



Sağlık, Eğitim, Araştırma
Merkezi

FİYATI: 15 TL

Anadolu Böbrek Vakfı Yayın Organı

Renaliz

34
ISSN 1305 - 8011

Yıl: 10, Sayı:34, 1 Temmuz 2009-1 Ekim 2009

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



Gazetemizin 10. Yelme Kutluyoruz.



Muhteşem Böbrekler



4. DÜNYA BÖBREK GÜNÜ'NÜN ANA KONUSU DİYABET 11 MART 2010



Bu Sayımızı Yazarken

Prof. Dr. Ayla SAN

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

Ü

ç ayda bir çıkarmakta olduğumuz Renaliz Gazetemizin bu sayısını yazarken, tatil dönemine rast geldiği için zorlandığımızı belirtmek isterim. Güncel konulara da bu sayımızda yer verdik. Her ay çıkan uluslararası dergilerin yayınlarının devam etmesi bize bu anlamda yardımcı olmuştur.

Bu sayıda gerek yurdumuzda, gerek uluslararası düzeyde emeği geçenlere de yer vermek, hemodiyalizin doğmasına neden olan kaybettiğimiz yabancı bilim adamlarını da gazetemiz aracılığıyla anmak istedim.

Diğer taraftan 2010 Dünya Böbrek Günü'nün ana konusunun diyabet olması bizler için çok önemliydi. Çünkü diyabet oldukça sık karşılaştığımız sorunların başında gelmektedir.

Transplantasyon alanında ise aynı anda farklı organların nakledilmeye başlanması dikkate değerdir. Geçtiğimiz sayıda böbrek-kalp transplantasyonu konusuna yer verdik. Bu sayıda ise pankreas-böbrek nakli konusuna değiniyoruz.

Türk Nefroloji Derneği'nin ürünü olan Kronik Böbrek Hastalığı epidemiyolojisi üzerine yapılan çalışmanın sonuçlarını sunma fırsatı bularak ülkemizdeki böbrek hastalığının bu konudaki gerçek değerlendirmeleri dile getirilmiştir.

Umarım bu sayımız da hepimizin beğenisini kazanacaktır.

11 Mart 2010 tarihinde 4.'sünü kutlayacağımız Dünya Böbrek Günü'nün konusu "Diyabet"tir. Daha önceki yıllarda sırasıyla şu temalar işlenmişti: "Böbrek Hastalıklarının Erken Teşhis ve Tedavisi" (9 Mart 2006), "Böbreklerimizizi Tanıyalım" (8 Mart 2007), "Olağanüstü Böbreklerin Her Gün 200 litre Sıvıyı Temizlemesi" (13 Mart 2008), "Tansiyonunuzu Kontrol Altında Tutuyor musunuz?" (12 Mart 2009).

Dünyada hızlı bir şekilde kronik böbrek yetmezliği artmakta ve bunun etiolojisinde rol oynayan faktörler de değişmektedir. 1980'lerde diyabet ve hipertansiyon üçüncü, dördüncü sıralardayken şimdi ise en başlara gelmiştir.

Ülkemizde de bu değerler hızlı bir şekilde artmaktadır. Örneğin: Türk Nefroloji Derneği'nin verilerine göre 1998'de; KBY olgularının etyolojik dağılımı: Kronik Glomerulonefrit: %25,7, Hipertansiyon-Nefroskleroz: %14,9, Diabetes Mellitus: %18,1 olarak görülürken 2007 yılına gelindiğinde: Diyabetes Mellitus: %27,7, Hipertansiyon: %23,1, Kronik Glomerulonefrit: %10,6'dır.

Eskiden pyelonefrit ön sırada idi, bunu takiben kronik glomerulonefrit geliyordu. Günümüzde ise pyelonefrit 5. sraya, glomerulonefritler ise 3. sraya düşmüştür. Yani böbrek hastalıklarından ziyade sistemik hastalıkların böbrek üzerindeki etkisi gittikçe artmaktadır. Bu konunun üzerinde önemle durulmasının esas amacı gittikçe artan hipertansiyon ve diyabet oranlarının vurgulanmasıdır.

12 Mart 2009'da Addis Ababa'dan Tokyo, Chicago ve Saray Bosna'ya kadar nefrologlar, tıp çalışanları, gönüllüler tarafından altı kıtadaki 100'ün üzerinde ülkede Dünya Böbrek Günü kutlanmıştır. www.worldkidneyday.org sitesinden fotoğraflara ulaşabilirsiniz. Bu sene de sayının daha da artacağına inanıyoruz.



18 - 22 November 2009 Rixos Şungate Hotel & Convention Center ANTALYA



26. ULUSAL NEFROLOJİ, HİPERTANSİYON, DİYALİZ VE TRANSPLANTASYON KONGRESİ 18. ULUSAL BÖBREK HASTALIKLARI, DİYALİZ VE TRANSPLANTASYON HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ 9. BANTAO KONGRESİ 19-22 KASIM 2009 / ANTALYA

Türk Nefroloji Derneği (TND)'nin 26. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi ile 9. BANTAO Kongresi 19-22 Kasım 2009 tarihleri arasında Antalya'nın Kemer-Beldibi beldesinde

ortak toplantı olarak yapılacaktır. Bu önemli bilimsel faaliyete nefroloji, hipertansiyon, diyaliz ve transplantasyon ile uğraşan bütün bilim insanları, hekimleri ve hemşireleri katılacaktır.

Devami 15. Sayfada...

Beni Türk Hekimlerine Emanet Ediniz.

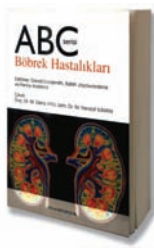


Yeni Çıkan Ulusal Yayınlarımız

**HİPERTANSİYON İLE YAŞAMAK:**

Prof. Dr. Nural Arık tarafından "Hipertansiyon ile Yaşamak" adlı hasta kitapçığının 11. baskısı yayınlanmıştır.

Prof. Dr. Nural Arık arkadaşımıza kitapçığının 11. baskısını da topluma ulaştırması için kutlarız.

**ABC of Kidney Disease (ABC Series)**

(Editörler: David Goldsmith, Satishkumar Abeythunge Jayawardene, Penny Ackland): ABC Serisi Böbrek Hastalıkları Kitabı'nın Doç. Dr. M. Deniz AYLI, Uzm. Dr. M. Nevzat İlman ve arkadaşları tarafından çevirisi yapılmıştır.

Kitap genel pratisyenler ve genç doktorlar için ideal pratik bir kaynak kitabıdır. Bu güzel çalışma için kendilerine teşekkür ederiz.

Nefroloji Yeterlilik Sınavı



Prof. Dr. Kenan Ateş başkanlığında 2. Türk Nefroloji Yeterlilik Sınavı 19 Kasım 2009 tarihinde Antalya'da yapılacaktır. Nefroloji uzmanları ile uzmanlık eğitim süresinin 2.5 yılını tamamlamış olan Nefroloji yan dal araştırma görevlilerinin katılabileceği sınav çoktan seçmeli test şeklinde yapılacaktır. Sınavla ilgili ayrıntıları Türk Nefroloji Derneği web sayfasında bulabilirsiniz.

Nefroloji Yeterlilik Sınavının İkincisini hazırlayan Prof. Dr. Kenan Ateş ve TMD Yetkililerine teşekkürler.

Renin Akademisi



Renin Sistemi hakkında farkındalığı artırmak amacıyla ilk olarak 2005 yılında kurulan Global Renin Akademisi'nin çalışmalarını örnek alınarak ABD, Kanada ve önemli Avrupa ülkeleri dahil dünyanın 15 farklı ülkesinde Ulusal Renin Akademileri kurulmuştur. RENIN AKADEMİSİ TÜRKİYE yoğun çalışmalar sonucunda, 15 Kasım 2008 tarihinde düzenlenen tanıtım toplantısı ile faaliyete geçmiştir.

Renin Akademisi Türkiye hakkındaki tüm gelişmeleri Renin Akademisi Türkiye'nin web sitesinden (<http://www.reninakademisi.com>) ulaşabilirsiniz.

Bilindiği üzere Hipertansiyon, gerek görülme sıklığı gerekse yarattığı morbidite ve mortalite oranları ile en tehlikeli kronik hastalıklar arasında ilk sırada yer almaktadır. Yapılan araştırmalarda ülkemizde de her 5 hastadan 4'ünde yeterli kan basıncı kontrolü sağlanamadığı ortaya çıkmıştır. Hastaların tansiyon olarak bilinen kan basınçlarının yükselmesinde RENIN SİSTEMİ'nin önemli bir yeri vardır. Bu sistem ve yüksek tansiyon vücudumuzdaki kalp,

böbrek, beyin ve göz gibi organlarda da hastalıklara ve hasara yol açar. Bu sistemi hedef alan ilaçlar bu gibi hastalıkları önleyici özelliklere sahiptir.

Renin Akademisi Türkiye Yürütme Kurulu'nun duyurusuna göre; Renin Akademisi Türkiye tarafından gerçekleştirilecek olan Proje Yarışması yapılacaktır.

Amacı eğitim, araştırma ve geliştirme alanlarında ülkemizde Renin Sistemi ile ilgili projeler üretmek ve bu konuda bilgi ve tecrübe paylaşımının sağlanacağı bir platform yaratmak olan Renin Akademisi Türkiye, bu amacı gerçekleştirmek için bir klinik araştırma yarışması düzenlemeyi planlamaktadır.

Konu Başlığı: Renin Sistemi - Uygulama alanı olan ve Yayınlanmaya uygun Proje Yarışması
Tarihler: 15 Eylül 2009: Son Başvuru Tarihi, 7 Kasım 2009: Ödül toplantısı

Bu proje yarışmasında sizlerin de projelerini görmek bizi mutlu edecektir. Bu yarışmaya katılımınız ülkemizde Renin sisteminin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacaktır. Tüm proje yarışması adaylarına şimdiden başarılar dileriz.

43. Avrupa Pediatrik Nefroloji Kongresi (European Society for Pediatric Nephrology, ESPN)



43. Avrupa Çocuk Nefroloji Kongresi (European Society for Pediatric Nephrology, ESPN) İngiltere'nin Birmingham şehrinde 2-5 Eylül 2009 tarihleri arasında gerçekleşti.

Beş yüz civarında katılımın olduğu kongrede, ev sahibi İngiltere'den sonra en yüksek katılımcı 50 bilim adamı ile Türkiye'den oldu. Türk bilim adamları; konferanslar, sözlü sunumlar, poster sunumları ve oturum başkanlıkları ile kongrede oldukça aktif görevler aldı. Türkiye'den



yoğun ve bilimsel düzeyi her yıl daha yükselen katılım diğer ülkelerden meslektaşlarımızın dikkatini çekmiş ve takdir edilmiştir.

2006-2009 yılları arasında ESPN Yönetim Kurulu Üyesi olan Prof. Dr. Ayfer Gür Güven; görevi sırasında özellikle "Pediatrik Nefroloji Eğitimi" koordinatörü olarak görevlendirilmişti. Son yapılan ESPN Genel Kurulu Toplantısı'nda bu koordinatörlük görevini 3 yıl daha sürdürmesi kabul edilmiştir. Prof. Dr. Rezan Topaloğlu, önümüzdeki 3 yıl için ESPN yönetim kurulu üyesi olarak seçilmiştir. Prof. Dr. Oğuz Söylemezoğlu, Dünya Çocuk Nefroloji Derneği'nde (IPNA), Avrupa'yı temsilen yönetim kurulu üyeliği için seçilmiştir.

Derneğin bilimsel çalışmalarının yanı sıra yönetim görevlerinde de ülkemizi başarı ile temsil edeceğine canı gönülden inanıyor, başarılarının devamını diliyoruz.

Renaliz

Akdeniz Üniversitesi'nin Yeni Bir Başarısı

**Akdeniz Üniversitesi Organ Nakli Merkezi, 10 Günde 9 Böbrek Nakli Yaparak Bu Alanda Önemli Bir Başarıya Daha İmza Attı**

Merkez Müdürü Prof. Dr. Gültekin Süleymanlar; "Çocuklarımızın parlayan gözlerini, dirilen vücutlarını görmek bizi çok mutlu ediyor. Yoğun çalışmalarımızın karşılığını bu şekilde almak bizim için mutluluk verici. Geçen yılın tamamında kadavra nakil sayısı 43 iken, 2009'un ilk 6 ayında bu rakam şimdiden 46'ya ulaştı." diye konuştu.

Böbrek Nakli Yapılan Çocuklar: Kadavradan Nakil Yapılanlar:

Zeynep Yılmaz - 5 yaşında, Muhammet Eren Yırtıcı: 4 yaşında, Betül Kaya: 14 yaşında, Çağrı Arıkan: 7 yaşında.

Canlı Vericiden Nakil Yapılanlar:

Mehmet Sinan Ertokuş: 11 yaşında, Ahmet Taştan: 14 yaşında, Türkan Cihan: 16 yaşında (annelerinden böbrek almışlardır), Cuma Yıldırım: 13 yaşında (akrabasından böbrek aldı), Halil İbrahim Tahtasız: 11 yaşında (ağabeyinden böbrek aldı).

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Çocuk Nefroloji Uzmanı Doç. Dr. Sema Akman, akraba evlilikleri konusunda uyarılarda bulunurken Doğu bölgelerinde nakil ihtiyacı sayısının daha yüksek olduğunu kaydetti. Akraba evliliği yapan kişilerde genetik böbrek hastalığı riski normal evliliklere göre ciddi oranda arttığını, genellikle ülkemizde akraba evliliklerinden dolayı çocuklarda genetik böbrek yetmezliği yaşandığını belirtti.

<http://www.milliyet.com.tr>, <http://www.medyantalya.com>

Akdeniz Üniversitesi Organ Nakli Ekibi'nin başarılarını kutluyor, daha pek çok ilklere imza atmalarını diliyoruz.

Renaliz

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** : 01.10.2009

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**
Konur 2 Sokak 57/4 Kızılay Çankaya / ANKARA

Tel : 0312 425 07 34

Faks : 0312 425 07 36

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.

Sağlıklı beslenme; sağlıklı yaşamın bir parçasıdır.



www.anadolubv.org.tr

1978 EDTA - EDTNA İSTANBUL KONGRESİ'NİN KISA ÖYKÜSÜ - ANILAR

1978'de Türkiye'de ilk kez büyük bir bilimsel kongre yapıldı. Bunun gerçekleşmesi, uzunca süren düşünsel ve bilimsel hazırlığa dayalı bir süreçtir. Kongrenin İstanbul'da yapılmasını teklif eden, başkanı olarak görev ve sorumluluk alan bir kişi olarak anılarımı, gözlemlerimi özetleyerek aktarmak istedim. Toplumumuz yazmaktan çok konuşmayı sever. Hâlbuki söz gider yazı kalır. André Gide'nin dediği gibi: "Anı yazmak ölümden bir şeyler kurtarmaktır."

Ülkemizde 1965'lere kadar Nefroloji alanında yapılmış ciddi bir bilimsel toplantı yoktur. Esasen "Nefroloji" kelimesi de pek bilinmiyordu. Akademik kurumlarda da ayrı bir bilim dalı değildi. Amerika'dan dönüşümden sonra 1965'te ilk kez bir bilimsel Nefroloji toplantısını, o zaman tek fakülte olan İstanbul Tıp Fakültesi'nin desteği ile Eczacıbaşı'nın Levent'teki tesislerinde tertitledim. Bu toplantı "Tedavi Kliniği Nefroloji Sempozyumu (13-14 Eylül 1965)" adıyla ve yabancı bilim adamlarının da (Prof. Dr. A. Brodsky, Prof. Dr. L.B Berman vb.) katılımıyla gerçekleştirildi. Çok ilgi ve beğeni toplayan bu etkinlik bana güven ve motivasyon sağlamıştı. Türk Nefroloji Derneği, 1970'te kuruluncaya kadar toplantıları; "Tedavi Kliniği Nefroloji Toplantıları veya Seminerleri" adıyla sürdürdüm. 1970-1976 yılları arasında ise etkinlikler Türk Nefroloji Derneği adına yapıldı. En az 3, bazen 6 yabancı bilim adamının katılımıyla gerçekleştirilen bu etkinliklerde yer alan misafirlerden aklıma gelenlerin bazıları; L. B. Berman, K.Thurau, A.Heidland, Dettli, P. Grunfeld, Blainey, J. P. Mery, E. Ritz, G. Chisholm, Hume. 1970-75 li yıllarda dış ülkelerde yapılan EDTA-EDTNA Toplantıları'na katılıyor, yakından izliyor ve inceliyordum. Artık bende bu kongreyi İstanbul'da tertipleme düşüncesi oluşmaya başlamıştı. Bu isteğimi Prof Dr. L. B. Berman ve Prof. Dr. K. Thurau'ya açtım. Olumlu karşıldılar ve de destek vereceklerini belirttiler (Prof. Dr. L. B.Berman Amerika'daki Nefroloji Fellow'luğum döneminde yanında çalıştığım şefim ve dostum, Profesör Thurau ise yine Amerika'da tanıştığım ve sık sık Türkiye'de tertilediğim toplantılara davet ettiğim çok saygın bir böbrek fizyologu idi.)

1975'te Floransa'daki ISN Toplantısı'ndan döndükten sonra EDTA Konseyi'ne, Türk Nefroloji Derneği olarak gelecek kongrelerden birinin İstanbul'da yapılmasını teklif eden mektubu yazdım. Yanıt olumlu idi ve teklifi değerlendireceklerini bildirdiler. Konseyde konu görüşülürken ilk soru şu olmuştur: "Türkiye bir Avrupa ülkesi midir?" Bu husus görüşülmüş, tartışılmış ve olumlu bir şekilde karara bağlanmıştır. İlk incelemelerden sonra 1978 kongresinin İstanbul'da toplanması onaylanmıştır. Bu nedenle 1976'dan itibaren 1978 kongresinin başkanı sıfatıyla EDTA Konseyi'ne dahil edilerek tüm toplantılarına katıldım.

ÜLKEDEKİ HAZIRLIKLARIMIZ;

İlk konu olarak kongrenin yeri ele alındı ve Taksim'deki "Atatürk Kültür Merkezi"ni uygun bulduk. Esasen başka bir yer de yoktu. Önce hükümetin izin ve desteği için başbakanlığa, (Sayın Süleyman Demirel'e) başvuruldu. Sayın Demirel'le bu konuda kişisel bir temasım olduğunu hatırlamıyorum ancak kuşkusuz bilgisi dahilinde ve onayı alınarak Devlet Bakanı Ali Şevki Erekin izniyle olumlu ve de tatminkar yanıt geldi (Ali Şevki Erekin



Prof. Dr. Ekrem Erekin ağabeyidir). Yanıtta kongre yeri olarak Atatürk Kültür Merkezi isteğimiz de kabul edilmişti. Kongrenin tüm teknik ve turistik organizasyonu işi için o yılların en deneyimli ve kaliteli kurumu olan VIP Turizm ile anlaşmaya varıldı. Şirketin Başkanı; Fethi Pirinççioğlu gerçekten canla başla konuyu Türkiye'nin bir onur sorunu gibi ele alarak üzerinde yoğunlaştı. Ayrıntılar ve özellikleri görmek için 1976 ve 1977'de Almanya

Prof. Dr. Kemal ÖNEN

ve Finlandiya'daki kongrelere bizlerle beraber katılarak her yönünü incelemiş, gerekli tüm bilgi ve sorunları kavramış olarak kongre çalışmalarını sürdürdü. Ben ve rahmetli Prof. Dr. Uğur Ülkü (kongre sekreteri) her hafta VIP Turizm'in ofisinde toplanıyor; gelişmeleri, sorunları gözden geçiriyor ve çözüm üretiyorduk. Bu arada EDTA Başkanı Prof Dr. Thaysen; hem 1976'da hem de 1978'de İstanbul'a gelerek hazırlıkları izlemiş ve çok moral vermişti.

Bütün bu yoğun heyecanlı çalışma ve girişimler sırasında tatsız iki olay da oldu: EDTA Konseyi'nce kongre kararlaştırılmış ve bütün hazırlıkların sürdüğü, birinci bildirim gönderildiği sırada ülkemizden bir tıbbi dernek (?) EDTA Konseyi'ne mektup yazarak, kongreyi organize etmeye talip olmak gibi hem garip hem batıl ve hem de yakışsız bir girişimde bulundu. Pek tabii bu girişim konseyce dikkate alınmadı ve bana biraz da kınayarak bildirildi. Ben, ne o derneğin başvurusunu yapanlara konuyu açtım ne de bir tarizde bulundum. Çünkü değmezdi.

İkinci üzücü olay da daha ciddi ve adeta sabote edici idi. Kongreye üç-dört ay kala ve ikinci bildirim de gönderilmesinden sonraki günlerden bir Cumartesi sabahı Atatürk Kültür Merkezi'ne hazırlıklar bakımından gitmiştim. Merkezin müdürü olan zat; genel müdürlüğün ve/veya bakanlığın, bu binayı kongreye tahsis etmekten vazgeçmiş olduğuna dair bir karar aldığını söylemez mi? Beynimden vurulmuşa döndüm. Büyük bir moral bozukluğu



ve sıkıntı içinde eve gittim. Sınıf arkadaşım ve Başbakan Yardımcısı Rahmetli Dr. Faruk Sükan'a telefonla ulaştım. Faruk Sükan'ın esasen kongreden bilgisi vardı. Durumu ilettim, hayret etti ve çok kızdı: "Olamaz böyle şey Kemalciğim! Pazartesi sabahı bakanlıktaki odamda ol." deyince biraz rahatladım. Pazartesi sabahı bakanlıkta Faruk Sükan'ın odasında idim. Biraz sonra Kültür Bakanı Rahmetli Ahmet Taner Kışlalı da geldi. Aslı astarı olmayan bu olaya ilişkin olarak hemen telefonlar işledi, yazılar yazıldı ve konu bitti.

Kongre, Cumhurbaşkanı Fahri Korutürk'ün himayesinde 4-7 Haziran 1978, saat 17.00'de açıldı. Önce EDTA Başkanı Prof. Dr Thaysen, sonra İstanbul kongresi başkanı sıfatıyla ben açılış konuşmalarımızı yaptık. Ardından hükümet adına Faruk Sükan, Başbakan Bülent Ecevit'in başarı temennilerini de içeren konuşmasını yaptı ve sonra Cumhurbaşkanı adına sanıyorem özel kalem müdürü mesajını okudu. Ayrıca açılışta İstanbul Senfoni Orkestrası bir konser sundu ve tören tamamlandıktan sonra Sheraton Oteli'nde görkemli ve zengin bir açılış kokteyli yapıldı.



Kongreye katılım, çoğu yabancı olmak üzere 1500'ü aşkındı. 1978 yılında Türkiye için bu sayı gerçekten yüksek, hatta rekordu. Esasen iki yıl önceki Almanya ve 1 yıl önceki Finlandiya (Helsinki) Kongreleri'ne de katılım 1500-2000 arasında idi. Kongrenin ikinci günü hükümet adına Faruk Sükan; Marmara Oteli'nde bir resepsiyon verdi. Üçüncü akşam ise Hilton'daki görkemli gala gecesi; Nühket



Duru'nun çok güzel bir programı ile sürdü. Kongrenin bilimsel oturumları biri büyük ve ikisi küçük olmak üzere üç salonda düzenli ve başarılı bir şekilde sürdü. Serbest bildirimler, poster takdimleri, yuvarlak masa tartışmaları, davetli konuşmacıların konferansları programı dolduruyordu.

Kongre bildirimleri özet bir kitap olarak ve serbest bildirimler kongre kitabı (proceedings'i) şeklinde yayınlandı.

Bu kongrenin ülkemiz ve Türk Nefrolojisi bakımından önemli gördüğüm sonuçları ve getirileri ise bana göre;

1) Esasen pek kısıtlı sayıda olan Nefroloji camiamız ve ilgili meslektaşlarımız için Nefrolojiye yönelik ilgi, eğilim, katılım ve bu alanda bilimsel çalışma için önemli bir motivasyon olmuştur.

2) Büyük uluslararası kongreler yapmak için cesaret verici bir örnek oldu. Nitekim izleyen yıllarda bu tür toplantılar giderek artan bir yoğunlukla gelişmiş ve çoğalmıştır.

3) Ülkemiz, ulusumuz ve tıp toplumumuz uluslararası bilim arenasında; çabası, gelişme azmi ve bir ölçüde bilimsel düzeyi ile olumlu not almış ve çağdaş bir toplum görüntüsünü ortaya koymuştur.

4) Bu kongrenin bıraktığı olumlu izlenimler daha sonraki yıllarda benzer toplantıların yoğunlukla sürüp artmasına ve de bu kongreye katılmış bazı nefrologların da içinde yer aldığı 2005'teki İstanbul ERA Kongresi'ne bir ölçüde dayanak ve güven kaynağı olmuştur diye düşünüyorum.

Çok yorulduğum bu üç yıl süresince, Bir arkadaşımın dediği gibi bu bir "Single man show (Yalnız Adamın Gösterisi)" gibiydi ama herşeye değdi.

'Bu münasebetle kongrenin tertip ve gerçekleşmesinde emekleri geçen, başta Rahmetli Uğur Ülkü olmak üzere maddi ve özellikle moral destekleri nedeniyle kongre tertip heyetimize teşekkür borçluyum. Tertip komitesinde yer alanlar; Başkan: Kemal Önen, sekreter: Uğur Ülkü, Üyeler: Ekrem Şerif Egeli, Reşat Garan, Osman Barlas, Necdet Koçak, Faik Tanman, Ali Gürçay, Müştak Özuer, Şalî Çağlar, Fahir Göksel, Ekrem Erekin idiler.

Tüm klinik Nefroloji uygulamalarını büyük başarı ile gerçekleştiren, uluslararası Nefroloji arenasına araştırmaları girecek düzeye gelmiş bulunan Türk Nefrolojisi'ni görerek o yıllar ve izleyen yıllardaki çabaların boşa gitmemesinden dolayı mutlu oluyorum ve gurur duyuyorum.

Not: Türk Nefroloji Derneği Başkanı; Ord. Prof. Dr. Ekrem Şerif Egeli idi. Ekrem Şerif Hocam bu görevi üstlendiği 1970 yılından itibaren her şeyi genel sekreteri olarak bana bırakmış, bana güvenmiş, kongre girişimimi desteklemiş ve moral desteği vermişti. Yoğun işleri ve sorunları (mesleki-idari-kişisel) nedeniyle fiilen derneğin bilimsel etkinliklerine katılmamıştır. Nitekim kongre başkanlığı için dahi beni uygun gördü. Rahmetli hocamı saygıyla anıyorum.



Kronik Böbrek Hastalığı Üzerine Epidemiyolojik Bir Araştırma

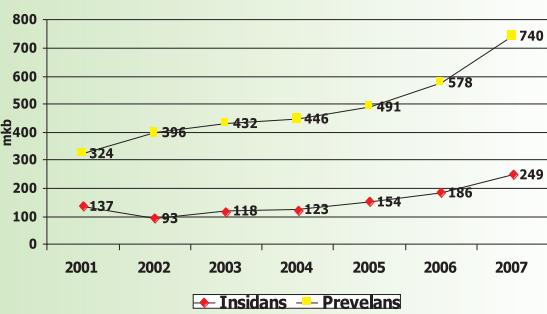
Prof. Dr. Gültekin Süleymanlar

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) temel bir halk sağlığı problemi olarak giderek artmaktadır.

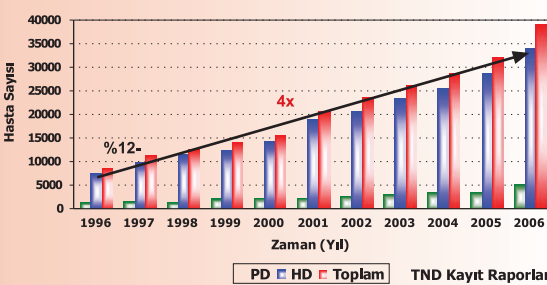
Son Dönem Böbrek Hastalığı'ndaki (SDBH) dikkat çekici artışın Türkiye'de Renal Replasman Tedavisini gerektirdiği on 15 yıldan fazla bir zamandır gözlenmektedir.

Nefroloji ve RRT alanlarında önemli gelişmeler vardır. Ülke çapındaki epidemiyolojik çalışma (CREDIT) KBH'nin Türkiye'deki gerçek yüzünü anlamamızı sağlamıştır.

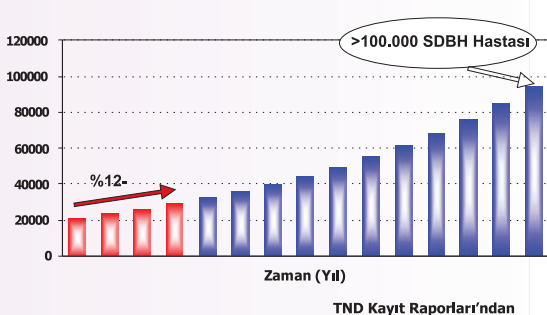
Türkiye'de SDBH'nin İnsidansı ve Prevelansı (mkb (milyon kişi başına)/ yılda)



Diyalize İhtiyaç Duyan SDBH Hastalarının Prevelans Oranları ve Ortalama Yıllık Değişiklik (%), 1996-2006



Gelecek 10 Yıl İçin RRT'ye İhtiyaç Duyan SDBH Hasta Oranları

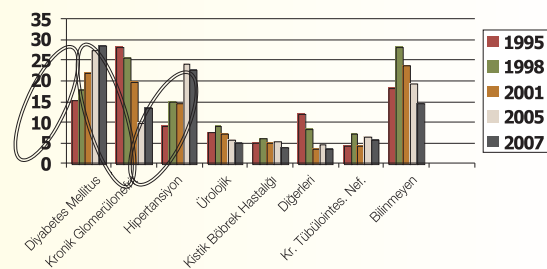


TÜRKİYE'DE
Kronik Renal Hastalık
? ----- > CREDIT

Birincil Amaç:

Türkiye genel nüfusundaki aşağıdaki kronik böbrek hastalığı (KBH) gruplarını ve yaygınlığı belirlemek:

Türkiye'de SDBH Tanısının Gelişen Yüzü



ESRD – Ekonomik Yükü (Yıllık Maliyeti)

ABD	HD:	52,000 \$	USRDS 1999, Xue at al. JASN, 2003
	PD:	45,000 \$	
	Trans.:	18,000 \$	

1997'de RRT'nin Toplam Maliyeti	14,2 milyar \$
2010'da RRT'nin Toplam Maliyeti	28,3 milyar \$

TÜRKİYE	HD:	22,759 \$	Erek E. NDT 2004
	PD:	22,350 \$	
	Tx:	1. yıl: 23,393 \$ 2. yıl: 10,028 \$	

2006'da RRT'nin Toplam Maliyeti :	1,218,650,000 \$
2016'da RRT'nin Toplam Maliyeti :	~ 2,5 milyar \$

Türkiye Geneli
Cinsiyet
Yaş Grupları
Coğrafi Bölgeler

İkincil Amaç:

Türkiye genelinde aşağıdaki KBH komorbiditelerini ve prevalanslarını algılamak:

Hipertansiyon
Diyabetes mellitus
Obezite
Metabolik sendrom
Hiperlipidemi
Hiperürisemi

Türkiye'de Kronik Böbrek Hastalığı (CREDIT) KONULAR VE METODLAR

Örnek Ölçüt

Bu çalışmanın içerdiği konuların toplam sayısı 10'872 idi.

Örneklem Yöntemleri

- Sınıflar ve Kota ile Küme Örneklemesi:

Sınıflar:

- Coğrafi Bölgeler
- İl
- Kentsel / Kırsal

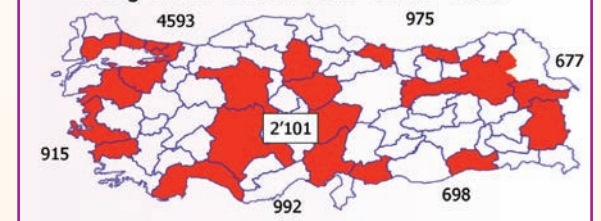
Kota

- Cinsiyet
- Yaş Grupları
- Her haneden edinilen konuların sayısı

Saha Çalışmaları

Her saha ekibi önceden belirlenen listelere göre kümeleri (cadde ve köyleri) ziyaret etti. Konular bireysel kümelerin yaş ve cinsiyet kotasına

Bölgeleri Temsil Eden Örnek Ölçüt



göre seçilmiştir.

Her birey için aşağıdaki parametreler elde edilmiştir;

- Sağlık geçmişi vs. içeren detaylı anket.
- Boy ve kilo ölçüleri
- Bel ve kalça çevresi ölçümleri
- Tansiyon ölçümleri

Her bireyden kan ve idrar örneklerinin toplanması

Laboratuvar Ölçümleri-1

Kronik Böbrek Hastalığı'na (KBH) Tanı Koymak İçin:

- Serum Kreatinin Seviyesi: JAFFE MOD-PICRATE Abbott (ARCHITECT C 8000)
- Spot İdrardaki Kreatinin: JAFFE GEN.2 Roche (COBAS INTEGRA 400 PLUS)
- Spot İdrardaki Albumin: TURBIDOMETRIC Roche (COBAS INTEGRA 400 PLUS)
- Komple İdrar Tahlili

Laboratuvar Ölçümleri-2

Ko-morbid Durumların Tanısını Değerlendirmek İçin:

- Açlık Kan Şekeri
- Lipid paneli (toplam kolesterol, LDL-kolesterol, HDL-kolesterol ve trigliserid)
- Serum Ürik Asit Düzeyi

Kronik Böbrek Hastalığı'nın Tanımı

Düşük Glomerüler Filtrasyon Hızı (GFR)Yani < 60 mL/dk./1.73 m² ve/veya

Serum Kreatinine Dayalı Tahmini GFR

Kısa MDRD Denklemi	GFR(mL · dk-1 / 1.73 m ²)=186x(Scr)-1.154x (Yaş)-0.203 x (bayansa 0.742)x(zenci ise 1.210)
CCr kreatinin klirens; MDRD, Renal Hastalıkta Diyet Modifikasyonu; ve Scr, Serum Kreatinin (mg/dL.), k: Sabit	
Yaş: yıl, Kilo: kg.	

Böbrek hasarı varlığı

Mikroalbuminüri (Sabahki Spot İdrarda albumin/kreatinin)

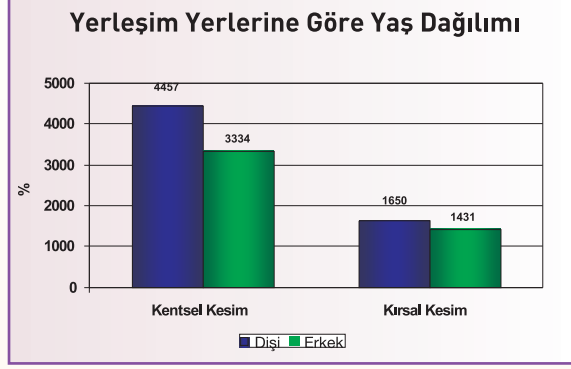
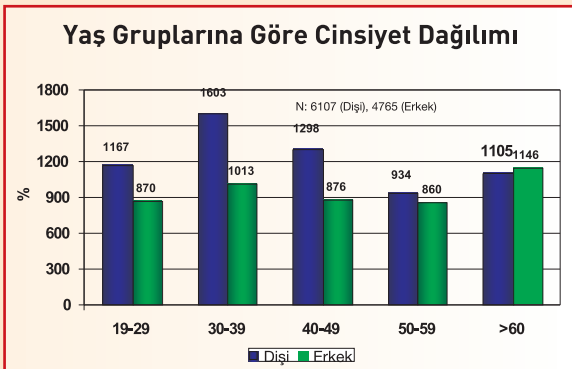
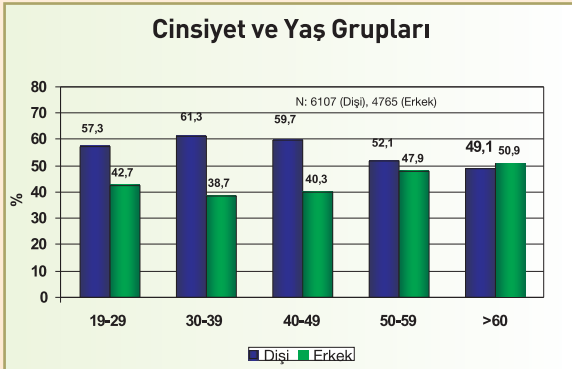
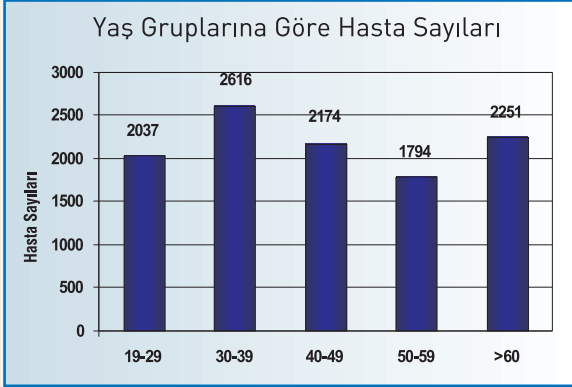
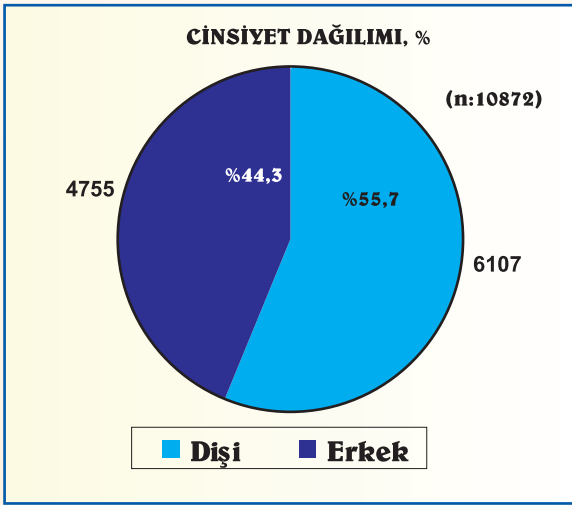
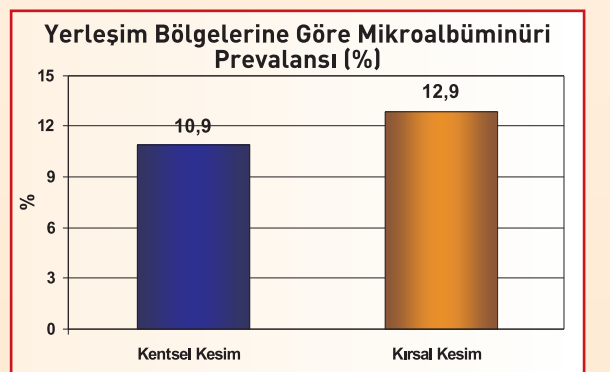
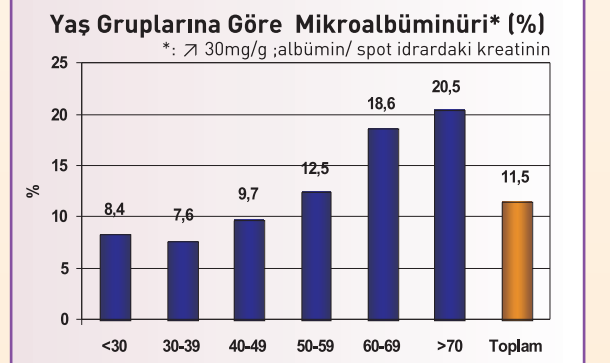
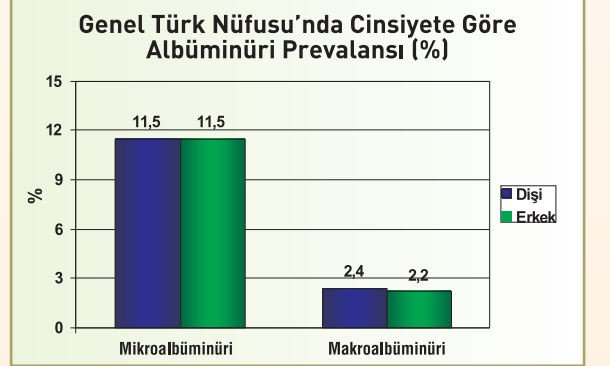
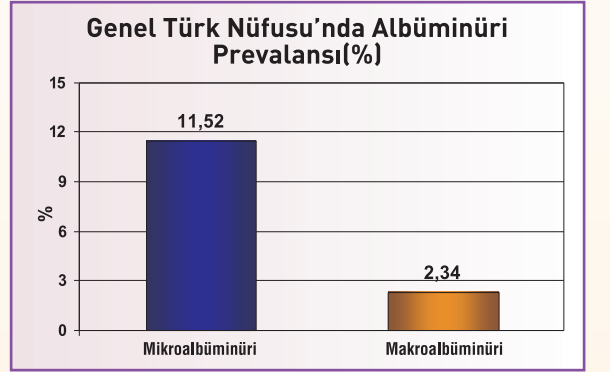
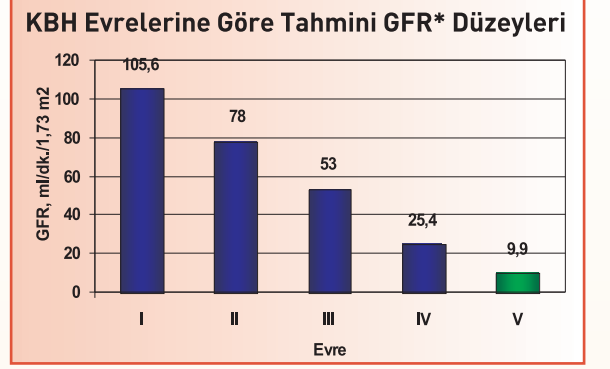
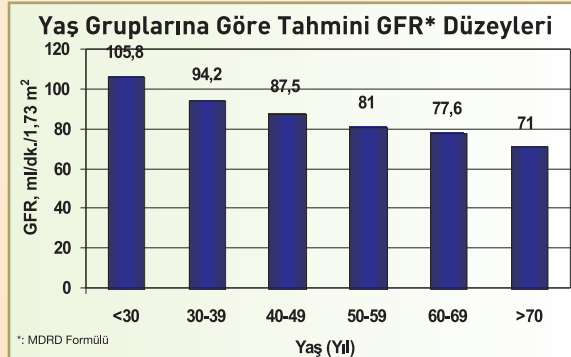
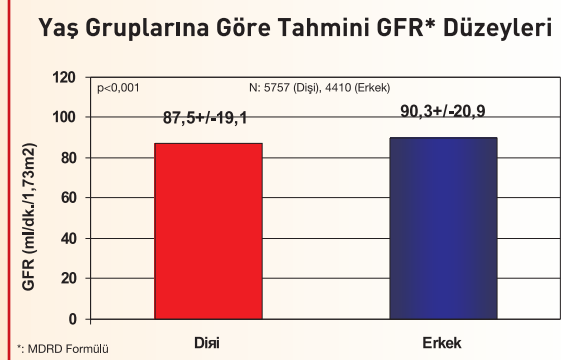
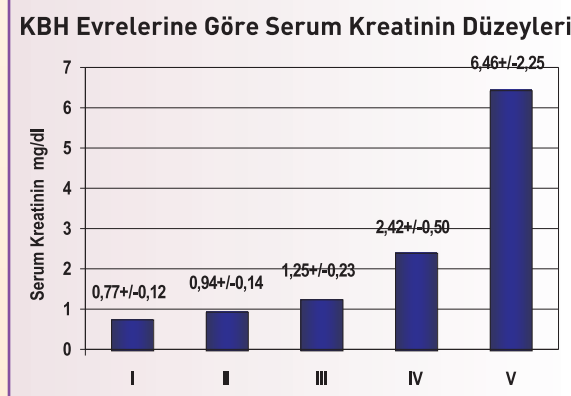
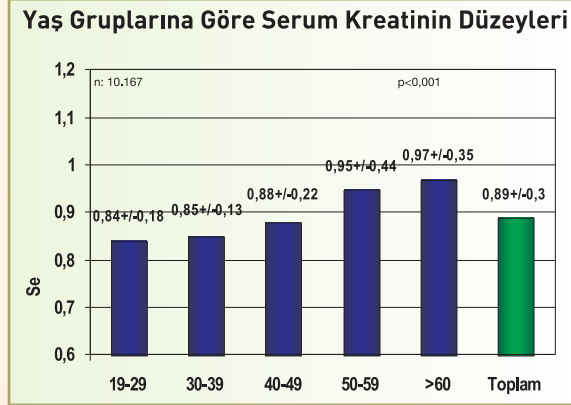
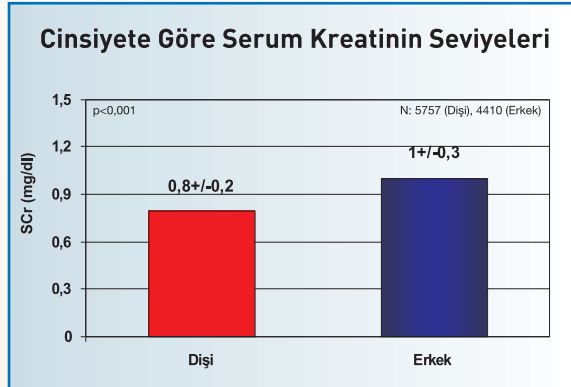
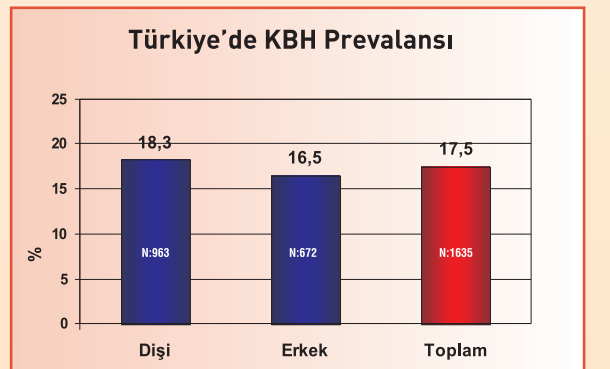
Kronik Böbrek Hastalığının Evreleri

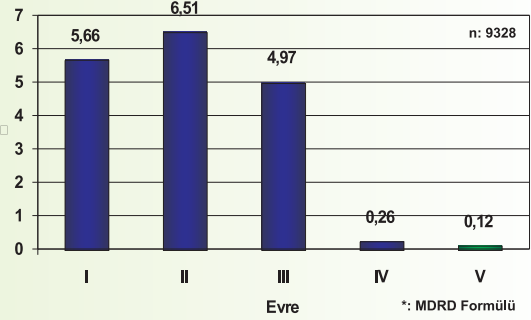
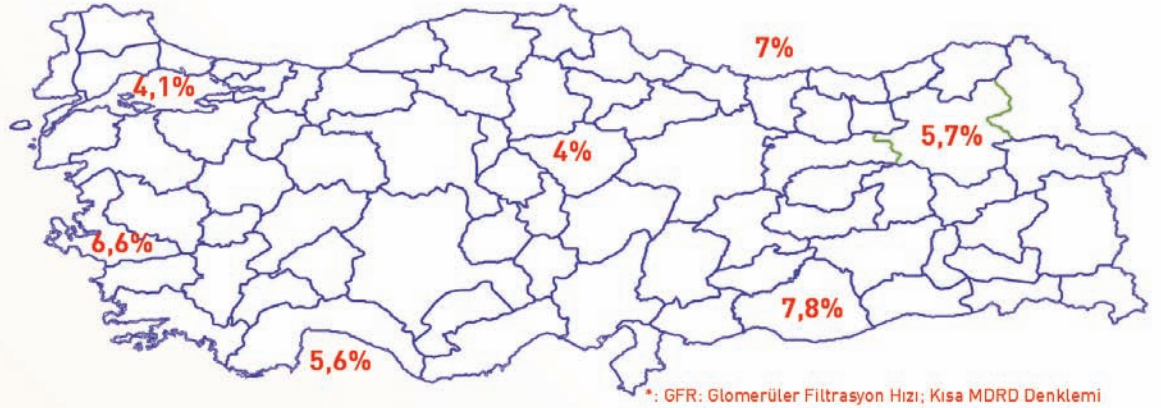
Evre Tanım	GFR (mL/dk./1.73 m ²)
1 Böbrek hasarı ve normal GFR	≥90 + MA/A
2 Böbrek hasarı ve GFR'de hafif azalma	60-89 + MA/A
3 GFR'de orta Evrede azalma	30-59
4 GFR'de şiddetli azalma	15-29
5 Böbrek Yetmezliği (diyaliz ya da transplantasyon gerektirir)	<15

Metabolik Anomaliler İçin Kriterler:

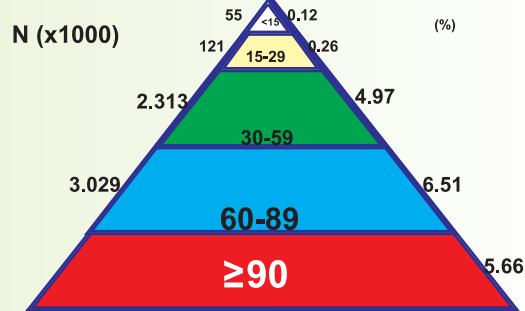
- Hiperглиsemi (≥ 126 mg/dl; ADA)
- Hiperkolesterolemi (≥ 200 mg/dl; ATP III)
- Yüksek LDL-Kol (≥ 100 mg/dl; ATP III)
- Düşük HDL-Kol (< 40 mg/dl; ATP III)
- Hipertrigliseridemi (≥ 150 mg/dl; ATP III)
- Hiperürisemi ($\geq 5,5$ mg/dl; JNC-VII)

TÜRKİYE’de Kronik Böbrek Hastalığı (CREDIT) SONUÇLAR

NÜFUS VERİLERİ**BÖBREK FONKSİYONU/ALBÜMİNÜRİ****KBH PREVALANSI VE EVRELERİ**

Türkiye'de Evrelere Göre
KBH PrevalansıCoğrafi Bölgelere Göre Düşük eGFR (≤ 60 ml/min/1,73 m²)*

Türkiye'de KBH ve Epidemiyolojisi



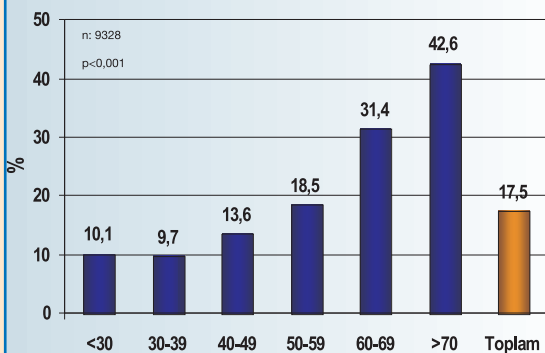
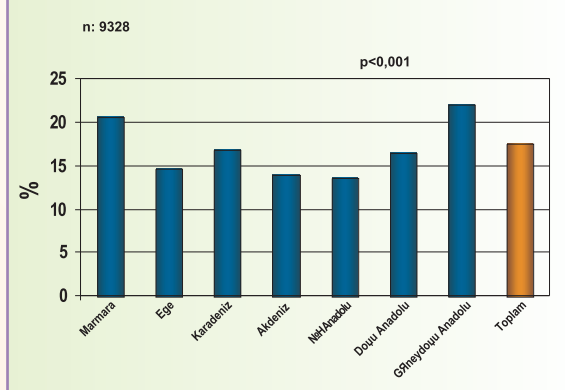
KBH Prevalansı

ABD 2002 Türkiye 2009

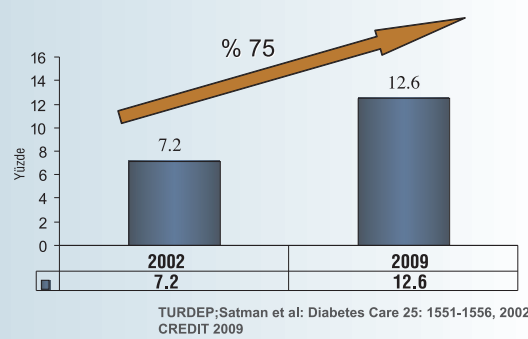
GFR <15 ml/dk./1,73m ²	300,000 hasta	55.852 (%0,12)
GFR 15-29 ml/dk./1,73m ²	400,000 hasta	120.778 (%0,26)
GFR 30-59 ml/dk./1,73m ²	7,600,000 has.	2.313.207(%4,97)
GFR 60-89 ml/dk./1,73m ²	5,300,000 has.	3.029.975(%6,51)
GFR >90 ml/dk./1,73m ²	5,900,000 has.	2.634.356(%5,66)

National Kidney Foundation. KDIGO clinical practice guidelines for chronic kidney disease. Am J Kidney Dis 31: 1-156, 2009. CREDIT 2009

Türkiye'de KBH Hastalarının Toplam Sayısı

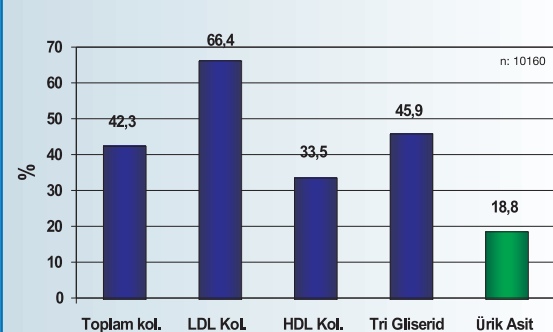
KBH (Evre 1-5) Hasta Sayıları:
8.145.096KBH (Evre 3-5) Hasta Sayıları:
2.513.344Yaş Gruplarına Göre
KBH OranlarıCoğrafi Bölgelere Göre
KBH Oranları

Diyabet Sıklığı

Kororbiditeye
(Hipertansiyon, Diyabetes Mellitus vs.)
Göre KBH Prevalansı (%)

Kororbidite	KBH (%)	Prevalans Değeri
Hipertansiyon	Yok	12,3
	Var	25,7
Diyabetes Mellitus	Yok	15,3
	Var	32,6
Obezite	Yok	16
	Var	21,5
Metabolik Sendrom	Yok	13,6
	Var	23,5

Lipid Anomalilerinin ve Hiperüriseminin Prevalansı

KBH'NİN ÖNLENMESİ
İÇİN BİR PROGRAM
ULUSAL PROJE

Proje Unsurları

1. Unsur: Mevcut güncel sağlık verilerinin gözden geçirilmesi ve analizi:

Güncel sağlık sistemi ve kaynaklar analiz edilecek, toplumun ihtiyacını ve kaynakları değerlendirmek için tanıtıcı bilgiler toplanacaktır.

2. Unsur: Epidemiyolojik Araştırma

Türk Nefroloji Derneği tarafından iki aşamalı epidemiyolojik bir çalışma yürütülmüştür.

• 1. Aşama: Kesitsel Prevalans Çalışması

• 2. Aşama: Boylamsal İnsidans Çalışması

3. Unsur: Eğitim Çalışmaları

Hekimlerin Eğitimi

• 300 nefrolog (220 yetişkin, 80 çocuk nefroloğu)

• 12,000 pratisyen, aile hekimi, dahiliyeci ve ürolog

Kronik böbrek yetmezliği için bir tanı programı geliştirilecektir.

4. Unsur: Toplam Nüfus İçinde KBH Bilincinin Artırılması
Basın Yayın Organları ile

SONUÇ

CREDIT çalışması, Türkiye'deki KBH'nin prevalansını ve bununla ilgili konuları tanımlayan ulusal çapta yapılan epidemiyolojik bir ankettir.

Türkiye'deki KBH prevalansı pek çok batı ülkesinden daha yüksektir.

Hipertansiyon, Diyabetes Mellitus, Obezite, Metabolik Sendrom, Sigara Tiryakiliği ve Lipid Anomaliler de ayrıca çok yüksektir; tüm bu risk faktörleri KBH'nin ilerlemesine katkı sağlar ve KBH'nin yüksek prevalansından sorumlu olabilir.

İlgili risk faktörlerini kontrol altına almak ve KBH/ESRD morbidite ve mortalitesini en aşağı seviyeye indirmek için ulusal stratejiler geliştirmek gerekir.



Prof. Dr. Ali Başçı
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nefroloji BD. Öğretim Üyesi

CREDIT ÇALIŞMASININ AKLA GETİRDİKLERİ

İlindiği gibi Türk Nefroloji Derneği'nin tamamladığı epidemiyolojik CREDIT Çalışması gayet uyarıcı sonuçlar ortaya koymuştur.

Özetle; bu çalışmaya göre ülkemizde 8 milyon kadar kronik böbrek yetmezliği hastası mevcut, Evre 3 ve daha ileri böbrek yetmezliği hasta sayısı ise 5,5 milyon kişi. Gayet ilginç bir nokta da 40-50 bin kadar kişi Evre 5 düzeyinde böbrek hastası olmasına rağmen bunun farkında değil. Yani yakın gelecekte şimdi prevalansı 50.000 civarında olan son dönem böbrek yetmezliği hastası sayımız katlanarak artmaya devam edecek. Dolayısıyla bu hastaların renal replasman tedavi masrafları hızla artmaya devam edecek. Kabaca şu anda diyaliz için harcanan para HD ve PD için yapılan harcamaların eşit olduğunu düşünürsek; sadece tedavi maliyetinin 1 milyar TL boyutunda olduğunu hesaplayabiliriz. Bu hastaların hemen hepsi EPO, D vitamini, fosfor bağlayıcı ve bunun yanında büyük çoğunluğu anihipertansif ilaç kullanmaktadır. Bu ilaçların tahmini maliyetini ise 15 milyon TL olarak tahmin edebiliriz. Bu hastaların en az %10'u ilk kez kateterle diyalize giriyor ve bu oran giderek artıyor, bu da maliyeti artırmaktadır. Yalnız bu hastalığın tedavi maliyetinin milli gelirimizin neredeyse binde biri kadar olduğunu görmekteyiz. Bu hastalar sık sık hastaneye yatıyor, bu da toplam tedavi harcamasını büyük oranda artırıyor. Diyaliz tedavi ücretleri ise üç yıldır artırılmamaktadır, bu durumda diyaliz sektörü de büyük ölçüde darboğaza sürüklenmektedir. Yani daha fazla bütçe artışına artık katlanamayacağız. Diyaliz maliyetini düşürücü her şey yapılıyor ki bu da kaliteden ödün vermek demektir. Doluluğu yüksek tutabilmek için hastalar olabildiğince erken diyalize alınıyor, hasta uyumsuzluğuna göz yumuluyor. Örneğin diyaliz arasında tuzlu ikramlar yapılabiliyor, akut böbrek yetmezliği olguları göz ardı ediliyor ve bu hastalar tedavi edilebileceği merkezlere yönlendirilmiyor, hasta başka tarafa gider diye fistül açılıp gelişmesinin beklenmesi mümkün iken, hemen bir kalıcı kateter konup hemodiyalize alınıyor, transplant olabilecek hastalar yeterince aydınlatılmıyor veya yanlış bilgilerle bir merkeze başvurmaları engelleniyor. Sonuçta bütün bunlar hastalara zarar veriyor. Kötü tedavi yani daha fazla ilaç, hastane masrafı demek oluyor ve kamuya da daha fazla gereksiz maliyet olarak yansıyor. Nefroloji camiası olarak bu durumda kamuya nasıl destek olmalıyız? İlk yapılacak şey kuşkusuz kronik böbrek yetmezliğini önleyici girişimler olmalıdır. Bu uzun soluklu mücadele, eğitim kurumlarını da kapsayan özellikle yeni nesli hedef

alan bir girişim olacaktır. Bu konuya da Türk Nefroloji Derneği eğilmelidir, bununla ilgili bir planlama yapılmalıdır. Ben bu konuya burada girmeyeceğim. Benim asıl amacım; "Kısa vadede mevcut son dönem böbrek yetmezliği hastalarının kamuya maliyetini nasıl azaltabiliriz?" sorusuna yanıt aramak, bu konuda fikir ileri sürmekten ziyade sizleri düşünmeye sevk etmektir. Doğru bir fikir ileri sürmek için öncelikle bazı verilere ihtiyacımız olacaktır. Şunu bilmek gerek: "Bir son dönem böbrek hastasının maliyeti ne kadardır?" Maliyet dediğimiz unsurun yalnız SGK yalnızca diyaliz seans ücreti, böbrek nakli ameliyat ücretlerini ödemekle kalmaz. Başta ilaçlar, hastane yatışları, her uygulamada farklı olarak ortaya çıkabilecek komplikasyonlar, birlikte var olan hastalıklar, kateter uygulamaları ve komplikasyonların hepsini SGK öder. Etkin HD yapıldığında hastalar daha az hastaneye yatıyor, daha az EPO, fosfor bağlayıcı veya anihipertansif ilaç kullanıyor ve belki daha az oranda da koroner arter revaskülarizasyonu girişimi geçiriyor. Bunun PD'de başka, Renal Tx'de başka olması da kuvvetle muhtemeldir. Farklı uygulamalarda seans maliyetleri yüksek olsa bile sonuçta toplam harcama düşük kalabilir. Konvektif tedavilere (HDF) daha fazla seans ücreti ödeniyor olsa bile diğer masrafları daha az olduğu için sosyal güvenlik kurumuna hastanın toplam maliyeti daha ucuza gelebilir. Türkiye'de HD ve PD'ye tedavi ödemesi açısından bakarsak eşit olduğunu söyleyebiliriz ama acaba her iki grup eşit miktarda EPO mu kullanıyor, eşit oranda mı hastaneye yatıyor ya da peritonitler anlamlı bir maliyet artışı yapabilir mi? Tx ile HD'yi karşılaştırsak ilk yıl için aynı maliyet deniyor ama bu hesabı yaparken yine hastane yatışlarını, ilaç maliyetlerini hiç dikkate almıyoruz. Büyük olasılıkla hangi uygulama olursa olsun iyi bir klinik tedavi hastanın toplam maliyetini azaltacaktır. Somut olarak gördük ki: 1 yıl önce SGK böbrek nakli paket ücretini anlamlı olarak artırdı. Bu durum yapılan nakil sayısında ciddi bir artışa neden oldu. Burada nakil için belki daha fazla ücret ödendi ama bu hastaların %50'sinin en az 10 yıl süre ile diyalizden uzak olacağına bakıldığında kamunun kazancı açıktır. İspanya'da bizim 2-3 katımız böbrek nakli yapılıyor, son dönem böbrek yetmezliği prevalansının yarısı kadar fonksiyone graftlı hasta prevalansı söz konusu. Bu gün bu oran bizde toplam prevalansın %10'u bile değil. Eğer böbrek naklinin teşvikinde başarıyı sürdürülebilirsek harcamalarımız azalacaktır. Böbrek nakli artışlarının büyük ölçüde özel merkezlerde olduğunu görüyoruz. Kamuya ait transplantasyon merkezlerinde ve özellikle üniversite hastanelerinde çalışan kadroların artırılması, buralarda çalışan personelin kazançlarında iyileştirmeler yapılmasının böbrek nakillerini artıracığından hiç kuşku duyulmamalıdır. Aynı şekilde Ege Üniversitesi olarak ASN Renal

Week 2008'de sunduğumuz bildiriye (Uzun Diyaliz Çalışması) görülüyor ki 8 saatlik gece diyalizi ile hastalar daha az EPO kullanıyor, anihipertansif ve fosfor bağlayıcı hiç kullanmıyor, daha az hastaneye yatıyor ve daha az damar yolu problemi yaşıyor. Aynı şey şu anda İstanbul'da, İzmir'de bu uygulamayı sürdüren merkezlerdeki hastaların Medulla kayıtlarına ulaşılarak görülebilir. SGK bu uygulamayı ev diyalizini teşvik edici girişimlerde kullansa kesinlikle kazançlı çıkacaktır.

O halde öncelikle Türk Nefroloji Derneğimiz, SGK ile ortak bir proje yürütmeli Medulla Kayıtları yoluyla HD, PD 1 yıllık Renal Tx, 1 yıldan sonraki Renal Tx hastalarının toplam maliyetleri (her türlü hastane yatışı, komorbidite dahil olarak) hesaplanmalıdır. Bununla ilgili veriler elde edildiği takdirde, kamu yetkilileri ile işbirliği yapılarak, iyi uygulamalar ödüllendirme yoluyla teşvik edilerek, kamunun harcamalarının azaltılması söz konusu olabilir. Şu anda Portekiz'de uygulamaya konan modelden daha iyisini neden yaratmamalıyım.

Bunlar dışında acaba diyaliz merkezlerinde kaliteyi etkilemeden giderleri azaltıcı yönetmelik değişiklikleri de öngörülebilir mi? Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulu sorumlu davranarak az personel, az tetkik yapılması konusunda zaman zaman titizlik göstermektedir. Örneğin bazı personelin kısmi statüde çalışmasını sağladı, bazılarını kaldırdı. Benzer girişimler yine düşünülebilir. Aynı şekilde belki birkaç öneri de ben ileri sürebilirim. Hemşireleri sertifikalandırılması bir zorunluluk, bunda kuşku yok, ama bu personel belki kendi diyaliz merkezleri tarafından yetiştirilir ve belli dönemlerde yapılacak 1-2 gün sürecek uygulamalı bir sınavdan geçirilerek sertifikalandırılabilir. Böylelikle sertifika alacağı merkeze işe başladığı andan itibaren verimli olmaya başlar. Hemşirelerin başka şehirde kalması nedeniyle masraf yapılmamış olur. Yine hemen bütün özel diyaliz merkezlerinde ikram yapılmaktadır. Tıbbi anlamda sakıncalı bir uygulama olan bu işlem, aşırıya da kaçmakta, rekabet unsurlarıyla tuzlu kebablara kadar uzanıp daha da zarar verici noktaya varmaktadır. Bu uygulama kamu diyaliz merkezlerinde yoktur. Kendiliğinden kalkması da olası değildir, çünkü doluluk ikramlarla sağlanmaya çalışılmaktadır. Yasaklanırsa ki bunun tıbbi gerekçeleri de mevcuttur, her seans için 3 TL gibi maliyet getirilse toplam tasarruf özel merkezlerde tedavi edilen 30 bin hastada özel diyaliz sektörü için yılda 10-12 milyon TL gibi bir miktarı bulmaktadır. Benzeri girişimlerle devletin cebinden para çıkmadan sektörün kârlılığı da artırılabilirse; diyalize erken alma gibi tıbbi ve etik olmayan girişimler de belki bir miktar azaltılabilir.

Unutmayalım ki bu sorun bizim sorumuzdur, bilimsel olarak daha az kaynakla daha fazla şey elde etmek üzere çözümler üretmek, kamuya destek olmak görevimizdir.

Christian Morath ve Martin Zeier
Heidelberg Üniversitesi Nefroloji BD.
Heidelberg, Almanya

TIP 1 DİYABETTE TRANSPLANTASYON

Nephrol Dial. Transplant (2009) 24: 2026-2029, doi: 10.1093/ndt/gfp179, Advance Access publication, 21 April 2009

Çeviri
Prof. Dr. Ayla San,
Sibel Özkan

Klinik seyirde, çeşitli mikro ve makrovasküler komplikasyonlara maruz kalan ve genellikle de ilerleyen renal bozuklukları olan tip 1 diyabetik hastalar vardır. Bu hastalar için birkaç transplantasyon strateji vardır. Bunlar; böbrek transplantasyonu, pankreas transplantasyonu ve adacık hücresi transplantasyonu denen, ya yalnız ya da ard arda gelen kombine bir uygulamadır. [1,2]. Bu yazıda tip 1 diyabette transplantasyon stratejileri kısaca gözden geçirilmiştir. Aynı anda gerçekleştirilen pankreas-böbrek transplantasyonunda yeni bakış açıları ve hastada ve böbrek dokusundaki diyabetik komplikasyonlarda normogliseminin etkileri üzerine odaklanılmıştır.

Tip 1 Diyabetik Hastalarda Transplantasyon Stratejileri:

ABD'de tüm pankreas transplantasyonlarının %78'i aynı anda yapılan pankreas-böbrek transplantasyonları, %16'sı böbrek transplantasyonu ardından yapılan pankreas transplantasyonu, %7'si de sadece pankreas transplantasyonudur. ABD'nin dışında, pankreas transplantasyonlarının açık bir çoğunluğu (%91) böbrek transplantasyonlarının ardından yapılan pankreas transplantasyonu ve sadece pankreas transplantasyonu (%4) olarak gözlemlenmiştir. (Uluslararası Pankreas Transplantasyon Raporu; IPTR; <http://www.iptr.umn.edu>; [2]).

Aynı Anda Yapılan Pankreas- Böbrek Transplantasyonu

2004 yılında aynı anda yapılan pankreas-böbrek nakli sonrası 1-3-5 yıllık renal allograft sağ kalım oranı sırasıyla %92, %85 ve %77, pankreas allograft sağ kalım oranı ise %86, %79 ve %71 ve hasta sağ kalım süresi ise sırasıyla %95, %91 ve %86 idi. (Uluslararası Pankreas Transplantasyon Raporu; IPTR; <http://www.iptr.umn.edu>; [2]).

Pankreas Transplantasyonu

Böbrek transplantasyonu sonrası yapılan pankreas transplantasyonu ve sadece pankreas transplantasyonu uygulamasının Avrupa'da <%10 olarak gösterilmiştir (Uluslararası Pankreas Transplantasyon Raporu; IPTR; <http://www.iptr.umn.edu>; [2]). Özellikle sadece pankreas transplantasyonunda hekim şunu değerlendirmek zorundadır; bu prosedürün faydası (eksojenöz insüliniz normoglisemi) ağırlıklı olarak immunosupresif ilaç ihtiyacı ile elde edilir. Aksi takdirde böbrek transplantasyonu sonrası pankreas transplantasyonu renal allograft fonksiyonu iyi olan tip 1 diyabetik hastalar için alternatif olabilir. Böbrek transplantasyonu sonrası pankreasta allograft sağ kalım süresi aynı anda yapılan pankreas-böbrek transplantasyonundan düşük olması pankreasta giderek artan immünolojik graft kaybının sonucu olabilir. (Uluslararası Pankreas Transplantasyon Raporu; IPTR; <http://www.iptr.umn.edu>; [2])

Adacık Hücresi Transplantasyonu

Edmonton protokolünün 7 hastanın tamamının insülin kullanmadan yaşadığını gösteren olağanüstü sonucu yayınlanana kadar Adacık Hücresi Transplantasyonu uzun süre deneysel bir metod olarak düşünülmüştü [3]. Ne yazık ki bu çok merkezli çalışmanın sonuçları onaylanmadı. Hastaların yalnız %53'ü insüliniz 1 yıl yaşayabilmişti (%19'u azaltılmış dozlarda insülin aldı; www.immunotolerance.org). Son dönemlerde hazırlanan bir rapor hem tip 1 diyabetli hastalarda adacık hücresi transplantasyonunun olumsuz etkilerini hem de hastaların immunosupresyona ihtiyaç duymadıklarını gösterdi [4]. Bu hastalarda normogliseminin olumlu etkileri; immunosupresyon ile hızla azalan böbrek fonksiyonu ve artan albumin ekstreksiyonundan fazladır.

Diyabetik Lezyonlarda Glisemik Kontrolün Etkisi

Diyabetik hastalarda titizlikle yapılan glisemik kontrolün (renal allograft olmadan) değişik organ sistemlerindeki diyabetik lezyonların ilerlemesini yavaşlatabildiği çeşitli çalışmalarda etkileyici bir şekilde gösterilmiştir [5,6]. Steno çalışmaları

gösterdi ki renin-anjiyotensin sistem blokerlerinin kombinasyonunda sıkı glukoz kontrolü, aspirin ve lipid düşürücü ajanlar gibi çok faktörlü tıbbi müdahaleler kardiyovasküler ölümleri, son dönem böbrek yetmezliğinin ilerlemesini, mikroalbuminüri tip 2 diyabetik hastalarda mikrovasküler lezyonları azaltır [7,8]. Buna delil olarak; vaskülerize olmuş bir pankreasın transplantasyonu Tip-1 diyabetli hastalarda diyabetik mikro ve makrovasküler lezyonların ilerlemesini durdurmuştur (Tablo 1). Normogliseminin pozitif etkilerinin görülmesi uzun zaman alsa da Fioretto ve arkadaşları tarafından açık bir şekilde gösterilmiştir [9,10]. Diyabetik nefropati (kendi böbreğinde) 13 hastada, pankreas transplantasyonundan 5 yıl sonra diyabetik böbrek lezyonlarında gerileme görülmedi [10]. 10 yıl sonra, 13 hastadan ilk sekizi tekrar incelendi. Diyabetik lezyonlarda gerileme veya tamamen yok olma görülmesi de renal patolojide önemli bir düzelmeye görüldü [9]. Aynı anda yapılan pankreas-böbrek transplantasyonu ya da böbrek transplantasyonundan sonra pankreas transplantasyonu olan hastalarda diyabetik böbrek lezyonları bile önleniyor [11].

Renal Allograftta Glisemik Kontrolün Etkisi ve Hasta Sağ Kalımı

Tip 1 Diyabetli ve Kronik Böbrek Hastalığının 4. veya 5. safhasında olan hastalar için aynı anda yapılan pankreas-böbrek transplantasyonu düşünülür. Başarılı bir aynı anda yapılan pankreas-böbrek transplantasyonunda hastaların çoğu iyi böbrek fonksiyonu yanında normal ya da normale yakın açlık kan şekeri ve glikolize hemoglobin (HbA1c) düzeylerine sahiptir. Buna yaşam kalitesinin sağlam bir şekilde gelişmesi eşlik eder. Kronik Böbrek Yetmezlikli Tip 1 Diyabetik Hastalarda, sadece böbrek transplantasyonuna (canlı veya canlı olmayan donörden) göre aynı anda yapılan pankreas-böbrek transplantasyonunun önceliğini destekleyen bir delil hala yoktur. Gerçekten sadece böbrek transplantasyonu olan hastalara nazaran aynı anda yapılan pankreas-böbrek transplantasyonu olan hastaların hayatta kalma avantajları vardır (graft ve hasta sağ kalımı bakımından). Yine de bu avantajların çoğu; verilen organ kadar allograft alıcısının seçimine göre de değişir. Aynı anda yapılan pankreas-böbrek transplantasyonu hastaları genellikle daha iyi fiziğe sahip, daha genç hastalardır. Genellikle daha az bekleme süreleri vardır ve diyalizde daha az zaman geçirirler. Ayrıca aynı anda yapılan pankreas-böbrek transplantasyonunda verilen organlar genelde daha kaliteli olur. Vericiler daha genç ve soğuk iskemi süresi kısadır (kadavra vericiden böbrek alan alıcılara göre). Geçmişte bu konu üzerine yapılan bazı çalışmalarda değişik sonuçlar yayınlanmıştır (Tablo 2). Son dönemlerde yapılan bir analizde, Waki ve Terasaki aynı canlı olmayan donörden hem aynı anda pankreas-böbrek transplantasyonunu hem de kontralateral böbrek (sadece böbrek transplantasyonu) transplantasyonunu değerlendirdiler [12]. Bu yaklaşımla aynı anda yapılan pankreas- böbrek transplantasyonlarında alıcılar için gelişmiş sonuçlar elde etmeye yönelik olarak yazarlar donör etkileriyle ilgili görüşü değiştirdiler. Bu çalışmada en fazla dokuz yıllık bir takiple aynı anda yapılan pankreas-böbrek transplantasyonu uygulanan hastalar ile sadece böbrek transplantasyonu olan hastalar karşılaştırıldığında önemli bir fark olmadığı görüldü. Onların tersine diğer yazarlar aynı anda yapılan pankreas-böbrek nakillerinde kadavra vericilerden yapılan böbrek nakillerine göre daha üstün hasta ve allograft sağ kalımını ispat ettiler (Tablo 2). Bu çalışmaların çoğu

ortalama 5 yıldan daha az bir izlem süresini kapsıyordu. 5-10 yıldan fazla süreyi hesaba katmak diyabetik lezyonları durdurur ya da gerileme görülür (Fioretto ve arkadaşlarının çalışmasına göre). Bu, aynı anda yapılan pankreas-böbrek transplantasyonu ve sadece böbrek transplantasyonunun kıyaslanmasına açıklık getiriyor ve 5 yıldan fazla takip gerekiyor. Ortak Transplantasyon Çalışması (CTS) kayıtları kullanılarak Tip 1 diyabetli aynı anda pankreas- böbrek nakli olan hastalar ve renal allograft üzerine bir inceleme yapıldı (canlı veya kadavra donörden). İnceleme 10-18 yıl devam etti. 1984'ten sırasıyla 1990, 1991, 2000'e kadar sürdü [13]. Aynı anda yapılan pankreas-böbrek transplantasyonu ve canlı donörden böbrek transplantasyonunun kadavra donör allografta göre açık bir şekilde sağ kalım faydası görülmektedir. 10 yıl sonra aynı anda yapılan pankreas-böbrek transplantasyonunda canlı donörden böbrek transplantasyonuna göre hasta sağ kalımı daha iyiydi (HR= 0.55; P < 0.005). Buna paralel olarak aynı anda yapılan pankreas-böbrek transplantasyonunda alıcılardaki kardiyovasküler ölüm oranları daha düşüktü (%37), canlı donörden böbrek naklinde oran %49, kadavra donörden yapılan böbrek transplantasyonunda ise %46 idi [13]. Sadece böbrek transplantasyonu olan kişilere kıyasla aynı anda pankreas-böbrek transplantasyonu olan hastalarda bu etki düzelen glisemik kontrole dayandırılabilir. Kayıt analizinin sınırlı olmasına rağmen sadece böbrek transplantasyonu olan kişilerde glisemik kontrol hakkında elle tutulur bir bilgi yoktur. İnsülin pompaları veya sadece böbrek transplantasyonundan hangisinin daha iyi uygulanacağı tahmin edilebilmelidir.

Özet

Aynı anda yapılan pankreas-böbrek transplantasyonu günümüzde yapılan rutin bir uygulamadır. Cerrahi komplikasyon oranları düşüktür ve etkili immunosupresif ilaçlar, uzun dönemli allograftlar ve hasta sağ kalımları fevkaladedir. Sadece pankreas transplantasyonundan elde edilen verilere göre uzun süren normoglisemi aksayabilir, kalp veya böbrek gibi çeşitli organlardaki diyabetik lezyonlar da gerileyebilir. Aynı anda pankreas-böbrek nakli olan Tip 1 diyabetik hastalara göre sadece böbrek transplantasyonu (canlı ya da kadavra donörden) olan hastalarda uzun süre allograft ve hasta sağ kalımı hala sınırlıdır. Son deliller bize gösteriyor ki aynı anda yapılan pankreas-böbrek transplantasyonu kadavra vericiden yapılan böbrek transplantasyonuna göre ileri derecede üstündür ve bu allograft ve hasta sağ kalımı 5 yıllık bir gözlemden sonra izlenebilir [13]. 10 yıl sonra transplantasyon sonrası izleme göre canlı vericiden sadece böbrek transplantasyonu olan Tip 1 diyabetik hastalara göre aynı anda yapılan pankreas-böbrek transplantasyonunda hasta sağ kalımı daha fazladır. Bundan dolayı her 4. ve 5. aşamada kronik böbrek hastası olan Tip 1 diyabetik hasta; aynı anda yapılan pankreas-böbrek transplantasyonu ve bu uygulamanın ideal bir şekilde uygulanması için diyalize gitmeden önce değerlendirilmelidir. Sadece böbrek transplantasyonu olan Tip 1 diyabetli hastalarda insülin kullanarak glikozil hemoglobin hedef değerinin %6.5 olması vs. şiddetli glisemik kontrollerin karşılaştırılabilir pozitif etkileri olmalıdır ve bu tip 2 diyabetlilerde ya da böbrek transplantasyonu olan tip 2 diyabetlilerde uygulanabilmelidir. (Yine de bu hedef seviyelere ulaşmak zordur ve hipoglisemi ve artan ölüm oranları gibi ters etkiler vardır.) [14, 15].