KİDNEY akademi 2026

3-6 EYLÜL 2026

SHIMALL HOTEL, GAZİANTEP

BİLDİRİ KİTABI









GENX KONGRE

Kidney
KLİNİK İZLEM, DİYALİZ, TRANSPLANTASYON VE NEFROLOJİK YÖNTEMLER DERNEĞİ

KLİNİK İZLEM, DİYALİZ, TRANSPLANTASYON ve NEFROLOJİK YÖNTEMLER DERNEĞİ

Başkan
Prof. Dr. Celalettin Usalan

Başkan Yardımcısı
Prof. Dr. Özlem Usalan

Sayman
Uzm. Dr. Ahmet Ziya Şahin

Genel Sekreter
Doç. Dr. Mehmet Fatih Erdur

Araştırma Sekreteri
Uzm. Dr. Orhan Özdemir

Üyeler
Doç. Dr. Şengül Şahin
Uzm. Dr. Mehmet Emin Bindal

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Mehmet Emin Bindal
Sıla Cankurtaran
Yunus Erdem
Mehmet Fatih Erdur
Sebnem Karakan
Hüseyin Koçak
Oktay Oymak
Orhan Özdemir
İlyas Öztürk
Ahmet Ziya Şahin
Şengül Şahin
Mehmet Tuncay
Kenan Turgutalp
Celalettin Usalan
Özlem Usalan
Şeref Rahmi Yılmaz

**İsimler soyisme göre alfabetik sıralanmıştır.*

3 EYLÜL 2026, Perşembe

12.00-13.30	**ÖĞLE YEMEĞİ (SHIMALL OTEL)**		
	SALON A		**SALON B**
13.30-14.10	**Kardiyorenal Sendrom: KBH, Kalp Yetmezliği ve Dirençli Ödem**	**13.30-14.45**	**Sözlü Bildiri Oturumu** Oturum Başkanları: **Dr. Alpaslan ALTUNOĞLU,** **Dr. Hafize KURT**
	Oturum Başkanları: **Dr. Melike Betül ÖĞÜTMEN,** **Dr. Meltem SEZİŞ**		
13.30-13.45	Rasyonel diüretik kullanımı: Kime ? Nasıl ? **Dr. Ayşe BİLGİÇ**		**SS1- Non-Diyabetik Kronik Böbrek Hastalığı Olan Hastalarda SGLT-2 İnhibitörü Kullanımı: Tek Merkez Deneyimi** Şayeste AKKAN EREN[1], Yunus GÖREN[2]
13.45-14.00	Diyaliz modaliteleri (Ultrafiltrasyon): Kime? Ne zaman? Nasıl? **Dr. Alper AZAK**		**SS2- Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum: Klinik, Laboratuvar ve Sosyodemografik Belirleyiciler** Murat Yaşar TAŞ[1]
14.00-14.10	Tartışma		**SS3- Kronik Böbrek Hastalarında Fundus FloreseinAnjiyografisinin Böbrek Fonksiyonları Üzerine Kısa Dönem Etkisi: Tek Merkez Deneyimi** Derya Başak TANBUROĞLU[1]
14.10-14.50	**KBH ve Anemi**		**SS4- Hemodiyaliz Hastalarında Trigliserit-Glukoz İndexi ve Kardiyotorasik Oran Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi** Gökhan BOYRAZ[1]
	Oturum Başkanları: **Dr. Dilek TORUN,** **Dr. Mehmet HOROZ**		
14.10-14.25	KBH'da demir: Sadece kan yapıcı etki mi? Spesifik kardiyovasküler fayda? **Dr. Bülent HÜDDAM**		**SS5- Sentetik Kannabinoid İlişkili Akut Böbrek Hasarında Alkaloz-Hematüri Fenotipi: Frekans Eşleştirmeli Karşılaştırmalı Çalışma** Erman ÖZDEMİR[1]
14.25-14.40	KBH'da eritropoezi uyaran ajanların güncel kullanımı: Doğrular? Yanlışlar? **Dr. Faruk Hilmi TURGUT**		**SS6- ODPKB'de Tolvaptanla İlişkili Serum Ürik Asit Artışı: Renal Progresyon veya Sistemik İnflamasyon Sinyali mi?** Merve ORUÇ[1], İsmail BALOĞLU[1]
14.40-14.50	Tartışma		
14.50-15.00	**KAHVE ARASI**		

3 EYLÜL 2026, Perşembe

	SALON A		SALON B
15.00-15.30	**UYDU SEMPOZYUMU** **Periton diyalizinde Kt/v'nin ötesinde** Oturum Başkanı: **Dr. İdris ŞAHİN** Konuşmacı: **Dr. Özlem USALAN** Vantive		
15.30-16.10	**KBH'da Güncel Klinik Sorunlar**	**15.30-16.15**	**Sözlü Bildiri Oturumu** Oturum Başkanları: **Dr. Aziz BULUT, Dr. Orhan ÖZDEMİR**
	Oturum Başkanları: **Dr. Mustafa ARAZ, Dr. İdris ŞAHİN**		**SS7- Renal Transplantasyon Donör Hastaların Postoperatif Dönemde Kreatinin Artışında Laboratuvar Tetkikleri, Radyolojik Görüntülemeler, Nükleer Tıp Görüntülemeleri ve Demografik Faktörlerin Rolü** Ömer YILDIRIM[1], Özlem USALAN[2], Celalettin USALAN[2], Mehmet Fatih ERDUR[2], Mustafa BULUN[2], Aziz BULUT[3], Ebuzer KALENDER[4]
15.30-15.45	KBH'da hiperürisemi: Tedavi edilmeli mi, ne zaman? **Dr. Tuncay ŞAHUTOĞLU**		**SS8- Marjinal Canlı Donörlerden Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Greft Fonksiyonu ve Sağkalımının Değerlendirilmesi** Esma İLGİNOĞLU[1], Özlem USALAN[2], Celalettin USALAN[2], Mehmet Fatih ERDUR[2], Fahrettin YILDIZ[3]
15.45-16.00	Kilonun ötesinde: obezite, risk ve böbrek? **Dr. Ergün PARMAKSIZ**		**SS9- Canlı Böbrek Vericilerinde Donasyon Sonrası Erken Dönemde Fibroblast Büyüme Faktörü-23 Düzeyleri: eGFR Kaybından Bağımsız Bir Yükseliş** Feyza BAYRAKDAR ÇAĞLAYAN[1], Mehmet Emin DEMİR[1], Emre ÇANKAYA[2], Ali Doğan DURSUN[3], Siren SEZER[1]
16.00-16.10	Tartışma		**SS10-Pra Pozitif, Crossmatch Pozitif Böbrek Nakil Hastalarının Böbrek Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi** Zehra ARSLANOĞLU[1], Celalettin USALAN[2], Özlem USALAN[2], Mustafa BULUN[2], Mehmet Fatih ERDUR[2], Aziz BULUT[3]
16.10-16.20	**KAHVE ARASI**		

3 EYLÜL 2026, Perşembe

	SALON A		SALON B
16.20-17.00	**Renal Fizyoloji**	**16.20-17.35**	**Sözlü Bildiri Oturumu** Oturum Başkanları: **Dr. Tamer ARIKAN, Dr. Mahmut İSLAM**
	Oturum Başkanı: **Dr. Yunus ERDEM**		
16.20-16.35	Böbreğin görünmeyen gücü: Su ve sodyum dengesi **Dr. Abdülmecit YILDIZ**		**SS11- Periton Diyalizi Hastalarında Tedavi Sonlanımı Nedenleri ve İlişkili Klinik Faktörlerin Retrospektif Analizi: Tek Merkez Deneyimi** Onur YORULMAZ[1], Özlem USALAN[2], Celalettin USALAN[2]
16.35-16.50	Potasyum: Hassas dengenin hikayesi **Dr. Cuma Bülent GÜL**		**SS12- Tek Merkez Deneyiminde C3 Glomerülopatili Hastalarda Tedavi Yaklaşımları ve Bir Yıllık Renal Sonuçlar** Kader KILIÇ[1], Alparslan DEMİRAY[1], İsmail KOÇ-YİĞİT[1]
16.50-17.00	Tartışma		**SS13- İdame Hemodiyaliz Hastalarında Depresif Semptomlar İle Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi ve Uzun Dönem Klinik Göstergeler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi** Evnur KAHYACI KILIÇ[2], İlhan KILIÇ[1]
17.00-17.40	**KBH'da Sıvı-Elektrolit ve Asit-Baz Bozuklukları**		**SS14- Yoğun Bakım Hastalarında Kolistin İlişkili Akut Böbrek Hasarı Gelişimini Etkileyen Klinik Faktörler ve Bazal Plazma Ozmolaritesinin Rolü** Yasin ÖZTÜRK[1], Muammer BİLİCİ[2]
	Oturum Başkanı: **Dr. Nurhan SEYAHİ**		
17.00-17.15	Hiperkalemide tedavi devamı: RAAS inhibitörü terk mi? Potasyum bağlayıcısı mı? **Dr. Ahmet MURT**		**SS15- Rituksimab Dirençli Membranöz Nefropati Hastalarında Obinutuzumab Tedavisine Erken ve Sürdürülebilir Klinik Yanıt: Tek Merkez Gerçek Yaşam Deneyimi** Mahmud İSLAM[1], Musa PINAR[1], Zafer ERCAN[1], Gözde ÇAKIR[2], Hamad DHEİR[1]
17.15-17.30	KBH'da hafif metabolik asidozu tedavi etmelimiyiz ? **Dr. İlyas ÖZTÜRK**		**SS16- IgM Nefropatili Hastalarda Klinik Özellikler ve Renal Sonuçlar: Tek Merkez Deneyimi** Ayser Seda HASDEMİR[1], Taha Enes ÇETİN[1], Betül ŞAHİN[1], Muhammed Oğuzhan KARA[1], Özant HELVACI[1], Ülver DERİCİ[1], Galip GÜZ[1]
17.30-17.40	Tartışma		
19.00	**AKŞAM YEMEĞİ (KONAKLAMA OTELLERİNDE)**		

4 EYLÜL 2026, Cuma

	SALON A	SALON B
08.30-08.45	**AÇILIŞ**	
08.45-09.35	**Açılış Konferansı**	
	Oturum Başkanları: **Dr. Mehmet Emin YILMAZ, Dr. İbrahim KARAYAYLALI**	
08.45-09.05	Dünyada ve Türkiyede KBH yükü: Epidemiyolojik tablo ve çözüm önerileri **Dr. Tevfik ECDER**	
09.05-09.25	Nefrolojide çeyrek yüzyılın bilançosu: Neyi değiştirdik, ne değişemedi? **Dr. Mustafa ARICI**	
09.25-09.35	Tartışma	
09.35-10.05	**UYDU SEMPOZYUMU** **Asit-baz dengesi nasıl evrimleşti?** **Günümüzde asit-baz dengesi** Oturum Başkanı: **Dr. Yunus ERDEM** Konuşmacılar: **Dr. Bülent ALTUN, Dr. Şeref Rahmi Yılmaz** Drogsan Sağlığa Saygı	
10.05-10.15	**KAHVE ARASI**	
10.15-10.45	**UYDU SEMPOZYUMU** **Hiperkalemi tedavisinde SIMKELMA®** Konuşmacılar: **Dr. Celalettin Usalan, Dr. Serdar Kahvecioğlu** AstraZeneca	

4 EYLÜL 2026, Cuma

	SALON A	SALON B
10.45-11.25	**Hipertansiyon 2026**	**Diyaliz Yeterliliği**
	Oturum Başkanları: **Dr. Oktay OYMAK, Dr. Şükrü ULUSOY**	Oturum Başkanları: **Dr. Murat DURANAY, Dr. Hayriye SAYARLIOĞLU**
10.45-11.00	Sistolik/Diyastolik KB hedefleri: Güncel kılavuzlar ve gerçek yaşam verilerinin yeniden değerlendirilmesi **Dr. Müge DEĞER**	Hemodiyalizde doz optimizasyonu: Kt/V'nin ötesine geçmek **Dr. Zelal ADIBELLİ**
11.00-11.15	Kan Basıncı ölçümünde altın standart: ABPM ? veya HBPM ? **Dr. Saliha YILDIRIM**	Periton diyalizi yeterliliği: Hedef Kt/V mi ? Hasta odaklı yeterlilik değerlendirmesi mi ? **Dr. Ebru AŞICIOĞLU**
11.15-11.25	Tartışma	Tartışma
11.25-11.35	**KAHVE ARASI**	
11.35-12.05	**UYDU SEMPOZYUMU** **Jardiande ile renal korumada o gün bugün** Konuşmacılar: **Dr. Funda SARI, Dr. Emre AYDIN** Boehringer Ingelheim	
12.05-13.00	**ÖĞLE YEMEĞİ / TARTIŞMALI POSTER**	
13.00-13.30	**UYDU SEMPOZYUMU** **aHÜS ve eculizumab tedavisi** Oturum Başkanı: **Dr. Celalettin USALAN** Konuşmacılar: **Dr. Kenan TURGUTALP** **Dr. Fatih Mehmet ERDUR** ALEXION	
13.30-14.10	**Glomerulonefritler Güncelleme**	**Renal Replasman Tedavisinde Malnütrisyon**
	Oturum Başkanları : **Dr. Zeki TONBUL, Dr. Galip GÜZ**	Oturum Başkanları: **Dr. Gülizar MANGA ŞAHİN Dr. Mustafa BALAL**
13.30-13.45	Glomerüler hastalıkta kompleman sistemine yönelik tedaviler **Dr. Kültigin TÜRKMEN**	Hemodiyalizde malnütrisyona yaklaşım **Dr. Onur TUNCA**
13.45-14.00	Glomerüler hastalıkta B hücresine yönelik tedaviler **Dr. Funda SAĞLAM**	Periton diyalizinde malnütrisyona yaklaşım **Dr. Tansu SAV**
14.00-14.10	Tartışma	Tartışma

4 EYLÜL 2026, Cuma

	SALON A	SALON B
14.10-14.50	**Renal Transplantasyon**	**Hemodiyaliz: Membran ve Diyalizat**
	Oturum Başkanları: **Dr. Hüseyin KOÇAK, Dr. Sacid ÇOBAN**	Oturum Başkanları: **Dr. Ramazan DANIŞ Dr. Simge BARDAK DEMİR**
14.10-14.25	Donör spesifik antikor (DSA) pozitif hasta yönetimi **Dr. Çağlar RUHİ**	Farklı akımlı membranlar: Seçim gerçekten fark yaratıyor mu ? **Dr. Ali GÜREL**
14.25-14.40	Antikor aracılı rejeksiyon: Yeni ne var ? **Dr. Ayşe SİNANGİL**	Diyalizat kompozisyonu: Tek reçete herkese uyar mı ? **Dr. Yasin ÖZTÜRK**
14.40-14.50	Tartışma	Tartışma
14.50-15.05	**KAHVE ARASI**	
15.05-15.35	**UYDU SEMPOZYUMU** **Sutril Neo'nun ödem tedavisinde klinik kullanımı** Oturum Başkanı: **Dr. Yunus ERDEM** Konuşmacı: **Dr. Şeref Rahmi YILMAZ** ADEKA	
15.35-16.30	**IgA Nefropati Tedavi Stratejisi: Güncel ve Gelecek Perspektif**	**Akut Böbrek Hasarı**
	Oturum Başkanları: **Dr. Deniz AYLI, Ali Rıza ODABAŞ**	Oturum Başkanları: **Dr. Soner DUMAN, Dr. Mehtap AKDOĞAN**
15.35-15.50	Geleneksel tedaviye SGLT2-i eklenmesi ile yolun neresindeyiz ? **Dr. Ayça İNCİ**	KDIGO 2026 Kılavuzu: Yeni ne var ? **Dr. Eray EROĞLU**
15.50-16.05	Gelecek tedavi perspektifi? **Dr. İsmail KOÇYİĞİT**	Yeni biyobelirteçlerin klinik pratikte kullanımı **Dr. Rezzan EREN SADİOĞLU**
16.05-16.20	KDIGO 2025 IgAN KIlavuzunda yeni ne var ? **Dr. Meltem GÜRSU**	Renal replasman tedavisi: Daha azı daha mı iyi ? **Dr. Özlem YAYAR**
16.20-16.30	Tartışma	Tartışma

5 EYLÜL 2026, Cumartesi

	SALON A	SALON B
08.30-09.25	**SGLT2 inhibitörleri ve GLP-1 RA: Böbrek ve Kalp koruması**	**Hemodiyaliz ve Özel Populasyon**
	Oturum Başkanı: **Dr. Ülver DERİCİ**	Oturum Başkanları: **Dr. Ferhan CANDAN, Dr. Ramazan ULU**
08.30-08.45	DM olmayan KBH'da SGLT2-i kullanımı **Dr. Sabahat ALIŞIR ECDER**	Diyalizde gebelik yönetimi **Dr. Sinan KAZAN**
08.45-09.00	CONFIDENCE çalışmasından klinik pratiğe: Erken MRA + SGLT2-i kombinasyonu **Dr. Sena ULU**	Yaşlı hemodiyaliz hastası: Sarkopeniden polimorbiditeye bütüncül yönetim **Dr. Enver YÜKSEL**
09.00-09.15	FLOW çalışmasından klinik pratiğe: GLP-1 RA böbrek sonuçları **Dr. Elif ARI BAKIR**	Uykusuz ve depsesif hemodiyaliz hastası **Dr. Şengül ŞAHİN**
09.15-09.25	Tartışma	Tartışma
09.25-09.55	**UYDU SEMPOZYUMU** **Hipertansif hastalarda Perindopril kombinasyonlarının yeri** Oturum Başkanı: **Dr. Yunus ERDEM** Konuşmacı: **Dr. Celalettin USALAN** SERVIER	
09.55-10.10	**KAHVE ARASI**	
10.10-10.40	**UYDU SEMPOZYUMU** **Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı olan özel hasta popülasyonunda tedavi yaklaşımı ile Jinarc etkililiği ve güvenliliği** Konuşmacılar: **Dr. Özant HELVACI, Dr. İsmail BALOĞLU** aio ABDİ İBRAHİM OTSUKA	

5 EYLÜL 2026, Cumartesi

	SALON A	SALON B
10.40-11.20	**KBH'da Progresyonu Önlemek**	**Renal Transplantasyon**
	Oturum Başkanı: **Dr. Bülent ALTUN**	Oturum Başkanları: **Dr. Ülkem ÇAKIR, Dr. Hüseyin ÇELİK**
10.40-10.55	Diyabetik hasta: RAS-i + SGLT2-i + MRA + GLP-1 RA: Dörtlü kombinasyon nasıl yönetilir ? **Dr. Şebnem KARAKAN**	Nakil sonrası diyabet: Risk faktörleri, önleme ve yönetim **Dr. Berna YELKEN**
10.55-11.10	Hedef proteinüri: RAS inhibitörünün yanına hangi kalsiyum kanal blokeri **Dr. Tolga YILDIRIM**	Nakil sonrası HT: Risk faktörleri, önleme ve yönetim **Dr. Emel IŞIKTAŞ**
11.10-11.20	Tartışma	Tartışma
11.20-11.30	**KAHVE ARASI** ☕	
11.30-12.00	**UYDU SEMPOZYUMU** **Kılavuzdan klinik pratiğe;** **Kronik böbrek hastalığında metabolik asidoz yönetimi** Konuşmacılar: **Dr. Ebru GÖK OĞUZ, Dr. Yavuz AYAR** Biofarma	
12.00-13.00	**ÖĞLE YEMEĞİ / TARTIŞMALI POSTER** 🍽	
13.00-13.30	**UYDU SEMPOZYUMU** **Kronik böbrek hastalığı tedavisinde Forziga** Konuşmacılar: **Dr.Gülsüm ÖZKAN, Dr. Necmi EREN** AstraZeneca	

5 EYLÜL 2026, Cumartesi

	SALON A	SALON B
13.30-14.25	**Dirençli HT: Yeni Nesil Antihipertansifler**	**KBH'da Kemik Sağlığı ve Mineral Kemik Hastalığı**
	Oturum Başkanları: **Dr. Caner ÇAVDAR, Dr. Özkan ULUTAŞ**	Oturum Başkanları: **Dr. Musa BALİ, Dr. Fatma Sibel KOÇAK**
13.30-13.45	Aldosteron sentaz inhibitörleri **Dr. Hülya ÇOLAK**	Fosfor bağlayıcı tedaviler **Dr. Can HÜZMELİ**
13.45-14.00	Endotelin reseptör antagonistleri **Dr. Sümeyra KOYUNCU**	PTH baskılayıcı tedaviler **Dr. Bayram BERKTAŞ**
14.00-14.15	Anjiotensinojeni hedefleyen tedaviler **Dr. Engin ONAN**	KBH'da Osteoporoz yönetimi ve yeni tedavi yaklaşımları **Dr. Murat ALTUNOK**
14.15-14.25	Tartışma	Tartışma
14.25-14.35	**KAHVE ARASI**	
14.35-15.05	**UYDU SEMPOZYUMU** **Doğru hastada, doğru anda Fabrazyme®: Klinik deneyimde Agalsidaz Beta tedavisi** Oturum Başkanı: **Dr. Bülent TOKGÖZ** Konuşmacı: **Dr. Ahmet Ziya ŞAHİN** sanofi	
15.05-16.00	**Sekonder Glomerulonefritler Güncelleme**	**Hemodiyalizde Sık Görülen Sorunlar**
	Oturum Başkanları: **Dr. Aykut SİFİL, Dr. Özkan GÜNGÖR**	Oturum Başkanları: **Dr. Ayhan DOĞUKAN, Dr. Zeki AYDIN**
15.05-15.20	Lupus nefriti: Yeni ne var ? **Dr. Orçun ALTUNÖREN**	Diyabetik hemodiyaliz hastası kan şekeri regülasyonu **Dr.Zafer ERCAN**
15.20-15.35	ANCA aracılı glomerulonefritler: Yeni ne var ? **Dr. Gökhan ATILGAN**	Hemodiyaliz KB regülasyonu ve antihipertansif ilaç güvenirliliği **Dr. Can SEVİNÇ**
15.35-15.50	FMF ve renal amiloidozis: Pratik güncelleme **Dr. Mehmet Fatih ERDUR**	Diyaliz hastasında kardiyovasküler risk ve yönetimi **Dr. Levent ŞAHİNER**
15.50-16.00	Tartışma	Tartışma
16.00-16.10	**KAHVE ARASI**	

5 EYLÜL 2026, Cumartesi

	SALON A	SALON B
16.10-17.05	**Renal Transplantasyon**	**Periton Diyalizi**
	Oturum Başkanları: **Dr. Siren SEZER, Dr. Fahrettin YILDIZ**	Oturum Başkanları: **Dr. Serap DEMİR, Dr. Elbis AHBAP**
16.10-16.25	CMV enfeksiyonu profilaksi ve tedavisi güncelleme **Dr. Erhan TATAR**	APD ile CAPD karşılaşılaştırılması: Kişiselleştirilmiş reçete nasıl yazılır ? **Dr. İbrahim DOĞAN**
16.25-16.40	Düşük riskli hastada indüksiyon tedavisi **Dr. Hamad DHEIR**	Artırımlı PD'den tam doz periton diyalizine geçiş: Kime ? Nasıl ? Ne Zaman ? **Dr. Ömer Faruk AKÇAY**
16.40-16.55	Nakil sonrası malignite: İmmünsüpresyon azaltma ne zaman ? Nasıl ? **Dr. Mehmet Emin DEMİR**	PD'den HD'ye geçiş zamanlaması: Klinik kriterler ve periton membran değerlendirilmesi **Dr. Hacı Hasan YETER**
16.55-17.05	Tartışma	Tartışma
21.00	**GALA YEMEĞİ (SHIMALL HOTEL)**	

6 EYLÜL 2026, Pazar

	SALON A		SALON B
08.30-09.30	**Akılcı İlaç Kullanımı**	**08.30-10.30**	**Nefrolojide Preop Konsültasyon**
	Oturum Başkanı: **Ahmet Ziya ŞAHİN** Konuşmacı: **Orhan ÖZDEMİR**	08.30-09.00	Serum kreatinin yüksek hasta **Dr. Mehmet Emin BİNDAL**
		09.00-09.30	Hiponatremisi olan hasta **Dr. Mustafa BULUN**
09.30-10.30	**Olgularla Genel Nefroloji**		
	Dr. Celalettin USALAN	09.30-10.00	Hiperkalemisi olan hasta **Dr. Mehmet ARSLAN**
	Olgu Sunumları: **Dr. İpek KÖROĞLU** **Dr. Özge ÖZSOY** **Dr. Ahmet DOĞAN**		
		10.00-10.30	Tartışma (Tüm katılımcılar)
10.30-10.45	**KAHVE ARASI** ☕		
10.45-11.45	**Olgularla Hemodiyaliz**	**10.45-11.45**	**Olgularla Böbrek Nakli**
	Dr. Fatih Mehmet ERDUR		Böbrek nakli pratiğinde olgu sunumları örneği ile İntravenöz immünglobülin (İVİG) kullanımı Oturum Başkanı: **Dr. Özlem USALAN**
	Olgu Sunumları: **Dr. Şeyma BULUN** **Dr. Zehra ARSLANOĞLU** **Dr. Pelin YORULMAZ**		Olgu Sunumları: **Dr. Fatma BAĞ ÇERİ** **Dr. Ömer YILDIRIM** **Dr. Onur YORULMAZ**
11.45-12.15	**Kongreden Akılda Kalanlar**		
12.15-12.30	**Kapanış ve Bir Sonraki Kongre Gündemi**		

KİDNEY akademi 2026



Kidney
KLİNİK İZLEM, DİYALİZ, TRANSPLANTASYON VE NEFROLOJİK YÖNTEMLER DERNEĞİ

3-6 EYLÜL 2026
SHIMALL HOTEL, GAZİANTEP

Vantive

SÖZEL BİLDİRİLER

Yayın No: SS-001

Non-Diyabetik Kronik Böbrek Hastalığı Olan Hastalarda SGLT-2 İnhibitörü Kullanımı: Tek Merkez Deneyimi

Şayeste AKKAN EREN[1], Yunus GÖREN[2]

[1]Gaziantep Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Gaziantep
[2]Gaziantep Şehir Hastanesi, Biyokimya Kliniği, Gaziantep

Amaç: Sodyum-glikoz kotransporter-2 (SGLT-2) inhibitörlerinin diyabetik kronik böbrek hastalığı (KBH) olan hastalardaki güçlü nefroprotektif etkileri bilinmektedir. Güncel randomize kontrollü çalışmalar bu faydanın diyabetik olmayan popülasyonda da geçerli olduğunu göstermiştir; ancak klinik pratikten gelen gerçek yaşam verileri halen sınırlıdır. Bu çalışmada, non-diyabetik KBH hastalarında standart tedaviye eklenen SGLT-2 inhibitörü kullanımının etkinliği ve güvenliğinin retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Gaziantep Şehir Hastanesi nefroloji polikliniğinde 1 Ocak 2025 – 30 Mayıs 2026 tarihleri arasında, maksimum tolere edilebilir dozda renin-anjiyotensin sistemi (RAS) blokörü tedavisine ek olarak en az 3 ay SGLT-2 inhibitörü (dapagliflozin/empagliflozin) kullanan, spot idrar protein/kreatinin oranı 200–5000 mg/g ve eGFR ≥20 mL/dk/1,73 m² olan 25 non-diyabetik KBH hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların klinik ve laboratuvar parametreleri başlangıçta ve 3., 6. ve 12. aylarda retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Hastaların median yaşı 40 (IQR 34–46) olup %60'ı (n=15) kadındı. En sık saptanan etiyolojik faktörler bilinmeyen neden (%36) ve hipertansiyondu (%28). Hastaların %96'sı (n=24) dapagliflozin kullanmaktaydı ve median takip süresi 6 aydı. Serum kreatinin ve eGFR düzeyleri 12 aylık takip boyunca başlangıca göre istatistiksel olarak stabil seyretti (eGFR başlangıç 46,0; 12. ay 54,8 mL/dk/1,73 m²; $p > 0,05$). Serum potasyum düzeyleri dar bir bantta (4,2–4,5 mmol/L) güvenle korundu ve hiperkalemi eğilimi gözlenmedi. Proteinüri düzeylerinde 3. ayda sayısal bir azalma (1252'den 1157 mg/g'a) gözlense de istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı; uzun dönemdeki artış eğilimi ise zamana bağlı azalan hasta sayısının getirdiği seçilim yanlılığı (selection bias) ile ilişkilendirildi. En belirgin bulgu olarak, hemoglobin düzeylerinde başlangıca kıyasla 12. ayda istatistiksel olarak anlamlı bir artış saptandı (12,9 g/dL'den 15,1 g/dL'ye; $p=0,035$).

Sonuç: Non-diyabetik KBH hastalarında standart RAS blokajına eklenen SGLT-2 inhibitörü tedavisi, kısa-orta vadede böbrek fonksiyonlarını başarıyla korumuş, yüksek elektrolit güvenliği sergilemiş ve hemoglobin seviyelerinde anlamlı bir artış (eritropoetik fayda) sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Non-diyabetik kronik böbrek hastalığı, SGLT-2 inhibitörleri, dapagliflozin, gerçek yaşam verisi.

Yayın No: SS-002

Hemodiyaliz Hastalarýnda Tedaviye Uyum: Klinik, Laboratuvar ve Sosyodemografik Belirleyiciler

Murat Yaşar Taş[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Amaç: Hemodiyaliz (HD) hastalarında Modifiye Morisky Ölçeği (MMAS) ile değerlendirilen ilaç tedavisine uyumu etkileyen klinik, laboratuvar ve sosyodemografik faktörleri araştırmak.

Yöntem: Tek merkezli kesitsel çalışmaya 60 HD hastası dahil edilmiştir (sosyodemografik veriler için n=56). MMAS toplam skoru ≤3 puan düşük uyum, ≥4 puan yüksek uyum olarak sınıflandırılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney U ve Fisher's Exact/Ki-kare testleri, korelasyon analizinde Spearman rho, uyumu öngören faktörlerin belirlenmesinde lojistik regresyon kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların %43.3'ü (n=26) düşük, %56.7'si (n=34) yüksek uyum grubunda yer almıştır. MMAS motivasyon alt boyutunda %51.7, bilgi düzeyi alt boyutunda %76.7 yüksek skor saptanmıştır. Yaş, yüksek uyum grubunda anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuş (59.0 vs 45.0 yıl, p=0.022) ve MMAS toplam skoru ile pozitif korelasyon göstermiştir (r=+0.334, p=0.009). Magnezyum düzeyi düşük uyum grubunda daha yüksek saptanmıştır (2.4 vs 2.2 mg/dL, p=0.042). Fosfor (p=0.096) ve eozinofil (p=0.076) düşük uyum grubunda trend düzeyinde daha yüksek seyretmiştir. Lojistik regresyon analizinde yaş ile eşiyle yaşama durumu birlikte değerlendirildiğinde model anlamlı olmuş (LLR p=0.048, AUC=0.689); ancak her iki değişken birbirinin etkisini azaltmıştır. Yaş tek başına en tutarlı öngördürücü olarak öne çıkmıştır (OR=1.039, AUC=0.674, optimal kesim: 51 yıl).

MMAS Uyum Gruplarının Klinik, Laboratuvar ve Sosyodemografik Karşılaştırması

Değişken	Düşük ≤3 (n=26)	Yüksek ≥4 (n=34)	p
SÜREKLİ — Medyan (IQR)			
Yaş (yıl)	45.0 (28.0–59.8)	59.0 (48.8–66.8)	0.022
HD Süresi (ay)	55.5 (20.5–70.5)	51.0 (27.2–62.0)	0.671
Kt/V	1.7 (1.5–1.9)	1.7 (1.4–1.9)	0.748
URR (%)	75.9 (72.6–79.3)	77.7 (71.0–80.5)	0.923
UF Miktarı (mL)	3500 (3000–4000)	3000 (2775–3925)	0.158
Kalsiyum (mg/dL)	8.5 (7.5–8.8)	8.6 (8.3–9.1)	0.123
Fosfor (mg/dL)	5.5 (4.4–7.0)	4.7 (4.2–5.7)	0.096†
Ca × P	46.9 (34.1–58.2)	43.1 (33.8–47.3)	0.286
PTH (pg/mL)	404.0 (215.8–656.2)	349.0 (216.0–465.8)	0.257
Albumin (g/dL)	40.0 (38.2–42.0)	39.0 (38.0–42.0)	0.308
Magnezyum (mg/dL)	2.4 (2.2–2.6)	2.2 (2.1–2.4)	0.042
Eozinofil (%)	3.9 (2.4–6.7)	2.8 (1.8–4.8)	0.076†
CRP (mg/L)	8.5 (4.3–19.8)	10.6 (5.5–15.0)	0.771
Hemoglobin (g/dL)	11.1 (9.8–11.6)	10.9 (10.0–11.5)	0.782
Ferritin (ng/mL)	456.5 (219.4–609.5)	574.5 (378.8–744.2)	0.197
TSAT (%)	25.6 (21.0–34.7)	23.8 (18.9–28.5)	0.207
Toplam İlaç Sayısı	7.0 (6.0–8.5)	8.0 (6.0–10.0)	0.303
KATEGORİK — n (%) var/toplam			

Cinsiyet — Kadın	18/26 (%69)	26/34 (%76)	0.568
DM	7/26 (%27)	16/34 (%47)	0.180†
HT	18/26 (%69)	21/34 (%62)	0.595
Anemi (Hb<10)	8/26 (%31)	8/34 (%24)	0.568
Hiperfosfatemi (P>5.5)	13/26 (%50)	10/34 (%29)	0.118†
Diyaliz yeterli	23/26 (%88)	26/34 (%76)	0.320
ESA kullanımı	21/26 (%81)	26/34 (%76)	0.760
Evli (N=56)	13/26 (%50)	21/30 (%70)	0.172†
Eşiyle yaşıyor (N=56)	10/26 (%38)	19/30 (%63)	0.107†
KBH eğitimi aldı (N=56)	16/26 (%62)	20/30 (%67)	0.783
Ailede KBH öyküsü (N=56)	7/26 (%27)	8/30 (%27)	1.000
Eğitim yüksek (Lise ve üstü) (N=56)	8/26 (%31)	11/30 (%37)	0.779
Yüksek motivasyon	2/26 (%8)	29/34 (%85)	<0.001
Yüksek bilgi düzeyi	14/26 (%54)	32/34 (%94)	<0.001

† işareti p<0.10 trend düzeyini göstermektedir. Sürekli değişkenler: Mann-Whitney U testi, Medyan (IQR). Kategorik değişkenler: Fisher's Exact veya Ki-kare testi, n (%). Sosyodemografik değişkenler n=56 üzerinden hesaplanmıştır.

Sonuç: HD hastalarında yaş, tedaviye uyumun en güçlü belirleyicisidir. Rutin klinik ve laboratuvar parametrelerinin büyük çoğunluğu uyumu öngörememekte; yüksek bilgi düzeyine karşın motivasyonun görece düşük kalması, eğitim odaklı müdahalelerin motivasyonu da hedeflemesi gerektiğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Tedaviye uyum, Modifiye Morisky Ölçeği

Yayın No: SS-003

Kronik Böbrek Hastalarında Fundus FloreseinAnjiyografisinin Böbrek Fonksiyonları Üzerine Kısa Dönem Etkisi: Tek Merkez Deneyimi

Derya Başak Tanburoğlu[1]

[1]Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi nefroloji kliniği

Amaç: AmaçFundus floresein anjiyografisinin (FFA),retinal vasküler hastalıkların değerlendirilmesinde en sık kullanılan görüntüleme yöntemlerinden biridir.Kronik böbrek hastalarında kısa dönem böbrek fonksiyonları üzerine etkisini değerlendirmek

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya Adana ŞehirHastanesi Nefroloji Kliniğine FFA öncesi konsülte edilen, akut böbrek hasarı bulunmayan, kronik böbrek hastalığı tanılı ve işlem öncesi ile işlem sonrası 72. saat serum kreatinin verileri eksiksiz bulunan 36 hasta dahil edildi. Diyaliz hastaları, böbrek nakli alıcıları ve eksik verisi bulunan hastalar çalışma dışı bırakıldı.Hastalar KDIGO evrelerine göre gruplandırıldı. İşlem öncesi ve72. saat serum üre, kreatinin ve tahmini glomeruler filtrasyon hızı(eGFR) gibi labaratuvar parametreleri ve ,yaş,cinsiyetgibi demografik özellkler , diyabetes mellitus(DM, hipertansiyon(HT), konjestif kalp yetmezliği(KKY) gibi komorbid hastalıklar not edili.

Bulgular: Otuz altı hastanın yaş ortalaması 60.5±13.8 yıl olup %52.8'si erkekti. Diyabet ve hipertansiyon sıklığı %83.3, kalp yetmezliği sıklığı %36.1 idi. Başlangıçta KBH evreleri arasında kreatinin, üre, eGFR ve hemoglobin açısından anlamlı farklılık saptandı. FFA sonrası Evre 3a, 3b ve 4 hastalarında kreatinin düzeylerinde klinik olarak anlamlı artış izlenmedi; eGFR'de hafif artış ve üre düzeylerinde azalma gözlendi. Evre 5 grubunda anlamlı değişiklik saptanmadı. Diyabetik ve diyabetik olmayan hastalar arasında böbrek fonksiyonlarındaki değişim açısından anlamlı fark bulunmadı. Hiçbir hastada akut böbrek hasarı veya diyaliz gereksinimi gelişmedi. Ayrıca kalp yetmezliği bulunan hastalarda başlangıç böbrek fonksiyonları daha kötü olmasına rağmen, işlem sonrası böbrek fonksiyon değişikliklerinin benzer olması dikkat çekicidir.

KBH evrelerine göre demografik özellikler

Değişken	KBH Evre3a	KBH Evre 3b	KBH Evre4	KBH Evre5	p değeri
Yaş	59.2±15.3	55.1±11.1	69.2±12.3	59.3±13.6	0.139
Erkek n(%)	5 (38.5)	5 (45.5)	8 (88.9)	1 (33.3)	0.091
DM n(%)	10 (76.9)	10 (90.9)	7 (77.8)	3 (100)	0.651
HT n(%)	10 (76.9)	9 (81.8)	8 (88.9)	3 (100)	0.752
KKY n(%)	3 (23.1)	4 (36.4)	6 (66.7)	0	0.098
Hb (g/dL)	12.1±1.7	11.2±1.3	9.9±1.1	10.3±1.8	0.014

KBH: Kronik Böbrek Hastalığı, DM:Diabetes mellitus,

KBH evrelerine göre kreatinin değişimi

Evre	Başlangıç kreatinin değeri	72.saat kreatinin değeri	Δ (değişim)	p değeri
3a	1.34	1.22	-0.12	0.162
3b	1.85	1.78	-0.07	0.012
4	2.70	2.60	-0.10	0.009
5	4.57	4.47	-0.10	0.225

Sonuç: Bununla birlikte çalışmanın retrospektif ve tek merkezli olması ile örneklem büyüklüğünün sınırlı olması temel kısıtlılıklardır. Daha geniş, prospektif ve çok merkezli çalışmalar, özellikle Evre 4–5 KBH hastalarında FFA'nın böbrek güvenliliğini daha güçlü biçimde ortaya koyacaktır.Sonuç olarak, bulgularımız güncel literatürle uyumlu şekilde, FFA'nın Evre 3–5 kronik böbrek hastalarında kısa dönemde böbrek fonksiyonlarında klinik olarak anlamlı kötüleşmeye neden olmadığını ve uygun klinik değerlendirme ile güvenle uygulanabileceğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: kronik böbrek hastalığı, akut böbrek hasarı, fundus floresein anjıografi, kreatinin, üre, glomeruler filtrasyon hızı

Yayın No: SS-004

Hemodiyaliz Hastalarında Trigliserit-Glukoz İndexi ve Kardiyotorasik Oran Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

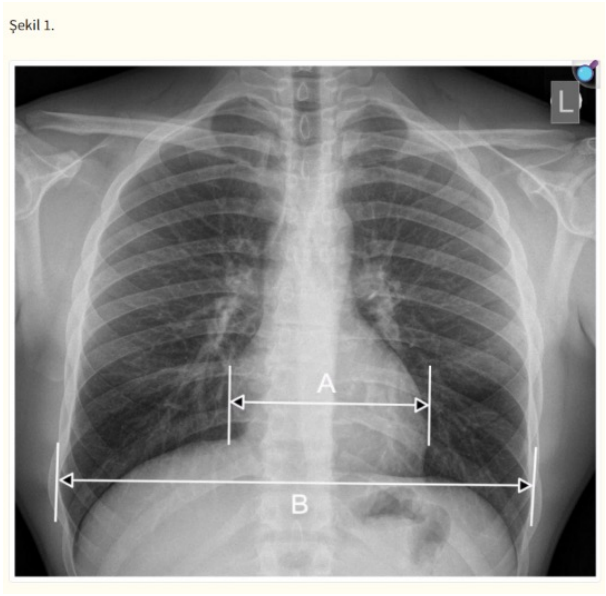
Gökhan BOYRAZ[1]

[1]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Elazığ, Türkiye

Amaç: Hemodiyaliz hastalarında kardiyovasküler olaylar en sık mortalite sebebidir. Trigliserit-glukoz (TyG) indexi ve kardiyotorasik oran (KTO) her ikisi de önceki çalışmalarda kardiyovasküler mortalite ile ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmadaki amaç bu iki parametre arasındaki ilişkiyi inceleyerek korelasyon durumlarını ve dolayısıyla daha doğru kardiyovasküler mortalite ön gördürücüsü olarak maliyet etkin parametreler oluşturmaktır.

Yöntem: En az 6 aydır tedavisine aynı hemodiyaliz merkezinde devam eden 18 yaş ve üstü 70 hastanın demografik, laboratuvar ve radyografik verileri retrospektif olarak incelendi. TYG indexi; bazal glukoz ve trigliserit değerlerinin çarpımının 2' ye bölünmesi ile elde edilen değerin logaritması alınarak hesaplandı. KTO ise teleradyografi üzerinden horizontal olarak ölçülen kalbin en uzun aksının thorax iç boşluğunun en uzun aksına oranı olarak belirlendi. KTO normal (< 0,5) ve yüksek (≥0,5) olarak 2 bağımsız grup oluşturulduktan sonra gruplar arsındaki farklılıklar Mann Whitney U testi ile değerlendirildi. TyG indexi ve KTO' nun yüksek olma durumu arasında korelasyon analizi ve ordinal lojistik regresyon analizleri yapıldı.

Kardiyotorasik Oran (KTO) Hesaplanması



Resim 1: KTO=A/B A: Kalbin horizontal en geniş ölçüsü(mm) B: Kostaların iç yüzünden thoraxın en geniş horizontal ölçüsü(mm)

Bulgular: Çalışmada 31 (%44,3) kadın, 39(%55,7) erkek olmak üzere 70 hemodiyaliz tedavisi alan hasta mevcuttu. Katılımcıların ortalama yaşı 55,01 (minimum=19; maksimum=86) idi. 49 kişi arteriyovenöz fistül (AVF), 21 kişi santral venöz kateter (SVK) ile diyalize devam etmekteydi. AVF grubunda üre azalma oranı (URR) SVK grubuna göre daha yüksekti (75,45±10,87; 68,43±17,49; p=0,035). Haftada 3 gün diyalize giren kişi sayısı 56

iken 14 kişi haftada 2 veya 1 gün diyalize girmekteydi. Haftada 3 gün girenler ile diğer gruplar arasında TyG açısından anlamlı farklılık görülmedi. 21 kişi diyabet nedenli son dönem böbrek yetmezliği gelişmiş olup 49 kişide hipertansiyon ve diğer sebepler vardı. Diyabetik grupta TyG indexi daha yüksek değildi (p=0,100). KTO yüksek olan grupta TyG indeksi (p= 0,011) ve yaş (p=,0006) anlamlı olarak daha yüksekti. TyG indeksi ile KTO' nun 0,5 in üzerinde olma durumu arasındaki korelasyon analizinde pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (r=0,303 p= 0,011). Ordinal lojistik regresyon analizinde TyG indeksindeki her bir birimlik artış KTO' nun 0,5 in üzerinde olma olasılığını yaklaşık 3,3 kat artırmaktaydı (p=0,015, OR=3,3; %95 GA; 1,26-8,69).

Tablo 1. KTO grupları arasındaki farklılıklar

		KTO<0,5 (n=21)	KTO≥0,5 (n=49)	Toplam (n=70)	p=
Yaş		46,90±17,38	58,48±15,04	55,01±16,54	0,009*
Cinsiyet	Kadın	7	24	33 (%44,3)	0,297
	Erkek	14	25	39 (55,7)	
Etyoloji	DM	3	18	21	0,060
	Diğer	18	31	49	
Glukoz		106,48±36,01	130,98±69,80	123,63±62,39	0,036*
Trigliserit		127,48±56,19	160,53±80,41	150,61±75,14	0,170
TyG indeksi		8,67±0,55	9,06±0,59	8,95±0,60	0,027*
Albumin		4,17±0,42	4,06±0,31	4,1±0,35	0,132
Üre (prediyaliz)		145,90±57,84	148,45±46,27	147,69±49,60	0,626
Üre (postdiyaliz)		35,90±16,28	38,18±17,57	37,50±17,11	0,626
URR		74,68±8,09	72,77±15,24	73,35±13,47	0,863
TyG/Alb indeksi		2,1±0,25	2,24±0,25	2,20±0,25	0,030*
Damar Yolu	AVF	15	34	49	0,864
	SVK	6	15	21	
Kan Grubu	A	10	23	33	0,900
	B	3	10	13	
	AB	1	3	4	
	0	7	13	20	
Rh	+	18	40	58	0,485
	-	3	9	12	
Hd seans sayısı/hafta	3 gün	16	40	56	0,602
	1 veya 2 gün	5	9	14	

*: istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Sonuç: Hemodiyaliz hastalarında TyG indeksi ve KTO arasında korelasyonun olması bu kombinasyon ile yapılacak daha kapsamlı prospektif çalışmalarla kardiyovasküler olay tahmininde daha net öngörülere ışık tutacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Kardiyotorasik oran, Trigliserit-Glukoz indexi

Yayın No: SS-005

Sentetik Kannabinoid İlişkili Akut Böbrek Hasarında Alkaloz-Hematüri Fenotipi: Frekans Eşleştirmeli Karşılaştırmalı Çalışma

Erman Özdemir[1]

[1]Pendik Devlet Hastanesi

Amaç: Sentetik kannabinoid ilişkili akut böbrek hasarının (SK-ABH) tanınması, rutin toksikoloji taramalarının yeni bileşikleri saptayamaması ve hastaların maruziyeti başlangıçta bildirmemesi nedeniyle güç olabilir. Bu çalışmada, ağır akut böbrek hasarıyla başvuran genç erişkinlerde metabolik alkaloz ve mikroskobik hematürinin SK-ABH için ayırt edici bir klinik fenotip oluşturup oluşturmadığı araştırıldı.

Yöntem: Ocak 2016-Aralık 2023 arasında ağır akut böbrek hasarı nedeniyle değerlendirilen 18-45 yaşındaki hastalar retrospektif olarak incelendi. Klinik olarak olası SK-ABH tanısı konulan 11 hasta; yaş dağılımı, cinsiyet, başvuru kreatinini ve tepe kreatinin düzeyi açısından frekans eşleştirmesi yapılan 44 sentetik kannabinoid dışı akut böbrek hasarı olgusuyla karşılaştırıldı. Kontrol grubu toksik/iskemik akut tübüler hasar, ilaç ilişkili akut böbrek hasarı, rabdomiyoliz ilişkili akut böbrek hasarı ve kusma/volüm kaybı ilişkili akut böbrek hasarı olgularından oluşturuldu. Kategorik değişkenler Fisher kesin testi, sürekli değişkenler Mann-Whitney U testiyle karşılaştırıldı.

Bulgular: Gruplar yaş ve böbrek hasarı şiddeti bakımından benzerdi. Ortanca yaş SK-ABH grubunda 34, kontrol grubunda 35 yıl (p=0,584); başvuru kreatinini sırasıyla 5,9 ve 6,25 mg/dL idi (p=0,507). Metabolik alkaloz SK-ABH grubunda daha sıkken (7/11'e karşı 5/44; p < 0,001), metabolik asidoz hiçbir SK-ABH hastasında görülmedi ve kontrollerin 26/44'ünde saptandı (p < 0,001). Mikroskobik hematüri tüm SK-ABH hastalarında ve kontrollerin 13/44'ünde mevcuttu (p < 0,001). Metabolik alkaloz, mikroskobik hematüri ve karın/yan/sırt ağrısı veya bulantı-kusma birlikteliğinden oluşan tam alkalozemik-hematürik fenotip SK-ABH grubunda 7/11, kontrol grubunda 3/44 hastada görüldü (p < 0,001). Akut dönemde hemodiyaliz gereksinimi sırasıyla 8/11 ve 16/44 (p=0,043), izlemde diyaliz bağımlılığı ise 7/11 ve 4/44 idi (p < 0,001). Şekil 1' de özetlenmiştir.

Gruplar arasındaki başlıca klinik ve laboratuvar farklılıkları

Değişken	SK-ABH (n=11)	Kontrol (n=44)	p
Yaş, medyan	34	35	0,584
Başvuru kreatinin, mg/dL	5,9	6,25	0,507
Metabolik alkaloz	7/11	5/44	<0,001
Metabolik asidoz	0/11	26/44	<0,001
Mikroskobik hematüri	11/11	13/44	<0,001
Alkalemik-hematürik fenotip	7/11	3/44	<0,001
Akut dönemde hemodiyaliz	8/11	16/44	0,043
İzlemde diyaliz bağımlılığı	7/11	4/44	<0,001

*Tam fenotip: metabolik alkaloz + mikroskobik hematüri + karın/yan/sırt ağrısı veya bulantı-kusma. ABH: akut böbrek hasarı; SK: sentetik kannabinoid

Sonuç: Alkaloz, mikroskobik hematüri ve ABH tablosu olan vakalarda; karın/yan ağrısı veya gastrointestinal semptomlar eşlik ettiğinde sentetik kannabinoid maruziyeti düşünülmeli ve ayırıcı tanıda ön planda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: akut böbrek hasarı, hemodiyaliz, metabolik alkaloz, mikroskobik hematüri, sentetik kannabinoid

Yayın No: SS-007

CANLI BÖBREK DONÖRLERİNDE POSTOPERATİF KREATİNİN ARTIŞININ BELİRLEYİCİLERİ: DEMOGRAFİK, LABORATUVAR VE GÖRÜNTÜLEME BULGULARININ ROLÜ

Ömer Yıldırım[1], Özlem Usalan[2], Celalettin Usalan[2], Mehmet Fatih Erdur[2], Mustafa Bulun[2], Aziz Bulut[3], Ebuzer Kalender[4]

[1] Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye
[2] Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Gaziantep, Türkiye
[3] Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye
[4] Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

Amaç: Canlı böbrek donörlerinde nefrektomi sonrası renal fonksiyonlarda erken dönemde azalma meydana gelmekte, bunu kompansatuvar renal adaptasyon süreci izlemektedir. Postoperatif serum kreatinin artışının belirleyicileri ve bu değişimin cinsiyetler arasındaki farklılıkları tam olarak açıklığa kavuşmamıştır. Bu çalışmada, canlı böbrek donörlerinde postoperatif kreatinin artışı ile demografik özellikler, laboratuvar parametreleri, radyolojik bulgular ve nükleer tıp görüntüleme sonuçları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya toplam 129 canlı böbrek donörü (74 erkek, 55 kadın) dahil edildi. Donörlerin demografik özellikleri, laboratuvar parametreleri, renal ultrasonografi bulguları ve nükleer tıp incelemeleri (DMSA ve DTPA) değerlendirildi. Serum kreatinin ve tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFR) değerleri preoperatif, erken postoperatif dönem ile 0., 1., 3. ve 6. ay takiplerinde analiz edildi. Zamana bağlı değişimler tekrarlayan ölçüm analizleri ve lineer karma etkili modeller (linear mixed models) kullanılarak incelendi. Postoperatif kreatinin artışının (ΔCr) bağımsız belirleyicileri çok değişkenli lineer regresyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Serum kreatinin düzeyleri erken postoperatif dönemde anlamlı artış gösterirken takip sürecinde her iki cinsiyette kademeli olarak azaldı. eGFR değerlerinde ise erken dönemde düşüş, izlem süresince kademeli artış izlendi. Erkek donörlerde serum kreatinin düzeyleri tüm değerlendirme zamanlarında kadın donörlere göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,001$). Postoperatif kreatinin artışı erkeklerde sayısal olarak daha yüksek olmakla birlikte, zaman × cinsiyet etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bu bulgu, renal fonksiyonel adaptasyonun zamansal seyrinde cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmadığını gösterdi. Çok değişkenli regresyon analizinde erkek cinsiyet ($\beta=0,21$; $p=0,01$) ve yüksek bazal kreatinin düzeyi ($\beta=0,35$; $p<0,001$), postoperatif kreatinin artışının bağımsız belirleyicileri olarak saptandı. Yaş, vücut kitle indeksi, bazal eGFR, vücut yüzey alanı, böbrek boyutu ve DTPA ile değerlendirilen GFR'nin kreatinin artışı üzerinde bağımsız ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi gösterilemedi.

Sonuç: Canlı donör nefrektomisi sonrasında serum kreatinin ve eGFR düzeylerinde erken dönemde belirgin değişiklikler meydana gelmekte, takip sürecinde ise renal fonksiyonel adaptasyon gözlenmektedir. Erkek donörlerde serum kreatinin düzeyleri daha yüksek olmasına rağmen, renal adaptasyonun zamansal seyri açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bazal serum kreatinin düzeyi, postoperatif kreatinin artışının en güçlü bağımsız belirleyicisi olarak öne çıkmaktadır. Bu bulgular, canlı böbrek donörlerinin preoperatif değerlendirilmesinde bazal renal fonksiyonların dikkate alınmasının ve postoperatif kreatinin değişimlerinin bireysel özellikler çerçevesinde yorumlanmasının önemini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Canlı böbrek donörü, donör nefrektomisi, serum kreatinin, renal adaptasyon, cinsiyet farklılıkları, renal fonksiyon.

Yayın No: SS-008

MARJİNAL CANLI DONÖRLERDEN YAPILAN BÖBREK NAKİLLERİNDE GREFT FONKSİYONU, AKUT REJEKSİYON VE SAĞKALIM SONUÇLARI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Esma İlginoğlu[1], Özlem Usalan[2], Celalettin Usalan[2], Mehmet Fatih Erdur[2], Fahrettin Yıldız[3]

[1] Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye
[2] Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Gaziantep, Türkiye
[3] Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

Amaç: Organ bağışındaki yetersizlik ve böbrek nakli bekleyen hasta sayısındaki artış, canlı donör seçim kriterlerinin yeniden değerlendirilmesini gündeme getirmektedir. Bununla birlikte, marjinal canlı donörlerden gerçekleştirilen böbrek nakillerinin greft fonksiyonu ve uzun dönem sağkalım üzerindeki etkileri önemini korumaktadır. Bu çalışmada, marjinal ve standart canlı donörlerden yapılan böbrek nakillerinde alıcıların renal fonksiyonları, akut rejeksiyon atakları ile greft ve hasta sağkalımının karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu tek merkezli retrospektif çalışmada, 2010–2025 yılları arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Kliniği'nde canlı donörden böbrek nakli yapılan hastalar değerlendirildi. Donörler; 60 yaş ve üzerinde olan veya hipertansiyon, diabetes mellitus, kardiyovasküler hastalık, yüksek serum kreatinin düzeyi, proteinüri ya da obezite gibi risk faktörlerinden en az birini taşıyanlar marjinal donör, bu özellikleri taşımayanlar ise standart donör olarak sınıflandırıldı. Alıcıların demografik özellikleri, biyokimyasal parametreleri, posttransplant renal fonksiyonları, akut rejeksiyon atakları ile greft ve hasta sağkalımı retrospektif olarak incelendi.
Bulgular: Marjinal donörlerden böbrek nakli yapılan alıcılarda postoperatif 1., 6. ve 12. ay serum kreatinin düzeyleri, standart donör grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Glomerüler filtrasyon hızı ise özellikle 6. ve 12. aylarda marjinal donör grubunda anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,05$). Marjinal donör grubunda akut rejeksiyon atak sayısının daha yüksek olduğu gözlendi. Bununla birlikte, greft sağkalımı ve hasta sağkalımı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Sonuç: Marjinal canlı donörlerden gerçekleştirilen böbrek nakillerinde erken ve orta dönem greft fonksiyonları standart donörlere kıyasla daha düşük olmakla birlikte, greft ve hasta sağkalımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu bulgular, uygun donör ve alıcı seçimi ile dikkatli posttransplant izlemin sağlandığı koşullarda, marjinal canlı donörlerin böbrek nakli programlarında değerlendirilebileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, uzun dönem güvenlilik ve sağkalım sonuçlarının daha geniş hasta gruplarında doğrulanmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, marjinal canlı donör, greft fonksiyonu, greft sağkalımı, akut rejeksiyon, glomerüler filtrasyon hızı.

Yayın No: SS-011

PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA TEDAVİ SONLANIM NEDENLERİ VE İLİŞKİLİ KLİNİK FAKTÖRLER: TEK MERKEZLİ RETROSPEKTİF ANALİZ

Onur Yorulmaz[1], Özlem Usalan[2], Celalettin Usalan[2]

[1] Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

[2] Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

Amaç: Periton diyalizinde (PD) tedavinin sürdürülebilirliği; hasta özellikleri, rezidüel böbrek fonksiyonu, enfeksiyöz komplikasyonlar ve uygulanan diyaliz modalitesi gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Bu çalışmada, PD tedavisinden çıkış nedenlerinin belirlenmesi ve diyaliz modalitesi ile kullanılan solüsyon tipinin klinik sonuçlarla ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Tek merkezli retrospektif çalışmaya toplam 148 PD hastası dahil edildi. PD tedavisi sonlanan 52 hastanın verileri ayrıntılı olarak analiz edildi. Hastalar inkremental periton diyalizi (IPD, n=20) ve sürekli ayaktan periton diyalizi (CAPD, n=32) gruplarına ayrıldı. Demografik özellikler, klinik ve laboratuvar parametreleri, rezidüel idrar volümü, diyaliz yeterliliği ve peritonit sıklığı karşılaştırıldı. Ayrıca hastalar biyouyumlu (n=28) ve biyouyumsuz (n=24) PD solüsyonu kullanımına göre değerlendirildi. PD sonlanım nedenleri analiz edilerek mortalite ve teknik başarısızlıkla ilişkili bağımsız faktörlerin belirlenmesi amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizleri uygulandı.

Bulgular: IPD ve CAPD grupları arasında demografik özellikler ile klinik ve laboratuvar parametrelerinin çoğu açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Rezidüel idrar volümü IPD grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,006$). PD sonlanım nedenleri arasında en sık kardiyovasküler mortalite yer alırken bunu böbrek nakli ve teknik başarısızlık izledi. Biyouyumsuz solüsyon kullanan hastalarda Kt/V değeri anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,025$). Peritonit sayısı biyouyumsuz solüsyon grubunda daha yüksek olmakla birlikte bu farklılık istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı ($p=0,167$). Solüsyon tiplerinin IPD ve CAPD gruplarındaki dağılımı benzerdi ($p=0,95$). Çok değişkenli analizde diabetes mellitus, mortalite ile bağımsız olarak ilişkili bulundu (OR=7,97; $p=0,023$). Teknik başarısızlık açısından bağımsız bir risk faktörü saptanmazken peritonit sıklığı ile teknik başarısızlık arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki eğilimi gözlendi ($p=0,100$).

Sonuç: Bu tek merkezli retrospektif analizde diabetes mellitus, PD hastalarında mortaliteyle ilişkili önemli bir bağımsız faktör olarak belirlendi. IPD uygulanan hastalarda rezidüel idrar volümünün daha yüksek olması, bu hasta grubunun rezidüel böbrek fonksiyonu açısından farklı özellikler taşıdığını düşündürmektedir. Biyouyumsuz solüsyon kullanan hastalarda daha yüksek Kt/V değerleri saptanmasına rağmen peritonit sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterilemedi. Bulgularımız, PD tedavisinin sonlanımıyla ilişkili klinik faktörlerin değerlendirilmesinde hasta özelliklerinin, rezidüel böbrek fonksiyonunun ve enfeksiyöz komplikasyonların birlikte ele alınmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Periton diyalizi, inkremental periton diyalizi, teknik başarısızlık, mortalite, rezidüel böbrek fonksiyonu, peritonit.

Yayın No: SS-013

İdame hemodiyaliz hastalarında depresif semptomlar ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ve uzun dönem klinik göstergeler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Evnur Kahyacı Kılıç[2], İlhan Kılıç[1]

[1]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD. Nefroloji BD.
[2]Edirne Sultan 1.Muart Devlet Hastanesi Psikiyatri Departmanı

Amaç: Depresyon, idame hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir psikiyatrik sorundur. Bu çalışmada depresif semptomların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, uzun dönem laboratuvar göstergeleri ve diyaliz yeterliliği ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu gözlemsel çalışmaya idame hemodiyaliz tedavisi alan 35 hasta dahil edildi. Depresif semptomlar Beck Depresyon Envanteri (BDE), sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise Kısa Form-36 (SF-36) ile değerlendirildi. Psikolojik değerlendirmeden önceki 9 aylık döneme ait laboratuvar verilerinden inflamasyon (C-reaktif protein, nötrofil/lenfosit oranı), beslenme durumu (prealbumin), mineral metabolizması (düzeltilmiş kalsiyum, fosfor) ve diyaliz yeterliliğini (Kt/V) yansıtan zaman ortalamalı değerler hesaplandı. Değişkenler arasındaki ilişkiler korelasyon ve çok değişkenli doğrusal regresyon analizleri ile incelendi.

Bulgular: Depresyon şiddeti; SF-36'nın ruhsal sağlık ($r=-0,615$; $p < 0,001$), canlılık ($r=-0,617$; $p < 0,001$) ve sosyal işlevsellik ($r=-0,540$; $p < 0,001$) alt boyutları ile güçlü negatif korelasyon gösterdi. Buna karşın depresyon skorları ile zaman ortalamalı inflamasyon, beslenme durumu ve mineral metabolizması göstergeleri ile diyaliz yeterliliği arasında anlamlı ilişki saptanmadı (tümü $p > 0,05$). Çok değişkenli analizde düşük sosyoekonomik düzey, canlılık puanlarının bağımsız belirleyicisi olarak bulundu ($\beta=-19,36$; $p=0,008$), Kt/V'nin ise yaşam kalitesi üzerine bağımsız etkisi gösterilemedi. Ayrıca düzeltilmiş serum kalsiyumu ile prealbumin düzeyi arasında negatif korelasyon saptandı ($\rho=-0,628$; $p=0,001$).

Tablo . Çalışma popülasyonuna ait başlangıç demografik ve klinik özellikleri

Değişken	Değer
Hasta sayısı	35
Yıl (yaş)	64.2 ± 12.1
Kadın cinsiyet, n (%)	19 (55.9%)
Diabetes mellitus, n (%)	6 (18.2%)
Hipertansiyon, n (%)	25 (75.8%)
Vücut kitle indeksi (kg/m²)	26.6 ± 6.3
Bel çevresi (cm)	102 ± 17.6
Kol çevresi (cm)	25.1 ± 2.9
Beck Depresyon Skoru	11.8 ± 5.1

Veriler, normal dağılım gösteren sürekli değişkenler için ortalama ± standart sapma, normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenler için medyan (çeyrekler arası aralık) ve kategorik değişkenler için n (%) olarak sunulmuştur. Hipotez testi uygulanmamıştır.

Sonuç: İdame hemodiyaliz hastalarında depresif semptomlar, uzun dönem laboratuvar göstergeleri ve diyaliz yeterliliğinden çok sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ile ilişkilidir. Bulgular, rutin biyokimyasal izlemin psikolojik yükü yansıtmada tek başına yeterli olmadığını, hasta tarafından bildirilen sonuç ölçütlerinin nefroloji pratiğinde düzenli olarak değerlendirilmesi gerektiğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek hastalığı, hemodiyaliz, depresif semptomlar, yaşam kalitesi, sosyoekonomik durum

Yayın No: SS-014

Yoğun Bakım Hastalarında Kolistin İlişkili Akut Böbrek Hasarı Gelişimini Etkileyen Klinik Faktörler ve Bazal Plazma Ozmolaritesinin Rolü

Yasin Öztürk[1], Muammer Bilici[2]

[1]Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye
[2]Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Zonguldak, Türkiye

Amaç: Kolistin, çok ilaca dirençli Gram-negatif enfeksiyonların tedavisinde önemli bir seçenek olmakla birlikte nefrotoksisite en önemli kullanım kısıtlılıklarından biridir. Kolistin ilişkili akut böbrek hasarı (ABH) gelişimini öngörebilecek klinik belirteçlerin belirlenmesi, yüksek riskli hastaların erken dönemde tanımlanmasına katkı sağlayabilir. Bu çalışmada, yoğun bakım ünitesinde kolistin tedavisi alan hastalarda ABH gelişimini etkileyen klinik faktörlerin ve bazal plazma osmolaritesinin rolünün değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya Ocak 2023–Aralık 2025 tarihleri arasında üçüncü basamak yoğun bakım ünitesinde en az 72 saat süreyle intravenöz kolistin tedavisi alan erişkin hastalar dahil edildi. Demografik veriler, komorbiditeler, bazal biyokimyasal parametreler, mekanik ventilasyon durumu ve eş zamanlı nefrotoksik ilaç kullanımları elektronik hasta kayıtlarından elde edildi. Akut böbrek hasarı, KDIGO serum kreatinin kriterlerine göre değerlendirildi.Sürekli değişkenler uygun dağılıma göre Student t testi veya Mann–Whitney U testi ile, kategorik değişkenler Ki-kare veya Fisher kesin testi ile karşılaştırıldı. Tek değişkenli analizde $p < 0,10$ bulunan değişkenler ile klinik açıdan önemli kabul edilen değişkenler çok değişkenli lojistik regresyon analizine dahil edildi. Sonuçlar düzeltilmiş olasılık oranı (aOR) ve %95 güven aralığı (GA) ile sunuldu. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Toplam 94 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 55'inde (%58,5) kolistin ilişkili ABH gelişti.ABH gelişen hastalarda bazal üre düzeyi (78 [49–124] mg/dL vs. 54 [33,5–84] mg/dL, p=0,025) ve bazal plazma osmolaritesi (280 [273–298] mOsm/kg vs. 276 [266,5–287] mOsm/kg, p=0,021) anlamlı olarak daha yüksekti. Diüretik kullanımı ABH grubunda daha sık izlendi (%76,4 vs. %56,4; p=0,047). Yaş, cinsiyet, bazal serum kreatinini, mekanik ventilasyon ve NSAİİ kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde bazal plazma osmolaritesi (aOR: 1,020; %95 GA: 0,990–1,052; p=0,188), bazal serum kreatinini (aOR: 1,850; %95 GA: 0,930–3,678; p=0,079), mekanik ventilasyon (aOR: 1,678; %95 GA: 0,605–4,649; p=0,320) ve diüretik kullanımı (aOR: 2,370; %95 GA: 0,909–6,181; p=0,078) ABH ile bağımsız ilişkili bulunmadı.

Kolistin ilişkili akut böbrek hasarı gelişimi ile ilişkili faktörlerin çok değişkenli lojistik regresyon analizi

Değişken	Düzeltilmiş OR (aOR)	%95 Güven Aralığı	p
Bazal plazma ozmolaritesi (mOsm/kg)	1.020	0.990–1.052	0.188
Bazal serum kreatinini (mg/dL)	1.850	0.930–3.678	0.079
Yaş (yıl)	1.001	0.976–1.027	0.908
Mekanik ventilasyon	1.678	0.605–4.649	0.320
Diüretik kullanımı	2.370	0.909–6.181	0.078

Veriler düzeltilmiş odds oranı (aOR), %95 güven aralığı (%95 GA) ve p değeri olarak sunulmuştur. Çok değişkenli lojistik regresyon modeline yaş, bazal plazma osmolalitesi, bazal serum kreatinini, mekanik ventilasyon ve diüretik kullanımı dahil edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. Kısaltmalar: aOR, düzeltilmiş odds oranı; %95 GA, %95 güven aralığı.

Sonuç: Yoğun bakım hastalarında kolistin tedavisi sırasında akut böbrek hasarı sık görülmektedir. Bazal plazma osmolalitesi ve diüretik kullanımı tek değişkenli analizde ABH ile ilişkili bulunmasına karşın, çok değişkenli analizde bağımsız belirleyici olarak gösterilememiştir. Bu bulgular, kolistin ilişkili akut böbrek hasarının multifaktöriyel bir süreç olduğunu ve risk değerlendirmesinde klinik özelliklerin biyokimyasal parametrelerle birlikte bütüncül olarak ele alınmasının önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kolistin, Akut Böbrek Hasarı, Plazma Ozmolaritesi, Nefrotoksisite, Biyobelirteç

Yayın No: SS-015

Rituksimab Dirençli Membranöz Nefropati Hastalarında Obinutuzumab Tedavisine Erken ve Sürdürülebilir Klinik Yanıt: Tek Merkez Gerçek Yaşam Deneyimi

mahmud İSLAM[1], Musa pınar[1], Zafer Ercan[1], Gözde Çakır[2], Hamad Dheir[1]

[1]Sakarya üniversitesi tıp fak. Nefroloji B.D.
[2]Sakarya üniversitesi tıp fakültesi Patoloji ABD

Amaç: Primer membranöz nefropatide rituksimab günümüzde önemli bir tedavi seçeneği olmakla birlikte, hastaların bir kısmında tedaviye yanıtsızlık veya relaps gelişmektedir. Obinutuzumab, daha güçlü B-hücre baskılanması sağlayan yeni nesil anti-CD20 monoklonal antikorudur. Bu çalışmada, rituksimab deneyimli membranöz nefropati hastalarında obinutuzumab tedavisinin gerçek yaşam koşullarındaki etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.Sonuç

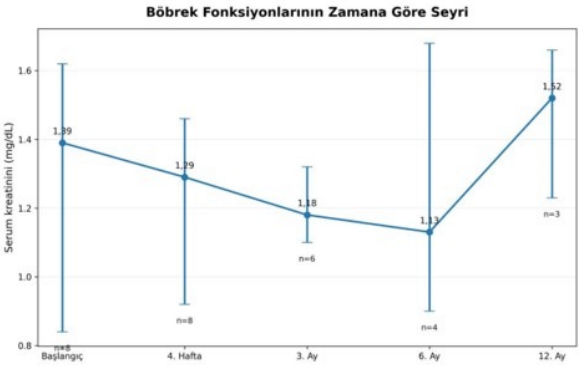
Yöntem: Merkezimizde biyopsi ile doğrulanmış membranöz nefropati tanısı bulunan ve obinutuzumab tedavisi alan sekiz hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar rutin klinik uygulamada prospektif olarak izlenmiş olup veriler retrospektif analiz edildi. Altı hastada tedavi endikasyonu relaps, iki hastada ise rituksimab direnciydi. Proteinüri, serum albümin ve kreatinin değerleri başlangıçta, 4. hafta ile 3., 6. ve 12. aylarda değerlendirildi. Anti-PLA2R antikoru mevcut olan hastalarda immünolojik yanıt ayrıca incelendi.

Hastaların demografik ve temele özellikleri

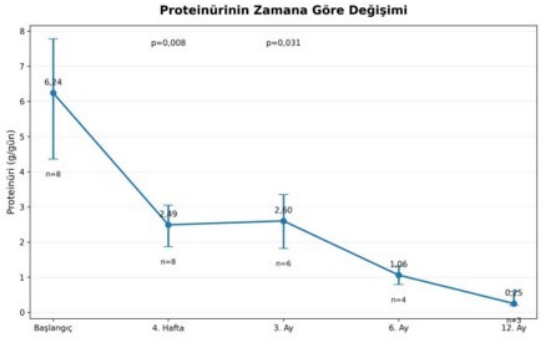
Değişken	Değer
Yaş, medyan (ÇAA)	66 (56–71)
Erkek cinsiyet, n (%)	6 (%75)
Diyabetes mellitus, n (%)	2 (%25)
Önceki rituksimab tedavisi	8 (%100)
Önceki siklofosfamid tedavisi	2 (%25)
Endikasyon (Relaps)	6 (%75)
Endikasyon (Dirençli hastalık)	2 (%25)
Başlangıç proteinürisi, g/gün	6,24 (4,36–7,78)
Başlangıç albümini, g/dL	3,03 (2,84–3,31)
Başlangıç kreatinini, mg/dL	1,39 (0,84–1,62)

Bulgular: BulgularBaşlangıçta medyan proteinüri 6,24 g/gün (IQR: 4,36–7,78) idi. Proteinüride 4. haftada belirgin azalma izlendi (2,49 g/gün; p=0,0078). Azalma 3. ayda da devam etti (2,60 g/gün; p=0,031) ve 6. ile 12. aylarda sırasıyla 1,06 ve 0,25 g/gün düzeyine geriledi. Serum albümin düzeyi başlangıçta 3,03 g/dL iken, 12. ayda 4,13 g/dL'ye yükseldi. Böbrek fonksiyonları takip boyunca genel olarak stabildi. Üç hastada (%37,5) tam remisyon, beş hastada (%62,5) parsiyel remisyon elde edildi. Anti-PLA2R düzeyi değerlendirilebilen hastalarda immünolojik yanıt gözlendi. Diyabetik nefropatisi bulunan iki hastada persistan düşük düzey proteinüri, eşlik eden kronik yapısal hasar ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Hastaların laboratural izlenim ve takib sonuçları







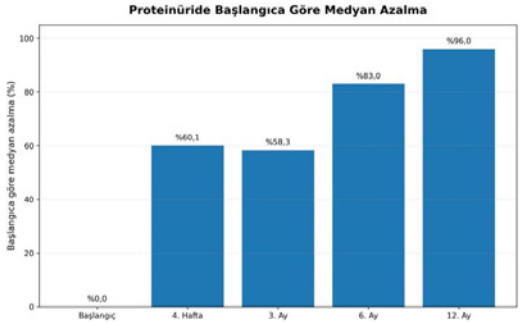
Longitüdinal tedavi yanıtı

Zaman noktası	Proteinüri (g/gün), medyan (IQR)	Albumin (g/dL), medyan (IQR)	Kreatinin (mg/dL), medyan (IQR)	P*
Başlangıç (n=8)	6.24 (4.36–7.78)	3.03 (2.84–3.31)	1,39 (0,84-1,62)	-
4. Hafta (n=8)	2,49 (1,87-3,05)	3.20 (2.99–3.25)	1,29 (0,92-1,46)	0,008
3. Ay (n=6)**	2,60 (1,82-3,35)	3.11 (3.10–3.40)	1.18 (1.10–1.32)	0,031
6. Ay (n=4)**	1.06 (0.79–1.32)	3,90 (3,43-4,10)	1.13 (0.90–1.68)	-
12. Ay (n=3)**	0,25 (0,20-0,60)	4.13 (3.96–4.16)	1,52 (1,23-1,66)	-

*Proteinüri, serum albümin ve serum kreatinin düzeylerindeki uzunlamasına değişiklikler, başlangıç değerlerine göre eşleştirilmiş karşılaştırmalar için Wilcoxon işaretli sıralama testi kullanılarak değerlendirilmiştir. İki taraflı p değeri <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.
**Analizler, gerçek dünya takip değişkenliğini yansıtacak şekilde, her zaman noktasında mevcut veriler kullanılarak yapılmıştır.

Sonuç: Obinutuzumab, rituksimab deneyimli membranöz nefropati hastalarında erken başlayan ve sürdürülebilir klinik yanıt sağlamıştır. Özellikle ilk dört haftada gözlenen hızlı proteinüri azalması dikkat çekici olup, obinutuzumabın dirençli veya relaps olgularda etkili bir tedavi alternatifi olabileceğini düşündürmektedir. Daha geniş prospektif çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Hastaların akibetleri





Anahtar Kelimeler: obintuzumab, membranöz GN, rituximab, nefrotik sendrom

Yayın No: SS-016

IgM nefropatili hastalarda klinik özellikler ve renal sonuçlar: tek merkez deneyimi

Ayser Seda Hasdemir[1], Taha Enes Çetin[1], Betül Şahin[1], Muhammed Oğuzhan Kara[1], Özant Helvacı[1], Ülver Derici[1], Galip Güz[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

Amaç: İmmunoglobulin M (IgM) nefropatisi mutlak tanımlaması henüz kesin olmayan, diffüz mezengial IgM depolanmasıyla karakterize bir glomerulonefrittir. Minimal değişiklik hastalığı (MDH) ve fokal segmental glomeruloskleroz (FSGS) benzeri histopatolojik bulgular görülebilir. Primer hastalık ve sekonder etiyolojik sebeplerin ayrımı henüz netleştirilememiştir. Kortikosteroidler ve diğer immünsupresif ajanlar tedavinin temelini oluşturur ancak steroid direnci sık görülmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde IgM nefropatisi tanısı alan hastaların klinik özellikleri ve renal sonlanımlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kliniğimizde böbrek biyopsisi ile IgM nefropatisi tanısı alan 8 hastanın klinik özellikleri hastane veri sisteminde incelenerek ek hastalıkları, böbrek biyopsi endikasyonu, biyopsi öncesi laboratuvar parametreleri kaydedilmiştir. Biyopsi bulguları patoloji rapor sonuçlarıyla kaydedilmiş, tanı sonrası uygulanan tedavi yöntemleri ve tedavi yanıtları laboratuvar parametreleri ve klinik semptomlarla değerlendirilmiştir.

Bulgular: IgM nefropatisi tanısı alan 8 hasta, farklı düzeyde proteinüri veya nefrotik sendrom sebebiyle böbrek biyopsisi yapılan hastalardır. 3 hastada başvuruda nefrotik sendrom kliniği mevcuttur. 3 hastada eşlik eden romatolojik hastalık bulunmaktadır. Hastaların tamamı kortikosteroid veya ek immunsupresif tedaviye yanıt vermiştir. Bir hasta Takayasu hastalığı ilişkili komplikasyonlar nedeniyle kaybedilmiştir. Hastaların klinik özellikleri tablo 1'de özetlenmiştir.

Hastaların klinik takip ve histopatolojik özellikleri

Hasta	Cinsiyet / Yaş	Ek hastalık	Nefrotik sendrom	Laboratuar	Biyopsi	Tedavi	Sonuç
1	E / 35	SLE	-	Kre: 1.76 mg/dL GFR: 44 ml/dk/1.73m^2 Albumin: 4.9 g/dL LDL: 127 mg/dL Proteinüri: 2534 mg/gün Hematüri: - ANA: + ANCA:- Hipokomplementemi: +	1/6 global skleroz Mezengial hiperselülarite ve mezengial matriks artışı IgG:negatif IgM:++ IgA:negatif C3:negatif C1q:negatif	RAASB KS MMF	KS ile 6 yıl TY Nüks sonrası KS + MMF ile TY

2	K / 53	RA	-	Kre: 1.06 mg/dL GFR: 59 ml/dk/1.73m^2 Albumin: 4 g/dL LDL: 151 mg/dL Proteinüri 856 mg/gün Hematüri: + ANA: + ANCA: ++ Hipokomplementemi: -	Fokal interstisyel inflamasyon Hafif tübüler atrofi IgG: negatif IgM: ++ IgA: negatif C3: negatif C1q: negatif	RAASB KS	KS ile TY
3	E / 22	-	+	Kre: 0.99 mg/dL GFR: 94 ml/dk/1.73m^2 Albumin: 1.4 g/dL LDL: 381 mg/dL Proteinüri 16723 mg/gün Hematüri: + ANA: - ANCA: - Hipokomplementemi: -	IgG: negatif IgM: ++ IgA: negatif C3: negatif C1q: negatif	RAASB KS KNİ RTX	KS + KNİ ile TY 3 yıl sonra nüks KS+KNİ ile TY 1 yıl sonra nüks RTX ile TY
4	K / 31	-	+	Kre: 0.58 mg/dL GFR: 121 ml/dk/1.73m^2 Albumin: 1.7 g/dL LDL: 341 mg/dL Proteinüri 10449 mg/gün Hematüri: - ANA: - ANCA: - Hipokomplementemi: -	IgG: negatif IgM: ++ IgA: negatif C3: negatif C1q: negatif	RAASB KS	KS ile TY 3 yıl sonra nüks KS ile tekrar TY
5	K / 56	Takayasu	-	Kre: 0.57 mg/dL GFR: 109 ml/dk/1.73m^2 Albumin: 4.1 g/dL LDL: 133 mg/dL Proteinüri 2242 mg/gün Hematüri: - ANA: - ANCA: - Hipokomplementemi: -	1/14 global skleroz Mezengial matriks artışı IgG: negatif IgM: ++ IgA: negatif C3: negatif C1q: negatif	RAASB KS MMF	KS ve MMF ile PY Takayasu ilişkili komplikasyonlar nedeniyle exitus

6	K / 52	PBS	-	Kre: 0.84 mg/dL GFR: 79 ml/dk/1.73m^2 Albumin: 4.5 g/dL LDL: 209 mg/dL Proteinüri 2614 mg/gün Hematüri: - ANA: +++ ANCA: - Hipokomplementemi: -	14/32 global skleroz Mezengial hiperselülarite ve mezengial matriks artışı Hafif tübüler atrofi IgG: negatif IgM: ++ IgA: negatif C3: negatif C1q: negatif	RAASB KS	KS ile TY
7	E / 23	-	+	Kre: 0.69 mg/dL GFR: 142 ml/dk/1.73m^2 Albumin: 1.8 g/dL LDL: 351 mg/dL Proteinüri 8925 mg/gün Hematüri: - ANA: - ANCA: - Hipokomplementemi: -	IgG: negatif IgM: ++ IgA: + C3: + C1q: negatif	RAASB KS KNİ	KS ile TY KS kesildikten 1 ay sonra nüks KS + KNİ ile TY
8	K / 32	-	-	Kre: 0.45 mg/dL GFR: 151 ml/dk/1.73m^2 Albumin: 3.1 g/dL LDL: 289 mg/dL Proteinüri 1394 mg/gün Hematüri: - ANA: + ANCA: - Hipokomplementemi: -	Mezengial hiperselülarite ve mezengial matriks artışı IgG: negatif IgM: ++ IgA: negatif C3: negatif C1q: negatif	RAASB KS	KS ile TY

SLE: sistemik lupus eritematozus, RA:romatoid artrit, PBS:primer biliyer siroz, RAASB:renin-anjiotensin-aldosteron sistem blokajı, KS:kortikosteroid, MMF:mikofonelat mofetil, KNİ:kalsinörün inhibitörü, RTX:rituksimab, TY:tam yanıt, PY:parsiyel yanıt

Sonuç: IgM nefropatisi klinik ve histopatolojik tanımlanması henüz kesinleşmemiş önemli bir glomerüler hastalıktır. Hastalık mekanizması ve etiyolojinin aydınlatılması, prognostik öneminin belirlenmesi ve uygun tedavi stratejilerinin geliştirilebilmesi için geniş kapsamlı çok merkezli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: IgM nefropatisi, glomerülonefrit, nefrotik sendrom

POSTER BİLDİRİLER

Yayın No: EP-001

Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Profillerinin Karşılaştırılması

Alparslan Güneş[1], Şeyda Şahika Mutlu[1], Seval Bülbül[2], Elif Açıkgöz[3], Gülden Bolat[4], Sevda Arat[2], Saliha Yıldırım[1], Sim Kutlay[1], Kenan Ateş[1]

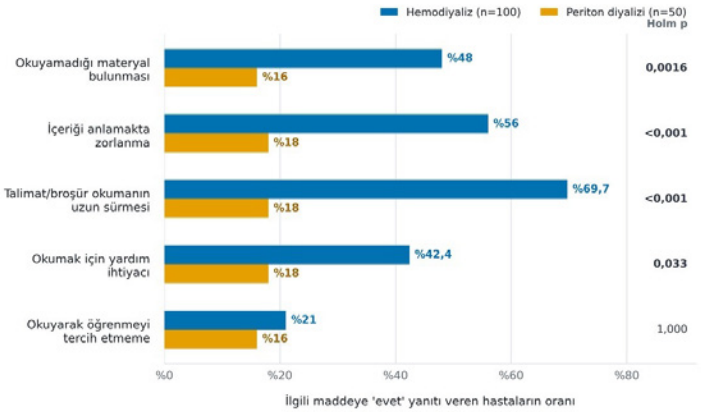
[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji BD
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Hemodiyaliz Bölümü
[3]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Periton Diyalizi Bölümü
[4]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Nefroloji Kliniği

Amaç: Hemodiyaliz (HD) ve periton diyalizi (PD) hastalarında fonksiyonel, interaktif ve eleştirel sağlık okuryazarlığı profillerini karşılaştırmak; modaliteye göre saptanan farklılıkların tedavi uyumu ve tedavi motivasyonuna yansıyıp yansımadığını değerlendirmek amaçlandı.

Yöntem: Bu kesitsel analizde 100 HD ve 50 PD hastası değerlendirildi. Sağlık okuryazarlığı, Nutbeam modelini temel alan 14 maddelik anketin fonksiyonel (FSO), interaktif (İSO) ve eleştirel (ESO) alt boyutlarıyla ölçüldü. FSO'da yüksek puan daha fazla güçlüğü, İSO ve ESO'da yüksek puan daha iyi sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Gruplar Mann-Whitney U, ki-kare veya Fisher-exact testiyle karşılaştırıldı; madde düzeyindeki çoklu karşılaştırmalarda Holm düzeltmesi uygulandı. Modalite ile alt boyut puanları arasındaki ilişki; yaş, cinsiyet, diyaliz süresi, medeni durum, eğitim, çalışma durumu ve gelir düzeyine göre düzeltilmiş, HC3 sağlam standart hataları kullanılan çoklu lineer regresyonla incelendi.

Bulgular: PD grubunun yaş ortancası 57 (ÇAA: 46-67), HD grubunun 64 (54-71) yıl; diyaliz süresi ortancası sırasıyla 51 (27-69) ve 60 (36-111) aydı. FSO güçlük puanı PD grubunda HD grubuna göre daha düşüktü [0 (0-0) ve 2 (0,5-4); $p < 0,001$]. HD hastalarında okuyamadığı materyal bulunduğunu bildirme (%48'e karşı %16), içeriği anlamakta zorlanma (%56'ya karşı %18), talimat veya broşür okumanın uzun sürmesi (%69,7'ye karşı %18) ve okumak için yardıma ihtiyaç duyma (%42,4'e karşı %18) PD hastalarından daha sıktı (Holm-düzeltilmiş tüm $p \leq 0,033$). Düzeltilmiş analizde PD modalitesi 1,32 puan daha düşük FSO güçlük puanıyla ilişkiliydi (B=-1,32; %95 güven aralığı: -2,12 ila -0,52; p=0,001). İSO ve ESO puanları açısından düzeltilmiş grup farkı saptanmadı (sırasıyla p=0,778 ve p=0,755). Genel tedavi uyumu her iki grupta %94'tü (p=1,000); yeterli tedavi motivasyonu PD'de %94, HD'de %90 olup gruplar arasında anlamlı fark yoktu (p=0,538).

Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Güçlükleri



Hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarında fonksiyonel sağlık okuryazarlığı güçlüklerinin karşılaştırılması. Çubuklar ilgili maddeye ‘evet’ yanıtı veren hastaların yüzdesini göstermektedir. İlk dört madde için Holm-düzeltilmiş p≤0,033’tür.

Sonuç: PD ve HD hastaları arasındaki sağlık okuryazarlığı farkı, interaktif veya eleştirel boyutlardan çok temel okuma-anlama güçlüklerinde yoğunlaşmaktadır. Bu bulgu, özellikle HD hastalarında kısa, sade dilli ve gerektiğinde sağlık çalışanı eşliğinde gözden geçirilen eğitim materyallerine gereksinim olabileceğini düşündürmektedir. Kesitsel tasarım ve modalite seçimine bağlı karıştırıcılık nedeniyle nedensel yorum yapılamamaktadır.

Anahtar Kelimeler: hemodiyaliz, periton diyalizi, sağlık okuryazarlığı, tedavi uyumu, hasta eğitimi

Yayın No: EP-002

Tersiyer Hiperparatiroidide Nadir Görülen Ağır İskelet Komplikasyonları ve Patolojik Kırıklar ile Seyreden 3 Vakanın İncelemesi

Kübra POLAT[1], FATİH GENÇ[2], ALİ GÜREL[1]

[1]fırat üniversitesi,
[2]fethi sekin sehir hastanesi

Amaç: Kronik böbrek hastalığı (KBH) zemininde gelişen tersiyer hiperparatiroidi (THPT), otonom paratiroid hiperplazisine bağlı dirençli yüksek PTH seviyeleri, ileri derece kemik deformasyonları ve patolojik kırıklar ile seyredebilen ağır bir klinik tablodur. Bu olgu serisinde; nüks veya yüksek cerrahi risk nedeniyle cerrahi uygulanamayan, ağır kas-iskelet komplikasyonları gelişmiş THPT hastalarında ultrasonografi (USG) rehberliğinde uygulanan perkütan mikrodalga ablasyon (MWA) tedavisinin etkinliğini ve işlem sonrası Aç Kemik Sendromu yönetimini 3 vaka eşliğinde sunmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmamızda, kontrolsüz THPT'ye sekonder maksillomandibular kahverengi tümörler, iskelet deformiteleri ve patolojik kırık öyküsü bulunan 3 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, diyaliz süreçleri ve klinik bulguları kaydedildi. Tanı ve lezyon lokalizasyonları boyun USG, paratiroid sintigrafisi ve PET-CT ile; gerektiğinde İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi (İİAB) ve PTH washout testi ile doğrulandı. Tüm vakalara Girişimsel Radyoloji tarafından USG rehberliğinde perkütan mikrodalga ablasyon uygulandı. İşlem öncesi, işlem sonrası 24. saat ve 1. ay takiplerinde serum iPTH, kalsiyum (Ca), fosfor (P) ve ALP düzeyleri ile gelişen Aç Kemik Sendromu replasman tedavileri analiz edildi.

Bulgular: Olgu 1 (55E): Yetersiz paratirodektomi, kahverengi tümör ve femur kırığı öykülü hastada (iPTH > 2000 pg/mL, Ca: 8.9 mg/dL, ALP: 1994 U/L) 15 mm'lik adenoma MWA uygulandı. 24. saatte iPTH 39 pg/mL'ye geriledi; gelişen Aç Kemik Sendromu (Ca: 6.8 mg/dL) replasmanla düzeltilerek 1. ayda Ca: 9.1 mg/dL, iPTH: 58 pg/mL ile stabil seyretti.Olgu 2 (30K): Nüks THPT, omurga/yüz deformitesi olan hastada (iPTH > 2000 pg/mL, Ca: 8.3 mg/dL, ALP: 1626 U/L) nüks dokuya MWA yapıldı. iPTH 44 pg/mL'ye gerilerken Ca: 5.6 mg/dL'ye düştü. Replasmanla 1. ayda Ca: 7.8 mg/dL, iPTH: 124 pg/mL ve ALP: 356 U/L izlendi.Olgu 3 (60E): iPTH > 2000 pg/mL, pectus carinatum ve maksillomandibular destrüksiyonu olan hastada PET-CT'de yaygın osteodistrofi, USG'de paratiroid nodülü saptandı; washout testi eşliğinde MWA planlandı.

olgu 1



olgu 2



olgu3



Sonuç: Dirençli THPT vakalarında, geçirilmiş cerrahi öyküsü veya yüksek cerrahi risk durumunda perkütan mikrodalga ablasyon etkili bir seçenektir. Ağır kemik tutulumu olan olgularda işlem sonrası gelişebilecek Aç Kemik Sendromu açısından yakın takip ve agresif kalsiyum replasmanı hayati önem taşır.

Anahtar Kelimeler: tersiyer hiperparatiroidi, kemik deformasyonları, aç kemik sendromu, perkutan mikrodalga ablasyon

Yayın No: EP-003

Kontrast Nefropatisi Sonrası Gelişen Metformin İlişkili Şiddetli Laktik Asidoz

Beril Karataş[1], Cebrail Karaca[1]

[1]Van YYÜ Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları ABD, Nefroloji BD

Amaç: Metformin, Tip 2 Diyabet Mellitus (T2DM) tedavisinde ve diyabetle ilişkili mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonların önlenmesinde birinci basamak tedavi olarak kullanılan biguanid türevidir. Renal fonksiyonların bozulduğu durumlarda mortal seyreden Metformin İlişkili Laktik Asidoza (MALA) yol açabilir. MALA, pH < 7,35 ve laktat > 5,0 mmol/L olarak tanımlanan, mortalitesi %50'ye varan bir komplikasyondur. Bu sunumda, koroner anjiyografi sonrası gelişen kontrast nefropatisinin tetiklediği, pH değeri 6.6'ya gerileyen ve yoğun hemodiyaliz desteği ile tam şifa ile taburcu edilen 66 yaşındaki kadın vakayı sunmaktayız.

Yöntem: Yirmi yıllık T2DM ve hipertansiyon öyküsü olan, metformin HCl, gliklazid, nebivolol-hidroklortiyazid ve ASA kullanan 66 yaşında kadın vaka sunulmuştur. Koroner anjiyografi sonrası metformini kesmeden kullanmaya devam eden vakanın klinik başvurusu, laboratuvar verileri, kan gazı parametreleri ve ardışık hemodiyaliz tedavi süreci değerlendirilmiştir.

Bulgular: Şiddetli bulantı-kusma, dispne, bilinç bulanıklığı ve oligüriyle başvuran vakanın laboratuvarında serum kreatinin: 7.9 mg/dL, potasyum: 7.1 mEq/L; ilk kan gazında pH: 7.15, HCO3: 8.8 mmol/L, laktat: 6.6 mmol/L bulundu. İvedilikle bikarbonat ve kalsiyum glukonat replasmanı yapıldı. Acil 2 saatlik HD sonrası rebound etkiyle asidoz derinleşti: pH: 6.9, laktat: 13 mmol/L saptandı. Genel durumu kötüleşen vaka entübe edilerek yoğun bakıma alındı. Takiplerinde pH değeri 6.6'ya geriledi. Kontrast nefropatisi zemininde MALA tanısı kesinleşen vakaya bikarbonat replasmanı ve ardışık 3 gün boyunca hemodiyaliz desteği sağlandı. Yatışın 4. gününde değerleri düzelen vaka ekstübe edildi. Serum kreatinin: 1.16 mg/dL, HCO3: 26 mmol/L, laktat: 1.4 mmol/L saptandı. Böbrek fonksiyonları toparlayan vaka, anti-diyabetik tedavisi SGLT-2 inhibitörü olarak revize edilerek şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Metformin kullanan vakalarda kontrastlı işlemler öncesinde renal rezerv titizlikle değerlendirilmelidir. MALA patofizyolojisinde metforminin geniş dağılım hacmi nedeniyle ilk HD sonrası rebound asidoz ve laktat artışı gözlenebilir. Bu durum tek seanslık diyalizin yetersiz kalabileceğini, asit-baz dengesi stabilize olana kadar ardışık renal replasman tedavisinin hayati önem taşıdığını kanıtlamaktadır. pH 6.6 gibi çok ağır asidoz tablosunda dahi, erken dönemde başlanan ve kararlılıkla sürdürülen agresif hemodiyaliz desteği ile tam iyileşme sağlanabilir. Klinik pratikte kontrast maddeden 48 saat önce metformin kesilmeli, işlem sonrası GFR stabilize olmadan ilaca başlanmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Metformin, Laktik Asidoz, Kontrast Nefropatisi, Hemodiyaliz, Akut Böbrek Hasarı

Yayın No: EP-004

Gözden Kaçan Bir Sendrom: Tübülointerstisyel Nefrit ve Üveit (TINU) Olgusu

Kübra Aydın Bahat[1], İntizar Dadashova[1], Gözde Yazıcı[1]

[1]Ordu Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Tübülointerstisyel nefrit ve üveit (TINU) sendromu, akut interstisyel nefrit ve üveitin birlikteliği ile karakterize nadir bir inflamatuvar hastalıktır. Renal ve oküler bulguların farklı zamanlarda ortaya çıkabilmesi tanıda gecikmeye yol açabilir. Bu olguda, açıklanamayan akut böbrek hasarı ile bilateral anterior üveit birlikteliğinde TINU sendromunun tanısal yaklaşımı ve tedavi süreci sunulmuştur.

Yöntem: Klinik, laboratuvar, idrar analizi, immünolojik incelemeler, oftalmolojik değerlendirme ve renal biyopsi bulguları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Elli altı yaşındaki kadın hasta, progresif serum kreatinin yüksekliği nedeniyle nefroloji polikliniğine yönlendirildi. İki ay önce bilateral anterior üveit tanısı almıştı. Serum kreatinin düzeyi 0,6 mg/dL'den 1,70 mg/dL'ye yükselmişti. İdrar incelemesinde belirgin nonalbüminürik proteinüri saptandı. İmmünolojik ve enfeksiyöz etiyolojiye yönelik incelemeler negatif bulundu. Renal biyopside lenfositik tübülit ile uyumlu tübülointerstisyel nefrit saptandı; immünfloresan incelemede immün kompleks birikimi izlenmedi. Klinik, oftalmolojik ve histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilerek TINU sendromu tanısı konuldu. Hastaya prednizolon ve metotreksat tedavisi başlandı. İzlemde oküler yakınmaları geriledi, serum kreatinin düzeyi 1,11 mg/dL'ye düştü, eGFR 58 mL/dk/1,73 m²'ye yükseldi ve proteinüri tamamen düzeldi.

Sonuç: TINU sendromu, açıklanamayan akut böbrek hasarı ile üveit birlikteliğinde mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Erken tanı, renal biyopsi ile histopatolojik doğrulama ve nefroloji–oftalmoloji iş birliği sayesinde uygun immünsüpresif tedavi başlanarak renal ve oküler prognoz iyileştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Akut Böbrek Yetmezliği, Tübülointerstisyel nefrit, Anterior üveit, TINU sendromu

Yayın No: EP-005

Oral Magnezyum ve Amilorid Tedavisine Rağmen Persistan Hipomagnezemi: Etiyolojisi Aydınlatılamayan Renal Magnezyum Kaybı

Leyla Koç[1], Ekrem Kara[1]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Rize

Amaç: Persistan hipomagnezemide üriner magnezyum atılımının değerlendirilmesi, renal ve ekstrarenal nedenlerin ayrımında önemlidir. Bu olguda, böbrek fonksiyonları korunmuş olmasına rağmen belirgin renal magnezyum kaybı bulunan, genetik incelemede etiyoloji saptanamayan ve oral magnezyum ile amilorid tedavisine rağmen hipomagnezemisi devam eden bir hastanın sunulması amaçlandı.

Yöntem: Persistan hipomagnezemi nedeniyle nefroloji polikliniğinde izlenen 59 yaşında erkek hastanın klinik ve laboratuvar bulguları, 24 saatlik idrar magnezyum atılımı, fraksiyone magnezyum atılımı (FEMg), genetik inceleme sonuçları ve tedaviye yanıtı değerlendirildi.

Bulgular: Hipotiroidi dışında bilinen ek hastalığı bulunmayan hastanın böbrek fonksiyonları korunmuştu (kreatinin 0,71 mg/dL, eGFR 103 mL/dk/1,73 m²). İlk değerlendirmede serum magnezyumu 0,63 mg/dL, potasyum 3,58 mmol/L, kalsiyum 9,0 mg/dL, fosfor 2,74 mg/dL ve bikarbonat 28,1 mmol/L idi. Yirmi dört saatlik idrar magnezyum atılımı 183,8 mg/gün ve FEMg %14 bulundu. Tekrarlanan değerlendirmede idrar magnezyum atılımının 383,04 mg/gün ve FEMg'nin %23,6 olması persistan renal magnezyum kaybını destekledi. Bartter ve Gitelman sendromları ile hipomagnezemiyle ilişkili diğer genlere yönelik genetik incelemede hipomagnezemiyi açıklayabilecek patojenik varyant saptanmadı. Tolere edilebilen maksimum dozda oral magnezyum replasmanı ve magnezyumdan zengin beslenmeye rağmen kalıcı normalizasyon sağlanamadı. Amilorid 5 mg/gün tedavisi başlandı ve gerektiğinde intravenöz magnezyum replasmanı uygulandı. Oral magnezyum ve amilorid tedavisi altında serum magnezyum düzeyleri 0,85–1,02 mg/dL arasında seyretti. İzlem boyunca böbrek fonksiyonları korundu ve hasta çoğunlukla asemptomatikti.

Tablo 1. Olgunun demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

Demografik ve klinik özellikler		
Yaş / Cinsiyet	59 yıl / Erkek	
Özgeçmiş	Hipotiroidi	
Klinik seyir	Persistan hipomagnezemi; çoğunlukla asemptomatik	
Genetik inceleme	Bartter, Gitelman ve hipomagnezemi ile ilişkili diğer genlerde patojenik varyant saptanmadı.	
Tedavi	Tolere edilebilen maksimum dozda oral Mg replasmanı, amilorid 5 mg/gün ve aralıklı IV Mg replasmanı	
Laboratuvar bulguları		
Laboratuvar parametresi	**İlk değerlendirme**	**İzlem**
Serum Mg (mg/dL)	**0,63**	**0,85–1,02**
Kreatinin (mg/dL)	0,71	0,80
eGFR (mL/dk/1,73 m²)	103	97
Potasyum (mmol/L)	3,58	4,08
Kalsiyum (mg/dL)	9,0	9,4
Fosfor (mg/dL)	2,74	3,3
Bikarbonat (mmol/L)	28,1	26
24 saatlik idrar Mg (mg/gün)	**183,8**	**383,04**
FEMg (%)	**14**	**23,6**

Sonuç: Persistan hipomagnezemide, böbrek fonksiyonları korunmuş olsa dahi renal magnezyum kaybı araştırılmalıdır. Belirgin renal magnezyum kaybına rağmen genetik incelemelerde etiyoloji saptanamayabilir ve oral magnezyum ile amilorid tedavisine rağmen hipomagnezemi devam edebilir. Bu olguların yakın elektrolit izlemi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: renal magnezyum kaybı, amilorid, hipomagnezemi

Yayın No: EP-006

Böbrek Nakli Sonrası Nüks Membranöz Nefropatide Obinutuzumab: İki Olgu Sunumu ve Literatür Özeti

İrem Ozarlı[1], Hasan Yeter[1], Tolga Yıldırım[1], Ş. Rahmi Yılmaz[1], Mustafa Arıcı[1], Bülent Altun[1], Yunus Erdem[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı

Amaç: Böbrek nakli sonrası nüks membranöz nefropati (MN), greft fonksiyonunda bozulma ve hatta greft kaybına yol açabilen önemli bir klinik sorundur. Rituksimabın kullanılamadığı veya yetersiz kaldığı durumlarda obinutuzumab potansiyel bir kurtarma tedavisi olarak öne çıkmaktadır.

Yöntem: Bu çalışmada obinutuzumab ile tedavi edilen iki nüks MN olgusu ve kısa literatür özeti sunulmuştur.

Bulgular: Olgu 1: Primer MN nedeniyle canlı vericiden böbrek nakli yapılan, serum anti-PLA2R negatif olan ve rituksimaba bağlı anjiyoödem öyküsü bulunan hastada nakil sonrası erken dönem biyopsi ile nüks saptandı. Maksimum konservatif tedavi (RAASi ve SGLT-2i) ve standart üçlü immünsüpresif tedavi (prednizolon, takrolimus ve mikofenolat mofetil) rağmen nefrotik düzeyde proteinürisi devam eden hastaya iki doz obinutuzumab sorunsuz şekilde uygulandı. Proteinüride %60 oranında azalma saptanan hastanın izlemlerinde proteinürisinde artış olması üzerine ikinci kür obinutuzumab uygulandı. Hasta yanıt açısından takip edilmektedir. Olgu 2: Primer MN nedeniyle canlı vericiden böbrek nakli yapılan ve serum anti-PLA2R negatif olan hastada, nakil sonrası ilk yıl içinde biyopsi ile doğrulanmış nüks gelişti. Maksimum konservatif tedavi ve standart üçlü immünsüpresif tedavi rağmen proteinürisi devam eden hastaya rituksimab uygulandı. Ardından yanıt alınamaması üzerine obinutuzumab uygulandı. Tedavi sonrası proteinürisi %70 oranında gerileyen hastanın izlemlerine devam edilmektedir. Literatür Özeti: Tam metin yayınlarda nakil sonrası MN nedeniyle obinutuzumab kullanılan yalnızca beş hasta bildirilmiştir; bunların dördü rekürren, biri de novo MN'dir. En büyük seride transplant alt grubuna ait bireysel sonuçlar ayrı raporlanmadığından remisyon oranı net olarak hesaplanamamaktadır. Nativ MN ağırlıklı 89 hastalık sistematik derlemede klinik remisyon oranı %83 olarak bildirilmiş olsa da bu veriler allogreft MN'ye doğrudan genellenememektedir. Nakil popülasyonunda randomize veya prospektif çalışma bulunmamaktadır; mevcut kanıtlar olgu düzeyi ile sınırlıdır.

Sonuç: Obinutuzumab, rituksimab intoleransı veya yetersiz yanıtı olan nakil sonrası nüks MN hastalarında proteinüride anlamlı azalma sağlayabilen bir kurtarma tedavisi seçeneği olabilir. Ancak yanıtın kalıcılığı, optimal doz şeması ve yeniden tedavi gereksinimi için uzun dönemli ve kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: obinutuzumab, rekürren membranöz nefropati, böbrek nakli

Yayın No: EP-008

Böbrek Nakli Kısa ve Uzun Dönem Sonuçları: Tek Merkez Deneyimi

Edip AKPINAR[1], Meryem Çetin[1], Özgür Yıldırım YILDIRIM[1], Bilge KAHVECİ[1], Mehmet HOROZ[1], Nevzat Can ŞENER[1], Emrah GÜNAY[1], Ahmet Ziya ŞAHİN[1], Veli KILIÇ[1], Ülkü Fatma ADAM[1], Derya Başak TANBUROĞLU[1]

[1]SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Diyalize göre daha üstün bir yaşam kalitesi sunması nedeniyle, böbrek nakli, son dönem böbrek yetmezliği için tercih edilen bir tedavidir. Bu çalışmada tek bir merkezde yapılan böbrek nakillerinin erken ve uzun dönem sonuçları sunulmaktadır.

Yöntem: Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki böbrek nakli olguları retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik veriler, donör kaynakları, HLA uyum düzeyleri, diyaliz durumu, komorbiditeler, nakil sırası ve sonrasındaki immünsüpresif tedaviler, komplikasyonlar, greft ve hasta kayıpları tek bir veri tabanında toplanarak incelendi. Standart cerrahi protokolde; canlı vericilerden genellikle sol böbrek, gereklilik halinde ise sağ renal vene uzatma grefti uygulanarak sağ böbrek kullanıldı. Postoperatif bir hafta içinde taburcu edilen hastaların üriner stentleri 1-1,5 ay sonra çıkarıldı. İndüksiyonda antilenfosit globulin veya basiliximab; idame tedavide takrolimus, bazen cyclosporine, mikofenolik asit, bazen everolimus ve düşük doz steroid tercih edildi. Klinik seyir, komplikasyon yönetimi, kayıp nedenleri ile kısa ve uzun dönem sağkalım oranları R programı ve Kaplan-Meier eğrileriyle analiz edildi ($p < 0.05$ anlamlı).

Bulgular: Eylül 2017-Temmuz 2026 arasında böbrek nakli yapılan 158 yetişkin hasta (97 erkek [%61], 61 kadın [%39]; ortalama yaş 41(+14) yıl) geriye dönük incelendi. 109'u (%69) canlı, 49'u (%31) kadavra vericili olup ortalama takip süresi 58(+18) aydı. Ölüm dışı greft kaybı 19 alıcıda (%12) görüldü: kronik allogreft disfonksiyonu/interstisyel fibrozis ve tübüler atrofi (n=7, %37), akut rejeksiyon (n=5, %26), cerrahi/vasküler komplikasyonlar (n=3, %16), inkomplians (n=2, %11), BK virüsü nefropatisi (n=1, %5) ve FSGS nüksü (n=1, %5). Toplam 19 hasta ölümü (%12) kaydedildi; başlıca nedenler COVID-19 ilişkili pnömoni/sepsis (n=14, %74), kardiyovasküler olaylar (n=4, %21) ve merkezi sinir sistemi lezyonuydu (n=1, %5). Ameliyat sonrası komplikasyonlar idrar yolu enfeksiyonları (n=29, %18), akut rejeksiyon atakları (n=22, %14), gecikmiş greft fonksiyonu (n=17, %11) ve lenfosellerdi (n=14, %9). Obstrüktif ve idrar fistülü ile giden ve konservatif girşimlerle düzlemeyen komplikasyonnlarda greft böbrekten natif üreter yapılan pyelo-ureterostomy işlemi başarıyla uygulandı (n=9, %8). Kadavra vericililerde greft sağkalımı, canlı nakillere kıyasla anlamlı derecede düşüktü (log-rank p = 0,03). Tam HLA uyumlu (6/6) 11 hastada (%7) takip boyunca greft veya hasta kaybı yaşanmadı.

Tablo 1: GREFT SAĞKALIM (N=158)

	Canlı / Kadavra	Canlı Akraba / Akraba Dışı	Tüm HLA>3 / HLA≤3	Canlı BAS/ATG*
n	109 / 49	75 / 33	68 / 90	36 / 72
1. Yıl (%)	%95 / %89	%99 / %97	%94 / %92	%97 / %99
3. Yıl (%)	%89 / %78	%97 / %95	%89 / %84	%97 / %94
5. Yıl (%)	%83 / %68	%86 / %86	%81 / %76	%97 / %83
p	< 0.05	-	-	-

Kaplan-Meier analizi - p (LogRank), *: BAS: Basiliximab, ATG: Antitimosit globulin

Sonuç: Canlı vericiden nakil ve yüksek HLA uyumu, uzun dönemli greft sağkalımını önemli ölçüde artırmaktadır.Akraba ve akraba olmayan canlı vericili nakiller arasında sağkalım açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, greft sağkalımı, hasta sağkalımı, canlı verici, kadavra verici, HLA uyumu

Yayın No: EP-009

Tazocin bağlı tedaviye dirençli hipokalemi

Can hüzmeli[1], Ayşe Demirkol Gövce[2]

[1]Hatay eğitim ve araştırma hastanesi nefroloji kliniği
[2]Hatay eğitim ve araştırma hastanesi İç hastalıkları kliniği

Amaç: Hipokalemi, sık görülen elektrolit bozukluklarından biridir. Normal potasyum konsantrasyonu 3.5–5.5 mmol/L arasında değişir. Hipokalemi, 3.5 mmol/L'nin altına olarak tanımlanır.

Yöntem: İki olgu

Bulgular: Olgu 164 yaşında erkek hasta, bir hafta önce başlayan, günde 3–4 kez olan ve 3 gün süren ishal öyküsü sonrası yapılan tetkiklerinde akut böbrek hasarı saptanması üzerine yatırıldı. Fizik muayenesinde kan basıncı 130/70 mmHg, nabız 78/dk olup diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi.Laboratuvar incelemelerinde; BUN 107 mg/dL, kreatinin 8,7 mg/dL, ALT 303 U/L, AST 775 U/L, CRP 99 mg/L, sodyum 133 mmol/L, potasyum 3,9 mmol/L, magnezyum 1,8 mg/dL, fosfor 5,8 mg/dL, ürik asit 11,9 mg/dL, CK 6624 U/L, kalsiyum 8,4 mg/dL idi. Kan gazı asidoz ve anyon gap 16 saptandı. Hastaya hidrasyon ve tazocin tedavisi başlandı. Otoantikorlar negatif, C3 ve C4 düzeyleri normaldi. Tedavinin 4. gününde BUN 98 mg/dL, kreatinin 9,2 mg/dL potasyum ise 2,6 mmol/L idi. Hipervolemi ve anüri devam etmesi üzerine hemodiyaliz başlandı. Potasyum replasmanı uygulanmasına rağmen (oral destek ve günlük 12 ampul potasyum) serum potasyum düzeyinde düzelme sağlanamadı. Bunun üzerine Tazocin'e bağlı hipokalemi düşünülerek tedavinin 9. gününde Tazocin kesildi. Potasyum replasmanına devam edildi ve hastanın potasyum değeri 11. günde normal sınırlara ulaştı. 28. günde hemodiyaliz sonlandırıldı. Olgu 2 78 yaşında erkek hasta, 5 gündür devam eden ishal (günde 10 kez) şikâyeti nedeniyle acil servise başvurmuş. Hipokalemi tespit edilmesi üzerine hastanın yatışı yapıldı. Fizik muayenede kan basıncı 110/60 mmHg, nabız 68/dk idi. İshali azalması ve distansiyon olması üzerine hastaya paralitik ileus ön tanısı ile rektal tüp takıldı. Tetkiklerinde, magnezyum 2,2 mg/dL, potasyum 2,4 mmol/L, CRP 10 mg/L, kan gazında hafif metabolik alkalozu mevcuttu.Hastaya başlangıçta siprofloksasin ve metronidazol tedavisi başlandı. Hipokalemi için 6 amp potasyum replasman ile 3mmol/L yükseldi fakat CRP düzeyinin 114 mg/L'ye yükseldi. Siprofloksasin kesilerek tazocin tedavisine geçildi. Oral potasyum beslenme desteği ve intravenöz potasyum replasmanına (yaklaşık 12 amp) rağmen serum potasyum düzeyinde 4. günde 1,8mmol/L düştü. Tazocin tedavisi kesildi, 8. günde potasyum normale geldi.

Sonuç: Tazocin kullanan hastalarda hipokalemi için risk faktörleri; ileri yaş, kadın hastalar, başlangıç potasyum düzeyi < 4.0 mmol/L, diyare, uzun süre tedavi ve yüksek doz. Yüksek başlangıç serum potasyum düzeyi riski azaltır. Tazocin kullanan hastalarda potasyum düzenli izlenmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Hipokalemi, ishal, tazocin

Yayın No: EP-010

Böbrek Nakli Alıcısında Nativ Böbrekte Enfekte Hemorajik Kist: Tanısal Güçlük ve Konservatif Yönetim

Leyla Koç[1], Ekrem Kara[1]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Rize

Amaç: Böbrek nakli alıcılarında ateş etiyolojisinin değerlendirilmesinde greft kaynaklı enfeksiyonlar ön planda düşünülmekle birlikte, nativ böbrek patolojileri de enfeksiyon odağı olabilir. Özellikle hemorajik kistik lezyonlarda enfeksiyonun eşlik etmesi, klinik ve radyolojik bulguların örtüşmesi nedeniyle tanısal ve terapötik güçlük oluşturabilir. Bu olguda, böbrek nakli alıcısında nativ böbrekte saptanan şüpheli enfekte hemorajik kistin multidisipliner yaklaşımla konservatif yönetiminin sunulması amaçlandı.

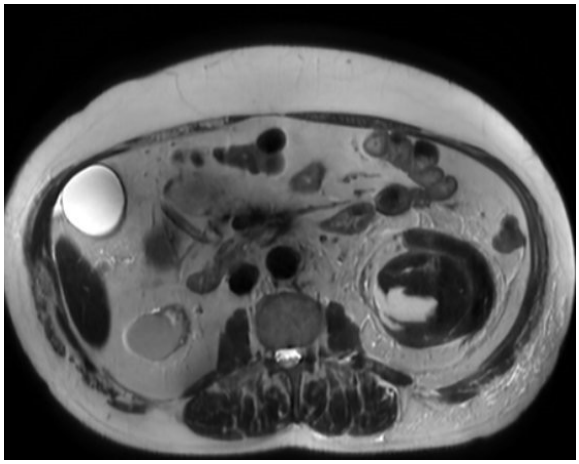
Yöntem: Altmış üç yaşında, 2023 yılında canlı vericili böbrek nakli yapılmış erkek hasta; ateş, üşüme-titreme ve şiddetli sol yan ağrısı nedeniyle değerlendirildi. Olgunun klinik ve laboratuvar bulguları ile ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme bulguları birlikte değerlendirildi. Tanı ve tedavi yaklaşımı nefroloji, enfeksiyon hastalıkları, üroloji ve girişimsel radyoloji bölümlerinin multidisipliner değerlendirmesiyle belirlendi.

Bulgular: Başvuruda hemoglobin 6,2 g/dL, CRP 173,9 mg/L, kreatinin 3,88 mg/dL ve eGFR 15 mL/dk/1,73 m² idi. Kan ve idrar kültürlerinde üreme saptanmadı. BT'de sol nativ böbrekte yaklaşık 78 mm hematom alanı ve perinefrik inflamatuvar değişiklikler izlendi. USG ve MR bulguları kronik hemorajik kist zemininde gelişen enfekte kist-koleksiyon lehine değerlendirildi; kontrastsız incelemeler nedeniyle kesin karakterizasyon yapılamadı. Transplante böbrekte enfeksiyon veya obstrüksiyon lehine bulgu saptanmadı. Ampirik intravenöz piperasilin/tazobaktam tedavisi başlandı. Hemorajik lezyon ve ciddi anemi nedeniyle antiagregan tedaviye ara verilerek toplam 4 ünite eritrosit süspansiyonu uygulandı. Perkütan drenaj uygun bulunmadı ve acil cerrahi girişim düşünülmedi. İzlemde hasta afebril seyretti, CRP değeri geriledi ve kontrol BT'de perirenal inflamatuvar bulgularda gerileme izlendi. Hasta invaziv girişim gereksinimi olmaksızın konservatif tedavi ile taburcu edildi.

Resim 1. Sol nativ böbrekte enfekte hemorajik kist ile uyumlu lezyonun BT görüntüsü



Resim 2. Sol nativ böbrekte enfekte hemorajik kist ile uyumlu lezyonun MR görüntüsü



Tablo 1. Olgunun Demografik, Klinik, Laboratuvar ve Görüntüleme Bulguları

Parametre	Bulgular
Demografik ve klinik özellikler	
Yaş / Cinsiyet	63 yıl / Erkek
Komorbiditeler	DM, HT, KAH, KBH, aort diseksiyonu/TEVAR öyküsü
Böbrek nakli	2023, canlı verici (eşinden)
İmmünsüpresif tedavi	Takrolimus + everolimus + prednizolon
Antiagregan tedavi	Asetilsalisilik asit + klopidogrel
Başvuru yakınmaları	40°C ateş, titreme, sol yan ağrısı
Laboratuvar (Başvuru / Taburculuk öncesi)	
Hemoglobin (g/dL)	6,2 / 8,1
WBC (×10³/μL)	9,18 / 6,90
CRP (mg/L)	173,9 / 36,0
Kreatinin (mg/dL)	3,88 / 3,99
eGFR (mL/dk/1,73 m²)	15 / 15
Mikrobiyoloji	
Kan kültürü	Üreme yok
İdrar kültürü	Üreme yok
Görüntüleme	
Başvuru BT	Sol nativ böbrekte yaklaşık 78 mm hematom alanı ve perinefrik dansite artışı.
Üriner USG	Sol böbrek lojunda yaklaşık 7×8×7,5 cm hemorajik komponent ve koleksiyon alanları içeren heterojen lezyon; hemorajik kist zemininde enfekte koleksiyon lehine.
MR	Sol nativ böbrekte 66×70×70 mm hemorajik ve difüzyon kısıtlayan koleksiyon alanları içeren kistik lezyon; kronik hemorajik kist zemininde enfekte kist-koleksiyon lehine.
Kontrol BT	Lezyon boyutu stabil; perirenal inflamatuvar bulgularda gerileme.
Transplante böbrek	Sağ iliak fossada; boyut ve pelvikaliksiyel sistem normal.

Sonuç: Böbrek nakli alıcılarında ateş ve yan ağrısı değerlendirilirken greft böbreğin yanı sıra nativ böbrekler de olası enfeksiyon ve kanama odağı açısından değerlendirilmelidir. Hemorajik kist ile enfekte koleksiyonun ayrımı, özellikle kontrastlı görüntülemenin yapılamadığı hastalarda güç olabilir. Klinik, laboratuvar ve seri görüntüleme bulgularının birlikte değerlendirilmesi ve multidisipliner yaklaşım, invaziv girişim gereksiniminin belirlenmesinde önemlidir. Hemodinamik olarak stabil ve tedaviye klinik yanıt gösteren seçilmiş olgularda yakın izlem altında konservatif yönetim başarılı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli, nativ böbrek, hemorajik renal kist, enfekte kist, immünsüpresyon

Yayın No: EP-011

Demir Replasmanýndan Þiddetli Hipofosfatemiye: Ferrik Karboksimaltozun Gözden Kaçabilen Bir Komplikasyonu

Leyla Koç[1], Ekrem Kara[1]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Rize

Amaç: Hipofosfatemi, hafif olgularda asemptomatik seyredebilmekle birlikte ciddi düzeylerde önemli klinik bulgulara yol açabilir. İntravenöz demir preparatlarından ferrik karboksimaltoz, renal fosfat kaybını artırarak belirgin hipofosfatemiye neden olabilmektedir. Bu olguda, kronik böbrek hastalığı bulunan bir hastada ferrik karboksimaltoz uygulaması sonrası gelişen şiddetli hipofosfateminin sunulması amaçlandı.

Yöntem: Diabetes mellitus ve hipertansiyon öyküsü bulunan 65 yaşında kadın hasta, böbrek fonksiyon bozukluğu nedeniyle nefroloji polikliniğinde değerlendirildi. Serum kreatinin düzeyi 1,24 mg/dL, eGFR 45 mL/dk/1,73 m² olup 24 saatlik idrarda 252 mg/gün proteinüri ve 119,3 mg/gün mikroalbüminüri saptandı. Üriner ultrasonografide bilateral parankimal ekojenite artışı ve kortikal kistler izlendi. Oral demir replasmanına rağmen anemisi ve ferritin düşüklüğü devam eden hastaya intravenöz ferrik karboksimaltoz uygulandı.

Bulgular: Ferrik karboksimaltoz uygulaması öncesinde serum fosfor düzeyi 2,71 mg/dL ile normal aralıkta idi. Uygulama sonrası takipte halsizlik yakınması gelişen hastanın serum fosfor düzeyi < 1 mg/dL olarak saptandı. Eş zamanlı serum kreatinin düzeyi 1,60 mg/dL, eGFR 33 mL/dk/1,73 m², kalsiyum 10,2 mg/dL, magnezyum 1,38 mg/dL, PTH 33,4 pg/mL ve 25-OH D vitamini 29,7 ng/mL idi. Ferritin düzeyi 289,3 ng/mL'ye yükselmişti. Şiddetli semptomatik hipofosfatemi nedeniyle hasta nefroloji servisine yatırıldı. İntravenöz fosfor preparatına ulaşılamaması nedeniyle IV kalsitriol tedavisi başlandı; D vitamini desteği ve intravenöz hidrasyon uygulandı. İzlemde klinik durumu düzelen hastanın serum fosfor düzeyi normal aralığa yükseldi ve hasta taburcu edildi. Sonraki poliklinik kontrollerinde böbrek fonksiyonları stabil seyrederken serum fosfor düzeyi normal aralıkta kaldı.

Tablo 1. Olgunun demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

Demografik ve klinik özellikler			
Yaş / Cinsiyet	65 yıl / Kadın		
Özgeçmiş	DM, HT, KBH		
Demir tedavisi	Oral demire yetersiz yanıt sonrası IV ferrik karboksimaltoz		
Başvuru yakınması	Halsizlik		
Klinik seyir	Şiddetli hipofosfatemi nedeniyle nefroloji servisine yatış		
Tedavi	IV kalsitriol, D vitamini desteği, IV hidrasyon		
Laboratuvar bulguları			
Parametre	**Ferrik karboksimaltoz öncesi**	**Hipofosfatemi döneminde**	**İzlem**
Kreatinin (mg/dL)	1,24	1,60	1,31
eGFR (mL/dk/1,73 m²)	45	33	42,46
Fosfor (mg/dL)	2,71	<1	4,4
Kalsiyum (mg/dL)	10,2	10,2	10,0
Albümin (g/dL)	4,27	4,41	4,36
Magnezyum (mg/dL)	1,88	1,38	1,20
Hemoglobin (g/dL)	10,2	11,0	11,1
Ferritin (ng/mL)	17,6	289,3	276,4
PTH (pg/mL)	33,4	21,9	—
25-OH D vitamini (ng/mL)	—	29,7	—

Sonuç: Ferrik karboksimaltoz, uygulama kolaylığına rağmen şiddetli hipofosfatemiye yol açabilmektedir. Bu olguda tedavi öncesi normal olan serum fosforunun 2,71 mg/dL'den < 1 mg/dL'ye gerilemesi, ferrik karboksimaltoz ile hipofosfatemi arasındaki zamansal ilişkiyi desteklemektedir. Özellikle başlangıç serum fosforu düşük veya alt sınıra yakın olan ve ek risk faktörleri bulunan hastalarda, ferrik karboksimaltoz öncesi ve sonrası serum fosfor düzeyinin izlenmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: hipofosfatemi, kronik böbrek hastalığı, intravenöz demir, demir eksikliği., ferrik karboksimaltoz

Yayın No: EP-013

Gemsitabin ile Tetiklenen Fulminan Trombotik Mikroanjiyopati

Ebru Yücel Ayhan[1], İrem Ozarlı[1], Tolga Yıldırım[1], Şeref Rahmi Yılmaz[1], Mustafa Arıcı[1], Hacı Hasan Yeter[1]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Trombotik mikroanjiyopati (TMA), mikroanjiyopatik hemolitik anemi, trombositopeni ve mikrovasküler tromboza bağlı organ hasarı ile karakterize sendromdur. Maligniteye veya antineoplastik ajanlara bağlı sekonder TMA gelişebilir. Gemsitabin ilişkili TMA nadir olmakla birlikte hızlı ilerleyen böbrek yetmezliği ve çoklu organ disfonksiyonu ile seyredebilir. Bu olguda, metastatik meme kanseri nedeniyle gemsitabin-karboplatin tedavisi sonrasında gelişen fulminan TMA tablosunun sunulması amaçlandı.

Yöntem: Tıbbi kayıtlar retrospektif incelendi; klinik seyir, kemoterapi öyküsü, laboratuvar bulguları, periferik yayma sonuçları ve tedavi yanıtı değerlendirildi.

Bulgular: Kırk üç yaşında kadın hasta, opere metastatik meme kanseri nedeniyle izlenmekteydi. Neoadjuvan kemoterapi sonrası bilateral mastektomi uygulanmış; takiplerinde hormonoterapi, siklin bağımlı kinaz inhibitörü ve kemik metastazlarına yönelik radyoterapi verilmişti. Hastalık progresyonu ve karaciğer metastazı üzerine gemsitabin-karboplatin tedavisi başlandı. Kemoterapi öncesinde hemoglobin 11,9 g/dL, trombosit $273\times10^3/\mu L$ ve serum kreatinin 1,08 mg/dL idi. İlk kürden dört gün sonra nefes darlığı, koyu renkli idrar ve sarılık ile başvurdu. Ciddi anemi nedeniyle üç ünite eritrosit süspansiyonu verilmişti. Başvuruda hemoglobin 4,2 g/dL, trombosit $32\times10^3/\mu L$, lökosit $1,68\times10^3/\mu L$, kreatinin 1,75 mg/dL, BUN 66,7 mg/dL, total bilirubin 6,98 mg/dL ve laktat dehidrogenaz 3982 U/L idi. İdrarda hemoglobin 3+ saptandı. Direkt Coombs testi negatif, haptoglobin düşük bulundu; periferik yaymada her büyük büyütme alanında beşten fazla şistosit izlendi. Tüketim koagülopatisini destekleyen bulgu olmaması nedeniyle dissemine intravasküler koagülasyon düşünülmedi. ADAMTS13 aktivitesi gönderildi ve trombotik trombositopenik purpura dışlanana kadar terapötik plazma değişimi uygulandı. İzlemde transfüzyon desteğine rağmen hemoglobin 5–6 g/dL'ye geriledi; kreatinin 4,34 mg/dL'ye, laktat dehidrogenaz 9448 U/L'ye, total bilirubin 20 mg/dL'nin üzerine yükseldi ve trombosit $11\times10^3/\mu L$'ye düştü. Bilinç düzeyinde bozulma gelişen hasta yoğun bakıma alındı. Oligüri, üremi ve elektrolit bozuklukları nedeniyle renal replasman tedavisi başlandı; hemodinamik instabilite nedeniyle CRRT'ye geçildi. Refrakter TMA için eculizumab planlandı ancak klinik kötüleşme ve akut faz reaktan yüksekliği nedeniyle uygulanamadı.

Sonuç: Aktif kemoterapi alan hastalarda gelişen sitopeniler yalnızca kemoterapi toksisitesi, malignite veya enfeksiyona bağlanmamalıdır. Özellikle laktat dehidrogenaz yüksekliği, Coombs-negatif hemoliz, şistositler, trombositopeni ve akut böbrek hasarı birlikteliğinde TMA erken dönemde düşünülmelidir. Gemsitabin ilişkili TMA'da plazma değişiminin etkinliği sınırlı olabilir; refrakter organ hasarında kompleman inhibisyonu gündeme gelebilir. Hastalık hızla geri dönüşümsüz çoklu organ yetmezliğine ilerleyebileceğinden erken tanı, ilacın kesilmesi, hemoliz değerlendirmesi ve renal destek tedavisi kritik önemdedir.

Anahtar Kelimeler: Trombotik mikroanjiyopati, Gemsitabin, Akut böbrek hasarı

KİDNEY akademi 2026

3-6 EYLÜL 2026

SHIMALL HOTEL, GAZİANTEP



GENX KONGRE

Kidney
KLİNİK İZLEM, DİYALİZ, TRANSPLANTASYON VE NEFROLOJİK YÖNTEMLER DERNEĞİ