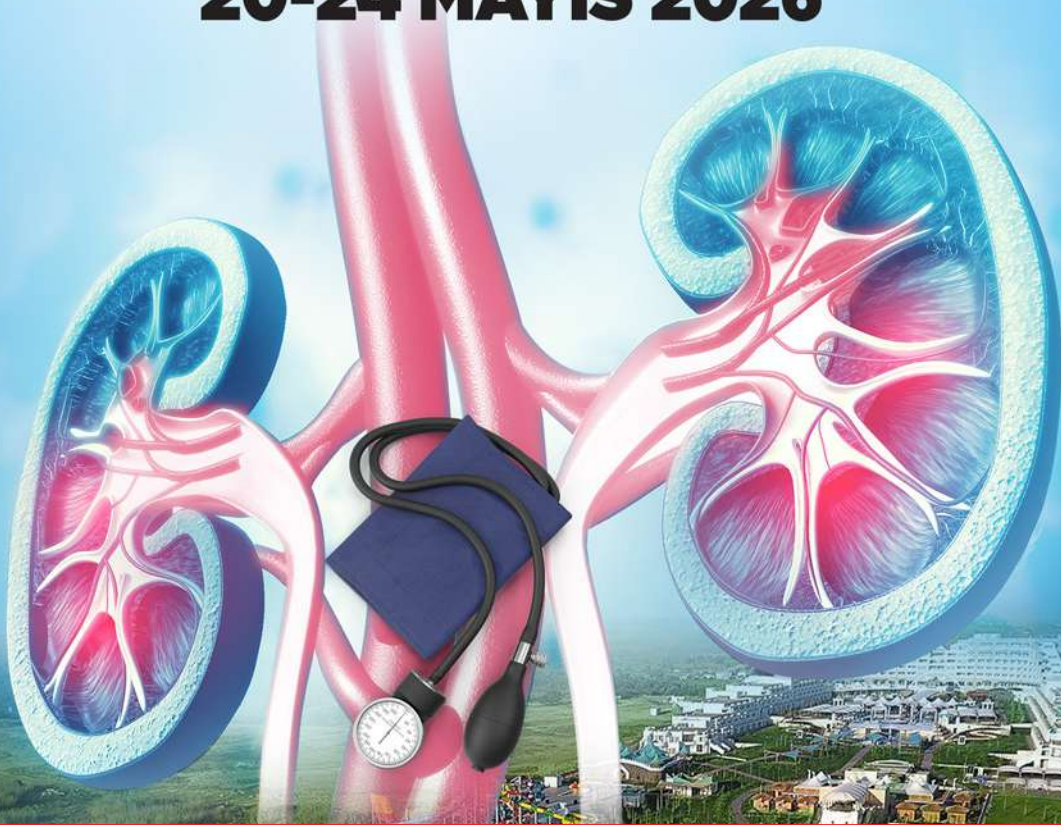




28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C

20-24 MAYIS 2026



BİLDİRİ ÖZET KİTABI



TÜRK HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI DERNEĞİ

www.hipertansiyonkongresi.org

[facebook.com/Hipertansiyon Türk](https://facebook.com/HipertansiyonTürk) [X twitter@T_Hipertansiyon](https://twitter.com/T_Hipertansiyon)

GENX
KONGRE

hipertansiyon@genx.com.tr / www.genx.com.tr

genx_group [X twitter.com/GenX_MICE](https://twitter.com/GenX_MICE)



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



20 MAYIS 2026, Çarşamba

SAAT	PROF. DR. ENVER HASANOĞLU SALONU	SALON B
15:30-16:00	AÇILIŞ OTURUMU Oturum Başkanı: Dr. Ülver Derici 28. KONGRE BAŞLIYOR Konuşmacı: Dr. Şeref Rahmi Yılmaz	
16:00-17:00	SÖZLÜ BİLDİRİLER-1 Oturum Başkanı: Dr. Hadim Akoğlu	SÖZLÜ BİLDİRİLER-2 Oturum Başkanı: Dr. Ramazan Danış
	SS-01 Kronik Böbrek Hastalığının Evrelerine Göre Pro-Bnp Düzeyleri ve Bağımsız Belirleyicileri <u>Veysel Baran Tomar</u> , Göksu Duygu Baştuğ, Hazal Adak, Asil Demirezen, Ayser Seda Hasdemir, Taha Enes Çetin, Galip Güz, Ömer Faruk Akçay, Ülver Derici	SS-11 Prediyaliz Kronik Böbrek Hastalığında Kemik ve Mineral Bozuklukların Yönetimi Zeynep Çakar, Hilmi Zengin, Kerem Birol, Metin Ergül, Erkan Dervişoğlu, Necmi Eren
	SS-02 Renal Transplantasyon Hastalarında Epikardiyal Yağ Dokusu ve Serum Ykl-40 Düzeylerinin Kardiyovasküler Riskle İlişkisi <u>Ebru Seval Uğur</u> , Bülent Tokgöz, Hatice Saraçoğlu, Bilal Alcalı, Sümeyra Koyuncu, Fatma Sarıdağ	SS-12 Biyopsi ile Kanıtlanmış Trombotik Mikroanjiyopatide Klinikopatolojik Spektrum ve Prognostik Belirleyiciler <u>Taha Enes Çetin</u> , Yağmur Eken, Veysel Baran Tomar, Betül Öğüt, İpek Işık Gönül, Özant Helvacı, Ülver Derici, Galip Güz, Ömer Faruk Akçay
	SS-03 Hastanede Yatan Hastalarda Sodyum Zirkonyum Siklosilikat ile Hiperkalemi Tedavisi: Tek Merkez Gerçek Yaşam Deneyimi <u>Muzhan Guliyeva</u> , Merve Şanlıer, Fatma Ayerden Ebinc, Gülay Ulusal Okyay, Hatice Şahin, Ceren Önal Güçlü, Emre Yaşar, Ebru Gök Oğuz, Kadir Gökhan Atılgan, Mehmet Deniz Aylı	SS-13 Renal Biyopsi Sonuçlarının Klinik ve Laboratuvar Parametreleri ile İlişkisi: Tek Merkez Retrospektif Analiz <u>Fatma Yılmaz</u> , Gamze İçağan, Hülya Çolak
	SS-04 Hemodiyaliz Hastalarında Atrial Fibrilasyon Sıklığı, Atrial Fibrilasyon ile İlişkili Risk Faktörleri ve Tedavi Yaklaşımının Değerlendirilmesi <u>Enver Dablan</u> , Gökhan Nergizoğlu	SS-14 Böbrek Nakli Alıcılarında Rejeksiyon Tedavisi ve Enfeksiyon İlişkisi: Propensity Skor Eşleştirme Analizi <u>Ela Özdemir</u> , Güldehan Haberal, Görkem Çelebi, Sevilay Karahan, Hacı Hasan Yeter, Tolga Yıldırım, Rahmi Yılmaz, Bülent Altun, Yunus Erdem, Mustafa Arıcı
	SS-05 Uzaktan Hasta İzlemi ve Yardımlı Periton Diyalizinin, Periton Diyalizi Hastalarında İlk Peritonit ile Zıt Yönlü İlişkisi: Uzun Dönemli Kohort Çalışması <u>Asil Demirezen</u> , İlayda Yıldırım, Veysel Baran Tomar, Taha Enes Çetin, Özant Helvacı, Ülver Derici, Galip Güz, Ömer Faruk Akçay	SS-15 Hipertansiyon Hastalarında Hidroklorotiyazid Kaynaklı Hiperonatreminin Genetik Bir Kökeni Var mıdır? <u>Caner Çelik</u> , Gülsüm Özkan, Hilmi Tozkır, Semih Aşıkova, Nergiz Bayrakçı
	SS-06 Non-Dipper Hipertansiyonu Öngörmeye Serum Ürik Asit / Albumin Oranının Rolü <u>Asil Demirezen</u> , Cansın Türkşen, Yiğit Kıran, Veysel Baran Tomar, Taha Enes Çetin, Ömer Faruk Akçay, Ülver Derici	SS-16 Böbrek Transplant Alıcılarında Uzun Dönem Mortalitenin Öngörülmesinde Sistemik İnflamatuvar İndekslerin Rolü <u>Taha Enes Çetin</u> , Ömer Faruk Akçay, Veysel Baran Tomar, Asil Demirezen, Ayser Seda Hasdemir, Betül Şahin, Esra Aslan, Merve İlayda Şağban Boyraz, Kadriye Altok, Yasemin Erten
		SS-17 Böbrek Nakli Adaylarında Hiperferritinemi: Nakil Sonrası Metabolik ve Enfeksiyöz Sonuçlarla Greft Sağkalımının Bir Belirteci mi? <u>Oğulcan Karalı</u> , Oğuz Kağan Bakkaloğlu, Mevlüt Tamer Dinçer, Ahmet Murt, Nurhan Seyahi



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



20 MAYIS 2026, Çarşamba

SAAT	PROF. DR. ENVER HASANOĞLU SALONU	SALON B
	SÖZLÜ BİLDİRİLER-1 Oturum Başkanı: Dr. Hadim Akoğlu	SÖZLÜ BİLDİRİLER-2 Oturum Başkanı: Dr. Ramazan Danış
	SS-07 Deprem Sonrası Ezilmeye Sekonder Crush Sendromu Geçiren Hastalarda Klinik ve Laboratuvar Bulgularının ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi: Kimin Renal Replasman Tedavisine İhtiyacı Var? <u>Akif Bayyigit</u> , <u>F.Hande Gunay</u> , <u>Mustafa Yerli</u> , <u>Zekeriya Ervatan</u> , <u>Özge Fidan</u> , <u>E.Belen Karmis</u> , <u>M.Gülay Kadioğlu Kocak</u>	SS-18 Glomerülo nefritli Hastalarda Sglt-2 İnhibitörlerinin Proteinüri ve Böbrek Fonksiyonları Üzerine Etkisi: Gerçek Yaşam Deneyimi <u>Şeyda Gül Özcan</u> , <u>Yağmur Ersoy</u> , <u>Utku Öztürk</u> , <u>Ahmet Murt</u> , <u>Mevlüt Tamer Dinçer</u> , <u>Sinan Trabulus</u> , <u>Nurhan Seyahi</u>
	SS-08 Hpv Aşısı Yapılmamış Böbrek Transplant Alıcılarında Hpv Enfeksiyonu: Klinik Seyir ve Klinik Sonuçların Değerlendirilmesi <u>Merve Apaydın Kayer</u> , <u>Damla Örs Şendoğan</u> , <u>Aysel Pehlivan</u> , <u>Zeynep Kendi Çelebi</u> , <u>Turan Çolak</u>	SS-19 Toksoplazma Gondii Serostatus'unun Renal Nakil Alıcılarında Tedavi Uyumu ve Psikososyal Durum Üzerine Etkisi <u>Mustafa Sami Yavuz</u> , <u>Alpaslan Altunoğlu</u> , <u>Şebnem Karakan</u>
	SS-09 Renal Tutulumu Olan Pauci-İmmün Küçük Damar Vaskülitlerinde Hastalık Aktivitesi ve Prognozun Değerlendirilmesi. <u>Yasemin Aydın</u> , <u>Necmi Eren</u> , <u>Metin Ergül</u> , <u>Sinan Çetin</u> , <u>Sibel Gökçay Bek</u> , <u>Erkan Dervişoğlu</u>	
	SS-10 Böbrek Nakli Alıcılarında Non-Melanom Cilt Kanseri İnsidansı ve Risk Faktörleri: Tek Merkez Uzun Dönem Analizi <u>Emre Kızıltav</u> , <u>Fatma Ayerden Ebinc</u> , <u>Merve Şanlıer</u> , <u>Muzghan Guliyeva</u> , <u>Gülay Ulusal Okyay</u> , <u>Hatice Şahin</u> , <u>Ceren Önal Güçlü</u> , <u>Arzu Sağlam</u> , <u>Sebat Karamürsel</u> , <u>Ebru Gök Oğuz</u> , <u>Kadir Gökhan Atılgan</u> , <u>Mehmet Deniz Aylı</u>	
17:00- 17:15	KAHVE ARASI	



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



20 MAYIS 2026, Çarşamba

SAAT	PROF. DR. ENVER HASANOĞLU SALONU	SALON B
17:15- 18:15	SÖZLÜ BİLDİRİLER-3 Oturum Başkanı: Dr. Kürsad Öneç, Dr. Enver Yüksel SS-20 Adölesan Dönemde Postrenal Akut Böbrek Hasarı: Geç Tanı Alan Posterior Üretral Valv ve Mesane Önü Apresi <u>Duygu Güllü, Osman Orkun Cankorur, Ezgi Kırmızıtaş, Derya Özmen, Şükran Keskin Gözmen, Fatma Devrim, Ayşe Başak Uçan, Arzu Şencan, Orhan Deniz Kara, Nida Temizkan Dinçel, Erkin Serdaroğlu</u> S-21 Odbph'De Gastrointestinal Semptomlar: Böbrek ve Karaciğer Hacmi, Psikososyal Etkiler ve Beslenme Alışkanlıkları ile İlişkisi <u>Şeyda Gül Özcan, Yağmur Ersoy, Nermin Cansu Tekgöl, Sabri Şirolu, Zeynep Atlı, Ahmet Murt, Mevlüt Tamer Dinçer, Sinan Trabulus, Nurhan Seyahi</u> SS-22 Hemodiyaliz Hastalarında Trigliserid-Glukoz İndeksinin Klinik ve Laboratuvar Kalite Göstergeleri ile İlişkisi <u>Fatih Ergül, Beyza Doğan, Mikail Dağ</u> SS-24 Albüminürinin Ötesinde: Masld'De Hepatik Steatoz ve Renal Tübül Hasar <u>Sarenur Karlık, Arda Erdut, Güldehan Haberal, Melek Günindi Korkut, Rukiye Abanoz, Cem Şimşek, Füsun Özmen, Hacı Hasan Yeter</u> SS-25 Lipopolisakkarit ile İndüklenmiş Fare Septik Şok Modelinde Deksametazonun Böbrek Üzerine Etkileri <u>Mustafa Kayfeci, Gökhan Boyraz, Kazım Şahin, Ayhan Doğukan, Ramazan Ulu</u> SS-26 Acil Serviste Akut Böbrek Hasarı ve Nefrolojik Konsültasyonlar: Tek Merkezli Retrospektif Çalışma <u>Mehmet Sinan Kın, Aslı Dilara Kip, Hülya Çolak</u> SS-27 Periton Diyalizi Hastalarında Bazal Ürik Asit—Hdl Kolesterol Oranının Peritoneal Membran İlişkili Teknik Başarısızlığı Öngörmedeki Rolü <u>Veysel Baran Tomar, Ömer Faruk Akçay, Asil Demirezen, Taha Enes Çetin, Ayser Seda Hasdemir, Cansu Dağışan, Özantı Helvacı, Kadriye Altok, Yasemin Erten</u>	SÖZLÜ BİLDİRİLER-4 Oturum Başkanı: Dr. Gülay Ulusal Okyay SS-29 Nativ Böbrek Biyopsisi Yapılan Hastaların Klinik ve Histopatolojik Özellikleri: On Yıllık Tek Merkez Deneyimi <u>Aylin Merve Yapıcı Gülççek, Gülay Ulusal Okyay, Merve Şanlıer, Muzhgan Guliyeva, Hatice Şahin, Fatma Ayerden Ebinç, Kadir Gökhan Atılğan, Ebru Gök Oğuz, Arzu Sağlam, Onur Ergun, Ebru Şebnem Ayva, Mehmet Deniz Aylı</u> SS-30 SglT2 İnhibitörlerinde Antiproteinürik Yanıt Değişkenliği ve Yüksek Yanıtın Belirleyicileri <u>Davut Eren</u> SS-31 Probiyotik Kullanımının Kronik Böbrek Hastalarında Kalsiyum Polistiren Sülfonat Toleransına Katkısı: Çok Merkezli Bir Kohort Çalışması <u>Hakan Özer, İsmail Baloğlu</u> SS-32 Yoğun Bakımda Kültür Pozitif Enfeksiyon Hastalarında Glim Kriterlerine Göre Tanımlanan Malnütrisyonun Akut Böbrek Hasarı, Hemodiyaliz Gereksinimi ve Mortalite ile İlişkisi <u>İlayda Eren Ceran, Gül Bayat, Hülya Çolak</u> SS-31 Probiyotik Kullanımının Kronik Böbrek Hastalarında Kalsiyum Polistiren Sülfonat Toleransına Katkısı: Çok Merkezli Bir Kohort Çalışması <u>Hakan Özer, İsmail Baloğlu</u> SS-32 Yoğun Bakımda Kültür Pozitif Enfeksiyon Hastalarında Glim Kriterlerine Göre Tanımlanan Malnütrisyonun Akut Böbrek Hasarı, Hemodiyaliz Gereksinimi ve Mortalite ile İlişkisi <u>İlayda Eren Ceran, Gül Bayat, Hülya Çolak</u> SS-33 Periton Diyalizinde Günlük Glukoz Maruziyeti ile Rezidüel Renal Fonksiyon Kaybı İlişkisi: Çok Merkezli Bir Kohort Çalışması <u>Deniz Aral Özbek, Emre Çankaya, Ezgi Coşkun Yenigün, Yunus Erdem, Fatih Dede, Hacı Hasan Yeter</u>



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



20 MAYIS 2026, Çarşamba

SAAT	PROF. DR. ENVER HASANOĞLU SALONU	SALON B
	SÖZLÜ BİLDİRİLER-3 Oturma Başkanı: Dr. Kürsad Öneç, Dr. Enver Yüksel	SÖZLÜ BİLDİRİLER-4 Oturma Başkanı: Dr. Gülay Ulusal Okyay, Dr. Murat Altunok
	SS-28 Böbrek Yerine Koyma Tedavisi Almayan Non Diyabetik Kronik Böbrek Hastalarında Arteriyel Sertlik Değerlerinin ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Retrospektif İncelenmesi <u>İlker Atay, Şifa Atay, Yelda Deligöz Bildacı</u>	SS-35 Böbrek Nakli Alıcılarında Pulse Wave Velocity ile Değerlendirilen Arteriyel Sertlik ve İlişkili Faktörler <u>Erhan Eröz, İlker Atay, Yelda Deligöz Bildacı, Berfu Korucu, Mehmet Ası Oktan, Cihan Heybeli, Caner Çavdar, Serpil Müge Değer</u> SS-36 Pla2R-Pozitif Primer Membranöz Nefropatide Obinutuzumab Tedavisinin Klinik ve İmmünolojik Etkinliği: Bireysel Hasta Verilerine Dayalı Sistematiik Derleme ve Havuz Analiz <u>İlker Atay, Erhan Eröz, Cihan Heybeli</u> SS-37 Hemodiyaliz Hastalarında Kırılganlık ve Sarkopeni <u>Özüm Alpay, Tülin Akagün, Ceren Varer Akpınar, Özdem Kavraz Tomar</u>
19:00 -21:00	AKŞAM YEMEĞİ	



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



21 MAYIS 2026, Perşembe

SAAT	PROF. DR. ENVER HASANOĞLU SALONU	SALON B
08:30-08:40	AÇILIŞ KONUŞMASI Konuşmacı: Dr. Şeref Rahmi Yılmaz	
08:40- 09:30	KONFERANS Kılavuz Güncellemeleri Klinik Pratiğe Yeni Ne sağladı? Oturma Başkanları: Dr. Turgay Arınoy, Dr. Yunus Erdem	
08:40- 09:00	Uluslararası Kılavuzlar-Ana Farklılıklar Konuşmacı: Dr. Mustafa Arıcı	
09:00-09:20	Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu 2025:5 Yeni Değişiklik Konuşmacı: Dr. Ülver Derici	
09:20-09:30	Tartışma	
09:30-09:45	KAHVE ARASI	
09:45-10:15	UYDU SEMPOZYUMU Metabolik Asidoz Konuşmacılar: Elif Arı Bakır, Mine Şebnem Karakan	 Sağlığa Saygı
10:15-10:30	KAHVE ARASI	
10:30-11:00	UYDU SEMPOZYUMU Geçmişten Günümüze Kronik Böbrek Hastalığında Jardiance Konuşmacılar: Serpil Müge Değer, Celalettin Usalan	
11:00-11:15	KAHVE ARASI	
11:15-12:00	SEMPOZYUM 2025'de Öne Çıkanlar Oturma Başkanı: Dr. Bülent Altun	SEMPOZYUM Hemodiyalizde Gerçek Yaşam Oturma Başkanı: Dr. Alaattin Yıldız
11:15-11:35	Kardiyovasküler-Renal-Metabolik Sendrom:Risk Hesaplama Materyalleri Konuşmacı: Dr. Fatma Ayerden Ebinç	Hemodiyalize Başladım: Kaşınıtı Geçmedi Konuşmacı: Dr. Serkan Kahraman
11.35-11:55	KRM Sendrom'da Prognozu Değiştiren Ajanlar:Triplet Tedavi Konuşmacı: Dr. Gülsüm Özkan	Hemodiyalize Başladım: Herşeyi yiyebilirmiyim? Konuşmacı: Dr. Funda Sarı
11:55- 12:00	Tartışma	Tartışma



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



21 MAYIS 2026, Perşembe

SAAT	PROF. DR. ENVER HASANOĞLU SALONU	SALON B
12:00-12:30	UYDU SEMPOZYUMU Güçlü Kontrol & KV Koruma: Triplixam & Coveram & Coverysl Plus Oturma başkanı: Bülent Altun Konuşmacı: Sena Ulu	SERVIER
12:30-13:30	ÖĞLE YEMEĞİ / POSTER BİLDİRİLER Oturma Başkanı: Dr. Onur Tunca	
13:30-14:15	KONFERANS Klinik Pratikte Kan Basıncı Ölçümü Oturma Başkanı: Dr. Aydın Türkmen	KONFERANS Erken Evre KBH'dan Diyalize Kardiyometabolik Korumada Denge Oturma Başkanı: Dr. Galip Güz
13:30-13:50	Günlük Klinik Pratik-Kılavuz Önerileri ile Uyumlu mu? Konuşmacı: Dr. Tolga Yıldırım	Asetil Salisilik Asit Keseyim mi? Konuşmacı: Dr. Levent Şahiner
13:50-14:10	Hasta Merkezli Kan Basıncı Kontrolü: HBPM Konuşmacı: Dr. Özlem Usalan	Statin keseyim mi? Konuşmacı: Dr. Funda Sağlam
14:10-14:15	Tartışma	Tartışma
14:15-14:30	KAHVE ARASI	
14:30-15:00	UYDU SEMPOZYUMU Volüm Yüğü Yönetiminde Güncel Diüretik Stratejileri: Torasemid'in Klinik Yeri Moderatör: Deniz Ayli Konuşmacı: Yunus Erdem	ADEKA
15:00-15:15	KAHVE ARASI	
15:15-15:45	UYDU SEMPOZYUMU Alışkanlık mı yoksa klinik gerçekler mi? Oturma başkanı: Fatih Dede Konuşmacı: Ebru Aşıcıoğlu	Vantive



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



21 MAYIS 2026, Perşembe

SAAT	PROF. DR. ENVER HASANOĞLU SALONU	SALON B
15:45-16:35	SEMPOZYUM Kan Basıncı Kontrolünün Ötesinde: Renoproteksiyon Oturma Başkanı: Dr. İbrahim Karayaylalı	SEMPOZYUM Hemodiyalizde Kan Basıncı, Obezite ve Diyabet Yönetimi Oturma Başkanı: Dr. Caner Çavdar
15:45-16:00	Renin, Aldosteron: Tüm Hipertansifleri Tarayalım mı? Konuşmacı: Dr. Tamer Dinçer	Doğru Antihipertansif Seçimi: İntradiyalitik Hipotansiyon Olmasın Konuşmacı: Dr. İzzet Hakkı Arıkan
16:00-16:15	RAS Blokajı Konuşmacı: Dr. Hadim Akoğlu	Doğru Antidiyabetik Seçimi: İntradiyalitik Hipoglisemi Olmasın Konuşmacı: Dr. Ergün Parmaksız
16:15-16:30	Kalsiyum Kanal Blokerleri: Hepsi Aynı mı? Konuşmacı: Dr. Ezgi Coşkun Yenigün	Doğru Obezite Tedavisi: Kas Kaybı Olmasın Konuşmacı: Dr. Seda Oğuz
16:30-16:35	Tartışma	Tartışma
16:35-16:45	KAHVE ARASI	
16:45-17:30	PANEL Kompleks Patogeneze Klinik Pratiğe Oturma Başkanı: Dr. Celalettin Usalan	PANEL PD AKADEMİ-1 Oturma Başkanı: Dr. Bülent Tokgöz
16:45-17:00	Hipertansiyon Genetiği Konuşmacı: Dr. Gülay Ulusal Okyay	PD Katateri Yerleştirme Sanatı Konuşmacı: Dr. Zülfükar Yılmaz
17:00-17:15	Hipertansiyon İmmunolojisi Konuşmacı: Dr. Özgür Akın Oto	Hergün PD Yapmak Zorundamıyım? Konuşmacı: Dr. Hacı Hasan Yeter
17:15-17:30	Tartışma	Tartışma
19:00 -21:00	AKŞAM YEMEĞİ	



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



22 MAYIS 2026, Cuma

SAAT	PROF. DR. ENVER HASANOĞLU SALONU	SALON B
08:30- 09:35	PANEL Vakalarla Sabah Atölyesi Oturma Başkanları: Dr. Deniz Ayli	PANEL Hemodiyaliz Oturma Başkanları: Dr. Bülent Altun
08:30- 08:50	Hastanede Tansiyonum Yüksek-Evde Normal Konuşmacı: Dr. Ebru Gökoğuz	Bireyselleştirilmiş Hemodiyaliz Reçetesi: Bir reçete herkese uyar mı? Konuşmacı: Dr. Meltem Seziş
08:50-09:10	Evde Tansiyonum Yüksek-Hastanede Normal Konuşmacı: Dr. Ercan Türkmen	Hemodiyalizde Vasküler Girişim Yolu Seçimi Konuşmacı: Dr. Alper Azak
09:10-09:30	Gece Tansiyonum Yüksek Konuşmacı: Dr. Özkan Güngör	Klasik Soruna Yeni Yaklaşımlar: Diyaliz Hipotansiyonu Konuşmacı: Dr. Kübra Kaynar
09:30-09:35	Tartışma	Tartışma
09:35-09:45	KAHVE ARASI	
09:45-10:15	UYDU SEMPOZYUMU Lercadip ile Hipertansiyon Tedavisinde Hayata Artı Değer: Etki, Güven ve Böbrek Koruma Konuşmacı: Şeref Rahmi Yılmaz, Sena Ulu	100 RECORDATI 1926 2026
10:15-10:30	KAHVE ARASI	
10:30-11:00	UYDU SEMPOZYUMU Otozomal Dominant Polikistik Böbrek Hastalığı: Jinarc Etkililik ve Güvenlilik Verileri Oturma başkanı: Tevfik Eder Konuşmacılar: Serpil Müge Değer, Necmi Eren	aio ABDİ İBRAHİM OTSUKA
11:00-11:15	KAHVE ARASI	
11:15-12:00	SEMPOZYUM Doğru Tanı-Doğru Ajan- Yapay Zeka Ne Söylüyor? Oturma Başkanı: Dr. Savaş Öztürk	SEMPOZYUM Böbrek-Kemik Mineral-Asit Oturma Başkanı: Dr. Ali Rıza Odabaş
11:15-11:35	HT Tanı ve Risk Değerlendirmesinde Yapay Zeka Kullanımı Konuşmacı: Dr. Özant Helvacı	Evre Evre Hiperparatiroidi ile Mücadele- Güncel Kılavuzlar Işığında Klinik Pratik Konuşmacı: Dr. Dilek Torun
11:35-11:55	Antihipertansif İlaç Seçiminde Yapay Zeka Kullanımı Konuşmacı: Dr. Egemen Cebeci	Serum Bikarbonatını Ne Kadar Normalleştiririm? Konuşmacı: Dr. Mehmet Tanrısev
11:55- 12:00	Tartışma	Tartışma



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



22 MAYIS 2026, Cuma

SAAT	PROF. DR. ENVER HASANOĞLU SALONU	SALON B
12:00-12:40	SEMPOZYUM Kronik Soruna Yeni Umutlar Oturma Başkanı: Dr. Hülya Çiçekcioğlu	
12:00-12:15	Kontrolü Zor Hipertansiyonda Aldosteron Disregülasyonu Konuşmacı: Dr. Hülya Çiçekcioğlu	
12:15-12:30	Hedef Aldosteron: Yeni Jenerasyon Aldosteron Sentez İnhibitörleri Konuşmacı: Dr. Gülsüm Özkan	
12:30-12:40	Tartışma	
12:40-13:30	ÖĞLE YEMEĞİ / POSTER BİLDİRİLER Oturma Başkanı: Dr. Emre Yaşar	
13:30-14:15	KONFERANS Hipertansiyon Kontrolünde Engeller Oturma Başkanı: Dr. Şebnem Karakan	KONFERANS Azı Karar-Çoğu Zarar Oturma Başkanı: Dr. Aykut Sifil
13:30-13:50	Hasta Uyumu Konuşmacı: Dr. Can Sevinç	Evre 4-5 KBH'da Hedef HB- Eritropoez Stimülasyonu Konuşmacı: Dr. Bülent Huddam
13:50-14:10	Doktor Uyumu Konuşmacı: Dr. Serpil Müge Değer	Evre 4-5 KBH' da Hedef Demir- Formülasyon Seçimi ve Dozlama Konuşmacı: Dr. Kenan Turgutalp
14:10-14:15	Tartışma	Tartışma
14:15-14:30	KAHVE ARASI	
14:30-15:00	UYDU SEMPOZYUMU aHÜS ve Ravulizumab Tedavisi Oturma Başkanı: Yunus Erdem Konuşmacı: Özlem Usalan	
15:00-15:15	KAHVE ARASI	
15:15-15:45	UYDU SEMPOZYUMU Kararına Bağlı Hayat: Forziga Tedavisi Konuşmacılar: Ebru Gök Oğuz, Şebnem Karakan	



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



22 MAYIS 2026, Cuma

SAAT	PROF. DR. ENVER HASANOĞLU SALONU	SALON B
15:45-16:35	SEMPOZYUM 2025 yılında Hipertansiyonda ve Nefrolojide Ne konuştuk? Oturum Başkanı: Dr. Şükrü Ulusoy	SEMPOZYUM Renal Biyopsi Yapalım mı? Özel Vaka Örnekleri Oturum Başkanı: Dr. Neslihan Seyrek, Dr. Betül Ögütmen
15:45-15:55	RETREAT-FRAIL çalışması Konuşmacı: Dr. Ahmet Murt	15:45-16:00 Diyabetik-Hipertansif Son 1 yıl içinde Serum Kreatininde artış olan Kadın Hasta Konuşmacı: Dr. Berfu Korucu
15:55-16:05	Bax-HTN Çalışması Konuşmacı: Dr. Hülya Çolak	16:00-16:15 81 yaşında Proteinürik ve Hematürik Erkek Hasta Konuşmacı: Dr. Elif Arı Bakır
16:05-16:15	ALCHEMIST ve ACHIEVE Çalışmaları Konuşmacı: Dr. Didem Turgut	16:15-16:30 26 yaşında SLE tanılı Kadın Hasta Konuşmacı: Dr. Yelda Deligöz Bildacı
16:15-16:25	Hemodiyalizde Balık Yağı Kullanımı Konuşmacı: Dr. Vural Taner Yılmaz	
16:30-16:35	Tartışma	16:30-16:35 Tartışma
16:35-16:45	KAHVE ARASI	
16:45-17:40	PANEL Nefrogenomikler-Klinik Pratiğe Kazanımları Oturum Başkanı: Dr. Nurhan Seyahi	PANEL Renal Transplantasyon- Dirençli Vakalarda Yeni Perspektif Oturum Başkanı: Dr. Ülkem Çakır
16:45-17:05	Nedeni Bilinmeyen KBH'da Genetik Analiz Konuşmacı: Dr. İlhan Kurultak	16:45-17:00 Post-transplant Dirençli CMV Konuşmacı: Dr. Ayşe Sinangil
17:05-17:25	Fabry Hastalığı Konuşmacı: Dr. Kadir Gökhan Atılğan	17:00-17:15 Post-transplant Dirençli BK Konuşmacı: Dr. Gülay Yılmaz
		17:15-17:30 Transplant Hastalarında İmmünojenite Konuşmacı: Dr. Mahmut Altındal
17:25-17:40	Tartışma	17:30-17:40 Tartışma
19:00 -21:00	AKŞAM YEMEĞİ	



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



23 MAYIS 2026, Cumartesi

SAAT	PROF. DR. ENVER HASANOĞLU SALONU	SALON B
08:30-09:20	KONFERANS Sadece Biri Yüksek Oturum Başkanı: Dr. Caner Çavdar	KONFERANS PD AKADEMİ-2 Oturum Başkanı: Dr. Rümeyza Kazancıoğlu
08:30-08:50	İzole Sistolik Hipertansiyon Konuşmacı: Dr. Sena Ulu	Hastada dolum hacmi ve siklusuna nasıl karar veririm? Konuşmacı: Dr. Ebru Aşıcıoğlu
08:50-09:10	İzole Diyastolik Hipertansiyon Konuşmacı: Dr. Koray Uludağ	Zorlu vakalarda Periton Diyalizi Konuşmacı: Dr. Hamad Dheir
09:10-09:20	Tartışma	Tartışma
09:20-09:30	KAHVE ARASI	
09:30-10:00	UYDU SEMPOZYUMU Diyaliz Katater Enfeksiyonu ve Trombozunda Yeni Bir Çözüm Oturum Başkanı: Şeref Rahmi Yılmaz Konuşmacı: Ercan Türkmen	
10:00-10:15	KAHVE ARASI	
10:15-10:45	UYDU SEMPOZYUMU Hiperkalemi Karar Noktası: SIMKELMA® Konuşmacılar: Ülver Derici, Gülsüm Özkan	
10:45-11:00	KAHVE ARASI	
11:00-12:00	SEMPOZYUM Monoterapi: RAS'ı İnhibe Etmeden Olur mu? Oturum Başkanı: Dr. Yunus Erdem	SEMPOZYUM Glomerulonefrit Polikliniği Oturum Başkanı: Dr. Serhan Tuğlular
11:00-11:15	Yaşlı ve Kırılgan Hasta Konuşmacı: Dr. Sebahat Alışır Ecder	IgA nefropatisi Reçetesi Konuşmacı: Dr. Cihan Heybeli
11:15-11:30	Yüksek Riskli Artmış Kan Basıncı olan Hasta Konuşmacı: Dr. Arzu Velioglu	Membranous Glomerulonefrit Reçetesi Konuşmacı: Dr. Emre Aydın
11:30-11:45	Özel Endikasyonlar Konuşmacı: Dr. Meltem Gürsu	Immun Kompleks MPGN Reçetesi Konuşmacı: Dr. Kültigin Türkmen
11:45-12:00	Tartışma	Tartışma
12:00-12:30	UYDU SEMPOZYUMU Otozomal Dominant Polikistik Böbrek Hastalığı'nda Hastalık Seyrini Değiştirmek: Tanı ve Jidren ile Tedavi Konuşmacılar: Celalettin Usalan, Bülent Huddam	
12:30-13:30	ÖĞLE YEMEĞİ	



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



23 MAYIS 2026, Cumartesi

SAAT	PROF. DR. ENVER HASANOĞLU SALONU	SALON B
13:30-14:15	SEMPOZYUM Temel Bilim Klinik Pratiğin Aynasıdır Oturma Başkanı: Dr. Sinan Trabulus	SEMPOZYUM Kompleman- Alternatif Yolum Hikayesi Oturma Başkanı: Dr. Siren Sezer
13:30-13:50	NaCl-Üre- Nefron-Ozmöregülasyon Konuşmacı: Dr. Abdülmecit Yıldız	TMA ve C3 glomerulopatiye Kompleman Sistemi Konuşmacı: Dr. Erhan Tatar
13:50-14:10	Hiponatremi Hedef Vasopressin Konuşmacı: Dr. Orçun Altunören	Kısa ve Uzun Etkili Kompleman İnhibitörleri Konuşmacı: Dr. Necmi Eren
14:10-14:15	Tartışma	Tartışma
14:15-14:30	KAHVE ARASI	
14:30-15:00	UYDU SEMPOZYUMU Trandolapril/Verapamil Kombinasyonu ile Hipertansiyon Tedavisinde Kardiyolog ve Nefrolog Bakış Açısı Konuşmacılar: Ülver Derici, Berkay Ekici	
15:00-15:15	KAHVE ARASI	
15:15-15:45	UYDU SEMPOZYUMU Zonanın Görünmeyen Yükü ve Zonaya Karşı Bağışıklama Konuşmacılar: Ülkem Çakır, Süda Tekin	
15:45-16:35	SEMPOZYUM Elektrolit Anormallikleri ve Antihipertansif Seçimi Oturma Başkanı: Dr. Şeref Rahmi Yılmaz	SEMPOZYUM Böbreğimde Kistler Var Oturma Başkanı: Dr. Tevfik Ecdar
15:45-16:00	Hiperkalemik Hipertansif Hasta Konuşmacı: Dr. Yelda Deligöz Bildacı	15:45-16:05 Yeni Kılavuzlar Işığında ADPKBH Tanısı Konuşmacı: Dr. İsmail Koçyiğit
16:00-16:15	Hiponatremik Hipertansif Hasta Konuşmacı: Dr. Sibel Koçak Yücel	16:05-16:25 ADPKBH Tedavisinde Progresyon Yavaşlatıcı Ufukta Ne Var? Konuşmacı: Dr. Ayça İnci
16:15-16:30	Hipokalemik Hipertansif Hasta Konuşmacı: Dr. Tülin Akagün	
16:30-16:35	Tartışma	16:25-16:35 Tartışma
16:35-16:45	KAHVE ARASI	



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



23 MAYIS 2026, Cumartesi

SAAT	PROF. DR. ENVER HASANOĞLU SALONU	SALON B
16:45-17:30	PANEL Vakalarla Renal Transplant Konseyi Oturma Başkanı: Dr. İhsan Ergün, Dr. Hüseyin Koçak	
16:45-17:05	Erken dönem Yüksek Riskli Hasta: Desensitizasyon mu? Çapraz Nakil mi? Konuşmacı: Dr. Berna Yelken	
17:05-17:25	Kronik Aktif Antikor Aracılı Rejeksiyon Konuşmacı: Dr. Gülay Aşçı	
17:25-17:30	Tartışma	
17:30-18:30	DİLEK VE TEMENNİLER	
19:00 -21:00	AKŞAM YEMEĞİ	



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



24 MAYIS 2026, Pazar

SAAT	PROF. DR. ENVER HASANOĞLU SALONU	SALON B
09:00-10:00	SEMPOZYUM AKILCI İLAÇ OTURUMU Oturum Başkanı: Dr. Ülver Derici Konuşmacı: Dr. Serpil Müge Değer	
09:45-10:00	Tartışma	
10:00-10:15	KAHVE ARASI	
10:15-12:00	KONFERANS 28. KONGREDEN AKILDA KALANLAR-KAPANIŞ Oturum Başkanı: Dr. Şeref Rahmi Yılmaz	
10:15-10:45	Günümüzde Hipertansiyon Klinik Pratiği Dr. Şeref Rahmi Yılmaz	
10:45-11:15	Yakın gelecekte Hipertansiyon Kliniğik Pratiği Dr. Serpil Müge Değer	
11:15-11:30	Tartışma	
11:30-12:00	Kongreden Akılda Kalanlar / Kapanış Dr. Şeref Rahmi Yılmaz	



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

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



SÖZLÜ BİLDİRİLER



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: SS-01

Kronik Böbrek Hastalığının Evrelerine Göre Pro-BNP Düzeyleri ve Bağımsız Belirleyicileri

Veysel Baran Tomar¹, Göksu Duygu Baştuğ², Hazal Adak², Asil Demirezen¹, Ayser Seda Hasdemir¹, Taha Enes Çetin¹, Galip Güz¹, Ömer Faruk Akçay¹, Ülver Derici¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Amaç: Bu çalışmada, KBH Evre 3, 4 ve 5 hastalarında pro-BNP düzeylerini karşılaştırmak ve kardiyak fonksiyon, volüm durumu ile renal fonksiyon için düzeltme yapıldıktan sonra pro-BNP ile bağımsız olarak ilişkili klinik belirleyicileri saptamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya Evre 3-5 KBH tanılı erişkin hastalar dahil edilmiştir. Demografik, klinik, hemodinamik ve pro-BNP dahil laboratuvar verileri kayıt altına alınmıştır. Sürekli değişkenler normallik açısından değerlendirilmiş; KBH evreleri arasındaki karşılaştırmalar tek yönlü ANOVA veya Kruskal-Wallis testleriyle, kategorik değişkenler ise ki-kare testiyle yapılmıştır. Pro-BNP düzeylerinin belirgin sağa çarpık dağılımı nedeniyle regresyon analizlerinden önce doğal logaritmik dönüşüm uygulanmıştır. Öncelikle tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri gerçekleştirilmiş; ardından klinik açıdan anlamlı değişkenler, log-dönüştürülmüş pro-BNP'nin bağımlı değişken olarak alındığı çok değişkenli doğrusal regresyon modeline dahil edilmiştir. Çoklu doğrusallık varyans enflasyon faktörleriyle değerlendirilmiştir. Pro-BNP üzerindeki çarpımsal etkileri ifade etmek amacıyla üstel regresyon katsayıları $\exp(\beta)$ hesaplanmıştır. İki yönlü $p < 0,05$ istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 141 hasta (Evre 3: n=57, Evre 4: n=63, Evre 5: n=21) dahil edilmiştir. Pro-BNP düzeyleri KBH evresiyle paralel olarak anlamlı düzeyde artmıştır [Evre 3: 800 ng/L (288-2236), Evre 4: 1280 ng/L (484-4819), Evre 5: 1997 ng/L (1048-6087); $p < 0,001$]. Çok değişkenli regresyon analizinde hemoglobin en güçlü bağımsız belirleyici olarak saptanmış; her 1 g/dL artış pro-BNP düzeylerinde %25,2 azalmayla ilişkilendirilmiştir [$\exp(\beta)=0,748$; $p < 0,001$]. Bunu sırasıyla hipervolemi [$\exp(\beta)=1,797$; $p=0,003$], eGFR [$\exp(\beta)=1,023$; $p=0,002$], sistolik kan basıncı [$\exp(\beta)=1,020$; $p=0,001$], ejeksiyon fraksiyonu [$\exp(\beta)=0,960$; $p=0,002$] ve yaş [$\exp(\beta)=1,020$; $p=0,010$] izlemiştir. Kardiyak fonksiyon ve volüm durumu için düzeltme yapıldıktan sonra da eGFR bağımsız ilişkisini korumuş; eGFR'de her 10 mL/dk/1,73 m²'lik azalma pro-BNP düzeylerinde yaklaşık %26 artışa karşılık gelmiştir. Koroner arter hastalığı ve CRP ise anlamlılığa ulaşamamıştır.

KBH'da Logaritmik Dönüştürülmüş Pro-BNP Düzeylerinin Çok Değişkenli Analizi

Değişken	β (%95 GA)	p	$\exp(\beta)$ (%95 GA)	Pro-BNP'deki % Değişim
Yaş (yıl başına artış)	0,020 (0,005-0,034)	0,010	1,020 (1,005-1,035)	+%2,0
Koroner Arter Hastalığı (var vs yok)	0,291 (-0,096-0,678)	0,140	1,338 (0,909-1,970)	+%33,8
Ejeksiyon Fraksiyonu (her %1 artış)	-0,041 (-0,067 - -0,015)	0,002	0,960 (0,935-0,985)	-%4,0
Hipervolemi (var vs yok)	0,586 (0,196-0,975)	0,003	1,797 (1,217-2,651)	+%79,7
Sistolik Kan Basıncı (her 1 mmHg artış)	0,020 (0,008-0,031)	0,001	1,020 (1,008-1,031)	+%2,0
Hemoglobin (her 1 g/dL artış)	-0,290 (-0,392 - -0,189)	<0,001	0,748 (0,676-0,828)	-%25,2
eGFR (her 1 mL/dk/1,73m ² düşüş)	0,023 (0,008-0,038)	0,002	1,023 (1,008-1,039)	+%2,3
CRP (her 1 birim artış)	-0,002 (-0,009-0,006)	0,700	0,998 (0,991-1,006)	-%0,2



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C

20-24 MAYIS 2026



β katsayıları log-dönüştürülmüş pro-BNP için standardize edilmemiş regresyon katsayılarını göstermektedir. $\exp(\beta)$ değerleri, bağımsız değişkendeki her bir birimlik artışın pro-BNP üzerindeki çarpımsal etkisini ifade eder; 1'den büyük değerler orantılı artışa, 1'den küçük değerler ise orantılı düşüşe işaret etmektedir.

Sonuç: KBH'da pro-BNP yüksekliği yalnızca kardiyak kökenli bir bulgu değildir; bozulmuş renal fonksiyon, kardiyak belirleyicilerden bağımsız biçimde pro-BNP düzeylerini anlamlı ölçüde artırmaktadır. Anemi ve hipervolemi de bu ilişkiyi şekillendiren kritik faktörler arasındadır. Bu nedenle KBH hastalarında pro-BNP yorumlanırken glomerüler filtrasyon hızı, volüm durumu ve hemogloblin düzeyinin bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi klinik açıdan zorunludur.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: SS-02

Renal Transplantasyon Hastalarında Epikardiyal Yağ Dokusu Ve Serum YKL-40 Düzeylerinin Kardiyovasküler Riskle İlişkisi

Ebru Şevval Uğur², Bülent Tokgöz¹, Hatice Saraçoğlu¹, Bilal Alcalı¹, Sümeyra Koyuncu², Fatma Sarıdağ²

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Kayseri Şehir Hastanesi

Amaç: Bu çalışmada renal transplantasyon hastalarında epikardiyal yağ dokusu kalınlığı ve serum YKL-40 düzeylerinin kardiyovasküler risk ile ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışma 2020–2022 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Polikliniğinde takip edilen renal transplantasyon hastalarında gerçekleştirildi. Çalışmaya 60 renal transplantasyon hastası ve 20 sağlıklı kontrol dahil edildi. Transplantasyon hastaları nakil sonrası geçen süreye göre dört gruba ayrıldı (0–2 yıl, 2–5 yıl, 5–10 yıl ve > 10 yıl). Transplantasyon öncesi kardiyovasküler hastalık öyküsü, malignite, aktif enfeksiyon veya eGFR < 30 mL/dk/1.73 m² olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Serum YKL-40 düzeyleri ticari ELISA yöntemi ile ölçüldü. Epikardiyal yağ dokusu kalınlığı transtorasik ekokardiyografi ile değerlendirildi.

Bulgular: Epikardiyal yağ dokusu ve serum YKL-40 değerleri kontrol grubuna göre karşılaştırıldı. Epikardiyal yağ dokusunun cut off değeri olarak 2.5 mm ve üzeri olanlar kardiyovasküler açıdan yüksek riskli kabul edildi. Çalışma grubunda EYD kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Serum YKL-40 ise literatürün aksine negatif anlamlı bulundu. Bu durum biyo-inflamatuvar belirteç olan YKL-40'ın ilaçlarla baskılanmasına bağlandı. Pre-empitif transplantasyon yapılan hastalarda da 3 aydan uzun hemodiyaliz alanlara göre YKL-40 seviyeleri istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu. Aynı zamanda kadavradan yapılan transplantasyonda canlıya göre YKL-40 ile karşılaştırıldığında kadavra da YKL-40 istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda renal transplantasyon hastalarında epikardiyal yağ dokusu kalınlığının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Epikardiyal yağ dokusunun kardiyovasküler risk ile ilişkili olduğu daha önceki çalışmalarda da gösterilmiştir (3). Literatürden farklı olarak YKL-40 düzeyleri transplantasyon hastalarında daha düşük bulunmuştur. Bunun transplantasyon sonrası kullanılan immünsüpresif tedavilerin inflamatuvar yanıtı baskılaması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç: Renal transplantasyon hastalarında epikardiyal yağ dokusu kalınlığı artmış bulunmuştur ve kardiyovasküler risk değerlendirmesinde potansiyel bir belirteç olabilir. Serum YKL-40 düzeyi ise immünsüpresif tedavi nedeniyle sınırlı klinik değer taşıyabilir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: SS-03

Hastanede Yatan Hastalarda Sodyum Zirkonyum Siklosilikat ile Hiperkalemi Tedavisi: Tek Merkez Gerçek Yaşam Deneyimi

Muzhgan Guliyeva¹, Merve Şanlıer¹, Fatma Ayerden Ebinç¹, Gülay Ulusal Okyay¹, Hatice Şahin¹,
Ceren Önal Güçlü¹, Emre Yaşar¹, Ebru Gök Oğuz¹, Kadir Gökhan Atılğan¹, Mehmet Deniz Ayılı¹

¹Etlik Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Ankara

Amaç: Sodyum zirkonyum siklosilikat (SZS), gastrointestinal yoldan potasyum eliminasyonu sağlayan, emilmeyen bir potasyum bağlayıcı ajandır. Randomize klinik çalışmalarda serum potasyumunu hızlı şekilde düşürdüğü ve normokaleminin sürdürülmesinde etkili olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte, ülkemizde klinik pratiğe görece yeni girmiş olması nedeniyle akut kullanım algoritmaları, doz optimizasyonu ve idame stratejileri gerçek yaşam koşullarında henüz tam olarak standardize edilmemiştir. Özellikle hastanede yatan, çoklu komorbiditesi olan hiperkalemik hastalarda ilacın erken etkinliği ve sürdürülebilir potasyum kontrolüne katkısı konusunda veriler sınırlıdır. Bu çalışma, hastanede izlenen hiperkalemik hastalarda SZS'nin akut etkinliğini ve uygulama pratiğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Kasım 2024 tarihinden itibaren Ankara Etlik Şehir Hastanesi yataklı klinikleri, yoğun bakımları ve erişkin acil servis ünitesinde hiperkalemi nedeniyle standart medikal tedaviye ek olarak SZS uygulanan ≥ 18 yaş hastalar retrospektif olarak incelendi. Birden fazla epizodu olan hastalarda yalnızca ilk hiperkalemi atağı analize dahil edildi. Demografik özellikler, eşlik eden böbrek fonksiyon parametreleri, uygulanan SZS doz ve süre bilgileri kaydedildi. Serum potasyum düzeyleri, tedavi öncesi (0. saat), 4. saat ve 24. saatte değerlendirildi. Hastane içi mortalite incelendi.

Bulgular: Toplam 87 hastaya SZS uygulanmıştı (yataklı klinik: 40; yoğun bakım: 24; acil servis: 23). Hastaların %58,6'sı erkek olup yaş ortalaması $68,8 \pm 15,4$ yıl, medyan eGFR 25 (IQR 15–41) mL/dk/1,73 m² idi. Ortalama serum potasyum düzeyleri 0., 4. ve 24. saatlerde sırasıyla $6,48 \pm 0,56$; $5,78 \pm 0,68$ ve $5,40 \pm 0,66$ mEq/L olarak saptandı. İlk doz sonrası 4. saatte hastaların %66,7'sinde potasyum düzeyi < 6 mEq/L'ye geriledi. 24. saatte ise hastaların %54'ünde potasyum $< 5,5$ mEq/L idi. İlk 24 saatte medyan toplam indüksiyon dozu 15 (IQR 10–30) g, ortalama ilk doz $8,73 \pm 2,18$ g idi. Hastaların %59'una idame tedavi verilmedi; idame alanlarda ortalama günlük doz $7,35 \pm 3,08$ g idi. Hastaların %16,1'i rutin hemodiyaliz hastasıydı. Genel mortalite oranı %43 olarak hesaplandı.

Sonuç: Gerçek yaşam verilerimiz, SZS'nin akut dönemde anlamlı potasyum düşüşü sağladığını göstermektedir. Bununla birlikte, 24. saatte hedef potasyum düzeyine ulaşamayan hasta oranının yüksek olması, idame tedavinin optimal biçimde yapılandırılmamış olması ile ilişkili olabilir. Özellikle ileri böbrek yetmezliği ve yüksek komorbid yük taşıyan hastalarda, erken indüksiyonun ardından planlı ve yeterli dozda idame stratejilerinin uygulanması sürdürülebilir normokalemi açısından kritik görünmektedir. Bu bulgular, SZS'nin etkinliğinin doğru dozlama ve takip algoritmaları ile maksimize edilebileceğini düşündürmektedir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: SS-04

Hemodiyaliz hastalarında atrial fibrilasyon sıklığı, atrial fibrilasyon ile ilişkili risk faktörleri ve tedavi yaklaşımının değerlendirilmesi

Enver Dablan¹, Gökhan Nergizoğlu¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Atrial Fibrilasyon (AF) normal popülasyonda en sık görülen aritmidir. Hemodiyaliz uygulaması (HD) AF gelişiminde önemlidir. Yaş, koroner kalp hastalığı varlığı, ekokardiyografik anormallikler, kalp yetmezliği, KOAH, hipertansiyon (HT), inme (SVO), düşük prediyaliz sistolik kan basıncı, HD tedavisinin süresi, sıklığı ve yöntemi, UF miktarı gibi çok sayıda faktörün AF gelişimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [6-10]. Genel popülasyonda antikoagülan kullanımının SVO gelişimini azalttığı bilinirken hemodiyaliz hastalarında ve antikoagülan kullanımı artmış hemorajik SVO ve majör kanama riski nedeniyle tartışmalıdır. Bu sebeple de AF hastalarında varfarin/antikoagülan kullanımının beklenenden düşük (yaklaşık %25) olarak bildirilmektedir. Türkiye’de sıklığı ve tedavi yaklaşımını değerlendirmek üzere bu çalışmayı planladık.

Yöntem: Ankara ilindeki 3 diyaliz merkezinde Mayıs /2021 ile Mayıs/2023 arasında HD e girmiş hastaların dosya ve sistem kayıtları retrospektif olarak ele alındı. Düzenli kayıtları olan 405 hasta çalışmaya dahil edildi. Hasta, AF varlığı ve tipi (paroksizmal, persistan/permanan) açısından değerlendirildi. Tüm hastaların demografik özellikleri, HD parametreleri, eşlik eden hastalıkları, kullandıkları ilaçları gözden geçirildi.

Bulgular: Çalışmamızda AF sıklığı %12,8 olarak tespit edildi. AF tipleri değerlendirildiğinde; paroksizmal 17 (%4,2), persistan/permanan 35 (%8,6). Hastaların 165’ i (%40,7) kadın; 240’ ı (%59,3) erkekti. Ortalama yaş 62,3±13,9 ve ortalama yaş 64 tı. SDBY sebepleri incelendiğinde: 184 (%45,7) hasta HT, 126 (% 31,3) hasta DM, 27 (%6,7) hasta glomerülonefrit (GN), 18 (%4,5) polikistik böbrek hastalığı (PKBH), 6 (% 1,5) pyelonefrit, 6 (%1,5) hasta amiloidoz olarak görüldü. Eşlik eden hastalıkları incelendiğinde: 173 (%42,7) hastada DM, 351 (%86,7) hastada HT, 88 (%21,7) hastada Kronik Kalp Yetmezliği (KKY), 200 (%49,4) hastada Koroner Arter Hastalığı (KAH) görüldü. 310 (%78,9) hastanın haftada 3defa HD ye girdiği ve ortalama HD süresinin ortalama 4 s ve UF miktarının ise ortalama 2996±979,7 olduğu görüldü. Hastaların diyaliz öncesi ortalama sistolik kan basıncı 133,9±20,3 mm/hg idi. 18 hastanın EF < %40 idi. 205 (%50,6) hasta betablokör kullanmaktaydı. Antikoagülan kullanan 44 (%10,9) hasta var ve bunların 26 (% 6,4) sı varfarin kullanıyordu.

Sonuç: Hemodiyaliz hastalarında atrial fibrilasyon sıklığı genel p0pülasyona oranla yüksektir. Bu hastalarda yaş, diyaliz öncesi sistolik kan basıncı ve ultrafiltrasyon miktarı AF ile ilişkili görünmektedir. Oral antikoagülan kullanımının genel popülasyona göre daha düşük saptandığı AF li hemodiyaliz hastalarının etkin değerlendirilebilmesi için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.



AF HASTALARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Tablo 6.3. AF olmayan ve AF olan grupların genel demografik özellikleri, eşlik eden hastalıkları ve laboratuvar parametrelerinin karşılaştırmalı sonuçları

	AF yok n=353	AF var n=52	p değeri
Cinsiyet*			0,34 ^a
Kadın	147 (41,6)	18 (34,6)	
Erkek	206 (58,4)	34 (65,4)	
Yaş			0,077 ^b
Ortalama±SS	61,8±14,1	65,8±11,8	
Ortanca (ÇAA)	63 (18)	66 (14)	
Yaş grup			0,49 ^a
<40	25 (7,1)	3 (5,8)	
≥40 - <50	41 (11,6)	4 (7,7)	
≥50 - <60	67 (19)	6 (11,5)	
≥60 - <70	112 (31,7)	21 (40,4)	
≥70	108 (30,6)	18 (34,6)	
VKİ, n=376			0,11 ^c
Ortalama±SS	25,9±4,9	27,1±4,7	
Ortanca (ÇAA)	25,8 (6,4)	26,5 (4,8)	
DM*	152 (43,1)	21 (40,4)	0,72 ^a
HT*	303 (85,8)	48 (92,3)	0,20 ^a
HL*	145 (41,1)	28 (53,8)	0,082 ^a
KKY*	73 (20,7)	15 (28,8)	0,18 ^a
KAH*	172 (48,7)	28 (53,8)	0,49 ^a
KOAH*	62 (17,6)	10 (19,2)	0,77 ^a
SVO*	15 (4,2)	8 (15,4)	0,005 ^d
SVO*			0,001 ^a
Yok	338 (95,8)	44 (84,6)	
İskemik	14 (4)	6 (11,5)	
Hemorajik	1 (0,3)	2 (3,8)	
SDBY Etiyoloji*, n=403			0,64 ^a
HT	162 (46)	22 (43,1)	
DM	109 (31)	17 (33,3)	
GN	21 (6)	6 (11,8)	
PKBH	17 (4,8)	1 (2)	
Piyelonefrit	6 (1,7)	0 (0)	
Amiloidoz	5 (1,4)	1 (2)	
Diğer	32 (9,1)	4 (7,8)	
Albumin, n=402			0,19 ^b
Ortalama±SS	3,89±0,4	3,8±0,38	
Ortanca (ÇAA)	3,9 (0,4)	3,9 (0,3)	
PTH, n=395			0,30 ^b
Ortalama±SS	472,6±432,2	405,8±319,6	
Ortanca (ÇAA)	348 (415)	298 (348,3)	

*n (%), ^aChi-Square, ^bMann-Whitney U, ^cIndependent-Samples T Test, ^dFisher's Exact Test



AF HASTALARININ HD ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 6.4. AF olmayan ve AF olan hastaların hemodiyaliz parametreleri ve kullandıkları ilaçlarının karşılaştırmalı sonuçları

Diyaliz sıklığı, n=393			0,62 ⁿ
1	2 (0,6)	0 (0)	
2	73 (21,2)	8 (16,3)	
3	269 (78,2)	41 (83,7)	
Diyaliz sıklığı, n=391			0,42 ⁿ
2	73 (21,3)	8 (16,3)	
3	269 (78,7)	41 (83,7)	
Diyaliz süresi, saat, n=396			0,60 ⁿ
Ortalama±SS	4±0,2	4±0	
Ortanca (ÇAA)	4 (0)	4 (0)	
Diyaliz süresi, ay			0,81 ⁿ
Ortalama±SS	54,8±49,3	62,2±65,8	
Ortanca (ÇAA)	39,5 (72)	45,5 (72)	
UF miktarı, n=394			0,007 ⁿ
Ortalama±SS	2948±990,4	3326±839,3	
Ortanca (ÇAA)	3000 (1075)	3500 (1050)	
Sistolik KB, HD öncesi, n=388			0,054 ⁿ
Ortalama±SS	134,9±19,5	127,4±23,8	
Ortanca (ÇAA)	140 (24)	132 (30)	
Diastolik KB, HD öncesi, n=388			0,095 ⁿ
Ortalama±SS	77,3±12,6	74,5±11,8	
Ortanca (ÇAA)	80 (10)	80 (11)	
EF %			<0,001 ^a
>=40	341 (96,6)	46 (88,5)	
%30-40	12 (3,4)	4 (7,7)	
<%30	0 (0)	2 (3,8)	
EF %			0,018 ⁿ
<=40	12 (3,4)	6 (11,5)	
>=40	341 (96,6)	46 (88,5)	
Antikoagulan			<0,001 ^a
Warfarin	24 (6,8)	20 (38,5)	
Enoksaparin	13 (3,7)	13 (25)	
Edoksaban	5 (1,4)	1 (1,9)	
Apiksaban	0 (0)	1 (1,9)	
YOAK	6 (1,7)	5 (9,6)	
Antiagregan	6 (1,7)	6 (11,5)	
Antiaritmik	34 (9,6)	2 (3,8)	
Beta bloker	184 (52,1)	33 (63,5)	
KKB	172 (48,7)	33 (63,5)	
Digoksin	11 (3,1)	2 (3,8)	
Amiodaron	0 (0)	2 (3,8)	
Trimetazidim	1 (0,3)	0 (0)	
Nitrat	10 (2,8)	0 (0)	
Propafenon	16 (4,5)	1 (1,9)	
Ivabradin	3 (0,8)	0 (0)	
Ranolazin	1 (0,3)	0 (0)	
	4 (1,1)	0 (0)	

*Chi-Square, ⁿMann-Whitney U, ^aIndependent-Samples T Test, ⁿFisher's Exact Test

65 YAŞ ÜSTÜ VARFARİN VE YOAK SIKLIĞI KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 6.5. Varfarin ve YOAK kullanım sıklığının 65 yaş altı ve 65 yaş üstü hasta grubunda kullanımı ve karşılaştırmalı sonuçları

Yaş	<65 n=146	≥65 n=259	p değeri
Varfarin ⁿ	11 (5,2)	15 (7,8)	0,28 ^a
YOAK ⁿ	3 (1,4)	9 (4,7)	0,052 ^a

ⁿn (%)

*Chi-Square



Yayın No: SS-05

Uzaktan Hasta İzlemi ve Yardımlı Periton Diyalizinin, Periton Diyalizi Hastalarında İlk Peritonit ile Zıt Yönlü İlişkisi: Uzun Dönemli Kohort Çalışması

Asil Demirezen¹, İlayda Yıldırım², Veysel Baran Tomar¹, Taha Enes Çetin¹, Özant Helvacı¹, Ülver Derici¹, Galip Güz¹, Ömer Faruk Akçay¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilimdalı, Ankara, Türkiye

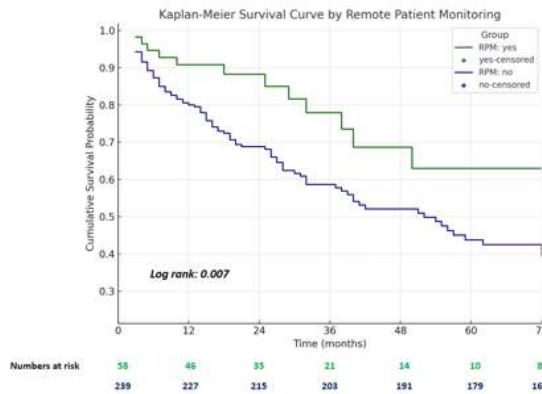
²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilimdalı, Ankara, Türkiye

Amaç: Peritonit periton diyalizinin (PD) başlıca komplikasyonlarından biri olmayı sürdürmekte olup, PD tedavisinde kalış süresi ve hasta sonuçları üzerinde anlamlı etkileri vardır. Uzaktan hasta izleminin ve yardımcı PD'nin peritonit riski üzerindeki etkisi tam olarak tanımlanmamıştır. Çalışmamızda uzun dönemli bir PD kohortunda uzaktan hasta izlemi ve diğer olası faktörlerin ilk peritonite kadar geçen süre ile ilişkisini değerlendirdik.

Yöntem: Çalışmamıza 2000-2024 yılları arasında PD'ye başlayan 297 erişkin hastayı retrospektif olarak dahil ettik. Uzaktan hasta izlemi PD tedavi parametrelerinin bakım ekibine dijital olarak iletimi, yardımcı PD bir bakımveren tarafından sağlanan düzenli PD desteği olarak tanımlandı. Primer sonlanım noktası ilk peritonite kadar geçen süreydi. İstatistiksel analizde Kaplan–Meier yöntemi, Cox orantısız riskler modeli ve Poisson regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: İzlem boyunca 115 hastada (%38,7) en az bir peritonit atağı saptandı; toplam peritonit insidansı hasta-yılı başına 0,21 atak olarak hesaplandı. Çok değişkenli analizde, uzaktan hasta izlemi ilk peritonit riskinde azalma ile bağımsız olarak ilişkili bulundu (HR 0,41; %95 GA 0,23–0,74; p=0,003); buna karşılık yardımcı PD daha yüksek peritonit riski ile ilişkili saptandı (HR 2,31; %95 GA 1,33–4,01; p=0,003), (Tablo 1). Uzaktan hasta izlem grubunda peritonitsiz sağkalım anlamlı olarak daha yüksekti (log-rank p=0,007), (Şekil 1). İnsidans hızı analizi, uzaktan hasta izlem grubunda daha düşük peritonit hızını doğruladı (IRR 0,57; %95 GA 0,33–0,99; p=0,045).

Şekil 1. Uzaktan hasta izlemi durumuna göre peritonitsiz sağkalım için Kaplan–Meier eğrileri



Hastalar uzaktan hasta izlem desteği alıp almadıklarına göre iki gruba ayrıldı (RPM: var ve RPM: yok). Y eksenini peritonitsiz kümülatif sağkalım olasılığını, X eksenini ise takip süresini ay cinsinden göstermektedir (ilk 72 ay ile sınırlıdır)



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Tablo 1. Peritonit riski ile ilişkili faktörlerin tek değişkenli ve çok değişkenli Cox orantısal risk regresyon analizleri

	Univariate, HR (95% CI)	p değeri	Multivariate, HR (95% CI)	p değeri
Yaş	0.999 (0.988–1.010)	0.874		
Cinsiyet (erkek)	1.102 (0.763-1.590)	0.605		
VKİ	0.973 (0.937-1.011)	0.160		
DM	1.508 (0.998-2.281)	0.051	1.429 (0.941-2.171)	0.094
PD öncesi HD	0.879 (0.589-1.313)	0.529		
PD zorunluluğu (evet)	1.085 (0.663-1.776)	0.746		
RRF (evet)	0.944 (0.548-1.626)	0.836		
PD modalite (APD)	0.924 (0.553-1.544)	0.763		
Bazal PET kategorisi (yüksek/yüksek- orta)	0.766 (0.530-1.106)	0.155		
Yardımlı PD	2.077 (1.215-3.550)	0.008	2.306 (1.328-4.005)	0.003
Uzaktan hasta izlemi	0.466 (0.262-0.830)	0.010	0.414 (0.231-0.743)	0.003

APD: Otomatik periton diyalizi; DM: Diabetes mellitus; HD: Hemodiyaliz; PD: Periton diyalizi; PET: Peritoneal eşitleme testi; RRF: Rezidü renal fonksiyon, VKİ: Vücut kitle indeksi

Sonuç: Bu uzun dönemli kohortta, uzaktan hasta izlemi ve yardımcı PD peritonit riski ile bağımsız ve farklı yönlerde ilişkiliydi. Bu bulgular izlem stratejilerinin ve bakımverenle ilişkili faktörlerin PD’de enfeksiyöz sonuçları etkileyebileceğini düşündürmektedir. Çalışmamız uzaktan hasta izleminin peritonit riskini azalttığını bildiren sınırlı sayıdaki çalışmadan biri olup; yardımcı PD’ye ilişkin bulgularımız literatüre farklı bir bakış açısı sunmaktadır. Bu ilişkilerin doğrulanması için prospektif çok merkezli çalışmalara gereksinim vardır.



Yayın No: SS-06

Non-dipper Hipertansiyonu Öngörmede Serum Ürik asit / Albumin Oranının Rolü

Asil Demirezen¹, Cansın Türkşen², Yiğit Kıran², Veysel Baran Tomar¹, Taha Enes Çetin¹, Ömer Faruk Akçay¹, Ülver Derici¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilimdalı, Ankara, Türkiye

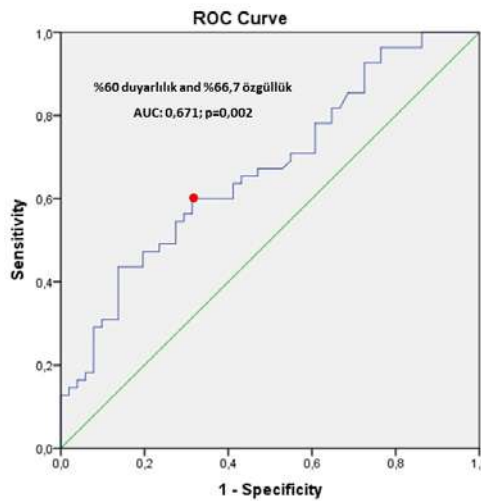
²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilimdalı, Ankara, Türkiye

Amaç: Non-dipper hipertansiyon (HT), gece kan basıncında beklenen %10'luk düşüşün izlenmemesi olup daha çok metabolik bozukluklar, uç organ hasarı ve kardiyovasküler olaylarla ilişkisi gösterilmiştir. Serum ürik asit/albumin oranı (UAR) inflamasyon, kardiyovasküler mortalite ve aterosklerozla ilişkilidir. Çalışmamızda bu oranın yeni tanı HT hastalarında dipping paternini öngörmedeki rolünün değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmaya Ocak 2025 – Şubat 2026 arasında ofis veya ev kan basıncı ölçümleri sonucu yeni tanı almış, tanı anında ambulatuar kan basıncı ölçümleri de olan 106 HT hastası dahil edilmiştir. Bu hastalarda ABPM parametreleri ile klinik, laboratuvar ve UAR sonuçları arasındaki ilişki retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların 55'i non-dipper, 51'i dipper paternine sahipti. Non-dipper grupta kadın cinsiyet daha sıktı (62% vs 39%, p=0.02). Non-dipper HT'nu olanlarda serum albumin değeri daha düşük, C- reaktif protein daha yüksekti (p değerleri sırasıyla < 0.001 ve 0.004). Ayrıca UAR oranı non-dipper olanlarda anlamlı olarak daha yüksek saptandı (p=0.002). Çok değişkenli lojistik regresyonda kadın cinsiyet (OR 6.401; %95 GA 1.944–21.078; p=0.002), CRP (OR 1.459; %95 GA 1.093–1.947; p=0.010) ve UAR (OR 21.160; %95 GA 2.783–160.907; p=0.003) non-dipper patern için bağımsız pozitif belirteçler iken, HDL artışı riskte azalma ile ilişkiliydi (OR 0.915; %95 GA 0.858–0.975; p=0.006), (Tablo1). ROC analizinde UAR için AUC 0.671 (p=0.002) olup, optimal kesim noktası 1.18'de duyarlılık %60 ve özgüllük %66.7 olarak hesaplandı (Şekil1).

Şekil 1. Ürik asit/albumin oranının non-dipper hipertansiyonu öngörmedeki ROC eğrisi



Tablo 1. Non-dipper patern ile ilişkili faktörlerin tek ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



	Univariate analysis			Multivariate analysis		
	OR	95% CI	p değeri	OR	95% CI	p değeri
Cinsiyet (Kadın)	2.510	1.148-5.487	0.021	6.401	1.944-21.078	0.002
Yaş	1.032	0.993-1.073	0.113			
VKİ	0.999	0.896-1.114	0.984			
DM	0.922	0.218-3.895	0.912			
OSAS	2.723	0.681-10.896	0.157			
Sigara	1.119	0.509-2.827	0.678			
eGFR	0.802	0.972-1.022	0.802			
CRP	1.706	1.294-2.276	<0.001	1.459	1.093-1.947	0.010
LDL	1.008	0.995-1.020	0.237			
HDL	0.935	0.893-0.979	0.004	0.915	0.858-0.975	0.006
Hipertansiyon evresi	0.600	0.245-1.467	0.263			
UAR	12.975	2.729-59.982	0.001	21.160	2.783-160.907	0.003

CRP: C reaktif protein, DM: Diabetes mellitus, eGFR: Estimated glomerular filtration rate, HDL: High density lipoprotein, LDL: Low density lipoprotein, OSAS: Obstructive sleep apnea syndrome, UAR: Uric acid/albumin ratio, VKİ: Vücut kitle indeksi

Sonuç: Bulgularımız UAR'nin yeni tanı HT hastalarında non-dipper paterni öngörebileceğine işaret etmektedir. Literatürde UAR'nin inflamasyon ve ateroskleroz ile ilişkili olduğu gösterilmiştir; çalışmamız UAR'nin non-dipper HT'nu öngörmedeki rolünü değerlendiren sınırlı sayıda çalışmalardandır. UAR'nin ayırım gücü orta düzeyde olmakla birlikte, klinikte ambulator kan basıncı ölçümünün hangi hastalarda önceliklendirilmesi gerektiğine yönelik pratik bir yaklaşım sunabilir. Bununla birlikte, UAR ile ilişkili yüksek OR geniş güven aralığıyla birlikte değerlendirilmelidir ve bulgular daha büyük örneklemelerde doğrulanmalıdır. Sonuç olarak UAR yeni tanı HT hastalarında non-dipper patern açısından artmış risk taşıyan bireyleri belirlemede yardımcı bir belirteç adayı olabilir; sonuçlarımızın genelleştirilebilmesi için çok merkezli, prospektif ve daha geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: SS-07

Deprem Sonrası Ezilmeye Sekonder Crush Sendromu Geçiren Hastalarda Klinik ve Laboratuvar Bulgularının ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi: Kimin Renal Replasman Tedavisine İhtiyacı Var?

Akif Bayyigit³, F.Hande Gunay⁶, Mustafa Yerli⁵, Zekeriya Ervatan², Özge Fidan³, E.Belen Karmis¹, M.Gülay Kadioğlu Kocak⁴

¹Plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu şehir hastanesi, Istanbul, Turkey

²Anestezi ve reanimasyon kliniği, T.C.İstanbul Prof.Dr.Cemiltaşçıoğlu Şehir hastanesi

³İç Hastalıkları Kliniği, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Istanbul, Turkey

⁴Nefroloji, Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu şehir hastanesi, Istanbul, Turkey

⁵Ortopedi ve travmatoloji kliniği , Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu şehir hastanesi, Istanbul, Turkey

⁶İç hastalıkları kliniği, Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu şehir hastanesi, Istanbul, Turkey

Amaç: Deprem sonrası göçük altından canlı çıkarılan kişilerin büyük kısmında ezilme yaralanması ve buna bağlı akut böbrek hasarı görülmektedir. Medikal ekipmanlar (dializ makinası, hemodiyaliz katateri) ve yetişmiş insan gücü çoğu zaman ihtiyacı karşılayamaz. Bu çalışmada üçüncü basamak hastanede tedavi edilen ezilme sendromlu hastaların klinik bulgularını, biyokimyasal özelliklerini, renal replasman tedavisi(RRT) sıklığını ve sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Hastaneye getirilen 62 erişkin hastanın dosyaları incelendi. Kreatin kinaz düzeyi 1000 ve üzeri olan 28 hastanın sosyodemografik, klinik ve biyokimyasal parametreleri kaydedildi. Renal replasman tedavisi ihtiyacı olan ve olmayanlar istatistiksel analiz ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların 12'sinde (42%) akut böbrek hasarı gelişirken bunların 8'inde (67%) renal replasman tedavisi ihtiyacı oldu. 11(39%) hastanın McMahon skoru ≥ 6 idi, bu 11 hastanın 8'inin (72%) RRT ihtiyacı oldu. RRT ihtiyacı olan hastaların tümünün McMahon skoru ≥ 6 idi. Renal replasman tedavisi(RRT) ihtiyacı olan hastalar ile olmayanların başvuru(giriş) biyokimyasal parametreleri karşılaştırıldığında RRT alan grupta üre, kreatinin, LDH, AST, ALT, fosfor ve prokalsitonin değerlerinin yüksek (sırası ile $p < .001$, $p < .001$, $p < .001$, $p < .001$, $p=0.003$, $p=0.023$, $p=0.004$), albümin, parsiyel karbondioksit basıncı (pco2) ve bikarbonat (hco3) değerlerinin düşük (sırası ile $p=0.011$, $p=0.009$, $p=0.004$) olduğu görülmüştür.

Sonuç: Bu çalışma sonucunda, yoğun hasta yükü olan felaket bölgesi acil servislerinde, ezilme sendromu olan hastalarda prokalsitonin yüksekliği ve McMahon skoru kullanılarak renal replasman tedavisinin öngörülebileceğini gösterdik. Özellikle McMahon skoru yüksek hastaların başka hastanelere nakline öncelik vermek bu hastalarda mortalite ve morbiditeyi azaltabilir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: SS-08

HPV Aşısı Yapılmamış Böbrek Transplant Alıcılarında HPV Enfeksiyonu: Klinik Seyir ve Klinik Sonuçların Değerlendirilmesi

Merve Apaydın Kayer¹, Damla Örs Şendoğan¹, Aysel Pehlivan², Zeynep Kendi Çelebi¹, Turan Çolak¹

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²Başkent Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı

Amaç: İnsan papillomavirüsü (HPV) enfeksiyonu, dünya genelinde en sık görülen cinsel yolla bulaşan viral enfeksiyondur ve anogenital ile orofaringeal malignitelerle güçlü ilişkisi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı, böbrek nakli alıcılarında HPV enfeksiyonunun prevalansını ve genotip dağılımını değerlendirmek ve HPV enfeksiyonu ile immünsüpresif tedaviye bağlı klinik risk faktörleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya, 1988–2025 yılları arasında Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Hastanesi'nde böbrek nakli yapılan kadın hastalar dahil edilmiştir. Türkiye'de HPV aşısı ulusal geri ödeme sistemi kapsamında yer almamaktadır. Çalışmamıza, böbrek nakli alıcı adaylarından kadın doğum poliklinik muayenesi sırasında tarama amacıyla ve nakil sonrası dönemdeki takibinde servikal smear testi yapılmış hastalar alınmıştır. Hastaların demografik özellikleri ek hastalıkları ve nakille ilişkili verileri servikal smear sonuçları hastane bilgi yönetim sisteminden retrospektif olarak taranmıştır. Hastalar HPV pozitif ve HPV negatif hastalar olarak iki gruba ayrılmış, bu iki grubun demografik ve klinik özellikleri karşılaştırılmıştır. HPV aşısı yapılmayan böbrek nakli hastalarında, HPV pozitiflik oranı ve smear sonuçları literatürdeki veriler doğrultusunda immünsuprese olmayan normal popülasyon ile karşılaştırılmış ve nakil hastalarında risk artışının olup olmadığı araştırılmıştır.

Bulgular: Böbrek nakli yapılan toplam 91 kadın hastanın HPV sonuçları incelenmiş, bu hastalardan 86'sının HPV negatif, 5 tanesinin(%5.5) ise HPV pozitif olduğu görülmüştür. HPV pozitif ve negatif olan hastalar karşılaştırıldığında iki grup arasında yaş, preemtif nakil, indüksiyon tedavisi, rejeksiyon ve graft kaybı öyküsü arasında fark bulunamamıştır. Post-transplant servikal smear anormallliği saptanan hastalarda HPV pozitifliğinde artan bir eğilim izlenmiş, ancak bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Takip süresince invaziv servikal kanser veya servikal kansere bağlı mortalite olgusu gözlenmemiştir.

Sonuç: HPV aşısı yapılmamış böbrek nakli alıcılarında HPV prevalansı ve klinik sonuçlarına ilişkin Türkiye'den elde edilen sınırlı verileri güçlendirmesi amacıyla yapılan bu çalışmada HPV aşısı yapılmayan böbrek alıcılarında HPV pozitifliği böbrek nakli olmayan hastalardaki HPV pozitiflik oranına göre daha düşük bulunmuştur. Aşının yapılmadığı bu hasta grubunda ile servikal smear anormallikleri böbrek nakli yapılmayan hastalarla benzer sıklıktadır. Bu durum nakil hastalarının daha izole yaşaması, kişisel temizliğe daha çok özen göstermesi ve partner sayısının daha az olması şeklinde açıklanabilir. Ancak HPV pozitifliği ve progresyonunun yüksek olduğu ülkemizde aşısı olan bu virüse karşı aşılınmak etkilenen hasta sayısının azalmasını sağlaması açısından oldukça önemlidir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: SS-09

Renal Tutulumu Olan Pauci-İmmün Küçük Damar Vaskülitlerinde Hastalık Aktivitesi ve Prognozun Değerlendirilmesi.

Yasemin Aydın¹, Necmi Eren², Metin Ergül², Sinan Çetin¹, Sibel Gökçay Bek², Erkan Dervişoğlu²

¹Kocaeli Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Kocaeli Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

Amaç: ANCA ilişkili vaskülit multisistemik otoimmün bir hastalık grubudur. Hastaların çoğunda hızlı ilerleyen kresentik glomerülonefrit (GN) ile karakterize böbrek tutulumu vardır ve neredeyse tüm hastalara tedavi verilmelidir. Tedavide amaç remisyonu indüklemek ve uzun süreli idame ettirmektir. Erken tanı ve uygun immünsüpresif tedavilerle hastalık ölümcül olmaktan çıkmış, tekrarlayan seyirli ve buna bağlı morbiditeleri olan kronik bir hastalığa dönüşmüştür. Bu çalışmada pauci-immün GN olan GPA (granülomatöz polianjitis), MPA (Mikroskopik Polianjitis) ve RSV (renal sınırlı vaskülit) tanılı hastalarda başvuru anındaki demografik, klinik, serolojik, histolojik parametrelerin ve FFS (five factor score) sisteminin hasta ve böbrek sağ kalımı üzerindeki prognostik değerini belirlemek ve verilen tedavilerin bir yılın sonunda etkinliğini gözlemek amaçlandı.

Yöntem: Retrospektif çalışmamıza, 2000-2024 yılları arasında takip edilen pauci-immün GN tanılı 41 hasta dahil edildi. Kırk hastaya ait böbrek biyopsileri incelendi ve Berden ve arkadaşlarının çalışmasına göre sınıflandırıldı (fokal, kresentik, miks, sklerotik). Hastaların sosyodemografik, klinik, laboratuvar verileri ve aldıkları tedaviler incelendi. Tedavi yanıtları; remisyon ve refrakter/SDBH olarak gruplandırıldı. Diğer hasta sonuçları nüks, ex, transplantasyon olarak kaydedildi. Hastaların demografik, laboratuvar, klinik, biyopsi, tedaviler ve FFS bulgularının 1 yıllık takip sonunda tedavi yanıtı üzerindeki etkileri analiz edildi.

Bulgular: CHCC 2012 sınıflamasına göre 25 GPA, 11 MPA, 5 RSV tanılı hasta çalışmaya dahil edildi. Berden ve arkadaşlarının histopatolojik sınıflamasına göre sırasıyla fokal 7, kresentik 16, miks 11 ve sklerotik grupta 6 hasta yer aldı. Serolojik özgüllüğe dayalı sınıflamaya göre 16 MPO-ANCA, 23 PR3-ANCA, 2 ANCA negatif hasta bulunmaktadır. Çalışmamızda histopatolojik tanı alt grupları, başlangıçtaki üre, kreatinin, tGFH, normal glomerül yüzdesi ve sklerotik glomerül sayısı birinci yıl tedavi yanıtlarını öngörmede istatistiksel olarak anlamlı değişkenler olarak saptandı. Böbrek sağkalımı ile ilişkili bulgular şöyle sıralanabilir: fokal histolojik tanının varlığı (p=0,001), başlangıçta yüksek tGFH (p=0,001), düşük üre (p=0,02), düşük kreatinin değeri (p=0,001), yüksek normal glomerül yüzdesi varlığı (p < 0,001), düşük sklerotik glomerül sayısı varlığı (p=0,021) (Tablo). FFS sisteminin tanı esnasında prognozu tahmin edip edemeyeceği araştırıldı, sağkalıma etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0,061).

Hastaların tanı alt grupları, demografik özellikleri, klinik ve biyopsi bulguları ile 1. Yıl tedavi yanıtları arasındaki ilişki

Değişken		Remisyon (n=27)	Refrakter (n=11)	p
Klinik tanı	GPA	19 (79,2)	5 (20,8)	0,202
	MPA	6 (66,7)	3 (33,3)	
	RSV	2 (40)	3 (60)	
Histopatolojik tanı	Fokal	7 (100)	0 (0)	0,001
	Kresentik-miks	20 (76,9)	6 (23,1)	
	Sklerotik	0 (0)	4 (100)	



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Cinsiyet	Kadın	11 (68,8)	5 (31,3)	0,790
	Erkek	16 (72,7)	6 (27,3)	
Konstitüsyonel semptomlar	Yok	4 (50)	4 (50)	0,139
	Var	23 (76,7)	7 (23,3)	
Akciğer tutulumu	Yok	9 (64,3)	5 (35,7)	0,482
	Var	18 (75)	6 (25)	
KBB tutulumu	Yok	18 (69,2)	8 (30,8)	0,715
	Var	9 (75)	3 (25)	
Plazmaferez	Yok	16 (88,9)	2 (11,1)	0,052
	Var	11 (55)	9 (45)	
İnterstisyel fibrozis	Yok	4 (66,7)	2 (33,3)	0,362
	Hafif	13 (86,7)	2 (13,3)	
	Orta	3 (50)	3 (50)	
	Şiddetli	7 (70)	3 (30)	
Tanı yaşı, ortalama (std. sapma)		49,2 (12,4)	51,5 (16,9)	0,748
Normal glomerül yüzdesi, ortalama (std. sapma)		37,7 (16,5)	17,8 (10)	<0,001
Sklerotik glomerül sayısı, medyan [IQR]		2 [1;4]	5,5 [2,5;8]	0,021
Kresentik glomerül sayısı, medyan [IQR]		5 [4;6,5]	3 [2;4]	0,138

Hastaların tanı alt grupları, demografik özellikleri, klinik ve biyopsi bulguları ile 1. Yıl tedavi yanıtları arasındaki ilişki

Sonuç: ANCA ilişkili GN'in aktivitesi ve prognozu hakkında öngörücü bilgi vermesi ve etkin tedavinin verilmesine yardımcı olması açısından hastaya ait bulguların değerlendirilmesi ve bireyselleştirilmesi önemlidir. Sağkalıma etki eden prognostik faktörlerin belirlenerek daha etkili ve güvenli tedavilere ihtiyaç vardır.



Yayın No: SS-10

Böbrek Nakli Alıcılarında Non-Melanom Cilt Kanseri İnsidansı ve Risk Faktörleri: Tek Merkez Uzun Dönem Analizi

Emre Kızıltav¹, Fatma Ayerden Ebinç², Merve Şanlıer², Muzghan Guliyeva², Gülay Ulusal Okyay², Hatice Şahin², Ceren Önal Güçlü², Arzu Sağlam³, Sebat Karamürsel⁴, Ebru Gök Oğuz², Kadir Gökhan Atılğan², Mehmet Deniz Ayılı²

¹Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, ANKARA

²Etlik Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, ANKARA

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, ANKARA

⁴Etlik Şehir Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, ANKARA

Amaç: Böbrek nakli sonrası malignite gelişimi, hasta ve greft sağkalımını olumsuz etkileyen önemli bir uzun dönem komplikasyondur. Solid organ transplant alıcılarında en sık görülen malignitelerden biri non-melanom (NM) cilt kanserleridir ve artmış immünsüpresyon, ileri yaş ve viral enfeksiyonlar risk artışı ile ilişkilidir. NM-cilt kanserlerinin erken tanınması ve yüksek riskli hastaların belirlenmesi, izlem stratejilerinin ve immünsüpresif tedavi planlamasının optimize edilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Bu çalışmada, böbrek nakli alıcılarında NM-cilt kanseri insidansı, klinik özellikleri ve olası risk faktörleri değerlendirilmiştir.

Yöntem: Ocak 2010–Temmuz 2022 tarihleri arasında Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği Transplantasyon Ünitesi'nde izlenen böbrek nakli alıcıları geriye dönük olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, nakil yaşı, takip süresi, immünsüpresif tedavi rejimleri ve viral serolojileri değerlendirildi. Cilt biyopsisi ile NM cilt kanseri tanısı alan olgular kaydedildi. NM cilt kanseri gelişen ve gelişmeyen hastalar klinik ve tedavi özellikleri açısından karşılaştırıldı; olası risk faktörleri istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular: 239 böbrek nakil alıcısının %28'i kadın, %72'si erkek olup, ortalama yaş 49,21±11,40 yıl ve ortalama takip süresi 12,1±7,96 yıl olarak hesaplandı. Toplam 16 hastada (%6,7) non-melanom (NM) cilt kanseri gelişmiş ve bu hastalarda 23 kanser epizodu kaydedilmiştir. Malignite gelişen hastaların %37,5'i kadın, %62,5'i erkek olup ortalama yaşları 57,06±9,02 yıl bulunmuştur. Güncel yaş ve takip süresi, malignite gelişen grupta anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır (sırasıyla p=0,004; p=0,002). Risk faktörü analizinde, ileri nakil yaşı, azatiopurin kullanımı ve Hepatit C virüsü (HCV) varlığı NM-cilt kanseri gelişimi ile ilişkili bulunmuştur (sırasıyla p < 0,001; p < 0,001; p < 0,03). Simulect, ATG kullanımı ve artmış nakil sayısı sınırda anlamlılık göstermiştir. Buna karşılık daha kısa nakil süresi NM-cilt kanseri gelişimine karşı koruyucu bulunmuştur (her ikisi için p < 0,001).

Böbrek alıcılarının demografik özellikleri

Alıcı özellikleri	Tüm hastalar	Malign hastalar	Non-malign hastalar	
Hasta sayısı (n)	239	16	223	
Yaş *(yıl)	49.21±11.40	57.06±9.02	48.65±11.37	0.004
Cinsiyet (K/E)	67(28)/172(72)	6(37.5)/10(62.5)	61(27.4)/162(72.6)	0.4
VKİ kg/m ²	26.39±4.66	27.72±4.04	26.30±4.70	0.24
Takip süresi(yıl)*	12.1±7.96	19.±8.51	12.56±7.76	0.002
Primer KBH Sebebi N(%)				0.97
HT	54(22.6)	4(25)	50(22.42)	
DM	12(5)	1(6.25)	11(4.93)	
GN	40(16.7)	4(10)	36(90)	
Piyelonefrit	6(2.5)	-	6(2.7)	
Taş	14(5.9)	-	14(6.27)	
PKBH	5(2.1)	-	5(2.24)	
Fabry	1(0.4)	-	1(0.44)	
İlaç toksisitesi	2(0.8)	-	2(0.89)	
FMF	7(2.9)	-	7(3.14)	
UP darlık	18(7.5)	1(5.6)	17(94.4)	
Bilinmiyor	80(33.5)	6(7.5)	74(92.5)	

*Nakil sonrası dönemde takip süresi (ölüm, greft kaybı, malignite gelişmesi ya da çalışma sonlanım tarihine kadar)



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Sonuç: Böbrek nakli alıcılarında NM-cilt kanseri insidansı %6,7 olarak saptanmış olup, uzun dönem takipte anlamlı bir morbidite kaynağıdır. İleri nakil yaşı, azatiopurin kullanımı ve HCV pozitifliği malignite gelişimi ile ilişkili bulunurken daha kısa nakil süresi koruyucu görünmektedir. Bu bulgular, böbrek nakilli hastalarda risk temelli dermatolojik izlemin önemini ve immünsüpresif tedavi rejimlerinin bireyselleştirilmesinin gerekliliğini desteklemektedir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: SS-11

Prediyaliz Kronik Böbrek Hastalığında Kemik ve Mineral Bozuklukların Yönetimi

Zeynep Çakar¹, Hilmi Zengin¹, Kerem Birol¹, Metin Ergül², Erkan Dervişoğlu², Necmi Eren²

¹Kocaeli Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Kocaeli Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

Amaç: Bu çalışmanın amacı; Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Nefroloji Polikliniği'ne başvuran prediyaliz evre 3–5 KBH hastalarında, KBH'ya bağlı kemik-mineral bozukluklara ilişkin parametrelerin sıklığını belirlemek, risk faktörlerini değerlendirmek ve klinik pratiğe yansıyan tedavi stratejilerini analiz etmektir.

Yöntem: Retrospektif gözlemsel tasarımla yürütülen bu çalışmada, 1 Ocak 2020–16 Haziran 2024 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Nefroloji Polikliniği'ne başvuran, evre 3–5 KBH tanılı 877 hasta değerlendirilmiştir. Hastalara ait demografik, klinik ve laboratuvar verileri ile kalsiyum-fosfor metabolizmasına etkili ilaç kullanımı analiz edilmiştir.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 66,2, kadınların oranı %52,9, erkeklerin oranı %47,1 idi. DM etiyolojisi %54,5, HT etiyolojisi %23, PKBH %2,1, glomerülonefrit %2,3, diğer etiyolojiler %13,2, bilinmeyen etiyoloji %4,9 görüldü. Evre 3 hasta oranı %74,7, evre 4 %20,5, evre 5 %4,8 idi. Hastaların %44,1 in de hiperparatiroidi, %7,9 unda hiperfosfatemi, %7,6 sında hipokalsemi, %76,1 inde D vitamini eksikliği vardı. Ca içeren fosfor bağlayıcı kullanım oranı %3,1, aktif D vitamini kullanan hasta oranı %2,6, denosumab kullananların oranı %0,9, bifosfonat kullananlar %2,7 olarak görüldü. Bir yıllık takipte hastaların parametrelerindeki iyileşme oranlarına baktığımızda hiperfosfatemisinde iyileşme olan hasta oranı %5,2, hipokalsemide %6,8, D vitamini eksikliğinde %34,8, hiperparatiroidide %21,6 olarak saptandı.

Hasta Popülasyonunun Laboratuvar Parametreleri ve İlaç Kullanımları ile Hasta Popülasyonunun Demografik ve Klinik Özellikleri

		Min-Mak	Medyan	Ort.	±ss/n-%
Üre		17.0 - 181.2	54.3	60.6	± 26.4
Kreatinin		0.6 - 5.9	1.4	1.6	± 0.7
MDRD		7.0 - 103.0	42.9	41.9	± 14.1
CKD-EPI		7.0 - 100.0	43.8	43.0	± 15.0
Kalsiyum		6.8 - 12.0	9.2	9.2	± 0.5
Fosfor		1.2 - 7.2	3.6	3.6	± 0.7
PTH		4.0 - 717.0	63.0	81.9	± 65.5
Albümin		19.0 - 52.0	42.0	41.0	± 4.5
25 OH D Vitamin		4.0 - 72.0	18.0	18.8	± 10.2
Ca İçeren P Bağlayıcı Kullanımı	(-)			850	96.9%
	CA-Karbonat			25	2.9%
	CA-Asetat			2	0.2%
1 Yıldaki Toplam Kalsiyum İçeren P Bağlayıcı Dozu (gr)		0.0 - 720.0	0.0	12.2	± 63.4



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Ca İçermeyen P Bağlayıcı Kullanımı	(-)			874	99.7%
	Bilgi Yok			3	0.3%
1 Yıldaki Toplam Kalsiyum İçermeyen P Bağlayıcı Dozu	(-)			874	99.7%
	Bilgi Yok			3	0.3%
Aktif D Vitamini Kullanımı	(-)			851	97.0%
	Oral Kalsitriol			22	2.5%
	PE Kalsitriol			1	0.1%
	Bilgi Yok			3	0.3%
Sinekalset Kullanımı	(-)			875	99.8%
	Bilgi Yok			2	0.2%
Denosumab Kullanımı	(-)			866	98.7%
	(+)			8	0.9%
	Bilgi Yok			3	0.3%
Bifosfanat Kullanımı	(-)			851	97.0%
	(+)			24	2.7%
	Bilgi Yok			2	0.2%
Yaş		22.0 - 94.0	68.0	66.2	± 12.3
Cinsiyet	Kadın			464	52.9%
	Erkek			413	47.1%
Menopoz Durumu	Premenopozal			40	8.6%
	Postmenopozal			424	91.4%
Malignite	(-)			733	83.6%
	(+)			144	16.4%
KBH Evresi	III			655	74.7%
	IV			180	20.5%
	V			42	4.8%

Sonuç: Prediyaliz KBH hastalarında hipokalsemi, hiperfosfatemi, hiperparatiroidi ve D vitamini eksikliği sık olup evre ilerledikçe sıklıkları artmaktadır. Takip değerlerine bakıldığında iyileşme oranlarının düşük olduğu saptanmıştır. Klinik uygulamada zamanında ve uygun dozda tedavi planlaması konusunda aktif bir tutum sergilenmesi gerekmektedir.



Yayın No: SS-12

Biyopsi ile Kanıtlanmış Trombotik Mikroanjiyopatide Klinikopatolojik Spektrum ve Prognostik Belirleyiciler

Taha Enes Çetin¹, Yağmur Eken², Veysel Baran Tomar¹, Betül Ögüt³, İpek Işık Gönül³, Özant Helvacı¹, Ülver Derici¹, Galip Güz¹, Ömer Faruk Akçay¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

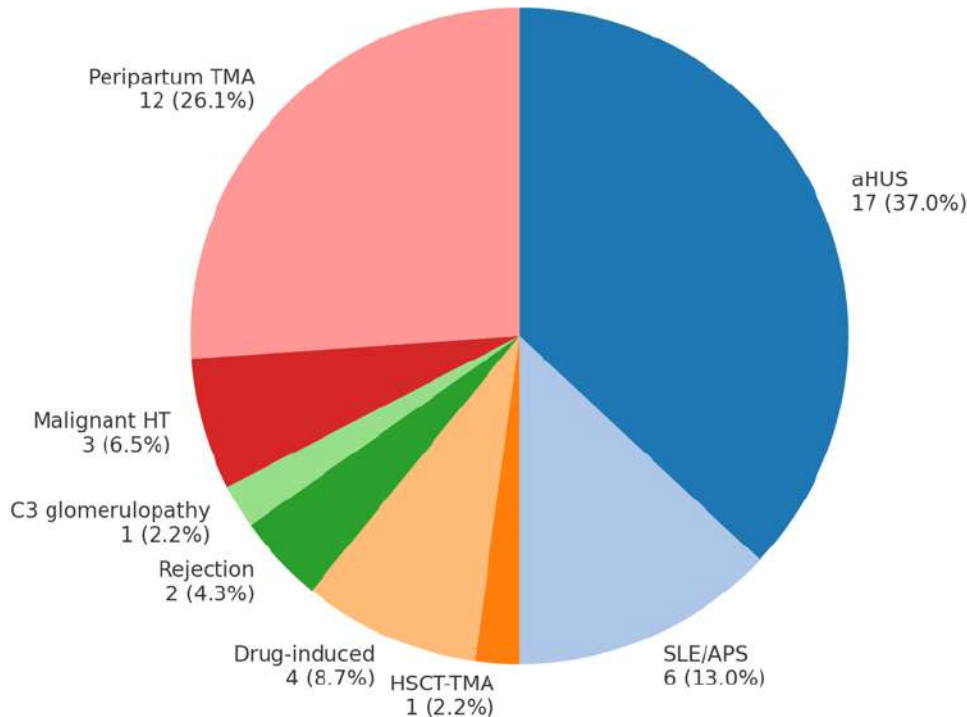
³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı

Amaç: Trombotik mikroanjiyopati (TMA), endotelial hasar, mikrovasküler tromboz ve değişken klinik seyir ile karakterize heterojen bir klinikopatolojik tablodur. Biyopsi ile kanıtlanmış TMA olgularında prognostik faktörlere ilişkin veriler sınırlıdır. Bu çalışmada biyopsi ile doğrulanmış TMA olgularında klinikopatolojik özelliklerin ve prognostik belirleyicilerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif tek merkezli çalışmaya 2000–2025 yılları arasında biyopsi ile TMA tanısı almış 46 erişkin hasta dahil edildi. Demografik, klinik, laboratuvar, histopatolojik ve genetik veriler analiz edildi. Birleşik olumsuz sonlanım noktası ölüm veya son dönem böbrek yetmezliğine (SDBY) progresyon olarak tanımlandı. Prognostik belirleyicileri saptamak amacıyla lojistik regresyon analizi uygulandı.

Bulgular: En sık etiyolojiler atipik hemolitik üremik sendrom (%37,0) ve peripartum (gebelik ilişkili) TMA (%26,1) idi. İzlem süresince hastaların %43,5'inde birleşik olumsuz sonlanım gelişti. Tek değişkenli analizde tanı anında akut böbrek hasarının varlığı ($p = 0,017$) ve düşük eGFR düzeyi ($p = 0,016$) kötü prognoz ile ilişkili bulundu. Buna karşılık, ilk hafta içinde tedaviye yanıt ($p = 0,004$) ve peripartum TMA varlığı ($p = 0,040$) daha iyi prognoz ile ilişkiliydi. Çok değişkenli analizde ilk hafta içinde erken tedavi yanıtı daha iyi sonuçlarla bağımsız olarak ilişkiliydi (OR = 0,15; %95 GA 0,03–0,75; $p = 0,021$).

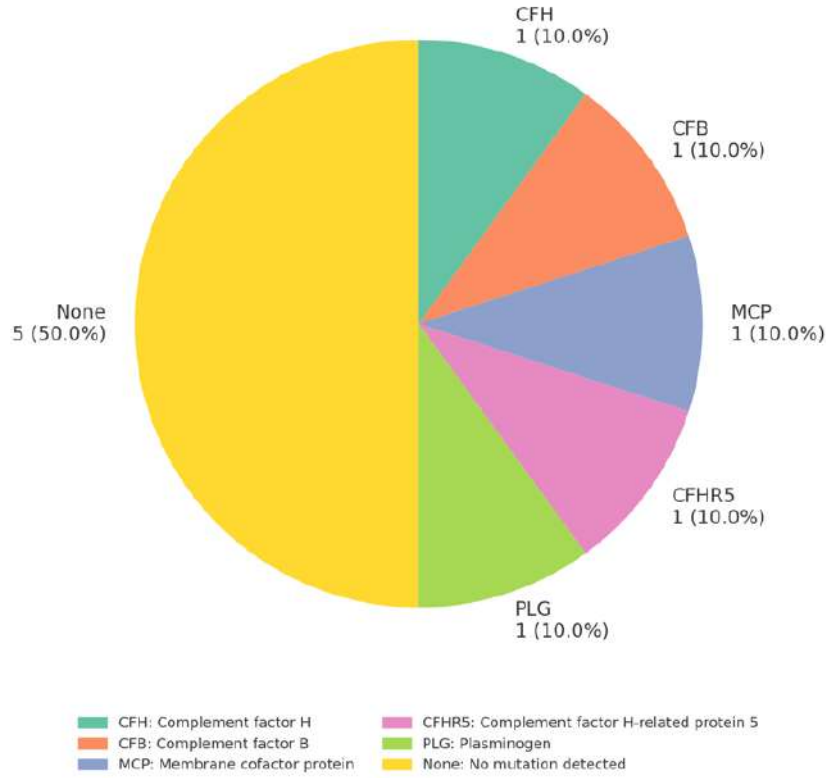
TMA nedenlerinin etyolojik dağılımı





Atipik hemolitik üremik sendrom (aHUS) 17 (%37,0), Peripartum (gebelik ilişkili) TMA 12 (%26,1), Sistemik lupus eritematozus / Antifosfolipid sendrom (SLE/APS) 6 (%13,0), İlaça bağlı TMA 4 (%8,7), Malign hipertansiyon 3 (%6,5), Rejeksiyon 2 (%4,3), C3 glomerulopatisi 1 (%2,2), Hematopoietik kök hücre nakli ilişkili TMA 1 (%2,2).

Kompleman mutasyonlarının dağılımı



Kompleman Faktör H 1 (%10,0), Kompleman Faktör B 1 (%10,0), Membran kofaktör proteini 1 (%10,0), Kompleman Faktör H ilişkili protein 5 1 (%10,0), Plazminojen 1 (%10,0) ve 5 hastada (%50,0) mutasyon saptanmadı.

Trombotik Mikroanjiyopati Hastalarında Ölüm veya SDBY Gelişimi İçin Tek Değişkenli ve Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizleri

	Tek değişkenli analiz			Çok değişkenli analiz		
	OR	%95 GA	p değeri	OR	%95 GA	p değeri
Yaş (yıl)	0,992	0,945–1,042	0,758			
Cinsiyet (Erkek vs. Kadın)	0,450	0,125–1,615	0,221			
Gebelik	0,178	0,034–0,936	0,042	0,497	0,061–4,070	0,515
Malign hipertansiyon	1,462	0,413–5,168	0,556			
atipik Hemolitik Üremik Sendrom	1,259	0,377–4,204	0,708			
Hemoglobin	0,918	0,679–1,242	0,581			



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



eGFR	0,969	0,944–0,994	0,016	0,995	0,947–1,046	0,845
Tanı anında Akut Böbrek Hasarı	13,933	1,613–120,353	0,017	2,105	0,039–114,386	0,715
Arterioller mikrotrombüs	2,750	0,818–9,243	0,102			
IF/TA (Orta–ağır)	3,667	0,912–14,738	0,067			
İlk haftada yanıt	0,148	0,040–0,549	0,004	0,150	0,030–0,754	0,021
Plazmaferez tedavisi	2,971	0,884–9,983	0,078			
Ekulizumab	1,462	0,413–5,168	0,556			

Tek değişkenli analizde tanı anında akut böbrek hasarı varlığı ve düşük eGFR düzeyi kötü prognoz ile ilişkili bulunurken, gebelik ilişkili TMA ve özellikle ilk hafta içinde tedaviye yanıt daha iyi sonuçlarla ilişkiliydi. Çok değişkenli analizde ise yalnızca ilk hafta içinde tedaviye yanıt ölüm veya SDBY açısından bağımsız ve anlamlı bir koruyucu faktör olarak kaldı. Bu bulgular, erken tedavi yanıtının TMA’da prognozu belirlemede temel bir gösterge olabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç: Erken tedavi yanıtı, biyopsi ile kanıtlanmış TMA’da kısa dönem hastalık seyrini yansıtan dinamik bir prognostik belirteç olabilir. Bu bulgular, TMA hastalarında erken tanı ve tedavi yanıtının yakından izlenmesinin önemini vurgulamaktadır. Test edilen 10 hastanın 5’inde kompleman gen varyantları saptandı; bu durum TMA patogeneğinde kompleman disregülasyonunun olası katkısını desteklemektedir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: SS-13

Renal Biyopsi Sonuçlarının Klinik ve Laboratuvar Parametreleri ile İlişkisi: Tek Merkez Retrospektif Analiz

Fatma Yılmaz¹, Gamze İçaçan¹, Hülya Çolak¹

¹İzmir Şehir Hastanesi

Amaç: Böbrek biyopsisi, renal parankimal hastalıkların tanısal değerlendirmesinde altın standart yöntemdir. Genellikle girişimsel radyolog tarafından ultrasonografi eşliğinde perkütan olarak uygulanmaktadır. Bu çalışmamızda kliniğimizde böbrek biyopsisi yapılan hastaların demografik özellikleri, biyopsi materyalinin yeterliliği, histopatolojik tanıları ve klinik-laboratuvar özelliklerini inceleyerek hasta profilimizin değerlendirilmesi ve klinik karar süreçlerine katkı sağlayacak veriler elde edilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışma retrospektif olarak gerçekleştirildi. Transplant biyopsileri ve veri eksikliği olan vakalar dışlanarak toplam 182 native renal biyopsi değerlendirildi. Hastalara ait demografik bilgiler (yaş, cinsiyet), serum kreatinin düzeyleri, albumin düzeyleri, spot protein/kreatinin oranları (SPİK), hematüri varlığı, serolojik veriler (ANA, ANCA, Anti-dsDNA) ve histopatolojik sonuçlar incelendi. İstatistiksel analizlerde verilerin dağılımı ve tanı grupları arasındaki ilişkiler değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya çeşitli endikasyonlarla böbrek biyopsisi yapılan 182 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 49.1 ± 16.2 yıl olup %56.6'sı erkek, %43.4'ü kadındı. Ortalama serum kreatinin düzeyi 2.35 ± 2.23 mg/dL idi. En sık biyopsi endikasyonları nefrotik düzey proteinüri (%42.9) ve hematüri (%63.7) idi. Biyopsi materyalinin yeterlilik oranı %92.9 olarak saptandı. Native böbrek biyopsilerinde en sık tanı grubu primer glomerülopatiler (%43.4) olup, en sık görülen tanı Fokal Segmental Glomerülosklerozdu. Sekonder glomerülopatiler arasında en sık Diyabetik Nefropati ve Amiloidoz gözlemlendi. IgA nefropatisi non-nefrotik proteinüri-hematüri grubunda daha sık saptandı (%87'ye karşı %60.4, $p=0.018$). MPGN ve C3 nefropatisi grubunda düşük C3 düzeyi diğer tanılarına göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu (%37.5'e karşı %9.8, $p=0.044$). Non-primer patolojilerde serum kreatinin düzeyleri primer glomerülopatilere kıyasla anlamlı derecede daha yüksekti ($p < 0.001$).

Sonuç: Çalışmamız kliniğimizde gerçekleştirilen native renal biyopsilerin demografik, klinik ve histopatolojik özelliklerini ortaya koymaktadır. Hematüri ve kompleman düşüklüğü gibi klinik parametrelerin belirli histopatolojik tanımlarla anlamlı ilişkili olduğu gösterilmiştir. Elde edilen veriler merkezimizin hasta profilini yansıtmaması ve klinik yaklaşımımıza yol göstermesi açısından önemlidir.



Yayın No: SS-14

Böbrek Nakli Alıcılarında Rejeksiyon Tedavisi ve Enfeksiyon İlişkisi: Propensity Skor Eşleştirme Analizi

Ela Özdemir¹, Güldehan Haberal², Görkem Çelebi², Sevilay Karahan³, Hacı Hasan Yeter², Tolga Yıldırım², Rahmi Yılmaz², Bülent Altun², Yunus Erdem², Mustafa Arıcı²

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

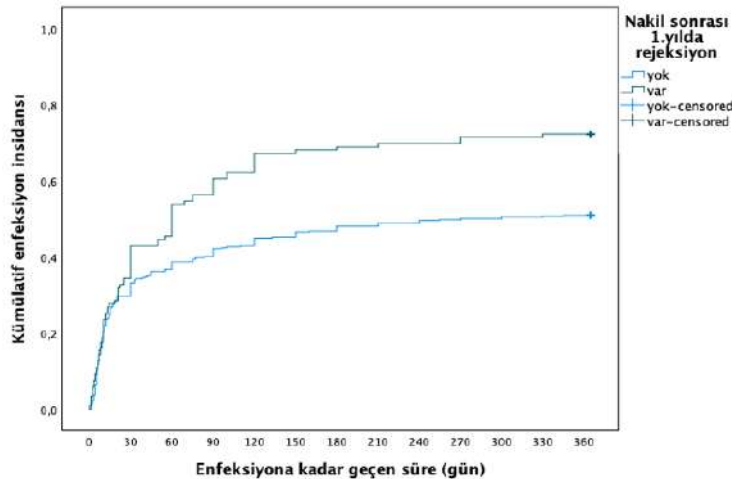
³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Amaç: Böbrek nakli sonrası enfeksiyonlar, greft ve hasta sağkalımını olumsuz etkileyen önemli komplikasyonlardır. Bu çalışmada, böbrek nakli sonrası ilk yıl içinde rejeksiyon gelişiminin enfeksiyon sıklığı ve risk faktörleri üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde 2010–2023 yılları arasında böbrek nakli yapılan 553 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi; nakillerin %86,4'ü canlı vericiden, %13,6'sı kadavra vericiden gerçekleştirildiği görüldü. İlk yıl içinde rejeksiyon gelişen (n=119; %21,5) ve gelişmeyen (n=434; %78,5) hastalar karşılaştırılarak rejeksiyonun enfeksiyon gelişimi üzerindeki etkisi değerlendirildi. Cinsiyet, indüksiyon immünsupresyonu ve gecikmiş greft fonksiyonu dikkate alınarak propensity skor eşleştirmesi ile homojen gruplar oluşturuldu.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların 307'sinde (%55,5) nakil sonrası ilk yıl içinde toplam 462 enfeksiyon epizodu saptandı. Rejeksiyon öyküsü olan hastaların %72,3'ünde (86/119), olmayanların ise %50,9'unda (221/434) nakil sonrası ilk yıl içinde enfeksiyon geliştiği görüldü ($p < 0.001$). En sık görülen enfeksiyon üriner sistem enfeksiyonu olup (%39,4), bunu BK viremi (%12,3) ve sitomegalovirüs viremi (%8) izledi. Rejeksiyon grubunda viral (%46,2'ye karşı %14,3) ve fırsatçı enfeksiyonlar (%41,2'ye karşı %11,8) anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0.001$). Rejeksiyon öyküsü olan hastaların %55,5'inin (66/119), olmayanların ise %41'inin (178/434) enfeksiyon nedeniyle hastaneye yatarak tedavi gördüğü saptandı ($p=0.005$). Çok değişkenli analizde; kadın cinsiyet, ATG ile indüksiyon tedavisi, nörojen mesane, posttransplant diyabetes mellitus, nakil öncesi sık enfeksiyon öyküsü ve rejeksiyon varlığı enfeksiyon gelişimi için bağımsız risk faktörleri olarak belirlendi. Propensity skor eşleştirmesi sonrasında, enfeksiyon gelişimi için en güçlü bağımsız risk faktörünün rejeksiyon öyküsü olduğu belirlendi (OR: 4.14; %95 GA: 2.26–5.58; $p < 0.001$). Bunun yanı sıra alıcıda nörojen mesane öyküsü (OR: 10.02; %95 GA: 1.15–87.28; $p=0.037$) ve kadavra vericili nakil (OR: 2.28; %95 GA: 1.02–5.08; $p=0.044$) de anlamlı risk faktörleri olarak saptandı.

Nakil sonrası birinci yılda rejeksiyon olan ve olmayan hastaların kümülatif enfeksiyon insidansı (HR:1.61, 95%GA (1.26-2.07), $p<0.001$)



Propensity skor ile eşleştirilmiş hastalarda, nakil sonrası ilk yılda enfeksiyon riskini etkileyen faktörlerin çoklu lojistik regresyon analizi



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Değişken	Odds oranı (OR)	%95 GA (Güven aralığı)	p değeri
Alıcı cinsiyet (kadın)	1.21	0.62-2.38	0.575
Nakil indüksiyon immünsupresif (ATG)	1.68	0.86-3.28	0.129
Verici tipi (kadavra)	2.28	1.02 – 5.08	0.044
Alıcıda diyabet	2.05	0.81 – 5.18	0.129
Alıcıda post-transplant diyabetes mellitus gelişimi	1.29	0.55- 3.06	0.563
Alıcıda nörojen mesane	10.02	1.15 – 87.28	0.037
Alıcıda VUR varlığı	0.51	0.11 – 2.32	0.385
Pretransplant immünsupresif kullanımı	1.77	0.70 – 4.44	0.225
Nakil öncesi sık enfeksiyon öyküsü	3.52	0.90 – 13.83	0.072
Nakil sonrası birinci yılda rejeksiyon	4.14	2.26-5.58	<0.001

ATG: Anti-timosit globulin; GA: Güven aralığı (Confidence Interval); OR: Odds oranı (Odds ratio) VUR: Vesikö-
reteral reflü

Sonuç: Rejeksiyon sonrası artan immünsupresif yük ve alıcıya özgü risk faktörleri enfeksiyon insidansında belirgin artışa yol açmaktadır. Bu bulgular, rejeksiyon sonrası dönemde dikkatli izlem ve bireyselleştirilmiş profilaktik stratejilerin gerekliliğini vurgulamaktadır.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: SS-15

Hipertansiyon hastalarında hidroklorotiyazid kaynaklı hiponatreminin genetik bir kökeni var mıdır?

Caner Çelik¹, Gülsüm Özkan¹, Hilmi Tozkır¹, Semih Aşıkovalı¹, Nergiz Bayrakçı¹

¹Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Hiponatremi klinikte en sık gözlenen elektrolit bozukluklarından birisi olup tiazid kullanımı sonları hiponatremi oldukça sık gözlenmektedir. Tiazid kullanımına bağlı hiponatreminin etyolojisinde ileri yaş ve kadın cinsiyet yer almaktadır. Son zamanlarda genetik bir yatkınlıktan da bahsedilmektedir. Bu nedenle biz çalışmamızda hidroklorotiyazid (HCTZ) grubu diüretik kullanan hipertansif hastalarda hiponatremi gelişiminde genetik bileşeni ve özellikle SLC12A3 geni üzerindeki varyantların klinik önemini değerlendirmeyi amaçladık

Yöntem: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi Nefroloji Polikliniği'ne başvuran, en az bir ay süreyle hidroklorotiazid içeren antihipertansif tedavi alan 95 hasta prospektif olarak incelendi. Hiponatremi saptanan (n=62) ve hiponatremisi olmayan kontrol grubundaki (n=33) bireylerden periferik kan örnekleri alındı. NGS yöntemi kullanılarak SLC12A3 genindeki varyantlar analiz edildi ve klinik verilerle ilişkilendirildi.

Bulgular: Çalışmada, SLC12A3 geninde toplam 947 varyant tespit edildi; bunların büyük çoğunluğu klinik önemi belirsiz (VUS) varyant olarak sınıflandırıldı. Az sayıda varyantın olası patojenik potansiyel taşıdığı saptandı. Hiponatremi grubunda ileri yaş ve kadın cinsiyet oranı daha yüksek bulundu. Özellikle c.506-276A > G (%75.00), c.282+492G > A (%85.70), c.282+499G > C (%87.00), c.282+495G > A (%85.00) ve c.505+375G > A (%92.30) varyantları olan bireylerde hiponatremi oldukça yüksek oranda saptanmıştır. Yaşta her 1 yıllık artış, hiponatremi gelişme riskini % 6.3 oranında artırmıştır (OR=1,063; %95 GA: 1,015–1,113; p=0,010). Kullanılan antihipertansif ilaç sayısında her 1 birimlik artış, hiponatremi gelişme riskini % 62,9 oranında azaltmıştır (OR=0,371; %95 GA: 0,184–0,749; p=0,006). Kreatinin düzeyinde her 1 mg/dL artış, hiponatremi gelişme riskini 2,8 kat artırmıştır (OR=2,782; %95 GA: 1,141–6,784; p=0,024). c.282+492G > A varyantı varlığında hiponatremi gelişme riski 9,2 kat artmıştır (OR=9,243; %95 GA: 2,259–37,818; p=0,002).

Hiponatremi Gelişimiyle İlişkili Klinik ve Genetik Belirteçlerin Lojistik Regresyon Analizi

	Univariate analiz				Multivariate analiz			
	p	OR	alt limit	üst limit	p	OR	alt limit	üst limit
Yaş	0.098	1.034	0.994	1.076	0.010	1.063	1.015	1.113
HKTZ dışı antihipertansif sayısı	0.075	0.611	0.355	1.051	0.006	0.371	0.184	0.749
kreatinin	0.079	2.192	0.913	5.26	0.024	2.782	1.141	6.784
c.282+492G>	0.010	4.579	1.43	14.659	0.002	9.243	2.259	37.818

Sonuç: Sonuç olarak, HCTZ kaynaklı hiponatreminin yalnızca klinik ve biyokimyasal parametrelerle öngörülemediği, genetik faktörlerin de dikkate alınmasının gerektiği düşünülmektedir. Daha geniş popülasyonlarda yapılacak çok merkezli, prospektif çalışmalar, SLC12A3 ve diğer ilgili genlerdeki varyantların klinik önemini netleştirecek ve bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarına önemli katkılar sağlayacaktır. HCTZ tedavisinde farmakogenetik değerlendirmenin ileride klinik uygulamalara entegre edilmesinin, özellikle kırılğan hasta gruplarında hiponatremi riskini azaltabileceğini düşündürmektedir.



Yayın No: SS-16

Böbrek Transplant Alıcılarında Uzun Dönem Mortalitenin Öngörülmesinde Sistemik İnflamatuvar İndekslerin Rolü

Taha Enes Çetin¹, Ömer Faruk Akçay¹, Veysel Baran Tomar¹, Asil Demirezen¹, Ayser Seda Hasdemir¹, Betül Şahin¹, Esra Aslan², Merve İlayda Şağban Boyraz², Kadriye Altok¹, Yasemin Erten¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

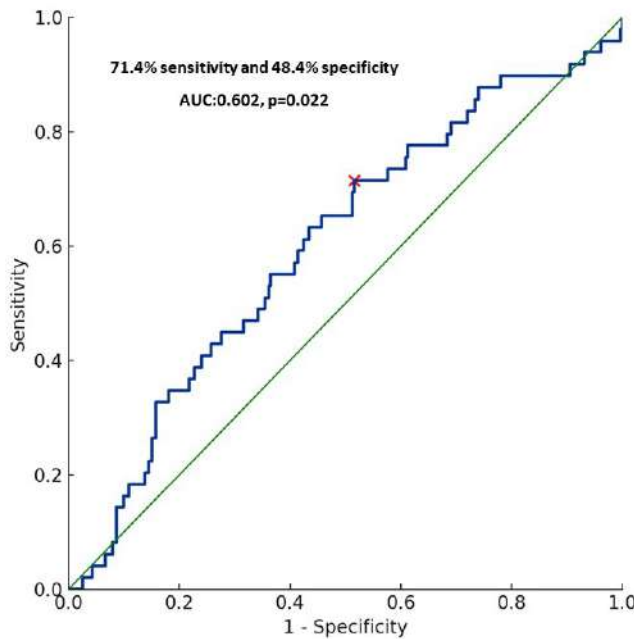
²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Amaç: Böbrek transplantasyonu (BT), son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda sağkalımı artırmaktadır; ancak böbrek transplant alıcılarında (BTA) uzun dönem mortalite genel popülasyona kıyasla hâlen daha yüksektir. Persistan sistemik inflamasyonun olumsuz uzun dönem sonuçlara katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada, bazal sistemik inflamatuvar indeksler ile BTA'larda uzun dönem mortalite arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif kohort çalışmaya 353 BTA dahil edildi. Bazal Sistemik İnflamasyon Yanıt İndeksi (SIRI), Sistemik İmmün-Inflamasyon İndeksi (SII) ve Pan-İmmün-Inflamasyon Değeri (PVI), transplantasyon öncesi tam kan sayımı parametreleri kullanılarak hesaplandı. Birincil sonlanım noktası uzun dönem tüm nedenlere bağlı mortalitydi. Prognoz ROC analizi ile değerlendirildi ve bağımsız prediktörler çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile belirlendi. SIRI'nin uzunlamasına değişimi transplantasyon sonrası beş yıla kadar incelendi.

Bulgular: Ortalama $11,4 \pm 6,0$ yıllık takip süresince 49 hasta (%13,9) kaybedildi. Bazal SIRI değeri, kaybedilen hastalarda sağ kalanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksekti ($2,70$ vs. $1,86$; $p = 0,02$). Buna karşın SII ve PVI mortalite ile ilişkili bulunmadı. SIRI'nin mortaliteyi öngörmedeki ayırt edici gücü sınırlı düzeydeydi ($AUC = 0,602$; $p = 0,022$). Çok değişkenli analizde, bazal $SIRI \geq 1,79$ ve yaş ≥ 50 yıl mortalite ile bağımsız olarak ilişkili bulundu.

Bazal SIRI'nin uzun dönem mortaliteyi öngörmedeki ROC eğrisi





28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Böbrek Transplantasyonu Sonrası Mortalitenin Prediktörleri İçin Tek Değişkenli ve Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizleri

	Tek değişkenli analiz			Çok değişkenli analiz		
	OR	%95 GA	p değeri	OR	%95 GA	p değeri
Cinsiyet (Erkek)	0,94	0,51–1,76	0,864			
Yaş ≥ 50 yıl	5,41	2,79–10,49	<0,001	4,44	2,12–9,31	<0,001
Donör tipi (Kadaverik)	2,14	1,12–4,06	0,021	1,64	0,82–3,26	0,161
Preemptif transplantasyon	0,84	0,42–1,71	0,647			
HLA uyumsuzluğu	0,89	0,69–1,13	0,339			
Diyaliz süresi	1,06	0,99–1,13	0,092			
Gecikmiş greft fonksiyonu	1,23	0,48–3,12	0,665			
Hipertansiyon	1,42	0,71–2,85	0,319			
Diabetes Mellitus	1,58	0,65–3,84	0,312			
Koroner Arter Hastalığı	3,10	1,42–6,67	0,005	1,35	0,54–3,35	0,521
NODAT	1,81	0,88–3,74	0,105			
Sigara kullanımı	1,56	0,81–3,01	0,181			
SIRI skoru ≥ 1,79	2,31	1,19–4,47	0,013	2,07	1,04–4,12	0,040

Sonuç: Bazal SIRI, böbrek transplant alıcılarında uzun dönem mortalite ile bağımsız olarak ilişkili olup, diğer tam kan sayımı temelli inflamatuvar indekslere kıyasla daha üstün performans göstermiştir. Bu bulgular, SIRI'nin transplantasyon öncesi risk sınıflamasında potansiyel bir belirteç olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: SS-17

Böbrek Nakli Adaylarında Hiperferritinemi: Nakil Sonrası Metabolik ve Enfeksiyöz Sonuçlarla Greft Sağkalımının Bir Belirteci mi?

Oğulcan Karalı¹, Oğuz Kağan Bakkaloğlu², Mevlüt Tamer Dinçer³, Ahmet Murt³, Nurhan Seyahi³

¹cerrahpaşa tıp fakültesi iç hastalıkları anabilim dalı

²cerrahpaşa tıp fakültesi gastroenteroloji anabilim dalı

³cerrahpaşa tıp fakültesi Nefroloji anabilim dalı

Amaç: Son dönem böbrek hastalığında tekrarlayan kan transfüzyonları ,kronik inflamasyon gibi nedenlerle serum ferritin düzeylerinde artış görülmektedir.Hiperferritineminin multisistemik etkileri bulunmakta özellikle karaciğerin metabolik süreçleriyle ilişkili olduğu bilinmektedir.Bu çalışmada, böbrek nakli sonrası takiplerinde ultrasonografi ile hepatosteatoz saptanarak fibroscanle karaciğer değerlendirmesi yapılan hastalarda, nakil sırasındaki ferritin düzeyinin klinik sonuçlarla ilişkisi araştırıldı.Nakil sırasında hiperferritinemisi olan hastalar ile normoferritinemik hastaların metabolik , enfeksiyöz sonuçları, karaciğer fibrozis dereceleri , greft sağkalımı açısından karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Tek merkezli çalışmada klinikte düzenli takip edilen ,ultrasonla hepatosteatoz saptanan fibroscanle değerlendirilen hastalar dahil edildi.Hastalar nakil öncesi serum ferritin düzeylerine göre hiperferritinemik , normoferritinemik olmak üzere iki gruba ayrıldı.Hastaların demografik özellikleri, altta yatan böbrek hastalığı etiyolojisi, greft fonksiyonları, hematolojik parametreleri, karaciğer enzimleri (ALT), 24 saatlik proteinüri düzeyleri, kalsinörin inhibitörü (KNİ) düzeyleri, vücut kitle indeksleri (VKİ), fibroscan bulguları (steatoz ve fibrozis evreleri) ve greft sonuçları kaydedildi.İstatistiksel analizlerde Spearman korelasyon analizi, ki-kare testi, bağımsız örneklem t-testi , Mann–Whitney U testi kullanıldı. $p < 0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 34 hasta dahil edildi(18erkek,16kadın).Hastaların ortalama yaşı $48,6 \pm 19,2$ yıl olup nakil sonrası ortalama takip süresi $154,3 \pm 63,9$ ay idi.Takipte 6 hastada(%17,6) greft kaybı gelişti.Ortalama VKİ $27,5 \pm 5,5$ kg/m² olarak saptandı.Hastaların büyük çoğunluğunda (%82,3)fibroscan değerlendirmesinde F0–F1fibrozis evresi izlendi(Tablo-1) Nakil sırasında hastaların 20’sinde hiperferritinemi, 14’ünde ise normal ferritin düzeyi mevcuttu. Hiperferritinemik grupta nakil öncesi $895,0 \pm 575,4$ ng/mL olan ferritin düzeyinin takiplerde $417,1 \pm 129,5$ ng/mL seviyesine anlamlı şekilde gerilediği görüldü ($p=0,01$).Hiperferritinemik ve normoferritinemik gruplar karşılaştırıldığında; hücrel veya humoral rejeksiyon atakları, de novo diyabet gelişimi enfeksiyon nedeniyle hastaneye yatış, greft kaybı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı(Tablo-2) Korelasyon analizinde ferritin düzeyi ile takip süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon bulundu.($r=-0,592, p=0,016$)(Şekil-1). Ferritin düzeyi ile hemoglobin, lökosit sayısı, ALT düzeyi ve 24 saatlik proteinüri arasında ise anlamlı ilişki saptanmadı.

Tablo 1. Ana bulgular özeti (n=34)

Parametre	Değer (Ort ± SS)
Nakil öncesi serum ferritin (ng/mL)	$566,9 \pm 126,7$
Ortalama Hemoglobin (g/dL)	$12,21 \pm 1,54$
Ortalama WBC ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	$12,40 \pm 4,31$
Ortalama ALT (U/L)	$24,75 \pm 9,09$
VKİ (kg/m ²)	$27,5 \pm 5,5$
Takip süresi (ay)	$154,3 \pm 63,9$
Greft kaybı	6/34 (%17,6)
F0-F1 fibrozis	28/34 (%82,3)



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C

20-24 MAYIS 2026



Sonuç: Bu çalışma, böbrek nakli sırasında saptanan hiperferritineminin uzun dönem takipte metabolik komplikasyonlar, enfeksiyon sıklığı, rejeksiyon atakları veya greft kaybı açısından belirgin bir olumsuz klinik sonuçla net bir ilişkisi olmadığını göstermektedir. Ferritin düzeylerinin takip süresi boyunca anlamlı şekilde azalması, nakil sonrası inflamatuvar yükün ve demir metabolizmasının zamanla düzelebileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte hiperferritinemi, nakil adaylarında sıklıkla karşılaşılan bir durum olup klinik sonuçlar üzerindeki etkisini daha net ortaya koyabilmek için daha geniş hasta serileri üzerine çalışmalar gereklidir



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: SS-18

GLOMERÜLONEFRİTLİ HASTALARDA SGLT-2 İNHİBİTÖRLERİNİN PROTEİNÜRİ VE BÖBREK FONKSİYONLARI ÜZERİNE ETKİSİ: GERÇEK YAŞAM DENEYİMİ

Şeyda Gül Özcan², Yağmur Ersoy¹, Utku Öztürk¹, Ahmet Murt², Mevlüt Tamer Dinçer², Sinan Trabulus², Nurhan Seyahi²

¹İstanbul Üniversitesi -Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi , İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi -Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi , Nefroloji Bilim Dalı

Utku Öztürk / İstanbul Üniversitesi -Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi , İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Amaç: Çalışmanın amacı, glomerülonefritli hastalarda standart tedaviye (maksimum RAS blokajı ve kan basıncı kontrolü) rağmen proteinürisi ≥ 500 mg/gün olan olgularda SGLT-2 inhibitörlerinin proteinüri, böbrek fonksiyonları ve metabolik parametreler üzerindeki etkilerini gerçek yaşam verileriyle değerlendirmektir.

Yöntem: Retrospektif ve gözlemsel çalışmaya, biyopsiyle doğrulanmış glomerüler hastalığı olan erişkin hastalar dahil edildi. Katılım kriterleri arasında, hastaların maksimum tolere edilen dozda RAS blokajı ve optimize kan basıncı kontrolüne rağmen 24 saatlik idrarda proteinürisinin $> 0,5$ g/gün olması ve indüksiyon immünsüpresif tedavi almamaları yer aldı. Stabil idame immünsüpresyon kabul edildi. Aktif neoplazisi olanlar, tedavi başlangıcı sonrası takip verisi bulunmayanlar ve renal transplantasyon öyküsü olanlar çalışmadan dışlandı. SGLT-2 inhibitörü başlama zamanı bazal değer olarak kabul edildi ve bu zaman noktası ile en az 6 ay sonraki ilk kontrol karşılaştırıldı. Her iki vizitte proteinüri, albuminüri, eGFR, kreatinin ve diğer metabolik parametreler değerlendirildi. Eşleşik verilerin karşılaştırılmasında Wilcoxon signed-rank testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 20 hasta (10 erkek) dahil edildi. Medyan yaş 52,5 [44,8–61,2] yıl olarak belirlendi. Etiyoloji dağılımı FSGS (%45), IgAN (%35), Membranöz GN (%5), HSP nefrit (%5), Lupus nefriti (%5) ve ANCA-ilişkili vaskülit (%5) şeklindeydi. Hastaların %85'i dapagliflozin, %15'i empagliflozin kullandı. Tüm hastalar RAS blokajı altındaydı ve %70'inde hipertansiyon mevcuttu. Medyan proteinürü, 1378 [928–4034] mg/günden 954 [603–2293] mg/güne anlamlı biçimde azaldı ($p=0,007$) ve hastaların %84'ünde (16/19) proteinüride azalma gözlemlendi. Medyan gerileme oranı %35,4 olarak hesaplandı. Medyan albuminürü 1201 [682–2671] mg/günden 774 [376–1842] mg/güne düştü ($p=0,006$). Medyan eGFR 58 [38–75] ml/dk/1,73m² düzeyinden 55 [36–82] ml/dk/1,73m² düzeyine geriledi; bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,176$). Kronik böbrek hastalığında beklenen eGFR kaybı ($\sim 2-3$ ml/dk/yıl) dikkate alındığında, bu bulgunun klinik açıdan anlamlı böbrek fonksiyon koruması sağladığı düşünülmektedir. KBH evresi hastaların %65'inde (13/20) stabil kaldı, %10'unda (2/20) geriledi, %25'inde (5/20) ise ilerleme saptandı.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Bulgular

Parametre	Vizit 1 (Başlangıç) Median [IQR]	Vizit 2 (≥6 ay) Median [IQR]	p
Proteinüri (mg/gün)	1378 [928–4034]	954 [603–2293]	p=0,007
Albuminüri (mg/gün)	1201 [682–2671]	774 [376–1842]	p=0,006
eGFR (ml/dk/1,73m ²)	58 [38–75]	55 [36–82]	p=0,176
Kreatinin (mg/dL)	1,3 [1,0–1,9]	1,5 [0,9–1,9]	p=0,033
Serum Albümin (g/dL)	4,2 [4,0–4,5]	4,3 [4,1–4,4]	p=1,000

p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Wilcoxon Signed-Rank testi.

Sonuç: Glomerülonefritli hastalarda SGLT-2 inhibitörleri, standart tedaviye ek olarak proteinüriyi ve albuminüriyi anlamlı düzeyde azaltmış; beklenen yıllık eGFR kaybına karşın böbrek fonksiyonları korunmuştur. IgA nefropatisinde SGLT-2i kullanımı artık KDIGO 2021 kılavuzunda önerilmekte olup çalışmamızdaki IgAN hastalarındaki bulgular bu kılavuz önerisini gerçek yaşam verisiyle desteklemektedir. Özellikle FSGS grubunda da belirgin proteinüri azalması ve eGFR korunması gözlemlenmiş olması dikkat çekicidir; bu bulgu, FSGS'te SGLT-2i kullanımına yönelik daha kapsamlı prospektif randomize kontrollü çalışmalara duyulan ihtiyacı güçlü biçimde vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: SGLT-2 inhibitörü, IgA nefropatisi, glomerülonefrit, FSGS, Proteinüri



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: SS-19

Toksoplazma Gondii Serostatus'unun Renal Nakil Alıcılarında Tedavi Uyumu ve Psikososyal Durum Üzerine Etkisi

Mustafa Sami Yavuz¹, Alpaslan Altunoğlu¹, Şebnem Karakan²

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara

Amaç: Renal transplant alıcıları yaşam boyu immünsüpresif tedavi gerektirir ve yetersiz ilaç uyumu greft disfonksiyonu ve greft kaybı için önemli bir risk faktörüdür. Toxoplasma gondii latent enfeksiyonu, tedavi uyumunu etkileyebilecek davranışsal ve psikososyal değişikliklerle ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmada, renal transplant alıcılarında postoperatif Toxoplasma gondii IgG serostatusuna göre immünsüpresif ilaç uyumu ve psikososyal durumun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya, üçüncü basamak bir transplant merkezinde takip edilen 194 renal transplant alıcısı dahil edildi (ortalama yaş 43,6±12,9 yıl; %35 kadın). Hastalar postoperatif Toxoplasma gondii IgG seropozitif veya seronegatif olarak sınıflandırıldı. İlaç uyumu 8 maddelik Morisky İlaç Uyum Ölçeği (MMAS-8) ile değerlendirildi. Depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASS-21) ile ölçüldü. Klinik ve psikososyal parametreler gruplar arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Genel olarak alıcıların %39,2'sinde yüksek, %59,3'ünde orta ve %1,5'inde düşük ilaç uyumu saptandı. MMAS-8 skorları, IgG seropozitif hastalarda seronegatif alıcılara kıyasla anlamlı derecede daha düşük bulundu (6,56±0,66'e karşı 7,47±0,68; p < 0,001). IgG seropozitifliği ayrıca anlamlı derecede daha uzun transplant süresi ile ilişkiliydi (p=0,019). Depresyon, anksiyete ve stres skorları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi. Ayrıca tedavi uyumu düşük olan grupta serum ilaç düzeyleri istenen düzeyde olmadığı (düşük yada yüksek) saptandı.

Sonuç: Toxoplasma gondii IgG seropozitifliği, renal transplant alıcılarında psikolojik durumlarından bağımsız olarak immünsüpresif tedaviye uyumun azalması ile ilişkili bulundu. Bu bulgular, Toxoplasma gondii serostatusunun tedavi uyumunu etkileyebilecek, yeterince fark edilmemiş bir faktör olabileceğini düşündürmektedir. Uzun dönem greft sağkalım sonuçlarını iyileştirmeyi hedefleyen transplant sonrası izlem stratejilerinde serostatusun dikkate alınması önerilebilir.

İlaç uyum karşılaştırması (MMAS-8)

Değişken	IgG (+) (n=64)	IgG (-) (n=130)	U	p*
Yaş	48,95±11,88	40,88±12,65	2705,00	<0,001
MMA-8	6,56±0,66	7,47±0,68	1504,50	<0,001
Depresyon skoru	3,44±2,72	4,17±3,25	3702,00	0,20
Anksiyete skoru	2,66±2,96	2,86±3,07	4002,00	0,65
Stres skoru	4,09±3,01	4,71±3,43	3812,50	0,33



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: SS-20

Adölesan Dönemde Postrenal Akut Böbrek Hasarı: Geç Tanı Alan Posterior Üretral Valv ve Mesane Önü Apsesi

Duygu Güllü¹, Osman Orkun Cankorur¹, Ezgi Kırmızıtaş¹, Derya Özmen¹, Şükran Keskin Gözmen¹, Fatma Devrim¹, Ayşe Başak Uçan², Arzu Şencan², Orhan Deniz Kara¹, Nida Temizkan Dinçel¹, Erkin Serdaroğlu¹

¹SBÜ. İTF. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi EAH, Çocuk Nefroloji Kliniği

²SBÜ. İTF. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi EAH, Çocuk Cerrahisi Kliniği

Giriş: Kreatinin yüksekliği ile başvuran hastalarda akut böbrek hasarı (ABH) ile kronik böbrek hastalığı (KBH) ayrımının yapılması klinik yönetim açısından kritik öneme sahiptir. Postrenal obstrüksiyonlar çocukluk çağında çoğunlukla erken dönemde tanınmakla birlikte, geç tanı alan olgular nadir ancak klinik olarak dramatik tablolarla prezente olabilir. Uzmanmış obstrüksiyon; sepsis, kardiyak disfonksiyon ve çoklu organ etkilenimi ile birlikte seyredebilir ve maligniteyi taklit eden inflamatuvar kitlelerle karışabilir. Bu yazıda ABH ve eşlik eden kardiyak disfonksiyon ile başvuran, posterior üretral valv (PUV) ve mesane önü apsesi tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

Vaka: 17 yaşında erkek hasta; halsizlik, karın ağrısı, kusma ve son 24 saatte idrar çıkışında azalma ile başvurdu. Laboratuvar incelemelerinde BUN:145,8 mg/dL, kreatinin:11,75 mg/ dL, Hb:5,4 g/dL PTH:34.3 ng/L saptandı. Görüntülemelerde bilateral hidronefroz ve mesane anterolateralinde kistik lezyon izlendi. Hasta postrenal ABH olarak değerlendirildi. Foley sonda ile izlemi sonrasında kreatinin geriledi. Ancak foley sondanın çıkarılmasını takiben hastada tekrar idrar retansiyonu ve kreatinin yükselmesi gelişti. Postrenal obstrüksiyon açısından yapılan sistoskopi mesane trabeküle ve hiperemikti, saat 5–7 hizasında posterior üretral valv yaprakçıkları rezeke edildi. İzlemde hipotansiyon saptanan hastanın kardiyak değerlendirilmesinde ejeksiyon fraksiyonu (EF) %38 olarak ölçüldü ve dilate kardiyomiyopati (KMP) ile uyumlu bulundu. Takipte kreatinin yüksekliğinin devam etmesi üzerine mesane anterolateralindeki lezyon apse ön tanısıyla drene edildi. Drenajın yetersiz kalması üzerine cerrahi eksplorasyon yapıldı. Patoloji sonucu üroepitelyal malignite geldi ancak klinik-radyolojik uyumsuzluk nedeniyle materyal yeniden değerlendirildi ve enfeksiyona sekonder inflamatuvar süreç lehine yorumlandı. Apse boşaltımı sonrası foley sonda çıkarıldı. Kreatinin değeri 0,82 mg/dL'ye geriledi. İdrar çıkışı normale döndü. EF %40–45 düzeyinde dilate kardiyomiyopati tedavisi ile stabil seyir gösterdi.

Sonuç: Adölesan dönemde kreatinin yüksekliği ile başvuran hastalarda PUV'a sekonder ABH nadirdir. Geç tanı alan alt üriner sistem obstrüksiyonları; enfeksiyon, sekonder kardiyak disfonksiyon ve maligniteyi taklit eden inflamatuvar kitlelerle prezente olabilir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: SS-21

ODPBH'de Gastrointestinal Semptomlar: Böbrek ve Karaciğer Hacmi, Psikososyal Etkenler ve Beslenme Alışkanlıkları ile İlişkisi

Şeyda Gül Özcan², Yağmur Ersoy¹, Nermin Cansu Tekgöl³, Sabri Şirolu³, Zeynep Atılı⁴, Ahmet Murt², Mevlüt Tamer Dinçer², Sinan Trabulus², Nurhan Seyahi²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı

⁴Sinop Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Veri Bilimi ve Analitik Bölümü

Amaç: Gastrointestinal (Gİ) semptomlar otozomal dominant polikistik böbrek hastalığında (ODPBH) sık görülmekte olup genellikle organ büyümesine atfedilmektedir; ancak psikolojik ve diyet faktörlerinin katkısı belirsizliğini korumaktadır. Bu çalışmada ODPBH hastalarında Gİ semptomlar ile organ hacimleri, anksiyete, depresyon, Akdeniz diyetine uyum ve tolvaaptan kullanımı arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Yöntem: Kronik böbrek hastalığının tüm evrelerindeki 48 ODPBH hastasını kapsayan kesitsel bir çalışma yürütülmüştür. Gİ semptomlar Gastrointestinal Semptom Değerlendirme Ölçeği (GSRS) ile değerlendirilmiştir. Anksiyete ve depresyon Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) ile, diyet alışkanlıkları ise Akdeniz Diyetine Uyum Tarama Testi (MEDAS) ile ölçülmüştür. Böbrek ve karaciğer hacimleri manyetik rezonans görüntüleme ile ölçülmüş ve boya göre düzeltilmiştir.

Bulgular: Ortalama yaş $44,0 \pm 9,0$ yıl olup hastaların %60,4'ü erkekti ve ortalama tahmini glomerüler filtrasyon hızı $75,0 \pm 31,8$ mL/dk/1,73 m² idi. Klinik olarak anlamlı anksiyete ve depresyon sırasıyla hastaların %39,6'sında ve %41,7'sinde saptanmıştır. GSRS toplam puanı, boya göre düzeltilmiş böbrek, karaciğer veya kombine böbrek-karaciğer hacmi ile ilişkili bulunmamıştır. Buna karşın GSRS toplam puanı, HADÖ anksiyete ($r = 0,594$, $p < 0,001$) ve depresyon puanları ($r = 0,441$, $p = 0,002$) ile korelasyon göstermiştir. Çok değişkenli analizde yalnızca anksiyete, GSRS toplam puanı ile bağımsız olarak ilişkili kalmıştır ($\beta = 0,025$, $p < 0,001$). Tolvaaptan kullanan hastalarda böbrek hacimleri daha büyük olmakla birlikte, GSRS puanları kullanmayanlara kıyasla benzer bulunmuştur.

Sonuç: ODPBH'de Gİ semptomlar organ hacminden ziyade anksiyete ile bağımsız olarak ilişkili bulunmuş olup bu durum, kapsamlı hasta bakımında psikolojik değerlendirmenin önemini desteklemektedir.

ODPBH hastalarında GSRS toplam puanı ile organ hacimleri arasındaki korelasyon analizi, tolvaaptan kullanımına göre karşılaştırma ve anksiyete-depresyon durumuna göre GSRS karşılaştırması

28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Panel A: GSRS toplam puanı ile organ hacimleri arasındaki korelasyon analizi								
		1	2	3	4	5	6	7
GSRS	r	1						
GSRS	p							
TBH (cm³)	r	0,124	1					
TBH (cm³)	p	0,402						
TKcH (cm³)	r	-0,223	0,033	1				
TKcH (cm³)	p	0,128	0,825					
TBKcH (cm³)	r	0,065	0,872	0,371	1			
TBKcH (cm³)	p	0,661	<0,001	0,009				
bTBH (mL/m)	r	0,074	0,913	0,005	0,793	1		
bTBH (mL/m)	p	0,615	<0,001	0,972	<0,001			
bTKcH (mL/m)	r	-0,136	0,048	0,694	0,306	0,054	-0,024	1
bTKcH (mL/m)	p	0,356	0,745	<0,001	0,034	0,715	0,874	
bTBKcH (mL/m)	r	-0,037	0,543	0,377	0,687	0,562	0,067	0,252
bTBKcH (mL/m)	p	0,801	<0,001	0,008	<0,001	<0,001	0,652	0,083

Panel B: Tolvaptan kullanımına göre GSRS ve organ hacmi karşılaştırması			
	Tolvaptan (-) n=22	Tolvaptan (+) n=26	p
GSRS toplam puanı	1,47 (1,12–1,91)	1,4 (1,05–2,59)	0,715
Reflü	1 (1–2)	1,5 (1–2,5)	0,389
Karın ağrısı	1,33 (1–1,67)	1,33 (1–2,42)	0,467
Hazımsızlık puanı	1,63 (1,25–2,56)	1,5 (1–3,81)	0,825
Diyare puanı	1 (1–1,33)	1 (1–1,33)	0,614
Kabızlık puanı	1 (1–1,67)	1 (1–2,25)	0,588
TBH (cm³)	946,7 (690–1352,7)	2553 (1593,5–3584,5)	<0,001
bTBH (mL/m)	616,6 (408,83–986,68)	1405,9 (907,5–2120,75)	0,001
TKcH (cm³)	1714 (1389–1989)	1666 (1600,5–2076)	0,619
bTKcH (mL/m)	1016,92 (845,27–1197,1)	1068,47 (928,45–1203,91)	0,311
TBKcH (cm³)	2776,5 (2362,7–3582,25)	4562,5 (3573–5851,74)	0,001
bTBKcH (mL/m)	1777,64 (1438,29–2532,49)	2275,99 (1816,71–3013,63)	0,063

Panel C: Anksiyete ve depresyon durumuna göre GSRS karşılaştırması			
	Anksiyete (-) n=29	Anksiyete (+) n=19	p
GSRS toplam puanı	1,2 (1,04–1,53)	2,4 (1,47–3,2)	0,003
Reflü	1 (1–2)	1,5 (1–3,5)	0,040
Karın ağrısı	1 (1–1,33)	1,67 (1–3,67)	0,002
Hazımsızlık puanı	1,25 (1–1,88)	2,5 (1,5–4)	0,002
Diyare puanı	1 (1–1)	1,33 (1–2,67)	0,003
Kabızlık puanı	1 (1–1,5)	1,67 (1–3)	0,107
	Depresyon (-) n=28	Depresyon (+) n=20	p
GSRS toplam puanı	1,2 (1–1,53)	2,04 (1,27–2,93)	0,001
Reflü	1 (1–2)	1,5 (1–2,88)	0,121
Karın ağrısı	1 (1–1,33)	1,67 (1,33–3,59)	<0,001
Hazımsızlık puanı	1,25 (1–2)	2,38 (1,5–3,63)	0,003
Diyare puanı	1 (1–1)	1,33 (1–1,92)	0,002
Kabızlık puanı	1 (1–1,58)	1,34 (1–3)	0,132

GSRS: Gastrointestinal Semptom Değerlendirme Ölçeği; TBH: Total böbrek hacmi; TKcH: Total karaciğer hacmi; TBKcH: Total böbrek-karaciğer hacmi; b: boya göre düzeltilmiş; HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: SS-22

Hemodiyaliz Hastalarında Trigliserid-Glukoz İndeksinin Klinik ve Laboratuvar Kalite Göstergeleri İle İlişkisi

Fatih Ergül¹, Beyza Doğan¹, Mikail Dağ¹

¹Konya Şehir Hastanesi Nefroloji Kliniği

Fatih Ergül / Konya Şehir Hastanesi Nefroloji Kliniği

Amaç: Hemodiyaliz hastalarında Trigliserid-Glukoz İndeksi ile klinik ve laboratuvar kalite göstergelerinin ilişkisini incelemek

Yöntem: Konya şehir hastanesi ve bir özel hemodiyaliz merkezinde 3 aydan uzun süredir, haftada 3 gün hemodiyalize giren, 18 yaş üstü hastalar çalışmaya dahil edildi. Akut enfeksiyonu, aktif malignitesi, karaciğer yetmezliği olan ve onam vermeyen hastalar dışlandı. 350 hasta tarandı, 306 hasta çalışmaya dahil edildi. Trigliserid-glukoz indeksi (TyG İndeksi), $\ln [(\text{açlık trigliserid (mg/dL)} \times \text{açlık glukoz (mg/dL)}) / 2]$ formülüyle hesaplandı. Literatürde metabolik risk ile ilişkili olarak bildirilen eşik değerler dikkate alınarak TyG İndeksi için 8,5 değeri kesim noktası olarak belirlendi. Hastalar TyG İndeksi $< 8,5$ ve TyG İndeksi $\geq 8,5$ olmak üzere iki gruba ayrıldı. TyG İndeksi $< 8,5$ değeri, daha düşük insülin direnci ve metabolik risk profili ile ilişkili olarak değerlendirildi.

Bulgular: TyG indeksi $< 8,5$ ve TyG indeksi $\geq 8,5$ olarak oluşturulan grupların karşılaştırılmasında, hemoglobin düzeyi hedef aralıkta (10–12 g/dL) olan hastaların TyG indeksinin daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca diyabeti olan ve olmayan hastalar arasında TyG indeksi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlendi. Diğer parametrelerle TyG indeksi arasında anlamlı ilişki görülmedi. Korelasyon analizinde TyG indeksi ile Kt/V, hemodiyaliz süresi ve kreatinin arasında negatif, yaş ve vücut kitle indeksi (VKİ) ile pozitif yönde zayıf düzeyde ilişkiler tespit edildi (Kt/V: $r = -0,134$, $p = 0,019$, hemodiyaliz süresi: $r = -0,130$, $p = 0,022$, kreatinin: $r = -0,113$, $p = 0,048$, yaş: $r = 0,118$, $p = 0,039$, VKİ: $r = 0,312$, $p < 0,001$).

TyG Düzeyine Göre Klinik ve Laboratuvar Parametrelerin Karşılaştırılması

Parametreler	TyG indeksi $< 8,5$ (n=81)	TyG indeksi $\geq 8,5$ (n=225)	p
Cinsiyet, Erkek	45 (%55.6)	120 (%53.3)	0.416
Diabetes mellitus	15 (%18.5)	92 (%40.9)	< 0.001
Hipertansiyon	18 (%22.2)	31 (%13.8)	0.057
Kardiyovasküler hastalık	20 (%24.7)	61 (%27.1)	0.395
Albümin, g/dl			
< 3.5	11 (%13.6)	23 (%10)	0.263
≥ 3.5	70 (%86.4)	202 (%90)	
Kalsiyum, mg/dl			
$\leq 8.2 - \leq 10.2$	26 (%32.1)	63 (%28)	0.288
< 8.2 ve > 10.2	55 (%67.9)	162 (%72)	



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Fosfor, mg/dl			
≤3.5 – ≤5.5	33 (%40.7)	80 (%35.6)	0.243
<3.5 ve >5.5	48 (%59.3)	145 (%64.4)	
Kalsiyum × Fosfor, mg ² /dl ²			
<55	72 (%88.9)	209 (%92.9)	0.185
≥55	9 (%11.1)	16 (%7.1)	
Parathormon, ng/L			
130–600	43 (%53.1)	135 (%60)	0.171
<130 ve >600	38 (%46.9)	90 (%40)	
Hemoglobin, g/dl			
≤10 – ≤12	37 (%45.7)	133 (%59.1)	0.025
<10 ve >12	44 (%54.3)	92 (%40.9)	
Kt/V			
<1.2	72 (%88.9)	196 (%87.1)	0.422
≥1.2	9 (%11.1)	29 (%12.9)	
C-reaktif protein, mg/L			
1–5	34 (%42)	88 (%39.1)	0.373
>5	47 (%58)	137 (%60.9)	

TyG indeksi: Trigliserid glukoz indeksi

Sonuç: Hemoglobin düzeyi hedef aralıkta olan hastalarda TyG indeksinin daha yüksek bulunması, bu hastalarda insülin direncinin belirgin olduğunu ve hemoglobin hedefinin sağlanmasının metabolik riskler üzerinde tek başına yeterli olmayacağını düşündürmektedir. Diyabetik hastalarda TyG indeksinin daha yüksek olması diyabetin insülin direncini ve dolayısıyla TyG indeksini artırıcı etkisi göz önünde bulundurulduğunda beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Ayrıca, TyG indeksi ile Kt/V, hemodiyaliz süresi ve kreatinin arasında zayıf negatif; yaş ve VKİ ile zayıf pozitif ilişkilerin varlığı, TyG indeksinin metabolik ve klinik parametrelerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, TyG indeksinin hemodiyaliz hastalarında metabolik risk ve diyabetle ilişkili durumların değerlendirilmesinde potansiyel bir biyobelirteç olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, insülin direnci, trigliserid-glukoz indeksi



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: SS-24

Albüminürinin Ötesinde: MASLD'de Hepatik Steatoz ve Renal Tübüler Hasar

Sarenur Karlık¹, Arda Erdut², Güldehan Haberal², Melek Günindi Korkut³, Rukiye Abanoz³, Cem Şimşek⁴, Füsün Özmen³, Hacı Hasan Yeter²

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Kanser Enstitüsü Temel Onkoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

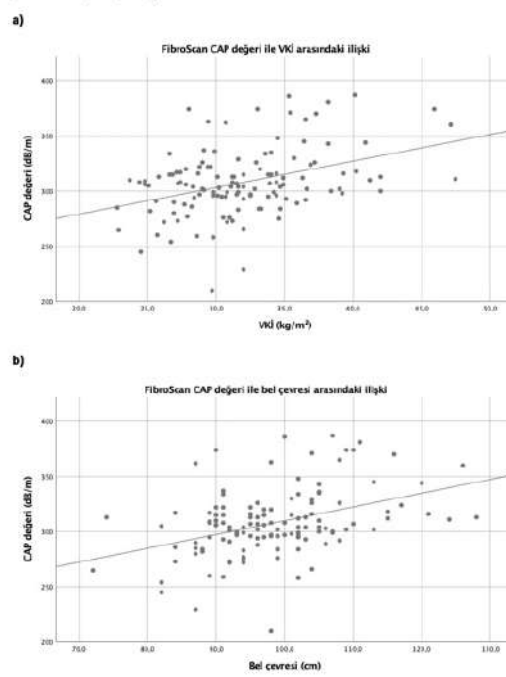
⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Amaç: Metabolik disfonksiyon ilişkili steatotik karaciğer hastalığının (MASLD) albüminüri ve kronik böbrek hastalığı ile olan ilişkisi bilinmektedir. Çalışmamızda MASLD hastalarında serum ve idrar uromodulin düzeylerinin böbrek fonksiyonları, hepatik steatoz ve fibrozis ile ilişkisi ve böbrek hasarını daha erken tespit etmekte kullanılıp kullanılamayacağı araştırılmıştır.

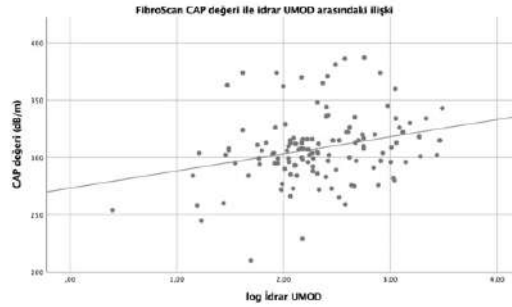
Yöntem: Bu tek merkezli, kesitsel çalışmaya MASLD tanılı ardışık 126 hasta dahil edildi. Hastalarda transient elastografi (FibroScan) ile kontrollü atenüasyon parametresi (CAP) ölçümü yapıldı. Hastalar CAP değerleri dağılıma göre tertillere ayrıldı (T1: 210–297, T2: 298–313, T3: 315–387 dB/m). Serum ve idrar uromodulin düzeyleri ELISA yöntemiyle ölçüldü, spot idrar ACR da değerlendirildi. Böbrek fonksiyonları, serum ve idrar uromodulin düzeyleri ile MASLD arasındaki ilişki analiz edildi.

Bulgular: Hastaların temel demografik özellikleri ve laboratuvar bulguları tablo 1'de CAP tertillerine göre özetlendi. CAP değeri ile VKİ ($p=0,007$) ve bel çevresi ($p=0,00$) ile pozitif ilişki bulundu (şekil 1). Sürekli değişken analizinde CAP ile idrar uromodulin arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı (Spearman $\rho=0,264$; $p=0,003$) (şekil 2). Çok değişkenli lineer regresyonda CAP değeri log-idrar uromodulin ile bağımsız olarak ilişkili bulundu ($\beta=0,243$; $p=0,010$); ters yöndeki modelde de log-idrar uromodulin, CAP değerinin bağımsız belirleyicileri arasında yer aldı ($\beta=0,204$; $p=0,015$). Albüminüri alt grup analizinde idrar uromodulin ($p=0,089$), serum uromodulin ($p=0,106$), UMOD/kreatinin oranı ($p=0,523$) ve CAP değeri ($p=0,776$) açısından anlamlı fark saptanmadı. ROC analizinde hepatik steatozu ayırt etmede en yüksek performans idrar uromodulinde saptandı (AUC=0,714; %95 GA 0,571–0,857; $p=0,012$) (şekil 3). VKİ'nin idrar uromodulin düzeyi üzerindeki etkisinde hepatik steatozun aracılık rolü regresyon modelleri ile değerlendirildi. VKİ ile log-idrar-uromodulin düzeyi arasında anlamlı ilişki saptandı ($\beta=0,203$; $p=0,023$). CAP değeri modele dahil edildiğinde, CAP'nin log-idrar-uromodulin düzeyi ile bağımsız olarak ilişkili olduğu ($\beta=0,220$; $p=0,020$), buna karşın VKİ'nin etkisinin anlamlılığını kaybettiği görüldü ($\beta=0,118$; $p=0,211$). Bu bulgular, hepatik steatozun VKİ ile idrar uromodulin düzeyi arasındaki ilişkide tam aracılık rolü oynayabileceğini düşündürmektedir. Aynı analiz bel çevresi için yapıldığında CAP değerinin log-idrar-uromodulin düzeyi ile bağımsız olarak ilişkili olduğu ($\beta=0,242$; $p=0,012$), bel çevresinin ise anlamlı ilişki göstermediği saptandı ($\beta=0,059$; $p=0,538$). Bu bulgular, abdominal obezitenin böbrek tübüler belirteçleri üzerindeki etkisinin hepatik steatoz aracılığıyla ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir (şekil 4).

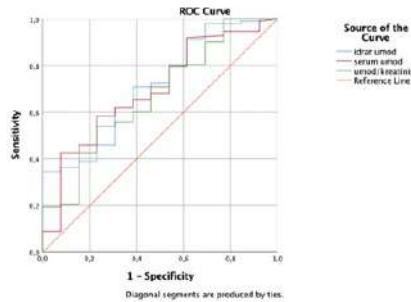
Şekil 1. FibroScan CAP değeri ile vücut kitle indeksi(a) ve bel çevresi(b) arasındaki ilişkiyi gösteren saçılım grafiği



Şekil 2. FibroScan CAP değeri ile log-dönüştürülmüş idrar uromodulin düzeyi arasındaki ilişkiyi gösteren saçılım grafiği.



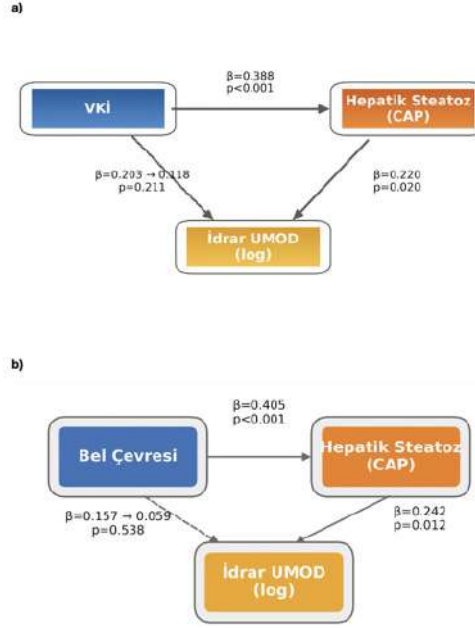
Şekil 3. Uromodulin parametrelerinin hepatosteatozu öngörme performansının ROC eğrisi ile değerlendirilmesi.



ROC eğrisi analizi sonucunda idrar üromodulin, serum uromodulin ve UMOD/kreatinin oranının ileri derecede hepatik steatozu ayırt etme performansı değerlendirilmiştir. Eğri altında kalan alan (AUC) idrar uromodulin için 0.714, serum uromodulin için 0.696 ve UMOD/kreatinin oranı için 0.672 olarak hesaplanmıştır. En yüksek ayırt edici performans idrar uromodulin düzeyinde saptanmıştır.



Şekil 4. Vücut kitle indeksinin (a) ve bel çevresinin(b) idrar uromodulin düzeyi üzerindeki etkisinde hepatosteatozun (FibroScan CAP değeri) aracılık rolünü gösteren model.



Tablo 1. CAP tertillerine göre demografik ve laboratuvar özellikleri

Değişken	CAP T1 (n=43)	CAP T2 (n=40)	CAP T3 (n=43)	p
Demografik Bilgiler				
Yaş, yıl; medyan (IQR)	53 (47,5–60,5)	55 (50–58)	51(43–57,5)	0,360
Cinsiyet (Kadın), n (%)	35 (81,4)	29 (72,5)	30 (69,8)	0,434
Sistolik KB, mmHg; medyan (IQR)	120 (115 –125)	124 (116–125)	120(115–125)	0,661
Diastolik KB, mmHg; medyan (IQR)	75(70–80)	76(71,5–80)	75(70–80)	0,710
Boy, cm; medyan (IQR)	162(155–165)	162(154,5–168,5)	164(157,5–168,5)	0,244
Kilo, kg; medyan (IQR)	76,0 (71,0–83,0)	86,0 (74,5–95,0)	87,0 (81,0–100,0)	<0,001
VKİ, kg/m ² ; medyan (IQR)	30,40 (27,45–32,25)	31,40 (28,65–34,90)	33,60 (29,25–36,70)	0,007
Bel çevresi, cm; medyan (IQR)	94,0 (88,5–99,0)	98,5 (92,5–105,0)	102,0 (95,0–108,0)	0,001
Eşlik eden Komorbiditeler				



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Diabetes mellitus (Var), n (%)	5 (11,6)	10 (25,0)	8 (18,6)	0,288
Hipertansiyon (Var), n (%)	14 (32,6)	15 (37,5)	19 (44,2)	0,538
Dislipidemi (Var), n (%)	16 (37,2)	12 (30,0)	8 (18,6)	0,157
Obezite (Var), n (%)	23 (53,5)	27 (67,5)	28 (65,1)	0,366
Visseral obezite, n (%)	29(67,4)	35 (87,5)	37 (86,0)	0,036
Prediabet (Var), n (%)	25 (58,1)	23 (57,5)	26 (60,5)	0,959
İlaç Kullanımı				
OAD kullanımı (Var), n (%)	8 (18,6)	10 (25,0)	9 (20,9)	0,774
RAS inhibitörü kullanımı (Var), n (%)	13 (30,2)	15 (37,5)	16 (37,2)	0,729
Statin kullanımı (Var), n (%)	12 (27,9)	13 (32,5)	8 (18,6)	0,338
Laboratuvar Bulguları				
tGFH (CKD-EPI 2021), mL/dk/1,73 m ²	102 (89–107)	103 (95–109)	100 (93–108)	0,404
Ürik asit, mg/dL	6,0 (5,1–6,9)	5,4 (4,7–6,5)	6,5 (5,8–7,5)	0,114
ALT, U/L	24,5(16,0–44,0)	32,0 (22,0–53,5)	28,0 (23,0–40,0)	0,032
Trigliserit, mg/dL	164,5 (124–237)	176(123,5–221)	172 (110–271)	0,065
LDL, mg/dL	138,5(108–151)	132 (113–145)	130,5 (117–142)	0,883
HbA1c, %	5,7 (5,7–6,1)	5,9 (5,8–6,1)	6,0 (5,6–6,2)	0,094
AKO(albümin/kreatinin), mg/g	12,36 (9,60–29,42)	16,1 (12,61–23,75)	14,26 (9,60–20,83)	0,846
İdrar UMOD (ng/mL), medyan (IQR)	149,7 (91,5–353,5)	149,1 (84,2–239,5)	330,2 (158,0–752,2)	0,004
Serum UMOD (ng/mL), medyan (IQR)	1085,4 (827,7–1371,1)	1251,0 (774,2–1503,5)	1107,9 (745,3–1393,4)	0,626
İdrar UMOD/Cr (ng/mg), medyan (IQR)	162,9 (66,8–469,7)	143,5 (79,3–364,8)	259,5 (121,6–470,9)	0,210

* Sürekli değişkenler medyan (IQR), kategorik değişkenler n (%) olarak sunulmuştur. Sürekli değişkenler Kruskal–Wallis testi ile karşılaştırılmıştır. Kategorik değişkenler için Ki-kare testi kullanılmıştır. ** p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. *** Gruplar CAP tertillerine göre oluşturulmuştur. CAP tertil aralıkları: T1=210–297 dB/m, T2=298–313 dB/m, T3=315–387 dB/m. **** Kruskal–Wallis testi anlamlı bulunan idrar uromodulin için yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalarda, T3 grubunda idrar uromodulin düzeyinin T1 grubuna göre (p_Bonf=0,015) ve T2 grubuna göre (p_Bonf=0,009) daha yüksek olduğu saptandı.

Sonuç: MASLD hastalarında hepatosteatoz düzeyinin, albüminüriden bağımsız idrar uromodulin düzeyi ile ilişkili olması, bu hastalarda renal tübüler etkilenmenin söz konusu olduğunu düşündürmektedir. Çalışmada elde edilen bulgular ışığında, obezitedeki renal etkilenimin hepatosteatoz aracılığı ile ortaya çıktığı düşüncesi öne çıkmaktadır.



Yayın No: SS-25

Lipopolisakkarit İle İndüklenmiş Fare Septik Şok Modelinde Dekametazonun Böbrek Üzerine Etkileri

Mustafa Kayfeci¹, Gökhan Boyraz², Kazım Şahin³, Ayhan Doğukan², Ramazan Ulu⁴

¹Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Elazığ, Türkiye

³Fırat Üniversitesi, Veteriner Fakültesi, Hayvan Besleme ve Beslenme Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

⁴Adıyaman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Adıyaman, Türkiye

Amaç: Çoklu organ yetmezliğine neden olan sepsis, yoğun bakım ünitelerinde mortalitenin ve morbiditenin en sık nedenidir. Sepsiste lipopolisakkaritlerin (LPS) neden olduğu aşırı immünaktivasyon; hipovolemi, şok ve çoklu organ yetmezliğine neden olur. Amacımız, sepsiste akut böbrek hasarına etkili olarak mortaliteyi azaltacağını düşündüğümüz; anti inflamatuvar özelliği bulunan deksametazonun böbrek üzerine etkilerini görmektir.

Yöntem: Fırat Üniversitesi ‘Hayvan Deneyleri Yerel Etik Kurulu’ onayı alındıktan sonra 21 adet erkek BALB-c fare (yaş:8 haftalık) randomize olarak 3 gruba ayrıldı. Kontrol, sepsis ve sepsis + deksametazon (DEX) grupları oluşturuldu. Kontrol grubu bazal diyetle beslendi, sepsis grubuna LPS+ D-galaktozamin + dimetilsülfoksit (% 10 DMSO: 0.5 ml / fare) uygulandı. Sepsis+DEX grubuna LPS+ D-galaktozamin + deksametazon (DEX) (6 mg/kg) uygulandı. Serumda böbrek fonksiyon testleri (BUN, kreatinin) çalışıldı. Böbrek dokusundan proinflamatuvar sitokinler (TNF α , IL -6), oksidatif stres belirteci olan malondialdehit (MDA) ve DNA hasar onarımında rolü olan Sirtuin1 çalışıldı. İstatistiksel analizlerde One Way ANOVA ve post hoc Tukey testi kullanıldı, p < 0,05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında sepsis grubunda BUN, kreatinin, TNF α , IL 6, MDA düzeylerinde çok belirgin artış gözlemlendi (p < 0.001), Sepsis+DEX grubunda ise bu değerlerde sepsis grubuna göre belirgin azalma olduğu saptandı fakat bu azalma kontrol grubu seviyelerine ulaşamadı (p < 0.001). Antiinflamatuvar etkili Sirtuin 1 düzeylerinin sepsis grubunda kontrol grubuna göre belirgin azaldığı Sepsis+DEX grubunda ise sepsis grubuna göre belirgin arttığı fakat kontrol grubu seviyelerine ulaşamadığı saptandı (p < 0.001).

Tablo 1: Çalışılan parametrelerin gruplar arasında karşılaştırılması.

	Kontrol	Sepsis	Sepsis+ Dex.	p
BUN (mg/dl)	15,24±0,86	23,89±2,04	18,87±1,19	<0,001
Kreatinin (mg/dl)	0,39±0,04	0,68±0,05	0,47±0,04	<0,001
MDA (nmol/L)	3,44±0,34	8,08±0,53	5,39±0,45	<0,001
IL 6 (%)	100,00±7,32	195,92±18,91	162,79±7,25	<0,001
TNF α (%)	100,00±16,70	252,82±24,10	199,62±17,45	<0,001
SIRT-1 (%)	100,00±6,41	60,74±3,36	70,00±3,74	<0,001

Sonuç: Sepsis tedavisi planlanırken artan inflamatuvar parametreleri azaltarak olumlu klinik sonlanıma yol açacak antiinflamatuvar etkili deksametazonun tedaviye eklenmesi hayat kurtarıcı olabilmektedir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: SS-26

Acil Serviste Akut Böbrek Hasarı ve Nefrolojik Konsültasyonlar: Tek Merkezli Retrospektif Çalışma

Mehmet Sinan Kın¹, Aslı Dilara Kip¹, Hülya Çolak¹

¹İzmir Şehir Hastanesi

Amaç: Acil serviste nefroloji konsültasyonu yapılan hastaların dağılımını ve klinik özelliklerini değerlendirmek, acil hemodiyaliz gereksinimini belirleyen faktörleri ortaya koymak ve bu veriler doğrultusunda acil hemodiyaliz ihtiyacının öngörülmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ocak-Aralık 2025 döneminde acil servisten nefrolojiye konsülte edilen hastalar retrospektif olarak incelendi (n=1793). Yaş, cinsiyet, etiyoloji (prerenal/renal/postrenal), kronik böbrek hastalığı (KBH), rutin hemodiyaliz öyküsüne acil serviste HD uygulanması kaydedildi. Kategorik değişkenler Ki-kare, yaş için Welch t-testi kullanıldı. Çok değişkenli lojistik regresyon ile bağımsız belirleyiciler değerlendirildi.

Bulgular: Olguların ortalama yaşı 67.8 ± 15.8 yıl olup %56'sı erkekti. Etiyolojik dağılım prerenal %51.9, renal %41.1 ve postrenal %6.9 olarak saptandı. Hastaların %69.8'inde KBH mevcuttu. Acil serviste HD uygulanma oranı %35.5, rutin HD öyküsü ise %24.0 idi. KBH varlığında acil HD gereksinimi anlamlı olarak artmıştı (OR 3.97, $p < 0.001$). Rutin HD hastalarında acil HD oranı belirgin yüksekti (OR 22.52, $p < 0.001$). Renal etiyoloji acil HD gereksinimi ile güçlü şekilde ilişkiliydi (OR 347.97, $p < 0.001$). Çok değişkenli analizde KBH (OR 1.54, $p=0.003$) ve rutin HD öyküsü (OR 18.17, $p < 0.001$) acil HD için bağımsız belirleyiciler olarak saptandı.

Acil Serviste Nefroloji Konsültasyonlarının Klinik Profili

Toplam Hasta Sayısı	1793
Yaş	67.8 ± 15.8
Erkek	1004 (56.0%)
Kadın	789 (44.0%)
Kronik Böbrek Hastalığı (KBH)	1251 (69.8%)
Rutin Hemodiyaliz	430 (24.0%)
Acil Hemodiyaliz	637 (35.5%)

Sonuç: Acil serviste nefroloji konsültasyonları sıklıkla akut böbrek hasarı ve elektrolit bozuklukları nedeniyle gerçekleşmektedir. AKI olgularının büyük kısmı prerenal etiyolojiye bağlı olup, bu grup çoğunlukla ileri yaş ve azalmış sıvı alımı ile ilişkili hastalardan oluşmaktadır. Acil hemodiyaliz gereksinimi; renal etiyoloji, kronik böbrek hastalığı zemini ve rutin hemodiyaliz öyküsü olan hastalarda belirgin şekilde artmaktadır. Rutin hemodiyaliz hastalarında gözlenen yüksek acil diyaliz oranı, bu hasta grubunda tedavi sürekliliği ve yakın izlemin önemini vurgulamaktadır. Bu veriler, yüksek riskli renal hasta popülasyonunda erken klinik öngörü ve proaktif izlem stratejilerinin acil diyaliz ihtiyacını azaltabileceğini düşündürmektedir.



Yayın No: SS-27

Periton Diyalizi Hastalarında Bazal Ürik Asit–HDL Kolesterol Oranının Peritoneal Membran İlişkili Teknik Başarısızlığı Öngörmedeki Rolü

Veysel Baran Tomar¹, Ömer Faruk Akçay¹, Asil Demirezen¹, Taha Enes Çetin¹, Ayser Seda Hasdemir¹, Cansu Dağışan², Özant Helvacı¹, Kadriye Altok¹, Yasemin Erten¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

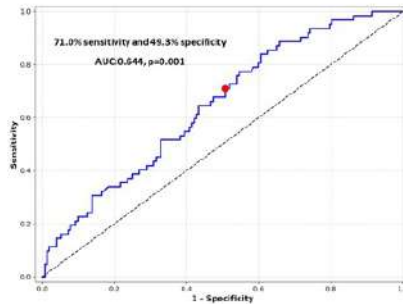
²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Amaç: Periton diyaliz (PD) hastalarında peritoneal membran ilişkili teknik başarısızlık, tedavi sürekliliğini kısıtlayan önemli bir komplikasyondur; ancak bu riski öngörebilecek basit ve erişilebilir biyobelirteçler hâlâ yetersizdir. Ürik asit–HDL kolesterol oranı (UHR), pro-oksidatif ve anti-inflamatuvar yolları bir arada yansıtan bütünlük bir metabolik-inflamatuvar yük göstergesidir. Çalışmamızda, bazal UHR'nin peritoneal membran ilişkili teknik başarısızlığı öngörüp öngöremeyeceğini araştırmayı amaçladık.

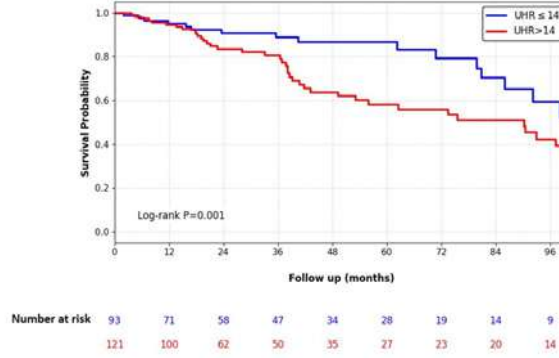
Yöntem: Çalışmamız, 1997–2025 arasında PD tedavisi başlanan 214 erişkin hastayı kapsamaktadır. Bazal UHR, PD başlangıcından sonraki ilk üç ay içinde elde edilen laboratuvar değerlerinden hesaplandı. Birincil sonlanım noktası, ultrafiltrasyonun yetersizliği, yetersiz solüt klirensi veya ilerleyici membran disfonksiyonu nedeniyle kalıcı olarak hemodiyalize geçiş şeklinde tanımlanan peritoneal membran ilişkili teknik başarısızlıktı. UHR'nin ayırıcı gücü ROC eğrisi analizi ile değerlendirildi. Gruplar arasındaki membran sağkalımı Kaplan-Meier yöntemi ve log-rank testiyle karşılaştırıldı. Bağımsız öngördürücüler tek ve çok değişkenli Cox regresyon analizi ile belirlendi.

Bulgular: İzlem süresince 214 hastanın 62'sinde membran başarısızlığı gelişti. Membran başarısızlığı gelişenlerde bazal UHR anlamlı olarak daha yüksek saptandı (17,3 [IQR: 13,7–21,6] vs. 14,0 [IQR: 10,3–18,8], $p = 0,001$). ROC analizi, UHR için $AUC = 0,644$ (95% GA: 0,566–0,722, $p = 0,001$) ile istatistiksel olarak anlamlı bir ayırıcı gücü ortaya koydu; Youden indeksiyle belirlenen optimal eşik değeri 14 olarak saptandı (duyarlılık %71,0, özgüllük %49,3). Kaplan-Meier analizinde $UHR > 14$ olan hastalar, $UHR \leq 14$ olan hastalara kıyasla anlamlı düzeyde daha kötü membran sağkalımı sergiledi (log-rank $p = 0,001$). Çok değişkenli Cox regresyon analizinde $UHR > 14$, membran başarısızlığı riskini yaklaşık 1,8 kat artıran bağımsız bir öngördürücü olarak belirlendi (HR: 1,836, 95% GA: 1,040–3,241, $p = 0,036$). PD başlangıcından önce böbrek nakli öyküsü de güçlü ve bağımsız bir risk faktörü olarak öne çıktı (HR: 3,971, 95% GA: 1,668–9,455, $p = 0,002$). UHR ile BMI ($r = 0,163$, $p = 0,017$) ve TyG indeksi ($r = 0,171$, $p = 0,012$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyonlar gözlemlendi.

UHR'nin peritoneal membran ilişkili teknik başarısızlığı öngörmedeki ROC analizi



Bazal UHR'ye göre peritoneal membran sağkalımının Kaplan–Meier analizi



Peritoneal membran ilişkili teknik başarısızlık için tek ve çok değişkenli Cox regresyon analizi

Değişken	Tek değişkenli HR (%95 GA)	p değeri	Çok değişkenli HR (%95 GA)	p değeri
Yaş	1,002 (0,987–1,018)	0,771		
Erkek cinsiyet	1,748 (1,045–2,924)	0,033	1,562 (0,918–2,658)	0,100
Vücut Kitle İndeksi	0,994 (0,944–1,046)	0,815		
Diabetes Mellitus	1,371 (0,714–2,631)	0,343		
Peritondiyalizi öncesi transplantasyon	3,677 (1,561–8,662)	0,003	3,971 (1,668–9,455)	0,002
Zorunlu Periton Diyalizi	0,689 (0,275–1,729)	0,428		
Rezidüel Renal Fonksiyon	1,006 (0,430–2,355)	0,988		
PD modalitesi (APD)	1,258 (0,611–2,590)	0,533		
Bazal PET kategorisi (Yüksek/Yüksek-orta)	1,533 (0,912–2,576)	0,107		
Herhangi bir peritonit atağı	0,758 (0,443–1,297)	0,312		
Trigliserit–glukoz indeksi	1,369 (0,911–2,056)	0,131		
Ürik asit–HDL kolesterol oranı > 14	1,971 (1,134–3,424)	0,016	1,836 (1,040–3,241)	0,036

Sonuç: Çalışmamızda, yüksek bazal UHR'nin PD hastalarında peritoneal membran ilişkili teknik başarısızlığın bağımsız bir öngördürücüsü olduğu gösterilmiştir. UHR, inflamasyon, oksidatif stres ve metabolik disregülasyonun bütünleşik bir yansıması olarak, erken risk sınıflandırmasında klinisyenlere pratik bir araç sunabilir. Hesaplanmasının basitliği, düşük maliyeti ve rutin laboratuvar parametrelerinden elde edilebilmesi, UHR'yi özellikle kaynak kısıtlı ortamlarda cazip bir biyobelirteç haline getirmektedir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: SS-28

Böbrek Yerine Koyma Tedavisi Almayan Non Diyabetik Kronik Böbrek Hastalarında Arteriyel Sertlik Değerlerinin ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Retrospektif İncelenmesi

İlker Atay¹, Şifa Atay¹, Yelda Deligöz Bildacı¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı

Amaç: Kronik böbrek hastalığı (KBH), artmış kardiyovasküler morbidite ve mortalite ile yakından ilişkili olup, bu riskin önemli belirleyicilerinden biri arteriyel sertliktir. Son yıllarda sodyum-glukoz kotransporter-2 (SGLT2) inhibitörlerinin nefroprotektif etkilerinin yanı sıra kardiyovasküler sistem üzerinde de olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı, böbrek yerine koyma tedavisi almayan non diyabetik kronik böbrek hastalarında SGLT2 inhibitörü kullanımının arteriyel sertlik göstergeleri olan nabız dalga hızı (NDH) ve güçlendirme indeksi (Augmentation Index, AIx) üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Bu çalışma, böbrek yerine koyma tedavisi almayan non diyabetik kronik böbrek hastalığı tanılı erişkin hastalarda yürütülen retrospektif bir çalışmadır. Hastalar SGLT2 inhibitörü kullanan ve kullanmayan gruplar olarak sınıflandırıldı. Arteriyel sertlik parametreleri, osilometrik yöntemle ölçülen NDH ve AIx değerleri kullanılarak değerlendirildi. Klinik, demografik ve laboratuvar verileri hastaların dosyalarından elde edildi ve gruplar arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 102 hasta dahil edilmiş olup, hastalar SGLT2 inhibitörü kullanan (n=51) ve kullanmayan (n=51) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Gruplar arasında demografik ve klinik özellikler açısından anlamlı fark saptanmadı. Arteriyel sertlik değerlendirmesinde AIx, SGLT2 inhibitörü kullanan grupta $21,93 \pm 10,99$, kullanmayan grupta ise $28,06 \pm 12,20$ olarak bulundu ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,04). Ancak lineer regresyon analizinde SGLT2 inhibitörü kullanımı ile AIx arasında anlamlı ilişki gösterilemezken (p=0,58), yaş, erkek cinsiyet ve ortalama arteriyel kan basıncı AIx ile bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur (sırasıyla p=0,011; p < 0,001; p=0,009).

SGLT2 İnhibitörü Kullanımına Göre Hemodinamik Veriler

	SGLT2 almayan (n=51)	SGLT2 alan (n=51)	P
Sistolik Kan Basıncı (ort ± SS)	132,80±19,68	123,56±19,61	0,01
Diastolik Kan Basıncı (ort ± SS)	80,33±12,46	80,06±12,39	0,51
Ortalama Arteriyel Kan Basıncı (ort ± SS)	104,43±14,60	99,91±15,09	0,08
Nabız Basıncı (ort ± SS)	52,45±13,56	43,51±11,53	0,02
Nabız (ort ± SS)	68,23±9,31	75,28±11,25	0,20
Hız Basıncı Çarpımı (ort ± SS)	8229,22±3617,83	9290±1939,17	0,73
Atım Hacmi (ort ± SS)	71,23±9,02	65,50±13,72	0,07
Total Vasküler Direnç (ort ± SS)	1760,28±239,59	1679,18±229,17	0,25
AIx 75% (ort ± SS)	28,06±12,20	21,93±10,99	0,04
Nabız Dalga Hızı (ort ± SS)	9,54±1,81	9,23±2,02	0,051



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C

20-24 MAYIS 2026



Sonuç: Bu çalışmada, böbrek yerine koyma tedavisi almayan non-diyabetik kronik böbrek hastalarında SGLT2 inhibitörü kullanımının Aİx üzerinde tek başınabağımsız bir belirleyici olmadığı, buna karşın yaş, cinsiyet ve ortalama arteriyel kan basıncının arteriyel sertlik ile daha güçlü ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bulgular, arteriyel sertliğin değerlendirilmesinde SGLT2 inhibitörü kullanımından ziyade hasta özellikleri ve hemodinamik parametrelerin belirleyici rol oynadığını düşündürmektedir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: SS-29

Nativ Böbrek Biyopsisi Yapılan Hastaların Klinik ve Histopatolojik Özellikleri: On Yıllık Tek Merkez Deneyimi

Aylin Merve Yapıcı Gülçiçek¹, Gülay Ulusal Okyay², Merve Şanlıer², Muzhgan Guliyeva², Hatice Şahin², Fatma Ayerden Ebinç², Kadir Gökhan Atılğan², Ebru Gök Oğuz², Arzu Sağlam³, Onur Ergun⁴, Ebru Şebnem Ayva⁵, Mehmet Deniz Ayılı²

¹Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

²Etlik Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

⁴Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁵Etlik Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara

⁶Etlik Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Nativ böbrek biyopsisi, glomerüler, tubulointerstisyel ve vasküler hastalıkların tanı ve sınıflandırmasında temel araçtır. Klinik ve laboratuvar bulguların çoğu zaman özgül olmaması nedeniyle patolojik doğrulama büyük önem taşımaktadır. Ülkemizde biyopsi ile doğrulanmış böbrek hastalıklarının güncel dağılımını ve klinik bağlamını bütüncül biçimde değerlendiren gerçek yaşam verileri sınırlıdır. Bu çalışmada üçüncü basamak bir merkezde gerçekleştirilen nativ böbrek biyopsilerinin klinik, prosedürel ve histopatolojik özellikleri değerlendirilmektedir.

Yöntem: Ocak 2013–Ağustos 2023 tarihleri arasında nativ böbrek biyopsisi yapılan 462 erişkin hastanın sonuçları retrospektif olarak incelendi. Demografik özellikler, komorbiditeler, biyopsi endikasyonları, laboratuvar sonuçları ve komplikasyonlar değerlendirildi. Histopatolojik tanılar beş ana kategori altında sınıflandırıldı: glomerüler patolojiler; tübülointerstisyel patolojiler; vasküler patolojiler; diffüz geri dönüşümsüz parankimal hasar; sınıflandırılmayan ya da tanısız olmayan bulgular.

Bulgular: Hastaların %61,3'ü erkek olup ortalama yaş 45,1±14,4 yıl idi. Olguların %76,1'inde en az bir komorbidite mevcuttu ve yaklaşık yarısı antihipertansif tedavi almaktaydı. En sık biyopsi endikasyonu nefritik sendromdu (%36,8); bunu nefrotik sendrom (%24,0) ve asemptomatik üriner anormallikler (%22,7) izledi. Hastaların %94,4'ünde proteinüri vardı ve medyan 24 saatlik protein atılımı 3345 mg/gün idi. Vakaların %27,9'unda en az bir otoantikör pozitif saptandı (Tablo 1). Medyan glomerül sayısı 20 (12–30) olup, vakaların %96,3'ünde kesin histopatolojik tanıya ulaşıldı. Raporların %30,3'ünde birden fazla patoloji saptandı. Glomerüler hastalıklar %86,6 ile en baskın gruptu. En sık tanılar: IgA nefropatisi (%23,6), fokal segmental glomerüloskleroz (%21,6), membranöz glomerülopati (%12,6), ANCA ilişkili glomerülofritler (%8,4). Sekonder glomerüler hastalıklar içinde en sık saptananlar: AA amiloidoz (%6,7), diyabetik nefropati (%5,8) ve lupus nefriti (%4,3) idi. Vakaların %22,3'ünde tübülointerstisyel patolojiler, %8'inde vasküler patolojiler raporlanmıştı. İşleme bağlı komplikasyon oranımız %4,3 olup majör kanama oranı %0,4 idi.

Tablo 1. Böbrek biyopsi sırasındaki laboratuvar tetkiklerinin sonuçları.

Parametre	Referans aralık	Değer
<u>Hematolojik parametreler</u>		
Hemoglobün (g/dL), kadın	11.7–15.5	11.44 ± 2.03
Hemoglobün (g/dL), erkek	13.2–17.3	12.78 ± 2.85
Beyaz küre sayısı (/µL)	3,570–11,010	8,090 (6,698–10,055)
Platelet sayısı (/µL)	150,000–372,000	259,000 (211,000–315,000)
<u>Böbrek fonksiyonları</u>		
Serum kreatinin (mg/dL), kadın	0.5–0.9	1.19 (0.74–2.26)



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Serum kreatinin (mg/dL), erkek	0.7–1.2	1.51 (1.04–2.70)
<u>Biyokimyasal parametreler</u>		
Total protein (g/dL)	6.5–8.5	6.06 ± 1.13
Albumin (g/dL)	3.5–5.5	3.31 ± 0.86
C-reaktif protein (mg/dL)	0–5	4.97 (2.5–13.8)
<u>Lipid profili</u>		
Total kolesterol (mg/dL)	<200	210 (167–267)
LDL kolesterol (mg/dL)	<100	139 (106–183)
HDL kolesterol (mg/dL)	>40	44.5 (34–55)
Trigliserid (mg/dL)	<150	177 (127–255)
<u>İdrar analizi</u>		
Proteinüri (dipstik), n (%)	Negatif	436 (%94.4), pozitif
Hematuri, n (%)	<3 RBC/hpf	264 (%57.1), pozitif
Piyüri, n (%)	<5 WBC/hpf	131 (%28.4), pozitif
Proteinüri (günlük) n (%)	<150 mg/gün	457 (%98.9), pozitif
Medyan protein atılımı (mg/gün)	<150 mg/gün	3345 (1640–6342)
<u>Serolojik testler, n (%)</u>		
HBsAg	Negatif	10 (%2.2)
ANA	Negatif	86 (%18.6)
ANCA	Negatif	46 (%10.0)
p-ANCA	Negatif	28 (%6.1)
c-ANCA	Negatif	18 (%3.9)
Anti-GBM antikoru	Negatif	5 (%1.1)
Herhangi bir otoantikor pozitifliği*	Negatif	129 (%27.9)

Veriler, normal dağılımlı değişkenler için ortalama ± standart sapma, normal dağılımlı olmayan değişkenler için medyan (çeyrekler arası aralık) ve kategorik değişkenler için n (%) olarak sunulmuştur. Laboratuvar değerleri, indeks böbrek biyopsisi sırasında elde edilen ölçümleri yansıtmaktadır. *Herhangi bir otoantikor pozitifliği, en az bir pozitif otoantikoru (ANA, ANCA veya anti-GBM) varlığını gösterir.

Sonuç: On yıllık merkez deneyimimiz, nativ böbrek biyopsilerinde glomerüler hastalıkların baskın olduğunu ve IgA nefropatisinin en sık tanı olmaya devam ettiğini göstermektedir. Sekonder glomerüler hastalıklar arasında AA amiloidoz bölgesel hastalık yükü açısından önemlidir. Tübülointerstisyel ve vasküler patolojilerin oranları, böbrek hastalıklarının yalnızca glomerüler düzeyle sınırlı olmadığını ortaya koymaktadır. Ayrıca olguların yaklaşık üçte birinde birden fazla patolojinin saptanması belirgin klinik ve patolojik heterojeniteye işaret etmektedir. Önceki ulusal çalışmalar çoğunlukla belirli tanı gruplarına odaklanmışken, bu çalışma seçilmemiş bir erişkin kohortta glomerüler, tübüler ve vasküler patolojileri klinik ve prosedürel bağlamıyla birlikte değerlendirerek biyopsi ile doğrulanmış böbrek hastalıklarının gerçek yaşam spektrumunu bütüncül yaklaşımla sunmaktadır.



Yayın No: SS-30

SGLT2 İnhibitörlerinde Antiproteinürik Yanıt Değişkenliği ve Yüksek Yanıtın Belirleyicileri

Davut Eren¹

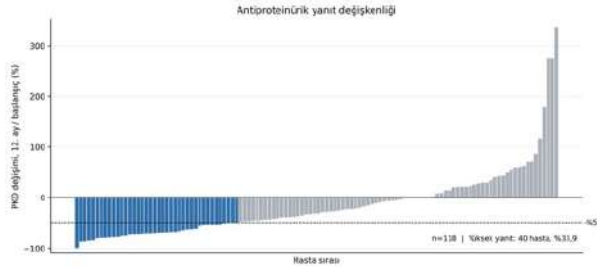
¹Kayseri Şehir Hastanesi

Amaç: Sodyum-glukoz kotransporter-2 inhibitörleri (SGLT2i) diyabetik böbrek hastalığında proteinürinin azaltılmasında etkili ajanlar olmakla birlikte, klinik pratikte bu etkinin hastadan hastaya değiştiği görülmektedir. Bu çalışma, SGLT2i tedavisi altındaki hastalarda antiproteinürik yanıtın 12 aylık seyrini ortaya koymayı ve daha yüksek antiproteinürik yanıt ile ilişkili özellikleri değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

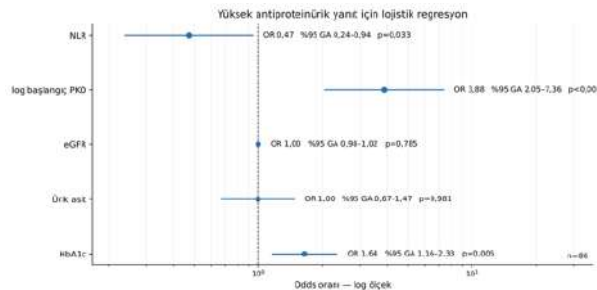
Yöntem: Bu retrospektif çalışmada, hastaların başlangıç, 6. ay ve 12. ay izlem verileri kullanıldı. Ana sonlanım olarak spot idrarda protein/kreatinin oranı (PKO) esas alındı. Antiproteinürik yanıtın zaman içindeki değişimi, log-dönüşümlü PKO değerleri üzerinden hasta düzeyinde rastgele kesişimli lineer karma etkili model ile incelendi. Modelde zamanın yanı sıra başlangıç nötrofil/lenfosit oranı (NLR), tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFR), ürik asit, glikozillenmiş hemoglobin (HbA1c), yaş ve cinsiyet kovaryat olarak yer aldı. İkincil analizde yüksek antiproteinürik yanıt, 12. ayda PKO'da %50 ve üzeri azalma olarak tanımlandı ve bu yanıtın belirleyicileri çok değişkenli lojistik regresyon modeli ile araştırıldı (NLR, log-dönüşümlü başlangıç PKO, eGFR, ürik asit ve HbA1c).

Bulgular: Başlangıç ve 12. ay PKO verisi mevcut olan 118 hastada antiproteinürik yanıtın geniş bir dağılım gösterdiği izlendi. Bu grupta yüksek antiproteinürik yanıt oranı 40 hastada görüldü. (%33,9) olarak bulundu. PKO medyanı başlangıçta 0,37 iken 6. ayda 0,27'ye, 12. ayda 0,22'ye geriledi (Friedman testi, $p < 0,001$). Longitudinal karma etkili modelde de bu eğilim doğrulandı; başlangıca göre 6. ayda yaklaşık %25,5, 12. ayda ise yaklaşık %37,8 oranında gerileme saptandı ($p < 0,001$). Yüksek antiproteinürik yanıtın belirleyicilerini inceleyen çok değişkenli lojistik regresyon analizinde başlangıç NLR düzeyi ile yüksek yanıt olasılığı arasında ters yönlü ilişki gözlemlendi (olasılık oranı [OR] 0,47; %95 güven aralığı [GA] 0,24–0,94; $p=0,033$). Buna karşılık, log-dönüşümlü başlangıç PKO (OR 3,88; %95 GA 2,05–7,36; $p < 0,001$) ve HbA1c (OR 1,64; %95 GA 1,16–2,33; $p=0,005$) yüksek yanıt ile bağımsız olarak ilişkili bulundu. Başlangıç eGFR ve ürik asit düzeyleri ise yüksek yanıtı öngörmeye anlamlı değildi (sırasıyla $p=0,785$ ve $p=0,981$).

Şekil 1. SGLT2 inhibitörü tedavisi altında 12. ayda spot idrarda protein/kreatinin oranı değişiminin waterfall gösterimi



Şekil 2. %50 ve üzeri antiproteinürik yanıtın çok değişkenli lojistik regresyon analizi (forest plot)





28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Tablo 1. Antiproteinürik yanıtın 12 aylık seyri ve yüksek yanıtın çok değişkenli belirleyicileri

	Sonuç	p
A. Antiproteinürik yanıtın longitudinal özeti		
Spot idrarda protein/kreatinin oranı (PKO), başlangıç	0,37 [0,14-0,82]	
Spot idrarda protein/kreatinin oranı (PKO), 6. ay	0,27 [0,12-0,59]	
Spot idrarda protein/kreatinin oranı (PKO), 12. ay	0,23 [0,12-0,44]	
Zaman içi değişim (Friedman testi; tam 3 ölçüm)	n=116	<0,001
Karma etkili model: 6. ay (başlangıca göre)	$\beta=-0,295$	<0,001
Karma etkili model: 12. ay (başlangıca göre)	$\beta=-0,476$	<0,001
Yüksek antiproteinürik yanıt (%50 ve üzeri azalma)	%33,9(n=40)	
B. %50 ve üzeri proteinüride azalma çok değişkenli lojistik regresyon analizi		
NLR	OR 0,47 (0,24-0,94)	0,033
log(Başlangıç PKO)	OR 3,88 (2,05-7,36)	<0,001
eGFR	OR 1,00 (0,98-1,02)	0,785
Ürik asit	OR 1,00 (0,67-1,47)	0,981
HbA1c	OR 1,64 (1,16-2,33)	0,005

Sonuç: SGLT2i tedavisi altında antiproteinürik yanıt klinik olarak anlamlı düzeyde değişkenlik göstermektedir. Yüksek antiproteinürik yanıt olasılığı, daha yüksek başlangıç proteinüri yükü ile artarken, düşük başlangıç NLR düzeyi ile ilişkili görünmektedir. Bu bulgular, SGLT2 tedavisinde yanıt heterojenitesinin yalnızca böbrek fonksiyon düzeyi ile değil, başlangıçtaki proteinüri yükü ve olası inflamatuvar durum ile de ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: SS-31

Probiyotik Kullanımının Kronik Böbrek Hastalarında Kalsiyum Polistiren Sülfonat Toleransına Katkısı: Çok Merkezli Bir Kohort Çalışması

Hakan Özer¹, İsmail Baloğlu²

¹İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği

²Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Kliniği

Amaç: Gastrointestinal intolerans, hiperkalemi tedavisi amacıyla kalsiyum polistiren sülfonat (CPS) kullanan kronik böbrek hastalarında (KBH) tedavinin sürdürülebilirliğini sınırlayan başlıca engellerden biridir. KBH’de böbrek-bağırsak aksının giderek daha fazla önem kazanmasıyla birlikte, probiyotik desteğinin intestinal homeostazı iyileştirerek tedavi tolerabilitesini artırabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada, CPS tedavisine eşlik eden probiyotik kullanımının; tedavi tolerabilitesi, tedaviye uyum ve potasyum kontrolü üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: İki merkezli gözlemsel kohort çalışmasına, serum potasyum düzeyi > 5.5 mEq/L olan ve standart doz CPS (30 g/gün) tedavisi alan non-diyalitik 312 KBH hastası dahil edilmiştir. Hastalar eş zamanlı probiyotik kullanım durumuna göre gruplandırılmıştır. Başlangıç demografik ve laboratuvar parametreleri kaydedilmiştir. Gastrointestinal tolerabilite, 7. günde gastrointestinal semptomlara bağlı tedavi kesilme oranları ve Bristol Dışkı Skalası kullanılarak değerlendirilmiştir. Persistan hiperkalemi, takipte serum potasyum düzeyinin > 5.5 mEq/L olarak saptanması şeklinde tanımlanmıştır.

Bulgular: Toplam 312 hastanın (ortalama yaş 60.3 ± 12.1 yıl; %55.1 kadın) 164’ü probiyotik kullanmaktaydı. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı dışında başlangıç klinik ve biyokimyasal özellikler benzerdi. Tedavi sonrası serum potasyum düzeyi 6.24 ± 0.35 mEq/L’den 5.05 ± 0.64 mEq/L’ye gerilemiştir. Gastrointestinal semptomlara bağlı tedavi kesilme oranı, probiyotik grubunda probiyotik kullanmayan gruba kıyasla anlamlı derecede daha düşüktü (%14.6’ya karşı %37.8; $p = 0.019$). Fizyolojik dışkı paterni (Bristol tip 3–4) probiyotik kullananlarda daha sık gözlenirken (%69.5’e karşı %35.1; $p < 0.001$), şiddetli konstipasyon (tip 1–2) belirgin olarak daha azdı (%7.3’e karşı %45.9). Persistan hiperkalemi oranı da probiyotik grubunda daha düşüktü (%21.9’a karşı %51.3; $p = 0.007$).

Sonuç: CPS tedavisine eklenen probiyotik desteği, non-diyalitik KBH hastalarında gastrointestinal tolerabilitenin artması ve tedavi kesilme oranlarının azalması ile ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular, probiyotik kullanımının hiperkalemi yönetimini optimize etmede ve potasyum bağlayıcı tedaviye uyumu artırmada klinik açıdan anlamlı bir strateji olabileceğini düşündürmektedir. Bulguların doğrulanması ve altta yatan mekanizmaların aydınlatılması için prospektif randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Çalışma grubunun demografik, klinik özellikleri ve gastrointestinal tolerans ile tedavi uyumu verileri

Parameters	Probiotic Group (n=164) n (%)	Non- Probiotic Group (n=148) n (%)	p value
Age (years)	58.88 ± 12.6	61.81 ± 12.8	0.312
Female/Male	108/56	64/84	0.045
BMI (kg/m ²)	24.87 ± 3.86	25.1 + 4.14	0.800
Urea (mg/dL)	80.59 ± 50.22	85.88 ± 38.98	0.603
Serum Creatinine (mg/dl)	2.36 ± 1.54	2.68 ± 1.63	0.378
Initial Potassium Level (meq/L)	6.2 ± 0.28	6.28 ± 0.41	0.285
Discontinue treatment due to gastrointestinal symptoms	24 (%14.6)	56 (%37.8)	0.019
Bristol Stool Scale			
1-2	12 (%7.3)	68 (%45.9)	<0.001
3-4	114 (%69.5)	52 (%35.1)	
5-6	38 (%23.1)	28 (%18.9)	
Post-treatment Hyperkalemia	36 (%21.9)	76 (%51.3)	0.007



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: SS-32

Yoğun Bakımda Kültür Pozitif Enfeksiyon Hastalarında GLIM Kriterlerine Göre Tanımlanan Malnütrisyonun Akut Böbrek Hasarı, Hemodiyaliz Gereksinimi ve Mortalite ile İlişkisi

İlayda Eren Ceran¹, Gül Bayat¹, Hülya Çolak¹

¹bayraklı İzmir Şehir Hastanesi

Amaç: Enfeksiyon ilişkili sistemik inflamasyon, hem malnütrisyon hem de AKİ gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Bu çalışmada, yoğun bakımda kültür pozitif enfeksiyon nedeniyle takip edilen hastalarda Küresel Beslenme Yetersizliği Liderlik Girişimi (GLIM) kriterlerine göre tanımlanan malnütrisyonun aki gelişimi, hemodiyaliz gereksinimi ve hastane içi mortalite ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: OCAK 2026 ve Şubat 2026 tarihleri arasında İzmir Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesinde takip edilen kültürlerinde üremesi olan hastalar üzerinde tek merkezli, retrospektif bir çalışma yapılmıştır. Çalışmaya toplam 64 hasta dahil edildi bunların 28'i kadın 36'sı erkek idi. Laboratuvar parametreleri, hastanın ateşinin olduğu ve kültür alındığı güne ait değerler kullanılarak kaydedildi. Malnütrisyon GLIM kriterlerinin, aşağıda belirtilen fenotipik ve etiyolojik kriterine göre tanımlandı. Fenotipik kriter olarak düşük vücut kitle indeksi ($< 70 \text{ yaş} < 20 \text{ kg/m}^2$; $\geq 70 \text{ yaş} < 22 \text{ kg/m}^2$, etiyolojik kriter olarak aktif enfeksiyon varlığı kullanıldı. Hastaların bazal kreatinin değerlerinin $0.6-1.1 \text{ mg/dL}$ aralığında olduğu bilindiğinden, AKİ değerlendirmesi konservatif eşiklerle yapıldı: $\Delta \text{Kreatinin} \geq 0.3 \text{ mg/dL}$ karşılığı olarak KREATİNİN $\geq 1.4 \text{ mg/dL}$ ≥ 1.5 kat artış karşılığı olarak KREATİNİN $\geq 1.65 \text{ mg/dL}$ Primer sonlanım noktası AKİ gelişimi; sekonder sonlanım Hemodiyaliz gereksinimi (HD) ve hastane içi mortalite idi.

Bulgular: Toplam 64 hastanın %37.5'i (n=24, 14:Erkek, 10:Kadın) GLIM (+) olarak sınıflandırıldı. AKİ ($\Delta \text{Kre} \geq 0.3 \text{ mg/dL}$ eşik) GLIM (+): %91.7 (n=22) GLIM (-): %77.5 (n=31) AKİ (≥ 1.5 kat artış eşik) GLIM (+): %91.7 (n=22) GLIM (-): %62.5 (n=25) GLIM (+) hastalarda 1.5 kat kreatinin artışı kriterine göre AKİ oranı belirgin olarak daha yüksekti (OR ≈ 6.6). Hemodiyaliz gereksinimi GLIM (+): %12.5 (Erkek:1, Kadın:2) GLIM (-): %12.5 (Erkek:2, Kadın:3) Hastane içi mortalite GLIM (+): %25.0 (7 Hasta — > Erkek:3, Kadın:4) GLIM (-): %40.0. (15 hasta — > Erkek:9, Kadın:6) Yoğun Bakımda Kültür Pozitif Enfeksiyon Hastalarında GLIM Kriterlerine Göre Tanımlanan Malnütrisyonun AKİ, Hemodiyaliz Gereksinimi ve Mortalite ile İlişkisi

Sonuç: Yoğun bakımda kültür pozitif enfeksiyon nedeniyle izlenen hastalarda, GLIM kriterlerinin fenotipik bileşeni olan düşük VKİ ile tanımlanan malnütrisyon, özellikle 1.5 kat kreatinin artışı ile tanımlanan AKİ ile anlamlı ilişki göstermektedir. Enfeksiyon tek başına AKİ gelişimi için yeterli olmayabilir. Ancak enfeksiyona malnütrisyon eşlik ettiğinde, hastaların aki gelişme riski artmaktadır. Bu bulgular yoğun bakımda yatan enfektif hastalarda nutrisyonel durumun değerlendirilmesinin önemli olduğunu göstermektedir. Enfekte hastalarda malnütrisyonun önlenmesi ve uygun beslenme desteği sağlanması, AKİ veya şiddetini azaltmaya katkı sağlayabilir. Çalışmamızın temel mesajı; enfeksiyonun yanında malnütrisyonun da AKİ gelişiminde belirleyici bir faktör olabileceğidir.



Yayın No: SS-33

Periton Diyalizinde Günlük Glukoz Maruziyeti ile Rezidüel Renal Fonksiyon Kaybı İlişkisi: Çok Merkezli Bir Kohort Çalışması

Deniz Aral Özbek¹, Emre Çankaya², Ezgi Coşkun Yenigün², Yunus Erdem¹, Fatih Dede², Hacı Hasan Yeter¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

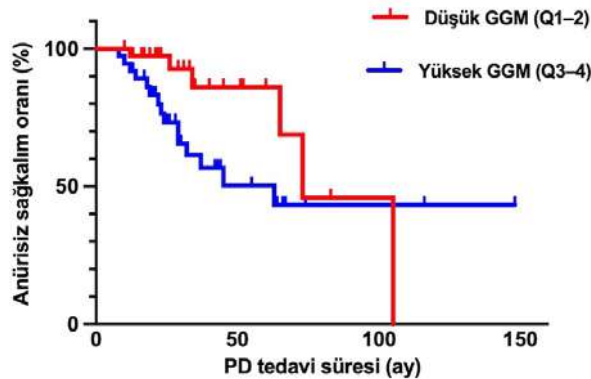
²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Amaç: Rezidüel renal fonksiyonunun (RRF) korunması, periton diyalizi (PD) hastalarında klinik sonuçların en önemli belirleyicilerinden biridir. Glukoz bazlı PD solüsyonlarına bağlı gelişen kümülatif günlük glukoz maruziyetinin (GGM) RRF üzerine olumsuz etkileri olabileceği tartışılmış; ancak GGM'nin PD modalitesi ve reçete özelliklerinden bağımsız olarak RRF üzerindeki etkisi daha önce literatürde araştırılmamıştır. Bu çalışmanın amacı PD hastalarında günlük glukoz maruziyeti ile RRF kaybı arasındaki bağımsız ilişkiyi araştırmaktır.

Yöntem: Çalışma iki merkezden toplam 76 PD hastasını içeren çok merkezli gözlemsel bir tasarım ile yürütüldü. Günlük idrar miktarı < 1000 mL/gün olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. GGM, rezidüel böbrek fonksiyonunda %50 azalma gerçekleşene kadar Sheresource ADEQUEST sistemi kullanılarak hesaplandı. Çalışmanın birincil sonlanım noktası olan anüri, 24 saatlik idrar miktarının < 100 mL/gün olması olarak tanımlandı. İkincil sonlanım noktaları anüriye kadar geçen süre, PD teknik sağkalımı, peritonit gelişimi olarak belirlendi. GGM ile anüri arasındaki ilişki çok değişkenli lojistik regresyon ve Cox regresyon modelleri kullanılarak incelendi. PD modalitesi ve reçete tipi için ek duyarlılık analizleri yapıldı. Kaplan–Meier analizi ile düşük (Q1–Q2) ve yüksek (Q3–Q4) GGM grupları arasında anürisiz sağkalım karşılaştırıldı. ROC analizi ile GGM'nin anüri gelişimi üzerindeki tanısal performansı değerlendirildi.

Bulgular: Anüri gelişen hastalarda PD süresi daha uzun ve RRF'ye göre düzeltilmiş günlük glukoz maruziyeti daha yüksek bulundu (Tablo 1). Çok-değişkenli lojistik regresyon analizinde, daha yüksek RRF-düzeltilmiş GGM anüri ile bağımsız olarak ilişkili bulundu (OR: 1.66, %95 GA:1.08–2.55). Cox regresyon analizinde GGM'deki her 10 g/gün artış, anüri riskinde %29 artış ile ilişkiliydi (HR: 1.29 (%95 GA:1.07–1.57, p=0.008)). Sonuçlar, PD modalitesi ve reçete tipine göre yapılan duyarlılık analizlerinde de benzer şekilde bulundu. Kaplan–Meier analizinde yüksek GGM grubunda anürisiz sağkalımın anlamlı olarak daha kısa olduğu gösterildi (log-rank p < 0.001) (Şekil 1). ROC analizinde RBF-düzeltilmiş GGM'nin anüri için orta-iyi derecede ayırt edici performansa sahip olduğu saptandı (AUC: 0.746 (%95 GA:0.61–0.87), p=0.02) (Şekil 2). GGM ile PD teknik sağkalımı ve peritonit gelişimi ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

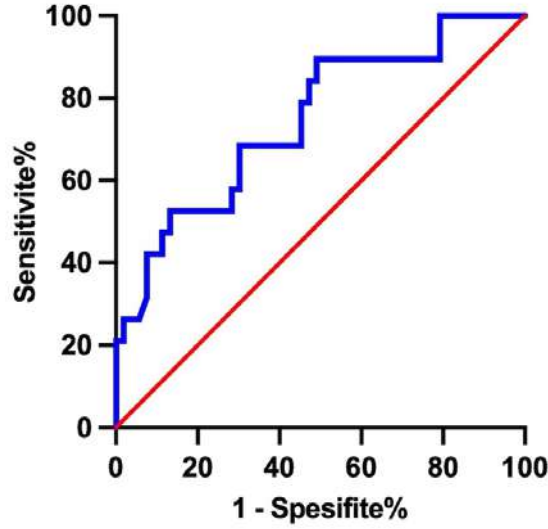
Şekil 1



RRF'ye göre düzeltilmiş günlük glukoz maruziyetine göre (alt çeyrekler Q1–2 ve üst çeyrekler Q3–4) anürisiz sağkalımı gösteren Kaplan–Meier eğrileri. Düşük ve yüksek glukoz maruziyeti grupları arasındaki farklar log-rank testi ile değerlendirildi.



Şekil 2



RRF'ye göre düzeltilmiş günlük glukoz maruziyetinin anüriyi öngörmedeki ayırt edici performansını gösteren ROC (Receiver Operating Characteristic) eğrisi.

Tablo 1

	Anüri (n=21)	Anüri yok (n=54)	Toplam (n=75)	p değeri
Yaş (yıl)	49.38 ± 2.25	55.61 ± 1.91	53.7 ± 1.54	0.07
Kadın cinsiyet (%)	11 (52.4%)	28 (51.9%)	39 (52.0%)	0.99
PD modalitesi (APD %)	8 (38.1%)	25 (46.3%)	33 (44.0%)	0.609
Reçete tipi (Artırımlı %)	12 (57.1%)	33 (61.1%)	45 (60.0%)	0.797
PD süresi (ay)	46 (36–70.8)	31 (21–45)	34 (22–54)	0.001
Diabetes mellitus (%)	3 (14.3%)	14 (25.9%)	17 (22.7%)	0.366
ASCVD (%)	6 (28.6%)	9 (16.7%)	15 (20%)	0.335
RAAS inhibitörü kullanımı (%)	6 (28.6%)	28 (51.9%)	34 (45.3%)	0.078
Diüretik kullanımı (%)	14 (66.7%)	31 (57.4%)	45 (60%)	0.601
Başlangıç idrar hacmi (mL/gün)	1680 (1400–2300)	1750 (1300–2300)	1700 (1250–2300)	0.267
Peritonit öyküsü (%)	9 (42.9%)	18 (33.3%)	27 (36.0%)	0.593
RRF'ye göre düzeltilmiş GGM (g/gün)	53.09 ± 6.04	34.62 ± 1.77	39.5 ± 2.25	0.008

Hastaların anüri durumuna göre başlangıç özellikleri

Sonuç: PD hastalarında artan GGM'nin, tedavi modalitesi ve reçete tipinden bağımsız olarak rezidüel renal fonksiyonunun daha hızlı kaybı ve daha erken anüri gelişimi ile ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular, PD hastalarında RRF'nin korunması için glukoz maruziyetini azaltmaya yönelik stratejilerin kritik öneme sahip olabileceğini düşündürmektedir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: SS-35

Böbrek Nakli Alıcılarında Pulse Wave Velocity ile Değerlendirilen Arteriyel Sertlik ve İlişkili Faktörler

Erhan Eröz¹, İlker Atay¹, Yelda Deligöz Bildacı¹, Berfu Korucu¹, Mehmet Ası Oktan¹, Cihan Heybeli¹, Caner Çavdar¹, Serpil Müge Değer¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı

Amaç: Böbrek nakli, böbrek yerine koyma tedavileri arasında kardiyovasküler mortalitenin en düşük olduğu tedavi yöntemidir. Arteriyel sertlik, kardiyovasküler mortalitenin güçlü bir belirteci olarak öne çıkmaktadır. Bu çalışmanın amacı, böbrek nakli alıcılarında demografik özellikler, eşlik eden hastalıklar ve kullanılan ilaçların arteriyel sertlik üzerindeki etkilerini incelemektir.

Yöntem: Kasım 2025 – Ocak 2026 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Böbrek Nakli Polikliniği'ne başvuran ve nakil öncesi, nakil süreci ile nakil sonrası dosya bilgilerine ulaşılabilen 106 böbrek nakli hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, eşlik eden hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar kaydedildi. Vasküler sertlik ölçümleri, Mobil-O-Graph cihazı kullanılarak brakial arter üzerinden gerçekleştirildi ve nabız dalga hızı (pulse wave velocity, PWV) verileri elde edildi. Elde edilen PWV değerleri hastalara ait değişkenlerle ilişkilendirilerek istatistiksel analizler yapıldı.

Bulgular: Yapılan çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde yaş, cinsiyet, diabetes mellitus varlığı ve ortalama arter basıncı PWV ile bağımsız olarak ilişkili bulundu. Yaşın PWV ile en güçlü ilişkiyi gösteren değişken olduğu saptandı, yaş arttıkça PWV değerlerinin anlamlı şekilde yükseldiği görüldü (B=0,109; %95 GA: 0,102–0,116; p < 0,001). Ortalama arter basıncındaki artışın da PWV değerlerinde anlamlı artış ile ilişkili olduğu saptandı (B=0,032; %95 GA: 0,027–0,037; p < 0,001). Ayrıca erkek cinsiyet (B=0,245; %95 GA: 0,089–0,401; p=0,002) ve diyabet varlığı (B=0,259; %95 GA: 0,069–0,450; p=0,008) daha yüksek PWV değerleri ile ilişkili bulundu. Buna karşın nakil öncesi diyaliz öyküsü, hipertansiyon varlığı, renin-angiotensin sistem blokajı kullanımı, kalsiyum kanal blokleri kullanımı, SGLT2 inhibitörü kullanımı, kalsinörin inhibitörü kullanımı ve güncel glomerüler filtrasyon hızı (GFH) ile PWV arasında bağımsız bir ilişki saptanmadı.

PWV ile İlişkili Faktörler

Değişken	Beta	B	p değeri	%95 GA Alt Sınır	%95 GA Üst Sınır
Erkek Cinsiyet	0,075	0,245	0,002	0,089	0,401
Yaş	0,886	0,109	<0,001	0,102	0,116
Nakilden Önce Diyalize Girme	-0,010	-0,034	0,679	-0,195	0,128
Hipertansiyon	-0,057	-0,257	0,105	-0,570	0,055
Diyabet	0,077	0,259	0,008	0,069	0,450
RAS Blokajı	0,005	0,015	0,873	-0,176	0,207
Kalsiyum Kanal Blokeri	0,004	0,012	0,892	-0,165	0,189
SGLT2 İnhibitörü	-0,041	-0,211	0,121	-0,480	0,057
Kalsinörin İnhibitörü	-0,021	-0,087	0,410	-0,295	0,121
Güncel GFH	0,002	0,000	0,930	-0,003	0,003
Ortalama Arter Basıncı	0,298	0,032	<0,001	0,027	0,037



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C

20-24 MAYIS 2026



Sonuç: Bu çalışmada böbrek nakli alıcılarında arteriyel sertliğin bir göstergesi olan PWV'nin başlıca belirleyicilerinin yaş, ortalama arter basıncı, erkek cinsiyet ve diyabet varlığı olduğu gösterilmiştir. Özellikle yaş ve kan basıncı düzeyleri PWV ile en güçlü ilişkiyi gösteren faktörler olarak öne çıkmıştır. Buna karşın nakil öncesi diyaliz öyküsü, güncel böbrek fonksiyonu ve immünsüpresif ya da antihipertansif tedaviler ile PWV arasında bağımsız bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgular böbrek nakli alıcılarında damar sertliğinin büyük ölçüde yaşlanma ve hemodinamik faktörlerle ilişkili olduğunu ve kan basıncı kontrolünün vasküler sağlığın korunmasında önemli olabileceğini düşündürmektedir.



Yayın No: SS-36

PLA2R-Pozitif Primer Membranöz Nefropatide Obinutuzumab Tedavisinin Klinik ve İmmünolojik Etkinliği: Bireysel Hasta Verilerine Dayalı Sistemik Derleme ve Havuz Analiz

İlker Atay¹, Erhan Eröz¹, Cihan Heybeli¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı

Amaç: Obinutuzumab, PLA2R ilişkili membranöz nefropati (MN) hastalarında giderek artan sıklıkta kullanılmaktadır. Ancak literatürde bildirilen sonuçlar; hasta seçimi, yanıt tanımları ve takip süresi açısından belirgin heterojenite göstermektedir. Bu nedenle remisyon paternlerini ve remisyon oranlarını etkileyen faktörleri daha iyi karakterize etmek amacıyla bireysel katılımcı verilerine dayalı (IPD) bir havuzlanmış analiz gerçekleştirildi.

Yöntem: MEDLINE, Web of Science, SCOPUS ve gri literatür sistematik olarak tarandı. Uygun olgu sunumları ve olgu serilerinden elde edilen bireysel hasta verileri (IPD) klinik ve immünolojik remisyon oranlarını değerlendirmek amacıyla havuzlandı.

Bulgular: Toplam 19 yayından 89 hasta analize dahil edildi. Hastaların çoğu (%64) Çin kaynaklı çalışmalardan bildirildi. Medyan 10 aylık takip süresi boyunca genel klinik ve immünolojik remisyon oranları sırasıyla %83 ve %88,7 olarak bulundu. Daha önce immünsüpresif tedavilere dirençli olan hastalarda tam remisyon oranı, daha önce tedaviye yanıt vermiş hastalara kıyasla anlamlı olarak daha düşüktü (%23,5 vs. %61,5; p = 0,012). En az 12 ay takip edilen hastalarda klinik remisyon daha sık gözlemlendi (%92,6 vs. %75; p = 0,026). Bildirilen sonuçlarda coğrafi farklılıklar dikkat çekmekte olup, bunun takip süresi ve yayın tipi farklılıklarından etkilendiği düşünülmektedir. Yan etkiler tutarsız biçimde raporlanmış olmakla birlikte, bildirildiğinde çoğunlukla hafif-orta şiddetteydi.

Duyarlılık Analizi ve Genel Yanıt Oranları

Grup	N	Takip (ay)	Klinik Yanıt (TR+PR)	Tam Remisyon (TR)	İmmünolojik Yanıt	Relaps
Tümü	89	10	74 (%83)	25/83 (%30)	63/71 (%89)	5
Çin	64	8,5	50 (%78,1)*	15 (%23,4)	41/48 (%85,4)	5
Diğer ülkeler	25	12	24 (%96)	10 (%40)	22/23 (%95,7)	Yok
Önceki tedavilere dirençli	57	12	45 (%78,9)	12/51 (%23,5)*	40/46 (%87)	4
Kısmi yanıt / relaps	13	12	13 (%100)	8/13 (%61,5)	13 (%100)	1
İlk basamak tedavi	19	6	16 (%84,2)	5 (%26,3)	10/12 (%83,3)	0
Kurtarma tedavisi	70	12	58 (%82,9)	20/64 (%31,3)	53/59 (%89,8)	5
Olgular serisi	80	10	65 (%81,3)	24/74 (%32,4)	54/62 (%87,1)	4
Olgular sunumu	9	14	9 (%100)	1 (%11,1)	9 (%100)	1
Takip ≥12 ay	41	15	38 (%92,7)*	16 (%39)	35/37 (%94,6)	4
Takip <12 ay	48	6	36 (%75)	9/42 (%21,4)	28/34 (%82,4)	1

Sonuç: Bu IPD analizi, obinutuzumab tedavisi sonrası gözlenen remisyon oranlarının, önceki tedaviye yanıt durumu ve takip süresinden güçlü biçimde etkilendiğini göstermektedir. Bulgularımız, PLA2R ilişkili MN’de tedavi sonuçlarının yorumlanmasında standartlaştırılmış yanıt kriterleri ve yeterli uzun dönemli takip gerekliliğini vurgulamaktadır.



Yayın No: SS-37

Hemodiyaliz Hastalarında Kırılgenlik ve Sarkopeni

Özüm Alpay¹, Tülin Akagün², Ceren Varer Akpınar³, Özdem Kavraz Tomar²

¹Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Anabilim Dalı

³Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Amaç: Hemodiyaliz, son dönem böbrek yetmezliği tablosundaki bireyler için yaşamı sürdürücü nitelikte, vazgeçilmez bir renal replasman tedavisi olmasının yanı sıra uzun dönemde hastaların fiziksel, fonksiyonel ve psikososyal sağlık durumlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu hasta grubunda özellikle kırılgenlik ve sarkopeni, iki önemli klinik sendrom olarak öne çıkmaktadır. Araştırmamız, hemodiyaliz tedavisi almakta olan hastalarda kırılgenlik ile sarkopeni prevalansını ve aralarındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Çalışmamız Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde dahil edilme kriterlerini karşılayan 121 hastayı kapsamaktadır. Hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum), antropometrik ölçümleri (boy, kuru ağırlık, beden kitle indeksi), klinik verileri (tedavi süresi, komorbiditeler) ve laboratuvar parametreleri (KT/V, URR, üre, kreatinin, albümin, CRP, hemoglobin, sodyum, potasyum, kalsiyum, fosfor, bikarbonat) kaydedilmiştir. Hastalara kırılgenlik değerlendirmesi için FRAIL; sarkopeni riski için ise SARC-F ölçeği uygulanmıştır. Daha sonra kaliper ile triceps deri kıvrım kalınlığı ve el dinamometresi ile kavrama gücü ölçümü yapılarak kas kütlesi ve gücü değerlendirilmiştir. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 25.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tüm analizlerde %95 güven aralığı hesaplanmış ve anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

FRAIL Ölçeği

FRAIL ÖLÇEĞİ	1	0
Yorgunluk: "Son 4 haftanın ne kadarında kendinizi yorgun hissettiniz?" 1=Her zaman 2=Çoğu zaman 3=Bazı zamanlarda 4=Çok az zaman 5=Hiçbir zaman (cevap 1 veya 2 ise 1 puan verilir, diğerlerinin hepsine 0 puan verilir)	1 veya 2	3 veya 4 veya 5
Direnç: "Kendi başınıza ve yardımcı cihaz kullanmadan, 10 basamak merdiveni dinlenmeden çıkmakta zorluk çekermisiniz?"	Evet	Hayır
Dolaşma: "Kendi başınıza ve yardımcı cihaz kullanmadan, birkaç yüz metreyi yürümekte zorluk çekermisiniz?"	Evet	Hayır
Hastalık: "Bir doktor size hiç şu hastalıklarınız olduğunu söyledi mi?" (Hipertansiyon, diyabet, kanser (küçük cilt kanseri dışında), kronik akciğer hastalığı, kalp krizi, konjestif kalp yetmezliği, anjina, astım, artritis, inme, böbrek hastalığı) (0-4 hastalık=0 puan, 5-11 hastalık=1 puan)	5-11 hastalık	0-4 hastalık
Kilo kaybı: "Kıyafetleriniz üzerinizdeyken ama ayakkabısızken kaç kilosunuz? (şu andaki ağırlık)" "Bir yıl önce ...yılım...ayında kıyafetleriniz üzerinizdeyken ama ayakkabısızken kaç kiloydunuz? (bir yıl önceki ağırlık)" Ağırlık değişikliği yüzdesi şu formül ile hesaplanır: ((bir yıl önceki ağırlık-şu andaki ağırlık)/bir yıl önceki ağırlık)x100 Ağırlık değişikliği yüzdesi >5 ise (%5 kilo kaybını temsil eder) 1 puan verilir, <5 ise 0 puan verilir)	≥%5 kilo kaybı	<%5 kilo kaybı
TOPLAM PUAN		

Bu anket çalışması, "Hemodiyaliz Hastalarında Kırılgenlik ve Sarkopeni" başlıklı tez çalışması kapsamında yüz yüze olarak katılımcılara uygulanacaktır.

Sorumlu Araştırmacı:

Prof. Dr. Tülin Akagün

0 puan robust/non-frail, 1-2 puan pre-frail, 3 ve üzeri puan ise frail olarak sınıflandırılmaktadır.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



SARC-F Ölçeği

SARC-F
(SARKOPENİ TARAMA TESTİ)²⁻⁴

1. KUVVET
Hastanız 5 kg'lık bir ağırlığı kaldırma ve taşımakta zorlanıyor mu?
* 5 kg yaklaşık olarak 1 litrelik bir suya eşittir.

Hayır ☐ Skor = 0 Biraz ☐ Skor = 1 Çok zor veya yapamıyor ☐ Skor = 2

2. YÜRÜMEDE YARDIM
Hastanız oda içinde yürümekte zorlanıyor mu?

Hayır ☐ Skor = 0 Biraz ☐ Skor = 1 Çok zor/destekte/yapamıyor ☐ Skor = 2

3. SANDALYEDEN KALKMA
Hastanız sandalye veya yataktan kalkarken zorlanıyor mu?

Hayır ☐ Skor = 0 Biraz ☐ Skor = 1 Çok zor veya yardımsız yapamıyor ☐ Skor = 2

4. MERDİVEN ÇIKMA
Hastanız 10 basamak merdiven çıkarken zorlanıyor mu?

Hayır ☐ Skor = 0 Biraz ☐ Skor = 1 Çok zor veya yapamıyor ☐ Skor = 2

5. DÜŞME
Hastanız son 1 yılda kaç kez düştü?

Hiç ☐ Skor = 0 1-3 kez ☐ Skor = 1 4 kez veya daha fazla ☐ Skor = 2

Sarkopeni riskini ölçmek için cevapları toplayınız.

HASTANIZIN MUST SKORU: HASTANIZIN SARC-F SKORU:

MUST Skoru = 0: Düşük mortalite riski SARC-F Skoru 4 ve üzeri ise sarkopeni göstermektedir.

SARC-F ölçeği ile toplam puanın ≥ 4 olması sarkopeni için artmış risk göstergesidir.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması $62,5 \pm 10,5$ yıl olup %69,4'ü erkektir. Çalışmaya katılan hasta grubunun büyük çoğunluğunu evli erkekler oluşturmakta olup hipertansiyon ve diyabet en sık görülen komorbiditeler olarak öne çıkmıştır. FRAIL ölçeğine göre %28,9'u robust, %43,8'i pre-frail ve %27,3'ü frail bulunurken, SARC-F ölçeğine göre artmış sarkopeni riski taşıyan grup %36,4 saptanmıştır. Çalışmamızda kırılgnlık durumu ile boy, sarkopeni riski, kavrama gücü, KT/V, kreatinin, albümin; sarkopeni riski ile diyaliz süresi, kırılgnlık durumu, kavrama gücü, albümin, CRP, bikarbonat arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, SARC-F skorundaki her bir puanlık artışın pre-frail olma olasılığını 2,37, frail olma olasılığını ise 3,88 kat artırdığı; kırılgnlık skorundaki her bir birimlik artışın sarkopeni riskini yaklaşık beş kat artırdığı gösterilmiştir.

Kırılgnlık ve Sarkopeni Durumlarına Göre Sayısal ve Kategorik Veriler

Kırılgnlık Durumlarına Göre Sayısal ve Kategorik Veriler				
Parametre	Non-Frail	Pre-frail	Frail	p değeri
Boy (cm) Ort. $\pm$ SS	166,71 $\pm$ 7,969	170,42 $\pm$ 7,518	164,15 $\pm$ 10,9	0,007
SARC-F Ölçeği Skoru n (%)				0,000
Sağlıklı	35 (%45,5)	37 (%48,1)	5 (%6,5)	
Artmış Sarkopeni Riski	0 (%0,0)	16 (%36,4)	28 (%63,6)	
Kavrama Gücü (kg) n (%)				0,002
Kadın <16 kg	20 (%23)	36 (%41,4)	31 (%35,6)	
Erkek <27 kg				



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Kadın ≥ 16 kg	15 (%44,1)	17 (%50)	2 (%5,9)	
Erkek > 27 kg				
KT/V n (%)				0,032
KT/V $\geq 1,4$ (Diyaliz etkin grup)	21 (%29,6)	25 (%35,2)	25 (%35,2)	
KT/V $< 1,4$ (Diyaliz etkin olmayan grup)	14 (%28,0)	28 (%56,0)	8 (%16,0)	
Kreatinin (mg/dL) Ort. $\pm$ SS	6,6449 $\pm$ 1,68746	7,2611 $\pm$ 2,09190	5,9467 $\pm$ 1,90702	0,010
Albümin (g/L) n (%)				0,017
Albümin $< 3,5$	3 (%12)	10 (%40)	12 (%48)	
Albümin $\geq 3,5$	32 (%33,3)	43 (%44,8)	21 (%21,9)	
Sarkopeni Durumlarına Göre Sayısal ve Kategorik Veriler				
Parametre	Sağlıklı	Artmış Sarkopeni Riski	p değeri	
Diyaliz Süresi (Yıl) Ort. $\pm$ SS	4,2812 $\pm$ 5,15485	6,2802 $\pm$ 5,58658	0,049	
FRAIL Ölçeği Skoru n (%)			0,000	
Non-frail	35 (%100)	0 (%0,0)		
Pre-frail	37 (%69,8)	16 (%30,2)		
Frail	5 (%15,2)	28 (%84,8)		
Kavrama Gücü (kg) n (%)			0,002	
Kadın < 16 kg	48 (%55,2)	39 (%44,8)		
Erkek < 27 kg				
Kadın ≥ 16 kg	29 (%85,3)	5 (%14,7)		
Erkek ≥ 27 kg				
Albumin (g/L) n (%)			0,022	
Albumin $< 3,5$	11 (%44)	14 (%56)		
Albumin $\geq 3,5$	66 (%68,8)	30 (%31,3)		
CRP (mg/L) n (%)			0,034	
CRP ≤ 5	38 (%74,5)	13 (%25,5)		
CRP > 5	39 (%55,7)	31 (%44,3)		
Bikarbonat (mmol/L) n (%)			0,006	
HCO ₃ ≤ 22	59 (%72)	23 (%28)		
HCO ₃ > 22	18 (%46,2)	21 (%53,8)		

Bu tabloda yalnızca istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanan parametrelere yer verilmiştir.

Sonuç: Bu çalışma ile hemodiyaliz hastalarında kırılgnlık ve sarkopeni prevalanslarının yüksek ve bu iki klinik durumun birbirleriyle güçlü bir ilişki içinde olduğunu gösterilmiştir. Elde edilen bulgular, hemodiyaliz hastalarında kırılgnlık ve sarkopeni ile klinik, biyokimyasal ve fonksiyonel parametreler arasında da anlamlı bir ilişki bulunduğunu göstermektedir. Bu çalışma, kırılgnlık ve sarkopeninin birlikte değerlendirilmesinin, hemodiyaliz popülasyonunda prognoz tahmini ve tedavi planlamasında önemli katkılar sağlayacağını güçlü şekilde ortaya koymaktadır.



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

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



POSTER BİLDİRİLER



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-01

Ev Hemodiyalizi ve Böbrek Nakil Hastalarında Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Karşılaştırılması

Aykut Yaman¹, Hakan Akdam², Yavuz Yeniçerioğlu²

¹Tekirdağ Devlet Hastanesi

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi

Amaç: Arteriyel sertlik esansiyel hipertansiyon, tip II diyabetes Mellitus gibi KVH gelişimi için riskli olan hastalıklarda, kardiyovasküler olay gelişimi için bağımsız bir prediktif değere sahiptir. Günümüzde EHDi ve böbrek nakliasyon yapılan hastalarda arteriyel sertliğin prognostik değeri ile ilgili bilgiler sınırlıdır. Arteriyel sertliğin belirteçlerinden biri olan nabız dalga hızı (PWV; Pulse wave velocity) ve artırma göstergesi (AI, Augmentation index), vasküler hasarın şiddetini belirlemede kullanılan invaziv olmayan yöntemlerdir. Bu çalışmada ünitemizde EHD tedavisi alan hastalar ile polikliniğimizde takipli böbrek nakli hastalarının arteriyel sertlik ve diğer kardiyovasküler risk faktörlerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bilinen kardiyovasküler hastalığı olmayan EHDi tedavisi alan 25 hasta ile Nefroloji polikliniğimizde takipli böbrek nakli (kadavra veya canlı böbrek nakli) olmuş 38 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastalar retrospektif olarak değerlendirilen hastalarda HAZİRAN 2020 – HAZİRAN 2021 tarihleri arasındaki hasta dosyasına kayıtlı Mobil-o-Graph® arteriyel sertlik ölçümleri, biyokimyasal-hematolojik tetkik sonuçlarından verilerinin elde edildi. Tüm hastaların demografik verileri (yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, eşlik eden hastalıklar, sigara, kullandığı ilaçlar) hasta dosyasından – hastane kayıtlarından elde edildi

Bulgular: Arteriyel sertlik için Mobil-o-Graph ile yapılan ölçümler PWV ortancaları EHDi alan grupta 7,1480 m/sn iken böbrek nakliasyon yapılan grupta 7,186 m/sn olarak bulundu (p=0,918).

Sonuç: Çalışmamızda kardiyovasküler mortalite yönünden olumlu etkileri gösterilmiş EHD hastalarıyla; böbrek nakli olan hastaların arteriyel sertlikleri karşılaştırılmıştır. EHDi alan grubun arteriyel sertlik olarak böbrek nakilli hastalarla benzer olduğu gösterilmiştir. EHDi böbrek nakliasyon gerçekleşene kadar kardiyovasküler mortalitenin azaltılmasında etkilidir.



Yayın No: P-02

Hamilelik boyunca fabrika işçisi olmanın istenmeyen sonucu: ailesel otozomal dominant distal tübüler asidoza yol açan sporadik bir mutasyon.

Kübra Kaynar¹, Emre Ozan Dirican², Ahsen Keleş³, Şükrü Ulusoy¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Trabzon

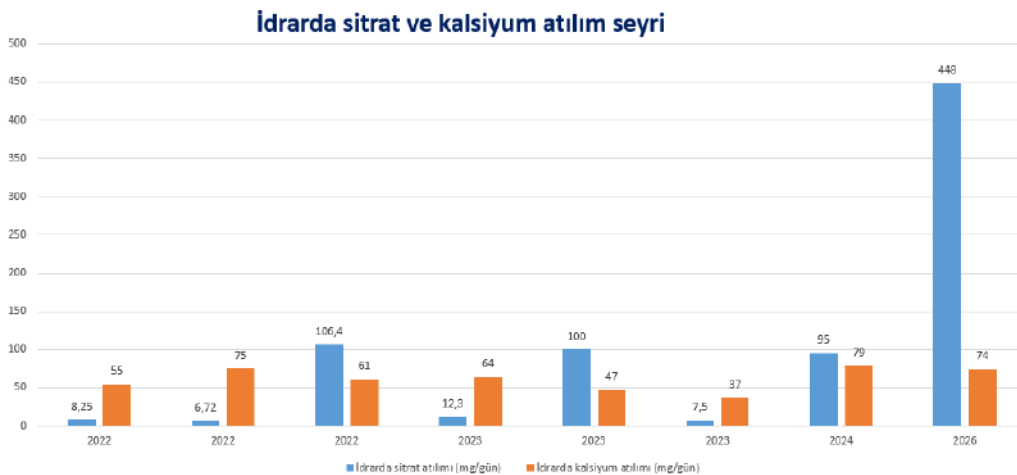
²Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Trabzon

³Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Trabzon

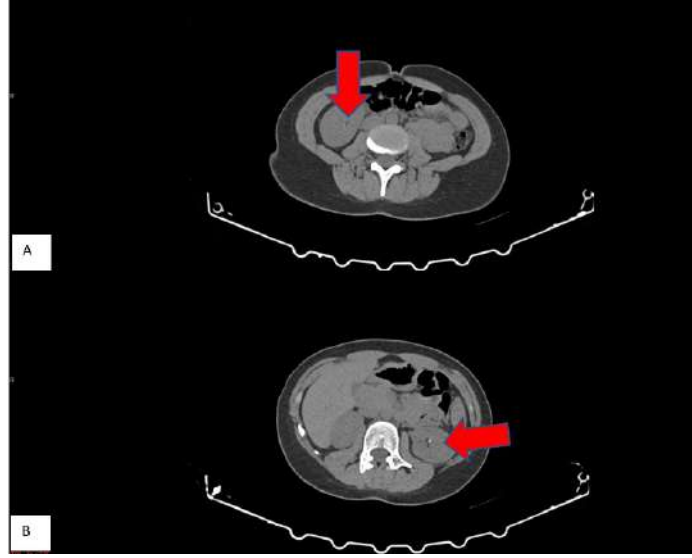
Giriş: Anyon açıklığının (AG) normal veya artmış olmasına göre sınıflandırılan metabolik asidoz (MA), bikarbonat kaybının daha yüksek ve/veya asit atılımının üretimlerinden daha düşük olması durumunda gelişir. Hiperkloremik (normal AG) MA genellikle büyük hacimli ishal, üreterosigmoidostomi sonrası ve renal tübüler asidoz (RTA) gibi durumlardan kaynaklanır. Konjenital ve/veya edinilmiş durumlar, dört (proksimal, distal, hem proksimal hem distal birlikte ve hiperkalemik) tipi olan RTA'ya neden olabilir. Tip 1 veya klasik RTA olarak da bilinen distal RTA (dRTA) prevalansı < 1:100 000 olan çok nadir bir hastalıktır. Burada, sporadik bir mutasyon nedeniyle ortaya çıkan ve sonraki nesilde kalıtsal hale gelen dRTA'lı iki hastayı (baba ve kızını) sunuyoruz.

Vaka: Ebeveynleri arasında akrabalık bulunan ve sadece babasında dRTA'ya bağlı nefrolitiasis ve buna sekonder kronik böbrek hastalığı gelişen 19 yaşında bir kadın hasta, üç yıl önce bulantı ve kusma şikayetiyle başvurduğu dış merkezde dRTA tanısı konulduğu öğrenildi. Herhangi bir şikayeti olmaksızın rutin takip için bölümümüze başvurdu. Potasyum sitrat (60 meq/gün) ve sodyum bikarbonat (1 gr/gün) tedavileri altında venöz bikarbonatı 19 mmol/L, idrar pH'sı 7,5, normal eGFR (135 mL/min/1,73m²), normal serum potasyum seviyesi (4,41 mmol/L) saptandı. Serum AG 11 ve idrar AG [idrar (Na + K - Cl)] +84 idi. Hastaya günde 60 meq potasyum sitrat ve günde 3 g sodyum bikarbonat kullanması önerildi. Kontrol venöz bikarbonat seviyesi 22,4 mmol/L'ye yükseldi. Proteinüri ve glikozüri yoktu. Son üç yıldır potasyum sitrat ilacını düzensiz olarak kullandığını (Şekil 1) belirten hastada düşük doz kontrastsız bilgisayarlı tomografi ile her iki böbreğin alt kutuplarında böbrek taşı olduğu görüldü (Şekil 2). Genetik analiz, SLC4A1 geninde heterozigot bir missense varyantı (NM_000342.4:c.1825G > A; p.G609R) ortaya çıkardı. On iki yaşından beri dişlerinde çürümeler, kayıplar ve ayaklarında kırıklar olup nefrolitiasise ikincil KBH evre 5D tanısı ile diyalize giren babasında da aynı genetik mutasyon saptandı. Hastanın ailesinde başka bir benzer klinik olmayıp anne ve diğer erkek kardeşinde bu mutasyon bulunmadı. Hastanın öyküsünde babaannesinin 58 yıl önce hastanın babasına hamileyken kauçuk fabrikasında çalışmış olduğu öğrenildi.

İdrarda sitrat ve kalsiyum atılımının seyri



Düşük doz kontrastsız bilgisayarlı tomografi bulguları, hastanın (A) sağ böbreğinde milimetrik taşı (kırmızı ok) ve (B) sol böbreğinde milimetrik taşı (kırmızı ok)



Sonuç: Tedavi edilmeyen MA'nın başlıca sonuçları arasında malnutrisyon-enflamasyon-ateroskleroz sendromu, kardiyak inotropik bozulma, kardiyak aritmi, ürolitiazis, miyokard enfarktüsü, iskemik inme, kemik demineralizasyonu ve genel ölüm oranının artması yer almaktadır. Genetik dRTA, MA hastalarında ayırıcı tanıda düşünülmelidir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-03

Kompleman Aracılı Böbrek Hastalıklarında Eculizumab Deneyimi: Tek Merkez Gerçek Yaşam Verileri

Merve Şanlıer¹, Muzghan Gulyeva¹, Fatma Ayerden Ebinç¹, Ceren Önal Güçlü¹, Fatma Rukiye Uysal¹, Arzu Taghiyeva¹, Gülay Ulusal Okyay¹, Emre Yaşar¹, Çiğdem İkhlef¹, Ebru Gök Oğuz¹, Kadir Gökhan Atılğan¹, Mehmet Deniz Aylı¹

¹Etilik Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Ankara

Amaç: Eculizumab, kompleman sisteminin C5 bileşenini hedefleyerek terminal kompleman aktivasyonunu inhibe eden bir monoklonal antikordur. Kompleman disregülasyonu ile ilişkili böbrek hastalıklarında, özellikle atipik hemolitik üremik sendrom (aHÜS), C3 glomerulopatisi ve transplant ilişkili kompleman aracılı tabloların tedavisinde kullanılmaktadır. Farklı endikasyonlarda kullanımına ve tedavi süresinin belirlenmesine ilişkin gerçek yaşam verileri sınırlıdır. Bu çalışma, üçüncü basamak bir referans merkezde eculizumab tedavisi uygulanan hastaların klinik özelliklerini, genetik bulgularını ve tedavi sonuçlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: 2022 yılından itibaren eculizumab tedavisi uyguladığımız hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik özellikleri, tanıları, genetik analiz sonuçları, tedavi süreleri, tedaviyi sonlandırma kararları ve klinik sonuçları medikal kayıtlar üzerinden incelendi. Genetik değerlendirme, özellikle aHÜS tanılı hastalarda kompleman sistemi ile ilişkili gen varyantlarını kapsayacak şekilde yapıldı.

Bulgular: Merkezimizde, 2022 yılından itibaren toplam 16 hastaya eculizumab tedavisi uygulanmıştır. Hastaların yaş ortancası 35,5 (21–60) yıl olup %56,3'ü erkektir. Endikasyonlar: 10 hastada (%62,5) atipik hemolitik üremik sendrom (aHÜS), 3 hastada (%18,8) C3 glomerulopatisi ve 3 hastada (%18,8) transplant ilişkili kompleman aracılı tablolarıdır. aHÜS tanılı hastalarda genetik analiz uygulanmış ve 6 hastada patojenik mutasyon saptanmıştır. Tespit edilen varyantlar: CFH (n=2), CFI/CFB/CGH kombinasyonu (n=1), CFHR2 (n=1), CFHR3 (n=1) ve CFH/CFI/C3 kombinasyonu (n=1) şeklindedir. Dokuz hastada patojenik mutasyon izlenmemiş; bir hastada sonuç beklenmektedir. Mutasyon pozitif hastaların çoğunda tedavi devam etmekte olup, tedavi sonlandırma kararı genetik olarak düşük riskli veya mutasyon saptanmayan hastalarda uygulanmıştır. İzlem sürecinde 6 hastada (%37,5) normal böbrek fonksiyonu korunmuş, 2 hastada (%12,5) kronik böbrek hastalığı gelişmiş, 4 hastada (%25) renal replasman tedavisi gereksinimi oluşmuş ve 4 hastaya (%25) böbrek nakli uygulanmıştır. Bir hasta malignite nedeniyle kaybedilmiş olup diğer hastalar izlem altındadır.

Sonuç: Eculizumab, kompleman aracılı böbrek hastalıklarında özellikle aHÜS'te etkili bir tedavi seçeneğidir ve klasik yaklaşımda tedavinin çoğu olguda uzun süreli, hatta ömür boyu sürdürülmesi gerektiği kabul edilmektedir. Ancak klinik seyir hastalar arasında heterojen olup, tüm olgularda böbrek fonksiyonunun tamamen korunması mümkün olmayabilmektedir. Tedavi süresi ve sonlandırma kararları, genetik risk profili ve klinik stabilite birlikte değerlendirilerek bireyselleştirilmelidir. Tedavinin sonlandırıldığı hastalarda da yakın izlem gereklidir, çünkü kompleman aracılı hastalık aktivitesinin rekürrensi ve renal prognoz bireyler arasında öngörülemez şekilde değişkenlik gösterebilmektedir. Bu seri, eculizumabın etkinliğinin hastalığın biyolojik altyapısı ve başlangıçtaki renal hasar düzeyi ile yakından ilişkili olduğunu düşündürmektedir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-04

Genç yaşta dirençli hipertansiyon ve membranoproliferatif glomerülonefrit

Sevli Dolap¹, Alper Azak¹, Şükran Gürses¹

¹Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi

Giriş: Genç erişkinlerde hipertansiyon (HT), sıklıkla esansiyel kabul edilerek sekonder nedenler açısından eksik değerlendirilebilmektedir. Oysa persistan mikroskopik hematüri ve non-nefrotik düzeydeki proteinüri, glomerüler hastalıkların erken dönemdeki yegane bulguları olabilir. Bu sunumda, kontrolsüz HT ile başlayan, Membranoproliferatif Glomerülonefrit (MPGN) tanısı konulan ancak tedavi/diyaliz uyumsuzluğu nedeniyle ciddi sistemik komplikasyonlarla seyreden bir olgu tartışılmaktadır

Vaka: Otuz beş yaşında erkek hasta, 2018 yılında hafif kreatinin yüksekliği (1.31 mg/dL) ve dirençli arteriyel hipertansiyon (170/120 mmHg) ile takibe alınmıştır. İzleminde kreatinin değerlerinin 1.36'dan (2019) altı yıl içerisinde 2.22 mg/dL'ye (2024) progresyon gösterdiği saptanmıştır. Üriner analizinde persistan mikroskopik hematüri ve 24 saatlik idrarda 2.3 g/gün (non-nefrotik) proteinüri saptanması üzerine etiyolojik araştırma derinleştirilmiştir. Ailede kronik böbrek yetmezliği (KBY) öyküsü bulunan hastanın viral serolojisi ve vaskülit belirteçleri negatif izlenmiştir. Yapılan renal biyopsi sonucunda, belirgin sklerotik değişikliklerin eşlik ettiği Membranoproliferatif Glomerülonefrit (MPGN) paterni rapor edilmiştir. Renal fonksiyonlarındaki hızlı kayıp sonrası son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) tanısıyla haftada 3 kez hemodiyaliz (HD) programına alınan hastanın klinik seyri, tedavi uyumsuzluğu nedeniyle komplike olmuştur. Takiplerinde kötü kontrollü HT'ye bağlı bilateral subkonjonktival hemoraji gelişen hastada, hemoraji riski nedeniyle heparinsiz diyaliz protokolü uygulanmıştır. Ayrıca, hastanın diyaliz seanslarını kendi isteğiyle aksatması neticesinde stupor düzeyinde bilinç bulanıklığı ile yoğun bakım yatışı gerekmiş; yapılan nörolojik değerlendirmeler ve görüntülemeler (BT/MRG) sonucu tablo metabolik ensefalopati olarak tanımlanmıştır. Multidisipliner izlem (Nefroloji, Nöroloji, Göz Hastalıkları) ile stabilize edilen hasta, yoğun antihipertansif tedavi (Valsartan/Amlodipin) ve diyaliz programı düzenlenerek taburcu edilmiştir

Sonuç: Bu vaka, genç yaşta saptanan dirençli hipertansiyonun, renal parankimal hastalıkların ilk ve bazen tek klinik yansıması olabileceğini çarpıcı bir şekilde göstermektedir. Olgunun sekiz yıllık takibinde izlenen kreatinin artışı ve idrar sedimentindeki patolojik bulguların erken dönemde biyopsi ile tanınmaması, hastalığın SDBY evresine progresyonunu kaçınılmaz kılmıştır. Ayrıca SDBY evresindeki hastaların tedavi uyumsuzluğu; subkonjonktival hemoraji gibi hedef organ hasarları ve metabolik ensefalopati gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlarla sonuçlanmaktadır. Sonuç olarak, genç hipertansiflerde "idrar tetkiki" basite alınmamalı; persistan hematüri ve proteinüri varlığında sekonder nedenler agresif şekilde araştırılmalıdır.



Yayın No: P-05

Böbrek Nakli Hastasında Sirolimus İlişkili Diffüz Alveolar Hemoraji

Sena Biçer Hamurcu¹, Taha Enes Çetin², Betül Şahin², Ömer Faruk Akçay², Ülver Derici²

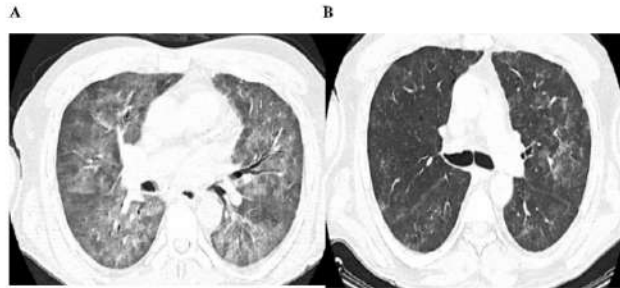
¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Gazi Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Sirolimus, renal transplant hastalarında yaygın olarak kullanılan bir mTOR inhibitörüdür. Pulmoner toksisite nadir ancak klinik açıdan önemli bir yan etkidir. En sık görülen tablo interstisyel pnömonit olmakla birlikte, diffüz alveolar hemoraji (DAH) çok daha nadir ve potansiyel olarak yaşamı tehdit edici bir komplikasyondur. Bu olguda, terapötik sirolimus düzeylerine rağmen gelişen geç dönem DAH tablosu sunulmaktadır.

Vaka: Altmış iki yaşında erkek renal transplant hasta, ateş, öksürük ve ilerleyici dispne ile başvurdu. Başvuru sırasında belirgin hipoksemi mevcuttu. Toraks BT’de bilateral, simetrik, peribronkovasküler yerleşimli buzlu cam opasiteleri saptandı. Radyolojik görüntü ön planda DAH ile uyumlu izlendi. Laboratuvar incelemelerinde anemi (Hb:8,9 gr/dl), yüksek akut faz reaktanları (CRP:105 mg/l, Sedimentasyon:89 mm/saat) ve böbrek fonksiyon testleri (Kreatinin:2,06 mg/dl) bozukluğu görüldü. Sirolimus düzeyi terapötik aralıktaydı (5,1 ng/ml). Geniş kapsamlı enfeksiyöz ve otoimmün incelemeler (solunum yolu viral paneli, kan kültürü, idrar kültürü, balgam kültürü, CMV virüs yükü, EBV PCR, Pneumocystis jirovecii PCR, ANA profili, ANCA profili) negatif sonuçlandı. Enfeksiyon dışlandıktan sonra sirolimus kesildi ve 1 mg/kg/gün dozunda metilprednizolon başlandı. Hastanın geçirilmiş avasküler nekroz öyküsü sebebiyle pulse steroid tercih edilmedi. Hasta 24 saat içinde klinik olarak belirgin düzelme gösterdi ve ikinci günde oksijen desteği kesildi. Yedinci gün kontrol BT’de infiltrasyonlarda belirgin regresyon izlendi. Kortikosteroid tedavisi kademeli olarak azaltıldı.

Toraks Bilgisayarlı Tomografi Bulguları



A: Başvuru anında çekilen toraks BT görüntüsünde bilateral, yaygın ve simetrik peribronkovasküler infiltrasyonlar ile buzlu cam opasiteleri izlenmektedir. B: Tedavi sonrası kontrol toraks BT görüntüsünde daha önce izlenen konsolidasyon alanları ve buzlu cam opasitelerinde belirgin gerileme görülmektedir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Tanı anı ve tedavi sonrası laboratuvar parametreleri

Parametre	Başvuru anı	Tedavi sonrası	Referans aralık
Hemoglobin (g/dL)	8,9	10	13-16,9
Trombosit ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	378	245	166-308
Lökosit ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	7,76	11,92	3,91-10,9
Nötrofil ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	6,95	10,16	1,8-6,98
Prokalsitonin (ng/mL)	10,40	0,97	<0,5
Sedimentasyon (mm/saat)	89	24	<15
CRP (mg/L)	105	<3	<3
BUN (mg/dL)	40	36	8-23
Kreatinin (mg/dL)	2,06	1,41	0,7-1,2
eGFR (mL/dk/1,73 m ²)	36	56	-
Sodyum (mEq/L)	128	135	135-145

Başvuru sırasında belirgin anemi, yüksek akut faz reaktanları ve böbrek fonksiyon testleri bozukluğu mevcuttur. Enfeksiyöz ve otoimmün testler negatif bulunmuştur. Sirolimus kesilmesi ve steroid tedavisi sonrası inflamatuvar parametrelerde belirgin düşüş ve böbrek fonksiyonlarında iyileşme izlenmiştir.

Sonuç: Bu olgu, sirolimus ilişkili DAH'nin terapötik ilaç düzeylerinde dahi gelişebileceğini ve interstisyel pnömoni farklı bir klinik tablo oluşturabileceğini göstermektedir. Nakil hastalarında bilateral infiltrasyon varlığında ilaç ilişkili DAH mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Erken tanı ve uygun tedavi prognoz açısından kritik öneme sahiptir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-06

Periton Diyalizi Hastalarında Vasküler Kalsifikasyon ve Arteriyel Sertlik Değerlerinin Araştırılması

HAZEL ERCAN MUTLU¹

¹KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Amaç: AMAÇ: Rutin periton diyalizi yapan kronik böbrek hastalarında vasküler kalsifikasyon ve arteriyel sertlik değerlerinin çeşitli serum biyokimyasal parametrelerin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: YÖNTEM: Kocaeli üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji kliniğince takipli en az 6 aydır periton diyalizi yapan ve son 3 ayda peritonit geçirmemiş 94 hasta ve 53 sağlıklı kontrol grubu dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri ve laboratuvar değerleri kaydedildi. Vasküler kalsifikasyon ölçümü için el ve femur düz grafileri çekildi. Arteriyel sertlik değerlendirmesi "SphygmoCor by Atcor medikal" cihazı ile yapıldı. Hastalar arteriyel sertlik parametresi olan NDH'nin medyan değerine göre NDH < 8,3 ve NDH ≥8,3 olarak iki gruba ayrıldı.

Bulgular: BULGULAR: Çalışmada periton diyalizi yapan 94 hasta (45 kadın, 49 erkek, ortalanca yaşı 57 (47-64.2)) ve 53 sağlıklı kontrol (32 kadın, 21 erkek; ortalanca yaş 41 (35,5-55) yıl) analiz edildi. Femoral kalsifikasyon ve el kalsifikasyonu, hasta grubunda kontrol grubuna göre daha fazla kişide saptandı [p < 0,04, p < 0,01]. Hasta grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre NDH daha yüksek saptandı[8,3(7-10,4); 6,1(5,1-7); p < 0,01].

Hasta ve Sağlıklı Kontrol Grubu

Vasküler Kalsifikasyon		Hasta (%)	Sağlıklı Kontrol (%)	P
Femoral Kalsifikasyon	Yok	47 (52,8)	37 (94,9)	<0,01
	Var	42 (47,2)	2 (5,2)	
El Kalsifikasyonu	Yok	71 (78)	38 (100)	0,004
	Var	20 (22)	0	

Arteriyel Sertlik	Hasta (%)	Sağlıklı Kontrol (%)	p
NDH	8,3 (7-10,4)	6,1 (5,1-7)	<0,01

Hasta ve sağlıklı kontrol grubu vasküler kalsifikasyon ve arteriyel sertlik verileri

Hasta Grubu



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



	FK - (%)	FK+ (%)	p	EK- (%)	EK+ (%)	p
Yaş (yıl)	51,4±14,5	61,2±9,8	<0,01	55 (44-64)	61,5 (52,8-66)	0,097
Cinsiyet	Kadın	25 (23,2)	0,230	37 (52,1)	16 (30)	0,133
	Erkek	22 (46,8)		34 (47,9)	14 (870)	
PD Süresi (ay)	35 (23-73)	36 (20-87,3)	0,799	36 (29-85)	35,5 (24,3-68,3)	0,687
Üre (mg/dL)	105,8±24,9	122,6±40,3	0,023	110,1±33,6	128,9±31,7	0,023
Kreatinin (mg/dL)	8,1 (5,9-10,9)	7,3 (5,7-10,9)	0,316	8,2±3,3	9,2±3,9	0,232
HbA1c (mmol/mol)	5,3 (4,8-5,7)	6 (5,3-6,6)	0,029	5,4 (4,9-6,4)	5,9 (5,2-6,9)	0,289
Ca (mg/dL)	8,7±0,9	9,1±0,8	0,038	9 (8,1-95)	9,3 (8,6-9,7)	0,305
Fosfor (mg/dL)	4,8±1,4	5±1,1	0,522	4,9±1,3	5,3±1,3	0,184
CaxP (mg ² /dL ²)	42,1±11,9	45,6±9,9	0,147	43,3±11,9	47,9±9,9	0,110
CRP (mg/L)	5,4 (2-11,5)	9,3 (3,9-20,2)	0,016	6,3 (2,1-13,8)	10,8 (5,8-22,1)	0,054
PTH (pg/mL)	604 (358-1007)	455 (242,5-772,3)	0,069	529 (351-880)	494 (262-970,5)	0,745
Arteriyel Sertlik (NDH)	8±2,3	9,4±2,9	0,014	8,2±2,4	10,4±2,1	0,002

Hasta grubunun femur ve el kalsifikasyon verileri

Hasta Grubu

	NDH <9,3 (%)	NDH ≥9,3 (%)	P
Yaş (yıl)	52,3±14,6	56,6±13	0,148
Cinsiyet	Kadın	25 (59,3)	0,089
	Erkek	17 (40,5)	
PD Süresi (ay)	30,5 (13,5-62,5)	47 (24-96,3)	0,041
Hemoglobin (g/dL)	10,4±1,6	10,5±1,7	0,782
Trombosit (10 ³ /μL)	246 (212,8-282,5)	223,5 (176-272,5)	0,047
eGFR (mL/min)	3,4 (0,2-7,9)	0,6 (0-4,4)	0,009
Ca (mg/dL)	8,9±0,9	8,8±0,8	0,475
Fosfor (mg/dL)	5,1±1,3	4,9±1,3	0,623
CaxP (mg ² /dL ²)	43,3±11,6	43,5±11,8	0,439
CRP (mg/L)	7,5 (2,1-12,6)	7,5 (3,1-18,4)	0,240
PTH (pg/mL)	614 (329,3-859,8)	496,5 (346-1045,5)	0,348
Vasküler Kalsifikasyon	Femur Yok	26 (65)	0,060
	Var	14 (35)	
	El Yok	37 (90,2)	
	Var	4 (9,8)	
Kan Basıncı (mmHg)	P. Sistolik	142,4±23,5	<0,01
	P. Diyastolik	84,1±16,9	
	A. Sistolik	127,7±20,8	
	A. Diyastolik	85,6±16,1	

Hasta grubu vasküler sertlik (NDH) verileri

Sonuç: SONUÇLAR: Yaş, böbrek yetmezliği varlığı, kalsiyum, diyabetes mellitus varlığı ve CRP ve vasküler kalsifikasyon ile; yaş, böbrek yetmezliği varlığı, PD süresi, trombosit, magnezyum, kalsifikasyon varlığı, sistolik ve diyastolik kan basınçları arteriyel sertlik ile ilişkili saptandı.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-07

Genetik Olarak Doğrulanmış Primer Hiperoksalüri Tip 1 ile Birlikte Derin Hipourisemi ve Primer Hiperparatiroidi: Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan Bir Olgu

Olca Esra Sargın Ertan¹, Fadimana Acar Güler¹, Deniz Bakırcıoğlu Alp¹, Aysun Toraman¹, Seyhun Kürşat¹

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi

Giriş: Primer hiperoksalüri tip 1 (PH1) nadir görülen, otozomal resesif geçişli bir metabolik hastalıktır. PH1 ile birlikte derin hipourisemi ve primer hiperparatiroidi birlikteliği son derece nadirdir. Bu bildirimin amacı, genetik olarak doğrulanmış PH1'e XDH mutasyonuna bağlı hipourisemi ve primer hiperparatiroidinin eşlik ettiği nadir bir olguyu sunmaktır.

Vaka: Dördüncü derece akraba evliliğinden doğan hastada 2010 yılından itibaren tekrarlayan nefrolitiazis öyküsü mevcuttu ve zamanla böbrek fonksiyonlarında ilerleyici bozulma gelişerek hasta son dönem böbrek yetmezliğine ilerledi; son iki yıldır idame hemodiyaliz tedavisi almaktadır. Aile öyküsünde babada ve iki kuzeninde böbrek taşı öyküsü bulunmaktaydı; ileri evre nefrokalsinozis nedeniyle böbrek biyopsisi yapılamadı. Laboratuvarında serum ürik asit 0.01 mg/dL, kalsiyum 9.1 mg/dL, fosfor 3.5 mg/dL ve PTH 633 pg/mL saptandı. Boyun ultrasonografisinde sağ alt pol arkasında paratiroid adenomu ile uyumlu solid lezyon ve sol tarafta ikinci şüpheli paratiroid lezyonu izlendi; multiglandüler primer hiperparatiroidi lehine değerlendirildi. Genetik incelemede AGXT geninde bileşik heterozigot mutasyonlar (c.32C > T; p.Pro11Leu ve c.1020A > G; p.Ile-340Met) saptanarak primer hiperoksalüri tip 1 tanısı doğrulandı; ayrıca XDH geninde homozigot splice-site mutasyonu (c.887+1G > T) tespit edilerek derin hipouriseminin genetik zemini desteklendi.

Sonuç: Bu olgu, genetik olarak doğrulanmış primer hiperoksalüri tip 1'e XDH mutasyonuna bağlı derin hipourisemi ve primer hiperparatiroidinin eşlik edebileceğini göstermektedir. Kompleks taş hastalığı ve atipik biyokimyasal bulguları olan hastalarda kapsamlı genetik değerlendirme tanı ve yönetim açısından kritik öneme sahiptir.



Yayın No: P-08

Sneddon-Wilkinson Hastalığı ve MGUS Tanısı Olan Bir Hastada Proteinüri Gelişimi: Nadir Bir Olgu Sunumu

Derya Koç¹, Sabahat Alışır Ecdar¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Subkorneal püstüler dermatoz (SPD) veya Sneddon-Wilkinson hastalığı, kronik ve tekrarlayıcı seyir gösteren nadir bir püstüler cilt hastalığıdır. SPD ile IgA monoklonal gammopatisi (IgA MGUS) arasında iyi bilinen bir ilişki olup, vakaların %40'ında bu birliktelik gözlemlenebilir. Ayrıca, SPD'nin IgA miyelomlu hastalarda da görülebildiği bildirilmiştir. Klinik ve patolojik olarak IgA pemfigusa benzese de, SPD'de doğrudan ve dolaylı immünofloresan incelemelerde epitel hücre yüzeyine bağlı IgA saptanmaz. Bu yazıda, 20 yıldır sık ataklara yaşayan ve eş zamanlı olarak IgG Lambda MGUS tanısı bulunan bir erkek hastada atak ile tespit edilen proteinüri sunulmaktadır.

Vaka: Subkorneal Püstüler Dermatoz (2004 yılı), MGUS (2000 yılı) ve hipertansiyonu (2020 yılı) olan 72 yaşındaki erkek hasta tam idrar tetkikinde proteinüri saptanması üzerine dermatoloji tarafından konsülte edilmesi ile başvurmuştu. MGUS açısından ilaçsız olarak takip edilmekte olan hasta antihipertansif ilaçla perindopril, indapamid kullanmakta ve lokal lezyonları için diflorazon diasetat tedavisi almaktaydı. Kan basıncı 178/75 mmHg, nabız 75/dk, ateş: 36.5 °C, bilinci açıktı. Pretibial Ödem bilateral negatif saptandı. Abdomen ve kollarda eritemli papülve püstülleri mevcut olarak görüldü. Laboratuvar bulguları tablo 1'de mevcuttur. Üre: 50 mg/dL, Kreatinin: 1,05 mg/dL, EGFR: 68,14 ml/dk/1.73 m² idrar tetkikinde Protein-Eser Eritrosit :0 ve spot idrar protein/kreatinin- 519 mg/gün olarak saptandı. Hasta Subkorneal püstüler dermatoz nedeniyle 13 yıl Dapson tedavisi almış. Haziran/2017 de otoimmün hemolitik anemi nedeniyle kesilmiş. 2017'den beri topikal diflorazon diasetat, klobetazol propiyonat tedavisi almakta imiş. Nitroglicerinin (NTG) tedavisini 2011-2015 yılları arasında almış. (paronşi, burun kanaması, tüylere dökülme nedeniyle kesilmiş.) SPD, prediksiyon bölgelerinde histopatolojik olarak kanıtlanmış cilt lezyonlarıyla tekrarlayan şekilde Aralık/2024'te yeniden ortaya çıkmış. Tam idrar tetkikinde proteinüri saptanması üzerine dermatoloji tarafından konsülte edildi. 24 saatlik idrar 2200 ml olarak değerlendirildi ve 620 mg/gün proteinüri saptandı. Serum immünfiksasyon elektroforezinde IgG kappa bandı gözlemlendi. Rutin kan tetkiklerinde patoloji izlenmedi. Serum immünfiksasyon elektroforezinde IgG monoklonal gamapati saptanırken, idrar immünfiksasyon elektroforezinde monoklonal gamapati saptanmadı. Serum serbest kappa, Lambda, beta-2 mikroglobulin seviyeleri; idrar kappa, Lambda düzeyleri normaldi. Hipertansif retinopati saptanmadı.

Subkorneal Püstüler Dermatoz



Sonuç: Bu olgu raporunda, yoğunlukla korporeal alanlarda yerleşim gösteren lezyonlar ağelen, klinik, histopatoloji ve DİF incelemeye SPD tanısı konmuş; gamapati ve miyelodisplastik hastalıklar yönünden araştırılmış olan ve takip edilen hastanın klinik takibinde tam idrar tetkikinin önemi mevcut literatür bilgileri ışığında sunulmuştur. Bu olguyla, özgün klinik görünüme dikkat çekmek, hastaların gamapati ve miyeloproliferatif hastalık yönünden uzun yıllar takip gerekliliğinin vurgulanması amaçlanmıştır.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-09

Lupus nefriti ve DNAJB9-pozitif fibriler glomerülonefrit birlikteliği

Mehmet Alper Başar¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi

Giriş: Fibriler glomerülonefrit (FGN), glomerüllerde rastgele dizilim gösteren fibrillerin birikimi ile karakterize, nadir görülen bir glomerüler hastalıktır. Son yıllarda DNAJB9'un FGN için güçlü bir tanısal belirteç olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte immün kompleks nefriti, membranöz patern ve lupus nefriti ile örtüşen immüno Floresan bulgular varlığında tanısal ayırım güçleşebilmektedir. Lupus nefriti ile DNAJB9-pozitif fibriler glomerülonefrit birlikteliği oldukça nadirdir ve klinik-patolojik korelasyon gerektirir. Bu olguda, başlangıçta immün kompleks nefriti/lupus nefriti varyantı olarak değerlendirilen, ancak böbrek biyopsisinde DNAJB9 pozitifliği saptanan bir hastanın tanısal ve tedavi süreci sunulmuştur.

bx

GLOMERÜLLER:
Toplam glomerül sayısı: 10
Global sklerotik glomerül (PAS ve PAMS ile) sayısı: yok
Segmental sklerotik glomerül (PAS ve PAMS ile) sayısı: yok
Nekroz bulunan glomerül sayısı: yok
Ekstrakapiller proliferasyon bulunan glomerül sayısı (PAS ve PAMS ile değerlendirilmiştir): yok
Bazal membranlar (PAS, PAMS ve Masson's Trichrome ile değerlendirilmiştir): Belirgin şekilde kalınlaşmış.
Mezangial matriks: Genişlemiş.
Mezangial selülanite: yok
Endokapiller Proliferasyon: yok
Polinükleer lökosit : yok
Kapiller luplar: açık
Tubulo-interstisyum:
İnterstisyel enflamasyon: yok
İnterstisyel fibrozis (Masson's trichrome ile değerlendirilmiştir): minimal
Tubuler atrofi (PAS ve PAMS ile değerlendirilmiştir): yok
Tubuler cast yapıları: yok
Tubuler hasarlanma ve rejenerasyon bulguları: yok
Tiroidizasyon: yok
Kalsifikasyon: yok

Vaka: Kırk iki yaşında kadın hasta, 2017'den beri bilinen proteinüri nedeniyle izlenirken, Nisan 2023'te proteinürisinin artması üzerine kliniğimize yönlendirildi. Özgeçmişinde hipertansiyon ve Hashimoto tiroiditi mevcuttu. Başvuru sırasında kreatinin 0.7 mg/dL, albümin 3.72 g/dL, 24 saatlik idrar proteini 1.88 g/gün idi. Tam idrar tetkikinde proteinüri ve mikroskopik hematüri saptandı. ANA 1/100 pozitif, anti-dsDNA 5.2 bulundu. Serum serbest hafif zincir oranı normaldi. Böbrek biyopsisinde bazal membranlarda belirgin kalınlaşma, mezangial matriks genişlemesi ve minimal interstisyel fibrozis izlendi. İmmüno Floresanda IgG, IgA, IgM, C3c, C1q, kappa ve lambda ile membranöz granüler/mezangial boyanma mevcuttu ve ilk planda immün kompleks nefriti olarak değerlendirildi. İmmünohistokimyasal incelemede C4d++, DNAJB9+++, IgG4 negatif saptandı. PLA2R boyanması nonspesifik kabul edildi, serum PLA2R negatif bulundu. Dış merkez incelemesinde ENA Jo-1 sınırda pozitif saptandı. Klinik ve serolojik bulgularla SLE varyantı/lupus nefriti düşünülerek önce azatiyoprin + hidrosiklorokin, ardından steroid tedavisi başlandı. Takipte proteinüri seyrine göre tedavi MMF, RAS blokajı, SGLT2 inhibitörü, steroid ve daha sonra siklosporin ile düzenlendi.

bx

DİREK İMMÜNOFLORESAN İNCELEME:
IgG: +++ membranöz granüler
IgA: ++ membranöz granüler
IgM: ++ membranöz granüler mezangiyal
C3c: +++ membranöz granüler mezangiyal
C1q: ++ membranöz granüler mezangiyal
Kappa: ++ membranöz granüler mezangiyal
Lambda: ++ membranöz granüler mezangiyal
TANI : İMMÜNKOMPLEKS NEFRİTİ, LÜTFEN YORUMU OKUYUNUZ, BÖBREK BİYOPSİ
YORUM: Hastanın SLE açısından değerlendirilmesi, bu yönde tanı alması durumunda TIFV+II lupus nefriti olarak değerlendirilebilir. Aksi halde bulgular membranöz ve mezangiyal etkilene gösteren bir glomerülonefrit ile uyumludur.
İMMÜNOHİSTOKİMYA: C4d++ glomerüller, DNAJB9+++, PLA2R+ membranöz granüler (Nonspesifik olarak kabul edildi), IgG4-
EK AÇIKLAMA: DNAJB9 pozitifliği fibriler glomerülonefrit ile ilişkilendirilmektedir. Hastanın bu nedenle monoklonal gammopatiler açısından değerlendirilmesi önerilir.
HİSTOKİMYA: Periodic acid Schiff (PAS), Masson's trichrome (MT), periodic acid methanemine silver (PAMS), Kongo kırmızısı.



Yayın No: P-10

Greft Böbreğin İstenmeyen Lokalizasyonu: İnsizyonel Herni Vakası

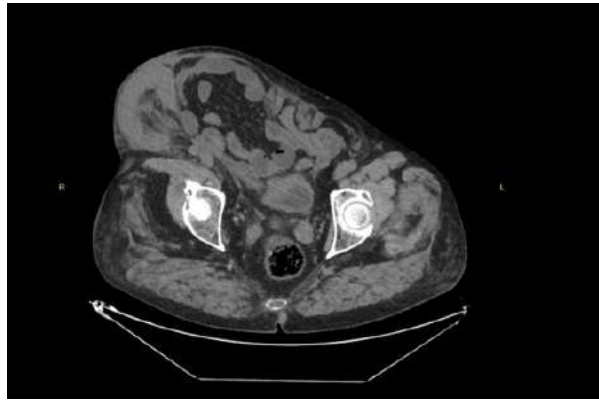
Burak Aslum¹, Şimal Köksal Cevher¹, Meryem Keleş¹, Müge Üzerk Kibar¹, Fatih Dede¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Giriş: Böbrek nakli, renal replasman tedavileri içerisinde öncelikli tercih edilen en seçkin tedavi yöntemidir. Ancak ameliyattan sonra ortaya çıkabilecek ve hastanın yaşam kalitesini etkileyebilecek erken dönem komplikasyonlardan biri insizyonel hernidir. Genellikle posttransplant 3 ay içerisinde ortaya çıkar. İnsizyonel herni için en önemli predispozan faktörler; ileri yaş, erkek cinsiyet, beden kitle indeksinin yüksek olması, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diabetes mellitus, yara yeri enfeksiyonu, geçirilmiş abdominal cerrahi öyküsü, steroid kullanımı ve diğer immünsüpresif (m-TOR inhibitörleri) tedavilerdir. Polikistik böbrek hastalığı varlığı da karın duvarında zayıflığa yol açarak katkı sağlayabilir.

Vaka: Polikistik böbrek hastalığına sekonder son dönem böbrek yetmezliği öyküsü olup 20 yıl hemodiyaliz sonrası 12/02/2025'te kadavradan böbrek nakli yapılmış olan 60 yaşında erkek hasta, greft lojunda ele gelen şişlik şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Fizik muayenede VKİ: 33 kg/m² olan hastanın batin muayenesinde inspeksiyonla sağ alt kadranda, greft lojunda yerleşimli belirgin şişliği mevcuttu. Palpasyonla yaklaşık 20 cm kitle tespit edilmiş olup fluktuasyon alınmadı ancak valsalva manevrası yaptırıldığında palpable kitle boyutunda artış izlendi. Oskültasyonla greft loju üzerinde hiperaktif bağırsaksesleri duyuldu. Hastaya tarafımızca abdomen USG, yüzeysel USG, greft doppler USG ve kontrastsız abdomen BT planlandı. Greft doppler USG'de herhangi bir vasküler patoloji saptanmadı. Abdomen USG'de nativ böbreklerde polikistik böbrek hastalığı ile uyumlu görünüm mevcuttu. Sağ böbrek uzun aksı 25 cm, sol böbrek uzun aksı 25 cm ölçüldü. Batın sağ yan duvarda inguinal hatta doğru uzanan insizyon hattı düzeyinde geniş herni kesesi izlenmiş olup greft böbrek, tarifiyen kese içerisinde yerleşmişti. Transplant böbrek uzunluğu 110 mm, parankim kalınlığı 12.5 mm ölçülmüş olup renal sinüs eksoartmıştı. Abdomen BT'de nativ böbrekler bilateral polikistik böbrek hastalığı ile uyumlu görünümde olup kistlerin bir kısmı yoğun içerikliydi. Sağ alt kadranda greft böbrek izlenmekte olup uzun aksı 140 mm ölçüldü. Konturu düzgün, parankim kalınlığı normaldi. Sağ rektus kası lateralinde 16 cm boyutta diastaz mevcut olup greft böbrek, çekum, çıkan kolon ve intestinal anslar ile yağ doku cilde indente görünümde izlendi. Hasta genel cerrahi ile herni onarımı için konsülte edildi.

Herni kesesi içinde yerleşimli greft böbrek



Sonuç: İnsizyonel herni insidansı batin cerrahisi geçiren hastalarda %4-20 iken bu oran böbrek nakli sonrası %1-5 arasında bildirilmektedir. Herni kesesinde sıkışan bağırsak ve omentum; ciddi ağrı, bulantı, kusma ve gaz gaita çıkışının durması ile seyreden inkarasyonla yol açabilir. Fıtıklaşmış bağırsağın vasküler kanlanmasının azaldığı, dolayısıyla iskeminin ortaya çıktığı strangülasyon tablosu görülebilir. Herni bölgesinin travmaya açık bir lokalizasyonda olması halinde perforasyon riski de söz konusudur. Herni kesesi içerisinde yer alan greft böbrekte de vasküler torsiyona sekonder renal arter stenozu, iskemik kortikal nekroz ve travmaya sekonder rüptür riski mevcuttur. Bu nedenle başta vasküler anastomoz hattı olmak üzere hastalar dikkatli bir şekilde değerlendirilmeli, yakın greft doppler USG takibi yapılmalı ve en kısa sürede herni onarımı sağlanmalıdır.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-11

Kateter Çekilmeden Başarıyla Tedavi Edilen Serratia Marcessens Bakterisine Bağlı Kateter Enfeksiyonu

Mehmet Deniz Şahin¹, Mustafa Buğrahan Berktaş¹, Hacı Bayram Berktaş¹, İdris Şahin²

¹İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi

²Malatya Özel Park Hastanesi

Giriş: Hemodiyaliz hastalarında kateter kullanımı gittikçe artmaktadır ve hastaların %81-90'ı hemodiyalize kateterle başlamaktadırlar. Ülkemizde ise TND 2024 verilerine göre hastaların %73'ü kateterle diyalize başlamakta, prevalan hastaların %70'i kateterle hemodiyalize devam etmektedirler. Hemodiyaliz hastalarında kateter kullanımı, enfeksiyon nedeni hastane yatışı ve ölüm oranlarını 2-3 kat artırmaktadır. Kateter enfeksiyonlarında çoğunlukla gram (+) bakteriler etken olarak saptansa da gram (-) bakteriler daha az neden olmaktadır. Serratia marcessens gram (-) bir bakteridir ve hemodiyaliz hastalarında görülen tüm kateter enfeksiyonuna %1.2-2.3'ünde neden olarak saptanmaktadır. Burada kliniğimizde yatan ve tekrarlayan dirençli kateter enfeksiyonu olan ve kateter kaybı olmadan başarılı bir şekilde tedavi edilen bir olgu sunulmuştur.

Vaka: 69 yaşında erkek hasta, 20 yıldan uzun süredir hipertansiyonu mevcut. Hasta 2021'de kronik böbrek yetmezliği tanısı almış. Mayıs 2024'den bu yana dış merkezde hemodiyalize giriyor. Eylül 2025'de kliniğimize başvuran hasta 1 aydır zaman zaman diyaliz seansı çıkışında ateş, üşüme ve titreme ataklarının olduğunu ifade ediyor. Son bir haftadır da her hemodiyaliz seansı sonuna doğru başlayan devamında 4-5 saat süren ateş, üşüme ve titreme atakları ile başvurdu. Fizik muayenesinde ateş: 38.8 derece idi. TA: 156/91 mmHg idi. Sağ juguler kalıcı kateteri mevcuttu. Sistem muayenelerinde başka bir özellik yoktu. Hastada hemodiyaliz kateter enfeksiyonu düşünülerek kan kültürü alındı ve ampirik gram (+) ve gram (-) kombine antibiyoterapi (seftazidim + teikoplanin) başlandı. Kan kültüründe Serratia marcessens üremesi üzerine teikoplanin kesildi ve antibiyogramda da seftazidime duyarlı saptanması üzerine antibiyotik tedavisi 2 haftaya tamamlandı. Kontrol kan kültüründe üreme olmadı ve takiplerde de kateter enfeksiyonu bulguları tekrar etmedi. Kontrol kan kültüründe bakteri üremesi olmaması ve yakınmalarının tamamen düzelmesi üzerine kateterin çıkartılmasına gerek duyulmadı.

Sonuç: Serratia marcessens kaynaklı hemodiyaliz kateter enfeksiyonu tedavisinde antibiyograma soncuna göre uygun antibiyotik tedavisi için iki hafta süre yeterlidir. Ayrıca bu hastalarda tedavisi sırasında kateterin çıkartılmasına gerek yoktur.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-12

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Zemininde Renal Amiloidoz

Nurten Peynirci¹, Eda Altun¹

¹Kocaeli Şehir Hastanesi

Giriş: AA amiloidoz, kronik inflamasyon zemininde gelişen ve en sık böbrek tutulumu ile prezente olan sistemik bir amiloidoz tipidir. Persistan inflamasyon serum amiloid A (SAA) düzeyinde artışa ve dokularda amiloid birikimine yol açar. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), özellikle sık enfeksiyon ve alevlenme öyküsü bulunan hastalarda sürekli inflamatuvar aktivite nedeniyle AA amiloidoz gelişimi açısından risk oluşturabilir. Bu yazıda KOAH zemininde gelişen ve böbrek tutulumu ile seyreden sistemik AA amiloidoz olgusu sunulmaktadır.

Vaka: Altmış bir yaşında erkek hasta bacaklarda şişlik ve nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. Son iki yıldır sık pnömoni atakları nedeniyle tedavi aldığı ve yaklaşık bir yıldır evde aralıklı non-invaziv ventilasyon kullandığı öğrenildi. Özgeçmişinde hipertansiyon, diyabetes mellitus ve KOAH mevcuttu. İki yıl önce proteinüri nedeniyle yapılan böbrek biyopsisinde AA amiloidoz saptanmış; ancak hasta düzenli nefroloji takibine devam etmemişti. Başvuruda lökositoz, anemi ve yüksek akut faz reaktanları saptandı. Serum amiloid A düzeyi 26 mg/dL olarak ölçüldü (normal < 10 mg/dL). Bazale göre artmış kreatinin düzeyi ve nefrotik düzeyde proteinüri mevcuttu. Arter kan gazında respiratuvar asidoz ile uyumlu bulgular izlendi. ANA, anti-dsDNA, RF, SS-A, SS-B, anti-JO-1, CCP ve lupus antikoagülan negatif saptanarak romatolojik hastalıklar dışlandı. PA akciğer grafisinde sol alt zonda infiltrasyon görüldü. Ekokardiyografi-de kardiyak tutulum izlenmedi. Klinik öykü ve genetik değerlendirme ile FMF dışlandı. Bulgular kronik inflamatuvar sürece bağlı KOAH zemininde gelişen ve böbrek tutulumu ile seyreden sistemik AA amiloidoz ile uyumlu bulundu. Hastaya intravenöz antibiyotik ve diüretik tedavi başlandı. Başlangıçta inflamatuvar parametrelerde gerileme izlense de klinik seyir kötüleşti. Solunum yetmezliği progresyonu nedeniyle hasta entübe edildi. Böbrek fonksiyonlarında bozulma ve dirençli metabolik asidoz gelişmesi üzerine hemodiyaliz başlandı. Yoğun bakım sürecinde klinik durumu ilerleyici olarak kötüleşen hasta eksitus oldu.

Sonuç: AA amiloidoz kronik inflamasyona sekonder gelişen sistemik bir hastalık olup en sık böbrek tutulumu ile seyreder. Persistan SAA yüksekliği organlarda amiloid birikimine yol açarak nefrotik sendrom ve progresif böbrek yetmezliği ile sonuçlanabilir. En sık nedenler romatolojik hastalıklar ve ailesel inflamatuvar sendromlar olmakla birlikte kronik enfeksiyonlar da önemli bir risk faktörüdür. KOAH, sık alevlenme ve enfeksiyonlarla seyreden kronik inflamatuvar bir hastalık olup uzun dönemde SAA artışı üzerinden AA amiloidoz gelişimine zemin hazırlayabilir. Bu nedenle altta yatan inflamatuvar sürecin kontrolü prognoz açısından kritik önem taşır.



Yayın No: P-13

Normonatremik Santral Pontin Miyelinizasyon ile Seyreden Bir Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olgusu

Elif Demir¹, Tülin Akagün², Duygu Erkal³

¹Giresun Üniversitesi Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

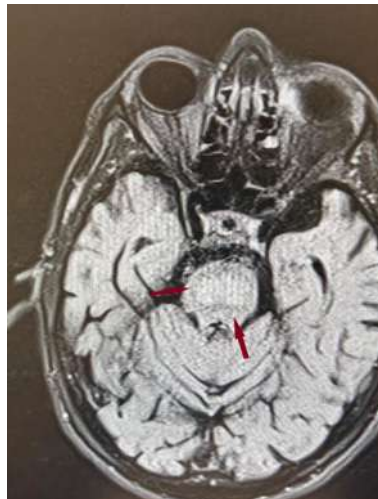
²Giresun Üniversitesi Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

³Giresun Üniversitesi Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı

Giriş: Santral Pontin Miyelinolizis (SPM), genellikle hiponatreminin hızlı düzeltilmesi sonrası ortaya çıkan, ponsun santralindeki miyelin kılıflarının kaybıyla karakterize nörolojik bir tablodur. Ancak nadir durumlarda normonatremik hastalarda da görülebilmektedir. Diyaliz hastalarında SPM nadir görülmekle birlikte, tanı sıklıkla gecikmekte ve klinik tablo akut serebrovasküler olaylar veya üremik ensefalopati ile karışabilmektedir. Bu vaka raporunda, periton diyalizi hazırlık sürecinde normonatremik SPM gelişen bir olgu sunmayı amaçladık.

Vaka: 77 yaşında erkek hasta, nefroloji kliniğimizce son dönem böbrek yetmezliği tanısı ile takip edilmekteydi. Periton diyalizi planlanarak kateter takılan hasta, iyileşme süreci takibinde gelişen bilinç bulanıklığı, konuşma bozukluğu ve anlamsız konuşma olması nedeniyle ertesi gün periton diyaliz polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde bilinç açıktı, oryante ve koopere idi, Glasgow Koma Skoru 15 idi. Nörolojik muayenesinde ve diğer sistem muayenelerinde müsbet bulgu yoktu. Laboratuvar incelemelerinde Sodyum:145 mmol/L, Potasyum:4,64 mmol/L, Kalsiyum:8,77 mg/dL, Albumin:42,1 g/L Kreatinin:4,58 mg/dL Üre:155,6 mg/dL Estimate Glomerular Filtration Rate(e-GFR):11.5 ml/dk/1.73m² Glukoz:127 mg/dL C-Reaktif Protein(CRP): 2.2 mg/L Magnezyum:2,18 mg/dL Fosfor:4,46 mg/dL Klor:108 mmol/L idi. Hastaya üremik ensefalopati ön tanısı ile nefroloji servis yatışı verildi. Hastaya üremi klirensi için ilk periton diyalizi seansı planlandı ve akut serebrovasküler olayları dışlamak amacıyla beyin tomografi ve beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) istendi. Nöroloji ve radyoloji görüşü istendi. MRG’de pons santralinde T2 ve FLAIR sekanslarda simetrik hiperintens sinyal değişiklikleri santral pontin demiyelinizasyon ile uyumlu olarak raporlandı. Klinik izlemde hastada deliryum semptomları izlendi. Oral alım bozukluğu gelişti. Periton diyalizi seansı uygulanmasına rağmen servis takibinde yaklaşık bir dakika süren jeneralize tonik-klonik nöbet izlendi. Hastanın diyaliz yöntemi hemodiyalize çevrildi. Hastanın medikal tedavisi nöroloji ve psikiyatri önerilerine uygun şekilde düzenlendi. Nazogastrik sonda ile enteral beslenme ve gerektiğinde parenteral beslenme uygulandı. İzlem boyunca hastanın tetkiklerinde elektrolit bozukluğu saptanmadı. Klinik iyileşme sonrasında hasta yeniden periton diyalizine alındı. Antiepileptik tedavi altında nöbet tekrarı izlenmeyen ve oral alımı başlayan hasta stabil olarak taburcu edildi.

Şekil 1(A)



Şekil 1. Hastanın kranial MRG görüntüleri (A) Aksiyel FLAIR kesiti : Santral pontin alanda ödem ve miyelin kaybı ile uyumlu patolojik sinyal artışı (hiperintensite) mevcuttur.



Şekil 1 (B)



Şekil 1. Hastanın kranial MRG görüntüleri (B) Aksiyel T2-Ağırlıklı kesit: Pons santralinde santral lifleri tutan belirgin hiperintensite izlendi.

Sonuç: Hastada ilk muayenede ve klinik seyir boyunca hiçbir aşamada elektrolit bozukluğu saptanmamış olmasına rağmen santral pontin demiyelinizasyon gelişmesi dikkat çekicidir. Olguda nörolojik bulguların periton diyalizinin idame döneminde değil, diyaliz hazırlık sürecinde ortaya çıkması literatürde nadir bildirilen bir durumdur. Klinik bulgular geniş bir spektrumda seyrettiğinden tanı gecikebilir. Bu nedenle diyaliz hastalarında açıklanamayan bilinç değişiklikleri, deliryum veya nöbet varlığında SPM mutlaka ayırıcı tanıda yer almalıdır.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-14

Kompleman Aracılı Trombotik Mikroanjiopati İle Seyreden Seronegatif Romatoid Artritli Olgu

Pelin Şengüder¹, Şeyda Gül Özcan¹, Mevlüt Tamer Dinçer¹, Ahmet Murt¹, Sinan Trabulus¹,
Nurhan Seyahi¹, Cebirail Karaca²

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi

²Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Trombotik mikroanjiopati; küçük damar endotelial hasarı, mikrovasküler trombüs oluşumu ve buna bağlı organ iskemisi ile seyreden klinikopatolojik bir sendromdur. TMA; trombotik trombositopenik purpura (TTP), kompleman aracılı TMA (aHUS) ve sekonder TMA olarak sınıflandırılmaktadır. ADAMTS13 aktivitesinin ciddi düşük olduğu durumlar TTP lehine iken, ADAMTS13 düzeyinin normal veya hafif azalmış olduğu ve immün kompleks hastalıklarının dışlandığı olgularda kompleman aracılı TMA ön planda düşünülmelidir. Böbrek tutulumu, TMA spektrumunda prognozu belirleyen en önemli faktördür ve böbrek biyopsisi tanısal yaklaşımda kritik rol oynar. Romatolojik hastalıklar, sistemik inflamasyon ve biyolojik ajan kullanımı sekonder TMA gelişimi açısından potansiyel risk faktörleridir.

Vaka: Altmış bir yaşında kadın hasta, seronegatif romatoid artrit (30 yıl) ve hipotiroidi tanıları mevcut. Hasta yıllar içinde hidroklorokin, leflunomid, metilprednizolon, metotreksat, adalimumab, rituximab, abatacept, sertolizumab tedavileri almış olup Mayıs 2019'dan itibaren aylık tosilizumab tedavisi ile artrit bulguları kontrol altındaymış. Aralık 2025'te öksürük ve hemoptizi yakınmaları ile başvuran hastada pulmoner emboli ve perikardiyal efüzyon tespit edilmiştir. Hızlı ilerleyen böbrek hasarı gelişmiş, eşlik eden anemi, belirgin trombositopeni, LDH yüksekliği ve haptoglobin düşüklüğü saptanmıştır. ADAMTS13 düzeyi normal bulunmuş, böylece TTP dışlanmıştır. Hastaya TMA ön tanısı ile plazmaferes ve pulse steroid tedavisi uygulanmıştır. Yüksek titre ANA pozitifliği, güçlü anti-Sm ve RNP ilişkili antikor pozitifliği ile birlikte hipokomplemanemi varlığı nedeniyle lupus nefriti ön planda düşünülmüş ve hastaya rituksimab tedavisi uygulanmıştır. Böbrek fonksiyonları progresif olarak bozulan ve etkin diüretik tedavisine rağmen yüklenme bulguları olan hastaya hemodiyaliz tedavisi başlanmıştır. Yapılan böbrek biyopsisiyle trombotik mikroanjiopati tanısı konulmuş ve eculizumab tedavisi başlanmıştır. Böbrek biyopsisinde 35 glomerül izlenmiş; 5'inde global glomerüloskleroz saptanmıştır. Işık mikroskopisinde mezangiolizis, endotel hücre şişmesi ve bazı glomerüllerde iskemik kollaps dikkati çekmiştir. Vasküler yapılarda afferent arteriollerde fibrin trombüsleri, küçük arterlerde mukoid intimal ödem ve eritrosit fragmantasyonu gözlenmiştir. Bu bulgular trombotik mikroanjiopati ile uyumlu bulunmuştur. Ayrıca akut tubuler hasar ve interstisyel ödem mevcuttur. Patolojik değerlendirme sonucunda lupus nefriti lehine bulgu saptanmamış, trombotik mikroanjiopati ve akut tubuler hasar tanısı konulmuş ve eculizumab tedavisi uygulanmıştır.

Sonuç: Romatolojik hastalık zemininde gelişen hızlı böbrek yetmezliği olgularında trombotik mikroanjiopati mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. ADAMTS13 düzeyi TTP dışlanmasında kritik öneme sahiptir. Böbrek biyopsisi, lupus nefriti ve diğer immün kompleks hastalıklarının ekarte edilmesinde belirleyici rol oynar. Kompleman aracılı TMA olgularında erken dönemde başlanan hedefe yönelik tedavi, böbrek prognozunu iyileştirebilir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-15

MPO-ANCA Pozitif Kresentik IgA Nefropatisi: Eşlik Eden AAV Olasılığı Olan Bir Olgu

Dr.Ömer Cihat ALTAY¹, Dr.Canberk Tabakoğlu¹, Prof.Dr.Ömer Celal Elçioğlu¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: IgA nefropatisi erişkinlerde en sık görülen primer glomerülonefritlerden biridir ve kesin tanı böbrek biyopsisi ile konur. Bununla birlikte bazı hastalarda ANCA pozitifliği tabloya eşlik edebilir ve bu durum, özellikle hızlı böbrek fonksiyon kaybı, aktif idrar sedimenti, kresent oluşumu ve sistemik bulgular varlığında ANCA ilişkili vaskülit ile ayırıcı tanıyı zorlaştırır. Bu nedenle biyopsi bulgularının klinik ve serolojik verilerle birlikte değerlendirilmesi gerekir.

Vaka: Yetmiş yedi yaşında erkek hasta, tüm vücutta yanma hissi, yüksek kreatinin ve anormal otoimmün seroloji sonuçları sonrası Nefroloji'ye yönlendirildi. Özgeçmişinde hipertansiyon, koroner arter hastalığı, atriyal fibrilasyon ve benign prostat hiperplazisi vardı. Önceki kayıtlarda kreatinin normal sınırlarda iken izlemde 2,5-2,8 mg/dL'ye yükseldi. Spot idrarda protein/kreatinin oranı 4,89-5,74 mg/mg düzeyindeydi ve belirgin mikroskopik hematüri saptandı. ANA 1:1280 pozitif, MPO-ANCA > 300 IU/mL pozitif, PR3-ANCA ve anti-GBM negatifti. Serum IgA yüksek, kompleman düzeyleri normaldi. RF ve anti-CCP de belirgin yüksekti. Hastada sinüzit öyküsü, akciğerde bilateral subsolid nodüller ve yatış sırasında gelişen serebrovasküler olay mevcuttu. Buna karşın purpura, hemoptizi, ateş, kilo kaybı veya aktif artrit yoktu. Klinik ve serolojik tablo nedeniyle başlangıçta MPO-pozitif ANCA ilişkili vaskülit düşünüldü ve 3 gün intravenöz metilprednizolon verildi, ardından oral tedavi sürdürüldü. Böbrek biyopsisinde 22 glomerül izlendi; 2'sinde global skleroz, 8'inde fibrosellüler ve 1'inde sellüler kresent saptandı. Bazı glomerüllerde mezanjial matriks artışı vardı. İmmüno Floresan incelemede mezanjiumda granüler IgA 2+ ve C3 2+ birikimi izlendi; IgG, IgM, C1q ve fibrinojen negatifti. Olgu kresentik IgA nefropatisi, Oxford sınıflamasına göre M0E0S0T0C1 olarak değerlendirildi. Biyopside belirgin pauci-immün nekrotizan glomerülonefrit paterni tanımlanmadı. Hastaya rituksimab verildi, ancak aktif idrar sedimenti ve böbrek fonksiyon bozukluğunun sürmesi üzerine intravenöz siklofosfamid başlandı. İzlemde proteinüride belirgin azalma oldu; buna rağmen mikroskopik hematüri, hipoalbuminemi ve böbrek fonksiyon bozukluğu devam etti.

Sonuç: Bu olguda böbrek biyopsisi kresentik IgA nefropatisini göstermiştir. Ancak yüksek titre MPO-ANCA, kresentli tutulum ve böbrek dışı bulgular eşlik eden AAV olasılığını da düşündürmektedir. Benzer hastalarda biyopsi bulguları ile klinik fenotip birlikte değerlendirilmeli ve tedavi bireyselleştirilmelidir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-16

Oral Laksatif Kullanımı Sonrası Gelişen Akut Fosfat Nefropatisi Olgusu Sunumu

Bayram Korkut¹, Gökçe Eğlenoğlu¹

¹Biga Devlet Hastanesi

Giriş: Akut fosfat nefropatisi, fosfat kristallerinin renal tübüleri etkilemesi sonrası gelişen bir böbrek hasarı nedeni-
dir. Genellikle kolonoskopi öncesi bağırsak temizliği için kullanılan oral sodyum fosfat içeren ilaçlara bağlı olarak
gelişir. Hastalığın patogeneğinde çeşitli hipotezler olmakla beraber, serum fosfat düzeyinde hızlı artışa eşlik eden
sodyum fosfatın laksatif özelliğine bağlı volüm depleksiyonu temel rol oynar. İntratübüler fosfat konsantrasyonunun
artması lümenal obstrüksiyona, direkt tübüler epitel hasarına ve kalsiyum fosfat tuzlarının çökerek dokuda birikme-
sine neden olur. Kesin tanı böbrek biyopsisinde renal tübüllerde kalsinozis gözlenmesiyle konulur. Biz burada geri
dönüşümsüz böbrek hasarına yol açabilen fakat etyolojisi kolaylıkla gözden kaçabilen fosfat nefropatisi vakasını
sunuyoruz.

Vaka: 57 yaşında bayan hastaya, 5 gün önce rektal prolapsus nedeni ile dış merkezde oral sodyum fosfatlı hazırlık
sonrasında kolonoskopi işlemi yapılmış. İşlem öncesi kreatinin değeri normal sınırlarda olan hasta, işlem sonrası
halsizlik şikayeti ile dahiliye polikliniğine başvurduğunda üre 87 mg/dl, kreatinin 4.8 mg/dl saptanması üzerine akut
böbrek yetmezliği (ABY) tanısı ile dahiliye servisine yatırıldı. Özgeçmişinde hipertansiyon öyküsü olan hasta perin-
dopril 5 mg kullanmaktaydı. Hastanın fizik muayenesinde özellik saptanmadı. Tetkiklerinde; üre 87 mg/dl, kreatinin
4.8 mg/dl, sodyum 127 mmol/L, potasyum 4.0 mmol/L, fosfor 6.3 mg/dl, 24 saatlik idrarda 400 mg/gün protein sap-
tandı. ELİSA ve otoimmün serolojik belirteçleri negatifti. Hastanın renal doppler usg'sinde böbrek boyutları normal
olup ek patoloji saptanmadı. Göz dibi muayenesinde retinopati yoktu. Hastaya i.v hidrasyon yapıldı. Perindopril
kesilerek amlodipin ile kan basıncı kontrolü sağlandı. Takiplerinde hastanın kreatinin değeri 1.8 mg/dl'ye kadar geri-
ledi. Hastaya dış merkez nefroloji bölümünde renal biyopsi yapıldı. Biyopside tübül lümeninde kalsifikasyon, nefro-
kalsinozis, fokal interstisyel fibrozis, tübüler atrofi, tübüler ve interstisyel kalsiyum fosfat birikimi saptandı. Hastanın
fosfat nefropatisi tanısı kesinleştirilerek hasta KBY tanısı ile poliklinik kontrolünde takibe alındı.

Sonuç: Fosfat nefropatisi geliştikten sonra spesifik bir tedavi yöntemi olmadığı için, en önemli strateji hastalığın
gelişimini önlemektir. Oral sodyum fosfat kullanımının bazı gruplarda riskli olduğu gösterilmiştir. KBY, ileri yaş,
kadın cinsiyet, hipertansiyon, diyabetes mellitus, konjestif kalp yetmezliği, ACE-İ/ ARB kullanımı risk faktörleridir.
Bu hasta gruplarında kolonoskopi hazırlığının mümkünse fosfatsız lavman ile yapılması önerilmektedir. Hazırlık
yapılırken de yeterli hidrasyonun sağlanması ve işlem öncesinde ACE-İ, ARB ve diüretiklerin kesilerek işlemden
sonraki günlerde böbrek fonksiyonlarının kontrolünün yapılması yararlı olacaktır.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-17

Primer Membranöz Nefropati Zemininde Gelişen Guillain-Barré Sendromu: Nadir Bir Otoimmün Birliktelik

Deniz Bakırcıoğlu Alp¹, Fadimana Acar Güler¹, Olcay Esra Sargın Ertan¹, Aysun Toraman¹, Seyhun Kürşat¹

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi

Giriş: Membranöz nefropati (MN) erişkinlerde nefrotik sendromun en sık nedenlerinden biridir. Primer MN’de fosfolipaz A2 reseptör (PLA2R) antikor pozitifliği tanı açısından önemlidir. Guillain-Barré sendromu (GBS) ise akut inflamatuvar demiyelinizan poliradikülonöropati olup nadiren otoimmün renal hastalıklarla birliktelik gösterebilir.

Vaka: Altmış yaşında kadın hastanın 9 yıllık diyabetes mellitus ve hipertansiyon öyküsü mevcuttu. Şubat 2025’te tansiyon yüksekliği, idrar miktarında azalma, koyulaşma ve köpüklenme şikâyetleri ile başvurdu. Bu dönemde NSA-İİ kullanım öyküsü vardı. Laboratuvar incelemelerinde: kreatinin 0,9 mg/dL, üre 45 mg/dL, GFR 66 mL/dk; HbA1c: %5,6, tam idrar tahlilinde protein (+++), hematüri (+), eritrosit 41/hpf saptandı. 24 saatlik idrarda 3,9 g/gün proteinüri mevcuttu. ANA, ANCA ve anti-dsDNA negatifti. IgG 634 mg/dL (düşük), kompleman düzeyleri normaldi. Albumin/globulin oranında tersleşme yoktu. Böbrek biyopsisinde 23 glomerül izlendi; 4’ü global sklerotik idi. Bazı glomerüllerde mezengial selülarite artışı ve hafif bazal membran kalınlaşması mevcuttu. Tübülointerstisyel ve vasküler yapılar olağandı. Direkt immünfloresan incelemede yalnızca IgG ile bazal membranda granüler birikim saptandı. Bulgular membranöz nefropati ile uyumlu olmakla birlikte erken evre diyabetik nefropati ayırıcı tanıda değerlendirildi. Dış merkezde çalışılan PLA2R antikor düzeyi 157,65 RU/mL olarak pozitif saptandı. Malignite taraması (mamografi, abdominal USG, PAAG) negatifti. Hasta primer membranöz nefropati olarak kabul edilerek 1 mg/kg metilprednizolon tedavisi başlandı. Takiplerinde beşinci ayda proteinüri 1,2 g/gün’e geriledi. Ancak hasta kalçadan bacaklara yayılan, daha sonra üst ekstremitelere ilerleyen güçsüzlük şikâyeti ile başvurdu. Nörolojik muayenede proksimal kas güçsüzlüğü mevcuttu (ÜE 4+/5, AE 4/5). EMG’de alt ekstremitelerde peroneal sinir F yanıtı elde edilemedi. Klinik ve elektrofizyolojik bulgular Guillain-Barré sendromu ile uyumlu değerlendirildi. Kranial ve spinal MR görüntülemelerinde açıklayıcı patoloji saptanmadı. Hastaya 25 g/gün IVIG tedavisi 5 gün süreyle uygulandı. Tedavi sonrası belirgin klinik düzelme gözlemlendi ve hasta bağımsız mobilize olmaya başladı.

Sonuç: Bu olgu, primer membranöz nefropati zemininde gelişen Guillain-Barré sendromu birlikteliğini göstermektedir. Otoimmün mekanizmaların rol oynadığı düşünülen bu iki hastalığın eş zamanlı görülmesi nadirdir. MN tanısı ile takip edilen hastalarda gelişen akut güçsüzlük durumunda GBS ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-18

Anti-Glomerüler Bazal Membran Hastalığında Antikor Negatifliği

Deniz Saçlı¹, Cihan Heybeli¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Akut böbrek yetmezliği, mikroskopik hematüri nedeniyle tetkik edilen ve antikor negatif Anti-GBM tanısı alan hasta

Vaka: Üç haftadır baş ağrısı, köpüklü idrar, idrar renginde koyulaşma yakınmaları olan 57 yaşında erkek hasta böbrek yetmezliği nedeniyle tetkik edilmek üzere hastaneye yatırıldı. Belirgin prerenal-postrenal faktörler saptanmayan, nefrotoksik maruziyeti olmadığı öğrenilen hastanın laboratuvar değerlendirmesinde serum kreatinin yüksekliği (2.53 mg/dl, tahmini GFR 27 ml/dk/1.73 m²), mikrohematüri ve proteinüri (spot idrarda 6 gram/gün dolaylarında) saptandı. Bazal kreatinin değeri 1.0 mg/dl dolaylarında olan hastanın kontrastsız akciğer tomografisinde iki taraflı yaygın nodüler infiltrasyonlar tanımlandı. Anti-nükleer antikor ve anti-nötrofil sitoplazmik antikor testleri ile anti-glomerüler bazal membran (GBM) antikorları negatif sonuçlandı. Pulse glukokortikoid tedaviyle birlikte siklofosfamid ile mesna verildi. Takipte gelişen ağır böbrek yetmezliği (serum kreatinin 5.86 mg/dL) dolayısıyla hemodiyaliz uygulandı ve aralıklı hemodiyaliz seansları sonrasında etyolojiyi aydınlatmaya yönelik böbrek biyopsisi yapıldı. Ağır böbrek yetmezliği nedeniyle plazmaferez de uygulandı. Hastanın böbrek biyopsisinin ışık mikroskopisinde yaygın kresentlerle birlikte immünfloresan mikroskopide yoğun (3+) lineer glomerüler IgG birikimi saptanması üzerine (diğer antikorlar ve kompleman negatif) anti-GBM hastalığı (Goodpasture) düşünüldü.

Sonuç: Anti-GBM hastalığı otoimmün kökenli bir hastalık olup hızlı ilerleyen glomerulonefrit etyolojileri arasında yer alır. Anti-GBM otoantikoru kanda ELISA yöntemiyle bakılmakta olup %95-%100 sensitivite, %90-%97 spesifiteye sahiptir. Tanıda altın standart böbrek biyopsisidir. Böbrek biyopsisinde immünfloresan mikroskopunda bazal membran boyunca lineer IgG birikimi görülmesi karakteristiktir. Tedavide plazmaferez, yüksek doz steroid, siklofosfamid ve rituksimab kullanılabilir. Olgumuzun tipik böbrek biyopsisi bulgularına rağmen antikor pozitifliğinin saptanmaması dolayısıyla sunuma değer olduğu düşünülmüştür.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-19

Periton Diyalizi Hastasında Metastatik Karsinom Tanısı: Transplantasyon Sürecinde Drop-out ile Sonuçlanan Bir Olgu

Zübeyde Nisa Kurt¹, Zeynep Sude Aygüneş¹, Asena Serap Yalçinkaya², Özger Akarsu², Serdar Kahvecioğlu²

¹Bursa Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Bilim Dalı

²Bursa Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hastalarında malignite gelişimi, immün disregülasyon ve kronik inflamasyon zemininde artmış olup, transplantasyon adaylarında ayrıntılı sistemik değerlendirme zorunludur. Primeri bilinmeyen karsinom (CUP) olguları çoğunlukla metastatik evrede tanı almakta; kemik iliği tutulumu, pansitopeni ve dissemine intravasküler koagülasyon (DİK) gelişimi kötü prognoz göstergesi kabul edilmektedir. Bu olguda nefroloji servisinde izlenen bir transplantasyon adayında saptanan yaygın metastatik hastalık ve kompleks klinik seyir sunulmuştur.

Vaka: Etiyolojisi bilinmeyen SDBY nedeniyle iki yıldır periton diyalizi uygulayan 51 yaşında erkek hasta, transplantasyon değerlendirmesi sırasında son iki aydır olan pelvik ve şiddetli bel ağrısı ile paraparezi şikâyetiyle başvurdu ve nefroloji servisine yatırıldı. Yatışında renal replasman tedavisi yeniden düzenlenerek periton diyalizinden haftada üç gün hemodiyalize geçildi. Şiddetli bel ağrıları olması sebebiyle çekilen torakal manyetik rezonans görüntülemesinde vertebra korpuslarında diffüz sklerotik lezyonlar izlendi. Fluor-18 Florodeoksiglukoz Pozitron Emisyon Tomografi-si (F-18 FDG PET/BT) 'nde aksiyel ve apendiküler iskelet sisteminde yaygın sklerotik metastatik kemik lezyonları, paraaortik ve mediastinal lenfadenopatiler ile peripankreatik nodüler lezyon saptandı. Tümör belirteçleri CEA:45 ng/mL, CA19-9:791 U/mL, PSA:9.05 ng/mL idi. Görüntülemelerde bilateral masif plevral efüzyon izlenmesi üzerine hastaya bilateral plöroken takıldı. Plevral sıvı analizi Light kriterlerine göre transüdatif karakterde bulundu ve sitolojik incelemede malign hücre saptanmadı. Paraparezi nedeniyle yapılan elektromiyografi Guillain-Barré sendromu ile uyumlu bulundu. Ancak hasta başvurusu akut dönemi geçmesi sebebiyle hastaya tedavisi verilemedi. Endoskopi ve kolonoskopide primer odak saptanmadı. Geniş enfeksiyöz taraması yapıldı; negatif sonuçlandı. Kültür sonuçlarına uygun antibiyoterapiye rağmen akut faz reaktanları regrese olmayan ve subfebril ateşi olan hastadan tüberküloz ekarte edilemediğinden antitüberküloz tedavi başlandı; nötropeni kısmen düzelirken belirgin transaminaz yüksekliği gelişti ve hepatik ensefalopati benzeri klinik tablo ortaya çıktı. Klinik izlemde pansitopeni ve DİK tablosu gelişti. Lenf nodu biyopsisinde kesin malignite gösterilemedi; ancak kemik iliği trephine biyopsisinde yaygın nekroz ve intrasinüzoidal nekrotik karsinom metastazı saptandı, pansitokeratin pozitif bulundu. Bulgular primeri bilinmeyen metastatik karsinom ile uyumlu değerlendirildi. Kemoterapi planlanmasına rağmen hasta solunum arresti sonrası entübe edilmesi sebebiyle tedaviye başlanamadı.

Sonuç: Bu olgu, transplantasyon adaylarında açıklanamayan kemik ağrısı, sitopeni ve sistemik bulgular varlığında metastatik malignitenin mutlaka dışlanması gerektiğini göstermektedir. Ayrıca sitolojik incelemelerin negatif olabileceği ve kemik iliği biyopsisinin tanıda belirleyici rol oynayabileceği unutulmamalıdır. Renal transplantasyon adaylarında malignite taraması multidisipliner yaklaşım gerektirmekte olup ileri evre metastatik hastalık transplantasyon için önemli bir drop-out nedeni oluşturmaktadır.



Yayın No: P-20

IgA Nefropatisinde Takip Sürecindeki Ürik Asit ve Sistemik İmmün-İnflamatuar İndeksin Renal Progresyon ile İlişkisi

Rıdvan Özkan¹, Fatma Ayerden Ebinç², Merve Şanlıer², Muzghan Guliyeva², Hatice Şahin², Gülay Ulusal Okyay², Ebru Gök Oğuz², Kadir Gökhan Atılğan², Mehmet Deniz Ayılı²

¹Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

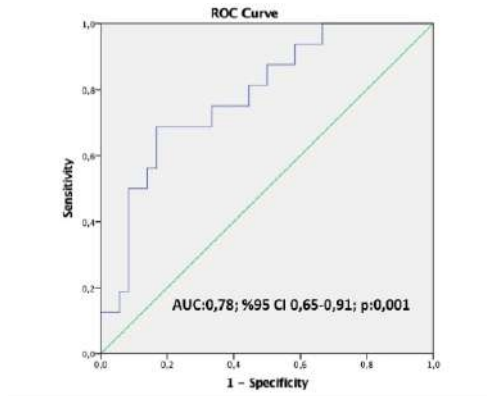
²Etlik Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Ankara

Amaç: IgA nefropatisi (IgAN), dünya genelinde ve ülkemizde en sık görülen primer glomerülonefrit olup kronik böbrek hastalığının ve son dönem böbrek yetmezliğinin önemli nedenlerinden biridir. Hastalık seyri heterojendir. Bu nedenle progresyon riskinin erken dönemde öngörülmesi, tedavi stratejilerinin bireyselleştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Ürik asit, oksidatif stres ve endotelial disfonksiyon üzerinden renal hasara katkıda bulunabilen potansiyel olarak değiştirilebilir bir risk faktörü olarak öne çıkmaktadır. Benzer şekilde, nötrofil, trombosit ve lenfosit parametrelerinden türetilen Sistemik İmmün-İnflamatuar İndeks (SII), sistemik inflammatuar yükü yansıtan yeni bir biyobelirteçtir ve farklı kronik hastalıklarda prognostik değer göstermiştir. Bu çalışmada, IgAN tanılı hastalarda bazal değerlerin yanı sıra takip sürecindeki ortalama serum ürik asit düzeyleri ve SII skorunun renal progresyon ile ilişkisi değerlendirilmiştir.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, 1 Ocak 2012–31 Ağustos 2023 tarihleri arasında IgA nefropatisi tanısıyla izlenen, 18 yaş ve üzeri 52 hasta dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, başlangıç serum kreatinin ve eGFR değerleri, proteinüri düzeyleri ve histopatolojik bulguları kaydedilmiştir. Serum ürik asit düzeyleri ve Sistemik İmmün-İnflamatuar İndeks (SII; nötrofil × trombosit / lenfosit) değerlerinin hem bazal hem de takip süresince ölçülen ortalama (time-averaged) değerleri hesaplanmıştır. Remisyon son kontrolde eGFR’de azalma olmadan proteinürinin < 500 mg/gün olması veya başlangıça göre %50 azalma göstermesi; progresyon, son kontrolde eGFR’de başlangıça göre %40 ya da daha fazla azalma olması veya eGFR’nin 15 ml/dk’dan düşük olması olarak tanımlanmıştır. Progresyon gelişen ve gelişmeyen hastalar klinik, biyokimyasal ve histopatolojik parametreler açısından karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Ortalama yaş 49,48±12,62 yıl olup hastaların %63,5’i erkekti. Ortalama takip süresi 55,8±30,3 aydı. İzlem sonunda 16 hastada (%30,8) progresyon gözlemlendi. Progresyon grubunda: takip ortalama ürik asit (ÜA-T), takip ortalama SII (SII-T) daha yüksekti. ROC analizi ile ÜA-T için optimal eşik değeri 7,53 mg/dL olarak belirlendi (AUC: 0,78, %95 CI: 0,65-0,91; p:0,001). Kaplan Meier ile bu değerin üzerinde progresyon riski daha yüksekti (p:0,005, log rank test). Çok değişkenli analizde, ÜA-T ve SII-T bağımsız risk faktörü olarak saptandı. (p:0,02; p:0,001)

Şekil 1. ROC analizi ile takip ÜA için optimal eşik değeri



Takip dönemi ÜA için optimal eşik değeri ROC analizi ile 7,53 (mg/dL) saptandı.
(%70 duyarlılık, %83 özgüllük) [AUC:0,78, %95 CI:0,65-0,91; p:0,001]



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C

20-24 MAYIS 2026



Sonuç: IgA nefropatisinde ÜA-T ve SII-T değerleri renal progresyon ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Bazal değerlerden ziyade izlem sürecindeki metabolik ve inflamatuvar yükün hastalık seyri üzerinde daha belirleyici olabilir. Serum ÜA ve SII'nin dinamik takibi, progresyon riskinin öngörülmesinde klinik karar sürecine katkı sağlayabilir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-21

Hemodiyaliz Hastalarında Vitamin D Düzeyleri, El Kavrama Gücü ve Cinsel İşlevler Arasındaki İlişki

İrem Dikilitaş¹, Funda Datlı Yakaryılmaz²

¹Malatya Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Malatya

²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı, Malatya

Amaç: Hemodiyaliz tedavisi yaşam süresini uzatmasına rağmen, hastalar yorgunluk, depresyon, uyku bozuklukları ve kas gücü kaybı gibi semptomlarla karşılaşabilmektedir. Bu popülasyonda sık görülen ancak çoğu zaman göz ardı edilen sorunlardan biri de cinsel işlev bozukluğudur. Cinsel işlev bozukluğunun gelişiminde yaş, hormonal değişiklikler, vasküler hastalıklar, nöropati ve psikososyal faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Bununla birlikte kas gücü kaybı ve vitamin D eksikliği gibi faktörlerin cinsel işlev üzerine etkisini birlikte değerlendiren çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı hemodiyaliz hastalarında cinsel işlev bozukluğu prevalansını belirlemek ve vitamin D düzeyleri ile kas gücünün cinsel işlev ile ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışma Mart–Haziran 2025 tarihleri arasında Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemodiyaliz ünitesinde yürütülmüştür. Çalışmaya 18–65 yaş aralığında, son dönem böbrek yetmezliği tanısı olan ve hemodiyaliz tedavisi alan 151 hasta dahil edilmiştir. Katılımcıların çalışmaya gönüllü olarak katılmaları sağlanmış ve bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Okuma yazma bilmeyen hastalar, cinsel partneri olmayan bireyler, demans tanısı bulunanlar ve aktif ya da kronik psikiyatrik hastalığı olanlar çalışma dışında bırakılmıştır. Katılımcılara ait demografik bilgiler ve laboratuvar parametreleri hasta dosyalarından elde edilmiştir. Cinsel işlevin değerlendirilmesinde Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX) kullanılmıştır. Kas gücü değerlendirmesi el kavrama gücü ölçümü ile yapılmıştır. Ayrıca vücut kitle indeksi ve baldır çevresi gibi antropometrik parametreler kaydedilmiştir.

Bulgular: Erkek hastaların %56.8'inde, kadın ise tamamında cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır. Tüm katılımcılar değerlendirildiğinde cinsel disfonksiyon prevalansı %78.2 olarak bulunmuştur. Cinsel disfonksiyonu olan grupta yaş ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0.001$). Bunun yanı sıra el kavrama gücü ($p=0.001$), baldır çevresi ($p=0.017$) ve vitamin D düzeylerinin ($p=0.049$) cinsel disfonksiyonu olan hastalarda anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir. Korelasyon analizinde ASEX skorlarının yaş, vücut kitle indeksi ve KT/V ile pozitif korelasyon gösterdiği; buna karşılık el kavrama gücü, vitamin D düzeyi, PTH ve baldır çevresi ile negatif korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Multivaryant lojistik regresyon analizinde cinsel disfonksiyon gelişimi için bağımsız prediktörler yaş, baldır çevresi ve el kavrama gücü olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar, özellikle kas gücü azalmasının ve ileri yaşın cinsel işlev bozukluğu ile güçlü ilişki gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Sonuç: Bu çalışmada cinsel disfonksiyonun yaş, kas gücü ve vitamin D düzeyi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Özellikle el kavrama gücü gibi basit klinik ölçümler cinsel işlev bozukluğu riskini belirlemede yararlı olabilir



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-22

Meyan Kökü Kullanımına Bağlı Pseudo-Hiperaldosteronizm Olgusu: Tanıyı Anamnez Koydurdu

Firuze Midi Kursat¹

¹Esenyurt Devlet Hastanesi

Giriş: Hipertansiyon ve hipokalemi birlikteliği sekonder hipertansiyon açısından dikkatle değerlendirilmesi gereken bir klinik durumdur. Meyan kökü (licorice) tüketimine bağlı pseudo-hiperaldosteronizm nadir görülmekle birlikte tamamen geri dönüşümlü bir neden olup sıklıkla gözden kaçmaktadır. Bu olguda ayrıntılı anamnezin tanısal değeri vurgulanmıştır.

Vaka: 87 yaşında kadın hasta halsizlik, iştahsızlık ve son 15 gündür tansiyonda yükselme şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmiş: Hipertansiyon(15 yıl)İlaç öyküsü: AmlodipinFizik Muayene:Kan basıncı: 165/95 mmHg, Nabız: 82/dk, Periferik ödem: yok.Laboratuvar Bulguları:Potasyum 2.9 mmol/L (3.5–5.1),Sodyum 141 mmol/L (135–145),Kreatinin 0.8 mg/dL (0.6–1.2),Magnezyum 2.0 mg/dL (1.6–2.6), pH 7.48 (7.35–7.45), HCO₃⁻ 30 mmol/L (22–26), TSH 1.9 µIU/mL (0.4–4.5), Glukoz 109mg/dL.Metabolik alkaloz ile uyumlu hipokalemi saptandı.Ayrırcı tanıya girebilecek olan, primer hiperaldosteronizm, renovasküler hipertansiyon, feokromositoma, Cushing Sendromu tanıları yapılan tetkikler ile ekarte edildi.Renin 0.12 ng/mL/saat (0.5–4.0), Aldosteron 3.1 ng/dL (4–31), Aldosteron/Renin oranı 25, Renal Doppler USG Sağ renal arter PSV 98 cm/sn (< 180), Sol renal arter PSV 105 cm/sn (< 180), RAR 2.1 (< 3.5), Metanefrin 42 pg/mL (< 65), Normetanefrin 88 pg/mL (< 196), 1 mg overnight DST, Sabah kortizolü 0.9 µg/dL (< 1.8), batin USG'de sürrenaller doğal görünümdeydi. Ayrıntılı anamnezde hastanın yaklaşık 6 aydır günlük olarak meyan kökü içeren şerbet tükettiği öğrenildi.Renin ↓ + Aldosteron ↓ profili Meyan kökü kullanımına bağlı pseudo-hiperaldosteronizm ile uyumlu bulundu.Meyan kökü tüketimi kesildi, potasyum replasmanı yapıldı. Başvuru anında potasyum 2.9 mmol/L, 3. gün 3.6 mmol/L ve 7. gün 4.1 mmol/L olarak saptandı. Kan basıncında düşme sağlandı. Hasta potasyum 4.1 ve kan basıncı 135/80 mmHg olarak taburcu edildi.

Sonuç: Meyan kökünde bulunan glycyrrhizic asit, 11β-hidroksisteroid dehidrogenaz tip-2 enzimini inhibe ederek kortizolün mineralokortikoid reseptörleri uyarmasına neden olur. Sonuçta sodyum retansiyonu, hipokalemi ve hipertansiyon gelişir. Hipertansiyon ve hipokalemi birlikteliğinde: Düşük renin ile düşük aldosteron olması pseudo-hiperaldosteronizm için güçlü tanısal ipucudur.Hipertansiyon ve hipokalemi birlikteliğinde baskılı renin-aldosteron profili saptanırsa bitkisel ürün kullanımı mutlaka sorgulanmalıdır.Meyan kökü şerbeti/çayı bazı yörelerimizde günlük içecek olarak yaygın bir şekilde tüketilmektedir.Ayrıntılı anamnez, nadir ancak tamamen geri dönüşümlü olan sekonder hipertansiyon nedenlerinin tanınmasını sağlar ve gereksiz ileri tetkikleri önler.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-23

HFpEF Eşlik Eden KBH Hastasında Hiponatremi, Diüretik Direnci ve Renal Replasman Tedavisine Geçiş: Kardiyorenal Sendrom Olgusu

Ahmet Çalışkan¹, İlter Bozacı²

¹Antalya Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

²Antalya Şehir Hastanesi Nefroloji Kliniği

Giriş: Kronik böbrek hastalığı (KBH) ve kalp yetmezliği birlikteliğinde gelişen su-sodyum dengesi bozuklukları, kardiyorenal sendrom spektrumu içerisinde değerlendirilir. (1,5)Kardiyorenal sendrom klinikte kendisini hipervolemik sekonder hiponatremi, diüretik direnci ve KBH'a progresyon şeklinde gösterebilir. Hiponatremi, özellikle volüm yükü ile birlikte görüldüğünde ileri yaş hastalarda kötü prognoz göstergesi olarak kabul edilmektedir. (2,4)Olgumuzda korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği görülen hastamızın, hipervolemik hiponatremi ile multipl hastane yatışları sonrası renal replasman tedavisine giden süreci ele alınmış, ejeksiyon fraksiyonu korunmuş olmasına rağmen kardiyorenal sendrom gelişimi çerçevesinde KBH progresyonuna dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Vaka: 79 yaş kadın, anazarka tarzı yaygın ödem ve hiponatremi (Na: 111 mEq/L) ile acile başvurdu. Bilinen hipertansiyon, kalp yetmezliği olan hastanın furosemid ve perindopril+indapamid kullandığı öğrenildi. Acil serviste tansiyonu 105/65 mmHg, saturasyonu %94, kalp hızı 68 atım/dk, vücut ısı 36 derece ölçüldü. Fizik muayenede bilateral 2+/2+ pretibial ödem, batında distansiyon görüldü. Akciğerlerinde bazalde bilateral ince raller saptandı. Acil servise gelişindeki kan tetkikleri Tablo.1'de sunulmuştur. Üriner USG'de böbreklerde bilateral grade 1 ekojenite artışı görüldü, hidronefroz saptanmadı. EKO'da LVEF:%55, Evre 1 LVDD, Eser TY görüldü. Na: 111 mEq/L görülen olgumuz hipervolemik hiponatremi ile iç hastalıklarına yatırıldı. İdrar sodyumu 19,7 mmol/L; 24 saat idrar protein 187,6 mg/24 saat olarak görüldü. Hipertonik serum fizyolojik sonrası 1500 cc sıvı kısıtı ve furosemid infüzyonu ile takip edilen hastada diüretiklere yanıt alınamadı. Taburculuk sonrası nefroloji poliklinik takibine alındı. Renal replasman tedavisine geçiş amaçlı nefrolojiye yatırıldı. Kreatinin seviyeleri 4,03 mg/dL'ye kadar ilerledi. 3/7 hemodiyalize başlandı. Periton diyalizine geçiş planlanan hasta rutin hemodiyalizi sonrası genel durumunda bozulmayla yoğun bakıma verildi.

Tablo.1

WBC	9,51	Hb	16,4
MCV	72	Plt	255
BUN	26,9	Kreatinin	1,1
e-GFR	48	Total protein	6,7
Albumin	3,9	Ürik asit	9,7
ALT	26	AST	57
ALP	175	GGT	291
Total bilirubin	3,03	Direkt bilirubin	1,78
Sodyum	111	Potasyum	4,1
Magnezyum	1,52	Fosfor	2,3
Kalsiyum	8,8	Klor	76
CRP	17	NT Pro BNP	830

Hastanın acil servise başvurusundaki kan sonuçları



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C

20-24 MAYIS 2026



Sonuç: Kardiorenal sendrom, bir organ disfonksiyonunun diğer organ fonksiyonunu bozduğu bir spektrum olarak tanımlanmıştır (5). Bu vakada KBH zemininde gelişen volüm yükü, diyastolik disfonksiyon ve renal rezerv kaybı karşılıklı olarak birbirini besleyen bir kardiorenal döngü oluşturmuş olabilir. Özellikle HFpEF varlığında renal perfüzyonun relatif azalması, RAAS aktivasyonu ile hipervolemik hiponatremiye katkı sağlamaktadır (1,5). Hiponatreminin böbrek yetmezliğine progresyonla ilişkili olduğu gösterilmiştir (4). Ayrıca hiponatremi, KBH kohortlarında mortalite ve advers renal sonlanımla ilişkilendirilmiştir (3). Olgumuzda hiponatremiyle başlayan süreç, ilerleyen dönemde dirençli volüm yükü ve hemodiyaliz gereksinimiyle sonuçlanmıştır. Bu olgu, HFpEF eşlik eden KBH hastalarında gelişen hipervolemik hiponatreminin kardiorenal sendrom spektrumunda değerlendirilmesi gerektiğini ve diüretik direncinin renal replasman tedavisine geçiş açısından önemli bir klinik belirteç olduğunu göstermektedir. (1,5)



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-24

Gastroenterit Sonrası 1. Ayda Ortaya Çıkan Seropozitivite ile Tanı Alan Hemolitik Üremik Sendrom Vakası

Betül Şentürk Alkan¹, Şimal Köksal Cevher¹, Burak Aslum¹, Emre Çankaya¹, Ezgi Çoşkun Yenigün¹, Fatih Dede¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Giriş: Trombotik mikroanjiyopati(TMA),endotel hasarının kılcal damarlar,arteriyoller ve venüllerde dahil olmak üzere mikrovasküler yatakta tromboza neden olduğu ve tüketimsel trombosit agregasyonlarına yol açtığı çeşitli sistemik hastalıkları kapsar.TMA kliniği;trombositopeni,hemolitik anemi ve iskemik uç organ hasarından oluşur.Hemolitik üremik sendrom(HÜS)ise;ABH,hemolitik anemi ve trombositopeni ile seyreden bir TMA tablosudur.HÜS'ün en yaygın nedeni shigatoksin olup daha az sıklıkla enfeksiyonlar veya alternatif kompleman yolunu aktive eden genetik anormalliklerdir.Ek nedenler arasında malignite,otoimmün bozukluklar,genetik mutasyonlar ve ilaç kullanımı yer alabilir.HÜS'te özellikle nörolojik semptomlar olmak üzere böbrek dışı belirtiler yaygındır.Shigatoksin üreten Escherichia coli(STEC),tipik HÜS olarak adlandırılır ve HÜS'ün en yaygın nedenidir.Tipik HÜS, HÜS vakalarının%90-%95'ini oluşturur ve genellikle kontamine yiyecek veya içecek tüketimi ve kişiden kişiye temas yoluyla ortaya çıkar.STECile enfekte olan bireyler arasındaHÜS görülme sıklığı%5-%15arasında değişmekte olup,çoğunlukla5yaşından küçük çocukları,nadiren erişkin yaş grubunu etkilemektedir.HÜS'ün belirti ve bulgularının hızlı tespit edilerek ivedilikle tanı konulması ve tiplendirilerek tedaviye başlanması hasta ve renalsonlanım için çok önemlidir.

Vaka: Hipertansiyon dışında bilinen kronik hastalığı olmayan57yaşında erkek hasta,ıdrarda azalma şikayetiyle tarafımıza başvurdu.Bazal kreatinin0,8olan hastanın güncel kreatinin değeri2,3mg/dl saptanması üzerine ABH ile kliniğimize yatırıldı.Fizik muayenesinde vitalleri stabil olup patolojik bulguya rastlanmadı.Çekilen üriner sistem USG'de postrenal patoloji dışlanmış olup böbrek boyutları ve parankimi normal sınırlardaydı.ABHetiyojisine yönelik sorgulamadaNSAI,herbal,IVkontrast kullanımı yoktu.Serolojik testleri negatif saptandı.Hemogram takiplerinde trombosit değerleri60.000'e kadar ve Hgb değerleri7,3'e kadar tedrici düşüş gösteren hastanın bakılan periferik yaymasında yaygın şistosit izlendi.LDH değeri980olarak saptandı.TMA düşünülen hastada ayırıcı tanıya yönelik olarak kompleman genetik paneli,ADAMTS-13düzeyi ve gaita tetkikleri gönderildi.Anamnezi derinleştirildiğinde tarafımıza başvurudan1ay önce,1hafta süren karın ağrısı,bulantı,kusma ve ishal şikayetleriyle dışmerkeze başvurduğu ve buna yönelik semptomatik tedavi aldığı öğrenildi.O dönem bakılanguaita mikroskopisinde lökosit ve eritrosit saptanmadığı,gaita kültüründeys üreme olmadığıgörüldü.Takiplerde hastada nöbet şeklinde nörolojik semptomlar da gelişmesi üzerine santralsinir sistemi görüntülemeleri yapılarak intrakranial hadiseler dışlandı veTMAtanısıyla4seansPLEXve1mg/kg metilprednizolon başlandı.ADAMTS-13aktivitesi %55saptanmasıüzerineTTPekarte edilip-HÜStanısıyla900mg/haftaEcilizumab tedavisi başlandı.2dozEcilizumab uygulanmasını takiben hastanın hemoliz bulguları veABHtablosu geriledi.Takibiesnasında etiyolojiye yönelik olarak gönderilmiş olan hızlıGİSenfeksiyonpaneli tetkikinde shiga-like toksin pozitif saptandı ve tipikHÜSkabul edilerekEcilizumabtedavisi kesildi.Ayaktan poliklinik takiplerinde kreatinin değeri1,0mg/dL'ye kadar geriledi,Hgbdeğeri12gr/dL, trombosit değeri ise222.000'e yükseldi.

Sonuç: Shiga-like toksin sonucu oluşan tipikHÜStablosunda gaita tetkiki bizim vakamızda olduğu gibigastroenterit atağından1ay sonra bile pozitifliğini koruyup tanıya yardımcı olabilir.Hastalarbaşlangıçta atipikHÜŞeklinde değerlendirilse bile gastroenteritin üzerinden uzun zamangeçmiş olsada gaita tetkikleri mutlaka istenmeli,genetik test sonucu ve gaita tetkikleri yakıntakip edilmeli,tetkik sonuçlarına göre tedavi revize edilmelidir.



Yayın No: P-25

Pulmoner Tromboemboliden Nefrotik Sendroma: Maskelenmiş Membranöz Glomerülonefrit Olgusu

Ece Ersal Deregözü¹, Azize Dur², Nesrin Gürçay⁴, Ayperi Öztürk³, Aysun Akbal Kutlugün¹, Emre Tural¹

¹T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

²T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

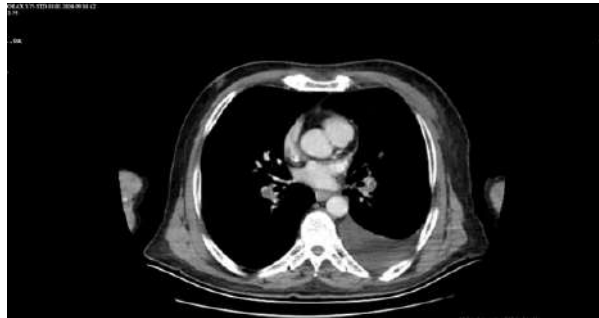
³T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

⁴T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji

Giriş: Nefrotik sendrom, ağır proteinüri, hipoalbuminemi ve artmış tromboemboli riski ile ilişkili glomerüler hastalıklara bağlı gelişen klinik sendromların genel adıdır. Membranöz glomerülonefrit, nefrotik sendrom nedenleri içinde trombotik komplikasyonlar açısından en yüksek riskli hastalıklardandır. Venöz tromboembolizm, bazı nefrotik sendrom hastalarında, ilk klinik bulgu olarak karşımıza çıkabilmektedir. Bu olguda, pulmoner tromboemboli ile acile başvuran, takiplerinde hipoalbuminemi ve proteinüri saptanan ve membranöz glomerülonefrit tanısı alan bir hasta sunulmuştur.

Vaka: Bilinen dahili hastalığı olmayan, 63 yaşında erkek hasta, öksürük ve ateş şikayeti ile aile sağlığı merkezine başvurmuş. Multipl antibiyoterapi öyküsü olan, dirençli ateşleri ve yeni gelişen nefes darlığı olan hasta acil servise yönlendirilmiş. Hastanın çekilen toraks BT'sinde bilateral ana pulmoner arterde alt lob segmenter pulmoner arter dallarına uzanan emboli ile uyumlu dolum defektleri izlenmesi üzerine göğüs hastalıkları servisine yatırılmış ve antikoagülan tedavisi başlanmıştır. Eşlik eden hipoalbuminemisi, periferik ödemi olan hasta malignite ön tanısıyla tetkik edilmiş, herhangi bir patolojik bulguya rastlanmamış. Transtorasik ekokardiyografi çekilen hastada kalp yetmezliği lehine bulgu izlenmemiş. Hasta hipoalbuminemisi ve hipervolemik durumu nedeniyle nefrolojiye danışıldı. Yapılan tetkiklerinde nefrotik düzeyde proteinürisi (24 saatlik idrar protein: 6600 mg), hipoalbuminemisi (2 g/dl) olan, böbrek fonksiyon testleri normal olan hasta nefroloji servisine devralındı. İmmünolojik markerlar ve viral hepatit serolojisi gönderilen hastada okült hepatit dışında patolojik bulgu görülmedi. Hastada hipoalbuminemi ile eşlik eden albuminürik ve non-albuminürik proteinüri izlenmesi üzerine, multipl myelom açısından idrar ve serum örnekleri ile değerlendirildi. Multipl myelom lehine bulgu izlenmedi. Böbrek boyutları normal olarak izlenen hastaya nefrotik sendrom ön tanısıyla böbrek biyopsisi planlandı. Böbrek biyopsi sonucu membranöz glomerülonefrit olarak raporlanan hastada pulmoner tromboembolinin nefrotik sendroma bağlı artmış tromboemboli riskiyle ilişkili olduğu yönünde değerlendirildi. Hastaya immünsüpresif tedavi planlandı; ACE inhibitörü, statin ve antikoagülan tedavileri başlandı, anti-fosfolipaz A2 düzeyi için örnek gönderilmesi planlandı.

Toraks BT görüntüsü



Her iki akciğer segment-subsegment düzeyinde dolum defekti

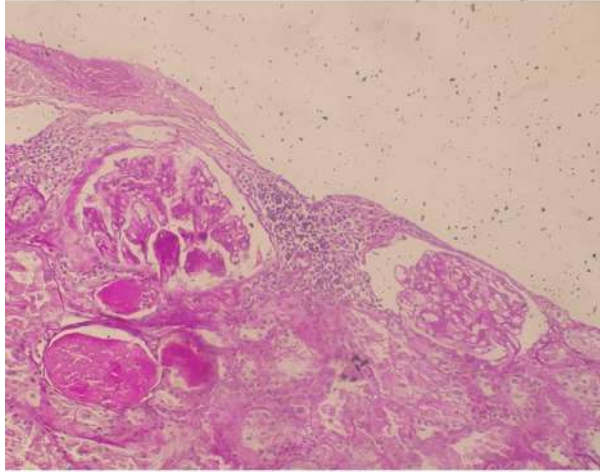


Pretibial ödem



Hastanın izni alınmıştır.

Böbrek biyopsi six40 büyütme



PAS boyama



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Laboratuvar bulguları

Tetkik adı	Sonuç	Referans değerleri
BUN (mg/dl)	25	N(17-43)
Kreatinin (mg/dl)	0.65	L(0.67-1.25)
eGFR (ml/dk)	102.9	N(>60)
Sodyum(mmol/l)	140	N(136-146)
Potasyum (mmol/l)	5	N(3.5-5.1)
Düzeltilmiş Kalsiyum(mg/dl)	9.56	L(8.8-10.6)
Fosfor (mg/dl)	3.5	N(2.5-4.5)
Albumin (g/dl)	2.3	L(3.5-5.2)
Total protein (g/dl)	5.1	L(6.4-8.3)
Kolesterol (mg/dl)	378	H(<200)
LDL kolesterol (mg/dl)	282.40	
HDL kolesterol (mg/dl)	63	N(>60)
Trigliserid	163	H(<150)
Tam idrar tahlili	Dansite:1010, osmolalite:382, ph:5.5, mikroskopik inceleme: 8 eritrosit, 5 lökosit idrar strip inceleme: protein 3+, eritrosit +/- Nitrit ve lökosit esterase negatif	
Spot idrar protein/kreatinin (mg/g)	17061.0	
Spot idrar albumin/kreatinin (mg/g)	2026.3	
24 saatlik idrar protein(mg)	6600	
24 saatlik idrar albumin (mg)	1786.8	
ANA(IFA)	Negatif	<1/100 titre Negatif
C3 kompleman	136	N(90-180)
C4 kompleman	24	N(10-40)
PR3 ANCA (immunoblot)	1 Negatif	N(0-10)
MPO ANCA (immunoblot)	1 Negatif	N(0-10)
Glomerul bazal membran (immunoblot)	1 Negatif	N(0-10)
Anti GBM (U/ml)	2 Negatif	N(0-10)
CA-19-9(U/ml)	<2.06	N(<37)
CEA(mcg/l)	4.41	N(0-5)
Serbest PSA(mcg/l)	0.49	N(<0.5)
Total PSA (mcg/l)	1.94	N(<4)
HbsAg (S/CO)	0.42 Negatif	N(0-1)



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



AntiHbc Total (INDEX)	0.18 Pozitif	L(>1.4)
Anti HbS (mIU/ml)	94.7 Pozitif	H(0-10)
HBV DNA, kantitatif(IU/ml)	Negatif	(0-10)
Anti HCV (S/CO)	0.09 Negatif	N(0-1)
Kappa hafif zincir serbest, serum(mg/l)	45.1	H(6.7-22.4)
Lambda hafif zincir serbest, serum (mg/l)	9.69	N(8.3-22.7)
Kappa hafif zincir total, idrar (mg/l)	107.0	H(0-25.8)
Lambda hafif zincir total, idrar (mg)l	60.9	H(0-11.3)
Serum immünfiksasyon	Normal serum immünfiksasyon bulguları	
Total protein elektroforezi	Total protein(5.1) ile uyumlu şekilde albumin, alfa 1, alfa 2, beta ve gama fraksiyonlarda diffüz azalma	

Referans değerleri laboratuvar uyarı sistemlerine göre, N:normal, L: Low, H: High olarak kodlanmıştır

Sonuç: Nefrotik sendrom ve özellikle membranöz glomerülonefrit, artmış tromboembolik olay riskiyle ilişkilidir. Özellikle açıklanamayan venöz tromboembolizm varlığında, böbrek fonksiyonları normal olsa dahi proteinüri araştırılması ve nefrolojik değerlendirme yapılması altta yatan glomerüler hastalıkların erken tanınması ve uygun tedavi başlanması açısından kritik önem taşımaktadır.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-26

Inferior Vena Cava'ya Uzanan Unilateral Renal Ven Trombozu: PLA2R Pozitif Membranöz Glomerülonefritin Nadir Bir Klinik Prezantasyonu

Betül Öge¹, Muhammed Emre Sevim¹, Fatma Yılmaz Aydın¹, Emre Aydın¹

¹Dicle Üniversitesi

Giriş: Membranöz glomerülonefrit (MGN), erişkinlerde nefrotik sendromun sık nedenlerinden biri olup çoğunlukla M-tipi fosfolipaz A2 reseptör (PLA2R) antikorları ile ilişkilidir. Membranöz glomerülonefrit venöz tromboemboli riskini artırır; ancak IVC'ye uzanan tek taraflı renal ven trombozu (RVT) nadirdir ve tanıda gecikmeye yol açabilir. Bu olguda PLA2R pozitif primer MGN zemininde inferior vena kavaya (IVC) uzanan unilateral RVT gelişen bir hastanın klinik seyri sunulmuştur.

Vaka: Otuz sekiz yaşında erkek hasta ani başlayan sol lomber ağrı ve bulantı ile başvurdu. Dış merkezde sol renal ven trombozu, asit ve sol plevral efüzyon saptanarak kliniğimize transfer alındı. Laboratuvar incelemelerinde spot idrar protein/kreatinin oranı 4,8 g/gün, albumin 2,1 g/dL, LDL 246 mg/dL, D-dimer 4,81 µg FEU/mL, serum kreatinin 0,88 mg/dl idi.. Otoimmün ve sekonder nedenlere yönelik incelemeler negatif bulundu. PLA2R antikor 188,75 RU/mL (pozitif) olarak saptandı. Renal Doppler ultrasonografide sol renal vende akım izlenmedi. Kontrastlı tora-koabdominal BT'de sol renal venin neredeyse tamamen tromboze olduğu ve trombüsün inferior vena kavaya kadar uzandığı, eşlik eden perinefrik ödem, asit ve sol plevral efüzyon bulunduğu görüldü. Primer PLA2R pozitif MGN zemininde nefrotik sendrom ve unilateral RVT tanısı konuldu. Hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin sonrası varfarin ile antikoagülasyon, olmesartan ve statin tedavisi başlandı; immünsüpresif tedavi olarak rituksimab uygulandı. Altıncı ay kontrolünde proteinüri 4 g/gün düzeyinde devam etmekte olup parsiyel yanıt izlendi. Albumin 1,7 g/dL idi. Serum kreatinin normal seyretti. Persistan asit ve sol plevral efüzyon mevcuttu. Yeni tromboembolik olay gelişmedi ve antikoagülasyon rivaroksaban ile sürdürüldü.

Sonuç: Unilateral RVT, MGN'nin nadir fakat ciddi bir komplikasyonudur ve IVC'ye uzanım gösterebilir. Açıklanamayan yan ağrısı ve nefrotik sendrom bulguları olan hastalarda RVT ayırıcı tanıda düşünülmelidir. PLA2R pozitifliği uygun klinik bağlamda noninvaziv tanısal değer taşır. Erken tanı ve uygun antikoagülasyon ile immünsüpresif tedavi prognoz açısından kritik önemdedir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-27

Anti-GBM Hastalığında Klinik Özellikler ve Renal Sonlanımlar: Tek Merkez Deneyimi

Muzhgan Guliyeva¹, Merve Şanlıer¹, Fatma Ayerden Ebinç¹, Ahmet Ermek², Arzu Taghiyeva¹, Ceren Önal Güçlü¹, Gülay Ulusal Okyay¹, Hatice Şahin¹, Emre Yaşar¹, Ebru Gök Oğuz¹, Kadir Gökhan Atılğan¹, Mehmet Deniz Ayılı¹

¹Etlik Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Ankara

²Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

Amaç: Anti-glomerüler bazal membran (anti-GBM) hastalığı, yıllık insidansı yaklaşık 0,5–1/milyon olan, hızlı ilerleyen glomerülonefrit ile karakterize fulminan seyirli bir küçük damar vaskülitidir. Kresentik glomerülonefritlerin %10–15’inden sorumlu olup klinik olarak izole böbrek tutulumu veya pulmoner-renal sendrom (Goodpasture hastalığı) şeklinde ortaya çıkabilir. Olguların yaklaşık %90’ında böbrek tutulumu mevcutken, daha nadir olarak izole pulmoner tutulum da görülebilmektedir. Bu raporda anti-GBM hastalığı tanısı ile takip edilen hastalarımızın genel değerlendirmesi yapılmaktadır.

Yöntem: Eylül 2022 - Ocak 2026 tarihleri arasında Etlik Şehir Hastanesi Nefroloji Kliniği’nde anti-GBM hastalığı tanısı almış 9 hastanın klinik verileri geriye dönük olarak incelenmiştir.

Bulgular: Hastaların 8’i (%88,9) erkek, 1’i (%11,1) kadındır. Hastaların medyan yaşı 28 (19–64) yıl olup medyan takip süresi 11 aydır (1–38). Tanı anında medyan kreatinin değeri 4,02 (1,00–10,92) mg/dL, medyan proteinüri değeri ise 6357 (1157–9870) mg/gün olarak saptanmıştır. Hastaların 3’ünde (%33,3) yoğun bakıma yatış gerektiren alveoler hemoraji gelişmiştir. Dokuz hastanın 7’sinde (%77,8) plazmada anti-GBM antikorları tespit edilirken, 2 hastada (%22,2) anti-GBM antikorları negatif bulunmuş; ancak biyopsi bulguları anti-GBM hastalığı ile uyumlu olduğundan bu hastalar “atipik GBM” olarak kabul edilerek tedavi edilmiştir. Tanı sonrasında tüm hastalara pulse steroid + plazmaferez tedavisi başlanmış; Bu tedaviye ek olarak 5 hastaya (%55,5) siklofosfamid, 2 hastaya (%22,2) siklofosfamid + rituksimab kombinasyonu, 1 hastaya mikofenolat tedavisi uygulanmıştır. Sağkalım açısından değerlendirildiğinde, 1 (%11,1) hasta kaybedilmiş, 8 (%88,9) hasta ise hayatta kalmıştır. Renal sonlanımlar incelendiğinde, 1 (%11,1) hastada böbrek fonksiyonları tamamen normale dönmüştür. Üç (%33,3) hasta renal replasman tedavisi gerektirmeyen kronik böbrek hastalığı (KBH) ile takip edilmekte olup, 5 (%55,5) hastada son dönem KBH gelişmiştir (4 hasta hemodiyaliz tedavisi görmekte, 1 hastaya böbrek nakli yapılmıştır).

Sonuç: Anti-GBM hastalığı sıklıkla genç hasta popülasyonunu etkileyen ve geri dönüşsüz renal hasar riski yüksek olan bir durumdur. Erken ve kombine immünsüpresif tedaviye rağmen renal sonuçlar çoğu olguda optimal düzeye ulaşamamaktadır. Tanı anındaki yüksek kreatinin düzeyleri ve alveoler hemoraji gibi bulgular, hastalığın agresif doğasını yansıtmaktadır. Seronegatif olguların varlığı, tanıda böbrek biyopsisinin kritik rolünü ortaya koymaktadır. Erken tanı, hızlı tedavi başlatılması ve başlangıçtaki hastalık şiddetine dayalı risk temelli hasta yönetimi büyük önem taşımaktadır. Güncel literatürde rituksimab/ mikofenolat gibi ajanların rolü net değilken, bu agresif otoimmün hastalıkta daha etkili ve hedefe yönelik tedavi stratejilerine ihtiyaç devam etmektedir.



Yayın No: P-28

Yoğun ve Kombine İmmünsüpresif Tedavi Gerektiren Bir Lupus Nefriti Olgusu

Asist. Dr. Yağmur Azra Bilçen¹, Uzm.dr. Ege Sinan Torun², Uzm.dr. Akif Bayyığıt¹

¹Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi

²İstanbul Florence Nightingale Hastanesi

Giriş: Sistemik Lupus Eritematozus, vücudun neredeyse tüm doku veya organlarını etkileyebilen, seyri hastalar arasında ciddi heterojenite gösterebilen kronik otoimmün bir hastalıktır. Alevlenmeler ve remisyonlarla karakterizedir. Hafif deri ve eklem tutulumlarından, yaşamı tehdit edebilen renal, nörolojik veya hematolojik tutulumlara kadar geniş bir yelpazede klinik bulgulara yol açabilir. Lupus nefriti en önemli majör organ tutulumu olup ciddi morbiditeye sebep olabilir. Tanı sürecinde klinik bulguların yanı sıra antinükleer antikor(ANA) ve antijene özgü anti-dsDNA, anti-Sm otoantikorlarının varlığı önem taşımaktadır. Tedavi süreci hastalığın ciddiyetine ve organ tutulumuna bağlıdır; hidroksiklorokin alevlenmeleri ve mortaliteyi azalttığından tedavide ilk tercih edilen ajandır. Ciddi organ tutulumu olan olgularda indüksiyon tedavisinde yüksek doz steroidle beraber mikofenolat mofetil veya siklofosfamid gibi potent immünsüpresifler tercih edilir. Kardiyovasküler, nörolojik ve renal tutulum enfeksiyonlarla birlikte ciddi mortalite sebeplerindendir.

Vaka: 30 yaşında kadın hasta Ağustos 2020’de sağ ayak bileğinde travma olmaksızın şişlik ve ağrı gelişmiş. Ekim 2022’de sağ ayak 5. parmakta ani başlayan morarma şikayeti üzerine çekilen BT Anjiyografide posterior tibial arter oklüzyonu saptanarak antiplatelet tedavi başlanmış. Takibinde plöritik göğüs ağrısı, ateş, alopesi, yaygın eklem ağrısı gelişmesi üzerine polikliniğe başvurdu. Muayenesinde poliartralji, pretibial ödem, malar raş ve hipertansiyon saptandı. Laboratuvar bulgularında ANA, Anti-dsDNA, Anti-SSA ve anti-Nükleozom antikor pozitifliği, C3 düşüklüğü, akut faz yüksekliği, proteinüri ve sınırdaki kreatinin yüksekliği gözlemlendi. Vaskülitik süreci araştırmak için çekilen PET-BT’de reaktif lenfadenopatiler ve plevral effüzyon saptandı. Aralık 2022’de yapılan renal biyopside fokal proliferatif lupus nefriti tanısı konuldu. Aktivite indeksinin yüksek, kronisite indeksinin düşük olması immünsüpresif tedavi yanıt potansiyeli yüksek, hasar oranı düşük bir renal tutulum düşündürdü. Hastaya pulse kortikosteroid tedavisi sonrası 0.5 mg/kg oral steroid ve hidroksiklorokin başlandı. MMF’yle indüksiyon tedavisine yeterli yanıt alınamaması üzerine Euro-Lupus rejimi kapsamında siklofosfamid tedavisine geçildi. İdamesinde MMF, hidroksiklorokin, düşük doz steroid kullanıldı; sonrasında Takrolimus eklendi. Süregelen eklem ağrıları nedeniyle Nisan 2025’te Rituksimab uygulandı. 2025 sonu itibariyle serum Kreatinin: 0,8 mg/dL, proteinüri < 300mg/gün, kompleman düzeyleri normal olarak saptandı. Poliklinik takipleri sürüyor.

Hastanın Klinik, Laboratuvar ve Radyolojik Bulguları

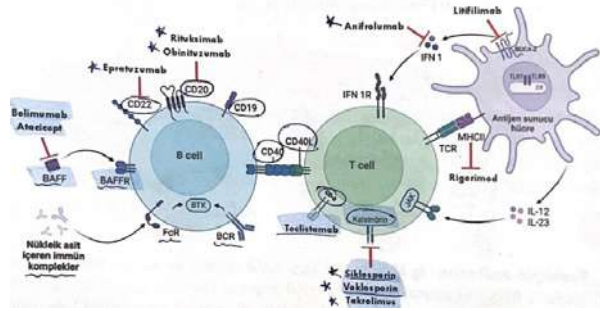
Kategori	Bulgular
Klinik Bulgular	Artrit, arteriyel oklüzyon, ateş, alopesi, plevral efüzyon
Otoimmün Seroloji	ANA (homojen patern, 1/320-1/1000 pozitif), Anti-dsDNA pozitif, Anti-SSA (Ro) pozitif, Anti-nükleozom pozitif, Antifosfolipid antikorlar (LA, aCL, anti-β2GP1) negatif
Kompleman Düzeyleri	C3 düşük, C4 normal
İnflamatuvar Belirteçler	Eritrosit sedimentasyon hızı: 56 mm/saat, C-reaktif protein (CRP): 43 mg/L (AFR yüksekliği)
Renal Fonksiyon Testleri	Serum kreatinin: 1,24 mg/dL (hafif yüksek)
İdrar Bulguları	Proteinüri: başlangıçta 1700 mg/gün, takipte 3200 mg/gün’e kadar artış; Hematüri: 20 eritrosit/HPF
Patolojik Bulgular	Böbrek biyopsisi: Lupus nefriti, ISN/RPS Class III

Kısaltmalar: ANA: Antinükleer antikor; AFR: Akut faz reaktanları; CRP: C-reaktif protein; ISN/RPS: International Society of Nephrology/Renal Pathology Society; LA: Lupus antikoagülan; aCL: Antikardiolipin; anti-β2GP1: Anti-β2-glikoprotein I.

SLE tedavisinde kullanılan immünsüpresif ilaçların etki mekanizmaları

28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



SLE tedavisinde kullanılan immünsüpresif ilaçların etki mekanizmaları

Sonuç: Vasküler tutulumla başlayan ve lupus nefriti saptanan bu hastada basamaklı ve bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımı ile lupus aktivitesi kontrol altına alınmıştır. SLE hastalarında aktif hastalık döneminde renal tutulumun erken saptanıp etkin tedavilere gecikmeden başlanması çok önemlidir. Başlangıçta ilaçlara yeterli yanıt alınmayan olgularda immünsüpresif kombinasyonları gerekebilir.



Yayın No: P-29

Fabry Nefropatisi Zemininde Gelişen Sunitinib İlişkili Nefrotik Düzeyde Proteinüri Vakası

Musap Furkan Salimoğlu¹, Asil Demirezen², Osman Sütçüoğlu³, Aslı İnci⁴, Özant Helvacı², Yasemin Erten², Kadriye Altok², Ülver Derici²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilimdalı, Ankara, Türkiye

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilimdalı, Ankara, Türkiye

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medikal Onkoloji Bilimdalı, Ankara, Türkiye

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Beslenme ve Metabolizma Hastalıkları Bilimdalı, Ankara, Türkiye

Giriş: Metastatik renal hücreli karsinom (RCC) tedavisinde, anjiyogenezi hedefleyen VEGF/VEGFR sinyal yolak inhibitörleri tedavinin temelini oluşturan ajanlar arasında yer alır. VEGF baskılanması glomerüler endotelial hasar, podosit disfonksiyonu ve ağır proteinüriye neden olabilmektedir. Altta yatan yapısal glomerülopatilerde bu etkinin daha belirgin olabileceği öngörülmektedir. Burada Fabry nefropatisi ile takip edilen, sunitinib tedavisi sonrası nefrotik düzeyde proteinüri gelişen bir vakayı sunuyoruz.

Vaka: 50 yaş kadın hasta, Fabry hastalığına bağlı kronik böbrek hastalığı nedeniyle yaklaşık 5 yıldır kliniğimizde valsartan ve agalsidaz beta tedavisi ile izlenmekteydi. İzlemde sağ böbrekte saptanan kitle nedeniyle hastaya sağ nefrektomi uygulandı, hasta şeffaf hücreli RCC tanısı aldı. Tanı sonrası akciğerde iki adet şüpheli nodül saptanması üzerine stereotaktik radyoterapi uygulandı. Radyoterapi sonrasında hastaya 16 kür pembrolizumab tedavisi verildi; bu tedavi altında akciğerde yeni nodüller ortaya çıkması nedeniyle sunitinib tedavisine geçildi. Sunitinib öncesi hastanın proteinürisi 1,3 g/gün düzeyindeyken, tedavinin 1. ayında proteinüri 5,4 g/gün'e yükseldi. Hastanın kan basıncı normal olup, ödemi yoktu. Kreatinin değeri 2,52 mg/dL olup artmıştı, serum albumin düzeyi 3,5 g/dL idi, tetkiklerde ek başka patoloji saptanmadı. Hasta bu süreçte yeni bir ilaç kullanmamıştı. Proteinürideki artış klinik zaman ilişkisi ve eşlik eden bulgular göz önünde bulundurularak sunitinib ilişkili olarak yorumlandı. Hastanın sunitinib tedavisi sonlandırıldı. Tedavi kesilmesini takiben izlemde hastanın kreatinin değeri bazaline, proteinürisi 2,7 g/gün'e kadar geriledi (Şekil 1). Hastanın proteinüri açısından yakın takibine devam edilmektedir.

Şekil 1. Sunitinib tedavisi öncesi, esnası ve sonrası laboratuvar ve görüntüleme bulguları

Şekil 1. Sunitinib tedavisi öncesi, esnası ve sonrası laboratuvar ve görüntüleme bulguları

	Tedavi Öncesi	Tedavinin 1. Ayı	Tedavi Kesilmesi Sonrası 1. Ay
BUN (mg/dL)	23	2.7	23
Kreatinin (mg/dL)	1.85	2.52	1.83
eGFR (ml/dk)	32	23	32
Albumin (g/dL)	4.1	3.5	4.2
Tam İdrar Tetkiki	Lökosit 1, Eritrosit 6	Lökosit 1, Eritrosit 7	Lökosit 1, Eritrosit 5
Proteinüri (mg/gün)	1307	5394	2742
ANA IFA		Negatif	
ANCA IFA		Negatif	
C3		Normal	
C4		Normal	
Hepatit Markerları		Negatif	
PLA2R antikor (RU/mL)		3.5	
Üriner USG		Akut patoloji yok	

ANA (IFA): antinükleer antikor (indirekt immünfloresan); ANCA (IFA): antinötrofil sitoplazmik antikor (indirekt immünfloresan); BUN: kan üre azotu; eGFR: tahmini glomerüler filtrasyon hızı; PLA2R: fosfolipaz A2 reseptörü.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C

20-24 MAYIS 2026



Sonuç: Olgumuz glomerüler hastalık zemininde VEGF/VEGFR yolak inhibisyonunun kısa sürede belirgin proteinüri artışıyla sonuçlanabileceğini düşündürmektedir. Fabry nefropatisinde glomerüler yapısal hasar zaten mevcutken, VEGFR tirozin kinaz inhibitörlerine (TKI) sekonder gelişen glomerüler endotelial disfonksiyon ve/veya podositopati nefrotik düzeyde proteinüriyi tetikleyebilir. Vakamızın Fabry nefropatisi zemininde VEGF yolak inhibisyonu sonrası hızla nefrotik düzeyde proteinüri gelişimini göstermesi ve bu birlikteliği raporlayan ilk olgu olması nedeniyle dikkat çekici olduğunu düşünüyoruz. Dolayısıyla Fabry nefropatisi gibi yapısal glomerülopatisi bulunan hastalarda TKI tedavisi sırasında yakın renal izlem yapılmalı; hızlı proteinüri artışında ilaç ilişkisi mutlaka akla gelmelidir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-30

Periton Diyalizi Hastalarında Zaman Ortalamalı Ürik Asit Düzeyleri ve Mortalitenin Değerlendirilmesi

Dilara Erdem¹, Fatma Ayerden Ebinç², Hatice Şahin², Gülay Ulusal Okyay², Gökhan Erdem³, Muzhgan Guliyeva², Merve Şanlıer², Mehmet Deniz Aylı²

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Geriatri Kliniği, Ankara

²Etlik Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Ankara

³Bilkent Şehir Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara

Amaç: Periton diyalizi (PD), son dönem böbrek yetmezliği için yaygın olarak kullanılan bir renal replasman tedavisidir ve hemodiyalize kıyasla rezidüel renal fonksiyonun korunması ve daha iyi hemodinamik stabilite gibi çeşitli avantajlara sahiptir. Ancak PD hastalarında mortalite halen yüksektir. Geleneksel risk faktörlerine ek olarak, inflamasyon ve oksidatif stres gibi faktörler de bu sonuçlara önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır. Pürin metabolizmasının yıkım ürünü olan ürik asit (ÜA) hem antioksidatif aktiviteyi hem de pro-inflamatuvar etkileri kapsayan karmaşık biyolojik profili nedeniyle giderek daha fazla ilgi görmektedir. PD hastalarında ÜA düzeyleri ile mortalite arasındaki ilişki ise net değildir. Bu çalışmada, PD hastalarında “zaman ortalamalı serum ÜA düzeyleri” ile tüm nedenlere bağlı mortalite arasındaki ilişki incelenmiştir.

Yöntem: Bu retrospektif gözlemsel kohort çalışmasına, 1/1/2012–31/07/2022 tarihleri arasında PD’ye başlayan 50 erişkin hasta dahil edildi. Serum ÜA düzeyleri, PD başlangıcından ölüm, hemodiyalize geçiş, transplantasyon veya çalışma sonlanımına kadar her üç ayda bir ölçüldü. Zaman ortalamalı ÜA değerleri, takip süresince yapılan tüm ölçümlerin ortalaması alınarak hesaplandı. Tüm nedenlere bağlı mortalite birincil sonlanım noktası olarak kabul edildi.

Bulgular: PD başlangıcındaki medyan yaş 52,5 yıl (IQR: 37,8–59) olup hastaların %52’si erkekti (Tablo 1). Çalışma süresince 10 hasta (%20) hayatını kaybetti. PD başlangıcından sonraki medyan ölüm süresi 570 gün (IQR: 193–1691) idi. Zaman ortalamalı ÜA’nın mortalite üzerindeki etkisi hem sürekli (lineer) değerler hem de cut-off değeri kullanılarak değerlendirildi. ROC analizi ile cut-off ÜA değeri 5.75 mg/dL olarak belirlendi (%80 duyarlılık, %75 özgüllük; AUC: 0.739, %95 CI: 0.579–0.898, p=0.021). Kaplan–Meier sağkalım analizi, ÜA düzeyi 5.75 mg/dL’nin altında olan hastalarda mortalite riskinin anlamlı derecede daha yüksek olduğunu gösterdi (p = 0.009, log-rank testi).

Tablo 1. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar bulguları

Değişkenler	n=50	Sağ kalanlar n=40	Ölenler n=10	p
Yaş (yıl)	52.50 (37.75-59)	48.55 ± 14.38	55.80 ± 18.27	0.18
Cinsiyet, erkek (n, %)	26 (52)	20 (40)	6 (12)	0.72
Vücut Kitle İndeksi (kg/m ²)	26.3 ± 4.2	26.3 ± 4.4	26.4 ± 3.0	0.93
Sistolik Kan Basıncı (mm/Hg)	130 ± 16	127 ± 14	140 ± 20	0.02
Diastolik kan basıncı (mmHg)	79 ± 12	78 ± 13	84 ± 21	0.11
İdrar çıkışı (mL/gün)	1500 (925-2000)	1550 (1013-2075)	1500 (1000-1525)	0.02
Std Kt/V	2.61 ± 0.52	2.49 ± 0.39	2.36 ± 0.40	0.38
Komorbidite (n, %)				
Hipertansiyon	41 (82)	31 (77.5)	10 (100)	0.17
Diabetes mellitus	12 (24)	7 (17.5)	5 (50)	0.04



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Aterosklerotik kalp hastalığı	12 (24)	8 (20)	4 (40)	0.22
Laboratuvar parametreleri				
Üre (mmol/L)	179 ± 37	187 ± 38	159 ± 25	0.13
Serum kreatinin (mg/dL)	7.47 ± 1.65	8.2 ± 2.03	7.18 ± 1.41	0.44
Serum albumin (g/dL)	3.61 ± 0.45	3.66 ± 0.48	3.39 ± 0.3	0.03
Ürik asit (mg/dL)	7.64 ± 1.51	7.80 ± 1.49	7.01 ± 1.49	0.14
Zaman ortalamalı ÜA	6.07 ± 0.97	6.25 ± 0.97	5.66 ± 0.86	0.08
Açlık kan glukozu (mg/dL)	103 ± 30	100 ± 25	116 ± 44	0.12
C – reaktif protein (mg/dL)	7 (3.15 – 13.92)	7 (3.32 – 13.97)	6 (2.16- 14)	0.55
Kalsiyum (mg/dL)	8.29 ± 0.88	8.27 ± 0.88	8.40 ± 0.90	0.68
Fosfor (mg/dL)	5.47 ± 1.49	5.53 ± 1.43	5.24 ± 1.76	0.58
Paratiroid hormon (ng/L)	341 (262- 535)	339 (266- 579)	347 (236- 401)	0.45
Ferritin (µg/L)	188 (109- 310)	199 (108- 311)	142 (126- 328)	0.85
Total kolesterol (mg/dL)	177 (166 – 215)	176 (166- 206)	208 (157- 231)	0.26
LDL – kolesterol (mg/dL)	125 (92- 147)	121 ± 36	144 ± 37	0.24
Trigliserid (mg/dL)	151 (108- 193)	146 (109- 197)	157 (106- 174)	0.33

Sonuç: Bulgularımız, PD hastalarında daha düşük zaman ortalamalı ÜA düzeylerinin artmış mortalite riski ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Hipoürisemi doğrudan nedensel bir faktör olmaktan ziyade, malnütrisyon–inflamasyon durumunu veya kırılabilirliği yansıtan inflamatuvar bir belirteç olarak rol oynayabilir. ÜA'nın prognostik önemini açıklığa kavuşturmak için iyi tasarlanmış çok merkezli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.



Yayın No: P-31

Genç Böbrek Nakli Alıcılarında Preemptif ve Non-Preemptif Transplantasyonun Klinik Sonuçlarının Karşılaştırılması

Taha Enes Çetin¹, Serhat Haliloğlu², Veysel Baran Tomar¹, Özant Helvacı¹, Galip Güz¹, Ömer Faruk Akçay¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

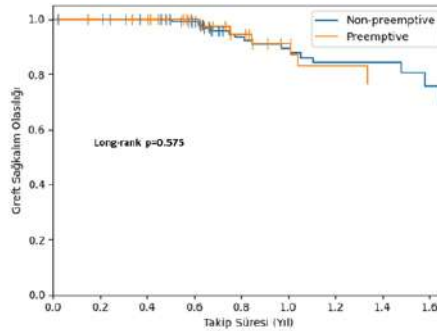
²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Amaç: Preemptif böbrek transplantasyonu, diyaliz tedavisine başlanmadan gerçekleştirilen bir yaklaşım olup genç alıcı popülasyonunda daha iyi klinik sonuçlar sağlayabileceği öne sürülmektedir. Ancak 30 yaş altındaki böbrek nakli alıcılarında preemptif ve non-preemptif transplantasyonun klinik ve immünolojik özellikler ile greft sağkalımı üzerindeki etkileri net olarak ortaya konmamıştır. Bu çalışmada, 30 yaş altı böbrek nakli alıcılarında preemptif ve non-preemptif transplantasyonun demografik, klinik ve greft sonuçları açısından karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Retrospektif tek merkezli kohort çalışmasına transplantasyon sırasında yaşı < 30 yıl olan toplam 156 hasta dahil edildi. Hastalar preemptif (n=47, %30,1) ve non-preemptif (n=109, %69,9) olarak iki gruba ayrıldı. Demografik özellikler, komorbiditeler, donör tipi, HLA uyumsuzluk sayısı, indüksiyon ve idame immünsupresif tedavi rejimleri kaydedildi. Greft fonksiyonu eGFR ve proteinüri düzeyleri ile değerlendirildi. Rejeksiyon, gecikmiş greft fonksiyonu ve greft kaybı analiz edildi. Greft sağkalımı Kaplan–Meier yöntemi ile hesaplandı ve gruplar log-rank testi ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Preemptif grupta transplantasyon yaşı daha düşük bulundu (20,1±6,5 vs. 22,4±5,3 yıl, p=0,030). Donör tipi dağılımı anlamlı farklılık gösterdi (p=0,001); preemptif grubun tamamı canlı vericili nakil iken non-preemptif grupta %24,8 oranında kadavra donör mevcuttu. HLA uyumsuzluk sayısı ve indüksiyon tedavisi dağılımı gruplar arasında anlamlı farklıydı (sırasıyla p=0,024 ve p=0,013). Başlangıç ve son takip eGFR, proteinüri düzeyleri, rejeksiyon oranı ve greft kaybı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (tüm p > 0,05). Kaplan–Meier analizinde greft sağkalımı açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi (log-rank p=0,575).

Otuz yaş altı böbrek nakli alıcılarında preemptif ve non-preemptif transplantasyona göre greft sağkalımının Kaplan–Meier analizi



Kaplan–Meier sağkalım eğrileri preemptif ve non-preemptif transplantasyon gruplarında benzer seyir göstermiştir. Log-rank testi sonucunda gruplar arasında greft sağkalımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,575). Bu bulgu, 30 yaş altı alıcılarda preemptif transplantasyonun kısa dönem greft sağkalımı açısından belirgin bir üstünlük sağlamadığını düşündürmektedir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Preemptif transplantasyon durumuna göre 30 yaş altı böbrek nakli alıcılarının başlangıç demografik ve klinik özellikleri

Değişken	Toplam (N=156)	Preemptif (n=47, %30,1)	Non- preemptif (n=109, %69,9)	p değeri
Transplantasyon yaşı (yıl)	21,7±5,8	20,1±6,5	22,4±5,3	0,030
Kadın cinsiyet, n (%)	65 (%41,7)	17 (%36,2)	48 (%44,0)	0,361
Diyabetes mellitus, n (%)	7 (%4,5)	0 (%0)	7 (%6,4)	0,103
Hipertansiyon, n (%)	89 (%57,1)	21 (%44,7)	68 (%62,4)	0,052
Glomerülonefrit, n (%)	37 (%23,7)	14 (%29,8)	23 (%21,1)	0,242
Sigara kullanımı, n (%)	19 (%12,3)	4 (%8,5)	15 (%13,9)	0,432
NODAT, n (%)	16 (%10,5)	2 (%4,3)	14 (%13,2)	0,150
Donör tipi, n (%)				0,001
Akraba canlı verici	115 (%73,7)	42 (%89,4)	73 (%67,0)	
Akraba dışı canlı verici	14 (%9,0)	5 (%10,6)	9 (%8,3)	
Kadavra	27 (%17,3)	0 (%0)	27 (%24,8)	
HLA uyumsuzluk sayısı, (IQR)	3 (2–3)	3 (3–4)	3 (2–3)	0,024
İndüksiyon tedavisi, n (%)				0,013
Yok	58 (%37,9)	25 (%53,2)	33 (%31,1)	
Basiliximab	51 (%33,3)	15 (%31,9)	36 (%34,0)	
ATG	44 (%28,8)	7 (%14,9)	37 (%34,9)	
Gecikmiş greft fonksiyonu, n (%)	13 (%8,3)	1 (%2,1)	12 (%11,0)	0,110
İmmünsüpresif tedavi, n (%)				
Kalsinörin inhibitörü	135 (%86,5)	40 (%85,1)	95 (%87,2)	0,731
Antimetabolit	138 (%88,5)	41 (%87,2)	97 (%89,0)	0,753
mTOR inhibitörü	26 (%16,7)	8 (%17,0)	18 (%16,5)	0,938
Başlangıç eGFR (mL/dk/1,73 m ²)	90,2±29,0	93,7±28,2	88,5±29,4	0,352
Başlangıç proteinüri (mg/gün), medyan (IQR)	190 (124–289)	165 (100–235)	202 (136–316)	0,279
Son takip eGFR (mL/dk/1,73 m ²)	56,7±28,1	61,3±28,8	54,6±27,6	0,169
Son takip proteinüri (mg/gün), medyan (IQR)	309 (116–1224)	237 (100–891)	328 (131–1613)	0,191
Rejeksiyon atağı, n (%)	38 (%24,4)	12 (%25,5)	26 (%23,9)	0,823
Greft kaybı, n (%)	29 (%18,6)	10 (%21,3)	19 (%17,4)	0,571
Takip süresi (ay)	13,3±6,3	12,8±7,1	13,5±5,9	0,484

Sonuç: Otuz yaş altı böbrek nakli alıcılarında preemptif transplantasyon, ağırlıklı olarak canlı vericili nakil ile ilişkili olup kısa dönem greft sağkalımı açısından non-preemptif transplantasyona üstünlük göstermemiştir. Daha uzun takip süreli, çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.



Yayın No: P-32

SGLT2 inhibitörü Tedavisi İle İlişkili Aşırı Poliüri

Emine Çağan Ekinci¹, Ekin Yavaş¹, Erhan Eröz¹

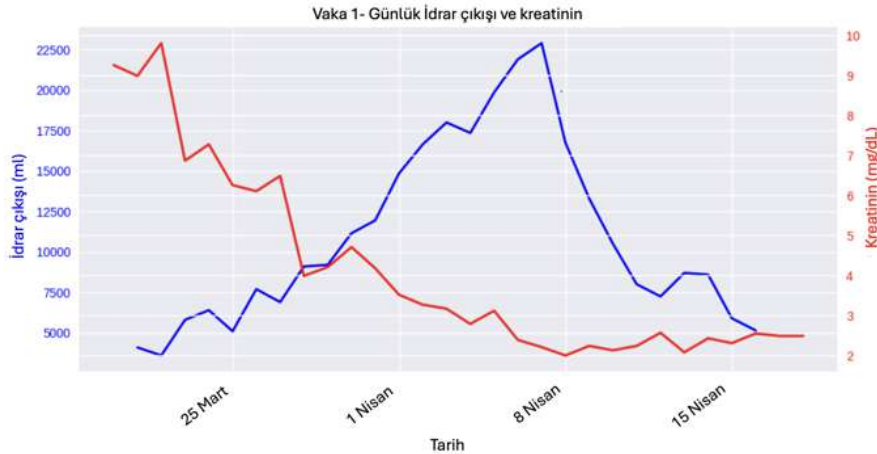
¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş: Akut böbrek hasarı (ABH) sırasında görülen poliüri genellikle iyileşme safhasında ortaya çıkan hafif seyirli ve geçici bir durumdur. Fakat nadir olarak beklenen düzeyin ötesinde aşırı poliüri gelişebilir. Sodyum-glukoz kotransporter-2 (SGLT2) inhibitörleri proksimal tübülde glukoz ve sodyum geri emilimini azaltarak osmotik diüreze neden olur. Ancak bu ilaçların akut tübül hasarları etkileşimi henüz tam olarak anlaşılmamıştır. Bununla birlikte, akut tübül hasarı varlığında solüt ve su geri emiliminin bozulması ile birlikte SGLT2 inhibitörlerinin diüretik etkisi artabilir. Bu yazıda, ABH nedeniyle hastanede yatan ve iyileşme diürezi ya da yalnızca post-obstrüktif diürez ile açıklanamayacak derecede aşırı poliüri gelişen iki olgu sunulmaktadır.

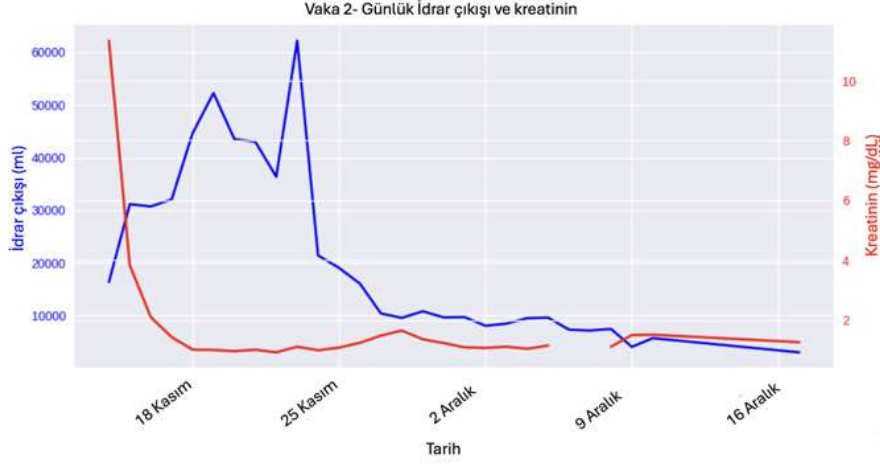
Vaka: İlk olgu, tip 2 diyabet nedeniyle dapagliflozin kullanan 57 yaşında bir erkek hasta ABH kliniği ile başvurdu. Başvuru sırasında idrar çıkışı orantısız derecede fazlaydı. Takibinde dapagliflozin kesilmesine ve hiperglisemi olmamasına rağmen glukozüri devam etti. Hastada proksimal tübül disfonksiyon olabileceği düşünüldü. Böbrek fonksiyonları düzelirken poliüri birkaç gün daha sürdü ve üriner obstrüksiyon veya diabetes insipidus dışlandı. (Resim 1.) Yapılan böbrek biyopsisinde akut interstisyel nefrit saptandı. Bulgular, ciddi proksimal tübül disfonksiyon zemininde abartılı osmotik diürezi düşündürdü. İkinci olgu, serviks kanseri nedeniyle obstrüktif üropati gelişen 49 yaşında bir kadındı. Bilateral nefrostomi uygulanması sonrası beklenenden daha şiddetli poliüri ortaya çıktı. Öyküsünde empagliflozin kullanımı olduğu öğrenildi. Bu süreçte hastada hipokalemi gelişti ancak hipokaleminin düzeltilmesine rağmen poliüri devam etti. (Resim 2.) İdrar çıkışının şiddeti, yalnızca post-obstrüktif diürez ile açıklanamayacak düzeydeydi. Postrenal ABH, elektrolit bozukluğu ve geçmiş SGLT2 inhibitörü kullanımı öyküsü birlikte değerlendirildiğinde, ağır tübül disfonksiyona yol açan multifaktöriyel bir mekanizmanın rol oynayabileceği düşünüldü.

Resim 1.





Resim 2.



Sonuç: Bu iki olgu, ABH sırasında aşırı poliürinin ciddi tübüler disfonksiyonun bir göstergesi olabileceğini göstermektedir. İnflamasyon, obstrüksiyon ve elektrolit anormallikleri gibi komplike edici faktörlerin olduğu bu iki vakada SGLT2 inhibitörleri tek başına nedensel olarak suçlanamaz; ancak tübüler fonksiyonun bozulduğu durumlarda osmotik diürezisi artıran potansiyel bir modifiye edici faktör olabilir. Aşırı poliüri, özellikle SGLT2 inhibitörü öyküsü olan hastalarda, ciddi tübüler hasarın bir işareti olarak değerlendirilmelidir. Bu ilişkinin netleştirilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.



Yayın No: P-33

Leriche Sendromunda Renal Arter Tutulumu: Renovasküler Hipertansiyon ve Geri Dönüşsüz Diyaliz Bağımlılığına Yol Açan Nadir Bir Klinik Tablo

Berke Engin¹, Alper Azak¹

¹Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi

Giriş: Leriche sendromu, abdominal aortanın distal segmenti ve iliak arterleri tutan kronik aterosklerotik oklüzif hastalıktır. Klasik klinik triad intermitan kladikasyon, femoral nabız kaybı ve erektil disfonksiyondur. Renal arter tutulumu klasik tanımın bir parçası olmayıp nadir bildirilmektedir; ancak juxtarenal uzanım gösteren oklüzyonlarda renal perfüzyon azalabilir. Bu durum renin-anjiyotensin-aldosteron sistem (RAAS) aktivasyonu üzerinden renovasküler hipertansiyon gelişimine ve bilateral tutulum halinde akut böbrek hasarına yol açabilir. Özellikle ileri evre kronik böbrek hastalığı (KBH) zemininde gelişen bilateral renal arter oklüzyonu anüri, volüm yüklenmesi ve geri dönüşsüz renal kayıp ile sonuçlanabilmektedir. Bu olguda Leriche sendromuna sekonder bilateral renal arter oklüzyonunun hipertansiyon kontrolü, kardiyovasküler seyir ve renal prognoz üzerindeki etkileri sunulmaktadır.

Vaka: Altmış dokuz yaşında erkek hasta, yaklaşık iki yıllık hipertansiyon öyküsü ile izlenmekteydi. Antihipertansif tedavi uyumu düzensizdi ve son planlanan rejim kalsiyum kanal blokörü ile alfa-blokör kombinasyonuydu. Başvuru kan basıncı 150/90 mmHg olarak ölçüldü. Hastanın 80 paket/yıl sigara öyküsü ve KOAH tanısı mevcuttu. İki yıldır KBH nedeniyle takipli olup altı ay önce son dönem böbrek yetmezliği tanısı almış ve üç aydır hemodiyaliz programında izlenmekteydi. Yatış sırasında günlük idrar çıkışı 400–500 mL iken 10. günde anürik seyir gelişti ve diyaliz ihtiyacı arttı. İkinci yatışında P-ANCA pozitifliği ve pulmoner infiltrasyon varlığı nedeniyle vaskülit ön tanısıyla pulse steroid ve plazmaferez uygulandı; kontrol testte zayıf pozitiflik saptandı. Aynı süreçte akut koroner sendrom gelişti ve koroner anjiyografide LAD’de %90 darlık saptanarak stent implantasyonu yapıldı. Klinik düzelme sonrası gelişen bilateral bacak ağrısı ve nabız zayıflığı üzerine yapılan arteriyel Doppler ultrasonografide monofazik akım paterni saptandı ve proksimal darlık düşünüldü. Bunu takiben torakoabdominal BT anjiyografide abdominal aortanın distal segmentinde total oklüzyon ve bilateral renal arterlerde kontrast tutulum kaybı saptandı; bulgular Leriche sendromu ile uyumlu değerlendirildi. Renal revaskülarizasyon planlanmadı ve hasta kalıcı diyaliz bağımlı olarak izlenmektedir.

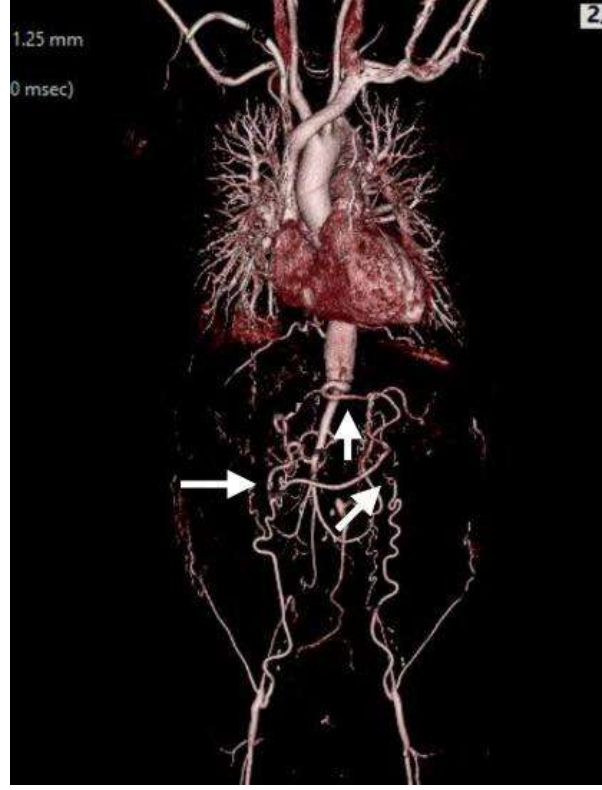
Torakoabdominal BT Görüntüsü



Hastaya yapılan Torakoabdominal BT görüntülemesinde bilateral renal arterlerde kontrast tutulumunun olmaması dikkat çekmektedir.



BT Anjiyografi Görüntüsü



Hastaya Yapılan BT Anjiyografi görüntülemesinde üst kısımda işaretli alandan itibaren kollateraller ile kanlanma dikkat çekmektedir. Alt taraftaki oklar ile vurgulanmak istenen ise işaretlenen bölgelerde renal damarlanmanın gözlenememesidir.

Sonuç: Bu olgu, Leriche sendromunda renal arter tutulumunun nadir olmasına rağmen renovasküler hipertansiyon ve geri dönüşümsüz renal kayıp ile sonuçlanabileceğini göstermektedir. Bilateral renal arter oklüzyonu, özellikle ileri evre kronik böbrek hastalığı zemininde anüri ve kalıcı diyaliz bağımlılığına yol açabilmektedir. RAAS aktivasyonu ve volüm yüklenmesi hipertansiyon kontrolünü zorlaştırarak kardiyovasküler riski artırabilir. Vaskülit ile karışabilen serolojik ve pulmoner bulgular tanısal gecikmeye neden olabileceğinden, multisistem ateroskleroz ve ağır sigara öyküsü bulunan hastalarda renovasküler etiyoloji değerlendirilmelidir.



Yayın No: P-34

FMF Hastalarında Enfeksiyon ile Tetiklenen Amiloid Fırtınası: İki Olgu

Onur Büyüktekel¹, Muhammed Faruk Aşkın¹, Şeyhmus Kaya², Erhan Akkaş³, Ferhan Candan¹

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

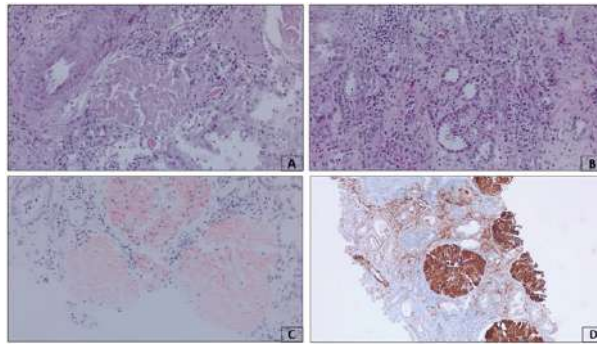
²Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

³Sivas Numune Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Giriş: Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF), periyodik ateş ve serozit ataklarıyla seyreden otoinflamatuvar bir hastalıktır. FMF'in en ciddi komplikasyonu olan AA amiloidozu, genellikle yıllar süren bir proteinüri artışı ve renal fonksiyon kaybı ile karakterizedir. Ancak son yıllarda; çeşitli tetikleyici etkenler sonucu, masif proteinüri ve hızla ilerleyen böbrek yetmezliği ile seyreden amiloid fırtınası tablosu tanımlanmıştır.

Vaka: VAKA1: 18 yıldır FMF tanısı olan 45 yaş kadın hasta tarafımıza ABH ve pnömoni ile yatırıldı. Üç ay önce kreatinini 2,28 mg/dL, albüminürisi 1,1 g/gün olan hastanın; başvurusunda CRP: 296,8 mg/L, kreatinini 8,82 mg/dL ve albüminürisi 58,58 g/gün saptandı (tablo 1). Hastaya geniş spektrumlu antibiyotikler başlandı. Yatışının 2. gününde hastada anüri gelişmesi ve ödemlerinin kötüleşmesi üzerine hemodiyaliz başlandı. Enfeksiyon tedavisi sonrasında yapılan böbrek biyopsisi AA amiloidozisine eşlik eden akut tübülointerstisyel nefrit olarak değerlendirildi (şekil 1). VAKA 2: 22 yıldır FMF ile takipli 49 yaşında kadın hasta kolesistektomi sonrası operasyon yerinde gelişen abse ve ABH nedeniyle yatırıldı. Bazal kreatinini 0,5 mg/dl olan hastanın takiplerinde kreatinin 6,97 mg/dL ye yükseldi. İdrar albumini 82,72 g/gün, CRP 43,98 mg/L olarak saptandı (tablo 1). Takiplerinde pulmoner ödem gelişen ve idrar çıkımında azalma olan hastaya hemodiyaliz başlandı. Enfeksiyon tedavisi sonrasında yapılan böbrek biyopsisi AA amiloidozisine eşlik eden akut tübülointerstisyel nefrit olarak değerlendirildi (şekil 2). Akut tübülointerstisyel nefrit açısından iki vakamıza da uygun şekilde steroid tedavisine başlandı ancak hastalarımızın böbrek fonksiyonlarında iyileşme gözlenmedi. Klinik olarak iyileşme sağlanmasına rağmen diyaliz ihtiyacı devam eden iki hasta da haftada 3 gün diyaliz programına alınarak taburcu edildi.

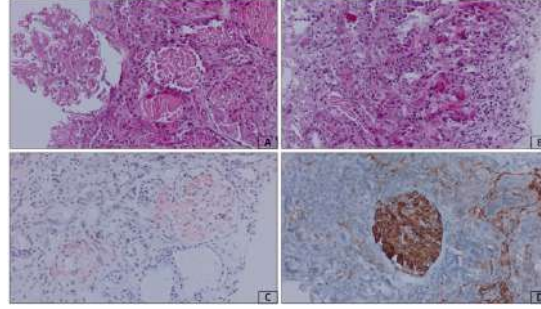
Şekil 1.



Böbrek dokusu. Glomerüllerde global amiloid madde birikimi(A, H&E, x200). İnterstisyuda belirgin ödem ve eozinofil lökositlerin eşlik ettiği mikst inflamasyon ve tübüllerde zedelenme bulguları(B, H&E, x200). Kongo red ile glomerüllerde kongofilik boyanma(C, x200). Glomerüllerde AA miloid ile glomerüllerde, interstisyal alanda ve vasküler yapılarda boyanma(D,immünperoksidaz, x100).



Şekil 2.



Böbrek dokusu. Glomerüllerde global olarak amiloid madde birikimi(A, H&E, x100). İnterstisyuda belirgin ödem ve eozinofil lökositlerin eşlik ettiği mikst inflamasyon ve tübüllerde zedelenme bulguları(B, H&E, x100). Kongo red ile glomerülde ve vasküler yapıda kongofilik boyanma(C, x100). Glomerüllerde A A miloid ile glomerüllerde, intertisyal alanda ve vasküler yapılarda boyanma(D,immünperoksidaz, x100).

Tablo 1. Hastaların laboratuvar bulguları

	Vaka 1	Vaka 2	Referans Aralığı
Hemoglobin	11,1 g/dL	13,1 g/dL	12,5-16 g/dL
Platelet	240x10 ³ /µL	358x10 ³ /µL	150-450x10 ³ /µL
WBC	9,79x10 ³ /µL	13,25x10 ³ /µL	4-10,5 x10 ³ /µL
BUN	102,8 mg/dL	33,69 mg/dL	6-20 mg/dL
Kreatinin	8,82 mg/dL	6,97 mg/dL	0,5-0,9 mg/dL
Bazal Kreatinin	2,28 mg/dl	0,5 mg/dL	
Albumin	2,48 g/dL	1,6 g/dL	3,5-5,2 g/dL
Sodyum	129 mEq/L	136 mEq/L	136-145 mEq/L
Potasyum	4,51 mEq/L	3,5 mEq/L	3,5-5,1 mEq/L
Glukoz	82 mg/dL	140 mg/dL	70-100 mg/dL
CRP	296,8 mg/L	53,98 mg/L	0-5 mg/dL
CK	57 U/L	51 U/L	0-170 U/L
İdrar Albumini	58,58 g/gün	82,72 g/gün	0-15 g/gün
C3	125,7 mg/dL	94 mg/dL	90-180 mg/dL
C4	27,7 mg/dL	17,7 mg/dL	10-40 mg/dL
ANA	Negatif	Negatif	
Anti-dsDNA	Negatif	Negatif	
Anti-MPO	Negatif	Negatif	
Anti-PR3	Negatif	Negatif	
Anti-GBM	Negatif	Negatif	
Serum Amiloid A		>300 mg/L	0-10 mg /L

WBC: Lökosit BUN: Kan Üre Azotu CRP: C-reaktif protein CK: Kreatin kinaz ANA: Antinükleer antikor Anti-M-PO: anti-miyeloperoksidaz Anti-PR3: anti-proteinaz 3 Anti-GBM: Anti Glomerüler Bazal Membran

Sonuç: Amiloid fırtınası; böbrek biyopsileri amiloidoz ile uyumlu olan hastaların 2 hafta içerisinde kreatinin ve idrar proteinin bazal seviyelerinden iki kat fazla artması ve CRP'nin ise üst sınırından 10 kattan fazla artış göstermesi ile karakterize bir durum olarak literatürde tanımlanmıştır. Sunulan iki vaka da bu kriterlere uymakta olup, yine literatürle uyumlu olarak tetikleyici faktörün enfeksiyon olduğu görülmüştür. FMF tanılı genç hastalarda bu riskin daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Sonuç olarak; AA amiloidoz farklı tablolarla kendini gösterebilen bir hastalıktır. Bu tablolardan biri de literatürde az sayıda bildirilmiş olan amiloid fırtınasıdır. Literatürde az miktarda incelenen bu durum ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.



Yayın No: P-35

Kresentrik Glomerülonefrit Tedavisi Sonrası Gelişen CMV Özofajiti: Bir Olgu Sunumu

Bedia Yaman¹, Merve Şanlıer², Hatice Şahin², Muzhgan Guliyeva², Emre Yaşar², Arzu Akgül², Neriman Sıla Koç², Gülay Ulusal Okyay², Fatma Ayerden Ebinç², Ebru Gök Oğuz², Kadir Gökhan Atılğan², Mehmet Deniz Ayılı²

¹Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

²Etlik Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Ankara

Giriş: Sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu, immünsüpresif hastalarda reaktivasyon gösterebilen ve nadiren doku-invaziv tutulumla seyreden bir herpesvirüstür. Organ nakli alıcıları ve ileri immün yetmezlik durumlarında daha sık görülmekle birlikte, glomerülonefrit nedeniyle indüksiyon immünsüpresyonu alan hastalarda doku invaziv CMV enfeksiyonu daha seyrek bildirilmektedir. Bu yazıda, P-ANCA pozitif kresentrik glomerülonefrit tanısıyla pulse steroid ve rituksimab tedavisi uygulandıktan sonra erken dönemde CMV özofajiti gelişen bir olgu sunulmaktadır.

Vaka: Yetmiş yaşında kadın hasta halsizlik, kilo kaybı ve ateş şikayetleri ile başvurdu. Pnömoni tanısıyla antibiyotik tedavisi başlandı. İzlemde akut böbrek hasarı gelişti; idrar analizinde hematüri ve proteinüri saptandı. Serum p-ANCA pozitifliği mevcuttu. Renal fonksiyonların hızla bozulması üzerine yapılan böbrek biyopsisi kresentrik glomerülonefrit ile uyumlu idi. Hemodiyaliz başlandı. 3 gün pulse metilprednizolon uygulandı, 7 seans plazmaferez yapıldı ve rituksimab tedavisi başlandı. Takipte disfaji ve odinofaji gelişmesi üzerine yapılan endoskopide orta-distal özofagusta beyaz eksuda ile kaplı ülseratif lezyon izlendi. Özofagus dokusundan alınan aspiratta CMV PCR 116.076 IU/mL, periferik kanda 11.000 IU/mL olarak saptandı. CMV özofajiti tanısı konularak intravenöz gansiklovir tedavisi başlandı. İzlemde CMV viral yükü geriledi ve 14 gün IV tedavi sonrası oral valgansiklovir ile taburcu edildi.

Fotoğraf - 1



Özofagus orta kısımda saat 4 hizasında yaklaşık 8*9 mm üzeri beyaz eksuda ile kaplı ülser lezyon.

Sonuç: CMV, latent kalabilen ve immünsüpresyon durumunda reaktivasyon göstererek doku-invaziv enfeksiyona yol açabilen fırsatçı bir herpesvirüstür. Yoğun immünsüpresif tedavi alan glomerülonefrit hastalarında bu tablo nadir görülmekle birlikte geliştiğinde klinik seyri belirgin şekilde ağırlaştırabilir. Pulse steroid ve B-hücre baskılayıcı tedavi sonrası ortaya çıkan disfaji ve odinofaji gibi semptomlar yalnızca mukozal irritasyon veya fungal enfeksiyonlarla açıklanmamalı; CMV reaktivasyonu açısından da değerlendirilmelidir. Erken endoskopik inceleme ve virolojik doğrulama ile zamanında başlanan antiviral tedavi morbiditeyi azaltmada ve klinik iyileşmenin sağlanmasında belirleyici rol oynayabilir. Bu olgu, indüksiyon immünsüpresyonu alan hastalarda CMV özofajitinin ayırıcı tanıda yer alması gerektiğini vurgulamaktadır.



Yayın No: P-36

Genç Kadın Hastada Pankardit Tutulumlu Lupus

Özlem Limoncu Berik¹, Hacer Çabuk Güllüoğlu², Meltem Seziş²

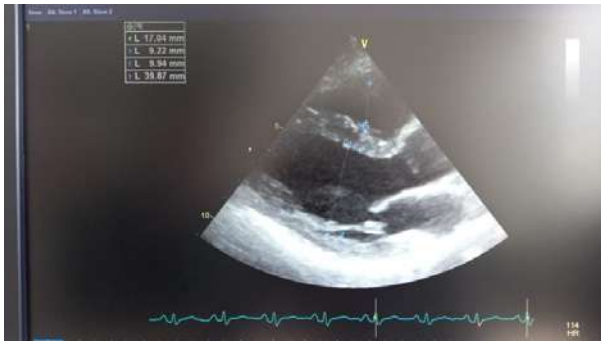
¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

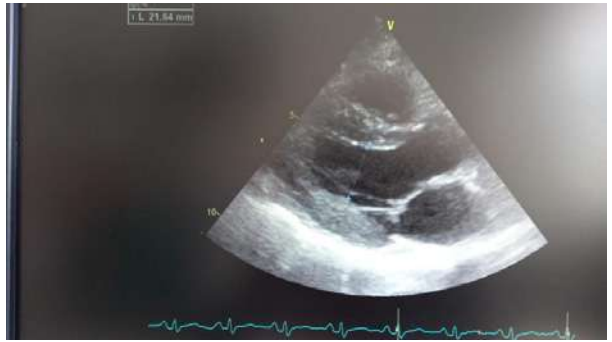
Giriş: Sistemik Lupus Eritematozus(SLE), vücudun hemen her organını etkileyebilen, kronik otoimmün bir hastalıktır. Hafif eklem tutulumundan ciddi böbrek, hematolojik veya merkezi sinir sistemi tutulumuna kadar değişen değişken klinik özellikler gösterebilmektedir. İzole pankardit kliniği ile başvuran hasta sayısına oldukça az rastlanmaktadır.

Vaka: Dış merkeze sol göğüsten başlayıp sırta doğru yayılan basıcı tarzda tariflediği göğüs ağrısı ve nefes darlığı ile başvuran 21 yaşındaki genç kadın hastanın eşlik eden ayak bileği ödemi ve artrit kliniği olması nedeni ile akut romatizmal ateş ön tanısı ile kardiyoloji kliniğine yatırılı yapılarak aspirin ve penisilin tedavisi uygulanmış ve medikal tedavisi düzenlenerek taburcu edilmiştir. Kontrol tetkiklerinde kreatinin 1.8 mg/dl ve ödem bulguları olması üzerine etiyolojisinin araştırılması amacı ile nefroloji kliniğine başvuran hasta tedavi amacı ile yatırıldı. Tetkiklerinde kreatinin 2.38 mg/dl, üre 97 mg/dl, CRP 5.35, Hgb 10, Hct 29.6, Plt 377000 olan hastanın spot idrar protein/kreatinin oranı 9.54g/g, C3 60, C4 < 6, lupus-antikoagulan-1 4,3, LA-2 35,1, LA-1/LA-2 1,32, IGG 13,38, IGA 1,64, IGM 0,94, SAA 21,9, Kappa 129, Lambda 127 Oranı:1,02, B2 mikroglob:6186, TİT de protein +++, erit:125 /hpf, ANA:1/1280+granüler, 1/320 sitoplazmik+, Anti-dsDNA 3+, anti-sm 2+, anti-rnp 2+, anti-histon +, anti-nükleozom+, anti-mpo kuşkulu +, anti-gbm+saptandı. Fizik muayenede sırta vuran göğüs ağrısı ve perikardiyal frotman alınan hastaya çekilen akciğer grafisinde hipervolemik olarak değerlendirildi. Diüretik tedavi verilen hastaya yapılan EKO da perikardiyal efüzyon ve sağ ve sol kalp duvar hareket kusuru izlenmesi nedeni ile kardiyak MR çekildi ve LV ve RV hipokinezi izlendi. Pankardit tutulumu olan ve nefritik sendrom kliniğinde olan hastaya 40 mg prednol tedavisi başlandı. Lupus sistemik tutulumu açısından yapılan renal biyopside kresantik lupus nefropatisi ile uyumlu, CLASS IV' olarak sonuçlandı. Kresantik glomerulonefrit olarak hastaya plazmaferez tedavisi ve pulse prednol tedavisinin ardından siklofosfamid tedavisi verildi. İdame tedavisi immunsupresif tedavi ile devam eden hastanın kontrollerinde kreatinin 0.85 mg/dl, C3 ve C4 düzeyi normal sınırlarda, 24 saatlik idrarda 0.15 g/gün protein olarak izlenmekte.

PERİKARDİT 1



PERİKARDİT 2



Sonuç: Ağır pankardit tutulumu ile başvuran lupus vakalarının nadir görülmesi ve erken tanı, tedavi ile sistemik düzelmenin sağlanabiliyor olması nedeni ile genç göğüs ağrısı ve kardiyak semptomlarında detaylı incelenmesi gerekliliğini göstermek amacı ile vakamızı hazırladık.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-37

Everolimusa Sekonder İnterstisyel Pnömoni ile Eş Zamanlı Multikomplikasyonla Seyreden Bir Böbrek Nakli Vakası

Burak Aslum¹, Şimal Köksal Cevher¹, Neslihan Yavuz¹, Emre Çankaya¹, Ezgi Çoşkun Yenigün¹, Fatih Dede¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Giriş: Böbrek nakli renal replasman tedavileri(RRT)arasında öncelikli olarak tercih edilen tedavi yöntemi olmakla birlikte,takip sürecinde ilaç yan etkileri gibi komplikasyonlar nedeniyle birtakım zorluklar karşımıza çıkabilmektedir.Sağlıklı popülasyonda herhangi bir komplikasyona yol açmayan patojenler de immünsüprese bu hasta grubunda greft reddine kadar ulaşabilen sorunlara yol açabilmektedir.

Vaka: Dört yılHDöyküsü sonrası Nisan2024'te dış merkezde eşinden böbrek nakli yapılmış olan,kronik böbrek hastalığı etyolojisi bilinmeyen60yaş erkek hasta;Mart2025tarihinden beri aralıklı olarak hemoptizi ve dispne şikayeti ile tarafımıza başvurdu.Hastaya çekilen PA akciğer grafisi ve toraks BT'de iki akciğerde nonhomojen,dağınık tüm segmentlerde yaygın infiltrasyon sahaları ile uyumlu görünüm saptanması üzerine kliniğimize yatırıldı.Göğüs hastalıkları tarafından FOBveBALyapıldı.Lavaj kültüründe Aspergillus,Nocardia,P.jirovecii,Mikobakter,CMV kültürleri negatif sonuçlanmış olup tarafımızca ön planda everolimusa sekonder interstisyel pnömoni düşünülerek hastanın everolimus tedavisi kesildi.Tedaviye ara verildikten sonra takiplerde hastanın hemoptizi şikayeti geriledi,oksijen ihtiyacında azalma izlendi.1ay içerisinde dispne şikayeti de gerileyen hastanın kontrol PA akciğer grafisinde de lezyonlarının gerilediği görüldü.Takibi esnasında kreatinin progresyonu izlenen hastaya çekilen renal doppler USG'de anastomoz hattında darlık saptandı ve hastaya CO2anjiyografi eşliğinde balon dilatasyon işlemi uygulandı.Balon dilatasyona rağmen kreatinin progresyonu devam eden hastanın serum BKvirüsPCR düzeyi37.875kopya/ml geldi. Anamnezi derinleştirilip eski epikrizleri incelendiğinde dış merkezde rutin takibinde Ekim2024'te kan BKvirüs düzeyi10⁶kopya/ml saptanması üzerine hastaya6doz sidofovir ve4dozIVIGtedavisi uygulandığı görüldü.Nakil sonrası takiplerinde kreatinin değerleri2.2mg/dl civarında seyreden,BK düzeyi anlamlı yüksek olan hastaya BK Nefropati/rejeksiyon ön tanıları ile greft biyopsisi yapıldı.Greft biyopsi sonucu BK nefropati ile uyumlu gelen hastaya oral siprofloksasin başlandı.Takrolimus düzeyi alt sınırdan tutuldu.3ay süreyle siprofloksasin tedavisi sonrasında hastanın kan ve idrar BKV düzeyleri negatif olarak sonuçlanmış olup kreatinin değeri de1.6olarak sonuçlandı.

Hastanın başvurusunda çekilen PAAC grafisi





Tedavi kesildikten bir hafta sonra çekilen PAAC grafisi



Hastanın başvurusunun bir ay sonra çekilen PAAC grafisi



Sonuç: Böbrek nakli RRT ihtiyacı olan hastalarda öncelikli tercih edilen tedavi olmakla birlikte gerek medikal gerekse cerrahi komplikasyonlar açısından yakın takip gerektirmektedir. İnterstisyel pnömoni, everolimusla tedavi edilen hastaların yaklaşık %5- 15'inde bildirilmiştir. Everolimusun, interstisyel pnömoni dışında organize pnömoni, bronşiolit obliterans, diffüz alveoler hemoraji, akut solunum yetmezliği sendromu, hipersensitivite pnömonisi ve şilotoraksa neden olduğu raporlanmıştır. Everolimusa sekonder interstisyel pnömoni patogeneğinde doza bağlı toksisite ve immün aracılı toksisite suçlanmaktadır. Everolimus başlangıcıyla akciğer patolojisi arasındaki süre literatürde değişiklik göstermekte olup sürenin 5gün-6ay olabileceği bildirilmiştir. Bizim olgumuzda everolimus başlanmasından 10ay sonra semptomlar gelişmiş olup takiplerde everolimus düzeyleri istenilen doz aralığında seyretmiştir. Hem immünsüpresif hem cerrahi ilişkili komplikasyonların eşzamanlı görüldüğü bu vakada her komplikasyonun ayrı ayrı ele alınarak uygun tedaviyle hasta ve greft sağkalımının uzatılabileceğini sunmayı amaçladık.



Yayın No: P-38

Multiple Myeloma'ya Bağlı Renal Tutulum ve Geç Evrede Gelişen Sekonder Hipertansiyon

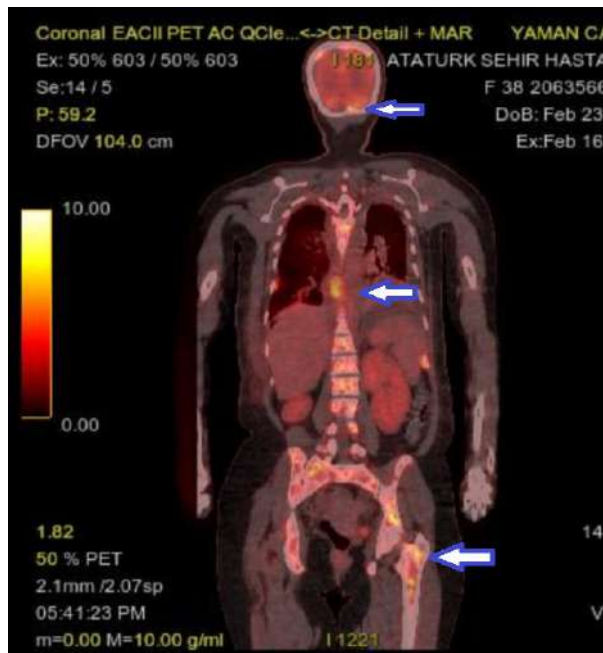
Akın Akkaya¹, Alper Azak¹

¹Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi

Giriş: Multiple Myeloma, monoklonal plazma hücre proliferasyonu ile karakterize, multisistemik organ tutulumu gösterebilen hematolojik bir malignitedir. Klinik tablo sıklıkla hiperkalsemi, renal yetmezlik, anemi ve osteolitik kemik lezyonları ile tanımlanır ve bu bulgular hastalığın prognozunu belirler. Renal tutulum, multipl myelomda morbidite ve mortalitenin başlıca nedenlerinden biridir. Erken dönemde geri dönüşümlü olabilmesine karşın gecikmiş tanı durumunda hızlı progresyon göstererek kalıcı böbrek hasarı ve diyaliz gereksinimi ile sonuçlanabilir. Hipertansiyon ise multipl myelomun tipik başlangıç bulgusu değildir; çoğu zaman ilerlemiş renal disfonksiyonun sekonder bir yansımasıdır. Özellikle ağır hiperkalsemiye eşlik eden renal hasarda sodyum-su retansiyonu ve nörohormonal aktivasyon belirginleşmekte, bu durum kan basıncı kontrolünü güçleştirmektedir. Bu olguda, ağır hiperkalsemi ve akut böbrek yetmezliği zemininde gelişen sekonder hipertansiyonun klinik seyri ve patofizyolojik temelleri sunulmuştur.

Vaka: Otuz sekiz yaşında, bilinen hipertansiyon, diyabet veya kronik böbrek hastalığı öyküsü bulunmayan kadın hasta, birkaç aydır devam eden yaygın kas-iskelet sistemi ağrıları nedeniyle dış merkezlerde değerlendirilmiş ancak ileri tetkik yapılmamıştır. 09.02.2026 tarihinde travma öyküsü olmaksızın gelişen kosta fraktürü nedeniyle yatırılmıştır. İzlem sırasında belirgin halsizlik, bulantı ve iştahsızlık gelişmiş; yapılan tetkiklerde kalsiyum düzeyi 19 mg/dL saptanması üzerine malign hiperkalsemi ve akut böbrek yetmezliği ön tanısıyla 16.02.2026'da tarafımıza devredilmiştir. Laboratuvar incelemelerinde hemoglobin 7.2 g/dL, CRP 155 mg/L, PTH 21 pg/mL bulunmuş; serum immüoglobulin analizinde IgA düzeyi yüksek, diğer immünglobulinler baskılı saptanmıştır. Hastada oligüri ve progresif azotemi gelişmiş, günlük hemodiyaliz gereksinimi doğmuştur. Toraks BT ve PET-FDG incelemelerinde yaygın osteolitik kemik lezyonları izlenmiş ve multipl myelom tanısı konularak kemoterapi başlanmıştır. Başvuru öncesinde normotansif olan hastada servis izlemi sırasında maksimum 190/100 mmHg kan basıncı ölçülmüş; kalsiyum kanal blokörü, spironolakton ve beta bloker tedavisi başlanmasına rağmen kan basıncı kontrol altına alınamamıştır. Hiperkalsemiye bağlı volüm yüklenmesi ve renal disfonksiyon nedeniyle hasta acil hemodiyalize alınmıştır.

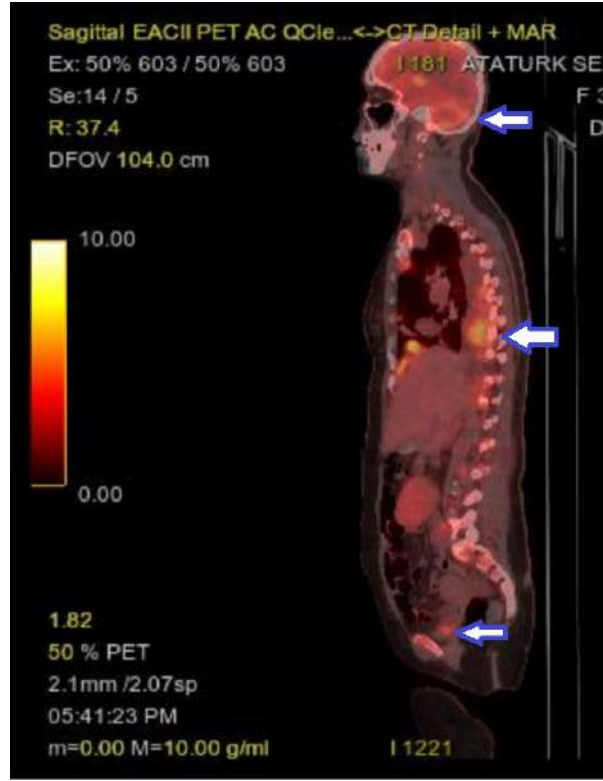
PET-FDG 1





LİTİK LEZYON ALANLARI

PET-FDG 2



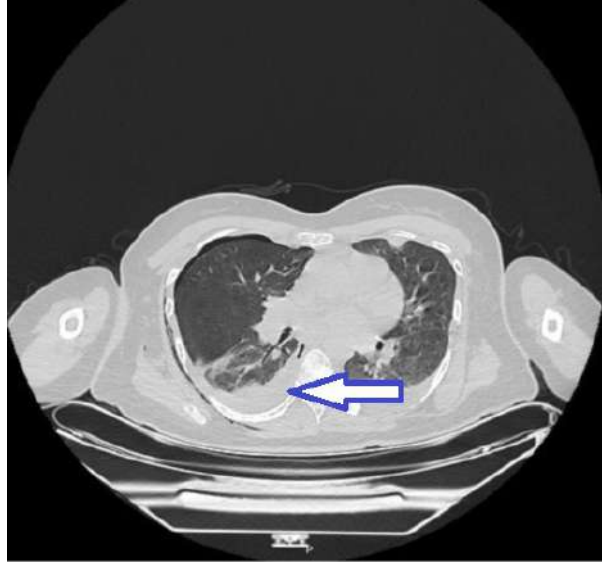
LİTİK LEZYON ALANLARI

PET-FDG 3



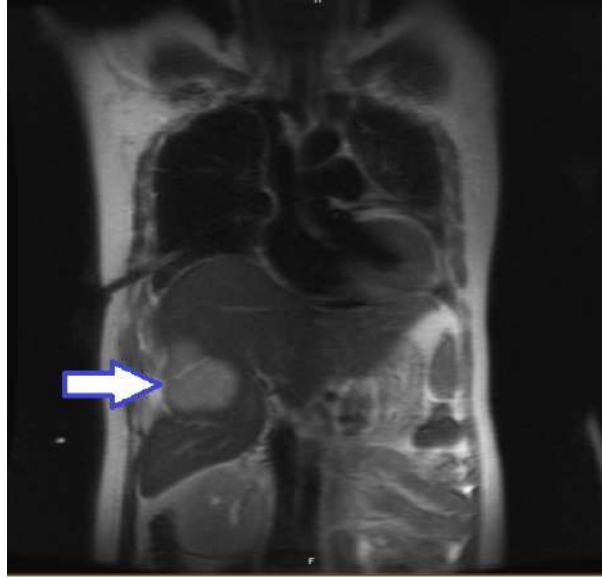
LİTİK LEZYON ALANLARI

BT



PLEVRAL EFÜZYON

MRG KARACİĞER DİNAMİK KONTRASTLI



KARACİĞERDE METASTATİK KİTLE

Sonuç: Bu olgu, multipl myelomda ağır hiperkalsemiye eşlik eden renal tutulumun kısa sürede belirgin böbrek fonksiyon kaybına ve sekonder hipertansiyona yol açabileceğini göstermektedir. Azalmış glomerüler filtrasyon hızı, sodyum-su retansiyonu ve renin–anjiyotensin–aldosteron sistemi aktivasyonu sonucunda gelişen hipertansiyon primer değil sekonder karakterdedir ve ileri renal rezerv kaybının klinik göstergesidir. Ani gelişen akut böbrek yetmezliği ve hiperkalsemi birlikteliğinde multipl myelom mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmeli; erken tanı ve zamanında tedavi ile kalıcı böbrek hasarı ve sekonder hipertansiyon gelişimi önlenmelidir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-39

Hipotiroidiye ve Statin Kullanımına Bağlı Rabdomiyoliz Sonrası Gelişen Akut Böbrek Yetmezliği

Zübeyde Nisa Kurt¹, Saide Elif Güllülü Boz², Özger Akarsu², Serdar Kahvecioğlu²

¹Bursa Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi , İç Hastalıkları Bilim Dalı

²Bursa Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Hipotiroidi nadiren rabdomiyolize yol açmakla birlikte, uzun süre tedavisiz kalan olgularda ve eş zamanlı statin kullanımı varlığında görülme riski belirgin şekilde artmaktadır. Rabdomiyolize bağlı gelişen akut böbrek hasarı (ABH), erken tanı ve uygun tedavi edilmediğinde ciddi klinik sonuçlara neden olabilmektedir.

Vaka: Altmış sekiz yaşında erkek hasta; bilinen hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve bir yıl önce geçirilmiş total tiroidektomi öyküsü mevcut. Hastaya rutin dahiliye poliklinik kontrolünde böbrek fonksiyon testlerinde artış saptanması sebebiyle nefroloji polikliniğine başvurması önerilmiş. Hasta nefroloji polikliniğine başvurduğunda yapılan tetkiklerinde kreatinin 8,2 mg/dL (bazal kreatinin değeri:1,56 mg/dL), üre 117 mg/dL , potasyum 6.54 mmol/L, fosfor 8.19 mg/dL , düzeltilmiş kalsiyum 6.61mg/dL ve kreatin kinaz (CK) > 34.000 U/L , troponin 1810 pg/mL saptandı, idrar sedimentinde özellik yoktu. Üriner ultrasonografide böbrek boyutları normal görüldü ve postrenal hadise saptanmadı.Hasta ABH ön tanısıyla nefroloji servisine yatırıldı. Yatış sırasında kreatinin 11 mg/dL'ye yükselirken elektrolit bozuklukları ve belirgin transaminaz yüksekliği izlendi. Tiroid stimulation hormon(TSH) > 100 µIU/mL, serbest T3 0,82 pg/mL ve serbest T4 0,06 ng/dL saptandı. Hastanın tiroidektomi operasyonu sonrası uzun süredir levotiroksin kullanmadığı ve eş zamanlı statin tedavisi aldığı öğrenildi. Klinik ve laboratuvar bulgular birlikte değerlendirildiğinde miksödem sınırında ağır hipotiroidiye bağlı rabdomiyoliz ve buna sekonder ABH düşünüldü. Hasta aralıklı hemodiyaliz, yoğun hidrasyon, statin kesilmesi ve kademeli levotiroksin ile tedavi edildi. İzlemde CK, kreatinin ve troponin değerlerinde gerileme izlendi ve renal fonksiyonlar düzeldi.

Rabdomiyolize Sekonder Akut Böbrek Hasarında Klinik Tablo ve Laboratuvar Bulguları

Klinik tablo
Kas güçsüzlüğü, miyalji, şişlik, hassasiyet, sertlik
Ateş, mide bulantısı, kusma, taşikardi
Böbrek hasarına bağlı veya sıvı kaybı varlığında oligoanüri veya anüri
Altta yatan hastalığın belirtileri
Laboratuvar bulguları
Serum: kreatinin, üre nitrojeni, kreatin fosfokinaz, miyogloblin, iyonlar (potasyum, fosfor, kalsiyum), laktat dehidrogenaz, transaminazlar, asit-baz dengesi
İdrar: miyogloblin veya eritrosit içermeyen pozitif idrar çubuğu testi.

Petejova, N., Martinek, A. Acute kidney injury due to rhabdomyolysis and renal replacement therapy: a critical review. Crit Care 18, 224 (2014). <https://doi.org/10.1186/cc13897>

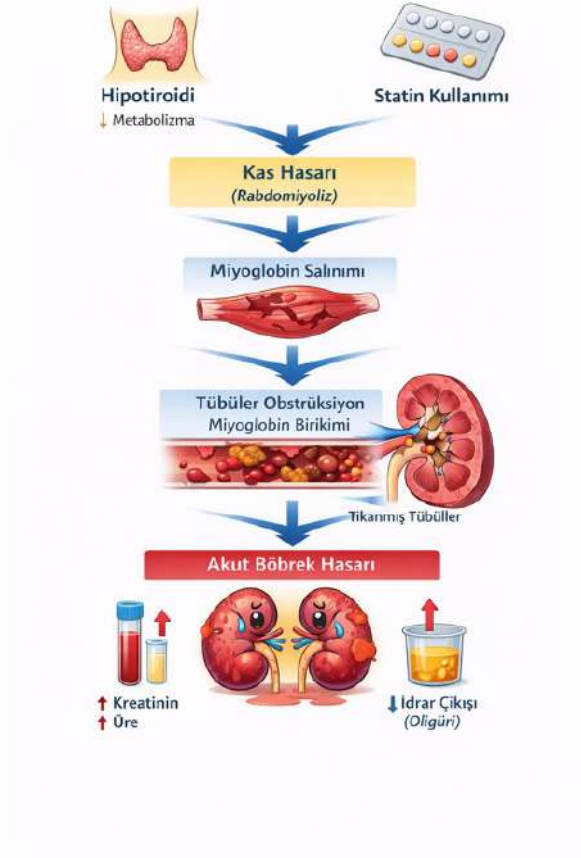
Sonuç: Hipotiroidiye bağlı rabdomiyoliz nadir görülür ancak statin kullanımı kas hasarını artırarak tabloyu ağırlaştırabilir. Erken etiyolojik değerlendirme, uygun destek tedavisi ve gerekirse renal replasman tedavisi ile böbrek fonksiyonlarında iyileşme sağlanabilir.ABH ile başvuran hastalarda hipotiroidi ve ilaç öyküsü mutlaka sorgulanmalı; erken tanı ve multidisipliner yaklaşım ile geri dönüşlü böbrek hasarı sağlanabileceği akıldaki tutulmalıdır.

28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Vakanın Kısa Özeti





28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-40

Benzethonium Chloride Yöntemine Bağlı Yalancı Proteinüri: Alkaptonüri Bir Çocukta Tanısal Yanılgı

Ezgi Kırmızıtaş¹, Derya Özmen¹, Duygu Güllü¹, Osman Orkun Cankorur¹, Nida Temizkan Dinçel¹

¹SBÜ İTF Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Proteinüri, çocukluk çağında böbrek hastalıklarının önemli bir göstergesidir. Ancak, idrar protein ölçüm yöntemlerinin özellikleri ve interferansları çoğu zaman göz ardı edilmektedir. Benzethonium chloride yöntemi, idrardaki total protein miktarının kantitatif ölçümünde kullanılan turbidimetrik bir analizdir. Bu yöntem, katyonik bir yüzey aktif madde olan benzethonium chloride'ın alkali ortamda idrar proteinleri ile kompleks oluşturarak çözünmeyen agregatlar meydana getirmesi prensibine dayanır. Ancak bazı düşük molekül ağırlıklı organik asitler ve redoks özellik gösteren bileşikler bu yöntemde yalancı pozitifliğe yol açabilmektedir. Alkaptonüri, homogentisik asit birikimi ile karakterize nadir bir metabolik hastalık olup, idrarın bekletildiğinde koyulaşması ile tipiktir. Homogentisik asidin alkali ortamda oksidasyona uğrayarak polimerizasyon eğilimi göstermesi, bazı turbidimetrik ve kolorimetrik protein ölçüm yöntemlerinde yanlış yüksek sonuçlara neden olabilmektedir. Bu yazıda, benzethonium chloride yöntemine bağlı yalancı proteinüri saptanan alkaptonüri bir olgu sunulmuştur.

Vaka: Yedi yaşında erkek hasta, persistan nefrotik proteinüri nedeniyle takipliydi. Etiyolojiye yönelik tetkiklerde serum albümin, kreatinin, kompleman düzeyleri ve serum amiloid A değeri normal, antinükleer antikor (ANA) negatif, ultrasonografi, göz bakışı, işitme testi ve genetik tetkikleri normaldi. Son başvurusunda idrar renginin bekleyince siyaha yakın koyulaştığının belirtilmesi üzerine alkaptonüri ön tanısıyla metabolizmaya yönlendirildi. Metabolizma bölümünde yapılan idrar organik asit analizinde (GC-MS yöntemi ile) homogentisik asit-3TMS düzeyi 2204.14 mmol/mol kreatinin olarak saptandı (referans: 0–0.01 mmol/mol kr). Yüksek homogentisik asit düzeyi ile alkaptonüri tanısı biyokimyasal olarak doğrulandı. Homogentisate 1,2-dioxygenase (HGD) genetik analizi gönderildi. Merkezimizde idrar protein ölçümlerinin benzethonium chloride temelli turbidimetrik yöntemle gerçekleştirildiği belirlendi. Hastanın idrarı aynı gün hem benzethonium chloride hem de sodyum benzoat yöntemiyle çalışılarak, yanlış pozitiflik doğrulandı.

Sonuç: Bu olgu, alkaptonüriye bağlı homogentisik asit birikimi benzethonium chloride temelli ölçümle yalancı pozitif proteinüriye yol açar. Bu durum, laboratuvar yöntemine bağlı yalancı pozitifliğin çocuk hastalarda gereksiz invaziv girişimlere ve uzun süreli farmakolojik tedavilere yol açabileceğini açıkça ortaya koymaktadır.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-41

Tünelli Venöz Kateterle İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonları Olan Rutin Hemodiyaliz Hastalarında Metastatik Enfeksiyöz Komplikasyonlar ve İlişkili Risk Faktörleri

Şerife Merve BÖLÜK¹, Fatma AYERDEN EBİNCİ², Muzhgan GULİYEVA², Merve ŞANLIER², Gülay ULUSAL OKYAY², Hatice ŞAHİN², Emre YAŞAR², Ebru GÖK OĞUZ², Kadir Gökhan ATILGAN², Mehmet Deniz AYLI²

¹Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

²Etlik Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Ankara

Amaç: Kateterle ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları (KİKDE), rutin hemodiyaliz (HD) tedavisi gören hastalarda hastaneye yatış ve mortalitenin önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır. KİKDE'ye eşlik eden metastatik enfeksiyonlar prognozu belirgin şekilde kötüleştirilmektedir. HD hastalarında bu komplikasyonların gerçek sıklığı ve ilişkili risk faktörleri yeterince ortaya konmamıştır. Bu çalışma, TVK ile ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatırılan HD hastalarında metastatik enfeksiyon sıklığını, ilişkili risk faktörlerini ve hastane içi mortalite ile bağlantısını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, Ocak 2015–Aralık 2020 tarihleri arasında KİKDE tanısıyla hastaneye yatırılan rutin HD hastaları dahil edildi. KİKDE, alternatif bir enfeksiyon odağı saptanmaksızın pozitif periferik kan ve/veya kateter kültürü varlığı olarak tanımlandı. Bireyler arası kümelenmeyi önlemek amacıyla, her hasta için yalnızca indeks enfeksiyon epizodu analize dahil edildi. Hastaneye yatış öncesi KİKDE öyküsü temel bir kovaryat olarak kaydedildi. Metastatik enfeksiyonlar, ikincil enfeksiyon odaklarıyla uyumlu klinik bulguların mikrobiyolojik ve görüntüleme verileri ile desteklenmesi temelinde tanımlandı. Metastatik komplikasyonların ve hastane içi mortalitenin bağımsız belirleyicilerini saptamak amacıyla, her aday değişken için ayrı ayrı yaş ve cinsiyete göre ayarlanmış lojistik regresyon modelleri oluşturuldu.

Bulgular: Toplam 200 hasta (ortalama yaş $61,2 \pm 16,2$ yıl; %50,5'i kadın) analize dahil edildi. Metastatik enfeksiyon komplikasyonları 34 hastada (%17,0) saptandı; en sık görülen odaklar spondilodiskit (%44) ve enfektif endokardit (%41) idi. Çok değişkenli analizde diyabetes mellitus (OR 2,66; %95 GA 1,18–6,02; $p = 0,01$), daha önce KİKDE öyküsü (OR 2,94; %95 GA 1,30–6,65; $p = 0,01$) ve Staphylococcus aureus enfeksiyonu (OR 2,59; %95 GA 1,10–6,05; $p = 0,03$) metastatik enfeksiyon gelişimi ile bağımsız olarak ilişkili bulundu. Buna karşılık daha yüksek hemoglobin düzeyleri koruyucu etki gösterdi (OR 0,77; %95 GA 0,62–0,96; $p = 0,02$). Genel hastane içi mortalite oranı %14,5 olup, aterosklerotik kalp hastalığı hastane içi ölüm için bağımsız bir belirleyici olarak saptandı (OR 3,25; %95 GA 1,37–7,73; $p = 0,007$).

Tablo 1. Metastatik enfeksiyon varlığına göre hemodiyaliz hastalarında çalışma parametrelerinin karşılaştırılması

Parametreler	Tüm hastalar (n=200)	Metastatik enfeksiyon var (n=34)	Metastatik enfeksiyon yok (n=166)	p değeri
Yaş (yıl)	61.2 ± 16.2	58.4 ± 15.3	61.6 ± 16.3	0.32
Cins, kadın, n(%)	101 (50.5)	18 (52.9)	83 (50.0)	0.45
Diyaliz süresi (gün)	282 (100.8 – 880.0)	527.5 (104.5 – 1401.5)	272.5 (99.3 – 768.3)	0.15
Katater süresi (gün)	90 (30 – 210)	90 (30 – 217)	90 (30 – 180)	0.56
Diabetes mellitus, n(%)	101 (50.5)	23 (67.6)	78 (47.0)	0.03
Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık, n(%)	82 (41.0)	16 (47.1)	66 (39.8)	0.67
Hemoglobin (g/dL)	9.9 ± 1.9	9.2 ± 2.1	10.1 ± 1.8	0.01



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Beyaz küre (/μL)	10190 (7345 – 14700)	10150 (6975 – 14175)	10190 (7355 – 14725)	0.77
Nötrofil / lenfosit oranı	7.9 (4.6 – 18.3)	6.5 (4.1 – 18.5)	8.1 (4.6 – 17.4)	0.46
C-reaktif protein (mg/L)	118 (70 – 173)	112 (73 – 166)	122.5 (69.5 – 173.5)	0.98
Stafilokokus aureus enfeksiyonu, n(%)	35 (17.5)	11 (32.4)	24 (15.1)	0.03
KİKDE öyküsü, n(%)	45 (22.5)	13 (38.2)	32 (19.3)	0.02
Hastane içi mortalite, n(%)	29 (14.5)	6 (17.6)	23 (13.9)	0.59
KİKDE, Kateterle ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları				

Veriler ortalama ± standart sapma veya medyan (IQR) olarak, kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak belirtildi.

Sonuç: Hemodiyaliz hastalarında KİKDE nedeniyle hastaneye yatırılan olguların kayda değer bir kısmında metastatik enfeksiyon komplikasyonları gelişmektedir. Diyabetes mellitus, daha önce KİKDE öyküsü, Staphylococcus aureus etkeni ve düşük hemoglobin düzeyleri metastatik odak gelişimi açısından bağımsız risk faktörleri olarak öne çıkmaktadır. Bu yüksek riskli hasta grubunda erken ve hedefe yönelik tanısal değerlendirme, potansiyel komplikasyonların zamanında saptanması ve prognozun iyileştirilmesi açısından kritik önem taşımaktadır.



Yayın No: P-42

Papiller Tiroid Karsinomuna Sekonder Paraneoplastik Membranöz Nefropati: Cerrahi Sonrası Tam Remisyon

Dr. Muratcan KASIMOĞLU¹, Uzm. Dr. Hacer Çabuk Güllüoğlu², Prof. Dr. Mümtaz Yılmaz², Prof. Dr. Ercan Ok², Prof. Dr. Meltem Seziş²

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Membranöz nefropati (MN), erişkinlerde nefrotik sendromun en sık nedenlerinden biri olup primer ve sekonder formlar şeklinde sınıflandırılır. Olguların yaklaşık %70–80'i primer iken %20–25'i sekonder etiyolojiye bağlıdır. Sekonder nedenler arasında maligniteler, enfeksiyonlar, otoimmün hastalıklar ve ilaçlar bulunur. Özellikle solid organ tümörleri ile MN arasındaki ilişki uzun süredir bilinmektedir. Malignite ilişkili MN'lerin, tüm MN olgularının yaklaşık %5–10'unu oluşturduğu bildirilmektedir. Primer MN'de sıklıkla anti-PLA2R antikor pozitifliği ve IgG4 baskınlığı izlenmektedir. Sekonder olgularda ise anti-PLA2R negatifliği ve IgG alt sınıf dağılımında farklılıklar daha sık görülmektedir. Bu nedenle anti-PLA2R negatif hastalarda altta yatan neoplazilerin araştırılması önerilmektedir. Tümör tedavisi sonrası proteinüride gerileme görülmesi, paraneoplastik immün mekanizmayı destekleyen önemli bir klinik ipucudur.

Vaka: 44 yaşında erkek hasta, Haziran 2025'te üç haftadır mevcut alt ekstremitelerde ödeme ve dispne ile başvurdu. Laboratuvar incelemelerinde 10.2 g/gün proteinüri, 2.2 g/dL serum albümin ve 1.7 mg/dL kreatinin saptandı ve hematürisi mevcut değildi. Anti-PLA2R antikoru negatif bulundu. Renal biyopsi MN ile uyumlu olup eşlik eden tübülointerstisyel nefrit mevcuttu. İmmünofloresan incelemede IgG için membranöz granüler boyanma(++), kappa ve lambda pozitifliğiyle beraber IgG4, C3 ve C1q negatifliği izlendi. PLA2R boyaması nonspesifik, DNAJB9 ise negatifti. Bulgular ön planda sekonder MN lehine değerlendirildi. Bu süreçte ileri tetkiklerine devam edilen hastada 3 gün 250 mg pulse metilprednisolon tedavisi uygulandı, sonrasında kademeli doz azaltımı planlandı. Öyküsü derinleştirildiğinde hastanın çocukluk döneminden itibaren dirençli semptomatik hipokalsemi ve hipopotasemisinin bulunduğu; ilerleyen yıllarda hipoparatiroidi, primer hipotiroidi ve ön hipofiz disfonksiyonu geliştiği anlaşıldı ve laboratuvar ile doğrulandı. Fizik muayenede dismorfik yüz görünümü, café-au-lait lekeleri ve bilateral dördüncü parmak kısılığı mevcuttu. Genetik incelemede THRA geninde önemi bilinmeyen heterozigot varyant ve 22q11.21 bölgesinde küçük heterozigot delesyon saptandı, genetik danışmanlık planlandı. Tiroid ultrasonografisinde yüksek riskli nodül belirlendi ve ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Takiplerinde papiller tiroid karsinomu tanısı konuldu. Ağustos 2025'te total tiroidektomi ile opere edildi. Operasyon öncesinde nefrotik düzey proteinürisi devam etmekteyken, post-operatif proteinüri miktarı 0.2 g/gün'e kadar geriledi ve böbrek fonksiyonları bazaline döndü. Steroid tedavisi süreçte azaltılarak tamamen kesilmesine rağmen 0.2 gr/gün proteinürisi mevcut hastada remisyon kalıcı olarak devam etti.

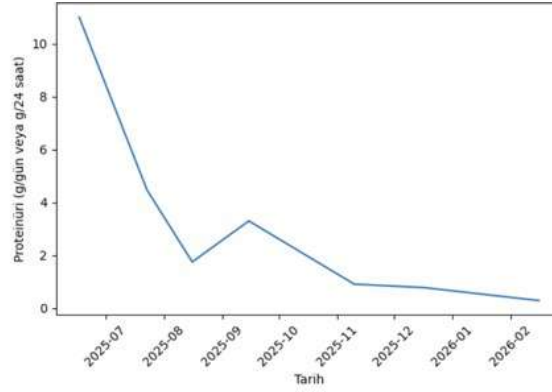
Serum Kreatinin düzeyi

Tarih	Kreatinin (mg/dL)	Klinik Durum
31.05.2025	1.1	Bazal
17.06.2025	1.6	Nefrotik sendrom başlangıcı
21.06.2025	1.9	Pik değer
22.06.2025	1.69	Erken düzelme
27.06.2025	1.5	Stabilizasyon
01.07.2025	1.4	Steroid öncesi/erken dönem
05.09.2025	0.95	Tiroidektomi sonrası
26.01.2026	1.2	Steroid azaltım dönemi
Şubat 2026	1.1	Remisyon



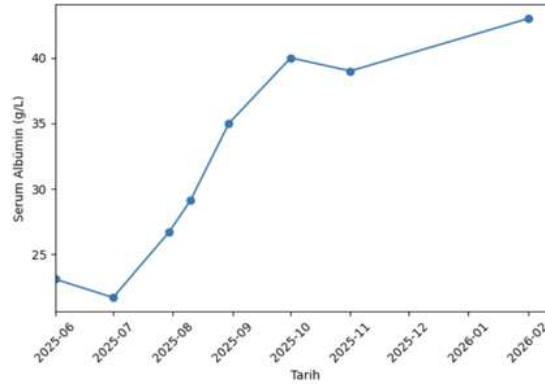
Sonuç: Bu olgu; IgG4 negatifliği, belirgin anti-PLA2R pozitifliğinin olmaması ve tümör rezeksiyonu sonrası gelişen tam ve süregelen remisyona beraber değerlendirildiğinde paraneoplastik sekonder MN ile uyumlu olduğunu düşündürmektedir. Anti-PLA2R negatif MN saptanan erişkin hastalarda malignite taraması mutlaka yapılmalı; remisyona zamanlaması, nedensel ilişki açısından dikkatle değerlendirilmelidir.

Proteinüri Zaman Çizelgesi



“Başlangıçta nefrotik düzeydeki proteinüri steroid sonrası kısmi yanıt görülmüş, ancak kalıcı ve progresif remisyona tiroidektomi sonrası dönemde ortaya çıkmış ve steroid azaltılarak kesilmesine rağmen sürmüştür.”

Serum Albümin-Zaman Çizelgesi



“Serum albümin düzeyleri proteinüradaki azalma ile korele şekilde artış göstermiştir.”



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-43

Pulmonorenal Sendrom ve Mikroanjiyopatik Hemolitik Anemi ile Seyreden Anti-Glomerüler Bazal Membran Hastalığı

İpek Kırdı¹, Erhan Eröz¹, Serpil Müge Değer¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi

Giriş: Anti-glomerüler bazal membran (Anti-GBM) hastalığı, hızlı ilerleyen glomerulonefrit ve pulmoner tutulum ile seyreden, nadir ancak mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Bu olgu sunumunda pulmonorenal sendrom ve mikroanjiyopatik hemolitik anemi (MAHA) tablosunun eşlik ettiği Anti-GBM hastalığında tanı ve tedavi sürecini paylaşmayı amaçladık.

Vaka: Otuz sekiz yaşında erkek hasta ateş, böbrek fonksiyon testlerinde hızlı bozulma nedeniyle başvurdu. Bilinen böbrek hastalığı olmayan hastanın başvuru kreatinin değeri 6,34 mg/dL olup takiplerinde 10,31 mg/dL'ye yükseldi ve hemodiyaliz ihtiyacı gelişti. Servis izleminde ağır anemi ve trombositopeni gelişen hastada periferik yaymada şistositler izlendi, haptoglobulin düzeyleri düşük saptandı. ADAMTS-13 aktivitesi normal olarak saptandı. Takibi sırasında öksürük, nefes darlığı ve hemoptizi gelişen, servise yatışında toraks bilgisayarlı tomografide patolojisi olmayan hastanın şikayetleri gelişmesi üzerine çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde bilateral multilober konsolide alanlar ve plevral efüzyon izlendi. Serolojik incelemede anti-GBM antikor pozitif saptandı, ANCA negatifti. Böbrek biyopsisinde yaygın sellüler kresentlerle seyreden nekrotizan glomerulonefrit izlendi. Pulmonorenal sendrom ön tanısı ile hastaya pulse metilprednizolon, plazmaferez ve siklofosfamid tedavisi başlandı. Toplam 17 seans plazmaferez uygulanan hastada anti-GBM antikorları negatifleşti. Trombositopeninin derinleşmesi üzerine rituksimab tedavisi uygulandı ve sonrasında trombosit sayılarında düzelme izlendi.

Sonuç: Anti-GBM hastalığında erken tanı ve agresif immünsüpresif tedavi prognozu belirleyen en önemli faktörlerdir. Bu olguda MAHA ve trombositopeninin eşlik etmesi ayırıcı tanıyı zorlaştırmış, plazmaferez ve immünsüpresif tedavinin etkinliği klinik ve serolojik iyileşme ile gösterilmiştir. Pulmonorenal sendrom ve hematolojik bulguların eşlik ettiği olgularda Anti-GBM hastalığı ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Erken başlanan plazmaferez ve immünsüpresif tedavi hayat kurtarıcı olabilir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-44

Sessiz Tümör, Gürültülü Kriz: Hipertansif Krizle Tanı Alan RCC

Ahmet Ayhan Baklacı¹, Hülya Çolak¹, Aslı Dilara Kip¹

¹İzmir Şehir Hastanesi

Giriş: Renal hücreli karsinom, dünya genelinde en sık görülen 14. kanser türüdür ve 2020 yılında 430.000'den fazla yeni vaka teşhis edilmiştir. Böbrek kanseri vakalarının görülme sıklığı son yıllarda sürekli olarak artarken, ölüm oranları ise düşmektedir. Bu durum, batin görüntülemelerinde insidental olarak konulan tanı oranlarındaki artışla açıklanabilir. RCC, geçmişte yan ağrısı, makroskopik hematüri ve ele gelen batında kitle şeklindeki klasik üçlü ile tanı alırken, günümüzde büyük ölçüde insidental tespitlerle tanı konmaktadır. Bu vaka sunumunda, kronik hastalığı bulunmayan bir erişkinde hipertansif kriz etiyolojisi araştırılırken yakalanan RCC ele alınacaktır.

Vaka: Bilinen tanılı hastalığı olmayan 30 yaşında erkek hasta; baş ağrısı ve epistaksis şikâyeti ile dış merkezde acil servise başvurmuş, yapılan kontrollerde kreatinin düzeylerinde yükselme ile akut böbrek hastalığı tablosunda olduğu görülmüş ve hipertansif end-organ hasarı kliniği ile yoğun bakım takibi amacıyla tarafımızca sevk alınmıştır. Hastanın perlinganit desteği altında hipertansif krizi kontrol altına alındıktan sonra kreatinin regresyonu sağlanamaması nedeniyle nefroloji servisi takiplerine başlanmıştır. Hasta üçlü antihipertansif ve bir diüretik tedavi ile normal değerlere getirilen hipertansiyonu ve kreatinin progresyonu etiyolojisi için inceleme altına alınmıştır. Yapılan kontrollerde immüno globulin, C3 ve C4 değerleri normal sınırlarda bulunmuş; miyeloperoksidaz(MPO),proteinaz-3 (PR3) ve anti-dsDNA negatif saptanmıştır. Etiyolojiye yönelik böbrek biyopsisi kararı alınmıştır. Hastanın biyopsi sonucu hipertansif nefropati olarak yorumlanmış takiplerinde hemodiyaliz ihtiyacı gelişmesi sonrası kalıcı kateter takılmış ve rutin hemodiyaliz programına alınmıştır. Böbrek biyopsisinin hipertansif hadiselerle yönelik olduğu görülmesi üzerine genç hastada sekonder sebeplerin araştırılması amacıyla renin–aldosteron düzeyi istenmiş ve yatışı sırasında istenen üriner ultrasonografide “Sol böbrek orta kesimde 15x14 mm boyutunda septalı kistik komponent içeren lezyon görülmesi üzerine üst batin MRG planlanmıştır. Batin MR’da ise “Sol böbrek orta bölüm anteriorda 21x19 mm boyutlu, septalı, kontrastlanan nodüler komponentleri bulunan, multiloküle, belirgin difüzyon kısıtlaması göstermeyen semisolid lezyon mevcuttur.” şeklinde rapor edilmesi üzerine hasta ürolojiye yönlendirilmiş ve operasyon kararı alınmıştır. Hastaya takiplerinde nefrektomi uygulandı ve operasyon sonrası hipertansiyon tedavisinde ilaç kullanmasına gerek kalmamıştır. Nefroloji kliniği olarak kronik böbrek hastalığı (KBH) takibi yapılmaktadır.

Sonuç: Bu olgumuzda böbrek kanseri, klasik semptomları (ele gelen palpabl kitle, makroskopik hematüri ve yan ağrısı) yerine hipertansif kriz ile karşımıza gelmiştir. Genç yaşta hipertansif kriz sonrası renal hücreli karsinom tanısı alan vakamız literatüre bakıldığında nadir vakalardan biri olmakla birlikte hipertansiyon etiyolojisi araştırırken RCC aklımızın bir köşesinde tutulmalıdır.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-45

Kronik Böbrek Hastalığında Asemptomatik Progresyon Örneği, Olgu Sunumu

Alperen Taşcı¹, İlter Bozacı²

¹Antalya Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

²Antalya Şehir Hastanesi Nefroloji Kliniği

Giriş: Kronik böbrek hastalığı toplumun önemli bir kısmını etkileyen bir hastalıktır. 2017’de yapılan bir sistemik analizde dünya genelinde 697.5 milyon insanın kronik böbrek hastası olduğu ve bunun da dünya prevalansının %9.1’ine denk geldiği bulunmuştur (1). Kronik böbrek hastalığına en sık sebep olan 2 hastalık Diyabetes Mellitus ve Hipertansiyondur(2). Hastalığın bu kadar fazla kişiyi etkilemesine rağmen bilinirliği ve farkındalığı düşüktür(3) Bu olguda uzun süre hastane takibi olmayan bir hastanın herhangi bir şikayeti olmadan geçen bu süre sonrasında diyare nedeniyle antibiyotik kullanması ve sonrasında yapılan tetkiklerde KBH hastası olduğu görülmüştür. Bu olguda amacımız KBH hastalığının son evrelere kadar belirti vermeden gidebileceğini göstermektir.

Vaka: Bilinen hastalığı düzenli ilaç kullanım öyküsü olmayan 49 yaş erkek hasta 29.01.2026 tarihinde 3 gündür olan idrar miktarında azalma ile acil servise başvurmuş. 1 haftadır olan diyare, öksürük ve iştahsızlık şikayetleriyle dış merkez başvuru olan hastaya Siprofloksasin ve Metronidazol reçete edilmiş. Hastanın 25 Ocak dış merkezde çekilen Abdomen BT’sinde “Barsak anslarında sıvı retansiyonları ve minimal diffüz duvar kalınlaşmaları izlenmektedir. Bulgular gastroenterit ile uyumlu olabilir.” ifadesi görüldü. Hastanemizde alınan gaita tahlillerinde enfeksiyöz hadise görülmedi. Hastanın hastanemize geliş kan sonuçlarında kreatinin değeri 9.77 görüldü. Önceki sonuçlar incelendiğinde hastanın 2 sene önceki kreatinin değeri 2.27 görüldü. Hastanın geldiğinde bakılan proteinüri tetkiklerinde spot idrarda albümin kreatinin oranı 1527mg/g protein kreatinin oranı ise 4586mg/g görüldü. Hastanın geçmiş tetkikleri incelendiğinde en son kreatinin değeri 2018’de görüldü. Bu değer normal aralıkta olmasına rağmen o zamandan 2026 yılına kadar tahlil sonucu bulunamadı. Hastanın hastanemizde çekilen Batın USG’sinde bilateral böbreklere grade 2-3 artış görüldü. Bilateral böbrek boyutları normal bulundu. Hastadan alınan immünolojik ve romatolojik tetkiklerde belli bir hastalığa yönelik anlamlı sonuç bulunmadı.

Tablo.1

Kreatinin (mg/dl)	9.77
BUN (mg/dl)	74
Sodyum (mmol/L)	133
Potasyum (mmol/L)	4.4
Klor(mg/dl)	101
Kalsiyum(mg/dl)	6.6
Fosfor(mg/dl)	5.2
Albumin (gr/L)	2.1
Parathormon(pg/ml)	188
pH	7.21
HCO3	17.7
Hemoglobin (gr/dl)	13.7
Hematokrit(%)	40.4
Beyaz Küre (x103mmol/L)	3.51
Trombosit (x103mmol/L)	123
Ferritin(ng/ml)	356

Hastanın acil servise başvurusunda laboratuvar parametreleri

Sonuç: Bu olguda hastanın gastroenterit sonrası muhtemel KBH zemininde gelişen ABH tablosunu gastroenterite bağlı sıvı kaybı potansiyel akut böbrek hasarını tetiklediği düşünüldü. Hastanın KBH tablosuna sebep olabilecek bir hastalığı olup olmadığının değerlendirilmesi açısından hastadan böbrek biyopsisi yapılması planlandı. Hastanın son evre böbrek yetmezliğine gelene kadarki süreçte şikayetinin ve belirtisinin olmaması hastalığın sessiz gidişatını göstermektedir. Bu sebeple kronik böbrek hastalığını toplumda tarama açısından yeni stratejiler belirlemek önem arz etmektedir.



Yayın No: P-46

Renal Arter Trombozuna Yaklaşım Vaka Örnekleri

Melih Batuhan Savaşer¹, Fatih Yılmaz², İlter Bozacı², Fatih Yılmaz³

¹Antalya Şehir Hastanesi İç hastalıkları Kliniği

²Antalya Şehir Hastanesi Nefroloji Bölümü

³Antalya Şehir Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

Giriş: Renal arter trombozu, renal (intrinsik) abh nedenlerinden makrovasküler tutulum başlığı altında izlenmektedir. Çok sık görülmemekle birlikte, acil müdahale gerektiren bir durumdur(1,2,3). Bu posterde hastanemizde tanı, takip, tedavi, süreci yürütülen 4 vakayı inceleyeceğiz.

Vaka: Hastanemizde tanı almış 4 tane renal arter trombozu hastasının verilerini inceleyeceğiz. Hastaların yaşları, cinsiyetleri, renal arter trombozu tanısı öncesinde böbrek fonksiyon testleri, anjiyoplasti işlemi sonrası böbrek fonksiyon testleri, anjiyonun tanı anından itibaren kaçınıcı saatte yapıldığı, hastaların kullandığı ek ilaçlar, kronik hastalıkları, tromboza eğilim araştırılması açısından trombofili paneli çalışmasının sonucu Tablo 1 de gösterilmektedir.

Tablo 1. Renal Arter Trombozu Tanısı Alan Hastaların Özellikleri

	Yaş	Cinsiyet	Renal Arter Trombozu tanı zamanı böbrek fonksiyon testleri	İşlem tanı anından sonra kaçınıcı saatte yapıldı	İşlem sonrası böbrek fonksiyon testleri	Ek hastalıkları	Kullandığı ilaçlar	Trombofili paneli, faktörleri
Hasta 1	77	Erkek	Kreatinin-1,51 / gfr-45	30 saat	Kreatinin-1,26 / gfr-55	Atrial fibrilasyon, hipertansiyon	Dabigatran eteksilat 110mg, amlodipin/valsartan 5/160	Normal saptandı
Hasta 2	39	Erkek	Kreatinin-0,89 / gfr-108	48 saat	Kreatinin-0,86 / gfr-110	yok	yok	Normal saptandı
Hasta 3	47	Erkek	Kreatinin-5,09 / gfr-12,7	192 saat	Kreatinin-5,4 / gfr-11,9	Hipertansiyon, geçirilmiş lenfoma	amlodipin/valsartan 5/160, antiasidoz 500	Normal saptandı
Hasta 4	52	Kadın	Kreatinin-1,01 / gfr-64	4 saat	Kreatinin-0,8 / gfr-85	Diabetes mellitus	Atarax, alfa lipoik asit 600 mg, empagliflozin+metformin	Normal saptandı

Sonuç: Vaka örneklerimizden hasta 1 ve hasta 3 ün acil servise asıl başvuru şikayeti karın ağrısı olarak izlenmiştir. LDH yüksekliği ve ani başlayan flank ağrısı tanıda ipucu olabilir. Hasta 1, hasta 3, hasta 4'te erken dönemde yapılan bt anjiyografi tanıyı doğrulamakla kalmayıp revaskülarizasyon karar sürecini hızlandırmıştır. Gecikmiş tanı geri dönüşsüz renal parankim kaybına yol açabilir(3,5). Renal arter stenozu ise özellikle dirençli hipertansiyon(hasta 1 ve hasta 3ün daha öncesinden tanı almış hipertansiyonu bulunmaktadır) ve açıklanamayan böbrek fonksiyon bozulmalarında akılda tutulmalıdır. Hastalarımızdan sadece hasta 2'nin böbrek fonksiyonları anjiyoplasti öncesi normal seyrinde iken, geri kalan 3 hasta da işlem sonrası böbrek fonksiyonlarında iyileşme izlenmiştir. Seçilmiş hastalarda erken revaskülarizasyon renal fonksiyon kaybını sınırlayabilir; ancak geniş randomize çalışmalar rutin girişimsel tedavinin medikale üstünlüğünü net göstermemiştir(4). Bu nedenle erken tanı, uygun hasta seçimi ve multidisipliner yaklaşım kritik öneme sahiptir. Kaynakça Bourgault M, Grimbert P, Verret C, ve ark. Acute renal infarction: a comprehensive review. Kidney Int Rep. 2020;5(6):901-912. Nah S, Han S, Kim HB, Chun S, Kim S, Woo S, ve ark. Predictors of renal infarction in patients presenting to the emergency department with flank pain: a retrospective observational study. PLoS One. 2021;16(12):e0261054. Oh YK, Yang CW, Kim YL, ve ark. Clinical characteristics and outcomes of renal infarction. Am J Kidney Dis. 2016;67(2):243-250. Paris B, Bobrie G, Rossignol P, ve ark. Blood pressure and renal outcomes in patients with kidney infarction and hypertension. J Hypertens. 2006;24(8):1649-1654. Cheikh Hassan HI, Murali KM, Lambert K, Bahous SA, Kalab S, Kilani H, Mullan J. Renal Infarction Incidence, Risk Factors, and Risk of Mortality and KRT: A Retrospective Cohort Study. Kidney360. 2025 Feb;6(6):947-956.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-47

IgA Vaskülitisi ile Eş Zamanlı PR3-ANCA Pozitifliğinin Nadir Birlikteliği

Veysel Baran Tomar¹, Ayça Aksu², Ayça Aydoğdu², Asil Demirezen¹, Ömer Faruk Akçay¹, Özant Helvacı¹, Ülver Derici¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş: IgA vaskülitisi (IgAV), IgA1 immün kompleks birikimi ile seyreden küçük damar vaskülitisi olup yetişkinlerde ciddi renal tutulum ile ilişkilidir. ANCA-ilişkili vaskülit (AAV) ise farklı patogeneze sahip, pauci-immün nekrotizan glomerülonefrit ile karakterize bir hastalıktır. Bu iki hastalığın eş zamanlı ya da overlap form olarak görülmesi son derece nadirdir. IgAV zemininde PR3-ANCA (c-ANCA) pozitifliği saptanan ve siklofosfamid bazlı tedaviye belirgin yanıt veren bir vakayı sunuyoruz.

Vaka: Hipertansiyon dışında ek hastalığı olmayan 55 yaşında erkek hasta; 1 haftalık gezici poliartralji, sol bacak lateralinde purpurik döküntü, idrar çıkışında azalma ve köpüklenme yakınmaları ile tarafımıza başvurdu. Fizik muayenede sol bacak lateralinde purpurik eritemli döküntüler, sağ bacak dorsalinde sönme eğiliminde nodüler lezyonlar mevcuttu. Kreatinin 3,01 mg/dL (bazal: 1,16 mg/dL), spot idrar protein/kreatinin 1296 mg/g, serum albümini 4,1 g/dL ve idrar sedimentinde eritrosit silendirleri saptandı. Serolojik incelemede PR3-ANCA (c-ANCA) > 200 U/mL pozitif, MPO-ANCA negatif, kompleman normal sınırlardaydı. Toraks ve paranazal sinüs BT'de granülamatöz tutulum bulgusu izlenmedi. Böbrek biyopsisinde 16 glomerülün 3'ünde global glomerüloskleroz, 8'inde sellüler kresent formasyonu ve hafif interstisyel fibrozis izlendi. İmmüno Floresanda IgA +++, C3 ++ diffüz mezangiyal granüler birikim; IgG, IgM, C4d ve kongo kırmızısı negatifti. Oxford (MEST-C) skoru M1E0S0T0C1, patoloji tanısı ise IgA Vaskülitisi, deriden alınan punch biyopsisi ise Lökositoklastik Vaskülit olarak raporlandı. Yüksek PR3-ANCA titresini, %50 kresent formasyonu ve akut böbrek hasarı birlikteliği nedeniyle siklofosfamid bazlı immünsüpresif tedavi başlandı. Toplam 12 kür intravenöz siklofosfamid (500 mg/kür) komplikasyonsuz tamamlandı. İdame tedavisi olarak mikofenolat mofetil ve düşük doz prednizolon başlandı; ko-trimoksazol profilaksisi ve SGLT-2 inhibitörü nefroprotektif amaçla eklendi. Takipte PR3-ANCA Ocak 2026'da 50,6 U/mL'ye geriledi; kreatinin 1,85 mg/dL'ye indi, proteinüri %83 azaldı (1296 → 221 mg/g). Purpurik döküntüler ve artralji tamamen geriledi.

Sonuç: IgA vaskülitisi ile PR3-ANCA pozitifliğinin eş zamanlı görüldüğü bu olgu; IgA immün kompleks patogenezi ile ANCA'nın nötrofil aktivasyon mekanizmasının bir arada bulunabileceğini ve overlap vaskülit formu oluşturabileceğini göstermektedir. Toraks ve paranazal sinüs BT'de granülamatöz tutulumun olmaması, vakanın primer AAV'den ziyade IgAV zemininde ANCA reaktivitesine bağlı olduğunu düşündürmektedir. Bu nadir birliktelik; nefritik sendrom, purpura ve yüksek ANCA titresini bir arada görüldüğünde IgAV-AAV overlap vaskülitinin ayırıcı tanıda mutlaka yer alması ve tedavi stratejisinin her iki bileşen göz önünde bulundurularak planlanması gerektiğini vurgulamaktadır.



Yayın No: P-48

Sunitinib İlişkili Akut Böbrek Hasarı ve Nefrotik Sendrom Vakası

Şeyma Savran¹, Bahadır Karayel¹, Pervin Özkan Kurtgöz¹, Eda Altun¹, Dilek Güven Taymeç¹, Erkan Şengül¹

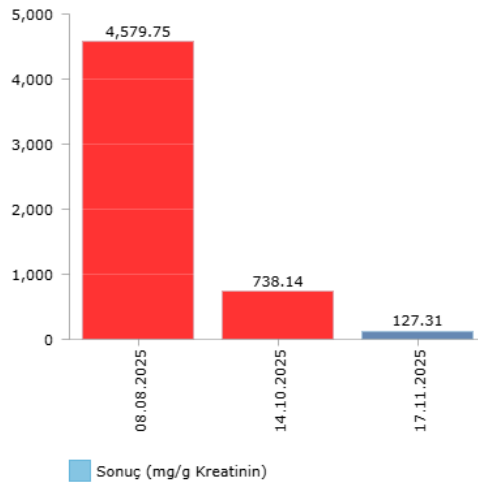
¹Kocaeli Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Giriş: Sunitinib, metastatik berrak hücreli renal hücreli karsinom tedavisinde birinci basamak tirozin kinaz inhibitörlerinden biridir. Sunitinib'in böbrek fonksiyon bozukluğu ve nefrotik sendrom gibi olası yan etkileri bildirilmiştir. Bu vakada Sunitinib ilişkili akut böbrek hasarı (ABH) ve nefrotik sendrom hastasını paylaştık.

Vaka: Bilinen hipertansiyon, hipotiroidi tanılı 61 yaşında erkek hastaya temmuz 2023 de sol radikal nefrektomi, internal üreterotomi operasyonu yapılmış. Patoloji sonucu şeffaf hücreli tip böbrek hücreli karsinom olarak raporlanmış. Takiplerinde Şubat 2024'te metastatik hastalık saptanması üzerine sunitinib 50 mg tedavisi başlanmış. Bazal laboratuvar incelemesinde proteinürisi negatif, serum kreatinin değeri 1,09 mg/dl saptanmış. Takiplerinde 1 mg/dl ila 1,4 mg/dl arasında seyretmiş. Tedavinin 6. ayındaki kontrolünde kreatinin 1,86 mg/dl saptanması üzerine nefroloji kliniğine yönlendirilmiş. Gelişinde hastanın halsizlik, bulantı, iştahsızlık şikayetleri mevcuttu. Fizik muayenesinde kan basıncı 143/94 mm/Hg, her iki alt ekstremitelerde gode bırakan ödem mevcuttu. Tam idrar tetkikinde protein 3+ eritrosit: 5/HPF, Hb: 9,8 g/dl kre: 1,93 mg/dl eGFR: 37 ml/dk/1.73 m², albumin 3,6 g/l, spot idrar pro/kre (iPKO): 4579,75 saptandı. ABH nedeniyle kandesartan ve sunitinib kesildi. Otoimmün belirteçleri ve kompleman düzeylerinde patoloji saptanmadı. Sunitinib kesidikten 1 ay sonra bakılan kreatinin ve iPKO değerleri sırasıyla 0,93 mg/dl ve 738,14 mg'a gerilediği; 2 ay sonraki kontrol iPKO değerinin 127,31 mg'a gerilediği görüldü.

Sonuç: Sunitinib tedavisi sonrası gelişen nefrotik sendrom olgularında böbrek biyopsi sonuçları FSGS, trombotik mikroanjiyopati, akut interstisyel nefrit ve akut tübüler nekroz olarak raporlanmıştır. Bu olgu, sunitinibin ABH ve nefrotik sendrom yol açabileceğini hatırlatmaktadır.

Şekil 1: Hastanın tedavi altında, tedavi kesildikten 1 ay ve 2 ay sonraki spot idrar proteinüri değerleri





28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-49

Hidradenitis Suppurativa Tanılı Hastada İnfliksımab Tedavisi Sonrası Gelişen ve Diabetes İnsipidus ile Komplike Olan Guillain-Barré Sendromu: Olgu Sunumu

Ekin Yavaş¹, Erhan Eröz², Volkan Hancı³

¹Dokuz Eylül Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İzmir

³Dokuz Eylül Üniversitesi, Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: GBS, hızlı progresyon gösteren, asendan ekstremiteler güçsüzlüğü, duyuşsal kayıp ve arefleksi ile karakterize immün aracılı bir hastalıktır. GBS'nin en ciddi kısa vadeli komplikasyonu solunum yetmezliğidir ve hastaların bir kısmında invaziv mekanik ventilasyon gereksinimi doğar. Literatürde bildirilen vakaların yaklaşık %5'i ölümle sonuçlanmıştır. Tümör nekrozis faktör-alfa (TNF- α) ajanlarla tedavi edilen hastalarda, GBS dahil olmak üzere demiyelinizan hastalıkların gelişme sıklığı %0.02 ile %0.2 arasında olduğu saptanmıştır. Literatürde, 1972 yılında Michael S. Pessin tarafından bildirilen bir olguda GBS ile birlikte geçici DI gelişimi izlenmiştir.

Vaka: 61 yaşında, tip 2 diabetes mellitus tanısı olan erkek hasta, 3 yıl önce gluteal bölgede gelişen lezyonlar nedeniyle hidradenitis suppurativa tanısı almıştır. Hastaya sırasıyla 7 ay adalimumab ve ardından 10 seans infliksımab tedavisi uygulanmıştır. Son infliksımab uygulamasının üzerinden 4 ay geçmişken tekrar tedavi planı ile dermatoloji servisine yatırılan hastada, servis yatışı sırasında dört ekstremitelerde distallerden başlayan kas gücü kaybı olması ve tendon reflekslerinin alınamaması nedeniyle nöroloji konsültasyonu istenmiştir. Bu süreçte hastada akut solunum yetmezliği gelişmiş ve entübe edilerek yoğun bakım ünitesine alınmıştır. Beyin görüntülemeleri ve serolojik/infeksiyöz tetkikler negatif bulunmuş, lomber ponksiyon sonucu BOS'ta protein-albumin dissosiyasyonu saptanarak GBS tanısı konulmuştur. Hastaya plazmaferez tedavisi başlanmıştır. Yoğun bakım izleminde, hastada artmış susama hissi, hipernatremi (153 mmol/L), saatlik idrar çıkışı 500 mL'ye ulaşması ve yüksek serum osmolaritesi (330.09 mOsm/kg) nedeniyle DI düşünülmüş, idrar osmolalitesinin de uyumlu gelmesi üzerine desmopressin tedavisi başlanmıştır. Hastada desmopressin tedavisine hızlı yanıt alınmıştır.

Sonuç: Anti-TNF ajanlar, romatoid artrit ve Crohn hastalığı gibi birçok hastalıkta yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak, nadir de olsa ciddi nörolojik ve endokrinolojik komplikasyonlara yol açabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. GBS, anti-TNF tedavisinden genellikle ikinci hafta sonra gelişmekle birlikte, bu sürenin literatürde 10 yıla kadar uzayabildiği bildirilmiştir. Bu nedenle tedavi öncesinde hastalar ayrıntılı nörolojik değerlendirmeden geçirilmeli, tedavi sırasında nörolojik bulgular açısından yakın takip edilmelidir. DI ise hipotalamo-hipofizer aksın otoimmün etkilenmesi veya anatomik bozulmasına bağlı gelişim gösterebilir. Bu nedenle aksın detaylı değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Tedavi süresince hastalar İnfliksımab sonrası GBS ve santral DI gelişimi gibi potansiyel olarak yaşamı tehdit edici yan etkiler konusunda dikkatli izlenmelidir.



Yayın No: P-50

İmmünoglobulin M Nefritinde Rituksimab Deneyimi

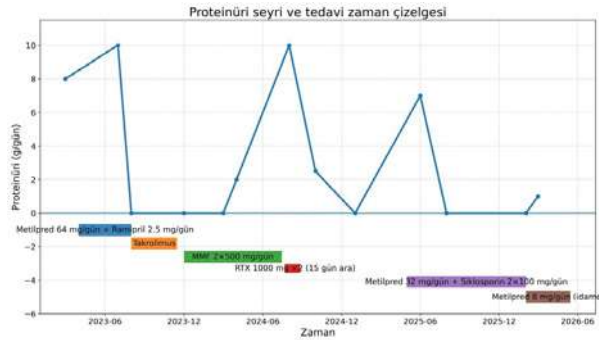
Serpil Müge Değer¹, Cihan Heybeli¹, İlker Atay¹, Öykü Beril Topal¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi

Giriş: Amaç İmmünoglobulin M (IgM) nefriti minimal lezyon ile fokal segmental glomerüloskleroz spektrumu arasında konumlanan, sıklıkla steroide direnç venüsklerle seyreden, erişkin yaşta daha nadir görülen bir glomerülopatidir. Olgumuzda sık nükslerin rituksimab ile tedavisi anlatılmıştır.

Vaka: Olgu Ödem yakınmasıyla nefroloji kliniğinde değerlendirilen otuz yaşında bir kadının hastasının nefrotik sendromu olduğu belirlendi (8 gram/gün proteinüri ve hypoalbuminemi). Böbrek biyopsisinde ışık mikroskopi bulgularında belirgin patoloji saptanmazken immünofloresan mikroskopide IgM birikimi (3+) dışında birikim saptanmadı. Elektron mikroskopi yapılmadı. Minimal lezyon düşünülerek glukokortikoid ve anjiyotensin-dönüştürücü enzim inhibitör tedavileri sonrası yanıt alınamayan hastada glukokortikoid tedavi azaltılırken takrolimus tedavisi verildi. Takipte tam remisyon sağlansa da hastada kozmetik sorun yaratacak ölçüde dış eti hipertrofisi ve oligomenore olması dolayısıyla takrolimus tedavisine ara verildi. Mikofenolat Mofetil başlandı. İzlemede proteinüride artış saptandı. Sonrasında rituksimab tedavisi verildi ve tam remisyon sağlandı. Yaklaşık on aylık remisyon sonrası izlemede nüks saptanan hastaya başka bir hekim tarafından siklosporin başlanınca kozmetik sorunları daha da arttı ve siklosporin kesilip tarafımızca tekrar rituksimab verilmesi planlandı (Figür 1).

Figür 1



Sonuç: Tartışma Podositopati lezyon grubunda yer alan minimal lezyon ile fokal segmental glomerülosklerozda immünofloresan mikroskopide baskın IgM birikimi görülebilen hastaların yönetimi genellikle diğer hastalardan farklıdır. Bazı glomerüler hastalıklarda IgM birikiminin sık nüks ve böbrek yetmezliğinin ilerlemesinin birlikteliği tanımlanmıştır. Rituksimab tedavisi steroide bağımlılık ve nüksün sık görülebildiği podositopati lezyonlarında etkin ve güvenli bir tedavi seçeneği olarak yer almaktadır. Sonuç Podositopati lezyonlarında rituksimab tedavisi steroide maruziyeti azaltmada, remisyon sağlamada ve nüksleri önlemede etkili görünmektedir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-51

Potasyumdan Zengin Diyetle Birlikte ACE İnhibitörü Kullanan Evre 3B Kronik Böbrek Yetmezliğinde Hiperkalemi Yönetimi: Kalsiyum Kanal Blokörüne Geçiş Deneyimi

Oğuzhan Karalı¹

¹Aliğa Devlet Hastanesi

Giriş: Hiperpotasemi, özellikle kronik böbrek hastalığı olan veya renin–anjiyotensin–aldosteron sistemini (RAAS) baskılayan ilaçlar kullanan hastalarda sık görülen ve potansiyel olarak hayatı tehdit eden bir elektrolit bozukluğudur. Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACE-İ), renal potasyum atılımını azaltarak hiperpotasemi riskini artırmaktadır. Bu risk, potasyumdan zengin diyetle birlikte belirgin şekilde yükselmektedir. Klinik pratikte diyet kaynaklı potasyum yükü sıklıkla göz ardı edilmekte olup, ilaç ve beslenme etkileşimi hiperpotaseminin önemli ve önlenebilir nedenlerinden biridir. Bu olgu sunumunda, ACE-İ tedavisi altında potasyumdan zengin diyet öyküsü olan bir hastada gelişen hiperpotasemi vakası sunulmuştur.

Vaka: 76 yaşında, kadın hasta; hipertansiyon tanısı ile ACE inhibitörü olan perindopril 10 mg/gün kullanmakta iken halsizlik şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde HT, KBH evre 3b tanısı mevcuttu. Son haftalarda özellikle muz, portakal suyu, domates ürünleri ve kuru meyve tüketiminin arttığı öğrenildi. Fizik muayenede vital bulgular tansiyon sistolik 140 mmHg diyastolik 90 mmHg izlendi. Elektrokardiyografide sinüs ritmi izlendi. Laboratuvar incelemelerinde: •Serum potasyum: 6.49mmol/L kan gazında : 6.4mmol/L ile teyit edildi. •Kreatinin: 1.28mg/dL •eGFR: 39 mL/dk/1.73 m² •Sodyum: 140 mmol/L Hiperpotasemi, ACE-İ tedavisi ve potasyumdan zengin diyet ile ilişkilendirildi. ACE inhibitörü kesildi, yerine kalsiyum kanal blokörü olan benidipin 4 mg başlandı. Potasyumdan fakir diyet, insülin-glukoz tedavisi (%10 dextroz 500cc içine 12 ünite humulin r insülin 3saatte infüzyon şeklinde) ile birlikte furosemid 1 amp ve potasyum bağlayıcı reçine olan kalsiyum polistiren sülfonat tedavisi uygulandı. Takipte serum potasyum düzeyleri 4.9mmol/L'ye geriledi ve hastanın klinik bulguları düzeldi. 2 hafta sonra olan kontrolde potasyum fakir diyet ve kalsiyum kanal blokörü tedavisi sonrası kre:1.3 potasyum 4.4 mmol/L'ye geriledi ve hastanın klinik bulguları düzeldi. Ta:130/85 mmHg ile takip edildi. Gfr 42 ye yükseldi.

Sonuç: Bu olgu, ACE inhibitörü kullanan hastalarda diyetle alınan potasyumun hiperpotasemi gelişiminde kritik bir rol oynadığını göstermektedir. Hiperpotasemi gelişen hastalarda yalnızca farmakolojik nedenlere değil, beslenme alışkanlıklarına da mutlaka odaklanılmalıdır. Tedavide kalsiyum kanal blokörlerinin yararıda göz önünde bulundurulmalıdır. ACE-İ ve benzeri RAAS baskılayıcı tedaviler başlanan hastalarda düzenli elektrolit takibi ve potasyum kısıtlı diyet eğitimi, önlenebilir komplikasyonların azaltılmasında temel yaklaşımdır.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-52

Hemodiyaliz Hastasında Kardiyak Cihaz Cep Enfeksiyonuna Sekonder Tekrarlayan ESBL Pozitif Escherichia coli Bakteriyemisi: Olgu Sunumu

Batuhan Çayır¹, İlter Bozacı²

¹Antalya Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

²Antalya Şehir Hastanesi Nefroloji Kliniği

Giriş: Kardiyak implantabl elektronik cihaz enfeksiyonları lokal cep enfeksiyonundan sistemik bakteriyemi ve endokardite kadar geniş klinik spektrumda seyredebilir (1,2). Kronik böbrek hastalarında, özellikle hemodiyaliz uygulanan olgularda sık damar yolu girişimleri ve kan dolaşımı enfeksiyonlarına maruziyet nedeniyle enfeksiyon riski belirgin artmaktadır (4,5). Belirgin enfeksiyon odağı saptanamayan tekrarlayan bakteriyemi durumlarında ekokardiyografide kesin bulgu olmasa bile cihaz ilişkili enfeksiyonlar akılda tutulmalıdır (1,3). Bu olguda başlangıçta kateter enfeksiyonu düşünülen ancak izlemde kalıcı pacemaker cep enfeksiyonuna bağlı olduğu değerlendirilen tekrarlayan bakteriyemi sunulmuştur.

Vaka: Yetmiş dokuz yaşında, hipertansiyon ve düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği (~%30) nedeniyle kalıcı pacemaker bulunan ve yaklaşık 3-4 yıldır haftada üç gün hemodiyaliz programında olan kadın hasta tekrarlayan ateş, titreme ve halsizlik atakları nedeniyle bir ay içerisinde birden fazla kez yatırılarak izlendi. İlk başvuruda kateter giriş yerinde hassasiyet ve inflamasyon belirteçlerinde yükselme saptanması üzerine kateter ilişkili enfeksiyon ön tanısı ile değerlendirildi. İdrar kültürlerinde üreme saptanmadı ve ekokardiyografik incelemelerde enfektif endokardit lehine bulgu izlenmedi. Geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi sonrası klinik ve laboratuvar bulgular gerileyince taburcu edildi. Kısa süre sonra benzer şikayetlerle yeniden başvuran hastada kan ve kateter kültürlerinde ESBL pozitif Escherichia coli üremesi saptandı ve meropenem tedavisi başlandı. Kontrol kültürlerinde sterilizasyon sağlanmasına rağmen tedavi sonrasında ateş atakları tekrar etti. Takip sürecinde tekrarlayan bakteriyemi epizodlarına rağmen idrar kültürlerinin sürekli steril olması, tekrarlayan ekokardiyografilerde vejetasyon saptanmaması ve kontrol kateter kültürlerinin negatifleşmesi üzerine gizli enfeksiyon odağı araştırıldı. Fizik muayenede pacemaker cep bölgesinde hassasiyet ve inflamasyon bulgularının saptanması cihaz ilişkili enfeksiyonu düşündürdü. Sonraki yatışlarda inflamasyon belirteçlerinde dalgalanmalar izlendi ve antibiyotik tedavilerine geçici yanıt alınmasına rağmen enfeksiyonun tamamen eradike edilememesi kronik enfeksiyon odağını destekledi. Multidisipliner değerlendirme sonucunda bakteriyemi odağının kalıcı kardiyak cihaz cep enfeksiyonu ile uyumlu olduğu düşünüldü.

Sonuç: Hemodiyaliz hastalarında tekrarlayan bakteriyemi varlığında yalnızca kateter enfeksiyonu değil implantabl kardiyak cihaz enfeksiyonları da akılda tutulmalıdır (1,2). Kültürlerin steril hale gelmesine rağmen klinik atakların devam etmesi persistan enfeksiyon odağı lehine önemli bir bulgudur (4,5). Bu olguda tekrarlayan ESBL pozitif bakteriyemi epizodlarının geçici antibiyotik yanıtına rağmen devam etmesi ve diğer odakların dışlanması sonucunda temel enfeksiyon kaynağı olarak pacemaker cep enfeksiyonu düşünülmüştür. Persistan bakteriyemilerde erken dönemde cihaz ilişkili enfeksiyonların araştırılması gereksiz antibiyotik kullanımını azaltabilir ve tedavi başarısını artırabilir.



Yayın No: P-53

Korunmuş Böbrek Fonksiyonlarına Rağmen Nefrotik Düzey Proteinüri ile Başvuran Genç Hastada C3 Glomerülopatisi: Erken Tanı ve Tedavi Yanıtı

Yusuf ESKİOCAK¹, Bahar GÜRLEK DEMİRCİ², Mine Şebnem KARAKAN²

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

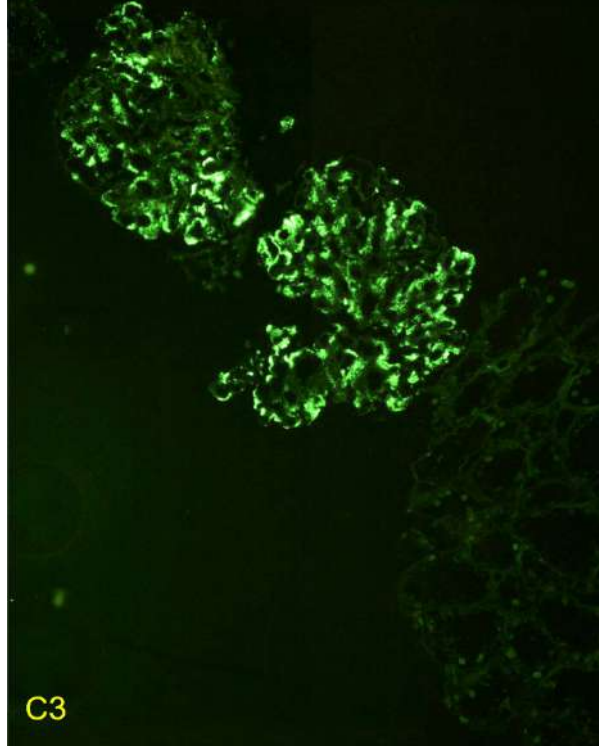
Giriş: C3 glomerülopatisi (C3G), alternatif kompleman yolunun düzensiz aktivasyonu sonucu gelişen nadir bir glomerüler hastalık grubudur. Hastalar çoğunlukla böbrek fonksiyon kaybı geliştiği ileri evrelerde tanı almakta olup erken evre olgular nadiren bildirilmektedir.

Vaka: Yirmi bir yaşında, bilinen kronik hastalığı olmayan kadın hasta nefrotik düzey proteinüri nedeniyle merkezimize başvurdu. Başvuru sırasında serum kreatinin düzeyi normal sınırlarda (0,6 mg/dL) olup nefrotik sendrom ile uyumlu hipoalbuminemi (21–24 g/L) ve günlük 8,4 g proteinüri saptandı. İdrar sedimentinde hematüri mevcuttu. Otoimmün serolojiler, enfeksiyöz nedenler ve monoklonal gammopati açısından yapılan geniş sekonder neden araştırması negatif bulundu. Kompleman incelemesinde belirgin C3 düşüklüğü saptandı. Renal Doppler ultrasonografi ve abdominal görüntülemelerde yapısal patoloji izlenmedi. Böbrek biyopsisinde membranoproliferatif patern eşliğinde immünofloresan incelemede dominant C3 birikimi (3+) ve immünglobulin negatifliği izlenerek C3 glomerülopatisi (dense deposit hastalığı) tanısı konuldu. Hastaya steroid ve mikofenolat mofetil tedavisi ile renin-anjiyotensin sistem blokajı ve SGLT-2 inhibitörü başlandı. Bir aylık takipte böbrek fonksiyonları korunurken serum albumin düzeyinde artış ve C3 seviyelerinde yükselme izlendi. Proteinüri nefrotik düzeyde devam etmekle birlikte anlamlı azalma gösterdi ve idrar sediment aktivitesinde gerileme saptandı.

Böbrek Biyopsi Raporu

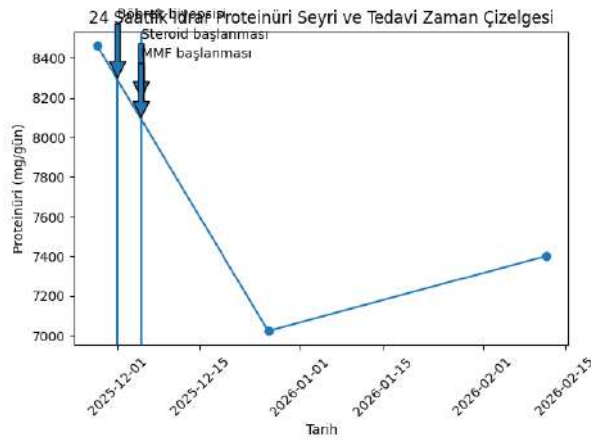
KLİNİK BİLGİ:	proteinüri, bft bozukluğu
MAKROSKOPİ:	1,3 cm uzunlukta iğne biyopsi materyali, T1A 1P1K, DIF 1K takibe alındı.
MIKROSKOPİ:	Kesitlerde kortikomedüller bileşmeye alt böbrek iğne biyopsi materyalinde, 8 glomerül saptanmış olup, glomerüllerin 2'si global sklerotiktir. Diğer glomerüllerde kapiller loop bazal membranlarında belirgin kalınlık artışı yanısıra, bu morfolojiye eşlik eden mezengial sellüler proliferasyon ile endokapiller proliferasyon ve bazı glomerüllerde lobülasyon saptanmıştır. İnterstitiyumda yama tarzında yerleşim gösteren mononükleer inflamatuvar hücre infiltrasyonu vardır. Tübüllerden bazılarında dilatasyon ve döşeyici epitel hücrelerinde tek hücre nekrozları izlenmiştir. Tübüler atrofi/ interstisyel fibrozis %5 civarındadır. Arteriollerde medial düz kas hücre proliferasyonu vardır.
TANI:	C3 GLOMERÜLOPATİ, C3 ve C4d BİRİKİMLERİ GÖSTEREN BİRİKİM HASTALIĞI (DDD), AKUT TÜBÜLER HASAR BULGULARI; Böbrek, iğne biyopsisi.
ICD-O KODU :	000D0 Neoplazma restlenmemiştir.
UYGULANAN ÖZEL YÖNTEMLER:	Histokimyasal incelemede, kristal vicle veya kongo red ile belirginleşen amiloid birikimi yoktur. İmmünofloresan incelemede, 9 glomerül saptanmıştır. IgG ile spesifik boyanma yoktur. IgA ile spesifik boyanma yoktur. IgM ile glomerül kapiller loop bazal membranlarında diffüz granüler 1+ boyanma ve fokal mezengial granüler 1+ boyanma vardır. C3c ile mezengial ve kapiller loop bazal membranlarında granüler 3+ boyanmalar vardır. C4c ile spesifik boyanma yoktur. C1q ile spesifik boyanma yoktur. Kappa ile spesifik boyanma yoktur. Lambda ile spesifik boyanma yoktur. Fibrinojen ile spesifik boyanma yoktur. Albumin ile spesifik boyanma yoktur. İmmünohistokimyasal incelemede; C4d ile glomerül kapiller loop bazallerinde periferik yerleşimli diffüz lineer pozitiflikler vardır. Ek immünohistokimyasal incelemede, IgA ve IgG ile spesifik boyanma yoktur. IgM ile glomerül kapiller bazal membranlarında fokal periferik pozitiflikler izlenmiştir. Kappa ve lambda ile glomerüller spesifik boyanma yoktur.

İmmünofloresan incelemede glomerüllerde diffüz C3 birikimi



Sonuç: Normal böbrek fonksiyonları ve normal görüntüleme bulguları, ağır proteinürisi olan genç hastalarda kompleman aracılı glomerulopatileri dışlamaz. Erken dönemde yapılan böbrek biyopsisi tanı ve tedavi planlamasında kritik rol oynamaktadır. Erken immünsüpresif tedavi hastalık aktivitesinin kontrol altına alınmasına katkı sağlayabilir.

Şekil 2. Tedavi sürecinde 24 saatlik idrar proteinüri düzeylerinin zamansal değişimi





28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-54

Uzamış Gastroenterit Sonrası Gelişen Sekonder Oksalat Nefropatisi: Cyclospora Cayetanensis Olgusu

Arda Turan¹, Muzhgan Guliyeva², Hatice Şahin², Merve Şanlıer², Emre Yaşar², Ceren Önal Güçlü², Çiğdem İkhlef², Fatma Ayerden Ebinç², Gülay Ulusal Okyay², Ebru Gök Oğuz², Kadir Gökhan Atılğan², Mehmet Deniz Ayılı²

¹Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

²Etlik Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Ankara

Giriş: Böbrek nakilli immünsüpresif hastalarda akut ve subakut gastroenteritler sık izlenmekte olup, etiyolojide bakteriyel ve viral ajanların yanı sıra nadiren paraziter etkenler de yer alabilmektedir. Bu raporda, Cyclospora cayetanensis enfeksiyonuna bağlı gelişen uzamış gastroenterit ve eşlik eden greft disfonksiyonu olgusu sunulmaktadır.

Vaka: Fokal segmental glomerüloskleroza (FSGS) sekonder glomerülo nefrit tanısıyla 10 yıl önce canlı vericiden böbrek nakli yapılan 39 yaşındaki erkek hasta üçlü immünsüpresif tedavi altında izlenmekteydi; yaklaşık bir yıldır düzenli kontrole gelmemişti. Son aylarda artan günde 6–7 kez sulu ishal, belirgin kilo kaybı (165 cm, 40 kg), bulantı ve kusma yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayene hipotansiyon ve belirgin dehidratasyon ile uyumluydu. Bazal kreatinin 1,9 mg/dL iken başvuruda 6,32 mg/dL'ye yükselmiş ve ağır metabolik asidoz (pH 6,9) gelişmişti. Acil hemodiyaliz uygulanarak intravenöz sıvı tedavisi başlandı ve antimetabolit dozu azaltıldı. Gastrointestinal incelemelerde yapısal patoloji saptanmadı. Gaita mikroskopisi ve kültürü negatif olup, gaita PCR'de Cyclospora cayetanensis tespit edildi. Trimetoprim-sülfametaksazol tedavisi sonrası ishal geriledi, oral alım düzeldi ve kilo artışı izlendi. Ancak greft fonksiyonunda beklenen iyileşme sağlanmadı. Yapılan greft biyopsisinde global glomerüloskleroza ve hafif interstisyel fibrozis ile uyumlu kronik allogreft hasarı izlendi; akut rejeksiyon ve FSGS nüksü lehine bulgu saptanmadı. Tübüllerde belirgin akut epitel hasarı ve yaygın intratübüler oksalat kristallerinin varlığı oksalat nefropatisi ile uyumlu olarak değerlendirildi. İdrar oksalat düzeyi 56 mg/gün (N: 7–44), sitrat düzeyi: 304 mg/gün (N: 320–1280) idi (ölçümler enfeksiyon tedavisi sonrası dönemde yapıldı). Malabsorpsiyonun sık nedenlerine yönelik değerlendirmelerde patoloji saptanmadı. Klinik izlemde kreatinin düzeyi 3,5 mg/dL civarında stabilize oldu.

Sonuç: Cyclospora cayetanensis enfeksiyonu, immünsüpresif transplant alıcılarında uzamış diyare ile seyrederek sekonder metabolik komplikasyonlara zemin hazırlayabilir. Kronik diyare ve eşlik eden malabsorpsiyon, intestinal lümeninde serbest yağ asitlerinin artmasına ve yağ asitlerinin kalsiyumla sabunlaşmasına yol açarak kalsiyum-oksalat bağlanmasını azaltır; bunun sonucunda lümenal konsantrasyonu artan serbest oksalatın intestinal emilimi artabilir. Artmış sistemik oksalat yükü, özellikle renal tübüler hasar zemininde, intratübüler kristal presipitasyonuna ve kristal ilişkili tubulointerstisyel hasara katkıda bulunabilir. Bu olguda akut rejeksiyon ve özgün glomerüler patolojinin dışlanmış olması, akut greft disfonksiyonunun oksalat birikimine bağlı sekonder kristal nefropatisi ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Transplant alıcılarında persistan diyare ve açıklanamayan greft fonksiyon kaybı varlığında enterik hiperoksalüri ve sekonder oksalat nefropatisi tanısı değerlendirilmelidir.



Yayın No: P-55

Kemoterapi ya da Sepsisin Ötesinde: Hodgkin Lenfoma Tedavisi Sırasında Gelişen Akut Böbrek Hasarında Multipl Miyelom

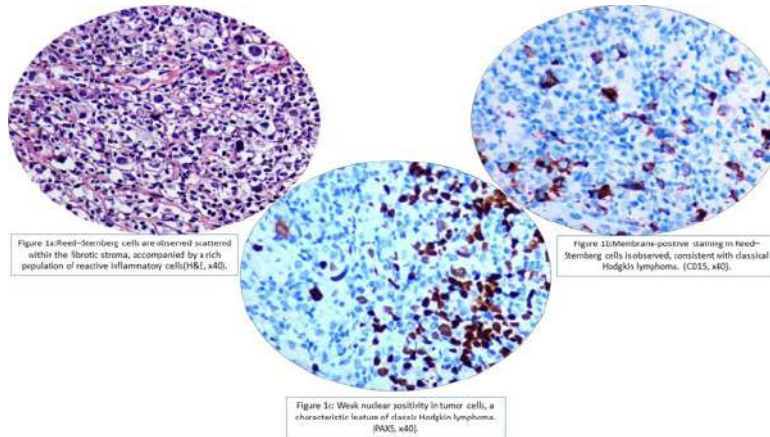
Hafize İrem Demir¹, Betül Koyuncu¹, Saniye Sevim Tuncer¹, Şermin Çoban¹, Gökhan Atay¹, Hakan Özer¹

¹İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli eğitim ve Araştırma Hastanesi

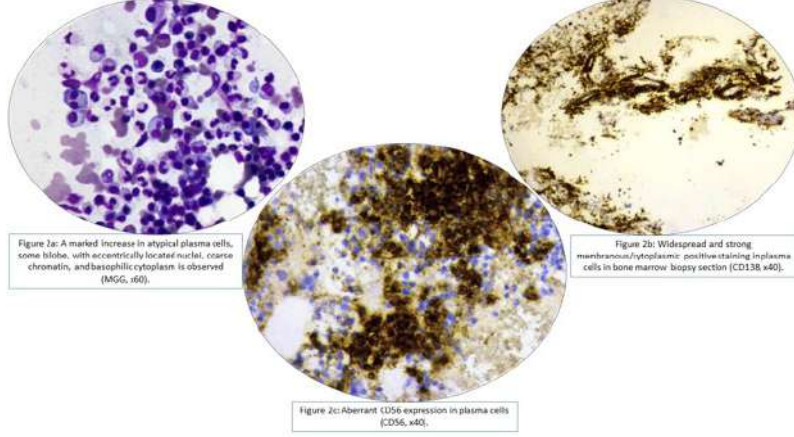
Giriş: Akut böbrek hasarı (ABH), hematolojik malignitelerin seyri sırasında sık karşılaşılan önemli bir klinik durumdur. Bu hasta grubunda ABH multifaktöryel olup; enfeksiyonlar, hipovolemi, tümör lizis sendromu ve kemoterapiye bağlı nefrotoksisite en sık suçlanan nedenlerdir. Multipl miyelom (MM) ve Hodgkin lenfoma (HL) birlikteliği oldukça nadirdir. HL tedavisi sırasında gelişen ABH olgularında, nadir eşlik eden plazma hücre diskrazilerinin gözden kaçması tanısız gecikmelere yol açabilmektedir. Bu olguda, HL tedavisi sırasında diyaliz gerektiren ABH gelişen ve MM tanısı alan bir hasta özelinde, ayırıcı tanıda plazma hücre diskrazilerinin öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Vaka: Altmış bir yaşında erkek hasta, sağ servikal kitle nedeniyle değerlendirildi. Tru-cut lenf nodu biyopsisi ile klasik HL tanısı konuldu, PET-BT incelemesiyle Ann Arbor Evre IV HL olarak değerlendirildi. Tanı anında böbrek fonksiyonları normal sınırlarda olup (kreatinin: 1,05 mg/dL) idrar analizinde proteinüri veya hematüri saptanmadı. Hastaya A-AVD (brentuksimab, vedotin, doksorubisin, vinblastin, dakarbazin) kemoterapi protokolü başlandı. İlk kürden üç gün sonra ishal, ateş ve halsizlik şikâyetleri ile başvurdu. Nötropenik ateş tanısı ile yatırılan hastada kısa sürede oligüriyi takiben anüri gelişti ve serum kreatinin düzeyi hızla yükselerek 7,5 mg/dL'ye ulaştı. Enfeksiyon odağına yönelik kapsamlı incelemelere ve uygun antibiyotik, sıvı replasmanı ve destek tedavilerine rağmen böbrek fonksiyonlarında düzelme sağlanamadı ve hasta hemodiyalize alındı. Otoimmün belirteçler negatif saptandı. ABH'nin açıklanamayan seyri üzerine yapılan serum protein elektroforezi ve immünfiksasyon analizlerinde IgG-kappa monoklonal bant saptandı. İdrar hafif zincir analizinde kappa hafif zincir artışı ve anormal kappa/lamba oranı izlendi. Kemik iliği biyopsisinde %20–30 oranında klonal plazma hücre infiltrasyonu saptanarak MM tanısı konuldu. Anti-miyelom tedaviyi takiben hastanın idrar çıkışı yeniden başladı, diyaliz ihtiyacı ortadan kalktı ve böbrek fonksiyonları tamamen düzeldi.

Hodgkin Lenfoma tanısına ilişkin patoloji görüntüleri



Multiple Miyeloma tanısına ilişkin patoloji görüntüleri



Sonuç: Olgumuz HL tedavisi sırasında gelişen ABH'nin her zaman enfeksiyon veya kemoterapiye bağlanmaması gerektiğini güçlü bir şekilde göstermektedir. Vakamızın dikkat çekici yönleri; başlangıçta normal böbrek fonksiyonları, belirgin proteinürinin olmaması, nötropenik ateş tablosunun tanıyı maskeleymesi ve buna rağmen çok kısa sürede diyaliz gerektiren ağır ABH gelişmesidir. MM'ye bağlı ABH, erken tanı ve uygun tedavi ile geri dönüşümlü olabilmektedir. Bu nedenle, destek tedavisine yanıtız, hızlı progresyon gösteren ABH olgularında plazma hücre diskrazilerinin erken dönemde araştırılması renal prognoz açısından kritik öneme sahiptir. Bu vaka, hematolojik malignitesi olan hastalarda açıklanamayan ABH geliştiğinde eşlik eden ikinci bir hematolojik malignitenin akılda tutulmasının gerekliliğini vurgulamaktadır.



Yayın No: P-56

PLA2R ve THSD7A Çift Pozitif Membranöz Nefropati: Anti-CD20 Tedavi Sonrası İmmünolojik Relaps Gösteren Dirençli Bir Olgu

Eylül Koç¹, Şeyda Gül Özcan², Ahmet Murt², Mevlüt Tamer Dinçer², Sinan Trabulus², Nurhan Seyahi²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

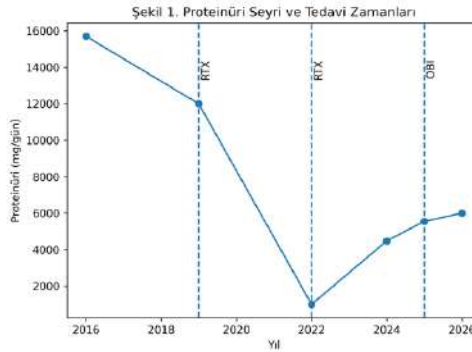
²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Primer membranöz nefropati (PMN), subepitelyal immün kompleks birikimi ile karakterize otoantikor aracılı bir glomerülopatidir. 2009 yılında PLA2R majör hedef antijen olarak tanımlanmış, 2014 yılında THSD7A ikinci önemli hedef antijen olarak bildirilmiştir. Serolojik belirteçler hastalık aktivitesi ile korelasyon göstermekte ve tedavi yanıtını öngörmekte kullanılmaktadır. Çift otoantijen pozitifliği nadir olup patogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır.

Vaka: Kırk bir yaşında kadın hasta 2016 yılında nefrotik sendrom ile başvurdu. Böbrek biyopsisinde membranöz nefropati ile uyumlu glomerüller değişikliklere ek olarak fokal segmental glomerüloskleroz (FSGS) saptandı. İmmünohistokimyasal incelemede glomerül bazal membranları boyunca difüz/global PLA2R ve THSD7A pozitifliği ile granüler C4d ve IgG4 boyanması izlendi. Direkt immüno Floresanda IgG baskın, difüz granüler bazal membran birikimi mevcut olup C3 eşlik etmekte, C1q negatif saptandı; monoklonalite izlenmedi. Hafif interstisyel fibrozis mevcuttu. Bulgular primer MN ile uyumlu çift otoantijen pozitif fenotip olarak değerlendirildi. Tanı anında proteinüri yaklaşık 5 g/gün, serum kreatinin 0.83 mg/dL, eGFR 93 mL/dk/1.73m² ve albümin 3.18 g/dL idi. İzlemede kortikosteroid ve siklosporin tedavileri uygulanmış, 2019 yılında rituksimab başlanmış ancak kalıcı klinik ve serolojik remisyon sağlanamamıştır. Persistan proteinüri ve relapslar nedeniyle 31/07/2025 ve 13/08/2025 tarihlerinde iki doz obinutuzumab verilmiştir. 21/11/2025 tarihinde CD19 ve CD20 düzeyleri 0 olarak saptanmış ve tam periferik B hücre depleksyonu gösterilmiştir. Buna karşın 13/02/2026 tarihinde PLA2R düzeyi 52.53 RU/mL olarak ölçülmüş; CD19: 0.4 ve CD20: 0.5 bulunmuştur. Bu bulgular periferik B hücre baskılanmasına rağmen immünolojik relaps geliştiğini düşündürmüştür.

1.

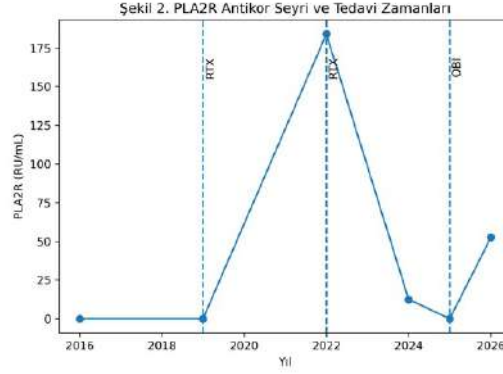
Şekil 1. Proteinüri Seyri ve Tedavi Zamanları (RTX: 2019/2022, OBI: 2025)



Şekil 1. Hastanın proteinüri düzeylerinin zaman içindeki seyri gösterilmektedir. Kesikli dikey çizgiler rituksimab (2019, 2022) ve obinutuzumab (2025) uygulama zamanlarını temsil etmektedir. Tedavi sonrası geçici azalma izlenmiş, ancak relaps gelişmiştir.



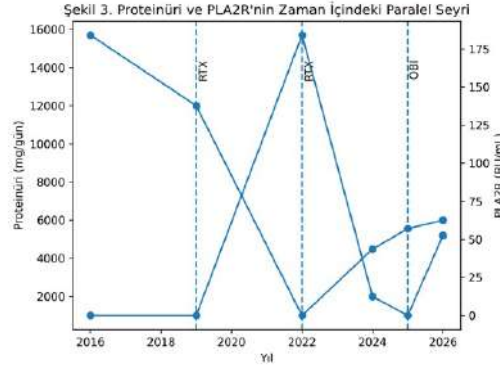
2



Şekil 2. PLA2R antikor düzeylerinin zamansal değişimi gösterilmektedir. Tam B hücre baskılanmasına rağmen obinutuzumab sonrası dönemde serolojik relaps gelişmiştir.

3

Şekil 3. Proteinüri ve PLA2R'nin Paralel Seyri (Çift Y-ekseni)



Sonuç: Anti-CD20 tedavi sonrası tam B hücre depleksiyonuna rağmen PLA2R düzeylerinin yeniden yükselmesi, CD20-negatif uzun ömürlü plazma hücrelerinin antikor üretimini sürdürebileceğini düşündürmektedir. Ayrıca lenfoid dokulardaki rezidüel B hücre rezervuarı veya epitope spreading mekanizması olası açıklamalardır. PLA2R'nin klinik relapstan önce yükselmesi, serolojik izlemin tedavi stratejisindeki belirleyici rolünü desteklemektedir. PLA2R ve THSD7A çift pozitif MN, standart immünsupresif tedavilere dirençli seyredebilir; eşlik eden FSGS ve interstisyel fibrozis prognozu olumsuz etkileyebilir. Bu fenotip, daha agresif immün yanıt paterni ile ilişkili olabilir ve klasik anti-CD20 stratejilerinin ötesinde, plazma hücrelerini veya farklı immün yolları hedefleyen tedavilere ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir. Daha geniş seriler ve prospektif çalışmalarla bu nadir alt grubun klinik seyri ve optimal tedavi yaklaşımı netleştirilmelidir.



Yayın No: P-57

Progresif Böbrek Yetmezliği ve Blue Toe Sendromu ile Prezente Olan Renal Biyopsi ile Doğrulanmış Kolesterol Embolisi: Nadir Bir Olgu

Bengü Kahraman¹, Hacer Çabuk Güllüoğlu², Meltem Seziş², Sait Şen³

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD

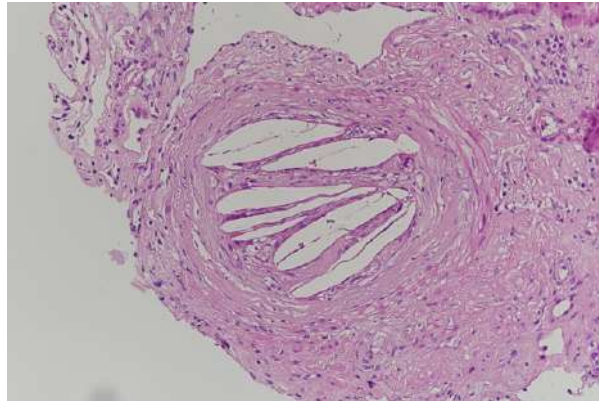
²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Nefroloji BD

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji ABD

Giriş: Giriş: Kolesterol embolisi, aterosklerotik plaklardan kopan kolesterol kristallerinin küçük arter ve arteriyollerini oklüde etmesi sonucu gelişen, multisistemik tutulum gösterebilen ciddi bir vasküler hastalıktır. En sık böbrek tutulumu ile prezente olur ve progresif böbrek yetmezliğine yol açabilir. Klinik bulgular genellikle nonspesifik olup tanı sıklıkla gecikmektedir.

Vaka: Olgu Sunumu: Altmış beş yaşında erkek hasta, progresif böbrek fonksiyon bozukluğu nedeniyle nefroloji servisine yatırıldı. Özgeçmişinde hipertansiyon, abdominal aort anevrizması, nefrolitiazis ve 150 paket-yıl sigara öyküsü mevcuttu. Hastanın serum kreatinin düzeyinin son altı ay içerisinde 2,04 mg/dL'den 6,07 mg/dL'ye progresif olarak yükseldiği ve farklı merkezlerde akut böbrek hasarı nedeniyle yatırılarak destek tedavisi aldığı öğrenildi (Tablo.1). Başvuru anında arteriyel kan basıncı 190/110 mmHg olup fizik muayenesinde bilateral pretibial ödem mevcuttu. Takip sürecinde her iki ayak parmaklarında siyanotik renk değişikliği ve hassasiyet gelişti (Resim.1). Periferik nabızlar palpabl idi. Görüntüleme incelemelerinde abdominal aortada en geniş yerinde 58 mm çapında anevrizmatik dilatasyon ve yaygın aterosklerotik plaklar saptandı. İmmünolojik incelemelerde ANA, ANCA, immünglobulin düzeyleri ve kompleman seviyeleri normal bulundu. Etiyolojiye yönelik yapılan renal biyopside yaklaşık 40 glomerül izlendi, bunların yaklaşık yarısında global skleroz mevcut olup tübülointerstisyel alanda atrofi ve fibrozis gözlemlendi. Bir orta çaplı arter lümeninde kolesterol embolisi ile uyumlu yarık benzeri yapılar izlendi. İmmünofloresan incelemede anlamlı immün kompleks birikimi saptanmadı. Bu bulgular vasküler kolesterol embolisi ile uyumlu olarak değerlendirildi (Resim.2). Takip sürecinde böbrek fonksiyonları hızla kötüleşen hastada serum kreatinin düzeyi 11,5 mg/dL'ye kadar yükseldi ve renal replasman tedavisi gereksinimi gelişti. Hasta hemodiyaliz programına alındı. Klinik izleminde bilateral ayak parmaklarında siyanotik görünüm devam etti.

Patoloji Görüntüsü

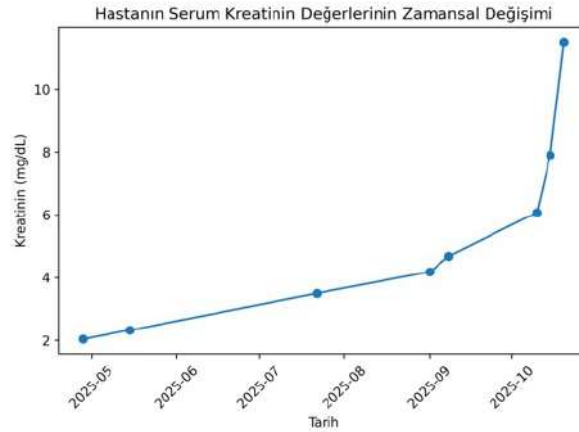




Blue Toe



Kreatinin trendi



Sonuç: Tartışma ve Sonuç:Kolesterol embolisi özellikle ileri yaş, erkek cinsiyet, yaygın ateroskleroz, abdominal aort anevrizması ve sigara öyküsü olan hastalarda görülmektedir. Klinik olarak progresif böbrek yetmezliği ve blue toe sendromu önemli tanısal ipuçlarıdır. Tanı çoğunlukla klinik olarak konulsa da renal biyopsi kesin tanı sağlar. Prognoz genellikle kötüdür ve önemli bir kısmında kalıcı renal replasman tedavisi gereksinimi gelişir. Açıklanamayan progresif böbrek yetmezliği olan ve aterosklerotik risk faktörleri bulunan hastalarda kolesterol embolisi mutlaka akılda tutulmalı ve erken tanı açısından renal biyopsi düşünülmelidir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-58

Metformin Kullanımına Bağlı Gelişen Akut Böbrek Yetmezliği

Ferdi Seyyid Taş¹

¹Bafra Devlet Hastanesi

Giriş: Metformin Tip 2 Diyabetes Mellitus tedavisinde hala en sık kullanılan oral anti diyabetikler içerisinde yer almaktadır. Metformin kullanımına bağlı en sık yan etki bulantı, ishal gibi gastrointestinal irritasyon bulgularıdır. Bunların dışında B12 vitamin eksikliği, laktik asidoz yine beklenen yan etkiler arasındadır. GFH < 30 ml/ dk altında kullanımı önerilmemektedir. Klinikte en sık kullanılan ilaçlar arasında olduğundan yan etki profilini iyi bilmek gerekir.

Vaka: Hastanemize başvuran ve tedavide metformin kullanılan 61 yaşında kadın hastada gelişen akut böbrek yetmezliği sonrası olgu sunumu hazırlanmıştır. Hastanın bilinen esansiyel hipertansiyon tanısı mevcut olup, tedavi almakta idi. Ağız kuruluğu şikayeti nedeniyle rutin kan tetkiki yaptırmak amaçlı kliniğimize başvuru yapmıştı. Başlangıç açlık kan şekeri: 132 mg/dl, postprandiyal 2. saatte kan şekeri 213 mg/dl idi. HbA1c değeri % 7,4 olması üzerine hastaya Tip 2 DM tanısı konulup tedaviye 2 gr/gün metformin ile başlanmıştır. Doz titrasyon formu hastaya verilmiştir. Tanı anında serum kreatinin değeri 1.08 mg/dl GFH: 54.8 ml/dk/1.73 m2 olup diğer tetkiklerinde anlamlı patoloji yoktu. Hasta 1 ay sonra kontrole çağrıldı. Kontrol muayenesinde hastada toplam 6 kg kilo kaybı mevcuttu. Hasta tedavi başlangıcından beri sürekli bulantı şikayeti çektiğini, son 2 haftadır günde 3-4 kez olan ishal şikayeti eklendiğini ifade etti. Bulantı nedeniyle oral alımda azalma olduğunu, beslenme yetersizliği tarifledi. Tetkiklerde açlık kan şekeri 92 mg/dl, postprandiyal 2. saat kan şekeri 104 mg/dl, HbA1c: %6.4, serum kreatinin düzeyi 2,8 mg/dl, üre: 108 mg/dl, ph: 7.29 mmHg HCO3: 17 mmol/L Laktat: 1,8 mmol/L (0.5 - 1.6) saptandı. Hasta hospitalize edilip uygun hidrasyon tedavisi verildi. Tedavinin 4. gününde serum kreatinin değeri 1,1 mg/dl, üre:34 mg/dl'ye geriledi. Ph: 7,36 olarak saptandı. Metformin tedavisi kesilip tedaviye linagliptin 1x1 eklendi.

Sonuç: Metformin kullanımına bağlı akut böbrek yetmezliği nadir görülmekle beraber, bu olguda olduğu gibi bulantı, kusma, ishal, oral alım azlığı gibi nedenlere bağlı dehidratasyon ile ilişkili gelişebileceği unutulmamalıdır. Özellikle yaşlı ve düşük klirensli hastalarda dikkatli kullanmalıyız.



Yayın No: P-59

İdrar Yolu Enfeksiyonu ile Maskelenen Sinsi Başlangıçlı Avelumab ilişkili Nefrit

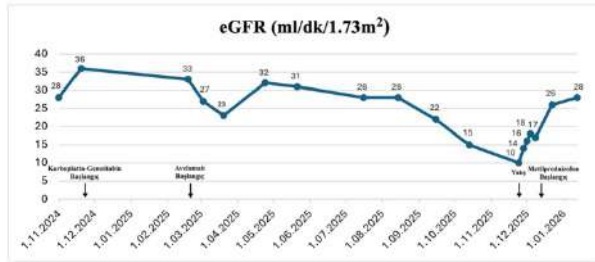
Muhammed Faruk Aşkın¹, Onur Büyüktekel¹, Ferhan Candan¹

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Çeşitli malignitelerin tedavisinde başarılı sonuçlar gösteren programlanmış hücre ölümü proteini 1 (PD-1) veya ligandını (PD-L1) hedefleyen immün kontrol noktası inhibitörlerinin (ICI) kullanımı yaygınlaşmaktadır.(1) ICI'lerin yaygınlaşmasıyla, immün ilişkili advers olaylar (irAE) daha sık görülmeye başlanmış olsa da nefrit nadir görülmektedir.(2) Avelumab'ın, diğer ICI'ne kıyasla daha yeni yaygınlaşmakta olması ve düşük toksisite insidansı nedeniyle, avelumab ilişkili nefrit verileri literatürde oldukça sınırlıdır.Bu vaka sunumunda, metastatik ürotelyal karsinom nedeniyle avelumab tedavisi alan, idrar yolu enfeksiyonu ile maskelenen sinsi başlangıçlı bir nefrotoksosite vakası sunulmaktadır.

Vaka: Nefroloji polikliniğine, metastatik mesane ürotelyal karsinom tanısı ile 15 kür avelumab idame tedavisi alan 75 yaşındaki erkek hasta servise yatırıldı.Dizüri dışında şikayeti olmayan en son 2 hafta önce avelumab tedavisi alan hastanın başvurusunda BUN: 87 mg/dl; Kreatinin 5,1 mg/dl; CRP:20 mg/dl; idrar mikroskobisinde > 5000 lökosit / mm3 saptandı. (Tablo 1) Fizik muayenesinde suprapubik hassasiyet dışında özellik saptanmadı.Hidrasyon ve antibiyotik tedavisi ile CRP normal aralığa geriledi ve kreatininde kısmi azalma görüldü. Ancak hastanın geçmiş kreatinin seyri incelendiğinde hastanın avelumab başlanmasıyla birlikte eGFR de sessiz bir düşüş olduğu saptandı. Otoimmün testleri negatif gelen hasta immün ilişkili nefrit olarak değerlendirildi. Metilprednizolon 32 mg/gün başlandı. Steroid tedavisinin 2. haftasında kreatinde anlamlı düzelme görüldü ve 1.ayda kreatin seviyesi bazal kreatinin seviyesine geriledi. Zaman içindeki eGFR Şekil 1'de gösterilmiştir.

Zaman içindeki eGFR değişimi



Hastaneye yatışındaki laboratuvar sonuçları

Parametreler	Sonuç	Referans Aralığı
WBC (10 ⁹ /L)	11.12	4-10.5
Nötrofil (10 ⁹ /L)	8.25	1.82-7.42
Hemoglobin (g/dL)	11	13.5-18
Platelet (10 ⁹ /L)	263	150-450
Tokluk Kan Şekeri (mg/dL)	115	>140
BUN (mg/dL)	87.5	8-23
Kreatinin (mg/dL)	5.14	0.7-12
eGFR (ml/dk/1.73m2)	10	90-120



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Ürik Asit (mg/dL)	6.5	3.4-7
Albümin (g/L)	3.65	3.5-5.2
CK (U/L)	23	0-190
Total Bilirubin (mg/dL)	0.12	0.1-1.2
LDH (U/L)	164	135-225
Klor (mmol/L)	105	98-107
Sodyum (mmol/L)	141	136-145
Potasyum (mmol/L)	4.85	3.5-5.1
Fosfor (mg/dL)	4.62	2.5-4.5
Kalsiyum (mg/dL)	8.89	8.6-10.2
Bikarbonat (mmol/L)	19	22-29
CRP (mg/L)	20	0-5
Stripli idrar testi	Lökosit+4; Hemoglobin +2	
Spot İdrar Albümin / Kreatin Oranı (mg/ g kreatinin)	578.95	0- 30
Spot İdrar Protein / Kreatin Oranı (mg/ g kreatinin)	1591.5	0- 200
İdrar Mikroskopisi	>5000 lökosit /mm ³	
İdrar Kültürü	ESBL+ E. Coli	

WBC, Beyaz Kan Hücresi; BUN, Kan Üre Azotu; eGFR, Tahmini Glomeruler Filtrasyon Hızı; CK, Kreatinin Kinaz; LDH, Laktat Dehidrogenaz; CRP, C-Reaktif Protein; ESBL+E. Coli, Genişlemiş Spektrumlu Beta Laktamaz Üreten Escherichia Coli.

Sonuç: Literatürde avelumab ilişkili vaka bildirimleri nadir olup PD-L1 inhibitörleri ilişkili nefrotoksisite insidansı %1'in altında bildirilmiştir.(2) ICI nefritleri genellikle akut böbrek hasarı(ABH) ile ortaya çıkmaktadır.(3) Ancak vakamızda, akut tablodan önce kreatinin seviyelerinde izlenen yavaş ve kademeli artış, kümülatif bir immün hasarı düşündürmektedir. Vakamızdaki bir diğer tanısal zorluk nedeni de altta yatan immün patolojiyi kötüleştiren ve maskeleyen idrar yolu enfeksiyonunun eşlik etmesidir. Ancak, antibiyotik tedavisi ile enfeksiyon parametresinin düzelmesine ve steril kültür elde edilmesine rağmen kreatinin seviyelerinin eski seviyesine gerilememesi tanıda kırılganlık noktası olmuştur. Vakamızda, ASCO kılavuzunda belirttiği gibi alternatif nedenler dışlanarak ampirik steroid tedavisi başlanmıştır. Avelumab tedavisinin kesilmesi ve steroid tedavisi ile böbrek fonksiyonlarının hızlı düzelmesi, avelumab ilişkili otoimmün nefrit tanısını klinik olarak doğrulamaktadır.(4)Avelumab kullanılan hastalarda böbrek fonksiyon testlerinin yakın takibi yapılmalı ve kreatinin artış eğilimleri göz ardı edilmemelidir. Avelumab kullanan hastalarda alternatif nedenlerin yokluğunda immün ilişkili nefrit akla gelmeli ve erken steroid tedavisi düşünülmelidir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-60

Yüksek Doz D Vitamini Kullanımına Bağlı Gelişen Dirençli Hiperkalsemi Olgusu

Mehmet Deniz Şahin¹, Mustafa Buğrahan Berktaş¹, Hacı Bayram Berktaş¹, İdris Şahin²

¹İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi

²Malatya Özel Park Hastanesi

Giriş: D vitamini, 7-dehidrokolesterolden güneş ışığında sentezlenen steroid yapıda bir hormondur. En önemli etkisi bağırsaklardan kalsiyum ve fosfor emilimini artırmaktır. Ayrıca parathormon salınımını (PTH) baskılar. Günlük alınması gereken dozu 600-800 IU/gündür. D vitamini düzeyinin < 20 ng/ml'nin altında olması eksiklik, 30-50 olması normal, > 150 ng/dl olması toksik olarak kabul edilmektedir. Sunduğumuz olguda yakınları tarafından yanlış bilgilendirme sonucu yüksek doz D vitamini kullanımına bağlı gelişen intoksikasyon olgusu bildirilmiştir.

Vaka: 44 yaşında erkek olgu, yaklaşık 6-7 yıldır primeri bilinmeyen kronik böbrek hastalığı evre II-III tanısı ile kliniğimizde izlenmekteydi. Hasta; hastane başvurusu esnasında 20 gün önce geçirdiği ateşli hastalığı takiben son 15 gündür süren yüksek ateş ve kemik ağrısı yakınması ile başvurdu. Fizik muayenesinde ateş: 38.1 derece, kan basıncı: 156/95 mmHg idi. Başka bir özellik saptanmadı. Laboratuvar testlerinde, serum kreatinin düzeyi 1,8 mg/dL'den 3,8 mg/dL'ye yükselmişti. Hastanın PTH değeri 5,6 pg/mL; kalsiyum değeri 14.4 mg/dL; albümini 3.7 g/dL (düzeltmiş kalsiyumu: 14,6); fosforu 2,7 mg/dL idi. Kendi ifadesiyle yakınlarından aldığı yanlış tıbbi tavsiye sonucu hastaneye gelişinden bir yıl öncesinden başlayarak haftada bir iki kez 300.000 IU içeren D vitamini ampullerinden kullandığı öğrenilmiştir. Bu veriler ışığında hastada D vitamini intoksikasyonu düşünüldü, D vitamini seviyesi ölçüldü ve Vit-D3 değerinin 845 ng/mL saptanması üzerine hastaya forse diürez ve steroid tedavisi başlandı. İlk beş gün içinde kalsiyumda düşüş not edilmesine rağmen (12,1 g/dL) hastanın düzeyleri takiplerinde tekrar yükseldi (iki hafta sonra tekrar 14,3 g/dL). Bunun üzerine hastaya bifosfonat (pamidronat; tek doz 90 mg) uygulandı. Bifosfonat uygulamasından iki gün sonra ölçülen kalsiyum değeri 10.3 g/dL; serum kreatinin değeri 2.4 mg/dL olarak saptandı. Bifosfonattan bir ay sonra kreatinin değeri 1,56 g/dL'ye; kalsiyumu 10.6 mg/dL'ye düşmüştü. Hastanın güncel kreatinin değeri 1,46 g/dL; kalsiyumu 9,6 mg/dL'dir.

Sonuç: D vitamini intoksikasyonu ilişkili hiperkalsemi karşımıza ateş bulgusuyla gelebilir. D vitamini intoksikasyonu ilişkili hiperkalsemilerde bifosfonat kullanımının hem hiperkalsemiyi hızla düzelttiği ve böbrek fonksiyonlarını kısmen düzelttiği vakamızla gösterilmiştir. Bu tip hiperkalsemilerde bifosfonat kullanımının iyi bir tedavi seçeneği olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.



Yayın No: P-61

Kikuchi–Fujimoto Hastalığında Renal Tutulum: Membranöz Nefropati ve Akut Böbrek Hasarı ile Seyreden İmmün Disregülasyonun Klinik Yansımaları — Literatürde 10’dan Az Bildirilmiş Nadir Bir Birliktelik

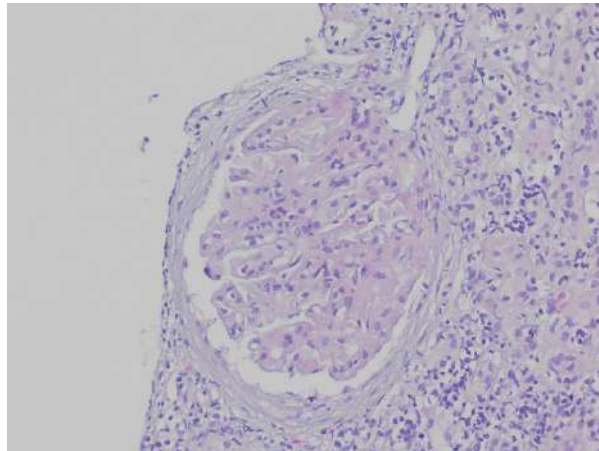
Fadimana Acar Güler¹, Olcay Esra Sargın Ertan¹, Deniz Bakırcıoğlu Alp¹, Fatma Seher Pehlivan¹, Aysun Toraman¹, Seyhun Kürşat¹

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi

Giriş: Kikuchi–Fujimoto hastalığı (KFH), histiyositik nekrotizan lenfadenit ile karakterize, çoğunlukla benign ve kendini sınırlayan bir hastalık olarak tanımlanmakla birlikte, artan veriler belirgin sitotoksik T-hücre aktivasyonu ve yoğun sitokin salınımı ile seyreden sistemik bir immün disregülasyon sürecine işaret etmektedir. Renal tutulum nadirdir ve Membranöz nefropati (MN) ile birlikteliği literatürde 10’dan az olgu ile bildirilmiştir. Bu olguda, biyopsi ile doğrulanmış MN tanısı sonrası KFH gelişen ve hastalık aktivitesi sırasında akut böbrek hasarı (ABH) ortaya çıkan bir hastanın klinik ve immünopatolojik özellikleri sunulmuştur.

Vaka: Otuz sekiz yaşında erkek hasta, üç haftadır süren alt ekstremitte ödemi nedeniyle başvurdu. Yirmi dört saatlik idrarda 4,8 g/gün proteinüri saptandı. Serum albümin 3,8 g/dL, kreatinin 0,9 mg/dL idi. İdrar sedimentinde dismorfik eritrosit izlenmedi. ANA, anti-dsDNA ve ANCA negatif; C3 ve C4 düzeyleri normaldi. HBV, HCV ve HIV serolojileri negatif bulundu. Sekonder nedenlere yönelik malignite ve sistemik hastalık taraması özellik göstermedi. Böbrek biyopsisinde ışık mikroskopide glomerüler bazal membranlarda diffüz kalınlaşma izlendi. İmmünofloresan incelemede kapiller duvar boyunca granüler tarzda IgG (3+) ve C3 (3+) birikimi saptandı ve MN tanısı konuldu. Hasta antiproteinürik tedavi ile izleme alındı. Tanıdan iki ay sonra hastada yüksek ateş, halsizlik, gece terlemesi ve servikal ağrılı lenfadenopati gelişti. Enfeksiyon etkenleri dışlandı. Eksizyonel lenf nodu biyopsisinde CD68 ve CD163 pozitif histiyosit infiltrasyonu, belirgin karyorektik debris ve nekrotizan lenfadenit bulguları saptanarak KFH tanısı doğrulandı. Bu dönemde serum kreatinin düzeyi 5,4 mg/dL’ye yükseldi ve ABH gelişti; proteinüri artış eğilimi gösterdi. Hemodinamik instabilite veya nefrotoksik maruziyet öyküsü yoktu. Yüksek doz prednizolon (80 mg/gün) tedavisi başlandı. Üçüncü haftadan itibaren böbrek fonksiyonlarında belirgin düzelme gözlemlendi; bir ay sonunda kreatinin bazal değerlere geriledi ve proteinüri 2,9 g/gün’e düştü.

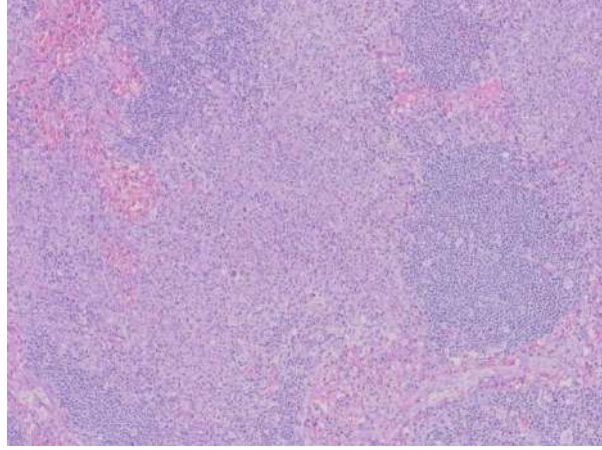
Resim 1



Böbrek biyopsisinin ışık mikroskopik incelemesinde, belirgin proliferatif değişiklikler olmaksızın glomerüler bazal membranlarda yaygın kalınlaşma izlenmektedir.



Resim 2



Eksize edilen lenf nodunda Kikuchi–Fujimoto hastalığının histopatolojik özellikleri, düşük büyütmede izlenmektedir.

Sonuç: MN tanısının KFH klinik aktivitesinden önce konulmuş olması, alevlenme döneminde ABH gelişmesi ve kortikosteroide hızlı yanıt alınması, primer MN'den ziyade sekonder immün aracılı bir mekanizmayı desteklemektedir. KFH'de artmış sitokin yanıtı ve hücrel immün aktivasyonun glomerüler kapiller duvarda immün kompleks birikimini tetikleyebileceği düşünülmektedir. Açıklanamayan proteinüri veya ABH gelişen KFH olgularında erken nefrolojik değerlendirme ve uygun hastalarda böbrek biyopsisi yapılması, geri dönüşümlü renal hasarın erken tanı ve tedavisi açısından önem taşımaktadır.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-62

Beyin cerrahisi yoğun bakım hastalarında mannitol kullanımı: Akut böbrek hasarı, elektrolit değişiklikleri ve hemodiyaliz gereksinimi ile ilişkisi

Cevdet Buğra Düzgün¹, Gamze İçaçan¹, Hülya Çolak¹

¹İzmir Şehir Hastanesi

Amaç: Bu çalışmada, beyin cerrahisi yoğun bakım hastalarında mannitol kullanımının akut böbrek hasarı (AKI), elektrolit değişiklikleri ve hemodiyaliz gereksinimi ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.”

Yöntem: Retrospektif gözlemsel olarak tasarlanan bu çalışmada, beyin cerrahisi yoğun bakım ünitesinde bir yıllık dönemde nefroloji konsültasyonu istenen hastalar değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, komorbiditeleri, mannitol ve kontrast madde kullanımı, biyokimyasal parametreleri ve renal replasman tedavisi gereksinimleri analiz edildi. Mannitol kullanılan ve kullanılmayan gruplar karşılaştırıldı; hemodiyaliz gereksinimini etkileyen bağımsız faktörler lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi.”

Bulgular: Çalışmaya beyin cerrahi yoğun bakım ünitesinde izlenen ve nefroloji konsültasyonu istenen toplam 64 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması $71.5 \pm 11,9$ yıl olup, %54,7’si erkekti. Hastaların %20,3’ünde kronik böbrek hastalığı mevcuttu. Olguların %62,5’inde mannitol tedavisi, %25’inde kontrast madde maruziyeti ve %53,1’inde septik şok saptandı. Ortalama kreatinin artışı 1,84 mg/dL olarak izlendi. Mannitol kullanılan hastalarda serum sodyum (149.4 vs 140.6 mmol/L, $p < 0.001$) ve klor düzeyleri (110.5 vs 100.4 mmol/L, $p < 0.001$) anlamlı derecede yüksek bulundu. Hastaların %29,7’sinde hemodiyaliz gereksinimi gelişti. Multivaryant lojistik regresyon analizinde septik şok, hemodiyaliz gereksiniminin bağımsız belirleyicisi olarak saptandı (OR 7.8, $p=0.012$). Mannitol kullanımı hemodiyaliz gereksinimi ile bağımsız ilişkili bulunmadı ($p=0.593$).”**

Hemodiyaliz Gereksinimini Etkileyen Faktörler (Lojistik Regresyon)

Değişken	OR	p
Mannitol	1.43	0.593
Yaş	1.06	0.068
KBH	4.34	0.082
Septik Şok	7.80	0.012
Kontrast Madde	0.90	0.904

Sonuç: Beyin cerrahisi yoğun bakım hastalarında mannitol kullanımı, belirgin elektrolit değişiklikleri ile ilişkili bulunmuştur. Mannitol tedavisi alan hastalarda serum sodyum ve klor düzeyleri anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Hemodiyaliz ihtiyacı hastaların yaklaşık üçte birinde gelişmiş olup, multivaryant analizde septik şok bağımsız risk faktörü olarak belirlenmiştir. Mannitol kullanımı hemodiyaliz gereksinimi ile bağımsız ilişkili bulunmamıştır. Bu bulgular, mannitol tedavisi sırasında elektrolit dengesinin ve böbrek fonksiyonlarının yakın izlenmesi gerektiğini düşündürmektedir. Tartışma: Mannitol kullanılan hastalarda serum sodyum ve klor düzeylerinin anlamlı derecede yüksek saptanması, mannitolün bilinen ozmotik etkileri ile uyumlu bulunmuştur. Bulgularımız, yoğun bakım pratiğinde sık kullanılan bu tedavi sırasında elektrolit dengesinin dikkatle izlenmesi gerektiğini desteklemektedir. Öte yandan, multivaryant analizde mannitol kullanımı hemodiyaliz gereksiniminin bağımsız belirleyicisi olarak saptanmamıştır. Hemodiyaliz gereksinimini öngören temel faktör septik şok olmuştur. Bu durum, renal replasman tedavisi gereksiniminin çoğunlukla sistemik inflamasyon, doku hipoperfüzyonu ve çoklu organ yetmezliği ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızın retrospektif ve tek merkezli tasarımı başlıca kısıtlılıklardır. Ayrıca nedensellik ilişkisi kurulmasına olanak vermemektedir. Bununla beraber homojen yoğun bakım popülasyonu ve gerçek yaşam verileri çalışmanın güçlü yönlerini oluşturmaktadır.



Yayın No: P-63

Uygunsuz antidiürez sendromu olan genç bir yetişkinde ilaç öyküsünün önemi

Kübra Kaynar¹, Hadi Sefa Yılmaz², Beyhan Güvercin¹, Mert Şahin³, Hakan Ertan¹, Şükrü Ulusoy¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Trabzon

²Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Trabzon

³Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Trabzon

Giriş: Serum sodyum konsantrasyonunun 48 saat veya daha uzun süre < 135 meq/L olması olarak tanımlanan kronik hiponatreminin, ayakta tedavi gören hastalarda ortalama %2-9 oranında görüldüğü tahmin edilmektedir. Hiponatremiye bağlı ölüm oranı, hiponatreminin derecesinden ziyade altta yatan hastalıkla yakından ilişkilidir. Sepsis ve çoklu organ yetmezliği olan hastaların, serum sodyum (sNa) < 120 mEq/L olduğunda mortalite daha fazla artmaktadır. Uygunsuz antidiürez sendromu (SIAD), hiponatremiye yol açan nedenlerden biridir. Genelde geriatrik hastalarda görülmekte ve solunum yolu hastalıkları (%59), maligniteler (%28,8) nörolojik hastalıklar (%10,3) ile ilişkili olduğu raporlanmıştır. Genç yetişkin hastalarda (18-26 yaş) SIAD varlığını bildiren az sayıda vaka sunumu olup tüberküloz, bruselloz, servikste küçük hücreli karsinomu, porfiriya ve olfaktör nöroblastoma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Burada, genç kadın hastada ilaçlara sekonder gelişen SIAD vakası sunulmaktadır.

Vaka: Sekiz yıl önce başka bir merkezde bulantı ve kusma nedeniyle değerlendirilen 24 yaşında bir kadın hasta, aynı semptomlarla bölümümüze başvurdu. 2018 yılından beri her yıl hiponatremi atakları geçiren ve ailede böbrek hastalığı öyküsü olmayan ve ebeveynler arasında akrabalık bulunmayan hasta, magnezyum oksit (613 mg/gün) tedavisi almakta olup fizik muayenede, düşük vücut kitle indeksi (16,85 kg/m²) dışında normal bulgular saptandı. Kan basıncı 100/60 mmHg idi. Laboratuvar verilerinde övolemik hiponatremi (129 meq/L) bulundu. Hesaplanan serum osmolalitesi 265 mosm/kg, hesaplanan idrar osmolalitesi ise 626 mosm/kg idi. Böbrek (eGFR 135 mL/min./1.73m², mikroalbüminüri ve proteinüri yok), tiroid (TSH 1.32 mIU/L, sT4 0.95 ng/dL), hipofiz (kortikotropin 7.79 ng/L, FSH 6.87 IU/L, LH 3.78 IU/L, büyüme hormonu 0.88 µg/L) ve surrenal (bazal kortizol 15.9 µg/dL ve 17.7 µg/dL, aldosteron 12.1 ng/dL) fonksiyonları, kraniyal, torakal, abdominal tomografileri (nefrolitiasis dışında) normal, sNa ve klor dışındaki diğer serum elektrolitleri, kan sayımları, C-reaktif protein düzeyleri ve eritrosit sedimentasyon hızları normaldi. hipertönik sodyum ve sıvı kısıtlamasına yanıt alınamadı. Serum antidiüretik hormon (ADH) düzeyleri hiponatremiye rağmen ölçülebilir sınırlarda (suprese değildi) bulundu. AVPR2 ve SLC12A3 genleriyle ilgili mutasyon bulunmadı. Kapsamlı anamnez ve reçetelerin incelenmesi, ibuprofen, pantoprazol, pinaverium, niklosamid, magnezyum oksit ve asetilsistein gibi çok sayıda ilaç kullanımı ilişkili hiponatremi atakları geliştiğini gösterdi.

Hastanın aldığı ilaçlar ile serum sodyum seyri





normal gastroskopi bulguları



Normal kolonoskopi bulguları



Sonuç: İlaçlar, hipotalamusta ADH salınımında artışa, ADH'nın renal etkisinde artışa, ya da ADH benzeri etki yaparak hiponatremiye neden olmaktadır. Ibuprofen, pantaprazol ile SIAD vakaları bilinmekle beraber diğer ilaçlar da ayırıcı tanıda sorgulanmalıdır.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-64

Moringa Yaprağı Kullanımı İlişkili Akut Böbrek Hasarı

Ali Kaan Cam¹, Fatih Yılmaz², İlter Bozacı², Alperen Taşcı¹, Batuhan Çayır¹, Yaşar Karataş¹, Yiğit Avni Kıyışkan¹

¹Antalya Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

²Antalya Şehir Hastanesi Nefroloji Kliniği

Giriş: Akut böbrek hasarı (ABH), glomerüler filtrasyon hızında hızlı düşüş ve bunun sonucunda metabolik atık ürünlerin birikimi ile karakterize klinik bir sendromdur (1). Non-steroid antiinflatuvar ilaçlar (NSAİİ'ler), özellikle kronik kullanıldıklarında nefrotoksisite ile ilişkili yaygın kullanılan ilaçlardır. (2). Akut böbrek hasarı gelişiminde NSAİİ'ler önemli bir yer tutsa da tek neden değildir; bitkisel ve geleneksel ürün kullanımı da giderek artan klinik öneme sahiptir. Bitkisel ürünler; doğal toksisite, taşış, kontaminasyon, yanlış tanımlama, hatalı etiketleme ve bitki-ilaç etkileşimleri yoluyla böbrek hasarına neden olabilir (3). Moringa oleifera ("yaşam ağacı", "mucize ağacı") çok sayıda tıbbi ve tıbbi olmayan faydası nedeniyle önemli bir bitkisel ürün olarak tanımlanmaktadır. Nefrotoksisite potansiyelinin yanısıra kutanöz nekroz gibi ciddi advers etki bildirimleri de mevcuttur (4). Bu olguda uzun süreli moringa yaprağı yağı kullanımı öyküsü, olası NSAİİ maruziyeti bulunan hastada akut gastroenterite bağlı hipoperfüzyon ile tetiklenen (5) diyaliz gerektiren ABH tablosunun sunulması amaçlandı.

Vaka: Elli yedi yaşında erkek hastanın özgeçmişinde hepatit B enfeksiyonu mevcuttu. Yaklaşık 5 yıl önce trafik kazası sonrası tibia kırığı geliştiği ve bu süreçte osteomyelit tanısı aldığı öğrenildi. Bu dönemde uzun süreli analjezik/NSAİİ kullanmış olabileceği düşünülmekle birlikte kullanım süresi ve doz bilgisine ulaşılamadı. Hasta 2017 yılından itibaren kendi yetiştirdiği moringa yapraklarından elde ettiği yağı dilaltı yolla düzenli olarak kullandığını ifade etti. Başvurudan yaklaşık bir ay önce bitkisel ürün kullanımına ara verdiği, bu dönemde bulantı, kusma ve ishal ile seyreden akut gastroenterit benzeri tablo geliştiği öğrenildi. Acil servis başvurusunda serum kreatinin düzeyi 17,66 mg/dl saptandı. Hasta akut böbrek hasarı tanısıyla yatırılarak hemodiyaliz tedavisine alındı. Görüntüleme incelemelerinde böbrek boyutları ve parankim kalınlıkları korunmuş olup bilateral grade 1 parankim eko artışı izlendi. Renal Doppler incelemede arteriyel akımlar ve rezistivite indeksleri normal sınırlarda saptandı. Üst batın BT'de batında serbest mayı izlendi, üriner obstrüksiyon saptanmadı. Klinik izlemde aralıklı hemodiyaliz gereksinimi devam etti.

Acil servisine başvurudaki laboratuvar sonuçları

Tetkik	Sonuç	Birim
Kreatinin	17,66	mg/dL
BUN	188	mg/dL
Potasyum	6.7	mmol/L
Sodyum	137	mmol/L
CRP	31,4	mg/L
WBC	13,26	x10 ³ /μL
PLT	186	x10 ³ /μL
Hb	12,5	g/dL
PT	15,2	sn
INR	1,28	-

Sonuç: Bu olguda ABH gelişiminde gastroenterit sonrası hipoperfüzyon temel tetikleyici faktörlerden biri olarak değerlendirildi. Geçirilmiş osteomyelit sürecine bağlı olası uzun süreli NSAİİ maruziyeti ve uzun süreli moringa yaprağı yağı kullanımı ABH zeminini oluşturan diğer faktörler olarak düşünüldü. Bitkisel ürünlerin uzun dönem renal güvenilirliğine ilişkin klinik veriler sınırlı olup ve akut böbrek hasarı ile başvuran hastalarda ayrıntılı ilaç ve bitkisel ürün kullanım öyküsünün sorgulanması önem taşımaktadır.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-65

Genç Yaşta Dirençli Hipertansiyonun Nadir Nedeni: Genetik Olarak Doğrulanmış Liddle Sendromu

Hamit Yıldız¹

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Dahiliye Bilim Dalı

Giriş: Genç yaşta başlayan dirençli hipertansiyon sekonder nedenler açısından ayrıntılı değerlendirilmelidir. Düşük reninli hipertansiyon grubunda yer alan monogenik hastalıklar nadir olmakla birlikte erken tanı konulmadığında kardiyovasküler ve renal morbiditeye yol açabilmektedir. Liddle sendromu, epitelyal sodyum kanalının (ENaC) gain-of-function mutasyonu sonucu gelişen, otozomal dominant geçişli bir psödo-hiperaldosteronizm tablosudur. Klinik olarak düşük renin, düşük aldosteron ve genellikle hipokalemi ile karakterizedir; ancak her olguda belirgin hipokalemi bulunmayabilir.

Vaka: 28 yaşında erkek hasta, 3 yıldır kontrol altına alınamayan hipertansiyon nedeniyle başvurdu. Aile öyküsünde babasında erken yaşta hipertansiyon mevcuttu. Hasta üçlü antihipertansif tedavi (ACE inhibitörü, kalsiyum kanal blokeri ve tiazid) kullanmasına rağmen ofis kan basıncı 168/102 mmHg ölçüldü. Laboratuvar incelemesinde: •Kreatinin: 0.9 mg/dL •Potasyum: 3.3 mmol/L •Plazma renin aktivitesi: Baskılanmış •Aldosteron düzeyi: Düşük Aldosteron/renin oranı yüksek değildi. Primer aldosteronizm düşünülerek yapılan adrenal görüntüleme normal bulundu. 24 saatlik idrarda potasyum atılımı artmıştı. Düşük renin ve düşük aldosteron birlikteliği nedeniyle monogenik hipertansiyon ön tanısıyla genetik analiz yapıldı. SCNN1B geninde patojenik mutasyon saptandı ve Liddle sendromu tanısı doğrulandı. Tedavide spironolakton kesilerek amilorid başlandı (10 mg/gün). İki hafta içinde kan basıncı 128/78 mmHg düzeyine geriledi ve potasyum 4.1 mmol/L'ye yükseldi. Altıncı ay kontrolünde antihipertansif sayısı bire düşürülmüş ve normotansiyon sağlanmıştı.

Sonuç: Bu olgu, genç yaşta dirençli hipertansiyonda renin ve aldosteron düzeylerinin birlikte baskılanmasının ayırıcı tanıdaki önemini göstermektedir. Liddle sendromunda mineralokortikoid reseptör antagonistleri etkisizdir; çünkü patogenezi aldosterondan bağımsızdır. Tanının gecikmesi gereksiz görüntüleme ve yanlış tedaviye yol açabilir. Genetik doğrulama, aile taraması ve erken hedefe yönelik tedavi açısından önem taşır. Amilorid veya triamteren tedavisi patofizyolojik mekanizmaya yönelik spesifik yaklaşımı temsil eder. Sonuç Genç yaşta dirençli hipertansiyon varlığında düşük renin–düşük aldosteron paterni saptanırsa Liddle sendromu mutlaka düşünülmelidir. Doğru tanı ve uygun tedavi ile dramatik klinik düzelme sağlanabilir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-66

Periton Diyalizi Uygulanan Polikistik Böbrek Hastasında Peritonit Gibi Seyreden Nadir Bir Etiyoloji: RCC

Duru Yılmazoğlu¹, Gül Bayat², Hülya Çolak¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Şehir Hastanesi

²Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı (ODPKBH), 1000 doğumda 1 görülen yaygın bir hastalıktır. Hematüri, nefrolitiyazis, yan ve karın ağrısı sık rastlanan semptomlardır. Son dönem böbrek yetmezliğine ilerlemiş vakalarda periton diyalizi hemodiyalize göre daha az sıklıkla uygulanmaktadır. Ancak birçok merkez periton diyalizinin etkili ve iyi tolere edildiğini bulmuştur. Periton diyalizi uygulanan PKBH hastalarında karın ağrısı en sık peritonit ile ilişkilendirilmekte ancak malignite de ayırıcı tanıda yer almalıdır. Biz burada periton diyalizi başladığımız ODPKBH tanılı hastada gelişen karın ağrısı şikayetinin araştırılması sonucu saptanan RCC vakasını sunduk.

Vaka: 54 yaşında SDBY olan erkek hasta renal replasman tedavisi başlamak üzere Nefroloji servisine yatırıldı. Periton Diyalizi başlanan hastada 8. günde karın ağrısı şikayeti gelişti. Öncelikle peritonit düşünülerek ampirik antibiyoterapi başlandı ancak şikayetleri gerilemeyen, AFR progresyonu devam eden ve periton mayi lökosit sayısı normal saptanan hastaya ileri tetkik amaçlı kontrastlı Abdomen MR çekildi ve sol renal hilus düzeyinde yaklaşık 50x60 mm boyutlu, diffüzyon kısıtlayan, malign natürde olduğu düşünülen semisolid kitle ile paraaortik/aortakaval LAP'lar saptandı. Bunun üzerine Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) çekildi: Sol böbrekte 75x61 mm boyutlu hipermetabolik lezyon ve sol akciğer üst lob santral alanda 30x30 mm çaplı hipermetabolik malign kitle lezyonu izlendi. Bulgular metastatik RCC ile uyumlu değerlendirildi.

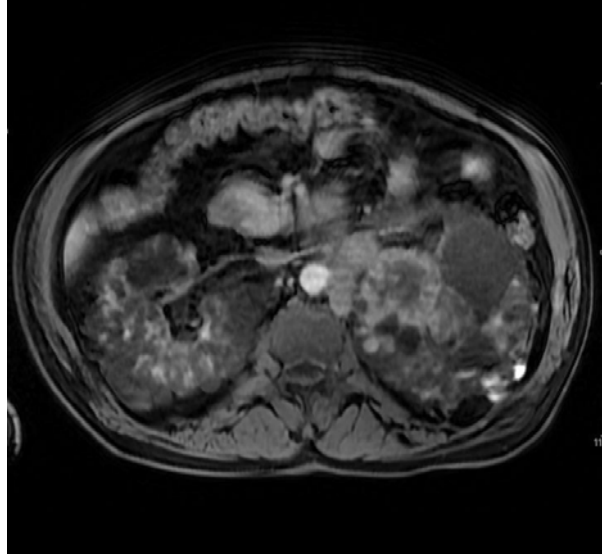
Takip Sırasındaki Laboratuvar Parametreleri

Kan	Periton Mayi	Tam İdrar Tetkiki
Kreatinin: 4.78 mg/dL	RBC (Periton Mayi):0	pH:6
e GFR:13 ml/dk	WBC (Periton Mayi): 0.266	Protein: 1+
BUN:75 mg/dL	Periton kültürü: Üreme olmadı	Keton: 1+
Albumin: 3.6 g/dL		Bilirubin: Normal
pH: 7.41		Nitrit: Negatif
K: 4.2		Eritrosit: 56
HCO3: 27.6		

Sonuç: ODPKBH tanılı hastalarda böbrek hacmi çok büyük değilse renal replasman tedavisinde periton diyalizi tercih edilebilir. Hematüri, karın ağrısı gibi şikayetlerde sadece kistik enfeksiyon veya peritonit gibi daha sık görülen durumların yanısıra malignite gibi nadir durumlar da akılda tutulmalı ve yaşa uygun malignite tetkiki yapılmalıdır.



Resim 1



Manyetik Rezonans Görüntülemeye sol renal hilus düzeyinde 50x60 mm boyutlu diffüzyon kısıtlayan semisolid malign lezyon



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-67

Dirençli Hipertansiyonda Normal Renal Arter Doppler Usg Yanıltıcı Olabilir mi? Sjögren Sendromu Tanılı Hastada Bilateral Ciddi Renal Arter Stenozu: Olgu Sunumu

Merve Sav¹, Şükran Gürses²

¹Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Renal arter stenozu (RAS), sekonder hipertansiyonun önemli ve geri dönüşümlü nedenlerinden biridir. Dirençli hipertansiyon varlığında non-invaziv görüntüleme yöntemleri ilk basamakta tercih edilmekle birlikte, tanısal doğruluğu; incelemeyi yapan kişinin deneyimi, hastanın anatomik özellikleri ve hemodinamik durumundan etkilenmekte olup duyarlılığı %60-90 arasında bildirilmektedir. Bu olguda, normal Renal Doppler ultrasonografi bulgularına rağmen ileri görüntüleme ile bilateral ciddi renal arter patolojisi saptanan ve girişimsel tedavi ile klinik düzelme sağlanan bir hasta sunulmuştur.

Vaka: Beş yıllık hipertansiyon ve iki yıllık Sjögren sendromu öyküsü bulunan kadın hasta, baş ağrısı ve kontrolsüz tansiyon yüksekliği nedeniyle dış merkeze başvurdu. Dış merkezde; bazal kreatinin: 1.0-1.2, başvuru kreatinin: 2.50 olan hastanın böbrek fonksiyon testlerinde yükselme saptanması üzerine kliniğimize sevk edildi. Daha önce hemodiyaliz öyküsü olmayan olgunun başvuru esnasında baş ağrısı, bulantı, dispne ve kreatinin yüksekliği mevcut olup kan basıncı 195/75 mmHg olarak ölçüldü. Göz muayenesinde ileri evre hipertansif retinopati ile uyumlu yaygın retinal hemoraji izlendi. Renal Doppler US normal olarak raporlandı. Beyin BT ve MR görüntülemelerinde akut patoloji saptanmadı. Kardiyoloji değerlendirmesinde en geniş yerinde 8-10 mm ölçülen romatolojik hastalığa sekonder kronik perikardiyal efüzyon izlendi. Persistan hipertansiyon nedeniyle antihipertansif tedavisi yeniden düzenlendi. Buna rağmen dirençli hipertansiyon devam etti. Hastanın Renal Doppler US normal olmasına rağmen tansiyon yüksek seyretmesi nedeniyle Renal MR anjiyografi istendi. Şüpheli darlık saptanması üzerine Renal BT anjiyografi istendi. Renal BT anjiyografide sol böbrek boyutlarında azalma ve sol renal arter total oklude, sağ renal arterde %90 darlık saptandı. Hastaya kardiyoloji uzmanı tarafından renal anjiyografi yapıldı ve ikinci seansta karbidioksi içerikli kontrast madde verilerek sağ renal artere stent takıldı. İşlem sonrası hastanın kreatinin değerleri bazal değerlerine geriledi. Hastanın poliklinik takiplerinde böbrek fonksiyon testlerindeki yükseklikte gerileme (kreatinin: 0.90) ve tansiyon kontrolünde (TA:110/70mmHg) belirgin iyileşme sağlandı.

Sonuç: Dirençli hipertansiyonlu hastalarda sekonder nedenlerin araştırılması multidisipliner ve sistematik bir yaklaşım gerektirir. Non-invaziv görüntüleme yöntemlerinin sınırlılıkları göz önünde bulundurulmalı; klinik şüphe varlığında tanısal süreç ileri vasküler görüntüleme ile desteklenmelidir. Özellikle otoimmün hastalık zemininde gelişen bilateral renal arter patolojilerinde erken tanı ve uygun girişimsel tedavi, hem renal prognoz hem de kardiyovasküler riskin azaltılması açısından belirleyici olabilir.



Yayın No: P-68

Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) ile ilişkili Amiloid Fırtınası: Tek Vaka Sunumu ve Klinik Yönetim

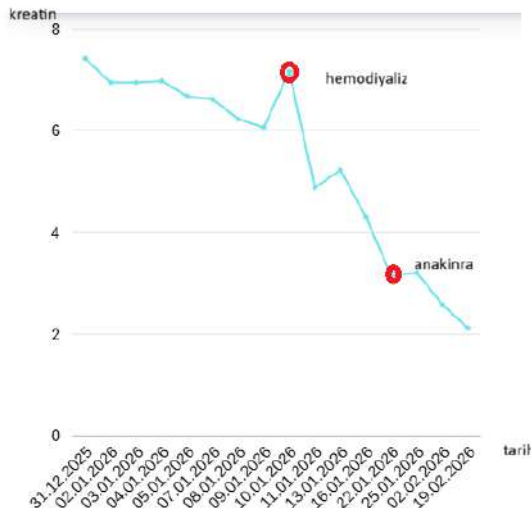
Merve Şanlıer¹, Muzghan Gulyeva¹, Fatma Rukiye Uysal¹, Arzu Taghiyeva¹, Ceren Önal Güçlü¹,
Emre Yaşar¹, Hatice Şahin¹, Gülay Ulusal Okyay¹, Fatma Ayerden Ebinç¹, Ebru Gök Oğuz¹, Kadir Gökhan Atılğan¹,
Mehmet Deniz Aylı¹

¹Etilik Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Ankara

Giriş: Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF), özellikle kontrolsüz inflamasyon varlığında AA amiloidozunun gelişimine zemin hazırlayan önemli bir otoinflamatuvar hastalıktır. Renal tutulum çoğu hastada yıllar içinde ilerleyen, sinsi seyirli proteinüri ve kademeli böbrek fonksiyon kaybı ile karakterizedir. Ancak nadir olgularda “amiloid fırtınası” olarak tanımlanan ani başlangıçlı ve hızla ilerleyen ağır bir klinik tablo gelişebilir. Bu durum, belirgin sistemik inflamasyon, nefrotik düzeyde proteinüri ve kısa sürede gelişen akut böbrek hasarı ile karakterizedir. Günler–haftalar içinde son dönem böbrek yetmezliğine ilerleyebilir. Patogenezinde, yoğun inflamatuvar aktiviteye bağlı artmış SAA üretimi ve hızlanmış amiloid birikimi rol oynamaktadır. Literatürde nadir bildirilen bu tabloya yönelik standartlaştırılmış bir tedavi algoritması bulunmamakta olup, erken ve hedefe yönelik antiinflamatuvar tedavinin rolü hâlen tartışılmaktadır.

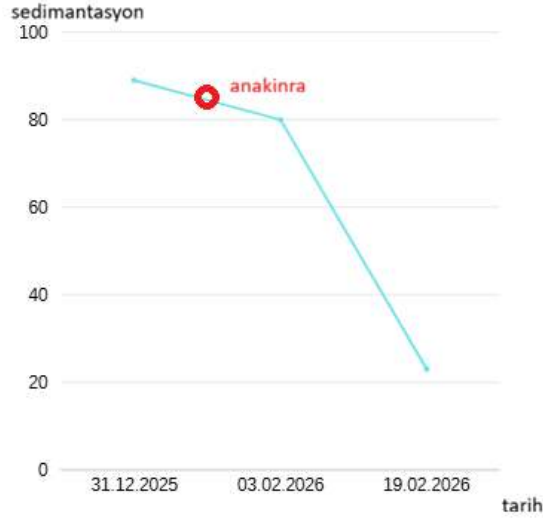
Vaka: 37 yaşında erkek hasta, 7 yaşında eklem ve karın ağrısı şikayetleri nedeniyle Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF) tanısı almıştır. Ailesinde öyküsü olan hastaya kolşisin tedavisi önerilmiş olmasına rağmen, düzenli kullanmamıştır. Bulantı ve kusma şikayetleri ile başvuran hastada, akut böbrek hasarı nedeniyle kliniğimizde yatış yapılmıştır. Hastanın ilk yatıştaki klinik bulguları ve laboratuvar değerleri Tablo 1’de sunulmaktadır. Bu süreçte, akut böbrek yetmezliği ve nefrotik düzeyde proteinüri nedeniyle böbrek biyopsisi gerçekleştirilmiştir. Biyopsi sonucu, immünohistokimyasal incelemede amiloid A’nın glomerüllerde, interstisyumda ve damar duvarlarında pozitif boyanma gösterdiği tespit edilmiştir. Bu bulgular, hastada AA amiloidozu ve amiloid fırtınası gelişimini düşündürmüştür. Hastaya, böbrek fonksiyonlarını desteklemek amacıyla hemodiyaliz uygulanmış ve kolşisin tedavisi başlanmıştır. Ayrıca, amiloid fırtınasının tedavisinde etkili olabilecek bir seçenek olarak interlökin-1 (IL-1) antagonisti olan anakinra tedavisi başlatılmıştır. Takip sürecinde, hemodiyalize olan ihtiyaç ortadan kalkmış ve hasta, Tablo 1’deki laboratuvar değerleri ile taburcu edilmiştir. Tedaviye anakinra ve kolşisin ile devam edilmiştir. Poliklinik takibinde, yaklaşık 3 hafta sonra yapılan kontrollerde hastanın laboratuvar değerleri yine Tablo 1’deki gibi gösterilmiş olup, hasta hemodiyaliz gereksinimi olmadan izlenmiştir. Hastada yatışında olan gfr kaybı ve proteinüri miktarında belirgin düzeyde azalma görülmüştür.

Şekil 1. Kreatin-zaman grafiği

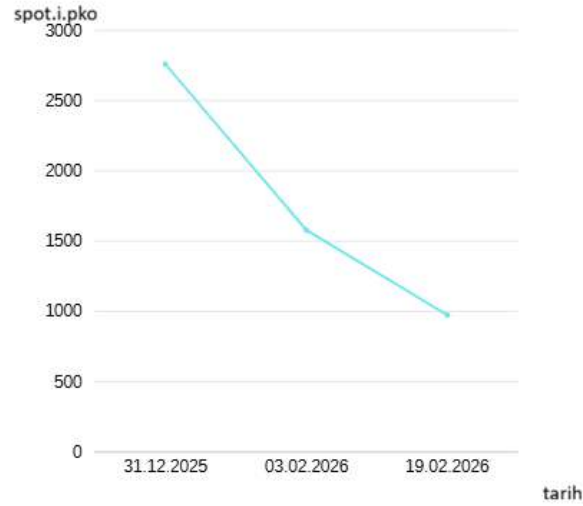




Şekil 2. Sedimentasyon-zaman grafiği



Şekil 3. Spot idrar protein/kreatin-zaman grafiği



Tablo 1. Hastanın laboratuvar değerleri.

	Kreati- nin (mg/ dL)	Sedimantas- yon (mm/ h)	C reaktif protein (mg/L)	Ferritin (ng/ml)	Fibrino- jen (mg/ dL)	Serum Amiloid A (mg/L)
Yatış değeri	7,85	89	58,06	1500	899	112
Taburculuk değeri	3,27	80	2,91	870	596	41,9
Poliklinik değeri	2,12	23	2,3	170	359	15,7



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C

20-24 MAYIS 2026



	Albümin (g/L)	Total Protein (g/L)	Spot idrar protein/ kreatinin (mg/dl)	Spot idrar albu- min/kreatinin (mg/dl)	24 saatlik proteinü- ri (mg/ gün)	24 saatlik albumi- nüri (mg/ gün)
Yatış değeri	16,2	35	2760	1380	20557,6	9578,8
Taburculuk değeri	18,1	34,6	1578	962	-	-
Poliklinik değeri	17,2	45	974	544	-	-

Sonuç: Erken dönemde başlanan kolşisin ve IL-1 blokajı ile inflamatuvar aktivitenin kontrol altına alınması, renal fonksiyonlarda belirgin düzelme ve diyaliz gereksiniminin ortadan kalkması ile sonuçlanmıştır. Bu olgu, amiloid fırtınasının hızlı tanınmasının ve gecikmeksizin hedefe yönelik antiinflamatuvar tedavi başlanmasının, geri dönüşümlü renal hasarın sağlanmasında belirleyici olabileceğini göstermektedir. FMF zemininde gelişen bu fulminan tablo, tedavi edilmediğinde kısa sürede kalıcı böbrek hasarına ilerleyebileceğinden, erken müdahale prognoz açısından kritik öneme sahiptir.



Yayın No: P-69

Subklinik Hipotiroidi ve Tedavi Sonrası Ötiroid Dönemde Böbrek Fonksiyon Testlerindeki Değişimlerin Değerlendirilmesi

Merve Sevil Türkoğlu¹, Ece Ersal Deregözü³, Esin Beyan¹, Derun Taner Ertuğrul², Aysun Aybal Kutlugün³, Emre Tural³

¹T.C.Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

²T.C.Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği

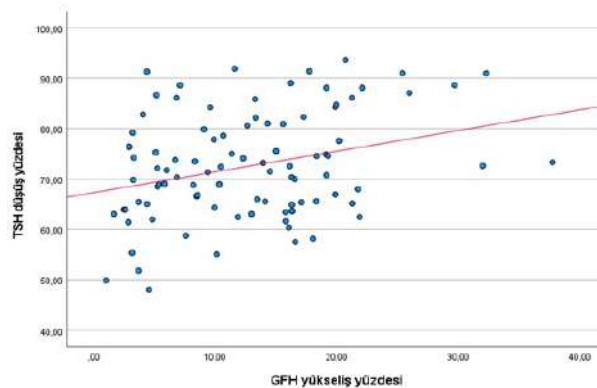
³T.C.Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Amaç: Subklinik hipotiroidi, TSH düzeyleri yüksek iken, T3 ve T4 hormonlarının normal olduğu klinik antitedir. Hipotiroidi ile glomerüler filtrasyon hızı (GFH) arasında olumsuz ilişki olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Ancak, subklinik hipotiroidinin (SH) böbrek fonksiyon testleri ve serum elektrolit düzeyleri üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada, SH bulunan bireylerde, levotiroksin (LT4) tedavisi sonrası ötiroid hale gelindiğinde eGFH'daki değişimi ve böbrek fonksiyon testleri üzerine etkilerini araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, 01/01/2023–01/01/2025 tarihleri arasında Ankara Atatürk Sanatoryum EAH İç Hastalıkları ve Endokrinoloji polikliniklerinde subklinik hipotiroidi tanısı alan, 18–65 yaş arası, levotiroksin tedavisi başladıktan 6–8 hafta içinde ötiroidi sağlanan hastalar dahil edildi. Diyabet, hipertansiyon, kronik böbrek hastalığı, malignite gibi komorbiditesi olanlar, gebeler, GFH'ı etkileyen ilaç kullananlar, numune alımı sırasında volüm durumunu etkileyebilecek akut hastalığı bulunanlar, tedaviye uyumsuz olanlar ve ötiroidi sağlanamayan hastalar dışlandı. Uygun hastalarda tedavi öncesi ve 6–8 hafta sonrası sT3, sT4, TSH, BUN, kreatinin, eGFH ve elektrolit düzeyleri değerlendirildi. Tiroid hormonları kemilüminesans yöntemiyle, kreatinin Jaffe yöntemiyle ölçüldü ve eGFH MDRD formülü ile hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 100 hasta (n = 88 kadın) hasta dahil edilmiştir. LT4 dozu hastaların TSH değerleri gözetilerek 50 hastada 25 mcg/g, 50 hastada ise 50 mcg/gün olarak başlandı. Tedavi öncesi ve sonrası sodyum, potasyum, kalsiyum, fosfor, magnezyum ve albumin değerleri arasında herhangi bir istatistiksel fark saptanmadı (p > 0.05). TSH düşüşü ile GFH artışı arasında da pozitif korelasyon (r = 0,252; p = 0,011) izlendi. Kreatinin ve TSH düşüş yüzdeleri arasındaki ilişki ise anlamlı değildi (r = -0,144; p = 0,153). Değişim yüzdeleri üst ve alt %50'lik dilimlere ayrıldığında, GFH artışı en yüksek olan hastaların anlamlı olarak TSH düşüşü en fazla olan grupta yer aldığı saptandı (p = 0,04); benzer sonuç, kreatinin düşüşü en yüksek %50'lik dilim için de gözlemlendi. TSH düşüş yüzdesi ile GFH artış yüzdesi arasındaki ilişki saçılım grafiğiyle gösterildi. Analizde pozitif ancak çok zayıf bir korelasyon saptandı (r=0,011; p=0,04).

LT4 Tedavisi Sonrası TSH Düşüş Yüzdesi ile eGFH Artış Yüzdesi Arasındaki İlişki





28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Tiroid Hormon Düzeylerinin ve Böbrek Fonksiyon Parametrelerinin Tedavi Öncesi ve Sonrası Karşılaştırması

Parametre	LT4 öncesi	LT4 sonrası	p değeri
TSH (μ IU/mL)(SS)	10,94 (2,89)	3,48 (1,6)	<0,001
sT3 (ng/dL)(SS)	2,39 (0,6)	2,75 (0,6)	<0,001
sT4 (ng/dL)(SS)	0,84 (0,18)	0,98 (0,26)	<0,001
Üre (mg/dL)(SS)	25 (9,16)	26 (8,26)	AD
Kreatinin (mg/dL)(SS)	0,84 (0,14)	0,73 (0,22)	<0,001
eGFR (mL/dk/1.73m ²)(SS)	87,83 (15,02)	98,7 (17,1)	<0,001

AD: Anlamlı Değil

Sonuç: LT4 tedavisi sonrası SH hastalarında serum kreatinin düzeylerinde anlamlı azalma ve eGFH'de anlamlı artış saptandı. Bu bulgular, tiroid hormonlarının renal hemodinami üzerindeki belirgin etkisini göstermekte olup, tedavi sürecinde böbrek fonksiyonlarının da rutin olarak izlenmesi gerektiğini düşündürmektedir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C
20-24 MAYIS 2026



Yayın No: P-70

Dirençli Hipertansiyonda Sekonder Nedenlerin Araştırılması: Renal Arter Stenozu ve Obstrüktif Uyku Apnesi Birlikteliği

Günden Değer², Şeyda Gül Özcan¹

¹Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

²Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Dirençli hipertansiyon, biri diüretik olmak üzere en az üç antihipertansif ilacın optimal dozlarda kullanılmasına rağmen hedef kan basıncına ulaşamamasıdır. Bu tabloda yalancı direnç (ölçüm hatası, uyumsuzluk), ilaç/yaşam tarzı katkısı ve sekonder nedenlerin sistematik taranması kritik önemdedir. Renovasküler hastalık ve obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS) en sık gözden kaçan, ancak tedaviyle belirgin düzelme sağlayabilen iki nedendir.

Vaka: Elli üç yaşında kadın hasta, tansiyon regülasyon güclüğü ve halsizlik ile başvurdu. Özgeçmişinde 19 yıldır hipertansiyon, koroner arter hastalığı (2013'te KABG), FMF, amiloidoz ve kronik böbrek hastalığı mevcuttu. Aldactone 25 mg, alfametildopa 250 mg 3x1, diovan 160 mg 2x1, doksazosin 8 mg 2x1 ve lerkanidipin 20 mg 1x1 kullanmasına rağmen kan basıncı 180/100 mmHg seyretmekteydi. Sekonder hipertansiyon taramasında 1 mg deksametazon supresyon testi baskılı, serum ve idrar katekolaminleri normal, plazma renin aktivitesi/aldosteron oranı normal saptandı. Ekokardiyografide EF %55, sol atriyum genişliği, sol ventrikül hipertrofisi, dört kapakta hafif yetersizlik ve sistolik pulmoner arter basıncı 38 mmHg ölçüldü. Şubat 2025 BT anjiyografide sağ renal arterde %70-80 ve sol renal arterde %50 stenoz saptandı. Üriner USG'de böbrek boyutları normal (sağ 86 mm, sol 87 mm), bilateral grade 3 parankimal hastalık mevcuttu. Serum kreatinin 3,79 mg/dL idi. Nisan 2025'te renal denervasyon planlandı ancak uygulanamadı; renal arter balon anjiyoplasti yapıldı. Kan basıncı 140/90 mmHg'ye geriledi. Takipte gece apne şikayeti üzerine polisomnografi yapılarak hafif OSAS (AHI: 9,5) tanısı konuldu. CPAP tedavisi ile tansiyon regülasyonu sağlandı.

Sonuç: Bu vaka, dirençli HT'de "tek neden" yaklaşımının yetersiz kalabileceğini; renovasküler patoloji + OSAS gibi iki güçlü tetikleyicinin birlikte hedeflenmesiyle daha başarılı regülasyon sağlanabileceğini göstermektedir. Dirençli HT'de tarama; (1) ölçüm tekniği/uyum, (2) NSAİİ, dekongestan, steroid vb. ilaçlar, tuz/alkol, (3) böbrek parankimal hastalık, (4) renovasküler hastalık, (5) primer aldosteronizm, feokromositoma, Cushing, tiroid bozuklukları, (6) OSAS ve (7) daha nadir nedenleri içerecek şekilde sistematik yürütülmelidir.



Yayın No: P-71

Çift Mekanizmalı Sekonder Hipertansiyon: Primer Bilateral Makronodüler Adrenal Hiperplazi ve Kritik Bilateral Renal Arter Darlığı

Canberk Tabakoğlu¹, Ömer Cihat Altay¹, Meltem Gürsu²

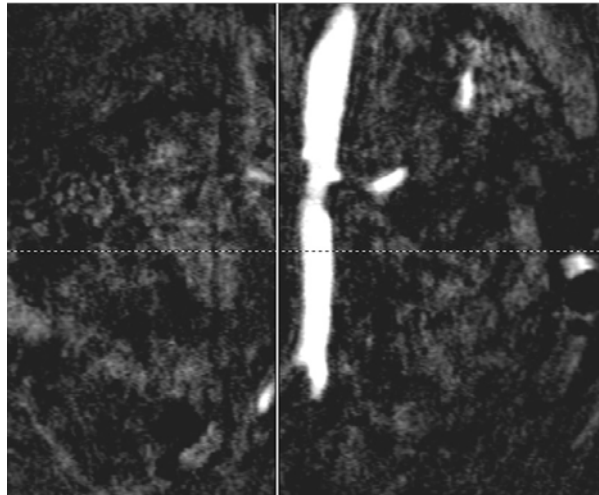
¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları ABD

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi İç Hastalıkları ABD Nefroloji BD

Giriş: Sekonder hipertansiyon, tüm hipertansiyon olgularının yaklaşık %5–10'unu oluşturmaktadır olup en sık endokrin ve renovasküler nedenlere bağlı gelişmektedir. Özellikle dirençli hipertansiyon, erken yaşta başlangıç, hedef organ hasarı ve böbrek fonksiyonlarında bozulma varlığında sekonder etiyolojilerin araştırılması büyük önem taşımaktadır. Kortizol fazlalığı; volüm artışı, artmış vasküler tonus ve renin-anjiyotensin-aldosteron sisteminde değişiklikler yoluyla hipertansiyona sebep olmaktadır. Renal arter stenozu ise dirençli hipertansiyon ve progresif böbrek fonksiyon kaybının önemli bir nedenidir. Ancak endokrin ve renovasküler mekanizmaların aynı hastada eş zamanlı olarak bulunması oldukça nadirdir ve tanı ile tedavi sürecinde önceliklendirme açısından klinik güçlükler oluşturabilir. Bu yazıda, sekonder hipertansiyona çift mekanizma ile katkı sağlayan nadir bir olguyu sunmayı amaçladık.

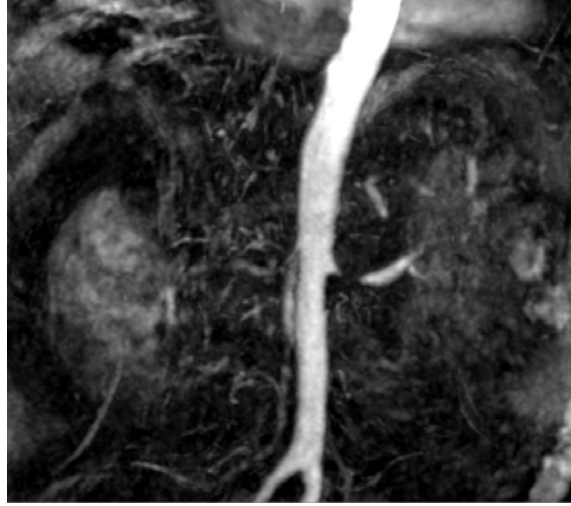
Vaka: Altmış yaşında erkek hasta, evde ölçtüğü yüksek tansiyon değerleri nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde tip 2 diyabet, koroner arter hastalığı ve 30 paket-yıl sigara kullanımı mevcuttu. 2021–2023 yılları arasında iki kez koroner anjiyografi ve üç koroner stent uygulaması öyküsü bulunmaktaydı. Fizik muayenede cushingoid yüz görünümü, pretibial ödem ve hepatomegali saptandı. Poliklinikte sağ ve sol kol tansiyonu ölçüldü. Sağ kol:150/100 mmHg sol kol 145/90 mmHg ölçüldü. Laboratuvar incelemelerinde kreatinin 2,33 mg/dL ve eGFR 29 mL/dk/1,73 m² olarak bulundu. Elektrolit ve tiroid hormon testleri normal aralıkta görüldü. Sekonder hipertansiyon sebepleri için ileri inceleme yapıldı. Endokrinolojik değerlendirmede sabah kortizol düzeyi 27,6 µg/dL olarak saptandı. Plazma ACTH düzeyi baskılanmış (< 5 pg/mL) bulundu. İki gün 2 mg deksametazon baskılama testi sonrasında kortizol düzeyi 21,3 µg/dL olup baskılanma izlenmedi. Renin düzeyi 788 uIU/mL, aldosteron düzeyi 16,3 ng/dL olarak ölçüldü ve primer hiperaldosteronizm dışlandı. Plazma metanefrin düzeyleri normal bulundu. Bilgisayarlı tomografide bilateral düşük dansiteli adrenal nodüller izlendi. Manyetik rezonans anjiyografide ise sağ renal arterde %70–80, sol renal arterde %70–90 oranında ciddi stenoz saptandı. Adrenal venöz örnekleme sonucunda lateralizasyon indeksi < 3 olup bilateral kortizol sekresyonu izlendi ve bulgular primer bilateral makronodüler adrenal hiperplazi ile uyumlu bulundu.

Bilateral renal arter stenozu şekil 1.





Bilateral renal arter stenozu şekil 2.



Bilateral renal arter stenozu şekil 3.



Bilateral adrenal adenom şekil 1.





Bilateral adrenal adenom şekil 2.



Sonuç: Bu olgu, sekonder hipertansiyonun nadir ancak multifaktöriyel olabileceğini göstermektedir. ACTH-bağımsız Cushing sendromu ve bilateral ciddi renal arter stenozunun birlikte bulunması, hipertansiyonun patogeneğinde eş zamanlı birden fazla mekanizmanın rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Dirençli hipertansiyon olgularında tek bir etiyolojiye odaklanmak yerine, eşlik edebilecek diğer sekonder nedenlerin de sistematik olarak araştırılması hasta yönetimini doğrudan etkileyebilir. Multidisipliner yaklaşım bu kompleks olguların tanı ve tedavisinde temel öneme sahiptir.



28. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ

Limak Cyprus Deluxe Hotel, K.K.T.C

20-24 MAYIS 2026