



Sağlık, Eğitim, Araştırma
Merkezi

FİYATI: 15 TL

Anadolu Böbrek Vakfı Yayın Organı

Renaliz

31
ISSN 1305 - 8011
Yıl: 8, Sayı:31 1 Ekim 2008-1 Ocak 2009

Yaşamın güzel, yaşatabilmenin ise ondan daha güzel bir duygu olduğuna inanıyoruz.



Yeni Yılda, Yeni Umutlar, Başarılar ve Mutluluklar

Nefroloji Topluluğuna Yeni Yıl Dilekleri...



Üyeni olmaktan onur ve gurur duyduğum Türk Nefroloji Derneği'nde 1995 yılında Böbrek Kayıt Kurulu üyesi olarak çalışmaya başladım. 2000 yılından itibaren sekiz yıl süreyle genel sekreter olarak yönetim kurulunda görev aldım. Bu süre içinde sevgili başkanım ve hocam Prof. Dr. Kamil Serdengeçti'nin önderliğinde ve değerli yönetim kurulu arkadaşlarımızla birlikte, ulusal ve uluslararası düzeyde önemli

egitsel, bilimsel ve idari çalışmalar yaptık. Bu başarılı çalışmaların derneğimizin kurumsal bir niteliğe kavuşmasına önemli katkılar sağladığına inanmaktayım. Türk Nefrolojisi'nin Uluslararası boyutta hak ettiği yere ulaşması için yapılan çalışmalarda aktif rol almaktan mutluluk duydum. Derneğimiz, kurumsallaşmış eğitsel faaliyetlerinin yanı sıra son yıllarda yapılan büyük saha çalışmaları ile ülkemizdeki kronik böbrek yetmezliği sorununun boyutunun saptanmasına öncülük etmiş ve çözümüne ilişkin önemli projeler hazırlamıştır. Bütün bu başarılarında siz değerli üyelerimizin koşulsuz destek ve yardımları en önemli itici gücümüz olmuştur. Ancak, derneğimiz çatısı altındaki çalışma grubu faaliyetlerinde arzu edilen başarı düzeyini yakalayamamanın sıkıntısını da sizlerle paylaşmak isterim.

20 Aralık 2008 tarihinde İstanbul'da yapılan TND Genel Kurulu'na yüksek düzeydeki katılımınız ve gösterdiğiniz ilgi, önceki faaliyetlerimize verdiğiniz tam onay ve yaptığınız olumlu eleştiriler hepimizi mutlu etmiştir. Genel kurulumuzun tevccühleri ile yeni yönetim ve denetim kurulları seçilmiştir. Genel kurul sonrasında yapılan yeni yönetim kurulu toplantısında yeni yönetimin görev dağılımı yapılmıştır. Buna göre başkanlık görevini ben yüklenirken, ikinci başkanlığa Prof. Dr. Cengiz Utaş, genel sekreterliğe Prof. Dr. Turgay Arınsoy, muhasep üyeliğine Prof. Dr. Tevrik Ecder seçilmiş, Prof. Dr. Kenan Ateş, Prof. Dr. Taner Çamsarı ve Prof. Dr. Bülent Altın üye olarak görev almışlardır. Denetim kuruluna ise Prof. Dr. Oğuz Söylemezoğlu, Prof. Dr. Fehmi Akçicek ve Prof. Dr. Fevzi Ersoy seçilmiştir.

Bana ve yönetimde yer alan arkadaşlarıma göstermiş olduğunuz güvene ve büyük desteğe çok teşekkür ederim. Yüklendiğimiz büyük sorumluluğun farkında olarak siz değerli üyelerimiz ile sıkı işbirliğine girerek TND'nin bugün ulaştığı saygın ve başarılı çizgisini daha yukarı taşımak en büyük hedefimizdir. Daha iyiye ve güzele ulaşmak adına destek ve yardımlarınızı esirgemeyeceğinizi umarak,

Yeni Yılına kutlar, sağlık, mutluluk ve başarılar diler, en derin sevgi ve saygılarımı sunarım.

Prof. Dr. Gültekin Süleymanlar
TND Yönetim Kurulu Başkanı



Değerli Meslektaşlarım; Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği olarak başarılı bir yılı daha geride bıraktık. Tüm zamanlarda olduğu gibi 10. kongremizi de ülkemizin cennet köşelerinden biri olan Antalya'da önemli bir hekim katılımıyla gerçekleştirdik. Derneğimizin önceki yıllarda başarı ile tamamlayarak Türk Tıbbı'na kazandırdığı çalışmalar bundan sonra da devam edecektir. Bu yıl

da 11. Kongremiz değerli bilim adamlarının katılım ve katkılarıyla yine Antalya'da 13-17 Mayıs 2009 tarihleri arasında yapılacaktır. Bu toplantıda katılımcılara böbrek hastalıkları, hipertansiyon ve renal replasman tedavileri ile ilgili güncel pek çok bilgi aktarımı yapılacaktır.

Geçen yıl başarı ile tamamlanan, yurdumuzun dokuz ilini kapsayan ve tüm yönetim kurulu üyesi arkadaşlarımızın bizzat katıldıkları "Türkiye'nin Tansiyonunu Ölçüyoruz" kampanyasını bu yıl da gerçekleştirebilmek için çabalarımız yoğun bir şekilde devam etmektedir.

Tüm yönetim kurulu üyesi arkadaşlarım adına yeni yılınızı kutlar, sağlık, mutluluk ve başarılar dilerim.

Prof. Dr. Şükrü SINDEL
Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği Başkanı



Sevgili Meslektaşlarım, Sayın Renaliz okuyucuları,

Türk Çocuk Nefrolojisi 2008 yılını da uluslararası başarılarla imza atarak geçirdi. Çocuk Nefrolojisi alanında Türkiye'den yapılan yayımlar yine 100'ün üzerinde oldu. Pediatric Nephrology, Nephrol Dial Trans, J Nephrol, JASN, Kidney Int, Nephron Clin Prac, AJKD, Trans Proceed, Ren Fail,

Nephrology, Clin Nephrol, Urology, en çok yayın yapılan nefroloji alanındaki dergilerdir. Bu yayınların % 50'si orijinal makaleler olup en çok yayın yapılan konular olarak ESRD, İdrar yolu enfeksiyonları, nefrotik sendrom ve renal transplantasyon olarak dikkati çekmektedir.

Birçok arkadaşımız bu sene yapılan Avrupa Pediatric Nefroloji Kongresine (ESPN 2008, Lyon) konuşmacı, oturum başkanı ve bilimsel kurul üyesi olarak katıldılar. 10-12 Ekim 2008 tarihinde Kapadokya'da gerçekleşen 5. Ulusal Çocuk Nefroloji Kongresi bu sene 3. South East European Pediatric Nephrology Working Group Meeting ile birlikte gerçekleşti. Ortak olarak gerçekleşen bu kongreye rekor sayıda Türk katılımcı ile, Balkan Ülkeleri: Yunanistan, Romanya, Bulgaristan, Sırbistan, Makedonya'nın yanı sıra Ortadoğu ülkelerinden Irak, İran, Lübnan ve Katar'dan da katılımcı ve konuşmacılar yer aldı. ESPN Başkanı Pierre Cochat, IPTA Seçilmiş Başkanı Richard Trompeter ve Pediatric Nephrology Dergisi Editörü Otto Mehls de konuşmacı olarak kongreye katıldılar. Yurt dışından katılımcıların ortak kanısı Türkiye Çocuk Nefrolojisi'nin son 10 yılda büyük gelişme kaydettiği ve bölgede lider konumunu üstlendiği şeklinde oldu.

Bu gelişmeler 2009 yılına da umutla bakmamızı sağlıyor.

2009 yılının en önemli faaliyeti International Pediatric transplantation Association (IPTA) ile birlikte İstanbul'da 18-21 Nisan tarihlerinde gerçekleştireceğimiz 5. IPTA Dünya Kongresi olacaktır. Şimdiye kadar gönderilen abstract sayısı rekor sayıya ulaşmış ve böylece katılımın rekor sayıda olacağını ipuçlarını vermiştir. Bu kongrenin de ülkemiz nefrolojisinin dünyada giderek artan prestijini daha da artıracaklarını umuyor ve tüm meslektaşlarımızı kongremize bekliyoruz.

Bu vesile ile Renaliz okuyucularının yeni yılını kutluyor, 2009 yılının sağlık, mutluluk ve başarı getirmesini diliyorum.

Prof. Dr. Oğuz Söylemezoğlu

Çocuk Nefroloji Derneği Başkanı

Köşem



**2009
Yılına
Girerken**

Prof. Dr. Ayla SAN

Anadolu Böbrek Vakfı Bşk.
Ufuk Üniv. Tıp Fak. Nefroloji BD Bşk.

1999 yılından itibaren yayın hayatına başlayan Renaliz gazetemiz 2009 yılında 10 yaşında. Her yıl değerli nefroloji topluluğuna yepyeni bir çebre ile çıkmaya çalışan gazetemiz son yıllarda atağa kalkarak daha kaliteli, seviyeli bir şekilde hizmet vermeye, doğru bilgilerle okuyucusuna ulaşmaya devam etmektedir. Yoğun bir şekilde gelen memnuniyet ve istekler daha mükemmelle doğru yönelmemizi kamçulamaktadır. Gazetemiz çok büyük titizlikle hazırlanmakta olup bir evvel basılıandan daha mükemmel olmasına çalışılmaktadır. Şu anda 31. sayıya ulaşmış bulunuyoruz, bu sene 10. yılımızı büyük şevkle kutlama çalışmaları yapılacaktır.

Sonuçta bir yılı daha hızlı bir şekilde bitirdik. Günlerin ne kadar çabuk geçtiğini artık biz de takip edemez olduk. Türk Nefroloji Derneği Başkanı sekiz yıllık çalışma dönemini bitirip görevini yeni başkana devretti. Yine Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nde de görev değişimi oldu.

Bunun yanında vakfımız senede üç kez çıkarttığı Renaliz gazetemizin sayısını 4'e çıkardı. Üç senedir kutlamakta olduğumuz Dünya Böbrek Günü'nü her sene olduğu gibi bu sene de büyük bir şevkle kutlama çalışmalarımız başlamıştır. Bu yapmış olduğumuz çalışmalara ilişkin değerlendirme yaparsak bu senenin oldukça verimli geçtiğini görmekteyiz.

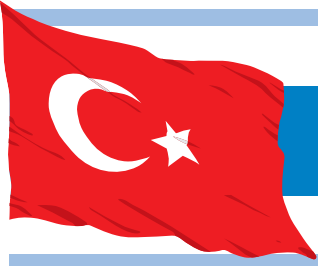
Ancak gittikçe büyüyen Türk Nefroloji Topluluğu içinde bulunan diyaliz merkezlerimizin, transplantasyon merkezlerimizin sayısı artmış olsa da ekonomik krizin tüm sağlık sektörünü vurduğunu hissetmekteyiz. Yine de kapsamlı bir şekilde değerlendirme yaparsak güzel bir sene olduğu kanısına varabiliriz.

Yeni yılın tüm güzelliklerinin, mutluluklarının, yaşama sevincinin Türk Nefroloji Topluluğu üzerinde güneş gibi parlamasını ve daha nice başarılı yıllar geçirmenizi diliyorum.

Ayla San

Beni Türk Hekimlerine Emanet Ediniz.

H. Ortakır



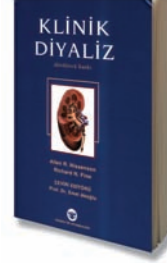
Yeni Çıkan Kitaplarımız



➤ Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı 1,
Türk Nefroloji Derneği Yayını,
Editörler: Prof. Dr. Tekin AKPOLAT,
Prof. Dr. Cengiz UTAS,
2008, Samsun.



➤ Kronik Böbrek Hastaları İçin Eğitim Kitapçığı,
Düzenleyenler: Prof. Dr. İtir Yeğenağa, Yard. Doç.
Dr. Erkan Dervişoğlu, 2008,
Roche Müstahzarları Sanayi AŞ'nin katkılarıyla
basılmıştır. Bu kitapçık; Amerikan Ulusal Böbrek
Vakfı (NKF)'nın Hasta Eğitim Programı'ndan
yararlanılarak hazırlanmıştır.



➤ Klinik Diyaliz, dördüncü baskı,
Allen R. Nissenson, Richard N. Fine,
Çeviri Editörü: Prof. Dr. Emel Akoğlu,
Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2008.

Prof. Dr. İtir Yeğenağa, Yard. Doç. Dr. Erkan Dervişoğlu, Prof. Dr. Emel Akoğlu, Prof. Dr. Tekin Akpolat, Prof. Dr. Cengiz Utaş'a Türk Nefroloji Topluluğu'na yaptıkları katkılardan dolayı teşekkürlerimizi sunarız.

Renaliz

Derneklerimizde Görev Değişimleri

➤ Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin olağan genel kurulu 1 Kasım 2008 tarihinde toplandı. Yönetim Kurulu ve Denetim Kurulu raporları okunarak Yönetim Kurulu'nun ibrası sonrasında yapılan seçimlerle yeni Yönetim Kurulu oluşturuldu. Yeni Yönetim Kurulu'nun yaptığı görev dağılımı şu şekildedir: Dr. Şükrü SİNDEL (Başkan), Dr. Şehsuvar ERTÜRK (Başkan Yardımcısı), Dr. Ülver DERİCİ (Genel Sekreter), Dr. Yunus ERDEM (Sayman), Dr. Oktay Karatan (Üye), Dr. Çetin TURGAN (Üye), Dr. Şali Çağlar (Üye). Genel Kurul'da alınan karar gereği Dr. Enver HASANOĞLU da Onursal Başkan oldular.



➤ Türk Nefroloji Derneği

Türk Nefroloji dünyasında görev değişimi 20 Aralık 2008 tarihinde 145 üyenin katılımı ile İstanbul Dedeman Otel'i'nde gerçekleştirilmiştir. Genel Kurul toplantısı ardından yeni yönetim kurulumuz önceki başkanlarımız Sn. Kamil Serdengeçti ve Sn. Ekrem Erekin katılımları ile ilk toplantısını gerçekleştirmiş ve yönetim kurulu kendi içinde görev dağılımını yapmıştır

Başkan : Gültekin Süleymanlar
İkinci Başkan : Cengiz Utaş
Genel Sekreter : Turgay Arınsoy
Muhasip : Tevfik Ecder
Üyeler : Kenan Ateş
Taner Çamsarı
Bülent Altun



Türk Nefroloji Topluluğu olarak yeni yönetim kurulu üyelerine görevlerinde başarılar diler, görevlerini tamamlayanlara da teşekkürlerimizi sunarız.

Renaliz

Nefrolojide Yeterlilik Sınavı



➤ NESYK tarafından hazırlanan yıllık TND Nefroloji Yeterlilik Sınavlarının ilki Nefroloji uzmanları ve eğitimlerinin son altı ayındaki Nefroloji araştırma görevlilerinin katılımına açık olarak TND 25. Ulusal Kongresi sırasında 20 Kasım 2008'de Antalya'da yapılmıştır. Sınav katılan yedi adaydan beşi (Dr. Ramazan Daniş, Dr. Rüya Mutluay, Dr. Şehmus Özmen, Dr. Savaş Öztürk, Dr. Gülşah Şaşak) başarılı olup TND Nefroloji Yeterlilik Belgesi almaya hak kazanmışlardır. Ortalama başarı notunun 68,6 olduğu sınavda en yüksek not 81,9 olmuştur. Sınavın amacı, mahiyeti, koşulları ve sonuçları hakkında detaylı bilgi TND Web sitesinde (www.tsn.org.tr) mevcuttur.

Renaliz

Vefat

➤ İstanbul Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Tülay Turfanda uzun süredir mücadele ettiği hastalığı nedeniyle hakkın rahmetine kavuşmuştur.

Nefroloji Dünyasının ve ailesinin başı sağolsun.

Renaliz

Anadolu Böbrek Vakfı En İyi Poster Ödülü



25. ULUSAL NEFROLOJİ, HİPERTANSİYON, DİYALİZ VE TRANSPLANTASYON KONGRESİ, 19-23 KASIM 2008, Anadolu Böbrek Vakfı En İyi Poster Ödülü



"Peritübüler Kapiller ve Vasküler Makrofaj İnfiltrasyonu Mikrovasküler Destrüksiyon ile Korelasyon Gösterir ve C4d Negatif Akut Rejeksiyon Episodlarını Takiben Steroid Cevabını ve Renal Allograft Prognozunu Kötüleştirir" :

B.H. ÖZDEMİR, F.N. ÖZDEMİR, B. DEMİRHAN, H. KARAYAYLALI, M. HABERAL (Başkent Üniversitesi Patoloji, Nefroloji, Genel Cerrahi - Ankara).

Renaliz

ANADOLU BÖBREK VAKFI adına Sahibi ve Genel Yayın Yönetmeni Prof. Dr. Ayla SAN

Yayının Adı : Renaliz Gazetesi
Yayının Türü : Yerel, Süreli Yayın
Yayın Şekli : 3 Aylık Türkçe **Baskı Tarihi** : 16.01.2009

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü : Mutlu GÜRLER
Yayın İdare Merkezimiz : Emek 57. Sok. Köşe Apt. 9-1 ANKARA
Tel : 0312 213 98 80-213 53 85
Faks : 0312 213 79 02
e-mail : aylasan@anadolubv.org.tr, ayla.san@hotmail.com
www.anadolubv.org.tr

Web Sitesi Güncelleştirme : Adnan ŞENEL

Tasarım : **Hangar Marka İletişimi ve Reklam Hizmetleri**
Cevizlidere Mahallesi 7. Sokak 2/5 Balgat / ANKARA

Tel : 0312 472 07 90

Faks : 0312 472 00 58

www.hangarreklam.com

Baskı : **Öncü Basımevi**

Kazım Karabekir Cad. Ali Kabakçı İşhanı

No: 85/2 İskitler / ANKARA

Tel : 0312 384 31 20 (pbx)

Faks : 0312 384 31 19

www.uncubasimevi.com

Gazetemiz Basın İlkelerine Uymayı TAAHHÜT EDER.



TÜRK NEFROLOJİ DERNEĞİ BAŞKANI

Prof. Dr. Kamil Serdengeçti'nin Veda Konuşması



Türk Nefroloji Derneği'nde 1989 yılından başlayarak 1993-1995 arası iki yıllık dönem dışında sürekli olarak toplam 18 yıl süreyle Yönetim Kurulu'nda görev aldım. Son 8 yıldır da Yönetim Kurulu Başkanlığı'nı yürütmekteyim.

Artık görevi devretme zamanım geldi. Sizlere veda etmek istiyorum. Bunu insan doğası gereği biraz buruklukla aynı zamanda büyük bir kıvançla yapıyorum. Bu kıvançın nedenini TÜRK NEFROLOJİ DERNEĞİ FAALİYET ÖZETİ kitapçığı, en güzel biçimde açıklamaktadır.

Bu kitapçıkta yer alan ve son 8 yılda yönetim kurullarında görev alan değerli arkadaşlarımızla birlikte başardığımız işler, bizlerin "ayinemiz" olarak görülmelidir. Böyle bir ayneye de bana ve bu arkadaşlarıma birazcık mutluluk ve kıvanç hakkı verir diye düşünüyorum.

Kıvançımın bir diğer nedeni de, yalnızca yönetim kurulu üyesi arkadaşlarımızın değil, tüm genç üye arkadaşlarımızın da artık Türk Nefroloji Derneği'ne ve onun etkinliklerine sahip çıktıklarını gözlemleyişimdir. Türk Nefroloji Derneği'nin 8 şubesinde, 8 farklı çalışma grubunda, yıllık kış okulu organizasyonlarında, ulusal kayıt sistemi kurulunda, eğitim standardizasyon ve yeterlilik kurulunda, renal afet yardım gücünde, dergi ve yayın kurulunda, uluslararası bilimsel ilişkiler kurulunda, terim kolunda görev ve etkinlik yapma yarışı içine girmiş olan arkadaşlarımızın kaç yönetim kurulu üyesidir ki? Aynı şekilde, son 8 yılda ulusal kongrelerde 392 üst düzey bilimsel konuşmayı yapanların, kış okullarında her yıl iki gün süreyle ders verenlerin, Türk Nefroloji Derneği'nin ve çalışma gruplarının ve renal afet yardım gücünün düzenledikleri günü birlik toplantılarda, şubelerin düzenli toplantılarında konuşan ve ders verenlerin kaç yönetim kurulu üyesidir ki? Değerli Üyeler,

Turgay Arınsoy, Kenan Ateş, Tevfik Ecder, Gültekin Süleymanlar, Cengiz Utaş, Mehmet Emin Yılmaz ve benden oluşan son Yönetim Kurulunun 2005'te göreve gelişinden bu yana Türk Nefroloji Derneği'nin sürdürdüğü çeşitli faaliyetler TÜRK NEFROLOJİ DERNEĞİ FAALİYET ÖZETİ kitapçığında detaylı olarak sıralanmıştır.

Türk Nefroloji Derneği'ndeki 18 yıllık görev dönemimde tek amacım bilimsel ve eğitimsel etkinlikleri ile Türk Nefroloji Derneği'nin ulusal ve uluslararası alanda tanınmasına ve saygınlığa kavuşmasına elimden geldiğince katkı sağlamaya çalışmak ve bunu özellikle genç arkadaşlarımla el ele, onları gönüllendirerek, öne çıkartarak, sorumlulukları onlara vererek, onlarla birlikte yapmak oldu. Dernekte üstlendiğim tüm görevlerde kendimi hiç bir zaman bir makam ve mevki sahibi olarak görmedim. Tam tersine yükü giderek artan bir hadim, bir hizmetli olarak gördüm. Bunun karşılığında beklediğim Türk Nefrolojisi'nin ve Türk Nefroloji Derneğinin hak ettiği ulusal ve uluslararası saygınlığa kavuştuğunu görmektir. Bu

da bugün artık gerçekleşmiştir. Nasıl mutlu olmayayım, nasıl kıvanç duymayayım ki?

Türk Nefroloji Derneği, bugün artık şubeleri ve çalışma grupları örgütlenmesiyle en yüksek standartları yakalamış, yaygın, düzenli ve sürekli yurt içi bilimsel ve eğitimsel etkinlikleriyle; dergi, kitap ve CD yayınlarıyla; Türkiye'de ikinci bir örneği olmayan ulusal kayıt sistemiyle; renal afet yardım gücü ile; dünyada örnek gösterilen Dünya Böbrek Günü çalışmalarıyla; yürüttüğü dünyanın en geniş kapsamlı KBH prevalans çalışmasıyla; içerik açısından dopdolu web sitesiyle; bir tıp fakültesi sınıfını ancak dolduracak üye sayısına rağmen tıp alanında Türkiye'nin örnek ve marka derneği konumuna gelmiştir. Daha da önemlisi, etkinlikleri ve gerçekleştirdikleriyle dünyada da örnek gösterilen az sayıda ulusal nefroloji derneği arasında girmiştir. Simultan çeviriyle iki dilde yapılan kongrelerimizin duyuruları ve web sitesiyle, çanta içerikleriyle ve uluslararası kalitedeki teknik ve organizasyonel alt yapısıyla, uluslararası düzeyi yakalamış bilimsel içeriğiyle ve son 8 yılda 17 ülkeden 104 kişiyi bulan dünya çapındaki konuk konuşmacılarıyla dünyadaki belki de en kaliteli birkaç ulusal nefroloji kongresinden biri haline gelen bu kongrelere katılan tüm konuk bilim adamlarının ortak kanısıdır. Avrupa'daki en büyük diyaliz popülasyonlarından birinin verilerini 18 yıldır yansıtan Merkez Bazlı Ulusal Kayıt Sistemi kitapçıklarımız ve ERA-EDTA web sitesi ve USRDS'de yer alan Merkez Bazlı Kayıt Raporlarımız Avrupa'da ve dünyada bu konuyla ilgilenen herkes için vazgeçilmez kaynaklar haline gelmiştir. Türk Nefroloji Derneği renal afet yardım gücünün örgütlenmesi ve koordinasyonu ISN Konseyi'nde tüm dünyaya örnek gösterilmiştir. Son 8 yılda Türk Nefroloji Derneği'nin ev sahipliğinde gerçekleşen iki büyük uluslararası kongrenin, 2005 42. ERA-EDTA Kongresi ve 2008 12. ISPD Kongresinin bu derneklerin organizasyon, teknik alt yapı ve sosyal etkinlik açılarından bugüne kadarki en başarılı kongreleri olduğunu bizzat bu dernek yöneticileri ifade etmektedirler. ERA-EDTA 2011'den sonraki bir kongreyi bizim almamızı ısrarla önermekte ve ERA-EDTA Kongresi'nin başarısını çok iyi gözlemlemiş olan ISN de 2015 veya 2017 Dünya Nefroloji Kongresi'ne bizim talip olmamızı önermektedir. Bütün bunlar, Türk Nefroloji Derneği'nin ulusal bir nefroloji derneği olarak aynı zamanda bir dünya markası haline geldiğinin kanıtı değil midir?



Ben, ne kadar şanslıyım ki 2000 yılından beri birlikte çalıştığım dört yönetim kurulunu oluşturan, genç, dinamik ve birbirinden değerli arkadaşlarımızın hemen tümü benimle bu amaçları, bu beklentileri, bu görüş ve yaklaşımı yürekten paylaştılar. Kurulda belirli bir il veya bölgenin değil, tüm Türkiye'nin temsilcileri olarak, bir yandan Türk Nefroloji Derneği' nin Türkiye genelindeki bilimsel ve eğitimsel hizmetlerinin yaygınlaşması ve diğer yandan Türk Nefroloji Derneği'nin ve Türk Nefrolojisinin bugünkü Uluslararası saygın konumuna gelmesi için bir fikir ve iş üretme yarışını gerçek bir uyum içerisinde sürdürdüler. Her türlü kişisel hırs ve beklentiden arınmış olarak çalıştılar ve büyük bir özveri ile derneğimizin işlerini daima ön planda tuttular.

Gerek ben, gerekse sekiz yıldır birlikte çalıştığım arkadaşlarım derneği hiçbir konuda akıl ve bilim yolunun dışına çıkarmamaya



özen gösterdik. Türkiye için düşünmeye ve çalışmaya; parçalayıcı değil aklın, bilimin ve ülkemiz nefrolojisinin bilimsel menfaatlerinin doğrultu ve çerçevesinde birleştirici ve bütünleştirici olmaya; Derneği amacı olan bilimsel ve eğitimsel uğraşları dışında ve bilim dışındaki her şeyden uzak tutmaya gayret ettik ve bunda da başarılı olduk.

Böylesine dinamik ve yapıcı dört yönetim Kuruluna başkanlık etmek benim için gerçek bir onur oldu. Bunu huzurlarınızda belirtir ve bu kurullarda görev alan bütün arkadaşlarıma bir kez daha tek tek teşekkür ederim.

Bana gelince, 1989'dan bu yana iki yıl hariç yönetim kurullarının kesintisiz üyesi ve son 8 yıldır da Başkanı olarak Türk Nefroloji Derneği ve Türk Nefrolojisine hizmet ve katkılarımı burada tekrarlayacak değilim. Yalnızca üç olguyu hatırlatmakla yetineceğim: İlki, Türk Nefroloji Derneği ev sahipliğinde İstanbul'a alınması için 2001- 2003 arasında iki yıl boyunca savaş verdiğim ve başkanlığımda ERA-EDTA'nın o güne kadarki katılımcı ve bildiri rekorlarını kıran 42. İstanbul Kongresi. İkincisi, Türk Nefroloji Derneği'nin dünyada eriştiği ve kişisel olarak önemli katkılarım olduğuna inandığım saygınlığın bir yansıması olarak 2005 yılında, ISN'in 45 yıllık tarihinde ISN Konsey Üyeliği'ne seçilen ilk Türk oluşum. Üçüncüsü ise, 1995'te başlatılması ve bugüne kadar kesintisiz sürdürülmesinde en büyük katkırı yapmış bulunduğum ve 10 küsur yıllık birikmiş verinin, ön analizleri bile 20 bini aşkın diyaliz hastasında yaşam süresi ve etki eden faktörler hakkında dünyada ses getirecek bilgiler veren, önümüzdeki yıl online olarak ERA-EDTA Registry'sine entegre olma aşamasına gelmiş bulunan, hasta verisi bazlı Gerçek Ulusal Kayıt Sistemi.

Ayrıca, yönetim kurulundaki yıllarım boyunca ve başkanlığım süresince bütün diğer hizmetlerimin yanı sıra, yönetim kurullarında ortak hafıza ve ortak akla, sürekliliğe, bütünlüğe, itidale ve birleştiriciliğe yönelik çok önemli bir kilit görev de yapmış olduğum kanısındayım.

Dolayısıyla benim artık yönetimden ayrılacak ve dernek başkanlığı görevini devredecek oluşumun, kısa süreli de olsa dernek yönetiminde önemli bir geçiş, ve yeniden uyum dönemi yaratacağı kesindir. Bu nedenle önümüzdeki bu önemli geçiş döneminde, mevcut yönetim kurulu kadrosunun, sahip olduğu önemli yönetim ve iş deneyimi ve bilimsel ve etik hizmet anlayışı ile tam kadro olarak görev almasının derneğimiz için zorunlu olduğunu düşünmekteyim.

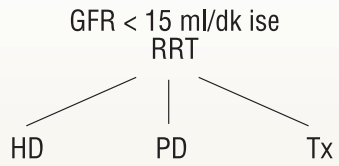
Sizlere, içine birazcık insani bir burukluk karışmış da olsa, yine de üstün gelen övünç, kıvanç ve mutluluk duygularıyla veda ediyorum. Türk Nefroloji Derneğini de bundan böyle siz değerli üyelerinin ortak akıl ve sağduyusuna emanet ediyorum. Bu ortak aklın ve sağduyunun, Türk Nefroloji Derneği'nin artık bir dünya markası haline geldiği günümüzde, Türk Nefroloji Derneği'nin gelecekte yalnızca ulusal alanda değil uluslararası alanda da çok daha ileri taşıyacak üst düzey temsil yeteneği ve deneyime sahip; işin gerçek ehli kimselerden oluşacak genç, dinamik ve özverili yeni yönetim kurullarını oluşturacağını biliyor ve bundan emin bulunuyorum.

Yeni Yılı'nızı şimdiden kutluyor, hepinizi Türk Nefroloji Derneği Başkanı sıfatıyla sevgiyle, saygıyla son bir kez daha selamlıyorum.





KDOQI: MDRD formülüne göre



Hastanın yaşamını idame ettirebilmesi için
DİYALİZ veya BÖBREK NAKLİ tedavileri zorunludur.

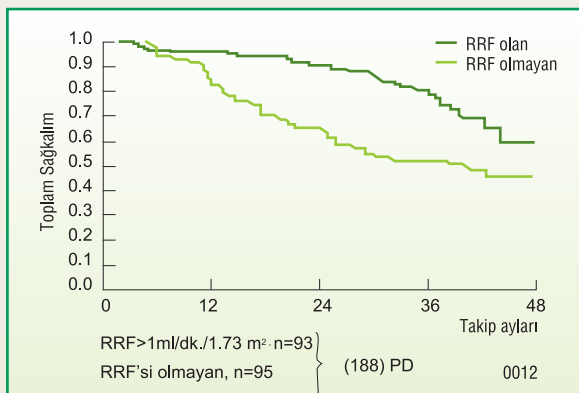
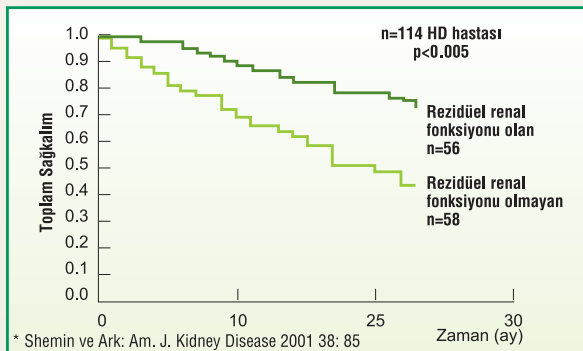
Bu tedavilerin her üçünde de en önemli ve yaşamsal
özellik hastaların kendi tedavilerine olan katkısının
vazgeçilmez olmasıdır. Hasta uyumu ve eğitimi
olmazsa bu tedavilerde başarı şansı hemen hemen
yok denecek kadar azdır.

İntegre Tedavi Kavramı

- Nefroloğa erken refere edilme
- Preemptif Tx'nun zorlanması
- Preemptif Tx şansı yok ise Ev Diyalizinin tercih edilmesi (özellikle PD)
- Sorun yaşandığında diğer modalitelere (HD, Tx) geçilmesi

Neden PD?

- Kolay Öğrenilebilir
- Kolay Uygulanabilir
- Kolay Ulaşılabılır
- Özgürlük



Neden PD? Neden Olmasın !!!

- Okula, işe daha rahat gidebilme imkanı
- Üniteye ulaşım probleminin olmaması
- Daha kolay seyahat edebilme imkanı
- Çocuklarda ve yaşlılarda uygulama kolaylığı
- Evde tedavi konforu (ev gibisi yok !!! J)
- Maliyetin azalması
 - PD yıllık maliyet: 23.702 YTL
 - HD Yıllık maliyet: 29.000 YTL
- AV Fistül gereksiniminin olmaması
- Hepatit riskinde azalma
- Biokimyasal parametrelerin daha iyi kontrolü
- Aneminin daha iyi kontrolü
- Eritropoetin ihtiyacının azalması
- Antikoagülasyon ihtiyacının olmaması
- Daha az diyet kısıtlaması
- Rezidüel Renal Fonksiyonun (RRF) korunması

RRF'nin Korunması

- HD ve PD'nde sağkalım olumlu olarak etkilenmektedir.

Tablo 2: rGFR'nin yaşam kalitesi ölçüleri üzerindeki anlamlı etkisi, n=413 PD hastası

Yaşam Kalitesi Ölçüleri	p-değeri
KD-QOL: SF-36	
Fiziksel Fonksiyon	0.0001
Canlılık	0.0001
Zihinsel Sağlık	0.0002
Sosyal Fonksiyon	0.003
Genel Sağlık	0.028
Vücut Ağrısı	0.031
KD-QOL: Hastalığa-Bağlı	
Semptomlar	0.0001
Uyku Bozuklukları	0.0001
Böbrek Hastalığının Günlük Yaşama Etkisi	0.0007

Temorshuizen ve ark. Am J Kidney Dis. 2003; 41:1293-1302

- RRF'nin kaybedilmesi PD'de daha yavaştır**
- Araştırmalar RRF'nin PD'de daha iyi korunduğunu göstermektedir.

1 ml/dk rGFR = 10lt/hafta peritoneal klirens

RRF'nin Korunmasının Getirdiği Yararlar

1) Sıvı dengesinde iyileşme

ESS volümünün
daha iyi kontrolü*

**Sodyum uzaklaştırılmasında artış

(10 mmol/24 st artış, ölüm riskinde %10 düşüş)

(100 ml/24 st sıvı artışı, ölüm riskinde %10 düşüş)

2) Kardiyovasküler morbiditede azalma

Kan basıncında düşüş

Sol Ventrikül Hipertrofisinde azalma

Anemide düzelme

3) Klirensde iyileşme

Küçük Solut Klirensinde Artış

Serum Fosforunun Daha İyi Kontrolü

B2 Microglobulin Klirensinde Artış

4) İnflamasyonda azalma

RRF (-)

İnflamasyon

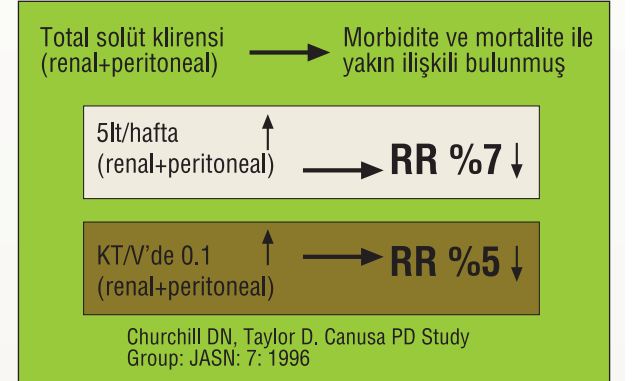
Kardiak Hipertrofi

5) Nutrisyonel durumda düzelme

6) Yaşam kalitesinde artış

7) Sağkalımda artış:

İlk CANUSA çalışmasında (1996)



CANUSA Çalışması (Renaliz 2001)



Peritoneal klirensde artış ile böyle bir ilişki (-)

ADEMEX Çalışması (2002)

• KT/V'nin belirli limitlerin üzerine çıkarılması yaşam süresini daha olumlu etkilememektedir

• NECOSAD çalışması (2003)



Her üç çalışmanın sonucu:

RRF, Peritoneal Klirensden Çok Daha Önemlidir
çalışması

ÖZET:

- RRF, peritoneal klirensden daha önemlidir.
- RRF'nin korunması sağkalıma olumlu katkılar sağlamaktadır.
- RRF'nin korunması için özen gösterilmelidir.

UYGUN HASTADA

Öncelikle Düşünülmeli Gereken
Tedavi Olmalı!

* Konings ve ark. NDT, 2003, 18:797-803

** Ates K: Kidney Intern. 2001;60:767-776



TÜRKİYE'DE PERİTON DİYALİZİNİN GELECEĞİ

25.Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi. 20 Kasım 2008, ANTALYA

Prof. Dr. Tekin AKPOLAT
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fak. Nefroloji B.D.

Ülkemizde periton diyalizinin geleceğini anlayabilmek için geçmişte yaşananları hatırlamamız gerekir. Bu konuşma yazısını hazırlarken 2008 yılında Kidney International'da yayınlanmış olan Periton Diyalizi özel sayısından çok yararlandım. Bu özel sayının ilk yazısının başlığı 'Geleceğe dönüş, sadece Hollywood'da olmaz (Back to the future: It does not only happen in Hollywood)'.

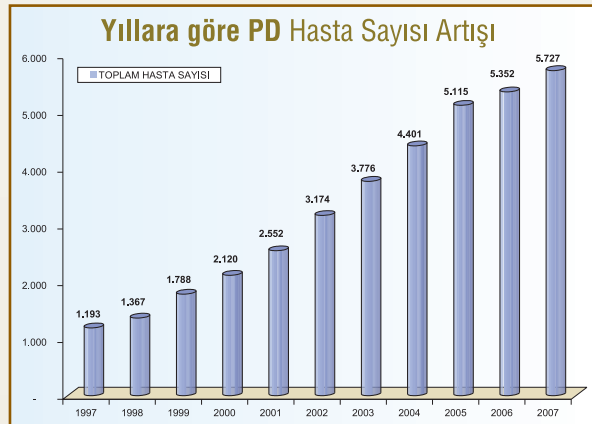
1959 yılına geri dönersek PD yeni bir tedavi şekli, ABY ve KBY olan birçok hastanın hayatını kurtarıyor ve yaşam süresini uzatıyor. O zaman basit ve kolay uygulanabilir olması nedeni ile en sık kullanılan diyaliz şekli.

1959-2008 döneminde, AVF bulununca HD hızla yol aldı, PD geride kaldı. Tenckhoff kateterinin bulunması ile birlikte PD yol almaya başladı. 2008 yılına geldiğimiz zaman PD binlerce KBH hastası için tedavi şekli ve ABY için bir seçenek.

Periton diyalizinin tarihçesine bakarsak;

- 1946 ABY'nde kullanıldı
- 1959 İntermittant PD uygulandı ve
- 1975 Moncrieff and Popovich SAPD tanımladı.
- Daha sonra Spike yöntemi, plastik torba Y set, APD, yeni solüsyonlar... gündeme geldi.

Ülkemizde PD ilk kez 1950'li yıllarda ABY'nde (İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Haseki Hastanesi) kullanıldı. 1968-1970 İntermittant PD (İstanbul Haseki Hastanesi) yapıldı. 1981-1982 cam şişeler ile SAPD (İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi) uygulandı. 1985 Plastik torba ile PD (Ankara Tıp) yapıldı. Daha sonra Y set, APD ve yeni solüsyonlar... gündeme geldi. Dünyada PD ile ilgili hangi olanak varsa bugün ülkemizde mevcuttur.



Periton diyalizinin mevcut durumunu özetlersek; PD, HD'e alternatif başarılı bir tedavi şeklidir (Son 5-10 yıldır) PD, HD kadar maliyet/etkinlik oranına sahip, hatta daha ekonomik bir tedavi şeklidir

Uzun yıllar sonra komplikasyonlar nedeni ile teknik başarısızlık ortaya çıkar ve hastalar tedavilerine son vermek zorunda kalabilirler

Yaşam süresi ilk 1-2 yılda hemodiyalizden daha iyidir, sonra eşitlenir

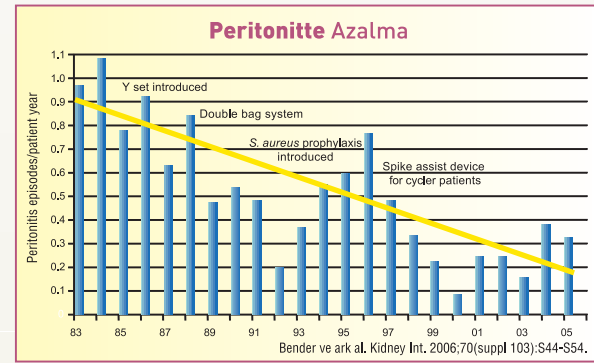
Başlıca teknik başarısızlık nedenleri peritonit, kateter zorlukları, rezidüel renal fonksiyonlarda azalma, periton hasarı ve sosyal

nedenlerdir. Ancak kateter, bağlantı sistemleri, solüsyonlar (yüksek glukoz, biyoyuysuz) ve peritonit gibi sorunlarda günümüzde büyük iyileşmeler vardır. Günümüzde peritonit sıklığı azalmış, hasta yaşam süresi artmıştır. Icodextrin (normal osmolalite, şeker yok, düşük GDP), aminoasit-gliserol solüsyonları, nötral pH-Düşük GDPl solüsyonlar ve daha iyi makineler (cycler) yakın dönemdeki önemli olaylardır.

2007 yılında Utaş tarafından yapılan maliyet araştırmasında periton diyalizinin toplam maliyetinin hemodiyalize göre yıllık 7935 YTL daha az olduğu gösterilmiştir.

	PD	HD
Diyaliz tedavisi	20695	21514
EPO	4214	9660
Demir	49	1169
P bağlayıcı	264	489
Vit D (oral)	108	40
Vit D (IV)	24	417
Toplam	25354	33289
Fark		+7935 YTL

2008 yılında Kidney International'da yayınlanmış olan Periton Diyalizi özel sayısındaki bazı makalelerden alıntılar



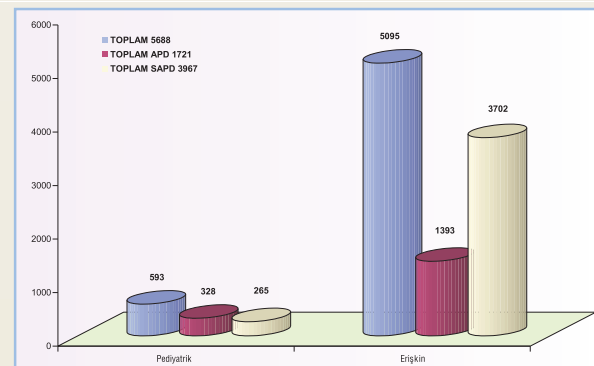
Kawanishi ve arkadaşları Kombine PD+HD tedavisi için potansiyel kullanım alanlarını incelemişler ve yetersiz diyaliz dozu, hipervolemi, hipoproteinemi, PD tatili ve HD'e bağlı (intermittan olması nedeni ile) kardiyovasküler sorunların uygun olabileceğini belirtmişlerdir.

Brown ve arkadaşları yaşlı insanlarda PDnin avantajlarını belirtmişlerdir. Yaşlı insanlarda sosyal sorunların fazla olması ve yalnız yaşayan yaşlı hastalar nedeni ile APD iyi bir seçenek olabilir. Hastaların kendilerine uygun tedaviyi seçmek için doğru bilgilendirilmeleri gerekir. Yaşlı insanların artması nedeni ile maliyet faktörüne daha fazla dikkat edilmelidir.

İlabaca-Avendañ'o ve arkadaşları hemodiyaliz olanağı olmayan bir hastanede acil servisteki 4 hasta ile ilgili deneyimlerini yazmışlardır. Acile başvuran genel durumu kritik hastalarda diyaliz endikasyonları hiperkalemi ve metabolik asidoz idi. Yatak başı kateter konarak APD uygulanmış ve hastalar başarı ile tedavi edilmiştir. Hepsisi APD ile tedavilerine devam etmişler.

Gabriel ve arkadaşları akut böbrek yetmezliğinde yüksek hacimli PD (Haftada 7 gün 24 saat, günlük 36-44 litre) ve hemodiyaliz tedavisini (Haftada 6 gün en az 3 saat)

Karşılaştırmışlar. Her 2 grupta da metabolik kontrol, mortalite ve böbrek fonksiyonlarının düzelmesi benzerdi. PD'de böbrek fonksiyonlarının düzelme süresi daha kısa idi. ABY tedavisinde, yüksek hacimli PD, Günlük HD'e iyi bir alternatiftir.



Pedersen ve arkadaşları çocuklarda konjenital kalp hastalığı cerrahisinde PD deneyimlerini yazmışlardır. Çocuklarda konjenital kalp hastalığı cerrahisinde ABY artmış mortalite ile ilişkilidir, PD'nin majör komplikasyonları azdır ve PD bu hastalarda kolay ve güvenilir diyaliz yöntemidir.

Maron ve arkadaşları PD ile rezidüel böbrek fonksiyonlarının daha iyi korunduğunu göstermişlerdir.

Kalp yetmezliği, metabolizma hastalıkları (üre siklus bozuklukları, organik asidemiler, aminoasit metabolizması bozuklukları), akut pankreatit, psöriazis, akut karaciğer yetmezliği, hipotermi ve hipertermi, zehirlenmeler ve multipl miyeloma PD'nin diğer potansiyel kullanım alanlarıdır. Özellikle tedaviye dirençli kalp yetmezliğinde PD iyi bir alternatif olabilir.

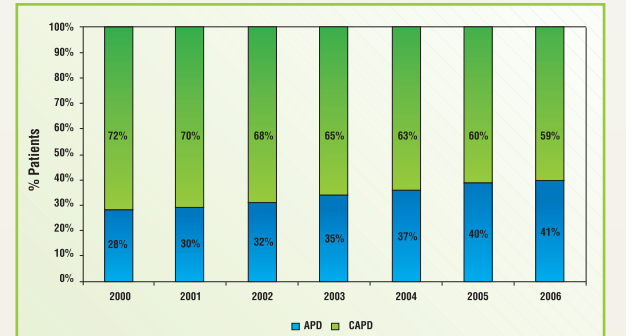
Gelecekte toplum yaşılanıyor, KBH sıklığı artıyor, şeker hastalığı artıyor, diyaliz tedavisi gören hasta sayısı artıyor, KBH tedavisinin Sağlık bütçelerine yükü artıyor ve hastalar tedavilerine daha fazla katkıda bulunmalı (maddi, hizmet...).

Gelecekte hastalarımız daha fazla yaşlı, daha fazla diyabetik olacaktır. PD teknolojisindeki gelişmeler nedeni ile daha fazla diyabetik ve yaşlı hastada PD mümkündür. Gelişmekte olan ülkelerdeki hastalarda fakirlik yaygın bir sorun. Fakirlik prognozla doğrudan ilgili değildir ve hasta eğitimi bu hastaların sorunlarını çözmek için çok yardımcıdır.

Periton diyalizinin dünyada geleceği ümit vericidir. Bağlantı setleri, makineler ve PD solüsyonlarındaki gelişmeler prognozda önemli iyileşmeler sağlamıştır. Yeni solüsyonlarla ilgili çalışmalar sürmektedir

Gelecekte neler olmalıdır:

- Rezidüel renal fonksiyonların daha uzun süre korunması
- Ciddi peritonitlerin önlenmesi ve tedavisi
- Ultrafiltrasyon kapasitesinin korunması
- Periton hasarının önlenmesi
- Serum P kontrolünde iyileşme
- Yeni kateterlerin geliştirilmesi
- Minimal komplikasyonla kateterlerin takılması, çıkarılması ve yerinin değiştirilmesi



- Yeni makine ve bağlantı sistemleri
- Küçük moleküllerin klirensinde artma
- Sistemik inflamasyonda azalma
- Lipidlerin kontrolünde iyileşme
- Kardiyovasküler mortalitede azalma.

Özet olarak periton diyalizi iyi bir alternatiftir, ekonomiktir, rezidüel böbrek fonksiyonlarını daha iyi korur ve ülkemizde yaygınlaştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

Kidney International 2008 Nisan, Ek 108.

Utaş C. The development of PD in Turkey. Perit Dial Int 2008; 28: 217-9.

Oreopoulos D, Thodis E, Paraskevas KI. The promising future of long-term peritoneal dialysis. Int Urol Nephrol 2008; 40: 405-10.

San A. Türk Nefroloji Tarihi 2002.

Utaş C. Diyaliz Uygulamalar_nda Maliyet Analizi. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 2007;16 (Ek 2) 73-76.

RAAS'IN İKİNCİ "A" SI GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE ALDOSTERON VE BÖBREK

Prof. Dr. Tefvik EJDER
İstanbul Üniversitesi
Nefroloji BD



Hipertansif Hastalarda Primer Aldosteronizm Sıklığı

"Kaiser Permanente Southern California Database"

Hipertansiyonu Olan 3640 Hasta

Primer Aldosteronizm (PA) Tanısı:
(1) Aldosteron / Renin (A / R) Oranı ≥ 50 veya
(2) A / R Oranı ≥ 30 ve Aldosteron ≥ 20

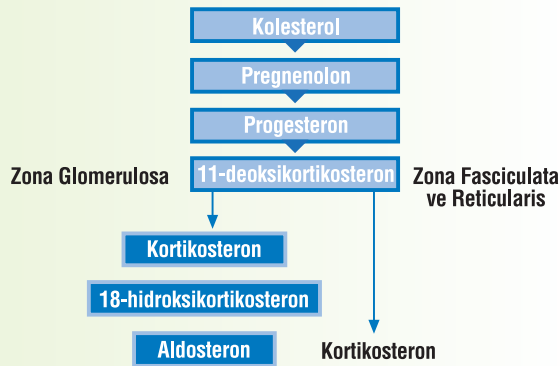
	Yaş	Antihipertansif İlaç Sayısı	Potasyum	GFR
PA (-)	55.7 ± 17.4	3.4 ± 2.1	4.1 ± 0.6	70.5 ± 30.1
PA (+)				23.9
P Değeri	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0.5857

Primer Aldosteronizm Prevalansı: %15

Rosenthal et al.; American Society of Nephrology Meeting, 2008



Aldosteron Sentezi



Primer Aldosteronizm

Adrenal Tümöre Bağlı Aldosteronizm

- Hipertansif hastaların ~%1'inde görülür.
- Kadınlarda, erkeklerden 2 kat daha sıktır.
- Genellikle 30 - 50 yaşlarında görülür.

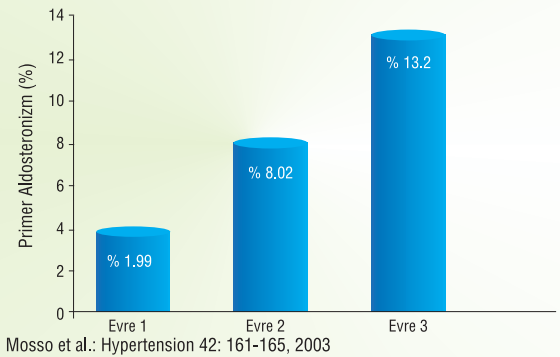


Primer Aldosteronizm

Adrenal Tümör Olmaksızın Aldosteronizm

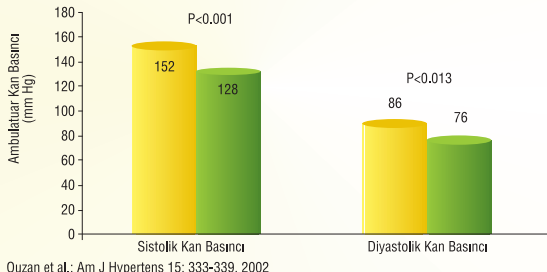
- Bilateral kortikal nodüler hiperplazi adı da verilir.
- Primer hiperaldosteronizm olgularının %80'ini oluşturur.
- Kullanılan kriterlere ve hasta popülasyonuna göre, hipertansif hastaların %10'unu oluşturur.

Primer Aldosteronizm ve Hipertansiyon Esansiyel Hipertansiyonu Olan 609 Hasta



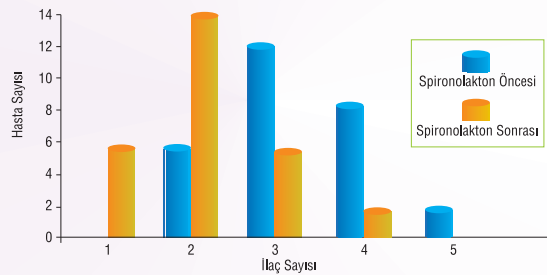
Mosso et al.; Hypertension 42: 161-165, 2003

Dirençli Hipertansiyonda Spironolakton Tedavisi Dirençli Hipertansiyonu Olan 25 Hasta 1 Ay Boyunca Spironolakton (1 mg/kg/gün) Tedavisi



Ouzan et al.; Am J Hypertens 15: 333-339, 2002

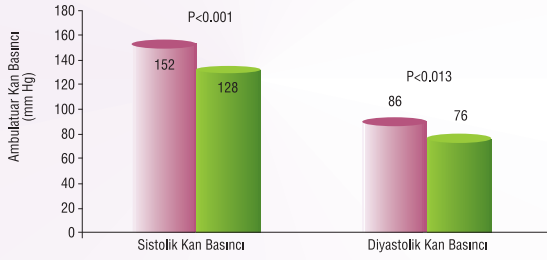
Dirençli Hipertansiyonda Spironolakton Tedavisi Dirençli Hipertansiyonu Olan 25 Hasta 3 Ay Boyunca Spironolakton (1 mg/kg/gün) Tedavisi



Ouzan et al.; Am J Hypertens 15: 333-339, 2002

Dirençli Hipertansiyonu Olan Hastalarda Spironolaktonun Etkisi

ASCOT (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial)
Çalışmasındaki Hastalar Arasında Spironolakton Kullanan 1411 Hasta



Ouzan et al.; Am J Hypertens 15: 333-339, 2002

2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension (ESH – ESC)

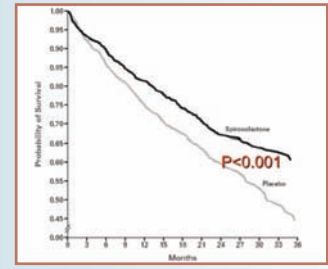
Dirençli Hipertansiyon

> Güncel gözlemsel çalışmalarda dirençli hipertansiyon hastalarında bir aldosteron antagonisti olan spironolaktonun çoklu ilaç tedavisine eklenmesiyle kan basıncında anlamlı derecede ek azalmalar sağlandığı gösterilmiştir.

> Spironolakton göreceli olarak düşük dozlarda uygulandığında (25 – 50 mg/gün) elde edilen ek antihipertansif yanıtın iyi olduğu bulunmuştur.

RALES (Randomized Aldactone Evaluation Study)

Primer Sonlanım Noktası: Tüm Nedenlere Bağlı Ölüm

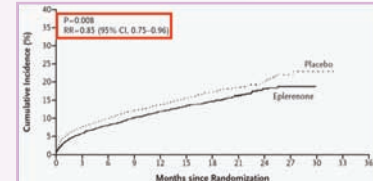


Pitt et al.; N Engl J Med 341: 709-717, 1999

EPHESUS

(Eplerenone Post-Acute Myocardial Infarction Heart Failure Efficacy and Survival Study)

Primer Sonlanım Noktası: Tüm Nedenlere Bağlı Ölüm



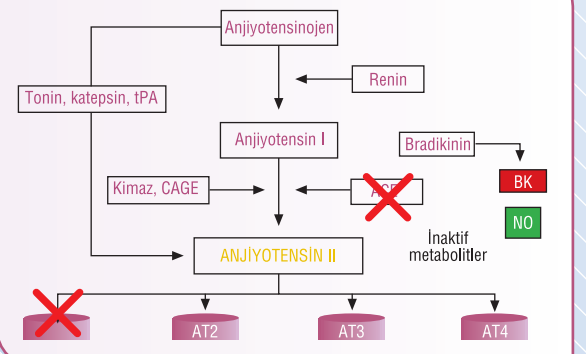
Pitt et al.; N Engl J Med 348: 1309-1321, 2003

Primer Sonlanım Noktası: Tüm Nedenlere Bağlı Ölüm

Tablo 6: Cevizli antihipertansif ilaçların kullanımı lehine olan kanıtlar			
Tiyazid diüretikleri	Beta-blokerler	Kalsiyum antagonistleri (dihidropiridin grubu)	Kalsiyum antagonistleri (verapamil-diltiazem)
• Lisele sistolik hipertansiyon (yüksek)	• Angina pectoris	• Lisele sistolik hipertansiyon (yüksek)	• Angina pectoris
• Kalp yetersizliği	• Miyokard infarktüsü sonrası	• Kalp yetersizliği	• Karotis aterosklerozu
• Şişah rhu hipertansiyon	• Kalp yetersizliği	• Tıjariyel infarktüsü	• Supraventriküler taşikardi
	• Glisemik	• Kalp yetersizliği	
	• Gebelik	• Kalp yetersizliği	
		• Şişah rhu hipertansiyon	
ACE inhibitörleri	Angiotensin reseptör antagonistleri	Diüretikler (azitidosteron)	Kalp diüretikleri
• Kalp yetersizliği	• Kalp yetersizliği	• Kalp yetersizliği	• Son dönem böbrek hastalığı
• LV disfonksiyonu	• Miyokard infarktüsü sonrası	• Miyokard infarktüsü sonrası	• Kalp yetersizliği
• Miyokard infarktüsü sonrası	• Diyabetik nefropati		
• Diyabetik olmayan nefropati	• Proteinüri / Mikroalbuminüri		
• LV hipertrofisi	• Atrial fibrilyasyon		
• Karotis aterosklerozu	• Metabolik sendrom		
• Proteinüri / Mikroalbuminüri	• ACE kullanıma bağlı ödem		
• Atrial fibrilyasyon			
• Metabolik sendrom			

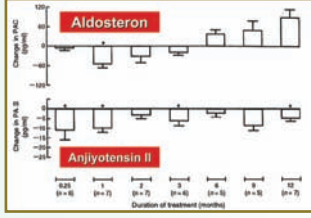
ACE: ACE inhibitörleri; LV: Sol ventrikül

Renin-Anjiyotensin Sistemi

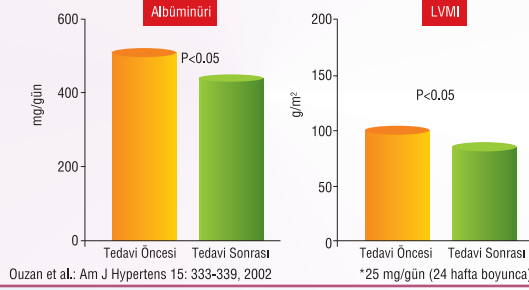


Aldosteron Kaçışı

Esansiyel hipertansiyon nedeniyle kaptopril tedavisi gören hastalar

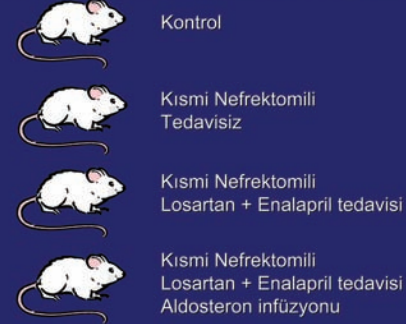


Staessen et al.: J Endocrinol 91:457-465, 1981

Aldosteron Kaçışı Olan Diyabetik Nefropatili Hastalarda Spironolakton* TedavisiOuzan et al.: Am J Hypertens 15: 333-339, 2002
*25 mg/gün (24 hafta boyunca)**Kronik Böbrek Hastalarında Spironolakton Tedavisi**

	Konvansiyonel Tedavi	Konvansiyonel Tedavi + Spironolakton (25 mg/gün)
Hasta sayısı	82	83
Yaş	54.4 ± 1.2	55.0 ± 1.2
Cins (Erkek / Kadın)	50 / 32	56 / 27
Sistolik KB (mm Hg)	131.6 ± 0.6	132.9 ± 0.8
Diastolik KB (mm Hg)	78.1 ± 0.4	78.5 ± 0.5
GFR (ml/dak/1.73 m ²)	62.2 ± 2.1	62.4 ± 2.4
Proteinüri (g/gün)	2.0 ± 0.07	2.1 ± 0.08
Basal aldosteron (pg/ml)	130.4 ± 6.5	134.7 ± 6.9
Antihipertansif tedavi		
ACEI	21	29
ARB	18	17
ACEI + ARB	43	37

Bianchi et al.: Kidney Int 70:2116-2123, 2006

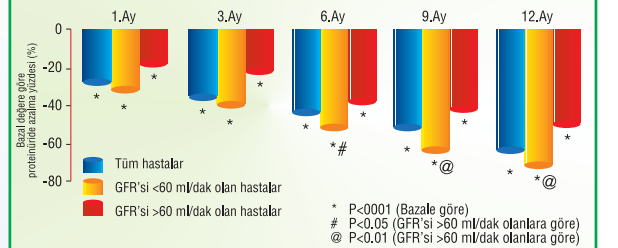
Aldosteron ve Böbrek Yetersizliği

Greene et al.: J Clin Invest 98:1063-1068, 1996

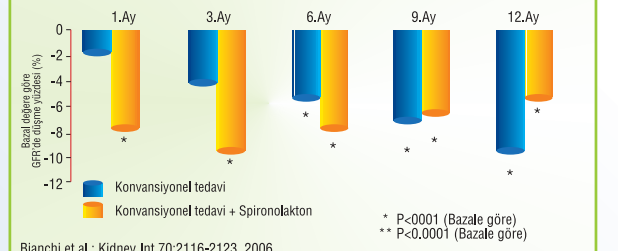
Kronik Böbrek Hastalığında Spironolakton Tedavisi

- Kronik böbrek hastalığı olan 32 hasta
Diyabetik nefropati: 17 IgA
nefropatisi: 10
FSGS: 3
Membranöz nefropati: 2
- En azından 10 ay boyunca ACE inhibitörü (trandolapril) kullanılmasına rağmen hastalarda sürekli proteinüri (0.5 g/gün) vardı.
- Tedaviye 12 hafta boyunca spironolakton (25 mg/gün) eklendi.

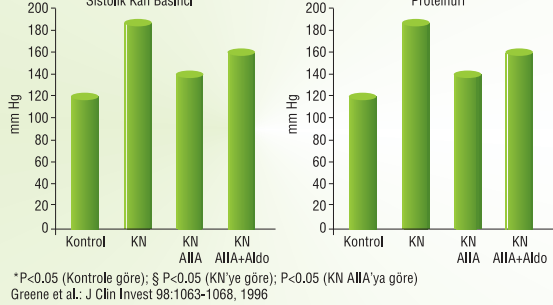
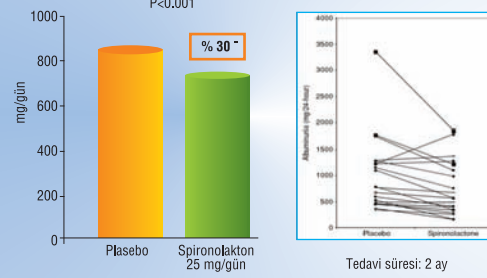
Sato et al.: Am J Hypertens 18:44-49, 2005

Kronik Böbrek Hastalarında Spironolakton Tedavisi

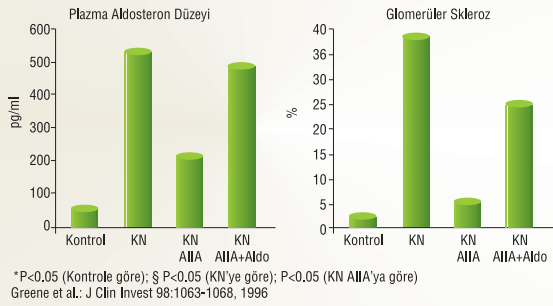
Bianchi et al.: Kidney Int 70:2116-2123, 2006

Kronik Böbrek Hastalarında Spironolakton Tedavisi

Bianchi et al.: Kidney Int 70:2116-2123, 2006

Aldosteron ve Böbrek Yetersizliği*P<0.05 (Kontrolle göre); § P<0.05 (KN'ye göre); P<0.05 (KN AIIA'ya göre)
Greene et al.: J Clin Invest 98:1063-1068, 1996**Tip 1 Diyabette Spironolakton Tedavisi**

Schjoedt et al.: Kidney Int 68:2829-2836, 2005

Aldosteron ve Böbrek Yetersizliği*P<0.05 (Kontrolle göre); § P<0.05 (KN'ye göre); P<0.05 (KN AIIA'ya göre)
Greene et al.: J Clin Invest 98:1063-1068, 1996**Diyabetik Nefropatide Aldosteron Kaçışı**

Diyabetik nefropati nedeniyle 40 hafta boyunca ACE inhibitörü (trandolapril) tedavisi gören 45 hasta

	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası
Sistolik KB (mm Hg)	150 ± 15	135 ± 9*
Diastolik KB (mm Hg)	89 ± 14	83 ± 10*
HbA1c	7.4 ± 0.4	7.1 ± 0.4
Kreatinin (mg/dl)	0.84 ± 0.25	0.89 ± 0.30
Albuminüri (g/gün)	389 ± 109	233 ± 89*
PRA (ng/ml/saat)	1.53 ± 1.00	3.52 ± 2.00*
Aldosteron (pg/ml)	83.7 ± 20.1	85.0 ± 18.4

Diyabetik Nefropatide Aldosteron Kaçışı

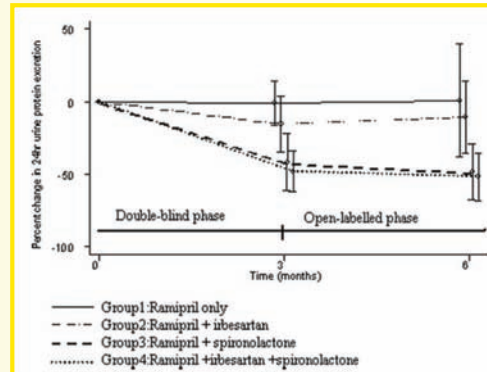
	KAÇIŞ (-)	KAÇIŞ (+)
Hasta sayısı (E/K)	27 (15/12)	18 (10/8)
Yaş	64 ± 12	64 ± 12
Sistolik KB (mm Hg)	136 ± 13	135 ± 12
Diastolik KB (mm Hg)	84 ± 11	83 ± 10
Na (mEq/L)	142.5 ± 1.8	142.3 ± 1.6
K (mEq/L)	4.1 ± 0.3	4.3 ± 0.2
Kreatinin (mg/dl)	0.88 ± 0.25	0.90 ± 0.20
Albuminüri (g/gün)	119 ± 95	368 ± 142*
PRA (ng/ml/saat)	3.98 ± 1.66	3.15 ± 1.58
Aldosteron (pg/ml)	53.2 ± 15.1	112.0 ± 18.7*
HbA1c	7.2 ± 0.4	7.1 ± 0.3

Sato et al.: Hypertension 41:64-68, 2003

Kronik Böbrek Hastalarında RAAS Blokajı

- Randomize, çift kör, plasebo kontrollü çalışma
- Kronik böbrek hastalığı olan 41 hasta
Diyabetik nefropati: 27
Glomerülonefrit: 11
İnterstiyel nefropati: 1 Diğer: 2
- Hastalar 4 gruba ayrıldı:
Grup 1: Ramipril (5 mg)
Grup 2: Ramipril (5 mg)+İrbesartan (150 mg)
Grup 3: Ramipril (5 mg)+Spironolakton(25 mg)
Grup 4: Ramipril (5 mg)+İrbesartan (150 mg) + Spironolakton (25 mg)
- Tedavi süresi: 3 ay

Chrysostomou et al.: Clin J Am Soc Nephrol 1:256-262, 2006

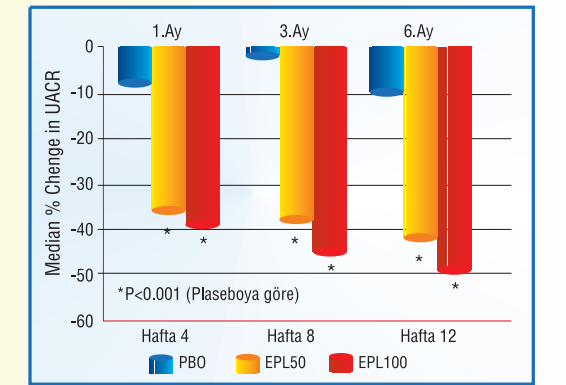
Kronik Böbrek Hastalarında RAAS Blokajı

Chrysostomou et al.: Clin J Am Soc Nephrol 1:256-262, 2006

Diyabetik Nefropatide Eplerenon Tedavisi

Tip 2 Diyabete Bağlı Nefropatisi Olan 268 Hasta

Enalapril 20 mg/gün + Plasebo GFR 74 ml/dak/1.73m ²	Enalapril 20 mg/gün + Eplerenon 50 mg/gün GFR 73 ml/dak/1.73m ²	Enalapril 20 mg/gün + Eplerenon 100 mg/gün GFR 75 ml/dak/1.73m ²
---	---	--



Epstein et al.: Clin J Am Soc Nephrol 1: 940-951, 2006

Aldosteron ve Glomerüler Hasar

	Kan Basıncı	Albuminüri	Podositlerde apoptoz
Kontrol	-	-	-
Aldosteron	-	-	-
Aldosteron + Eplerenon	-	-	-
Aldosteron + Amlodipin	-	-	-
Aldosteron + Telmisartan	-	-	-

Liang et al.: American Society of Nephrology Meeting, 2008

YENİ ÇALIŞMALAR IŞIĞINDA HİPERTANSİYON TEDAVİSİ

Dr. Yunus ERDEM
Hacettepe Tıp Fak.
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Nefroloji Ünitesi



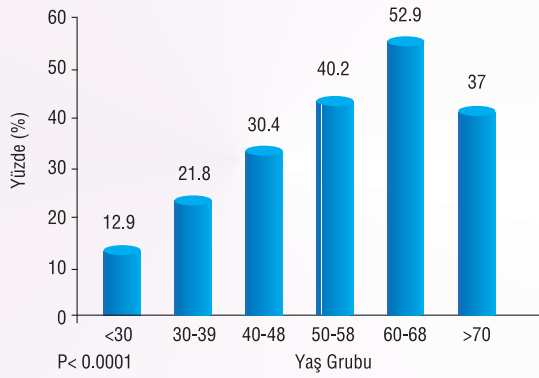
Türkiye'de Hipertansiyon

PatenT, 2003
Prevalence, awareness, treatment and
control of hypertension in Turkey

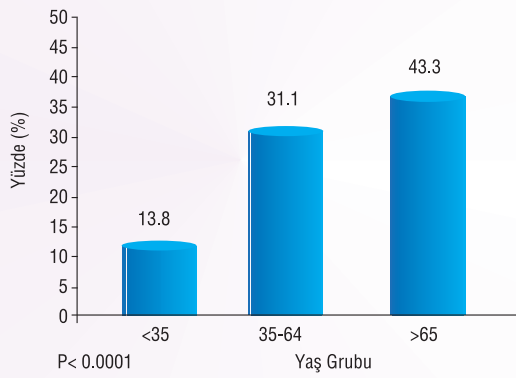


HinT, 2008
Hypertension incidence in Turkey

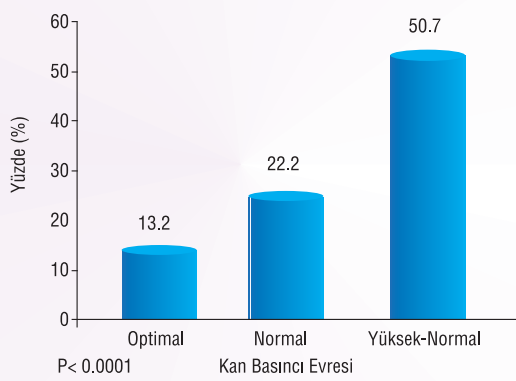
4 yıllık İnsidans Hızı Yaş



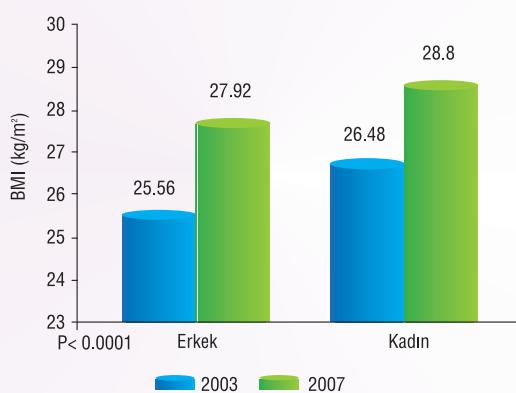
4 yıllık İnsidans Hızı Yaş



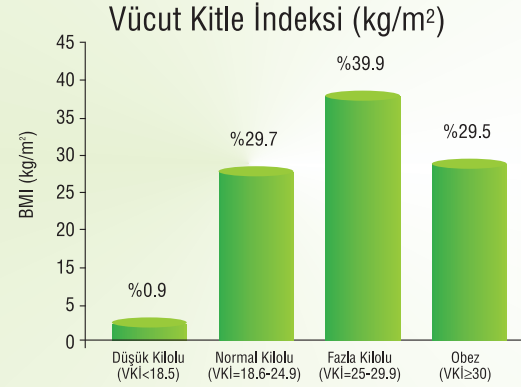
4 yıllık İnsidans Hızı Kan Basıncı



4 yılda Beden Kitle İndeksinde Değişim



Türk Toplumunda Tuz Tüketimi Çalışması SALTURK



Türk Toplumunda Tuz Tüketimi Çalışması SALTURK

Vücut Kitle İndeksi

	Cinsiyet	Sayı	Ortalama	SD
VKI (kg/m²)	Erkek	934	26.94	3.95
	Kadın	1003	28.49	5.96

Türk Toplumunda Tuz Tüketimi Çalışması SALTURK

NaCl Alımı

	Cinsiyet	Sayı	Ortalama	SD
NaCl Alımı (gr/gün)	Tüm Grup	1767	18.04	8.34
	Erkek	857	19.31	8.67
	Kadın	910	16.83	7.86

Türk Toplumunda Tuz Tüketimi Çalışması SALTURK

Cinsiyet&Kan Basıncı

	Cinsiyet	Sayı	Ortalama	SD
Sistolik KB (mmHg)	Erkek	931	134.13	17.00
	Kadın	1002	133.63	19.49
Diastolik KB (mmHg)	Erkek	931	82.69	11.86
	Kadın	1002	81.64	13.33

Türk Toplumunda Tuz Tüketimi Çalışması SALTURK

Hipertansiyon&NaCl Alımı (gr/gün)

	HT	Sayı	Ortalama	SD	Ortanca
NaCl Alımı (TA ≥ 140/90Hg)	HT var	622	18.08	8.01	16.64
	HT yok	1145	18.01	8.54	16.70

NaCl alımı p=0,853

Türk Toplumunda Tuz Tüketimi Çalışması SALTURK

Hipertansif Hastalar

Hipertansiyon Farkındalığı&Tuz Alımı (gram/gün)

	Sayı	Ortalama	SD
Evet	224	16.55	7.29
Hayır	395	18.91	8.28

P>0.001

Regresyon Analizi Sonuç (Analiz grubu 2)

Her 100 mEq/gün Sodyum Alımı
(~6 gr. Tuz) Kan Basıncında;

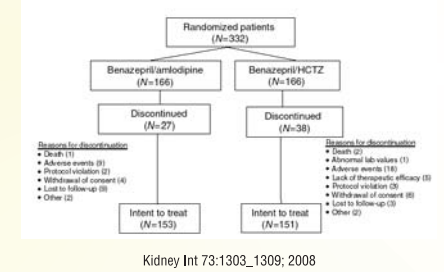
Sistolik KB → 8,2 mmHg ↑
Diastolik KB → 4,9 mmHg ↑

Değişik Ölçümlerde Hipertansiyon Tanımı İçin Kan Basıncı Eşik Değerleri

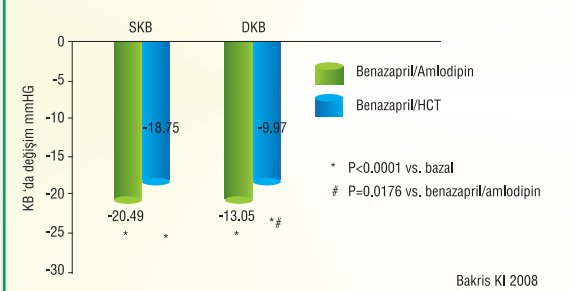
	Sistolik kan basıncı (mm Hg)	Diastolik kan basıncı (mm Hg)
Ofiste ya da klinikte	140	140
24 saatlik	125 _ 130	125 _ 130
Gündüz	130 _ 135	130 _ 135
Gece	120	120
Evde	130 _ 135	130 _ 135

GUARD

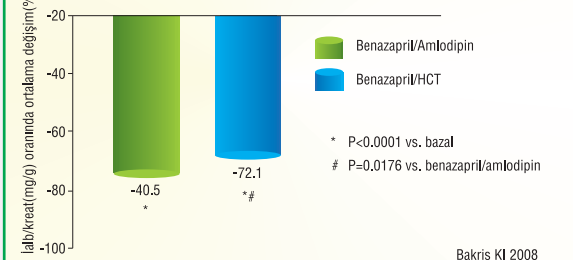
58 y, Tip 2 diyabetik KB: 150 / 88 mmHg
GFR (MDRD): 90 _ 92 İdrar alb/kreatinin: 57 - 64



Guard Mikroalbuminürde ACE/Diüretik ACE/KKB Karşılaştırması



Guard Mikroalbuminürde ACE/Diüretik ACE/KKB Karşılaştırması



Avoiding Cardiovascular Events through Combination Therapy in Patients Living with Systolic Hypertension (Sistolik Hipertansiyonla Yaşayan Hastalarda Kombinasyon Tedavisiyle Kardiyovasküler Olayların Önlenmesi)

ACCOMPLISH Araştırmacıları adına
Kenneth Jamerson¹, George L. Bakris², Bjorn Dahlöf³, Bertram Pitt¹,
Eric J. Velazquez⁴ ve Michael A. Weber⁵

Michigan Sağlık Sistemi Üniversitesi, Ann Arbor, MI¹;
Chicago Üniversitesi-Pritzker Tıp Fakültesi, Chicago, IL²;
Sahlgrenska Üniversitesi Hastanesi, Gothenburg, İsveç³;
Duke Üniversitesi Tıp Fakültesi, Durham, NC⁴;
SUNY Downstate Tıp Okulu, Brooklyn, NY⁵