



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
**8-12 MAYIS 2024**



**BİLDİRİ ÖZET KİTABI**



TÜRK HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI DERNEĞİ

Konur Sokak 38/11 Kızılay, Ankara TÜRKİYE  
T: +90 312 417 31 25 F: +90 312 417 31 26 info@hipertansiyon.org  
www.hipertansiyonkongresi.org

facebook.com/HipertansiyonTürk twitter@T\_Hipertansiyon

**GENX**  
KONGRE

İcadiye Cad. No:3 Kuzguncuk 34674 İstanbul T: +90 216 310 11 00  
F: +90 216 310 06 00 hipertansiyon@genx.com.tr / www.genx.com.tr  
genx\_mice twitter.com/GenX\_MICE



**26. ULUSAL  
HİPERTANSİYON  
VE  
BÖBREK HASTALIKLARI  
KONGRESİ**

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
**8-12 MAYIS 2024**



## KURULLAR

### Başkan

Yunus ERDEM

### Başkan Yardımcısı

Selim Turgay ARINSOY

### Genel Sekreter

Şeref Rahmi YILMAZ

### Sayman

Ülver DERİCİ

### Üyeler

Bülent ALTUN

Serpil Müge DEĞER

Rüya MUTLUAY

### Onursal Başkanlar

Enver HASANOĞLU

Oktay KARATAN

Çetin TURGAN





# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



## BİLİMSEL PROGRAM

### 08 MAYIS 2024 ÇARŞAMBA

| SALON A     |                                                                                                            | SALON B     |                                                           |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------|
| 15:30-16:00 | <b>AÇILIŞ OTURUMU</b><br>Kongreye Global Bakış<br>Oturma Başkanı: Turgay Arınsoy<br>Konuşmacı: Yunus Erdem |             |                                                           |
| 16:00-17:00 | <b>SÖZLÜ BİLDİRİLER-1</b><br>Oturma Başkanı: Serkan Kahraman                                               |             |                                                           |
| 17:00-17:15 | ARA                                                                                                        |             |                                                           |
| 17:15-18:15 | <b>SÖZLÜ BİLDİRİLER-2</b><br>Oturma Başkanı: Gültekin Gençtoy                                              | 17:15-18:15 | <b>SÖZLÜ BİLDİRİLER-3</b><br>Oturma Başkanı: Hadim Akoğlu |

### 09 MAYIS 2024 PERŞEMBE

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08:45-09:00 | <b>AÇILIŞ KONUŞMASI</b><br>Konuşmacı: Yunus Erdem                                                                                                                                                                                                                      |
| 09:00-09:50 | <b>KONFERANS</b><br>Oturma Başkanları: Turgay Arınsoy, Yunus Erdem                                                                                                                                                                                                     |
| 09:00-09:20 | <b>Her Ölümlü Hipertansiyonu Tadaçak mı?</b><br>Konuşmacı: Celalettin Usalan                                                                                                                                                                                           |
| 09:20-09:40 | <b>2023 ESH Kılavuzu Yeni Ne Söylüyor?</b><br>Konuşmacı: Bülent Altun                                                                                                                                                                                                  |
| 09:40-09:50 | Tartışma                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 09:50-10:00 | ARA                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 10:00-10:45 | <b>AMGEN UYDU SEMPOZYUMU</b><br>Kronik Böbrek Hastalığı Yönetiminde KONTROL SİZDE<br>Renal Anemi Tedavisinde Darbepoetin Alfa ve Sekonder Hiperparatiroidi Tedavisinde Etelkalsetid<br>Oturma Başkanı: Yunus Erdem<br>Konuşmacılar: Elif Arı Bakır, Tevfik Ecder       |
| 10:45-11:00 | ARA                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 11:00-11:45 | <b>BOEHRINGER INGELHEIM UYDU SEMPOZYUMU</b><br>Jardiance ile Kardiyo-Renal- Metabolik hastalıklarda Bütünsel & Güçlü Koruma<br>Kalp Yetersizliği Tedavisi & Renal-Metabolik Hastalıklar ile İlişkisi<br>Jardiance ile Bütünsel & Güçlü Koruma<br>Konuşmacı: Sadi Güleç |
| 11:15-11:30 | <b>Kronik Böbrek Hastalığı Tedavisi &amp; Kardiyo-Metabolik Hastalıklarla İlişkisi</b><br>Jardiance ile Bütünsel & Güçlü Koruma<br>Konuşmacı: Şeref Rahmi Yılmaz                                                                                                       |
| 11:30-11:45 | <b>T2DM Tedavisi &amp; Kardiyo-Renal Hastalıklarla İlişkisi</b><br>Jardiance ve Synjardy ile Bütünsel & Güçlü Koruma<br>Konuşmacı: Mine Adaş                                                                                                                           |

AMGEN

Boehringer  
Ingelheim



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



## BİLİMSEL PROGRAM

### 09 MAYIS 2024 PERŞEMBE

#### SALON A

#### SALON B

11:50-13:00 **SEMPOZYUM**  
**Kılavuzlara Göre Kan Basıncı Ölçümü**  
Oturum Başkanı: Şehsuvar Ertürk

11:50-13:00 **SEMPOZYUM**  
**Nefritler**  
Oturum Başkanı: Alaattin Yıldız

11:50 -12:10 **Hedef Ofis Kan Basıncı ve Hedef Ev Ölçümleri**  
Konuşmacı: Gülsüm Özkan

11:50- 12:10 **Akut/Kronik Tin**  
Konuşmacı: Abdülmecit Yıldız

12:10-12:30 **Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümleri ve Klinik Pratikteki Rolü**  
Konuşmacı: İhsan Ergün

12:10-12:30 **Dirençli Membranöz Glomerülonefritler**  
Konuşmacı: Zelay Adıbelli

12:30-12:50 **Kan Basıncı Monitörizasyonunda Yeni Cihaz ve Teknikler**  
Konuşmacı: Fatih Mehmet Erdur

12:30- 12:50 **Iga Nefropatisi ve Yeni Tedaviler**  
Konuşmacı: Şebnem Karakan

12:50-13:00 **Tartışma**

12:50-13:00 **Tartışma**

13:00-14:00 **ÖĞLE YEMEĞİ | POSTER BİLDİRİLER**  
Oturum Başkanı: Serpil Müge Değer

14:00-14:45 **RECORDATI UYDU SEMPOZYUMU**  
Lercanidipin ve Enalapril'e Disiplinlerarası Bakış Açıları: Hipertansiyon Yönetiminde Kardiyoloji, Nefroloji ve Endokrinolojiyi Birleştirmek  
Moderatör & Konuşmacı: Mustafa Arıcı  
Konuşmacılar: Sadı Güleç, Kubilay Ukinç

**RECORDATI**

14:45-15:00 **ARA**

15:00-15:45 **ABDİ İBRAHİM OTSUKA UYDU SEMPOZYUMU**  
Nefroloji'nin İncilerinden; Polikistik Böbrek Hastalığı ve Jinarc Tedavi Deneyimi  
Oturum Başkanı: Sabahat Alışır Ecder  
Konuşmacılar: Serpil Müge Değer, Ayça İnci

**aio**  
ABDİ İBRAHİM OTSUKA

15:45-16:00 **ARA**

16:00-16:50 **SEMPOZYUM**  
**Farklı Örneklerle Hipertansiyon**  
Oturum Başkanı: Kenan Ateş

16:00-16:50 **SEMPOZYUM**  
**Hemodiyaliz Tedavisi**  
Oturum Başkanları: İbrahim Karayaylalı, Murat Duranay

16:00-16:20 **Sabah ve Gece Hipertansiyonu**  
Konuşmacı: Elif Arı Bakır

16:00-16:20 **Hiponatremi ve Hipervolemiye Yaklaşım**  
Konuşmacı: Savaş Öztürk

16:20-16:40 **Maskeli Kontrolsüz Hipertansiyon**  
Konuşmacı: Ayça İnci

16:20-16:40 **Hipokalemi ve Hiperkalemiye Yaklaşım**  
Konuşmacı: Ercan Türkmen

16:40-16:50 **Tartışma**

16:40-16:50 **Tartışma**

16:50-17:00 **ARA**





# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



## BİLİMSEL PROGRAM

### 09 MAYIS 2024 PERŞEMBE

#### SALON A

17:00-18:10 **SEMPOZYUM**  
**Hipertansiyon ve Risk Grupları**  
Oturma Başkanı: Nurhan Seyahi

17:00-17:20 **Gençlerde İzole Sistolik Hipertansiyon**  
Konuşmacı: Mümtaz Yılmaz

17:20-17:40 **Santral Kan Basıncı Kimlerde  
Ne Zaman Ölçülmeli?**  
Konuşmacı: Gülay Kadioğlu Koçak

17:40-18:00 **Gebelik Hipertansiyonu ve  
Gelecekteki Etkisi**  
Konuşmacı: Alper Azak

18:00-18:10 **Tartışma**

#### SALON B

17:00-18:10 **SEMPOZYUM**  
**Böbrek Nakli ve Risk**  
Oturma Başkanları: Aydın Türkmen,  
Hüseyin Koçak

17:00-17:20 **Eşten Yapılan Nakiller**  
Konuşmacı: Arzu velioğlu

17:20-17:40 **Glomerülofritler ve Rekürrens**  
Konuşmacı: Berna Yelken

17:40-18:00 **Geriatrik Hasta Grubunda Canlıdan Nakil**  
Konuşmacı: Erhan Tatar

18:00-18:10 **Tartışma**

19:00-21:00 **KONAKLAMA OTELLERİNDE AKŞAM YEMEĞİ**

### 10 MAYIS 2024 CUMA

09:00-09:30 **KONFERANS**  
Oturma Başkanı: Tervik Ecder

09:00-09:20 **Yaşlı Hastada Antihipertansif Tedavi  
Ne Zaman Kesilmeli  
Ne Zaman Başlanmalı?**  
Konuşmacı: Funda Sağlam

09:20-09:30 **Tartışma**

09:00-09:30 **KONFERANS**  
Oturma Başkanı: Galip Güz

09:00-09:20 **Artımlı Periton Diyaliz**  
Konuşmacı: Hacı Hasan Yeter

09:20-09:30 **Tartışma**



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



## BİLİMSEL PROGRAM

### 10 MAYIS 2024 CUMA

#### SALON A

#### SALON B

09:30-10:45 **PANEL**  
**Antihipertansif Tedavi**  
Oturum Başkanı: Mustafa Arıcı

09:30-10:45 **PANEL**  
**Periton Diyalizi**  
Oturum Başkanı: Deniz Ayli, Oktay Oymak

09:30-09:50 **Hangi Diüretik Kimlere, Neden ve Ne Zaman Verilmeli?**  
Konuşmacı: Şükrü Ulusoy

09:30-09:50 **Yeni Kılavuzlarda Periton Diyalizi Yeterliliği**  
Konuşmacı: Hadim Akoğlu

09:50-10:10 **Hangi Beta Blokör Kimlere, Neden ve Ne Zaman verilmeli?**  
Konuşmacı: Fatma Ayerden Ebinç

09:50-10:10 **Enfeksiyöz Komplikasyonlar**  
Konuşmacı: Cuma Bülent Gül

10:10-10:30 **Hangi Kalsiyum Kanal Blokörü Kimlere, Neden ve Ne Zaman verilmeli?**  
Konuşmacı: Özlem Usalan

10:10-10:30 **Non-enfeksiyöz Komplikasyonlar**  
Konuşmacı: Ebru Aşıcıoğlu

10:30-10:45 **Tartışma**

10:30-10:45 **Tartışma**

10:45 -11:00 **ARA**

11:00-11:45 **SERVIER UYDU SEMPOZYUMU**  
**Hipertansiyon Tedavisinde Mihenk Taşları**  
*İndapamid Bazlı Tedavi*  
Konuşmacı: Ülver Derici  
*Perindopril Bazlı Tedavi*  
Konuşmacı: Necla Özer

**SERVIER**

11:45-11:55 **ARA**

11:55-12:40 **BAYER UYDU SEMPOZYUMU**  
**Kerendia (Finerenon) ile T2D ile ilişkili KBH'de Kardiyorenal Koruma**  
Konuşmacılar: Yunus Erdem, Ülver Derici



12:40 -13:40 **ÖĞLE YEMEĞİ / POSTER BİLDİRİLER**  
Oturum Başkanı: Tuncay Şahutoğlu

13:40-14:00 **KONFERANS**  
Oturum Başkanı: Ercan Ok

13:40-14:00 **KONFERANS**  
Oturum Başkanı: Bülent Altun

13:40 -14:00 **Primer Hiperaldosteronizm: Tanısal Yeni Teknikler ve Tedavi**  
Konuşmacı: Sebahat Alışır Ecder

13:40-14:00 **Eski Ilaca Yeni Endikasyon: Kardiyovasküler Korunmada Kolşisin**  
Konuşmacı: Enver Atalar

14:00-14:10 **Tartışma**

14:00-14:10 **Tartışma**

14:10-14:15 **ARA**





**26. ULUSAL  
HİPERTANSİYON  
VE  
BÖBREK HASTALIKLARI  
KONGRESİ**

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
**8-12 MAYIS 2024**



**BİLİMSEL PROGRAM**

**10 MAYIS 2024 CUMA**

**SALON A**

**SALON B**

14:15-15:00

**ABDİ İBRAHİM UYDU SEMPOZYUMU**

**Hipertansiyon Tedavisinde Gelecekte Mesaj Var!**

Konuşmacılar: Tevfik Ecder, Erdal Belen

 **ABDİİBRAHİM**

15:00-15:15

**ARA**

15:15-16:30

**SEMPOZYUM**

**Antihipertansif Tedavi ve Yan Etkiler**

Oturum Başkanı: Siren Sezer

15:15-16:30

**SEMPOZYUM**

**Böbrek Nakli**

Oturum Başkanları: Hüseyin Töz, Kenan Keven

15:15-15:35

**Hiperkalemi ve Hipokalemi**

Konuşmacı: Gülizar Manga Şahin

15:15-15:35

**Dirençli Hücresel Rejeksiyon ve Tedavisi**

Konuşmacı: Ülkem Çakır

15:35-15:55

**Hiponatremi ve Diğer Elektrolit Anomalileri**

Konuşmacı: Gizem Kumru

15:35-15:55

**Kronik Aktif Humoral Rejeksiyon ve Tedavisi**

Konuşmacı: Ebru Sevinç Ok

15:55-16:15

**Akut Böbrek Hasarı**

Konuşmacı: Necmi Eren

15:55-16:15

**Viral Enfeksiyonlar ve Tedavisi**

Konuşmacı: Hamad Dheir

16:15-16:30

**Tartışma**

16:15-16:30

**Tartışma**

16:30-17:45

**SÖZLÜ BİLDİRİLER-4**

Oturum Başkanı: Serpil Müge Değer

19:00-21:00

**KONAKLAMA OTELLERİNDE AKŞAM YEMEĞİ**



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



## BİLİMSEL PROGRAM

### 11 MAYIS 2024 CUMARTESİ

#### SALON A

#### SALON B

09:00-09:50 **PANEL**  
**Dirençli Hipertansiyon**  
**Tedavisinde Yeni Yaklaşımlar**  
Oturma Başkanı: Serhan Tuğlular

09:00-09:50 **PANEL**  
**Nadir Böbrek Hastalıkları**  
Oturma Başkanı: Bülent Tokgöz

09:00-09:20 **Dirençli Hipertansiyon ve Tedavisi**  
Konuşmacı: Rüya Mutluay

09:00-09:20 **Nefrokalsinozis Tanı ve Tedavisi**  
Konuşmacı: Özkan Güngör

09:20-09:40 **Denervasyon ve Diğer Cihazlar**  
Konuşmacı: Sena Ulu

09:20-09:40 **Monoklonal Gamapati ve Böbrek Tutulumu**  
Konuşmacı: İsmail Koçyiğit

09:40-09:50 **Tartışma**

09:40-09:50 **Tartışma**

09:50-10:00 **ARA**

10:00-10:45 **SANOVEL UYDU SEMPOZYUMU**  
**Hipertansif Hastalarda Renal Koruma ve Kandesartan'ın Yeri**  
Konuşmacılar: Şeref Rahmi Yılmaz, Nihan Turhan Çağlar

**Sanovel**

10:45-10:55 **ARA**

10:55-11:40 **ASTRA ZENeca UYDU SEMPOZYUMU**  
**Sürdürülebilir Potasyum Kontrolünün Yolu: Simkelma**  
Konuşmacılar: Bülent Altun, Sena Ulu

**AstraZeneca**

11:40-11:50 **ARA**

11:50-12:35 **SEMPOZYUM**  
**Komorbiditesi Olan Hastalarda**  
**Anti Hipertansif Tedavi**  
Oturma Başkanı: Yasemin Erten

11:50-12:35 **SEMPOZYUM**  
**Nadir Akut Böbrek Hasarı**  
Oturma Başkanı: Ali Rıza Odabaş

11:50-12:10 **Osa'si Olan Hastada Hipertansiyon**  
**Tanı ve Tedavisi**  
Konuşmacı: Mürvet Yılmaz

11:50-12:10 **Hemolitik Üremik Sendrom Tedavisi**  
Konuşmacı: Özkan Ulutaş

12:10-12:30 **Obez Hastalarda Yeni İlaçlar ve**  
**Bariyatrik Cerrahi**  
Konuşmacı: . Meltem Seziş Demirci

12:10-12:30 **Yeni Kılavuzlarda Lupus Nefriti**  
Konuşmacı: Halil Yazıcı

12:30-12:35 **Tartışma**

12:30-12:35 **Tartışma**

12:35-13:30 **ÖĞLE YEMEĞİ**





# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



## BİLİMSEL PROGRAM

### 11 MAYIS 2024 CUMARTESİ

#### SALON A

#### SALON B

13:30-14:20 **SEMPOZYUM**  
**Hipertansiyon ve Özel Durumlar**  
Oturma Başkanı: Caner Çavdar

13:30-14:20 **SEMPOZYUM**  
**Hemodiyaliz**  
Oturma Başkanı: Ahmet Uğur Yalçın

13:30-13:50 **Perioperatif Hipertansiyon**  
Konuşmacı: Ebru Gökoğuz

13:30-13:50 **Eklem Ağrıları Olan Hastaya Yaklaşım**  
Konuşmacı: Gülay Aşçı

13:50-14:10: **Anti-Kanser Tedavisi ve Hipertansiyon**  
Konuşmacı: Bülent Hüddam

13:50-14:10 **Kilo Kaybı Olan Hastaya Yaklaşım**  
Konuşmacı: Zülfiyar Yılmaz

14:10-14:20 **Tartışma**

14:10-14:20 **Tartışma**

14:20-14:30 **ARA**

14:30-15:15 **ASTRA ZENECA UYDU SEMPOZYUMU**  
**Kararına Bağlı Hayat: Forziga Tedavisi**  
Konuşmacılar: Mustafa Arıcı, Serpil Müge Değer

AstraZeneca

15:15-15:30 **ARA**

15:30-16:15 **SEMPOZYUM**  
**Diüretik Dirençli Kalp Yetersizliği**  
**Hastalarında Ultrafiltrasyon Tedavisi**  
**Uzman Görüşü**  
*Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği*  
*Kardiyovasküler Akademi Derneği*  
Oturma Başkanları: Oktay Ergene, Ömer Kozan

15:30-16:15 **SEMPOZYUM**  
**Hemodiyaliz**  
Oturma Başkanı: Ramazan Danış

15:30-15:50 **Kalp Yetersizliğinde Diüretik Direnci**  
**ve Uf Tedavisi**  
Konuşmacı: Tolga Yıldırım

15:30-15:50 **Hemodiyalizde Kalsiyum Yükü**  
Konuşmacı: Gülay Ulusal Okyay

15:50-16:10 **Kalp Yetersizliğinde Periton Diyalizi**  
Konuşmacı: Serpil Müge Değer

15:50-16:10 **Atriyal Fibrilasyonu Olan Hasta ve Tedavisi**  
Konuşmacı: Gökhan Atılğan

16:10-16:15 **Tartışma**

16:10-16:15 **Tartışma**

16:15-16:30 **ARA**



**26. ULUSAL  
HİPERTANSİYON  
VE  
BÖBREK HASTALIKLARI  
KONGRESİ**

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
**8-12 MAYIS 2024**



**BİLİMSEL PROGRAM**

**11 MAYIS 2024 CUMARTESİ**

**SALON A**

**SALON B**

**16:30-17:30** **DİLEK VE TEMENNİLER**  
Yunus Erdem  
Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları  
Derneği Başkanı

**19:00-21:00** **AKŞAM YEMEĞİ**

**12 MAYIS 2024 PAZAR**

**09:00-10:00** **SEMPOZYUM**  
**Akılcı İlaç Oturumu**  
Oturum Başkanı: Ülver Derici  
Konuşmacı: Serpil Müge Değer

**09:45-10:00** **Tartışma**

**10:00-10:15** **ARA**

**10:15-11:15** **Nefrolojide Son Dönem Literatür**  
Oturum Başkanı: Bülent Altun  
Konuşmacı: Tolga Yıldırım

**11:15-12:00** **KONFERANS**  
**26. KONGREDEN AKILDA KALANLAR**  
Oturum Başkanı: Yunus Erdem  
Konuşmacı: Rahmi Yılmaz





# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



## SÖZEL BİLDİRİLER

**Yayın No:** S-001

**Bildiri Durumu:** Kabul: Sözlü

### ANCA İlişkili Vaskülitlerde Platelet-Lenfosit Oranı

Yusuf Çeşmeci<sup>1</sup>, Saide Elif Güllülü Boz<sup>2</sup>, Mustafa Güllülü<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Karacabey Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

<sup>2</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi, Nefroloji Bilim Dalı

Yusuf Çeşmeci / Karacabey Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

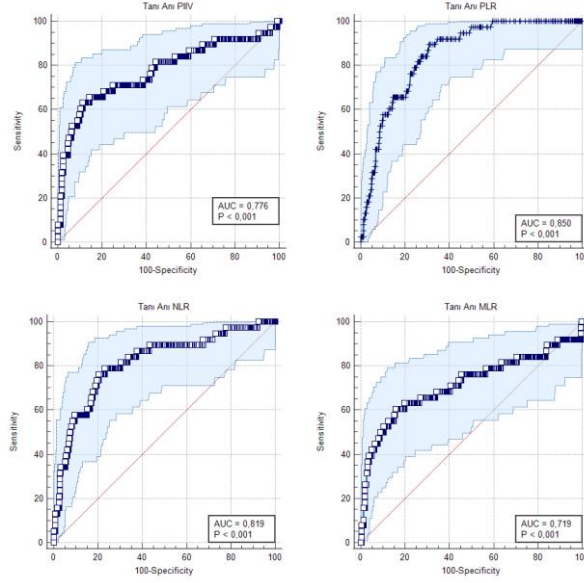
**Amaç:** ANCA ilişkili vaskülitler(AAV), nötrofil ve monositler içerisindeki myeloperoksidaz ya da proteinaz-3'e karşı gelişen otoantikorların nötrofil aktivasyonu ve degranülasyonu aracılığıyla endotel hücrelerinin ve küçük damar duvarlarının inflamatuvar hasarı sonucu ortaya çıkan küçük damar vaskülitleridir. Son yıllarda hemogram parametrelerinin oranları sistemik inflamasyonun potansiyel yeni belirteçleri olarak dikkat çekmekte olup birçok alanda çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalardan yola çıkarak çalışmamızda; ANCA ilişkili vaskülitlerin diğer sekonder glomerülopati nedenlerinden ayrımında hemogram oranlarının rolünü araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmamıza 2010-2021 yılları arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılmış böbrek biyopsisi Sekonder Glomerülopati ile uyumlu saptanan 255 hasta dahil edilmiştir. Çalışmamızda nötrofil, platelet ve monosit sayılarının bölünmesi ile elde edilen Nötrofil-Lenfosit Oranı(NLR), Platelet-Lenfosit Oranı(PLR) ve Monosit-Lenfosit Oranı(MLR) ile platelet, nötrofil ve monosit sayılarının çarpımının lenfosit bölünmesiyle elde edilen Pan-immün İnflamasyon Değeri(PIIV) araştırılmış ve kaydedilmiştir. Çalışmaya etik kurul onayı alındıktan sonra başlanmış, retrospektif olarak elde edilen veriler SPSS 28.0 ve MedCalc v20.1 ile analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmamıza dahil edilen 255 hastanın etyolojik tanıları ile hemogram oranları arasındaki ilişki analiz edildiğinde; ikili karşılaştırmalarda AAV hastalarında diğer nedenlere göre, araştırılan hemogram oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo-1). Bu sonuçlardan yola çıkarak tanı anı hemogram oranlarının AAV için anlamlı prediktif bir test olup olmadığı MedCalc programında Receiver Operating Characteristic(ROC) analiziyle değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda PLR>982 kesme noktası için %63,2 sensitivite ve %88,7 spesifisite ile prediktif bir test olarak kullanılabileceği saptanmıştır ve sonuçlar Şekil-1'de sunulmuştur.



Şekil-1: ANCA ilişkili vaskülitlerde hemogram oranlarının ROC eğrileri



Kısaltmalar: PIIV pan-immün inflamasyon değeri, AUC eğri altında kalan alan, PLR platelet-lenfosit oranı, NLR nötrofil-lenfosit oranı, MLR monosit-lenfosit oranı

Tablo-1: Sekonder glomerülopatilerde hemogram oranları ile patolojik tanı arasındaki ilişki

| ANCA ilişkili Vaskülitler ile Karşılaştırılan Patolojik Tanı | Değerlendirilen Hemogram Oranı p değeri |                     |                    |                    |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------|--------------------|--------------------|
|                                                              | <u>PLR</u>                              | <u>PIIV</u>         | <u>NLR</u>         | <u>MLR</u>         |
| Sistemik Lupus Eritematozus                                  | 0,688 <sup>a</sup>                      | <0,001 <sup>a</sup> | 0,005 <sup>a</sup> | -                  |
| Multipl Myelom                                               | <0,001 <sup>a</sup>                     | 0,005 <sup>a</sup>  | 0,001 <sup>a</sup> | 0,005 <sup>a</sup> |
| Diyabetes Mellitus                                           | <0,001 <sup>a</sup>                     | -                   | 0,041 <sup>a</sup> | -                  |
| Ailevi Akdeniz Ateşi ilişkili Amiloidoz                      | 0,061 <sup>a</sup>                      | -                   | 0,011 <sup>a</sup> | 0,005 <sup>a</sup> |

a Kruskal-Wallis testi. Kısaltmalar: ANCA anti nötrofilik sitoplazmik antikor, PIIV pan-immün inflamasyon değeri, NLR nötrofil-lenfosit oranı, PLR platelet-lenfosit oranı, MLR monosit-lenfosit oranı

**Sonuç:** Çalışmamızda; ANCA ilişkili vaskülitlerin diğer sekonder glomerülopati nedenlerinden ayırımında ucuz ve kolay ulaşılabilir bir tetkik olması yönüyle hemogram oranlarının kullanılabilirliğini araştırmayı amaçladık ve çalışmamız neticesinde istatistiksel olarak anlamlı



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



sonuçlar elde edilmiştir. Diğer hemogram oranları ile karşılaştırıldığında PLR daha yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip olarak saptanmış olup; 982'nin üzerinde saptanması AAV lehine değerlendirilebileceği gösterilmiştir. Çalışmamızda anlamlı sonuçlar saptanmış olsa da, literatüre ışık tutacak sonuçlar için daha geniş ölçekli prospektif randomize kontrollü çalışmaların yapılması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** ANCA, inflamasyon, platelet-lenfosit oranı, glomerülopati, vaskülit





# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** S-002

**Bildiri Durumu:** Kabul: Sözlü

## **Diyabetes Mellitusu Olan Hastalarda Ortostatik Hipotansiyon Varlığının Arteriyel Sertlik İle İlişkisi**

Merve Oruç<sup>1</sup>, Ülver Derici<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim dalı, Ankara, Türkiye

Merve Oruç / Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim dalı, Ankara, Türkiye

**Amaç:** Kardiyovasküler otonom nöropati (KON), diyabetes mellitus (DM) hastalarında sıklıkla gözden kaçan bir komplikasyondur ve artmış morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Ortostatik hipotansiyon (OH) KON'un geç ortaya çıkan ciddi komplikasyonudur. Ortostatik hipotansiyon, postural değişikliğe karşı baroreseptör reflekslerinde duyarsızlaşma sonucu gelişmektedir. Baroreseptörlerin vasküler bileşenlerinde oluşan arteriyel sertleşmenin buna neden olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda DM hastalarında arteriyel sertliği değerlendirerek OH'nin arteriyel sertlik ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine başvuran 193 DM tanılı hasta mayıs 2021-ekim 2021 tarihleri arasında değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, diyabet tipi, diyabet süresi, diyabet komplikasyonları, laboratuvar verileri kaydedildi. Hastaların ayağa kalktıktan 3 dakika sonra sistolik kan basıncında 20 mmHg veya daha fazla düşüş ve diyastolik kan basıncında 10 mmHg veya daha fazla düşüş OH tanı kriteri olarak belirlendi ve kan basıncı ölçümleri için Omron M3 - Hem7200 tansiyon ölçüm cihazı kullanıldı. Arteriyel sertlik değerlendirmesi için osilometrik ölçüm yapan Mobil-O-Graph 24h-PWA monitör kullanıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 193 hastadan 56'sında OH saptandı bunların 37'si kadın 19'ü erkekti ( $p=0.03$ ). Kadın hastalarda AP (augmentasyon basıncı) ve  $AI@75$  (augmentasyon indeksi) erkek hastalara göre daha yüksek saptandı. Yaş ilerledikçe NDH'da (nabız dalga hızı) artış saptandı. OH grupları arasında diyabet tipi ve süresinde anlamlı fark saptanmadı. OH tanısı alan hastalarda diyabetik nöropati sıklığı daha fazla saptandı. Açlık plazma glukoze ve Hba1c düzeylerinde gruplar arasında fark saptanmadı. OH olan hastalarda periferik sistolik kan basıncı 140,5 mmHg, OH olmayan hastalarda ise 125 mmHg saptandı ( $p<0.001$ ). OH saptanan hastaların periferik nabız basıncı (pNB) ortalaması 52,5 mmHg, ortalama arteriyel basınç (OAB) 102 mmHg iken OH olmayan hastalarda pNB ortalaması 42 mmHg, OAB 97,3 mmHg ölçüldü ( $p<0.01$ ,  $p=0.008$ ). OH olan hastaların merkezi SKB, merkezi NB OH olmayan hastalara göre



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



yüksek saptandı ( $p=0.001$ ). OH olan hastalarda NDH 9,0 m/s , Ai@75 %32, AP 11,5 mmHg , OH olmayan hastalarda NDH 7,6 m/s , Ai@75 %24 , AP 7 mmHg olarak ölçüldü ve OH olanlara göre anlamlı olarak her üç parametre de azalmıştı ( $p<0.001$ ).

Tablo 1. Ortostatik Hipotansiyona Etkili Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi

|                                                           | Univariat Lojistik regresyon analizi<br>Crude OR (%95 GA;p) | Multivariat Lojistik regresyon analizi<br>Adjusted OR (%95 GA;p) |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Cinsiyet n(%) ref: erkek hasta                            | 2,65 (1,38-5,07 :0.009)                                     | 3,16 (1,48-6,74 : 0.003)                                         |
| D. nöropati varlığı, n(%) ref: olmaması                   | 2,77 (1,32-5,77 :0.007)                                     | 2,73 (1,13-6,57 :0.025)                                          |
| merkezi SKB $\geq$ 131mmhg n(%) ref: merkezi SKB <131mmhg | 2,49 (1,32-4,71 :0.005)                                     |                                                                  |
| Merkezi NB $\geq$ 47 n(%) ref: merkezi NB <47             | 2,83 (1,49-5,38 :0.001)                                     |                                                                  |
| TVR $\geq$ 1,20 n(%) ref: TVR <1,20                       | 1,40 (0,73-2,69 :0.308)                                     |                                                                  |
| AP $\geq$ 10,5 n(%) ref: AP <10,5                         | 2,39 (1,27-4,51 :0.007)                                     |                                                                  |
| Ai@75 $\geq$ 30 n(%) ref: Ai@75 <30                       | 3,40 (1,78-6,51 :<0.001)                                    |                                                                  |
| NDH >8,25 n(%) ref: NDH $\leq$ 8,25                       | 8,41 (4,11-17,19 :<0.001)                                   | 9,70 (4,49-20,92 :<0.001)                                        |
| Spot prot $\geq$ 102 n(%) ref: spot prot<102              | 1,58 (0,84-2,98 :0.151)                                     |                                                                  |

OR: Odds Ratio, GA: Güven Aralığı, Ref: Referans, Univariate: Tek Değişken, Multivariate: Çok Değişken, Crude: Kaba, Adjusted: Düzeltilmiş, D.Nöropati: Diyabetik Nöropati, SKB: Sistolik Kan Basıncı, Mnb: Merkezi NB TVR: Total Vasküler Rezistans, AP: Augmentasyon Basıncı, Ai@75: Augmentasyon İndeksi, NDH: Nabız Dalga Hızı

**Sonuç:** Kadın cinsiyet, diyabetik nöropati ve artmış NDH ortostatik hipotansiyon için bağımsız risk faktörleridir. Ortostatik hipotansiyon diyabetik hastalarda artmış arteriyel sertlikle



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



ilişkilidir. OH olan diyabetiklerin ileri arteriyel sertlik açısından değerlendirilmesi ve önlemlerin alınması kardiyovasküler morbidite ve mortalite açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** ortostatik hipotansiyon, arteriyel sertlik, nabız dalga hızı, diyabetes mellitus





## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** S-003

**Bildiri Durumu:** Kabul: Sözlü

### **Hipertansif Hastaların Diyette Tuz Tüketimi Bilgi Düzeyleri, Yeme Alışkanlıkları ve Bunların Kan Basıncıyla İlişkisi**

Arif Burak Kanık<sup>1</sup>, Ülver Derici<sup>2</sup>, Güzin Arslan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim dalı, Ankara, Türkiye

<sup>3</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyetisyen, Ankara, Türkiye

Arif Burak Kanık / Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

**Amaç:** Diyetle fazla miktarda sodyum alımı yüksek kan basıncıyla ilişkilidir. Çoğu popülasyon önerilenden fazla tuz tüketmektedir. Çalışmamızda hipertansif popülasyonun tuz farkındalığını belirleme, yeme alışkanlıklarını saptama, günlük olarak ne kadar sodyum, potasyum tükettiklerini hesaplamayı hedefledik. Çalışmamızın diğer bir amacı ise popülasyonumuzda spot idrar kullanılarak günlük sodyum atılımını tahmin etmeye çalışan formüllerin güvenilirliğini altın standart olan 24 saatlik idrardaki sodyum atılımı düzeyleri ve diyetten hesaplanmış sodyum tüketim miktarıyla karşılaştırmaktır.

**Yöntem:** Çalışmamız hipertansiyon için en az 3 aydır tedavi alan, GFH>60 ml/dk olan 106 hastanın prospektif olarak değerlendirilmesiyle oluşturulmuştur. Çalışmada kan laboratuvar parametreleri, 24 saatlik idrarda sodyum, potasyum atımları, spot idrarda formüller için gerekli olan değerler incelenmiştir. Hastalara poliklinik başvurularında tuz tüketimi bilgi düzeyleri, tutum, davranış ve farkındalıklarını saptamak için 12 soruluk anket uygulanmıştır. Örnek aldığımız anket Doğu Asya'da Fang Fan ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, yaklaşık 5500 hasta üzerinde verileri toplanmıştır. Anket Türk toplumunun anlayabileceği formata getirilmiş, popülasyonumuzda uygulaması gerçekleştirilmiştir. Hastalara 24 saat idrar biriktirdikleri gün yediklerini not etmeleri söylenmiş, diyetisyen eşliğinde gün boyunca oral potasyum, sodyum alımları hesaplanmış, ambulator kan basıncı ölçümleri yapılmıştır.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 53,9±14.5 yıl olarak bulundu. Hastaların %52,8'i(n=56) kadın, %47,2'i(n=50) erkekti. %21,7(n=23)sinin diyabeti, %17(n=18) sinin koroner arter hastalığı, %5,7(n=6) geçirilmiş serebrovasküler olayı vardı. Hastaların günlük sistolik kan basınçları(SKB) ortalaması 127,41±13,14mmhg, günlük diyastolik kan basınçları(DKB) ortalaması 80,70±10,28mmhgidi. Uygulanan ankette yaş arttıkça hastaların aldığı bilgi puanlarının azaldığı(p=0.007) ve eğitim düzeyi arttıkça ankette alınan puanların arttığı



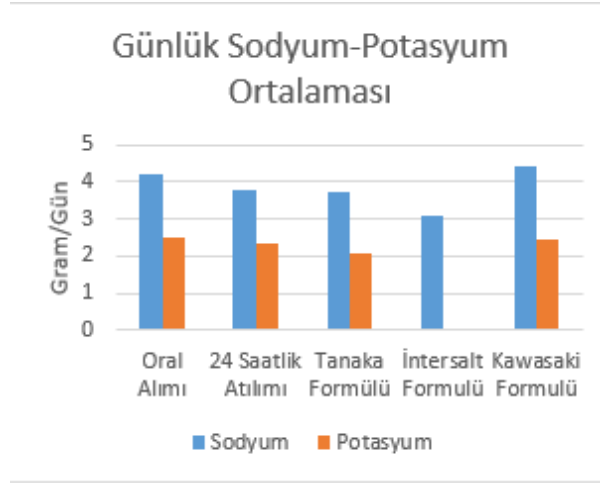
## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



gözlendi( $p<0.04$ ). Hasta grubunun oral sodyum alımı  $4196\pm1733$ mg/gün, idrar sodyum atılımı  $3774\pm1671$ mg/gün, oral potasyum alımı  $2518\pm1017$ mg/gün idrar potasyum atılımı  $2353\pm1110$ mg/gün olarak hesaplandı. Hastaların günlük oral sodyum, potasyum alımlarıyla günlük idrar sodyum, potasyum atımları arasında anlamlı korelasyon bulundu( $p<0.001$ ). Günlük idrar sodyum atılımını spot idrar üzerinden tahmin etmede kullanılan Tanaka,İntersalt ve Kawasaki formülleriyle günlük idrar sodyum atılımı arasında korelasyon saptandı( $p<0.001$ ).Kawasaki,Tanaka,İntersalt formüllerinin 24 saatlik idrar sodyum atılımıyla hata payları sırasıyla %49,%38,%34 olarak hesaplandı.

### Günlük Sodyum-Potasyum Ortalaması



**Sonuç:** Anketlerden elde edilen sonuçlar hastaların laboratuvarını,günlük davranışlarını yansıtmayabilir. Ülkemizdeki SALTürk çalışmalarına kıyasla hipertansif grubun sodyum alımı azalmakla beraber hala önerilen alımın üzerinde seyretmektedir.Hipertansif GFH>60 ml/dk olan hasta grubunda oral sodyum alımını veya idrarda sodyum atılımını belirlemek için 24 saatlik idrar toplamak ya da diyet günlüğü tutturmak gibi zahmetli uğraşlar yerine İntersalt,Kawasaki,Tanaka formülleri kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hipertansiyon, Tuz, Ambulatuvar Kan Basıncı



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** S-004

**Bildiri Durumu:** Kabul: Sözlü

## Renal Replasman Tedavisi Alan Ve Almayan Evre 3-5 Kronik Böbrek Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi Ve Karşılaştırılması

Hüseyin Oruç<sup>1</sup>, Garip Şahin<sup>2</sup>, Cengiz Bal<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Kars Digor Devlet Hastanesi

<sup>2</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

<sup>3</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Temel Tıp Bilimleri, Biyoistatistik Anabilim Dalı

Hüseyin Oruç / Kars Digor Devlet Hastanesi

**Amaç:** Çalışmamızda, renal replasman tedavisi(RRT) alan(Hemodiyaliz(HD), Periton Diyalizi(PD), Renal Transplantasyon(RT)) ve almayan evre 3-5 kronik böbrek hastalarında(KBH) sosyal, fiziksel ve psikolojik boyutlar açısından yaşam kalitesindeki değişiklikler nelerdir? yaşam kalitesi açısından Evre 3-5 KBH, HD, PD ve RT yapılmış hastalar arasındaki farklılıklar nelerdir? RRT alan ve almayan evre 3-5 KBH'nda sosyodemografik, klinik, laboratuvar ve diğer özelliklerin yaşam kalitesi üzerindeki etkileri nelerdir? Sorularına yanıt aranmıştır. RRT alan ve almayan evre 3-5 KBH'nda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve kendi aralarında karşılaştırılması ile bu hastaların yaşam kalitelerine pozitif anlamda katkı sağlayacak, olumsuz koşulları önlemeye çalışacak en uygun tedavi yöntemi hakkında hekimlere ve hastalara yol gösterici olması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmamız anket çalışması olup, tüm gruplarda spesifik ölçek olarak KDQOL-36 anketi ve hazırladığımız sosyodemografik veri formu kullanıldı. KDQOL-36 testinin 12 sorusu böbrek hastalığından kaynaklanan semptom/sorunlarla, 4 sorusu böbrek hastalığının getirdiği yüklerle, 8 sorusu böbrek hastalığının etkileriyle, 6 sorusu SF-12 testinin fiziksel komponentiyle ve 6 sorusu da SF-12 testinin mental komponentiyle ilgiliydi. Çalışmaya RRT almayan KDIGO GFH evrelemesine göre evre 3-5 KBH olan 97, HD ile replasman yapılan 81, PD ile replasman yapılan 43 ve RT yapılmış 78, olmak üzere toplam 299 kişi katılmıştır. Hastaların primer KBH etyolojileri Resim-1'de verilmiştir.



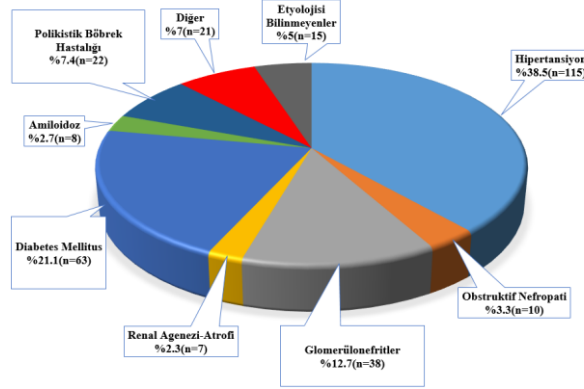


# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



Resim-1: Primer hastalık etiolojisinin dağılımı



**Bulgular:** Çalışmamızda HD grubunun böbrek hastalığı etkisi puanları diğer gruplara göre istatistiksel olarak daha düşük saptanırken ( $p<0,001$ ), RT grubunun SF-12 fiziksel komponent puanları ise diğer gruplara göre istatistiksel olarak daha yüksek saptandı ( $p<0,001$ ) (Tablo-1). RRT almayan KBH tanısı olan hastaların GFH'e göre evreleri arttıkça KDQOL alt gruplarındaki puanların düştüğü saptandı. Böbrek hastalığı yükü ( $p=0,027$ ) ve SF-12 fiziksel komponent ( $p=0,007$ ) puanlarında bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (Resim-2). Hemodiyaliz giriş yolu açısından bakıldığında AV fistül kullanan hastaların KDQOL böbrek hastalığı yükü puanları, kateter kullananlara göre daha yüksekti ( $p=0,033$ ) (Resim-3). Hastanın laboratuvar parametrelerinden albümin değeri hem tüm hastalarda hem de gruplar özelinde KDQOL alt ölçek puanları ile doğru orantılı korelasyon göstermekteydi. Tüm gruplardaki hastaların albümin değeri ile semptom ( $p<0,001$ ), böbrek hastalığı etkisi ( $p=0,003$ ), böbrek hastalığı yükü ( $p=0,003$ ), SF-12 fiziksel komponent ( $p<0,001$ ) puanları ile doğru orantılı korelasyonlar mevcuttu (Resim-4).

Tablo-1: Gruplara göre KDQOL-36 ölçeği analizi

| KDQOL                    | KBH<br>Mean±SD<br>Medyan (Q1-Q3)            | RT<br>Mean±SD<br>Medyan (Q1-Q3)               | HD<br>Mean±SD<br>Medyan (Q1-Q3)   | PD<br>Mean±SD<br>Medyan (Q1-Q3)                | P Değeri |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------|----------|
| Semptom                  | 74,86±16,13<br>77,27(63,64-86,36)           | 78,84±18,1<br>81,82(70,45-93,18)              | 73,41±18,78<br>77,08(62,5-89,58)  | 72,85±19,61<br>75(60,42-89,58)                 | 0,111    |
| Böbrek Hastalığı Etkisi  | 74,22±20,07 <sup>1</sup><br>75(64,29-90,63) | 76,5±17,57 <sup>2</sup><br>78,35(63,84-89,29) | 62,16±22,07<br>65,63(46,88-79,69) | 69,33±25,31 <sup>3</sup><br>78,13(53,13-90,63) | <0,001   |
| Böbrek Hastalığı Yükü    | 55,47±31,24<br>56,25(25-81,25)              | 47,35±29,25<br>50(18,75-75)                   | 43,08±27,62<br>37,5(25-68,75)     | 46,8±30,1<br>43,75(18,75-68,75)                | 0,053    |
| SF-12 Fiziksel Komponent | 40±9,85<br>38,99(33,53-49,06)               | 43,25±7,98 <sup>4,5</sup><br>43,63(37,7-48,9) | 39,25±9,34<br>38,65(32,06-48,03)  | 38,68±9,28<br>38,17(34,86-43,9)                | <0,001   |
| SF-12 Mental Komponent   | 43,53±11,11<br>42,81(35,46-53,92)           | 42,44±9,74<br>42,29(35,99-50,97)              | 43,49±8,81<br>43,35(38,22-52,09)  | 43,39±9,81<br>42,94(34,46-52,08)               | 0,555    |

<sup>1</sup> $p<0,001$  KBH-HD, <sup>2</sup> $p<0,001$  RT-HD, <sup>3</sup> $p=0,032$  PD-HD  
<sup>4</sup> $p=0,019$  RT-KBH, <sup>5</sup> $p=0,006$  RT-HD, <sup>6</sup> $p=0,013$  RT-PD



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



Tablo-2: Replasman tedavisi almayan evre 3-5 kronik böbrek hastalarında GFH evrelerine göre KDQOL-36 ölçek puanlarının analizi

| KDQOL                    | Evre-3<br>Mean±SD<br>Medyan (Q1-Q3)             | Evre-4<br>Mean±SD<br>Medyan (Q1-Q3) | Evre-5<br>Mean±SD<br>Medyan (Q1-Q3) | P Değeri |
|--------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------|
| Semptom                  | 76,99±16,12<br>80,68(65,34-88,64)               | 72,11±17,02<br>75(56,82-84,65)      | 70,87±13,67<br>72,73(63,63-81,82)   | 0,233    |
| Böbrek Hastalığı Etkisi  | 78,25±18,61<br>81,25(67,86-93,75)               | 68±21,45<br>71,88(51,56-85,16)      | 68,68±20,57<br>68,75(50-89,06)      | 0,061    |
| Böbrek Hastalığı Yüğü    | 62,39±29,88 <sup>1,2</sup><br>68,75(37,5-89,06) | 47,11±31,08<br>40,62(25-71,87)      | 41,34±30,88<br>31,25(15,62-75)      | 0,027    |
| SF-12 Fiziksel Komponent | 42,39±10,44 <sup>3,4</sup><br>41,24(35,27-52,4) | 37,62±8,03<br>36,43(32,79-44,92)    | 34,1±6,78<br>34,9(28,07-39,83)      | 0,007    |
| SF-12 Mental Komponent   | 44,82±10,63<br>43,87(38,28-54,32)               | 42,17±11,3<br>41,96(33,45-50,45)    | 40,54±12,76<br>41,21(28,31-48,12)   | 0,361    |

<sup>1</sup>p=0,038 Evre 3- Evre 4, <sup>2</sup>p=0,031 Evre 3-Evre 5 <sup>3</sup>p=0,029 Evre 3- Evre 4, <sup>4</sup>p=0,006 Evre 3-Evre 5

Tablo-3: HD hastalarında HD giriş yolunun yaşam kalitesi açısından analizi

| KDQOL Alt Ölçekleri      | HD Giriş Yolu                               |                                           | P Değeri |
|--------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|----------|
|                          | AV Fistül(n=62)<br>Mean±SD<br>Medyan(Q1-Q3) | Kateter(n=19)<br>Mean±SD<br>Medyan(Q1-Q3) |          |
| Semptom                  | 74,36±16,93<br>76,04(62,5-89,58)            | 70,32±24,15<br>77,08(52,08-91,67)         | 0,763    |
| Böbrek Hastalığı Etkisi  | 63,36±21,05<br>65,63(49,22-82,03)           | 58,22±25,32<br>65,63(37,5-75)             | 0,451    |
| Böbrek Hastalığı Yüğü    | 46,6±26,29<br>40,62(25-68,75)               | 31,57±29,42<br>25(0-62,5)                 | 0,033    |
| SF-12 Fiziksel Komponent | 40,13±9,09<br>40,23(33,35-48,19)            | 36,38±9,82<br>35,77(30,05-46,54)          | 0,135    |
| SF-12 Mental Komponent   | 45,65±8,57<br>44,87(38,57-53,19)            | 42,44±9,38<br>43,5(35,8-48,44)            | 0,275    |

Tablo-4: Hastaların albumin değerleri ile KDQOL-36 alt ölçek puan korelasyonları

| Değişken | Grup                 | Semptom |        | Böbrek Hastalığı Etkisi |       | Böbrek Hastalığı Yüğü |       | SF-12 Fiziksel Komponent |        | SF-12 Mental Komponent |       |
|----------|----------------------|---------|--------|-------------------------|-------|-----------------------|-------|--------------------------|--------|------------------------|-------|
|          |                      | r       | p      | r                       | p     | r                     | p     | r                        | p      | r                      | p     |
| Albumin  | Tüm Hastalar (n=299) | 0,216   | <0,001 | 0,171                   | 0,003 | 0,17                  | 0,003 | 0,213                    | <0,001 |                        |       |
|          | KBH (n=97)           |         |        | 0,2                     | 0,049 |                       |       |                          |        |                        |       |
|          | RT (n=78)            |         |        |                         |       |                       |       | 0,253                    | 0,025  |                        |       |
|          | HD (n=81)            |         |        |                         |       | 0,236                 | 0,034 |                          |        |                        |       |
|          | PD (n=43)            | 0,389   | 0,01   |                         |       | 0,301                 | 0,05  |                          |        | 0,312                  | 0,041 |

**Sonuç:** Çalışmamız RT'nin yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu desteklemektedir. Yine RRT almayan KBH tanısı olan hastalarda böbrek fonksiyonlarının korunmasının önemini göstermektedir. Özellikle albumin gibi bazı parametreler, böbrek hastalarının tedavisinde ve izleminde yaşam kalitesini artırmak amacıyla dikkate alınabilir.

**Anahtar Kelimeler:** yaşam kalitesi, replasman, böbrek nakli, diyaliz, kronik böbrek hastalığı







# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** S-005

**Bildiri Durumu:** Kabul: Sözlü

## Böbrek Vericilerinin Uzun Dönem Sonuçları

Alparslan Güneş<sup>1</sup>, Gizem Kumru<sup>2</sup>, Şule Şengül<sup>2</sup>, Kenan Keven<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji BD

Alparslan Güneş / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD

**Amaç:** Son dönem böbrek yetmezliğinde (SDBY) en seçkin tedavi yöntemi sağkalım ve yaşam kalitesi avantajından dolayı böbrek nakli olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde yaygın olarak canlı vericilerden nakil yapılmaktadır. Ancak nefrektomi sonrası oluşabilecek potansiyel değişiklikler vericilerde uzun dönemde olumsuz sonuçlarla ilişkili olabilir. Çalışmamızın amacı böbrek vericilerinin uzun dönemli takip ve sonuçlarının değerlendirilmesidir.

**Yöntem:** Ocak 2011- Kasım 2022 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde böbrek bağışında bulunmuş vericiler geriye yönelik dosya taraması ile incelendi. İzlem süresince renal fonksiyonlar, kardiyak olaylar, ölüm, hipertansiyon, diyabet gelişimi, son dönem böbrek yetmezliği gerçekleşmesi yönünden incelendi.

**Bulgular:** Belirlenen zaman aralığında 379 vericinin 232 tanesinin (%61,2) takibine ulaşılabilmektedir. Verilerine ulaşılabilen 232 vericiden 144'ü kadın (%62,1) 88'i erkekti (%37,9). Nakil zamanında ortalama yaş 49+/-10 (ortanca yaş: 48(24-73)) idi. Nakil sonrası glomerüler filtrasyon hızı (GFH) değerleri incelendiğinde takip süresince GFH değeri 60 mL/dk 1,73 m<sup>2</sup>'ye düşmüş hasta sayısı 42(%18,1) olarak izlendi. 2 hastada (%0,86) GFH 30-45 mL/dk/1,73 m<sup>2</sup> arasındaydı. Hiçbir hastada GFH 30 mL/dk/1,73 m<sup>2</sup> altında değildi. Hiçbir hastada kronik renal replasman tedavisi (RRT) ihtiyacı gelişmedi. Boy ve vücut ağırlıklarına ulaşılabilen 199 vericinin 64'ünde (%32,2) obezite izlendi. Nakil sonrası 8 vericiye (%3,4) diyabetes mellitus (DM) tanısı konulduğu görüldü. 26 (%11,2) kişide nakil sonrası hipertansiyon gelişti. 232 vericinin ortanca izlem süresi 6 yıl (4-9) toplam izlem süresi 1538 hasta-yıldı. Toplam izlem süresi boyunca 4 ölüm kaydedildi. Medyan ölüm yılı 6 (5-7 yıl) idi. Hiçbir ölüm nedeni kardiyovasküler kaynaklı değildi. Vericilerde nakil sonrası majör kardiyak advers olay geçirme sayısı 10 (%4,3) idi, medyan 7. yılda (3-11 yıl) majör kardiyak advers olay gelişmişti.

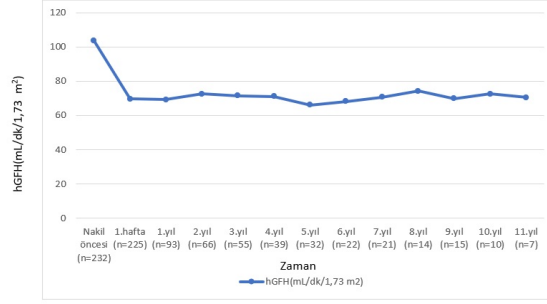


## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



### Böbrek Vericilerinin Zaman İçindeki GFR Seyirleri



**Sonuç:** Çalışmamızda normal topluma göre verici grubunda daha yüksek obezite ve KBH oranı izlenmiştir. Hiçbir böbrek vericisinde son dönem böbrek hastalığı gelişmemiş olmasına rağmen gelişen GFH kaybı nedeniyle kronik böbrek hastalığı kabul edilen hasta sayısında artış dikkati çekmektedir. Ölüm oranları, ASKVH ve RRT ihtiyacı normal topluma oranla benzer görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** aterosklerotik kardiyovasküler hastalık, Böbrek nakli, kronik böbrek hastalığı





# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** S-006

**Bildiri Durumu:** Kabul: Sözlü

## 24 Saatlik İdrarda Sodyum Atılımı ile İnsülin Direnci ve Metabolik Sendrom İlişkisi

Tülin Akagün<sup>1</sup>, Alev Gül Baylan<sup>2</sup>, İskender Aksoy<sup>3</sup>, Özdem Kavraz Tomar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları AbD, Nefroloji BD.

<sup>2</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları AbD

<sup>3</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp AbD.

Tülin Akagün / Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları AbD, Nefroloji BD.

**Amaç:** İdrarda sodyum atılımı ile insülin direnci ve metabolik sendrom arasındaki ilişkiye dair literatürdeki veriler sınırlıdır. Bu çalışma, evre 1-4 kronik böbrek hastalığına sahip bireylerde 24 saatlik idrarda sodyum atılımı ile insülin direnci ve metabolik sendrom arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır.

**Yöntem:** Çalışmaya Haziran 2023 - Ocak 2024 tarihleri arasında Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği'ne başvuran ve evre 1-4 KBH tanısı alan 219 kişi dahil edildi. KBH tanısı, KDIGO rehberine göre konuldu. Hastaların demografik bilgileri kaydedildi ve kan basıncı, hematolojik ve biyokimyasal parametreler ölçüldü. Metabolik sendrom tanısı konulurken Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun tanı kriterleri kullanıldı. İnsülin direncini belirlemek için HOMA-IR hesaplandı. İdrarda sodyum analizi 24 saatlik idrar örnekleri üzerinden yapıldı.

**Bulgular:** Çalışmamızda, metabolik sendromu olan ve olmayan kronik böbrek hastaları arasında 24 saatlik idrarda sodyum atılımı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Toplamda 219 katılımcının değerlendirildiği korelasyon analizinde, 24 saatlik idrarda sodyum atılımı ile potasyum düzeyi, bel çevresi, ağırlık, 24 saatlik idrarda protein, kreatinin, kreatinin klirensi ve albumin arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Diabetes mellitusu olmayan 109 hastada, 24 saatlik idrarda sodyum atılımı ile 24 saatlik idrarda albumin, 24 saatlik idrarda protein ve HbA1c arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Diabetes mellitusu olmayan hastalar insülin direncine göre iki gruba ayrılmıştır. Gruplar arasında sodyum atılımında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. HOMA <2.7'nin altında olan grupta, 24 saatlik idrarda sodyum atılımı ile hemoglobin, ağırlık, 24 saatlik idrarda kreatinin ve 24 saatlik idrarda kreatinin klirensi arasında pozitif yönde ilişkiler tespit edilmiştir. HOMA >2.7 olan grupta ise





# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



24 saatlik idrarda sodyum atılımı ile potasyum, 24 saatlik idrarda kreatinin, 24 saatlik idrarda protein ve 24 saatlik idrarda albumin atılımı arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır.

Tablo 1

|                    | 24 saatlik idrar Sodyum Atılımı |       |        |       |        |        |       |       |
|--------------------|---------------------------------|-------|--------|-------|--------|--------|-------|-------|
|                    | Grup 1                          |       | Grup 2 |       | Grup 3 |        |       |       |
|                    | r                               | p     | r      | p     | r      | p      | r     | p     |
| Bel çevresi        | 0,216                           | 0,104 | 0,14   | 0,283 | 0,181  | 0,077  | 0,154 | 0,024 |
| Boy                | 0,287                           | 0,046 | 0,09   | 0,572 | 0,182  | 0,105  | 0,108 | 0,160 |
| Ağırlık            | 0,271                           | 0,69  | 0,24   | 0,13  | 0,287  | 0,009  | 0,216 | 0,005 |
| Kalça Çevresi      | 0,055                           | 0,712 | 0,23   | 0,16  | -0,356 | 0,004  | 0,051 | 0,539 |
| Proteinüri         | -0,037                          | 0,779 | 0,34   | 0,006 | 0,041  | 0,693  | 0,171 | 0,011 |
| Albuminüri         | 0,006                           | 0,963 | 0,384  | 0,005 | 0,527  | 0,001  | 0,225 | 0,001 |
| Kreatinin Klirensi | 0,118                           | 0,37  | 0,077  | 0,548 | 0,527  | <0,001 | 0,163 | 0,016 |

24 saatlik idrarda sodyum atılımı ile klinik bulguların korelasyon analizi. Grup 1: Metabolik sendromu olmayan KBH hastaları. Grup 2: Metabolik sendromu olan KBH hastaları. Grup 3: Diyabeti ve metabolik sendromu olan KBH hastaları.

**Sonuç:** Sonuç olarak, çalışmamızda kronik böbrek hastalarında sodyum atılımı ile insülin direnci ve metabolik sendrom arasında doğrudan bir ilişki saptanmamıştır. Ancak, detaylı korelasyon analizimiz, sodyum atılımının bel çevresi, ağırlık, 24 saatlik idrarda protein, kreatinin, kreatinin klirensi ve albumin gibi önemli parametrelerle pozitif yönde anlamlı ilişkiler içinde olduğunu göstermektedir. Ancak, insülin direnci olan grupta yapılan korelasyon analizinde, sodyum atılımı ile proteinüri ve mikroalbuminüri arasında belirgin bir ilişki gözlemlenmiştir. Bu bulgular, insülin direncinin, idrar sodyum atılımı ve proteinüriyi etkileyebilecek bir faktör olarak öne çıkabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik böbrek hastalığı, 24 saatlik idrar sodyum atılımı, metabolik sendrom, insülin direnci



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** S-007

**Bildiri Durumu:** Kabul: Sözlü

## **Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hastalarında Deprem Sonrası Geç Dönem Travma Düzeyinin Belirlenmesi ve Karşılaştırılması**

Emre Yaşar<sup>1</sup>, İrem Pembegül<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi

Emre Yaşar / Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Amaç:** Hemodiyaliz (HD) ve periton diyalizi (PD) uygulanan bireylerde 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli depremlerden 11 ay sonra deprem sonrası travma düzeyinin belirlenmesi ve karşılaştırılmasıdır.

**Yöntem:** Çalışmaya katılmayı kabul eden 87 HD ve 35 PD hastasına depremlerden 11 ay sonra Deprem sonrası travma düzeyini belirleme ölçeği kullanılarak anket yapıldı. 30 sorudan oluşan ölçekte her soru 1 (Hiç katılmıyorum), 2 (Az katılıyorum), 3 (Orta düzeyde katılıyorum), 4 (Çok katılıyorum) ve 5 (Tamamen katılıyorum) olacak şekilde katılımcılar tarafından cevaplandı ve cevaplar kayıt altına alındı. Ölçekten alınacak puan 20-100 arasında değişmekteydi. Ölçeğin geçerlilik çalışmasına göre skoru >52 olan bireylerin travma düzeyleri yüksek olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri tablo 1’de gösterilmiştir. Ölçek soruları, katılımcıların cevapları ve karşılaştırma sonuçları Tablo 2’de sunulmuştur. HD hastalarının toplam skoru  $63.4 \pm 15.6$ , PD hastalarının toplam skoru  $54.9 \pm 14.2$  olarak belirlendi ( $p=0.019$ ). HD hastalarının 64’ünün (%74) ve PD hastalarının 17’sinin (%49) toplam skoru yüksek saptandı ( $p=0.015$ ). HD ve PD hastalarında travma düzeyi yüksek olan hastalarda kadın cinsiyet daha fazlaydı (her ikisi için de  $p<0.001$ ). HD hastalarında travma düzeyi düşük olan hastaların deprem sonrası ilaçlarını düzenli kullandığı saptandı ( $p=0.001$ ).



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



Tablo 1

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri, klinik ve laboratuvar bulguları

|                                                    | HD<br>(n = 87) | PD<br>(n = 35) | p     |
|----------------------------------------------------|----------------|----------------|-------|
| Yaş, ortalama, SD                                  | 60±13          | 56±13          | 0.270 |
| Kadın cinsiyet, n (%)                              | 43 (49)        | 10 (29)        | 0.057 |
| Depreme hemodiyaliz ünitesinde yakalandım, n (%)   | 35 (40)        | -              | -     |
| Deprem sonrası ilaçlarımı düzenli kullandım, n (%) | 16 (18)        | 8 (23)         | 0.757 |
| İhtiyaçlarımı bağımsız karşılıyorum, n (%)         | 47 (54)        | 19 (54)        | 1.000 |
| Ekonomik durum, n (%)                              |                |                |       |
| Kötü                                               | 54 (62)        | 16 (51)        | 0.380 |
| Orta                                               | 31 (36)        | 16 (46)        | 0.407 |
| Yı                                                 | 2 (2)          | 1 (3)          | 1.000 |
| Eğitim durumu, n (%)                               |                |                |       |
| Okur-yazar değil                                   | 29 (33)        | 6 (17)         | 0.117 |
| Okur-yazar                                         | 17 (20)        | 7 (20)         | 1.000 |
| İlk-öğretim                                        | 22 (25)        | 16 (45)        | 0.047 |
| Orta-öğretim                                       | 16 (18)        | 5 (14)         | 0.781 |
| Yüksek-öğretim                                     | 3 (3)          | 1 (3)          | 1.000 |
| Medeni durum, n (%)                                |                |                |       |
| Evlü                                               | 77 (89)        | 33 (94)        | 0.506 |
| Diyaliz süresi (ay), ortalama, IQR (25-75)         | 66±53          | 46±45          | 0.053 |
| Diyaliz giriş yolu, n (%)                          |                |                |       |
| AV fistül                                          | 44 (51)        |                |       |
| Kateter                                            | 43 (49)        |                |       |
| PD yöntemi, n (%)                                  |                |                |       |
| SAPD                                               |                | 33 (94)        |       |
| APD                                                |                | 2 (6)          |       |
| Laboratuvar parametreleri, ortalama, SD            |                |                |       |
| Üre (mg/dl)                                        | 145±53         | 125±44         | 0.050 |
| Kreatinin (mg/dl)                                  | 8.9±3.1        | 9.1±3.4        | 0.852 |
| Hemogloblin (g/dl)                                 | 10.7±1.9       | 10.4±1.7       | 0.440 |
| Albumin (g/dl)                                     | 3.2±0.5        | 3.1±0.5        | 0.390 |
| İntakt Parathormon                                 | 525±462        | 430±490        | 0.315 |

Tablo 2

Tablo 2. Hastaların deprem sonrası travma düzeyi belirleme ölçeği sonuçları

|                                                                        | Hemodiyaliz<br>(n=87) | Periton diyalizi<br>(n=35) | p            |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|--------------|
| İhtih kaybı yaşıyorum                                                  | 2.4±0.8               | 2.3±0.9                    | 0.347        |
| Daha önceki sınırlı bin oldum.                                         | 1.8±0.9               | 1.8±0.8                    | 0.912        |
| Kabuslar görüyorum                                                     | 2.0±0.9               | 1.6±0.9                    | 0.022        |
| Deprem olacak diye kapalı ortamlara girmiyorum                         | 4.3±0.9               | 4.4±1.0                    | 0.615        |
| Geleceğe ilişkin güven duygusunu kaybettim                             | 3.8±1.2               | 3.1±1.1                    | 0.002        |
| Artık hayatın hiçbir anlamı yokmuş gibi geliyor                        | 3.2±1.4               | 2.5±1.2                    | 0.012        |
| Yaşadıklarım sonrasında yaşamı istediğim azaldı                        | 3.0±1.4               | 2.3±1.1                    | 0.011        |
| Deprem sonrasında hayatımda yaptıklarımı ilişkin pişmanlıklarım arttı  | 3.0±1.2               | 2.0±1.0                    | <0.001       |
| Kendimi çok çaresiz/güçsüz hissediyorum                                | 3.7±1.4               | 3.5±1.3                    | 0.390        |
| Yardıma muhtaç olmamı onuruma kıymıyor                                 | 3.7±1.2               | 4.3±0.9                    | 0.016        |
| Deprem sonrasında ilişkilerime/davranışlarıma daha çok dikkat ediyorum | 2.7±1.1               | 2.2±0.9                    | 0.040        |
| Hayatımın değerini daha çok anladım                                    | 4.1±1.1               | 2.9±1.3                    | <0.001       |
| Çok duygusallaştım/ Durup dururken ağlıyorum                           | 2.5±1.3               | 1.8±1.0                    | 0.002        |
| Çocuklarım/anne-babam tanıdıklarım/arkadaşlarım için endişeleniyorum   | 4.5±0.7               | 4.5±0.7                    | 0.921        |
| Her an deprem olacağını düşünmesiyle tedirginim                        | 3.3±1.1               | 3.0±1.2                    | 0.135        |
| Deprem görüntüleri gözümün önüne geliyor                               | 2.8±1.0               | 2.5±1.1                    | 0.183        |
| Geleceğe ilişkin kaygılanıyorum                                        | 4.0±1.0               | 3.3±1.2                    | 0.002        |
| Uykumdan aniden uyanıyorum                                             | 2.5±1.1               | 1.8±0.9                    | 0.003        |
| Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum                                       | 3.0±1.1               | 2.3±0.8                    | 0.002        |
| Daha az uyuyorum                                                       | 3.2±1.1               | 2.6±0.8                    | 0.005        |
| <b>Toplam skor</b>                                                     | <b>63.4 ± 15.6</b>    | <b>54.9 ± 14.2</b>         | <b>0.019</b> |

**Sonuç:** HD hastalarının PD hastalarına göre daha fazla ölüm korkusuna sahip olduğu ülkemizde yapılan bir çalışmada gösterilmiştir. Ayrıca HD hastalarının 4 saat boyunca diyaliz makinasına bağlı kalmak zorunda olması HD hastalarının deprem sonrası travma düzeylerinin yüksek olmasını açıklayabilir. Deprem sonrası yapılan çeşitli çalışmalarda kadın bireylerin travma sonrası stres bozukluğu oranının daha fazla olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda da her iki hasta grubunda kadın bireylerin deprem sonrası travma düzeyinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bulgularımızdan yola çıkarak özellikle kadın hastalarda aralıklı takipler yapılarak



**26. ULUSAL  
HİPERTANSİYON  
VE  
BÖBREK HASTALIKLARI  
KONGRESİ**

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
**8-12 MAYIS 2024**



gerektiğinde psikiyatrik destek sağlanması gerekliliği unutulmamalıdır. Bu konuda daha fazla hasta içeren daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Hemodiyaliz, periton diyalizi, depresyon, travma





# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** S-008

**Bildiri Durumu:** Kabul: Sözlü

## **Diyabetik diyaliz hastalarında retinal bulguların yapay zeka ile değerlendirilmesi**

Gürkan Yurteri<sup>1</sup>, C.Banu Coşar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Rentek Diyaliz Merkezi

<sup>2</sup>Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Göz Kliniği

Gürkan Yurteri / Rentek Diyaliz Merkezi

**Amaç:** Hemodiyaliz ünitelerine devam eden diyabetik hastalarda, diyabetik retinopati tanı ve takibinin yapay zeka kullanılarak doğru bir şekilde tespit edilip edilemeyeceğini araştırmaktır.

**Yöntem:** Dört hemodiyaliz kliniğinde tedavi gören ve ortalama yaşları  $58 \pm 18$  (15-90) olan; 51 erkek, 49 kadın toplam 90 diyabetik hasta çalışmaya dahil edildi. Diyaliz geçmişleri  $6.3 \pm 5.4$  (1-31) yıld. Hastaların göz bebeği tropikamid damla ile genişletildi ve elde taşınan 'Optomed Aurora' (Canon, Finlandiya) dijital fundus kamera ile retina fotoğrafları aynı teknisyen tarafından çekildi. Retina fotoğrafları yapay zeka ile değerlendirildi. Sonuçlar göz doktorunun değerlendirmesiyle karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Yapay zeka ve göz doktoru tarafından bildirilen diyabetik retinopati sonuçları arasındaki uyum 'Fleiss kappa' testi ile değerlendirildi. Tüm ölçümlerde yapay zeka ile doktor arasında uyum olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ). Uyum dereceleri incelendiğinde; diyabetik retinopati (DR) değerlendirmesinde kappa katsayısının %71.8 (önemli derecede uyuma) olduğu bulundu.

**Sonuç:** Hemodiyaliz merkezlerinde, diyabetik diyaliz hastalarının göz dibi bulgularının yapay zeka ile doğru bir şekilde değerlendirilebileceği ve takiplerinde yapay zeka kullanılabileceği kanısına varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** yapay-zeka, diyabetikretinopati, hemodiyaliz, diyabetikdiyalizhastası



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** S-009

**Bildiri Durumu:** Kabul: Sözlü

## RENAL TRANSPLANTASYONLU KADIN HASTALARDA HPV İNSİDANSI VE ALT TIPLERİNİN SAĞLIKLI KADINLARLA KARŞILAŞTIRILMASI

alpaslan altunoğlu<sup>1</sup>, Teoman Bekir Şenat<sup>1</sup>, yusufcan yılmaz<sup>1</sup>, osman inan<sup>1</sup>, banu seven<sup>1</sup>, mine şebnem karakan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ankara bilkent şehir hastanesi

alpaslan altunoğlu / ankara bilkent şehir hastanesi

**Amaç:** Kronik immünsüpresif hastalarda servikal prekanseröz lezyonların ve serviks kanserinin sıklığı artmaktadır. Human papilloma virüs (HPV), serviks kanserinin en önemli nedenlerinden biridir. Özellikle de HPV'nin 16,18,31, 33, 35, 39 ve 45 gibi subtiplerinde serviks kanserinin sıklığı belirgin bir şekilde artmaktadır. Literatürdeki çeşitli çalışmalarda renal transplantasyonlu hastalarda HPV sıklığının arttığı gösterilmiştir. Bu çalışmada renal transplantasyonlu Türk popülasyonunda HPV varlığının ve HPV subtiplerinin sıklığının araştırılması ve sağlıklı popülasyon ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışma verileri retrospektif olarak toplanmıştır. Hastanemizde servikal HPV deoksiribonükleik asit (DNA) varlığı, sıvı bazlı bazlı sitoloji örneklerinde polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ile incelenmektedir. QiaSymphony otomatik izolasyon cihazı kullanılarak QiaScreen HPV-PCR testi ile yüksek riskli HPV tipleri saptanmaktadır. Kategorik verilerin karşılaştırılması için Ki-kare ve Fisher testi, sürekli verilerin karşılaştırması için Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya Ankara şehir hastanesinde takip edilen 78 renal transplantasyonlu kadın ve 153 sağlıklı kadın dahil edilmiştir. Hasta grubunun ortalama yaşı 44 (37-51), kontrol grubunun ortalama yaşı 44 (38-51) idi ve iki grup arasında fark yoktu ( $p>0,05$ ). Renal transplantasyonlu hastalar ile (%14,1), sağlıklı kadınlar (%7,84) arasında HPV pozitifliği açısından fark yoktu ( $p=0,133$ ). Ancak yaklaşık 1.8 kat artış olduğu saptandı. Renal transplantasyonlu hastalarda nakil süresi ile HPV pozitifliği arasında bir ilişki yoktu ( $p=0,195$ ).

**Sonuç:** Literatürdeki çalışmalarda renal transplantasyonlu hastalarda HPV sıklığında artış olduğu gösterilmiştir. Tek merkezli retrospektif olarak yapılan bu çalışmada ise renal transplantasyonlu hastalar ile sağlıklı kadınlar arasında HPV sıklığı açısından istatistiksel farklılık olmadığı görülmüştür. Toplumlar arasında farklı doğum kontrol yöntemleri ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için farklı metodlar kullanılabilir. Bunun yanı



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



sıra çalışmamıza dahil edilen renal transplantasyonlu hasta sayısı (n=78) diğer çalışmalarda dahil edilen hasta sayısına göre daha azdır. Ayrıca çalışmamıza dahil edilen hastalarda kullanılan immunsupresyon protokolleri literatürdeki çalışmalara dahil edilen hastaların kullandığı protokollerden çeşitli farklılıklar göstermiş olabilir. Bu nedenle literatürle farklı sonuçlar elde edilmiş olabilir. Elde ettiğimiz sonuçların, daha fazla renal transplantasyonlu hastanın dahil edildiği çalışmalarla karşılaştırılmasına ihtiyaç vardır.

### Hasta ve kontrol grubunda HPV saptanma durumu

|      |         | HPV suşu   |       |          |       | p      |
|------|---------|------------|-------|----------|-------|--------|
|      |         | Saptanmadı |       | Saptandı |       |        |
|      |         | N          | %     | N        | %     |        |
| Grup | Kontrol | 141        | 92,16 | 12       | 7,84  | *0,133 |
|      | Hasta   | 67         | 85,90 | 11       | 14,10 |        |

Hasta grubunun %14,10'unda (n=11), kontrol grubunun ise %7,84'ünde (n=12) HPV suşu saptandı. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı düzeyde fark gözlenmedi ( $p>0,05$ ). Ancak yaklaşık 1.8 kat artış olduğu görüldü

### Hastaların nakil ve ilaç kullanma süreleri ile HPV suşu saptanma durumlarının karşılaştırılması

|                                           |          | HPV suşu   |        |          |       | p      |
|-------------------------------------------|----------|------------|--------|----------|-------|--------|
|                                           |          | Saptanmadı |        | Saptandı |       |        |
|                                           |          | N          | %      | N        | %     |        |
| Nakil ve ilaç<br>kullanma<br>süresi (yıl) | <1 yıl   | 7          | 77,78  | 2        | 22,22 | b0,195 |
|                                           | 1-5 yıl  | 18         | 100,00 | 0        | 0,00  |        |
|                                           | 5-10 yıl | 22         | 78,57  | 6        | 21,43 |        |
|                                           | >10 yıl  | 20         | 86,96  | 3        | 13,04 |        |

Hasta grubunun nakil ve ilaç kullanma süreleri ile HPV suşu saptanma durumları arasında istatistiksel anlamlı düzeyde ilişki gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

### Katılımcıların HPV suşu durumları

| HPV suşu               | N   | %     |
|------------------------|-----|-------|
| Saptanmadı             | 208 | 90,0  |
| Tip 16                 | 3   | 1,3   |
| Tip 18                 | 5   | 2,2   |
| Diğer suşlar           | 13  | 5,6   |
| Tip 16 ve diğer suşlar | 2   | ,9    |
| Total                  | 231 | 100,0 |



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



Çalışmaya dahil edilenlerin %90,0'ında (n=208) HPV saptanmazken %5,6'sında (n=13) diğer suşlar, %2,2'sinde (n=5) tip 18, %1,3'ünde (n=3) tip 16 saptandı. Katılımcıların %0,9'unda (n=2) ise tip 16 ve diğer suşlar birlikte gözlendi.

Hasta grubunun nakil ve ilaç kullanım süreleri

| Nakil süresi (yıl) | N  | %     |
|--------------------|----|-------|
| <1 yıl             | 9  | 11,5  |
| 1-5 yıl            | 18 | 23,1  |
| 5-10 yıl           | 28 | 35,9  |
| >10 yıl            | 23 | 29,5  |
| Total              | 78 | 100,0 |

Katılımcılardan hasta grubunun nakil ve ilaç kullanım süreleri değerlendirildiğinde; %11,5'inin (n=9) <1 yıl, %23,1'inin (n=18) 1-5 yıl, %35,9'unun (n=28) 5-10 yıl, %29,5'inin (n=23) >10 yıl olduğu belirlendi.

**Anahtar Kelimeler:** HPV, Renal transplantasyon





## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** S-010

**Bildiri Durumu:** Kabul: Sözlü

### Refraktör Hiperparatiroidinin Post Transplant Diyabet Gelişimi

Yelda Deligöz Bildacı<sup>1</sup>, Berfu Korucu<sup>1</sup>, Gül Polat<sup>2</sup>, Mehmet Ası Oktan<sup>1</sup>, Caner Çavdar<sup>1</sup>, Serpil Müge Değer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Yelda Deligöz Bildacı / Dokuz Eylül Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı

**Amaç:** Posttransplant dönemde gelişen yeni diyabetes mellitus (New Onset Diabetes After Transplantation-NODAT) böbrek nakil hastalarında gelişen önemli komplikasyonlardan biridir. NODAT gelişimini etkileyen pek çok risk faktörü tanımlanmıştır. Primer veya sekonder hiperparatiroidizmin insülin direncine neden olduğu bilinmektedir. Posttransplant dönemde refrakter hiperparatiroidi de sık karşılaşılan problemlerden biridir. Biz bu çalışmamızda hastalarımızda posttransplant refrakter hiperparatiroidinin NODAT gelişimine etkisini inceledik.

**Yöntem:** Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Nefroloji polikliniğinde takipli 2010-2023 yıllarında böbrek nakli olmuş 192 hastanın verileri incelenmiştir. Primer böbrek hastalığı diyabetes mellitus olan ve 1. yıl PTH değerlerine ulaşamayan 99 hasta çalışmadan çıkarılmış. Geriye kalan 93 hasta NODAT gelişimi ve 1. yıl PTH düzeyleri ile arasındaki ilişki lojistik regresyon analizi yapılarak incelenmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan hastaların demografik verileri, transplantasyon öncesi diyaliz öyküsü, donör tipi, primer renal hastalık, immunsupresif tedavileri, rejeksiyon atak öyküleri, mismatch oranları kaydedilmiştir. (Tablo-1) Hastaların yaşları, cinsiyeti, vücut kitle indeksi (VKI), pre-transplant açlık kan şekeri, mismatch sayısı, post-transplant 1. yıl PTH düzeyleri ve rejeksiyon öyküleri ile lojistik regresyon analizi yapılmıştır. 1. yıl PTH düzeyleri ve pretransplant dönemde VKI NODAT gelişimde etkili faktör olarak saptanmıştır. (Sırasıyla OR: 9,7 (1,02-91,92) -OR:1,16 (1,01-1,33)) (Tablo-2)



**26. ULUSAL  
HİPERTANSİYON  
VE  
BÖBREK HASTALIKLARI  
KONGRESİ**

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
**8-12 MAYIS 2024**



Hastaların Demografik Verileri

|                                         | NODAT var         | NODAT yok        | p    |
|-----------------------------------------|-------------------|------------------|------|
| Yaş, yıl $\pm$ SD                       | 43,34 $\pm$ 13,48 | 47,19 $\pm$ 15,7 | .36  |
| Cinsiyet, Kadın, n %                    | 26 (%33)          | 6 (%35)          | .49  |
| VKI, kg/m <sup>2</sup> $\pm$ SD         | 22,64 $\pm$ 4,16  | 26,53 $\pm$ 4,41 | .004 |
| Transplantasyon öncesi<br>Diyaliz, n, % | 64 (%83)          | 15 (%94)         | .25  |
| Donör tipi                              | 51(%66)           | 12 (%75)         | .35  |
| Canlı                                   | 26 (%34)          | 4 (%25)          |      |
| Kadaverik                               |                   |                  |      |
| Primer Renal Hastalık<br>n,%            |                   |                  | .43  |
| HT                                      | 15 (%19)          | 1 (%7)           |      |
| Glomerülonefrit/vaskülit                | 13 (%17)          | 5 (%31)          |      |
| Bilinmeyen                              | 19 (%25)          | 5 (%31)          |      |
| Diğerleri                               | 30 (%39)          | 5 (%31)          |      |
| Immunsupresif Tedavi,<br>n,%            | 68 (%88)          | 15 (%94)         | .93  |
| Gc+Tac+MMF                              | 5 (%6)            | 1 (%7)           |      |
| Gc+CsA+MMF                              | 1 (%1)            | 0                |      |
| Gc+MMF                                  | 1 (%1)            | 0                |      |
| Gc+CsA+Aza                              | 2 (%2)            | 0                |      |
| Gc+Eve+MMF                              |                   |                  |      |



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



|                   |                 |                 |     |
|-------------------|-----------------|-----------------|-----|
| Rejeksiyon n, %   |                 |                 |     |
| Yok               | 66 (%87)        | 14 (%87)        | .65 |
| Var               | 10 (%13)        | 2 (%13)         |     |
| Mismatch $\pm$ SD | 3,22 $\pm$ 1,45 | 2,88 $\pm$ 1,20 | .32 |
|                   |                 |                 |     |

(Kısaltmalar: NODAT: Posttransplant dönemde gelişen yeni diyabetes mellitus (New Onset Diabetes After Transplantation, SD: standart deviation, VKİ: vücut kitle indeksi, HT: Hipertansiyon, Gc: glukokortikoid, Tac: takrolimus, MMF:mikofenolat mofetil, CsA:siklosporin, Eve: everolimus)

Tablo-2: Lojistik Regresyon Analizi

|                     | OR (95% CI)       | p    |
|---------------------|-------------------|------|
| Yaş                 | 1,003 (0,95-1,05) | 0,90 |
| Cinsiyet            | 1,15 (0,32-4,12)  | 0,83 |
| Vücut Kitle İndeksi | 1,16 (1,01-1,33)  | 0,03 |
| Parathormon 1. Yıl  | 9,70 (1,02-91,92) | 0,04 |
| Açlık kan şekeri    | 1,00 (0,99-1,02)  | 0,13 |
| Mismatch            | 0,88 (0,55-1,40)  | 0,58 |
| Rejeksiyon var/yok  | 1,95 (0,25-14,83) | 0,52 |

**Sonuç:** Çalışmamızda post transplant 1. yıl PTH düzeyleri gelişimi için risk faktörü olarak saptanmıştır. Bu sonuç post transplant dönemde PTH takibinin önemini ortaya koymaktadır. Refraktör hiperparatiroidinin tedavi edilmesinin NODAT gelişimi için koruyucu olup olmadığının belirlenmesi için ileri randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** parathormon, NODAT, renal transplantasyon



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** S-011

**Bildiri Durumu:** Kabul: Sözlü

## **Diyaliz Hastalarında Hemodiyaliz Esnasındaki Kan Basıncı Değişimleri ve Arteriyel Sertlik Göstergeleri İle İlişkisi**

Alper Şenkalfa<sup>1</sup>, Ülver Boztepe Derici<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi

<sup>2</sup>Ankara Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Alper Şenkalfa / Ankara Etlik Şehir Hastanesi

**Amaç:** Son Dönem Böbrek Hastalığı, kardiyovasküler (KV) mortalite ve morbidite artışına neden olan bir sağlık sorunudur. Renal replasman tedavilerinden (RRT) biri olan hemodiyaliz (HD) sırasında hastalarda, intradiyalitik hipotansiyon (İDH) ve intradiyalitik hipertansiyon (İDHT) gibi hemodinamik bozukluklar görülebilmektedir ve bu komplikasyonlar, HD hastalarında mortalite ve morbidite artışına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda, arteriyel sertliğin (AS), İDH ve İDHT'ye neden olabileceğini düşündüren bulgular mevcuttur. Nabız dalga hızı (NDH), AS ölçümünde yaygın olarak kullanılan non-invaziv bir yöntemdir. Çalışmamızda, HD hastalarında prediyalitik ve intradiyalitik NDH ölçümleri yapılarak, NDH'nin İDH ve İDHT gelişimi ile ilişkisinin ve intradiyalitik hemodinamik bozukluk gelişen hastalarda intradiyalitik NDH değişimlerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmamıza, düzenli HD tedavisi uygulanmakta olan, İDH tanılı 20 hasta, İDHT tanılı 11 hasta dahil edilerek, hastalar, HD'de hemodinamik bozukluk görülmeyen 29 hasta ile karşılaştırıldı. Hastaların, demografik verileri, son dönem böbrek hastalığı (SDBH) ve diğer hastalıklarıyla ilgili verileri, kullandıkları ilaçlar, laboratuvar verileri, osilometrik ölçüm ile yapılan NDH ve diğer hemodinamik verileri kaydedildi.

**Bulgular:** İntradiyalitik hipertansiyon tanılı hastalarda, prediyalitik NDH, intradiyalitik normotansiyon grubuna göre daha yüksek bulundu. Kadınlarda, statin kullananlarda, interdiyalitik kilo alımı (İDKA) yüksek olan hastalarda İDH riski, İDHT riskine göre anlamlı yüksek bulunurken, diyabetes mellitus (DM) tanılı hastalarda, İDHT riski İDH riskine göre anlamlı yüksek saptandı. Hemodiyaliz boyunca görülen sistolik kan basıncı (SKB) düşüşü ile, hemodiyaliz öncesi ölçülen SKB, diyastolik kan basıncı (DKB), nabız basıncı (NB), kardiyak output (KO), NDH ve augmentasyon indeksi (Ai@75) arasında pozitif korelasyon izlendi. Hemodiyaliz sırasında SKB düşüşü fazla olan grupta, anlamlı NDH, KO ve atım hacmi (AH) düşüşü ve anlamlı nabız artışı izlenirken, total vasküler rezistans (TVR) değişimi anlamlı değildi.





# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



## Hasta Gruplarının Verilerinin Karşılaştırılması

|                                                       | İntradiyalitik<br>Hipotansiyon | İntradiyalitik<br>Normotansiyon | İntradiyalitik<br>Hipertansiyon |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Yaş, yıl $\pm$ SD                                     | 58 $\pm$ 16                    | 48 $\pm$ 16                     | 63 $\pm$ 24                     |
| Cinsiyet, n(%)                                        |                                |                                 |                                 |
| Kadın                                                 | 10 (50)                        | 10 (34,5)                       | 3 (27,3)                        |
| Erkek                                                 | 10 (50)                        | 19 (65,5)                       | 8 (72,7)                        |
| Vücut Kitle<br>İndeksi, kg/m <sup>2</sup> $\pm$<br>SD | 24 $\pm$ 6,4                   | 24 $\pm$ 3,7                    | 24 $\pm$ 4,4                    |
| Sigara kullanımı,<br>n (%)                            |                                |                                 |                                 |
| Kullanmıyor                                           | 15 (83,3)                      | 16 (55,2)                       | 5 (45,5)                        |
| Aktif içici                                           | 3 (16,7)                       | 13 (44,8)                       | 6 (54,5)                        |
| Nabız Dalga Hızı<br>0. dk, m/s                        | 8,8 (5,1-12,3)                 | 7,6 (4,7-11,4)                  | 10,5 (5,5-15,2)                 |
| Augmentasyon<br>İndeksi@75 0. dk,<br>%                | 22,8 (-1-43)                   | 28 (2-43)                       | 9 (7-48)                        |
| Kardiyak Output,<br>L/dk                              | 5,1 (3,1-6,9)                  | 5,2 (4,1-7,2)                   | 5,1 (3,8-7)                     |
| Total Vasküler<br>Rezistans                           | 1,2 (0,8-1,7)                  | 1,2 (0,9-1,7)                   | 1,4 (1-1,8)                     |

**Sonuç:** Nabız dalga hızı ile ölçülen AS artışı, intradiyalitik hemodinamik bozukluklara neden olabilir. İntradiyalitik hemodinamik bozukluklar, artmış mortalite ve morbidite nedeni olduğundan, nabız dalga hızı gibi teknik olarak kolay uygulanabilir bir yöntemle diyaliz hastalarında arteriyel sertliğin tayini ve bu hastaların özellikle diyaliz esnasında alınacak önlemlerle kardiyovasküler stabilitesinin sağlanmaya çalışılması önemli bir koruyucu yaklaşım olabilir. AS saptanan hastalarda diyaliz modalitesi olarak periton diyalizinin hastaya önerilmesi de bir diğer koruyucu yaklaşım olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Nabız Dalga Hızı, Arteriyel Sertlik, İntradiyalitik Hipotansiyon, İntradiyalitik Hipertansiyon, Augmentasyon İndeksi



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** S-012

**Bildiri Durumu:** Kabul: Sözlü

### **Böbrek Donörlerinde Nakil Öncesi Bilgisayarlı Tomografi İle Ölçülen Visseral ve Subkutan Adipozitenin Takipteki Albüminüri ile İlişkisi**

Merve Altun Şimşek<sup>1</sup>, Arzu Okyar Baş<sup>3</sup>, Halil İbrahim Altunbulak<sup>4</sup>, Ayşenur Bolukçu<sup>4</sup>, Güldehan Haberal<sup>2</sup>, Tolga Yıldırım<sup>2</sup>, Yunus Erdem<sup>2</sup>, Tuncay Hazırolan<sup>4</sup>, Mert Eşme<sup>3</sup>, Burcu Balam Doğu<sup>3</sup>, Meltem Gülhan Halil<sup>3</sup>, Mustafa Cankurtaran<sup>3</sup>, Selin Ardalı Düzgün<sup>4</sup>, Cafer Balcı<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı, Ankara

<sup>4</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Merve Altun Şimşek / Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Ülkemizde kadavra organ temininin yetersiz olması nedeniyle çoğunlukla canlı donör tercih edilmektedir. Transplantasyon öncesi vücut kütle indeksi (VKİ) yüksekliğinin uzun dönem takiplerde renal ve metabolik olumsuz sonuçlanım noktalarında artış ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Nefrektomi öncesi uygulanan renal bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülerindeki visseral ve subkutan yağ ölçümlerinin renal ve metabolik olumsuz sonuçlanım noktaları ile ilişkisi ile ilgili veriler ise sınırlıdır. Bu çalışmada renal donörlerin bazal, güncel VKİ değerleri ve transplantasyon öncesi BT' lerindeki visseral ve subkutan yağ doku ölçümleri ile takipteki tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFR) ve albüminüri ile ilişkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

**Yöntem:** Çalışmaya 2013-2022 yılları arasında donör nefrektomi yapılan ve 1 Temmuz 2023 ile 31 Mart 2024 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Nefroloji ve Geriatri polikliniklerine kontrol amaçlı başvuran hastalar dahil edildi. Hastaların rutin incelemelerine ek olarak boy, kilo ölçümleri kaydedilerek VKİ' leri hesaplandı. CKD-EPI formülüne göre eGFR hesaplandı. Spot idrar albümin/kreatinin oranı  $\geq 30$  mg/gr kreatinin albüminüri olarak kaydedildi. Nefrektomi öncesi BT' ler retrospektif olarak incelenerek L3 ve L4 seviyelerinden visseral ve subkutan yağ dokusu alanları ölçüldü.

**Bulgular:** Çalışmaya 61'i kadın toplamda 98 donör dahil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması  $54.7 \pm 9.4$ , ortalama takip süresi  $5.95 \pm 2.95$  yıl olarak saptandı. Donörlerin nefrektomi öncesi ve sonrası VKİ değişimi incelendiğinde ortalama 1.78 (%95CI: 1.14-2.43) artış olduğu saptandı ( $p < 0,001$ ). Takipte albüminürisi gelişen 15 donör mevcuttu. Albüminürisi gelişen bireylerin,



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



gelişmeyen bireylerle kıyaslandığında güncel ( $32.2 \pm 4.9$  vs  $29.2 \pm 5.3$ ,  $p=0.03$ ) ve bazal ( $30.8 \pm 4.1$  vs  $27.3 \pm 4.6$ ,  $p=0.005$ ) VKİ' leri daha yüksekti. Benzer şekilde albüminürisi gelişen bireylerin, gelişmeyenlere göre L3 [medyan (IQR): 200,9 (108) vs 118,4 (104),  $p=0.021$ ] ve L4 [189,3 (102,4) vs 113,2 (81),  $p=0.011$ ] seviyelerinden ölçülen visseral yağ ölçümleri daha yüksek saptandı. Lojistik regresyon analizlerinde yaş, cinsiyet ve renin anjiyotensin sistemi (RAS) blokajı yapan ilaç kullanımından bağımsız olarak L3 ve L4 seviyelerindeki visseral adipozite, bazal ve güncel VKİ ile albüminüri ilişkili olarak bulundu. (Tablo 1)

**Sonuç:** Böbrek donörü adaylarının bazaldeki yüksek VKİ ve L3-L4 seviyelerindeki visseral yağlanma takipte gelişen albüminüri ile ilişkilidir. Verici değerlendirme aşamasında BT ile ölçülen visseral yağlanmanın takipte gelişebilecek albüminüri ve diğer olumsuz sonuçlar için risk belirleme ve obeziteyi değerlendirmedeki rolünü araştıran daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

### L3 Seviyesinden Ölçülen Visseral Yağ Alanı



### Albüminüri ile İlişkili Bağımsız Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizleri

| Albüminüri                     |                     |          |
|--------------------------------|---------------------|----------|
|                                | OR (%95 CI)         | P değeri |
| Model 1: L3 Visseral Adipozite | 1,010 (1,001-1,019) | 0,025    |
| Model 2: L4 Visseral Adipozite | 1,012 (1,002-1,021) | 0,019    |



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



|                     |                     |       |
|---------------------|---------------------|-------|
| Model 3: Bazal VKİ  | 1,167 (1,018-1,338) | 0,027 |
| Model 4: Güncel VKİ | 1,131 (1,003-1,275) | 0,045 |

\*Bazal VKİ: Nefrektomi öncesi vücut kütle indeksi \*Modeller yaş, cinsiyet ve RAS blokajı kullanımına göre düzeltilmiştir

**Anahtar Kelimeler:** visseral adipozite, albüminüri, canlı böbrek donörü





# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** S-013

**Bildiri Durumu:** Kabul: Sözlü

## Şırnak İli Hemodiyaliz Hastalarında Mineral Kemik Metabolizması Parametrelerinin Değerlendirilmesi

Ferah Taran<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Şırnak Devlet Hastanesi

Ferah Taran / Şırnak Devlet Hastanesi

**Amaç:** Kronik böbrek hastalığı (KBH) ilişkili mineral kemik bozukluğu ve sekonder hiperparatiroidi (SHP), diyaliz gerektiren son dönem böbrek hastalığında (SDBH) sık görülen komplikasyonlardır. Bu durum temel olarak belirgin derecede yüksek serum paratiroid hormon (PTH) seviyeleri, serum kalsiyum ve fosfor dengesi bozukluğu ile karakterize edilir ve çeşitli olumsuz kardiyovasküler, iskeletal ve klinik sonuçlarla ilişkilidir. Biz çalışmamızda, hemodiyaliz (HD) tedavisi almakta olan SDBH olgularında rutin diyaliz takip parametrelerinin ve bazı sık kullanılan ilaç alımının PTH düzeyine etkisini incelemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmamıza 20-99 yaş arası 3 aydan uzun süredir Şırnak ilinde hemodiyaliz tedavisi gören 147 SDBH vakası dahil edildi. Hastalarını demografik verileri, mineral kemik metabolizması laboratuvar parametreleri ve ilaç alımı geriye yönelik tarandı. Sonra hastalar PTH düzeylerine göre gruplandırıldı (1-499 pg/ml arasında PTHgrup0, 500 pg/ml ve üzeri PTHgrup1) ve gruplar arasında bu parametreler karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 147 HD hastasının 64'ü erkek, 83'ü kadındı. Olguların ortalama yaşı 59 yıl, ortalama HD süresi 43 aydı. Vakaların tanımlayıcı özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. PTH düzeyine göre ayrılmış gruplarda kıyaslanan parametrelerden PTH >500 pg/ml olan hastalar genel olarak daha genç fakat daha uzun diyaliz süresine sahipti ve bu grupta anürik hasta sayısı daha fazlaydı. PTH seviyesi yüksek olan grupta fosfor ve alkalin fosfataz düzeyleri daha yüksek saptanmıştı, kalsiyum içermeyen fosfor-bağlayıcı ajan ve sinakalset kullanımı da daha sıklı. Hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık öyküsü ise PTH <500 pg/ml olan grupta daha çok gözlemlendi (Tablo 2).



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



Tablo1. Olguların tanımlayıcı özellikleri

| HD hastaları, n=147        |                     |
|----------------------------|---------------------|
| Cinsiyet E/K, n(%)         | 64 (43,5)/83 (56,5) |
| Yaş, yıl                   | 57,9 (±15,9)        |
| HD süresi, ay              | 51,7 (±43,1)        |
| Anüri, n(%)                | 66 (44,9)           |
| DM varlığı, n(%)           | 49 (33,3)           |
| HT/KVH varlığı, n(%)       | 130 (88,4)          |
| Malignite varlığı, n(%)    | 10 (6,8)            |
| Etyoloji                   |                     |
| DNP, n(%)                  | 36 (24,5)           |
| HTNS, n(%)                 | 50 (34)             |
| GN, n(%)                   | 6 (4,1)             |
| Ürolojik, n(%)             | 12 (8,2)            |
| Başka, n(%)                | 9 (6,1)             |
| Bilinmiyor, n(%)           | 34 (23,1)           |
| kt/V oranı                 | 1,5 (±0,18)         |
| P düzeyi, mg/dl            | 4,6 (±1,4)          |
| Ca düzeyi, mg/dl           | 8,8 (±0,7)          |
| PTH düzeyi, pg/ml          | 522 (±537)          |
| ALP düzeyi, U/l            | 153 (±158)          |
| D vit düzeyi, mg/dl        | 13 (±7,6)           |
| Ca(+)PB kullanımı, n(%)    | 88 (59,9)           |
| Ca(-)PB kullanımı, n(%)    | 54 (36,7)           |
| Kalsitriol kullanımı, n(%) | 52 (35,4)           |
| Sinakalset kullanımı, n(%) | 24 (16,3)           |
| Kalsidiol kullanımı, n(%)  | 18 (12,2)           |

HD: HEMODİYALİZ, E: erkek, K: kadın, HD: hemodiyaliz, DM: diabetes mellitus, HT/KVH: hipertansiyon veya kardiyovasküler hastalık, DNP: diyabetik nefropati, HTNS: hipertansif nefroskleroz, GN: glomerulonefrit, P: fosfor, Ca: kalsiyum, PTH: parathormon, ALP: alkalen fosfataz, Ca(+)PB: Ca içeren P-bağlayıcı, Ca(-)PB: Ca içermeyen P-bağlayıcı.

Tablo 2. PTH grupları arasında hasta verilerinin karşılaştırılması



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



| HD hastaları n=147         |               |               |          |
|----------------------------|---------------|---------------|----------|
|                            | PTHgrup0 n=92 | PTHgrup1 n=55 | p değeri |
| Cinsiyet (erkek), n(%)     | 40 (43,5)     | 24 (43,6)     | 1,000    |
| Yaş, yıl                   | 63            | 54            | 0,003*   |
| HD süresi, ay              | 27            | 61            | <0,001** |
| Anüri, n(%)                | 33 (35,9)     | 33 (60)       | 0,004*   |
| DM varlığı, n(%)           | 32 (34,8)     | 17 (30,9)     | 0,383    |
| HT+KVH varlığı, n(%)       | 88 (95,7)     | 42 (76,4)     | <0,001** |
| Malignite varlığı, n(%)    | 8 (8,7)       | 2 (3,6)       | 0,203    |
| kt/V oranı                 | 1,6           | 1,5           | 0,142    |
| P düzeyi, mg/dl            | 4,3           | 5,2           | <0,001** |
| Ca düzeyi, mg/dl           | 8,8           | 8,9           | 0,424    |
| PTH düzeyi, pg/ml          | 223           | 847           | <0,001** |
| ALP düzeyi, U/l            | 98            | 158           | <0,001** |
| D vit düzeyi, mg/dl        | 10,7          | 10,4          | 0,799    |
| Ca(+)PB kullanımı, n(%)    | 53 (57,6)     | 35 (63,6)     | 0,293    |
| Ca(-)PB kullanımı, n(%)    | 26 (28,3)     | 28 (50,9)     | 0,005*   |
| Kalsitriol kullanımı, n(%) | 31 (33,7)     | 21 (38,2)     | 0,354    |
| Sinakalset kullanımı, n(%) | 2 (2,2)       | 22 (40)       | <0,001** |
| Kalsidiol kullanımı, n(%)  | 14 (15,2)     | 4 (7,3)       | 0,121    |
| PPI kullanımı, n(%)        | 32 (34,8)     | 20 (36,4)     | 0,492    |
| BB kullanımı, n(%)         | 46 (50)       | 21 (38,2)     | 0,111    |
| KKB kullanımı, n(%)        | 48 (52,2)     | 22 (40)       | 0,104    |
| ACEi/ARB kullanımı, n(%)   | 11 (12)       | 5 (9,1)       | 0,402    |
| AB kullanımı, n(%)         | 20 (21,7)     | 7 (12,7)      | 0,125    |

HD: hemodiyaliz, PTHgrup0: PTH< 500 pg/ml olan hastalar, PTHgrup1: PTH > 500 pg/ml olan hastalar, DM: diabetes mellitus, HT/KVH: hipertansiyon veya kardiyovasküler hastalık, DNP: diyabetik nefropati, HTNS: hipertansif nefroskleroz, GN: glomerulonefrit, P: fosfor, Ca: kalsiyum, PTH: parathormon, ALP: alkalen fosfataz, D vit: vitamin D, Ca(+)PB: Ca içeren P-bağlayıcı, Ca(-)PB: Ca içermeyen P-bağlayıcı, Ca: kalsiyum, PPI: proton pompa inhibitörü, BB: beta-blokör, KKB: kalsiyum kanal blokörü, ACEi/ARB: anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü veya anjiyotensin reseptör blokörü, AB: alfa-blokör. \* p değeri < 0,05, \*\*p değeri < 0,001

**Sonuç:** SHP genç ve uzun süre HD tedavisi gören hastalarda daha sık iken, PTH yüksekliği olan hastalarda fosfor, alkalen fosfataz düzeyini daha yüksek, kalsiyum içermeyen fosfor-bağlayıcı ve sinakalset kullanımının daha sık olduğunu gözlemledik. Daha kapsamlı çalışmalar ile bu sonuçlar arasında neden-sonuç ilişkisi araştırılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** son dönem böbrek hastalığı, hemodiyaliz, mineral ve kemik metabolizması, sekonder hiperparatiroidi







# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** S-014

**Bildiri Durumu:** Kabul: Sözlü

## **Evre 2-4 KBH hastalarında demir eksikliği anemisi depresyon ve anksiyete ile ilişkisinin değerlendirilmesi**

Ilgın Genç<sup>1</sup>, Hakan Aksu<sup>3</sup>, Emre Yaşar<sup>2</sup>, Saliha Yıldırım<sup>2</sup>, Özant Helvacı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

<sup>3</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Özant Helvacı / Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

**Amaç:** Başta kognitif gerileme, depresyon ve anksiyete olmak üzere nöropsikiyatrik bozukluklar, KBH hastalarında daha yaygın olup kötü klinik sonuçlarla ilişkilidir. KBH hastalarında demir eksikliği anemisi (DEA) bilişsel gerileme arasındaki ilişki iyi bilinmektedir. Böbrek hastası olmayan bireylerde DEA, depresyon ve anksiyete ile ilişkilidir. Bununla birlikte, diyalize girmeyen KBH hastalarında depresyon, anksiyete ve DEA arasındaki bağlantı açıklığa kavuşturulmamıştır. Bu çalışmada mevzubahis birlikteliği değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Stabil evre 2-4 KBH'si olan hastaları Beck depresyon envanteri (BDE) ve Beck anksiyete envanteri(BAE) ile değerlendirdik. Akut böbrek hasarı veya dekompanseasyonu olan, malignitesi olan, yakın zamanda psikolojik travma geçirmiş hastaları dışladık. Psikiyatrik tanılar veya ilaç kullanımı da diğer dışlama nedenleri arasındaydı.

**Bulgular:** Son analize iki yüz hasta dahil edildi. 200 hastanın 76'sı (%38) anemikti. Anemik ve anemik olmayan hastaların cinsiyetleri benzerdi. Anemisi olan hastalar daha yaşlıydı ve GFR'leri daha düşüktü. Evre 3 KBH yüzdesi gruplar arasında benzerdi. Anemik olmayan grupta daha az evre 4 KBH hastası ve daha fazla Evre 2 KBH hastası vardı.BDE skorları anemisi olan hastalarda daha kötüydü. Ayrıca, BDE için 11 değeri sınır alındığında anemik olmayan gruptaki hastaların %31,7'si ve anemik gruptaki hastaların %51,4'ü, klinik depresyon için ileri değerlendirmeyi hak etmişti (p=0,007). BDE skoru on bir veya daha yüksek olan anemik hastalar için tek değişkenli analiz, hemoglobin ve ferritin seviyeleri ile bir ilişki göstermedi. Anemik hastaların alt grup analizinde, hala anemik olmasına rağmen demir alan hastaların, tedavi edilmemiş anemisi olanlara kıyasla daha düşük BDE skorlarına sahip olduğu saptandı. (p<0,001).BAE skorları gruplar arasında benzerdi. Ayrıca minimal, hafif, orta ve şiddetli anksiyete sıklıkları benzerdi. Bununla birlikte, alt grup analizinde, hala anemik olmasına rağmen demir alan hastaların BAE puanları, tedavi edilmemiş anemisi olanlara göre daha düşüktü.



**26. ULUSAL  
HİPERTANSİYON  
VE  
BÖBREK HASTALIKLARI  
KONGRESİ**

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
**8-12 MAYIS 2024**



**Sonuç:** Çalışmamız, Evre 2-4 KBH'li kişilerde depresyon, anksiyete ve IDA arasında muhtemel bir bağlantıya işaret etmektedir. Prospektif tasarlanmış demir replasmanı çalışmaları bu ilişkiyi aydınlatmaya yardımcı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** DEA, anksiyete, KBH, ruh sağlığı, depresyon



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** S-015

**Bildiri Durumu:** Kabul: Sözlü

## **Hipertansif ve Beyaz-Önlük Hipertansiyonu olan Bireylerde Fekal Mikrobiyota ve Metabolomiks ile Ambulatuvar Kan Basıncı Değişkenleri Arasındaki Kompleks İlişkilerin Araştırılması**

Deniz Aral Özbek<sup>1</sup>, Neriman Sıla Koç<sup>2</sup>, Neşe İnal<sup>3</sup>, Sevilay Erdoğan Kablan<sup>4</sup>, Yunus Kaygusuz<sup>1</sup>, Sevilay Karahan<sup>5</sup>, Oğuz Abdullah Uyaroglu<sup>6</sup>, Tolga Yıldırım<sup>2</sup>, Koray Ergünay<sup>3</sup>, Emirhan Nemutlu<sup>4</sup>, Yakut Akyön<sup>3</sup>, Bülent Altun<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji ABD, Ankara

<sup>4</sup>Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Analitik Kimya Bilim Dalı, Ankara

<sup>5</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ABD, Ankara

<sup>6</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD, Genel Dahiliye Bilim Dalı, Ankara

Deniz Aral Özbek / Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD

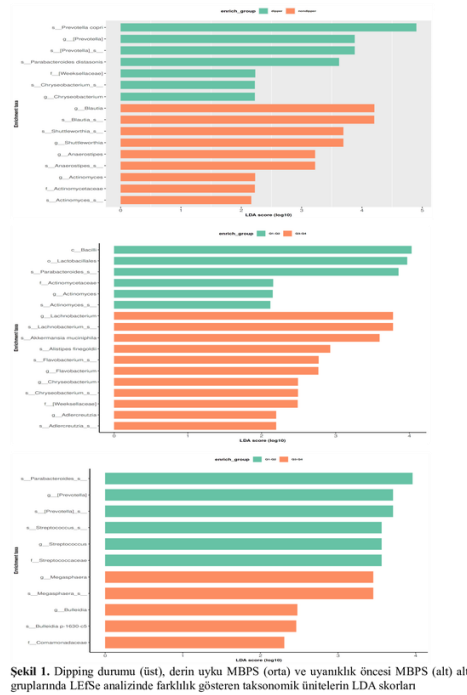
**Amaç:** Günümüzde dipping oranı, sabah kan basıncı piki ve lineer kan basıncı değişkenliği gibi ambulatuvar kan basıncı değişkenleri ile fekal metabolomik ve mikrobiyota arasındaki ilişkilere odaklanmış çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Buna ek olarak, beyaz-önlük hipertansiyonu olan hastaların bağırsak mikrobiyotası ve metabolomik bileşimi henüz çalışılmamıştır. Bu çalışmamızda; hipertansif, beyaz-önlük hipertansif (WCH) ve sağlıklı katılımcılar arasında bağırsak mikrobiyomu, fekal metabolomik, ambulatuvar kan basıncı değişkenleri ve 24 saatlik idrar sodyum seviyeleri arasındaki kompleks etkileşimleri araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmaya 18 yeni tanı hipertansif, 8 yeni tanı WCH ve 21 sağlıklı katılımcı dahil edilmiştir. Tüm katılımcılarda ambulatuvar kan basıncı (KB) takibi yapılmış ve dipping oranı, derin uyku sabah KB piki (MBPS), uyanma öncesi MBPS ve lineer KB değişkenliği hesaplanmıştır. Çalışma popülasyonu daha sonra her bir ambulatuvar KB parametresi için iki gruba ayrılmıştır (Q1&Q2 vs Q3&Q4). 16S rRNA sekanslama işlemi Illumina MiSeq sekanslayıcısı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. DeSeq2 ve doğrusal diskriminant etki boyutu analizleri (LEfSe) R yazılımı ile gerçekleştirilmiştir. Fekal metabolit seviyeleri GC-MS ile analiz edilmiştir. Fonksiyonel zenginleştirme analizleri MetaboAnalyst ile yapılmıştır.

**Bulgular:** LEfSe analizlerinde non-dipper grupta dipper gruba göre Blautia, Shuttleworthia, Anaerostipes, Actinomyces cinsleri daha yüksek saptanmıştır (Şekil 1). Spearman korelasyon

analizleri incelendiğinde lineer KB değişkenliği ile *Bacteroides* ve *Paraprevotella* cinsleri arasında pozitif korelasyonlar gösterilmiştir. Hem hipertansif hem WCH gruplarında normotansif bireylere göre *Ruminococcus* cinsine ait türler daha düşük; *Veillonellaceae* familyasına ait cinsler (*Mitsuokella* ve *Veillonella*) daha yüksek saptanmıştır (Şekil 2). İdrar sodiyumu ile *Enterococcus*, *Lachnobacterium*, *Odoribacter* ve *Pseudomonas* cinsleri pozitif; *Lactobacillus* ve *Clostridium* cinsleriye negatif korelasyon göstermiştir. Fekal metabolomik analizlerin sonucunda non-dipper bireylerin fonksiyonel zenginleştirme analizlerinde katekolamin sentez yolağının zenginleştiği görülmüş; yapılan korelasyon ısı-haritası çalışmalarında *Parabacteroides* ve *Chryseobacterium* cinslerinin noradrenalin ve dopamin ile korelasyonu saptanmıştır (Şekil 3). Lineer kan basıncı değişkenliği Q3&4 grubu ve idrar Na ile korelasyonu saptanan metabolitlerin fonksiyonel zenginleştirme analizlerinde aminoasit metabolizması yolaklarının zenginleştiği saptanmıştır (Şekil 4).

Şekil 1



Dipping durumu (üst), derin uyku MBPS (orta) ve uyanıklık öncesi MBPS (alt) alt gruplarında LEfSe analizinde farklılık gösteren taksonomik ünitelerin LDA skorları



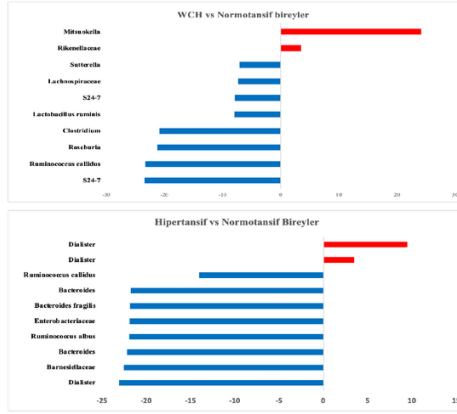


# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



Şekil 2



Şekil 2. Deseq2 analizi sonucunda log2foldchange değerlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren taksonomik üniteler

Deseq2 analizi sonucunda saptanan log2fold-change değerlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren taksonomik üniteler



Horizontal bar chart showing the enrichment ratio of metabolic pathways. The x-axis represents the Enrichment Ratio (0 to 12). The y-axis lists the metabolic pathways. The color of the bars indicates the P value, with a scale from 2e-02 (red) to 4e-01 (yellow).

| Metabolic Pathway                        | Enrichment Ratio (approx.) | P value (approx.) |
|------------------------------------------|----------------------------|-------------------|
| Catecholamine Biosynthesis               | 9.5                        | 2e-02             |
| Tyrosine Metabolism                      | 4.5                        | 2e-02             |
| Biotin Metabolism                        | 11.5                       | 2e-02             |
| Glyoxylate Phosphate Shunt               | 9.0                        | 2e-02             |
| Tetralone Degradation                    | 5.5                        | 2e-02             |
| Oxibute and Serine Metabolism            | 5.0                        | 2e-02             |
| Spermidine and Spermine Biosynthesis     | 5.5                        | 2e-02             |
| Vitamin B6 Metabolism                    | 5.0                        | 2e-02             |
| Riboflavin Metabolism                    | 4.5                        | 2e-02             |
| Threonine and 2-Oxoglutarate Degradation | 4.5                        | 2e-02             |
| Balaner Metabolism                       | 4.5                        | 2e-02             |
| Glutamine Synthesis                      | 4.5                        | 2e-02             |
| Glyoxylate                               | 4.5                        | 2e-02             |
| Glyoxylate Metabolism                    | 4.5                        | 2e-02             |
| Urea Cycle                               | 4.5                        | 2e-02             |
| Pyruvate Phosphate Pathway               | 4.5                        | 2e-02             |
| Lysine Degradation                       | 4.5                        | 2e-02             |
| Glutathione Synthesis                    | 4.5                        | 2e-02             |
| Aspartate Metabolism                     | 2.5                        | 2e-02             |
| Methionine Metabolism                    | 2.5                        | 2e-02             |
| Arginine and Proline Metabolism          | 2.5                        | 2e-02             |
| Wolberg Effect                           | 2.5                        | 2e-02             |

[illegible]

Non-dipper grupta dipper gruba göre yüksek saptanan metabolitlerin fonksiyonel zenginleştirme analizi sonucu saptanan yollar (üst). Non-dipper grupta anlamlı olarak yüksek olan metabolit ve taksonomik ünitelerin Spearman korelasyon ısı haritası analizi (alt);  
\* simgesi Rho değerleri p değeri 0.05'ten küçük olan korelasyonları ifade etmektedir

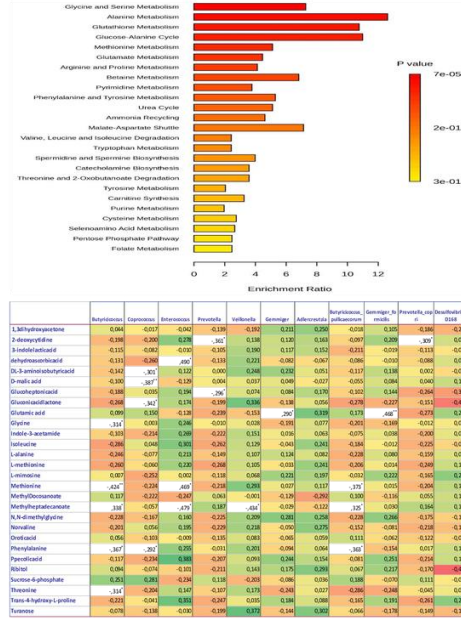


# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



Şekil 4



Şekil 4. Lineer KB değişkenliği Q3&4 grubunda Q1&2 grubuna göre yüksek saptanan metabolitlerin fonksiyonel zenginleştirme analizi (üst). Q3&4 grubunda yüksek olan metabolit ve taksonomik ünitelerin Spearman korelasyon ısı haritası analizi (alt); yıldızlı Rho değerleri p değeri 0.05'ten küçük olan korelasyonları ifade etmektedir.

Lineer KB değişkenliği Q3&4 grubunda Q1&2 grubuna göre yüksek saptanan metabolitlerin fonksiyonel zenginleştirme analizi (üst). Q3&4 grubunda yüksek olan metabolit ve taksonomik ünitelerin Spearman korelasyon ısı haritası analizi (alt); yıldızlı Rho değerleri p değeri 0.05'ten küçük olan korelasyonları ifade etmektedir.

**Sonuç:** Sonuç olarak bu çalışmada, çeşitli ambulator kan basıncı parametreleri ve idrar sodyumu ile fekal metabolit ve mikrobiyota bileşenleri arasında pek çok yeni ilişki saptanmıştır. Ayrıca, WCH hastalarının fekal mikrobiyom ve metabolomik özellikleri ilk kez araştırılmıştır. Non-dipper bireylerde katekolamin sentez yolağının zenginleşmiş olması, mikrobiyota bileşenlerinin çeşitli metabolitler aracılığıyla enterik sinir sistemi üzerinden sempatik sistem aktivasyonuna katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hipertansiyon, Mikrobiyota, Fekal Metabolomiks, Non-dipper hipertansiyon, Lineer Kan Basıncı Değişkenliği



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** S-016

**Bildiri Durumu:** Kabul: Sözlü

## Yeni Tespit Hipertansiyonda Uç Organ Hasarının Değerlendirilmesi: Yeni Tespit Hipertansiyon Gerçekten Yeni mi?

Sibel Ada<sup>1</sup>, Sibel Ada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Nefroloji Kliniği

Sibel Ada / Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Nefroloji Kliniği

**Amaç:** Hipertansiyon (HT) dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunudur. Asemptomatik olması nedeniyle uç organ hasarı (UOH) klinik olarak belirgin hale gelmeden önce uzun yıllar sessiz bir katil gibi davranır. HT' li hastaların çoğu hastalıklarının farkında değildir ve dolayısıyla bu kişilerin büyük bir kısmında hastaneye ilk gelişlerinde UOH görülür. UOH'un belirtileri arasında inme, koroner arter hastalığı/yapısal kalp sorunları, retinopati, proteinüri/kronik böbrek hastalığı (KBH) ve vücut sisteminin herhangi bir yerindeki aterosklerotik değişiklikler gibi mikro ve makro vasküler patolojiler yer alır. UOH'nın erken tespiti ve tedavisi, hipertansif hastada kardiyovasküler prognozu belirler ve daha fazla hasarı geciktirebilir veya önleyebilir. Bu çalışmanın amacı yeni tespit HT hastalarında uç organ hasarının yaygınlığını tespit etmektir

**Yöntem:** Hastanemiz İç hastalıkları, nefroloji ve kardiyoloji polikliniklerine 2021-2023 yılı içerisinde başvuran, 18 yaş üstü, sekonder HT tespit edilmeyen yeni tanı HT hastalar çalışmaya dahil edildi. Uç organ hasarı için EKG ile sol ventrikül hipertrofisi, idrarda mikroalbuminüri bakıldı ve göz dibi incelemesi yapıldı. Hastalar JNC 7 önerilerine göre evrelendi.

**Bulgular:** Çalışmaya yaş ortalaması 42±8 yaş olan 128 hasta (70 erkek, %54,8) dahil edildi. 10 hastanın Diabetes Mellitusu (%7,8), 17(%13,3) hastanın dislipidemisi mevcuttu. Aile öyküsü olan 95 hasta mevcuttu (%74,2). En sık başvuru nedeni baş ağrısı idi (11 hasta, %86,7). 25 hasta (%10,5) evre 1 HT ile başvururken, 103 hastada (%80,5) evre 2 HT mevcuttu. 10 hastada mikroalbuminüri (%7,8), 9 hastada sol ventrikül hipertrofisi (%7), 58 hastada ise retinopati (%45,3) tespit edildi. Herhangi bir uç organ hasarı varlığı ise 66 hastada (%51,6) tespit edildi.

**Sonuç:** UOH yeni tespit HT da beklenenden daha fazladır. Yeni tespit HT'da UOH'nın taranması bu komplikasyonların tanısı ve takibi açısından önemlidir. Ayrıca toplumun HT farkındalığını arttıracak çalışmalar ile UOH'nın neden olabileceği komplikasyonların önüne geçmek mümkündür.

**Anahtar Kelimeler:** Hipertansiyon, nefropati, retinopati, uç organ hasarı





## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** S-017

**Bildiri Durumu:** Kabul: Sözlü

### **Azerbaycan popülasyonunda son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olan hastalarda böbrek nakli etkinliğinin araştırılması : iki hastanenin (tek takımın) sonuçlarının retrospektif analizi**

Rashad Sholan<sup>1</sup>, Ulduz Hashimova<sup>2</sup>, Nergiz Bahşeliyeva<sup>1</sup>, Aydan Yusifova<sup>1</sup>, Hatira Safihanova<sup>2</sup>, Anar Almazhanli<sup>1</sup>, Kenan Ahmedov<sup>3</sup>, Nermin Mammadova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Devlet Tehlikesizliği Hastanesi, "Böbrek Hastalıkları ve Orqan Nakli" bölümü , Bakü, Azerbaycan

<sup>2</sup>Abdulla Qarayev adına Fizyoloji Enstitüsü, "İmmunofizyoloji ve Deneysel Transplantoloji" bölümü, Bakü, Azerbaycan

<sup>3</sup>Devlet Tehlikesizliği Hastanesi, "Anestezioloji ve Reanimasyon" bölümü , Bakü , Azerbaycan

Nergiz Bahşeliyeva / Devlet Tehlikesizliği Hastanesi, "Böbrek Hastalıkları ve Orqan Nakli" bölümü , Bakü, Azerbaycan

**Amaç:** Bu çalışmada amacımız takımımız tarafından iki merkezde son 5 senede gerçekleştirdiğimiz 188 böbrek nakli olgusunun sonuçlarının retrospektif analizi olmuştur.

**Yöntem:** Bu amaçla 2018-2023 senelerinde iki merkezde ( Devlet Tehlikesizliği Hastanesi ve Respublika Diagnostika Merkezi) takımımız tarafından gerçekleştirilen canlıdan canlıya böbrek nakli vakalarının demoqrafik verileri, preoperatif ve postoperatif klinik bilgileri , komplikasyon, rejeksiyon ve mortalite oranları gözden geçirilmiştir.

**Bulgular:** Canlıdan canlıya böbrek nakli uygulanan 188 hastanın verileri ve takip belgeleri gözden geçirildi. Hastaların 113 –ü (%60) erkek , 74-ü kadındı (%40). Hastaların ortalama yaşı 34 ( 13-70) olarak hesaplandı. SDBY olan hastaların 32-ne ( %17) preemptif olarak böbrek nakli gerçekleştirildi. Böbrek nakline kadar ortalama hemodializ süresi 28 ay ( 2-240 ay) olarak kaydedildi. Preoperatif bakıldığında hastaların ortalama kreatinin değeri 8.85 ( 2.8-24.7) mg/dl olarak , glomerüler filtrasyon hızı ( GFH) ise 8.4 ml/min/1.73 m2 olarak değerlendirildi. Hastalığın etyolojisi gözden geçirildiğinde SDBY-e neden olan hastalıklar aşağıdaki gibi sıralanabilir : glomerülonefrit- 80 hasta ( %42) , böbrek taşı-8 hasta (%4.2), veziküloüreteral reflü – 13 hasta (%7) , polikistik böbrek hastalığı – 9 hasta ( % 4.7) , interstisyel nefrit -9 hasta (%4.7) , hipertansiyon -9 hasta (%4.7) , fokal segmental glomerüloskleroz(FSGS)-10 hasta (%5.3) ; %27.4 olgularda ise etyoloji bilinmemekte idi. Postoperatif dönemde 1 hastada hiperakut rejeksiyon , 1 hastada renal arter trombozu izlendi . Akut rejeksiyon oranı %5.31 (10 hasta )

olarak hesaplandı. Bu hastalardan 6-nın grefti ek tedavilerle korundu, 4 hastada ise greft kaybı yaşandı(%2.1) . 1 hastada BK virüs nefropatisne bağı olarak postoperatif 14 cü ayda SDBY gelişmiştir. 3 yıllık sağkalım oranları aşağıdaki gibi sıralanabilir : 1 hasta – postoperatif erken serebrovasküler olay (SVO) nedeni ile, 1 hasta akciğer tromboembolisi nedeniyle , 5 hasta ise – COVID 19 nedeniyle postoperatif 12-24 aylarda hayatını kaybetmiştir . Toplam mortalite oranı %3.7 ( 7 hasta) olarak hesaplanmıştır. Postoperatif 36 cı ayda kreatinin değeri ortalama 1.3 mg/dl (  $\pm 0.5$  ) , GFH değeri ise ortalama 92.6 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> olarak kaydedilmiştir.

**Sonuç:** Yapılan çalışmamızda böbrek naklinin seçilmiş merkezlerde SDBY hastaları için en etkin ve güvenilir tedavi yöntemi olduğu gösterilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** böbrek nakli, son dönem böbrek yetmezliği, rejeksiyon, preemptif



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** S-018

**Bildiri Durumu:** Kabul: Sözlü

## Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Nötrofil-Lenfosit Oranı ile Mikroalbuminüri Arasındaki İlişki

Nurgül Tükel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sultan II. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Nurgül Tükel / Sultan II. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Amaç:** İnflamatuvar süreçler, hipertansiyon ve komplikasyonlarının patogeneğinde önemli bir rol oynamaktadır. Hipertansiyon sık görülen bir hastalıktır ve kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin önde gelen risk faktörlerindendir. Proteinüri, böbrek yetmezliği, sol ventriküler hipertrofisi, retinopati ve vasküler demans gibi hedef organ hasarı ile ilişkilidir. Bu çalışmanın amacı, hipertansiyon tanılı hastalarda, sık kullanılan bir inflamatuvar belirteç olan nötrofil-lenfosit oranı (NLO) ile albuminüri arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

**Yöntem:** Bu çalışmaya Eylül 2023- Mart 2024 tarihleri arasında Sultan II. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Hipertansiyon Polikliniğe başvuran, 18-65 yaş aralığında esansiyel hipertansiyon tanısı dışında başka bilinen sistemik hastalığı olmayan, eGFR  $\geq 60$  mL/dak/1,73 m<sup>2</sup> olan 165 hasta dahil edilmiştir. Son 3 ay içinde geçirilmiş ciddi hastalık veya operasyon öyküsü olan ve hipertansiyona bağlı bilinen proteinüri dışında hedef organ hasarı olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmanın dizaynı retrospektif kesitsel olarak planlanmış olup, hasta verileri hasta dosyaları ve hastane otomasyon bilgi sisteminden elde edilmiştir. Hastalar idrar albümin atılımına göre mikroalbuminürik grup (n=101) ve normoalbuminürik grup (n=64) olmak üzere iki gruba ayrıldı. NLO, mutlak nötrofil sayısı lenfosit sayısına bölünerek elde edilmiştir. Normoalbuminüri spot idrar albumin-kreatinin oranının 30 mg/g'ın altında olması ve mikroalbuminüri spot idrar albumin-kreatinin oranının 30-300 mg/g arasında olması olarak tanımlanmıştır.

**Bulgular:** Çalışma gruplarının demografik verileri ve laboratuvar parametreleri Tablo. 1' de verilmiştir. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet dağılımı açısından anlamlı fark saptanmadı ( $p>0.05$ ). NLR, mikroalbuminürik hastalarda ( $1,96 \pm 0,69$ ) normoalbuminürik hastalara ( $1,6 \pm 0,45$ ) kıyasla anlamlı derecede yüksekti ( $p < 0,05$ ). Tüm çalışma grubunda idrar albümin atılımı ile NLO arasında pozitif bir korelasyon bulundu ( $r = 0,211$ ,  $p < 0,005$ ).



**26. ULUSAL  
HİPERTANSİYON  
VE  
BÖBREK HASTALIKLARI  
KONGRESİ**

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
**8-12 MAYIS 2024**



Tablo.1

|                                               | <u>Normoalbuminürik<br/>grup</u> | <u>Mikroalbuminürik<br/>grup</u> |
|-----------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
|                                               | (n=64)                           | (n=101)                          |
| Cinsiyet (erkek/ kadın)                       | 29/35                            | 41/60                            |
| Yaş (yıl)                                     | 51.26 ±11.2                      | 53.38 ± 11.8                     |
| Serum kreatinin (mg/dl)                       | 0.71 ± 0.11                      | 0.86 ± 0.16                      |
| GFR (mL/ dak)                                 | 93.02 ± 16.8                     | 88.89 ± 17.89                    |
| Albuminüri (mg/g)                             | 13.46 ± 4.92                     | 148.04 ± 87.33                   |
| Wbc (*10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )      | 6.88 ± 1.53                      | 7.92 ± 1.79                      |
| Nötrofil (*10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> ) | 4.12 ± 1.43                      | 4.72 ± 1.38                      |
| Lenfosit (*10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> ) | 2.58 ± 0.58                      | 2.42 ± 0.61                      |
| Nötrofil-lenfosit oranı                       | 1.6 ± 0.45                       | 1.96 ± 0.69                      |

Normoalbuminürik ve mikroalbuminürik hastalarda demografik veriler ve laboratuvar parametreleri

**Sonuç:** Mikroalbuminüri, kardiyovasküler olaylar ve kötüleşen böbrek fonksiyonu için bağımsız bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Mikroalbuminüri varlığı vasküler hasarın ve endotel disfonksiyonunun bir göstergesidir, bu nedenle birçok vakada böbrek hastalığının en erken belirtisidir. Son yıllarda, NLR'nin maligniteler ve kardiyovasküler hastalıklar gibi çeşitli durumlarda inflamasyonu belirlediği klinik çalışmalarla gösterilmiştir. Bu çalışmada basit ve ucuz bir test olan tam kan sayımından elde edilen NLO ile hipertansif hastalarda mikroalbuminüri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu çalışma, NLO' nın hipertansif hastalarda albuminüri gelişimini ve hipertansif nefropati riskini değerlendirmek için bir belirteç olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** nötrofil-lenfosit oranı, hipertansiyon, albuminüri







# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** S-019

**Bildiri Durumu:** Kabul: Sözlü

## 24 saat ambulator kan basıncı takibi yapılmış olan hastaların kan basıncı ortalamaları ile STOP-BANG anketi skorları arasındaki ilişki

Ertuğrul Erol<sup>1</sup>, Aydan Mütüş Alan<sup>1</sup>, Ali Osman Polat<sup>1</sup>, Ahmet Murt<sup>1</sup>, M. Tamer Dincer<sup>1</sup>, Sinan Trabulus<sup>1</sup>, Nurhan Seyahi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

Ertuğrul Erol / İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

**Amaç:** STOP-BANG anketi, obstrüktif uyku apnesi (OSA) riskini saptamada %90'lara ulaşan duyarlılığa sahiptir. OSA, sempatik ve renin anjiyotensin sistem aktivitesindeki artış, hipoksemi ve periferik vazokonstriksiyon gibi nedenlerle sekonder hipertansiyon için risk faktörleri arasındadır. Bu çalışmada, STOP-BANG anketi skorları ile kan basıncı ortalamaları arasındaki ilişkinin analiz edilmesi ve bu sayede anketin poliklinik başvurularında hipertansiyon ilişkili riskleri ne kadar saptayabileceğinin ortaya konması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya yirmi-dört saat kan basıncı takibi yapılmış olup, STOP-BANG anketini yanıtlayan 103 hasta dahil edilmiştir. Hastalar 50,4±15,2 yaşında olup, vücut kitle indeksleri 28,5±5,4 kg/m<sup>2</sup> idi. Anket, her biri 1 puanlık 8 sorudan oluşmakta olup, 1-2 puan OSA açısından düşük riskli hastaları, 3-4 puan orta riskli hastaları, 5-8 puan ise yüksek riskli hastaları belirtmektedir. Hastaların, 24 saat, gündüz ve gece ortalama kan basınçları risk durumlarına göre karşılaştırılmıştır.

**Bulgular:** Anket sonuçlarına göre 71 hastanın (%68,9) OSA açısından en az orta riskli olduğu saptandı. Bu hastaların 24 saat, gündüz ve gece sistolik ve diyastolik kan basıncı ortalamaları da daha yüksekti. Diyastolik kan basıncı farkları, sistolik kan basıncı farklarına göre istatistiksel olarak daha anlamlıydı. (24 saat, gündüz ve gece için sırasıyla p=0,003 , p=0,006 , p<0,001 vs p=0,03 , p=0,046 , p=0,021). OSA açısından en az orta riskli hasta grubunda non-dipping hipertansiyon bulunma riski daha yüksekti (p=0,017). Anketten alınan total skor ile kan basıncı ortalamaları arasında da orta düzeyde bir korelasyon mevcuttu. Bu korelasyon gece diyastolik kan basıncı ortalamaları için en belirgin düzeydeydi (r=0,305, p=0,02). Hastalar anketle belirlenen risk durumlarına göre (düşük, orta ve yüksek) karşılaştırdıklarında, yaş ve vücut kitle indeksi riskin artması ile artmaktaydı (sırasıyla p=0,05 ve <0,001). Yine 24 saat, gündüz ve gece sistolik ve diyastolik kan basıncı ortalamaları da üç risk grubu arasında anlamlı olarak farklıydı.

**Sonuç:** STOP-BANG anketi, ortalama kan basıncı ve non-dipping hipertansiyon paterni ile ilgili bilgi sağlayabilmektedir. Bu özelliğıyle, poliklinik koşullarında, 24 saat kan basıncı izleminin hemen yapılamayacağı hastalarda hipertansiyon ve ilişkili risklerin belirlenmesi için uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sekonder hipertansiyon, OSAS, Uyku apne, STOP-BANG



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** S-020

**Bildiri Durumu:** Kabul: Sözlü

## KKTC' de Hipertansiyon Prevalansı ve Prediktörleri

Ahmet Behlül<sup>1</sup>, Düriye Deren Oygur<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dr Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Düriye Deren Oygur / Dr Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Nefroloji Kliniği

**Amaç:** Hipertansiyon(HT) dünya çapında görülme sıklığı giderek artan halk sağlığı sorunudur. Toplum temelli araştırmamız ile Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde ki (KKTC) HT prevalansının belirlenmesi ve HT tedavi, kontrol düzeyleri ve etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Nüfus dağılımı dikkate alınarak ülkemizin kentsel ve kırsal olmak üzere 6 farklı bölgesinden 18-99 yaş arası yetişkin nüfustan ulusal temsili bir örneklemden tabakalı rastgele örnekleme yöntemi ile toplam 4007 denek dahil edildi. Tıbbi veriler, adreslerine en yakın sağlık merkezlerinde randevu oluşturularak kayıt altına alındı. Kan basıncı ölçümleri kola takılan otomatik kan basıncı ölçüm aleti kullanılarak, osilometrik yöntemle gerçekleştirildi. Hipertansiyon tanısı için kan basıncının 140/90mm Hg ve üzerinde olması veya antihipertansif tedavi alıyor olmak veya daha önce HT tanısının konmuş olması kriteri kullanıldı. Kan basıncının kontrol altında olma kriteri olarak <140/90mmHg değeri esas alındı.

**Bulgular:** Analize alınan 4007 deneğin %56,3'ü kadındı ve ortalama yaşları 51,2±14,3 yılı. Ülkemizde erişkinler arasındaki genel hipertansiyon sıklığı % 41,2 bulunmuştur. Toplumun ortalama kan basıncı (KB) düzeyi sistolik 122,4±16,8, diastolik 76,3±10,7 saptanmıştır. %9,1'inde yalnız sistolik, %6,4'ünde yalnız diastolik ve %8,9'unda ise hem sistolik, hem de diastolik hipertansiyonun varlığı saptanmıştı. 65 yaş ve üzerinde ise aynı değerlerin sıklığı, sırasıyla %22,0, %6,0 ve %17,0 olarak bulunmuştur. HT yaşlanmaya paralel olarak artmaktadır. Toplumda artan yaş, erkek cinsiyet, sigara kullanımı, kronik böbrek hastalığı, diyabet, obezite, tuz tüketimi, hiperlipidemi ve menopoz HT görülme olasılığını artırmıştır. Hipertansiyonlu tanımı kapsamına giren erkeklerin %55,8, kadınların %67,4'ü ilaç tedavisi kullanmaktadır. İlaç alanlardan %56,9'unda tansiyonun tam kontrol altına alındığı (kan basıncı<140 ve <90 mmHg) saptanmıştır.

**Sonuç:** KKTC' de yetişkin popülasyondaki yaklaşık her beş kişiden ikisinde HT mevcuttur ve erkeklerde görülme sıklığı daha fazladır. Tedavi alma ve kontrol oranları kabul edilebilir düzeyde değildir. Önlenabilir risk faktörleri olarak sigara içiciliği, obezite, tuz kullanımı, diyabet





# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
**8-12 MAYIS 2024**



ve hiperlipidemi ön plana çıkmaktadır. KKTC' de HT' un etkili bir şekilde saptanması, önlenmesi, tedavi edilmesi ve kontrol altına alınmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** "Hipertansiyon", "prevalans", "KKTC"



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** S-021

**Bildiri Durumu:** Kabul: Sözlü

### **Lupus Nefritinde Böbrek Biyopsisi Tanısı Öncesi Lupus Öyküsünün Klinik ve Laboratuar Özellikleri: Tek Merkezli, 18 Yıllık Retrospektif Bir Çalışma**

Gizem Kumru<sup>1</sup>, Elif Gizem Aktaş<sup>2</sup>, Çağrı Küçükkayıkçı<sup>2</sup>, Şule Şengül<sup>1</sup>, Sim Kutlay<sup>1</sup>, Kenan Keven<sup>1</sup>, Gökhan Nergizoğlu<sup>1</sup>, Şehsuvar Ertürk<sup>1</sup>, Kenan Ateş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Çağrı Küçükkayıkçı / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

**Amaç:** Böbrek tutulumu sistemik lupus eritematozus (SLE) hastalarının yaklaşık %50'sinde klinik olarak belirgindir ve önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Biz çalışmamızda üçüncü basamak bir hastaneden 18 yıllık süre içinde biyopsi ile kanıtlanmış lupus nefritinin özelliklerini analiz etmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Ocak 2005-Aralık 2023 tarihleri arasında yapılan 1177 böbrek biyopsisi geriye dönük olarak incelendi. Böbrek biyopsisi sonucu lupus nefriti ile uyumlu değerlendirilen 66 hasta biyopsi öncesi SLE tanısı olmayan (Grup A) ve olan (Grup B) iki gruba ayrıldı. Hastaların demografik özellikleri, komorbiditeleri, böbrek dışı lupus tutulumları, böbrek biyopsisi endikasyonları, tanı ve takibindeki laboratuvar verileri toplandı.

**Bulgular:** Biyopsi ile lupus nefriti tanısı alan 66 hastanın 29'unun (Grup A,%43,9) biyopsi öncesi SLE tanısı yoktu, 37'sinin (Grup B,%56,1) ise SLE tanısı biyopsi öncesi konulmuştu. Hastaların ortalama hasta yaşı  $38 \pm 13$ , kadın:erkek oranı 2,1 idi. Böbrek biyopsisinin en sık endikasyonu nefrotik sendromdu (%43,9), bunu asemptomatik idrar anormallikleri (%28,8) ve kronik böbrek hastalığı (%10,6) izliyordu. Biyopsi sırasında tahmini glomerüler filtrasyon hızı (tGFH) 85,7ml/dk/1,73m<sup>2</sup>, 24 saatlik proteinüri 3000mg/gün ve serum albümin 3,0g/dl ölçüldü. Hastaların %59,1'inde tanıda mikroskopik hematüri mevcuttu. Hastaların %65,6'sında kompleman düzeyi düşüktü ve %56,1'inde anti-dsDNA antikor düzeyinin referansın >2 kat artmış idi (Tablo-1). Grup A'da Grup B'ye göre biyopsi sırasında serum albumin değerinin daha düşük (p=0,046), anti-dsDNA antikor düzeyinin referansın >2 kat artışının (p=0,001), mukokütanöz tutulum (p=0,005) ve eklem tutulumunun (p=0,007) daha az olduğu görüldü. Ortalama 64 aylık takip süresi sonunda Grup B'nin çoklu immünsupresif alma sıklığının daha fazla olduğu (p=0,005), ancak gruplar arası sonlanımın farklı olmadığı izlendi. Başlangıca göre takip sonunda serum kreatinin düzeyinde artış (p=0,02) ve tGFH'de azalma (p=0,055) görülmekle birlikte, sadece 5 hastada son dönem böbrek yetmezliği gelişti (4 hasta diyaliz, 1



**26. ULUSAL  
HİPERTANSİYON  
VE  
BÖBREK HASTALIKLARI  
KONGRESİ**

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
**8-12 MAYIS 2024**



hasta böbrek nakli). Takip sonunda serum albümin artışı ( $p<0,001$ ) ve proteinüride azalma ( $p=0,003$ ) belirlendi.

Hastaların SLE tanı grubuna göre biyopsi sırasında klinik ve laboratuvar özellikleri

|                                                                       | Grup A<br>(n:29, %43,9) | Grup B (n:37,<br>%56,1) | p-değeri     | Toplam (n:66,<br>%100) |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|------------------------|
| <b>Böbrek dışı kriterler</b>                                          |                         |                         |              |                        |
| Mukokütanöz tutulum                                                   | 9 (31,0)                | 20 (54,0)               | <b>0,005</b> | 29 (43,9)              |
| Eklem tutulumu                                                        | 8 (27,6)                | 18 (48,6)               | <b>0,007</b> | 26 (39,4)              |
| Serozit                                                               | 6 (20,7)                | 2 (5,4)                 | 0,431        | 8 (12,1)               |
| Nörolojik tutulum                                                     | 2 (6,9)                 | 4 (10,8)                | 0,384        | 6 (9,1)                |
| Hematolojik tutulum                                                   | 18 (62,1)               | 22 (59,6)               | 0,890        | 40 (60,6)              |
| <b>İmmunolojik kriterler</b>                                          |                         |                         |              |                        |
| ANA pozitifliği                                                       | 22 (75,8)               | 30 (81,1)               | 0,165        | 52 (78,8)              |
| Anti-dsDNA antikor düzeyi, ortalanca (min-max) (0-19,99 IU/ml) (n=57) | 13,6 (0-8676)           | 210,6 (6,8-3242,2)      | 0,820        | 68,5 (0-8676)          |
| Anti-dsDNA antikor düzeyi referansın >2 kat (n=57)                    | 9 (33,3)                | 23 (76,7)               | <b>0,001</b> | 32 (56,1)              |
| Anti-Sm pozitifliği                                                   | 3 (10,3)                | 8 (21,6)                | 0,291        | 11 (16,7)              |

|                                                                 |                  |                  |              |                  |
|-----------------------------------------------------------------|------------------|------------------|--------------|------------------|
| Antifosfolipid antikor pozitifliği                              | 3 (10,3)         | 5 (13,5)         | 1,000        | 8 (12,1)         |
| C3 düzeyi, ortalama $\pm$ SD (0,79-1,52 g/L) (n=64)             | 0,84 $\pm$ 0,41  | 0,72 $\pm$ 0,31  | 0,163        | 0,77 $\pm$ 0,36  |
| C4 düzeyi, ortanca (min-max) (0,16-0,38 g/L) (n=64)             | 0,17 (0,05-0,49) | 0,12 (0,03-1,16) | 0,704        | 0,14 (0,03-1,16) |
| Düşük kompleman düzeyi (n=64)                                   | 16 (57,1)        | 26 (72,2)        | 0,208        | 42 (65,6)        |
| Biyopsi sırasında immunsupresif tedavi kullanımı, n (%) (n=51)  | 9 (36,0)         | 21 (80,8)        | <b>0,001</b> | 30 (58,8)        |
| <b>Böbrek tutulumu özellikleri</b>                              |                  |                  |              |                  |
| Serum kreatinin (mg/dl), ortanca (min-max)                      | 0,89 (0,43-5,24) | 0,80 (0,42-4,22) | 0,054        | 0,83 (0,42-5,24) |
| tGFH (CKD-EPI) (ml/min/1.73 m <sup>2</sup> ), ortalama $\pm$ SD | 78,4 $\pm$ 50,0  | 91,4 $\pm$ 44,3  | 0,266        | 85,7 $\pm$ 47,0  |
| Serum albumin g/dL, ortalama $\pm$ SD                           | 2,8 $\pm$ 0,8    | 3,2 $\pm$ 0,7    | <b>0,046</b> | 3,0 $\pm$ 0,8    |
| 24 saatlik proteinüri derecesi                                  |                  |                  | 0,254        |                  |
| <1 g/gün, n (%)                                                 | 2 (6,9)          | 8 (21,6)         |              | 10 (15,2)        |

|                      |           |           |       |           |
|----------------------|-----------|-----------|-------|-----------|
| 1-3 g/gün, n (%)     | 11 (37,9) | 12 (32,4) |       | 23 (34,8) |
| >3 g/gün, n (%)      | 16 (55,2) | 17 (45,9) |       | 33 (50,0) |
| Mikrohematüri, n (%) | 14 (48,3) | 25 (67,6) | 0,155 | 29 (59,1) |

**Sonuç:** Çalışmamızda lupus nefriti tanısı alan hastaların yaklaşık %45’i SLE tanısını da böbrek tutulumu ile almıştır. Bu hastalarda anti-dsDNA antikor düzeyinin referansın >2 kat artışının, mukokütanöz ve eklem tutulumunun daha az olduğu dikkat çekmektedir. Persistan hematürinin eşlik ettiği aktif idrar sedimenti, proteinüri ve/veya serum kreatinin düzeyinde artış olan hastalarda böbrek biyopsisi doğru tanı ve histolojik alt tipin belirlenmesinin yanı sıra, SLE’nin ilk tanısında da önemli rol oynamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** lupus nefriti, böbrek biyopsisi





# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** S-022

**Bildiri Durumu:** Kabul: Sözlü

## Spot İdrar Protein/Kreatinin Oranının 24 Saatlik İdrar Protein Atılımı ile Karşılaştırılması: Farklı Proteinüri Seviyelerinde Korelasyon Analizi

Özger Akarsu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özger Akarsu / SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Amaç:** Proteinüri tanısının altın standardı, 24 saatlik idrar örneğinde protein içeriğini ölçmektir. Spot idrar protein/kreatinin (P/K) oranı, klinik pratikte daha kolay uygulanabilir alternatif olması nedeni ile öne çıkan bir yöntemdir. Bu çalışmada, farklı proteinüri seviyelerinde spot idrarda P/K oranının 24 saatlik idrar toplam protein atılımı ile korelasyonunu araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Bu kesitsel çalışmada, son bir yıl içerisinde nefroloji polikliniğimize başvuran 132 (70 erkek, 62 kadın) kronik böbrek yetmezliği olan hastanın toplanan 24 saatlik idrar örneği ile eş zamanlı olarak spot idrar P/K oranları analiz edildi. Hastaların ortalama yaşı  $54.9 \pm 14.8$  idi. 24 saatlik idrar toplam protein atılımı, standart laboratuvar yöntemleri kullanılarak ölçüldü. Spot idrar P/K oranı belirlendi. Korelasyonun gücü, interklas korelasyon testi (ICC) ve Spearman korelasyon analizi ile (SCC) hesaplanarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Tüm gruplar arasında 24 saatlik proteinüri ile spot idrar P/K oranı arasında güçlü bir korelasyon gözlemlendi (SCC:  $r = 0.836$ ,  $P < 0.001$ ). Farklı proteinüri seviyelerinde korelasyon katsayıları ve ICC değerleri ise gruplara göre bakıldığında:  $<300\text{mg}$ : SCC:  $r = 0.032$ ,  $P = 0.831$ ; ICC:  $0.563300-3499\text{mg}$ : SCC:  $r = 0.793$ ,  $P < 0.001$ ; ICC:  $0.690 \geq 3500\text{mg}$ : SCC:  $r = 0.804$ ,  $P < 0.001$ ; ICC:  $0.727$  idi (Şekil 1)

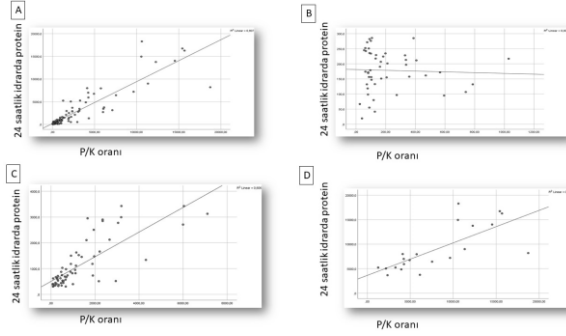


# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



Şekil 1



A) Tüm hastalarda 24 saatlik proteinüri ile spot idrar P/K oranı arasındaki korelasyon B) <300 mg/gün proteinüri olan hastalarda 24 saatlik proteinüri ile spot idrar P/K oranı arasındaki korelasyon C) 300-3499 mg/gün proteinüri olan hastalarda 24 saatlik proteinüri ile spot idrar P/K oranı arasındaki korelasyon D) ≥3500 mg/gün proteinüri olan hastalarda 24 saatlik proteinüri ile spot idrar P/K oranı arasındaki korelasyon

**Sonuç:** Sonuç olarak, spot idrarda P/K oranının orta ve ileri düzeyde proteinürisi olan hastalarda 24 saatlik idrar protein atılımını tahmin etmek için kullanılabilir. Bulgularımız, düşük proteinürlü hastalarda spot idrarda P/K oranının güvenilir olmadığını göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** kronik böbrek yetmezliği, 24 saatlik idrarda proteinüri, spot idrarda proteinüri



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



## POSTER BİLDİRİLER

**Yayın No:** P-001

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### Renal Biyopsi Sonrası Radyolojik İşlem Gereksinimi Olan Hastaların Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi

Asil Demirezen<sup>1</sup>, Ali Osman Taş<sup>2</sup>, Sümeyye Taş<sup>2</sup>, Ömer Faruk Akçay<sup>1</sup>, Betül Öğüt<sup>3</sup>, İpek Işık  
Gönül<sup>3</sup>, Turkane Fetullayeva<sup>4</sup>, Burak Kalafat<sup>4</sup>, Fatih Öncü<sup>4</sup>, Özant Helvacı<sup>1</sup>, Galip Güz<sup>1</sup>,  
Yasemin Erten<sup>1</sup>, Ülver Boztepe Deric<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Nefroloji Bilimdalı, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilimdalı, Ankara, Türkiye

<sup>3</sup>Gazi Üniversitesi Tıbbi Patoloji Anabilimdalı, Ankara, Türkiye

<sup>4</sup>Gazi Üniversitesi Radyoloji Anabilimdalı, Ankara, Türkiye

Asil Demirezen / Gazi Üniversitesi Nefroloji Bilimdalı, Ankara, Türkiye

**Amaç:** Böbrek biyopsisi altta yatan renal parankimal hastalığın tanı ve tedavisi için altın standart yöntemdir. Renal biyopsi işlemi esnasında ultrasonografinin kullanımı komplikasyon oranlarını büyük ölçüde azaltmıştır. Perkütan renal biyopsi sonrası gelişen kanamalar genellikle kanayan damarın selektif embolizasyonu ile tedavi edilmektedir. Yakın zamanlı yapılan çalışmalarda ve metanalizlerde perkütan renal biyopsi sonrası majör komplikasyon gelişimi %0,3-1,5 arasında değişen oranlarda saptanmıştır. Çalışmamızda merkezimizde yaptığımız perkütan renal biyopsiler sonrası radyolojik işlem gereksinimi olan hastaların genel özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Çalışmaya 2008-2023 yılları arasında yaptığımız 2748 perkütan renal biyopsi sonrasında radyolojik işlem gereksinimi olan 15 hasta dahil edildi ancak 14 hastanın renal biyopsi patoloji sonucuna ulaşılabildi. Hastaların klinik özellikleri, biyopsi sonuçları ve işlem sonrası gelişen komplikasyonlarına dair verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Perkütan renal biyopsi sonrası radyolojik işlem gereksinimi olan hastaların oranı %0,5'ti. Hastaların ortalama yaşı 45,1±22,5 olup, grubumuzda erkek hastalar daha fazlaydı (%67). Hipertansiyon hastalarımızın %53'ünde mevcuttu, antiagregan kullanım öyküsü olup işlem öncesi kesilen 3 (%20) hastamız vardı. 8 (%53) hastamızda görüntülemelerde hematoma saptandı. İşlem öncesi ve sonrası toplam yatış süresi ortalama 19,5±14,1 gündü. Hastaların biyopsi sonuçları değerlendirildiğinde >%50 global glomeruloskleroz 5 (%36) hastada mevcut



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



iken, orta ve ciddi interstisyel fibrozis/tübüler atrofi (IF/TA) 9 (%65) hastada saptandı (Tablo 1).

Tablo 1: Böbrek biyopsisi sonrası girişimsel işlem ihtiyacı olan hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri

|                                    | Toplam n=15      |
|------------------------------------|------------------|
| Yaş                                | 45.1±22.5        |
| Cinsiyet (Erkek)                   | 10 (%67)         |
| DM                                 | 4 (%27)          |
| HT                                 | 8 (%53)          |
| KAH                                | 3 (%20)          |
| Antiagregan Kullanımı              | 3 (%20)          |
| Biyopsi Öncesi Laboratuvar         |                  |
| Kreatinin (mg/dL)                  | 2,6±1.6          |
| eGFR (mL/dk)                       | 46.9±41.5        |
| Albumin (g/dL)                     | 3.4±0.9          |
| Hemoglobin (g/dL)                  | 10.4±2.9         |
| Trombosit (x10 <sup>3</sup> /ul)   | 279±148          |
| 24 saatlik idrar proteini (mg/gün) | 2692 (1287-5289) |
| İşlem Nedeni                       |                  |
| Hemoglobin düşüşü                  | 9 (%60)          |
| Hematüri                           | 6 (%40)          |
| Hematom varlığı                    | 8 (%53)          |
| Hematom boyutu (cm)                | 4.4±4.6          |
| Biyopsi özellikleri n=14           |                  |
| Global glomeruloskleroz (>%50)     | 5 (%36)          |
| IF/TA                              |                  |
| Yok                                | 2 (%14)          |
| Hafif                              | 3 (%21)          |

|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| Orta                                | 4 (%29)   |
| Ciddi                               | 5 (%36)   |
| <b>Arterioskleroz</b>               |           |
| Yok                                 | 5 (%36)   |
| Hafif                               | 3 (%21)   |
| Orta                                | 1 (%7)    |
| Ciddi                               | 5 (%36)   |
| <b>İzlemde hemodiyalize başlama</b> | 5 (%33)   |
| <b>Toplam yatış günü</b>            | 19.5±14.1 |

DM: Diyabetes mellitus; HT: hipertansiyon; KAH: Koroner Arter Hastalığı; eGFR: tahmini glomeruler filtrasyon hızı; IF/TA: İnterstisyel fibrozis/Tübüler atrofi

**Sonuç:** Literatürde kadın cinsiyet biyopsi sonrası kanama gelişimi için bir risk faktörü olarak belirtilmiş olup, bizim hasta grubumuzda literatür verisinin aksine erkek hastalar daha yüksek orandaydı. Yine yapılan çalışmalarda hipertansiyon biyopsi sonrası kanama için risk faktörü olarak saptanmış olup, bizim hastalarımızın da çoğunluğunda hipertansiyon mevcuttu. Hastalarımızın büyük kısmında renal biyopside orta-ciddi IF/TA saptanması bu durumun radyolojik işlem gerektiren komplikasyonlar açısından beklendiği gibi bir risk faktörü olabileceğini düşündürmekteydi. Takipte hemodiyalize başlanan hastaların bazal kreatinin değerlerinin de yüksek olması nedeniyle ön planda bu durum biyopsi işlemiyle ilişkili olarak düşünülmedi. Perkütan renal biyopsi sonrası radyolojik işlem gereksinimi oranlarımız literatürde yer alan çalışmalardaki oranlarla benzer olarak saptandı. Verilerimiz perkütan renal biyopsinin güvenli bir işlem olduğunu desteklemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** biyopsi, embolizasyon, kanama, komplikasyon





# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-002

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

## GITELMAN SENDROMLU BİR HASTADA COVID-19 ENFEKSİYONU – OLGU SUNUMU

Kadir İNTAŞ<sup>1</sup>, Gülay ULUSAL OKYAY<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ağrı Diyadin İlçe Devlet Hastanesi, Dahiliye Kliniği

<sup>2</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı

Kadir İNTAŞ / Ağrı Diyadin İlçe Devlet Hastanesi, Dahiliye Kliniği

**Amaç:** Koronavirüs hastalığı-19(COVID-19) pandemisi,şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs tip 2(SARS-CoV-2) virüsü için bir giriş noktası olarak dikkatleri renin-anjiyotensin sistemine (RAS), özellikle de anjiyotensin dönüştürücü enzim 2'ye(ACE2) odaklamıştır.Gitelman sendromlu (GS) hastalar, endojen olarak yüksek ACE2 ve Ang(Anjiyotensin)1-7 seviyelerine sahip nadir genetik tübülopatilerdir.Bu nedenle,bu nadir tübülopatinin COVID-19'a karşı koruyucu bir etki sunması mümkündür.Bu vaka,literatürde Türkiye'den bildirilen ilk COVID-19'lu GS vakasıdır.

**Yöntem:** 26 yaşında GS'li bir kadın hasta polikliniğimize boğaz ağrısı, öksürük ve halsizlik şikayetleriyle başvurdu.Başvuru sırasında vital bulguları stabildi ve fizik muayenede hiperemik orofarenks dışında herhangi bir anormallik saptanmadı.Spironolakton 25 mg, potasyum sitrat, potasyum bikarbonat ve magnezyum oksit 365 mg almaktaydı.PCR testi pozitif çıktı. Şiddetli hipokalemi ve hipomagnezemi nedeniyle hastaneye yatırıldı.Hasta COVID-19'a karşı aşılanmamıştı ve spesifik tedaviyi reddetti.GS tanısı 9 yıl önce klinik ve laboratuvar verilerine dayanılarak konulmuştur.Bu nedenle genetik mutasyon çalışması yapıldı; SLC12A3 geninde homozigot c.513del p.Trp172Glyfs\*10" mutasyonu tespit edildi.Destekleyici tedavinin ardından hasta taburcu edildi.

**Bulgular:** RAS,pandemi boyunca SARS-CoV-2 enfeksiyon sürecinin ayrılmaz bir parçası olmakla kalmamış, aynı zamanda COVID-19'da morbidite ve mortalitenin başlıca nedeni olan akciğer hasarında da önemli bir rol oynadığı görülmüştür.Kuzey İtalya'da yaşayan 128 GS ve Bartter sendromu hastası üzerinde yapılan bir kohort çalışmasında,2020'deki ilk COVID-19 dalgası sırasında hastaların hiçbirinin etkilenmediği veya bu enfeksiyonla ilişkili semptomlar göstermediği tespit edilmiştir. Aynı kohort çalışmalarında yazarlar tarafından COVID-19 hastalığının GS'li olgularda yüksek ACE2 düzeylerinin hastalığa karşı doğal bir koruyucu etkisi olduğu düşünülmüştür.Ayrıca literatürde COVID-19 tanısı almış GS'li hastalarla ilgili başka bir çalışma bulunmamaktadır.Monoklonal antikorlar, remdesivir, molnupravir ve ritonavir gibi



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



antiviral ajanlar ve aşılar etkili tedavi stratejileri ve önleyici tedbirler olarak önerilmiştir. Hayvan çalışmalarında da görüldüğü üzere COVID-19 hastalarında ACEİ veya ARB kullanımının hastalığın prognozu üzerinde olumlu etkileri olup, diğer ilaçların yeniliği ile gelişebilecek olası yan etkiler göz önünde bulundurularak GS vakalarında özellikle hastaların kan basıncına dikkat edilerek çok düşük dozlarda ACEİ veya ARB kullanımı verilebilir.

**Sonuç:** Özetle, bu vaka Türkiye'de COVID-19 ile teşhis edilen ilk GS vakasıdır. Bunun ilk vaka olması, GS'li COVID-19 hastalarında gözlenen koruyucu mekanizma ile açıklanabilir; bu da yüksek ACE2 ve Ang 1-7 seviyelerinin hastalığın ilerlemesini olumlu yönde etkileyebileceğini düşündürmektedir. Düşük doz ACEİ'ler veya ARB'ler hem COVID-19'lu GS hastalarına hem de başka hastalığı olmayan COVID-19 hastalarına verilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Gitelman sendromu, Coronavirus, COVID-19



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-003

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

## HEMODİYALİZ HASTASINDA KATETER KİLİT AMAÇLI KULLANILAN TRİMETOPRİM SÜLFAMETOKSAZOLA BAĞLI METHEMOGLOBİNEMİ

Venüs Tekoğlu Bayram<sup>1</sup>, Gizem Zer Türk<sup>1</sup>, Gözde Buhur Sari<sup>1</sup>, Sibel Ersan<sup>1</sup>, Mehmet Tanrısev<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bakanlığı Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Venüs Tekoğlu Bayram / Sağlık Bakanlığı Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Amaç:** Trimetoprim-sulfametoksazole (TMP-SMX) bağlı gelişen methemoglobinemi bir dizi redüksiyon-oksidasyon reaksiyonları aracılığıyla gerçekleşmektedir. Haftada üç gün hemodiyaliz tedavisinde olan 68 yaşındaki erkek hasta acil servise hemodiyaliz seansından sonra ortaya çıkan morarma ve nefes darlığı ile başvurmuştur. Oda havasında oksijen satürasyonu % 88 olup arteriyel kan gazında methemoglobin seviyesi yüksek saptanmıştır. Olgunun diyaliz çıkışlarında keçeli tünelli kateterinin TMP-SMX ile kapatıldığı ve bununla ilişkili olarak methemoglobinemi geliştiği düşünülmüştür.

**Yöntem:** Methemoglobin, hem demirinin oksitlenerek demir konfigürasyonunu ferröz durumundan ferrik durumuna değiştirdiği bir hemoglobin şeklidir. Methemoglobinemi yaptığı bilinen birçok kimyasal madde ve ilaç bildirilmiştir. Sülfonamide bağlı methemoglobinemi ise oldukça ender görülmektedir

**Bulgular:** Son dönem böbrek hastalığı nedeniyle haftada 3 gün hemodiyaliz programında olan 68 yaşındaki erkek hasta hemodiyaliz sonunda morarma şikayeti olması üzerine hastanemiz acil servisine yönlendirildi. Ko-morbid hastalıkları; parkinson, iskemik serebrovasküler hastalık, hipertansiyon ve diyabetes mellitus idi. Başvuru anında parmak ucu oksijen satürasyonu % 88 ölçüldü. Vital bulguları normal bulundu. Fizik muayenede cilt ve skleralar ikterik , periferik siyanozu mevcuttu. Arteriyel kan gazında ph: 7,39 HCO<sub>3</sub>: 22,2 laktat: 3,5 methb: 12,3 PO<sub>2</sub>:73.8 SatO<sub>2</sub>:95.6 K:4.0 hhb:4.1 idi. Hastanın başvuru anında hemoglobin :6,1 g/dl lökosit:17000/mm<sup>3</sup> , trombosit:581000/mm<sup>3</sup>, biyokimya ve koagülasyon testleri laboratuvar tarafından hemolizli olarak bildirildi. Periferik yayması normal saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografik (BT) görüntülemesinde hastanın hipoksemisini açıklayacak patoloji saptanmadı. Ekokardiyogramda ejeksiyon fraksiyonunun %60 olduğu, biventriküler fonksiyonun normal olduğu ve sağ ventriküler (RV) yüklenme belirtisi olmadığı görüldü. olarak görüldü. Methemoglobinemi nedenine yönelik yapılan sorgulamada hastanın tünelli hemodiyaliz kateterinin her seans çıkışında TMP-SMX ile kapama/kilit yapıldığı öğrenildi. Sistemik dolaşıma



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



karışan sulfonamide bağlı olarak methemoglobinemi geliştiği düşünülen hastaya günlük 2 gr askorbik asit ve oksijen inhalasyonu başlandı. Günlük kan gazından methemoglobin seviyesi takibi yapılarak methemoglobin %1,5'in altına indiğinde tedavi durduruldu.

**Sonuç:** Methemoglobin, hemoglobinin ferröz demirinin ferrik formuna dönüştüğü oksidasyon sonucu oluşan bir hemoglobin şeklidir. Methemoglobin, NADH dehidrogenaz tarafından hemoglobine indirgenerek minimum düzeyde tutulur. Methemoglobinemi, oksidatif stresin enzim rezerv kapasitesini aştığı durumlarda, enzim eksikliğinde veya enzim inhibisyonunda ortaya çıkabilir. İntravenöz trimetoprim-sülfametoksazol içerisindeki yüksek doz sülfametoksazol, NADH dehidrogenaz ın aşırı doymasına ve heme demirin ferrik durumuna oksidasyonunu hızlandırarak belirgin methemoglobinemiye neden olabilir. MHb'nin en tanınan belirtisi siyanozdur. Diğer belirtiler arasında baş ağrısı, yorgunluk, dispne bulunur. MHb'nin tedavisi metilen mavisi veya askorbik asit ile yapılır.

**Anahtar Kelimeler:** methemoglobinemi, Trimetoprim-sulfametoksazol, hemodiyaliz





# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-004

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

## Nüks Potansiyeli Yüksek Hastalıklara Bağlı Son Dönem Böbrek Hastalarında Böbrek Naklinin Uzun Dönem Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Berke Han Orhan<sup>1</sup>, Hüseyin Koçak<sup>1</sup>, Vural Taner Yılmaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları A.D. Nefroloji B.D. Prof. Dr. Tuncer Karpuzoğlu Organ Nakli Merkezi

Vural Taner Yılmaz / Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları A.D. Nefroloji B.D. Prof. Dr. Tuncer Karpuzoğlu Organ Nakli Merkezi

**Amaç:** Çalışmamızda nüks potansiyeli yüksek olan fokal segmental glomerüloskleroz (FSGS), membranoproliferatif glomerulonefrit (MPGN), IgA nefropatisi (IgAN), membranöz glomerulonefrit (MGN) ve atipik hemolitik üremik sendroma (HÜS) bağlı son dönem böbrek hastalarında uzun dönem böbrek nakli sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya Nisan 2000 ve Aralık 2020 tarihleri arasında merkezimizde böbrek nakil yapılan 594 hasta (Grup 1; Nüks potansiyeli düşük: 396 hasta, Grup 2; Nüks potansiyeli yüksek: 198 hasta) dahil edildi. Birinci gruptaki hastalarda DM(n:93), HT(n:93), GN(n:31), konjenital sebepler(n:29), ürolojik sebepler(n:94) ve genetik böbrek hastalıkları(n:55) etiyolojiden sorumluydu. Hastalara ait demografik ve diğer özellikler Tablo 1’de gösterilmiştir. Donör cinsiyeti, yaşı ve VKİ, mismatch sayıları, replasman tedavi modaliteleri, PRA, viral hepatit ve immünosupresif tedavi (indüksiyon, idame) prokollerinin (p sırasıyla:0.384, 0.160) gruplar arasında benzer olduğu görüldü. Çalışma retrospektif olarak yapılmış, nüks tanıları böbrek biyopsisi ile konulmuştur. Ortalama takip süresinin benzer olduğu tespit edildi (sırasıyla 65(0-264) / 65(0-252) ay, p:0.388). Veri analizi SPSS 23.0 ile yapılmıştır.

**Bulgular:** Nüks potansiyeli yüksek hastalık grubunda 16(%8,1) hastada nüks saptandı. Nüks oranları sırasıyla FSGS’de 13/73(%17,8), MPGN’de 2/43(%4,7) ve MGN’de 1/16 (%6,3)’dü. Ortalama 65(0-252) aylık takip sürecinde FSGS’de 21 hastada, MPGN’de 9 hastada, IgA nefropatisinde 8 hastada, MGN’de 4 hastada, aHÜS’de 2 hastada greft kaybı görüldü. Graft kaybı açısından her iki grup arasında anlamlı bir farklılık yoktu (p=0,071). Graft sağkalımı oranlarının nüks potansiyeli yüksek olan hastalarda daha düşük olduğu tespit edildi (p=0,028). Akut rejeksiyon oranları, uzun dönem greft fonksiyonları, hasta sağkalımı (p:0.779), gecikmiş greft fonksiyonu, kronik allograft disfonksiyonu, CMV ve BK virüs yönünden anlamlı farklılık saptanmadı. Son kontrol proteinüri ve LDL kolesterol düzeylerinin ikinci grupta daha yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 1, Figür 1,2).



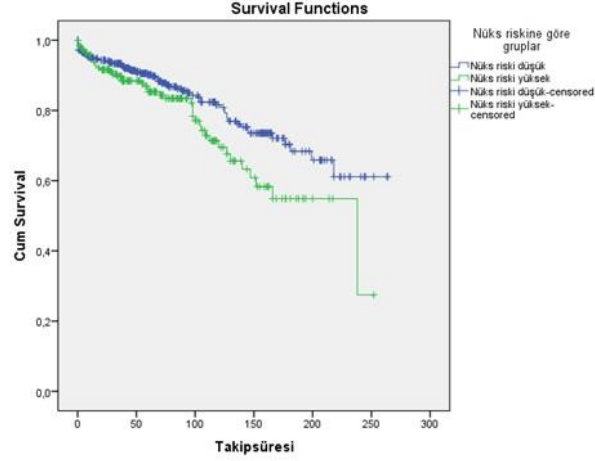


# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024

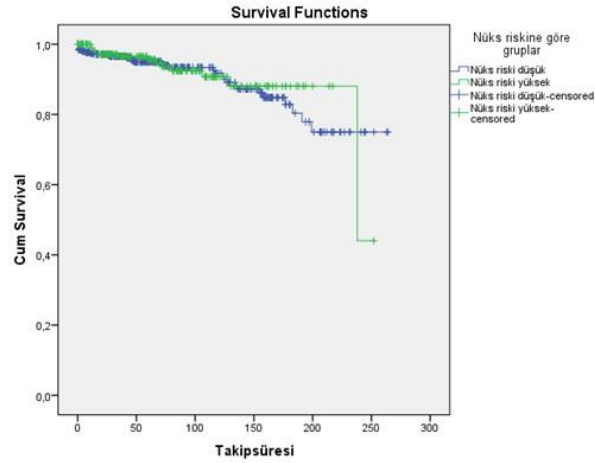


Figür 1



Grupların greft sağkalım eğrileri

Figür 2



Grupların hasta sağkalım eğrileri

Tablo 1

| Parametre                       | Grup 1 (n=396, %66.7)    | Grup 2 (n=198, %33.3)     |       |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------------|-------|
| Cinsiyet <sub>alıcı</sub> (E/K) | 253(%63.9)/<br>143(36.1) | 149(%75.3)/ 49<br>(%24.7) | 0.005 |

|                           |                           |                         |        |
|---------------------------|---------------------------|-------------------------|--------|
| Yaş <sub>alı</sub>        | 40 ±13                    | 32±11                   | <0.001 |
| VKIA (kg/m <sup>2</sup> ) | 26±5                      | 23±4                    | <0.001 |
| Donör tipi (K/C)          | 47(%11.9)/ 349<br>(%88.1) | 14(%7.1)/<br>184(%92.6) | 0.069  |
| Nativ nefrektomi          | 6(%4.7)                   | 1(%1.7)                 | 0.420  |
| Akut rejeksiyon oranı     | 59(%14.9)                 | 38 (29.2)               | 0.242  |
| GGF                       | 16(%4)                    | 7(%3.5)                 | 0.764  |
| Greft kayıp sebepleri     |                           |                         |        |
| Kronik selüler rej.       | 14 (21.2)                 | 6 (13.6)                |        |
|                           | 11 (16.7)                 | 4 (9.1)                 |        |
| Hasta kaybı               | 19 (28.8)                 | 15 (34.1)               |        |
| KAD                       | 9 (13.6)                  | 3 (6.8)                 | 0.005  |
| Kronik ABMR               | 0                         | 9 (20.5)                |        |
| FGSG nüks                 | 0                         | 2 (4.5)                 |        |
| MPGN nüks                 | 11                        | 5                       |        |
| Diğer                     |                           |                         |        |
| Greft kaybı               | 64(%16.2)                 | 44(%22.2)               | 0.071  |
| Hasta kaybı               | 33(%8.3)                  | 13(%6.6)                | 0.447  |
| KAD                       | 16(%4)                    | 16(%8.1)                | 0.04   |
| PTDM                      | 48(%12.1)                 | 11(%5.6)                | 0.012  |
| PTxTm                     | 8(%2)                     | 3(%1.5)                 | 0.759  |
| CMV                       | 32(%8.1)                  | 10(%5.1)                | 0.174  |
| BKV                       | 15(%3.8)                  | 8(%4)                   | 0.880  |
| Greft sağkalımı(%)        |                           |                         |        |
| 1.year                    | 95                        | 95                      |        |
|                           | 93                        | 89                      | 0.028  |
| 3.year                    | 90                        | 85                      |        |

|                         |               |                |        |
|-------------------------|---------------|----------------|--------|
| 5.year                  | 80            | 69             |        |
| 10.year                 |               |                |        |
| PostTx PP               | 15(%3.8)      | 36(%18.2)      | <0.001 |
| PostTx diyaliz          | 12(%3)        | 9(%4.5)        | 0.346  |
| GFR (mL/dk) son kontrol | 72,4±22       | 67,3±27        | 0.588  |
| Proteinüri son kontrol  | 0,2(0,06-1,9) | 0,47(0,07-3,4) | 0.006  |
| Albümin son kontrol     | 4,1±0,38      | 4,1±0,39       | 0.543  |
| LDL son kontrol         | 113±33        | 144±46         | 0.008  |

Grupların demografik ve diğer özellikleri, uzun dönem sonuçlarının karşılaştırılması

**Sonuç:** Çalışmamızda, nüks potansiyeli yüksek hastalarda nüks oranlarının literatüre göre daha düşük olduğu, greft kaybı ve diğer tüm klinik parametreler açısından gruplar arasında fark olmadığı, bunlarla birlikte greft sağkalım oranlarının daha düşük olduğu tespit edildi.

**Anahtar Kelimeler:** Böbrek nakli, FSGS, IgAN, MPGN, greft sağkalımı



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-005

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### **Kronik böbrek yetmezliği olan hastada düşük doza rağmen gelişen kolşisin toksisitesi; Olgu sunumu**

Ceren Gümüsel<sup>1</sup>, Elif Gökçen Vatanoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zonguldak Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi

Ceren Gümüsel / Zonguldak Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi

**Amaç:** Kolşisin, gut artriti, psödogut, Behçet hastalığı ve ailevi akdeniz ateşi (FMF) gibi hastalıklarda kullanılan bir ilaçtır. Esas olarak karaciğerde metabolize olur ve metabolitleri safra ve bağırsak ile atılarak enterohepatik sirkülasyona girer. %30'u idrarla değişmeden atılır. Olguda kolşisin toksisitesine bağlı yaygın kas ağrısı, karaciğer ve kas enzim yüksekliği ile gelen kronik böbrek yetmezlikli (KBY) olgumuzu sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** 57 yaşında, bilinen FMF ve KBY tanıları olan erkek hasta, acil servise karın ağrısı ve bacaklarda şiddetli ağrı ile başvurdu. 1 yıldır hemodiyaliz (HD) programında olan hasta öncesinde kolşisin 1,5 mg kullanırken HD programına alındıktan sonra 0,5 mg kullanmış. Vitalleri stabil, dinlemekle her iki akciğer bazal ve orta zonlarda ral, batında yaygın hassasiyet mevcuttu. Hastanın bilateral proksimal kas gücü 3/5, distal kas gücü 4/5 olarak değerlendirildi. Aspartat aminotransferaz(AST) 553 IU/L, alanin aminotransferaz(ALT) 321 IU/L, laktat dehidrogenaz(LDH) 1468 IU/L, kreatinin kinaz(CK) 17197 IU/L, C reaktif protein(CRP) 23,2 mg/dL, hemoglobin 8,3g/dL, lökosit sayısı 2560/mm<sup>3</sup>, trombosit sayısı 190000/mm<sup>3</sup> idi. Hastanın tüm medikal tedavisi kesildi. EBV, parvovirus B19, CMV, brucelloz, rubella, toxoplazma ve hepatit A için yapılan tetkikler negatif sonuçlandı. Antinükleer antikor(ANA) 1/160 pozitif; anti dsDNA, anti Ro, anti La, anti RNP/Sm, anti Jo-1 negatifti. Görüntülemelerde karaciğer boyutu 195cm, dalak boyutu ise 162mm olarak tespit edildi. Hepatit markerları, seruloplazmin, anti mitokondriyal antikor, anti düz kas antikoru, anti karaciğer-böbrek-kas antikoru istendi; normal saptandı. Yapılan gastroskopide varis saptanmadı. Karaciğer biyopsisi yapıldı, sonucu hepatik amiloid ve demir birikimi şeklinde raporlandı. Kas güçsüzlüğü açısından elektromiyografi tetkiki istendi. Sonucu sensorimotor periferik nöropatinin eşlik ettiği miyotoni zemininde miyopati olarak değerlendirildi. Yapılan kas biyopsisi sonucu ise yaygın MHC-1 pozitifliği ile ön planda inflamatuvar myopati olarak yorumlandı. Yatışının 14.gününde hidrasyon ve semptomatik tedavi ile laboratuvar değerlerinin AST 42IU/L, ALT 79IU/L, LDH 487IU/L, CK 427IU/L, CRP 8,1mg/dL gerilediği görüldü. Poliklinik takibi önerisi ile taburcu edildi.

**Bulgular:** Kolşisin, 0,5 mg/kg altındaki dozlarda alındığında minör toksisite yapabilirken, 0,5-0,8 mg/kg arasındaki dozlarda alındığında %10 mortal seyre neden olabilmekte, 0,8 mg/kg üzerindeki dozlarda ise kardiyojenik şoka neden olabilmektedir. İlaç ilişkili inflamatuvar myopati de kolşisinin toksik etkilerindendir. Tedavisi semptomatiktir.

**Sonuç:** KBY'li hastalarda kolşisin toksisitesinin daha kolay gelişebileceği, semptomatik tedavi ile tüm klinik durumun tamamen geri dönebileceği akılda tutularak şüphelenildiği anda tedavinin kesilmesi hayatidir.

**Anahtar Kelimeler:** kronik böbrek yetmezliği, kolşisin





# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-006

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

## Amlodipin İlişkili Dişeti Hiperplazisi: Olgu Sunumu

Seray TÜRE AYDIN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gemlik Devlet Hastanesi

Seray TÜRE AYDIN / Gemlik Devlet Hastanesi

**Amaç:** Dişeti hiperplazisi inflamatuvar, idiyopatik, neoplazi, ergenlik ve hamilelik gibi hormonal değişikliklerle veya ilaçlar (antikonvülsanlar, immünosüpresanlar ve kalsiyum kanal blokerleri) ile ilişkili olarak dişeti hacminin artmasıdır. İlaça bağlı dişeti büyümesinin prevalansı diğer dişeti büyümelerine kıyasla %3-20'dir. Kalsiyum kanal blokerleri ile ilişkili dişeti büyümesi 1984 yılında nifedipin ile tedavi edilen hastalarda Lederman tarafından tanımlanmıştır. Amlodipine bağlı dişeti büyümesini ve amlodipinin gingival sekestrasyonunu ilk olarak Ellis ve arkadaşları bildirmişlerdir.

**Yöntem:** 58 yaş kadın hasta dişetlerinde kabarıklık şikayeti ile diş hekimine başvurmuş. Yapılan muayenede ağız hijyeni sağlıklı saptanmamakla birlikte diğer olası etiyolojiler açısından dahiliye polikliniğine yönlendirilmiş.

**Bulgular:** : 6 yıldır hipertansiyon ile takipli hasta kandesartan 16 mg ve amlodipin 5 mg kombinasyon tedavisi almaktaydı. Yapılan fizik muayenesinde dişeti hipertrofisi olup diğer sistem muayeneleri normaldi. Tetkiklerinde glukoz:87 mg/dl üre:20 mg/dl, kreatinin:0,67 mg/dl AST:19 U/L, ALT: 15 u/L Na:141 mmol/L K:4,4 mmol/L HGB:12,8 g/d L TSH: 1,57 mIU /L, %HbA1C:5,6 olarak sonuçlandı. Amlodipine bağlı dişeti hiperplazisi de olabileceği değerlendirilen hastanın hipertansiyon tedavisi kandesartan 16 mg ve hidroklortiyazid 12,5 mg olarak değiştirilerek takibe alındı



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



### Poliklinik Başvurusundaki Dişeti Hiperplazisi



**Sonuç:** Diş eti büyümesine neden olan ilaçların kullanımı yıllar geçtikçe daha da artmaktadır. İlaça bağlı diş eti büyümesinin patojenik mekanizması ile ilgili güncel çalışmalar, bu ilaçların doğrudan ya da dolaylı olarak diş eti fibroblast metabolizması üzerine etkilerine odaklanmıştır. Kullanılan ilaca bağlı diş eti büyümesi görülen hastalarda tedavi, mümkünse ilacın değiştirilmesi, bakteri plağı ve diştaşı gibi lokal enflamatuar faktörlerin uzaklaştırılması ile gerçekleştirilir. Olgumuzu, hastaların antihipertansiflerin yan etkileri açısından bilgilendirilmesi ve gözlemlenmesi gerektiğini, bunun sonucunda hastaların ağız bakımı gibi kendi öz bakımlarını daha iyi yapabileceklerini ve ayrıca uzun süreli tedavide yan etki düşünülüyorsa alternatif ilaçları da düşünmek gerektiğini vurgulamak için sunduk.

**Anahtar Kelimeler:** amlodipin, dişeti hiperplazisi, yan etki, hipertansiyon, ilaca bağlı



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-007

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

## ERKEN YAŞTA ORTAYA ÇIKAN HİPERTANSİYONDA UNUTULMAMASI GEREKEN BİR NEDEN : RENAL ARTER STENOZU

BAYRAM KORKUT<sup>1</sup>, GÖKÇE EĞLENOĞLU<sup>1</sup>

<sup>1</sup>BİGA DEVLET HASTANESİ

BAYRAM KORKUT / BİGA DEVLET HASTANESİ

**Amaç:** Hipertansiyon (HT) toplumda yaygın görülen ve vakaların % 90-95'inin esansiyel nedenlere bağlı olarak ortaya çıktığı bir hastalıktır. Vakaların yaklaşık % 5-10'unda ise sekonder bir neden saptanır. Hastanın yaşı, semptomları, tedaviye dirençli olması ve tansiyonun gelişme hızı sekonder hipertansiyon açısından uyarıcı olabilir. Sekonder hipertansiyonun nedenlerinden biri renal arter stenozudur (RAS). Renal arter stenozunun en sık görülen nedenleri ateroskleroz ve fibromusküler displazidir (FMD). FMD, stenozların yaklaşık %10'undan sorumluyken olguların %90'unda ise neden aterosklerozdur. RAS, anjiyografik tedavi yöntemleri ile tedavi edilebilen bir hastalık olması nedeniyle hipertansiyon tanısı olan hastalarda mutlaka düşünülmesi gereken bir nedendir. Bildirimizde erken yaşta başlayan hipertansiyon nedeniyle tetkik edilen ve renal arter stenozu saptanan olgumuzu sunacağız.

**Yöntem:** ....

**Bulgular:** 27 yaşında bayan hasta baş ağrısı, halsizlik şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş. Kan basıncı 170/100 mm/Hg olarak ölçülmüş. Hipertansiyon tanısı konularak amlodipin tedavisi başlanmış. Şikayetleri düzelmeyen ve kan basıncı yüksek seyreden hasta polikliniğimize başvurdu. Kan basıncı sağ kolda 175/110 mmHg, sol kolda 170/105 mmHg olarak saptandı. Genç yaşta hipertansiyon saptanması üzerine hastada sekonder hipertansiyon olabileceği düşünülerek hastanın tetkikleri yapıldı. Hastanın özgeçmişinde bilinen bir hastalığı yoktu. Sistem muayeneleri normaldi. Hemogram ve biyokimya testleri normal olarak tespit edildi. Tam idrar tetkikinde patoloji gözlenmedi. Endokrinolojik testleri normal olarak sonuçlandı. Hastanın akciğer grafisi, elektrokardiyografisi ve ekokardiyografisinde patoloji saptanmadı. Renovasküler hipertansiyon ön tanısıyla hastaya renal doppler usg yapıldı. Sağ renal arter proksimal kesiminde yaklaşık 2 cm'lik segmentte lümeninde %80-90 stenoza neden olan fibrokalsifik plaklar saptandı. Hastaya renal BT anjiyografi yapıldı. BT anjiyografide sağ renal arter proksimal kesiminde yaklaşık 20 mm'lik segmentte daralmayı işaret eden dolum defekti izlendi. Bulgular sağ renal arter stenozu açısından anlamlı bulundu. Hasta renal arter stenozu tedavisi için üst merkeze yönlendirildi. Hasta üst merkezde sağ renal artere yönelik stent

uygulamasý yapýldýktan sonra tekrar poliklinik kontrolünde deęerlendirildi. Hastanın anti-hipertansif tedavi ihtiyacýnýn kaybolduęu ve kan basýncý ölçümlerinin normal olduęu görüldü.

**Sonuç:** Renal arter stenozu, sekonder hipertansiyona sebep olan önemli bir nedendir. Erken veya ileri yaşıta başlayan hipertansiyon, kontrol altında olan hipertansiyonun kötüleşmesi, tedaviye dirençli hipertansiyon, malign hipertansiyon, hipertansif atak ve akciğer ödemi gibi durumlarda klinisyenin sekonder hipertansiyon yapabilecek patolojileri düşünmesi oldukça önemlidir. Sadece hipertansiyon kontrolüne odaklanmadan etyolojik nedenin saptanması, hastanın sorununun çözümünde ve komplikasyonların önlenmesinde kritik rol oynamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** hipertansiyon, renal arter stenozu, fibromusküler displazi, ateroskleroz



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-008

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### Furosemid, Torsemid ve Tiazid Alerjisi Olan Kalp Yetmezliği Tanılı Hastanın Bumetanid ile Yönetimi

Ömer Faruk Özkan<sup>1</sup>, Asil Demirezen<sup>2</sup>, Özant Helvacı<sup>2</sup>, Galip Güz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilimdalı, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Nefroloji Bilimdalı, Ankara, Türkiye

Ömer Faruk Özkan / Gazi Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilimdalı, Ankara, Türkiye

**Amaç:** Korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği ve buna bağlı volüm fazlalığı olan hastalar diüretiklerle tedavi edilmektedir. Diüretik tedavinin dozu ve türü volüm yükünün ciddiyetine bağlıdır. Diüretik ilaçlara karşı alerjik reaksiyonlar gelişebilmektedir.

**Yöntem:** Burada furosemid, torsemid ve tiazid ile alerjik cilt reaksiyonu gelişen bir hastada volüm yüklenmesini bumetanid ile başarılı bir şekilde yönettiğimiz vakayı sunuyoruz. (Hastadan onam alınmıştır.)

**Bulgular:** Aort ve mitral yetmezliği nedeniyle 15 yıl önce kapak replasmanı yapılan 57 yaşında erkek hasta bacaklarda şişlik ve nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. Hastanın muayenesinde akciğerlerde bilateral krepitan raller, 1+ pretibial ödem saptandı. Hastanın başvurusundan 2 ay önce yapılmış olan ekokardiyografisinde ejeksiyon fraksiyonu %61, 1.derece triküspit yetmezliği mevcuttu. Valsartan kullanan hastanın tedavisine 40 mg furosemid eklendi, valsartan tedavisine 12,5 mg hidroklorotiazid ile kombine preparat ile devam edildi. Tedavinin ikinci gününde hastanın özellikle alt ekstremitelerinde olmak üzere tüm vücudunda kaşıntılı ve eritemli döküntüler gelişti (şekil 1). Furosemid ve hidroklorotiazid tedavisi kesildi; tedavi kesildikten sonraki bir hafta içinde hastanın döküntü şikayetleri azalarak tamamen düzeldi. Döküntüleri gerileyen ancak hipervolemisi devam eden hastanın diüretik tedavisine torsemid 10 mg ile devam edildi. Tedavinin ikinci gününde önceki ile benzer döküntüler hastada tekrar gelişti. Torsemid tedavisi kesildi, tedavi kesilmesi sonrası hastanın şikayetleri azalarak düzeldi. Furosemid, tiazid ve torsemid ile alerjik reaksiyon gelişen hasta için bumetanid temin edildi. Hastaya 0,5 mg bumetanid gün aşırı kullanacak şekilde başlandı. Bumetanid ile hastada herhangi bir alerjik reaksiyon izlenmedi. Takiplerde hipervolemisi gerileyen hastanın diüretik tedavisine bumetanid ile devam edildi.





## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



Şekil 1



### Furosemid, Torsemid, Tiazid Sonrası Gelişen Cilt Lezyonları

**Sonuç:** Kalp yetmezliği ve volüm yüklenmesi olan hastaların çoğu kıvrım diüretikleri ile tedavi edilmektedir. Tedaviye genellikle furosemid ile başlanmaktadır. Yüksek doz furosemid ile etkin diürez sağlanamıyorsa torsemid veya bumetanid tedavilerine geçiş yapılabilenkte veya furosemid tedavisine diğer diüretikler eklenebilmektedir. Sülfonamid yapısında olan kıvrım diüretikleri furosemid, torsemid, bumetanid ve tiazid diüretikleri sülfonamid içeren diğer ilaçların neden olduğu reaksiyonlara benzer aşırı duyarlılık reaksiyonlarına neden olabilir. Bu durumda diüretik tedavi olarak etakrinik asit kullanılabilir. Etakrinik asit temin edilememesi nedeniyle bumetanid ile takip ettiğimiz bu vakamız, sülfonamid olan diüretiklerin grup spesifik alerjik etkisinin olmayabileceğini, uygun hastalarda bumetanidin tedavide bir alternatif olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Bumetanid, Diüretik Alerjisi, Kalp Yetmezliği



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-009

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### **Fosfolipaz A2 Reseptör Antikoru Pozitif Membranöz Nefropati Tanılı Hastada Eşlik Eden Enfeksiyon İlişkili Glomerulonefrit**

Ali Yiğit 1, Asil Demirezen2, Ülver Boztepe Derici2, Yasemin Erten2, Betül Öğüt3, İpek Işık Gönül3 Ali Yiğit 1, Asil Demirezen2, Ülver Boztepe Derici2, Yasemin Erten2, Betül Öğüt3, İpek Işık Gönül3<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi

Ali Yiğit 1, Asil Demirezen2, Ülver Boztepe Derici2, Yasemin Erten2, Betül Öğüt3, İpek Işık Gönül3 Ali Yiğit 1, Asil Demirezen2, Ülver Boztepe Derici2, Yasemin Erten2, Betül Öğüt3, İpek Işık Gönül3 / Gazi Üniversitesi

**Amaç:** Membranöz nefropati erişkinlerde primer nefrotik sendromun en sık nedenidir. Çoğu primer membranöz nefropati vakasında podosit membran antijeni PLA2R'ye karşı dolaşımda IgG4 otoantikoru (%70), negatif serum antikör seviyelerine (%15) rağmen yakın zamanda immünolojik hastalık aktivitesini gösteren biyopsi kanıtı PLA2R boyaması veya serum trombospondin tip 1 protein 7A antikoru (anti-THSD7A, %3-%5) bulunur. Postenfeksiyöz glomerulonefrit akut bir enfeksiyonun tetiklediği immün aracılı glomerüler bir hasardır. Enfeksiyona karşı humoral immün yanıt böbrek hasarının patogeneğinde anahtar rol oynamaktadır.

**Yöntem:** PLA2R pozitif membranöz nefropati tanısı olup renal biyopside eşlik eden postenfeksiyöz glomerulonefriti olan bir vakayı sunuyoruz.

**Bulgular:** 75 yaşında erkek hasta yaygın ödem ve nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Tetkiklerinde kreatinin değeri 1,55 mg/dL, hemoglobin 10,9 g/dL, albumin 2,3 g/dL, anti-PLA2R düzeyi 1003 RU/ml olarak görüldü. Tam idrar tetkikinde lökosit 5, eritrosit 106 olup, 24 saatlik idrarda 18 gr proteinürisi mevcuttu. Toraks BT'sinde tomurcuklanmış ağaç görünümü ve viral pnömoni ile uyumlu görünüm saptandı. Solunum yolu viral panelinde influenza A pozitif olarak tespit edildi. PLA2R antikoru pozitif hastanın yapılan böbrek biyopsisi membranöz glomerulonefrit ile birlikte gösteren fokal proliferatif glomerulonefrit olarak raporlandı (şekil 1). Doku ve serumda PLA2R pozitif görülen hastanın membranöz nefropatiye eşlik eden fokal proliferatif glomerulonefrit tablosu eşlik eden enfektif sürece sekonder olarak değerlendirildi. Viral enfeksiyon tedavisi sonrası steroid, kalsinörin inhibitörü ve rituksimab tedavisi ile takip edilen hastanın tedavi sonrası proteinürisi gerilemiş olup tedavisine idame rituksimab tedavisi ile devam edilmesi planlandı.

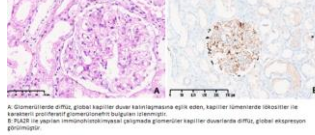


# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



## Patoloji



**Sonuç:** Literatürde primer membranöz nefropatiye eşlik eden poststreptokokal glomerulonefrit, fokal segmental glomeruloskleroz, IgA nefropatisi ve ANCA ilişkili kresentik glomerulonefrit vakaları bildirilmiştir. Birbirine eşlik eden glomerulonefrit vakaları nadir olup, primer membranöz nefropatiye eşlik eden viral enfeksiyon ilişkili glomerulonefriti olan bu vakamız literatürdeki az sayıdaki vakaya katkıda bulunacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Membranöz nefropati, Postinfeksiyöz nefropati



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-010

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### **Hodgkin Lenfoma Tanısı Olup Remisyonda Takip Edilen Hastada Alfa Lipoik Asit Kullanımına Bağlı Gelişen NELL-1 Pozitif Membranöz Nefropati**

Fırat Serdar<sup>1</sup>, Asil Demirezen<sup>2</sup>, Ömer Faruk Akçay<sup>2</sup>, Özant Helvacı<sup>2</sup>, Yasemin Erten<sup>2</sup>, Betül Öğüt<sup>3</sup>, İpek Işık Gönül<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilimdalı, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Nefroloji Bilimdalı, Ankara, Türkiye

<sup>3</sup>Gazi Üniversitesi Tıbbi Patoloji Anabilimdalı, Ankara, Türkiye

Fırat Serdar / Gazi Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilimdalı, Ankara, Türkiye

**Amaç:** Alfa lipoik asit takviyesinin NELL-1 ilişkili membranöz nefropatiye neden olabileceğini bilinmektedir. Alfa lipoik asit alan ve nefrotik sendrom tespit edilen hastalar bu durum açısından değerlendirilmelidir.

**Yöntem:** Membranöz nefropati (MN) glomeruler bazal membranın diffüz kalınlaşmasıyla karakterize, nefrotik sendromun yaygın bir nedeni olan glomeruler hastalıktır. MN primer ve sekonder olarak ikiye ayrılmaktadır. Primer MN fosfolipaz A2 reseptörü (PLA2R), trombospondin tip-1 alanı içeren 7A (THSD7A) ve nöral epidermal büyüme faktörü benzeri 1 (NELL-1) gibi membran proteinlerine karşı gelişen otoantikorların neden olduğu bir otoimmün hastalıktır. Burada Hodgkin lenfoma nedeniyle uzun süredir remisyonda takip edilen hastada alfa lipoik asit kullanımına bağlı geliştiği düşünülen NELL-1 pozitif MN vakasını sunmaktayız.

**Bulgular:** 62 yaş erkek hasta; 3 yıl önce Hodgkin lenfoma tanısı almış, tanı sonrası hastaya kemoterapi ve radyoterapi verilmiş. Tedavi sonrası remisyonda takip edilen hastaya takipte diyabetik nöropati nedeni ile alfa lipoik asit başlanmış. Alfa lipoik asit tedavisinin 10. ayında rutin poliklinik kontrolünde 24 saat idrarda 11 gram proteinüri saptanması üzerine hasta tarafımıza başvurdu. Hastaya proteinüri etyolojisini belirlemek için renal biyopsi yapıldı. Renal biyopsi sonucu membranöz nefropati ile uyumlu saptandı (Şekil1). Serum PLAR2 sonucu 4,17 RU/ml (<14 RU/ml negatif); patoloji örneğinin PLAR2 boyanması negatif olarak sonuçlandı. İmmünohistokimyasal çalışmada NELL-1 ile glomerüler kapiller duvarlarda diffüz, kuvvetli ekspresyon izlendi. Hematolojik açıdan remisyonda olarak değerlendirilen hastada ön planda alfa lipoik asit kullanımıyla ilişkili NELL-1 pozitif MN olabileceği düşünüldü. Hastanın alfa lipoik asit tedavisi kesildi. 11 gram proteinürisi ve hipoalbuminemisi olması nedeniyle 10 mg/gün prednizon ve 2 doz rituksimab tedavisi de planlandı. Tedavi sonrası 1. ay kontrolünde hastanın proteinürisi 6 gr olarak görüldü.





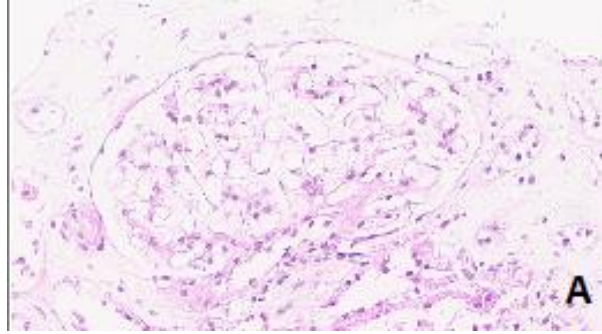
## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Sonuç:** Son yıllarda kütle spektrometri ve immünohistokimyanın kullanımı MN'nin nadir bir formuna neden olduğu gösterilen NELL-1 antijenini tanımlamıştır. NELL-1 ile ilişkili MN'nin malignite ile ilişkili olma olasılığı yüksek olup, aynı zamanda alfa lipoik asit, busillamin, tiopronin gibi tiyol içeren ilaçlar, enfeksiyon, sarkoidoz, hematopoietik kök hücre nakli ve graft versus host hastalığı ilişkili olduğu da gösterilmiştir. Literatürde alfa lipoik asit takviyesinin NELL-1 pozitif MN gelişimine neden olabileceğini gösteren vakalar mevcut olup, hematolojik açıdan remisyonda takip edilen vakamızın bu vakalara bir örnek olduğunu düşünmekteyiz. Lipoik asit takviyesi alan ve nefrotik sendrom kliniği tespit edilen hastalarda ayırıcı tanıda bu nadir durum da yer almalıdır.

Şekil A



Glomerüllerin tümünde izlenen global kapiller duvar kalınlaşması

**Anahtar Kelimeler:** membranöz nefropati, alfa lipoik asit, NELL-1





## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-011

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### İleri Yaşta Tanı Alan Nefronofitizis Vakası

Tahsin Taner Karaevren<sup>1</sup>, Salih Arslan<sup>1</sup>, Saliha Yıldırım<sup>3</sup>, Ömer Faruk Akçay<sup>2</sup>, Ülver Boztepe Derici<sup>2</sup>, Galip Güz<sup>2</sup>, Betül Ögüt<sup>4</sup>, İpek Işıl Gönül<sup>4</sup>, Gülsüm Kayhan<sup>5</sup>, Özant Helvacı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilimdalı, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Nefroloji Bilimdalı, Ankara, Türkiye

<sup>3</sup>Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

<sup>4</sup>Gazi Üniversitesi Tıbbi Patoloji Anabilimdalı, Ankara, Türkiye

<sup>5</sup>Gazi Üniversitesi Tıbbi Genetik Anabilimdalı, Ankara, Türkiye

Tahsin Taner Karaevren / Gazi Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilimdalı, Ankara, Türkiye

**Amaç:** Nefronofitizis (NPHP) genellikle çocukluk çağında tanı almaktadır. Son dönem böbrek yetmezliğine (SDBY) ilerleyen, tübülointerstisyel lezyonlar, bazal membran bozulması ve renal kist oluşumu ile karakterize otozomal resesif geçişli bir böbrek hastalığıdır. SDBY'nin başlangıç yaşına göre infantil, juvenil (en sık) ve adolesan olmak üzere üç tip NPHP formu tanımlanmıştır. Böbrek ilişkili semptomlara ek olarak, NPHP sıklıkla çeşitli ekstrarenal durumlarla komplike hale gelmektedir. Hastaların yaklaşık %20'sinde retina dejenerasyonu, kemik anormallikleri ve karaciğer fibrozisini içeren siliopati sendromu görülür. NPHP yetişkinlerde SDBY'nin nadir bir nedenidir. Burada ileri yaşta tanı alan nadir bir nefronofitizis vakasını sunuyoruz.

**Yöntem:** İleri yaşta kreatinin yüksekliği ve proteinürisi olan bir vakanın, patolojik ve genetik testler ışığında nefronofitizis tanısı aldığı bir olguyu sunuyoruz.

**Bulgular:** 49 yaşında kronik böbrek hastalığı (KBH) ve proteinüri ile takipli kadın hasta rutin kontrol amacıyla polikliniğimize başvurdu. Hastanın noktüri ve poliüri şikayetleri dışında ek şikayeti yoktu. Fizik muayenesinde patoloji saptanmadı. Bakılan laboratuvar tetkiklerinde kreatinin 2,2 mg/dL, GFR 25 mL/dk, spot idrar protein/kreatinin oranı 634 mg/g olarak görüldü. Hastanın kreatinin değerleri takiplerde tedrici olarak artmaktaydı. Nedeni açıklanamayan KBH progresyonu olan hastaya böbrek biyopsi yapıldı. Biyopside non atrofik bazı tübüllerde dilatasyon ve tübül bazal membranlarında duplikasyon görüldü (Şekil 1). Mevcut biyopsi bulgularıyla NPHP açısından değerlendirilen hastanın gen analizinde NPH4 geni pozitif olarak saptandı, hastaya nefronofitizis tanısı koyuldu (Tablo 1). Hasta ekstrarenal tutulumlar açısından değerlendirildi ve yapılan tetkiklerde patoloji saptanmadı. Hastanın ailesine nefronofitizis açısından genetik tarama planlandı.

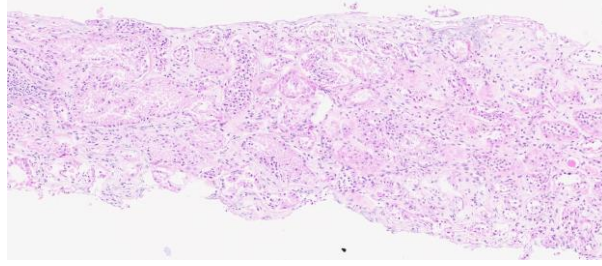


# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024

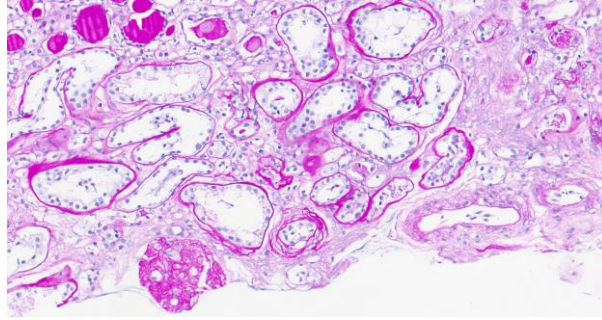


Şekil 1



Non atrofik bazı tübüllerde dilatasyon ve tübül bazal membranlarında duplikasyon

Şekil 2



Non atrofik bazı tübüllerde dilatasyon ve tübül bazal membranlarında duplikasyon

Tablo 1

| GEN TRANSKRİPT | GEN İLE İLİŞKİLİ HASTALIKLAR                  | ZİGOSİTE           |
|----------------|-----------------------------------------------|--------------------|
| <i>NPHP4</i>   | -Nefronofitizis<br>-Senior-Loken Sendromu     | Homozigot %62      |
| <i>COL4A4</i>  | -Alport Sendromu<br>-Benign Familial Hematüri | Heterozigot %79    |
| <i>NUP160</i>  | -Nefrotik Sendrom                             | Heterozigot %66-66 |



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



Yorum: NPHP4 geninde kodlanmayan bölgeden -38-10 -31del varyantı homozigot olarak saptanmıştır. Hastadaki klinik bulgular göz önünde bulundurulduğunda NPHP-4 ilişkili nefronofitizis ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

**Sonuç:** Erişkin başlangıçlı NPHP vakaları nadir olarak görülmektedir. Bu vakalarda klinik ve radyolojik bulgular spesifik olmayıp, ekstrarenal bulgular çocuklara göre daha azdır. Erişkin başlangıçlı NPHP'den çoğunlukla böbrek biyopsisi sonrasında şüphelenilmekte ve genetik inceleme ile tanı doğrulanmaktadır. NPHP'in günümüzde etkin bir tedavisi yoktur. Etiyolojisi açıklanamayan ilerleyici kreatinin yüksekliği ve proteinürisi olan erişkinlerde nefronofitizis ayırıcı tanıda yer alması gereken bir hastalıktır.

**Anahtar Kelimeler:** nefronofitizis, son dönem böbrek yetmezliği, proteinüri, kronik böbrek hastalığı



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-012

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### Böbrek Yetmezliği İle Gelen Multipl Myelom Olgusu Sunumu

Şükrü Furkan Turan<sup>1</sup>, Emine Turan<sup>1</sup>, Şükrü Ulusoy<sup>1</sup>

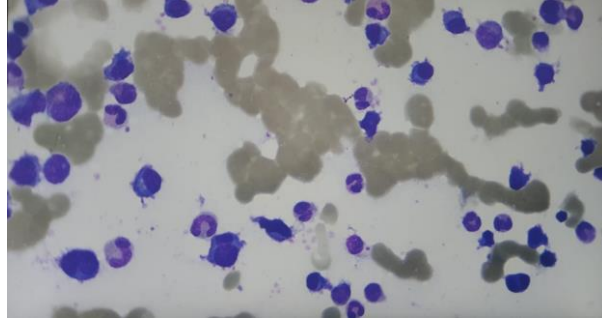
<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi

Şükrü Furkan Turan / Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi

**Amaç:** Böbrek yetmezliği ile gelen olgularda ayırıcı tanılarda malignitelerin de olduğu unutulmamalıdır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı Araştırmalar; Olgusu Sunumu 2024 yılı Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Nefroloji Kliniği

#### Kemik İliği Biyopsisi



**Bulgular:** Multipl Myelom monoklonal bir immünglobulin üreten plazma hücrelerinin neoplastik proliferasyonu ile karakterize bir hastalıktır. tüm kanserlerin yüzde 1-2 sini ve hematolojik malignitelerin yaklaşık yüzde 20sini oluşturur. Tanı yaşı 65-70 olup çok az kısmı 40 yaş altında tanı almaktadır. Böbrek yetmezliği Multipl Myelomlu hastaların yaklaşık yarısında görülür. Böbrek yetmezliği ile gelen hastalarda etyolojik nedenler çok çeşitli olabilmektedir. Maligniteler ve Multipl Myelom da mutlaka ayırıcı tanıda yer almalıdır. Bu olgu sunumunda yan ağrısı, bulantı ve kusma ile gelen; kreatinin yükseliği sedimentasyon yüksekliği periferik yaymada rulo formasyonu saptanıp tanıya gidilen bir Multipl Myelom olgusu sunulmaktadır. Tanıda gecikmenin morbidite ve mortaliteyi arttırdığı bu olgularda erken tanı ve etkin tedavinin önemi tartışılacaktır.





## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Sonuç:** Multipl Myelom akut veya sinsi başlangıçlı olabilir. non-spesifik bulgularla veya böbrek yetmezliği tablosu ile başvurabilecekleri bilinmelidir. Bu tür yakınmaları olan hastalarda Malignensi ve Multipl myelom ayrıcı tanıda yer almalı öykü, fizik muayene, laboratuvar ve kemik iliği biyopsisi ile hastanın tanısı konulmalı ve Multipl Myelom olgularında asıl tedavi olan myelom tedavisine başlanmalıdır. Erken tanı ve tedavi ile böbrek yetmezliği düzelen hastalar daha iyi bir sağ kalıma sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Multipl Myelom, kemoterapi, Böbrek yetmezliği, sedimentasyon





## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-013

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### **Oligo-anürik akut böbrek hastalığının çok nadir bir nedeni: C3 Glomerulopatisi**

Kübra Kaynar<sup>1</sup>, Aytağ Güven<sup>2</sup>, Berk Gençcelep<sup>2</sup>, Tuba Ertekin<sup>2</sup>, Sevdegül Mungan<sup>3</sup>, Osman Kemal Bıyıklıoğlu<sup>2</sup>, Şükrü Ulusoy<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Trabzon

<sup>2</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

<sup>3</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Trabzon

Berk Gençcelep / Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

**Amaç:** Glomerülonefritler (GN), akut böbrek hastalığı (ABH) ile başvuran hastaların yaklaşık %1-4'ü arasında teşhis edilmektedir. Yıllar içinde, GN hastalarının insidansları, klinik bulguları ve paterni farklılık gösterse de son çalışmalar kresentrik GN'nin primer GN vakalarının %5,9'unu oluşturduğunu bildirmiştir. Kresentrik C3 glomerulopatisi (C3G), tüm GN'ler arasında çok nadir saptanmaktadır. Bu vakada, tedaviye iyi yanıt gösteren kresentrik C3G'ye sekonder oligo-anürik bir ABH vakası sunulmuştur.

**Yöntem:** Nedeni bilinmeyen ateş öyküsü olan ve antibiyotik (metronidazol ve siprofloksasin) altında bulantı ve kusma şikayetleri gelişen 37 yaşında erkek hasta, üremik ensefalopati olarak yorumlanan bilinç bozukluğuyla başvurdu. Kan basıncı: 110/70 mmHg olup oligüri ve evre 3 akut böbrek hasarı tespit edildi. Akut böbrek hasarı (serum kreatinin düzeyi : 6.79 mg/dL) ve üremik ensefalopatisi nedeniyle hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastada yaklaşık iki hafta sonra poliüri safhası gelişti. İdrarında makroskopik hematüri ile nefrotik düzeyde proteinüri (27,7 g/gün) saptanması üzerine yapılan böbrek biyopsisinde ışık mikroskobunda diffüz endokapiller proliferasyon, hücresel kresentler (11 glomerülden 4'ünde), fibroid nekroz, şiddetli kortikal interstisyel inflamasyon (>%50) tespit edildi (Şekil). İmmünofloresan mikroskobunda (IFM) şiddetli kompleman 3 (C3) birikimi (+++) dışında immunkompleks birikimi gözlenmedi. Serum C3 düzeyi düşük (0.01 g/L, normal: 0.9-1.8) saptanan hastanın oto-antikorları negatif (antinükleer, anti-dsDNA, anti-glomerüler bazal membran, anti-Ro-52, anti-Ro/SSA, anti-sentromer, anti-La/SSB, anti-Scl 70, anti-Smith ve anti-nötrofil sitoplazmik antikorlar dahil) bulundu. Monoklonal gamopati saptanmadı. Hepatit B, C ve HIV virüsleri serolojisi negatifti. Ailesel böbrek hastalığı öyküsü yoktu. Genetik analiz, kompleman faktörü H ile ilişkili (CFHR) proteinlerini (CFHR1 ve CFHR3) kodlayan genlerde mutasyon olmadığını ortaya koydu. Tedaviye 3 gün boyunca intravenöz 500 mg methylprednisolon ile başlandı oral 80 mg/gün (0.74 mg/kg/gün) metilprednisolon ile devam edildi, sonrasında doz yavaşça



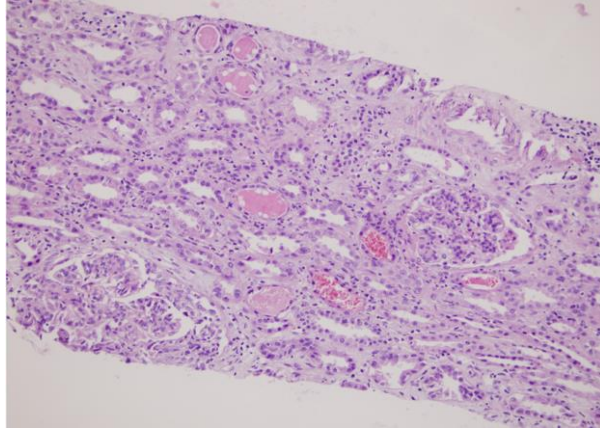
## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



4mg/gün'e düşüldü. Ek olarak, kresentik C3G varlığı nedeniyle ayda bir kez 750 mg (315 mg/m<sup>2</sup>) intravenöz siklofosamid uygulandı. Altı aylık tedavi sonrasında, serum kreatinin düzeyi ve proteinüri miktarı sırasıyla 1,2 mg/dL ve 0,8 g/gün'e düştü. Serum kompleman 3 düzeyleri 0,01 g/L'den 0,9 g/L'ye yükseldi.

Kresentik glomerül, diffüz endokapiller proliferasyon, interstisyel inflamasyon



**Bulgular:** Glomerullerde dominant C3 depolanmasının olduğu GN varlığında C3G tanısı konulmaktadır. C3G ise dens depozit hastalığı (DDD) ve C3 glomerulonefrit (C3 GN) olarak iki ayrı forma ayrılmaktadır. C3 GN ile DDD ayırımı elektron mikroskobu (EM) ile yapılmaktadır.

**Sonuç:** Endokapiller nekrotizan kresentik GN ve izole C3 depolanması saptanan hastamızda C3G tanısı konulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** tam remisyon., Akut böbrek hasarı, C3 glomerulopatisi



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-014

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### **Sjögren Sendromu olan bir hastada Membranöz Glomerulonefriti**

Kübra Kaynar<sup>1</sup>, Şeymanur Serdar Kılıçaslan<sup>2</sup>, Sevdegül Mungan<sup>3</sup>, Seda Akduman<sup>2</sup>, Vildan Kumcu<sup>2</sup>, Nihan Yazıcı<sup>2</sup>, Şükrü Ulusoy<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Trabzon.

<sup>2</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon.

<sup>3</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Trabzon.

Şeymanur Serdar Kılıçaslan / Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon.

**Amaç:** Sjögren Sendromu (SS), ilk kez 1930 yılında İsveçli oftalmolog Henrik Sjögren tarafından gözyaşı, tükürük ve ter bezlerinde sekresyon azlığı ve kronik romatizmaya sahip orta yaş bir kadın hastada keşfedilerek tanımlanmıştır. Membranöz nefropati (MN) ise nefrotik sendromu olan ileri yaş erişkinlerde en yaygın tanımlanan glomerulonefrit tipidir. Bu tanı konulduğunda sekonder MN yapan hastalıklar araştırılmalıdır. Sekonder MN'ye neden olan otoimmün hastalıklardan birisi de SS'dir. Bu vaka ile dokuz yıldır SS ile tedavi edilen ve sekonder MN gelişen 68 yaşında kadın hasta sunulmuştur.

**Yöntem:** Tıbbi öyküsünde 25 yıllık hipertansiyon hastalığı, 9 yıllık SS, depresif duygudurum bozukluğu ve intrakoroner stent yerleştirilip asetilsalisilik asit ile izlenen 68 yaşında kadın hasta ayak şişliği ile başvurdu. Fizik muayenesinde kan basıncı 130/80 mmHg, hipertansif retinopati (2.derece), sosis parmak (daktilit) bulgusu ve eritematöz döküntüleri saptandı. Tükürük üretimi 0 mL/15 dk olarak ölçüldü. Laboratuvar testlerinde hipoalbuminemi (3.4g/dL), hipotiroidizm, hematüri, proteinüri (4.1 g/gün) ve albüminüri (3.28 g/gün) olduğu görüldü. IFA ile bakılan otoantikor panelinde ANA (1/3200-1/10000 titrede) pozitif, antiRo-52 antikoru (+++), anti Ro/SSA antikoru (+++) ve antisentromer antikoru (+++) ölçüldü. Böbrek biyopsisinde 19 glomerülün 4'ünde global skleroz, diffüz bazal membranda kalınlaşma, mezengial matrikste genişleme ve interstisyel fibrozis (%30) görüldü (Şekil 1). IgG (+3) depozitleri, C1q (+1), fibrin ve hafif zincir (+3), ve C4d depolanması tespit edildi.

**Bulgular:** Sonuçlar MN ile uyumluydu. anti-fosfolipazA2 reseptör antikoru negatif saptandı. Hastaya metilprednizolon (1mg/kg/günden 64mg/gün olacak şekilde) ve siklosporin (0. saat ilaç düzeyi 120-200 ng/ mL seviyelerine ulaşacak şekilde doz ayarı yapılarak), hidroksiklorokin 200 mg, nifedipin 30 mg(1\*1), metoprolol 25 mg, valsartan 80 mg, L-tiroksin 25 mg, asetilsalisilik asit 100 mg, suni gözyaşı damlası ve fluoksetin 20 mg verildi. Tedavisinin birinci



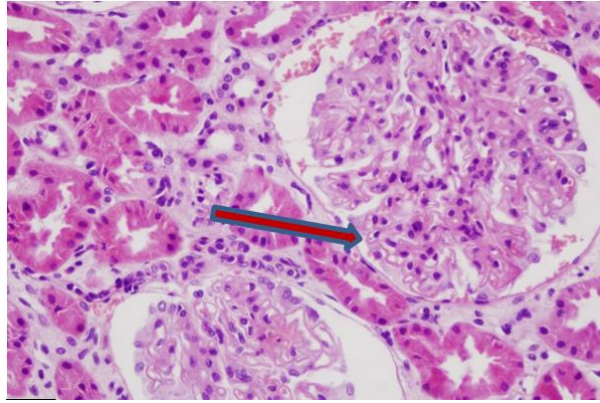
## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



ayında kısmi remisyon (proteinürde %50'den fazla gerileme olması)saptandı (Proteinüri değeri 9.6 g/günden 2.9g/gün düzeylerine indi, serum albümin seviyeleri 2.6 g/dL'den 3 g/dL'ye yükseldi). Ancak tüm aşıları yapılan (pnömokok ve influenza B) hastada H1N1 enfeksiyonu (influenza A) ve sonrasında yaygın kandidiazis gelişti ve amfoterisin B tedavisine immunsupresiflerin kesilmesine rağmen septik şok nedeniyle hasta 5. ayda kaybedildi.

Difüz bazal membran kalınlaşması ve mezangial matriks ekspansiyonu (ok), H&E ×400



**Sonuç:** SS tanılı hastaların genellikle %5 kadarında böbrek tutulumu olmaktadır. En yaygın böbrek hastalığı tübülointerstisyel nefrit olup SS'ye sekonder glomerüler hastalıklar nadir olguda rapor edilmektedir. Bu vaka ile SS'ye sekonder MN gelişimi bildirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Eritem, membranöz nefropati, Sjogren sendromu.





## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-015

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### **İnhaler Antifiriz Maruziyeti Sonrası Gelişen Akut Böbrek Hastalığı**

Enver YÜKSEL<sup>1</sup>, Ramazan DANIŞ<sup>1</sup>, Eren Eynel<sup>1</sup>, Fatma Şule KUTLARDURSUN<sup>2</sup>, Cevat TÜZÜN<sup>3</sup>, Şergir MALTAŞ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji

<sup>2</sup>Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji

<sup>3</sup>Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji

<sup>4</sup>Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları

Eren Eynel / Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji

**Amaç:** Antifiriz (Etilen glikol) zehirlenmesi, mortalitesi yüksek olan zehirlenmelerdendir. Kaza yada intihar amaçlı olarak alınması sonucu ağır metabolik asidoz, santral sinir sistemi depresyonu ve oligürik akut böbrek yetmezliği ile giden zehirlenme tablosu ortaya çıkar. Antifiriz (EG) nadirinde inhaler yolla zehirlenmeye yol açabilmektedir. Böbrek yetmezliğinden asıl sorumlu olan metabolit oksalattır. Kalsiyum kristalleri halinde böbrekte, kalpte ve beyinde çökebilir. Bu yazımızda, inhalasyon yoluyla antifiriz maruziyetine bağlı ağır metabolik asidoz, şuur bulanıklığı ve akut böbrek yetmezliği gibi ciddi komplikasyonlar gelişen olguyu sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** -

**Bulgular:** 49 Yaşında erkek hastanın 4 gün önce başlayan baş dönmesi ve bulantı şikayetleri nedeniyle acil servisimize başvurmuş. Burada baş dönmesi nedeniyle medikal tedavi verilip taburcu edilmişti. Hastanın şikayetlerinin geçmemesi konuşma ve şuur bozukluğunun eklenmesi üzerine hasta tekrar hastanemize başvurmuş. Acil servis başvurusundaki fizik muayenesinde TA:140/85 NDS:66 SAT:100 , akciğer sesleri doğal, batın rahat ptö-/- kas gücü bilateral alt/üst ekstremitelerde 5/5 idi. Hasta acil servis takiplerinde laktatın hızlı yükselmesi kreatinin (RPGN?) progresyonu ve şuur bozukluğunun olması nedeniyle dahiliye yoğun bakıma yatırıldı. Yapılan fizik muayene ve görüntüleme yöntemlerinde hastadaki laktat yükselmesini açıklayan herhangi organ hipoperfüzyonu saptanamadı Buradaki takiplerinde hastanın şuur bulanıklığının düzelmeme kreatinin değerlerindeki progresyonun devam etmesi, üremik semptomlarının gelişmesi nedeniyle hasta acil hemodiyalize alındı. Sık diyaliz sonrası genel durumu düzelen ve nefroloji servisine alınan hastanın böbrek fonksiyon değerlerinin düzelmemesi nedeniyle böbrek biyopsisi yapıldı. Böbrek biyopsisinde tübül lümenlerinde yaygın, polarize ışıktaki refle veren kalsiyum oksalat ve oksalat kristalleri saptanan hasta primer



An illustration showing two kidneys, each with a red cross on its surface, connected by a network of blue blood vessels. A black blood pressure cuff is wrapped around the central vessels, with a white gauge showing a high reading. The background features a coastal cityscape with buildings and a harbor.



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



mekanik ventilasyon ve bikarbonat gibi, erken uygulanan tedavi yöntemleriyle mortalitesini azaltılabilir.

Hastanın acile başvurusundaki tetkik sonuçları.

| Tablo.1 hastanın acile başvurusundaki tetkik sonuçları. |       |
|---------------------------------------------------------|-------|
| Üre mg/dL                                               | 63    |
| Kreatinin mg/dL                                         | 3.2   |
| Na mmol/L                                               | 137   |
| K mmol/L                                                | 4,7   |
| LDH U/L                                                 | 447   |
| CK U/L                                                  | 629   |
| ALT IU/L                                                | 38    |
| AST IU/L                                                | 31    |
| Ph (kan gazı)                                           | 7.33  |
| cHCO <sub>3</sub> act (kan gazı)                        | 7.6   |
| Laktat mmol/L (kan gazı)                                | 14.4  |
| WBC 10 <sup>3</sup> /uL                                 | 29.27 |
| Hb g/dL                                                 | 17.8  |
| PLT 10 <sup>3</sup> /uL                                 | 332   |

**Anahtar Kelimeler:** Antifiriz, Etilen glikol, metabolik asidoz, akut böbrek yetmezliği



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-016

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### BEVACİZUMAB İLİŞKİLİ GLOMERÜLONEFRİT VE YÖNETİMİ

Cansu Yazar<sup>1</sup>, Latif Karahan<sup>2</sup>, Ilgın Koç<sup>2</sup>, Neyran Kertmen<sup>2</sup>, Zafer Arık<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı , Medikal Onkoloji Bilim Dalı

Cansu Yazar / Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

**Amaç:** Bevacizumab vasküler endotelial büyüme faktörüne (VEGF) bağlanan monoklonal bir antikordur ve kolorektal kanser, over kanseri gibi bir çok kanserde onaylanmış bir anjiyogenez inhibitörüdür [1].Bevacizumabın neden olduğu böbrek hasarının mekanizması bilinmemekle birlikte sıçanlarda yapılan doza bağımlı bir modelde glomerüler filtrasyon bariyerinde hasar riskini artırdığı gösterilmiştir [2].Burada bevacizumab ilişkili glomerülonefrit vakasının anlatılması ve tedavi sürecine yaklaşımı vurgulamak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Vaka sunumudur.

**Bulgular:** Metastatik over kanseri ,atriyal flutter,hipertansiyon,kronik böbrek hastalığı tanılı 55 yaşında kadın hasta nefes darlığı, idrar çıkışında azalma şikayetleri ile başvurdu. 1. kür lipozomal doksorubisin-karboplatin–bevacizumab kemoterapisini başvurusundan 10 gün önce almıştı.Muayenesinde akciğer sesleri kaba ve bilateral 1 pozitif pretibial ödem izlendi.Tetkiklerinde kreatinin 8,53 mg/dL,üre azotu 76,7 mg/dL,tahmini glomerüler filtrasyon hızı 4,75 mL/dk/1.73m<sup>2</sup>,albumin 2.71 g/dL,BNP 254,85 pg/mL olarak sonuçlandı.Toraks bilgisayarlı tomografisinde kalınlığı anterolateral kesiminde 2 cm'ye ulaşan perikardiyal efüzyon ve renal ultrasonografide bilateral renal parankim ekojenitelerinde grade 1 artış izlenmekteydi.Akut böbrek hasarı ile takip edilen hastada 24 saatlik idrarda total protein 9235 mg/gün , albumin 5275 mg/gün sonuçlandı.Renal biyopsi bevacizumaba ikincil fokal endokapiller ve ekstrakapiller proliferatif glomerülonefrit ve C3 glomerülopatisi ile uyumlu gözlendi.Hastaya 500 mg/gün pulse steroid tedavisi başlandı.3 gün intravenöz metilprednizolon uygulandıktan sonra oral steroid tedavisi ile takibine devam edildi.

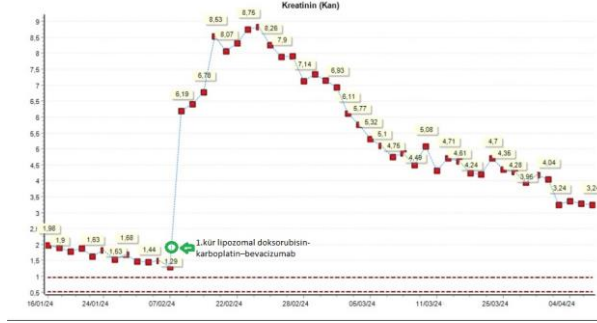


# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



## Kreatinin seyri



## Patoloji Raporu

### Makroskopi :

1,8 cm ve 0,5 cm uzunlukta 0,1 cm çapta krem renkli 5 adet iğne biopsi materyalidir. 0,3 cm uzunlukta bir parça İFM için ayrıldıktan sonra tümü 5 parça 1 kasette takibe alındı.

### Uygulanan özel yöntemler :

İmmunofloresan Çalışmalar: C3, IgA , Lambda, C4, C1q , IgG, IgM, Kappa

Histokimyasal Çalışmalar: Periodik asit Schiff (PAS), JMS, Masson trikrom, PAMS, Kongo kırmızısı

### Mikroskopi :

Kesitlerde 4 kor halinde renal parankim ve beraberinde fibroadipöz doku fragmanı temsil edilmektedir; renal kordlarda korteks (%80) ve medulla (%20) birlikte örneklenmiştir. Hazırlanan kesitler H&E, JMS, PAS, PAMS, MTC ve Kongo kırmızısı boyanarak incelenmiştir. Seri kesitlerde 6'sı global sklerotik 20 glomerül sayılmıştır. Global sklerotik glomerüller daha ziyade kortikal skarlanma alanlarına lokalizedir, bir kısım

glomerülde hyalinozis ve kapsül-yumak sineşileri içeren segmental skleroz izlenmektedir. Diğer glomerüllerde ise yaygın olarak periglomerüler fibrozis, kapiller duvarlarda kırışıklanma ve beraberinde duvar kalınlaşması izlenmektedir. Özel histokimyasal boyamalarda kapiller duvar ve mezangial alanlarda gümüş negatif PAS pozitif birikimlerin olduğu izlenimi alınmıştır. Bazı mezangial alanlar hafif mezangiolitik görünümündedir. 5 glomerülde sellüler/fibrosellüler aktif kresent formunda ekstrakapiller proliferasyon kaydedilmiştir. Bir kaç segmentte ise karyorektif değişiklikler de içeren endokapiller proliferasyon mevcuttur. Prolifere endotelial hücrelere kapiller lümenler içinde inflamatuvar hücreler eşlik etmektedir. Bazı segmentlerde kapiller duvarlarda çift kontür görünümü (reduplikasyon) gözlenmiştir; spike, veya vakuolizasyon görülememiştir. Nekroz veya trombotik bir oklüzyon tespit edilmemiştir. İnterstiyumda yaygın olarak kortikal tübül epitelinde basitleşme, sitoplazmik vakuolizasyon ve basıklaşma, lümenal dilatasyon ve sitoplazmik kontürlerde düzensizleşme ile karakterize akut tübüler hasar bulguları kaydedilmiştir. Epitelde nükleer pleomorfizm ve irileşme yanısıra nükleol belirginleşmesi ile karakterize reaktif nükleer değişiklikler yaygındır. Bir kısmı bazal membranlarından ayrılarak lümene dökülmüştür, yer yer mitoz / apoptozlar seçilmektedir. Ek olarak, çoğunlukla tübüller arasında diziler halinde yer yer ise küçük gruplar oluşturan interstiyel inflamasyon kaydedilmiştir; inflamatuvar hücreler arasında nötrofil lökositler dikkati çekmiştir. tübüler lümenlerde eritrosit silendirleri ve yer yer hyalen kastlar gözlenmiştir. Yanı sıra korteksin %25-30'unu ilgilendiren yamasal interstisyel fibrozis ve tübüler atrofi izlenmiştir, bu alanlar temel olarak global sklerotik glomerüller komşuluğundadır. İntlamasyon interstisyel fibrozis alanlarında da mevcuttur. Biyopsi ile örneklenen arterlerde hafif - orta derecede intimal fibrozis gözlenmiştir. Arteriollerde



orta-ağır derecede hyalen değişiklik mevcuttur, hyalinozisin hilar arteriolleri de ilgilendirdiği dikkati çekmiştir. bir kısmında myointimal hiperplazi gözlenmiştir. Döřeyici endotel hücrelerinde nükleuslar iri ve reaktif yapıdadır. Damar duvarlarında iltihabi hücre infiltrasyonu, eritrosit ekstrasvazasyonu ve fibrin trombusu saptanmamıştır.

#### **İmmünofloresan mikroskopi ( İFM ) :**

İmmünofloresan mikroskopi için ayrılan dokuda 3 adet glomerül saptandı.Yapılan İFM incelemede aşağıdaki bulgular elde edildi:

Anti IgG Ab : Negatif

Anti IgA Ab : Glomerüller negatif / Tübüler kastlarda 3+ reaksiyon

Anti IgM Ab : Negatif

Anti C3 Ab : Glomerüllerde mezangial ve paramezangial lokalizasyonda global olarak 2-3+ granüler boyanma / Damar

duvarlarında ve tübül bazal membranlarında parsiyel 2+ reaksiyon.

Anti C4c Ab : Glomerüller negatif / Tübüler kastlarda eser-1+ reaksiyon

Anti C1q Ab : Negatif

Anti kappa Ab : Glomerüller negatif / Tübüler kastlarda 2-3+ reaksiyon

Anti lambda Ab: Glomerüller negatif / Tübüler kastlarda 3+ reaksiyon

#### **Tanı :**

Böbrek (iğne biyopsisi): Fokal endokapiller ve ekstrakapiller proliferatif glomerülo nefrit, İFM'de mezangial C3 birikimleri içeren. Segmental çift kontür görünümü, mezangioliz ve fokal global & segmental glomerüloskleroz; aktif kronik mikroanjiopatik glomerüler hasar

ile uyumlu olarak yorumlandı. Akut tübüler hasar bulguları ve interstisyel inflamasyon, polimorfonükleer lökositler içeren. İF/TA %25-30. Arterlerde intimal kalınlaşma, hafif-orta. Arteriollerde hyalinozis, orta.

**Yorum :**

Renal biyopside fokal endokapiller ve ekstrakapiller proliferatif glomerülonefrit izlenmektedir. Glomerüler proliferasyonlar dışında yer yer segmental olarak kapiller duvarlarda çift kontür görünümü ve tübüllerde akut tübüler hasar bulguları mevcuttur. Bu aktif lezyonlar dışında zeminde kronisitenin yer aldığını işaret eden bulgular da dikkati çekmiştir. Mevcut glomerüler değişiklikler ile hastanın hikayesinde yer alan ani kreatinin artışı öncesi kemoterapi alımı (başta "bevacizumab" olmak üzere) birlikte değerlendirildiğinde, olguda kemoterapiye ikincil bir renal yan etki olabilen kronik değişiklikler zemininde aktif bir mikroanjiopatik glomerüler hasarlanma düşünülmüştür. Aynı zamanda, akut tübüler hasarın da gözlenmesi bu tanıyı desteklemektedir.

Ek olarak, immünofloresan mikroskopide glomerüllerde yaygın ve global formda C3 depolanması tespit edilmiştir. Bu bulgu, ilaç yan etkisine bağlı glomerüler hasara ikincil olabileceği gibi farklı bir etyolojiye bağlı primer/sekonder bir C3 glomerülopatisini de akla getirmektedir. Bu açıdan, hastanın kompleman seviyeleri ile korelasyon / takibinde fayda vardır.

**Sonuç:** Anti-VEGF tedaviler karmaşık mekanizmalar yoluyla böbrek hasarına neden olabilir [3].Bevacizumab tedavisi sırasında idrar protein atılımı ve böbrek fonksiyonları yakından izlenmelidir. Kaynaklar: 1) Ferrara N, Adamis AP. Ten years of anti-vascular endothelial growth factor therapy. Nat Rev Drug Discov. 2016;15(6):385-403. doi:10.1038/nrd.2015.17 2) Zhao N, Xu Q, Wang M, et al. Mechanism of kidney injury caused by bevacizumab in rats. Int J Clin Exp Pathol. 2014;7(12):8675-8683. Published 2014 Dec 1. 3) Hayman SR, Leung N, Grande JP, Garovic VD. VEGF inhibition, hypertension, and renal toxicity. Curr Oncol Rep. 2012;14(4):285-294. doi:10.1007/s11912-012-0242-z

**Anahtar Kelimeler:** over kanseri, bevacizumab, Akut böbrek hasarı



# 26. ULUSAL HIPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-017

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

## Primer Hiperparatiroidizm

Ahmet Emin Yayla<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Afyonkarahisar Devlet Hastanesi

Ahmet Emin Yayla / Afyonkarahisar Devlet Hastanesi

**Amaç:** Primer hiperparatiroidizm PTH salgısının artışına bağlı kalsiyum, fosfat ve kemik metabolizmasının generalize bir bozukluğudur. Genellikle hiperkalsemi ve hipofosfatemide neden olur. Hastalar tekrarlayan nefrolitiazis, peptik ülser, mental değişimler ve daha az sıklıkla yaygın kemik rezorpsiyonu şeklinde bulgu ve semptomlar gösterebilir. Kan kalsiyum ölçümü gibi tarama testlerinin yaygın kullanılması neticesinde tanı sıklıkla hiçbir semptomu olmayan veya hiperkalsemi ve artmış PTH düzeyleri dışında hastalığa bağlı minimal bulguları olan hastalarda da konulmaktadır. Primer hiperparatiroidizmin çoğu asemptomatiktir ve yaşam boyu iyi huylu bir seyir gösterir. Hastalığın en sık sebebi yaklaşık %80-90'ında gözükten paratiroid adenomudur. En çok bir veya daha fazla bezin aşırı işlev görmesidir. Paratiroid hiperplazisi ve karsinomu çok nadir gözükten diğer sebeplerdir. Biz de dahiliye polikliniğine hipertansiyon, bulantı, kabızlık, güçsüzlük şikayetleri ile başvuran vakamızı sunmak istedik.

**Yöntem:** 62 yaşında erkek hasta iç hastalıkları polikliniğine 15 gündür devam eden bulantı, kusma, halsizlik, kabızlık, kas güçsüzlüğü, baş ağrısı şikayeti ile başvurdu.

**Bulgular:** Fizik muayenesinde patoloji yoktu kan basıncı 155/95 mm/hg saptandı. Tansiyon takiplerinde de kan basıncı yüksekti. Tetkiklerinde Ca:12.5 mg/dl, P:2.4 mg/dl, iPTH:258 pg/ml saptandı. Hastanın özgeçmişinde ve aile öyküsünde kalsiyum metabolizma bozukluğu, böbrek taşı, osteoporoz, kırıklar, endokrinopati ve paratiroid bozukluğu yoktu. Diğer laboratuvar bulguları 25 OH vitamin D:15 ng/ml, 24 saatlik idrarda kalsiyum düzeyi:510 mg/dl albumin:4.2 gr/dl, kreatinin:0.9 mg/dl saptandı. MEN açısından incelendi ek bir endokrinolojik patoloji saptanmadı. Hastada primer hiperparatiroidizm ön tanısı konuldu. Hiperkalsemi tedavisi için % 0.9 NaCl ile iv hidrasyon başlandı. Boyun USG'de sol tiroid lob arkasında inferiorda 10x8 mm paratiroid adenomu ile uyumlu olabilecek hipoekoik kitle lezyon saptandı. Tedaviye rağmen hastanın hiperkalsemi semptomları devam edince paratiroid cerrahisi uygulandı. Paratiroid adenomunun çıkarılmasından 10 dk sonra intraoperatif PTH seviyeleri ölçüldü 258 pg/ml den 86 pg/ml ye belirgin düşüş olması nedeni ile operasyonun doğru olduğu kanıtlandı. Cerrahi sonrası histopatolojik değerlendirmede paratiroid adenomu ile uyumlu geldi. Hastanın kan



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



basıncı normale döndü.Klinik ve labaratuar olarak düzelen hasta dahiliye poliklinik kontrolü önerilerek takibe alındı.

**Sonuç:** Hipertansiyon hastalarının yaklaşık olarak % 90'ında altta yatan başka bir hastalık bulunmaz,% 10'lunda ise sekonder hipertansiyon bulunur.Dirençli hipertansiyon vakalarında sekonder hipertansiyon nedenleri de akılda tutulmalı ve gerekli araştırmalar yapılmalıdır. Özellikle gençlerde, 60 yaş sonrası tanı alan hipertansif hastalarda ve önceden kontrol altında iken hızlı şekilde kontrolden çıkan hipertansiyon vakalarında sekonder hipertansiyon üzerinde durulmalıdır. En sık sekonder hipertansiyon nedenleri arasında renal arter stenozu, primer aldosteronizm, kronik böbrek yetmezliği ve obstrüktif uyku apnesi sayılabilirken daha nadir nedenler arasında feokromositoma, Cushing hastalığı, aort koarktasyonu ve hiperparatiroidi gösterilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** hiperkalsemi, hiperparatiroidi, adenom, hipofosfatemi



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-018

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### Fibriller Glomerülonefrit

Neriman Sıla Koç<sup>1</sup>, Özant Helvacı<sup>2</sup>, Betül Öğüt<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

<sup>3</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Neriman Sıla Koç / Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

**Amaç:** Fibriller glomerülonefrit, nadir görülen, proteinüri, hematüri, hipertansiyon nadiren de nefrotik sendrom ile kendini gösteren bir glomerülonefrit formudur. En sık orta-ileri yaş ve kadınlarda görülür. FGN, glomerüler kılcak duvarlarda ve mezangiumda kongo red negatif, 15-25nm çapında gelişigüzel dağılmış, dallanmayan fibrillerin birikmesi ile karakterizedir. İF'de intraglomerüler IgG ve C3 pozitifliği görülür. DNAJB9, FGN'nin duyarlı ve spesifik bir belirteci olarak tanımlanmıştır. Primer veya hepatit B/C, otoimmün hastalıklar, malignite, diyabet, monoklonal gamopatilere sekonder görülebilir. Literatürde yalnızca 6 ailede ailesel FGN bildirilmiştir. Bu olgu ile histolojik olarak membranöz nefropatiyi taklit eden, Türkiye'deki ilk ailesel FGN'yi sunmayı amaçladık.

**Yöntem:** 45 yaşında, non-diyabetik, hipotiroidisi olan kadın hasta, alt ekstremitelerde şişlik ile başvurdu. TA: 170/90 mmHg, bilateral PTÖ olduğu görüldü. Annesi ve ablasının etiyolojisi bilinmeden hemodiyalize girdiği öğrenildi. Serum albümin 3,8 g/dL, kreatinin 0,6 mg/dL, tGFH 110 ml/dk/1.73m<sup>2</sup>, diğer laboratuvar parametreleri normaldi. İdrarda mikroskopik hematüri ve 1.8gr proteinüri görüldü. Böbrek ultrasonografisinde boyutları normal, azalmış kortikal kalınlık görüldü. İmmünolojik testler/viral seroloji normaldi. Serum immünfiksasyonda monoklonal gamopati ve Fabry genomik analizde mutasyon saptanmadı. Böbrek biyopsisinde, İM'de global olarak skleroze iki glomerül, sklerotik olmayan glomerüller arasında, hafif mezenjiyal proliferasyon ve GBM'de fokal kalınlaşmanın eşlik ettiği hafif-orta mezenjiyal genişleme vardı. İnterstisyel fibrozis/tübüler atrofi yoktu. Böbrek damar yapısı normaldi. Kongo red negatif ve IF analizinde GBM ve mesangium üzerinde, granüler 3+IgG, +2κ-zincirli, +2λ-zincirli immün birikimler mevcuttu. Tübüler bazal membranlarda hafif kalınlaşma gözlemlendi. FGN tanısı, mesangium ve TBM'lerde segmental olarak, GBM boyunca güçlü pozitiflik sergileyen DNAJB9 boyaması ile doğrulandı (resim1-resim2). Hastanın annesinde ve kız kardeşinde hemodiyaliz öyküsü olması nedeniyle Türkiye'de tespit edilen ilk ailesel FGN olduğu





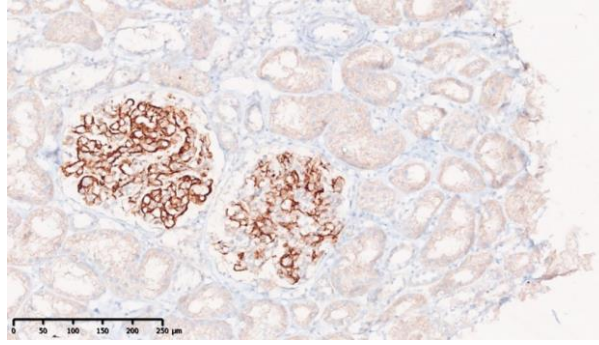
## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024

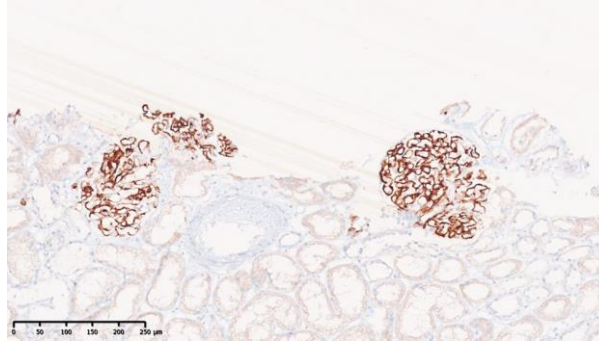


düşünülmektedir. Genetik çalışmalar halen devam etmektedir. Hastamız nefrotik olmayan proteinürisi ve GFH'nin normal olması nedeniyle ARB ile izlenmektedir.

Resim 1. Glomerüler bazal membran ve mezengiumda DNAJB9 pozitifliği



Resim 2. Glomerüler bazal membran ve mezengiumda DNAJB9 pozitifliği



### Literatürdeki Ailesel Fibriller Glomerülonefrit Vakalarının Özellikleri

| Yazar,<br>yıl        | Vaka            | Tanı<br>anında<br>yaş | Semptom    | Patoloji |                        | Tedavi |
|----------------------|-----------------|-----------------------|------------|----------|------------------------|--------|
|                      |                 |                       |            | EM       | DNAJB9<br>(Fibril, nm) |        |
| Chan<br>et al., 1998 | Kız kardeş      | 36                    | Proteinüri | 20-30    | N/A                    | Takip  |
|                      | Erkek<br>kardeş | 38                    | Proteinüri | 20-30    | N/A                    | Takip  |

|                       |              |     |                      |       |     |              |
|-----------------------|--------------|-----|----------------------|-------|-----|--------------|
| Ying et al.,2015      | Baba         | 64  | Bozulmuş renal fx    | 10-15 | N/A | Takip        |
|                       | Kız çocuğu   | 43  | Proteinüri, hematüri | 10-15 | N/A | SDBY         |
| Ying et al.,2015      | Anne         | 61  | NS                   | 15    | N/A | SDBY         |
|                       | Erkek çocuğu | 40  | NS                   | N/A   | N/A | Takip        |
| Watanabe et al.,2017  | Erkek çocuğu | 35  | Proteinüri           | N/A   | N/A | Takip        |
|                       | Erkek çocuğu | 40  | Proteinüri           | 20    | N/A | Takip        |
|                       | Baba         | N/A | N/A                  | N/A   | N/A | N/A          |
| Andeen et al.,2019    | Anne         | N/A | N/A                  | N/A   | N/A | SDBY- N/A    |
|                       | Kız çocuğu   | N/A | N/A                  | N/A   | +   | SDBY- N/A    |
| Jeyabalan et al.,2020 | Baba         | 49  | Proteinüri           | 16    | +   | Preemptif tx |
|                       | Erkek çocuğu | 35  | Aseptomatik          | 18    | +   | Takip        |

Tablo 1.

**Bulgular:** Ailesel FGN bugüne kadar 6 ailede rapor edilmiştir.Olgumuz Türkiye'den bildirilen FGN ailesinin ilk tanı alan üyesidir.Ailesel FGN vakaları ile ilgili özellikler Tablo1'de gösterilmiştir.FGN'li hastalarda çeşitli histolojik tipte glomerüler hasar bulguları bildirilmiştir.Literatürdeki bir vakada tanımlandığı gibi IM'de etkilenmiş küçük bir böbrek dokusunu incelerken,membranöz glomerülopati evre III-IV gibi görünebilir.Bildirilen vakada hem EM'de fibrillerin görülmesi hem de bizim olgumuzdaki gibi DNAJB9 boyanması ile doğrulanmıştır.Az sayıda tedavi seçeneği vardır ve prognozu kötüdür.Prognozu etkileyen en önemli belirteçler serum kreatinin düzeyi,yaş,proteinüri ve glomerüloskleroz derecesi olduğu gösterilmiştir.Proteinüri<3,5 g/gün ve GFH>60 ml/dk/1,73m2 olan hastalara anti-proteinürik ilaçlar ile konservatif tedavi önerilirken,GFR<60 ml/dk/1,73m2,proteinüri>3,5 g/gün olan hastaların tedavisi belirsizdir.Steroid,MMF,siklofosamid,CNI denenmiştir ancak dikkate değer bir sonuç elde edilememiştir.IgG,glomerüler birikimlerin çoğunluğunu oluşturduğundan,anti-CD20 monoklonal antikorı rituksimabın ise proteinüriyi anlamlı değiştirmeden süreci yavaşlattığı gösterilmiştir.

**Sonuç:** Bu olgu Türkiye'de görülen ilk ailesel FGN olgusu olup,IM'de membranöz nefropatiye benzerliği ile dikkat çekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** ailesel fibriller glomerülonefrit, hematüri, proteinüri, nefrotik sendrom, membranöz nefropati



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-019

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### Zor Hastada Periton Diyalizi

Dilara Erdoğan Sivri<sup>1</sup>, Güldehan Haberal<sup>2</sup>, Doç. Dr. Hacı Hasan Yeter<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Nefroloji Anabilim Dalı

Dilara Erdoğan Sivri / Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

**Amaç:** Periton diyalizi; inguinal herni, obezite veya assiti olan hastalarda yönetimi zor olabilecek bir tedavi modalitesidir. Obez hastalarda periton diyalizi ile ilgili temel endişeler; kaçaklar, kateter ilişkili ve metabolik komplikasyonlardır (1). Kronik karaciğer hastalığına assit eşlik eden hastalarda periton diyalizinin, daha iyi hemodinamik stabilite sağlaması, antikoagülasyona ve parasentez girişimine ihtiyaç bırakmaması, temel avantajlarını oluştururken; albümin kaybı ve peritonit riski gibi durumlar temel dezavantajlarını oluşturur (2).

**Yöntem:** FMF, kronik böbrek hastalığı, tip 2 diyabet ve hipertansiyon tanıları ile izlenmekte olan hastanın dört yıl önce halsizlik, ateş ve diyare şikayetleri ile başvurusunda assiti saptanmıştır. Assit etiyolojisine yönelik yapılan tetkiklerde herhangi bir patoloji saptanmamıştır. Takibinde üç farklı merkez tarafından ileri tetkik edilen hasta kriptojenik assit olarak kabul edilmiştir. Mart 2023'te merkezimize başvuran hasta assit palyasyonu için hospitalize edildi. Yapılan tüm tetkikleri tekrar değerlendirilen hastada kronik karaciğer hastalığı ve enfeksiyöz nedenler ekarte edildi. Başvurusunda kreatinin değeri 2,67 mg/dl ve tGFH 19 ml/dk/m<sup>2</sup> olarak saptanan hasta aralıklı parasentez ve diüretik tedavisi ile izlendi. Romatoloji bölümü tarafından da değerlendirilen hastaya FMF için Anakinra tedavisi başlandı. Oral furosemid ve sprinolakton tedavisi ile taburcu edildi.

**Bulgular:** Taburculuk sonrasında acile elde ve yüzde uyuşma şikayetiyle başvuran hastaya, hiperkalemisi ve asidozu sebebiyle acil hemodiyaliz yapıldı. Taburculuk sonrası oral diüretik tedavisinin düzenlenmesi amacıyla nefroloji bölümünce takip edildi. Kreatinin düzeyleri 4 mg/dl'ye kadar yükselen hastanın, ayaktan takibi sırasında haftada bir ya da iki kez yüksek volümlü parasentez ihtiyacı olması sebebiyle, periton diyalizi başlanması uygun görüldü. Hastanın umbilikal hernisi ve obezitesi olması nedeniyle laparoskopik cerrahi yöntemle periton kateteri yerleştirildi. Kateter yerleştirildikten iki hafta sonra hastaya aletli periton diyalizi başlandı. Hastanın tedavisi başlangıç boşaltımlı, %1.36'lık 1500cc solüsyon ile 10 saatte 5 değişim olacak şekilde düzenlendi. Takiplerinde ilk başta günlük 500-600 cc kadar olan



**26. ULUSAL  
HİPERTANSİYON  
VE  
BÖBREK HASTALIKLARI  
KONGRESİ**

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
**8-12 MAYIS 2024**



başlangıç boşaltımı volümü 50-100 cc'ye kadar geriledi. Hastanın periton diyalizi ile öncesinde mevcut olan iştahsızlık, bulantı şikayetlerinde gerileme görülürken, egzersiz kapasitesinde ve yaşam kalitesinde belirgin düzelme görüldü.

Periton Diyalizi Sonrası







# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

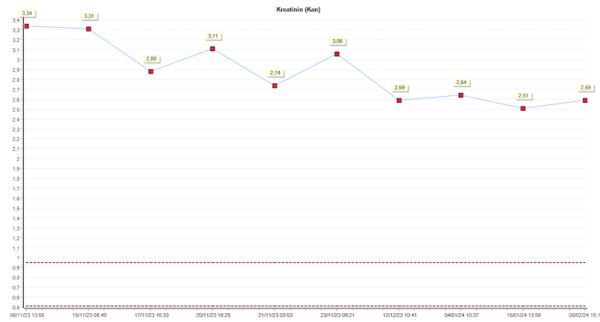
Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



## 6. Ay Kontrolü



## Kreatinin Seyri





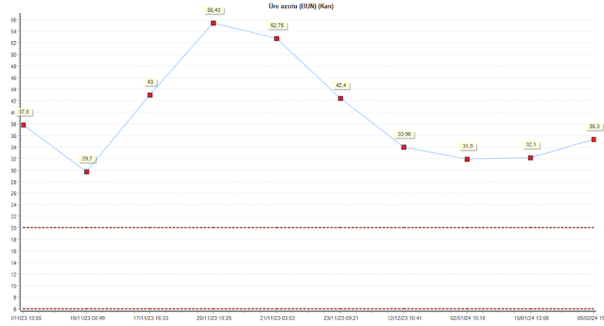


# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



## BUN Seyri



**Sonuç:** Umbilikal herni, kriptojenik assit ve obezite gibi birden çok risk faktörünün bir arada bulunduğu hastalarda bile periton diyalizinin başarılı bir tedavi yöntemi olabileceği unutulmamalıdır.

1. Ekart R, Hojs R. Obese and diabetic patients with end-stage renal disease: Peritoneal dialysis or hemodialysis? Eur J Intern Med. 2016 Jul;32:1-6. doi: 10.1016/j.ejim.2016.03.016. Epub 2016 Apr 7. PMID: 27067614.
2. Rajora N, De Gregorio L, Saxena R. Peritoneal Dialysis Use in Patients With Ascites: A Review. Am J Kidney Dis. 2021 Nov;78(5):728-735. doi: 10.1053/j.ajkd.2021.04.010. Epub 2021 Jun 16. PMID: 34144102; PMCID: PMC8545758.

**Anahtar Kelimeler:** Diyaliz, Periton Diyalizi



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-020

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### **Goodpasture Sendromu Tanılı Bir Hastada Hemoptizi Ayırıcı Tanısı: Önce Yeterli Diyaliz**

Merve Altun Şimşek<sup>1</sup>, Güldehan Haberal<sup>2</sup>, Bülent Altun<sup>2</sup>, Cafer Balci<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı

<sup>3</sup>Hacettepe Üniversitesi Geriatri Bilim Dalı

Merve Altun Şimşek / Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

**Amaç:** Goodpasture Sendromu nadir görülen ve otoimmün kökenli bir hastalık olup diffüz alveoler hemoraji, glomerülonefrit ve anti-glomerüler bazal membran antikorlarının üretimi ile karakterizedir. Pulmoner tutulum eşlik edebileceği gibi yalnızca böbrek tutulumu ile de seyredebilir. Kronik diyaliz hastalarında semptom, elektrolit dengesi ve volüm kontrolünün sağlanması için diyaliz yeterliliği çok önemlidir. Bu olguda volüm kontrolü ile hemoptizisi gerileyen Goodpasture tanılı bir hasta üzerinden diyaliz yeterliliğinin önemini vurgulamayı amaçlıyoruz.

**Yöntem:** 2 yıldır Goodpasture Sendromu tanılı 25 yaşında erkek hasta hemoptizi, halsizlik ve yorgunluk şikayetleriyle Nefroloji polikliniğine başvurdu. Hasta 2 yıl önce glomerulonefrit kliniği ile araştırılırken Anti-GBM antikoru pozitif saptanmış ve takibinde hemoptizi atakları olması üzerine Goodpasture Sendromu olarak değerlendirilmişti. Plazmaferez, pulse steroid ve 8 doz siklofosfamid tedavilerine yanıt alınamaması üzerine tanıdan itibaren haftada 2 gün hemodiyalize alındığı öğrenildi. Son 3 ayda 2 kez öksürmeyle bir avucunu dolduracak miktarda kanlı balgamı olan hasta etiyoloji araştırılması amacıyla hospitalize edildi. Hastanın son aylarda günlük 2-3 litre civarında sıvı tüketimi mevcuttu. Servise kabulünde ortopne, bilateral akciğer bazallerinde raller, pretibial ödem ve BNP yüksekliği saptanan hasta hipervolemik olarak değerlendirilerek günlük Ultrafiltrasyon uygulandı.

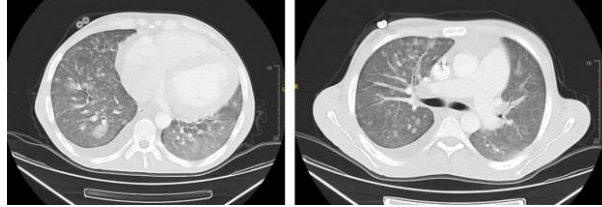


## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



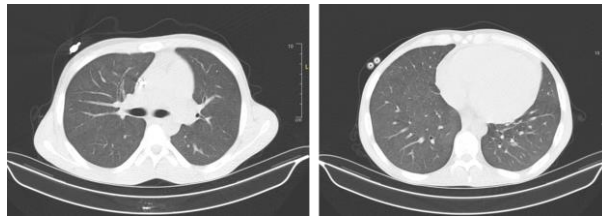
### Efektif Diyaliz Öncesi Toraks BT



**Bulgular:** Servis izleminde hemoptizi tekrarlama üzerine uygulanan Toraks BT' de pulmoner ödem ve alveolar hemoraji açısından anlamlı olabilecek her iki akciğerde difüz buzlu cam opasitesi zemininde sentrilobüler nodüler buzlu cam opasiteleri, interlobüler septal ve peribronşiyal kalınlaşmalar görülmesi üzerine Göğüs Hastalıkları ile beraber tartışıldı. 1 ay önceki Toraks BT ile karşılaştırıldığında belirgin artış gösteren opasitelerin Goodpasture Hastalığı tutulumu olabileceği düşünüldü. UF ile hemoptizi gerilememesi halinde immunsupresif tedavi verilmesi planlandı. Anti-GBM antikoru, ANCA ve balgamda ARB negatif sonuçlandı. 2 hafta boyunca günlük yaklaşık 3500 cc UF yapıldı ve günlük 1500 cc sıvı kısıtlaması uygulandı. Takibinde hemoptizi şikayeti ve hipervolemi tablosu gerileyen hastaya uygulanan kontrol Toraks BT' de her iki akciğerdeki belirsiz sınırlı nodüler buzlu cam opasitelerinde total gerileme mevcuttu. UF ile akciğer bulguları tama yakın gerileyen hastada Goodpasture Sendromu aktivasyonundan uzaklaşıldı, immunsupresif tedavi başlanmadı. Diyaliz planı haftada 4 güne çıkarılan hastanın bir yıllık izleminde hemoptizi tekrarlamadı, BNP normal sınırlarda seyrediyor.

**Sonuç:** Hemoptizi ayırıcı tanısında Goodpasture sendromu tanısı olsa dahi öncelikle pulmoner ödem dışlanmalıdır. Hemodiyaliz uygulanan her hasta diyaliz yeterliliği açısından düzenli olarak değerlendirilmelidir.

### Efektif Diyaliz Sonrası Toraks BT



**Anahtar Kelimeler:** hemoptizi, diyaliz yeterliliği, Goodpasture, hipervolemi, Anti-gbm



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-021

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### RENAL NAKİLLİ HASTADA ASSİT İLE PREZENTE OLAN TAŞLI YÜZÜK HÜCRELİ ADENOKARSİNOM : OLGU SUNUMU

Derya Koç<sup>1</sup>, Kübra Öztürk<sup>1</sup>, Tahsin Karaaslan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Derya Koç / İstanbul Medeniyet Üniversitesi

**Amaç:** Böbrek nakli (BN), mortaliteyi azaltması ve yaşam kalitesini artırması nedeniyle en iyi renal replasman tedavi seçeneğidir. Bununla beraber, greft rejeksiyonunu önlemek için kullanılan immunsupresif tedaviler nedeniyle malignite gelişme riski normal popülasyona göre artmıştır. Burada assit ile prezente olan bir mide adenokarsinom tanısı konan böbrek nakli hastası sunulmuştur.

**Yöntem:** Beş yıl evvel canlı donörden BN yapılan hasta assit etyoloji açısından araştırılmıştır.

**Bulgular:** Diyabet ve hipertansiyonu olan 72 yaşındaki BN erkek hasta karın şişkinliği, ağrı, bulantı ve kusma ile başvurmuştu. İmmüsupresif ilaç olarak prednizolon, takrolimus ve mikofenolat mofetil, antihipertansif amaçla rilmenidin, metoprolol, doksazosin ve glisemik regülasyon için bazal-bolus insülin tedavisi almaktaydı. Kan basıncı 189/75 mmHg, nabız 75/dk, ateş: 36.5 OC, bilinci açıktı. Batın dört kadrant hassas, defans ve rebaunt mevcuttu. Göbek düzeyinde açıklığı yukarı bakan matite alındı. Laboratuvar bulguları tablo 1'de mevcuttur. Batın USG'de yaygın serbest mayi vardı. Karaciğer ve dalak boyutları hafif olarak artmıştı, Doppler USG'de portal ve splenik ven basınçları normal, kollateral dolaşım tespit edilmedi. Yapılan assit örneklemede serum sıvı albümin gradyanı 0,7 olup non-portal karakterdeydi. Sıvı analizinde 966/uL PMN bulundu. Assit (nonspesifik ve mikobakteri) kültüründe üreme olmadı, ADA düzeyi normal aralıkta ve Mikobakteri PCR sonucu negatif bulundu. Assit sitolojisinde malign hücreye rastlanmadı. Malignite taraması amacıyla çekilen BT'de tiroidte 6 mm çapında bir nodül bulundu. Nodülden İİAB yapıldı ancak maligniteye rastlanmadı. Kilo kaybı ve kusmaların eşlik etmesinden dolayı yapılan gastroskopisinde antrumda ülserovejetan kitle tespit edildi. Histopatolojisi taşlı yüzük hücreli orta-az derecede diferansiye adenokarsinom olarak sonuçlandı.





## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



FIGÜR-1: GASTROSKOPİ



PREPLORİK ALANDA SANTRALİ DEPRESE ÇEVRESİ KABARIK PİLOR GEÇİŞİNİ DARALTAN DÜZENSİZ MUKOZA ŞEKLİNDE YÜZEYE SAHİP ÜLSEROVEJETAN KİTLE

TABLO-1 : LABORATUVAR BULGULARI

| HEMOGRAM                      | BİYOKİMYA                                   |
|-------------------------------|---------------------------------------------|
| WBC - 6 10 <sup>3</sup> /uL   | Kreatinin: 1,27 mg/dL                       |
| HGB - 12 g/dL                 | EGFR (GFR): 56,07 ml/dk/1.73 m <sup>2</sup> |
| MCV - 88,9 fL                 | Sodyum (Na): 132 mmol/L                     |
| PLT - 225 10 <sup>3</sup> /uL | Düzeltilmiş Kalsiyum: 8,524 mg/dL           |
|                               | Fosfor (P): 4 mg/dL                         |
|                               | Üre (serum): 29 mg/dL                       |
|                               | Potasyum: 3,9 mmol/L                        |
|                               | Magnezyum: 1,55 mg/dL                       |

**Sonuç:** BN nakli alıcılarında sağlıklı popülasyonla karşılaştırıldığında aynı yaş ve cinsiyete göre kanser sıklığının 2 ila 4 kat fazla olduğu ve zaman içinde de bu sıklığın daha da arttığı bilinmektedir. Özellikle non-melanom cilt kanserlerin sıklığının 200 kat kadar arttığı bildirilmiştir. Solid organ malignitelerin sıklığı transplant sonrası 5. Yılda %5 iken bu oran onuncu yıldan sonra %10'lara çıkmaktadır. Nakilli hastalarda solid organ kanser taramalarının mortaliteyi azalttığına dair net veri olmamasına rağmen yıllık fekal Hb taramasının yapılması ve pozitif bulunduğunda gastrointestinal sistemin endoskopik olarak incelenmesi önerilmektedir. Bunun dışında kusma, kilo kaybı ve anemi gibi alert bulgularla gelen hastalarda mutlaka gastroskopi ile malignite araştırılması gerekmektedir. Renal nakilli hastada taşlı yüzük hücreli mide adenokarsinomu nadir görüldüğünden bu olgumuzu paylaşmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** Assit, Böbrek nakli, İmmüsupresyon, Mide adenokarsinomu





# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-022

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

## **Böbrek naklinde erken dönemde artmış monosit lenfosit oranı: Uzun dönem graft kaybında bir risk belirtici**

Gül Polat<sup>1</sup>, Berfu Korucu<sup>2</sup>, Yelda Deligöz Bildacı<sup>2</sup>, Mehmet Ası Oktan<sup>2</sup>, Caner Çavdar<sup>2</sup>, Serpil Müge Değer<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, İzmir

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji BD, İzmir

Gül Polat / Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, İzmir

**Amaç:** Doğal bağışıklık sistemi, renal allogreftin adaptif bağışıklık yanıtı ile yakından ilişkili olup, nötrofiller, dendritik hücreler, doğal öldürücü hücreler, makrofajlar ve koagülasyon sisteminden meydana gelmektedir. İnflamasyonun, rejeksiyon döneminin ana faktörlerinden biri olması nedeniyle, subklinik düzeyde bile inflamatuvar reaksiyonları yansıtabilecek kolay belirteçler, kronik greft kaybını öngörmeye yardımcı olabilir. Monosit-lenfosit oranı (MLR), yeni bir hematolojik ve inflamatuvar parametre olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada, MLR'nin uzun vadeli renal alloft kaybı için bir belirteç olup olmadığını analiz etmeyi amaçladık.

**Yöntem:** 1996-2022 arasında merkezimizde takip edilen 450 renal transplantasyon hastasını retrospektif olarak taradık ve bunlardan 186'sını analize dahil ettik. Post-transplant vizitler sırasında, 1, 3, 6, 9 ay ve 10 yıla kadar yıllık olarak tüm laboratuvar verileri ile mutlak lenfosit ve monosit sayıları kaydedildi. Post-transplant ilk veriler, yüksek doz immünosupresyon ve operasyonun lökosit, lenfosit ve monosit seviyelerine olası etkisini dışlamak için bu çalışmaya dahil edilmedi. MLR, mutlak monosit sayısını mutlak lenfosit sayısına bölerek hesaplandı.

**Bulgular:** Takip süresi medyan 75 (49,110) aydı. 186 hastadan %28.3'ü (n=54) greft disfonksiyonu geliştirdiği saptandı. Medyan ilk ay monosit sayısı, greft kaybı olan grupta belirgin olarak daha yüksek (p=0.04), beyaz küre sayıları ise daha yüksek olma eğilimideydi (p=0.05). Univaryant cox regresyon analizi, artan yaşı [0.97 (0.95,0.99) p=0.007], idame immünsupresyon stratejisini [2.4 (1.1,19.7) p=0.02] ve akut rejeksiyon geçirme durumunu [28.4 (8.8,19.3) p<0.001] uzun dönem greft kaybı riski ile ilişkili bulundu. İlk 6 aydaki medyan lenfosit, monosit ve en önemlisi MLR seviyelerinin uzun vadeli greft kaybı için istatistiksel olarak anlamlı öngörücüler olduğunu saptadık. İçlerinden yalnızca yüksek medyan MLR değerleri uzun dönem greft yetmezliği için bağımsız bir belirteçti.



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



1

Tablo 1: Graft disfonksiyonu olan ve olmayan hastaların demografik ve laboratuvar özelliklerinin karşılaştırılması

|                                             | Graft yetmezliği var<br>(n=54) | Graft yetmezliği yok<br>(n=132) | P      |
|---------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------|
| Tx yaşı (yıl, ort±SD)                       | 44±14                          | 35±12                           | <0.001 |
| Cinsiyet (n,%)                              |                                |                                 |        |
| Kadın                                       | 21 (39%)                       | 50 (38%)                        | 0.05   |
| Erkek                                       | 33 (61%)                       | 82 (62%)                        |        |
| Primer Hastalık (n,%)                       |                                |                                 |        |
| Diabetes Mellitus                           | 1 (2%)                         | 7 (5%)                          |        |
| Hipertansiyon                               | 7 (12%)                        | 28 (21%)                        |        |
| Glomerulonefrit                             | 27 (50%)                       | 33 (25%)                        |        |
| Polikistik Böbrek Hastalığı                 | 1 (2%)                         | 13 (10%)                        |        |
| Bilinmeyen                                  | 9 (17%)                        | 30 (23%)                        | 0.017  |
| Diğer                                       | 9 (17%)                        | 21 (16%)                        |        |
| Diabetes mellitus (n,%)                     | 3 (6%)                         | 19 (14%)                        | 0.13   |
| Hipertansiyon (n,%)                         | 41 (76%)                       | 100 (76%)                       | 0.57   |
| Kardiyovasküler hastalık (n,%)              | 7 (13%)                        | 7 (5%)                          | 0.07   |
| Tx öncesi RRT (n,%)                         |                                |                                 |        |
| Hemodiyaliz                                 | 42 (84%)                       | 92 (82%)                        | 0.86   |
| Periton diyalizi                            | 5 (10%)                        | 17 (13%)                        |        |
| RRT süresi (medyan, IQR)                    | 15 (8, 36)                     | 17 (8, 36)                      | 0.57   |
| NODAT (n, %)                                | 4 (7%)                         | 19 (14%)                        | 0.14   |
| Donör tipi (n, %)                           |                                |                                 |        |
| Kadavra                                     | 21 (39%)                       | 57 (43%)                        |        |
| Canlı                                       | 33 (61%)                       | 75 (57%)                        | 0.35   |
| Mismatch (n,%)                              |                                |                                 |        |
| 0 veya 1                                    | 9 (16.7%)                      | 14 (10.6%)                      |        |
| 2,3 veya 4                                  | 39 (72.2%)                     | 96 (72.8%)                      | 0.42   |
| 5 veya 6                                    | 6 (11.1%)                      | 22 (16.6%)                      |        |
| İndüksiyon tedavisi (n,%)                   |                                |                                 |        |
| Antitimonik globulin                        | 49 (91%)                       | 118 (89%)                       | 0.50   |
| Basiliximab                                 | 5 (9%)                         | 14 (11%)                        |        |
| İmmüünsüpresyon rejimi (n,%)                |                                |                                 |        |
| Steroid+takrolimus+mikofenolat mofetil      | 25 (46%)                       | 90 (68%)                        |        |
| Steroid+siklosporin+mikofenolat mofetil     | 10 (33%)                       | 35 (27%)                        |        |
| Steroid+ mikofenolat mofetil                | 9 (17%)                        | 2 (1.5%)                        | 0.001  |
| Steroid+azatiyoprin+siklosporin             | 1 (2%)                         | 3 (2%)                          |        |
| Steroid+mTOR inhibitörü+mikofenolat mofetil | 1 (2%)                         | 2 (1.5%)                        |        |
| Akut rejeksiyon (n,%)                       | 51 (94%)                       | 15 (11%)                        | <0.001 |
| BK (n, %)                                   | 1 (1.9%)                       | 8 (6%)                          | 0.51   |
| CMV (n, %)                                  | 3 (11%)                        | 20 (16%)                        | 0.40   |
| Takip süresi (medyan, IQR)                  | 77.5 (28.5, 116.2)             | 75.5 (49.8, 107.8)              | 0.75   |
| Ölüm (n,%)                                  | 21(38%)                        | 53 (%40)                        | 0.55   |

Tx: Transplantasyon, RRT: renal replasman tedavisi, NODAT: new onset diabetes mellitus after transplantation, CMV: sitomegalovirus

2

Graft yetmezliğini etkileyen faktörler (Bülm sanırdı), univariate cox modeli

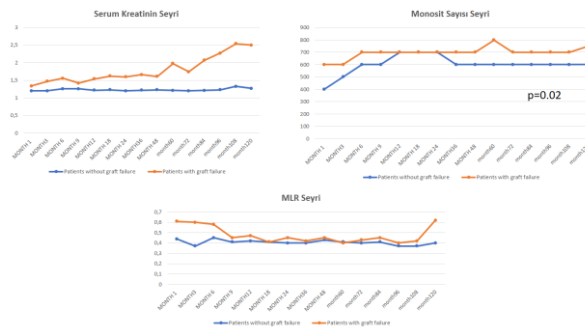
|                            | Univariate |                 |
|----------------------------|------------|-----------------|
|                            | HR         | CI95% P         |
| Yaş                        | 0.97       | 0.95,0.99 0.007 |
| Cinsiyet, K                | 0.99       | 0.52,2.71 0.97  |
| HD veya PD                 | 1.3        | 0.06,1.1 0.07   |
| RRT süresi                 | 1.0        | 0.99,1.01 0.36  |
| Diabetes Mellitus          | 2.2        | 0.68,7.06 0.18  |
| Hipertansiyon              | 1.6        | 0.86,3.11 0.12  |
| Kardiyovasküler Hastalık   | 1.3        | 0.60,2.98 0.47  |
| NODAT                      | 1.54       | 0.55,4.59 0.40  |
| Donör Tipi, Canlı          | 1.32       | 0.76,2.29 0.31  |
| HL mismatch                | 2.30       | 0.36,17.7 0.31  |
| İndüksiyon rejimi          | 1.9        | 0.78,5.00 0.15  |
| İdame İmmüünsüpresif       | 2.4        | 1.1,9.7 0.02    |
| Acute rejection            | 28.4       | 8.8,18.3 <0.001 |
| BK                         | 2.9        | 0.33,25.9 0.33  |
| CMV                        | 1.42       | 0.79,14.8 0.09  |
| İlk 6 ayda medyan BK       | 1.00       | 1.00,1.00 0.22  |
| İlk 6 ayda medyan lenfosit | 0.99       | 0.99,1.00 0.02  |
| İlk 6 ayda medyan monosit  | 1.00       | 1.00,1.00 0.02  |
| İlk 6 ayda medyan MLR      | 2.93       | 1.47,5.84 0.002 |

MLR ile graft başarısızlığı arasındaki ilişki, çok değişkenli cox modeli\*

|                            | MLR ile | CI95% P        |
|----------------------------|---------|----------------|
| İlk 6 ayda medyan BK       | 1.00    | 1.00,1.00 0.63 |
| İlk 6 ayda medyan lenfosit | 1.00    | 0.99,1.00 0.07 |
| İlk 6 ayda medyan monosit  | 1.03    | 1.03,1.04 0.05 |
| İlk 6 ayda medyan MLR      | 1.66    | 1.01,1.70 0.04 |

\*Yaş, cinsiyet, bulaşıcı immüünsüpresyona ve akut rejeksiyona göre düzeltilmiştir

3





## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Sonuç:** Post-transplant en riskli zaman dilimi olan ilk ay tamamlandıktan sonra, immünsüpresif rejimler idame dozuna indirilirken, subklinik düzeyde bile olsa inflamasyonla ilişkili immünolojik yanıt uzun vadeli greft prognozunu etkileyebilir. Monosit sayısı, doğal bağışıklığın bir yansımasıdır, immünsüpresif ajanlar ise lenfositleri inhibe eder. Yüksek monosit/lenfosit oranı uzun vadeli greft fonksiyonu için iyi bir öngörücü olabilir. Çalışmamızda, kreatinin artışına, artan MLR değerlerinin de eşlik ettiğini ancak, kreatininin azalması durumunda MLR'nin stabil seyrettiğini saptadık. Bu durum, kreatinin değeri stabilken dahi, doğal bağışıklığın etkin olduğunu önermektedir. Özellikle post-transplant 6 ayda yüksek seyreden MLR değerlerine sahip hastalarda, uzun vadeli greft kaybı riski daha yüksekti.

**Anahtar Kelimeler:** renal transplantasyon, monosit lenfosit oranı, greft yetmezliği



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-023

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### Nefrotik Sendrom İle Prezente Olan Böbreğe Sınırlı TMA Olgusu

MURATCAN KASIMOĞLU<sup>1</sup>, BERFU KORUCU<sup>2</sup>, YELDA DELİGÖZ BİLDACI<sup>2</sup>, MEHMET ASİ OKTAN<sup>2</sup>, SERPİL MÜGE DEĞER<sup>2</sup>, CANER ÇAVDAR<sup>2</sup>

<sup>1</sup>DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, İZMİR

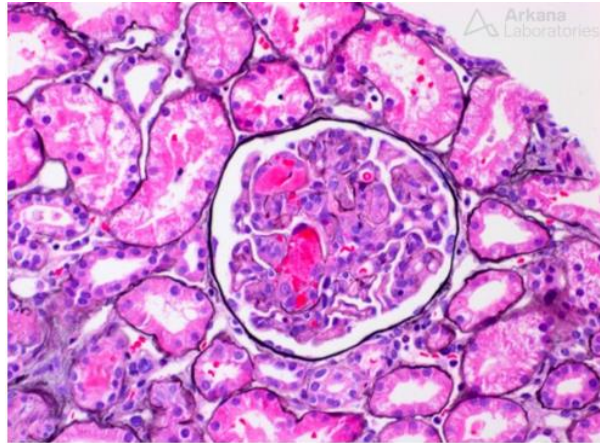
<sup>2</sup>DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ NEFROLOJİ BİLİM DALI, İZMİR

MURATCAN KASIMOĞLU / DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI, İZMİR

**Amaç:** TMA, endotel hasarıyla trombosit aktivasyonuna, mikrotromboza, non-immün hemolitik anemi ve trombositopeniye yol açan durumu ifade eder. Mikrotromboembolilere ve iskemiye bağlı end-organa zarar verir. Glomerüler kapillerlerde endotel hasarına bağlı hemolitik anemiye, trombositopeniye ve renal fonksiyonlarda azalmaya neden olur. TMA farklı nedenlerden kaynaklanabilir, fakat NS ile birlikte ortaya çıkan non-trombositopenik vakaların bildirildiği sınırlı olgu vardır. Amaç bu klinik prezantasyona dikkat çekmek, hastaların plazmaferezden ve eculizumab tedavisinden fayda görebileceğini göstermektir.

**Yöntem:** Dispne, oligüri ve hipertansiyon kliniğiyle başvuran 64 yaşında kadın hasta ; klinik, laboratuvar ve patoloji sonuçları ile değerlendirilmiştir.

#### RESİM 1: RENAL BİYOPSİ PATOLOJİK İNCELEMESİ







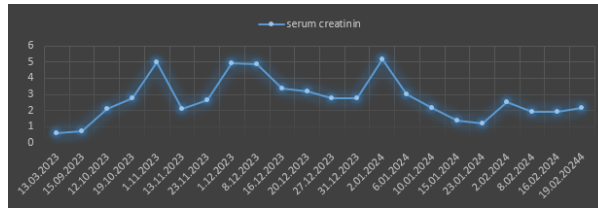
## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Bulgular:** Vakamız; hipotiroidi, Tip-2 Diyabet ve hipertansiyon tanılı 64 yaşında kadın hastadır. Yaygın ödem, solunum sıkıntısı ve azalmış idrar çıkışı şikayetleriyle başvurdu. Yapılan değerlendirmede, anazarka tarzı ödemin eşlik ettiği hızlı ilerleyen böbrek hastalığı saptandı. 6 ay önce yapılan tetkiklerinde bazal kreatinin seviyesi 0,6 mg/dL ölçülmüş ve TİT proteinüriyi göstermemişti. Bu tetkiklerinde biyokimyasında albümin düzeyinin de 4,5g/dl olduğu görüldü. Başvurusundan hemen önce dış merkezde bakılan kreatinin değeri 1.7mg/dl idi. Merkezimize başvurusunda, serum kreatinin seviyesi 2.13mg/dL şeklindeydi. 24 saatlik idrarda 8.2 gram proteinüri ve hematüri tespit edildi. Böbrek fonksiyonları hızla bozulan ve diüretik dirençli hasta hemodiyaliz programına alındı. Ortopne ve yaygın batın içi mayi nedeniyle volüm kontrolü sağlanması ve renal biyopsi planlandı. ANA, ANCA ve anti-GBM negatif sonuçlandı, Serum C3-C4 normal düzeydeydi. Hızlı ilerleyen glomerülonefrit kliniği olan hastaya pulse-steroid ardından yüksek doz steroid tedavisi uygulandı. Ortopnesi gerilediğinde renal biyopsi yapıldı. Patolojisi TMA ile uyumluydu, glomerulonefrit veya tübülointerstisyel hastalık saptanmadı. Plazmaferezden önce yapılan periferik yaymasında hemoliz belirtisi bulunamadı. Gelişinden itibaren trombositopeni gözlenmedi. Trombosit sayısı hep  $200 \times 10^3$  u/l'nin üzerindeydi. Ancak, LDH değerlerinde devamlı artış gözlemlendi. Glukokortikoid tedavisi azaltılıp kesilerek plazmafereze başlandı. Sonrasında kreatinin düzelmesi ve spontan idrar çıkışı gözlemlendi. Eculizumab tedavisi başlandı ve plazmaferez kesildi. Ayaktan kontrolde, kreatininde artış ve oligüri saptandı. Aralıklı plazmaferez yeniden başlandı ve hemodiyaliz uygulandı. Haftada iki gün plazmaferez ve idame eculizumab tedavisi altında parsiyel remisyonda izlenmektedir.

TABLO 1: KREATİNİN İZLEM EĞRİSİ



**Sonuç:** Hemoliz ve trombositopeni bulguları olmadan LDH seviyeleri yüksek seyreden ilerleyici böbrek hasarı olan vakalarda, ayırıcı tanıda böbreğe sınırlı TMA da düşünülmelidir. Vakamızı farklı kılan en önemli özelliği NS tablosuydu. Literatürde böbreğe sınırlı TMA olup nefrotik sendromla prezente olan, hemen hepsi pediatrik çağda, nadir vakalar bildirilmiştir. Tanı konulduktan sonra, bu hastalar plazmaferezden ve eculizumab tedavisinden fayda görebilir.

**Anahtar Kelimeler:** NEFROTİK SENDROM (NS), TROMBOTİK MİKROANJİOPATİ(TMA)





## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-024

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### HİPERKALSEMİK SEYREDEN RABDOMİYOLİZE SEKONDER AKUT RENAL HASARLA SEYREDEN CPT2 EKSİKLİĞİ OLGU SUNUMU

fatma yümün kavak<sup>1</sup>, aliye berfin güven<sup>1</sup>, nilda turgut<sup>1</sup>, gülsüm özkan<sup>1</sup>, nergiz bayrakcı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Namık Kemal Üniversitesi

fatma yümün kavak / Namık Kemal Üniversitesi

**Amaç:** CPT 2 EKSİKLİĞİ TANILI , RABDOMİYOLİZE SEKONDER AKUT RENAL HASAR GELİŞEN HASTADA NADİR GÖZLENEN BİR DURUM OLAN HİPERKALSEMİ OLGUSUNUN BİLDİRİLMESİNİ AMAÇLIYORUZ.

**Yöntem:** HİPERKALSEMİK SEYREDEN RABDOMİYOLİZ GELİŞEN 39 YAŞ ERKEK HASTANIN HASTANE MEDİKAL KAYITLARI İNCELENMİŞTİR.

**Bulgular:** 39 yaş erkek hasta acil servise 2 gündür olan bulantı kusma alt ekstremitelerde güçsüzlük ,koyu renkli ve az idrar yapma şikayetleri ile başvurdu . Başvuru esnasında fizik muayenesinde ışık refleksi , merkezi sinir sistemi muayenesi, serebellar muayenesi duyu muayenesi ve yürüyüş normaldi, kas gücü muayenesinde üst ekstremitte 4/5 ,alt ekstremitte 2/5 idi. Laboratuvar tetkiklerinde üre: 43 (16-48mg/dl) kreatinin :1,56 (0.7-1.2mg/dl) kreatinin kinaz :1333 (0-190IU/L ) troponin :19 (0-14ng/L) CK-MB :973U/L (0-24) ast:1899(0-40IU/L) LDH :1128 (135-225IU/L) sodyum:136 (135-145mmol/L) potasyum :4,1 (3.5-5.1mmol/L) düzeltilmiş kalsiyum:6.5(8.6-10mg/dl) CRP:36 (0-5mg/L) idi. İdrar tahlilinde keton trace,protein 2+,lökosit 2+,kan 3+ idi. Vitalleri acil servise başvurusunda TA: 180/120 nabız 116 spo2 90 iken aynı gün solunum sıkıntısı gelişmesi ve hiperkarbik hioksik olması üzerine entübe edildi. Tedavi altında hiperkalemi gelişmesi üzerine hemodiyaliz başlandı.Takiplerinde düzeltilmiş kalsiyum seviyesi 17 mg/dl ye kadar yükseldi. 24 saatlik idrar kalsiyumu 954( 100-300mg/gün) saptandı. Toplam 21 seans hemodiyaliz uygulandı. Takiplerinde ekstübe edilen laboratuvar ve klinik durumu düzelen hasta taburcu edildi. Halen yakın nefrolojik ve nörolojik takiplerine devam ediliyor.

**Sonuç:** Karnitin palmitoil transferaz 2 enzimi uzun zincirli yağ asidi oksidasyonu mekanizmasında rol oynamakta olup CPT2 eksikliği yetişkinlerde tekrarlayan rabdomiyolizin en sık nedenidir.CPT2 eksikliği otozomal resesif bir patolojidir. Hafif miyaljik formları ile beraber oldukça ağır seyreden tekrarlayan rabdomiyoliz ve akut renal hasar gözlenen formları da mevcuttur. Önleyici tedbirler alınmasına rağmen birçok hasta periyodik olarak





## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-025

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### Ocrelizumab Kullanımına Bağlı Gelişen FSGS

Tuğba Yılmaz<sup>1</sup>, Abdullah Erarslan<sup>2</sup>, Sevinj Sadıqova<sup>2</sup>, İsmail Koçyiğit<sup>1</sup>, Murat Hayri Sipahioğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

<sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Abdullah Erarslan / Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

**Amaç:** Multipl skleroz (MS), merkezi sinir sisteminin ataklarla seyreden inflamasyon, demiyelinizasyon ve akson dejenerasyonu ile giden en sık rastlanan otoimmün hastalığıdır (1). 55 yaş altındaki ve/veya MR'da aktif hastalığı bulunan MS'li hastalar için ocrelizumab ile tedavisi uygun görülmüştür. Ocrelizumab B hücrelerini yok eden rekombinant insan anti-CD20 monoklonal antikorudur. Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç İdaresi (FDA), Mart 2017'de primer progresif MS'li yetişkin hastaların tedavisi için ocrelizumabı onaylamıştır. Ocrelizumab tedavisinin en sık görülen yan etkileri infüzyon reaksiyonları, üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları ve cilt enfeksiyonlarıdır. Nefrotoksisite bildirilmemiştir. Fokal segmental glomerüloskleroz (FSGS), yetişkinlerde ve çocuklarda nefrotik sendromun altında yatan yaygın olarak bulunan, podositlere yönelik olan bazı glomerüllerin segmental kısımlarında skleroz ile giden hastalıktır. FSGS lezyonu primer, sekonder ve genetik formlara ayrılabilir. FSGS ile ilişkilendirilen bazı ilaçlar: eroin, interferon alfa (IFN), bifosfonatlar (özellikle pamidronat), anabolik steroidler, antrasiklinler (doksorubisin, daunorubisin), kalsinörin inhibitörleri, lityum, sirolimus (2).

**Yöntem:** 51 yaşında erkek hasta, 6 yıldır tip 2 diyabetes mellitus ve 3 yıldır hipertansiyon tanıları ile takipte olup 2019'da MS tanısı almış. Hasta Temmuz 2020'de MS atağı geçirmiş ve pulse steroid tedavisi almış. İdame tedavi olarak teriflünomid başlanmış. Hastanın kullandığı diğer ilaçlar; metformin, insülin glarjin, perindopril/hidroklorotiyazid ve doksazosin idi.

**Bulgular:** Kasım 2021'de tedaviye yanıtızsızlık nedeniyle 6 ayda bir ocrelizumab tedavisi verilmesi planlanmış. Bu dönemde hastanın idrarında 1,2 gr/gün proteinüri saptanmış ve nefroloji polikliniğine yönlendirilmiş. Hematürisi olmayan ve serum kreatinin değeri 0,8 mg/dl olan hastaya ilaç onayı verildi ve hasta proteinüri açısından takibe alındı. Toplamda 3 doz ocrelizumab alan hastanın Kasım 2023 başvurusunda serum kreatinin 0,86 mg/dl, tam idrar tahlilinde 11 eritrosit ve spot idrarda 3,5 gr/gün olarak saptandı. Üriner ultrasonografi normaldi. Otoantikorlar gönderildi. Anti SSA, Anti DFS 70 pozitif, ANA 1/100 titrede pozitif ve kompleman düzeyleri normal olarak geldi. Hastaya renal biyopsi yapıldı; FSGS olarak



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



raporlandı. Mevcut bulgular ile hastada ocrelizumab ilişkili FSGS düşünüldü ve perindopril tedavisinin dozu artırıldı. Tedavi değişikliği için nörolojiye yönlendirildi, cladribin tedavisi planlandı.

**Sonuç:** FSGS tablosu ile ilaçlara bağlı olarak karşılaşılmaktadır. MS tedavisinde yeni geliştirilen hedefe yönelik tedavilerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Klinik çalışmalarla yan etki profilleri belirlenmeye çalışılsa da bu ilaçların kullanımı geniş kitlelere ulaştıktan sonra yeni yan etkileri farkedilmektedir. Bu olgu ile ocrelizumab tedavisi verilen hastalarda; ödem, hipoalbuminemi ve proteinüri gibi klinik bulguların ortaya çıkması hastalarda ocrelizumab ilişkili FSGS tablosunu işaret edebileceğinin akılda tutulmasının faydasını vurgulamaya çalıştık.

**Anahtar Kelimeler:** ocrelizumab, FSGS, nefrotoksisite





## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-026

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### Akut Böbrek Yetmezliği İle Seyreden Weil Sendromu

Ahmet Emin Yayla<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği

Ahmet Emin Yayla / Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği

**Amaç:** Weil sendromu leptospiraların neden olduğu sarılık, böbrek yetmezliği ve kanama diyatezi ile karakterize şiddetli leptospiroz kliniğinin olduğu bir bakteriyer hastalıktır. Belirgin sarılıklı ciddi leptospiroz (weil hastalığı) enfekte kişilerin % 5-10'unda görülür. Sarılık, böbrek bozukluğu, kanama diyatezi, çoğu olguda pulmoner tutulum ve %5-15 mortalite oranı ile karakterizedir. Hastalığın tanısı mikroskopik aglütinasyon testi ve ELİSA ile konulur. Tedavisinde doksisiklin, ampicilin yada amoksisilin kullanılır. Biz de vakamızda diğer enfeksiyon hastalıkları, hematolojik hastalıklar ve vaskütle seyreden hastalıklar ile ayırıcı tanıda şiddetli leptospiroz yani weil hastalığının önemli olduğunu ve düşünmemiz gerektiğini vurgulamak istedik.

**Yöntem:** 19 yaşında erkek hasta Suriyeli, acil servise halsizlik ve vücutta sararma şikayetleri ile başvurdu.

**Bulgular:** Fizik muayenesinde skleralarda, baş, boyun, gövde ve bacaklara kadar uzanan ikteri mevcuttu bunun dışında tüm fizik muayenesinde patoloji saptanmadı ateşi yoktu. Kan tetkiklerinde ,AST:879 ,ALT:448 ,üre:165, kreatinin:7.02, crp:14.6, albümin:2.75, potasyum:5.46, inr:1.02, protrombin zamanı:12 saniye, APTT:24.8 saniye, wbc:13.000, hg:11.3, hct: 33, plt:13.000, monosit:2310(240-790), nötrofil:9550(1630-6960), lenfosit:1090(1090-2990), kan gazı ph:7.38, HCO<sub>3</sub>:12.3, laktat:9.87, pO<sub>2</sub>:62, pCO<sub>2</sub>:38, tit normaldi. İdrar çıkışı yoktu. İlaç, alkol, uyuşturucu madde ve seyahat öyküsü yoktu. Hastanın idrar çıkışı olmadığından diyalize alındı. Hepatit markırları negatifti, idrar ve kan kültürlerinde üreme yoktu. Batın usg hepatosplenomegali saptanmadı. N-asetil sistein, ursodeoksilik asit ve iv hidrasyona başlandı. Periferik yaymasında hipokrom, anizositoz, trombosit sayısı azdı ve toksik granülasyon mevcuttu. Hematolojik malignite ve TTP düşünülmedi. Hastaya trombosit süspansiyonu transfüzyonu yapıldı. Yatışının 4.günü solunum sıkıntısı gelişti ve toraks bt'de pulmoner hemoraji gelişti, vücutta peteşiler mevcuttu katater yerinde kanamalar oluştu ve trombositopeniye bağlandı ve tekrar trombosit verildi. Hemoglobin 7 mg/dl'ye düştü eritrosit ve tdp replasmanı yapıldı. Bilurubin değerleri 46'ya kadar yükseldi. Vaskülit açısından p-anca, c-anca, ANA, anti DsDna negatifti. Torch, bruselloz, hepatit, hiv markırları negatifti. Yatışının





## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



4.günü leptospiroz pcr gönderildi ve leptospiroz ön tanısıyla doksisisiklin 100 mg 2x1 oral tedavisine başlandı. Hastanın takiplerinde karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, bilirubin değerleri düşmeye başladı. Yatışının 11.günü leptospiroz Pcr pozitif geldi. Yatışının 11.günü ALT:43 AST:47, direkt bilirubin:13.29,kreatinin:0.85,hg:13.5,plt:165.000 idi. Servise alınan hasta yatışının 13.günü taburcu edildi.

**Sonuç:** Bizim hastamızda diyaliz gerektiren böbrek yetmezliği,alveolar kanama ve hemoptizinin eşlik ettiği bir pulmoner tutulum,kateter yerinden kanama ve ciltte peteşinin olması ve trombosit düşüklüğü ile seyreden kanama bozukluğu, ağırlıklı olarak bilirubin yüksekliğinin olduğu ve karaciğer fonksiyon testlerinin yükseldiği bir karaciğer tutulumu meydana gelmişti.Sarılık, böbrek yetmezliği, kanama diyatezi ve pulmoner tutulum şikayetleri ile gelen hastada şiddetli leptospiroz ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** böbrek yetmezliği, leptospiroz, weil



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-027

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

## Periton Diyalizi Hastasında Lerkanidipin İlişkili Şiloperitonyum

Esra Özdemir<sup>1</sup>, Yelda Deligöz Bildacı<sup>2</sup>, Mehmet Ası Oktan<sup>2</sup>, Berfu Korucu<sup>2</sup>, Serpil Müge Değer<sup>2</sup>, Caner Çavdar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD,İZMİR

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji BD,İZMİR

Esra Özdemir / Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD,İZMİR

**Amaç:** Trigliseritten (TG) zengin sıvının periton boşluğunda birikmesi olarak tanımlanan şilöz asit; beyaz,süt rengi periton sıvısıyla karakterize, lenfatik sistemde bozuklukla ilişkili nadir görülen bir durumdur.Lenfatik damar tıkanıklığının herhangi bir kaynağı şilöz asit oluşumuna neden olabilir [1,2]1991'de Yoshimoto ve arkadaşları periton diyalizi(PD) hastalarında manidipin sonrası ilk şiloperiton vakasını tanımladılar[3].O zamandan bu yana,esas olarak PD alan hastalarda kalsiyum kanal blokörleri(KKB) ilişkili şiloperitonyum vakaları rapor edilmiştir[4-5].Vakamızda nadir görülen lerkanidipin ilişkili şilöz peritonyum olgusunu sunmaktayız.Amacımız nadir görülen bu durumun farkındalığını arttırmaktır.

**Yöntem:** Vaka sunumu

**Bulgular:** 46 yaş kadın hasta ht,tip 2 dm,vezikoüreteral reflüye ikincil kbh,2006 yılında canlıdan renal nakil öyküsü nedeniyle takipli.Takiplerde kreatinin progresyonu olan hastada rejeksiyon saptandı.8 ay önce PD'ne başlandı.6 aydır periton diyalizi yapan hasta periton sıvısında bulanıklaşma nedeniyle başvurdu.Ateşi,karın ağrısıyoktu.Fizik muayenede kateter çıkış yerinde kızarıklık,akıntı yoktu.Peritonit düşündüren muayene bulgusu yoktu.Kanda; CRP:2.7 mg/l, prokalsitonin 0.11 ng/ml,T.kolesterol:276mg/dl,TG:268mg/dl;periton sıvısında TG:410 mg/dl,kolesterol 75 mg/ dl görüldü.Direkt bakıda hücre yoktu.Periton sıvısı TG düzeyi kandan yüksek olması sebebiyle şilöperitonyum tanısı konuldu.Hastanın lerkanidipin 20 mg kullandığı görüldü.İlaç kesildikten sonra 24 saat içinde periton sıvısı berraklaştı.Periton sıvı kültüründe üreme olmadı.Takip eden 1 ay içinde tam doz raas blokeriyle regüle olmayan ht nedeni ile lerkanidipin 10 mg tekrar başlandı.2 aydır azaltılmış dozda lerkanidipin kullanan hastada peritonit tekrarlamadı.



**26. ULUSAL  
HİPERTANSİYON  
VE  
BÖBREK HASTALIKLARI  
KONGRESİ**

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
**8-12 MAYIS 2024**



**Bulanık Periton Sıvısı**



**Hemogram-SerumBiyokimya;Periton Sıvısı**

| Hemogram -<br>Serum<br>Biyokimya |           |                  | Periton Sıvısı<br>analizi | Birim   |  |
|----------------------------------|-----------|------------------|---------------------------|---------|--|
| wbc                              | 6,5       | wbc              | 0,1                       | 10*3/uL |  |
| neu                              | 4.2       | neu              | 0.0                       | 10*3/uL |  |
| kan kültürü                      | üreme yok | periton kültürü  | üreme yok                 |         |  |
| crp                              | 2.7       |                  |                           | mg/dl   |  |
| prokalsitonin                    | 0.11      |                  |                           | ng/ml   |  |
| total kolesterol                 | 276       | total kolesterol | 75                        | mg/dl   |  |

|             |     |             |     |       |  |
|-------------|-----|-------------|-----|-------|--|
| trigliserid | 268 | trigliserid | 410 | mg/dl |  |
|-------------|-----|-------------|-----|-------|--|

Bu karşılaştırmada periton sıvısında trigliseridin kandaki trigliserit düzeyinden fazla olduğunu görüyoruz. Periton sıvısı bulanık olan hastada inflamatuvar belirteçler düşük enfeksiyöz nedenlerden uzaklaşıyoruz.

**Sonuç:** PD hastalarında periton sıvısında bulanıklık yapan nedenlerden biri şiloperitonyumdur. KKB ilişkili şiloperitonyum gelişmesindeki mekanizma, muhtemelen TGlerin atılmasında lenfatik fonksiyonların bozulmasını, peritoneal membran yoluyla artan ultrafiltrasyonu içermektedir [6]. Manidipinin, lercanidipinin lipofilikliği düşünüldüğünde [7], hücre zarının lipid çift katmanına geçebilirler, bağırsaktaki düz kas hücrelerinde ve lenfatik damarlarda kalsiyum kanalları üzerinde etki gösterebilirler [8,9]. KKB ilişkili şiloperitonyumun patofizyolojisinde olası faktörler şunlardır; Lenfatik emilimde azalma: Hsiao ve arkadaşları, lercanidipine bağlı şilöz asitle ilişkili hastaların artmış miktarlarda asitle daha yüksek periton zarı taşıma oranına sahip olduğunu bulmuşlardır, bu difüzyon yoluyla daha fazla lercanidipinin periton boşluğunda birikmesine sonuçta lenfatik emilimin azalmasına neden olabilir [7]. Periton lenf-damar genişlemesi: KKBnin periton damar perfüzyonunu artırabileceğini ve vasküler düz kas hücreleri üzerindeki etkisi aracılığıyla renal klirens veya ultrafiltrasyonu artırabileceğini öne sürmektedir [10]. Artmış lenfatik hidrostatik basınç; Basualdo ve arkadaşları, lercanidipinin lenfatik damar düz hücrelerinde bulunan voltaj kapılı kalsiyum kanallarını bloke ettiğini, sonucunda kontraktilite eksikliği yaptığını bulmuşlardır. [11] KKB'lerin neden olduğu şiloperitonyum konusundaki farkındalık asemptomatik hastalarda peritonit tanısını ekarte etmeye, hasta için stresli durumlardan kaçınmaya, invaziv prosedür ve tedavileri sınırlamaya yardımcı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** şiloperitonyum, kalsiyum kanal blokörü, lercanidipin, periton diyalizi



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-028

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

## VON WILLEBRAND FAKTÖR EKSİKLİĞİ OLAN BİR HASTADA BÖBREK NAKLİ

Çağla ÇENGELCİ<sup>1</sup>, Arda ERDUT<sup>2</sup>, Ali Cansu BOZACI<sup>3</sup>, Fazıl Tuncay AKİ<sup>3</sup>, Elifcan ALADAĞ KARAKULAK<sup>4</sup>, Şeref Rahmi YILMAZ<sup>2</sup>, Yunus ERDEM<sup>2</sup>, Tolga YILDIRIM<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

<sup>4</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Ankara

Çağla ÇENGELCİ / Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Von Willebrand Hastalığı (VWH) en sık görülen genetik geçişli kanama bozukluğudur (1). Von Willebrand faktör eksikliği faktör 8 aktivitesinde de düşüklüğe neden olarak primer ve sekonder hemostaz bozukluğuna neden olmaktadır. Literatürdeki yayınlar kronik böbrek hastalığı ile tromboz ilişkisi ve böbrek nakli sonrası tromboz riskleri üzerinedir. Hemofili hastalarında böbrek nakli üzerine olgu sunumu düzeyinde çalışmalar olsa da VWH olan hastalarda böbrek nakli ve komplikasyonlarını ele alan bir çalışma görülemedi (2-6). Aşağıda böbrek nakli yapılan bir VWH olgusu sunulmuştur.

**Yöntem:** Bir olgu sunumudur.

**Bulgular:** Opere kür testis tümörü, von Willebrand Hastalığı ve 2019'dan beri primeri bilinmeyen kronik böbrek hastalığı olan 39 yaşındaki erkek hastaya son dönem böbrek hastalığı gelişmesi üzerine annesinden böbrek nakli yapılması planlandı. 5 yaşında travma sonrası durmayan kanama neticesinde VWH tanısı alan hastada faktör 8 eksikliği de mevcuttu. Periferik kandan alınan örneklerde faktör inhibitörü bulunmamıştı. Nakil öncesi bakılan kreatinin değeri 7.86 mg/dl, BUN 136.1 mg/dl'ye kadar yükselen hastaya faktör replasmanı sonrası juguler katater takılarak 3 seans hemodiyaliz yapıldı. Ameliyattan 1 saat önce faktör ve trombosit süspansiyonu replasmanı yapıldıktan sonra 14.03.2024'te böbrek nakledildi. Nakil sonrası 8. saat, ardından ilk 48 saat 8 saatte bir ve sonrasında 12 saatte bir faktör replasmanına ve aPTT takibine devam edildi. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hastanın izleminde kreatinin değerinin 1.38 mg/dl'ye kadar gerilemesi üzerine hasta taburcu edildi.





## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Sonuç:** Kronik böbrek hastalığı (KBH) hem kanama hem de pıhtılaşma bozukluklarıyla seyredabilen bir hastalıktır (7-8). Eşlik VWH varlığında kanama riskinde rölatif bir artış söz konusudur. Son dönem böbrek hastalığı gelişmesi halinde böbrek nakli bu tip hastalar için en uygun tedavi yöntemi gibi durmaktadır. KBH’de von Willebrand faktör düzeylerinin ile mortalite arasında pozitif korelasyon olduğunu gösteren çalışmalar varken doğuştan faktör düzeyi düşük kronik böbrek hastalarında mortalite ve greft ömrü bir merak konusudur (2). Fonksiyone bir böbreğin sağlayacağı homeostazın KBH’nin getireceği ek koagülopati riskinden uzun dönemde hastaları koruyarak morbidite ve mortaliteyi azaltacağı düşünülebilir. Olgumuzda akut dönemde kanama ilişkili bir komplikasyon gelişmemiştir. Olgumuz greft ömrü, reddi ve kronik komplikasyonlar açısından takip edilecek olup bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu aşikardır.

1. Fogarty H, Doherty D, O'Donnell JS. New developments in von Willebrand disease. Br J Haematol. 2020 Nov;191(3):329-339. doi: 10.1111/bjh.16681. Epub 2020 May 12. PMID: 32394456; PMCID: PMC7658042.
2. Péquériaux NC, Fijnheer R, Gemen EF, Barendrecht AD, Dekker FW, Krediet RT, Beutler JJ, Boeschoten EW, Roest M. Plasma concentration of von Willebrand factor predicts mortality in patients on chronic renal replacement therapy. Nephrol Dial Transplant. 2012 Jun;27(6):2452-7. doi: 10.1093/ndt/gfr735. Epub 2011 Dec 20. PMID: 22189209.
3. Teixeira AC, Távora F, Mourão EA, Castaldelli GB, Evangelista TBAB, de Matos Esmeraldo R, de Sandes-Freitas TV. The Immunohistochemical Expression of the Von Willebrand Factor: A Potential Tool to Predict Kidney Allograft Outcomes. Appl Immunohistochem Mol Morphol. 2022 Nov-Dec 01;30(10):687-693. doi: 10.1097/PAI.0000000000001078. Epub 2022 Oct 18. PMID: 36251974.
4. Katharine L. Cheung, Beth A. Bouchard, Mary Cushman, Venous thromboembolism, factor VIII and chronic kidney disease, Thrombosis Research, Volume 170, 2018, Pages 10-19, ISSN 0049-3848.
5. Malik S, Sadasukhi N, Sadasukhi TC, Gill APS. Renal transplant in a patient of severe hemophilia. Indian J Urol. 2021 Jan-Mar;37(1):87-89. doi: 10.4103/iju.IJU\_194\_20. Epub 2021 Jan 1. PMID: 33850363; PMCID: PMC8033234.
6. Esposito P, Rampino T, Gregorini M, Fasoli G, Gamba G, Dal Canton A. Renal diseases in haemophilic patients: pathogenesis and clinical management. Eur J Haematol. 2013 Oct;91(4):287-94. doi: 10.1111/ejh.12134. Epub 2013 Jun 28. PMID: 23651176.
7. Kaw D, Malhotra D. Platelet dysfunction and end-stage renal disease. Semin Dial. 2006 Jul-Aug;19(4):317-22. doi: 10.1111/j.1525-139X.2006.00179.x. PMID: 16893410.
8. Huang MJ, Wei RB, Wang Y, Su TY, Di P, Li QP, Yang X, Li P, Chen XM. Blood coagulation system in patients with chronic kidney disease: a prospective observational study. BMJ Open. 2017 Jun 1;7(5):e014294. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014294. PMID: 28576889; PMCID: PMC5541338.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik böbrek hastalığı, Von Willebrand Hastalığı, Böbrek nakli



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-029

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### RENAL TRANSPLANTASYON HASTASINDA ENFEKSİYON İLİŞKİLİ HEMOLİTİK ÜREMİK SENDROM

MELİS TEKOĞLU<sup>1</sup>, GİZEM KORKUT<sup>2</sup>, AYGÜL ÇELTİK<sup>2</sup>, ALİ YILMAZER<sup>3</sup>, GÜLAY AŞÇI<sup>2</sup>

<sup>1</sup>EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

<sup>2</sup>EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI NEFROLOJİ BİLİM DALI

<sup>3</sup>EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI HEMATOLOJİ BİLİM DALI

MELİS TEKOĞLU / EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**Amaç:** Renal transplantasyon öyküsü olan 32 yaşında kadın hasta enfeksiyonla çoklu yatışlarında Trombotik Mikroanjiyopati (TMA) olmasıyla mevcut TMA durumunun enfeksiyon ilişkili hemolitik üremik sendrom olarak değerlendirilmesi aşağıda tartışılmıştır.

**Yöntem:** Mikroanjiyopatik Hemolitik Anemi (MAHA) damar içinde immün olmayan eritrosit yıkımı ile oluşan ve periferik kan yaymasında şistositlerin görüldüğü anemilerdir. Trombotik Mikroanjiyopati damarlarda trombosit ve fibrin birikiminin olduğu, klinik olarak MAHA, trombositopeni ve organ hasarı ile karakterizedir. Hemolitik Üremik Sendrom (HÜS) hepsiyle birlikte böbrek hasarının olmasıyla tanımlanır. Enfeksiyon ilişkili HÜS (Eİ-HÜS) enfeksiyöz etiolojinin olduğu HÜS tipidir.

**Bulgular:** Kronik pyelonefrit sebebiyle kronik böbrek yetmezliği ile kadaverik renal transplantasyon öyküsü olan ve takrolimus kullanan 32 yaşında kadın hasta trombositopeni, hemolitik anemi, ishal ve greft disfonksiyonu ve periferik yaymada %1 şistosit görülmesi ile enfeksiyon veya takrolimus ilişkili HÜS düşünülerek plazmaferez yapıldı, antibiyoterapi verildi ve takrolimus kesildi. ADAMTS 13 %39, dışkı kültüründe eritrosit pozitif fakat üremesi yoktu. Tedaviler sonrası trombositopeni geriledi, periferik yaymada şistositler kayboldu, greft disfonksiyonu bazale döndü. Bir ay sonra diyare ve greft disfonksiyonu ile tekrar yatırıldı. Dışkı kültürü entamoeba ve böbrek biyopsisi fokal nekroz, TMA ilişkili olabilir olarak sonuçlandı. Rutin hemodiyaliz programına alındı. Bir ay sonra pnömoni ile tekrar yatırıldı. Balgam kültüründe acinetobacter saptanmasıyla antibiyoterapi verildi. Trombositopeni, hemolitik anemi ve periferik yaymada %1 şistosit görülmesiyle MAHA ve TMA ön tanısıyla plazmaferez yapıldı. ADAMTS-13 %50.81 görülmesi üzerine hastanın mevcut TMA durumu HÜS olarak değerlendirildi.

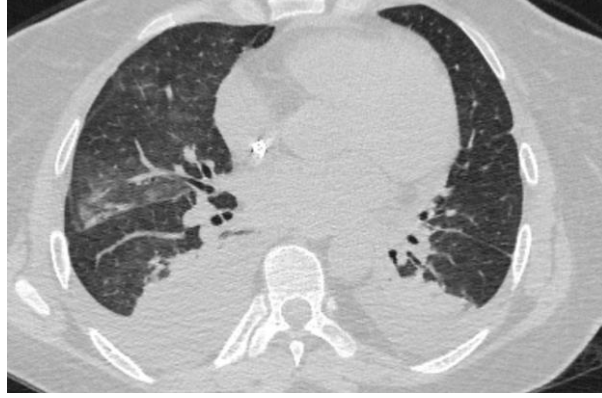


## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



toraks bt



pnömoni ve plevral efüzyon

### LABORATUAR SONUÇLARI

|                     |                       |
|---------------------|-----------------------|
| Üre                 | 21 mg/dL              |
| Kreatinin           | 21 mg/dL              |
| CRP                 | 109.66 mg/L           |
| Trombosit           | 59 $10^3/\mu\text{L}$ |
| LDH                 | 576 U/L               |
| Haptoglobulin       | <10 mg/dL             |
| İndirekt bilirubin  | 0.74 mg/dL            |
| Retikülosit yüzdesi | %4.41                 |
| Direkt coombs       | negatif               |
| İndirekt coombs     | negatif               |

**Sonuç:** Trombotik mikroanjiyopati; hemolitik anemi, trombositopeni ve böbrek fonksiyon bozukluğu ile karakterizedir. Renal transplantasyon alıcılarında TMA sebepleri sıklıkla immünsüpresifler, iskemi reperfüzyon hasarı, enfeksiyonlar ve antikor aracılı rejeksiyondur. Hastamız TMA kliniği ile ilk yatışında enfeksiyon bulguları vardı ve immünsüpresif takrolimus



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



kullanılmaktaydı. Antibiyoterapi, plazmaferez ve takrolimus kesilmesi ile TMA düzelmesi ilk dönemde hem enfeksiyon ilişkili HÜS hem de ilaç ilişkili TMA açısından şüphelendirdi. Takrolimus kesilmesine rağmen enfeksiyonla TMA kliniğinin tekrarlaması ilaç ilişkili TMA'dan uzaklaştırdı. Fibrinojen, protrombin zamanı normal olması ve uygun kliniği olmaması ile dissemine intravasküler koagülasyon (DİK) dışlandı. Mevcut TMA durumu enfeksiyon ilişkili ve plazmaferezden fayda görmesiyle aHÜS'den ziyade Eİ-HÜS düşünüldü, ancak aHÜS faktör H mutasyonu da plazmafereze iyi yanıt verebileceğinden aHÜS genetik panel gönderildi. Sonucunda aHÜS ilişkili genlerde Önemi Bilinmeyen Varyant saptandı, bu da bizi aHÜS'ten uzaklaştırmış ve hasta enfeksiyon ilişkili HÜS olarak değerlendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** renal transplantasyon, trombotik mikroanjiyopati, hemolitik üremik sendrom, enfeksiyon





# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-030

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

## Böbrek Yetmezliği İle Gelen Multipl Myelom Olgusu Sunumu

Şükrü furkan Turan<sup>1</sup>, Emine Turan<sup>1</sup>, Şükrü Ulusoy<sup>1</sup>

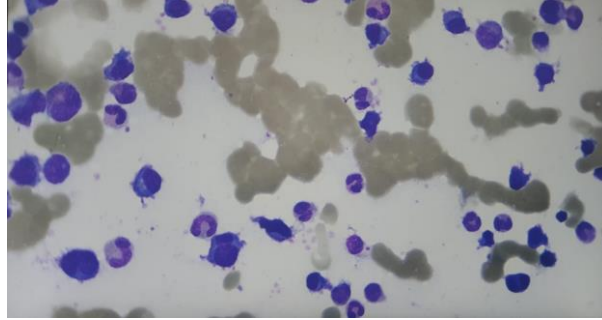
<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi

Şükrü furkan Turan / Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi

**Amaç:** Böbrek yetmezliği ile gelen olgularda ayırıcı tanılarda malignitelerin de olduğu unutulmamalıdır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı Araştırmalar; Olgusu Sunumu 2024 yılı Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Nefroloji Kliniği

### Kemik İliği Aspirasyon Biyopsisi



### Kemik İliği Aspirasyon Biyopsisi

**Bulgular:** Multipl Myelom monoklonal bir immünglobulin üreten plazma hücrelerinin neoplastik proliferasyonu ile karakterize bir hastalıktır. tüm kanserlerin yüzde 1-2 sini ve hematolojik malignitelerin yaklaşık yüzde 20sini oluşturur. Tanı yaşı 65-70 olup çok az kısmı 40 yaş altında tanı almaktadır. Böbrek yetmezliği Multipl Myelomlu hastaların yaklaşık yarısında görülür. Böbrek yetmezliği ile gelen hastalarda etyolojik nedenler çok çeşitli olabilmektedir. Maligniteler ve Multipl Myelom da mutlaka ayırıcı tanıda yer almalıdır. Bu olgu sunumunda yan ağrısı, bulantı ve kusma ile gelen; kreatinin yükseliği sedimentasyon yüksekliği periferik yaymada rulo formasyonu saptanıp tanıya gidilen bir Multipl Myelom olgusu sunulmaktadır. Tanıda gecikmenin morbidite ve mortaliteyi arttırdığı bu olgularda erken tanı ve etkin tedavinin önemi tartışılacaktır.





## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Sonuç:** Multipl Myelom akut veya sinsi başlangıçlı olabilir. non-spesifik bulgularla veya böbrek yetmezliği tablosu ile başvurabilecekleri bilinmelidir. Bu tür yakınmaları olan hastalarda Malignensi ve Multipl myelom ayırıcı tanıda yer almalı öykü, fizik muayene, laboratuvar ve kemik iliği biyopsisi ile hastanın tanısı konulmalı ve Multipl Myelom olgularında asıl tedavi olan myelom tedavisine başlanmalıdır. Erken tanı ve tedavi ile böbrek yetmezliği düzelen hastalar daha iyi bir sağ kalıma sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** böbrek yetmezliği, Multipl Myelom, sedimentasyon, kemoterapi



# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-031

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

## İleri Yaş Renal Enfarktüs ve Hiperkoagülabilité

Belma GÖKÇEN ZORBA<sup>1</sup>, Özlem YÖRÜK<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Belma GÖKÇEN ZORBA / Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi, Nefroloji Kliniği

**Amaç:** Renal enfarkt, akut yan ağrısının nadir nedenlerindendir. Etyolojisinde tromboemboli, kalp kaynaklı trombus, renal arter hasarı, protrombotik durumlar sayılabilir. Renal enfarkta yönelik tetkikinde hiperkoagülabilitéye yol açan lupus antikoagülanı ve faktör 5 leiden heterozigot pozitifliği saptadığımız olgumuzu sunmayı amaçladık

**Yöntem:** Vaka sunumu

**Bulgular:** 83 yaşında kadın hasta, sol yan ağrısıyla başvurdu. Hipertansiyon tanısı olup, lisinopril+hidroklorotiyazid kullanmaktaydı. Tansiyon 130/90 mmHg, nabız 88 atım/dk, vücut ısı: 37°C ölçüldü. Fizik muayenesinde sol kostovertebral hassasiyet dışında özellik yoktu. Kontrastlı tomografide, sol renal arterde akım izlenmedi, sol böbrekte enfarkt ile uyumlu diffüz hipodens alan izlendi. Kan sayımı WBC: 16000/mm<sup>3</sup> dışında olağan, üre 38 mg/dL, kreatinin 1,1 mg/dL, ALT 53 U/L ve LDH 661 U/L, CRP 81 mg/L artmış olarak saptandı. Lipid profili, koagülasyon paneli olağandı. Tam idrar analizi normaldi. Düşük moleküler ağırlıklı heparin tedavisine başlandı. Etyolojiye yönelik yapılan tetkiklerinde elektrokardiyografisi normal sinüs ritmiydi, 24 saatlik ritim holter elektrokardiyografide paroksizmal atriyal fibrilasyon saptanmadı. Vaskülitik hastalıklar ve hiperkoagülabilitéye yönelik istenen; anti CCP, anti dsDNA, c-ANCA, p-ANCA, ANA, protein C, protein S ve antitrombin 3 aktivitesi ile homosistein normal düzeylerde saptandı. Kalıtsal trombofili için faktör V leiden mutasyonu (G1691A) heterozigot ve protrombin (Faktör 2) gen mutasyonu (G20210A) normal saptandı. Antifosfolipid antikorlarının analizinde, lupus antikoagülanı kuvvetli pozitif, antikardiyolipin antikorları negatif olarak bulundu. Yatışı süresince böbrek fonksiyon testlerinde bozulma olmayan, yan ağrısı gerileyen, oral antikoagülan tedavisi düzenlenen hasta poliklinik takibine alınarak taburcu edildi.

**Sonuç:** Renal enfarkt, renal parankim hasarına neden olan nadir bir durumdur. İleri yaşta etyolojide en sık neden ateroemboliye neden olan kardiyak hastalıklardır ancak hiperkoagülabilitéye yatkınlık olabileceği de akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** hiperkoagülabilité, renal enfarkt



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-032

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### Açlık Otuna Bağlı Akut Böbrek Hasarı ;İntersisyel Nefrit Mi Akut Gastroenterit Mi?

Musa Pınar<sup>1</sup>, Nejla Karigin Köşger<sup>3</sup>, Amsa Kanda İssoufou<sup>4</sup>, Ömer Faruk Aydar<sup>2</sup>, Ahmet Mustafa Doğan<sup>2</sup>, Kenan Evren Öztö<sup>1</sup>, Zafer Ercan<sup>1</sup>, Mahmud İslam<sup>1</sup>, Hamad Dheir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Üniversitesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

<sup>3</sup>Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

<sup>4</sup>Sakarya Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Zafer Ercan / Sakarya Üniversitesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı

**Amaç:** Açlık otu , müshil ilacı olarak kullanılan cassia angustifolia (senna) ,fabacee familyasından olup kendiliğinden doğada yetişen bir bitkidir. Kökeni Hindistan, Pakistan ,Afrika ve Çin gibi ülkeler olup ülkemizde bazı yörelerde “sinameki” adı ile anılan ve genellikle “erkek sinameki” ve “deve gözü” isimleri ile de bilinir.Bu olguda açlık otuna bağlı akut gastroenterit ve nefrotik düzeyde proteinüri yol açarak akut böbrek hasarını anlatmaya çalıştık.

açlık otu



Açlık Otu (Sinameki)

**Yöntem:** 86 yaşında kadın hastanın kusma, karın ağrısı, ishal ve beslenmede azalma şikayetleriyle acil servise başvurdu.Yapılan tahlillerinde böbrek fonksiyon testlerinde yükseklik



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



saptanması üzerine; kronik böbrek yetmezliği zemininde akut böbrek yetmezliği öntanılarıyla nefroloji servisine yatırılı yapıldı. Özgeçmişinde diyabetes mellitus, hipertansiyon ve kronik böbrek yetmezliği olan hastanın yapılan fizik muayenede batında yaygın hassasiyet dışında patolojik bulgu saptanmadı. Öyküsünde hastanın kabızlık şikayeti olduğu, bu nedenle “Açlık Otu” denilen bitkiden çay yaparak içtiğini ve tuvalete yetişemeyecek şekilde ishal olduğunu belirtti.

**Bulgular:** Laboratuvar testlerinde üre:176 mg/dl kreatinin:5,2 mg/dl (Bazal kreatinin:2,95 – 17.03.2023) Na:139 mmol/l, K:4,8 mmol/l Bikarbonat:11 mmol/l CRP:1,82 mg/l, Spot idrarda protein kreatin oranı:4198,0 gr/gr TİT= +3 protein, +1 glukoz, eritrosit yok.Serum albumin 38mg/dl gaita mikroskopide lökosit veya eritrosit saptanmadı.Gaita kültüründe üreme görülmedi.Üriner USG’de . Her iki böbrek parankim ekosu grade I artmıştır.Sol böbrek büyüklüğü 87 mm, ortalama parankim kalınlığı 9-10 mm ölçüldü.Sağ böbrek büyüklüğü 80 mm, ortalama parankim kalınlığı 7-8 mm ölçüldü.Toraks BT: Perikardiyal minimal effüzyon izlendi.Akut gastroenterit nedeniyle gelişen dehidrastasyon tedavisi amacıyla hidrasyon tedavisi ve derin metaoblik asidozu tedavisi amacıyla idrar alkalileştirme tedavisi verildi.Bu amaçla 2000cc izotonik ve sodyum bikarbonat 3x3 tedavisi başlandı.Bitkisel ürün tüketimi hemen sonlandırıldı ve kullanmış olduğu nefrotoksik ajanlar kesildi. İntersisyonel nefrit amacıyla renal biyopsi işlemi düşünülse de böbrek boyutlarının uygun olmaması ve uygulanan tedaviye böbrek fonksiyonlarının yanıt vermesi nedeniyle biyopsi yaklaşımından uzaklaşıldı.Hastanın servis takiplerinde tedaviye yanıt alınması üzerine renal fonksiyonların bazal değerlerine gelmesi ve proteinürinin azaldığı saptandı.Klinik olarak şikayetlerin gerilediği görülmesi üzerine poliklinik kontrolü amacıyla taburcu edilmiştir.

**Sonuç:** Konsitipe şikayetleri olan hastaların özellikle tıbbi amaçlı bu bitkisel tedaviye tüketimi görülmektedir. Aşırı ve dikkatsiz şekilde tüketmeleri sonucu karaciğer,elektrolit dengesizliği ve böbrek hasarına sebebiyet vermektedir.Bu olgumuzda tüketilen bitkisel tedavinin hem gastroenterit etkisi ile hem de intersisyonel nefrit ile böbrek yetmezliğine sebep olabileceğine dikkat çekmek istedik.

**Anahtar Kelimeler:** açlık otu, akut gastroenterit, intersisyonel nefrit, akut böbrek hasarı





# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-033

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

## Koroner Anjiyografi Sonrası Gelişen Nadir Durum;Kolesterol Kristal Embolisi Sendromu

Musa Pınar<sup>1</sup>, Ömer Faruk Aydar<sup>2</sup>, Amsa Kanda İssoufou<sup>4</sup>, Nejla Karigin Köşger<sup>3</sup>, Ahmet Mustafa Doğan<sup>2</sup>, Kenan Evren Öztop<sup>1</sup>, Zafer Ercan<sup>1</sup>, Mahmud İslam<sup>1</sup>, Hamad Dheir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

<sup>4</sup>Sakarya Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Zafer Ercan / Sakarya Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı

**Amaç:** Kolesterol emboli sendromu kolesterol kristallerinin aterosklerotik plaklardan kopması sonucu küçük çaplı arter ve arteriollerini tıkaması ile sonuçlanan yaygın aterosklerozun bir komplikasyonu olup genelde yaşlı,erkek popülasyonunda görülen,birçok organı tutan bir hastalıktır.Bu vaka sunumuzdaki amacımız; özellikle femoral arter yolu kullanılarak yapılan koroner anjiyografi sonrası gelişen livedo retikularis ve purpura gibi deri bulgularının varlığında kolesterol embolisinden şüphelenilmesi ve akut böbrek hasarına yol açtığına bilinmesinin gerektiğine dikkat çekmektir.

**Yöntem:** 72 yaşında erkek hasta ayaklarında ağrı ve ekimotik görünümde artış sebebiyle acil servise başvurdu. Hastanın tetkiklerinde böbrek fonksiyon bozukluğun saptanması üzerine nefroloji servisine yatırıldı. Özgeçmişinde hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği, CABG, koroner arter hastalığı (45 gün önce stent öyküsü) tanısı olup bakılan fizik muayenede femoral arter nabızı elle palpable, parmak uçlarında lokalize kutis marmoratus benzeri renk mevcut ve uç kısımda sıcaklıkta azalma mevcut.

**Bulgular:** Laboratuvar testlerinde üre:112mg/dl, kreatinin:4.91mg/dl (Bazal kreatinin:2.4-2022) Na:137mmol/l, K:5mmol/l CRP:122.01mg/l,D-Dimer:2770ugFEU/L, APTT:37.2sn. Hemogramında WBC:10.39K/uL, Hgb:9.0g/dL, Hct:%28.6, RBC:3.05M/uL, MCHC:31.3g/dL. Spot idrarda protein/kreatinin oranı:1309.7mgr/gr TİT=Protein Negatif, Hematüri veya piyüri yok.Bilateral Alt Ekstremitte Arterial -Venöz Doppler USG'da her iki VSM'de manevra boyunca reflü akım izlenmiştir. Sağ VSM çapı proksimal 4mm, diz üstünde 3mm ölçülmüştür. Sol VSM çapı proksimal 7mm, diz üstünde 4mm ölçülmüştür.Bilateral alt ekstremitte arterial sistemde akım hız ve paternlerini etkilemeyen yaygın kalsifiye aterosklerotik plak formasyonları ve intimal hiperplaziler dikkati çekmiştir. Her iki tibialis anterior arterinde anlamlı olabilecek darlık





## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



alanları mevcuttur.vasküler patoloji nedeniyle KVC görüşü alındı;kronik süreçte PAH mevcut olup acil cerrahi girişim gerektirecek akut vasküler patoloji düşünmemiştir.Tedavisine asetasisik asit, silostazol 2x50mg ve ek olarak pentoksifilin 400mg 2x1 po ve düşük molekül ağırlıklı heparin 4000IU 0,4ml 1x1sc kullanımı önerildi.Bileteral alt extremete ekimotik ve ülser lezyonlardan dermatoloji'ye danışılan hastada ön planda Kolesterol Kristal Embolisi düşünüldü.Hastanın ayağındaki lezyonlardan biyopsi alındı. Hastanın hem kontrast nefropati gelişmesi ve hem de kronik zeminde kalıcı böbrek hasarı ilerlemesi nedeniyle gecici diyaliz programına alındı. Patoloji sonucu henüz çıkmayan hastaya hiperbarik ozon tedavi programına alınarak nefroloji poliklinik kontrole çağrıldı.

**Sonuç:** Anjiyografi sonrası rastlanılan akut böbrek hasarında ilk akla gelen radyokontrast nefropatisi olsa da kolesterol embolisinin(KES) ayırıcı tanıda olması gerektiği unutulmamalıdır.KES kliniği geniş olup,tanı için öncelikle klinik şüphe önemlidir. Yüksek mortalitesi, kanıtlanmış etkin tedavisinin olmaması nedeniyle bu sendromun atlanmaması gerekir. Olgumuzda bu önemine değinmek istedik.

blue toe



Sağ ayakta mavimsi renkte hassas purpurik yamalar, parmaklarda 'blue toe' bulgusu



**26. ULUSAL  
HİPERTANSİYON  
VE  
BÖBREK HASTALIKLARI  
KONGRESİ**

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
**8-12 MAYIS 2024**



livedo retikularis ve ekimotik alan



Bilateral bacaklarda livedo retikularis ile uyumlu yamalar

**Anahtar Kelimeler:** kolesterol kristal embolisi, anjiyografi, akut böbrek hasarı, kutis marmoratus



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-034

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### HİPERTANSİYON KONTROLUNUN ÖNEMİ

bilge arslan<sup>1</sup>, zeynep akçalı<sup>2</sup>, ercan ok<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

bilge arslan / Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

**Amaç:** IgA nefropatisi, primer glomerülonefritlerin en yaygın nedeni olarak bilinmektedir. Tanısı böbrek biyopsisi ve immünohistolojik inceleme ile konulabilir. İyi huylu bir durumdan hızla ilerleyen böbrek yetmezliğine kadar değişen çok değişken bir seyir gösterebilir. Hastaların % 15 ila % 40'ında son dönem böbrek hastalığı gelişir. Retrospektif çalışmalarda hipertansiyon, proteinüri ve düşük başlangıç glomerüler filtrasyon hızı (GFR) gibi durumların prognozu değiştirdikleri görülmüştür.

**Yöntem:** böbrek biyopsisi

**Bulgular:** 28 yaşında erkek hasta, ani başlayan sağ çenede uyuşma ve kayma nedeniyle acil servis başvurusunda kan basıncı 200/120 saptanıyor. Nikardipin verilen hastaya yapılan tetkiklerde nefritik düzeyde proteinüri ve böbrek yetmezliği olması nedeni ile sekonder hipertansiyon etiyolojisini araştırmak üzere interne edildi. Öyküsünde 12 yaşında 24 saatlik idrarda protein 32,6 mg/dL olarak saptanması nedeni ile yapılan tetkiklerinde renal ultrasonda sağ böbrek grade-1 parankim eko artışı, sol böbrek olağan saptanmış, DMSA normal olarak değerlendirilmiş, bakılan normetanefrin normal, metanefrin sınırda yüksek saptanmış. Yine o dönemde yapılan renal biyopsinin hastane kayıtlarından diffüz endokapiller proliferatif glomerülonefrit olarak değerlendirildiği görüldü. MPGN ile uyumlu olarak değerlendirilen hasta prednizolon tedavisi 1 yıl kullanmış. Tedavisi; irbesartan+thiazid, karvedilol, amlodipin olarak düzenlendi. Kan basıncı yüksek seyreden hastaya kontrolü sağlamak için başlanan irbesartan+thiazid kombinasyonu dozu artırıldı ve TA regülasyonu sonrası renal biyopsi yapıldı. Patoloji sonucu: Toplam: 16 glomerül, Global skleroz:5. Glomerüllerin yaklaşık %30'u global veya globale yakın sklerotiktir. 1 glomerülde segmental skleroz, 3 glomerülde iskemik değişiklikler izlenmiş olup diğer glomerüller normalden hafifçe iricedir. Fokal tübüler atrofi, minimal interstisyel fibrozis ve eşlik eden hafif yangısal hücre infiltrasyonu dikkati çekmiştir. İntimal fibrozis ve arterioler hyalinozis izlendi. 6 glomerül izlendi, IF de İGA : +++ mezanjial granüler, IgA nefropatisi ile uyumlu birikim izlendi. IgA nefropati olarak maximum doz ARB ve diüretik tedavi ile kan basıncı kontrolü sonrasında immünsupresif tedavi başlanması planlandı.



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



Poliklinik takiplerinde sadece maximum doz ARB ve diüretik tedavisi ile TA regülasyonu sağlanan hastanın kreatin değeri 1.82, spot idrar protein/kreatin oranı : 0.5 g/g, TİT de 5 hpf eritrosit izlendi.

**Sonuç:** Sekonder hipertansiyon tanı ve tedavisinde glomerulonefritler önemli bir yer tutmaktadır. Tanı alan hastalarda, risk faktörleri iyi tanımlanmalıdır. (proteinüri derecesi, hipertansiyon, böbrek fonksiyonları ve patoloji) Vakamızda olduğu gibi düzenli maximum doz ARB ve diüretik kombinasyonu tedavisi ile literatürde olduğu gibi renal fonksiyonlarda düzelme sağlanabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** hipertansiyon, IgA nefropatisi, IgA nefropatisi





# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-035

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

## Yüksek Kan Basıncından Böbrek Nakline Uzanan Olgu

Berfin Nazlı Torun<sup>1</sup>, Zeynep Akçalı<sup>2</sup>, Gülay Aşçı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

Berfin Nazlı Torun / Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

**Amaç:** Kronik böbrek hastalığı (KBH) hipertansiyonun önemli bir nedenidir, aynı zamanda KBH kontrolsüz hipertansiyonun (HT) korkulan bir sonucudur. Hipertansif nefropati, tüm dünyada KBH'nın ikinci önemli nedenidir ve böbrek yetmezliği gelişimi için en önemli değiştirilebilir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. En temel yaklaşım hala hipertansiyon regülasyonu ve renal korumayı sağlamak için ilaç tedavisine ek olarak yaşam tarzı değişikliklerinin yapılması şeklindedir.

**Yöntem:** Bu çalışma bir olgu sunumudur.

**Bulgular:** İlk defa Şubat 2022'de kolanjit nedeni EÜTF Gastroenteroloji servisinde yatışı esnasında kreatinin progresyonu (2.67 mg/dl) olması (bazal kre:1.18 mg/dl-\*0) üzerine nefroloji görüşü alınan ve kreatinin değerindeki progresyonun araya giren enfektif tablosuna sekonder olabileceği düşünülerek akut böbrek hasarı tablosunu tetikleyen faktörlerden uzaklaşılması sonrası poliklinik kontrolü önerilen 31 yaş erkek hastanın takiplerinde evre-3 hipertansif retinopati saptandı. İzlemde kreatinin progresyonu (4.01) antihipertansif tedavi (nebivolol) altında devam eden hasta Haziran 2022'de ileri tetkik amaçlı nefroloji servisine interne edildi. Hastanın kreatinin progresyonunu aydınlatmak üzere yapılan renal biyopsi patolojisi hipertansif nefropati + kronik tübulo-interstisyel nefrit olarak sonuçlandı. TIN nedeni prednol (40 mg) başlanan hastaya kreatinin regresyonu oldukça tedricen doz azaltım şeması uygulandı ancak dış ağrısı nedeni ile NSAİİ kullanımından ötürü kreatininleri tekrar progrese (7'den 11.78 mg/dl) oldu. Kasım 2022'de rutin diyaliz programına alınan hasta Mart 2023'e kadar rutin diyalize girdi. Hastaya babasından full match renal transplantasyon yapıldı. Hasta post tx sonrası kreatin 1.3 ve normotansif olarak izlendi. Düzenli takipleri esnasında tekrar hipertansif seyreden ve kreatin progrese olan hastaya dış merkezde yapılan doppler ultrason normal saptanırken yapılan tekrar kontrol doppler ultrasonografide renal vende anastomoz darlığı saptandı. Bu nedenle yapılan angiografisinde renal venin psoas kası ile iliak arter arasında sıkıştığı görülmesi üzerine Eylül 2023'te girişimsel radyoloji tarafından renal vene stent takıldı. (09/2023) Hastaya 6 ay apiksaban verilmesi planlandı. Halen EÜTF Organ Nakli





## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



polikliniğinde takipli olan genç olgu kan basıncı kontrolü için nebivolol + tiazid, spironalakton ve irbesartan kullanarak normotansif olarak izlenmektedir.

**Sonuç:** Günümüzde kontrolsüz hipertansiyonun böbrek yetmezliğine neden olduğu ve ilerlemesini hızlandığı iyi bilinmektedir. Olgumuzda olduğu gibi renal tx hastalarında özellikle renin bağımlı hipertansiyonda tansiyon kontrolü sağlanamadığı durumlarda doppler USG normal olsa da angiografi ile renal anastomoz darlığının da araştırılması uygun olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** hipertansiyon, renal transplantasyon



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-036

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### HETEROZİGOT GLA MUTASYONLU KRONİK BÖBREK HASTALIĞI : OLGU SUNUMU

Selinay Vatansever<sup>2</sup>, Gizem Öztürk<sup>2</sup>, Bahar Gürlek Demirci<sup>1</sup>, Mine Şebnem Karakan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Selinay Vatansever / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

**Amaç:** Fabry hastalığı, X'a bağlı resesif geçişli,  $\alpha$ - galaktosidaz A genindeki mutasyondan kaynaklanan, kronik böbrek yetmezliği etyolojisinde nadir görülen bir lizozomal depo hastalığı olan bir olgunun sunulması

**Yöntem:** OLGU SUNUMU

**Bulgular:** Elli üç yaşında erkek hasta 2 gündür olan nefes darlığı, bulantı, kusma şikayeti ile hastanemiz acil servisine başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon ve kalp yetmezliği tanıları olan hastanın, 2012 yılında trombositopeni nedeniyle hastanede yatış ve 2017 yılında beyin anevrizması nedeniyle operasyon öyküsü mevcuttu. Düzensiz anti-hipertansif kullanımı olan hastanın başvurusunda kan basıncı 190/100 mm Hg ve 10 lt/dk'dan normal maske ile oksijenli saturasyonu % 90'dı. Başvurusundaki laboratuvar bulguları: BUN: 128 mg/dl, Cre: 3.85 mg/dl, Na:140 meq/L, K:3.4 meq/L, Hb: 8.8 mg/dL, WBC:6250 /mm<sup>3</sup>, plt:121000/mm<sup>3</sup>, pH: 7.35, CO<sub>2</sub>: 43 mmHg HCO<sub>3</sub>:23.4 mmol/L, CRP:17 mg/L, pct: 0.25  $\mu$ g/L, parathormon:101 ng/L idi. Hastanın idrar analizinde; ph:5,0, dansite:1003, protein: ++ idi. 6 ay öncesine ait bazal kreatinin değeri 1.56 mg/dL olan hasta kronik böbrek hastalığı akut hecme nedeni ile servisimize yatırıldı. Otoimmün panel incelemesinde AMA-M2 1+, C3, C4, IgG, IgA, IgM serum proteinleri normal aralıktaydı. İmmünfiksasyon elektroforezinde monoklonal serum proteini saptanmadı. Toraks Bilgisayarlı Tomografisinde; kalp boyutlarında belirgin artış, perikard anteriorunda 10 mm ölçülen efüzyon, sağda en kalın yerinde 35 mm plevral efüzyon izlendi. Hastanın takiplerinde diüretik tedaviye yanıt alınamaması nedeniyle aralıklı hemodiyalize alındı. Yapılan renal ultrasonda; sağ böbrek parankim ekosunda grade 1-2 artış, orta polde 10 mm ebatlı medüller kist izlendi. Sol böbrek parankim ekosunda grade 1-2 artış ve orta polde 16 mm ebatlı kortikal kist izlendi. Her iki böbrekte pelvikalisijel dilatasyon izlenmedi. Renal doppler ultrasonografide renal arter RI değerleri sağda 0.64, solda 0.64 olağan sınırlarda ve akım hızı, spektrumu olağandı. 1 ay önceki kardiyoloji kontrolünde yapılan EKO görüntülemesinde ejeksiyon fraksiyonu: %39 ve kardiyak amiloidoz açısından anlamlı bulgular saptandı. Bu nedenle yapılan tükürük bezi biyopsisinde amiloid negatif görüldü.



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Sonuç:** Fabry hastalığı ön tanısı ile çalışılan gen analizi heterozigot saptanan hastada yapılan renal biyopsisinde; global glomeruloskleroz (%45), tübüler hasar bulguları, arterioskleroz, sekonder glomerüller ve vasküler değişiklikler izlendi, amiloid birikimi görülmedi. Servis takibinde iki hafta hemodiyaliz ihtiyacı olmadan takip edilen hasta, tansiyon regülasyonu sağlanarak taburcu edildi

**Anahtar Kelimeler:** fabry hastalığı, kronik böbrek hastalığı



## 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C  
8-12 MAYIS 2024



**Yayın No:** P-037

**Bildiri Durumu:** Kabul: Poster

### GENÇ ERİŞKİNLERİN NADİR HASTALIĞI MULTİPL MYELOMA: OLGU SUNUMU

Mustafa Sami Yavuz<sup>1</sup>, Habip Turan<sup>2</sup>, Bahar Gürlek Demirci<sup>1</sup>, Mine Şebnem Karakan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Mustafa Sami Yavuz / Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Multipl miyelom (MM), monoklonal immüoglobulinlerin anormal artışı ile karakterize klonal plazma hücrelerinin proliferatif bozukluğudur. İnsidansı yaşla birlikte artan bu hastalık 70 yaş civarında pik yapmakta olup genç yaşta nadir görülmesi nedeni ile olgu olarak sunulmuştur.

**Yöntem:** OLGU SUNUMU

**Bulgular:** Otuz iki yaşında erkek hasta yorgunluk, halsizlik ve bacaklarda şişlik şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişimde bilinen sistemik hastalık, ilaç ya da operasyon öyküsü yoktu. Hb 8 gr/dl olan hastanın periferik yaymasında hipokromik mikrositik anemi dışında anomali saptanmadı. Eritrosit sedimentasyon hızı 88 mm/saat, üre 36 mg/dl kreatinin 0,82 mg/dl, GFR 117 ml/dk, albumin 43 g/l, total protein 81 g/l, kalsiyum 9,3 mg/dl ve fosfor 3,6 mg/dl saptandı. Spot idrar protein/kreatinin oranı 1711 mg/g di. 24 saatlik idrarda 3355 mg/gün total protein ve 229 mg/gün mikroalbumin saptandı. Otoimmün panel analizinde ANA, anti ds DNA, C3, C4, ANCA paneli ve Anti GBM negatif saptandı. Serum protein elektroforezi (SPE), lambda bölgesinde M-protein içeren bir M-pik gösterdi. Serum agar jel immünofiksasyon elektroforezi, monoklonal lambda hafif zincirinin varlığını gösterdi. Üriner USG de "Sağ böbrek boyutu 108x38 mm ölçülü olup, parankim kalınlığı 13 mm ve sol böbrek boyutu 113x51 mm ölçülü olup, parankim kalınlığı 14 mm dir. Konturları düzenlidir. Parankim ekosu grade 1 artmıştır. Böbreklerde taş, hidronefroz, kistik ya da solid kitle saptanmamıştır. Abdominal ana vasküler yapılar normal görünümündedir. Abdominal lenfadenopati, serbest ya da sınırlı sıvı kolleksiyonu saptanmamıştır." olarak raporlandı.

**Sonuç:** Multipl miyelom ön tanısı ile yapılan kemik iliği biyopsisinde hiperselüler kemik iliği ile monoklonal lambda zincir plazma hücreleri tespit edildi ve hasta hematoloji bölümüne devir edildi.

**Anahtar Kelimeler:** multiple myeloma, proteinüri





# 26. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C

**8-12 MAYIS 2024**



**BİLDİRİ ÖZET KİTABI**



TÜRK HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI DERNEĞİ

Konur Sokak 38/11 Kızılay, Ankara TÜRKİYE

T: +90 312 417 31 25 F: +90 312 417 31 26 info@hipertansiyon.org

www.hipertansiyonkongresi.org

facebook.com/HipertansiyonTürk twitter@T\_Hipertansiyon

**GENX**  
KONGRE

İcadiye Cad. No:3 Kuzguncuk 34674 İstanbul T: +90 216 310 11 00

F: +90 216 310 06 00 hipertansiyon@genx.com.tr / www.genx.com.tr

genx\_mice twitter.com/GenX\_MICE