katkı olmadığında, haftada üç kez hastalar için olarak minimum eKt/V 1,2'ye ulaşacak diyaliz dozunun hedeflenmesini öneriyoruz [1B]. Minimal rezidüel fonksiyonu olan hastaların çoğunluğu için haftada üç kez, haftada en az 12 saat hemodiyaliz tedavisi öneriyoruz [1B]. Gerektiğinde sıvı alımı değerlendirilerek, hedef kuru ağırlığa aşamalı olarak ulaşmak için artırılmış bir program kullanarak aşırı ultrafiltrasyon oranlarından kaçınılmasını öneriyoruz [1B] (16).

- HEMO çalışması, 15 klinik, 72 diyaliz merkezi, 1846 hasta, 4.48 yıl randomize-kontrollü
- Birincil sonlanım herhangi bir nedene bağlı ölüm
- İkincil sonlanım kardiyak, enfeksiyon, albümin düşüşü $> \%15$ e bağlı hastaneye yatış veya herhangi bir nedene bağlı ölüm değerlendirilmiştir. Her iki grup arasında fark görülmemiş (17).
- ABD, 580 diyaliz merkezi, 68.110 hasta, retrospektif çalışma.
- 3 ay hemodiyaliz tedavisi, 2,5-5 saat, haftada 3 gün, > 18 yaş, < 99 yaş, yaklaşık 4 yıl
- Bazal ve zaman ortalamalı spKt/V, marjinal structural model (MSM) kullanılmış (zaman içerikli değil, ağırlık içerikli Kt/V). Yüksek HD dozu, spKt/V 1.8- <2.0 'a kadar daha yüksek sağkalım ile ilişkili
- spKt/V ≥ 2 de sağkalım avantajı gözlenmedi (18).

Kore registry, 2001-2017, >18 yaş, 18.242 hasta, haftada 2 veya 3 diyaliz tedavisi alan, ortalama takip 5.2 yıl.

spKt/V (<1 , 1-1,2, 1,2-1,4, 1,4-1,6, 1,6-1,8, $>1,8$, 6 grup) ve BMI (<20 , 20-23, >23 kg/m², 3 grup)

Tüm nedenlere bağlı ölüm değerlendirilmiş. BMI ve spKt/V eş zamanlı olarak ele alındığında, düşük BMI herhangi bir spKt/V olan hastalarda normal BMI ve hedef aralık dahilinde spKt/V olan hastalarla karşılaştırıldığında daha yüksek mortalite oranı görülmüş (19).

- Çin, çift-kör, prospektif kohort
- 18 yaş, ≥ 12 hafta stabil HD hastası, 5 yıl
- Haftada 3 gün 4 saat HD, spKt/V ye göre hastalar 3 gruba ayrılmış ($<1,2$, $1,2-1,4$, $>1,4$)
- Tüm nedenlere bağlı ölüm incelenmiş. Yüksek HD dozu, spKt/V $1.8-2.0$ 'a kadar daha yüksek sağkalım ile ilişkili. spKt/V ≥ 2 de sağkalım avantajı gözlenmedi (20).
- ABD, Kanada, Fransa retrospektif kohort (2001-2010, 3 ay-9 yıl), >90 gün HD, 575 geleneksel HD, 318 günlük HD (ortalama 5.8 seans).
- Seans süresi <5 saat, geleneksel HD 11.9 saat/hafta, günlük HD 15.7 saat/hafta
- Tüm nedenlere bağlı ölüm sonlanım değerlendirilmiş. Yüksek HD dozu, spKt/V $1.8-2.0$ 'a kadar daha yüksek sağkalım ile ilişkili. spKt/V ≥ 2 de sağkalım avantajı gözlenmedi (21).

ABD, Kanada, Fransa retrospektif kohort 338 yoğun HD (ev), 1388 geleneksel HD (> 18 yaş < 80 yaş). Yoğun HD grubu ortalama $4,8 \pm 1,1$ /hafta seans ve seans başına ortalama $7,4 \pm 0,87$ saat tedavi süresi, geleneksel HD, seans başına ortalama $3,9 \pm 0,32$ saat tedavi süresi, haftada üç seans tedavi aldı.

Toplam takip süresi 3008 hasta-yıl, tüm nedenlere bağlı ölüm araştırılmış. Yoğun HD alan 338 hastanın 45'i (%13), geleneksel HD alan 1388 hastanın 293'ü (%21) öldü [6,1'e karşılık 10,5 ölüm 100 kişi yıl; HR, 0,55 (%95 güven aralığı, 0,34-0,87)] (22).

Ülkemiz (HDF çalışma grubu) 782 hasta, 10 diyaliz merkezi, randomize-kontrollü, prospektif çalışma

En az 24 ay takip, tüm nedenlere bağlı mortalite ve ölümcül olmayan kardiyovasküler olaylar, stroke birleşimi primer sonlanım, ikincil sonlanım kardiyovasküler ölüm, intradiyaliz hipotansiyon, metabolik parametrelerde değişiklik (kilo, ESA, hematokrit vb) hastaneye yatış vb. Hemodiafiltrasyon (HDF) makinesine takılan ultrafiltreler, 100 tedaviden veya 12 haftalık kullanımdan sonra (hangisi önce gelirse) değiştirildi.

OL-HDF modunda filtrasyon oranları, elde edilen kan akış hızının %25 ila %30'u arasında olacak şekilde ayarlandı ve ikame hacminin seans başına 15 L'nin üzerinde olması hedeflendi. Birincil sonlanım iki grupta benzer (OL-HDF'de %77,6'ya high-flux %74,8, $p=0,28$).

Seans başına ortalama ikame hacmi $>17,4$ L (yüksek etkinlikli OL-HDF, $n = 195$) ile tedavi edilen alt grupta, high flux a göre daha iyi KV ($p = 0,002$) ve genel sağkalım ($p = 0,03$).

Cox-regresyon analizinde, yüksek etkinlikli OL-HDF ile tedavide genel mortalitede %46 risk azalması [RR = 0,54 [%95 güven aralığı (%95 GA) 0,31-0,93], $p = 0,02$] ve KV mortalitede %71 risk azalması [RR = 0,29 (%95 GA) 0,12-0,65], $p = 0,003$] (23).

Sonuç olarak; hemodiyaliz dozuna, yeterliliğine karar verirken Kt/V (spKt/V) en önemli parametredir.

Beslenme, metabolik parametreler, kilo kontrolü, genel vücut sıvı kompozisyonu (volüm), BMI, RRV, komorbit hastalıklar diyaliz kararını vermekte belirleyici faktörlerdir. Diyaliz toleransı (hipotansiyon, halsizlik vb), yaşam kalitesi mutlaka gözden geçirilmeli.

KAYNAKLAR

1. Gotch F et al. National Cooperative Dialysis Study (NCDS). Kidney Int. 1985;28(3):526-34.
2. Piccoli GB et al. J. Clin. Med. 2018, 7, 331.
3. Chung S.H et al. Nephrol. Dial. Transplant. 2003, 18, 590-597.



13. Uluslararası Katılımlı Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

4. Rhee H et al. *Kidney Res. Clin. Pract.* 2014,33, 58–64.
5. Hecking M. *Am. J. Nephrol.* 2013, 38, 78–90.
6. Lara-Prado JI et al. *Toxins* 2021, 13, 551.
7. Schulman G. *Semin. Dial.* 2004,17(6): 479–88.
8. Valga, F et al. 2021, *Nefrologia*. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2021.06.001>
9. Azar A et al. *Am. J. Nephrol.* 2007, 27(2):113–9.
10. de Mutsert R et al. *J Ren Nutr.* 2009;19(2):127-35.
11. Zhang M. et al. *Am. J. Nephrol.* 2014, 40(2): 140–50.
12. Cao X. et al. *Ren. Fail.* 2011, 33(3):269–75.
13. Zoccali, C. et al. *Kidney Int.* 2002,62(1): 339–45.
14. Termorshuizen F et al. *J Am Soc Nephrol* 2004,15: 1061–70.
15. Shafi T et al. *Am J Kidney Dis.* 2010; 56(2): 348–58.
16. Ashby D et al. *BMC Nephrology* (2019) 20:379.
17. Eknoyan G et al. *N Engl J Med*, 2010,347 (25):2010-9.
18. Lertdumrongluk P et al. *Am J Nephrol* 2014;39:383–91.
19. Hong and Lee *BMC Nephrology* 2019, 20:382.
20. Liu SX et al. *Scientific Reports* 2022, 12:13708.
21. RS Suri et al. *Kidney International* 2013, 83, 300–7.
22. Nesrallah GE et al. *J Am Soc Nephrol* 2012, 23: 696–705.
23. Ok E et al. *Nephrol Dial Transplant* 2013,28:192–202.



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

HEMODİYALİZ HASTALARINDA MALNÜTRİSYONU NASIL ENGELLERİM, NASIL DÜZELTİRİM?

Doç. Dr. Süleyman KARAKÖSE

S.B.Ü Konya Şehir Hastanesi

Hemodiyaliz (HD) hastalarında malnütrisyonun önlenmesi ve tedavisi arasında bir sınır belirlemek zordur ve muhtemelen klinik olarak avantajlı değildir. HD hastalarına yönelik beslenme yaklaşımı doğası gereği dinamik olmalı ve her bir hastanın diyalitik geçmişi boyunca değişen metabolik ve beslenme gereksinimlerine sürekli olarak uyulanmalıdır.

Beslenme taraması, diyet danışmanlığı ve diyalitik yeterliliğin malnütrisyonun önlenmesinde kritik bir rolü olmasına rağmen, farmakolojik müdahale, asidozun düzeltilmesi, oral beslenme destek uygulaması gibi diğer önlemler hem önlemede hem de düzeltmede etkili olabilir. Ancak HD hastalarının beslenme riski konusunda hekimlerin farkındalığının artırılması, beslenme durumunda bozulmanın başlamasını önlemede hala en değerli araç gibi görünmektedir.

Yeterli bir beslenme programı, ancak optimal diyaliz dozu belirlendiğinde, muhtemelen mevcut katabolik uyarılar etkisiz hale getirildiğinde ve iştahı azaltan ilaçlardan kaçınıldığında beslenme durumunda iyileşmeye yol açabilir. İdame HD tedavisine başlanmasının, yalnızca yaşam kalitesini değil aynı zamanda beslenme durumunu da iyileştirdiği rapor edilmiştir (). Ancak HD tedavisinin ilk yılında beslenme durumundaki iyileşmenin esas olarak vücut yağ kütlesinde ki artıştan kaynaklandığı gösterilmiştir ().

Yeterli diyaliz (kt/v:1.2) sağlandıktan sonra HD Dozu arttırmak veya yüksek akışlı diyaliz kullanmak beslenme durumunu iyileştirmiyor gibi görünmektedir (). Rocco ve arkadaşları () standart ve yüksek dozda diyaliz ile low flux ve high flux diyalizin etkinliğini değerlendiren çok merkezli, prospektif, randomize, 2x2 faktörlü bir klinik çalışma sonucu araştırmacılar ne ortalama serum albümin düzeylerinin ne de ortalama diyaliz sonrası ağırlığın her iki çalışma müdahalesinden de önemli ölçüde etkilenmediğini bildirmişlerdir.

Günlük HD veya haftada 6 HD seansı yoluyla diyaliz seanslarının sayısının artırılmasının, iştahı ve yiyecek alımını iyileştirdiği gösterilmiştir (.) Bunun nedeni muhtemelen genel bir iyilik hissidir; artan fiziksel aktivite, daha az diyet kısıtlaması; fosfat, potasyum bağlayıcılar ve antihipertansif ilaçlar gibi ilaçların dozunun azaltılması sonucu vücut kompozisyonu ve beslenme durumunun daha iyi olmasına neden olduğu bildirilmiştir. Ayrıca günlük HD'nin potansiyel anoreksik faktörlerin temizlenmesini arttırdığı öne sürülmüştür (.) Üstelik günlük ve gece HD'nin serum albümin düzeylerini önemli ölçüde artırdığı görülmektedir (.) Galland ve ark. () standart haftalık 3 kez 4 saatlik HD den günlük 2 saatlik HD'ye geçiş yapılarak 1 yıl boyunca izlenen hastalarda protein ve enerji alımını ve iyilik hissini artırdığını ve iştahı azalttığı bilinen ilaçlardan olan sodyum polistiren sülfonat ve fosfat bağlayıcıların kullanımının azaldığını göstermişlerdir .

Hemodiyalizasyonun beslenme durumunu iyileştirdiği veya beslenme durumunun bozulmasını önlediği iddia edilmiştir ancak inflamatuvar yanıt, serum albümin ve kolesterol düzeylerini uzun vadede iyileştirmede veya inflamatuvar parametrelerin düzeylerini azaltmada başarısız olmuştur ().

Beslenme durumunun belirlemek için kapsamlı bir beslenme, diyet ve iştah değerlendirmesinin yanı sıra kendi kendine beslenme, gıdaya erişim, gastrointestinal rahatsızlık ve nihayetinde aktif psikolojik, gıda alımını etkileyebilecek sosyal, tıbbi veya ilaçla ilgili sorunlar araştırılmalıdır (.) Azalan veya sağlıklı besin alımını düzeltmek için bir beslenme uzmanı tarafından gerçekleştirilen diyet danışmanlığı faydalı olacaktır. Stabil HD hastalarında serum albümin seviyelerindeki değişim oranının, yoğun beslenme danışmanlığı alan hastalarda, oral takviye uygulananlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu gösterilmiştir ().

HD hastaları için özel olarak tasarlanmış oral besin takviyeleri mevcuttur. Takviyeler katı gıda, toz veya sıvı formülasyonlar halindedir. İdame diyaliz hastalarında oral protein bazlı besin takviyelerini inceleyen 22 randomize çalışmayı içeren bir review da oral takviyenin özellikle hemodiyaliz hastalarında ve yetersiz beslenen hastalarda muhtemelen serum albümini ve serum prealbümini ve orta kol kas çevresini artırabileceği sonucuna varmıştır (). Yeterli düzeyde bir oral alıma ulaşamıyorsa, gece nazoenteral beslenme tüpü ile beslenme denenebilir veya oral alım tolere edilemiyorsa total parenteral beslenme (TPN) uygulanabilir (). Bununla birlikte, üç ay boyunca oral takviyeye rağmen kilo vermeye devam eden veya serum albümini çok düşük (<3,2 g/dL) olan hastalar için, hastanın reçete edilen kalori alımının en az yüzde 50'sini tüketebilmesi koşuluyla intradiyalitik parenteral nutrisyon (IDPN) önerilmektedir ()



13. Uluslararası Katılımlı Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

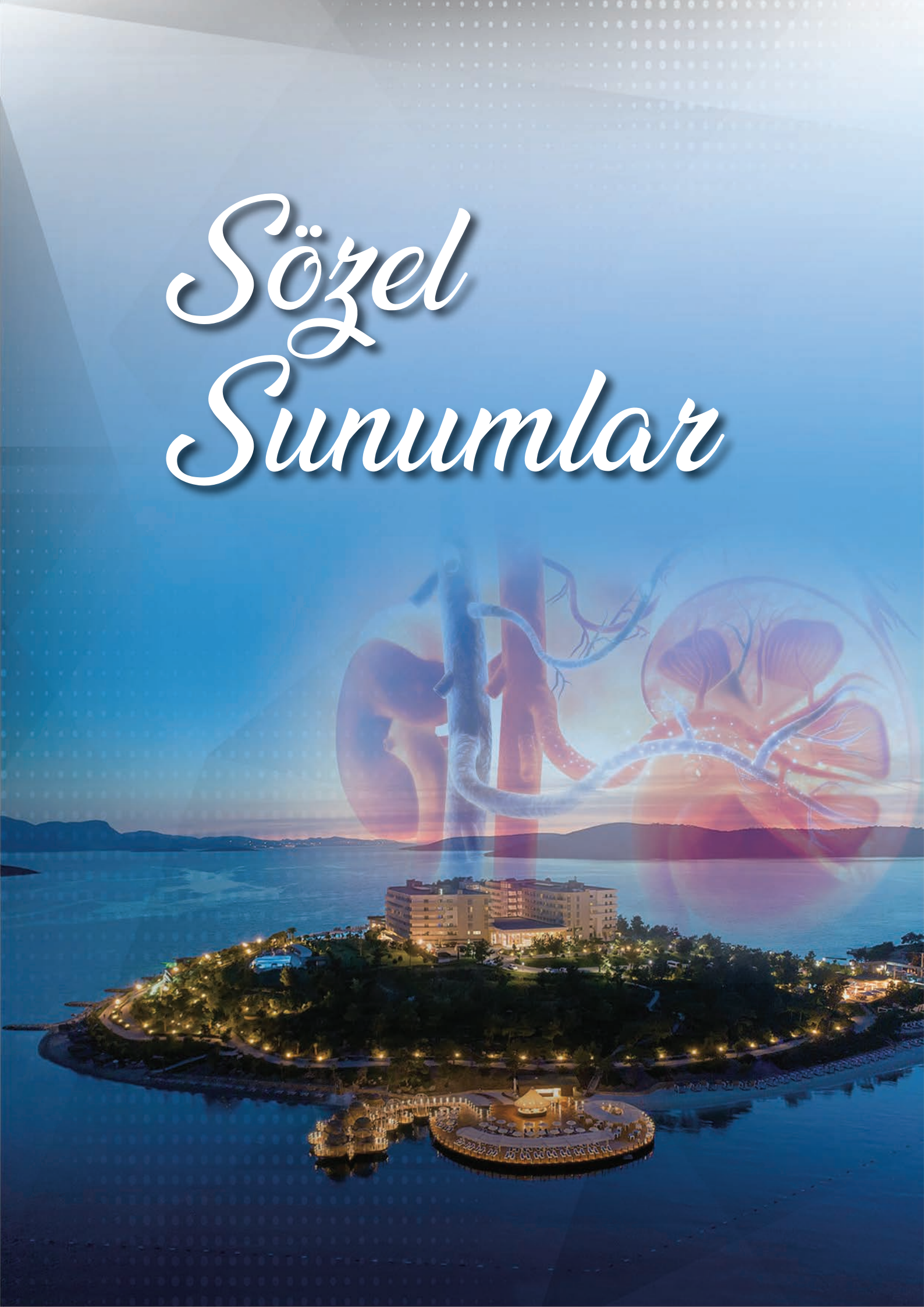
La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

KAYNAKLAR

1. Locatelli F, Fouque D, Heimbürger O, et al: Nutritional status in dialysis patients: A European consensus. *Nephrol Dial Transplant* 17:563-572, 2002
2. Ishimura E, Okuno S, Kim M, et al: Increasing body fat mass in the first year of hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 12:1921-1926, 2001
3. Moncrief JW. The birth and development of continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Contrib Nephrol.* 2017;189:85–90.
4. Rocco MV, Dwyer JT, Larive B, et al, for the HEMO Study Group: The effect of dialysis dose and membrane flux on nutritional parameters in hemodialysis patients: Results of the HEMO Study. *Kidney Int* 65:2321-2334, 2004
5. Woods JD, Port FK, Orzol S, et al: Clinical and biochemical correlates of starting daily hemodialysis. *Kidney Int* 55:2467-2476, 1999
6. Spanner E, Suri R, Heidenheim AP, Lindsay RM: The impact of quotidian hemodialysis on nutrition. *Am J Kidney Dis* 42:S30-S35, 2003
7. Galland R, Traeger J, Arkouche W, Cleaud C, Delawari D, Fouque D: Short daily hemodialysis rapidly improves nutritional status in hemodialysis patients. *Kidney Int* 60:1555-1560, 2001
8. Galland R, Traeger J, Arkouche W, Delawari E, Fouque D: Short daily hemodialysis and nutritional status. *Am J Kidney Dis* 37:S95-S98, 2001
9. Spanner E, Suri R, Heidenheim AP, Lindsay RM: The impact of quotidian hemodialysis on nutrition. *Am J Kidney Dis* 42:S30-S35, 2003
10. Blagg CR: Quotidian Dialysis: The London, Ontario Experience. *Am J Kidney Dis* 42:S1-S2, 2003
11. Galland R, Traeger J, Arkouche W, Cleaud C, Delawari D, Fouque D: Short daily hemodialysis rapidly improves nutritional status in hemodialysis patients. *Kidney Int* 60:1555-1560, 2001
12. Bossola M, Muscaritoli M, Panocchia N, et al: Switch from bicarbonate hemodialysis to hemodiafiltration with online regeneration of the ultrafiltrate (HFR): Effect on nutritional and inflammatory status. *Artif Organs* 29:259-263, 2005
13. Pupim LB, Ikizler TA: Uremic malnutrition: New insights into an old problem. *Semin Dial* 16:224-232, 2003
14. Locatelli F, Fouque D, Heimbürger O, et al: Nutritional status in dialysis patients: A European consensus. *Nephrol Dial Transplant* 17:563-572, 2002
15. Akpele L, Bailey JL: Nutrition counseling impacts serum albumin levels. *J Ren Nutr* 14:143-148, 2004
16. Oral protein-based supplements versus placebo or no treatment for people with chronic kidney disease requiring dialysis *Cochrane database Syst Rev* (2020)
17. AU: Wolfson M; SO Use of intradialytic parenteral nutrition in hemodialysis patients.: *Am J Kidney Dis.* 1994;23(6):856.
18. Up to date. Pathogenesis and treatment of malnutrition in patients on maintenance hemodialysis

Sözel Sunumlar





13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

SS-01

PLAZMAFEREZ TEDAVİSİ UYGULANAN HIZLI İLERLEYEN GLOMERÜLONEFRİT HASTALARINDA RENAL VE HASTA SAĞKALIM SONUÇLARI

Aydan Mütiş Alan¹, Selina Manan², Mevlüt Tamer Dinçer¹, Cem Ar³, Nurhan Seyahi¹, Sinan Trabulus¹

¹İstanbul Üniversitesi -Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı Nefroloji Bilim dalı

²İstanbul Üniversitesi -Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı

³İstanbul Üniversitesi -Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı Hematoloji Bilim dalı

Giriş: Hızlı ilerleyen glomerülonefrit (RPGN), haftalar içinde böbrek fonksiyon kaybıyla karakterize bir glomerülonefrit şeklidir. Altta yatan çeşitli nedenler RPGN'yi tetikleyebilmesine rağmen, patolojik mekanizma, kresent oluşumuna yol açan podosit ve epitelial aktivasyondur. Genel prognoz, altta yatan neden, başvuru anındaki kreatinin düzeyleri, glomerül tutulum yüzdesi ve tedavinin gecikmesi gibi birçok faktöre bağlıdır. Plazmaferez uygulanmış RPGN vakalarının klinik ve laboratuvar bulgularını, renal ve hasta sağkalımını incelemeyi amaçladık.

Metod: 2015-2024 yılları arasında plazmaferez tedavisi uygulanmış 30 RPGN vakasının demografik, klinik ve laboratuvar bulguları, tedavileri, hemodiyaliz ve plazmaferez özellikleri hasta dosyalarından kaydedildi.

Bulgular: Medyan tanı yaşı 48.5 (min 24-max 84)'di. Hastaların %36 'sı kadındı. Hemoptizi (%46) en sık başvuru semptomuydu. ANCA ilişkili vaskülit (%66) en sık etyolojik sebepti (Tablo-1). Hastaların %76'sına siklofosfomide ve %36 'sına ise rituximab tedavisi uygulandı. Medyan uygulanan plazmaferez sayısı 6 (min 2-max 14) idi. Tedavi sonrası %43 hastanın GFR'si 15 ml/dk/1,73m²'nin üstündeydi. %28 hasta renal replasman tedavisi ile eksterne edildi. Medyan takip süresi 96 haftaydı (min 5-max 522). Takip sürecinde %33 hasta öldü. 5 hasta (%16) kalıcı hemodiyaliz ve 1(%4) hasta periton diyaliz tedavisi uygulanmaktadır. İki hastaya (%7) ise böbrek transplantasyonu yapıldı. RPGN alt tipleri arasında renal sağkalım durumu açısından ANCA ilişkili vaskülit ve Anti GBM hastalığı arasında istatistiksel anlamlılığa yakın bir fark bulundu (p:0.054).

Tartışma: Verilerimiz genel olarak literatürle uyumludur. Çalışmamızda Türkiye verilerine uygun olarak ANCA ilişkili vaskülit, en sık RPGN sebebidir. Klinik sonuçlar kresentik GN tipine göre farklılık göstermemektedir. Bu durum vaka sayısının az olması ile ilişkili olabilir. Daha geniş çapta çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: RPGN, BÖBREK SAĞKALIM, KRONİK BÖBREK HASTALIĞI, VASKÜLİT

Tablo 1. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar bulguları

| | | n (%) |
|---|---|---------------------------|
| Yaş (median) | | 48,5 (min 24-max 84) |
| Cinsiyet | Kadın | 11 (36) |
| | Erkek | 19 (64) |
| VKİ (kg/m ²) (median) | | 25,2 (min 19,4-max 37,18) |
| Baseline kreatinin (mg/dl) (median) | | 0,9 (min 0,7-max 1,25) |
| Başvuru şikayeti | Hemoptizi | 14 (46) |
| | Dyspnea | 8 (26) |
| | Ateş | 2 (6) |
| | Oligüri /anüri | 3 (10) |
| | Döküntü | 4 (13) |
| | Hematuri | 2 (6) |
| | Gis semptomları (karın ağrısı/ishal) | 2 (6) |
| | Artralji/artrit | 2 (6) |
| | Ödem | 1 (3) |
| Sistolik kan basıncı (mmHg) (median) | | 146 (min 100-max 170) |
| Diyastolik kan basıncı (mmHg) (median) | | 86,5 (min 66-max 101) |
| Ortalama arteriyel basınç (mmHg) (median) | | 106,6 (min 80-max 123,3) |
| Başvuru ÜRE (mg/dl) (median) | | 148 (min 53- max 370) |
| Başvuru kreatinin (mg/dl) (median) | | 5,2 (min 1,9-max 10,7) |
| Başvuru eGRF (ml/dk/1,73m ²) (median) | | 11,05 (min 3,6-max 40,9) |
| Başvuru hemoglobulin (g/dl) (median) | | 8,6 (min 5,2-max 12,5) |
| Sedimentasyon (mm/h) (median) | | 76 (min 31-max 140) |
| CRP (mg/l) | | 70,9 (min 1-max 354) |
| Proteinüri (mg/gün) (median) | | 2372,5 (min 473-max 1095) |
| Primer RPGN tipi | ANCA ilişkili vaskulit | 20 (66) |
| | Anti-GBM hastalık | 5 (16) |
| | Kryoglobulinemi | 2 (6) |
| | Lupus nefrit | 1 (4) |
| | ANCA negatif vaskulit | 1 (4) |
| | IgA Nefropati | 1 (4) |

SS-02

NEFROLOJİ KLİNİĞİNDE NATİV BÖBREK BİYOPSİSİ YAPILAN HASTALARIN ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Aylin Merve Yapıcı Gülçiçek¹, Gülay Ulusal Okyay², Ebru Gök Oğuz², Kadir Gökhan Atılğan², Tamer Selen³, Arzu Sağlam⁴, Onur Ergun⁵, Ebru Şebnem Ayva⁶, Sadık Ahmet Uyanık⁷, Merve Şanlıer², Fatma Ayerden Ebinç², Mehmet Deniz Aylı²

¹Etilik Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, ANKARA

²Etilik Şehir Hastanesi Nefroloji Kliniği, ANKARA

³Atatürk Devlet Hastanesi Nefroloji Kliniği, DÜZCE

⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim Dalı, ANKARA

⁵Üsküdar Üniversitesi Radyoloji Ana Bilim Dalı, İSTANBUL

⁶Etilik Şehir Hastanesi Patoloji Kliniği, ANKARA

⁷Etilik Şehir Hastanesi Girişimsel Radyoloji Kliniği, ANKARA

AMAÇ: Bu çalışmada, nativ böbrek biyopsi yapılan hastalarımızın genel özellikleri değerlendirilmiştir.

MATERYEL VE METOD: 1 Ocak 2013 - 1 Ağustos 2023 tarihleri arasında nativ böbrek biyopsisi yapılmış 462 erişkin hastanın dosyaları geriye dönük incelenerek veri tabanı oluşturulmuştur.

BULGULAR: Grubun yaş ortalaması 45.11 ± 14.42 idi (283 (% 61.3) erkek). Arteriyel hipertansiyon (n = 245, % 53) ve diabetes mellitus (n = 88, % 19) en sık komorbiditelerdi. Biyopsi anı kreatinin: kadınlarda 1.19 (0.74 – 2.26), erkeklerde: 1.51 (1.04 – 2.70) mg/dL idi. 436 (% 94.4) hastada proteinüri, 264 (% 57.1) hastada hematüri, 131 (% 28.4) hastada piyüri vardı. En sık biyopsi endikasyonu (n = 170, % 36.8) nefritik sendromdu. Biyopsilerin 297 (% 64.3)'sini nefrologlar, 165 (% 35.7)'ini radyologlar gerçekleştirmişti. 20 (% 4.3) vakada işlem ilişkili komplikasyon gelişmişti. 17 (% 3.7) hastaya spesifik bir tanı konulamazken, 445 (% 96.3) hastada renal histopatoloji tanımlandı. 400 (% 86.6) preparatta en az bir glomerüler patoloji saptandı. Bu grup içinde ve tüm hastalarda en sık histopatolojik tanı IgA nefropatisi (n = 109, % 23.6) idi. 103 (% 22.3) preparatta tübulointerstisyel, 37 (% 8) preparatta vasküler patoloji raporlandı. 9 (% 1.9) biyopsi preparatında geri döndürülemeyen parankimal zedelenme bulguları tanımlanmadı.

SONUÇ: Böbrek biyopsisi ile saptanan histopatolojik tanıların sıklıkları ve sıralamaları yıllar içinde değişebilir. Bu çalışmada saptanan en sık histopatoloji IgA nefropatisi olmuştur. Çalışmamız, biyopsi endikasyonları, biyopsi zamanında bakılan kan tetkikleri, biyopsi ile alınan glomerül sayısı, biyopsiyi yapan hekimin uzmanlık alanı, biyopsi komplikasyonları ve histopatolojik tanımlar gibi pek çok veri grubuna ait sonucun bir arada sunulduğu ilk çalışmadır.

Anahtar Kelimeler: Renal biyopsi endikasyonları, renal histopatoloji, glomerülofritler

Tablo -1

| | | n = 462 |
|----|------------------------------------|------------|
| 1- | Glomerüler patolojiler | 400 (86.6) |
| | • Ig A nefropati | 109 (23.6) |
| | • Fokal segmental glomerüloskleroz | 100 (21.6) |
| | • Membranöz glomerülofrit | 58 (12.6) |

| | |
|---|----------|
| • Pauci - immün glomerülonefritler (ANCA - ilişkili glomerülonefritler) | 39 (8.4) |
| • AA - amiloidoz | 31 (6.7) |
| • Diyabetik nefropati | 27 (5.8) |
| • Lupus nefriti | 20 (4.3) |
| • Minimal değişiklik hastalığı | 19 (4.1) |
| • Akut post-enfeksiyöz glomerülonefrit | 13 (2.8) |
| • C3 - glomerülopati | 7 (1.5) |
| • Anti - GBM hastalığı | 5 (1.1) |
| • IgM nefropati | 5 (1.1) |
| • Hafif zincir (kappa/ lambda) depolanma hastalıkları | 4 (0.9) |
| • Membranoproliferatif glomerulonefrit | 4 (0.9) |
| • İnce bazal membran hastalığı / loin pain hematüri sendromu | 3 (0.2) |
| • Dense – deposit hastalığı | 2 (0.4) |
| • İdiyopatik nodüler glomerüloskleroz | 2 (0.4) |
| • Fibriller glomerülonefrit | 1 (0.2) |
| • Alport hastalığı ilişkili nefropati | 1 (0.2) |

Biyopsi ile Belirlenen Histopatolojik Bozukluklar (305 (% 66) hasta için bir, 121 (% 26.2) hasta için iki ve 19 (% 4.1) hasta için üç ayrı patolojik tanı raporlanmıştır).

Tablo - 2

| | | |
|----|--|------------|
| 2. | Tübülointerstisyel patolojiler | 103 (22.3) |
| | • Akut tübülointerstisyel nefrit (4 hastada oxalozis) | 57 (12.3) |
| | • Akut interstisyel nefrit | 18 (3.9) |
| | • Akut tübüler hasar / nekroz (2 hastada oxalozis) | 14 (3) |
| | • Aktif - kronik tübülointerstisyel nefrit | 12 (2.6) |
| | • Granülamatöz tübülointerstisyel nefrit | 1 (0.2) |
| | • Nefrokalsinozis | 1 (0.2) |
| 3. | Vasküler patolojiler | 37 (8) |
| | • Arterio – nefroskleroz (hipertansif nefroskleroz / yaşlanma) | 25 (5.4) |
| | • Trombotik mikroanjyopati | 15 (3.2) |
| 4. | Yaygın hasar/geri döndürülemeyen parankimal zedelenme bulguları (global glomerüloskleroz / tübüler atrofi / interstisyel fibrozis) | 9 (1.9) |
| 5. | Sınıflandırılmayan / tanısız biyopsi bulguları | 17 (3.7) |
| | • Yetersiz biyopsi | 10 (2) |
| | • Spesifik patolojiyi desteklemeyen hafif hasar bulguları | 7 (1.5) |

Biyopsi ile belirlenen histopatolojik bozukluklar (305 (% 66) hasta için bir, 121 (% 26.2) hasta için iki ve 19 (% 4.1) hasta için üç ayrı patolojik tanı raporlanmıştır).



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

SS-03

ÖVOLEMİK HİPONATREMİK HASTALARDA TOLVAPTAN DENEYİMİ

Canan Akkuş

Ankara Etilik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Övolemik Hiponatremik Hastalarda Tolvaptan Deneyimi

GİRİŞ: Hiponatremi acil servise başvurularda giderek artan sıklık gösteren, yüksek morbidite ve mortalite ile seyreden ciddi bir klinik durumdur. Hipervolemik veya övolemik gerçek hiponatremik hastalarda tedavi basamağında sıvı kısıtlamasının yanında alternatif olarak arginin-vazopressin (AVP) reseptör antagonistlerinden olan tolvaptan da kullanılmaktadır. Çalışmamızda dahiliye servisine yatırılan övolemik hiponatremik hastalarda tedavi amaçlı kullanılan sıvı kısıtlama ve tolvaptanın, klinik ve laboratuvar üzerindeki etki farklarını değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇLER ve YÖNTEM: Acil dahiliye servisine yatışı yapılan hiponatremik hastaların arasından övolemik olan 54 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastaların demografik verileri (yaş, cinsiyet), hastane yatış süresi, hiponatreminin etiyolojik faktörü, hiponatremi kronisitesi, en düşük serum sodyum (Na^+) seviyesi ve tedavi başlangıcının kaçınıcı gününde normal sodyum seviyesine ulaşıldığı retrospektif olarak değerlendirilerek kayıt altına alındı.

SONUÇLAR: Tüm hastalara öncelikle 1000-1500 ml/gün sıvı kısıtlaması uygulandı. Hastalarda hiponatremi semptomu olmadığı sürece hipertonik mayi verilmedi. Sıvı kısıtlamasının 2. gününde fayda görmeyen ve serum Na^+ seviyesi 124.9 mmol/L ve aşağısında olan hastaların sıvı kısıtlaması kaldırılarak tolvaptan 1x30 mg/gün başlandı. Her iki grubun verileri Tablo 1 ve Tablo 2'de verilmiştir.

TARTIŞMA: Çalışmamızda tolvaptan verilen grupta, sıvı kısıtlaması grubuna nazaran, hastaların sodyum değerlerinin normal seviyeye (135 mmol/L) ulaşması ve hastanede yatış süresi daha kısa sürede gerçekleşmiştir. Tolvaptan grubundaki hastaların başlangıç sodyum seviyelerinin diğer gruba göre daha düşük olması tolvaptan başlanması için etkili olmuştur. Komorbiditesi daha fazla ve sodyumu daha düşük olan övolemik hiponatremik hastalarda sıvı kısıtlamasında ısrarcı olmak yerine, tolvaptan kullanımının hastaların survisi için tarafımızca daha uygun olabileceğini değerlendirmektediriz.

Anahtar Kelimeler: Hiponatremi, övolemi, tolvaptan

Tablo 1: Hastaların demografik, hiponatremi kronisitesi ve epidemiyolojik bulguları

| | Tolvaptan (n:21) | Sıvı Kısıtlaması (n:33) |
|-------------------------|------------------|-------------------------|
| Yaş (yıl) (ortalama) | 70.3 | 68 |
| Kadın (%) | 12 (%57.1) | 16 (%48.5) |
| Erkek (%) | 9 (%42.9) | 17 (%51.5) |
| Akut hiponatremi (%) | 11 (%52.4) | 26 (%78.8) |
| Kronik hiponatremi (%) | 10 (%47.6) | 7 (%21.2) |
| Etiyolojik Nedenler | | |
| İlaç | 12 (%57.1) | 12 (%36.4) |
| Enfeksiyon | 6 (%28.6) | 12 (%36.4) |
| Malignite | 2 (%9.5) | 5 (%15.2) |
| KBY, ABY | 0 (%0) | 2 (%6) |
| Diğer | 1 (%4.8) | 2 (%6) |

Tablo 2: Hastaların en düşük sodyum seviyesi, hastane yatış ve sodyumun normale ulaşma süreleri

| | Tolvaptan (n:21) | Sıvı Kısıtlaması (n:33) |
|--|------------------|-------------------------|
| Sodyum seviyesi median (min-maks) | 119 (105-124) | 131 (108-134) |
| Sodyum 135 mmol/L günü median (min-maks) | 3 (1-6) | 5 (2-8) |
| Taburculuk günü median (min-maks) | 6 (3-10) | 9 (5-33) |



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

SS-04

GEBELİKTE ASEPTOMATİK BAKTERİÜRÜ SIKLIĞI VE ANTİBAKTERİYEL DUYARLILIK

Cemil Kaya

Özel muayenehane-Çukurambar-Ankara

GİRİŞ: Gebelikte üriner sistem enfeksiyon sıklığının araştırılması

GEREÇLER VE YÖNTEM: Data analizleri katılımcı kayıtlarından retrospektif olarak sağlandı. Çalışma popülasyonu 2019-2024 yılları arasında miadında doğum yapmış gebe kayıtlarından oluşturuldu. Çoğul gebelikler, son 2 hafta içinde antibiyotik kullanımı olanlara ya da son 2 hafta içinde üriner enfeksiyon öyküsü olanlar çalışma dışında tutuldu. Uygun örnekleme tekniği kullanılarak İYE semptomları olan ve olmayan toplam 378 gebe kadın dahil edildi. Olgulardan, antiseptik ile temizlendikten sonra orta akım idrar örnekleri alındı ve kültüre edildi. Aynı zamanda rutin idrar tahlili ve idrar mikroskopisi (eritrosit, lökosit sayımı) yapıldı. Tam idrar analizi, orta akım idrar kültürü ve antibakteriyel duyarlılık sonuçları değerlendirildi. Örnekler kan ve eozin-metilen mavisi agara ekilip 37°C'de 18-24 saat inkübe edildi ve ardından tür düzeyinde >10⁵ cfu/mL bakteri izolatları belirlendi. >10⁵ CFU/mL idrarda bakteri üremesi sağlayan koloni sayımları anlamlı bakteriüri (SB) olarak kabul edildi ve izole edilen bakterilerin antibiyotik duyarlılık testleri yapıldı.

SONUÇLAR: Çalışmaya katılan gebe kadınların 26'sında ASB (%6,8) vardı. En sık görülen mikroorganizma Escherichia coli %42,3(11) olup bunu enterokoklar %34,6(9) ve Staphylococcus aureus %23(6) izledi. ASB'nin en yaygın etkeni olarak E. coli'yi ve fosfomisine duyarlılığı yüksek %98. Gram negatif patojenler ampisiline yüksek düzeyde direnç gösterirken %54,5, norfloksasin %25 ve sefuroksime %15 nispeten düşük düzeyde direnç gösterdi. Gram pozitif üropatojenler penisilin %93,5 ve trimetoprim-sülfametoksazol %79,3'e karşı daha yüksek direnç gösterirken, tüm patojenlerin nitrofurantoin duyarlılığı %99 olarak saptandı. **TARTIŞMA:** Gebelikte semptomatik ya da asemptomatik her kadına orta akım idrar kültürü önerilmeli ve tespit edilen vakalar antimikrobiyal duyarlılık test sonuçlarına göre tedavi edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, üriner sistem, antibiyogram



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

SS-05

KIRSAL SENEGAL NÜFUSUNDA DİYETLE TUZ ALIMINI VE BUNUN BÖBREK FONKSİYONUYLA İLİŞKİSİ

Sidy Mohamed Seck¹, Lot Nehemie Motoula Latou², Modou Mbacke Gueye³, Modou Ndongo¹, Amadou Diop Dia¹

¹Nefroloji Bölümü, Gaston Berger University, and IRL-3189 ESS, UGB/CNRS/UCAD/CNRST/USTB, Saint-Louis, Senegal

²Nefroloji ve Diyaliz Bölümü, Clinique Urgences24, Saly, Senegal

³Tıbbi Departman, Compagnie Sucriere Senegalaise, Richard-Toll, Senegal

GİRİŞ: Yüksek tuz alımı, hipertansiyon ve bunun kronik böbrek hastalığı (KBH) ve kardiyovasküler hastalıklar gibi komplikasyonları için önemli bir risk faktörüdür. Bu çalışma, Ferlo'nun (Senegal'in merkezi) kırsal nüfusunda sodyum tüketiminin düzeyini ve bunun böbrek fonksiyonuyla ilişkisini belirlemeyi amaçladı.

HASTALAR VE YÖNTEMLER: 18 yaş üstü 400 gönüllüyü içeren kesitsel bir çalışma gerçekleştirdik. Hane ziyaretleri sırasında klinik, biyolojik ve diyet verileri toplandı. Günlük sodyum alımı 24 saatlik idrar çıkışında ölçüldü ve KBH, eGFR<60 ml/dk olarak tanımlandı. Sodyum alımı ile ortak değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için doğrusal regresyon analizi kullanıldı.

BULGULAR: Ortalama yaş 46.42±15.60 ve cinsiyet oranı 1.05 idi. Hipertansiyon, KBH ve aşırı kilo prevalansı sırasıyla %21,5, %11,75 ve %20,5 idi. Ortalama günlük tuz alımı 11,7 gramdı ve çeyrekler arası aralık 14,8 gramdı. Katılımcıların yalnızca %11,25'i günde 5 g'dan az tüketmiştir. Çok değişkenli analizin ardından, yüksek tuz alımının > 60 yaş, aşırı kilo ve KBH ile ilişkili olduğu belirlendi. Ancak cinsiyet ve hipertansiyonun tuz alımıyla anlamlı bir ilişkisi yoktu. Endüstriyel et suları (%91,5) ve ekmek (%85) diyet tuzunun ana kaynaklarını temsil ediyordu.

SONUÇ: Bu çalışma, katılımcıların çoğunluğunun düşük potasyum alımına karşın yüksek düzeyde günlük tuz alımını ortaya çıkardı. Kronik böbrek hastalığı olan, aşırı kilolu ve 60 yaş üstü katılımcılarda daha yüksek tuz tüketimi görüldü. Kırsal Senegalli nüfusta KBH yükünü azaltmak için tuz tüketimini azaltacak stratejilere acilen ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Tuz alımı, kronik böbrek fonksiyonu, Senegal

AuthorToEditor: I hereby confirm my intention to present the abstract if it is accepted.

SS-06

YAŞLI HEMODİYALİZ HASTALARINDA BESLENME PARAMETRELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Muhammed Faruk Aşkın¹, Yener Koç²

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sivas

²Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Sivas

Hemodiyaliz hastalarında malnütrisyon sık görülen, artmış mortalite ve morbidite ile ilişkili önemli bir durumdur. Bu çalışmada hemodiyaliz tedavisi alan yaşlı hastalarda malnütrisyon düzeyi ve ilişkili olabilecek parametrelerin saptanmasını malnütrisyon ile ilişkili testlerin duyarlılığının saptanması amaçlandı.

Çalışmaya Sivas ilinde 4 farklı merkezde hemodiyalize giren 65 yaş üstü 136 hasta dahil edildi. Hastaların sosyodemografik özellikleri, laboratuvar parametreleri ve ek hastalıkları, kullandığı ilaçlar sorgulandı. Hastaların vücut kitle indeksi(VKİ), üst orta kol çevresi(ÜOKÇ), triceps cilt kıvrım kalınlığı(TCKK), batin cilt kıvrım kalınlığı(BCKK), bel çevresi ölçüldü. Hastalara beslenme durumunu değerlendirmek amacıyla ölçekler(Nütrisyonel Durum Kontrolü(CONUT), Geriatrik Nütrisyon Risk İndeksi(GNRI), Malnütrisyon İnflamasyon Skoru(MİS), Subjektif Global Değerlendirme(SGD), Ulusal Kolesterol Eğitim Programı-Erişkin Tedavi Paneli-III(NCEP-ATPIII), Normalize Protein Nitrojen Görünümü(nPNA)) uygulandı. Hastalarımızın yaş ortalaması 73,25±5,75 yıl, hemodiyaliz süreleri ortalama 5,35±6,21 yıldır. VKİ ortalaması 25,56±4,75 kg/m² olup kadınlarda daha yüksek(p=0,033) bulunmuştur. Ortalama nPNA, Kt/V ve URR değerleri sırasıyla 1,13±0,26 g/kg/gün, 1,45±0,28 g/kg/gün ve %69,9±7,69 g/kg/gün olarak bulunmuştur. VKİ 22 kg/m²nin altında olanlarda daha yüksek yaş(p=0,035), daha uzun süre hemodiyaliz(p=0,016) ve daha düşük ÜOKÇ(p<0,01), BCKK(p<0,01), TCKK(p<0,01), bel çevresi(p<0,01), trigliserid(p<0,01) değerleri bulunmuştur. Malnütrisyonu olan ve olmayan hastalarda albümin ve nPNA benzer bulunmuştur. MİS hastalarda ortalama 6,14±3,82 olup kadınlarda(7±3,99) erkeklerden(5,24±3,42) daha yüksek bulunmuştur(p<0,01). Çalışmamızda hastalarda VKİ'ye göre %22,8'inde, MİS'e göre %49,3'ünde, SGD'ye göre %44,1'inde, CONUT' a göre %66,2'inde malnütrisyon saptanmıştır. GNRI'ye göre %11,8'inde malnütrisyon riski saptanmamıştır. Yaşlı hemodiyaliz hastalarında malnütrisyonun saptanmasında SGD(Duyarlılık:%87,Özgüllük:%69) ve MİS(Duyarlılık:%84,Özgüllük:%61) ideale yakın olarak bulunmuştur. GNRI(Duyarlılık:%29,Özgüllük:%93,NPD:%82) sağlıklı popülasyonu belirlemede kullanılabileceği saptanmıştır. CONUT testinin geçerliliği zayıf bulunmuştur(Doğruluk oranı:%52). Antropometrik ölçümler değerlendirildiğinde TCKK(Duyarlılık:%61,Özgüllük:%83) ve BCKK(Duyarlılık:%61,Özgüllük:%85) ideale yakın olarak bulunmuştur. ÜOKÇ'nin geçerliliği olmadığı bulunmuştur(Doğruluk: %32).

Anahtar Kelimeler: Malnütrisyon, Geriatri, Kronik Böbrek Hastalığı, Diyaliz

SS-07

GLOMERULONEFRİT HASTALARINDA FABRY HASTALIĞI SIKLIĞI

*Didem Aktuğ, Kadir Gökhan Atılğan, Mehmet Deniz Aylı
Ankara Etlük Şehir Hastanesi*

AMAÇ: Fabry hastalığı böbrek, kalp, sinir sistemi gibi hayati organların yetersizliği ile seyredabilen kalıtsal ve nadir hastalıklardan biridir. İndeks vakanın teşhisi farkındalığı gerektirir. Farkındalığı artırmak adına tarama çalışmaları kıymetlidir. Bu amaçla çalışmamızda glomerulonefrit tanısı böbrek biyopsisi ile kanıtlanmış hastalarda fabry hastalığı sıklığını araştırmayı planladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışma için hastanemiz polikliniğinde takipli 605 glomerulonefrit hastasından literatürde fabry hastalığı ile ilişkilendirilmiş vaka sunumları olan alt tiplerini içeren 270 hasta çalışmaya alındı. Çalışmada erkek hastalara lökositte alfa galaktozidaz A enzim düzeyi bakıldı. Enzim düzeyi düşük bulunan erkek hastalarda ve 111 kadın hastaya fabry tanısı teyidi için GLA gen mutasyon analizi yapıldı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 47.01 ± 13.95 yılı. Proteinüri 2126.35 ± 2986.46 ve albüminüri 1295.79 ± 2033.09 mg/24 saattir. Kreatinin klirensi ortalamaları 85.74 ± 45.37 ml/dk idi. 3 erkek hastada GLA mutasyon analizi pozitif bulundu. Genetik analiz veritabanları incelendiğinde 2 mutasyon patojenik bir mutasyon benign kabul edildi. İki indeks vakanın ailelerinde tarama yapıldı. 12 fabry hastası tespit edilmiş oldu.

SONUÇ: Fabry hastalığının morbidite ve mortalitesi yüksektir. Tespiti farkındalık ve taramalarla daha da artacak görünmektedir. Ülkemiz adına çok merkezli çalışmanın olmadığını da göz önüne aldığımızda çalışmamız glomerulonefrit hastalarında tarama adına en büyük tek merkezli çalışmadır. Sonucu ile çok merkezli çalışmalara ışık tutacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Alfa galaktozidaz A enzimi, Fabry hastalığı, GLA, Kronik böbrek hasarı

Fabry Hastalığı Tespit Edilen Hastaların Klinik ve Demografik Özellikleri

| ÖZELLİK | VAKA 1 | VAKA 2 | VAKA 3 |
|---|--|--------------------------------------|---|
| Yaş (yıl) | 60 | 48 | 56 |
| Cinsiyet | ERKEK | ERKEK | ERKEK |
| Özgeçmiş | Yorgunluk, baş dönmesi Proteinüri KAG (7 kez) Hipertansiyon Hiperlipidemi | Proteinüri | Yorgunluk, işitme azlığı Proteinüri |
| Soygeçmiş Erken ölüm KBY | 4 kardeşi 3 kardeşi | Yok Yok | Yok 1 kardeşi |
| Muayene | Periorbital ödem Kornea vertisilata | Periorbital ödem | Periorbital ödem Konjoktival damar ondülasyonu, Anjiokeratom (sırt, göğüs ve kasık bölgesinde) Sensorinöral işitme kaybı |
| Renal Patoloji | FSGS | MDH | FSGS |
| Kreatinin (mg/dl) | 1.51 | 0.8 | 3.2 |
| Kreatinin klirensi (ml/dk) Proteinüri (mg/gün) | 49 5964 | 117 1650 | 21 3244 |
| Lökosit AGal-A aktivitesi (mmol/mg saat) | 1.8 | 17.4 | 3.7 |
| Genetik analizi | c.713G>A (rs730880450) (p.S238N) hemizigot | c.937G>T (p.D313Y) hem- izigot | c.1093_1101dupTATACCATC hemizigot |

SS-08

NEFROTİK DÜZEYDE PROTEİNÜRİ İLE BAŞVURAN İGA NEFROPATİSİ OLGULARINDA KLİNİK VE PATOLOJİK ÖZELLİKLER İLE TEDAVİYE CEVAP VE SAĞKALIMIN İNCELENMESİ

Feyza Bayrakdar Çağlayan¹, Taner Baştürk², Yener Koç³, Elbis Ahbap², Tamer Sakac², Abdulkadir Ünsal²

¹Liv Hospital Ankara

²Sağlık Bakanlığı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

³Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sivas

GİRİŞ: Immunglobulin A nefropatisi (IgAN) klinik bulguları çok çeşitlidir ama en sık görülen hematüri ile subnefrotik proteinüri birlikteğidir. Nefrotik düzeyde proteinüri başvuru anında yaklaşık %6 vakada görülmektedir. IgAN'de nefrotik düzeyde proteinüri varlığında klinikopatolojik özellikler ile renal prognoz arasındaki ilişkiyi inceleyen kısıtlı sayıda çalışma mevcuttur.

MATERYAL-METHOD: Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği'nde Nisan 2004-Aralık 2016 tarihleri arasında böbrek biyopsisi ile IgAN tanısı konulmuş ve takipte olan toplam 114hasta çalışmaya alındı. Hastalar proteinüri düzeylerine göre nefrotik($\geq 3.5\text{gr/gün}$) ve subnefrotik($<3.5\text{gr/gün}$) olarak 2gruba ayrıldı. Birincil sonlanımda hastaların kreatinin düzeyinde iki kat artış baz alınırken, ikincil sonlanım hastalarda renal replasman tedavisine başlama olarak belirlendi.

BULGULAR: Grup1'de(n:25);ortalama takip süresi $35,7\pm 32,6\text{ay}$,Grup2'de(n:75) $45,71\pm 38\text{ay}$ idi(p:0.24). Grup1'de serum albumin(p:0.001)düşük, kolesterol(p:0.03) yüksek, fibrozeluler kresent(p:0.01)fazla saptandı. Grup 1'de tam remisyon düşük(p:0,004), tedaviye cevapsızlık(p:0.001) yüksek bulundu.Grup1'de tam remisyonda, bazal serum kreatinin(p:0,005), ürik asit(p:0,002) ve albumin(p:0,01) ile, histopatolojik olarak global sklerotik(p:0,03), total kresentik glomerul sayısı(p:0,004) ve tubulointerstitial hasarın yüzdesi(p:0,01) etkili belirleyiciler olarak görüldü. Tedaviye cevapsızlıkta; total kresent(p:0,035), seluler(p:0.01) ve fibrozeluler kresent(p:0,04) varlığının etkili olduğu saptandı. Birincil sonlanım;Grup1'de 5(%20), Grup2'de 3(%4) hastada gözlemlendi(p:0,022). Ortalama birincil sonlanım süresi sırasıyla $87,3\pm 1,9\text{ay}/134.5\pm 5.4\text{ay}$ olarak saptandı. Grupların birincil sonlanım için 1.2.ve3.yıl ortalama sağkalımları sırasıyla %94,%87, %73 ve %100, %100, %97 olarak bulundu(log rank<0,001). İkincil sonlanım; Grup 1'de 8(%32), Grup 2'de 4(%5,3) hastada gözlemlendi(p:0,003). İkincil sonlanım için ortalama sağkalım süreleri sırasıyla $78.4\pm 10.5/134.5\pm 4,7$ ay olarak saptandı. Hastalarda1.2.ve3.yıl ikincil sonlanım için ortalama sağkalım sırasıyla%87,%72,%66 ve %98,%96,%94 bulundu(log rank<0,001).

SONUÇ: Nefrotik proteinürisi olan hastalarda özellikle fibrozeluler olmak üzere kresent oranı fazla görülmüş olup, kresent varlığı tedaviye cevapta etkilidir ve bu hastalarda böbrek sağkalımı kötüdür.

Anahtar Kelimeler: nefrotik, kresent, prognoz



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

SS-09

PERİTON DİYALİZ HASTALARINDA VAS SKORUNUN BİYOKİMYASAL PARAMETRELER VE DİYALİZ SÜRESİ İLE İLİŞKİSİ

Gamze İçaçan

İzmir Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İzmir

GİRİŞ: İlerlemiş kronik böbrek hastalığıyla birlikte, kaşıntı sıklığı %10-30 artmaktadır. Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) nedeniyle diyalize giren hastalarda bu oran %50-90'lara ulaşmaktadır. Periton diyalizi (PD) alan hastalarda ise üremik kaşıntı prevalansı %10 ila %70 arasında değişiklik göstermektedir. Üremik hastalarda kaşıntı mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır ancak mevcut çalışmalar üremik kaşıntı patogenezinin multifaktöriyel olduğunu göstermektedir. Patofizyolojisi karmaşıktır; kserozis (kuru cilt), hiperparatiroidizm, kalsiyum ve fosfat birikimi, anemi, yetersiz diyaliz, magnezyum ve alüminyum seviyeleri, opioid reseptörleri mu ve kappa arasındaki dengesizlikler ve sistemik inflamasyon gibi birçok faktör tanımlanmıştır. Biz bu çalışmada PD hastalarındaki kaşıntı şiddetinin, periton diyaliz süresi, membran geçirgenliği ve biyokimyasal parametreler ile ilişkisini incelemeyi planladık.

GEREÇLER-YÖNTEM: Çalışmaya toplam 23 hasta alındı. 7'si erkek, 18'i kadındı. Üremik kaşıntı şiddeti vizüel analog skala (VAS) ile değerlendirildi. Hastaların, VAS skorları laboratuvar parametreleri ve periton diyaliz süreleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile değerlendirildi

SONUÇ: Hastaların, 14'ü sürekli ayaktan periton diyaliz (SAPD) tedavisi, 10'u aralıklı periton diyaliz (APD) tedavisi alıyordu. Hastalarımızın %32'sinde VAS skoruna göre anlamlı kaşıntı semptomu mevcuttu. VAS skorları ile periton süreleri, geçirgenlik özellikleri, laboratuvar parametreleri ve biyokimyasal parametreler arasında anlamlı fark saptanmadı.

TARTIŞMA: Üremik kaşıntı, periton diyaliz tedavisi alan hastalarda görülen, tedavi yönetimi zor bir semptomdur. Hastalarda uyku bozuklukları, depresyon, anksiyete bozuklukları ve bozulmuş hayat kalitesi ile ilişkilendirilmiştir. PD hastalarında üremik kaşıntıya neden olan faktörlerin bilinmesi, tedavi yaklaşımlarını geliştirebilmek açısından değerlidir. Çalışmamızda PD hastalarında biyokimyasal parametreleri ve PD sürelerinin kaşıntı üzerine etkisini inceledik ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç bulamadık. Çalışmaya daha geniş hasta grupları ile yapmayı planladık.

Anahtar Kelimeler: periton diyalizi,üremik kaşıntı,vas skoru

Tablo 1, tHasta ve periton diyaliz özellikleri

| Parametreler | Değerler |
|--------------------------------------|-----------------|
| Yaş | 53.30±15.12 |
| cinsiyet | 7(29.2) |
| Kronik böbrek yetmezliği etkeni | |
| Dişabet | 5(20.8) |
| Hipertansiyon | 13(54.2) |
| Glomerulonefritler | 1(4.2) |
| Polikistik Böbrek Hastalığı | 2(8.3) |
| Kalp Yetmezliği | 2(8.3) |
| Bilinmeyen Nedenler | 2(8.3) |
| Body mass index (kg/m ²) | 25.77±5.47 |
| Periton diyaliz süresi(ay) | 54± 22 |
| Hemoglobin (g/dl) | 10.8±2.4 |
| Dişalizat/plazms kreatinini | 0.72 ±0.09 |
| Kt/V | |
| Dişalitik | 1.74(1.29-2.00) |
| Renal | 0.30(0.00-1.08) |
| Total | 2.05(1.90-2.48) |
| Rezidüel idrar Total | 400 (0-1700) |
| Üre Klirensi | |
| Renal Üre Klirensi | 15 (0-48.4) |
| Dişaliz Üre Klirensi | 15 (0-48.4) |
| Total Üre Klirensi | 69.5(53-93.75) |

SS-10

HEMODİYALİZ HASTALARINDA KAŞINTI ETİYOLOJİSİNDE GÖZDEN KAÇAN FAKTÖR: ULTRAFİLTRASYON HACMİ

Hakan Ozer¹, İsmail Baloğlu², Yasin Öztürk³, Fethi Yönet², Kültigin Türkmen², Nedim Yılmaz Selçuk², Halil Zeki Tonbul²

¹Osmaniye Devlet Hastanesi

²Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi

³Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Kronik böbrek hastalığı ile ilişkili kaşıntı (CKD-aP) hemodiyaliz (HD) hastalarının sık karşılaşılan, yaşam süresini olumsuz etkileyen multifaktöryal etiyojisi halen net olarak ortaya konulamamış bir şikayettir. Bu çalışmada yüksek ultrafiltrasyon (UF) hacmine sahip diyaliz hastalarında ciltte perfüzyon ve inflamatuvar değişiklikler meydana geldiği fikrinden yola çıkarak UF hacmi ve kaşıntı şiddeti arasındaki ilişki araştırılmıştır.

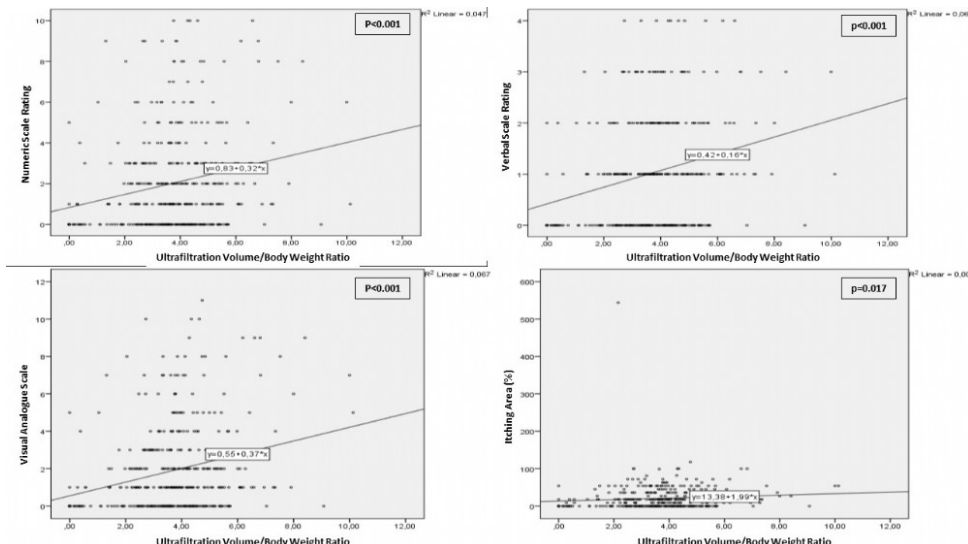
MATERYAL-METOD: Bu gözlemsel çalışmaya 392 (172 kadın, 220 erkek) hasta dahil edildi. Hastalardan, 3 kaşıntı anketini (numerical rating scale (NRS), verbal rating scale (VRS) ve visual analogue scale (VAS)) doldurmaları ve vücut yüzey alanını simgeleyen insan figürü üzerinde kaşınan uzuvlarını işaretlemeleri istendi. Son 12 seansdaki UF hacimleri kayıt altına alınarak ortalaması alındı. Kaşıntı şiddeti ve yaygınlığı ile UF hacimleri arasındaki ilişki değerlendirildi.

SONUÇLAR: Hasta grubunun yaş ortalaması 61.13±14.91'di. Kaşıntı şiddetinin puanlandığı 3 ankette herhangi bir şiddette kaşıntısı olan hasta oranı 59.4% ile 67.5% arasındaydı. Her üç kaşıntı anketinde de, kaşıntı şiddetiyle; yaş, body mass index (BMI), UF volümü ve UF volümü/body mass ratio pozitif körelekti. NRS ve VAS'da UF volume/body weight ratio, age ve BMI kaşıntı şiddetinin bağımsız ön gördürücüleri olarak saptanırken, VRS'de UF volume/body weight ratio ve age kaşıntı şiddetinin bağımsız ön gördürücüleri olarak saptandı. **TARTIŞMA:** HD hastalarında kaşıntı etiyojisinde gözden kaçan önemli bir faktörün de UF hacmi olduğunu, interdiyalitik kilo alımının sınırlandırılmasının kaşıntı kontrolünde önemli bir tedavi yaklaşımı olabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, kaşıntı, ultrafiltrasyon

Kaşıntı skoru ve UF hacmi arasındaki ilişkinin değerlendirildiği korelasyon analizi

Her bir kaşıntı anketindeki kaşıntı skorlarının ayrı ayrı, UF hacminin vücut yüzey alanına oranına bölünmesiyle elde edilen skorla ilişkisinin değerlendirildiği korelasyon analizine ait sonuçlar



SS-11

OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK HASTALIĞINDA YENİ NESİL DİZİLEME TEKNOLOJİSİ İLE MUTASYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hande Aypek¹, Rümeyya Balaban², Ebrucan Bulut², Nuseybe Huriyet², Elif Güllülü Boz¹, Ayşegül Oruç¹, Cuma Bülent Gül¹, Alparslan Ersoy¹, Gülşah Çeçener³, Abdülmecit Yıldız¹

¹Nefroloji Bilim Dalı, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıp Fakültesi, Bursa Uludağ Üniversitesi, Bursa

²Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa Uludağ Üniversitesi, Bursa

³Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Tıp Fakültesi, Bursa Uludağ Üniversitesi, Bursa

GİRİŞ: Otozomal Dominant Polikistik Böbrek Hastalığı (ODPBH) en sık görülen genetik kökenli böbrek hastalığıdır. Değişen veriler ışığında 400 ile 1000 canlı doğumdan birinde rastlanır. En sık ortaya çıkan semptom kist büyümesine veya kanamasına bağlı ağrıdır. Hastalığın güncel tedavisinde Arginin vazopressin V2 reseptörü olan Tolvaptan kullanılmaktadır. Siliyopati grubuna dahil edilen ODPBH'nin patofizyolojik mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır. Aynı aile bireyleri arasında dahi progresyonda farklılıkları bulunan ODPBH, kompleks bir hastalık olarak tanımlanır. Çoğunlukla PKD1 ve PKD2 genlerindeki mutasyonların sebep olduğu ODPBH, 30'dan fazla gen ile ilişkilendirilmiştir. Mevcut çalışmada ODPBH tanılı hastalarda novel gen varyasyonlarının araştırılarak hastaların demografik bilgileri ile birlikte progresyondaki farklılıkların değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

YÖNTEM: Yeni Nesil Dizileme (YND) Teknolojisinin geliştirilmesi daha geniş ölçekli genetik analizlerin gerçekleştirilmesine olanak sağlamaktadır. Bu projede Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı'ndan takipli 50 hastanın periferik kanından DNA izolasyonu yapıldı, YND teknolojisiyle tüm ekzonları sekanslandı ve varyasyon analizleri SOPHIA DDM platformu ile değerlendirildi. Bu kapsamda YND teknolojisini kullanılarak genetik analizi gerçekleştirilen ODPBH tanılı hastalardaki gen varyasyonları hastaların klinik bulguları ile birlikte analiz edildi.

SONUÇ: YND analizinin sonuçlarına göre PKD1 ve PKD2 genlerinde 14 patojenik, 12 muhtemel patojenik ve 36 adet etkisi henüz bilinmeyen mutasyon belirlendi. Ek olarak, 20 adet novel PKD1 mutasyonu gözlemlendi. ODPBH ile ilgili diğer genlerde ise 1 adet patojenik ve muhtemel patojenik, 35 adet etkisi henüz bilinmeyen mutasyon belirlendi.

TARTIŞMA: Sonuç olarak, PKD1 ve PKD2 genlerinde novel gen varyasyonlarının belirlenmesi ve hastalık ile alakalı diğer gen mutasyonlarının da değerlendirilmesi ODPBH'nin anlaşılması ve farklı tedavi seçeneklerinin geliştirilmesi için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: ODPBH, PKD1, PKD2, YND



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

SS-12

HEMODİYALİZ HASTALARINDA KALP HIZI DEĞİŞKENLİĞİ VE İNTRADİYALİTİK HİPOTANSİYON İLE İLİŞKİSİ

Sidy Mohamed Seck¹, Lot Nehemie Motoula Latou², Ibrahima Lyra Sarr³, Modou Ndongo¹, Issa Ndiaye³

¹Nefroloji Bölümü, Gaston Berger University, and IRL-3189 ESS, UGB/CNRS/UCAD/CNRST/USTB, Saint-Louis, Senegal

²Nefroloji ve Diyaliz Bölümü, Clinique Urgences24, Saly, Senegal

³Nefroloji ve Diyaliz Bölümü, HMO, Dakar, Senegal

GİRİŞ: İntradiyalitik hipotansiyonun (IDH) patofizyolojisi karmaşıktır ve otonom sinir sistemi disfonksiyonu önemli bir rol oynayabilir. Bu çalışma hemodiyaliz hastalarında kardiyak otonom kontrolü ve bunun IDH ile ilişkisini araştırmayı amaçladı.

HASTALAR VE YÖNTEMLER: 1 Ocak - 31 Mart 2023 tarihleri arasında HMO diyaliz merkezinde (Senegal) kesitsel bir çalışma gerçekleştirdik. Kardiyak otonomik kontrol, indeks hemodiyaliz seansı öncesinde, sırasında ve sonrasında gerçekleştirilen kalp atış hızı değişkenliği (HRV) ile ölçüldü. Hastalar hemodiyaliz seansı sırasındaki kan basıncı (KB) profillerine göre sınıflandırıldı: grup 1 (diyalizde kan basıncı yükselen hastalar), grup 2 (kan basıncı düşen hastalar) ve grup 3 (kan basıncı öngörülemez hastalar). Daha sonra ANOVA, Chisquare ve Kruskal-Wallis testlerini kullanarak üç grup arasındaki HRV endekslerini karşılaştırdık.

SONUÇLAR: Elli iki hasta (ortalama yaş 47,54 yıl, %59,6 erkek) dahil edildi ve grup 1 (n =14; %26,9), grup 2 (n =13; %25) ve grup 3 (n =25; 48,1) olarak sınıflandırıldı. Grup 1 ve/veya grup 3 ile karşılaştırıldığında grup 2'deki hastalar daha yaşlıydı (p =0,01) ve Kt/V değerleri daha yüksekti (p =0,03). IDH görülme sıklığı %25 idi. Diyaliz seanslarından önce grup 2'deki hastalar diğer gruplara göre daha yüksek sempatik aktivite gösterdi. Ayrıca daha az şiddetli NAC'ye sahiptiler (p = 0,03). Diyaliz seanslarının sonunda HRV parametrelerinde üç grup arasında anlamlı bir fark yoktu.

ÇÖZÜM: Hemodiyaliz seansı öncesinde ve sırasında IDH'ye yatkın hastalarda HRV'nin daha iyi olduğu görülmektedir. Diyaliz seansı sırasında uygunsuz bir sempatovagal denge IDH'yi açıklayabilir.

Anahtar Kelimeler: Kalp hızı değişkenliği, Otonom sinir sistemi, İntradiyalitik hipotansiyon

AuthorToEditor: I hereby confirm my intention to present the abstract if it is accepted



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

SS-13

CHARACTERISTICS AND OUTCOME OF ACUTE KIDNEY INJURY PATIENTS ON HEMODIALYSIS AT THE NATIONAL RENAL TRANSPLANT CENTER IN ETHIOPIA

Ayantu Tesfaye Lemma¹, Leja Hamza Jahur¹, Temesgen Geleta Dinka², Tigist Workneh Leulseged³

¹Nephrology unit, Department of Internal Medicine, St. Paul's Hospital Millennium Medical College, Addis Ababa, Ethiopia

²Department of Public health, St. Paul's Hospital Millennium Medical College, Addis Ababa, Ethiopia

³Medical Research Lounge Trading PLC, Addis Ababa, Ethiopia, Department of Internal Medicine, St. Paul's Hospital Millennium Medical College, Addis Ababa, Ethiopia

BACKGROUND: Acute kidney injury (AKI) is a clinical syndrome characterized by a sudden decrease in glomerular filtration rate (GFR) sufficient to reduce nitrogenous waste product and other uremic toxin elimination. It is caused by acute kidney insults from various conditions, AKI leads to complications, including progression to chronic kidney disease (CKD) and death. This study examines outcome and associated factors of AKI patients on dialysis at the national renal transplant center in Ethiopia.

METHODS: Retrospective study was conducted among 198 AKI patients on dialysis who were managed at the center from January 2018 to June 2020. Data was summarized using frequencies with percentages and graphs. To identify factors that affect the outcome of AKI a multinomial logistic regression model was used where Adjusted Odds ratio (AOR), 95% CIs for AOR, and P-values were used for interpretation of results.

RESULTS: Among 198 AKI patients on dialysis, 64.1% (95% CI=57.1%–71.2%) recovered and were discharged, 16.7% (95% CI=12.1%–21.7%) progressed to CKD, and 19.2% (95% CI=14.1%–24.2%) died. Factors significantly associated with CKD progression were cardiovascular disease (AOR=3.88, p=0.023), sepsis (AOR=3.13, p=0.041), and AGN (AOR=3.91, p=0.036). Shock increased odds of death from AKI (AOR=2.78, p=0.033).

CONCLUSION: The study found that the risk of progression to CKD and mortality among AKI patients on dialysis remains high. Treatment of the underlying condition for AKI, as well as frequent follow-up either as an out-patient or in-patient, is essential to reduce the development of AKI and also its progression to CKD or death once it occurred.

Keywords: Acute Kidney Injury, Progression to Chronic Kidney Disease, Death, Dialysis, Ethiopia



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

SS-14

PREVALENCE OF PERIODONTAL DISEASES IN RELATION TO ORAL HYGIENE STATUS AMONG END STAGE RENAL DISEASE PATIENTS UNDERGOING MAINTENANCE HEMODIALYSIS AT MUHIMBILI NATIONAL HOSPITAL, TANZANIA

Zenais Francis Kawishe¹, ELIFURAHA MUMGHAMBA¹, Jacqueline G. Shoo²

¹Department of Restorative Dentistry, Muhimbili University of Health and Allied Sciences, Dar es Salaam, Tanzania

²Department of Nephrology Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania

Periodontal diseases are among common conditions which affect oral health of many people in the world. It affects teeth supporting structures and has recently been highlighted as the main risk factor for non-communicable diseases that includes chronic kidney disease (CKD). Prevalence of periodontal diseases and associated factors in CKD patients in Tanzania, is reported to be very high, hence important to assess prevalence of periodontal diseases in relation to oral hygiene status among end stage renal disease patients undergoing Maintenance Hemodialysis (MHD) at Muhimbili National Hospital, Tanzania. This was a hospital based cross-sectional descriptive study with 180 participants. The participants were interviewed using a structured questionnaire and clinically examined to assess periodontal conditions. The data was analyzed using SPSS version 23.0. About 67% of the participants were under MHD for 1 year or more. Age ranged from 21 to 77 years and males were 63.9%. All study participants had plaque, calculus, and gingival bleeding. Periodontal pocket depth, clinical attachment loss, and tooth loss due to periodontal disease were found in 6.7%, 68.3%, and 3.9% of the study participants, respectively. Duration of being on MHD was significantly associated with plaque, and gingival bleeding on probing. The prevalence of gingivitis was 33.3% and periodontitis was 66.1%. Based on the latest classification of periodontal diseases about one-third of the study participants had gingivitis and two-thirds had periodontitis. Collaboration between the nephrologists and dentists is recommended.

Keywords: Periodontal diseases, gingivitis, periodontitis, end stage renal diseases, maintenance hemodialysis.

SS-15

TIME TO RECOVERY AND PREDICTORS AMONG ACUTE KIDNEY INJURY PATIENTS ON HEMODIALYSIS AT THE NATIONAL RENAL TRANSPLANT CENTER IN ETHIOPIA

Ayantü Tesfaye Lemma¹, Tigist Workneh Leulseged², Tigist Girma Gemechu³, Leja Hamza Juhar¹

¹Nephrology unit, Department of Internal Medicine, St. Paul's Hospital Millennium Medical College, Addis Ababa, Ethiopia

²Medical Research Lounge Trading PLC, Addis Ababa, Ethiopia, Department of Internal Medicine, St. Paul's Hospital Millennium Medical College, Addis Ababa, Ethiopia

³Academic and Research Office, Alert Comprehensive Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia

BACKGROUND: Acute kidney injury (AKI) is defined as a sudden decline in kidney function in 48 hours. Untreated AKI leads to higher morbidity and mortality, escalating the risk of renal damage with delayed recovery. This study aimed to estimate recovery and identify predictors among AKI patients on dialysis at the national renal transplant center in Ethiopia.

METHODS: A retrospective study was conducted among 232 AKI patients on dialysis who visited the center from January 2018 to June 2020. Data was summarized, compared and analyzed by using frequency tables, median survival times, KM survival, plots, Log-rank tests, Cox Proportional Hazard, and survival model was used; Adjusted Hazard ratio (AHR), 95% CIs for AHR, and P-values were used for interpretation of results. For data management and analysis SPSS software V. 25.0 was used.

RESULTS: From the 232 AKI patients on dialysis, 127 (54.7%, 95% CI=48.7%-61.3%) achieved recovery and the median time to recovery was 25.0 days (95% CI=22.1, 27.9). On the Cox PH model, having cardiovascular disease (AHR=0.51, 95% CI=0.28,0.93, p=0.028), sepsis (AHR=0.59, 95% CI=0.37, 0.95, p=0.031) and Acute Glomerulonephritis (AGN) (AHR=0.31, 95% CI=0.14,0.71, p=0.005) were found to be significant predictors of time to recovery from AKI.

CONCLUSIONS: The median time to recovery from AKI is optimal; however, this duration may be associated with an increased risk of both short and long-term complications from continued renal damage. Conditions like cardiovascular disease, sepsis, and AGN are linked to delayed recovery. Strict monitoring is vital, especially for high-risk groups, to ensure rapid recovery.

Keywords: Acute Kidney Injury, Time to recovery, Dialysis, Ethiopia

SS-16

POST-OPERATIVE ACUTE KIDNEY INJURY IN WOMEN WHO UNDERWENT EMERGENCY OBSTETRIC SURGERY AT MUHIMBILI NATIONAL HOSPITAL IN DAR ES SALAM, TANZANIA

Indhadek Mohamed Ali¹, Fadhlun Mohamed Alwy Al Beity², Peter J.t Wangwe², Jacqueline J Shoo³, Furaha A August²

¹Indhadek Mohamed Ali

²Fadhlun Alwy Al-beity, Peter Wangwe, Furaha august, Muhimbili University of Health and Allied science

³Jacqueline Shoo, Muhimbili National Hospital

BACKGROUND: Acute kidney injury (AKI) is one of the most overlooked post-operative complications and yet associated increased morbidity and mortality. Acute kidney injury occurring after emergency obstetric surgery is an area that requires attention and further characterization. This study aimed to describe the proportion, clinical profile and outcome of patients who underwent emergency obstetric surgery at Tertiary Teaching hospital.

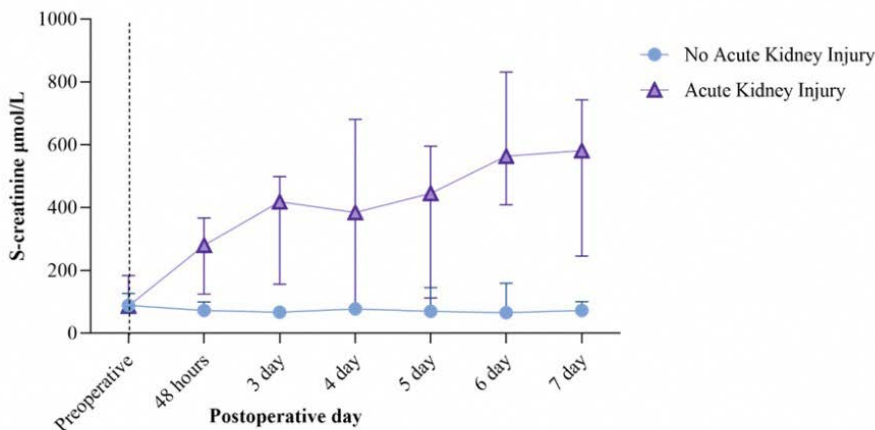
MATERIALS-METHODS: In this retrospective cohort study we included all patients who underwent Emergency obstetric surgery of the Department of obstetrics and Gynecology at Muhimbili National Hospital, Dar es Salam, Tanzania, from 2019 to 2021. Data were collected from hospital records, using a structured questionnaire. Data was analyzed by using SPSS version 23.0 AKI was defined according to the Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) - creatinine criteria.

RESULTS: In the cohort, a total of 952 women underwent emergency obstetric surgery, 54 out of 180 obstetric surgical patients (54/180, 30%) had AKI within postoperative day seven (POD7), of these 26(48.1%) had AKI Stage I, 8(14.8%) had AKI Stage II and 20 (37%) had AKI Stage III, 42 (78%) of these developed AKI within the first 48 hours of surgery. The Outcome of participants who had AKI include 19 (35.2%) had full renal recovery, Persistent AKI 35 (64.8%) and death occurred in 11 (20.4 %).36 (66.7%) were managed conservatively, hemodialysis was done in 18(33.3%).

CONCLUSION: The proportion of Acute Kidney Injury is high after emergency obstetric surgery. The majority of AKI patients were managed conservatively, though some required dialysis.

Anahtar Kelimeler: Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO), Muhimbili National Hospital, Acute kidney injury (AKI), postoperative day seven (POD7).

Serum creatinine level in the postoperative period in patients with and without acute kidney injury.



s-creatinine level

SS-17

SGLT2 İNHİBİTÖRLERİNİN ALBUMİNÜRİ VE TAHMİNİ GLOMERULAR FİLTRASYON HIZI ÜZERİNE ETKİLERİ

Mehmet Yılmaz¹, Ebru Gok Oguz², Mehmet Deniz Aylı²

¹Çankırı Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları, Çankırı

²Etilik Şehir Hastanesi, Nefroloji, Ankara

AMAÇ: Günümüzde Tip 2 Diyabetes Mellitus (DM) ve Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) giderek artan bir sağlık sorunudur. Bu çalışma, SGLT2 inhibitörlerinin (SGLT2i) Tip 2 DM, KBH, Glomerülo nefritlerin tedavisindeki etkilerini incelemektedir. SGLT2i, kan şekeri düzenlemesiyle kalmayıp kalp ve böbrek sağlığını koruma potansiyeline sahip olabilir. Bu çalışma, Nefroloji Kliniği'nde Diyabetik Nefropati, KBH, Glomerülo nefrit tanısı alan ve SGLT2i kullanan hastaların 12 aylık takiplerini analiz etmeyi amaçlamaktadır. Hastaların laboratuvar sonuçları ve böbrek fonksiyonları üzerindeki etkileri, uzun vadeli etkinliği açısından değerlendirilecektir. Beklenen katkılar arasında Tip 2 DM, KBH ve Glomerülo nefrit tedavisindeki rolünün daha iyi anlaşılması bulunmaktadır.

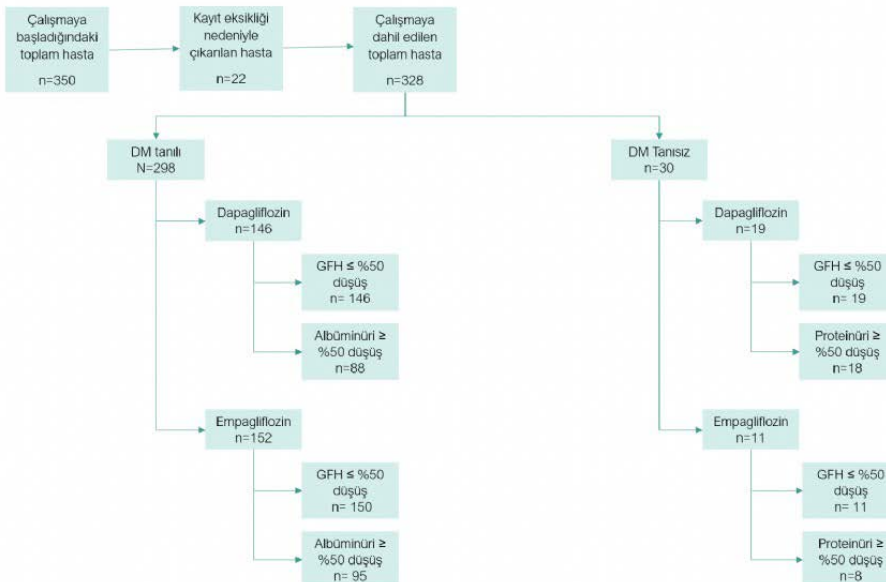
GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya Nefroloji Polikliniği'nde 12 ay içerisinde diyabetik nefropati, KBH, glomerülo nefrit tanıları almış ve SGLT2i kullanan 350 hasta dahil edilecektir. Hasta verileri retrospektif olarak incelenmiştir. İstatistiksel analizler SPSS V.15 ile yapıldı. Çalışmadaki istatistiksel analizlerde $p < 0.05$ 'in altındaki değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmamıza 328 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması $60,42 \pm 11,10$ idi ve %43,3'ü kadındı. Ortalama tahmini glomerüler filtrasyon hızı (GFH) $70,93 \pm 24,54$ ml/dk/1.73 m²ydi. 298 (%90,9) hastamızda DM tanısı bulunmaktaydı. DM tanılı hastalarda tahmini GFH \leq % 50 düşüş sonlanımı ve Albuminüri düzeyinde \geq %50 düşüş sonlanımında hastalarda Empagliflozin ve Dapagliflozin arasında anlamlı fark bulunmamaktaydı ($p > 0,05$). DM tanısı olmayan hastalarda tahmini GFH \leq % 50 düşüş ve Proteinüri düzeyinde \geq %50 düşüş sonlanımında Empagliflozin ve Dapagliflozin arasında anlamlı fark bulunmamaktaydı.

SONUÇ: Çalışmamız literatürle uyumlu olarak SGLT2i'nin tahmini GFH düşüşünü azaltma ve albuminüri azaltılmasında etkili olduğunu bulunmuştur. Empagliflozin, Dapagliflozin arasında tahmini GFH düşüşü veya albuminüri düşüşü ve yan etkiler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek yetmezliği, Diyabetik nefropati, Glomerülo nefrit, Sodyum-Glukoz-Kotransporter 2 inhibitörü

Çalışma şeması



SS-18

KALP YETMEZLİĞİ TEDAVİSİNDE TORASEMİD VE FUROSEMİDİN ELEKTROLİT DEĞERLERİNE ETKİSİ

Melis Gökçöz

Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

AMAÇ: Kalp yetmezliği, gelişmiş ülkeler dahil yetişkinlerin %1-2'sini etkileyen bir hastalıktır. Hastalığın semptomlarının giderilmesi öncelikle sıvı ve sodyumun azaltılması ile sağlanır. Bu amaçla diüretikler kullanılır. Torasemid ve Furosemid henlenin çıkan kalın kolunda Na-K-2Cl ko-transportunun inhibisyonuna yol açarak sodyumun geri emiliminin engellenmesine ve dolayısıyla suyun geri emiliminde azalmaya sebep olan loop diüretikleridir. Furosemid kullanımı daha yaygın olsa da Torasemidin kardiyak mortalite üzerine daha olumlu etkisi olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. Bu retrospektif kesitsel çalışma ile kalp yetmezliği (KY) tanılı hastalarda furosemidin ve torasemidin elektrolitler üzerine olan etkilerini karşılaştırmayı amaçladık

METHOD: Çalışmamıza KY tanılı, torasemid veya furosemid kullanan 80 hasta kullandıkları diüretiğe göre iki gruba ayrılarak dahil edildi. Tüm hastalar en az üç ay süre ile bu diüretikleri kullanmaktaydılar. Hastaların başvuru anındaki; yaş, cinsiyet, sistolik ve diyastolik kan basınçları, serum kreatinin, serum sodyum, potasyum, ürik asit değerleri karşılaştırıldı. Mann-Whitney U testi ile istatistiği yapıldı. 0,05'ten küçük P değeri istatistiksel anlamlı kabul edildi.

SONUÇ-TARTIŞMA: Torasemid ve furosemid aynı mekanizmaya sahip farklı farmakokinetik özellikleri olan loop diüretiklerdir. Torasemid daha yüksek biyoyararlanım ve daha uzun yarılanma ömrüne sahiptir. Çalışmada torasemid grubunda serum sodyum düzeyi daha düşük saptandı ancak normal sınırlar içindeydi. Buna karşı diyastolik kan basıncı düzeyi furosemid grubunda istatistiksel anlamlı daha düşüktü. Yapılan çalışmalarda torasemidin kardiyak mortalite ve hastaneye yatış oranını azalttığı ve furosemidden daha az hipopotasemiye sebep olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda vardığımız sonuç ise; her iki kolda serum potasyum düzeyleri istatistiksel farklılık bulunmamış, ancak torasemid kolunda istatistiksel olarak serum sodyum düzeylerinin daha düşük saptandığı gösterilmiştir. Bu çalışma daha geniş bir hasta kohortunda devam edecektir.

Anahtar Kelimeler: kalp yetmezliği, torasemid, furosemid, sodyum, kan basıncı

Tablo 1

| | Torasemid (n:40) | Furosemid (n:40) | p |
|---|------------------|------------------|------|
| Yaş, Ortanca (min-max) | 72 (36-94) | 78 (51-93) | 0,1 |
| Serum kreatinin, ortalanca (min-max) | 1,05 (0,4-2,5) | 1,4 (0,7-3,2) | 0,07 |
| Sodyum; ortalanca (min-max) | 136 (118-147) | 138 (121-144) | 0,02 |
| K, ortalanca (min-max) | 4,2 (2,9-5,8) | 4,4 (2,9-6,2) | 0,3 |
| Ürik asit, ortalanca (min-max) | 7,8 (2,6-16,9) | 7,7 (3,3-12,4) | 0,93 |
| Sistolik kan basıncı, ortalanca (min-max) | 115 (86-166) | 120 (87-170) | 0,1 |
| Diyastolik kan basıncı, ortalanca (min-max) | 74 (52-100) | 70 (40-101) | 0,05 |

SS-19

HEMODİYALİZ HASTALARINDA MORTALİTENİN ÖNGÖRÜLMESİNDE SİSTEMİK İMMÜN-INFLAMASYON İNDEKSİ NÖTROFİL LENFOSİT ORANINDAN DAHA İYİ OLABİLİR Mİ?

Aydın Güçlü¹, Kağan Tur², Mesut Sunğur²

¹Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Kırşehir

²Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kırşehir

AMAÇ: Bu çalışmada hemodiyaliz hastalarında 5 yıllık tüm nedenlere bağlı mortalite ile sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII), nötrofil-lenfosit oranı (NLR) arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

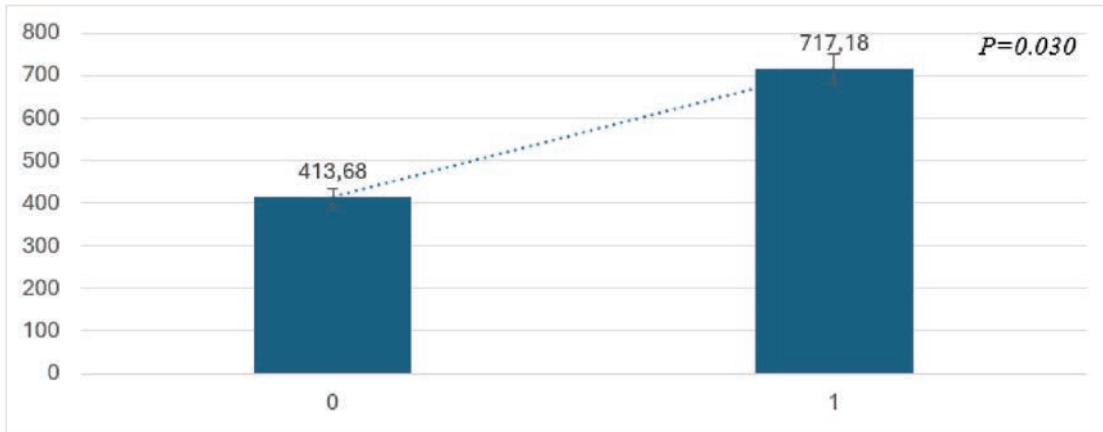
MATERYAL-METOD: Bu çalışmaya 73 kronik hemodiyaliz hastası dahil edildi. Tüm hastalar 5 yıllık süre boyunca takip edildi. Tüm nedenlere bağlı ölümler çalışmada esas alındı. Hastalar hayatta kalma durumuna göre yaşayan ve vefat eden olmak üzere iki gruba ayrıldı.

BULGULAR: Gruplar arasında SII açısından anlamlı fark vardı (P=0.030). NLR açısından yaşayan hastalar ile vefat eden grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (P>0.05). Çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre sistemik immün inflamatuvar indekste 1 birim artış mortalite riskini 1.279 kat artırmaktadır (P=0.004).

SONUÇ: Bu çalışma literatürde ilk kez SII'nin hemodiyaliz hastalarında 5 yıllık tüm nedenlere bağlı mortalitenin bir belirleyicisi olduğunu göstermiştir. Çalışmamızda ayrıca hemodiyaliz hastalarında 5 yıllık tüm nedenlere bağlı mortalite açısından SII'nin literatürde sıklıkla kullanılan NLR'ye göre daha iyi bir belirleyici olabileceğini gösterildi. SII, hemodiyaliz hastalarında mortalite riskinin belirlenmesinde pratik, ucuz ve güvenilir bir biyobelirteç olabilir.

Anahtar Kelimeler: hemodiyaliz, mortalite, nötrofil- lenfosit oranı, sistemik immün inflamasyon indeksi, son dönem böbrek hastalığı

Şekil 1.



Grupların sistemik immün inflamasyon indeksi düzeyleri. 0: Yaşayan grup, 1: Vefat eden grup

Tablo 1.

| Değişkenler | Grup | | P |
|-------------------|----------------------|-----------------------|-------|
| | Yaşayan | Vefat eden | |
| Yaş | 54.29±11.50 | 68.62±11.38 | 0.000 |
| WBC | 6.54±2.18 | 8.39±6.01 | 0.093 |
| Hemoglobin | 10.86±1.27 | 11.05±1.31 | 0.543 |
| RDW | 13.32±1.74 | 14.84±2.58 | 0.005 |
| Platelet | 186.76±67.03 | 213.33±83.86 | 0.143 |
| Nötrofil | 4.37±1.99 | 6.06±5.43 | 0.090 |
| Lenfosit | 1.47±0.47 | 1.36±0.54 | 0.325 |
| MPV | 9.15±1.40 | 9.60±1.42 | 0.188 |
| PCT | 0.17±0.07 | 0.20±0.09 | 0.110 |
| Kreatinin | 8.54±2.65 | 6.67±2.30 | 0.002 |
| Albumin | 3.74±0.32 | 3.68±0.33 | 0.508 |
| Trigliserit | 223.77±182.32 | 178.43±115.30 | 0.226 |
| HDL | 32.58±7.89 | 33.37±11.35 | 0.747 |
| LDL | 98.00±31.82 | 92.06±28.05 | 0.427 |
| Kalsiyum | 8.92±0.90 | 8.54±0.55 | 0.037 |
| Fosfor | 5.13±1.38 | 4.80±1.63 | 0.357 |
| Ferritin | 714.44±357.18 | 563.83±313.96 | 0.067 |
| Monosit | 0.40(0.30~0.47) | 0.49(0.38~0.58) | 0.030 |
| CRP | 0.60(0.30~1.30) | 0.75(0.50~2.55) | 0.576 |
| Parathormon | 266.5(142.9~620.2) | 266.8(135.8~411.77) | 0.540 |
| NLR | 2.65(1.69~4.29) | 3.74(2.93~4.50) | 0.057 |
| CRP/Albumin oranı | 0.16(0.08~0.32) | 0.20(0.13~0.79) | 0.507 |
| SII | 413.68(305.83~721.0) | 717.18(406.92~974.27) | 0.030 |

Grupların tanımlayıcı istatistikleri SII: Sistemik immün inflamasyon indeksi WBC: Beyaz kan hücresi RDW:Eritrosit dağılım genişliği, MPV:Ortalama trombosit hacmi, PCT: Trombositlerin yüzde olarak kapladığı hacim, HDL:Yüksek yoğunluklu lipoprotein, LDL: Düşük yoğunluklu lipoprotein CRP: C Reactive Protein, NLR: Nötrofil- Lenfosit oranı

Tablo 2.

| Değişkenler | Tek değişkenli | | Çok değişkenli | |
|-------------|--------------------|-------|--------------------|-------|
| | OR(95% CI) | P | OR(95% CI) | P |
| Yaş | 1.125(1.061-1.192) | 0.000 | 1.130(1.061-1.203) | 0.000 |
| SII | 1.377(1.102-1.719) | 0.005 | 1.279(1.154-1.429) | 0.004 |
| Kreatinin | 0.999(0.998-1.000) | 0.090 | | |
| Monosit | 1.148(0.834-1.581) | 0.396 | - | - |
| Kalsiyum | 2.066(1.010-4.229) | 0.047 | - | - |

Lojistik regresyon analizi sonuçları. SII:Sistemik immün inflamasyon indeksi

SS-20

AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ (FMF) OLAN HASTALARDA BÖBREK HASAR MOLEKÜLÜ-1 (KIM-1) SERUM DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Oktay Bağdatoğlu¹, Didem Turgut¹, Mine Şebnem Karakan²

¹T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Bilkent, Ankara

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Bilkent, Ankara

AMAÇ: Ailesel Akdeniz Ateşine (FMF) özellikle Doğu Akdeniz Bölgesi'nde yaygın olmakla beraber dünyada en yaygın olan kalıtsal otoinflamatuvar bir hastalıktır. FMF, bağışıklık düzenleyici bir protein olan pyrin'i kodlayan Akdeniz ateşi genindeki (MEFV) mutasyonlardan kaynaklanmaktadır. FMF nedeniyle olan böbrek hasarının erken tanısı ve böbrek hastalık sürecini gösteren noninvaziv biyobelirteçlere ihtiyaç vardır. Çünkü FMF e bağlı böbrek hasarının gösterilmesi ancak böbrek biyopsisi ile sağlanmaktadır. Bu nedenle böbrek biyopsisi yapılamayan hastalarda biyobelirteçlerin kullanılması yararlı olabilir. FMF ile kronik inflamasyon arasındaki ilişki yüzünden kolşisin ve interlökin (IL)-1 antagonistleri yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Böbrek hasarı molekül-1 (KIM-1) düzeyleri ile böbrek patolojisi bulguları arasında korelasyon olduğu bilinmektedir. Ancak FMF hastalarındaki böbrek hasarının serum KIM-1 (s-KIM-1) düzeyleri ile ilişkisini inceleyen bir çalışma bildiğimiz kadarıyla bulunmadığından bu çalışmayı planladık.

HASTALAR VE YÖNTEM: Çalışmamıza 51 FMF hastası ve 38 kontrol grubu dahil edildi. Her iki grup katılımcıların sKIM-1 düzeyleri Elisa yöntemi ile ölçüldü. Katılımcıların klinik ve laboratuvar verileri ile s-KIM-1 arasındaki ilişki incelendi.

BULGULAR: Ailesel Akdeniz Ateşi tanısı olan hastalarında sKIM-1 düzeyinin anlamlı yüksek ilişki ($p=0,040$) saptanmasına rağmen, bu hastalarda idrar protein/kreatin oranı (UPCR) ve tahmini glomerüler filtrasyon oranı (eGFR) düzeyi ile s-KIM-1 düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı (sırasıyla $p=0,103$, $p=0,232$). Bununla birlikte Kanakinumab kullanan hastalardaki sKIM-1 düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu ($P=0,36$).

SONUÇ: Bu veriler gösterdi ki FMF hastalarında s-KIM-1 düzeylerindeki anlamlı yüksek ve Kanakinumab kullananlarda anlamlı düşük olması inflamasyonun FMF hastalarındaki böbrek hasarında önemli bir rolü olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızda KIM-1 in FMF hastalarında hastalık aktivitesi ve tedaviye yanıt sürecinin takibinde etkili olabileceği sonucuna vardık.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz ateşi, böbrek hasarı molekülü, biyobelirteç

Tablo 1. Gruplar arasında demografik karakteristikler ve laboratuvar verilerinin karşılaştırılması

| | FMF | Kontrol | P-Value |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------|---------|
| N | 50 | 36 | |
| Erkek/Kadın | 35/15 | 27/9 | 0,813 |
| Yaş, mean \pm SD (yıl) | 41.6 \pm 11.8 | 47.9 \pm 13.4 | 0,162 |
| Vücut kitle indeksi, mean \pm SD. | 26.5 \pm 4.53 | 27.8 \pm 6.21 | 0,461 |
| Komorbid Hastalıklar | | | |
| Diabetes mellitus | 3 | 2 | 0,626 |
| Hipertansiyon | 5 | 3 | 0,519 |
| Kronik obstrüktif akciğer hastalığı | 2 | 2 | 0,582 |
| Koroner arter hastalığı | 5 | 1 | 0,111 |
| Smoking, n (%) | 3 | 4 | 0,348 |

| | | | |
|----------------------------------|---------------------|---------------------|--------|
| Glikoz mean \pm SD [mg/dL] | 82.5 (73.7-90.2) | 84 (80.5-92.8) | 0,167 |
| Kreatinin, mean \pm SD [mg/dL] | 0,75 (0.7-0,9) | 0,7 (0,7-0,8) | 0,499 |
| Üre, median (IQR) | 27.9 (19.2-33.07) | 30.2 (23.6-34.8) | 0,119 |
| eGFR, median (IQR) | 105.5 (93.7-121) | 100 (91.5-115) | 0,232 |
| Sodyum, median (IQR) | 139 (102-140.7) | 137 (100.6-140.4) | 0,347 |
| Potasyum, median (IQR) | 4.1 (3.9-4.4) | 3.8 (3.7-4.2) | 0,139 |
| KiM-1, median (IQR) | 571.3 (562.5-586.9) | 562.4 (558.1-580.4) | 0,040* |
| Albumin | 44.7 (42.6-47.1) | 44.9 (42.7-47.6) | 0,850 |
| CRP, median (IQR) [mg/L] | 2.05 (.5-10.6) | 1.9 (.7-5.3) | 0,547 |
| UPCR, median (IQR) | 92.4 (61.4-139.6) | 52 (44.7-84.3) | 0,103 |

Tablo 2. FMF grubunda bazı klinik durumlar ve medikal tedavi tipleri ile KiM-1 arasındaki ilişki

| | | n | median (IQR) | P-Value |
|---------------|----------------|----|----------------------|---------|
| FMF atağı | var | 10 | 579.8 (563.6-641.5) | 0,297 |
| | yok | 40 | 568.9 (561.8-583.7) | |
| Gen Mutasyonu | M694V | 12 | 572 (558.7-597.2) | 0,487 |
| | M694V | 20 | 567.7 (563.7-585.4) | |
| | M694V/M680I | 4 | 561.9 (557.7-587.1) | |
| | Diğer mutasyon | 10 | 583 (569.4-602.9) | |
| | Negatif | 4 | 569.1 (557.4-624.2) | |
| Artrit | var | 12 | 573.6 (561.8- 587.6) | 0,874 |
| | yok | 38 | 570.9 (563.6-588) | |
| Kolşisin | var | 45 | 573.5 (562.2-588) | 0,449 |
| | yok | 5 | 566.1 (562.5-580.9) | |
| Anakinra | var | 5 | 561.2 (558.4-595.7) | 0,430 |
| | yok | 45 | 572 (564.6-588) | |
| Kanakinumab | var | 4 | 561.1 (556.1-567) | .036* |
| | yok | 46 | 575.4 (564-591.2) | |

Tablo 3. FMF grubunda bazı çalışma parametreleri ile KiM-1 arasındaki korelasyon ilişkisi

| r (P) | Yaş | FMF Süresi | Atak sıklığı | CRP | UPCR | Serum Amiloid | Albümin | Kreatinin | eGFR |
|-------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| KiM-1 | 0,022 (0,843) | -0,177 (0,499) | -0,083 (0,566) | -0,032 (0,772) | -0,029 (0,791) | -0,163 (0,547) | -0,021 (0,849) | -.0,81 (0,548) | 0,074 (0,498) |



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

SS-21

CHATGPT-3.5 VE CHATGPT-4 MODELLERİNİN YOĞUN BAKIM HASTALARINDA SÜREKLİ RENAL REPLASMAN TEDAVİLERİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Özant Helvacı¹, Kamil İnci²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Yoğun bakım ünitelerinde sürekli renal replasman tedavisi (SRRT) gibi karmaşık tedavilerin yönetimi, yapay zeka modelleriyle desteklenebilir. Bu çalışmada, yapay zeka modelleri olan ChatGPT-3.5 (ücretsiz) ve ChatGPT-4 (ücretli)'ün yoğun bakım hastalarında SRRT konusundaki bilgi düzeylerini karşılaştırdık.

MATERYAL-METOD: Bir yoğun bakım uzmanı ve bir nefrolog olarak SRRT'nin temel kavramlarından reçetelemeye uzanan bir spektrumda 20 adet çoktan seçmeli soru hazırladık. Sorular seçilirken tıbbın gri alanlarında kalan bilgi ve yorumlardan uzak durarak sadece "spot" bilgi soruları hazırlamaya özen gösterdik. Her iki yapay zeka modeline bu soruları sorduk. Doğru cevap oranlarını, her iki modelin aynı anda doğru veya yanlış cevaplama durumunu kaydettik.

BULGULAR: ChatGPT-3.5'in sorulara 11/20 (%55) oranında, ChatGPT-4'ün ise 12/20 (%60) oranında doğru cevap verdiğini belirledik. Ki-kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamadık ($p=0,74$). Her iki model 13/20 soruyu aynı anda yanlış veya doğru yapıyordu.. Minimum tutarsızlık oranı %35'ti ancak yanlış sorulardaki cevaplar değişkenlik arz edebiliyordu, bu durum göz önüne alınca tutarsızlık oranı 11/20 (%55)'e yükseliyordu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Bulgularımız, her iki yapay zeka modelinin SRRT konusunda yeterli temel bilgi düzeyine sahip olmadığını göstermektedir. Ayrıca, ChatGPT-4 ChatGPT-3.5'a kıyasla SRRT hakimiyeti konusunda belirgin bir performans artışı da göstermemektedir. Ek olarak her iki model arasında ciddi bir tutarsızlık mevcuttur. Literatürde çalışmamıza benzer bir yayım görmedik. Yapay zeka ve SRRT üzerinde yapılmış çalışmalar sıklıkla alarm sistemlerine odaklıydı. Bu konuda faydalı olabileceklerine dair işaretler olmakla beraber henüz yeterli düzeyde olmadıkları vurgulanmaktaydı. Özetle, her iki yapay zeka modelininin mevcut halleriyle SRRT yönetiminde kesinlikle kullanılmaması gerektiğine inanmaktayız.

Anahtar Kelimeler: yapay zeka, SRRT, yoğun bakım, ChatGPT



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

SS-22

ÜRİK ASİT VE SİSTEMİK İMMÜN İNFLAMATUVAR İNDEKS DEĞİŞKENLİĞİNİN IGA NEFROPATİ PROGNOZU ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Rıdvan Özkan¹, Fatma Ayerden Ebing²

¹TC Sağlık Bakanlığı Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

²TC Sağlık Bakanlığı Etlik Şehir Hastanesi, Nefroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

İmmünglobulin A nefropati dünya genelinde ve Türkiye’de en sık görülen primer glomerülonefrit tipi olup böbrek yetmezliğinin yaygın sebepleri arasında yer almaktadır. Sıklıkla genç yaşlarda görülen ve ilerleyici bir seyre sahip olan IgA nefropatinin hem hastalar hem de toplum açısından artan bir hastalık ve sağlık bakımı yükü oluşturması nedeniyle değiştirilebilir risk faktörlerinin kontrol edilmesi ve progresyon riski yüksek hastalara erken dönemde immünsupresif tedavi verilmesi hastalık prognozunu iyileştirebilir. Hastalığın seyrini tahmin etmek ve bu doğrultuda hastalık yönetimini iyileştirmek amacı ile yeni prognostik belirteçlere gerek duyulmaktadır. Çalışmamızda, merkezimizde IgA nefropati tanısıyla takip edilen hastaların tanı anında ve takip dönemi boyunca ölçülen ürik asit düzeyleri ve SII skorunun hastalık seyri üzerine olan etkisini incelemeyi amaçladık. Çalışma kliniğimizde 1 Ocak 2012- 31 Ağustos 2023 tarihleri arasında, IgA nefropati tanısı ile takip edilen, 18 yaşından büyük 52 hasta dahil edilerek retrospektif olarak gerçekleştirildi. Çalışmamızda takip dönemindeki ortalama ÜA düzeyinin (ÜA-T) artmasının IgA nefropatide progresyon riskini artıran bağımsız bir faktör olduğu izlendi. Ancak bazal ÜA değeriyle progresyon riski arasında herhangi bir ilişki izlenmedi. İkinci olarak, ÜA-T için progresyon riskini artıran eşik değer 7,5 mg/dL olarak tespit edildi. ÜA-T’nin bu eşik değerin üstünde olması hastalık progresyon riskini yaklaşık 5 kat artırdı. Üçüncü olarak da takip dönemindeki ortalama SII düzeyinin progresyon riskini artıran bir diğer faktör olduğu tespit edildi. Bazal SII skoru ile progresyon riski arasında sınırdaki bir anlamlılık görüldü. Sonuçta takip süresince serum ÜA düzeyi ve SII skoru parametrelerinin göz önünde bulundurulması IgA nefropatili hastalarda prognozu ön görmeye yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: İmmünglobulin A nefropati, Prognostik faktör, Sistemik immün inflamatuvar indeks, Ürik asit

SS-23

HEMODİYALİZ HASTALARINDA KOKU DUYUSUNDAKİ DEĞİŞİKLİKLERİN PROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Gülay Turgay¹, Saliha Yıldırım², Ayşe Zeynep Ba³, Emre Tuta⁴, Siren Sezer⁵

¹Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

²Ankara Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

³Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

⁴Ankara Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

⁵Medicana International Hospital, Nefroloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Kronik böbrek hastalığı (KBH) olan hastalarda koku alma fonksiyonu bozuklukları sıklıkla gözlenir, ancak hemodiyaliz hastalarındaki koku alma duyusundaki değişiklikleri ve etkileyen faktörlerin incelendiği prospektif bir çalışma bulunmamaktadır.

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı hemodiyaliz hastalarında koku alma duyusunda meydana gelen değişiklikleri ve bu değişime neden olan değişkenleri on iki aylık prospektif takipte belirlemektir.

YÖNTEM: Bu çalışmaya 100 hemodiyaliz hastası ve benzer yaş ve cinsiyette böbrek fonksiyonları normal olan 50 kontrol dahil edildi. Katılımcıların çalışmanın başlangıcındaki laboratuvar değerleri, Sniffin çubuk testi ile ölçülen koku alma yüzdesi, yaşı, toplam diyaliz süresi, KBH etiyolojisi, diyaliz yeterliliği, MMT puanları ve Beck depresyon anketi sonuçları kaydedildi. 1 yıl takip edilen hastaların 1 yılın sonundaki laboratuvar değerleri, koku yüzdeleri kaydedildi. İstatistiksel analizler için SPSS for Mac version 25 kullanıldı.

SONUÇLAR: Hemodiyaliz hastalarında (%35 kadın, ortalama yaş: 57,93±14,94 yıl, ortalama RRT süresi 7,60±6,22 yıl (en az 1-en fazla 30 yıl)) sağlıklı kontrollere kıyasla daha düşük koku duyusu yüzdesi vardı (%61,25±14,62 vs %76,12±15,48, p<0.001). Takip süresi sonrasında hemodiyaliz grubundaki hastaların %43,33'ünde (26/60 hasta) Sniffin stick testine göre koku alma duyusunda azalma görüldü. Koku duyusundaki azalma ktv (1,68(1,2-2,3) vs. 1,47(0,7-2,6), p=0,011), URR (78,1(66,8-86,7) vs. 71,6(46,2-83,3), p=0,005), serum fosforu (5,5(3-7,9) vs. 4,74(2,9-6,9), p=0,049) ve vücut ağırlığı (58,6(36,00-86,5) vs 68,5(40,5-100,6), p=0,010) ile ilişkili izlendi.

TARTIŞMA: Koku alma kusurları KBH hastalarında sağlıklı popülasyona göre daha yaygındır. Çalışmamıza göre hemodiyaliz ile koku duyusu azalabilmektedir. Yüksek fosfor, beslenme durumu ve diyaliz etkinliği (daha fazla ultrafiltrasyon ve ürede ani bir düşüş) koku duyusunun azalmasıyla ilişkilendirilebilir. Hemodiyaliz ile koku duyusu kaybı arasındaki ilişkinin açıklanabilmesi için daha fazla hastayla yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: hemodiyaliz, koku, sniffin stick test



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

SS-24

KUZEY SENEGAL'DEKİ TARIM TOPLULUKLARINDA KRONİK İNTERSTİSYEL NEFRİTİN YAYGINLIĞI VE ÜRE TÜKÜRÜK TESTİNİN PERFORMANSI

sidy seck¹, Lot Nehemie Motoula Latou², Modou Mbacke Gueye³, Modou Ndongo³

¹Nefroloji Bölümü, Gaston Berger University, and IRL-3189 ESS, UGB/CNRS/UCAD/CNRST/USTB, Saint-Louis, Senegal

²Nefroloji ve Diyaliz Bölümü, Clinique Urgences24, Saly, Senegal

³Nefroloji ve Diyaliz Bölümü, HMO, Dakar, Senegal

GİRİŞ: Tarım topluluklarında kronik interstisyel nefrit (CINAC), bazı tropikal ve subtropikal bölgelerde giderek yaygınlaşan bir böbrek hastalığı şeklidir. Senegal'in kuzey bölgesindeki CINAC prevalansını ve tükürük üre nitrojeni (SUN) çubuk testinin tanısal performansını belirlemeyi amaçladık.

HASTALAR VE YÖNTEMLER: 1 Şubat - 31 Ağustos 2023 tarihleri arasında ileriye dönük bir çalışma yürüttük. Bilinen herhangi bir enfeksiyon, böbrek veya kardiyometabolik hastalığı olmayan, 18 yaş üstü 300 tarım işçisini dahil ettik. Her katılımcı için klinik veriler, SUN sonuçları, kan üre nitrojeni (BUN), serum kreatinin (SCr), proteinüri ve idrar sedimenti toplandı ve analiz edildi. Böbrek yetmezliği olan kişiler (yüksek SCr, SUN veya aktif idrar sedimenti), böbrek yetmezliğinin kronikliğini doğrulamak için üç ay sonra yeniden değerlendirildi. Böbrek yetmezliği tanısı için optimal SUN eşliğini belirlemek amacıyla Youden indeksi kullanıldı.

SONUÇLAR: Katılımcıların yaş ortalaması 39,9±8,1 (ekstrem 23-72 yaş) idi. İlk taramada böbrek yetmezliği görülme sıklığı %28,7 (n=86) idi. Üç ay sonra, bunların %88,4'ünde CINAC tanısı doğrulandı ve bu da genel CINAC prevalansının %25,3 olmasıyla sonuçlandı. SCr ile karşılaştırıldığında, SUN testi böbrek yetmezliği teşhisinde iyi bir performans gösterdi (AUC=0,72 [95%CI 0,66-0,78], p <0,001). SUN testi > ped#2 (>14 mg/dl) 0,79 [%95CI 0,69-0,88] duyarlılığa ve 0,64 [%95CI 0,47-0,71] özgüllüğe sahipti.

ÇÖZÜM: SUN testi, serum kreatinin dozajına kıyasla iyi performansa sahip, CINAC için hızlı ve güvenilir bir tarama aracıdır.

Anahtar Kelimeler: Tükürük testi, Böbrek hastalığı, Tarım işçileri, Senegal

SS-25

PROTEİNÜRİ ETİYOLOJİSİNİN NADİR BİR SEBEBİ LAMB2 GENETİK MUTASYONU: OLGU SUNUMU

Umut Karabulut, Eren EYNEL, Enver Yüksel, Ramazan Danış

SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

LAMB2 genetik mutasyon, genellikle yaşamın ilk 3 ayı içinde başlayan, ödemle birlikte proteinüri olarak kendini gösteren, erken başlayan ilerleyici böbrek yetmezliği ile karakterize otozomal resesif bir genetik bozukluktur. LAMB2 genindeki homozigot veya heterozigot mutasyondan kaynaklanan nefrotik sendrom tip 5 (NPHS5) olarak kalıtsal böbrek hastalığı tanımlanmıştır. İlgili LAMB2 mutasyonları, böbrekte ve incelenen diğer dokularda laminin beta-2 ekspresyonunun kaybına yol açtığı saptanmıştır. Laminin glomerül bazal membranının yapısındaki podosit ayakları çıkıntılarının gelişiminin düzenlenmesinde rol oynar. Sonuç olarak LAMB2 mutasyonunun, laminin proteininin podositlerden GBM'ye salgılanmasını bozarak nefrotik sendroma neden olduğunu göstermektedir; ancak bu mutasyonun proteinüriye neden olduğu mekanizma belirsizdir. Hastalıkla ilişkili genlerin çoğu heterozigot mutasyonlardan kaynaklandığı saptanmıştır. Bu vakayı sunmamızdaki amaç LAMB2 genetik mutasyonun literatürlerdeki ki çoğu vaka sunumlarında nefrotik düzeyde proteinüri yaptığı, böbrek fonksiyon testlerinde bozulmayla seyredip genellikle çocukluk çağında tanı konmasına rağmen hastamızda bu genetik mutasyonun non nefrotik düzeyde proteinüri yapması, böbrek fonksiyon testlerini bozmaması ve yetişkin yaşlarda tespit edilebileceğine dikkat çekken olan 39 yaşında ki kadın hasta sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: LAMB2 gen mutasyonu, Laminin, Proteinüri

Genetik Panel Sonucu

T.C. SBÜ
Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezi

Moleküler Genetik Analiz Raporu

Hasta Adı Soyadı: [Redacted]
T.C. Kimlik No: [Redacted]
Doğum Tarihi: [Redacted]
Cinsiyet: Kadın
Örnek İnceleme Yöntemi: Yeni Nesil DNA Dizi Analizi

İsteyen Hekim: [Redacted]
Örnek Tipi: [Redacted]
Örnek Kabul Tarihi: 05/09/2023
Rapor Tarihi: 04/12/2023
Endikasyon: Nefropati

Dizilen genler: Nefropati Paneli (ABCC8, ALG1, APOA1, B2M, C2D2A, CCND1, CD151, CEP290, CISD2, CLDN19, CPOX, DYNC2H1, EIF2AK3, FGA, FOXJ1, FOXP3, GSK, GLA, HNF1A, HNF4A, COL4A5, PKD1, PKD2, PKHD1, SLC12A3, LAMB2, AGXT, APRT, ATP6V0A4, ATP6V1B1, BSND, CA2, CASR, CLCN5, CLCNKB, CLDN16, CLDN19, CYP24A1, FAM20A, GRHRP, HOGA1, HPRT1, KCNJ1, OCLL, PHEX, SLC12A1, LAMB2)

Sonuç:

| Gen | Varyant | Zigosite | Kalıtım | ACMG Sınıflandırma |
|---------------------|--------------------------------------|-------------|---------|--------------------|
| LAMB2 (NM_002592.4) | c.2644 C>T p.(His882Tyr) rs751697643 | Heterozigot | - | VUS |

Yorum:

Olguda saptanan bulguların etiyolojisini aydınlatmak amacıyla çalışılan testin analiz olgusunun fenotipine yönelik filtrelemeler uygulanarak gerçekleştirilmiş, ekzon ve ekzon-intron kavşakları (+/- 10 bp) analiz edilmiştir. Saptanan varyant üstteki tabloda belirtilmiştir.

Olguda LAMB2 geninde heterozigot veritabanlarında VUS(Klinik Önemi Belirsiz) olarak sınıflandırılmış varyant saptanmıştır. Varyantın hastalık patogenezindeki rolünün aydınlatılabilmesi için daha çok veriye ihtiyaç vardır. LAMB2 genindeki patojenik varyantlar 'Nefrotik Sendrom, Tip-5, Oküler Anormallikler' ile ilişkilendirilmiştir.



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

SS-26

BİR SAĞLIK KURULUŞUNDA NEFROLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN BİREYLERİN ORGAN BAĞIŞI TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ezgi Genç¹, Mehtap Gömleksiz², Muhammet Rıdvan Gömleksiz³, Ayhan Dogukan⁴

¹Fırat Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Elazığ

²Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Elazığ

³Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Elazığ

⁴Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Elazığ

GİRİŞ: Organ nakli eski tarihlerden beri var olmasına karşın, teknoloji ve tıptaki gelişmelere rağmen tüm dünyada, özellikle de Türkiye’de önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Bu çalışma; nefroloji polikliniğine başvuran bireylerin organ bağışı tutumlarını belirlemek ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini, Elazığ ili Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Anabilim Dalı polikliniğine başvuran bireyler oluşturmuştur. Etik kurul izni alındıktan sonra, çalışmamız Ekim-Aralık 2023 tarihlerinde 269 katılımcı ile tamamlanmıştır. Çalışmada veri toplamak için üç bölümden oluşan anket formu yüz yüze anket tekniği ile doldurulmuştur. Anketin ilk kısmında Sosyodemografik Bilgi Formu, ikinci kısımda organ bağışı bilgi düzeyini değerlendiren sorular, son bölümde ise Organ Bağışı Tutum Ölçeği yer almaktadır. Organ Bağışı Tutum Ölçeği; yardımseverlik ve ahlaki değerleri/inançlarını (HMC), tıbbi olarak ihmal edilme korkusu (FMN) ve bedensel yaralanma korkusu (FBM) olarak üç alt boyuttan oluşmaktadır. İstatistiksel değerlendirmelerde yüzde, ortalama, Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

SONUÇLAR: Katılımcıların %55.8’i (n=150) kadın olup, yaş ortalaması 43.78±17.17 (min:19, maks:85)’dir. Bireylerin %37.5’i (n=101) organlarını bağışlamayı düşündüğünü belirtmiştir. HMC puan ortalamaları 93.3±23.1, FMN puan ortalamaları 28.3±14.0, FBM puan ortalamaları 30.5±14.2 olarak saptanmıştır. Lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip, organ bağışı ile ilgili yeterli bilgisi olduğunu düşünen, ailesinde organ nakli bekleyen birey bulunan katılımcıların organ bağışına yönelik pozitif tutumlarının yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Bireylerin tutumlarının sosyoekonomik durum, sigara/alkol kullanımına göre değişmediği saptanmıştır (p>0.05).

TARTIŞMA: Toplumun organ bağışına yönelik bilgi ve tutumların bilinmesi, bireylerin bu konuda ne derece farkındalığa sahip olduğunun anlaşılması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Bilgi düzeyi, organ bağışı, tutum

AuthorToEditor: Sayın hocalarım; çalışmamızı özellikle sözlü bildiri olarak sunmak istiyoruz. Tablolara detaylı olarak sözlü sunumda yer verilmesi planlanmıştır. Teşekkür eder çalışmalarınızda kolaylıklar dileriz.

SS-27

BÖBREK GREFT BİYOPSİLERİNDE REKÜRREN, DE NOVO GLOMERULONEFRİT SAPTANAN OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

*Hatice Şahin, Gülay Ulusal Okyay, Mehmet Deniz Ayılı
Etlik Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Ankara*

GİRİŞ: Primer böbrek hastalığı glomerulonefrit (GN) olan böbrek nakil hastalarında takip sürecinde rekürren veya denovo GN riski mevcuttur. Bu durum renal fonksiyonları olumsuz etkilemekte ve greft kaybına yol açabilmektedir. Çalışmamızda böbrek nakilli hastaların greft biyopsilerinde denovo veya rekürren GN saptanan olguların laboratuvar, demografik, histopatolojik bulgularını, renal ve hasta sonlanımlarını değerlendirdik.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu retrospektif çalışmada nefroloji kliniğimizde Ocak 2012 ve Aralık 2022 yılları arasında takipli 263 böbrek nakilli hastanın verileri uygunluk açısından değerlendirildi. Hastaların pre-transplant, peri-operatif ve post-transplant dönem demografik özellikleri, laboratuvar testleri, greft biyopsi sonuçları, tedavileri hastaların medikal dosyalarından ve bilgisayar kayıtları üzerinden edinildi. Kayıtlarında ve takiplerinde eksiklik olan 20 hasta dışlandıktan sonra 243 hasta çalışmaya dâhil edildi.

BULGULAR: Primer böbrek hastalığı GN olan 40 hasta (% 16.5) (Tablo 1), greft biyopsisi yapılan hasta sayısı n = 66 (% 27.2) idi. Rekürren veya denovo GN 11 hastada saptandı [(IgA Nefropati n=4, C3 Glomerulonefrit n=1, Membranöz Nefropati n=1, Fokal Segmental Glomeruloskleroz (FSGS) n=5]. Nativ böbrek biyopsileri olan (IgA Nefropati n=1, FSGS n=1, C3 Glomerulonefrit n=1) 3 hasta rekürren GN olarak kabul edildi. Primer böbrek yetmezliği nedenleri bilinmeyen ve nativ böbrek biyopsileri olmayan olgularda ise rekürren ya da denovo GN ayrımları yapılamadı (Tablo 2).

SONUÇ: Transplantasyon sonrası saptanan GN tanısı yorumlanırken, primer böbrek hastalığı bilinmeyen vakalar için, tekrarlayan veya denovo GN ayrımı yapılamaz; sınıflandırma belirsiz olarak kalır. Bu nedenle böbrek nakli yapılan tüm hastalar için primer böbrek hastalığının tanımlanmış olması önemlidir. Özellikle glomerüler patolojisi olan vakaların takibinde ve yönetiminde farklılıklar olduğu için bu ayrım farklı bir kritik değere sahiptir.

Anahtar Kelimeler: böbrek nakli, greft biyopsi, glomerulonefrit

Tablo 1. Böbrek Nakli Olgularının Genel Özellikleri

| | n = 243 |
|--|------------|
| Nakil yaşı (yıl) | 36 ± 11.42 |
| Cinsiyet (erkek, n, %) | 174 (71.6) |
| Primer böbrek hastalığı (n, %) | |
| ·Bilinmiyor | 81 (33.3) |
| ·Arteriyel hipertansiyon | 54 (22.2) |
| ·Glomerüler hastalıklar | 40 (16.5) |
| ·Ürolojik anomaliler | 18 (7.4) |
| ·Nefrolitiazis | 14 (5.8) |
| ·Diyabetes mellitus | 12 (4.9) |
| ·Ailevi Akdeniz Ateşi ilişkili renal amiloidoz | 9 (3.7) |
| ·Pyelonefrit | 7 (2.9) |

| | |
|------------------------------|---------|
| ·Polikistik böbrek hastalığı | 5 (2.1) |
| ·İlaç toksisitesi | 2 (0.8) |
| ·Fabry nefropatisi | 1 (0.4) |

Tablo 2. Tekrarlayan ya da De Novo Glomerulonefrit Saptanan Olgular

| | Vaka - 1 | Vaka - 2 | Vaka - 3 | Vaka - 4 | Vaka - 5 | Vaka - 6 | Vaka - 7 | Vaka - 8 | Vaka - 9 | Vaka - 10 | Vaka - 11 |
|-------------------------------|-------------------------------|------------|------------|----------------|----------------|------------------|-------------------------|-------------------------------|------------|------------|------------|
| Nakil yaşı (yıl) | 49 | 50 | 56 | 50 | 30 | 33 | 43 | 44 | 28 | 25 | 57 |
| Cinsiyet | E | K | E | K | E | E | E | E | E | E | E |
| Primer böbrek hastalığı | IgAN | Bilinmiyor | Bilinmiyor | Nefrit (tipi?) | Üretra darlığı | Alport Hastalığı | Nefrit (tipi?) | FSGS | Bilinmiyor | Testis Ca | C3 GN |
| Tx öncesi RRT tipi | 72 ay, HD | 8 ay, HD | 45 ay, HD | 3 ay, HD | 4 ay, HD | 156 ay, HD | Preemptif nakil | 3 ay, HD | 48 ay, HD | 60 ay, HD | 8 ay, HD |
| Verici | Kadavra | Canlı | Kadavra | Kadavra | Canlı | Canlı | Canlı | Canlı | Canlı | Canlı | C3 GN |
| Tx – GN arası süre (ay) | 146 ay | 327 ay | 159 ay | 161 ay | 29 ay | 34 ay | 65 ay | 51 ay | 180 ay | 54 ay | 6 ay |
| Serum kreatinin (mg/dL) | | | | | | | | | | | |
| ·Bazal | 1.50 | 1.80 | 1.50 | 1.40 | 1.80 | 2.00 | 2.30 | 1.70 | 1.80 | 2.30 | 1.30 |
| ·Tanı anı | 2.10 | 3.10 | 3.30 | 2.17 | 5.20 | 3.10 | 3.40 | 2.20 | 5.36 | 4.21 | 2.11 |
| He-matüri | + | + | + | + | + | + | - | + | - | + | + |
| Tanıda proteinüri (mg/gün) | 1239 | 4700 | 1240 | 2640 | 2464 | 8600 | 9060 | 6300 | 6021 | 1583 | 3200 |
| Tanıda IS rejim | S,CSA, M | S,CSA, M | S,CSA, M | S,CSA, M | S, T, M | S, T, M | S, T, M | S, CSA, M | S, CSA, M | S, T, M | S, T, M |
| Biyopsi öncesi klinik ön tanı | Tekrarlayan GN + DM Nefropati | Rejeksiyon | Rejeksiyon | Rejeksiyon | Rejeksiyon | Rejeksiyon | DM nefropati Rejeksiyon | Rejeksiyon + İlaç toksisitesi | Rejeksiyon | Rejeksiyon | Rejeksiyon |

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|--|--|---|--|--|---|--|--|--|---|
| Greft biyopsisi | IgAN "tekrarlayan GN" + DM nefropati | IgAN + Kronik ABMR | IgAN + Kronik aktif TCMR | IgAN + Kronik ABMR | Membranöz glomerulonefrit "de novo GN" + Aktif kronik ABMR + Aktif kronik TCMR | 2 ayrı zamanda yapılan biyopsileri var. 1.FSGS + CNI toksisite. 2. FSGS + akut-ABMR "de novo GN" | FSGS + Borderline TCMR + CNI toksisitesi | FSGS "tekrarlayan GN" + Akut - ABMR Akut - TCMR CNI | FSGS Pyelonefrit Hipersensitivite tipinde ilaç rxn Akut TCMR Hipertansif nefroskleroz Kronik CNI toksisitesi | FSGS + Akut TCMR | C3 GN "tekrarlayan GN" |
| Biyopsi tanı sayısı (n) | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 6 | 2 | 1 |
| Renal sonlanım / hasta sonlanımı | Maksimal RAAS blokeri. 5 yıl sonra takrolimus ilişkili HÜS nedeniyle fonksiyone greft ile kaybedildi. | Eşlik eden rejeksiyon nedeni ile İS tedavi aldı. 2 yıl sonra greft kaybı gelişti, hemodiyalize başlandı. | Eşlik eden rejeksiyon nedeni ile İS tedavi aldı. Stabil böbrek fonksiyonları ile takip ediliyor. | Eşlik eden rejeksiyon nedeni ile İS tedavi aldı. 5 ay sonra greft kaybı gelişti, hemodiyalize başlandı. | Eşlik eden rejeksiyon nedeni ile İS tedavi aldı. 10 ay sonra greft kaybı gelişti, hemodiyalize başlandı. | FSGS tanısı ile ilk biyopsi sonrasında steroid monoterapisi aldı. Cevapsız kalınca tekrar biyopsi yapıldı. 2. biyopsi ile İS tedavi aldı. 2. ayın içinde greft kaybı gelişti, hemodiyalize başlandı. | Eşlik eden rejeksiyon nedeni ile İS tedavi aldı. 4 ay sonra greft kaybı gelişti, hemodiyalize başlandı. | Eşlik eden rejeksiyon nedeni ile İS tedavi aldı. 3.5 yıl sonra greft kaybı gelişti, hemodiyalize başlandı. | Eşlik eden tanımlar için tedavi aldı. 180 ay sonra geliştiği için + BKİ: 39 kg/m2 ile sekonder FSGS düşünüldü. | Eşlik eden rejeksiyon nedeni ile İS tedavi aldı. 7 ay sonra greft kaybı gelişti, hemodiyalize başlandı. 3. biyopsi idi, sekonder FSGS düşünüldü. | Eculizumab tedavisi altında stabil böbrek fonksiyonları ile takip ediliyor. |

IgAN: Ig A Nefropati, FSGS: Fokal Segmental Glomeruloskleroz, Tx: Transplantasyon, RRT: Renal Replasman Tedavisi, HD: Hemodiyaliz, PD: Periton Diyalizi, GN: Glomerulonefrit, İS: İmmünsüpresif, S: Steroid, CsA: Siklosporin A, T: Takrolimus, M: Mikofenolik Asit, DM: Diyabetes Mellitus, ABMR: Antikor Aracılı Rejeksiyon, TCMR: T Hücre Aracılı Rejeksiyon, CNI: Kalsinörin İnhibitörleri, RAAS: Renin Anjiyotensin Aldosteron Sistemi, HÜS: Hemolitik Üremik Sendrom, BKİ: Beden Kitle İndeksi



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

SS-28

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN RDW AND PROGNOSIS OF BRAIN DEATH

Elahe Pourhossein¹, Sanaz Dehghani¹, Marzieh Latif², Maryam Pourhossein¹

¹Organ Procurement Unit, Sina Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

²Medical ethics and law research center, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

BACKGROUND: Accumulating evidence has demonstrated that RDW may independently predict clinically important outcomes in many populations. However, the role of RDW has not been elucidated in brain dead. We conducted this study with the aim of evaluating the predictive value of RDW in brain dead.

METHODS: A retrospective study of brain death cases during 36 months were evaluated at University Hospitals, affiliated with two main Organ procurement units in Iran. The baseline information included demographic data (age, sex, BMI), cause of brain death, and laboratory results (Red blood cell distribution, Mean Corpuscular Volume, Hemoglobin collected by checklists).

RESULTS: The mean age of brain death cases was 32.65 ± 16.53 . RDW levels were constantly increasing throughout the study and there was a significant difference between each time point of RDW measurement. RDW level at the time of brain death was 0.45 fold higher ($p=0.002$) compared to the time of admission, and additionally 0.8 fold higher ($p=0.002$) at the time of cardiac arrest compared to time of brain death. Results of the repeated-measures ANOVA test reveal that RDW level was constantly higher in the traumatic patients group compared to the non-traumatic ones, being 0.32 fold higher ($p=0.008$).

CONCLUSIONS: RDW might be a prognostic biomarker for brain death. High RDW is associated with a higher risk of brain death. In summary, our findings show that the admission of RDW level is a powerful independent prognostic factor for predicting brain death.

Anahtar Kelimeler: RDW, Brain death, Cardiac arrest



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

SS-29

ONE YEAR OUTCOME OF KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS AT MUHİMBİLİ NATIONAL HOSPİTAL, DAR ES SALAAM, TANZANİA

Jacqueline Geoffrey Shoo¹, Jonathan Willbard Mngumi¹, Gudila Valentine Shirima¹, Deus Buma³, Mahamoud Nyello¹, Francis Fredrick Furi²

¹Renal Unit, Department of Internal Medicine, Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania

²School of Clinical Medicine, Muhimbili University of Health and Allied Sciences, Dar es Salaam, Tanzania

³School of Pharmacy, Muhimbili University of Health and Allied Sciences, Dar es Salaam, Tanzania

BACKGROUND: Kidney transplantation is the best available treatment option for patients with kidney failure. Tanzania established living-related kidney transplantation services in November 2017 through collaborations with experienced centers, and it is expected that the introduction of these services will support the provision of comprehensive kidney care in the country. We report the clinical characteristics and one-year outcomes of our recipients. **Methodology** We retrospectively reviewed records of 68 living-related kidney transplantation recipients, who underwent transplantation at Muhimbili National Hospital between November 2017 - February 2022.

RESULTS: The majority of transplant recipients were males (63,2%) and their mean (SD) age was 41 (14.7) years and an age range of 9 and 60 years. Comorbidities were hypertension (94.1%), diabetes (36%), polycystic kidney disease (2.9%), hepatitis B infection (2.9%), and nephrotic syndrome (4,4%). The mean duration of pre-transplant haemodialysis was 14.81 months. Induction drugs used included methylprednisolone and Basiliximab or rabbit antithymoglobulin (rATG). Mycophenolate, Tacrolimus, and prednisolone were initial maintenance immunosuppression. Early postoperative complications noted were surgical (16.2%), gastrointestinal disturbances (17.6%), infection (14.7%), coagulopathy (1.5%), UTI (2,9%), delayed graft function (8%), and blood transfusion (8.8%). Re-admissions in the first year were 16, the reasons being infection (50%), graft dysfunction (37.5%), and surgical (12.5%). The one-year patient and graft survival were 91.2% and 88.2% respectively. Six recipients died in the first year (8.8%) and Infection was the leading cause of mortality.

CONCLUSION: This review has shown the feasibility of establishing kidney transplantation in Tanzania. A good one-year patient and graft survivals were noted.

Keywords: kidney transplant, patient survival, graft survival



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

SS-30

GENDER DISPARITY IN KIDNEY TRANSPLANTATION IN MONGOLIA: AN ANALYSIS OF THE ASTREG-WIT-KT REGISTRY

Lkhaakhuu Od Erdene¹, Tseren Khishgee¹, Davaadorj Bayan Undur², Batsuuri Batsaikhan¹, Gantulga Ganbold², Banzragch Oyunbileg³

¹Organ transplantation center, First Central Hospital of Mongolia, Ulaanbaatar, Mongolia

²Urology and andrology center, First Central Hospital of Mongolia, Ulaanbaatar, Mongolia

³Clinical laboratory department, First Central Hospital of Mongolia, Ulaanbaatar, Mongolia

INTRODUCTION: LDKT first time was commenced in 2006 and DDKT in 2008 in Mongolia. From 2016 to 2022 were 198 people underwent KT, 76.6% were men and 23.4% were women. Gender inequality and socioeconomic status in Mongolia are different and unique.

METHOD: From 2015 to 2022, a total of 198 patients who received LDKT at the FCHM participated in this study. We determined donor to recipient gender match as following groups: 1st group: male donor to male recipient /M-M/, 2d group: male donor to female recipient /M-F/, 3th group: female donor to female recipient /F-F/ and 4th group: female donor to man recipient /F-M/ and estimate the graft and the patient's 1- and 3-years survival rate.

RESULT: In 4th group /F-M/ and 3th group /F-F/ composed 39.3% (24) and 40% (8), respectively, mothers was more donated her kidney to child than other groups. Living kidney donors were female, with over 8 (40.0%) patients with the parental relationship were mother and 3 (17.6%) patients were from fathers. In male recipients, 9 (52.9%) recipients received from sisters and 31 (47,7%) recipients received from brothers ($P>0.05$). In terms of donor employment and religion, there was no statistically significant difference among gender groups. 1- and 3- year graft survival rate was 99.4% and 93.9%, respectively. We found that female recipients of male donor were nonsignificant higher graft survival rate ($P>0.05$)

CONCLUSION: Participation in this program will be important to understand gender disparity in kidney transplantation in Mongolia and comparison our result with another Asian countries.

Keywords: FCHM /First Central Hospital of Mongolia, LDKT /liven donor kidney transplantation, DDKT /deceased donor kidney transplantation/

SS-31

RENAL TRANSPLANTASYON SONRASI ERİTROSİTOZ GELİŞEN VE GELİŞMEYEN HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Asil Demirezen¹, Ömer Faruk Akçay¹, Emre Yaşar², Saliha Yıldırım³, Özant Helvacı¹, Sevim Gönen⁴, Galip Güz¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Malatya, Türkiye

³Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Ankara, Türkiye

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, HLA Doku Tipleme Laboratuvarı, Ankara, Türkiye

GİRİŞ: Transplantasyon sonrası gelişen eritrositöz böbrek naklinden sonra görülen yüksek hemoglobin (>17 g/dL) veya hematokrit (>%51) varlığı olarak tanımlanmaktadır. Genellikle nakilden sonraki iki yıl içinde meydana gelir. Transplantasyon sonrası eritrositözla ilişkili birçok faktör mevcuttur. Çalışmamızda renal transplantasyon sonrası eritrositöz gelişen ve gelişmeyen hastaların klinik, laboratuvar ve immunolojik özelliklerini karşılaştırmayı planladık.

YÖNTEM: Çalışmamıza Gazi Üniversitesi Hastanesi erişkin transplantasyon ünitesinde en az bir yıldır takipli ve HLA doku tiplemesi (HLA-A, B, C, DRB1 ve DQB1) yapılmış olan 253 hasta dahil edildi. Hastalar transplantasyon sonrası eritrositöz gelişenler ve gelişmeyenler olarak iki gruba ayrıldı. Retrospektif olarak bu iki grubun demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri karşılaştırıldı.

SONUÇLAR: Transplantasyon sonrası eritrositöz gelişen grupta erkek cinsiyet oranı daha fazlaydı ($p<0.001$). Kadavradan nakil, transplantasyon sonrası eritrositöz olan grupta daha azdı ($p=0.01$). Gecikmiş greft fonksiyonunun post transplantasyon eritrositöz olan grupta az olduğu görüldü ($p=0.02$). Hastaların, human leukocyte antigen (HLA) tiplendirmeleri değerlendirildiğinde eritrositöz gelişimi olanlarda HLA B68 allelinin daha fazla olduğu saptandı ($p=0.01$). Glomeruler filtrasyon hızı (GFR) bazal ve son kontroldeki değerleri eritrositöz gelişen grupta daha yüksek olarak bulundu. (p değerleri sırasıyla $p=0.004$ ve $p=0.009$). Gruplar arasında rejeksiyon sıklığı ve greft sağ kalımı açısından fark saptanmadı. (Tablo 1)

TARTIŞMA: Çalışmamızda transplantasyon sonrası eritrositözla ilişkili olabilecek birçok faktör saptadık. Çalışmamız verileri HLA B68 varlığının renal transplantasyon alıcılarında eritrositöz gelişimi için genetik bir predispozan olabileceğini, bu allele sahip transplant alıcılarının transplantasyon sonrası dönemde eritrositöz gelişimi açısından daha yakın takip edilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Çalışmamız verilerini destekleyen daha fazla sayıda hasta grubunu içeren benzer ek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: allel, eritrositöz, transplantasyon

Tablo 1

| | Toplam n= 253 | Yok n= 203 (%80) | Var n= 50 (%20) | p değeri |
|-------------------|------------------|---------------------|--------------------|----------|
| Yaş | 33 (24-43) | 33 (24-44) | 34 (24-41) | 0.8 |
| Cinsiyet Erkek | 158 (%62) | 116 (%57) | 42 (%84) | <0.001 |
| DM | 23 (%9) | 18 (%9) | 5 (%10) | 0.8 |

| | | | | |
|---------------------------|----------------|----------------|---------------|-------|
| HT | 175 (%69) | 138 (%68) | 37 (%74) | 0.4 |
| ODPKBH | 14 (%6) | 9 (%4) | 5 (%10) | 0.1 |
| Sigara kullanımı | 64 (%25) | 51 (%25) | 11 (%22) | 0.6 |
| Diyaliz süresi | 36 (18-90) | 36 (18-90) | 26 (12-72) | 0.4 |
| Kadavra nakil | 59 (%23) | 54 (%27) | 5 (%10) | 0.01 |
| İndüksiyon | 87 (%34) | 76 (%37) | 11 (%22) | 0.04 |
| ATG | 85 (%34) | 61 (%30) | 24 (%48) | |
| Basiliximab | 81 (%32) | 66 (%33) | 15 (%30) | |
| Yok | | | | |
| Preemptif nakil | 82 (%32) | 69 (%34) | 13 (%26) | 0.3 |
| Gecikmiş greft fonksiyonu | 29 (%12) | 28 (%14) | 1 (%2) | 0.02 |
| HLA alleli A*68 | 18 (%7) | 10 (%5) | 8 (%16) | 0.01 |
| eGFR (bazal) | 72 (59-91) | 70 (58-87) | 84 (65-103) | 0.004 |
| Proteinüri (bazal) | 227 (160-340) | 230 (170-328) | 216 (132-430) | 0.8 |
| eGFR (son kontrol) | 60 (32-82) | 58 (27-76) | 75 (50- 92) | 0.009 |
| Proteinüri (son kontrol) | 310 (131-1224) | 320 (133-1407) | 261 (122-892) | 0.4 |
| Rejeksiyon epizodu | 54 (%21) | 45 (%22) | 9 (%18) | 0.5 |
| Greft sağkalımı | 42 (%17) | 37 (%18) | 5 (%10) | 0.2 |
| Takip süresi | 95 (60-142) | 96 (60-142) | 92 (54-139) | 0.8 |

ATG: Anti- timosit globulin; DM: Diabetes mellitus; GN: Glomerulonefrit; HLA: Human leukocyte antigen; HT: hipertansiyon, eGFR: tahmini glomeruler filtrasyon hızı; ODPKBH: Polikistik Böbrek Hastalığı



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

SS-32

THE EFFECT OF PRE-TRANSPLANT AND TRANSPLANT CARE ON ORGAN QUALITY: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Maryam Pourhossein¹, Sanaz Dehghani¹, Marzieh Latif², Elahe Pourhossein¹

¹Organ Procurement Unit, Sina Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

²Medical ethics and law research center, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

INTRODUCTION: Improvement of preservation methods in cases involving brain death will lead to more effective organ procurement. The aim of this study was to determine the effect of management before and during transplantation on the quality of donated organs. Method and materials: Data from the 226 brain death cases enrolled in the 12-month study period. All cases were considered to confirm the criteria of brain death (GCS3, appropriate age, having medical indications for organ donation). Transplant outcome data were obtained from the transplant centers.

RESULTS: The age of the deceased ranged between 1 and 68 years, with a mean \pm SD of 39.54 ± 17.28 years. There was no significant difference between the quality of organs regarding blood group and cause of brain death ($P > 0.05$). However, there was a significant difference in the quality of organs regarding age, BMI and gender. There was a significant difference between the level of urea at admission time and procurement time ($P < 0.001$), as well as between creatinine level at admission time and procurement time ($P < 0.001$).

There was also a significant difference between AST at admission time and procurement time ($P < 0.001$), and ALT at admission time and procurement time ($P < 0.001$).

CONCLUSION: Transplant outcomes using older donor liver and kidney donation were comparable to those using younger or male donors. These findings provide further evidence that decision-making about organ quality is influenced by age and gender and emphasize the importance of transparency in organ acceptance practices.

Anahtar Kelimeler: Transplant care, Organ quality, Kidney



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

SS-33

A COMPARATIVE STUDY ON QUALITY OF SLEEP BEFORE AND AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION IN ESRD PATIENTS

Marzieh Latifi¹, Sanaz Dehghan², Maryam Pourhossein², Elahe Pourhosein²

¹Medical ethics and law research center, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

²Organ Procurement Unit, Sina Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

BACKGROUND: This study aimed to compare the sleep quality of patients before and six months after renal transplantation. Method and materials: A total of 100 participants with end-stage renal disease (ESRD) who were on the waiting list for kidney transplantation were included in the study. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) was used to assess the sleep quality of the participants within one month prior to the transplantation and at the six-month mark after the surgery. The demographic and medical information of the patients were obtained from their medical records.

RESULTS: There was a significant difference in sleep quality before and after transplantation. Prior to the surgery, 75% of participants were poor sleepers, while 27.4% remained poor sleepers six months after the transplantation. The mean sleep quality score significantly decreased after the surgery compared to the pre-transplant phase. Additionally, there was a significant relationship between age and sleep quality after the transplant surgery, as well as between the duration after transplantation and sleep quality. However, there was no significant difference in sleep quality based on gender. The study identified age, gender, and duration after transplantation as significant predictors of sleep quality.

CONCLUSION: The findings suggest that renal transplantation can help resolve sleep disorders in many patients, but some may still experience sleep problems after the surgery. Clinicians should consider factors such as pain, psychological status, medication type, and medication side effects when addressing sleep disruptions in these patients.

Anahtar Kelimeler: Quality of sleep, Kidney Transplantation, ESRD



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

SS-34

MESENCHYMAL STEM CELLS IN TREATMENT OF KIDNEY ALLOGRAFT CHRONIC ACTIVE ANTIBODY-MEDIATED REJECTION

Nadzeya Rapetskaya, Kirill Komissarov, Aleh Kalachyk

Minsk Scientific and Practical Center for Surgery, Transplantology and Hematology, Minsk, Belarus

Chronic active antibody-mediated rejection (cAAMR) is one of the main causes of late allograft failure after kidney transplantation. Data on the management of cAAMR after kidney transplantation are limited. Mesenchymal stem cells (MSCs) are of particular interest in kidney transplantation because of their immunosuppressive properties.

That was a single-center study of kidney transplant recipients (n=7) treated with adipocyte derived MSCs for biopsy-confirmed cAAMR. MSCs infusions were performed once a week for 4 weeks. All patients were followed for at least 24 months clinically and by laboratory tests for graft and patient outcomes.

Mean age of recruited patients was 48 [39;72] years. All of them had first kidney transplant. The time frame for cAAMR development was 91 months. 2 (28,5%) patients started dialysis during the follow-up. Other 5 kidney transplant recipients with functioning grafts had no significant changes in serum creatinine, glomerular filtration rate and proteinuria after treatment however, 2 of them had better microvascular inflammation (MVI) index.

CONCLUSION: Effectiveness of MSCs in cAAMR management is unclear. Further studies are required.

Keywords: transplant, rejection, stem cells

SS-35

CLINICAL OUTCOME OF KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS WITH DE NOVO DONOR SPECIFIC ANTIBODIES: A SINGLE-CENTER EXPERIENCE

Omid Afsharjahanshahi¹, Mehdi Nikandishnobar¹, Zeynep Sude Gökmen², Necla Özşeker³, Ferda Alpaslan Pınarlı⁴, Mehmet Emin Demir⁵, Siren Sezer⁶

¹*Atılım University Medical Student, Iran*

²*Atılım University Medical Student, Türkiye*

³*Transplant Coordinator Medicana International, Ankara*

⁴*Prof of Immunology, Viagen Lab of Immunology and Genetics*

⁵*Assoc of Nephrology, Atılım Üniversitesi Tıp fakültesi*

⁶*Prof Of Nephrology, Atılım Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Kidney transplantation is challenging in patients with preexisting donor-specific antibodies (DSAs) carrying the risk of rejection and allograft loss. Desensitization, with plasmapheresis, B-cell depletion therapies are planned to improve success rates in highly HLA-incompatible transplant recipients. Specific types of preformed DSA (class I, class II, or C1q-fixing) give a clue about the rejection risk and can be followed after the desensitization protocol to proceed with transplantation. We describe the pretransplant alloantibody detection, desensitization treatment, allograft, and patient outcomes, highly sensitized 14 patients who received living donor kidney transplantation between 2019-2022. All patients' donor-specific antibodies were determined by Luminex DSA assay and C1q binding assay before and after sensitization. The induction or maintenance therapy received before and after transplantation and the first month's follow-up results after transplantation were collected retrospectively. Patients with dnDSA and MFI > 5000 comprised the study. After sensitisation patients with non-C1q-binding DSA were found acceptable to transplantation. Patient-specific data for PRA, DSA, and C1q binding results were collected from the records. All patients received plasmapheresis (5-8 sessions), 2 patients IVIG, and one patient rituximab during desensitization. Transplantation was performed with ATG 1.5-2 mg/kg 5-6 days after transplantation. All the patients were discharged with creatinine range of 0.6 to 1.4 mg/dl. According to the first month's results, there was no acute rejection. In conclusion, the distinction between clinically relevant and non-significant dnDSA is still a major concern for transplant care. Results indicate that patients with C1q-negative dnDSA with acceptable MFI values can be transplanted with favorable short-term results.

Keywords: C1q, DSAs, Kidney Transplant, Cross Reaction

SS-36

THE 5- YEAR OUTCOMES OF DECEASED-DONOR-RELATED KIDNEY TRANSPLANTATION: THE LARGEST DATA FROM TURKEY

Mehmet Emin Demir¹, Özgür Merhametsiz², Murathan Uyar³, Şinasi Sevmiş⁴, Sema Aktaş⁴, Murat Sevmiş⁵, Tuba Elif Şene⁶, Hacı Hasan Yeter⁶, Öykü Kılıç¹, Aylin Yeşim Burç¹, Refika Büberci⁷, Siren Sezer¹

¹Atılım University, School of Medicine, Department of Nephrology, Ankara, Turkey

²Yeni Yüzyıl University, School of Medicine, Department of Nephrology, Istanbul, Turkey

³Istanbul Aydın University, School of Medicine, Department of Nephrology, Istanbul, Turkey

⁴Yeni Yüzyıl University, School of Medicine, Department of General Surgery, Istanbul, Turkey

⁵Dicle University, School of Medicine, Department of General Surgery, Diyarbakır, Turkey

⁶Hacettepe University, School of Medicine, Department of Nephrology, Ankara, Turkey

⁷Ankara Training and Research Hospital, Department of Nephrology, Ankara, Turkey

INTRODUCTION: Our transplant center has been performing around 200 kidney transplants yearly for over 15 years in Istanbul, Turkey, and is capable of maintaining long-term recipient follow-up and access to recipients' data. This study aims to demonstrate the outcomes of deceased-donor-related kidney transplantation from the data of this high-volume center in Turkey.

METHODS: This single-center, retrospective study includes the data of 244 DDRKT performed between December 2009 – December 2017 in Istanbul Yeni Yüzyıl University, Gaziosmanpaşa Hospital. The hospital's software system and the Turkish National Patient Tracking System (e-Nabiz) were used for the data procurement. The majority of the recipients had regular periodic follow-ups at the same unit in which they were transplanted, a few cases were followed by other institutional transplant units which were close to the cities they lived in.

RESULTS: A total of 244 recipients and their donors were evaluated. The median recipient survival duration was 48 months (0-143) and 47 (19.3%) of recipients died between 2008-2019 years. The clinical and laboratory features of the recipients and donors and the basic outcomes are presented in Table 1-4 and Figure 1-2.

CONCLUSIONS AND IMPLEMENTATIONS: This large sample-sized longitudinal study indicated valuable data regarding deceased-donor-related kidney transplantation performed in Turkey. While the study provides a satisfactory overview of DDRKT, each parameter needs further analysis for a better understanding of the issue. Certain major outcomes are listed below;

- 42.6% of offered allografts were with extended donor criteria. Turkish transplant teams are very dedicated to accepting substantial offered kidney allografts
- The median duration of time spent on dialysis is 120 months. Recent onset starting on dialysis has some disadvantages that should be discussed
- Median donor age is relatively younger. This result suggests that older donors may have been greatly excluded.
- Early mortality is the main overall DDRKT failure
- The majority of acute rejection occurs within the first posttransplant year.
- PRA class I and Class II (or both) positivity on the waiting list ranges from approximately 18 – 40%
- 5-year recipient and allograft survivals approximately 85%

Keywords: 5, year, outcome, transplantation, largest, Turkey

SS-37

THE SPOUSE AS A KIDNEY TRANSPLANT DONOR

Saliha Lahfaya

Hospital Establishment Specializing in Organ and Tissue Transplantation of Blida. Blida University, Department of Medecine, Blida, Algeria.

INTRODUCTION: Most kidney transplants performed in Algeria come from living related donors. The mother is the most frequent donor. In Algeria, the new law on human organ transplantation, which was adopted in 2018, allowed organ procurement from living related donors extended to close relatives and to the spouse.

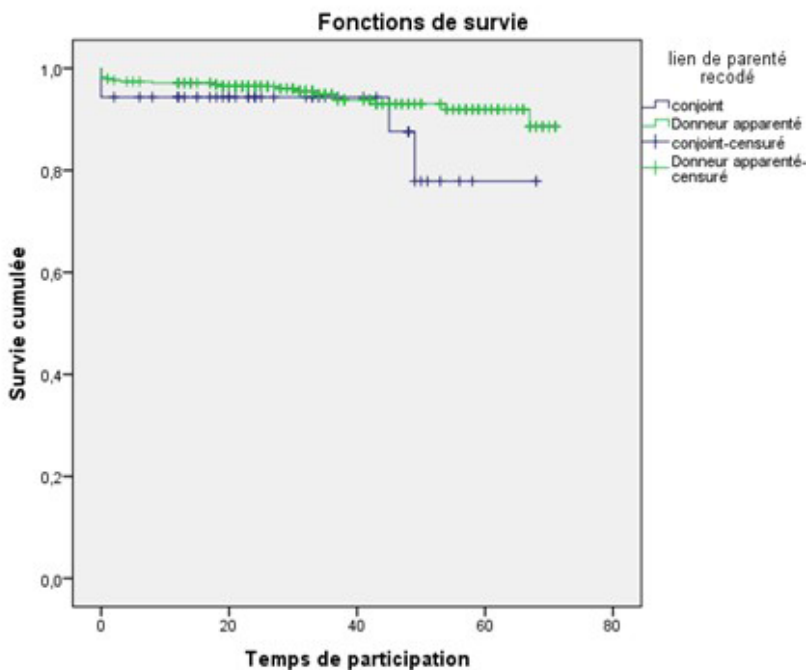
MATERIALS-METHODS: This study was designed to compare the outcomes of spousal donor (SD) with related donor (RD) kidney transplants performed at four centers between January 2012 and December 2016.

RESULTS: A total of 399 adult, ABO compatible kidney transplants (SD 53 [13.3%], RD 346 [86.7%]) were included. Majority of the donors (SD 79.2%, RD 61%) were females. In the SD group, donors were younger (SD 39.9 ± 8.67 years, RD 45.8 ± 12.3 years), whereas recipients were older (SD 42.7 ± 7.8 years, RD 32.7 ± 10.5 years). Kidney survival, infection and acute rejection rates were similar in the two groups. There was more NODAT and HTA in the SD; ($P=0.014$, $P=0.018$). The two groups showed comparable mean creatinine at one (SD 12.15 ± 3.08 mg/L vs. RD 12.58 ± 4.37 mg/L), three years (SD 12.6 ± 2.8 mg/L vs. RD 13.4 ± 5.5 mg/L) and at the end of the study (SD 17.64 ± 14.85 mg/L vs. RD 17.13 ± 14.97 mg/L). There was a significant difference in patient survival ($P < 0.01$), in the SD, eight patients dead, five of them with a functional graft.

CONCLUSION: We conclude that long term outcomes of SD transplants are not inferior to RD transplants.

Keywords: Kidney transplantation, spouses donors, related donor, outcomes, kidney survival

Graft survival



There is no difference in graft survival between the two groups, $P=0.17$



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

SS-38

MAPPING THE PREVALENCE OF TOXOPLASMA GONDII INFECTION AMONG KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS

Sanaz Dehghani¹, Marzieh Latif², Maryam Pourhossein¹, Elahe Pourhossein¹

¹Organ Procurement Unit, Sina Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

²Medical ethics and law research center, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

INTRODUCTION: This study aimed to investigate the prevalence and risk factors of *T. gondii* infection in kidney transplant patients at Sina Hospital in Tehran between 2017 and 2021.

METHODS: This is a retrospective cross-sectional study where conducted in Sina Hospital, using a census approach and after obtaining informed consent. Data were collected from medical records and the transplant database, and recorded in a checklist.

RESULTS: During the 5-year study period, 341 kidney transplant patients were eligible for inclusion. The median age of participants was 43 years, with a majority being male (68.2%) and a mean age of 42.11 ± 13.96 years. A positive correlation was found between the presence of EBV IgG and the time since kidney transplantation ($r = 0.16$, $P = 0.002$). In addition, the study revealed a positive correlation between TOX IgG levels and age ($r = 0.12$, $P = 0.02$). There was also a positive correlation observed between CMV IgG levels and the time since kidney transplantation ($r = 0.11$, $P = 0.03$), as well as TOX IgG levels ($r = 0.13$, $P = 0.01$). Additionally, there was a negative correlation between SGOT levels and serum creatinine ($r = -0.16$, $P = 0.00$). Gender was not found to be a significant predictor for EBV IgG, CMV IgG, or TOX IgG.

CONCLUSION: It is important for physicians to be aware of preventive measures and to consider early diagnosis in cases presenting compatible symptoms. Screening for anti-Toxoplasma IgM antibodies should be conducted in all potential kidney donors.

Anahtar Kelimeler: Prevalence, Toxoplasma Gondii, Kidney Transplant Recipients

SS-39

BÖBREK NAKLİ BEKLEME LİSTESİ KAYIT ORANLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: İKİ MERKEZLİ ÇALIŞMA

Tamer Selen

Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Nefroloji, Düzce

AMAÇ: Bu çalışmada şehrimizde böbrek nakli bekleme listesine kayıt oranının belirlenmesi ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmayı Düzce ilinde iki ayrı hemodiyaliz merkezinde kronik hemodiyaliz tedavisi gören toplam 99 erişkin hastayla gerçekleştirdik. Hastaların böbrek nakli bekleme listesine kayıtlı olup olmadığını ve demografik özelliklerini araştırmak için bir anket kullandık.

BULGULAR: Toplamda hastaların %75.8' i kadavra bekleme listesine kayıtlı değil iken sadece %24.2'si listeye kayıtlıdır. Kayıtlı olan hastalar incelendiğinde; %54.2'si erkek, hastaların çoğu (%41.7'si) 64 yaş üzeri, hastaların %58.3' ü evli ve çoğu (%41.7'si) il merkezinde oturmaktadır. Hem kayıtlı (%62.5) hem kayıtlı olmayan (%56) hastaların çoğu ilkököl mezunudur. Primer böbrek yetmezliği nedenlerine göre her iki grupta da diyabetik ve hipertansif nefropati çoğunluktadır. Kayıtlı olmayan hastaların hemodiyaliz süresi en çok (%29.3) 12 aydan azken, kayıtlı olanların çoğunun (%37.5) hemodiyaliz süresi 120 aydan fazladır ve hemodiyaliz süresi ile kayıt durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.001$). Kayıtlı olan hastalarda hemodiyaliz giriş yolu arteriovenöz fistül olan 22 hasta varken sadece 2 hastanın giriş yolu kataterdir ve kayıtlı olmayan hastaların çoğunun (%61.3) giriş yolu arteriovenöz fistüldür. Hemodiyaliz giriş yolu ile kayıt durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.011$) (Tablo 1). Kayıtlı olan hastaların merkeze son başvuru zamanı ortalama 24 aydır ve sadece %12.5' inin düzenli takibi vardır.

SONUÇ: Şehrimizde iki ayrı merkezde hemodiyaliz tedavisi gören hastaların büyük kısmı kadavra bekleme listesine kayıtlı değildir. Hemodiyaliz süresi 120 aydan fazla ve hemodiyaliz giriş yolu arteriovenöz fistül olan hastalar kadavra bekleme listesinde çoğunluğu oluşturmaktadır. Hastaların önemli bir kısmı kayıt sonrası düzenli takibe gitmemektedir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli bekleme listesi, hemodiyaliz, kadavradan böbrek nakli, son dönem böbrek yetmezliği

Tablo 1: Kayıtlı ve kayıtlı olmayan hastaların karakteristiklerinin karşılaştırılması

| Hastaların karakteristikleri | Kayıtlı olmayan hastalar (n=75) | Kayıtlı hastalar (n=24) | P |
|------------------------------|---------------------------------|-------------------------|--------|
| Yaş (yıl) | | | |
| 18-49 | 8 (%10.7) | 5 (%20.8) | 0.113a |
| 50-64 | 18 (%24) | 9 (%37.5) | |
| >64 | 49 (%65.3) | 10 (%41.7) | |
| Cinsiyet | | | |
| Kadın | 33 (%44) | 11 (%45.8) | 0.999b |
| Erkek | 42 (%56) | 13 (%54.2) | |
| Medeni hali | | | |
| Bekar-dul | 31 (%41.3) | 10 (%41.7) | 0.999b |
| Evli | 44 (%58.7) | 14 (%58.3) | |

| | | | |
|---------------------------------|------------|------------|------------|
| Yaşadığı yer | | | |
| Köy | 16 (%21.3) | 5 (%20.8) | |
| İlçe | 24 (%32) | 9 (%37.5) | 0.875a |
| İl merkezi | 35 (%46.7) | 10 (%41.7) | |
| Eğitim düzeyi | | | |
| Okuma yazma bilmeyen | 14 (%18.7) | 3 (%12.5) | |
| İlkokul | 42 (%56) | 15 (%62.5) | 0.051a |
| Ortaokul | 12 (%16) | 0 (%0) | |
| Lise veya Üniversit | 7 (%9.3) | 6 (%25) | |
| Primer Böbrek Yetmezliği Nedeni | | | |
| DM | 30 (%40) | 5 (%20.8) | |
| HT | 27 (%36) | 9 (%37.5) | |
| KrGN | 3 (%4) | 1 (%4.2) | |
| PKBH | 6 (%8) | 4 (%16.7) | 0.509a |
| Diğer | 4 (%5.3) | 2 (%8.3) | |
| Bilinmeyen | 5 (%6.7) | 3 (%12.5) | |
| HD süresi (ay) | | | |
| <12 | 22 (%29.3) | 3 (%12.5) | |
| 12-23 | 12 (%16) | 0 (%0) | |
| 24-60 | 27 (%36) | 4 (%16.7) | <0.001a*** |
| 60-120 | 10 (%13.3) | 8 (%33.3) | |
| >120 | 4 (%5.3) | 9 (%37.5) | |
| HD sıklığı (hafta) | | | |
| 2/7 | 11 (%14.7) | 2 (%8.3) | |
| 3/7 | 64 (%85.3) | 22 (%91.7) | 0.340c |
| HD giriş yolu | | | |
| avf | 46 (%61.3) | 22 (%91.7) | 0.011b* |
| katater | 29 (%38.7) | 2 (%8.3) | |

Kategorik değişkenler sayı (%) olarak ifade edilmiştir. a: Pearson Ki-Kare Testi; b: Yates Süreklilik Düzeltmesi; c: Fisher Kesinlik Testi; *:p<0.05; ***:p<0.001

AuthorToEditor: Rutin hemodiyaliz programındaki hastaların kadavra bekleme listesine kayıt oranlarının ne kadar düşük olduğunu ve kayıtlı hastaların da nakil merkezlerine düzenli takibe gitmediklerini çalışmamızda vurgulamak istedik. Şehrimizde yaptığımız bu çalışma Türkiye geneli yapılabilir. Kadavra bekleme listeleri için hasta bilgilendirilmeleri artırılabilir.

SS-40

ERKEN DÖNEM BÖBREK TRANSPLANTASYONU VERİLERİMİZ; TEK MERKEZ DENEYİMİ

Gürkan Değirmencioğlu

Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Renal transplantasyon, son dönem böbrek yetmezliği olan hastalara umut ışığı oluşturan hayat kurtarıcı bir cerrahi müdahaledir. Bu işlem, hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde artırırken, kronik böbrek yetmezliği olan hastaların yaşam süresini uzatmaktadır. Ancak, nakil sonrası immünsüpresif ilaçların ömür boyu kullanımı bazı handikaplar doğurur.

Ankara Etlik Şehir Hastanesi'nde böbrek transplantasyonu 2023 yılının son çeyreğinde başladı. Çalışma, 2023 yılının son çeyreğinde 15 hastada gerçekleştirilen renal transplantasyonun erken dönem sonuçlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. İki kadavradan ve 13 canlı vericiden alınan böbreklerin başarıyla nakledilmesi üzerine odaklanan çalışma, etik kurallara ve tıp standartlarına tam uyumluluk göstermiştir. Alıcı ve verici adayları detaylı bir değerlendirmeden geçirilerek uygunlukları belirlenmiş ve operasyon öncesinde gerekli hazırlıklar yapılmıştır.

Hastaların yaş ortalaması 39,7±11,6 iken, donörlerin yaş ortalaması 46,6±11,3 olarak hesaplanmıştır. Transplantasyon yapılan hastaların son dönem böbrek yetersizliği etyolojileri incelendiğinde, çeşitli faktörlerin rol oynadığı görülmüştür; bu faktörler arasında Tip 1 Diyabet Mellitus, membranöz glomerülo nefrit, Hipertansiyon, ve FSGS gibi durumlar belirlenmiştir.

Renal replasman tedavilerinde böbrek nakli en iyi tedavi metodudur. Yeterli donanımına sahip merkezlerde bu tür operasyonların yapılması hasta sağ kalımı ve maliyet yükü açısından büyük avantaj sağlamaktadır. Merkezimizde böbrek nakli olan hastalarla ilgili kısa süreli sonuçlarımız ulusal ve uluslararası sonuçlarla paralel hatta komplikasyonlar açısından daha düşük orandadır

Anahtar Kelimeler: renal transplantasyon, transplantasyon, rejeksiyon, greft kaybı

figure-1 demografi

15 nakil

13 canlı, 2 kadavra

4 kadın – 11 erkek

Yaş 22 – 68 yaş

Donör yaşı 34 – 64 yaş

MM sayısı 0 – 6

Hastaların demografik durumu

Tablo 2. Alıcı Son Dönem Böbrek Yetmezliği Nedenleri

| | n |
|---|---|
| <u>Glomerülo nefrit</u> | 4 |
| <u>Diabetes Mellitus</u> | 1 |
| <u>Hipertansiyon</u> | 3 |
| <u>Fokal Segmental Glomerüloskleroz</u> | 3 |
| <u>MGN</u> | 1 |
| <u>Veziko-Üreteral Reflü</u> | 1 |
| <u>FMF</u> | 1 |
| <u>ABH-Atrofik Böbrek</u> | 1 |

Son dönem böbrek yetmezliği etyolojileri



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

SS-41

KRONİK BÖBREK HASTALARINDA RENAL ANEMİYE YENİ BİR SOLUK, ROXADUSTAT TEDAVİSİNİN ERKEN SONUÇLARI İLE VAKA SERİLERİ

Abdulhamid Arslan¹, Ebru Gök Oğuz², Mehmet Deniz Ayl²

¹Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Etlik Şehir Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Kronik Böbrek Hastalığı geri dönüşümü olmayan komplikasyonlara yol açan önemli bir halk sağlığı sorunudur. En sık komplikasyonlarından biri renal anemidir. Renal Aneminin başlıca sebepleri fibrozise sekonder azalmış eritropoetin yapımı ve kronik inflamasyon sebepli hepsidin artışının demir metabolizmasına olan etkisidir. Renal anemi tedavisinde ilk seçeneklerden biri Eritropoezi uyarıcı ajanlardır. Ancak kronik inflamasyon sebepli hepsidin artışı EPO tedavisine yanıtı baskılamaktadır. Renal Anemi tedavisinde yeni seçeneklerden biri olan HIF-PH inhibitörü Roxadustat diğer ajanlara kıyasla hemoglobin artışı açısından daha fazla umut vadetmektedir. Roxadustat endojen EPO üretimini uyarmakla kalmayıp serum Hepsidin düzeyini düşürüp negatif demir dengesini bozmakta ve demir emilimini arttırmaktadır.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Bu çalışmada Etlik Şehir Hastanesi Nefroloji Kliniğinde takip edilmekte olan Kronik Böbrek Hastalarında Roxadustat kullanımı sonrası erken dönemde hemoglobin artışı, lipid ve negatif demir dengesi parametrelerinin değişiminin gözlemlenmesi amaçlanmıştır. Bu vaka serisinde veriler hastane veritabanı üzerinden retrospektif olarak incelenmiştir.

BULGULAR: 7 KBH tanılı hastaya Ocak 2024 tarihlerinde vücut ağırlığına göre Roxadustat başlanmış olup bu süreçte aylık ve iki aylık takiplerinde ferritin düzeyinde düşüş, hemoglobin düzeyinde yaklaşık 0.8-0.9 mg/dl yükselme saptanmış negatif demir dengesinde düzelme gözlenmiştir. Lipid profilinde anlamlı bir değişim saptanmamıştır. Elde edilen bulgular Tablo-1'de görüldüğü şekildedir.

TARTIŞMA VE SONUÇLAR: Yapılan çalışma Roxadustat başlanan hastalarda erken dönemde dahi hemoglobin değerindeki anlamlı yükselişi göstermektedir. Negatif demir dengesindeki düzelme hastaların tedaviye yanıt verdiğini, kronik inflamasyonun baskılanmaya başladığını göstermiştir. Çalışmada tedavinin erken klinik sonuçları gözlenmekte olup az sayıda hasta bulunması ve tedavinin yeni başlanmış olması çalışmanın kısıtlılıkları arasındadır. Ancak gözlemlenen anlamlı değerler kronik böbrek hastalığında renal anemiye alternatif yaklaşım konusunda umut vericidir.

Anahtar Kelimeler: Eritropoetin, kronik böbrek hastalığı, renal anemi, roxadustat

HASTALAR

| Hasta | 0. Ay Hgb Düzeyi | 1. Ay Hgb Düzeyi | 2. Ay Hgb Düzeyi |
|---|--|------------------|---|
| | Negatif Demir Dengesi Parametreleri ve Lipid Profili | | Negatif Demir Dengesi Parametreleri ve Lipid Profili |
| Z.A. 47 Y - Kadın Prediyaliz | HGB: 9.8mg/dl Ferritin:168 LDL:143 HDL:53 | HGB: 10.1mg/dl | HGB: 10.7 mg/dl Ferritin:152 LDL:117 HDL:40 |
| A.Ü. 48 Y - Kadın 9 Yıldır Periton Diyalizi | HGB: 9.7 mg/dl Ferritin: 257 LDL:70 HDL:36 | HGB: 9.1 mg/dl | HGB: 11.5 mg/dl Ferritin: 34 LDL:67 HDL:29 |
| E.Ç. 53 Y - Erkek 4 Aydır Periton Diyalizi | HGB:9.4 mg/dl Ferritin: 273 LDL:82 HDL:39 | HGB:9.1 mg/dl | HGB: 11.3 mg/dl Ferritin: 70 LDL:60 HDL:55 |
| R.A. 55 Y - Kadın 8 Yıldır Periton Diyalizi | HGB:10.2 mg/dl Ferritin:233 LDL: 64 HDL:40 | HGB: 10.5 | HGB: 10.7 mg/dl Ferritin: 239 LDL: 70 HDL:50 |
| M.Ö. 32 Y - Erkek 3 Yıldır Periton Diyalizi | HGB:10.8 Ferritin: 132 LDL:211 HDL:52 | HGB:11.2 | HGB: 11.2 Ferritin:367 LDL:291 HDL:46 |
| S.G. 68Y - Kadın Rutin HD | HGB:9.4 Ferritin:947 LDL:84 HDL:40 | HGB:10.9 | HGB:12.3 Ferritin:453 LDL: 77 HDL:45 |
| S.M. 60 Y - Kadın Rutin HD | HGB:9.6 Ferritin:636 LDL:66 HDL:50 | HGB:9.4 | HGB:9.8 Ferritin:400 LDL:76 HDL:54 |

TABLO 1: Roxadustat tedavisi uygulanan hastaların aylık hemoglobin, lipid profili ve demir parametrelerindeki değişim

SS-42

SGLT2 İNHİBİTÖRLERİNİN DİYABETİK BÖBREK HASTALARINDA, KALP YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARDA ERİTROSİTOZ VE HEMATOKRİT DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİ

Arzu Akgöl

Etilik Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Sodyum-glucose cotransporter-2 inhibitörleri (SGLT2i)'nin diabetes mellitusu (DM) olan hastalarda kan şekeri regülasyonu ile birlikte; kalp yetmezliği (KY) hastalarında kardiyoprotektif etkisi olduğu, böbreklerde glomerüler filtrasyon hızını (GFH) koruduğu, proteinüriyi düzelttiği, kardiyovasküler risk faktörlerini azalttığı izlenmiştir. Son zamanlarda eritropoezi artırdığı yönde sonuçlar da görülmüştür. Bu çalışmada amacımız SGLT2i başlanan hastalarda, SGLT2i'nin diyabetik böbrek hastalarında ve KY olan hastalarda hematokrit ve eritrositoz üzerine etkisini araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya DM ve/veya KY tanısı ile SGLT2i başlanan 2021-2023 yılları arasında 272 hasta alındı. Demografik ve laboratuvar verileri kaydedildi, hemoglobulin, hematokrit ve eritrosit sayıları ilacın başlandığı tarihte ve 3 ay sonra incelendi. Hastalar GFH göre iki grupta incelendi. GFH>60ml/dk üzerinde 152, GFH<60ml/dk altında 120 hastanın demografik verileri ve hemoglobulin, hematokrit ve eritrosit düzeyleri karşılaştırıldı. Her iki grupta da tedaviden 3 ay sonra hemoglobulin ($p<0.001$), hematokrit ($p<0.001$) ve eritrosit ($p<0.001$) düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı artış olduğu izlendi. Ayrıca KY olan ve KY olmayan grupları da incelediğimizde her iki grupta da aynı şekilde hemoglobulin ($p<0.001$), hematokrit ($p<0.001$) ve eritrosit ($p<0.001$) düzeylerinin tedaviden 3 ay sonra arttığı izlendi. Yine Dapaglofizin ve Empaglifozin alan hastalar karşılaştırıldığında her iki ilaç grubunda da hemoglobulin, hematokrit ve eritrosit sayılarında 3 ay sonra istatistiksel olarak anlamlı artış olup, her iki ilaç grubu arasında hemoglobulin, hematokrit ve eritrosit artış değerleri açısından bir fark saptanmamıştır. Her iki ilaç da benzer oranlarda eritrositoza neden olmuştur.

SONUÇ VE TARTIŞMA: SGLT2i ilaçlar diyabetik böbrek ve KY hastalarında hematokrit, hemoglobin ve eritrosit sayılarını artırmaktadır. SGLT2i ilaçların bu etkisi böbrek metabolizması ve kardiyorenal korumada ayrıca önemlidir.

Anahtar Kelimeler: SGLT2 inhibitörleri, eritrositoz, hematokrit

SS-43

ETLİK ŞEHİR HASTANESİ HEMODİYALİZ ÜNİTESİNDE ETELKALSETİD DENEYİMİ: BİR VAKA SERİSİ

Berrak İtir Aylı¹, Arzu Akgül², Hatice Şahin², Çiğdem İkhle², Kadir Gökhan Atılğan², Fatma Ayerden Ebinç², Gülay Ulusal Okyay², Emel Isıktaş Sayılar², Ebru Gök Oğuz²

¹Etlık Şehir Hastanesi Erişkin Hemodiyaliz Ünitesi, Ankara, Türkiye

²Etlık Şehir Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Sekonder hiperparatiroidizm, paratiroid bezlerinden paratiroid hormonunun aşırı salınımıyla karakterize olan ve hemodiyalize girmekte olan son evre böbrek hastalarında sık görülen bir komplikasyondur. Kronik böbrek hastalığı ilerledikçe fosfor klirensi bozulmakta, böbreklerde vitamin D aktivasyonu gerçekleşmemekte ve hipokalsemi açığa çıkmaktadır. Kompansatuar mekanizmalar ise bu durumda paratiroid bezinin selüleritesinde ve paratiroid hormon salınımında bir artışa sebep olurlar. Bozulmuş olan bu denge sonucunda kardiyovasküler komplikasyonlar, yumuşak doku kalsifikasyonları, morbidite ve mortalite artmaktadır. Kılavuzlar son evre böbrek hastalarında serum parathormon düzeylerinin, normalin üst sınırının yaklaşık iki ile dokuz kat üstünde bir aralıkta tutulması ve kalsiyum ile fosfor düzeylerinin normal aralıklara çekilmesi gerektiğini bildirmektedir. 2017 Böbrek Hastalığı: Küresel Sonuçları Geliştirme Kılavuzu (KDIGO), hemodiyaliz hastalarında parathormon seviyelerinin düşürülmesi için kalsimimetiklerin, D vitamininin ve D vitamini analoglarının veya bu ilaçların bir kombinasyonunun kullanılmasını önermektedir. Etlkalsetid, kalsiyum duyarlı reseptörleri allosterik olarak modüle eden bir kalsimimetik ajandır. Etlkalsetid, kalsiyum duyarlı reseptörlere bağlanır ve hücre dışı kalsiyum aracılığıyla reseptörün aktivasyonunu artırır. Paratiroid ana hücrelerindeki kalsiyum duyarlı reseptörünün aktivasyonu, paratiroid bezinden parathormon salınımını azaltır. Bu çalışmada Etlık Şehir Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde paratiroid adenomu olan ve başlangıç parathormon düzeyleri 1000'in üzerinde olan 3 hastada etlkalsetid uygulaması sonucu elde edilen deneyimler paylaşılacaktır. Hastalardan biri ikinci ay sonunda hipokalsemi sebebi ile tedaviye devam edememişken, tedaviye devam edebilmiş olan iki hastada parathormon seviyeleri dördüncü ayın sonunda tavsiye edilen seviyeye düşmüştür.

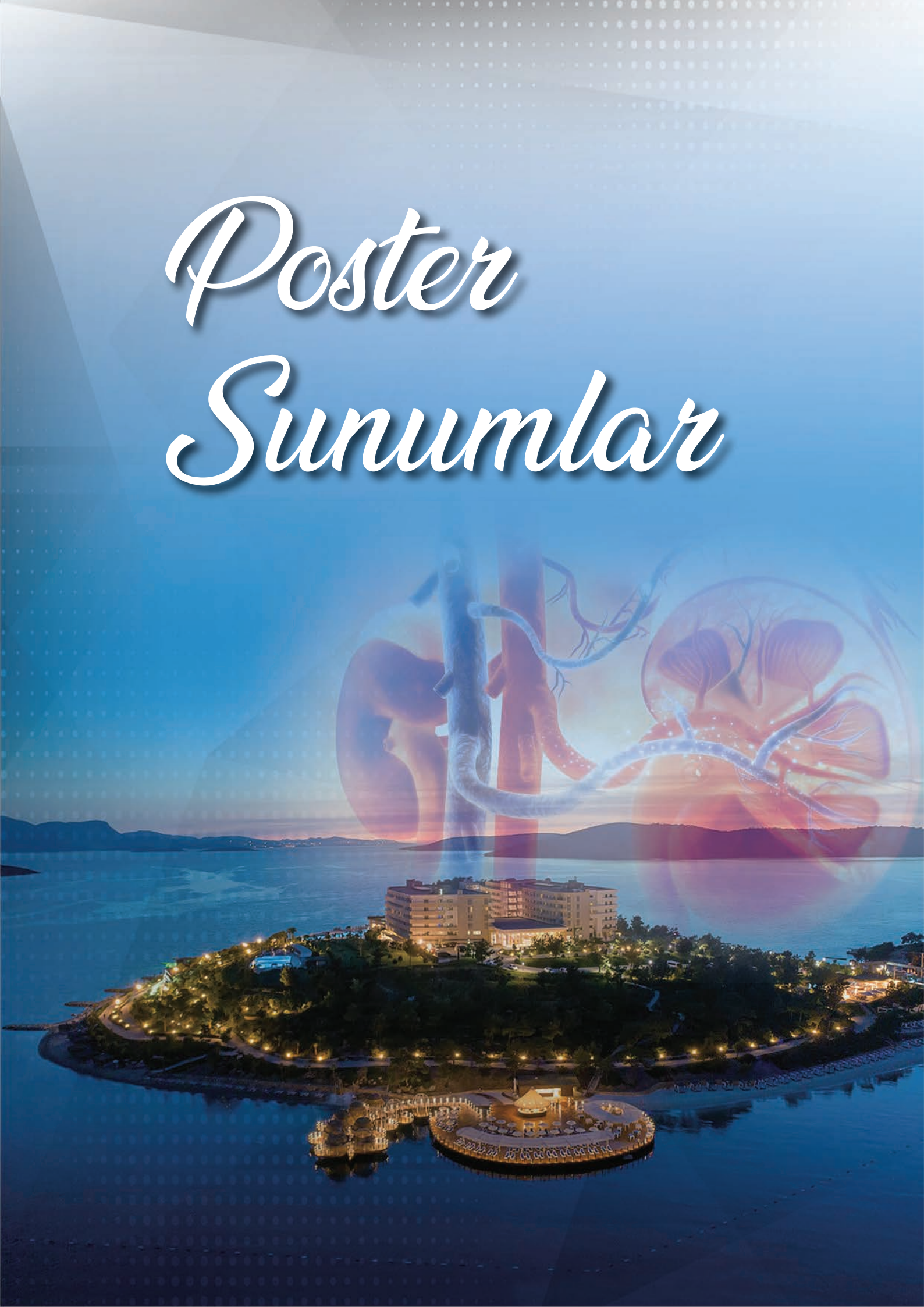
Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Sekonder Hiperparatiroidizm, Kalsimimetik, Etlkalsetid

Vakaların Tedavi Süresince Laboratuvar Değerleri

| | Vaka 1 | | | Vaka 2 | | | Vaka 3 | | |
|------------------|----------------|-----------------|--------------|----------------|-----------------|--------------|----------------|-----------------|--------------|
| | PTH (pg/mL) | d.Ca (mg/dL) | P (mg/dL) | PTH (pg/mL) | d.Ca (mg/dL) | P (mg/dL) | PTH (pg/mL) | d.Ca (mg/dL) | P (mg/dL) |
| Başlangıç | 2223 | 8.9 | 7.2 | 1136 | 8.8 | 5.5 | 2656 | 8.6 | 5.7 |
| 1. Ay | 1778 | 8.4 | 5.5 | 1074 | 9.26 | 6.9 | 2761 | 9.1 | 5.8 |
| 2. Ay | 1458 | 8.6 | 2.7 | 1284 | 8.1 | 4.15 | 2663 | 7.7 | 5.9 |
| 3. Ay | 728 | 9.2 | 3.9 | 500 | 8.3 | 4.6 | 2200 | 8.0 | 5.8 |
| 4. Ay | 389 | 9.8 | 4.8 | 273 | 9.8 | 4.7 | 2328 | 8.5 | 6 |
| 5. Ay | 1390 | 8.7 | 4.8 | 1198 | 8.5 | 5.5 | 2255 | 8.4 | 5.5 |
| 6. Ay | 305 | 9.9 | 5.1 | 158 | 8.3 | 5.7 | 1485 | 8.1 | 6.2 |

Tablo 1. Vakaların Tedavi Süresince Laboratuvar Değerleri

Poster Sunumlar





13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

PS-01

NEED FOR INTERDISCIPLINARY COLLABORATION BETWEEN ORAL HEALTH AND NEPHROLOGY SPECIALISTS IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS UNDERGOING MAINTENANCE HEMODIALYSIS AT MUHIMBILI NATIONAL HOSPITAL, TANZANIA

Zenais Francis Kawishe¹, ELIFURAHA MUMGHAMBA¹, Jacqueline G. Shoo²

¹Department of Restorative Dentistry, Muhimbili University of Health and Allied Sciences, Dar es Salaam, Tanzania

²Department of Nephrology Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania

AIM: Number of patients with chronic kidney diseases is increasing in Tanzania and worldwide. A strong relationship has been reported between periodontal diseases and end stage renal disease patients undergoing maintenance hemodialysis. This necessitates need for interdisciplinary collaboration between oral health and nephrology specialists.

METHODOLOGY: Face to face interview and clinical periodontal examination was conducted on 180 study participants.

RESULTS: The study participants had been in maintenance hemodialysis for a period of three months to six years. About 46% had never visited dental clinic. Among those who visited dental clinic, 46.1% reported last visit been more than a year ago. The most treatment offered among those who visited dental clinic was tooth extraction which has been reported by 44.4%. On periodontal examination of the study participants, 33.3% and 66.1% had gingivitis and periodontitis, respectively. Of all the study participants only 15.0% had received oral hygiene instructions. Tooth brushing was practiced once per day by 64.4%, in particular in the morning and on no occasion before going to bed.

CONCLUSION AND RECOMMENDATION: These findings suggest that patients undergoing maintenance hemodialysis needs interdisciplinary approach which needs collaboration between oral health specialist and nephrologist.

Keywords: Interdisciplinary collaboration, oral health specialist/personnel, dentist, nephrologist, end stage renal diseases, maintenance hemodialysis.

PS-02

INCIDENCE OF CKD AND DEATH AMONG REPRODUCTIVE AGE WOMEN WITH DIALYSIS REQUIRING ACUTE KIDNEY INJURY IN ETHIOPIA: THE ROLE OF OBSTETRIC RISK FACTORS

Ayantu Tesfaye Lemma¹, Tigist Workneh Leulseged², Tsion Andrias Lechebo³, Sisima Kornelios Osman⁴, Delayehu Bekele Mamo⁵

¹Nephrology unit, Department of Internal Medicine, St. Paul's Hospital Millennium Medical College, Addis Ababa, Ethiopia

²Medical Research Lounge (Research consultancy and training center), Addis Ababa, Ethiopia

³Private Hospitals Association, Addis Ababa, Ethiopia

⁴Adera Medical Center, Addis Ababa, Ethiopia

⁵Maternal-Fetal Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology St Paul's Hospital Millennium Medical College, Addis Ababa, Ethiopia

BACKGROUND: Obstetric risk factors are among the leading preventable causes of Acute Kidney Injury (AKI) in hospitalized reproductive age women significantly impacting maternal and perinatal health. Understanding the impact of these factors on the progression of AKI is critical for a positive outcome. The study sought to determine the incidence of CKD and death, and the effect of obstetric risk factors on these outcomes among reproductive age women with dialysis requiring AKI at the national renal transplant center in Ethiopia.

METHODS: A retrospective cohort study analyzed 127 AKI cases (57 Obstetric-related AKI [ORAKI], 70 Non-ORAKI) on dialysis from January 2018 to June 2020. Post-hoc power analysis was performed. Data were characterized using frequencies, percentages, median with interquartile range, and analyzed via chi-square test/Fischer's exact test and Mann-Whitney U test. A Robust Poisson regression model identified factors affecting AKI progression to CKD and death, reporting Adjusted Relative Risk (ARR), 95% CIs, and P-values.

RESULTS: CKD incidence rate was 5.4 per 1000 Person-days (PD) (ORAKI=0, Non-ORAKI=9.7 per 1000 PD), and death rate was 7.8 per 1000 PD (ORAKI=5.5, Non-ORAKI=9.7 per 1000 PD). Multivariable regression showed participants with ORAKI had a 22% lower risk of CKD or death progression compared to Non-ORAKI (ARR=0.78, 95%CI=0.67-0.90, p=0.001).

CONCLUSIONS: Despite obstetric-related risk factors increasing the likelihood of AKI, patients with ORAKI demonstrated a more favorable prognosis compared to Non-ORAKI individuals. It underscores the importance of continued efforts in AKI prevention and management during pregnancy to optimize maternal and fetal health outcomes.

Keywords: Obstetric related Acute Kidney Injury, Dialysis, Ethiopia



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

PS-03

THE JOURNEY OF KIDNEY TRANSPLANTATION IN TANZANIA: ETHICAL AND LEGAL PERSPECTIVES

Jacqueline Geoffrey Shoo¹, Kessy Charles Shija², Jonathan Willbard Mngumi¹, Gudila Valentine Shirima¹, Daniel Pascal Msilanga³

¹Nephrology Unit, Department of Internal Medicine, Muhimbili National Hospital, MNH. P.O.BOX 65000, Dar es Salaam, Tanzania

²Nephrology Unit, Department of Internal Medicine, Benjamin Mkapa Hospital, BMH P.O.BOX 11088, Dodoma, Tanzania

³Department of Internal Medicine, Muhimbili University Of Health and Allied Sciences, MUHAS. P.O.BOX 65001, Dar es Salaam, Tanzania

The journey of kidney transplantation in Tanzania presents both promise and challenges, with chronic kidney disease (CKD) affecting about 13% of the population, particularly the young. Compared to kidney transplantation, hemodialysis is the most frequently utilized renal replacement therapy option in our country due to factors not limited only to access but also to the high costs of service and donor shortages. The establishment of the National Kidney Transplantation program at Muhimbili National Hospital in 2017 and Benjamin Mkapa Hospital in 2018 signaled progress in achieving a comprehensive care package for patients with chronic kidney disease. Under the existing legal framework, 124 kidney transplants have been performed in the country. Its use is however restricted to the two transplant centers, with limited application in terms of expansion of transplantation services and disciplinary actions when defied. To prevent organ trafficking and violation of human rights a comprehensive National legal framework is needed to guide and provide punitive measures where applicable and provide room for exploration and utilization of other forms of kidney donation. There are ongoing efforts to establish a national organ transplant law in the country. We narrate our legal perspective experiences and challenges in our journey in establishing kidney transplantation in Tanzania.

CONCLUSION: A comprehensive National legal framework is desired to outline transplantation requirements, ensure transparency, and protect donors. Sustainable solutions necessitate collaboration between government agencies, healthcare professionals, legal experts, and international organizations.

Keywords: Transplantation, Tanzania, Legal

PS-04

BÖBREK NAKLİ ALICILARINDA DOKU İNVAZİV CMV HASTALIĞI DENEYİMİMİZ

*Çiğdem İkhlef, Ebru Gök Oğuz, Gülay Ulusal Okyay, Mehmet Deniz Aylı
Ankara Etlük Şehir Hastanesi*

GİRİŞ: Sitomegalovirus (CMV) primer enfeksiyonun iyileşmesinden sonra latent hale geçen ve çeşitli durumlarda reaktif olabilen Herpes Simplex Virüs ailesine ait çift sarmallı bir DNA virüsüdür. Sistemik immünsüpresyon durumunda CMV reaktivasyonu riski en yüksektir. CMV, böbrek nakli alıcılarında en sık görülen viral enfeksiyon olup artmış greft disfonksiyonu, rejeksiyon ve mortalite ile ilişkilidir. Nakledilen organ türü, kullanılan immünsüpresif tedavi, yaş, cinsiyet gibi bir takım risk faktörlerinden etkilenir. Böbrek nakli alıcılarında CMV enfeksiyonu veya CMV hastalığı (CMV sendromu veya doku invaziv CMV hastalığı) şeklinde ortaya çıkabilir. Doku invaziv CMV hastalığında en sık gastrointestinal tutulum görülmekle birlikte nefrit, ensefalit, pnömoni, retinit, hepatit de görülebilmektedir. CMV reaktivasyonunu önlemek için her ne kadar profilaktik ve preempitif tedavi yaklaşımları kullanılsa da hastalar sıklıkla karşımıza CMV enfeksiyonu ya da hastalığı tablosu ile gelmektedir. Bu bildiride merkezimizde tanı koyulan doku invaziv CMV enfeksiyonlarına olan klinik yaklaşımımızdan bahsederek CMV enfeksiyonlarının önemini bir kez daha vurgulamak istedik.

BULGULAR: Merkezimizde doku invaziv CMV enfeksiyonu tanısı alan (1 CMV retiniti ve 3 CMV koliti) böbrek nakli alıcılarının özellikleri; klinik, takip ve tedavileri Tablo 1'de verilmiştir.

SONUÇ: Böbrek nakil alıcılarında CMV enfeksiyonu en sık görülen viral enfeksiyon olup bulgu ve semptomların varlığında bu hastalarda doku invaziv CMV enfeksiyonlarının da olabileceği unutulmamalıdır. Kan CMV-DNA düzeylerinin negatif olabileceği akıldan bulundulurak şüphelendiğimiz hastalarda mutlaka doku tanısına gidilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, doku invaziv CMV, gansiklovir, valgansiklovir

Tablo1. Doku invaziv CMV hastalarının demografik, klinik özellikleri, tanı ve tedavi yöntemleri

| | Olgu1 | Olgu2 | Olgu3 | Olgu4 |
|---------------------|----------------|----------------------|--------------|---|
| Yaş | 56 | 66 | 64 | 44 |
| Cinsiyet | Kadın | Kadın | Kadın | Erkek |
| KBY etyolojisi | HT | FMF | HT | HT |
| Diğer hastalıklar | HT, KAH | HT, FMF, hipotiroidi | HT, DM | HT |
| Nakil tarihi | Mart 2018 | 2010 | 2011 | 1.nakil 1999 (anne) 2.nakil: 2020 (kız kardeş) |
| Donör | canlı/çapraz | canlı/akraba | canlı/eşi | canlı/akraba |
| Mismatch | 5/6 | 3/6 | 5/6 | 3/6 |
| Crossmatch testleri | Class II LCM + | - | - | - |
| PRA | - | - | - | + (2.nakilde) |
| İndüksiyon tedavisi | ATG, IVIG | ATG | ATG | ATG, Plazmaferez |
| İdame tedavisi | MMF, FK, KS | MMF, FK, KS | MMF, FK, KS | MMF, FK, KS |
| DGF | + | - | - | - |

| | | | | |
|--|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| AR | + | - | - | + |
| AR tarihi | Nisan 2018 Haziran 2019 Aralık 2023 | - | - | 2013 2019 |
| Rejeksiyon Tedavisi | RTX, ATG, KS, IVIG, Plazmaferez | - | - | Plazmaferez, IVIG, KS, RTX |
| Alıcı CMV durumu | + | + | + | + |
| CMV profilaksi | + | + | + | + |
| Başvuru şikayeti | İshal | İshal | İshal | Görme kaybı |
| Sitopeni | + | - | - | - |
| CMV tanı tarihi | Ocak 2023 | Ekim 2023 | Şubat 2023 | Mart 2020 |
| Tanı yöntemi | Kolonoskopik biyopsi | Duodenal aspirat | Rektal aspirat | Oftalmolojik muayene |
| Tanı sırasındaki Kan/Plazma CMV PCR (IU/mL) | 12100 | <34,5 | <34,5 | negatif |
| tedavi | Gansiklovir Valgansiklovir | Gansiklovir Valgansiklovir | Gansiklovir Valgansiklovir | Gansiklovir |
| İlaç yan etki | Sitopeni | yok | yok | yok |
| Tedavi sonrası kan CMV düzeyi | 333 | negatif | negatif | negatif |
| Sonuç | Ürosepsis, septik şok nedeni ile exitus | Tedavi ile semtomlar düzeldi | Tedavi ile semtomlar düzeldi | Tedavi ile semtomlar düzeldi |

CMV: sitomegalovirüs, KBY: Kronik böbrek yetmezliği, HT: Hipertansiyon, DM: Diyabetes mellitus, KAH: Koroner arter hastalığı, FMF: Ailesel Akdeniz Ateşi, PRA: Panel reaktif Antikor, LCM: Lenfosit crossmatch, ATG: anti-timosit globülin, IVIG: İntravenöz İmmünglobülin, MMF: mikofenolat mofetil, FK: Takrolimus, KS: Kortikosteroid, DGF: Geçikmiş greft fonksiyonu, AR: akut rejeksiyon, RTX: Ritüksimab, NODAT: nakil sonrası yeni başlayan diyabet, PCR: Polimeraz zincir reaksiyonu



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

PS-06

Yazarı tarafından geri çekilmiştir / Withdrawn by the Author

PS-07

FOKAL SEGMENTAL GLOMERULOSKLEROZ İLE PRESENTE OLAN ALPORT SENDROMU VAKASI

Ertuğrul Erol¹, Yağmur Ersoy², Mevlüt Tamer Dinçer¹, Sinan Trabulus¹, Nurhan Seyahi¹

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Nefroloji Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Alport sendromu, sık işitme bozuklukları ve oküler anomalilerle birlikte glomerüler bazal membran anormallikleri ile karakterize, kalıtsal, ilerleyici, hematürik bir nefropatidir. Hastalık, tip IV kollajenin alfa3, alfa4 veya alfa5 zincirlerini, hastalığın otozomal formlarında COL4A3 veya COL4A4'ü, daha sık görülen X'e bağlı çeşitte COL4A5'i kodlayan genlerdeki mutasyonlarla ilişkilidir. COL4A3 veya COL4A4'te heterozigot mutasyonları olan hastalar otozomal Alport sendromuna sahip olarak sınıflandırılır. Proteinüri, fokal segmental glomerüloskleroz (FSGS) veya glomerul bazal membran kalınlaşması ve lamelasyonu görülebilir. Alport sendromu FSGS olarak seyredebilir ve kadın hastalarda klinik olarak silik olabilir.

VAKA: 43 yaşında kadın hasta, tıbbi öyküsünde hipertansiyon ve diyabet öyküsü olmayan, proteinüri (2 gram/gün) ve hematüri ile başvurdu. Yapılan böbrek biyopsisi sonucu FSGS ile uyumlu saptandı. Hastaya günde 1 mg/kg metilprednizon (80 mg/gün) ve maksimum tolere edebileceği dozda RAS blokajı (valsartan 160 mg/gün) başlandı. Steroid tedavisine yanıtızsız olması, proteinürisi, hematürisi devam etmesi ve aile hikayesinin renal hastalık açısından pozitif olması üzerine hastada Fabry hastalığı ve Alport hastalığı açısından genetik testleri istendi. Fabry hastalığı açısından GLA dizi analizinde mutasyonlardan herhangi birine rastlanmadı. Alport hastalığı için gönderilmiş olan genetik analizde COL4A4 mutasyonu c.3307G>A (NM_000092.5) heterozigot olarak rastlandı. American College of Medical Genetics (ACMG)/ Association for Molecular Pathology (AMP) 2015 kılavuzuna göre hastada saptanan varyant patojenik mutasyon açısından hot-spot bölgede ve/veya genin iyi tanımlanmış fonksiyonel bölgesinde yer almaktadır. Hastanın mutasyonu sonucunda hastanın odyometri testi istenmiştir ve bilateral işitme normal sınırlarda bulunmuştur. Hastanın göz muayenesinde ise grade 1-2 hipertansif retinopati dışında bir bulgu saptanmamıştır. Hastanın güncel olarak proteinürisi 6125,6 mg/gün eGFR 58.15 ml/dk/1.73 m² olup semptomatik tedavisi devam etmektedir.

TARTIŞMA: Biyopsi sonucu FSGS ile uyumlu gelen, özellikle klinik seyri silik seyreden ve aile öyküsü pozitif olan kadın hastalarda Alport sendromunun tanınması gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Alport, Fokal, Segmental, Glomeruloskleroz

PS-09

COVID-19 DÖNEMİNDE BİYOPSİ İLE İMMÜNOGLOBULİN A NEFROPATİSİ TANISI ALAN HASTALARIN KLİNİK VE PATOLOJİK SONUÇLARI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Matin Iskandarov¹, Ramazan Öztürk², Yavuz Çınar², Saba Kiremitçi³, Murat Duranay², Serkan Aktürk²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

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

³Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Literatüre gün geçtikçe, tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 sürecinde pek çok hastalıkta gözlemlendiği gibi immünkompleks ilişkili patofizyolojiye sahip olan İmmünoglobülin A Nefropatisi (IgAN) hastaların klinik, patolojik ve prognozla ilgili yeni araştırmalar dahil olmaktadır. Birden çok klinik ile ortaya çıkabilen IgAN pandemi öncesi dönemde en sık asemptomatik idrar anormallikleri üzerinden tanıya gidildiği bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı pandemi sürecinde böbrek biyopsisi ile tanı konulan IgAN tanılı hastaların klinik başvuru bulguları ve patolojik sonuçlarında bir değişim olup olmadığını araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Ocak 2016 ve Aralık 2023 tarihleri arasında böbrek biyopsisi ile IgAN tanısı alan 164 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, klinik, laboratuvar ve biyopsi verileri kaydedildi. Veri eksikliği, tedavi uyumsuzluğu ve covid-19 tanıları şüpheli olan hastalar (76 hasta) çıkarıldı.

BULGULAR: 88 hasta çalışmaya alındı. Tüm hastaların demografik verileri tablo 1'de verildi. 88 hasta 42 hasta pandemi öncesi (grup 1) ve 46 hasta pandemi sonrası (grup 2) olacak şekilde iki gruba ayrıldı. Kliniğe geliş şikayetlerine göre bakıldığında grup 1'de akut böbrek hasarı (ABH) kliniği ile gelen hasta sayısı 9 (%21,4) iken, grup 2'de 20 hasta (%43,5) ABH ile kliniğe başvurmuştu ($p=0,028$). Asemptomatik idrar anormallikleri grup 1'de en sık kliniğe geliş şekli olarak görüldü (25 hasta-%59,5), grup 2'de sadece 13 hasta (%28,3) bu klinikle geldi ($p=0,028$). Diğer sonuçlar tablo 2'de karşılaştırmalı olarak verildi.

SONUÇ: Bu çalışmada pandemi döneminde IgAN hastalarında literatürden farklı olarak en sık başvuru şeklinin ABH olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: İgA nefropatisi, Covid-19 pandemisi, RPGN

Hastaların demografik özelliklerinin ve laboratuvar bulgularının karşılaştırılması

| | Pandemi öncesi dönem (n=42) | Pandemi dönemi (n=46) | P değeri |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------|----------|
| Yaş, yıl (mean \pm SD) | 39,8 \pm 11,5 | 45,2 \pm 14,2 | 0,053 |
| Erkek cinsiyet, n(%) | 21 (%50) | 28 (%60,9) | 0,310 |
| Ortalama arter basıncı, mmHg | 101,5 \pm 13,1 | 100,8 \pm 17,1 | 0,840 |
| Hipertansiyon, n(%) | 14 (%33,4) | 24 (%52,2) | 0,133 |
| Diabetes Mellitus, n(%) | 5 (%11,9) | 4 (%8,7) | 0,726 |



13. Uluslararası Katılımlı Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

| | | | |
|--------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------|
| Pretibiyal ödem, n(%) | 12 (%28,6) | 12 (%26,1) | 0,603 |
| Kreatinin, mg/dl | 1,0 (0,8 – 1,9) | 1,7 (1,0 – 2,8) | 0,017 |
| eGFR, ml/dk/1,73m ² | 74,8 ± 38,5 | 53,6 ± 36,3 | 0,009 |
| Proteinüri, mg/gün | 1399,5 (643,0 – 3192,5) | 1281,0 (765,0 – 3026,0) | 0,679 |
| Hematüri, n(%) | 32 (%76,2) | 35 (%76,1) | 0,702 |

Hastaların patoloji bulgularının ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

| | Pandemi öncesi dönem, n=42 | Pandemi dönemi, n=46 | P değeri |
|--|----------------------------|----------------------|----------|
| Makroskopik hematüri, n (%) | 2 (%4,8) | 1 (%2,2) | 0,604 |
| Asemptomatik idrar anormallikleri, n (%) | 25 (%59,5) | 13 (%28,3) | 0,003 |
| Akut böbrek hasarı, n (%) | 9 (%21,4) | 20 (%43,5) | 0,028 |
| Diğer, n (%) | 6 (%14,2) | 12 (%26,0) | 0,489 |
| MEST-C skoru | 3,07 ± 1,24 | 3,22 ± 1,69 | 0,643 |

PS-10

PERİTON DİYALİZ İLİŞKİLİ PERİTONİT ATAKLARINDA SERUM İNFLAMATUAR BELİRTEÇLERİNDEN SII VE VE DNLR'İN DEĞERLENDİRİLMESİ

*Nurhan Bilen, Serdar Kahvecioglu, Nimet Aktaş, Özger Akarsu, İrem Hilal Vurgeç, Canberk Berkay Mert
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı, Bursa*

GİRİŞ: Periton diyalizi (PD) ilişkili peritonit, PD'nin ciddi komplikasyonudur. PD ile ilişkili peritonitte tedavi genellikle ayaktan yapılmaktadır. İnflamatuar belirteçler hastalığın tanısı, şiddetinin belirlenmesi ve tedavi yanıtının takibinde sıklıkla kullanılmaktadır. Bu çalışmada PD ilişkili peritonit geçiren hastalarda klasik inflammatuar belirteçler ile birlikte kolay erişilen hemogramdan türetilen serum inflammatuar index (SII) ve türetilmiş nötrofil lenfosit oranı (dNLR) gibi inflammatuar belirteçlerin klasik inflammatuar belirteçler ve peritonit ile ilişkisini retrospektif olarak incelemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: 2019-2023 yılları arasında Nefroloji kliniğimizde periton diyalizi ile takipli 198 hasta retrospektif olarak tarandı. 62 Peritonit atağı saptanan 33 hasta çalışmaya alındı. Demografik verileri, tanı anındaki biyokimyasal, kan sayım parametreler, SII ve dNLR kaydedildi. $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

SONUÇLAR: Hastaların ortalama PD süresi 28.62 ± 10.16 idi. 62 peritonit atağının 34 'ü (%54) erkek, 28'i (%45,2) bayandı. En sık KBY nedeni hipertansiyon 19 (%30,6), başvurudaki en sık semptom 51 (%82,3) diyaliz sıvısının bulanık gelmesi, olarak tespit edildi. Atakların 37 (%59,7)'sinde kültürde üreme tespit edilirken, en sık patojen 13 (%35,1) Stafilokok türü patojenlerdi. Atakların 13 (%21,3) 'ünde hastane yatışı gerekirken, 17 (%27,4)'sinde kateter çıkarılması gerekti. Hesaplanan SII ve dNLR ile başvurudaki periton sıvı hücre sayısı, CRP hastane yatışı arasında yüksek anlamlı ilişki tespit edildi ($p < 0,05$). SII ve dNLR'nin hastaneye yatışları ön gördürebileceği saptandı. Yapılan ROC analizde başvuru anında hastane yatışını SII ve dNLR'in belirleme şansı eğri altında kalan alan sırasıyla 0,711 ve 0,684 olarak hesaplandı Bu oranlar klasik inflammatuar belirteçlerden (CRP, ESR ve periton diyaliz suyu hücre sayısı) anlamlı yüksekti.

Anahtar Kelimeler: Periton diyalizi, Peritonit, Enflamatuar indeksler

AuthorToEditor: Serum inflammatuar İndeksi (SII) ve derive Nötrofil Lenfosit Oranı (sNLR) kan sayımı parametleri ile hasta başında basitçe yapılabilen hesaplamalar ile elde edilen bir çok enfeksiyöz ve enflamatuar klinik durumda öngörüselliği gösterilmiş literatürde yeni enflamatuar belirteçlerdir. Peritonit hasta grubunda herhangi bir çalışma bulunmadığından bu hasta grubunda ilgili enflamatuar belirteçleri klasik enflamatuar belirteçler ile birlikte incelemeyi amaçladık. Nispeten az sayıda hastada tespit ettiğimiz anlamlı sonuçları bilimsel değeri yüksek olan kongrenizde sunmak bizi onurlandıracaktır. Saygılarımla



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

PS-14

GENOMIC INSIGHTS INTO PRIMARY CILIARY DYSKINESIA: A CASE REPORT OF PATHOGENIC RSPH3 MUTATION

Aleksandar Aleksandrov Petrov¹, Miroslava Stancheva Benkova¹, Dinnar Ali Yahya³, Svetla Staykova², Mari Ara Hachmeryan³

¹Clinic of nephrology, University hospital "St. Marina", Varna, Bulgaria

²Medical university "Prof. dr. Paraskev Stoyanov", Varna, Bulgaria

³Laboratory of Medical Genetics, University hospital "St. Marina", Varna, Bulgaria

BACKGROUND: Primary Ciliary Dyskinesia (PCD) is a rare and genetically heterogeneous disorder, where dysfunction of motile cilia leads to a spectrum of clinical manifestations. The integration of whole exome sequencing (WES) into diagnostic practices has significantly improved the identification of causative genetic mutations, enhancing our understanding and management of PCD. This case report aims to elucidate the clinical and genetic landscape of a PCD patient, with a particular focus on a pathogenic mutation in the RSPH3 gene, as confirmed by its classification in the ClinVar database.

METHODS: We report the case of a 43-year-old male diagnosed with PCD, presenting with bronchiectasis, recurrent middle ear infections, infertility, and kidney stone disease. WES was employed to uncover the genetic underpinnings of his condition.

RESULTS: WES revealed a pathogenic mutation in the RSPH3 gene located on chromosome 6 (NC_000006.12:g.158986423T>C), classified as pathogenic in the ClinVar database. This mutation is implicated in the disruption of normal ciliary function, contributing to the patient's PCD phenotype.

CONCLUSION: This case underscores the utility of WES in the diagnostic evaluation of PCD, providing not only clinical management direction, but also contributing to the genetic understanding of the disease. The identification of a pathogenic RSPH3 mutation highlights the importance of genetic testing in patients with suggestive clinical features of genetic mutations, offering insights into the molecular mechanisms driving the disease and potential implications for genetic counseling.

Anahtar Kelimeler: Primary Ciliary Dyskinesia, RSPH3 Mutation, Whole Exome Sequencing, ClinVar, Genetic Diagnosis

AuthorToEditor: Dear Organizing Committee, in response to the call for abstract submissions for the "13th Annual Meeting of Contemporary Issues in Renal Diseases and 8th Hypertension, Nephrology, Dialysis and Transplantation Congress with International Participation," I am excited to submit two abstracts for consideration. The abstracts are titled: "Application of SGLT2 Inhibitors in Renal Transplant Recipients: A Personal Experience" "Genomic Insights into Primary Ciliary Dyskinesia: A Case Report of Pathogenic RSPH3 Mutation" Additionally, I would like to apply for a grant to cover the expenses associated with attending the congress. This request aligns with the recent communication sent to the Executive Agency "Medical Supervision" in Ministry of Health, Bulgaria on January 25, 2024, regarding grant support for participants. I am looking forward to the opportunity to present my work and engage with fellow professionals in the field. Thank you for considering my application. I am eager to contribute to the success of the congress and to further advancements in nephrology. Warm regards, Aleksandar Petrov



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024
La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

PS-15

EVALUATING THE EFFICACY AND SAFETY OF SGLT2 INHIBITORS IN RENAL TRANSPLANT RECIPIENTS: PERSONAL EXPERIENCE

Aleksandar Petrov¹, Miroslava Stancheva Benkova¹, Yana Dimieva¹, Svetla Staykova²

¹Clinic of nephrology, University hospital "St. Marina", Varna, Bulgaria

²Medical university "Prof. dr. Paraskev Stoyanov", Varna, Bulgaria

BACKGROUND: The role of SGLT2 inhibitors in managing in post-transplant diabetes mellitus and preserving kidney function has gained attention. However, evidence in renal transplant recipients still remains limited. The aim of this study is to share our experience about the efficacy and safety of SGLT2 inhibitors (dapagliflozin) in renal transplant recipients, focusing on glycemic control, albuminuria, renal function, immunosuppression interaction, and medication-related complications.

METHODS: A retrospective case series study of four renal transplant recipients, on the first year after administration of dapagliflozin. Serum glucose, albuminuria, creatinine levels, eGFR, immunosuppression levels, and common complications associated with the medication were monitored.

RESULTS: Initial findings indicate dapagliflozin's potential in significantly improving glycemic control, with a notable reduction in insulin requirements. Reduction in albuminuria and serum creatinine and improving eGFR levels were observed, reflecting the drug's renal effects. Importantly, dapagliflozin did not adversely affect immunosuppressant metabolism, and no significant medication-related complications, such as urinary infections or diabetic ketoacidosis, were found.

CONCLUSION: Dapagliflozin presents a promising adjunctive therapy in renal transplant recipients for managing post-transplant diabetes and potentially supporting renal function. These preliminary findings advocate for larger, controlled studies to confirm dapagliflozin's efficacy and safety in this unique patient population.

Anahtar Kelimeler: SGLT2 inhibitors, renal transplantation, dapagliflozin, post-transplant diabetes mellitus, kidney function

PS-16

INFECTION ASSOCIATED WITH URINARY CATHETERIZATION – ECHO IN THE ICU

Andrei Iordan¹, Viorica Cospormac²

¹Sf. Treime” Municipal Clinical Hospital, Chisinau, Republic of Moldova

²N. Testemitanu” State University of Medicine and Pharmacy, Anaesthesiology and Resuscitation Department No. 2, Chisinau, Republic of Moldova

INTRODUCTION: Nosocomial infection is a major problem in intensive care units (ICU), the immuno-nutritional deficiency of critically ill patients, mechanical ventilation, the use of invasive procedures and comorbidities significantly increasing the risk. In the Republic of Moldova, 66.6% of surgical and 14.5% of therapeutic hospitalizations are complicated by infection associated with the medical act (IAMA).

PURPOSE: to evaluate urinary catheter-associated infection (IAUC) among patients admitted to the ICU. Material and methods. A retrospective study was conducted between May 2021 and February 2022 in the ICU of the ” Sf.Treime” Municipal Clinical Hospital (Republic of Moldova). The study included 287 patients with a stay in the hospital >3 days, in which a urinary catheter was installed. Urine culture data were analyzed.

RESULTS: IAMA was identified in 61 patients, which constitutes 21.2% of the total number of patients. The average hospitalization until the onset of infection was 12.28±5 days. IAUC was in 16 (26.22%) patients, predominantly men (65.4%). The mean age of the patients was 54.42 years. The following were diagnosed: cystitis 10 (62.5%) cases, pyelonephritis 5 (31.25%) cases, uronefrogenic sepsis - 1 case (6.25%). The pathogens detected were Pseudomonas aeruginosa (37.6%), Escherichia coli (21.5%), Klebsiella pneumoniae (12%), Acinetobacter baumannii (8.1%), Candida albicans (14%), Enterococci spp. (6.8%).

CONCLUSION: The incidence of IAAM increases with the use of invasive devices. Adherence to clinical nosocomial infection control protocols and guidelines can reduce the frequency of IAUC. And effective control, prevention, and treatment of IAMA can reduce morbidity and mortality in IT.

Anahtar Kelimeler: urinary catheter associated infection, nosocomial infection

AuthorToEditor: There was a confusion. We have made a mistake and have submitted the abstract from the wrong account. The first author and the presenter is Andrei Iordan. Please review this abstract and discard the previous admission from the account of Viorica Cospormac. We apologize for the mistake



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

PS-17

THE IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON THE NATURE OF AKI IN INTENSIVE CARE UNITS

Andrei Iordan¹, Viorica Cospormac²

¹"Sf. Treime" Municipal Clinical Hospital, Chisinau, Republic of Moldova

²"N. Testemitanu" State University of Medicine and Pharmacy, Anaesthesiology and Resuscitation Department No. 2, Chisinau, Republic of Moldova

INTRODUCTION: The COVID-19 pandemic has wreaked havoc on the overall wellbeing, yet increased the competence of intensive care unit (ICU), a major challenge being the consequences on the renal function.

PURPOSE: To assess acute kidney injury (AKI) in pre-COVID-19 and post-COVID-19 in the ICU.

MATERIAL-METHODS: 1974 medical records from 2019-2020(7 months pre-COVID-19)(group I) and 3230 records from 2022-2023 from the ICU (group II) of the municipal hospital in Chisinau, Republic of Moldova were evaluated. Clinical and laboratory data were analyzed to identify AKI in critically ill patients.

RESULTS: AKI was determined in 998(50.56%) patients in group I, with mostly elderly patients (>65 years)(54.6%, and 1586(49.1%) in group II. The causes of AKI in both groups did not differ: consequence of shock -522 (26.44%) in group I and 908 (28.12%) in group II; multiple organ dysfunction (MODS) – in 800 (40.53%) group I and 1140 (35.59%) – group II; sepsis – 198 (10.7%) in group I and 446 (13.8%) – group II; acute heart failure – 452 (22.98%) group I and 1048 (32.49%) – group II. Hemodialysis performed in 29.1% and 32.3% of AKI III patients from groups I and II respectively. The causes of lethality 34, 49% in group I and 24.18% in group II were different, but all patients presented signs of acute renal function impairment.

CONCLUSION: In the post-COVID-19 period, the number of elderly people in the ICU has clearly decreased, but the incidence and severity of AKI remains unchanged, the rate of cardiorenal syndrome increasing.

Anahtar Kelimeler: COVID 19, AKI



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

PS-18

ACUTE KIDNEY INJURY (AKI) IN CRITICAL PATIENTS INCREASES THE RISK OF SUBSEQUENT CHRONIC KIDNEY DISEASE

*Cornelia Trofim Gutu Bahov, Iraida Camerzan
Clinical Hospital "Saint Trinity"*

Kidney disease is one of the fastest growing global causes of death, with chronic kidney disease (CKD) projected to become the fifth global cause of death by 2040. To quantify the prevalence and predictors of inpatient and outpatient nephrology follow-up of AKI patients admitted to critical care areas within a tertiary hospital. Retrospective study performed in ICU department Clinical Hospital "Saint Trinity", where were included all critically ill adults with AKI between 01.01- 31.12.2022 with a baseline estimated glomerular filtration rate (eGFR) >30 mL/min/1.73 m² and alive and independent of renal replacement therapy for 30 days after hospital discharge. We used logistic regression models to examine the primary outcome of nephrology review at 3 months. Secondary outcomes included inpatient nephrology review, renal recovery at discharge and the development of a major adverse kidney event (MAKE) at 1 year. Of 200 critically ill patients with AKI (mean age 65 years, 63% male, baseline eGFR 76 mL/min/1.72 m²), 14 patients (7%) received nephrology follow-up at 3 months and 20 patients (10%) at 1 year. Nephrology follow-up occurred more frequently in patients with a higher baseline creatinine, a higher discharge creatinine and greater severity of AKI. 22 patients (11%) underwent inpatient nephrology review. Overall, 114 (57%) had recovery of renal function by the time of discharge and 70 (35%) developed a MAKE at 12 months. Inpatient and outpatient nephrology follow-up of AKI patients after admission to a critical care area was uncommon although one-third developed a MAKE. These findings provide the rationale for controlled studies of nephrology follow-up.

Anahtar Kelimeler: acute kidney injury, kidney disease, chronic kidney disease



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

PS-19

RELATIONSHIP OF ACUTE KIDNEY INJURY AND ACUTE HEART FAILURE IN CRITICAL PATIENTS

*Cornelia Trofim Gutu Bahov, Iraida Camerzan
Clinical Hospital "Saint Trinity"*

Acute kidney injury (AKI) is a common complication in critically ill patients with sepsis and is often associated with a poor prognosis. Sepsis-associated renal dysfunction is the most common reason for in-hospital acute kidney injury (AKI). The present study aimed to evaluate the synergistic impact of acute heart failure (AHF) and acute kidney injury (AKI) on in-hospital mortality in critically ill patients with sepsis. We undertook a retrospective, observational analysis using data acquired from the Medical Information System ICU CH "Saint Trinity" and eICU Collaborative Research Database (eICU-CRD). The effects of AKI and AHF on in-hospital mortality were examined using a Cox proportional hazards model. Additive interactions were analyzed using the relative extra risk attributable to interaction. A total 300 patients were included, 185 patients in the training cohort collected from Medical Information System ICU CH "Saint Trinity" and 115 patients in the validation cohort extracted from the eICU-CRD database. After multivariate Cox analysis, the independent variables for in-hospital mortality included: AHF only (HR:1.19, 93% CI:1.01-1.39, P = 0.004), AKI only (HR:2.11, 93% CI:1.90-2.29, P < 0.002), and both AHF and AKI (HR:3.79, 94% CI:13.42-4.23, P < 0.002). The relative excess risk owing to interaction was 1.46 (94% CI:1.13-1.86), the attributable percentage due to interaction was 0.38 (94% CI:0.30-0.45), and the synergy index was 2.14 (94% CI:1.74-2.61), demonstrated AHF and AKI had a strong synergistic impact on in-hospital mortality. And the findings in the validation cohort indicated identical conclusions to the training cohort. Our data demonstrated a synergistic relationship of AHF and AKI on in-hospital mortality in critically unwell patients with sepsis.

Anahtar Kelimeler: sepsis, acute kidney injury, acute heart failure



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

PS-20

CHRONIC KIDNEY DISEASE AND CARDIOVASCULAR DISEASES CONNECTION

Cornelia Trofim Gutu Bahov, Iraida Camerzan
Clinical Hospital "Saint Trinity"

Chronic kidney disease (CKD), cardiovascular diseases (CVD) and type 2 diabetes (T2D) are recognized as among the greatest health problems of the current century. A large body of evidence from epidemiological and clinical research supports the existence of a strong interconnection between these conditions, so that the term cardio-metabolic-renal disease (CMR) has been defined. This coexistence has remarkable epidemiological, pathophysiological and prognostic implications. Mechanisms of hyperglycemia-induced cardiorenal damage are well validated, as are those linking cardiac and renal disease. Because combined heart and kidney abnormalities can differ in clinical presentation and time frame (acute vs. chronic), a subdivision of cardiorenal syndrome (CRS) into five subtypes has been adopted. However, it remains controversial how and to what extent CVD and CKD may promote metabolic dysregulation. It is important to note that hemodynamic and neurohormonal abnormalities are likely key players in the vicious link between heart and kidney failure. HF-associated low cardiac output, effective hypovolemia, and excess vasoconstrictive mediators lead to chronic renal hypoperfusion and decreased eGFR, favoring the initiation and/or progression of CKD. These hemodynamic abnormalities along with the retention of uremic toxins associated with CKD and chronic inflammation support pathological cardiac remodeling and the onset and worsening of cardiac dysfunction, completing a vicious cycle that damages both organs. The purpose of this review is to recapitulate the epidemiology of CMR connections; to discuss the well-established as well as the assumed and the emerging mechanisms involved in the interaction between these three entities; and provide a pathophysiological background for an integrated therapeutic intervention aimed at disrupting these vicious connections.

Anahtar Kelimeler: Chronic kidney disease, cardiovascular diseases, cardiorenal syndrome



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

PS-21

ROLE OF SURGERY IN THE MANAGEMENT OF ENTERO MESENTERIC ISCHEMIA

*Elmokretar Faouzi, Djayet Ouahchia, Khalouf Mohamed Abderaouf, Chekkou Mohamed, Kheddouci Nazim, Metchat Mohamed, Mecherouk Abdennadjim, Ait Benamer Nouredine
CHU Frantz Fanon Blida*

Entero-mesenteric ischemia remains a diagnosis of elimination in the absence of orienting biological elements, and must be based on the clinic and evoked at the slightest digestive sign.

The use of imaging techniques, in this case abdominal angioscan, has led to considerable progress in the diagnosis of certainty. However, the viability of the intestinal bowel remains in the field of direct visual observation by laparoscopy, hence the crucial role that this new approach will play in the diagnosis and prognosis of intestinal lesions.

Pre-therapeutic laparoscopy therefore aims not only to determine with certainty the stage of ischemic intestinal lesions, but also to assess the viability of the bowel and rule out perforative complications, thereby providing a prognosis for the future.

Laparoscopy is of real benefit when it is repeated 12-15 days after the onset of the intestinal vascular accident, and reveals either a favourable evolution with ad-integrum restitution of the loops, phagocytosis or persistence of the ischemic lesions, enabling an appropriate therapeutic sanction to be taken, ranging from simple therapeutic abstention to surgery.

Keywords: mesenteric ischemia, laparoscopy, angioscan, viability, surgery

PS-22

POINT OF CARE CREATININE MEASUREMENT IN ACUTE CORONARY SYNDROME TO PREDICT AND PREVENT AKI

Doskhan Kozhakhmet¹, Abduzhappar Gaipov¹, Meruyert Madikenova¹, Zhanat Kuanshaliyeva², Temirbek Zhanpayizov³, Marat Alikhanov³

¹Nazarbayev University, School of Medicine, Department of Medicine, Astana, Kazakhstan

²University Medical Center, Republican Diagnostic Center, Astana, Kazakhstan

³City Hospital 2, Astana, Kazakhstan

INTRODUCTION: ACS remains as the main healthcare burden all over the world requiring radiographic contrast media in diagnostic and interventional procedure leading to increasing number contrast associated nephropathy. The protocol for immediate door to needle action doesn't wait for patients baseline creatine result increasing the risk of developing AKI. In this study, we used express method of identifying blood creatinine within seconds to predict and prevent cases of AKI.

METHODS: We used StatSensor Xpress Creatinine for patients undergoing radiographic contrast media interventional procedure to identify baseline creatinine within seconds and compared to conventional biochemical panel creatinine value. The correlation between both creatinine values were compared using Spearman's correlation and the risk of developing contrast induced nephropathy (CIN) as well as probable dialysis requirement risk were identified using the Mehran's contrast nephropathy calculator.

RESULTS: A total of 63 patients were included in the study. Among them 25 (39,69%) female, 38 (60,31) male with average age of 63. Spearman's rho correlation coefficient for StatSensor Xpress Creatinine and biochemical panel creatinine was 0.7238, showing relatively good positive relationship with p value=0.000 (t<0.001). 29 patients had post-percutaneous coronary intervention (PCI) creatinine values, among them 5 (17,24%) developed AKI. In those who developed AKI the Mehran's score were almost the same.

CONCLUSION: In this study, we observed that using StatSensor Xpress Creatinine is comparable to conventional creatinine blood analysis showing correlation coefficient of 0.7238 with p value=0.000 (t<0.001). In those who developed AKI, there were no significant difference in predicting risk of CIN after PCI.

Keywords: point of care creatinine testing, POC creatinine, Express creatinine, Acute kidney injury, Contrast induced nephropathy



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

PS-23

WHAT'S NEW IN KIDNEY HARVESTING FROM LIVING DONORS: PARARECTAL INCISION VERSUS LUMBOTOMY

*Elmokretar Faouzi, Lahfaya Saliha, Khalouf Mohamed Abderaouf, Chekkou Mohamed, Kheddouci Nazim, Metchat Mohamed, Mecherouk Abdennadjim, Ait Benamer Nouredine
CHU Frantz Fanon Blida*

OBJECTIVE: Evaluate the immediate results of the pararectal extraperitoneal incision in living donor renal harvesting Compare renal harvesting by anterior extraperitoneal or pararectal incision versus lumbotomy.

PATIENTS AND METHOD: Data from patients transplanted between January 2016 and August 2022, were retrospectively reviewed.

RESULTS: 69 transplants were performed, 45 by lumbotomy (37 left kidneys and 8 right kidneys) and 24 by pararectal surgery (19 left kidneys and 5 right kidneys), with an average age of 48.5 years [22-68 years]. In the case of para rectal laparotomy, operative time, warm ischemia time and hospital stay were shorter than with lumbotomy. Incidents leading to blood transfusions are encountered in the conventional lumbar approach. As for late complications, the pararectal incision is less prone to post-operative ventralization.

CONCLUSION: The advantages of the pararectal incision are a significantly lower morbidity, a less disruptive, incision can be extended, a short warm ischemia time, in the event of hemorrhagic incidents all vessels are exposed for repair, shorter operation and hospitalization times, less post-operative pain and a quicker return to physical activity or household chores. The quality of the grafts, which may vary according to the type of technique, is a criterion to be studied in future work.

Keywords: Living donor, harvesting, renal transplant, extraperitoneal incision, lumbotomy, renal graft



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

PS-24

THROMBOLYSIS IN ENTERO-MESENTERIC INFARCTION

*Elmokretar Faouzi, Lahfaya Saliha, Khalouf Mohamed Abderaouf, Chekkou Mohamed, Kheddouci Nazim, Metchat Mohamed, Mecherouk Abdennadjim, Ait Benamer Noureddine
CHU Frantz Fanon Blida*

OBJECTIVE: The aim of our work is to evaluate the efficacy of systemic and exclusive thrombolysis in IEM.

MATERIALS AND METHODS: It is a descriptive, prospective and single-center study conducted between 2017-2021. It included 59 patients treated with systemic thrombolysis exclusively. This procedure must be carried out early in a period of intestinal ischemia deemed to be still reversible. All intestinal ischemias of cruoric origin, except chronic and non-obstructive ones, and whatever their evolutionary stage seen before the 48th hour, were retained.

The immediate effectiveness of the procedure will concern 46 patients' rate of 78%. Mortality is around 22%, involving 11 patients admitted in a state of shock linked to advanced ischemia in sometimes extensive pre-necrosis. The harmful and dreaded side effects of thrombolysis were noted in 2 patients (3.38%) under the expression of hemorrhagic accidents. The laparoscopic control made it possible to certify the complete restitution of the intestine previously identified 72%. Morbidity is 25% Clavien and Dindo class 1 and 2. A number of 43 patients survived, making the one-year survival estimated at 73%. In addition, the quality of life of our patients is considered generally comfortable and observe anti coagulation for life.

CONCLUSION: Systemic thrombolysis is a recognized and validated practice in cardiology and neurology respectively for myocardial infarction and for ischemic stroke in the acute phase. This technique is intended as a plea for a medical therapeutic alternative, simple, minimally invasive, safe and above all full of hope for this dreaded pathology.

Keywords: thrombolysis, acute mesenteric ischemia, laparoscopy, angioscan



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

PS-25

KIDNEY TRANSPLANTATION OUTCOMES OF SINGLE CENTER IN MONGOLIA

Ganbold Lundeg

Department of Critical Care and Anaesthesiology of Mongolian National University of Medical Sciences, Ulaanbaatar, Mongolia

BACKGROUND: This study was carried out to determine survival outcomes between the recipients in LD kidney transplant (KT) and DDKT in the First Clinical Hospital of Mongolia.

METHODS: Data were collected retrospectively for 342 KT recipients including 288 LDKT and 54 DDKT recipients, performed from 2011 to 2024 in the Organ transplant center of First Central Hospital of Mongolia, Demographics, delayed graft function (Dot), 1- and 5-year patient and KT survival for the ID group were compared to the DD group.

RESULTS: Mean age of the recipients was $37,43 \pm 10.4$ years. Mean age of the donors was $42,8 \pm 10,1$ years and donor gender ratio were 1:1. The main primary disease for ESRD was glomerulonephritis (87.5%) Mean haemoglobin of the recipients was $10,5 \pm 1,5$ g/dl, albumin $39.7 \pm 5,3$ g/l, total protein $64,4 \pm 9,8$ g/l, and serum C reactive protein 8.2 ± 11.9 mg/dl. The incidence of DGF in LD and DD group were 2.9 % and 29.6 %, respectively ($p < 0.001$), HLA mismatches (4-6) in LD and DD group were 27.9%) and 55.6%, respectively ($p < 0.05$), 1- and 5-year overall KT graft survival were 94% and 81%, and overall patient survival were 98% and 88%, respectively, kidney transplantation's 1- and 5-year survival for LDKT were 95% and 81%, for DDKT 88% and 72%, respectively ($p = 0.148$), LDKT 1- and 5-year patient survival were 100% and 87%, in case DDKT there were respectively 88% and 88% ($p = 0.136$).

CONCLUSIONS: In further we need to study and determine the influencing factors on kidney transplant outcome and its relationship.

Keywords: living donor, deceased donor, delayed graft function, transplant survival, patient survival



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

PS-26

IMPACT OF TECHNOLOGY PICCO IN THE MANAGEMENT OF RENAL FAILURE IN THE CRITICAL PATIENT

Iraida Camerzan, Cornelia Gutu Bahov
Clinical Hospital "Saint Trinity"

Current guidelines recommend PiCCO monitoring of fluid and vasopressor infusion therapy. The evolution of the impact of PiCCO technology on the prognosis and ICU length of stay of critical patients with renal failure and decompensated DM (ketoacidosis) in the context of septic conditions. The retrospective study (September 2023 - January 2024 (ICU, CMH, Sf. Treime)) included 60 critical patients (average age 35.68 ± 3.45 years, $P = 0.204$) requiring infusion therapy, vasopressors, inotropes, correction of ABB, divided into 2 groups. In group I ($n = 27$) complex intensive therapy (CIC) was applied, guided by PiCCO, and in group II ($n = 33$) - CIC guided by the measurement of static parameters. On admission to the ICU, the patients from group I scored a higher APACHE II and SOFA (group I (APACHE $18p \pm 2.45$, $P = 0.195$; SOFA $10p \pm 2,782$) vs group II (APACHE $16p \pm 1.95$, $P = 0.203$; SOFA $9p \pm 2.75$, $P = 0.321$)), and at the end of the treatment - a reduction of the ICU length of stay (group I (3.2 days ± 1.23 , $P = 0.265$) vs group II (5.8 days ± 1.25). Also, a significant reduction of lethal outcomes was observed in patients from group I (9.40% , $P = 0.130$) vs group II (13.15% , $P = 0.123$). Fluid resuscitation guided by PiCCO technology in the intensive care complex applied to patients with renal failure and decompensated DM (ketoacidosis) showed an improvement in the survival rate of patients in group I vs group II, with a reduction of the ICU length of stay.

Anahtar Kelimeler: Renal failure, PiCCO, critical patient



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

PS-27

THE INVOLVEMENT OF CIRCADIAN RHYTHMS IN THE TRIGGER OF ACUTE RENAL FAILURE. RETROSPECTIVE ANALYSIS

Iraida Camerzan, Cornelia Gutu Bahov
Clinical Hospital "Saint Trinity"

Circadian rhythms are intrinsic timing mechanisms that allow adaptation to cyclical changes in the environment. Description of diurnal and nocturnal oscillations in the mortality of ICU patients hospitalized with renal failure, analysis of the peak hours of mortality, as well as highlighting the most critical intervals in order to ensure targeted therapy to prevent mortality. Retrospective study carried out between 01.01.2022-30.11.2023 in the ICU, Clinical Hospital "Saint Trinity". The total number of patients hospitalized with Renal Failure was analyzed, in particular the number of deceased patients and the peak hours of deaths were investigated. The total number of patients hospitalized in the ICU was 409 and the number of those who died in the ICU was 142 (34.71%), the average age being 64.04 ± 3.45 years, women 46.94% (n=192), men 53.05% (n=217). Mortality was found to follow a biphasic circadian pattern. The following peak hours of mortality were highlighted: 02:00-04:00 (22.53% (n=32)); 06:00-08:00 (11.26% (n=16)); 11:00-12:00 (15.49% (n=22)); 14:00-17:00 (28.87% (n=41)); 23:00- 00:00 (10.56% (n=15)). In deaths with an average age of 54.40 years ± 2.42 years, peaks were observed at 09:00-10:00 (4.92% (n=7)) and 17:00-19:00 (6.33% (n=9)). At the same time, time intervals were highlighted where no deaths were recorded, these being 00:00-01:00 and 13:00-14:00 which also outline a day-night rhythmicity. This study documented the circadian pattern of mortality in patients with kidney diseases admitted in the ICU. Also, the importance of appropriate therapy at certain hours of the day and night was noted. These evidences opening new perspectives in chronotherapy and chronoprophylaxis of kidney diseases.

Anahtar Kelimeler: circadian rhythm, mortality, renal failure



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

PS-28

RENAL FAILURE AND CIRCADIAN RHYTHMS

Iraida Camerzan, Cornelia Gutu Bahov
Clinical Hospital "Saint Trinity"

The reality of life in modern times is that our internal circadian rhythms are often misaligned with the light/dark cycle of the external environment. It is well established that loss of circadian rhythms in physiological functions can lead to disease. Proof that this phenomenon occurs in patients with kidney disease is increasing. As basic research brings us closer to understanding the pathophysiological mechanisms by which circadian disruption causes disease, the potential for circadian rhythm-based interventions is growing. In the future, the adoption of circadian-based therapies will require the development of tests to assess the extent of circadian disruption to facilitate diagnosis and assess response to therapy. The use of timed urine collections could shed light on the incidence of circadian disturbances and help evaluate the effectiveness of circadian-based therapies in a non-invasive manner. Measuring clock gene expression in blood samples may also be useful as a prognostic and diagnostic biomarker in dialysis patients, those with CKD, or those with or at risk of acute kidney injury. Although the potential to use circadian principles in the treatment or management of kidney disease is growing, the mechanisms by which disrupted circadian rhythms mediate and perpetuate kidney injury remain to be elucidated, as basic research in this area is still in its early stages. Given the physiological and clinical significance of circadian rhythms for human health, a more detailed examination of the circadian clock in renal disease models is warranted and expected to yield a deeper understanding of renal versus systemic circadian homeostasis.

Anahtar Kelimeler: circadian rhythms, renal failure, kidney diseases

PS-29

EARLY AVF PREPARATION REDUCES THE LEVEL OF SERUM CREATININE AND IMPROVES PATIENTS' OUTCOMES

*Mahmud İslam, hamad Dheir, Peruze Yüksel, Zafer Ercan, Fatma Yılmaz, Esen Ülker, Musa Pınar, Kenan Evren Öztop
Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

OBJECTIVE: Our study aimed to investigate the impact of early arteriovenous fistula (AVF) creation on glomerular filtration and outcomes in patients with chronic renal failure.

METHODS: We identified 127 patients with successful AVF follow-ups in our nephrology outpatient clinic and took the predialysis education program. The demographic and laboratory data were extracted from our hospital's database system and education forms. We grouped patients basically according to their basal eGFR

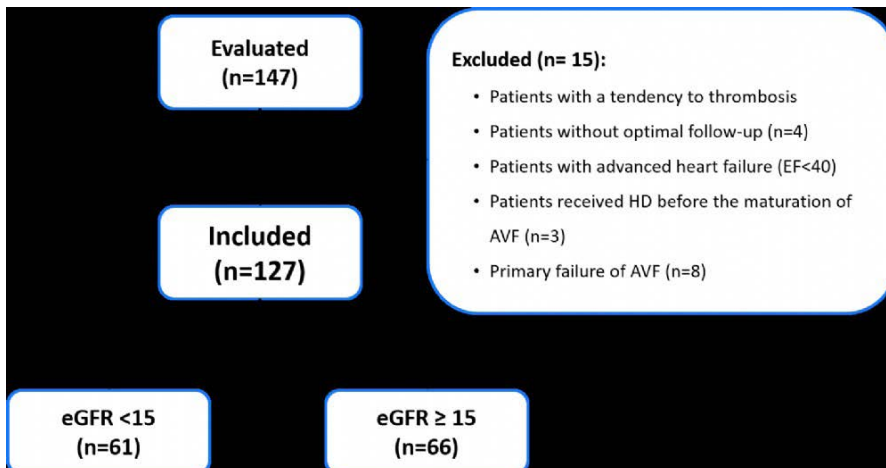
RESULTS: We analyzed 127 patients with a mean age of 65 ± 13 years. 67 (52.8%) were females. The mean eGFR of all patients was 17 ± 7 ml/min. The mean serum creatinine in the third month was significantly lower in those with $eGFR \geq 15$ ($p = 0.05$). This was applicable to the brachiocephalic AVF without statistical significance. 42.5% ($n = 54$) started maintaining HD in the first year. Thirty-four cases are still not on routine Dialysis program, but 21 of them needed emergent HD. 6 (4.7%) out of 13 patients never dialyzed are in $eGFR > 15$ group.

DISCUSSION: Our findings were consistent with previous studies that showed a deceleration of eGFR. Early AVF access failure was found to have higher rates of vascular access. This was also observed in our study, but we consider this an advantage to facilitate early preparation to avoid urgent dwelling catheters.

CONCLUSION: Early AVF creation had an impact on patients' general health and helped optimize medical treatments. Moreover, there was a decrease in serum creatinine levels that was more obvious in the patients with a higher eGFR.

Anahtar Kelimeler: Arteriovenous fistula, hemodialysis, hospitalization, renal function, serum creatinine.

Flowchart



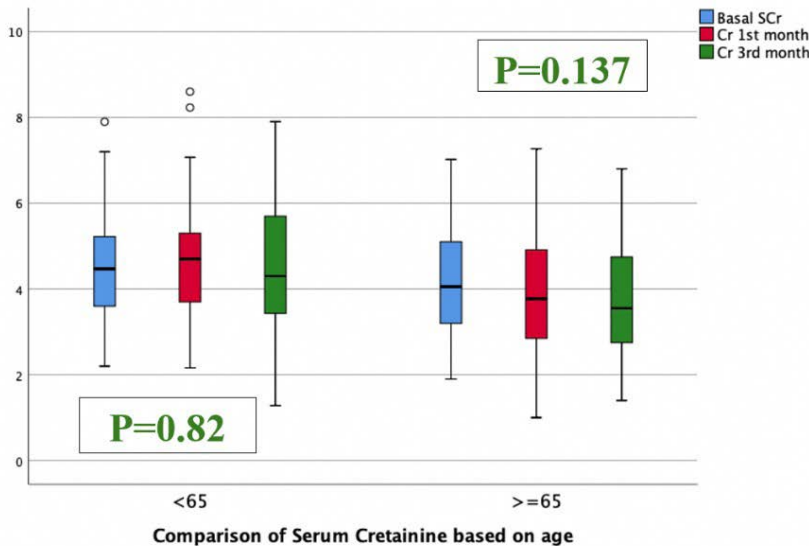
Flowchart of study population

Table 1: Comparison of patients' results based on age

| | AGE (<65 years) (n=58) | AGE (≥65 years) (n=69) | P value |
|--|---------------------------|----------------------------|---------|
| Serum creatinine baseline** (Before AVF creation)** | 4.49 (3.60-5.40) | 4.10 (3.20-5.10) | 0.135 |
| Serum creatinine 1st month ** | 4.70 (3.70-5.40) | 3.80 (2.90-4.92) | 0.007 |
| Serum creatinine 3rd month ** | 4.30 (3.43-5.70) | 3.55 (2.75-4.75) | 0.006 |
| Serum creatinine 6th month ** | 4.10 (2.90-5.50) | 3.25 (2.40-4.20) | 0.058 |
| Serum creatinine 12th month ** | 4.07 (3.40-4.60) | 3.00 (2.40-4.20) | 0.066 |
| AVF-and first HD (days) ** | 156 (88-187) | 135 (100-188) | 0.896 |
| AVF-permanent HD (day) ** | 168 (142-189) | 163 (131-215) | 0.702 |
| Temporary HD sessions number ** | 3 (0-5) | 2 (0-7) | 0.743 |
| Glucose mg/dl ** | 153 (114-183) | 153 (108-208) | 0.560 |
| Urea (mg/dl)** | 137 (119-155) | 136 (125-155) | 0.755 |
| AST (U/L)** | 19 (12-33) | 20 (14-33) | 0.527 |
| ALT(U/L)** | 17 (8-31) | 19 (10-26) | 0.988 |
| PLT (x1000)** | 208 (167-250) | 211 (186-259) | 0.578 |
| BMI* | 28 (7) | 26 (7) | 0.197 |
| Creatinine (mg/dl) * | 4.12 (0.77) | 4.14 (0.70) | 0.912 |
| Sodium (mEq/L) * | 135 (17) | 137 (16) | 0.679 |
| Potassium (mEq/L) * | 4.4 (0.7) | 4.8 (0.8) | 0.001 |
| HCO ₃ (mg/dl) * | 19 (4) | 18 (4) | 0.053 |
| WBC (× 10 ⁹ /L) * | 9 (2) | 9 (2) | 0.462 |
| Hemoglobin (g/dl)* | 9.7 | 9.5 (1.4) | 0.451 |

*Expressed as Mean(SD), **Expresses as median (25th-75th percentile) Abbreviations: AVF: arteriovenous fistula, BMI: body mass index, PLT: platelet, WBC: White blood count

Figure1: Comparison of serum creatinine based on age group



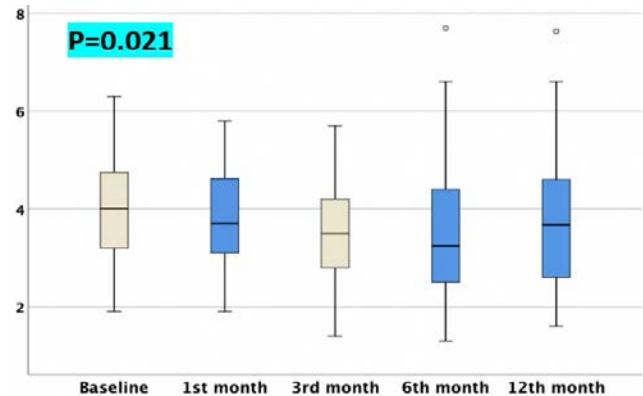
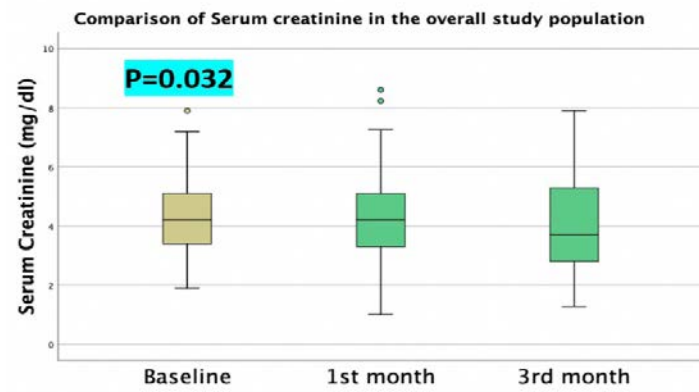
There was no significant difference between patients over and under 65 age

Table 2: Comparison of patients' results based on eGFR

| | eGFR (<15) (n=61) | eGFR (≥15) (n=66) | P value |
|--|-------------------------|----------------------|---------|
| Age (year)* | 65 (12) | 65 (14) | 0.886 |
| eGFR (ml/min/1.73m ²)* | 12 (12) | 21 (6) | <0.001 |
| serum creatinine baseline** (Before AVF creation)** | 5.10 (4.5-5.8) | 3.60 | <0.001 |
| serum creatinine 1st month** | 5.00 (4.5-5.8) | 3.60 | <0.001 |
| serum creatinine 3rd month** | 4.80 (3.8-5.8) (n=59) | 3.20 (n= 58) | <0.001 |
| serum creatinine 6th month** | 4.30 (2.90-5.82) (n=48) | 3.20 (n=44) | 0.012 |
| serum creatinine 12th month** | 3.83 (2.60-5.37) (n=29) | 3.40 (n= 30) | 0.394 |
| AVF-and first HD (days)** | 153 (125-206) | 128 (86-187) | 0.131 |
| AVF-permanent HD (day)** | 168 (132-210) | 165 (129-223) | 0.803 |
| Glucose mg/dl** | 156 (125-206) | 150 (106-178) | 0.088 |
| Urea (mg/dl)** | 137 (125-164) | 136 (122-151) | 0.339 |
| AST (U/L)** | 21 (15-33) | 19 (12-33) | 0.529 |
| ALT(U/L)** | 20 (10-31) | 15 (8-26) | 0.262 |
| PLT (x1000)** | 208 (181-270) | 211 (170-246) | 0.696 |
| BMI* | 27 (23-30) | 26 (22-31) | 0.90 |
| Sodium (mmol/L)* | 136 (17) | 136 (16) | 0.906 |
| Potassium (mmol/L)* | 4.7 (0.7) | 4,5 (0.9) | 0.357 |
| HCO ₃ (mg/dl)* | 18 (4) | 18 (4) | 0.815 |
| WBC (x 10 ⁹ /L)* | 9.39 (2.29) | 8.76 (2.13) | 0.113 |
| Hemoglobin (g/dl)* | 9.7 (1.6) | 9,5 (1.5) | 0.431 |

*Expressed as Mean (SD), **Expressed as median (25-75 percentile), Note: Serum creatinine is presented in mg/dl units
Abbreviations: AVF: arteriovenous fistula, BMI: body mass index, eGFR: estimated glomerular filtration rate

Comparison of serum creatinine of study population



Çalışmaya alınan hastaların diyaliz öncesi, zaman içerisindeki Serum kreatinin seyri *Related-Samples Friedman's Two-Way Analysis of Variance by Ranks

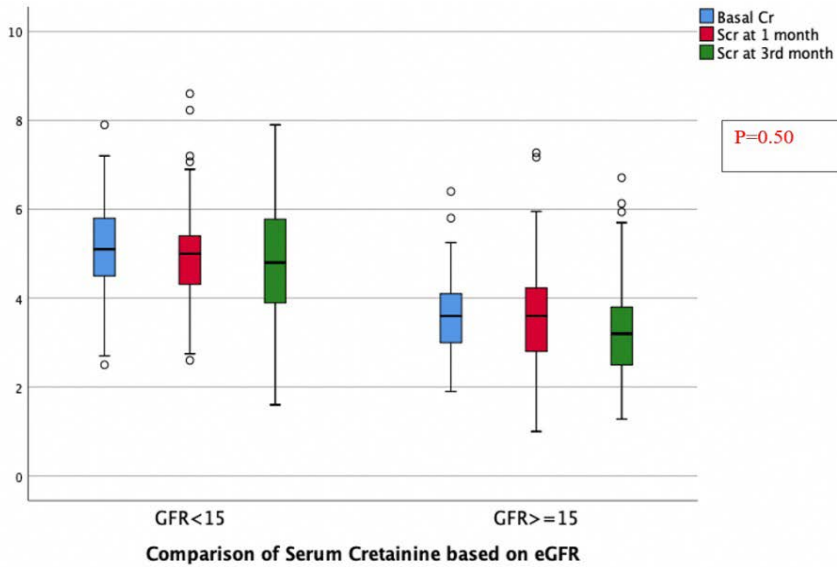
Table 3: Patients' needs of maintenance hemodialysis support over 24 months of observation

| | eGFR (<15) | eGFR (\geq 15) | Total |
|-------------------------------------|------------|-------------------|------------|
| Started HD within 3 months | 2 (3.3%) | 0 | 2 |
| Started HD (\geq 3 - <6 months) | 11 (18%) | 8 (12.12%) | 19 |
| Started HD (\geq 6-12 months) | 19 (31%) | 14 (21.2%) | 33 |
| Started HD (after 1st year) | 13 (21.3%) | 25 (37.8%) | 38 |
| Never dialyzed (in the first year)* | 16 (%26.2) | 19 (28.8%) | 35 (27.5%) |

Many of these patients had a time lag between the last HD and the assignment to maintenance HD. Most indications for emergent HD before assigning for maintenance HD were: hyperkalemia, acidosis, and hypervolemia.

Comparison of groups according to their GFR

BoxPlot of serum creatinine of patients in those below and over eGFR of 15 ml/min/m²



AuthorToEditor: Kelime sınırı nedeni ile Referans vs eklenememiştir. Matbu Poster de eklenmei planlanmıştır. Bu sunum henüz manuscript halini almamış; yakında submission planlanmaktadır.

PS-30

KIDNEY TRANSPLANTATION OUTCOMES IN PATIENTS WITH IGA NEPHROPATHY: SINGLE-CENTER STUDY

Nadzeya Rapetskaya, Kirill Komissarov, Aleh Kalachyk

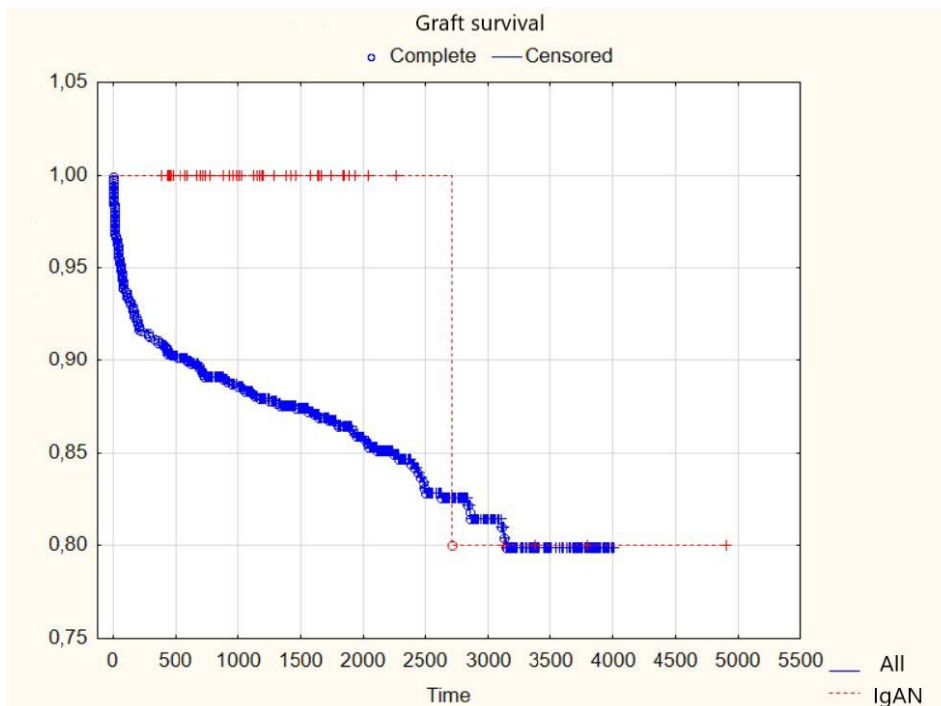
Minsk Scientific and Practical Center for Surgery, Transplantology and Hematology, Minsk, Belarus

IgA nephropathy (IgAN) is the most common form of glomerulonephritis leading to end-stage kidney disease. Every year more and more patients with IgAN undergo kidney transplantation. The study assesses outcomes of patients with IgAN who underwent kidney transplantation within 10 years between 2013 and 2022.

A total 56 kidney transplant recipients with morphologically verified IgAN in native kidneys were included. Male to female ratio was 3:1. Mean age was 42 [35;50] years. With a median follow-up of 60 (minimum-maximum, 12-127) months after kidney transplant, IgAN recurrence in the graft occurred in 5 patients (8,93%). The average term for IgAN recurrence was 16 [14;37] months. Only one patient (1,78%) lost kidney graft function during the follow-up. Death-censored graft survival at 1 year was 100%. 5 patients (8.92%) experienced death with functioning allografts. When compared with the entire cohort of kidney transplant recipients, there was no difference in the survival of patients ($p=0.8$) however, graft survival was better in recipients with IgAN ($p=0.015$).

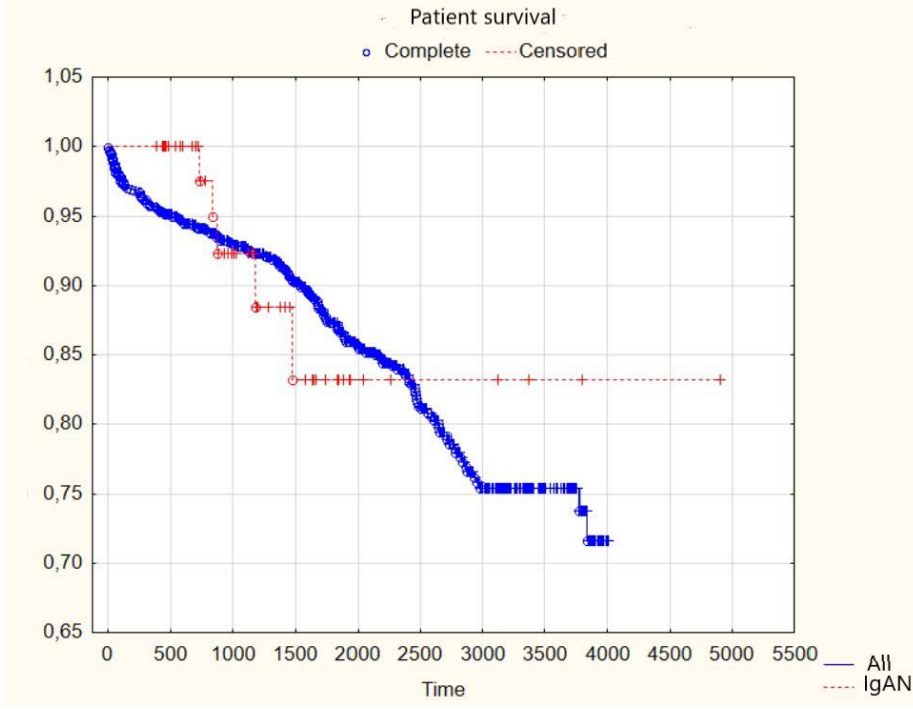
Kidney transplantation is the treatment of choice for patients with end-stage kidney disease caused by IgAN. High survival rate is apparently associated with the young age of the recipients and the absence of comorbidity.

Keywords: IgA nephropathy, transplantation, outcome, survival



Kaplan-Meier curves displaying the estimated graft survival probability for kidney transplant recipients with primary IgA nephropathy and the entire cohort of kidney graft recipients.

Patient survival



Kaplan-Meier curves displaying the estimated patient survival probability for kidney transplant recipients with primary IgA nephropathy and the entire cohort of kidney graft recipients.

PS-31

PRE-TRANSPLANT ADYNAMIC BONE DISEASE PREDICTS POST-TRANSPLANT OSTEOPOROSIS AND ARTERIAL STIFFNESS

Orkhan Guliyev¹, Siren Sezer²

¹Department of Nephrology, Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

²Department of Nephrology, Atilim University, Ankara, Turkey

PURPOSE: The aim of this study is to evaluate the relationship between pre-transplant bone activity and post-transplant osteoporosis and arterial stiffness in kidney transplant recipients.

METHODS AND ANALYSIS: One hundred and fifty kidney transplant recipients with minimum one year post transplant period from our renal transplant outpatient clinic were enrolled into the study. All patients' standard clinical and biochemical parameters, pre and post-transplant PTH levels, post-transplant lumbar t-scores and pulse wave velocity (PWv), post-transplant vitamin D therapy were cross sectionally analyzed. PWv was determined from pressure tracing over carotid and femoral arteries using the SphygmoCor system. Patients whose pretransplant low PTH levels (Group 1, n:91) (PTH<150 pg/ml, mean 68.32±48.2 pg/ml) were compared to patient with higher PTH levels (Group 2, n:59) (379.8 ±102.1 pg/ml). Risk factors for predicting an increase in PTH levels (%20 from pretransplant values) were additionally assessed.

RESULTS: Serum PTH slightly increased or stable in low PTH group; whereas there was a decline in the pretransplant high PTH group. Post-transplantation osteoporosis and PWv was significantly higher Group 1 patients (%44 vs %33, p:0.029) and (%34.3 vs. %19.5, p:0,032). In both groups an increase in post transplant PTH >20% was associated with higher serum creatinine, phosphorus levels and lower GFR (p:0,006, 0,005 and 0,006 respectively) and high PWv (7.4±2.3 vs. 6.4±2.0 respectively, p:0.08).

CONCLUSIONS: Pre-transplant low serum PTH level is an important predictor for post-transplant osteoporosis and increased arterial stiffness.

Keywords: Arterial stiffness, Adynamic Bone Disease, Post-Transplant Osteoporosis

PS-32

IMPACT OF SURGICAL COMPLICATIONS ON GRAFTS AND PATIENTS SURVIVAL AFTER RENAL TRANSPLANTATION FROM LIVING DONORS: MULTICENTER STUDY

Saliha Lahfaya

Hospital Establishment Specializing in Organ and Tissue Transplantation of Blida. Blida University, Department of Medecine, Blida, Algeria.

INTRODUCTION: Renal transplantation (RT) is currently considered a treatment of choice for chronic renal failure. Its results have improved in recent years. However, surgical complications remain serious because they affect a single kidney and occur in areas weakened by renal insufficiency and immunosuppression. The objective of this work is to evaluate the frequency of surgical complications during RT activity and its impact on kidney and patient survival.=

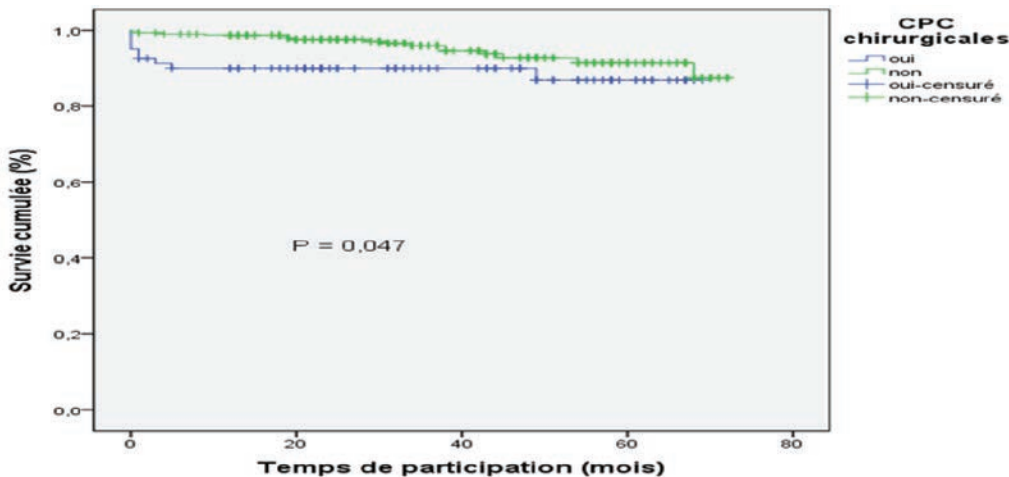
MATERIALS-METHODS: This is a retrospective study including all patients who received a first RT from a living donor (LD) from January 2012 to December 2016 in four centers. The characteristics specific to the recipient and the donor were established. The surgical complications were collected.

RESULTS: We collected 399 patients who received a first RT by LD. The average age of our patients is 34 ± 10.8 years, with 70.4% men. 14.3% were overweight and 3.8% were obese. The initial nephropathy was undetermined in 77% of cases. 20.1% of patients presented surgical complications, 13.3% were vascular and urological complications (6.8% and 6.5% respectively) and 2.3% were lymphoceles. Revision surgery was necessary in 11.3% of patients. Graft survival was significantly reduced in the presence of surgical complications ($P = 0.05$) and after revision surgery ($P=0.005$).

CONCLUSION: Prevention of surgical complications following renal transplantation relies on careful allotransplant preparation and strict respect of surgical best practices. Increasing comorbidities in recipients are significant limits for the improvement of post-transplant surgical outcome.

Keywords: Renal transplantation, Surgical complications, Lymphocele, graft survival.

Graft survival after surgical complication



PS-33

KIDNEY TRANSPLANTATION FROM DECEASED DONOR IN ALGERIA

Saliha Lahfaya, Nouara Benkacimi, Mourad Kastali

Hospital Establishment Specializing in Organ and Tissue Transplantation of Blida. Blida University, Department of Medecine, Blida, Algeria.

INTRODUCTION: Renal transplantation is the ideal method for management of end-stage renal disease. Kidney transplant recipients have a better quality of life compared with patients on dialysis. In Algeria, this activity started in 1986 from related living donors and in 2002 from deceased donor.

MATERIALS-METHODS: From 2010 to 2012, we underwent four renal transplants from deceased donors. There were 3 men and one woman. All patients received immunosuppressive therapy, consisting of a calcineurin inhibitor, mycophenolate mofetil and prednisolone. The mean follow-up time was 13 years. We studied demographic characteristics, complication rates and long-term graft, and patient survivals.

RESULTS: Four transplants were performed during the period. The donors were 20 and 28 years old. The average age of the recipients was 40.7 years. The cold ischemia time was on average 20 hours. Post-transplant medical complications were analyzed. There were only one case of delayed graft function. One patient developed several complications such as a diabetes mellitus, CMV infection, HTA and malignancy and return to dialysis after 10 years. Currently, three patients are still alive with a functional graft and serum creatinine for one, three, five and 13 years post transplantation between 10 and 12 mg/l.

CONCLUSION: Kidney transplantation from deceased donors gives satisfactory results and allows patients better survival compared to dialysis. It is the solution to absorb the growing number of renal failure patients who do not have related donors. So, we tried to encourage our population to donate after their death.

Keywords: Kidney transplantation, deceased donor, complication rates



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

PS-34

STENT FREE URETERO-NEOCYSTOSTOMY IN LIVING RELATED KIDNEY TRANSPLANTATION

Sandro Kiladze

American Hospital Tbilisi, Sandro Kiladze, Tbilisi

Kidney transplantation is the treatment of choice for a minority of patients with end-stage renal disease (ESRD). Despite big variety of techniques, surgical complications are still big problem for kidney transplant recipients. Urological complications, mostly urine leakage, remain the most common type of surgical complication in the early post-transplant period. The routine use of a double-J ureteric stent remains controversial. Urine leaks can result in the formation of urinoma. These collections can compress vascular structures or urine outflow, causing transplant dysfunction and graft lose. All patients who underwent living related kidney transplantation from 2019 (60 patients) are included in this article. In all cases, we avoided ureteral stenting and did stent free uretero-neocystostomy by Lich-Gregoir technique, include 6 pediatric patients. 1 year graft survival is 98%, 3 years graft survival 95%. Average cold ischemic time was 1.5 hours. Etiology of ESRD: FMF 3.5%, DM 12.18%, ADPKD 5.7%, GN 14.21%, Urological etiology 4.6%, nephrosclerosis unknown etiology 29.43%. Among 60 patient who underwent stent-free living related kidney transplantation, in 8 cases there was UTI. There was no urine leakage in any patient. The same surgeon did all the transplants. In our patients, the most common causes of UTI was recipient age and prolonged cold ischemic time. In conclusion, sophisticated surgical techniques to avoid urological complications during organ recovery and implantation have shown the decrease of urological complications, especially leakage. Stent free uretero-neocystostomy in living related kidney transplant patients shown to be good choice as it is less traumatic and cost effective.

Anahtar Kelimeler: Uretero-neocystostomy, Stent free anastomosis, living related kidney transplantation

PS-35

ACUTE IDNEY INJURY IN SEVERE PREECLAMPSIA

Viorica Cospormac, Mihaela Cospormac

"N. Testemitanu" State University of Medicine and Pharmacy, Anaesthesiology and Resuscitation Department No. 2, Chisinau, Republic of Moldova

INTRODUCTION: Severe preeclampsia is a serious complication of pregnancy with multiple organ dysfunction (MODS) caused by systemic damage to the vascular endothelium. Hypovolemia and generalized artery spasm lead to acute renal failure in the prenatal period with clinical signs of impaired tissue perfusion, leading to worsening MODS. Aim of the study: evaluation of renal manifestations in severe preeclampsia.

MATERIALS-METHODS: 55 pregnant women with severe preeclampsia were investigated at IIIrd Level Perinatal Center in the Republic of Moldova during 2019-2021. Presence of edema, weight gain, hourly diuresis (urinary flow<0.5 ml/kg/h - oliguria), creatinine, uremia, proteinuria in 24 hours were evaluated.

RESULTS: Women were aged between 27 and 42 years, on average-28±9.63 years. Pregnancy term ranged from 25 to 39 weeks. Nephrotic syndrome is present in 40 (72,73±6.0%) pregnant women (proteinuria 300mg/dl in 28(50,91±6,74%) cases), with generalized edema, and 9 (16,36±4,99%) of them – anasarca. Weight gain of 14kg - in 11 (20,0±5.93%) pregnant women. Oliguria - 21(38,18±6,55%) cases, 19(90,48±6,40%) of them with severe complications (pulmonary edema, cerebral edema, etc.). Oliguria was assessed as a MODS prediction factor (RP=4,52; p=0,001). Hypercreatininemia and hyperuremia - in 6(10.91±4.20%) women. Kidney function is restored postpartum 48-72 hours in most cases. The phase of polyuria and significant reduction of edema sets in. In 3 cases (15,0±7,98%), nephrotic syndrome is preserved.

CONCLUSIONS: in severe preeclampsia proteinuria may be absent, creatinine levels and uremia being significant severity criteria. Oliguria is a complications predicting factor (pulmonary, cerebral, etc.). Pathological weight gain reveals the presence of hidden edema.

Anahtar Kelimeler: Preeclampsia, proteinuria, AKI

AuthorToEditor: I apologize for the inconvenience, but the poster will be in English, as the site is broken and we cannot upload abstracts in English. Accept our apologies. Kind regards.



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

PS-36

CRRT IN THE POSTCARDIOTOMY CARADIOGENIC SHOCK PATIENT. CASE PRESENTATION

Viorica Cospormac, Olga Cernei

"N. Testemitanu" State University of Medicine and Pharmacy, Anaesthesiology and Resuscitation Department No. 2, Chisinau, Republic of Moldova

INTRODUCTION: Cardiac surgery patients are at an increased risk of developing cardiogenic shock post-cardiotomy with progression to multiple organ dysfunction (MODS) with persistence of acute kidney injury and hemodynamic instability.

PURPOSE: To evaluate the repercussions of continuous renal replacement therapy (CRRT) associated with hemoabsorption with CytoSorb on hemodynamics and multiple organ dysfunction (MODS).

CASE PRESENTATION: 54-year-old patient, undergoing open heart surgery: Replacement of aortic and mitral valves with mechanical prosthesis, tricuspid valve annuloplasty. Duration of intervention 8 hours, duration of extracorporeal circulation (ECC) - 4 hours and 15 minutes. Postoperative: Cardiogenic Shock postcardiotomy with the need for inotropic support. Subsequently, the patient developed MODS: acute heart failure with pulmonary edema - Stroke Volume Index (SVI) 23ml/m², Global End-Diastolic Volume Index (GEDV) 934ml/m², Global Ejection Fraction (GEF)-8%, Fluid Index extravascular pulmonary (ELWI)-15ml/kg, Heart Power Index (CPI) 0.3W/m²; acute respiratory failure (ARDS); AKI III (hypercreatininemia 333mmol/l, oligoanuria), acute liver dysfunction (ALT 542.7mmol/l, AST 412.91mmol/l), CID syndrome, systemic inflammatory response syndrome (SIRS). Compromised renal function, evidence of global heart failure associated with volume overload, and to eliminate circulating inflammatory mediators were indications for CRRT associated with CytoSorb hemoabsorption. Duration of CRRT 72 hours associated with polymodal treatment.

As a result, it was possible to restore renal function and hemodynamic stabilization with an increase in cardiac performance parameters. Conclusions Extracorporeal therapy through continuous hemodiafiltration (CRRT) and hemoabsorption with the CytoSorb filter is effective in eliminating circulating inflammatory mediators, limiting SIRS and stabilizing hemodynamics in patients undergoing cardiac surgery.

Anahtar Kelimeler: shock, hemodynamic monitoring, CytoSorb

AuthorToEditor: I apologize for the inconvenience, but the poster will be in English, as the site is broken and we cannot upload abstracts in English. Please accept my apologies. Kind regards.

PS-37

KRESENTİK GLOMERÜLONEFRİTLE PREZENTE OLAN İGM NEFROPATİSİ: OLGU SUNUMU

Ahmet Erme¹, Merve Şanlıer², Ebru Gök Oğuz², Çiğdem Sercan³, Arzu Akgül², Çiğdem İkhle², Kadir Gökhan Atılğan², Fatma Ayerden Ebinç², Gülay Ulusal Okyay², Mehmet Deniz Ayl²

¹Etilik Şehir Hastanesi, Dahiliye Ana Bilim Dalı, Ankara

²Etilik Şehir Hastanesi, Nefroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

³Etilik Şehir Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

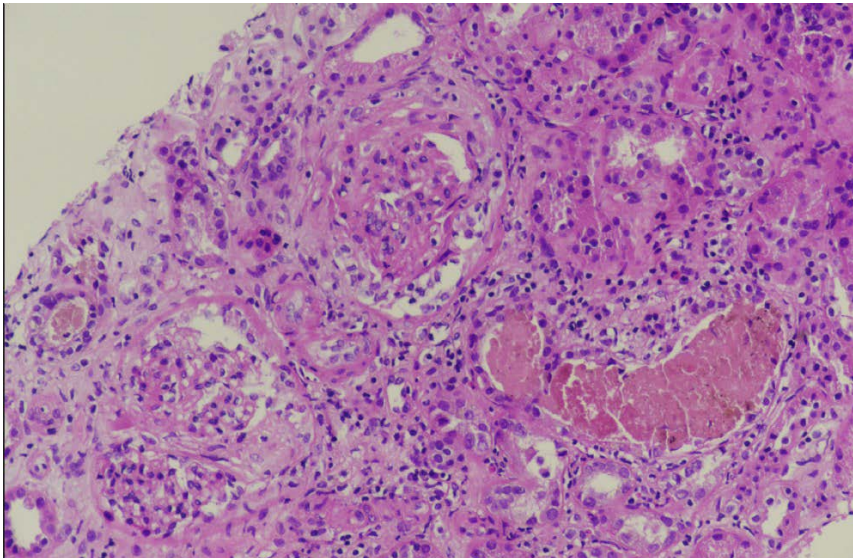
GİRİŞ: Hızlı ilerleyen glomerülonefrit (HİGN) değişik etiyolojilerle, kısa süre içinde gelişen ilerleyici akut böbrek hasarı (ABH) ile ilişkili glomerüler bir hastalıktır. Tip1 Anti-Glomerüler bazal membran (GBM) antikor hastalığı, tip2 immun kompleks aracılı HİGN, tip3 pauci-immun tip HİGN olmak üzere üç tipe ayrılır. Tip 2 HİGN en sık nedenleri lupus nefriti, IgA nefropatisidir (1). Nadir nedenleri arasında IgM nefropatisi yer alır (2). Aşağıda kresentik glomerulonefritle prezente olan bir IgM olgusu sunulmuştur.

OLGU: 65 yaş erkek hasta bulantı, kusma şikayetleriyle acil servise başvuruyor. Kalp yetmezliği, hipertansiyonu olan hastanın muayenesinde genel durumu orta/iyi, bilinç açık oryante-koopere, vital bulgu stabildi. Laboratuvar sonuçları tablo 1’de belirtildiği gibidir. Üriner USG sonucu normal olan hasta ABH etiyoloji araştırılması ve tedavi için yatırıldı. ABH gerilemeyen hastaya yapılan renal biyopsi nekrotizan kresenterik glomerülonefrit, IgM nefropatisi ile sonuçlanmıştır (Figür-1,2,3). Hastaya 3 gün boyunca intravenöz (IV) 500 mg metilprednizolon verilmiştir. Ardından c-ANCA pozitifliği saptanan hastada Tip2-Tip3 HİGN birlikteliği düşünülerek hastaya 500 mg siklofosfamid (IV) verildi. Diyaliz ihtiyacı olmadığı ve akciğer kanaması olmadığı için plazmaferez yapılmadı. Tedavi süresince hastanın kreatinindeğeri 2,46mg/dL’ egerilemesi üzerine, hasta oral steroid ve 15 gün sonra 2. doz siklofosfamid planlanması üzerine taburcu edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Vakamızda nefrotik proteinüri ve c-ANCA pozitifliği, kresentik glomerülonefrit ile prezente IgM nefropatisi mevcuttur. Genellikle çocuklarda görülebilen IgM nefropatisinin yetişkinlerde de görülebileceği ve de kresentik glomerülonefrit şeklinde prezente olabileceği akılda tutulmalıdır (3, 4). Literatürde kresentik glomerülonefritle prezente olabileceği bildirilmişken c-ANCA birlikteliği yoktur. Vakamızın tedavisinde c-ANCA vaskülit başlangıç tedavisi siklofosfamid kürlerinden sonra idame tedavide IgM nefropatisi tedavisini kapsamaması için ritüksimab planlandı.

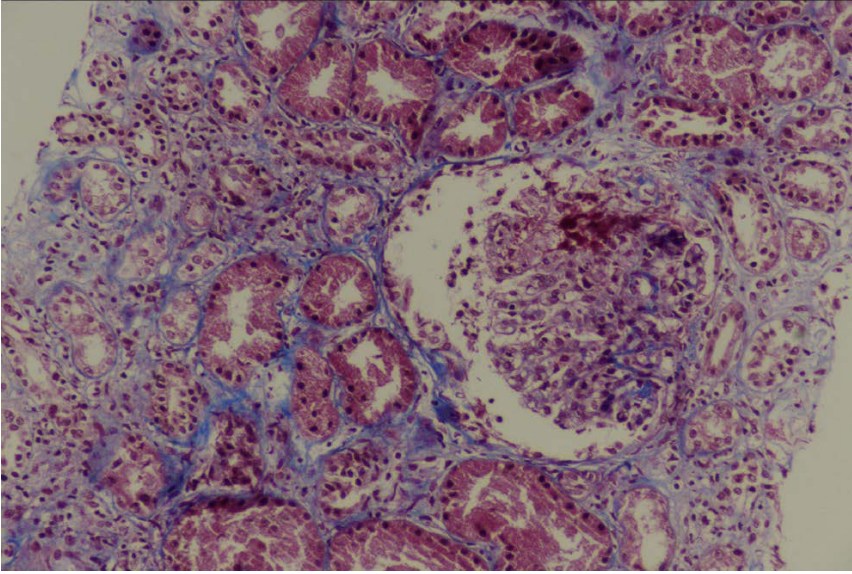
Anahtar Kelimeler: c-ANCA ilişkili kresentik glomerülonefrit, Hızlı ilerleyen glomerülonefrit, İgM nefropatisi

Figür-1



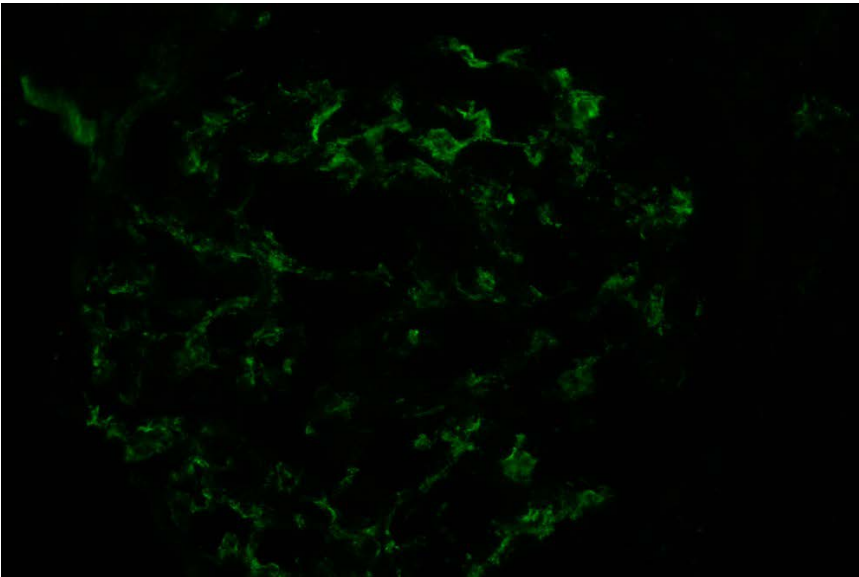
Figür-1: Sellüler ve fibrosellüler kresent gelişimi (sol üst ve sol alt) ve tübül lümenlerinde eritrosit silindirleri (x200 H&E)

Figür-2



Figür-2: Segmental fibrinoid nekroz (Trikrom boyası x200)

Figür-3



Figür-3: İmmüno Floresan incelemede IgM ile diffüz mezengial boyanma (x400)

Tablo-1

| Tablo 1 | Hasta Sonuçları | |
|-----------------------------|----------------------------|------------|
| Laboratuvar değerleri | Başvuru Anı | 1.ay |
| Üre | 190,6 mg/dL | 151 mg/dL |
| Kreatinin | 5,27 mg/dL | 2,16 mg/dL |
| Potasyum | 3,57 mEq/L | 5,46 mg/dL |
| Sodyum | 140 mEq/L | 138 mEq/L |
| Serum Albumin | 3,67 mg/dL | 4,19 mg/dL |
| | | |
| Tam İdrar Tahlili | | |
| Dansite | 1013 | |
| Protein | 2+ | |
| Lökosit | 2+ | |
| Eritrosit | 3+ | |
| | | |
| 24 saatlik idrarda protein | 3916 mg/gün | |
| Kompleman C3 | 0,73 g/L | |
| Kompleman C4 | 0,22 g/L | |
| IgG | 22,81 g/L | |
| IgM | 2,19 g/L | |
| IgA | 2,52 g/L | |
| Anti GBM antikor | Negatif | |
| Anti HCV | Negatif | |
| ANA | Negatif | |
| p-ANCA | Negatif | |
| Serum Protein Elektroferesi | | |
| Alfa-1 | | 3,10% |
| Beta | | 8,10% |
| Gama | | 27,90% |
| Serum İmmun Fiksasyon | IgM lambda monoklonal bant | |

PS-38

YAŞLI HASTADA DESMOPRESSİNE BAĞLI HİPONATREMİ

Belma Gökçen Zorba, Ozlem Yayar

Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Manisa

GİRİŞ: Antidiüretik hormon (ADH) olarak da bilinen desmopressin, hipotalamustan salgılanır. Renal tübülden geri emilimi artırarak idrar hacmini azaltır, konsantrite idrara neden olur. Desmopressin, gece idrar sıklığı için kullanıldığında idrar üretimi azaltarak semptomatik tedavide etkin rol oynar. Üroloji pratiğinde noktüri tedavisinde kullanılmaktadır. Yan etkisi hiponatremidir. Hiponatremi riskini azaltmak için desmopressin kullananlarda sıvı tüketimini düzenlemek gerekmektedir.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Noktüri için başlanan desmopressin sonrası gelişen akut hiponatremi ile acil servise başvuran hastayı vaka olarak sunmayı amaçladık. 83 yaşında kadın hasta bilinen hipertansiyon, diabetes mellitus tanıları mevcuttu. İnsülin glargine, amlodin ve valsartan hidroklorotiazid kullanıyordu. Acil servise yeni gelişen şuur değişikliği, bulantı ve konuşma bozukluğu ile başvurdu. Başvuruda tansiyon 150/90 olması dışında vital bulguları stabildi. Laboratuvar tetkiklerinde üre 30 kreatinin 0,75 mg/dl, sodyum 121 mmol/L saptandı. Diğer elektrolit değerleri normal saptandı. Kranial görüntülemelerinde kronik iskemik değişiklikler dışında özellik saptanmadı. Toraks tomografisinde ateletazi mevcuttu. Tiroid hormonları ve bazal kortizol düzeyi normal aralıklardaydı. Hasta yakınından 4 gün önce dış merkezde üroloji hekimince desmopressin 120 mcg oral tedavi başlandığı öğrenildi. O güne ait sodyum düzeyinin 141 mmol/L olduğu görüldü. İlaça bağlı akut hiponatremi düşünülerek hastaya intravenöz %3 nacl tedavisi ve sıvı kısıtlaması başlandı. Almakta olduğu tiazid ve desmopressin tedavileri kesildi. Yoğun bakıma yatırılarak izleme alındı. Takipte hiponatremi ve semptomları düzelen hasta servise devir alınarak taburcu edildi.

SONUÇ: Desmopressin, iatrojenik hiponatremiye neden olabilmektedir. Yaşlı hastalarda kullanımında dikkatli olunmalıdır.

TARTIŞMA: Desmopressin, noktüri tedavisinde kullanılan bir ajandır. Hiponatremi görülen en sık ve önemli yan etkidir. Özellikle yaşlı hastalarda tedavi başlanan hastalarda dikkatli olunmalıdır ve elektrolit takibi planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: desmopressin, hiponatremi, noktüri



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

PS-39

DİRENÇLİ HİPERTANSİYON ÖN TANILI HASTANIN YAKIN TAKİP VE DOĞRU MEDİKAL TEDAVİ DÜZENLENMESİ İLE NORMOTANSİF HALE GELMESİ ÜZERİNE BİR OLGU

Canberk Berkay Mert, Nurhan Bilen, Serdar Kahvecioğlu, Nimet Aktaş, Özger Akarsu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

GİRİŞ: Dirençli Hipertansiyon, biri diüretik grubundan olmak üzere minimum 3 antihipertansif ajanla tansiyon regülasyonu sağlanamamasıdır. Sıklığı %15 ile %27 arasındadır. Dirençli hipertansiyon prognozu, şişmanlık, diyabet, kronik böbrek hastalığı gibi risk faktörlerinden dolayı kötüdür.

GEREÇ-YÖNTEM: 10 yıldır epilepsi, 3 yıldır hipertansiyon ve sol böbrekte atrofisi olan 36 yaşındaki kadın hasta, takiplerinde 24 saat tansiyon holter ölçümü ile dipper dirençli hipertansiyon ön tanısıyla tetkik ve tedavi için nefroloji servisine interne edildi. Hastanın öncesinde sekonder hipertansiyon araştırılması sebebiyle tetkikleri yapılmış ve sekonder hipertansiyon düşünödürecek bulgu saptanmamış. Yatış öncesi kullandığı ilaçlar: doksazosin(16mg*2), spironolakton(200 mg*1), alfametil dopa(250 mg*2) perindopril(10 mg*1) indapamid(2.5 mg) amlodipin(10 mg*2) kullandığı görülmüş, ek olarak hasta beyanına göre antiepileptik ilaçlarını uzun süredir kullanmadığı, antihipertansif ilaçlarını düzenli kullandığını belirtmiştir. Hastanın yatış sonrası tansiyon takibi yapıldı, etyolojiye yönelik konvansiyonel anjio yapılan hastada sol böbrek ¼ atrofik saptandı. tuzsuz diyet başlandı ve takiplerinde tansiyonları regüle gittiği sürece ilaç dozları azaltılmaya başlandı. takiplerinde antihipertansif ilaçları tamamen kesilen hastada 2 gün süresince tansiyon regülasyonu sağlandı. Yakın tansiyon takibi yapılan hastada tansiyonların regüle gitmesi üzerine ilaçlar kesilerek takip edildi. Aktif şikayeti olmayan ve yatış endikasyonu kalmayan hasta, renal protektif etkisi nedeniyle perindopril, HbA1c:7 olan hastaya antidiyabetik ve renal fonksiyonlar üzerine olumlu etkisi nedeniyle dapagliflozin ile taburcu edildi.

SONUÇ: Vakamız dirençli hipertansiyon ön tanısıyla etyoloji araştırılmak amacıyla yatırılmış ve takiplerinde bir süre normotansif seyretmesi üzerine ilaçları kesilmiş ve sadece ACE-İ kullanarak taburcu edilen normotansif seyreden nadir bir vakadır. Dirençli hipertansif olgularda ilaç öyküsünün güvenilirliği, multisistemik yaklaşım ve tansiyon takibinin önemli olduğunu vurgulamak için önemli bir vaka olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Dirençli Hipertansiyon, Esansiyel Hipertansiyon, Nefroloji,



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

PS-40

AKUT BÖBREK HASARI İLE GELEN BİR HASTADA SERUM SERBEST HAFİF ZİNCİR TESTİ İLE MULTİPLE MİYELOM HIZLI VE KOLAY TEŞHİS EDİLEBİLİR VAKA SUNUMU

Dilek Torun¹, Engin Onan¹, Duygu Nurdan Avcı², Hasan Şükrullah Micozkadioğlu¹, Rüya Kozanoğlu¹

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana Dr Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana Dr Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Akut böbrek hasarı (ABH), multipl miyelomun sık görülen bir komplikasyonudur. Akut böbrek hasarı ayırıcı tanısında multiple miyelomu saptamada serum serbest hafif zincir testinin erken tanısallık değeri vardır.

BULGULAR: 75 yaşında erkek hasta böbrek fonksiyonlarında bozulma yakınmasıyla kliniğimize başvurdu. Bilinen böbrek ve sistemik hastalığı olmayan hastanın 15 gün önce umbilikal herni operasyonu öncesi bakılan serum kreatinin değeri 1,1 mg/dl olup postoperatif dönemde yoğun non-steroid anti inflamatuvar ilaç kullanım öyküsü mevcuttu. Hasta ABH (kreatinin 4,6 mg/dl, GFR: 11 ml/dk) tanısıyla kliniğe yatırıldı. Üremik semptomlar nedeniyle geçici santral kateter takılarak hemodiyalize başlandı. ABH'nin etiyolojisini araştırmak için yapılan tetkiklerde serum kalsiyum düzeyi normaldi (8,7 mg/dl). Hemoglobin düşüklüğü (Hb 8.1 g/dl), IgG (61.67 g/L) ve sedimentasyon yüksekliği (132 mm/saat) nedeniyle yapılan ileri tetkiklerde serumda lambda hafif zinciri yüksekliği ve protein elektroforezinde gama fraksiyonunda M-proteini artışı gözlemlendi ve kemik iliği aspirasyon biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu lambda hafif zincir miyelomu olarak rapor edildi. Hematoloji bölümünce bortezomid, siklofosamid ve deksametazon tedavisi başlandı. Tedavinin 3. ayında böbrek fonksiyonları düzeldi ve hemodiyaliz ihtiyacı kalmadı. Hasta halen kreatinin 1,8 mg/dl, GFR 35 ml/dk ile takip edilmektedir.

SONUÇ: Akut böbrek hasarı ile gelen hastalarda ayırıcı tanıda multiple miyelom düşünülmelidir. Serum serbest hafif zincir testi erken tanı ve tedavi için kolay, hızlı ve yol gösterici bir testtir.

Anahtar Kelimeler: Akut böbrek hasarı, multiple miyelom, serbest hafif zincir testi

PS-41

PERİTON DİYALİZİ NADİR KOMPLİKASYONLARINDAN HİDROTORAKS:OLGU SUNUMU

Elif Hande Kızıltunç¹, Ebru Gok Oguz², Mehmet Deniz Ayl²

¹Etilik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

²Etilik Şehir Hastanesi, Nefroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD),son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hastalarında kullanılan renal replasman tedavilerindedir.PD'ye bağlı enfeksiyöz, mekanik,metabolik komplikasyonlar gelişebilir.Hidrotoraks mekanik bir komplikasyon olup nadirdir.Diafragmatik değişikliklere bağlı olup sıklıkla sağ tarafta görülmektedir(1).Aşağıda SAPD tedavisindeki hastanın nefes darlığı sonrasında ortaya çıkan SAPD ilişkili hidrotorakslı bir olgu sunulmuştur.

OLGU: Altmış yaşında FSGS sekonder SDBY tanısı ile SAPD tedavisi alan erkek hasta nefes darlığı şikayeti ile nefroloji polikliniğine başvurdu.Genel durum iyi,bilinç açık,koopere,oryante idi.Kan basıncı120/85mmHg, kalp hızı76/dk/ritmik idi.Sağ hemitoraksın solunuma az katıldığı,vibrasyon torasığın azaldığı,perküsyonda matite ve oskültasyonda sağ orta-alt zonlarda solunum seslerinin alınmadığı saptandı.Batında SAPD kateteri mevcuttu.Hastada pretibial ödemvehipervolemi bulgusu yoktu.Akciğer grafisinde sağ hemitoraksta alt-orta zon ve hilusu kapatan apekse kadar uzanan massif plevral effüzyonla uyumlu homojen dansite artışı mevcuttu(Resim 1).KTİ 0,5'in altındaydı.Toraks tüpünü ve torasentezi kabul etmedi.SAPD tedavisine ara verildi.AV fistülü olan hasta 3 kez hemodiyalize alındı.Takiplerinde yakınması geriledi ve kontrol akciğer grafisinde plevral efüzyonun geçtiği görüldü(Resim 2).Rutin HD programı istememesi üzerine SAPD programına alındı.

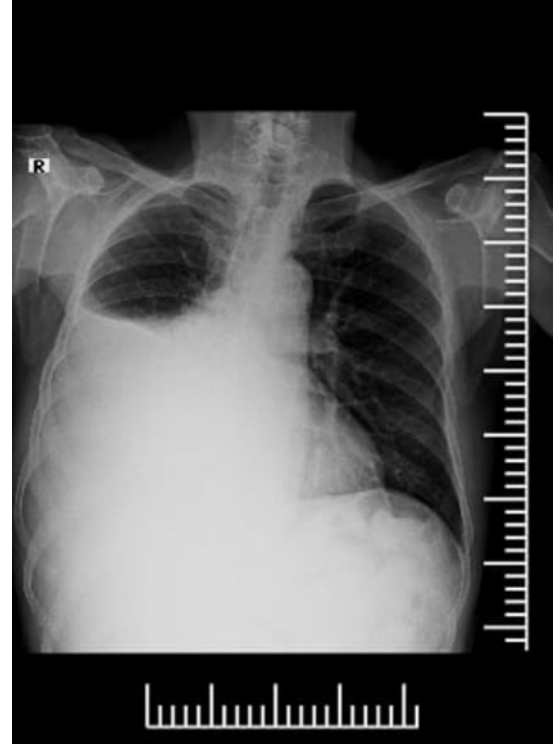
TARTIŞMA/SONUÇ: SAPD ilişkili plevral effüzyon ayırıcı tanısında nadir plöroperitoneal kaçaklar ile ilişkili görülür.Olgumuzdaki gibi sıklıkla sağ tarafta gelişmektedir.Kalp ve perikardın koruyucu etkisi nedeni ile solda nadirgörülür.PD başladıktan kısa süre sonra gelişebilmekle birlikte, %50'den fazlasında 3 aydan sonra olabilir.Hastamızda tedavinin 2. ayında saptandı.Plevral efüzyon transuda vafında görülür.Olgumuzda kalp yetmezliğivehipervolemi belirti ve bulgusu saptanmadı.Tanısal biyokimyasal ve görüntüleme yöntemleri olarak iki gruptur.Yüksek glukoz düzeyi tanısal belirteçtir(2).Peritoneal sintigrafik incelemeler diafragmatik defektleri gösterebilecek non-invaziv metotlardır.Genellikle geçici veya kalıcı periton diyalizine araverilir.HD veya düşük volümlü PD uygulanabilir.Olgumuzda PD geçici ara verilerek HD geçildi.Kontrolde plevral effüzyon görülmedi.Sonuç olarak,SAPD tedavisindeki hastalarda plevral effüzyon varlığında plöroperitoneal geçişler dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: periton diyalizi, hidrotoraks, plevral efüzyon

Kontrol ön arka akciğer grafisi



Nefes darlığı şikayeti ile çekilen ön arka akciğer grafisi



AuthorToEditor: Kaynaklar 1. Lew SQ. Hydrothorax: pleural effusion associated with peritoneal dialysis. Perit Dial Int 2010;30:13-18. 2. Alhasan KA. Recurrent hydrothorax in a child on peritoneal dialysis: A case report and review of the literature. Clin Case Rep. 2018 Nov 25;7(1):149-151. Posterimle bu güzel kongrenin bir parçası olmayı çok diliyorum. Emeği geçen herkese çok teşekkür ederim.

PS-42

PERİTON DİYALİZİ HASTALARININ PERİTON DİYALİZİNDEN AYRILMA NEDENLERİ:TEK MERKEZ DENEYİMİ

Ezgi Yazkı¹, Ebru Gok Oguz², Merve Tuana Keskin Karadağ¹, Mehmet Deniz Aylı²

¹Etilik Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı,Ankara,Türkiye

²Etilik Şehir Hastanesi Nefroloji Anabilim Dalı,Ankara,Türkiye

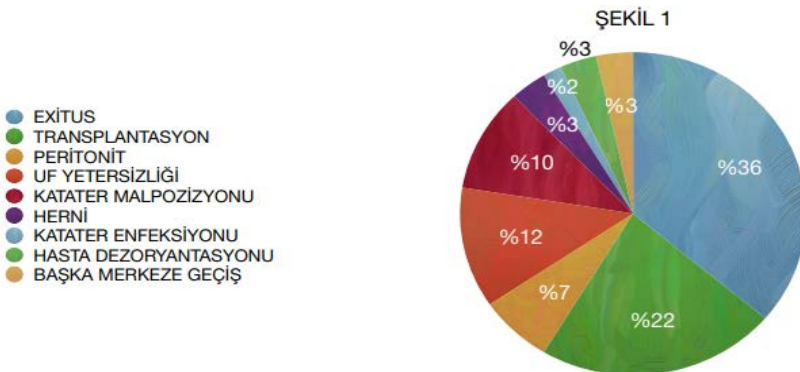
GİRİŞ:Günümüzde kronik böbrek yetmezliği giderek yaygınlaşan bir hastalık olup son dönem böbrek yetmezliğinde periton diyalizi,hemodiyaliz ve transplantasyon tedavi rejimleridir.Periton diyalizini hemodiyalize göre avantajlı kılan bazı özellikleri mevcuttur.Bunlar; bir diyaliz merkezine bağlı kalınmaması, antikoagülan kullanımı gerektirmemesi,rezidüel renal fonksiyonların hemodiyalize göre daha iyi korunması ve maliyetinin hemodiyalize göre daha az olması olarak sıralanabilir.Periton diyalizinin dezavantajlı yönleriyse peritonitler,katater ilişkili enfeksiyonlar,ultrafiltrasyon yetersizliği,kataterle ilişkili problemler,hastanın tedaviyi uygulamakta zorlanması sayılabilir.(1)

METOD: Merkezimizde son 5 yılda periton diyalizinden ayrılan hastaların ayrılma nedenleri incelendi.Birden fazla veri grubunu içeren sonuçlar her iki kategoriye dahil edildi.

TARTIŞMA/SONUÇ: Kliniğimizde 2019-2023 tarihleri arasında periton diyalizinden ayrılan 55 hastanın ayrılma nedenleri değerlendirildi. Hasta popülasyonununun 34'ü erkek cinsiyet, 21'ini kadın cinsiyet oluşturuyordu. Genel popülasyon değerlendirildiğinde en sık periton diyalizinden ayrılma nedeni 21 kişiyle (%36) exitus olarak izlendi. 2.Sırayı 13 kişiyle (%22) transplantasyon oluşturdu(ŞEKİL 1). Cinsiyet bazlı değerlendirmelerde kadınlarda ilk sırada 5 kişiyle (%26) exitus izlenirken, 2.sırayı transplantasyon ve uf yetersizliği 4 kişi (%21) oluşturdu.Erkeklerde exitus 16 kişiyle (%47) ilk sırayı alırken,2. Sırada 9 kişiyle (%26) transplantasyon olarak izlendi.Ülkemizde yapılan çalışmalarda peritonit de sıklıkla periton diyalizinden ayrılma nedeni olarak değerlendirilirken kliniğimizde erkeklerde 2 kişi(%6) kadınlarda 2 kişi(%11) olarak izlendi(2).Merkezimizde en yüksek yüzyüdeyle periton diyalizinden ayrılma nedeni exitus olarak izlenmiş olup exitus nedenleri Şekil 2'de verilmiştir. En sık exitus nedeni kardiyak problemler 7 kişi (%33) olarak görülmüştür. Sonuç olarak,kliniğimizde en sık periton diyalizinden ayrılma nedeni kardiyak nedenlerle gelişen exitus olarak izlenmiştir.Periton diyalizi ünitemizde yıllık takipli hastalarımızın eko ve ekg ile kardiyak kontrolleri yapılmakla birlikte, gerekli hastalarda kardiyolojik değerlendirmeler daha sık aralıklarla ilgili branşlarla birlikte takip edilmektedir.

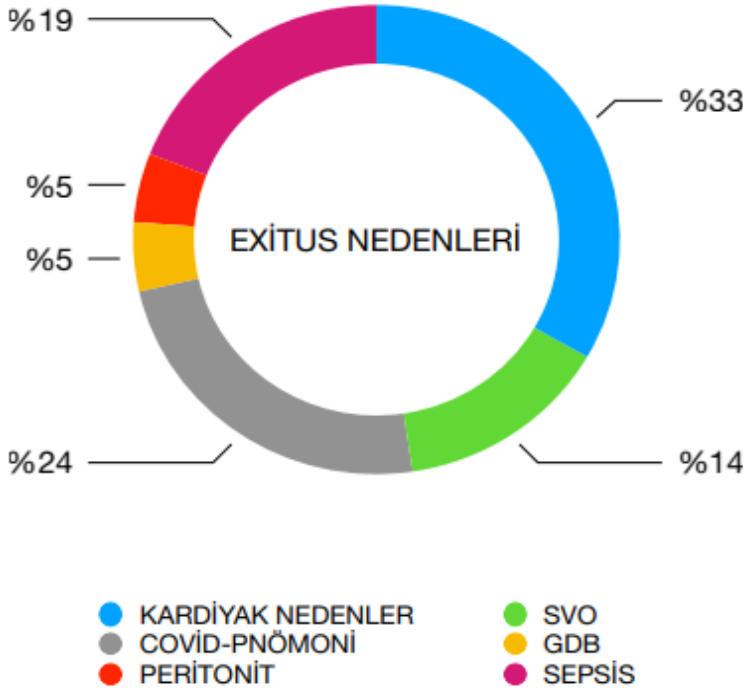
Anahtar Kelimeler: periton diyalizi, drop put, exitus

ŞEKİL 1



Periton Diyalizinden Ayrılma Sebepleri Yüzdesel Oran Şeması

ŞEKİL 2



ŞEKİL 2

Exitus Nedenleri Yüzdesel Oran Şeması

AuthorToEditor: KAYNAKÇA: 1.Özdemir A, Atan Uçar Z, Baştürk T. Son dönem böbrek yetmezliği tanısı ile periton diyalizi uygulanan hastalarda periton diyalizinin sonlandırılma nedenleri. Ünsal A, editör. Periton Diyalizi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.51-6. 2.EREN N, ERYILMAZ Y, ERGÜL M, YILDIZ N, BALCI S, BEK S, DERVİŞOĞLU E, KALENDER B. Periton diyalizi hastalarının periton diyalizinden ayrılma nedenleri: tek merkez deneyimi. Sakarya Tıp Dergisi. Aralık 2020;10(4):629-635. doi:10.31832/smj.785001

PS-43

ETLİK ŞEHİR HASTANESİ PERİTON DİYALİZ ÜNİTESİNDE TRANSPLANTASYON DENEYİMİ

Ezgi Yılmaz¹, Ebru Gök Oğuz², Emel Işıktaş Sayılar², Mehmet Deniz Aylı²

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Nefroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Evre 5 Kronik Böbrek Hastalığı (KBH)'nin en seçkin tedavisi renal replasman tedavisi (RRT) dir. RRT'nin en seçkin yöntemi böbrek naklidir. Renal transplantasyon preempitif yapılabileceği gibi diyalize giren hastalarda da yapılabilmektedir. Periton Diyalizi (PD) hastalarında RRT sonuçlarının hemodiyaliz (HD) hastalarına göre survey açısından daha iyi olduğu gösterilmiştir (1). Bu açıdan bizde kendi PD ünitemizde yapılan son bir yıldaki RRT tecrübemizi paylaşmak istedik.

METOD: Bu çalışmamız Etlik Şehir Hastanesi PD ünitemizde yapılmıştır. PD ünitemizde 65 hasta olup son bir yılda bu hastalarda PD sonlandırma nedeni transplantasyon olan vakalar değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Son bir yılda 65 PD hastasının 5'ine transplantasyon yapılmıştır. Beş tanesinden ikisine kadavradan üçüne canlı donörlerden böbrek nakli yapılmıştır. PD ünitemizdeki böbrek transplantasyonu yapılan beş hastanın özellikleri Tablo 1'de görüldüğü şekildedir.

TARTIŞMA VE SONUÇLAR: Kliniğimizde son bir yılda PD ile takipli hastalarımızın beşinde böbrek nakli yapılmıştır. Hastalarımızın normal olarak nakil poliklinik takiplerindedir. Periton Diyalizi hastalarının kadavra listelerinin sürekli güncellenmesi ve varsa vericilerinin değerlendirilmesi önemlidir. Bu çalışmamızda greftleri intakt olan hastalarımızı sunmuş olup PD hastalarında transplantasyon açısından ekipçe dikkat halinde olmanın önemini vurgulamaya çalıştık.

Kaynaklar:

1. Zawistowski M, Nowaczyk J, Domagała P, Langenbecks. Peritoneal dialysis catheter removal at the time or after kidney transplantation: a systematic review and meta-analysis. Arch Surg. 2022 Nov;407(7):2651-2662.

Anahtar Kelimeler: Periton Diyalizi, Transplantasyon, Renal Replasman Tedavisi

Periton Diyalizi ünitemizdeki böbrek transplantasyonu yapılan hastaların özellikleri

| | Yaş | PD Süresi | Verici (C/K) | Nakil Süresi | Güncel Kreatinin |
|--------|-----|------------|--------------|--------------|------------------|
| Olgu 1 | 22 | 1 Yıl | C | 5 Ay | 0.79 |
| Olgu 2 | 56 | 1 Yıl 3 Ay | C | 5 Ay | 1.0 |
| Olgu 3 | 58 | 1 Yıl 3 Ay | K | 5 Ay | 1.3 |
| Olgu 4 | 39 | 7 Yıl 3 Ay | C | 3 Ay | 0.96 |
| Olgu 5 | 51 | 13 Yıl Ay | K | 3 Ay | 1.4 |

C: Canlı / K: Kadavra

PS-44

ANCA İLİŞKİLİ VASKÜLİT OLGUSU

Gizem Zer Türk

İzmir S.B.Ü. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç hastalıkları, İzmir

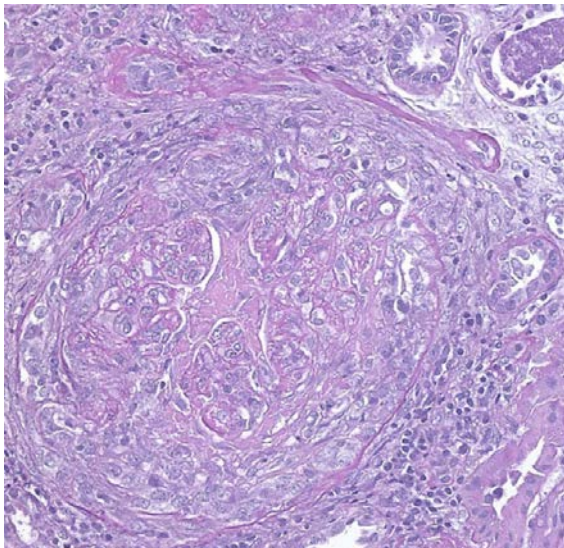
GİRİŞ: Vaskülitler, damar iltihabına ve bazen nekroza neden olma özelliği ile heterojen bir grup durumu temsil eder. Tedavi edilmezse önemli mortalite ve morbidite yükü taşırlar. ANCA ilişkili vaskülitlerin klinik görünümü sıklıkla hayati tehlike arz eden çoklu organ tutulumunu içerir. Erken tanı çok önemlidir.

OLGU: 69 y/e hasta; üroloji polikliniğine yan ağrısı ile başvurmuş. USG'de prostat hacmi 95 cc saptanan hasta silodosin tablet ile eksterne edilmiş. 1 hafta sonra aynı şikayetlerle gittiği üroloji polikliniğinde üre: 177 mg/dL kreatinin: 5.6 mg/dL saptanan ve postrenal hadise düşünülmeyen hasta acil servise yönlendirilmiş. Kronik hastalık öyküsü ve kullandığı ilaç yoktu. Kan basıncı 165/85 mmHg ölçüldü; diğer vitalleri stabildi. Akciğer oskültasyonda bilateral solunum sesleri azalmıştı. Diğer fizik muayene bulguları olağandı. TTE'da LVEF: %60, VCI 1.2 cm, kollapsı olağan ölçüldü, kardiyak patoloji düşünülmedi. Hasta ABH tetkik amacıyla servise interne edildi. Takibinde oligoanürik seyreden, üre: 165 mg/dL kreatinin: 6.8 mg/dL saptanan, metabolik asidoz gelişen ve hiperkalemi medikal tedaviye rağmen gerilemeyen hasta hemodiyalize alındı. TİT berrak görünümde, 3+eritrosit, 2+protein saptandı. Mesanede duvar kalınlaşması olan hastaya sistoskopi yapıldı, üretelyal karsinom saptanmadı. Spot idrarda 2,7 gr proteinüri saptandı, sedimentasyon 79 ölçüldü. Takibinde epistaksis gelişen hastada KBB tarafından aktif kanama saptanmadı. 24 saat sonra hemoptizi gelişen hasta hızlı ilerleyici glomerülonefrit ön tanısı ile plazmafereze alındı. 3 gün pulse steroid tedavisi planlandı. Takibinde MPO-ANCA 3+ sonuçlandı. Renal biyopsi yapıldı. Biyopside birçok glomerülde fibröz/selüler kresent, fibrinoid nekroz, nekroz etrafı polimorf nüveli lökosit debrisleri, trombüs formasyonu dikkat çekti. Tanı kresenrik glomerülonefrit olarak sonuçlandı. Prednol dozu azaltılarak devam edildi. Takibinde hemoptizisi gerileyen hastanın plazmaferezi 5 seansa tamamlanmasının ardından siklofosamid verildi. 3 ay hemodiyaliz programında devam edildi.

TARTIŞMA: MPA, sıklıkla glomerülonefrit ve pulmoner kapillerit ile ortaya çıkar; cilt, sinirler ve gastrointestinal sistemdeki etkilenme sık değildir. Tanısı belirsiz semptomlarla ortaya çıkması nedeniyle zordur. Bu nedenle MPA gibi nadir hastalıkların ayırıcı tanıda düşünülmesinin önemine dikkat çekmek istiyoruz.

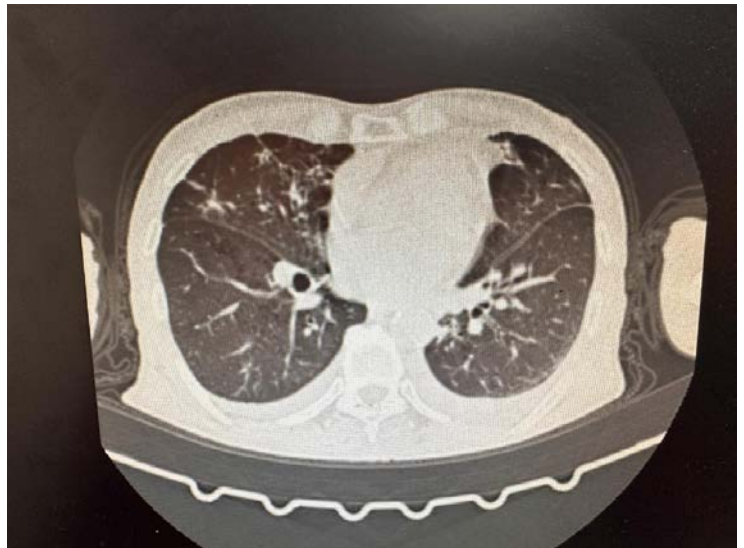
Anahtar Kelimeler: vaskülit, anca, kresent

renal biyopsi



renal biyopside kresentik glomerulonefrit

Toraks bt



PS-45

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ SEYRİNDE ORTAYA ÇIKAN NADİR BİR VAKA: OKRONOZİS

Gülsüm Ceren Terzioğlu Yazıcı¹, Pelin Petek Varo^P, Bülent Huddam¹, Alper Alp¹, Dilek Gibyeli Genek¹

¹Muğla Eğitim ve Araştırma Hastahanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Muğla

²Muğla Eğitim ve Araştırma Hastahanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Muğla

GİRİŞ: Okronozis, homojensitik asit metabolizma bozukluğuna bağlı kıkırdak, tendon gibi yumuşak dokularda homojensitik asitin aşırı birikimi ile ortaya çıkan nadir görülen bir hastalıktır. Birikim yaptığı dokularda mavi-siyah renk değişikliğine neden olmaktadır. Kronik böbrek yetmezliğinde üremiye bağlı pruritus, ciltte kuruluk ve hiperpigmentasyon gibi bazı cilt bulguları görülebileceği gibi hastalık seyrinde porfiriya kutenea tarda, akkiz perforan dermatoz gibi dermatolojik hastalıklar da görülebilir. Burada böbrek nakli öyküsü olan kronik böbrek yetmezliği seyrinde gelişen okronozis vakasını işleyeceğiz.

OLGU: 57 yaşında erkek hasta, hipertansiyon ve kronik böbrek yetmezliği tanılarıyla takip edilmekteydi. 2001 yılında böbrek nakli geçirdi. 2017 yılında immunsupresif pnömoni nedeniyle tedavi görürken böbrek fonksiyonlarında progresyon görülmesiyle birlikte hemodiyaliz tedavisine başlandı. (Şekil 1) Hemodiyaliz alırken hastanın 2020 yılında el parmaklarında mavi-gri renklenme ile başlayan lezyonları mevcuttu. Bu lezyonlar zamanla kulaklara da yayılım gösterdi. (Resim 1-2-3) Özgeçmiş sorgulamasında ve fizik muayenesinde ek özellik yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde böbrek fonksiyon bozukluğu dışında anlamlı bir patoloji bulunamadı. (Resim 4-5-6) Ekokardiyografisi olağan sınırlardaydı. El parmaklarındaki lezyonlardan punch biyopsi yapıldı. Patoloji raporu okronozis olarak sonuçlandı. Semptomatik tedavi açısından dermatoloji kliniği tarafından takibe alındı. Tarafımızca halen renal replasman tedavisine devam edilmektedir.

SONUÇ: Alkaptonüri etyolojisi bilinmeyen böbrek yetmezliğinin nadir nedenleri arasındadır. Homojensitik asit metabolitleri idrarla eliminasyon olup son dönem böbrek yetmezliğinde eliminasyon oranının azalmasına bağlı olarak vücutta birikim meydana gelmektedir. Bu hastalarda böbrek fonksiyonları bozuldukça kliniğin progresse olduğu görülmüştür. Bizim vakamızda da benzer seyirle klinik açığa çıkmıştır. Kronik böbrek yetmezliği zemininde okronozis hastalığının görülme sıklığı çok nadir olup tipik cilt lezyonlarında aklımıza okronozis tanısını getirmeli ve bu hastalık hakkında farkındalığımız olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: kronik böbrek yetmezliği, okronozis, hemodiyaliz

Resim 1



El parmaklarında mavi-gri pigmentasyon

Resim 2



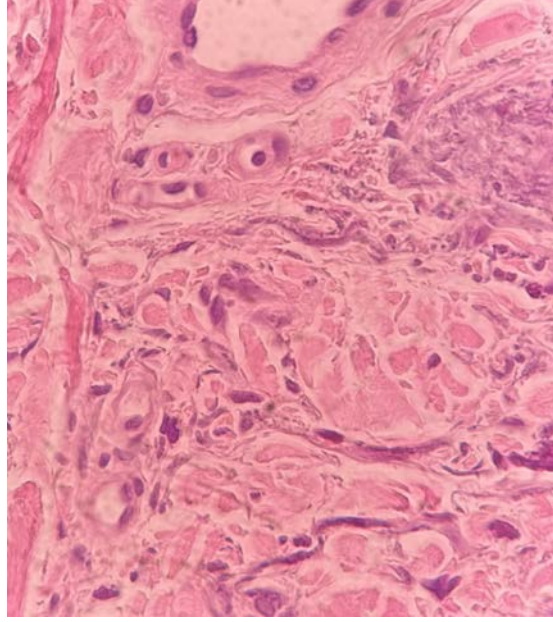
Kulak sayvanında mavi-gri pigmentasyon

Resim 3

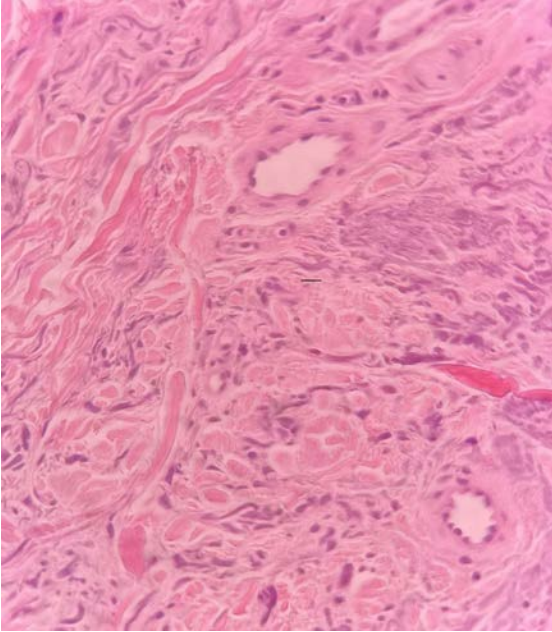


Dudakta mavi-gri pigmentasyon

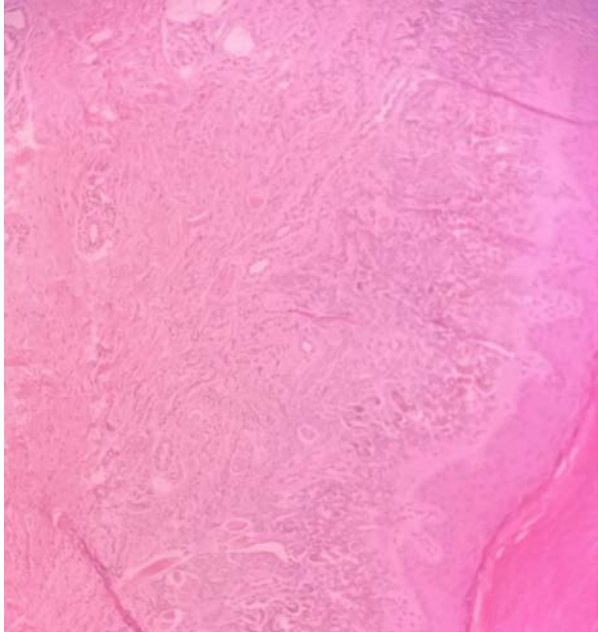
Resim 4



Resim 5



Resim 6



Şekil 1

| | |
|------------|-----------------------|
| Kreatinin | Kan Üre Azotu (BUN) |
| 9,36 mg/dl | 140 mg/dl |

Hemodiyaliz başlangıç biyokimya değerleri



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

PS-46

DİYABETİK KRONİK BÖBREK HASTALARINDA PROGRESYONA ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hatice Gizem Kurt Kolukısa¹, Ramazan Çetinkaya², Feyza Bora², Funda Sarı², Hüseyin Koçak², Vural Taner Yılmaz²

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Akdeniz Üniversitesi Tıfakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Diyabetik nefropati, idrarla anormal miktarda protein atılması ile karakterize bir durum olup proteinüri miktarı aynı zamanda kronik böbrek hastalığında progresyonu gösteren faktörlerden biridir. Bu çalışmada diyabetik kronik böbrek hastalarında hastalığın progresyonuna, kardiyovasküler hastalık ve mortalite üzerine etki eden faktörler araştırılmıştır.

MATERYAL-METOD: Diyabeti olan kronik böbrek hastalarının dosyaları ve hastane veri tabanı taranarak retrospektif bir çalışma tasarlanmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastalara ait demografik özellikler, ek hastalıklar, kullandığı ilaçlar, klinik ve laboratuvar verileri retrospektif olarak incelenmiştir.

BULGULAR: Hastaların (192) yaş ortalamaları $65,29 \pm 10,72$ (35-90) yıl olup 135'i erkek 57'si kadındı. Eşlik eden hastalıklar, en sık olarak HT (%98,4), HPL (%84,4), KAH (%54,7), PAH (%19,8) ve SVH (%17,2) olarak sıralanmıştı. Hastaların %76'sının ACEİ veya ARB tedavisi kullanmaktaydı. Hastalardan 157(%81,8)'sinde GFH'nda ilerleyici bir azalma varken 35 (%18,2) hastada GFH'nda değer korunmuştu. RRT başlanan hasta sayısı 131 olarak bulundu. Hastalardan 83 (%43,2)'ünün öldüğü görüldü. GFH'nda ortaya çıkan azalma üzerinde etki eden faktörler değerlendirildiğinde istatistiksel anlamlı farklılık görülen değişkenler olarak ferritin ($p=0,007$), albümin değeri ($p=0,017$), proteinüri ($p=0,05$). SVH varlığına göre anlamlı farklılıklar gösteren değişkenler HbA1c Başlangıç ($p=0,033$), HbA1c Ortalama ($p=0,003$) ve yaş ($p=0,013$) olmuştur. Yaş ortalaması, ölen hastalarda [67(61-75) yıl], sağ kalan hastalara [64(58-71)yıl] göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti ($p=0,003$).

SONUÇ: Yüksek proteinüri miktarı, düşük serum albumin düzeyi, ferritin düzeyinde artış ve GFH'da azalma, hastalık progresyonunda anlamlı faktörler olarak bulunmuştur. GFH'da azalmaya ek olarak bu faktörler, RRT başlanması açısından da anlamlı saptanmışlardır. Başlangıç GFH, ferritin artışı, PTH, ileri yaş ve erkek cinsiyetin kronik böbrek hastalığının KAH'na etkisi anlamlı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kronik Böbrek Hastalığı, Diyabet, Glomerüler Filtrasyon Hızı, Progresyon, Kardiyovasküler Hastalık, Mortalite



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

PS-47

BÖBREK NAKLİ OLAN HASTALARIN ÜREMESİ OLAN İDRAR KÜLTÜRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Huseyin Celik¹, Mahmut Esat Danisoglu¹, Ferhat Oto¹, Murat Samli¹, Ender Hur³, Soner Duman², Ahmet Bülent Oktay¹

¹Acıbadem Bursa Hastanesi, Böbrek Nakli Merkezi

²Ege Üniversitesi, Nefroloji ABD

³Uşak Üniversitesi, Nefroloji ABD

AMAÇ: Merkezimizde, Ocak 2016-Ocak 2024 arası böbrek nakli olan, idrarlarında üreme olan hastalarımızın, idrar kültürlerinin patojen, ve en sık görülen patojene karşı antibiyotik direnci açısından retrospektif değerlendirilmesi.

YÖNTEM: Bu amaçla geriye doğru 961 üreme olan idrar kültürleri retrospektif tarandı.

Anahtar Kelimeler: Böbrek Nakli, İdrar yolu Enfeksiyonu, antibiyotik direnci

PS-48

KADAVRA NAKİLLERİNDE ELENME NEDENLERİ; TEK MERKEZ DENEYİMİ

Huseyin Celik¹, Mahmut Esat Danisoglu¹, Ferhat Oto¹, Murat Samli¹, Salih Gülten¹, Soner Duman², Ender Hur³, Bulent Oktay¹

¹ACıbadem Bursa Hastanesi, Böbrek Nakli Merkezi

²Ege Üniversitesi, Nefroloji ABD

³Uşak Üniversitesi, Nefroloji ABD

AMAÇ: Kadavra nakli için çağrılan hastalarda elenme nedenlerini göstermek.

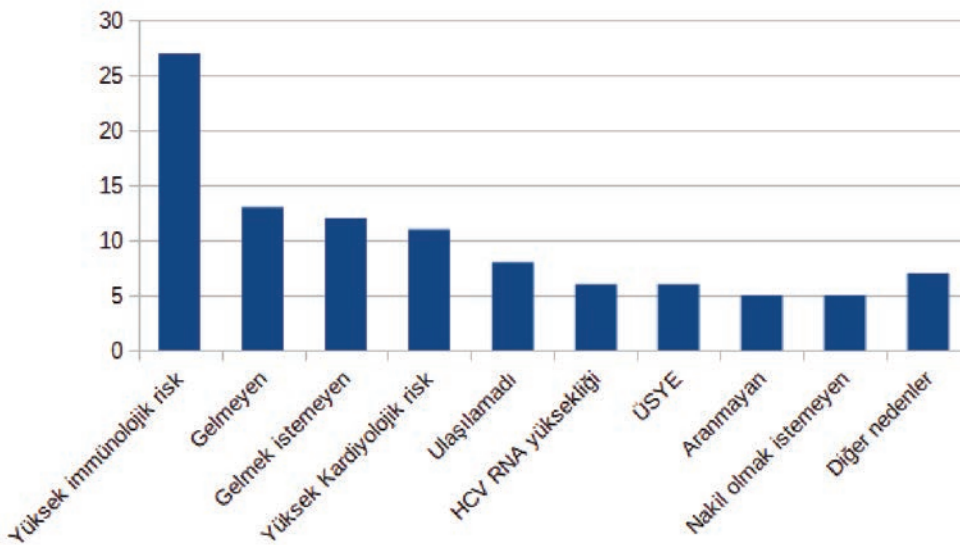
YÖNTEM: Ocak 2013-Aralık 2023 arasında gerçekleşen 731 kadavra nakillerimiz retrospektif olarak tarandı.

TARTIŞMA: Ülkemizde Kadavra bekleme listesine kayıt olan hastalarımız mevcut olan puanlama listesinde yer almaktadır. Kadavra çıktığı zaman, gerekli prosedürler sonrası Sağlık Bakanlığı, bize yüksek puanlı dan başlayarak bir liste göndermektedir. Mevcut sistemimizde doku uyumu hastanın puanını yükselten bir parametre. Doku uyumunun yüksek graft sağ kalımı ile ilişkili olduğunu bilmekteyiz. Yüksek puanlı ilk hastaya nakil yapmamız beklenirken yukarıda belirttiğimiz nedenlerle daha aşağı puanı olan hastalarımıza nakil yapmaktayız.

SONUÇ: Hastalarımızın belirli süreyle kayıtlı oldukları nakil merkezlerine kontrole gelmelerini, sorun yaratacak durumların önceden tedavisi ile nakil olma şanslarının artırılabilceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Kadavra böbrek nakli, Elenme nedenleri, Yüksek immünolojik risk

Elenme nedenleri



PS-49

BÖBREK NAKLİ OLAN HASTALARIMIZIN ÜREMESİ OLAN İDRAR KÜLTÜRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ; TEK MERKEZ DENEYİMİ

Huseyin Celik¹, Mahmut Esat Danisoglu¹, Ferhat Oto¹, Murat Samli¹, ender hur³, Soner Duman², BÜLENT OKTAY¹

¹ACıbadem Bursa Hastanesi, Böbrek Nakli Merkezi

²Ege Üniversitesi, Nefroloji ABD

³Uşak Üniversitesi, Nefroloji ABD

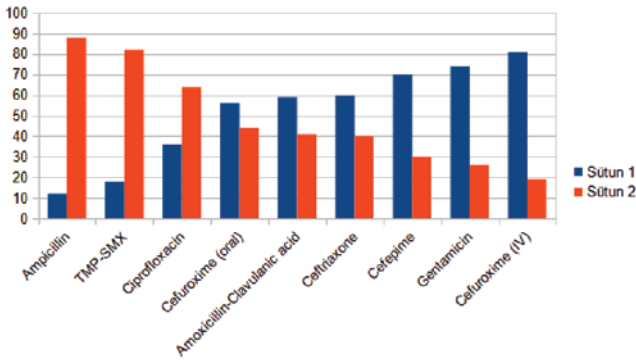
AMAÇ: Merkezimizde, Ocak 2016-Ocak 2024 arası böbrek nakli olan, idrarlarında üreme olan hastalarımızın, idrar kültürlerinin patojen, ve en sık görülen patojene karşı antibiotik direnci açısından retrospektif değerlendirilmesi.

YÖNTEM: Bu amaçla geriye doğru 961 üreme olan idrar kültürleri retrospektif tarandı.

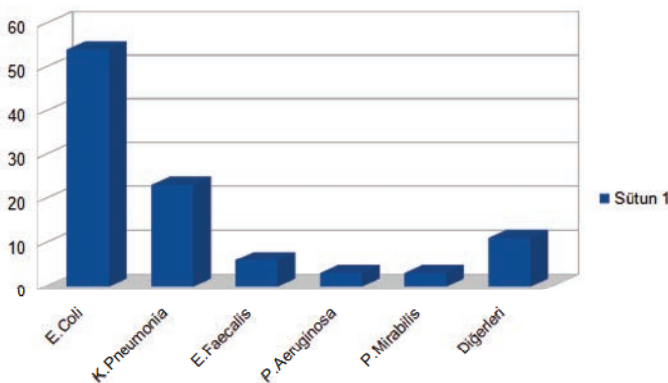
SONUÇ: Böbrek nakli olan hastalarda İYE'ları sık karşılaşılan sorunlardandır. Organ nakli olan hastalarımızın idrar kültürlerinde üreme olduğu zaman ampirik ilaç kullanımı söz konusu olduğunda bu bilgilerin bir kılavuz olarak değerlendirilmesinin uygun olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, idrar yolu enfeksiyonu, antibiotik direnci

Antibiotik direnci



En sık üreyen patojenler



PS-50

LEVODROPROPİZİNE BAĞLI AKUT TÜBÜLOİNERSTİSYEL NEFRİT

Canan Aknil¹, İlhan Kılıç², Serkan Bakırdöğen²

¹Çanakkale 18 Mart Üniversitesi İç Hastalıkları ABD.

²Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Nefroloji BD.

ARKA PLAN: Akut tübulointerstisyel nefrit, interstisyumda ödem, fibrozis, atrofi ve inflamatuvar hücrelerin infiltrasyonu ile karakterize ani tübüler hasar sonucu oluşan bir klinik tablodur. Günümüzde akut böbrek hasarının sık ve önemli nedenlerinden birisidir ve morbidite ve mortaliteyi artırmaktadır. Etiyolojide enfeksiyonlar, ilaçlar, metabolik bozukluklar, herediter hastalıklar gibi çeşitli nedenler olup, en sık ilaçlara bağlı olarak gelişmektedir.

OLGU: 68 yaşında, bilinen herhangi bir kronik hastalığı, allerjisi ve düzenli ilaç kullanımı olmayan kadın hastada antitussif etkili levodropropizin etken maddeli ilaç kullanımından yaklaşık 5 saat sonra başlayan vücut boyunca yaygın, soluk pigmentli eritemli plaklar (Figür 1) gelişmiş ve acil servise başvurmuştur. Yapılan değerlendirmede; laboratuvar parametrelerinde böbrek fonksiyon testlerinde yükseklik (üre:112 kreatinin:3,5) ve hemogram'da beyaz küre yüksekliği (wbc: 37.000) ve eozinofili (eos:2700) saptanmıştır. Hastanın cilt lezyonlarından biyopsi alınmış, subepidermal bül oluşumuyla giden, nötrofillerin eşlik ettiği büllöz dermatit tablosu izlenmiştir. Hastaya ilaca bağlı akut tübulointerstisyel nefrit tanısı konmuş ve oral kortikosteroid tedavisi uygulanmıştır. Tedavinin 5. gününde böbrek fonksiyon testleri ve eozinofili, 10. gününde ise cilt lezyonları tamamen düzelmiştir.

SONUÇ: Literatür taramamızda levodropropizin kullanımına bağlı anafilaksi bildirildiğini saptamış olmamıza rağmen (1), olgumuz cilt reaksiyonları ile birlikte seyreden bildirilmiş ilk tübulointerstisyel nefrit vakasıdır. Levodropropizin kullanımına bağlı renal fonksiyonlarda bozukluk ve cilt reaksiyonları gelişebileceğinin akılda tutulması benzer durumlarda tanı konma olasılığını ve uygun tedavi verilme şansını arttıracaktır.

Anahtar Kelimeler: levodropropizine, akut tübulointerstisyel nefrit, eozinofili

Figür 1.



Akut alerjik reaksiyonla uyumlu cilt lezyonları

PS-51

AKUT GASTROENTERİT SONRASI GELİŞEN BİR MİKROANJİYOPATİK HEMOLİTİK ANEMİ: ATİPİK HEMOLİTİK ÜREMİK SENDROM OLGU SUNUMU

*İrem Hilal Vurgeç, Nurhan Bilen, Serdar Kahvecioğlu, Büşra Gündoğan, Nimet Aktaş, Özger Akarsu
S.B.Ü Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa*

GİRİŞ: Hemolitik üremik sendrom (HÜS), hemoliz sonucu anemi, akut böbrek yetmezliği ve düşük trombosit seviyesi ile tanımlanır. En sık görülen şekli, kanamalı ishal yapan Shigella, E. coli (başlıca O157:H7 serotipi) enfeksiyonlarının bazılarında görülen bir komplikasyondur. Shiga toksininin olmadığı durumlarda atipik HÜS terimi kullanılır. Biz burada ishal ile başvuran Atipik HÜS tanısı konulan ilginç vakayı sunmak istedik.

GEREÇ-YÖNTEM: 50 yaşında atipik psikoz, hipertansiyon tanılı kadın hasta bulantı, kusma, ishal, halsizlik şikayetleriyle acil servise başvuruyor. Yapılan tetkiklerde kreatinin:1,43 mg/dL (bazal kreatinin 0,6 mg/dL) bun:12 mg/dL wbc: 16420 103/ml hgb:17,4 g/dL platelet 282.000 103/ml saptanıyor. Hasta metronidazol ve antispazmodik reçetesiyle gönderiliyor. 5 gün sonra mevcut şikayetlerinin artması nedeniyle tekrar başvuruyor. Kreatinin:3,22 mg/dL bun:52 mg/dL wbc: 13610 103/ml hgb:15 g/dL platelet 51.000 103/ml indirekt bilirubin 3,47 mg/dL LDH:3325 mg/dL saptanıyor. Hastada ishal sonrası gelişen mevcut tablo nedeniyle HÜS düşünülüyor. Periferik yaymada şistosit sayısının artmış olduğu görülüyor. Coombs negatif saptanıyor.Gaita mikroskopisi ve kültür normal saptanıyor. Shiga toksin çalışılmıyor. Takibinde hemoglobinde hızla düşüş olan hasta yoğun bakım ünitesine alınıp Hemodiyaliz ve plazmaferez başlanıyor. Haptoglobulin<8, ADAMTS-13 aktivitesi normal saptanıyor JTK nöbet geçiren hastada görüntüleme isteniyor ve TMA tablosuna nörolojik tutulumun eklenmesi nedeniyle Atipik HÜS düşünülüyor ve Eculizumab başlanıyor.

SONUÇ: İshal ve akut renal hasar ile gelen hastalarda TMA mutlaka akılda tutulmalı, bütün parametrelerin yerleşmiş olmayabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Biz bu hastamızda hemoglobin 15 gr/dl ile olmasına rağmen HÜS düşünerek takip ettiğimiz hastamızı konuya dikkat çekmek ve gözden kaçmaması için sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: hüs, tma, eculizumab



13. Uluslararası Katılımlı
Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve
Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

PS-52

GEBELİKTE NADİR BİR AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ NEDENİ OLARAK ANCA İLİŞKİLİ VASKÜLİT

*Maksude Burcu Düzgün Odabaşı, Nurhan Bilen, Serdar Kahvecioğlu, Cuma Bülent Gül, Nimet Aktaş, Özger Akarsu
Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Ana Bilim Dalı, Bursa*

GİRİŞ-AMAÇ: Gebelikte oluşan Akut Böbrek Hasarı (ABH) anne ve fetüste morbidite ve mortaliteyi artırması nedeniyle önemlidir. Normal gebelikte fizyolojik değişikliklere bağlı glomerüler filtrasyon hızında %40-60 artış olur, kreatinin başlangıca göre düşer. Gebelikte kreatinin değerinin 0,8 mg/dl'nin üzerinde olması ABH olarak değerlendirilir. Vaskülitler bu popülasyonda nadir ABH nedenidir ve gözden kaçabilir. Biz 1.trimesterde hafif kreatinin artışıyla prezente olan MPO-ANCA ilişkili vaskülit hastamızı konuya dikkat çekmek için sunmak istedik.

OLGU: 23 yaşında, ek hastalık öyküsü olmayan, 7 haftalık gebe hastanın rutin tetkiklerinde; Kreatinin:1.2 mg/dl GFR:62 ml/dk BUN:13 mg/dl TİT:Protein:+2, Eritrosit:129 olması üzerine nefroloji kliniğine yatırıldı. Gebelikte renal fizyolojinin değişmesi nedeniyle ABH olarak etiyoloji ile ilişkili olabilecek sebeplere yönelik tetkikler istendi. Bu süreçte kreatinin 1.5 mg/dl'ye kadar yükseldi. Abdomen ultrasonografisinde, iki böbrekte grade 2-3 artmış ekojenite dışında özellik yoktu. Hidrasyon yapılan hastanın kreatininini 1.2 mg/dl'ye geriledi. Gebe olması nedeniyle biyopsiden önce istenilen tetkik sonuçlarının çıkması beklendi. MPO ANCA>200 pozitif sonuçlandı. Hasta acilen çağrılarak renal biyopsi yapıldı. Renal biyopsisi, 18 glomerülün 10'u global sklerotik, 5 sellüler kresent 3 fibrosellüler ve fibröz kresent oluşumları mevcut, 3 glomerulde fibrinoid nekroz görüldü. Hastaya Mikroskopik Polianjitis tanısı kondu. Tedavi açısından Nefroloji, Romatoloji ve Perinatoloji konseyine çıkarıldı.

TARTIŞMA VE SONUÇLAR: Gebelikte fizyolojik değişiklikler olmaktadır. Kan hacminde artış, periferik vasküler dirençte azalma, kardiyak debide artış olup, sistemik vazodilatörler sistemik vazokonstriktörlere oranla artmaktadır. GFR %50 oranında artmakta ve böylelikle kreatinin düzeyi azalmaktadır. Normal referans aralığında görülen kreatinin değerinin, gebelikte patolojik değerlerde olabileceği dikkat edilmezse olası bir patolojik durum gözden kaçabilir. Gebelerde vaskülitte bağlı akut renal yetmezlik çok nadir görülse de göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: gebelik, akut böbrek hastalığı, mikroskopik polianjitis

PS-53

BEHÇET HASTALIĞINA SEKONDER HIZLI İLERLEYEN GLOMERÜLONEFRİT OLGU SUNUMU

Merve Şanlier¹, Gülay Ulusal Okyay¹, Ebru Şebnem Ayva², Ebru Gök Oğuz¹, Fatma Ayerden Ebi nç¹, Mehmet Deni z Aylı¹

¹*Etilik Şehir Hastanesi Nefroloji Kliniği, ANKARA*

²*Etilik Şehir Hastanesi Patoloji Kliniği, ANKARA*

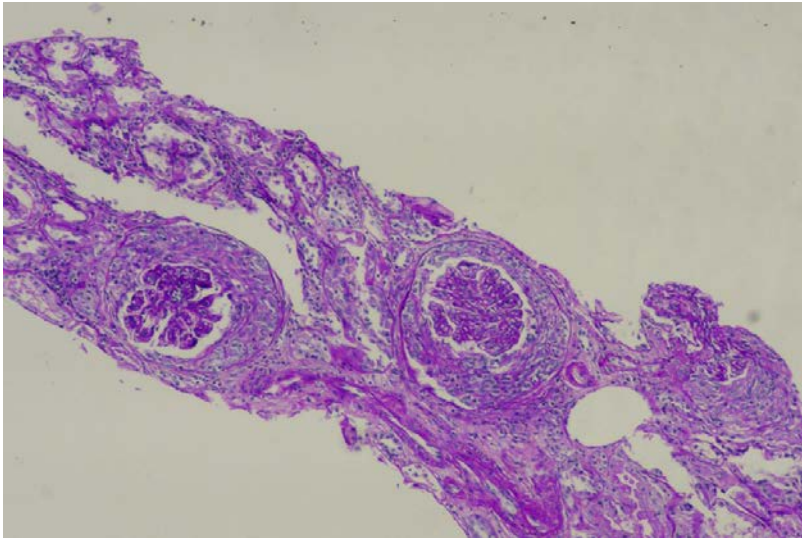
GİRİŞ: Behçet hastalığı (BH) etiyolojisi açıklanamamış sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Mükokütanöz - oküler sistemler, eklemler, nörolojik / kardiyovasküler / gastrointestinal sistem tutulumları gibi çoklu organ sistemlerinde hasara yol açabildiği bilinmektedir. Ancak, BH seyirinde vaskülitik böbrek hasarı oldukça nadir bir klinik tablodur. Bu raporda, BH ilişkili bir nekrotizan – kresentik glomerülonefrit vakası sunulmaktadır.

OLGU: 75 yaşında kadın hasta 35 yıldır Behçet hastalığı tanısı ile izleniyordu. Göz tutulumu, enterobehçet öyküsü, arteriyel hipertansiyon ve diyastolik kalp yetmezliği mevcuttu. Hızlı ilerleyen glomerülonefrit kliniğinde yatırıldı. Tablo – 1’de sunulan sonuçlar ile perkütan böbrek biyopsisi yapıldı. Işık mikroskopik incelemede beş glomerülde (% 35) sellüler kresent, iki glomerülde segmental nekroz, üç glomerülde global skleroz, diğerlerinde endokapiller nötrofil lökositlerin eşlik ettiği fokal segmental mezangial genişleme ile karakterli proliferatif glomerulopati, yanı sıra arter duvarlarında şiddetli fibröz intimal kalınlaşma, arteriollerde hyalinozis, arteriol duvarında fibrin birikimi ve fragmanite eritrositler saptandı (Figür - 1). Serum P – C ANCA ve anti-GBM antikorları negatifti. Mevcut bulgular, BH ilişkili renal vaskülitik tutulum ile uyumlu olarak değerlendirildi. İntravenöz pulse steroid (3 gün, 250 mg) ve siklofosamid (500 mg) uygulandı. Oral steroid ile tedaviye devam edildi. Birinci ay sonuçları tablo – 1’de sunulan hasta için dört hafta aralarla intravenöz siklofosamid tedavisi planlanmaktadır.

TARTIŞMA: 40 yaşından bu yana BH tanısı ile izlenen ve hastalık ilişkili çoklu organ hasarı bulunan vakada akut nefritik sendrom kliniği - renal vaskülitin akut histopatolojik bulgularıyla açıklanmıştır. Uygulanan tedavi ile böbrek fonksiyonlarında dramatik düzelmeye izlenmiştir. BH hastalarında renal vasküler tutulum çok nadir görülse de, hızlı hareket etmeyi ve agresif yönetimi gerektiren hayati bir komplikasyondur.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, Hızlı ilerleyen glomerülonefrit, Vaskülitik böbrek hasarı

Figür-1



Böbrek biyopsisi, ışık mikroskopik inceleme, kresent görünümü.



13. Uluslararası Katılımlı Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

Tablo-1

| | Normal değer-ler | Tedavi öncesi değerler | Tedavinin birinci ayı sonundaki değerler |
|---|------------------|------------------------|--|
| Hemoglobin (g/dL) | 11.7 – 15.5 | 9.1 | 8 |
| Beyaz küre sayısı(/ μ L) | 3570 – 11010 | 8780 | 6610 |
| Platelet (/ μ L) | 150000 – 372000 | 86000 | 211000 |
| Kreatinin (mg/dL) | 0.5 – 0.9 | 2.39 | 1.39 |
| Total protein (g/L) | 64-83 | 39 | 47.7 |
| Albumin (g/L) | 31-46 | 20 | 25.4 |
| C-reaktif protein (mg/dL) | 0-5 | 46 | 8.3 |
| Serum kompleman – 3 düzeyi(g/L) | 0.9-1.8 | 1.11 | - |
| Serum kompleman – 4 düzeyi(g/L) | 0.1-0.4 | 0.33 | - |
| P ve C – ANCA | Negatif | Negatif | - |
| Anti – glomerüler bazal membran antikor | Negatif | Negatif | - |
| HbsAg | Negatif | Negatif | - |
| Anti- HCV -Antikoru | Negatif | Negatif | - |
| İdrar protein atılımı (mg/gün) | <150 | 9217.74 | - |

Laboratuvar sonuçları.

PS-54

RENAL TRANSPLANTASYON SONRASI NÜKS FSGS YAKLAŞIMI: OLGU SUNUMU

Merve Şanlıer, Ebru Gök Oğuz, Çiğdem İklhef, Arzu Akgül, Hatice Şahin, Gülay Ulusal Okyay, Kadir Gökhan Atılğan, Fatma Ayerden Ebinç, Mehmet Deniz Aylı
Etilik Şehir Hastanesi Nefroloji Kliniği, ANKARA

GİRİŞ: Fokal segmental glomerüloskleroz (FSGS); sıklıkla son dönem böbrek yetmezliğine ilerler. Böbrek nakli yapıldığında ise böbrek allogreftinde FSGS tekrarlayabilir. Böbrek nakli sonrası FSGS nüksü, greft kaybı için önemli bir risk faktörüdür (1).

OLGU: 39 yaşındaki kadın hasta primer böbrek hastalığı FSGS tanısı ile 2022'de canlı vericiden böbrek nakli olmuş. Böbrek naklinden bir hafta sonra proteinüri (1674 mg/gün) nedeni ile yapılan biyopsisinde humoral rejeksiyon tanısı olarak plazmaferez, IVIG ve rituksimab tedavisi verildi. Hastanın poliklinik takipleri sırasında kreatininin stabil seyrederken tekrar artan proteinüri (10 gr/gün) sebebi ile greft disfonksiyonu ve FSGS nüks şüphesi ile yatışı yapıldı. Böbrek biyopsisinde nüks FSGS tanısı alan hastaya oral 1 mg/kg/gün metilprednizolon tedavisi ile 5 seans plazmaferez ve 1 gr/gün rituksimab tedavisi verilerek hasta taburcu edildi. Hastanın başlangıç ve 1. ay laboratuvar değerleri tablo 1 de verilmiştir.

TARTIŞMA: Primeri FSGS olan renal nakilli hastaların nüks açısından takibi önemlidir. Hastamızın ilk biyopsisi rejeksiyon ile uyumlu iken ikinci biyopsi FSGS nüksü desteklemiştir. KDIGO kılavuzunda (2) nüks FSGS tedavisinde plazmaferez süresi net olmamakla beraber kılavuza göre 5 kez plazmaferez ve ritüksimab IV tedavisi hastaya uygulanmıştır. Birinci ayda laboratuvar değerleri stabil olan olguda FSGS nüks tanısında yakın takip ve gerektiğinde biyopsinin önemini vurguladık.

KAYNAKLAR:

1. Choy BY, Chan TM, Lai KN. Recurrent glomerulonephritis after kidney trans-plantation. American Journal of Transplantation. 2006;6:2535-42.
2. KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Transplant Work Group. Am J Transplant. 2009;9 Suppl 3:S1-155.

Anahtar Kelimeler: renal transplantasyon, Fsgs nüks, Proteinüri

Tablo -1

| | Normal değerler | Başvuru anındaki değerleri | Tedavi sonrası 1. ay değerleri |
|------------------------------------|-----------------|----------------------------|--------------------------------|
| Takrolimus (ng/mL) | 5-15 | 7 | 5 |
| Protein(24 Saatlik İdrar) (mg/gün) | < 1500 | 10019.5 | 2656.8 |
| Albümin(24 Saatlik İdrar) (mg/gün) | < 300 | 7491.86 | 2589.97 |
| Albümin (g/L) | 35 - 52 | 25.5 | 37.3 |
| Total Protein (g/L) | 64 - 83 | 42.4 | 52.1 |
| Kreatinin (mg/dL) | 0.5 - 0.9 | 0.69 | 0.83 |

hastanın laboratuvar değerleri

PS-55

BÖBREK BİYOPSİSİ İLE TANI ALAN SKLERODERMA RENAL KRİZ OLGUSU

Merve Şanlıer¹, Gülay Ulusal Okyay¹, Eylem Pınar Eser², Ayşe Tuğçenur Temiz Gençoğlu³, Alper Sarı³, Ebru Gök Oğuz¹, Fatma Ayerden Ebinç¹, Mehmet Deniz Aylı¹

¹Etilik Şehir Hastanesi Nefroloji Kliniği, ANKARA

²Etilik Şehir Hastanesi Patoloji Kliniği, ANKARA

³Etilik Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği, ANKARA

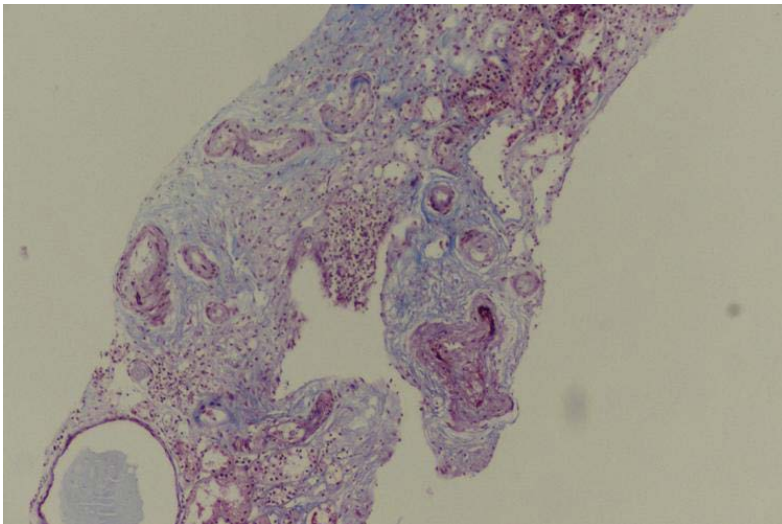
GİRİŞ: Skleroderma renal kriz (SRK), diffüz sistemik sklerozlu (SSk) hastaların %2-15'inde ortaya çıkan hayati bir komplikasyondur. Sık klinik sunum, ciddi cilt tutulumu olan SSk tanılı hastalarda ortaya çıkan progresif böbrek fonksiyon bozukluğuna eşlik eden kan basıncı yükseklidir. Ancak nadiren, cilt tutulumu olmayan SSk vakalarında da SRK gelişebilir. Burada sunduğumuz olgu, farklılaşmamış bağ dokusu hastalığı ön tanısı ile izlenirken böbrek biyopsisi ile tanı alan atipik prezentasyonlu bir SSk vakasıdır.

VAKA: 50 yaşında kadın hasta, arteriyel hipertansiyon tanısı ile monoterapi altında izleniyordu. Son birkaç aydır başlayan eklem ağrıları nedeni ile başvurduğu romatoloji polikliniğinde de bağ dokusu hastalığı ön tanısı ile takip altındaydı. Laboratuvar incelemelerinde ANA, anti-SS-A/anti-Ro pozitiflikleri mevcuttu. Hidroksiklorokin sülfat ve asemetazin tedavileri altında serum kreatinin artışı (bazal: 0.95 mg/dL, aktüel: 1.7 mg/dL) nedeniyle nefrolojiye yönlendirilmişti. İlk incelemelerinde, kan basıncı ölçümleri stabildi. Eklem ağrıları için uygulanan nonsteroidal-anti-enflamatuar-ilaç kesildi. Ancak, kreatinin artışının devamı (3.18 mg/dL) perkütan böbrek biyopsisini zorunlu kıldı. Biyopside saptanan glomerüler - vasküler değişikliklerin SRK ile uyumlu olabileceği yorumlandıktan sonra yapılan kapillaroskopik incelemede tek parmakta dev kapiller görünüm belirlendi ve serumda anti-RNA polimeraz-III antikoru pozitif saptandı. Fizik muayenesinde ciltte kalınlık artışı ya da sklerodaktili yoktu. Bu bulgular ile vakaya SSk tanısı kondu. Geç dönemde yükselmeye başlayan kan basıncı değerleri kaptopril doz titrasyonu ile kontrol altına alındı. Ancak devam eden böbrek fonksiyon bozukluğu nedeniyle hemodiyaliz tedavisi başlatıldı.

TARTIŞMA: Sunduğumuz vaka SSk tanısını, böbrek biyopsisi ile tanılanan SRK bulguları ve ardından tesbit edilen anti-RNA polimeraz III antikoru ile almıştır. Hastalığın atipik prezentasyonu (kliniğin normotansif başlangıcı ve cilt tutulumunun olmayışı) tanı ve yönetimi güçleştirmiştir.

Anahtar Kelimeler: Diffüz sistemik skleroz, Skleroderma renal kriz, Renal biyopsi, Anti-RNA polimeraz III antikoru

Resim-1



Arteriollerde şiddetli derecede myointimal proliferasyon ve yer yer fibrozis ile lümenin obliterasyonu izlenmiştir. Arteriollerde parlak kırmızı renkte fibrinoid nekroz odakları gözlenmiştir. (Trikrom x100)

PS-56

ANTI - HER - 2 HEDEFLİ TEDAVİ SIRASINDA TÜMÖR LİZİS SENDROMU GELİŞEN BİR MEME KANSERİ OLGUSU

Merve Şanlıer¹, Gülay Ulusal Okyay¹, Güner Akgüne², Ebru Gök Oğuz¹, Fatma Ayerden Ebinç¹, Mehmet Deniz Aylı¹

¹Etilik Şehir Hastanesi Nefroloji Kliniği, ANKARA

²Etilik Şehir Hastanesi Medikal Onkoloji Kliniği, ANKARA

GİRİŞ: Solid organ kanseri seyrinde tümör lizis sendromu (TLS) oldukça nadir bir komplikasyondur. Hastalığın seyrinde spontan olarak ya da yüksek etkinlikli kanser tedavilerinin sonucu olarak gelişebilir. Masif hücre lizisi ile kan dolaşımına dökülen hücre içeriği, ciddi elektrolit anormalliklerine, hiperürisemiye ve akut böbrek yetmezliğine yol açabilir. Bu raporda, trastuzumab/pertuzumab anti HER-2 hedefli tedavi sonrası TLS gelişen metastatik meme kanserli bir vaka sunulmaktadır.

VAKA: 45 yaşında bayan hasta, tanı anında karaciğer/kemik metastazlı HER – 2 pozitif invazif grade II meme kanseri tanısı ile oral letrozol/intravenöz trastuzumab 300 mg - pertuzumab 420 mg (anti - HER-2 hedefli tedavi)'in 5. kürünü aldıktan 10 gün sonra, birkaç gündür giderek artan halsizlik, bulantı, kusma, kramp ve son birkaç gündür idrar miktarında azalma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Kabulünde bilinci açıktı, kan basıncı: 130 / 100 mmHg, nabız: 103 /dakika, oksijen saturasyonu oda havasında: % 95 idi. Hastada, tablo – 1'de sunulan laboratuvar tetkikleri ile TLS ilişkili ciddi elektrolit – asid - baz bozukluğu ve akut böbrek yetmezliği düşünüldü. Santral venöz kateter yoluyla aralıklı hemodiyaliz tedavileri ve eş zamanlı destek tedavilerle genel durumunda ve laboratuvar tetkiklerinde belirgin iyileşme izlenen vaka önerilerle taburcu edildi.

TARTIŞMA: Vakamız, literatürde hedefe yönelik tedavilerden trastuzumab/pertuzumab kombinasyonu ile ilişkili TLS tanısıyla bildirilmiş az sayıda olgudan biridir. Bu vaka ile; onkoloji alanındaki hızlı ilerleme çağıının solid organ kanserlerinde ortaya çıkan TLS insidansını artırdığına, tümör yükü yüksek solid organ kanseri vakalarında, hedefe yönelik – yüksek etkinlikli tedavilerin tümör hücrelerinde masif lizis üzerinden TLS'ye yol açabileceğine, ve riskli hastalar için yakın takibin önemine vurgu yapmak istiyoruz.

Anahtar Kelimeler: Solid organ kanseri, Tümör lizis sendromu, Trastuzumab / pertuzumab kombinasyonu, Anti - HER - 2 hedefli tedavi

Tablo-1

| | Normal değerler | Son kemoterapi sırasındaki değerler (yatışmadan 10 gün önce) | Acil servis başvurusundaki değerler | Taburculuk değerleri |
|---------------------------|-----------------|--|-------------------------------------|----------------------|
| Üre (mg/dL) | 19-46 | 45 | 120 | 46.5 |
| Kreatinin (mg/dL) | 0.7 - 1.2 | 0.83 | 4.01 | 1.03 |
| Ürik asit (mg/dL) | 3.4 - 7 | - | 19.1 | 4.9 |
| Kalsiyum (mg/dL) | 8.6 - 10.2 | 7.95 | 0.70 mmol/L | 7.31 |
| Fosfor (mg/dl) | 2.5 - 4.5 | - | 9.8 | 1.97 |
| Potasyum (mmol/L) | 3.5 - 5.5 | 3.2 | 3.17 | 3.3 |
| LDH (U/L) | < 232 | 249 | 404 | 292 |
| CK (U/L) | <190 | - | 996 | 659 |
| pH | 7.35 - 7.45 | - | 7.15 | 7.47 |
| HCO ₃ (mmol/L) | 22 - 26 | - | 12.5 | 27 |
| Laktat (mmol/L) | 0.5 - 1.6 | - | 10.6 | 1.07 |
| Anyon gap (mmol/L) | < 12 | - | 32.5 | 11.7 |

Laboratuvar tetkiklerinin sonuçları

PS-57

RENAL TRANSPLANT SONRASI GÖRÜLEN SANTRAL TUTULUMLU LENFOPROLİFERATİF HASTALIK

Merve Tuana Keskin Karadağ¹, Ebru Gök Oğuz², Ezgi Yazkır¹, Mehmet Deniz Ayl²

¹Etilik Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Etilik Şehir Hastanesi Nefroloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

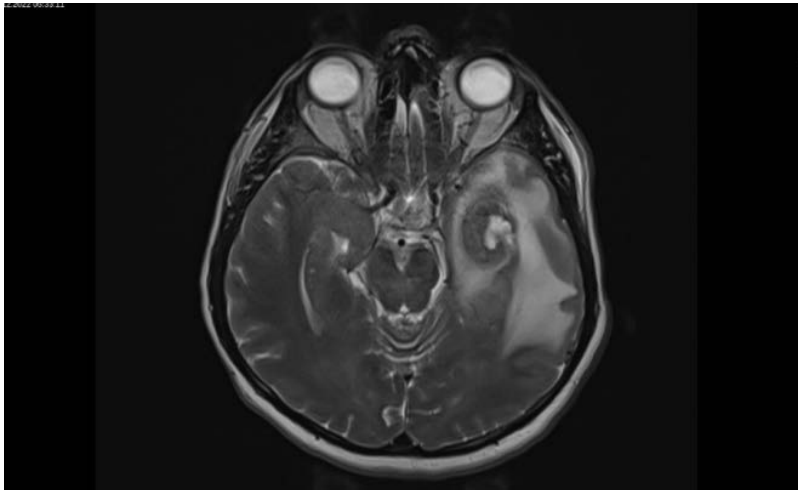
GİRİŞ: Posttransplant lenfoproliferatif hastalık (PTLH) transplante edilen böbrek alıcılarında % 1-5 oranında görülen, ilk bir yılda sıklıkla Ebstein Barr Virüsü (EBV) ilişkili saptanan, mortalitesi yüksek bir komplikasyondur. Bu çalışmada posttransplant on sene sonra monomorfik karakterli PTLH olarak değerlendirilen santral tutulumlu lenfoblastik lenfoma tanısı alan viral yük saptanmayan olgu sunulmuştur.

OLGU: 2013 yılında annesinden böbrek transplantasyonu yapılan 38 yaşındaki erkek hasta deltacortil, takrolimus, mikofenalat mofetil (MMF) üçlü immünsupresif tedavi aldığı posttransplant 10. yılında unutkanlık, davranış bozuklukları sebebiyle çekilen kontrastsız kraniyal manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde sol temporal lob çevresinde yaygın ödem bulguları oluşturmuş çapı yaklaşık 32 mm kitle görüldü (Resim 1). Cerrahi eksizyon sonrası biyopsi sonucu ile monomorfik B hücreli PTLH tanısı koyuldu. Tanı ile eş zamanlı transplante böbreğe çekilen renkli doppler ultrasonda (RDUS) sağ alt kadranda 101x44 mm boyutunda nakil böbrek görüldü. Parankim kalınlığı 14 mm parankim ekosu grade 1 olarak değerlendirildi. Aynı zaman dilimindeki kreatinin değerleri ise 1.2-1.4 mg/dL arasında değişmekteydi. Viral yük taraması yapıldı (Tablo 1). EBV DNA negatif sonuçlandı. Mevcut tedavisine mTOR (Rapamisin protein kompleksinin memeli hedefi) eklendi kalsinörin inhibitörü (CNI) dozu azaltıldı. Cerrahi eksizyon sonrası kemoterapiyi tolere edememesi üzerine olog kemik iliği nakli yapıldı. Takibinde kreatinin değerleri bazal değerde seyretti. Kan ilaç düzeyi takip edildi. Kötü prognoz kriterlerine sahip hastanın nefroloji ve hematoloji kliniklerince yakın takibi yapılıyor.

TARTIŞMA/SONUÇ: Yapılan çalışmalarda böbrek transplantasyonu sonrası uzun dönem immünsupresif kullanımına bağlı görülen EBV ilişkili de olabilen lenfomaların posttransplant hastalarda mortaliteyi arttıran en önemli komplikasyonlardan biri olduğu gösterilmiştir. Hastamız, EBV negatif saptanmış olup transplantasyon sonrası geç dönemde ortaya çıkan santral tutulumlu monomorfik karakterli lenfoma tanısıyla nadir bir vaka olarak değerlendirilmiştir. Nakil böbrek korunarak immünsupresif tedaviye bağlı ortaya çıkabilecek nüks/primer malignite takibi yapılması hedeflenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek transplantasyonu, Lenfoma, İmmünsupresif Tedavi

Resim 1.



Tanı Anındaki Kraniyal MR Görüntüsü

Tablo 1.

| TETKİK | SONUÇ |
|-------------------|-----------------|
| HBsAg | NEGATİF |
| Anti-HBs | POZİTİF |
| Anti-HBc IG M | NEGATİF |
| Anti-HBc IG G | NEGATİF |
| HBV DNA | NEGATİF |
| Anti-HAV(Total) | POZİTİF |
| Anti-HCV | NEGATİF |
| HCV RNA | NEGATİF |
| Anti-HIV | NEGATİF |
| EBV DNA | NEGATİF |
| CMV PCR | 98 |
| CMV DNA | 1.99 |
| ANTİ CMV IG M | 0.247 (NEGATİF) |
| ANTİ CMV IG G | >500 (POZİTİF) |
| BK VİRÜS (PLAZMA) | NEGATİF |
| BK VİRÜS (İDRAR) | POZİTİF |

Viral Yük Taraması Tetkik Sonuçları

PS-58

SİSPLATİNE BAĞLI GELİŞEN BİR TÜBÜLOPATİ OLGUSU

Musa Pinar¹, Onur Yazdan Balçık²

¹Sakarya Üniversitesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Nefroloji Kliniği

²Mardin Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Onkoloji Kliniği

GİRİŞ: Sisplatin solid tümör tedavilerinde genellikle verilen güçlü bir antineoplastik ajandır. Bilinen en sık doz kısıtlayıcı yan etkisi nefrotoksisitedir. Bu olgumuzda sisplatinin distal renal tübüler asidoza bağlı dirençli hipokalemi etkisinden bahsetmeye çalıştık

OLGU: Bilinen küçük hücreli akciğer tümörü olup kemik, beyin ve sürrenal metastazı, kronik böbrek yetmezliği olan 57 yaşında erkek hasta onkoloji servisinde kemoterapik ajan olan sisplatin tedavisi olup en son kemoterapi rejimini 2 hafta önce almıştı. Kemoterapi öncesi bakılan, böbrek fonksiyon testleri bazal değerleri ile uyumlu ve tam kan sayımı ve serum elektrolit değerleri normal olan hastada, 3. kür kemoterapinin uygulanmasını takiben, elde ve ayaklarda kas güçsüzlüğü ve konstipasyon gelişmişti. Bakılan Laboratuvar testlerinde üre:130mg/dl kreatinin:2,85mg/dl (Bazal kreatinin:2mg/dl) Na:137mmol/l, K:1,5mmol/l, CA:7,6meq/l, P:0,5meq/l HCO₃:14meq/l hemoglobulin:8,8 platelet:32000 wbc:12000, viral marker negatif. TİT=Protein+1, Glukoz+2, İDRAR PH:7 mevcut. EKG:belirgin u dalgaları mevcuttu. Hastada hipopotasemi, hipokalsemi ve hipofosfatemi mevcuttu. İdrar çıkışı olan hastanın elektrolit imbalansı replasmanı tedaviye eklendi. Özellikle hipokalemi açısından günlük KCL 10meq/l/h ten günlük toplam 100meq/l KCL replasmana rağmen K değerlerinde anlamlı yükselik saptanmadı. hipomagnezemi ve hipokalsemi için alkali tedavisi, kalsiyum ve magnezyum replasmana yanıt alındı. fakat hipokalemi açısından yaklaşık 10 günlük tedavi sürecinin sonunda K:3meq/l olarak stabil hale geldi ve günlük 120 mmol oral potasyum tedavisi ile idamesine geçildi. Onkoloji poliklinik kontrollerinde Oral potasyum tedavisinin sonrası kontrol değerlerinde K:3,1meq/l olarak saptandı. Elektrolit replasmanı tedavisinin devamı kararı alınarak poliklinik takiplerine devam edildi.

TARTIŞMA: Sisplatin nedeniyle nefrotoksisite hastalarda akut böbrek hasarı, hipomagnezemi, Fankoni-benzeri sendrom, distal renal tübüler asidoz, hipokalsemi semptomlar ortaya çıkabilir. Sisplatinin en önemli yan etkisi akut böbrek hasarıdır. Özellikle elektrolit imbalansında distal renal tubuler asidoz sebep olabileceğini akılda tutmalıyız.

Anahtar Kelimeler: hipokalemi, renal tubuler asidoz, sisplatin

PS-59

TAKROLİMUSUN NEDEN OLDUĞU NADİR BİR DURUM: HİPONATREMİ

Musa Pinar¹, Şevki Boyraz², Ayşe Nur Çanakçı², Kenan Evren Öztop¹, Mahmud İslam¹, Zafer Ercan¹, Hamad Dheir¹

¹Sakarya Üniversitesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı

²Sakarya Üniversitesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

GİRİŞ: Takrolimus solid organ naklinde en sık kullanılan immünosüpresif ilaçlardan biridir ancak takrolimusdan kaynaklanan nadir de olsa semptomatik hiponatremi görülebilir. Bu olguda başka bir immünosüpresif ajan olan everolimusa geçildikten sonra hiponatremik durumunun çözüldüğünü anlatmaya çalıştık.

VAKA SUNUMU: 2010 yılında eşinden böbrek nakli yapılan 68 yaşındaki erkek hasta, iştahsızlık, bulantı, kusma ve baş ağrısı şikayetiyle nefroloji polikliniğe başvurdu. Özgeçmişinde diyabetes mellitus, hipertansiyon olup bakılan fizik muayenede patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar testlerinde üre: 98mg/dl kreatinin: 1,4mg/dl, K: 5 mmol/l, TSH: 0,4mIU/l, viral marker negatif, tümör markerları negatifti. Serum sodyumunun 119 mmol/L olması nedeniyle ciddi hiponatremi olarak değerlendirildi. İmmünosüpresyon için takrolimus, mikofenolat mofetil, prednizolon ve antihipertansif için doksozosin alıyordu. Tiroid fonksiyon testlerin ve serum ozmolalitesi normal aralıktaydı. Diüretik veya parenteral sıvı gibi hiponatremiye yol açabilecek herhangi bir tedavi almıyordu. Kan şekeri 108 mg/dL olan hastanın ozmotik diürez bulgusu yoktu. Hastaya 450mL/günlük %3 hipertonic NaCl verildi, ancak serum sodyum düzeyi 48 saat sonra 123mmol/L'ye yükseldi. Hiperglisemi, hipotiroidizm, diüretik kullanımı, parenteral hipotonik sıvı uygulaması veya takrolimus dışında hiponatremiye neden olabilecek herhangi bir ilaç gibi diğer şüpheli faktörler dışlandı. Alıcının hiponatremi durumunun takrolimus sorumlu olduğundan şüphelendi ve takrolimus'u bırakıp 0,75mg/12 saat everolimus tedavisine başladı. Takrolimusun kesilmesinden 48 saat sonra serum sodyum düzeyi, hipertonic sıvı replasmanına ihtiyaç duymadan 130mmol/dL'ye yükseldi. Everolimusa geçiş sonrası hiponatremiye bağlı tüm semptomlar düzeldi. Takrolimus kesildikten sonraki 2 haftalık takipte hastamızın serum sodyum düzeylerinin normal sınırlarda kalması, hipertonic salinin gecikmiş etkisi ve hacim daralmasının hiponatremik durumun düzelmesinden sorumlu olmadığını gösterdi.

TARTIŞMA: Nakil sonrası gelişen hiponatremi durumunda takrolimusa da bağlı olabileceği akılda tutulmalıdır. Takrolimusdan kaynaklanan hiponatremide everolimusa değişimi böbrek nakli alıcılarında verilebilecek bir alternatif immünosüpresif ajan olabilir.

Anahtar Kelimeler: böbrek nakli, everolimus, hiponatremi, takrolimus

PS-60

PRİMER MEMBRANÖZ NEFROPATİ VE MALİGNİTE BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU

Seray Peker Türkcan¹, Ebru Gök Oğuz², Mehmet Deniz Aylı²

¹Etilik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

²Etilik Şehir Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Membranöz Nefropati (MN) erişkinlerde en sık görülen nefrotik sendrom nedenlerinden biridir. Sekonder membranöz nefropatilerin en sık nedeni malignitelere eşlik eden maligniteler de bildirilmiştir. Bu nedenle membranöz nefropatilerde malignite taraması önemlidir.

OLGU: 46 yaş erkek, 22gr/gün proteinüri saptanan hasta nefrotik sendrom ön tanısıyla biyopsi için nefroloji servisine yatırıldı. Biyopsi MN şeklinde raporlandı.

Sekonder MN nedenleri ekarte edildi. Fosfolipaz A2(PLA2) pozitifliği tespit edilen hasta primer MN olarak değerlendirildi.(Tablo 1) Proteinüri ve hipoalbuminemi saptanan hastaya, çok yüksek riskli kabul edilerek 2 kür siklofosamid 500mg verildi. Hasta 1 yıl kontrole gelmedi. Kontrole geldiğinde proteinürisi 1521 mg/gün saptanan hastaya RAS blokajı başlandı. RAS blokajı altında proteinürisi 3200 mg/gün olması üzerine tedaviye siklosporin(CSA) eklendi. Takiplerinde mesanede invaziv üretelyal karsinom tanısı alan hastaya transüretal rezeksiyon(TUR-MT+VIU) yapılmış. Operasyon sonrası progresyon izlenmemiş. Hasta malignite tanısı sonrası nefroloji kliniğine tekrar başvurduğunda düşük doz siklosporin altında proteinüri 906 mg/gün olarak sonuçlandı. Hasta remisyon olarak değerlendirilmiş olup tarafımızca takip edilmektedir.

SONUÇ ve TARTIŞMA: Olguda bahsedilen hasta nefrotik sendrom tanısı aldığında malignite bulgusu saptanmamıştır. Tümör markerları ve enfeksiyon taramaları negatiftir. Otoimmün markerlar normal sonuçlanmıştır. Sekonder MN ekarte edilmiştir. Primer MN malignite ile birlikteliği nadir de olsa görülebilir. Bu nedenle siklofosamid tedavisinin dozları dikkat edilerek düzenlenmelidir. Hastamız tedavisinde maligniteye sekonder sebep olabilecek dozda siklofosamid almamıştır. Hastanın nefrotik sendrom tanısı aldığında malignite lehine bulgusu olmaması, tedavi sürecinde düşük doz siklofosamid alması ve primer MN tanısından 2 yıl sonra genç yaşta malignite görülmesiyle sunulmaya değer bulundu. Vakamız ile primer glomerülonefrit olsa da glomerülonefritlerin malignite açısından takibinin önemli olduğunu vurgulamaya çalıştık.

Anahtar Kelimeler: Nefrotik Sendrom, Membranöz Nefropati, Malignite

Tablo 1. Laboratuvar Sonuçları

| | |
|---------------------|----------------|
| Kompleman C3 | 0,66 g/L (N) |
| Kompleman C4 | 0,32 g/L (N) |
| PR3 ANCA | NEGATİF |
| MPO ANCA | NEGATİF |
| Lupus Antikoagülanı | NEGATİF |
| ANA | NEGATİF |
| RF | <20 U/ml (N) |
| PTH | 55.9 pg/ml (N) |
| Total kolesterol | 266 mg/dl (Y) |
| Trigliserit | 297 mg/dl (Y) |
| LDL kolesterol | 194 mg/dl (Y) |
| CEA | 2.58 ng/ml (N) |
| CA-125 | 46 U/ml (N) |
| CA 19-9 | 41.2 U/ml (N) |
| CA 15-3 | 17 U/ml (N) |
| Anti HIV | NEGATİF |
| Anti HCV | NEGATİF |
| HBs-Ag | NEGATİF |

PS-61

PRE-DİYALİZ KRONİK BÖBREK YETERSİZLİĞİ HASTALARINDA PARENTERAL DEMİR TEDAVİLERİ BÖBREK FONKSİYONLARINI KORUR MU, BOZAR MI?

Turker Emre¹, Yalçın Gökmen²

¹Sağlık Bakanlığı Bursa Şehir Hatanesi, Nefroloji Kliniği, Bursa

²Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Kronik Böbrek Yetersizliğinin (KBY) tedavisi böbrek fonksiyonlarının korunması esasına dayanır. Renal anemi sık tespit edildiğinden bu hastalarda par enteral demir tedavilerini sık kullanıyoruz. Ancak bu tedavilerin Glomerüler Filtrasyon Hızındaki (GFH) azalma oranına etkisi konusunda net ve yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle en az beş yıl parenteral demir kullanan hastalarda böbrek fonksiyonlarındaki değişim oranlarını karşılaştıran bir çalışma yaptık.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çalışmamız retrospektif kohort bir çalışma olup, Nefroloji Polikliniği'nde en az 5 yıldır takip ve tedavi gören, çalışma kriterlerini karşılayan 180 kronik böbrek hastası (86 kadın, 94 erkek, ortalama yaş 63,5±11,4 yıl) çalışmaya dahil edildi. Hastalar demir tedavisine göre üç gruba ayrıldı: demir tedavisi almayanlar, demir karboksi maltoz (DKM) alanlar ve par enteral olarak demir sükröz (DS) alanlar. Her grup 60 kişiden oluşturuldu. Her grupta 5 yıllık takip için ilk ve son kreatinin, GFH değerleri karşılaştırıldı.

SONUÇLAR VE TARTIŞMA: Demir kullanan ve kullanmayan iki grup arasında kreatinin artışı ve GFH düşüş oranı açısından anlamlı fark yoktu. Ayrıca DKM ve DS kullanan hastaların GFH düşüş oranlarında da anlamlı bir fark saptanmadı. Diyaliz öncesi KBY hastalarında DKM ve DS ile anemi tedavisinin renal açıdan güvenli olduğu sonucuna vardık. Bu çalışma, KBY'li hastalarda aneminin parenteral demir tedavisi yoluyla düzeltilmesinin böbrek fonksiyonuna zarar verebileceği yönündeki endişeleri azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anemi, Böbrek Yetersizliği, Demir Tedavisi,

Table 1.

| | Demir Tedavisi (-) | | | Demir Tedavisi (+) | | |
|--|---------------------------|---------|--|---------------------------|---------|--|
| | Ortalama ± standart sapma | ortanca | | Ortalama ± standart sapma | ortanca | |
| Kreatinin (miligram/desilitre) | | | | | | |
| İlk Ölçüm | 1.6 ± 0.6 | 1.4 | | 1.5 ± 0.5 | 1.4 | |
| Son Ölçüm | 1.8 ± 0.7 | 1.6 | | 2.0 ± 1.0 | 1.7 | |
| İlk/Son Değişim | 0.2 ± 0.5 | 0.1 | | 0.5 ± 0.9 | 0.2 | |
| Grup içi Değişim Olasılığı (P) | 0.014 | | | 0.000 | | |
| Glomerular Filtrasyon Hızı (mililitre/dakika/1.73 metrekaresine) | | | | | | |
| İlk Ölçüm | 46.0 ± 10.7 | 47.1 | | 47.1 ± 10.7 | 45.1 | |
| Son Ölçüm | 40.9 ± 13.5 | 42.6 | | 42.6 ± 13.5 | 36.9 | |
| İlk/Son Değişim | -5.1 ± 12.7 | -3.5 | | -3.5 ± 14.0 | -8.1 | |
| Grup içi Değişim Olasılığı (P) | 0.001 | | | 0.000 | | |

Demir Tedavisi Uygulanan ve Uygulanmayan Grupların Kreatinin ve Glomerular Filtrasyon Hızı bakımından Karşılaştırılması

Tablo.2

| | Demir Karboksi Maltoz | | | Demir Sükroz | | |
|---|---------------------------|------|-------------|---------------------------|--|---------|
| | Ortalama ± standart sapma | | ortanca | Ortalama ± standart sapma | | ortanca |
| Kreatinin (miligram/desilitre) | | | | | | |
| İlk Ölçüm | 1.6 ± 0.5 | 1.5 | 1.4 ± 0.4 | 1.3 | | |
| Son Ölçüm | 2.1 ± 0.8 | 1.8 | 1.9 ± 1.1 | 1.5 | | |
| İlk/Son Değişim | 0.4 ± 0.9 | 0.3 | 0.5 ± 0.9 | 0.2 | | |
| Grup içi Değişim Olasılığı (P) | 0.000 | | | 0.000 | | |
| Glomerular Filtrasyon Hızı (mililitre/dakika/1.73 metrekare) | | | | | | |
| İlk Ölçüm | 42.5 ± 10.3 | 44.1 | 45.8 ± 11.0 | 47.4 | | |
| Son Ölçüm | 34.3 ± 13.3 | 35.0 | 36.3 ± 13.8 | 37.6 | | |
| İlk/Son Değişim | -8.3 ± 13.9 | -9.0 | -9.5 ± 14.2 | -7.2 | | |
| Grup içi Değişim Olasılığı (P) | 0.000 | | | 0.000 | | |

Demir Karboksi Maltoz-Demir Sükroz Gruplarının Kreatinin ve Glomerular Filtrasyon Hızı Bakımından Karşılaştırılması

PS-62

BULANTI,KUSMA İLE GELEN FSGS TANILI HASTADA GASTROSKOPİDE BEZOAR GÖRÜLMESİ OLGU SUNUMU

Zeynep Guray, Firuze Tulupçuoğlu

Kocaeli Üniversitesi Nefroloji Anabilim Dalı

28 yaşında bilinen hipertansiyon,fokal segmental glomerüleskleroz,pulmoner emboli tanıları bulunan kadın hasta: 2022 de düşük sonrası proteinüri nedeniyle tetkik edilen hastaya 4 defa biyopsi denenmiş, hipertansiyon nedeni ile ertelenmiş, hastaya biyopsi yapılamamış.

2023te ağır preeklampsi sonrası acil c/s yapılan hasta, sezaryandan 10 gün sonra düşme nedeniyle splenik anevrizma rüptürü sonrası splenektomi öyküsü mevcut. Splenektomi sonrası Plt yüksekliği nedeniyle pulmoner emboli geçirmiş ve dış merkez ybü yatışı olmuş. Splenektomi sonrası abse sebebi ile antibiyoterapi tedavisi başlanmış. Biyopsi tanısı olmadan hastaya 2023 yılının 8.ayında 1 ay boyunca 32 mg prednol başlanmış, tedaviye yanıt alınamayan hasta steroide dirençli nefrotik sendrom kabul edilerek streoid kesilmiş, 2 mg takrolimus başlanmış,tanısı olmadığı için kesilmiş.

Hasta bulantı, kusma,ishal ve epigastrik bölge ağrı sebebi ile nefroloji servisine yatırıldı. Hastaya renal biyopsi planlandı, yapılan biyopsi sonucunda hastaya FSGS tanısı kondu. Abse nedeniyle dış merkezde antibiyoterapi tedavisi başlanan hastaya kronik ishal nedeni ile yapılan kolonoskopide patoloji izlenmedi. Splenik lojdaki absenin görüntülenmesi amacı ile tüm batin ve toraks Bt istendi.Operasyon lojunda 8x5 cm boyutlu hemorajik alanlar içeren lokule sıvı izlendi.Daha sonra çekilen MR da koleksiyon boyutlarında azalma olduğu izlendi. Bulantı kusma şikayeti devam eden hastaya gastroskopi planlandı,yapılan gastroskopide mide antrum korpus bileşkesinde 6x5 cm ebatında bezoar izlendi.Hastadan alınan anamnezde bezoara neden olabilecek bir sebep saptanmadı Hastaya ananas suyu tedavisi verildi,Kontrol gastroskopide bezoarın kaybolduğu izlendi.

Anahtar Kelimeler: FSGS,Bezoar,Proteinüri

Endoskopi



Endoskopi Görüntüsü

Araştırmacı Dizini



Araştırmacı Dizini

- A -

| | |
|--------------------------|---|
| ABDENNADJİM Mecherouk | PS-21, PS-23, PS-24 |
| AFSHARJAHANSHAHİ Omid | SS-35 |
| AHBAP Elbis | SS-08 |
| AKARSU Özger | PS-10, PS-39, PS-51, PS-52 |
| AKÇAY Ömer Faruk | SS-31 |
| AKGÜL Arzu | SS-42, SS-43, PS-37, PS-54 |
| AKGÜNER Güner | PS-56 |
| AKKUŞ Canan | SS-03 |
| AKNİL Canan | PS-50 |
| AKTAŞ Nimet | PS-10, PS-39, PS-51, PS-52 |
| AKTAŞ Sema | SS-36 |
| AKTUĞ Didem | SS-07 |
| AKTÜRK Serkan | PS-09 |
| ALİ indhadek Mohamed | SS-16 |
| ALİKHANOV Marat | PS-22 |
| ALP Alper | PS-45 |
| ALPASLAN PINARLI Ferda | SS-35 |
| ALWY AL BEİTY F. Mohamed | SS-16 |
| AR Cem | SS-01 |
| ARSLAN Abdulhamid | SS-41 |
| AŞKIN Muhammed Faruk | SS-06 |
| ATILGAN Kadir Gökhan | SS-02, SS-07, SS-43, PS-37, PS-54 |
| AUGUST Furaha A | SS-16 |
| AVCI Duygu Nurdan | PS-40 |
| AYERDEN EBİNÇ Fatma | SS-02, SS-43, PS-37, PS-54, PS-55 |
| AYERDEN EBİNÇ Fatma | SS-22, PS-53, PS-56 |
| AYLI Berrak İtir | SS-43 |
| AYLI Mehmet Deniz | SS-02, SS-17, SS-27, SS-41, PS-04, PS-37, PS-41, PS-42, PS-54, PS-55, PS-57, PS-60 |
| AYLI Mehmet Deniz | SS-07, PS-53, PS-56 |
| AYPEK Hande | SS-11 |
| AYVA Ebru Şebnem | SS-02, PS-53 |

- B -

| | |
|-----------------------------|----------------------------|
| BAĞDATOĞLU Oktay | SS-20 |
| BAKIRDÖĞEN Serkan | PS-50 |
| BAL Ayşe Zeynep | SS-23 |
| BALABAN Rümeysa | SS-11 |
| BALÇIK Onur Yazdan | PS-58 |
| BALOĞLU İsmail | SS-10 |
| BAŞTÜRK Taner | SS-08 |
| BATSAIKHAN Batsuuri | SS-30 |
| BAYAN UNBUR Davaadorj | SS-30 |
| BAYRAKDAR ÇAĞLAYAN Feyza | SS-08 |
| BENKACİMİ Nouara | PS-33 |
| BENKOVA Miroslava Stancheva | PS-14, PS-15 |
| BİLEN Nurhan | PS-10, PS-39, PS-51, PS-52 |
| BORA Feyza | PS-46 |
| BOYRAZ Şevki | PS-59 |
| BÜBERCİ Refika | SS-36 |
| BULUT Ebrucan | SS-11 |
| BUMA Deus | SS-29 |
| BURÇ Aylin Yeşim | SS-36 |

- C -

| | |
|-------------------|---|
| CAMERZAN Iraida | PS-18, PS-19, PS-20, PS-26, PS-27, PS-28 |
| COSPORMAC Mihaela | PS-35 |
| COSPORMAC Viorica | PS-16, PS-17, PS-35, PS-36 |
| CERNEI Olga | PS-36 |

- Ç -

| | |
|-------------------|---------------------|
| ÇANAKCI Ayşe Nur | PS-59 |
| ÇEÇENER Gülşah | SS-11 |
| ÇELİK Huseyin | PS-47, PS-48, PS-49 |
| ÇETİNKAYA Ramazan | PS-46 |
| ÇINAR Yavuz | PS-09 |

Araştırmacı Dizini

- D -

| | |
|------------------------------|----------------------------|
| DANIŞ Ramazan | SS-25 |
| DANIŞOĞLU Mahmut Esat | PS-47, PS-48, PS-49 |
| DEĞİRMENCİOĞLU Gürkan | SS-40 |
| DEGHANİ Sanaz | SS-28, SS-32, SS-33, SS-38 |
| DEMİR Mehmet Emin | SS-35, SS-36 |
| DEMİREZEN Asil | SS-31 |
| DENİZ AYLI Mehmet | PS-43 |
| DHEİR Hamad | PS-29, PS-59 |
| DIA Amadou Diop | SS-05 |
| DİMİEVA Yana | PS-15 |
| DİNÇER Mevlüt Tamer | SS-01, PS-07 |
| DİNKA Temesgen Geleta | SS-13 |
| DOĞUKAN Ayhan | SS-26 |
| DUMAN Soner | PS-47, PS-48, PS-49 |
| DURANAY Murat | PS-09 |
| DÜZGÜN ODABAŞI Maksude Burcu | PS-52 |

- E -

| | |
|------------------|--------------|
| EMRE Turker | PS-61 |
| ERCAN ZAFER | PS-29, PS-59 |
| ERGÜN Onur | SS-02 |
| ERMEK Ahmet | PS-37 |
| EROL Ertuğrul | PS-07 |
| ERSOY Alparslan | SS-11 |
| ERSOY Yağmur | PS-07 |
| ESER Eylem Pınar | PS-55 |
| EYNEL Eren | SS-25 |

- F -

| | |
|------------------------|---------------------|
| FAOUZİ Elmokretar | PS-21, PS-23, PS-24 |
| FURİA Francis Fredrick | SS-29 |

- G -

| | |
|----------------------|-------|
| GAİPOV Abduzhappar | PS-22 |
| GANBOLD Gantulga | SS-30 |
| GEMECHU Tigist Girma | SS-15 |

| | |
|----------------------------|---|
| GENÇ Ezgi | SS-26 |
| GİBYELİ GENEK Dilek | PS-45 |
| GOK OGUZ Ebru | SS-17, SS-43, PS-37, PS-41, PS-42 |
| GÖK OĞUZ Ebru | SS-02, PS-04, PS-43, PS-53, PS-54, PS-55, PS-56, PS-57, PS-60 |
| GÖKÇEN ZORBA Belma | PS-38 |
| GÖKGÖZ Melis | SS-18 |
| GÖKMEN Yalçın | PS-61 |
| GÖKMEN Zeynep Sude | SS-35 |
| GÖMLEKSİZ Mehtap | SS-26 |
| GÖMLEKSİZ Muhammet Rıdvan | SS-26 |
| GÖNEN Sevim | SS-31 |
| GÜÇLÜ Aydın | SS-19 |
| GUEYE Modou Mbacke | SS-05, SS-24 |
| GÜL Cuma Bülent | SS-11, PS-52 |
| GULİYEV Orkhan | PS-31 |
| GÜLLÜLÜ BOZ Elif | SS-11 |
| GÜLTEN Salih | PS-48 |
| GÜNDOĞAN Büşra | PS-51 |
| GURAY Zeynep | PS-62 |
| GUTU BAHOV Cornelia | PS-26, PS-27, PS-28 |
| GUTU BAHOV Cornelia Trofim | PS-18, PS-19, PS-20 |
| GÜZ Galip | SS-31 |

- H -

| | |
|---------------------|---------------------|
| HACHMERYAN Mari Ara | PS-14 |
| HELVACI Özant | SS-21 |
| HELVACI Özant | SS-31 |
| HUDDAM Bülent | PS-45 |
| HUR Ender | PS-47, PS-48, PS-49 |
| HURİYET Nuseybe | SS-11 |

- İ/İ -

| | |
|---------------|----------------------------|
| İÇAÇAN Gamze | SS-09 |
| İKHLEF Çiğdem | SS-43, PS-04, PS-37, PS-54 |
| İNCİ Kamil | SS-21 |

Araştırmacı Dizini

IODAN Andrei PS-16, PS-17
ISIKTAŞ SAYILAR Emel SS-43, PS-43
ISKANDAROV Matin PS-09
İSLAM Mahmud PS-29, PS-59

- J -

JAHUR Leja Hamza SS-13
JUHAR Leja Hamza SS-15

- K -

KAHVECİOĞLU Serdar PS-10
KAHVECİOĞLU Serdar PS-39, PS-51, PS-52
KALACHYK Aleh SS-34, PS-30
KARABULUT Umut SS-25
KARAKAN Mine Şebnem SS-20
KASTALI Mourad PS-33
KAWİSHE Zenais Francis SS-14, PS-01
KAYA Cemil SS-04
KESKİN KARADAĞ Merve Tuana PS-42, PS-57
KHİSHGEE Tseren SS-30
KİLADZE Sandro PS-34
KİLCİ Öykü SS-36
KILIÇ İlhan PS-50
KİREMİTÇİ Saba PS-09
KIZILTUNÇ Elif Hande PS-41
KOÇ Yener SS-06, SS-08
KOÇAK Hüseyin PS-46
KOMİSSAROV Kirill SS-34, PS-30
KOZANOĞLU Rüya PS-40
KOZHAKHMET Doskhan PS-22
KUANSHALİYEVA Zhanat PS-22
KURT KOLUKISA Hatice Gizem PS-46

- L -

LAHFAYA Saliha SS-37, PS-32, PS-33
LATİFİ Marzieh SS-28
LATİFİ marzieh SS-32, SS-33, SS-38
LECHEBO Tsion Andrias PS-02

LEMMA Ayantu Tesfaye SS-13, SS-15, PS-02
LEULSEGED Tigist Workneh SS-13, SS-15, PS-02
LUNDEG Ganbold PS-25

- M -

MADİKENOVA Meruyert PS-22
MAMO Delayehu Bekele PS-02
MANAN Selina SS-01
MERHAMETSİZ Özgür SS-36
MERT Canberk Berkay PS-10, PS-39
MİCOZKADIOĞLU Hasan Şükrüllah PS-40
MNGUMİ Jonathan Willbard SS-29, PS-03
MOHAMED Chekkou PS-21, PS-23, PS-24
MOHAMED Metchat PS-21, PS-23, PS-24
MOHAMED ABDERAOUF Khalouf PS-21, PS-23, PS-24
MOTOULA LATOU Lot Nehemie SS-05, SS-12, SS-24
MSİLANGA Daniel Pascal PS-03
MUMGHAMBA Elifuraha SS-14, PS-01
MÜTİŞ ALAN Aydan SS-01

- N -

NAZİM Kheddouci PS-21, PS-23, PS-24
NDİAYE Issa SS-12
NDONGO Modou SS-05, SS-12, SS-24
NİKANDİSHNOBAR Mehdi SS-35
NOUREDİNE Ait Benamer PS-21, PS-23, PS-24
NYELLO Mahamoud SS-29

- O -

OD ERDENE Lkhaakhuu SS-30
OĞUZ Ebru Gök SS-41
OKTAY Ahmet Bülent PS-47
OKTAY Bulent PS-48, PS-49
ONAN Engin PS-40
ORUÇ Ayşegül SS-11
OSMAN Sisima Kornelios PS-02
OTO Ferhat PS-47, PS-48, PS-49
OUAHCHİA Djayet PS-21

Araştırmacı Dizini

| | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|
| OYUNBİLEG Banzragch | SS-30 | SEYAHİ Nurhan | SS-01, PS-07 |
| OZER Hakan | SS-10 | SEZER Siren | SS-23, SS-35, SS-36, PS-31 |
| - Ö - | | SHİJA Kessy Charles | PS-03 |
| ÖZKAN Rıdvan | SS-22 | SHİRİMA Gudila Valentine | SS-29, PS-03 |
| ÖZŞEKER Necla | SS-35 | SHOO Jacqueline G. | SS-14, PS-01 |
| ÖZTOP Kenan Evren | PS-29, PS-59 | SHOO Jacqueline Geoffrey | SS-29, PS-03 |
| ÖZTÜRK Ramazan | PS-09 | SHOO Jacqueline J | SS-16 |
| ÖZTÜRK Yasin | SS-10 | STAYKOVA Svetla | PS-14, PS-15 |
| | | SUNGUR Mesut | SS-19 |
| - P - | | - Ş - | |
| PEKER TÜRKCAN Seray | PS-60 | ŞAHİN Hatice | SS-27, SS-43, PS-54 |
| PETROV Aleksandar | PS-15 | ŞAKACI Tamer | SS-08 |
| PETROV Aleksandar Aleksandrov | PS-14 | ŞANLIER Merve | SS-02, PS-37, PS-54, PS-55, PS-56 |
| PINAR Musa | PS-29, PS-58, PS-59 | ŞANLIER Merve | PS-53 |
| POURHOSEİN Elahe | SS-33 | ŞENEL Tuba Elif | SS-36 |
| POURHOSSEİN Elahe | SS-28, SS-32, SS-38 | | |
| POURHOSSEİN Maryam | SS-28, SS-32, SS-33, SS-38 | - T - | |
| - R - | | TEMİZ GENÇOĞLU Ayşe Tuğçenur | PS-55 |
| RAPETSKAYA Nadzeya | SS-34, PS-30 | TERZİOĞLU YAZICI Gülsüm Ceren | PS-45 |
| - S - | | TONBUL Halil Zeki | SS-10 |
| SAĞLAM Arzu | SS-02 | TORUN Dilek | PS-40 |
| SALİHA Lahfaya | PS-23, PS-24 | TRABULUS Sinan | SS-01, PS-07 |
| SAMLİ Murat | PS-47, PS-48, PS-49 | TULUPÇUOĞLU Firuze | PS-62 |
| SARI Alper | PS-55 | TUR Kağan | SS-19 |
| SARI Funda | PS-46 | TURGAY Gülay | SS-23 |
| SARR İbrahima Lyra | SS-12 | TURGUT Didem | SS-20 |
| SECK Sidy | SS-24 | TÜRKMEN Kültigin | SS-10 |
| SECK Sidy Mohamed | SS-05, SS-12 | TOTAL Emre | SS-23 |
| SELÇUK Nedim Yılmaz | SS-10 | - U - | |
| SELEN Tamer | SS-02, SS-39 | ULUSAL OKYAY Gülay | SS-02, SS-27, SS-43, PS-04, PS-37, PS-53, PS-54, PS-55, PS-56 |
| SERCAN Çiğdem | PS-37 | UYANIK Sadık Ahmet | SS-02 |
| SEVMİŞ Murat | SS-36 | UYAR Murathan | SS-36 |
| SEVMİŞ Şinasi | SS-36 | | |



13. Uluslararası Katılımlı Güncel Böbrek Hastalıkları ve



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

8. Hipertansiyon Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi

24-28 Nisan 2024

La Blanche Island Otel, Bodrum

Güncelleme 2024

Araştırmacı Dizini

- Ü -

| | |
|------------------|-------|
| ÜNSAL Abdulkadir | SS-08 |
| ÜLKER Esen | PS-29 |

- V -

| | |
|-------------------|-------|
| VAROL Pelin Petek | PS-45 |
| VURGEÇ irem hilal | PS-51 |
| VURGEÇ İrem Hilal | PS-10 |

- W -

| | |
|------------------|-------|
| WANGWE Peter J.T | SS-16 |
|------------------|-------|

- Y -

| | |
|-----------------------------|--------------|
| YAHYA Dinnar Ali | PS-14 |
| YAPICI GÜLÇİÇEK Aylin Merve | SS-02 |
| YAŞAR Emre | SS-31 |
| YAYAR Ozlem | PS-38 |
| YAZKI Ezgi | PS-42, PS-57 |
| YETER Hacı Hasan | SS-36 |
| YILDIRIM Saliha | SS-23, SS-31 |
| YILDIZ Abdülmecit | SS-11 |
| YILMAZ Ezgi | PS-43 |
| YILMAZ Fatma | PS-29 |
| YILMAZ Mehmet | SS-17 |
| YILMAZ Vural Taner | PS-46 |
| YÖNET Fethi | SS-10 |
| YÜKSEL Enver | SS-25 |
| YÜKSEL Peruze | PS-29 |

- Z -

| | |
|----------------------|-------|
| ZER TÜRK Gizem | PS-44 |
| ZHANPAYİZOV Temirbek | PS-22 |

GÜNCEL BÖBREK HASTALIKLARI DERNEĞİ



Merkez Mah. Kocamansur Sok. Dış Kapı No:49
Mükerrem Berksoy İş Merkezi İç Kapı No:29
Şişli - İstanbul

HİPERTANSİYON DİYALİZ VE TRANSPLANTASYON VAKFI



Hipertansiyon Diyaliz ve
Transplantasyon Vakfı

Arif Yıldız Cad. No: 47 Gülveren
Mamak - Ankara
www.hdtvakfi.info

ORGANİZASYON SEKRETARYASI



PRIME Kongre Yönetimi ve Turizm Ltd. Şti.
Op. Cemil Topuzlu Cad. TİBAŞ Dalyan Konutları
F Blok K.4 D.8 Fenerbahçe 34726 İstanbul - Turkey
Tel: 0216 357 23 23 • **Faks:** 0216 357 23 33
E-posta: info@primeqm.com