



Sağlık, Eğitim, Araştırma
Merkezi

FİYATI: 15 TL

Anadolu Böbrek Vakfı Yayın Organı

Renaliz

4²
4³

ISSN 1305 - 8011

Yıl: 12, Sayı: 42-43, 1 Temmuz 2011 - 1 Ocak 2012

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



Değerli Meslektaşlarım,

Yeni yılınızı en iyi dileklerle kutluyorum, 2012 yılının dünyamıza ve ülkemize barış ve huzur getirmesi dileğiyle sağlık, mutluluk ve başarılarla dolu bir yıl diliyorum. Geçen ay yapılan ve bugüne kadar yapılanlar içinde en geniş katılımı gerçekleştiren genel kurulumuzda 2008-2011 dönemi faaliyetlerine verdiği değerli katkılar ve destekler için bütün dernek üyelerimize çok teşekkür ediyorum. Ayrıca bizlere 2011-2014 dönemi için gösterdikleri tevaccüh ve verdikleri yetki için üyelerimize şükranlarımızı sunuyorum.

Verilen yetkinin sorumluluğunu ve yükünü hissederek TND'nin 42. kuruluş yılını idrak edeceğimiz 2012 yılında da tüzüğünde tanımlanmış olan hedeflere yönelik çalışmalarına devam edeceğimizi belirtmek istiyorum. Derneğimiz 2012 yılında da sekiz şubesi ile kongre, kış okulu, bölge toplantıları ve CME kursları gibi geleneksel eğitim faaliyetlerine devam edilecektir. 2013 yılında yapılacak olan ve program hazırlıklarına şimdiden başladığımız 50. ERA-EDTA Kongresi'ne ev sahipliği yapmanın heyecanını şimdiden duyuyoruz. Çalışma gruplarımızın daha aktif hale getirilerek Nefroloji, hipertansiyon, diyaliz ve transplantasyon alanlarında ulusal tanı, tedavi ve izlem kılavuzlarını hazırlanmasına öncelik verilecektir. Derneğimizin resmi yayın organı Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi'nin bilimsel standardının yükseltilmesi çalışmalarımız devam edecektir. Bugün itibariyle altı ulusal ve uluslararası indeks tarafından taranmaya başlanmıştır. Yakın bir gelecekte dergimizin SCI tarama sistemine kabul edilebilmesi için üyelerimizin kaliteli özgün makalelerini bekliyoruz. Diğer yandan TND Ulusal Böbrek Kayıt Sistemi (Registry) çalışmalarına merkez ve hasta bazlı olarak devam edilecektir. Derneğimizin öncelikli hedef kitlesi konumunda olan Nefroloji yan dal asistanlarına ve genç nefrologların eğitimine katkıda bulunmak için 2009 yılında başlatılan yan dal eğitim çalışmalarının daha da geliştirilmesi amaçlanmıştır. Türkiye'de kronik böbrek hastalığının boyutunun saptanmasını amaçlayan CREDIT çalışmasının ikinci aşamasının 2012 yılında tamamlanması öngörülmüştür. Böbrek sağlığı ve hastalıkları konusunda toplumumuzun farkındalığını arttırmaya yönelik olan Dünya Böbrek Günü aktivitelerine derneğimiz aktif olarak katılacaktır. Renal Afet Yardım Gücü'nün Van depremi'nde sahada göstermiş olduğu başarılı çalışmalar hepimizin gurur kaynağı olmuştur. Bu bağlamda ilgili kurumların ve toplumun bilinçlendirilmesi amacıyla sistematik eğitim çalışmalarını planlıyoruz. Derneğimiz kurumsal yapısı, ulusal böbrek kayıt sistemi çalışmaları, giderek artan eğitim ve araştırma faaliyetleri ile Türk Nefrolojisi'nin düzeyini daha da geliştirmeyi, böbrek hastalıklarının toplumsal farkındalığını arttırmayı ve çözümüne aktif olarak katılmayı hedeflemiştir. Bütün üyelerimizin yeni yılını bir kez daha kutluyor sağlık, mutluluk ve başarılar diliyorum.

Sevgi ve Saygılarımla,
Prof. Dr. Gültekin Süleymanlar
TND Yönetim Kurulu Başkanı



Sayın Meslektaşlarım,

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği 2011 yılında 16. yaşını tamamladı. Derneğimiz kısa sayılabilecek bu süre zarfında bir öncü rolü üstlenerek, dört büyük ulusal ölçekli çalışma gerçekleştirmiştir. Türkiye'de hipertansiyon prevalansı, insidansı, tuz tüketimi ve son olarak da bu yıl sonuçlarını duyurduğumuz 'ev kan basıncı ölçüm aletleri' çalışmaları sayesinde bugün artık hipertansiyon konusunda konuşurken de, yazarken de, klinik uygulamalarımız sırasında da ülkemize ait verileri kullanabiliyoruz. Bunlara ek olarak, artık ülkemizde hipertansiyon konusunda sağlık politikaları belirlenirken, bizim çalışmalarımızın temel alındığını görmek, şevkimizi daha da artırıyor. İnanıyorum ki, önümüzdeki yıllarda da derneğimiz hem ülkemiz insanlarının sağlığı, hem de evrensel bilime katkılar yapacak çok önemli çalışmalara imza atacaktır. 'Uluslararası Hipertansiyon Cemiyeti', 'Tuz ve Sağlık Hakkında Dünya Girişimi' ve 'Dünya Hipertansiyon Ligi' üyesi olan derneğimiz, her yıl düzenli olarak Dünya Böbrek Günü ve Dünya Hipertansiyon Günü etkinliklerine katılmaktadır. 2011 yılında dördüncüsünü gerçekleştirdiğimiz 'Türkiye'nin Tansiyonunu Ölçüyoruz' projesi kapsamında da bugüne kadar ülkemizin değişik yörelerinde 100,000'e yakın yurttaşımızın kan basıncı ölçülerek, halkımız, sağlık çalışanları ve sağlık otoritelerinin bu konudaki farkındalığı artırılmaya çalışılmaktadır.

Derneğimiz 2011 yılı içerisinde 13. Ulusal Kongresini gerçekleştirmiş ve 6 yerel toplantı düzenlemiştir. Önümüzdeki yıl yapılacak olan 14. Kongremizde, ilk yıldaki heyecanımızla, bilgi birikimi, deneyim ve etkinliklerimizi paylaşarak çoğaltmayı hedefliyoruz. Tüm bu güzelliklere karşın, ne yazık ki 2011 yılı sağlık çalışanlarına ve ülkemiz insanına kimi olumsuzlukları, acı olayları ve felaketleri de yaşattı. Ancak bunlara karşın gösterdiğimiz dayanışma direncimizi artırdı ve umudumuz oldu. Derneğimiz bunlardan birinde, bu dayanışmaya katılmayı bir görev bilerek, Van Depremi'ni yaşayan yöre halkı ve sağlık çalışanlarına naçizane bir destekte bulundu. Umarım 2012 ve sonrasında ülkemizde ve dünyada barış ve esenlik egemen olur. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği Yönetim Kurulu adına tüm meslektaşlarımıza ve sağlık çalışanlarına sağlıklı ve mutlu nice yıllar dilerim.

Saygılarımla,
Prof. Dr. Şehsuvar Ertürk
Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği
Yönetim Kurulu Başkanı



Değerli Meslektaşlarım,

2011 yılı Çocuk Nefrolojisi ve Türk Nefrolojisi açısından yine çok yoğun ve verimli bir yıl oldu. Çocuk Nefroloji Derneği 2011 yılında 3 ulusal, bir de uluslararası (CME) kurs düzenlemiştir. Türkiye'de ve dünyada ilk defa uluslararası dört dernek; Uluslararası Nefroloji Derneği (ISN), Avrupa Böbrek Birliği- Avrupa Diyaliz ve Transplantasyon Birliği (ERA-EDTA), Avrupa Çocuk Nefroloji Derneği (ESPN) ve Uluslararası Çocuk Nefroloji Birliği (IPNA) ve ulusal 2 dernek; Türk Nefroloji Derneği ve Çocuk Nefroloji Derneği bir araya gelerek "Kronik Böbrek Hastalığı: Epidemiyolojisi, Önlenmesi ve Tedavisi" kursunu büyük bir başarıyla düzenlediler. Bu dernekler ilk kez böyle ortak bir kurs düzenlemekteydiler ve bu ilkin İstanbul'da bizim derneklerimiz öncülüğünde olması bizlere gurur vermiştir. Kursta 80 civarında katılımcı ve dünyanın önde gelen nefrolog ve pediatrik nefrologları konuşmacı olarak yer aldılar. 2012 yılında da bu kurslara devam edeceğiz. Nitekim 2012 yılında yapılacak olan ulusal kongremizin ardından ERA-EDTA ile birlikte "Nefrolojide Genetik: DNA'dan Böbrek Hastalığına" kursunu düzenliyoruz. Bu kursa Doğu Avrupa, Balkanlar ve Ortadoğu ülkelerinden de yoğun katılım beklenmektedir.

2011 yılında bitirdiğimiz bir proje de Çocuklarda Böbrek Hastalıkları saha çalışması oldu. İlk sonuçları hem Türk Nefroloji, hem de Çocuk Nefroloji kongrelerinde paylaşılan bu projenin detaylı raporu 2012 yılında yayınlanacaktır. Son yıllardaki tıp ortamındaki olumsuzluklara, her türlü engele, maddi ve manevi kayıplara karşın hastaları için canla başla çalışan meslektaşlarımıza bu vesile ile teşekkür etmek istiyorum. Umarım her türlü engelin ve olumsuzluğun üstesinden birlik ve beraberliğimiz gelecektir. Çocuk Nefroloji Camiası adına tüm meslektaşlarımızın yeni yılını kutlar, 2012 yılının sağlık, mutluluk ve başarılar getirmesini dilerim.

Saygılarımla,
Prof. Dr. Oğuz Söylemezoğlu
Çocuk Nefroloji Derneği Başkanı

Köşem

2011 Yılıının Ardından



Prof. Dr. Ayla SAN

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

Hızına artık ayak uyduramadığımız koskoca bir yılı daha geride bıraktık. 2011 senesine alışmanın heyecanı geçmeden birden kendimizi 6. Dünya Böbrek Günü hazırlıkları içinde bulduk. Her yıl olduğu gibi bir amaç etrafında toplanılarak "Böbreklerini Korum, Kalbini Kurtar" sloganı ile çok güzel faaliyetler sunulmuş, başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmalarımız Vancouver'da düzenlenen 12. IFKF Toplantısı'nda üç poster olarak sunulmuş, En İyi Poster Dalı'nda bize 2. 'lik ödülü getirmiştir.

Bu sene 7.sini düzenleyeceğimiz Dünya Böbrek Günü'nde işlenecek ana konunun "Organ Nakli" olması nedeniyle her yıl olduğundan daha büyük önem taşımaktadır.

28-30 Nisan 2011 tarihleri arasında Ankara'da düzenlediğimiz "Ülkemizde Düünden Bugüne Hemodiyalizde Kalite" konulu IV. Kalite Kongremiz geçtiğimiz yıl yapılan en iyi kongreler arasına girmiş olma özelliğini kazanmıştır.

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin yapmış olduğu 13. Hipertansiyon Kongresi de bir o kadar başarılı ve güzeldi.

28. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi de bir diğer başarı örneğiydi, aylık eğitim toplantılarının da ihmal edilmemesi Türk Nefrolojisi adına sevindirici bir olaydı.

Renaliz gazetemizin bu sayısında da güncel konuları hazırlarken hiç beklemediğimiz bir anda 23 Ekim 2011 ve 9 Kasım tarihlerinde Van'daki depremler ile sarsıldık. Bu elim olaylar bizi derinden etkiledi, adeta 1992 Erzincan ve 17 Ağustos 1999 Marmara ve 12 Kasım 1999 Düzce depremlerine götürdü. 1992 Erzincan Depremi'nde 11 Hasta Erzurum'a geldi. 1 hastamız 9 gün göçük altında kalmıştı. Bu hastamız kurtarılmış ancak maalesef ayağını kaybetmişti.

Nefroloji camiası halkımızın acısını paylaşmış ve üzerine düşen görevi yapmak için tüm imkanlarını seferber etmiştir, pek çok nefrolog ve hemşire arkadaşımız gönüllü olarak afet bölgesine gitmişlerdir. Türk Nefroloji Derneği tarafından oluşturulan Renal Afet Gücü'ne ve emeği geçen herkese sonsuz teşekkürlerimizi sunuyoruz. Türk Nefroloji Derneği'nin en zor şartlar altında bile birlik ve bütünlük içinde çalışmalarını sürdürmesi topluma örnek teşkil etmektedir.

Çok hızlı bir şekilde gelen 2012'nin eski yıldan daha başarılı geçen, birlik beraberliğimizin korunacağı, daha nice güzel örnekler verebileceğimiz bir yıl olmasını, tüm güzelliklerin, mutlulukların, yaşama sevincinin, Türk Nefroloji Topluluğu üzerinde güneş gibi parlamasını diliyoruz.

Beni Türk Hekimlerine Emanet Ediniz.

A. Otatürk

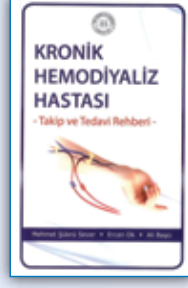


Yeni Çıkan Yayınlarımız



“CURRENT Diagnosis and Treatment” Serisi Nefroloji ve Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kitabı (E.V. Lerma, J. S. Berns, A. R. Nissenson) Prof. Dr. Şükrü Sindel'in editörlüğünde çıktı.

Arkadaşlarımıza güncel bilgilerle donanmış bu iki verimli kitabı Nefroloji Topluğumuza kazandırdıkları için çok teşekkür ediyoruz. *Renaliz*



“Kronik Hemodiyaliz Hastası- Takip ve Tedavi Rehberi”, Mehmet Şükrü Sever, Ercan Ok, Ali Başçı, Türk Nefroloji Derneği Yayınları, Ömür Matbaacılık A.Ş., İstanbul, 2011.

IV. Türk Nefroloji Yeterlilik Sınavı

4. Türk Nefroloji Yeterlilik Sınavı 20 Ekim 2011 tarihinde Antalya'da gerçekleştirildi. Nefroloji uzmanları ile uzmanlık eğitim süresinin 2.5 yılını tamamlamış olan Nefroloji yan dal araştırma görevlilerinin katılabileceği sınav çoktan seçmeli test sınavı şeklinde yapıldı. Sınavta 9 aday katılırken, 8'i yeterlilik belgesi almaya hak kazandı.

Türk Nefroloji Derneği Olağan Genel Kurul Toplantısı

Türk Nefroloji Derneği'nin Olağan Genel Kurul Toplantısı 4 Aralık 2011 tarihinde İstanbul'da yapılmıştır. Genel Kurul'da yapılan seçim sonucu yeni Yönetim Kurulu aşağıdaki isimlerden oluşmuştur: Prof. Dr. Gültekin Süleymanlar (Başkan), Prof. Dr. Turgay Arınsoy (İkinci Başkan), Prof. Dr. Kenan Ateş (Genel Sekreter), Prof. Dr. Aydın Türkmen (Sayman), Prof. Dr. Ali Rıza Odabaş, Prof. Dr. Bülent Altun, Prof. Dr. Mehmet Rıza Altıparmak.

Yeni dernek üyelerimize çalışmalarında başarılar dileriz. *Renaliz*

Prof. Dr. Gürbüz Barlas'ın Türk Nefroloji Tarihi Konusunda Ekledikleri

Sayın Prof. Dr. Ayla San Bugün tesadüfen, Nefroloji Tarihesi kitabımızdaki Türkiye'de yapılan ilk hemodiyaliz ile ilgili bölüme rastladım. Belki eski bir çalışmanız.

Size bir bilgi iletmek istedim.

Amerika'da Dr. Kolff ile çalışırken, Prof. Halit Ziya Konuralp, ziyaret etti, ve Türkiye'ye dönersem, bana çalışmamı olanağı sağlayacağını söyledi. 1960 yılında döndüm ve 1961'de İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi 2. Cerrahi Kliniği'nde Üroloji uzmanı olarak çalışmaya başladım, o dönemde aynı klinikte hemodiyaliz merkezini kurdum,

Türkiye'de ilk defa suni böbrek ünitesini İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi II. Cerrahi Kliniği'nde 1962'de başlattım.

İlk 6 akut vakamızı: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası'nda yayınladık (Cilt:25, Sayı: 4, Sene: 1962). Sonra sekiz yıl, yüzlerce vakaya diyaliz uyguladık.

Aynı yıl Hacettepe Üniversitesi'nde Akut Böbrek Yetmezliği olan bir hekim için çağırıldım. Yüksek İhtisas Hastanesi'nde depoda kullanılmadan duran bir cihazı Hacettepe Hastanesi'ne nakledip diyaliz uyguladım. Kronik vakalara gelince 1968 yılında 2 vakaya böbrek nakli yaptık, bu iki vakayı da 1968 yılında Türk Tıp Cemiyeti Mecmuası'nda yayınladık.

Ben ve Prof. Metin Özgür Türkiye'de ilk böbrek nakli yapan kişiler olarak. Antalya'daki Tuncer Karpuzoğlu adına yapılan Transplantasyon 2011 uluslararası toplantısına davet edildik. 1969 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nden ayrılırken, diyaliz merkezini Muhlis Özen ve Ahmet Kadioğlu yönetimindeki Nefroloji kliniğine nakledip, onlara ilk vakalarında yardımcı oldum. Bu arada 1965'te Amerikan Hastanesi'nde de diyaliz merkezi kurdum iki yıl çalıştı fakat yatak sıkıntısından bu cihazı Haydarpaşa De-

niz Hastanesi'ne (askeri) hibe ettik. 1969'dan sonra yalnız Üroloji ile ilgilendim, Nefroloji'yi de amatörce izledim.

Türkiye'de ilk canlı donör: Türkiye'de ilk canlı donörden transplantasyon 1968 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nde başlatıldı.

- İlk vaka 5 saat yaşamıştı (Başarılı bir operasyonu takiben hasta 750 ml idrar çıkarabilmesine rağmen vertriküler fibrilasyon nedeniyle kaybedildi).

- İkinci vaka ise 27 gün yaşadı (Kronik piyelonefriti olan vaka, transplantasyon sonrası 26 gün diyalize girmeden yaşadı. Vaka GI hemoraji ve infeksiyon nedeniyle kaybedildi).

Türkiye'de İlk Renal Transplantasyon Yayını: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi I. İç Hastalıkları ve Cerrahi Kliniği, Türk Tıp Cemiyeti Mecmuası 1968, Sayfa 648-659. Böbrek Transplantasyonu alanında ilk çalışmalarımız (iki vak'a münasebetiyle): Necdet Koçak, Yüksek Pekçelen, Gürbüz Barlas, Alaaddin Vardar, Metin Özgür, Aydın Kargı, Farak Or, Oya Özkanlı.

Saygılarımı sunar başarılar dilerim.

Prof. Dr. Gürbüz Barlas

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: 30.12.2011
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü : Mutlu GÜRLER
Düzeltilen : Sibel ÖZKAN
Yayın İdare Merkezimiz : Emek 57. Sok. Köşe Apt. 9-1 ANKARA
Telefon : 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 İletişim Reklam Hizmetleri Yayıncılık Ltd. Şti.
Konur 2 Sokak 57/4 Kızılay - Çankaya / ANKARA
Telefon : 0 312 425 07 34
Faks : 0 312 425 07 36
www.hangarreklam.com
Baskı : Öncü Basımevi Basım Yayımlar Tanıtım Ltd. Şti.
Kazım Karabekir Cad. Ali Kabakçı İşhanı
No: 85/2 İskitler / ANKARA
Telefon : 0 312 384 31 20 (pbx)
Faks : 0 312 384 31 19
www.oncubasimevi.com

Gazetemiz Basın İlkelerine Uymayı TAAHHÜT EDER.



**KISA ÖZGEÇMİŞİ:**

1 Ocak 1947 tarihinde İstanbul'da doğan Prof. Dr. Kamil Serdengeçti, Galatasaray İlk ve Ortaokul'unda okudu, 1963-1964'te ABD'de AFS Öğrenci Değişim Programı ile bir yıl geçirdi ve 1964'te La Jolla High School, San Diego, California'dan mezun oldu. 1965'te Galatasaray Lisesi'ni Lise Bitirme (Bakalorya) sınavıyla Edebiyat Sınıfı birincisi olarak bitirdi. 1971'de İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu.

Temmuz 1971'de eski adı İ.Ü. Haseki Farmakoloji ve Tedavi Kürsüsü olan İ.Ü. CTF 2. İç Hastalıkları Kürsüsü'nde Prof. Kemal Önen'in asistanı olarak İç Hastalıkları ihtisasına başladı. 1972'de, ABD Yabancı Tıp Fakültesi Mezunları Eğitim Konseyi (Educational Council for Foreign Medical Graduates -ECFMG) Sertifikasını aldı. 1974'te Travenol Bursuyla İsrail Kfar Saba Meir General Hospital'da Prof. Dr. Jacques Bernheim'in yanında Hemodiyaliz Eğitimi aldı. 1976'da İç Hastalıkları uzmanı oldu.

1977-1979 yıllarında British Council Bursuyla İngiltere Southampton Üniversitesi Wessex Böbrek Ünitesi'nde Prof. H.A. Lee yanında araştırma görevlisi olarak çalıştı. Kasım 1981'de Genel Dahiliye Doçenti oldu. 1988'de İstanbul Üniversitesi CTF Nefroloji Bilim Dalı'nda Profesörlüğe yükseltildi. 1992'de Nefroloji Yan Dal Uzmanı oldu. 1993'te Fransa CIES Bursuyla Paris Necker Hastanesi Nefroloji Kliniği'nde Prof. Jean-Pierre Grünfeld yanında misafir öğretim üyesi olarak bulundu. 2005 yılından bu yana CTF Nefroloji Bilim Dalı Başkanlığını yürütmektedir. 2011 yılında CTF Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığına atanmıştır.



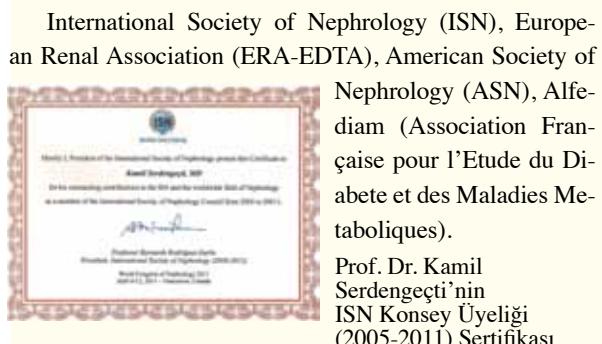
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Onkoloji Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Süheyla Serdengeçti ile 1972 yılında evlendi, 33 yaşında avukat bir oğlu vardır.

Prof. Dr. Kamil Serdengeçti çok iyi derecede İngilizce ve Fransızca bilmektedir. Hobi olarak şiir yazar; geniş klasik müzik ve hafif müzik CD, video ve DVD film ve ağırlıklı olarak şiir, edebiyat, deneme, tarih, biyografi, felsefe, psikoloji konularında kitap koleksiyonu vardır.

ÜYESİ OLDUĞU ULUSLARARASI DERNEKLER:

International Society of Nephrology (ISN), European Renal Association (ERA-EDTA), American Society of Nephrology (ASN), Alfediam (Association Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques).

Prof. Dr. Kamil Serdengeçti'nin ISN Konsey Üyeliği (2005-2011) Sertifikası

**ISN'İN 50 YILLIK TARİHİNDE KONSEY ÜYESİ SEÇİLEN İLK VE TEK TÜRK BİLİM İNSANI:**

Uluslararası Nefroloji Derneği (ISN) Konsey üyeliğini 2005 yılından 2011 yılına kadar sürdüren Prof. Dr. Kamil Serdengeçti ISN'in 50 yıllık tarihinde konseye seçilen ilk ve tek Türk üyedir. Bu göreve ISN üyelerinden Dünya genelinde kullanılan 1777 oydan 938'ini (%52) alarak seçilmiştir. Prof. Dr. Kamil Serdengeçti ayrıca 2005-2011 yılları arasında ISN COMGAN (Nefroloji'nin Küresel İlerlemesi Komisyonu) Doğu ve Merkezi Avrupa Komitesi eş başkanlığını da yürütmüştür.

ULUSLARARASI BİLİMSEL GÖREVLERİ:

2004 yılından beri ERA-EDTA yayın organı Nephrology Dialysis Transplantation (NDT) Dergisi Editörler Kurulu Üyesidir. 2003'ten beri BANTAO Dergisi Editörler Kurulu üyesi. 2002 yılında International Society of Nephrology (ISN)'nin Doğu ve Orta Avrupa komitesi üyesi oldu. 2005-2011 arasında aynı komitenin eş başkanlığı görevini yürüttü. 4-7 Haziran 2005'te İstanbul'da 101 ülkeden 6135 kişilik katılımıyla yapılan 42. European Renal Association (ERA-EDTA) Kongresinin Kongre Başkanı olarak görev yaptı. 2005-2011 yılları arasında şimdiye kadar bu göreve seçilen ilk ve tek Türk bilim insanı sıfatıyla ISN Konsey üyesi olarak görev yaptı.

YAYINLARI:

1983-2011 arası 46 uluslararası makaleye sahiptir. Web of Science toplam atf sayısı (Mart 2011): 230; h-indeksi: 9, Ulusal yayın sayısı: 31, 96 adet Uluslararası Kongre Bildirisi, 90 adet Ulusal Kongre bildirisi, 30'u telif, 5'i çeviri 35 adet kitap bölümü ve kitap yazarlığı vardır.

BÜYÜK EMEK VERDİĞİ TÜRK NEFROLOJİ DERNEĞİ:

1973'te, kuruluşunun üçüncü yılında üye oldu. 1991-93 yıllarında TND Yönetim Kurulu muhasip üyesi, 1995-2000 yıllarında TND Genel Sekreteri, 2000-2008 yıllarında da TND Başkanı olarak görev yaptı. 1994 yılında TND Ulusal Registry Kurulu üyesi, 2009 yılında ise TND Kayıt ve İstatistik Daimi Kurulu Başkanı oldu. 2006'da TND Uluslararası Bilimsel İlişkiler Daimi Kurulu Kurucu Başkanı oldu. 2007 yılında ISN Fellowship program başkanı John Feehally ile birlikte TND-ISN ortak bursunu (TSN-ISN Joint Fellowship) ihdas etti. 1992'den bu yana TND yayın organı Türk Nefroloji Diyaliz Trans-

plantasyon dergisi (TNDT)Yayın Kurulu üyesi. 1994'ten beri yıllık yayınlanan TND Ulusal Nefroloji Diyaliz Transplantasyon Registry (İstatistik ve Kayıt Sistemi) kitapçıklarının yazarlık ve yardımcı editörlüğünü yapmaktadır.

PROF. DR. KAMİL SERDENGEÇTİ'NİN DİLİNDEN TND BAŞKANLIĞI YAPTIĞI DÖNEMİN (2001-2008) ÖZETİ:

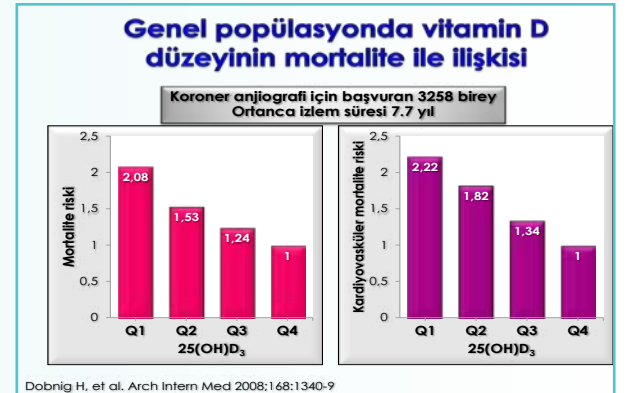
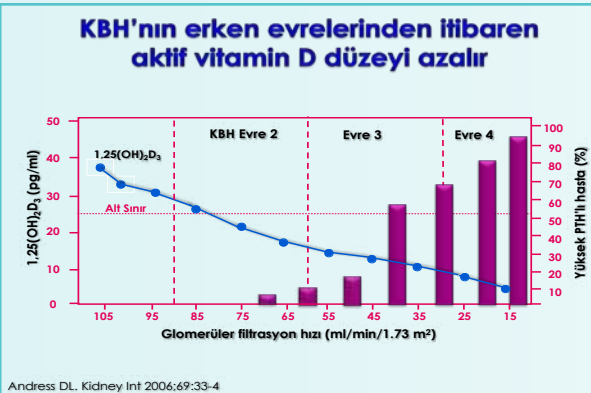
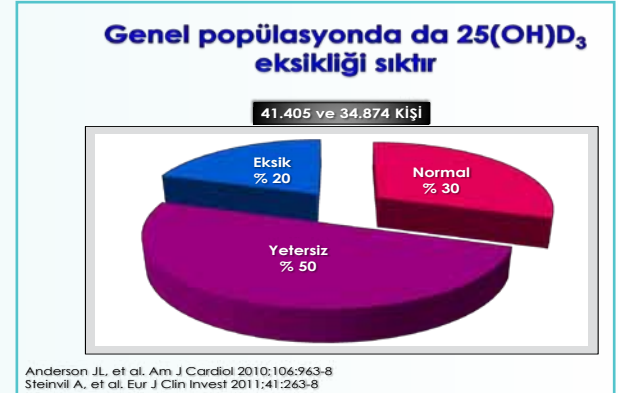
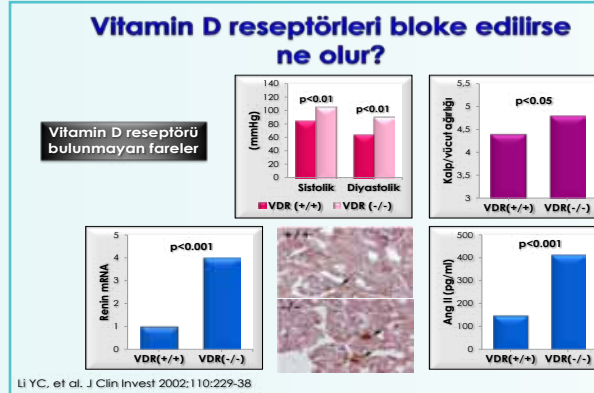
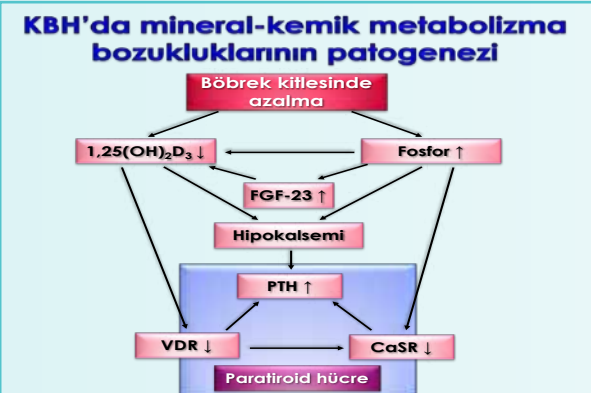
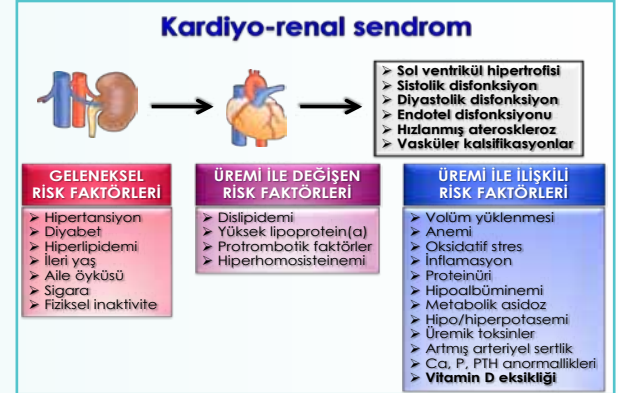
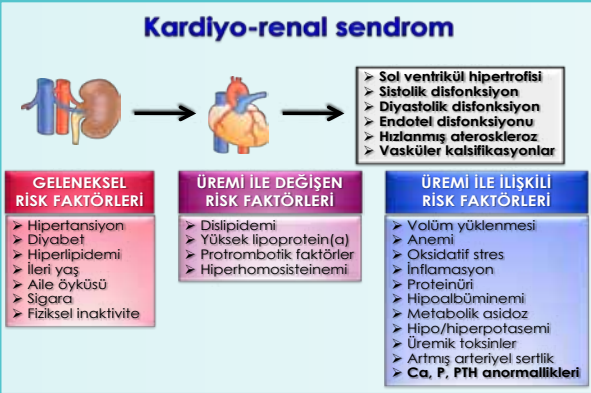
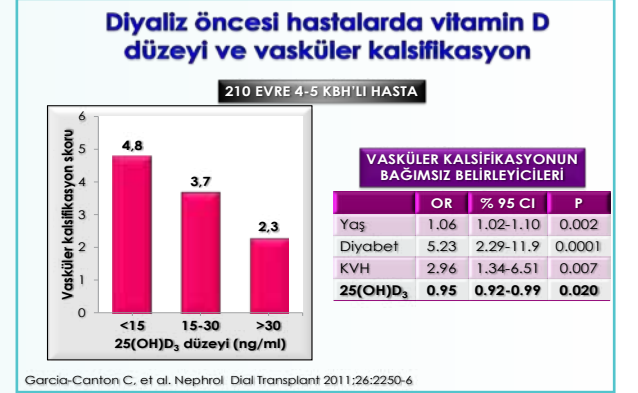
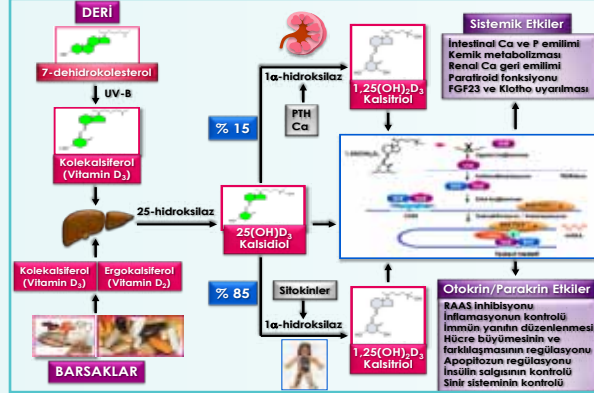
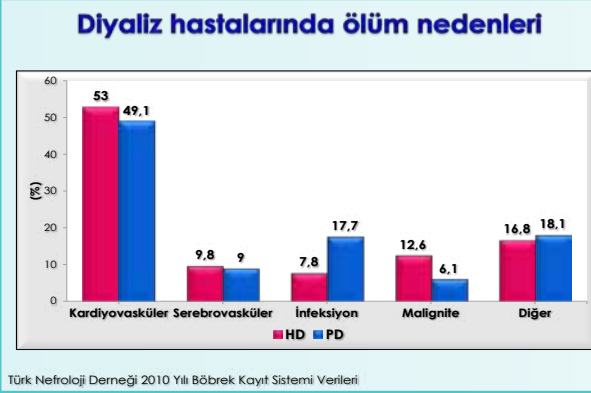
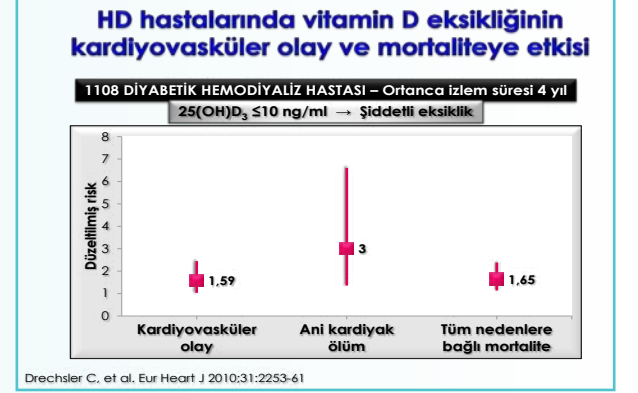
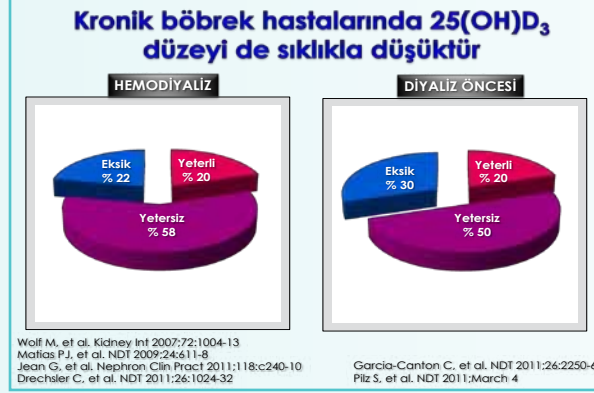
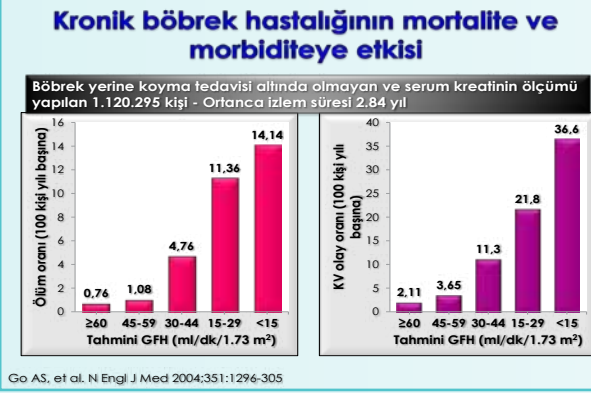
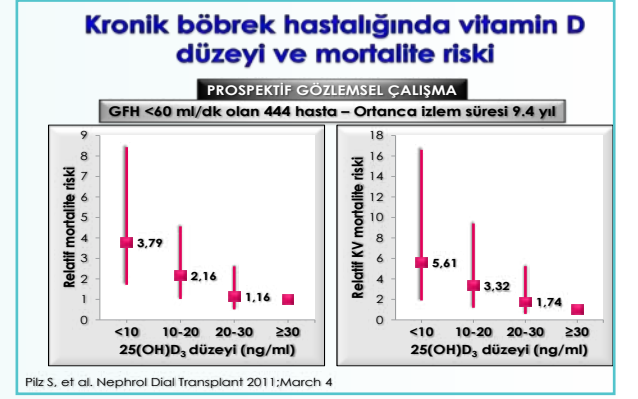
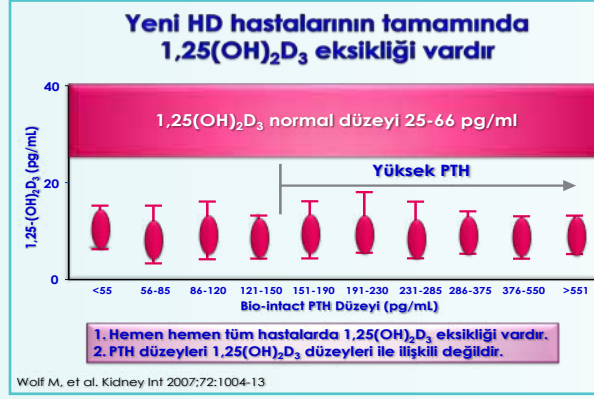
"Eksilerin değerlendirilmesini benden sonra gelecek genç arkadaşlarıma bırakıyorum. Sadece Kurumsallaşmadaki bir eksliğimize değineceğim. Adeta, ISN ile hem zaman olarak bir corporate management şirketiyle derneğin sekreteryal ve yönetsel işlerinde bize yardımcı olmak üzere bir yerli management şirketiyle sözleşme yaptık.

Fakat bu şirket, sonradan dağıldı ve bizim işleri yürütemedi. Böylece kurumsallaşmadaki büyük bir eksiklerimiz giderilememiş oldu. Artılara gelince: 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 arasına 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 gelmiş olduğu bu kongrelere katılan tüm konuk bilim adamlarının ortak kanısıdır. Avrupa'daki en büyük diyaliz popülasyonlarından birinin verilerini 18 yıldır yayınlayan Merkez Bazlı Ulusal Kayıt Sistemi kitapçıklarımız ve ERA-EDTA web sitesi ve USRDS'de yer alan Merkez Bazlı Renal 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 kadar ki en başarılı kongreleri olduğunu bizzat bu dernek yöneticileri ifade etmektedirler. Nitekim, ERA-EDTA 2013 Kongresi adeta zorla yeniden ülkemize verilmiştir. Bütün bunlar, Türk Nefroloji Derneği'nin Ulusal bir Nefroloji Derneği olarak aynı zamanda bir Dünya markası haline geldiğinin kanıtı değil midir?"

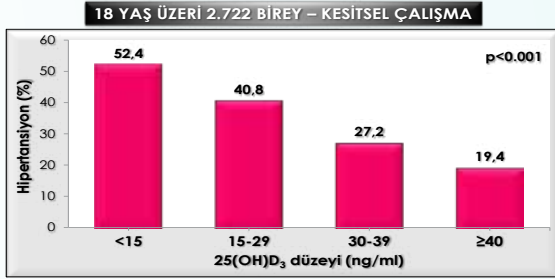
BİR KARDİYOVASKÜLER RISK FAKTÖRÜ OLARAK D VİTAMİNİ EKSİKLİĞİ



Prof. Dr. Kenan ATEŞ
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nefroloji Bilim Dalı



Vitamin D düzeyi ve hipertansiyon sıklığı



Bhandari SK, et al. J Clin Hypertens 2011;13:1707

VDR aktivasyonu birçok fizyolojik olay için gereklidir

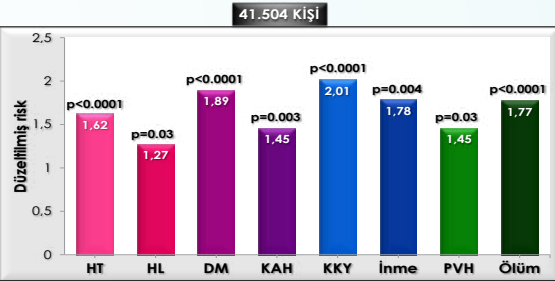


Kovesdy and Kalantar-Zadeh. Kidney Int 2008;73:1355-63

	Önce	Sonra	P
25(OH)D ₃ (ng/ml)	22.3 ± 12.0	42.0 ± 12.1	<0.001
1,25(OH) ₂ D ₃ (pg/ml)	4.6	5.9	0.001
Kalsiyum (mg/dl)	8.6 ± 0.8	8.4 ± 0.7	0.014
Fosfor (mg/dl)	4.7 ± 1.3	4.5 ± 1.3	0.011
iPTH (pg/ml)	233	208	<0.001
Hemoglobin (gr/dl)	12.1 ± 1.2	11.9 ± 1.4	AD
Albümin (gr/dl)	3.9 ± 0.5	4.2 ± 0.4	<0.001
CRP (mg/dl)	0.4	0.2	0.004
BNP (pg/ml)	338	296	0.008
Kt/V	1.4 ± 0.2	1.4 ± 0.3	AD
Sevelamer (%)	66	48	<0.001
Parikalsitol (%)	44	33	<0.001
Parikalsitol dozu (µg/hf)	7.2 ± 4.5	6.0 ± 4.1	<0.001
Darbepoetin (%)	91	89	AD
Darbepoetin dozu (µg/kg/hf)	0.42	0.33	0.013
Sol ventrikül kitle indeksi (gr/m ²)	134 ± 31	121 ± 32	0.01

Matias PJ, et al. Clin J Am Soc Nephrol 2010;5:905-911

Genel popülasyonda vitamin D eksikliği ve kardiyovasküler hastalık



Anderson JL, et al. Am J Cardiol 2010;106:963-8

Vitamin D verince ne oluyor?



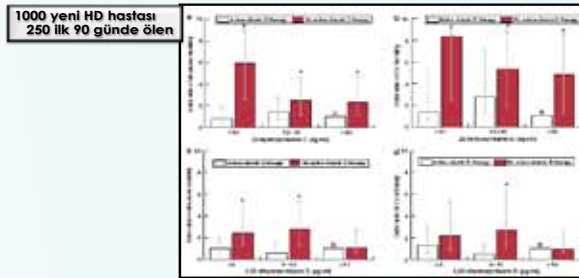
Genel popülasyonda vitamin D desteği yararlı mı?



Kardiyovasküler risk faktörleri

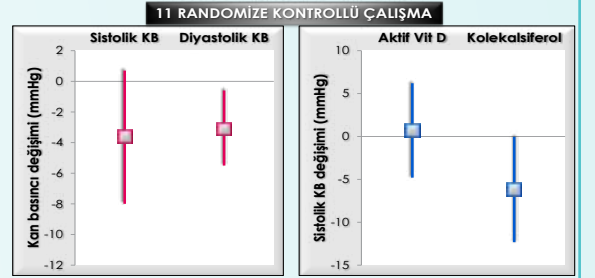
GELENEKSEL RISK FAKTÖRLERİ	ÜREMİ İLE DEĞİŞEN RISK FAKTÖRLERİ	ÜREMİ İLE İLİŞKİLİ RISK FAKTÖRLERİ
<ul style="list-style-type: none"> Hipertansiyon Diyabet Hiperlipidemi İleri yaş Aile öyküsü Sigara Fiziksel inaktivite Vitamin D eksikliği 	<ul style="list-style-type: none"> Dislipidemi Yüksek lipoprotein(a) Protrombotik faktörler Hiperhomosisteinemi 	<ul style="list-style-type: none"> Volüm yüklenmesi Anemi Oksidatif stres İnflamasyon Proteinüri Hipoalbüminemi Metabolik asidoz Hipo/hiperpotasemi Üremik toksinler Artmış arteriyel sertlik Ca, P, PTH anormallikleri Vitamin D eksikliği

Aktif vitamin D tedavisi vitamin D düzeyi ile mortalite ilişkisini etkiler



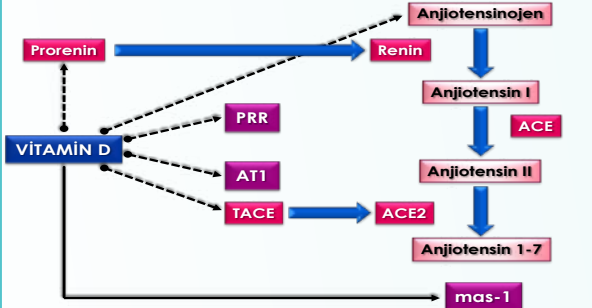
Wolf M, et al. Kidney Int 2007;72:1004-13

Vitamin D desteğinin kan basıncına etkisi: Meta-analiz

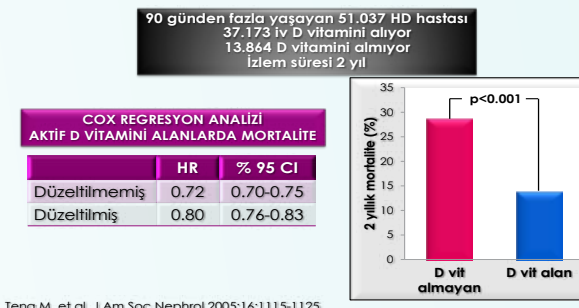


Witham MD, et al. J Hypertens 2009;27:1948-54

Vitamin D renin-angiotensin sisteminin negatif düzenleyicisidir

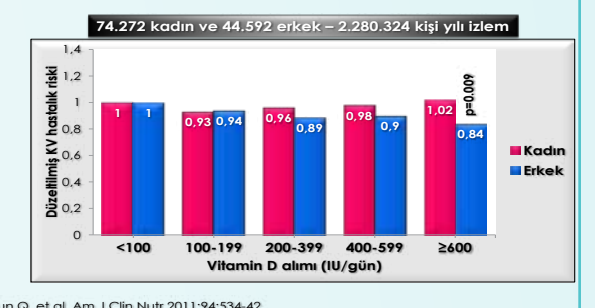


Hemodiyaliz hastalarında aktif D vitamini kullanımının mortaliteye etkisi



Teng M, et al. J Am Soc Nephrol 2005;16:1115-1125

Kadın ve erkeklerde vitamin D alımı ve kardiyovasküler hastalık riski

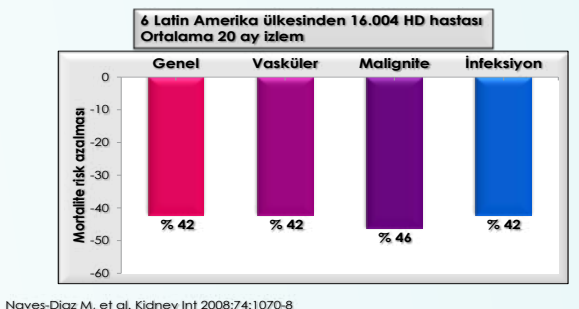


Sun Q, et al. Am J Clin Nutr 2011;94:534-42

Vitamin D güçlü bir anti-inflamatuvardır

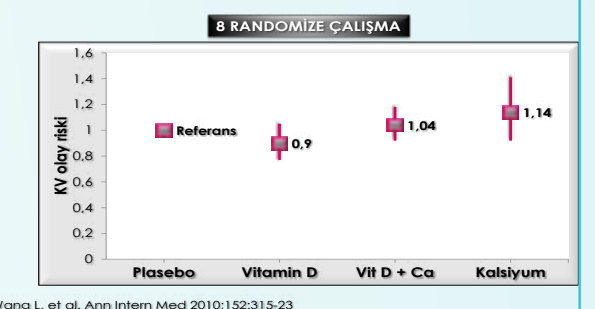
Proinflamatuar sitokinler ↓ (IL-6, TNF-α)
İnterlökin-10 ↑
CRP ve fibrinojen ↓
NF-κB ↓
COX-2 yolu ↓
Adezyon molekülleri ↓
Matriks metalloproteinaz 9 ↓

Hemodiyaliz hastalarında oral aktif vitamin D tedavisinin sağkalıma etkisi



Naves-Diaz M, et al. Kidney Int 2008;74:1070-8

Vitamin D ve kalsiyum desteğinin KV olay riskine etkisi: Meta-analiz



Wang L, et al. Ann Intern Med 2010;152:315-23

Vitamin D vasküler düz kas hücre proliferasyonunu ve vasküler kalsifikasyonu inhibe eder

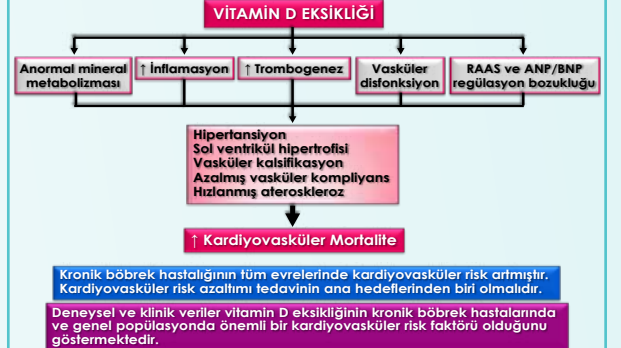
KALSİFİKASYON UYARICILARI	KALSİFİKASYON İNHİBİTÖRLERİ
<ul style="list-style-type: none"> Tıp 1 kollajen BNP prekürsör Cbfa1 BMP-2 β-catenin Trombospondin Osteoprotegerin IL-1β IL-6 TGF-α 	<ul style="list-style-type: none"> Matriks gla protein Osteopontin IGF-1 FGFR-3 C-natriüretik peptid

Andress DL. Kidney Int 2006;69:33-43

Hemodiyaliz hastalarında oral kolekalsiferol desteğinin etkileri



Matias PJ, et al. Clin J Am Soc Nephrol 2010;5:905-911



Kronik böbrek hastalığının tüm evrelerinde kardiyovasküler risk artmıştır. Kardiyovasküler risk azaltımı tedavinin ana hedeflerinden biri olmalıdır.

DeneySEL ve klinik veriler vitamin D eksikliğinin kronik böbrek hastalarında ve genel popülasyonda önemli bir kardiyovasküler risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Ancak, vitamin D desteğinin yararına ilişkin, özellikle genel popülasyonda daha fazla veriye gereksinim vardır.

ATNALI BÖBREKLİ OLGUDA TEK BÖBREKTEN PERKÜTAN (KAPALI) YÖNTEM İLE 300 KADAR TAŞ ÇIKARILMASI



Uzm. Dr.
Yusuf İlker Çömez
Çanakkale Devlet Hastanesi
Üroloji Bölümü
icomez@hotmail.com

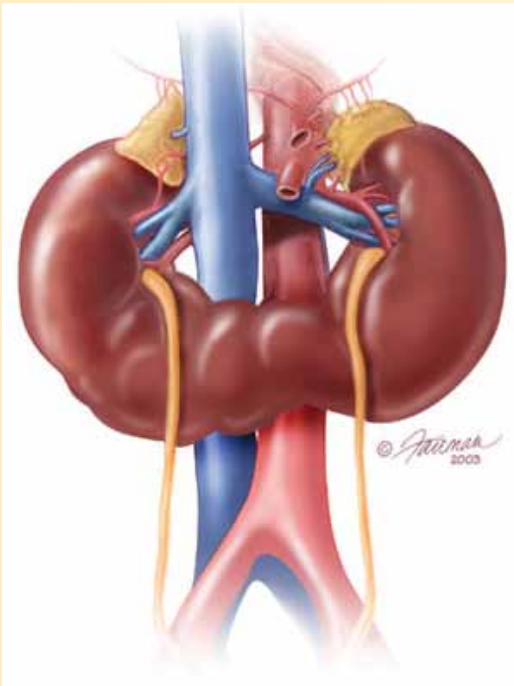
Atnalı böbrek en sık görülen füzyon(her iki böbreğin birleşik olma durumu bozukluğudur. Erkeklerde iki kat fazla olmak üzere normal popülasyonda %0.25 oranında bulunur.. Atnalı böbrekler çoğunlukla belirti vermezler.

Semptomatik olgularda ise genellikle eşlik eden enfeksiyon, tıkanıklık ve taş nedeniyle yakınmalar ortaya çıkar. Bu böbreklerdeki taşların perkütan tedavisi anatomik farklılıklardan dolayı zor olabilir.

Anatomik farklılık böbrek içerisinde oluşan taşların kendiliğinden düşmesine genellikle engel olur. Atnalı böbreklerde beden dışından şok dalga litotripsi (SWL) başarılı sonuçlara sahip olsa da, yüksek hacimli taşların varlığında aynı sonuçlar elde edilememektedir.

Şok dalga litotripsi ile tedavi edilemeyen veya 2 cm'den büyük taşları olan olgularda ise perkütan cerrahi en iyi sonuçlara sahiptir.

Perkütan cerrahi %12.5'i geçmeyen önemli komplikasyon oranları ile %80'in üzerinde taşsızlık sağlamaktadır. Atnalı böbreklerde perkütan taş cerrahisi teknik olarak zor olan ve genellikle üst pol girişi ile gerçekleştirilen ve fleksibl nefroskop(ek cihazlar) gereksinimi duyulan bir yaklaşımdır. Giriş sağlandıktan sonra traktın uzunluğu nedeniyle standart aletlerle taşların kırılması ve temizlenmesi de ayrı bir zorluktur. Özellikle şişman hastalarda bu zorluk artmaktadır. Tüm bu olumsuzluklara karşın atnalı böbreklerde taş tedavisinde perkütan cerrahinin etkin ve güvenilir bir yaklaşım olduğu bilinmektedir.



Perkütan nefrolitotomi düşük istenmeyen yan etki oranları ve yüksek başarı oranları ile atnalı böbrekli hastalarda taş tedavisinde etkin ve güvenilir bir yöntemdir.

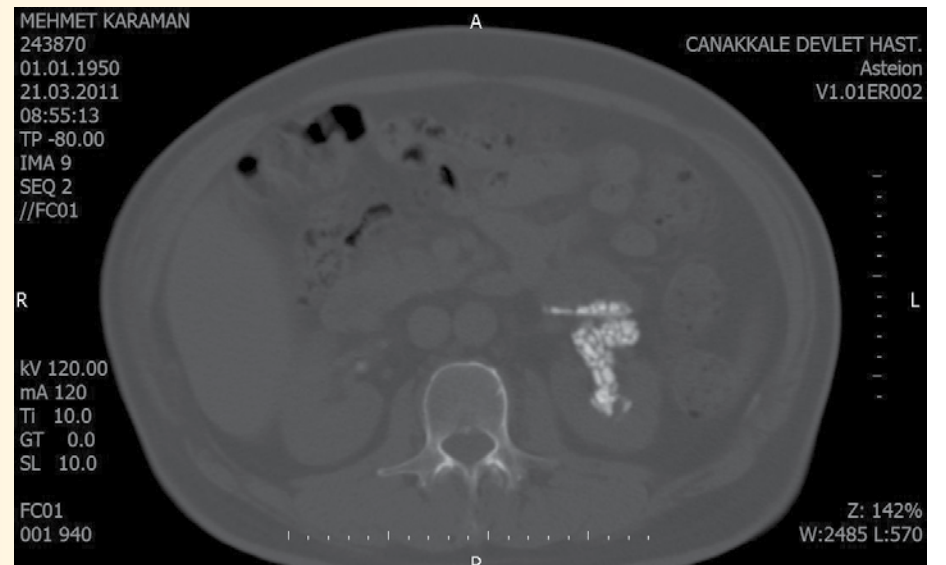
Sözkonusu hastamız 61 yaşında ,atnalı böbrek nedeniyle her iki böbreğinden açık ameliyat geçirmiş ve defalarca beden dışından şok dalga litotripsi (SWL) uygulanmıştır. Tekrar açık ameliyat olmak istemediğinden son 2 yıldır ağrılarına rağmen üroloji uzmanına başvurmamıştır. Bu



Ertesi gün sondası ve stenti alınan hasta 2.gün gözlendikten sonra sorunsuz taburcu edildi. Aradan 2 ay geçtikten sonra diğer böbrek taşları da aynı şekilde sorunsuz biçimde temizlenmiştir.



Günümüzde kapalı cerrahilerin gelişmesi ile çok ciddi boyuttaki taşlarda bile alınan sonuçlar bizi cesaretlendirmektedir. Özellikle bu cerrahilerde ameliyat esnasında röntgen ile kontrol imkanı olması taşsızlık oranlarını açık cerrahilerin önüne geçirmektedir.



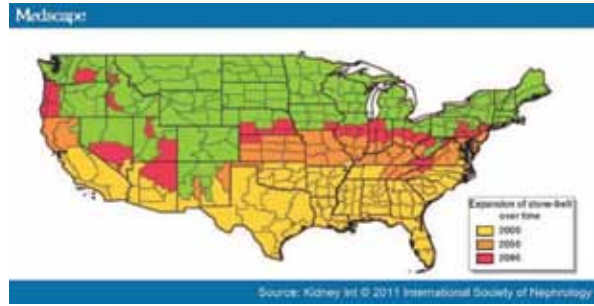
ameliyatın hastanemizde kapalı biçimde yapıldığını öğrendikten sonra başvuran hasta operasyona hazırlandı. Öncelikle daha çok taş yükü olan sol böbrek operasyonuna karar verildi.

Operasyon 150 dakikada ve önemli bir kanama olmadan sonuçlandı. Herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Vakanın önemli iki özelliği 1 cmlik tek kesiden , filmde görülen sayıldığına 300 civarında bulunan 0,5-1 cm boyutundaki taşların tamamen temizlenmiş olması idi. Tüm taşların boyutları birbirine yakın olduğundan vaka esnasında herhangi bir taş kırma cihazı kullanılmadı.

Robert J Fakheri¹ ve David S. Goldfarb^{1,2}¹ New York Üniversitesi Tıp Fakültesi, New York, ABD ve ² Nefroloji Bölümü, New York Harbor VA Tıp Merkezi ve Endüroloji Bölümü, Lenox Hill Hastanesi, New York, ABD.

Kidney International 79, 1178-1185 (June (1) 2011) | doi:10.1038/ki.2011.76

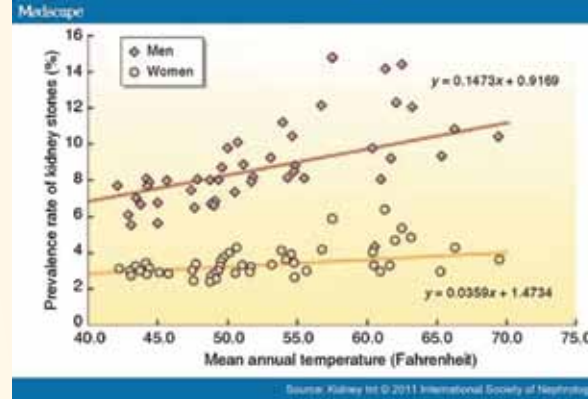
Nefrolitiaz; dünya çapında gittikçe daha yaygın hale gelen bir hastalıktır. Taşların altında yatan neden bilinmemekle birlikte, bazı literatürler litojen (lithogenez) için iklimin önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Bilgisayar modelleri ile yapılan tahminlerde bu yüzyılın ikinci yarısında sağlık harcamalarında %25, küresel ısınmada %10'luk bir artış olacağı öngörüldü. Buradaki amacımız ortam sıcaklığının taşlar üzerindeki etkisini eleştirel bir bakış açısıyla gözden geçirmektir. Biz burada coğrafi bölgeler arasındaki kıyaslamalar ve özel ortamlarda insanlar arasındaki karşılaştırmalar ile zaman içinde elde ettiğimiz metodolojik vücut etkilerini sınıflandıracaktır. Çalışmaların çoğu güneş ışığına maruz kalma ve beslenme konusunda bölgesel farklılıklar olması ve diğer bazı faktörler yönünden eleştirilse de belirli popülasyonların patogenezinde rol oynadığı görülmektedir. Isının rolü özellikle erkeklerde kadınlara oranla daha büyüktür. Kırsal alanlardan daha sıcak olan kentsel alanlara geçen yüzyılın başında başlayıp halen süregelen göçlerin etkisinin de çok büyük olduğunu öne sürmekteyiz, bu durum nefrolitiazın artan prevalansında küresel ısınmadan bile daha fazla etki sahibidir. Şu anda elde edilen sınırlı verilerle bunu kanıtlamamız olanaksızdır, ancak bu etkiyi araştırmak için ileride yapılan çalışmalar daha garantili sonuçlar verecektir.



Şekil 1-Amerika Birleşik Devletleri'nde Güneşli alanlardaki taş kemeri (Taş Kemer) veya Yüksek Riskli Taş Alanı (Risk oranı >1.2) Sarı Renk ile Gösterilmiştir: Bilgisayar modeli zaman içinde taş kemeri genişlemesini turuncu (2050) ve kırmızı (2095) renkleri ile öngörüyor. Şu anda nüfusun %41'i risk alanının içinde. Bilgisayar modeli 2050'de nüfusun %56'sının 2095'te ise %70'inin yüksek risk alanında olduğunu öngörüyor. (Brikowski ve arkadaşlarının izni ile yayınlanmıştır).

Küresel ısınma ile böbrek taşı artabilir hipotezinin tarihi en azından 1989 yılına kadar dayanır. Yakın zamanlarda Ulusal Bilimler Akademisi Bildirileri'nde yayınlanan bir yazıda iklim değişikliğinin nefrolitiazis insidansına etkisi yayınlandı (Şekil 1). Yazarlar "Nefrolitiazis ile Ortalama Yıllık Sıcaklık" arasında sıkı bir şekilde bağ bulunduğunu kanıtlamalarına rağmen daha sonraları "Ortam Sıcaklığı ile Taş Riski Arasındaki İlişki"yi tam olarak bilmediklerini de kabul ettiler. Buradaki amacımız sıcaklık ve taş oluşumu arasındaki ilişki ile ilgili tıbbi literatürü gözden geçirmektir.

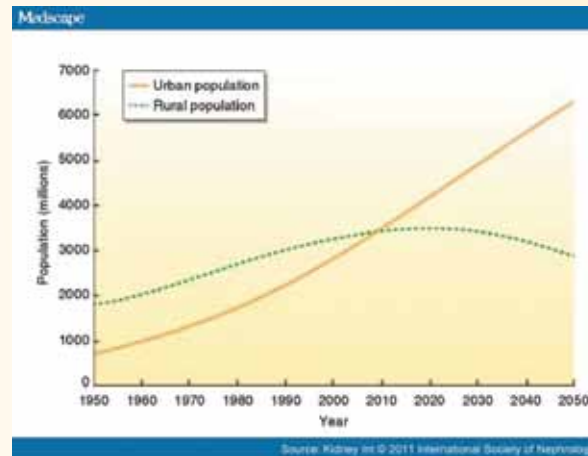
Ortam sıcaklığı; taşlar için uzun süreden beri risk faktörü olarak bilinmektedir, fakat tek tek yapılan epidemiyolojik araştırmalarda, diğer karmaşık faktörlerin ve etkilerinin ayırt edilmesi imkansızlaşmıştır. İki farklı coğrafi konumu kıyaslar; taş insidans ve prevalansı, nem, güneş ışığı, diyet ve genetik maruz kalma gibi farklılıklar için birçok yanıltıcı açıklamalar vardır.



Şekil 2- Yıllık ortalama sıcaklığa ve cinsiyete göre ABD'deki eyaletler bazında böbrek taşı prevalans oranlarının yaygınlık alanları: 1982 yılında tamamlanan CPS II çalışmasında elde edilen prevalans verileri yayınlanmıştır. Ulusal İklimsel Veri Merkezi genel veritabanından elde edilen sıcaklık verileri. (Fakheri ve Goldfarb'ın izni ile yayınlanmaktadır).

Kadınlar için istatistiki olarak anlamlı bir ilişki olmasına rağmen erkekler için, sıcaklık ve taş yaygınlığı oranları arasında bir ilişki olsa da, bu ilişki sınırlı ve şüphelidir.

Biz artan ortam sıcaklığının taş prevalansı için kadınlara göre erkeklerde daha dik bir etkisi olduğunu ileri sürdük, çünkü erkekler kadınlara göre dışarı işlerinde daha sık çalışmaktadırlar; erkeklerin kadınlardan daha taş prevalansı artan ortam sıcaklığı çok daha dik bir etkisi olduğunu ileri sürdük, bu varsayımı destekleyen veriler mevcut değildir. Değişiklikler; dışarıda çalışan kadınların oranı 1982 yılından bu yana artmış olabilir, ortam sıcaklığı ve taş prevalansı arasındaki ilişkinin eğimi değişmiştir.



Şekil 3- Birleşmiş Milletler Nüfus Bölümü'nden elde edilen verilere göre, 1950'den 2050 yılına kadar dünyadaki kırsal ve kentsel nüfus. Grafikte insanların büyük bir kısmı kentsel alanlarda yaşamaktadır ve bu eğilimin gelecekte

de devam etmesi beklenmektedir. Kent merkezlerinde, çevre bölgelerden daha sıcak olduğu dikkate alındığında, bu gibi böbrek taşlarında iklim koşulları bir endişe kaynağı olabilir.

Artan yaygınlık oranları için bir başka olası bir açıklama, iklim değişikliklerinden çok sıcak iklimlere olan göçten doğan nüfus artışı olabilir. Bu konu küresel ısınma kadar çok ilgi çekici olmakla birlikte, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'nda dünya nüfusunun çok büyük oranda kent merkezlerine göç ettiğine dair kanıt vardır (Şekil 3). Kent merkezleri "Kentsel ısı adaları" fenomeninden dolayı çevredeki banliyö ve kırsal alanlardan 2 ila 10°F daha sıcaktır. Her ne kadar hipotezimizi destekleyen veri bulunmasa da, bu göç, potansiyel olarak, daha dramatik şekilde, küresel ısınmanın etkisiyle taş yaygınlık oranlarını daha da artırabilir. Irak'ta yaptığımız bir çalışmada görüldü ki ürolitiazis insidansı kentsel nüfusta kırsal bölgelerdekilere göre 100.000 kişi başına 52.0'ye karşı 30.2'dir. (P-değeri sunulmamıştır). Güney Carolina'da yapılan bir başka çalışmada kentsel ve kırsal nüfusta yaşayan çocukların artan taş prevalansında hiçbir fark olmadığı görülmüştür. Daha fazla araştırma olmazsa bu konu şüphe olarak kalır.

Sonuç:

Ortam sıcaklığının artan taş prevalansına potansiyel katkısını destekleyici veriler eksiktir. Hiç şüphe yok ki, daha fazla transdermal sıvı kaybı, idrar volümünü azaltırken taş oluşturan tuzların doygunluğunu artırır. Patofizyolojisi açık ve makul olmasına rağmen, iklim ve ortam sıcaklığı ile taş prevalansı arasındaki nedensel bağlantıları ortaya koyan veriler, şaşırtıcı derecede seyrek ve diğer değişkenler yüzünden karmaşıktır. Dünya çapında farklı çalışma tasarımlarının kanıt üstünlüğü göz önüne alındığında, iklim, sıcaklık, nem ve güneş ışığının en azından bazı hastalarda idrar taşı gelişiminde rolü olduğu yadsınmaz görünmektedir. En tutarlı destekleyici veriler taş prevalansını mevsimsel farklılıklara göre tekrarlayarak gösterirler. Ancak, belirli gruplarda taş ve iklim arasındaki ilişki belirsizliğini korumaktadır. Isıya maruz kalan işçiler arasında bile, sürekli idrar hacmi beklenen etkiyi göstermiş değildir. Su veya diğer sıvıların bazı toplumlarda veya işçiler için sınırlı erişimi ilave bir değişken olabilir. Daha önce yaptığımız analizlerde Amerika Birleşik Devletleri'nde iklim duyarlılığı konusunda erkekler ve kadınlar arasında dramatik bir eşitsizlik olduğunu bulduk. Bu değişik tepkilerin nedeni bilinmemekle birlikte iklim etkisine duyarlılığı potansiyel olarak artırmak veya azaltmakta yaş, ırk, sosyo-ekonomik faktörlerin etkili olduğu söylenebilir. Devam eden küresel ısınma tehdidinin böbrek taşları üzerindeki etkisi güvenilir bir şekilde tahmin edilemez ise daha da yaygınlaşabilir.

Çeviri: Prof. Dr. Ayla San



Prof. Dr. Ercan OK
Ege Üniv. Tıp Fak.
Nefroloji B.D.
İzmir

Tüm dünyada son dönem böbrek hastalığı sağaltımında kullanılan en yaygın yöntem hemodiyalizdir. Dünya genelinde yaklaşık iki milyon hasta hemodiyaliz tedavisi görmektedir. Öte yandan, diyaliz teknolojisindeki tüm teknik ilerlemelere ve yeni geliştirilen farmasötik ajanlara rağmen mortalite hala yüksek seyretmektedir.



Son yıllarda yapılan çalışmaların ışığında, çözümün sık ve/veya uzun diyaliz olduğu görülmektedir. Hemen tüm çalışmalarda daha sık, özellikle de daha uzun diyaliz, sadece sağkalım açısından değil, neredeyse her açıdan haftada üç gün standart hemodiyaliz tedavisine kıyasla belirgin şekilde üstün görünmektedir (1,2). Uzun diyaliz evde uygulandığında, daha az bir maliyet ile mükemmel sağkalım ve çok daha iyi bir konfor sunmaktadır.

Evde hemodiyaliz, ilk olarak 1960 başlarında Seattle, Boston ve Londra'da başlamıştır. Rakamlara göre 1973'te ABD'de 11.000 hemodiyaliz hastasının, 4.000 kadarı ev hemodiyalizi ile tedavi edilmekte iken, sonraki yıllarda ticari nedenler, nefrologların ilgisizliği, hizmet veren mer-

kez sayısı azlığı vb. nedenlerle azalmıştır. Ancak son yıllarda, yeniden artış gözlenmektedir. Örneğin ABD'de 2008–2010 arası dönemde, ev hemodiyalizi yapan hasta sayısı iki kat artmıştır, yaklaşık 6000'e erişmiştir. Özellikle vurgulamak gerekir ki, Avustralya ve Yeni Zelanda gibi ülkelerde bu uygulama kırk yıldır yaygın olarak sürmektedir. Bu ülkelerde en sık uygulama gūnaşırı gece sekiz saatken, Kanada'da haftada altı gece sekiz saat, ABD'nde ise günlük 2–3 saat sekinde yapılmaktadır.

Ev hemodiyalizi hasta eğitimi

- Eğitim genellikle 4–8 hafta
- Damara iğne yerleştirme; HD cihazını kullanma, setleri hazırlama, diyaliz başlatma ve sonlandırma; izotonik sodyum klorür ve heparin verme
- Vital bulguları ölçme, yapılacak ultrafiltrasyon miktarını belirleyip cihazı buna uygun ayarlama
- Alarm ve acil durumlarda nasıl davranılacağını öğrenme
- Evdeki elektrik ve su tesisatında düzenlemeler
- Sonrasında 3–6 seans merkezde kendi kendine yardımsız diyaliz; evde birkaç seans refakat
- Hasta ve hasta yakınının 24 saat erişebileceği ev diyalizi ekibi telefonu
- Ayda bir ünite değerlendirme, üç ayda bir evde değerlendirme

Evde uzun hemodiyaliz, standart hemodiyalize göre daha iyi kan basıncı kontrolü, sol ventrikül hipertrofinde azalma, arteriyel komplansta düzelme, uyku apnesinde



azalma, daha iyi fosfat kontrolü, anemi sıklığında azalma ve kognitif fonksiyonlarda düzelme sağlamaktadır (3,4). Hemen tüm hemodiyaliz hastalarının yaşadığı diyaliz seansı sonrası halsizlik-bitkinlik dönemi, günlük kısa hemodiyalize geçildiğinde 5-6 saatten yarım saate inmekte, gece

Hastaların ev HD Yapması Konusundaki Engeller

■ Gerçek engeller (Medikal engeller):

- **Yaş:** Mutlak engel değil
- **Dişabet:** Mutlak engel değil; kötü glisemik kontrol-sık hipoglisemi
- **Görme-ışitme kaybı:** Engel
- **Unstabil kardiyovasküler hastalık:** Ciddi aritmi, unstabil angina
- **Epilepsi:** Tedavi; yardımcı gerekir

Cafazzo JA, Clin J Am Soc Nephrol 2009; 4: 784

diyalizinde ise bu semptomlar hemen hiç görülmemektedir (5). Ev hemodiyaliz uygulamasında hasta ve teknik sağkalım oranları da oldukça iyi görünmektedir. Fransa'da bir

İğne Çıkması – Kan Sızıntısı

- Ciddi ve korku kaynağı olan bir komplikasyon
- Arterial iğne çıkması durumunda diyaliz makinesi derhal alarm veriyor
- Venöz iğne çıkması için, diyaliz makinesi alarmı geç olabilir
- Ancak pratikte son derece ender
- Yine de buna önlem olarak alarm sistemleri çoğu merkezde kullanılıyor (nem-sıvı algılayan ya da renk algılayan)



merkezde 1974–1997 arası 471 ev diyalizi hastasının toplam sağkalım oranları beş yılda %90, on yılda %77, on beş yılda %62, yirmi yılda %45 olarak bulunmuştur. Ev hemodiyalizi başlıca bırakma nedeni renal transplantasyondur (%63) (6). Yeni yapılan bir çalışmada, nokturnal ev hemodiyaliz uygulaması ile hasta sağkalımının kadaverik transplantasyona eşdeğer olduğu gösterilmiştir (7).

Hastalar mı Merkez HD'yi Tercih Ediyor ?

- 126 merkez HD hastası
- "Ev hemodiyalizi" anlatılıp, soruluyor
- %44' ü ev HD düşünmüyor
- %56' sı "sağlıkları için daha iyi olacaksa" ev HD düşünebileceğini söylüyor

Am J Med 2004; 116: 606-612

Yapılan araştırmalar, nefrologların ev hemodiyalizi uygulamasının yararını bildiğini ve inandığını, dahası bilgilendirildikleri zaman hastaların da bu uygulamayı tercih ettiğini, ancak doktorların hastalarına bu seçeneği yeterince

Hastaların ev HD yapması Konusundaki Engeller

■ Aşılabilir engeller

- Damara girmekten korkma
- Diyaliz öğrenme ve yapma konusunda kendisine güvenememe
- Katastrofik bir olay olması olasılığından korkma
- Doktorlar tarafından bilgilendirilmeme

Cafazzo JA, Clin J Am Soc Nephrol 2009; 4: 784

sunmadığını göstermektedir (8,9). Tüm hastaların en az %11–14' ünün ev HD için uygun olabileceği düşünülmektedir. Yaş, dişabet, düşük eğitim düzeyi ve sosyokültürel durum majör bir engel oluşturmamaktadır. İstekli ve kendine güvenli olmak, tek başına ya da bir yardımcı vasıtasıyla da-

Ülkemizdeki İlk Ev Hemodiyalizi Deneyimleri

- Ev hemodiyalizi ruhsatı alan merkez sayısı: 17
- Ruhsat başvuru aşamasında olan merkez sayısı: 11
- Evde hemodiyaliz yapan hasta sayısı: 36
- Onaylanmış eve çıkacak hasta sayısı: 16
- Onay bekleyen hasta sayısı: 6
- Eğitimi bitmiş başvuru aşamasında hasta sayısı: 18
- Eğitimde olan hasta sayısı: 33

mara giriş yapabilmek ana gerekliliktir. Görme-ışitme kayıpları, stabil olmayan ciddi kardiyovasküler hastalık ve epilepsi engeller arasındadır (10).

Ev HD Modelleri

	Klasik ev HD	Günlük ev HD	Gece ev HD
■ Haftalık seans sayısı	3	6-7	5-7
■ Seans süresi (saat)	4-8	2-3	6-8

➢ Avustralya ve Yeni Zelanda'da en sık uygulanan gūnaşırı gece 8 saat (haftada 3.5) (etkin, ekonomik)

➢ Kanada'da haftada 6 gece 8 saat

➢ ABD'de en sık günlük kısa



EV HEMODİYALİZİ



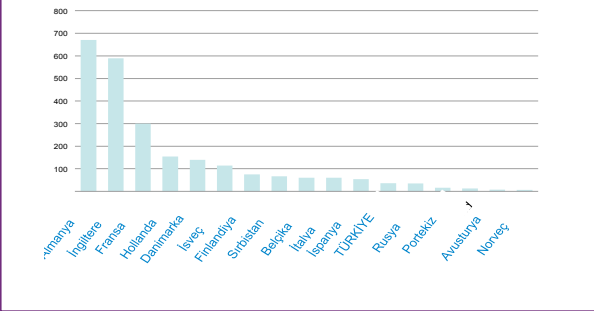
Ülkemizdeki İlk Ev Hemodiyalizi Hastaları

- 36 hasta (21 erkek, 15 kadın)
- Ortalama yaş 44±16 yıl (23-65)
- 19'u ilkokul, 4'ü ortaokul, 7'si lise, 6'sı üniversite mezunu
- 20'si HD, 6'sı yeni, 6'sı RTx, 4 PD
- Toplam SDBH süreleri 82±77 ay
- Ev HD süreleri:
 - İlk 4 hasta: biri 6.5 yıl, ikisi 5.5 yıl, biri 3.5 yıl; hiçbiri ilaç kullanmıyor
 - Diğerleri 2 hafta ile 14 ay arası

Ülkemizdeki İlk Ev Hemodiyalizi Hastaları

- İkisi gün aşırı, diğerleri haftada 3 diyaliz
- En az yedi saat
- **İkisi hariç tümü gece uykuda diyaliz yapıyor**
- Biri hariç tümü kendisi diyaliz yapıyor
- Dokuzu hiç yardım almıyor, diğerleri özellikle bantlama sırasında yardım alıyor
- Biri hariç diğerlerinde makine yatak odasında; su sistemleri banyoda

Avrupa'da ev HD hasta sayıları



Ülkemizdeki İlk Ev Hemodiyalizi Hastaları

- İkisi greft, biri kateter, diğerleri fistül
- Kan akım hızı 200-300 ml/dk
- Diyalizat akım hızı 500 ml/dk
- Heparin infüzyon (genellikle 2.500 Ü bolus, 1.000 Ü/s inf)
- High flux diyalizer, ultrapure diyalizat
- Düzenli su analizleri
- Aylık laboratuvar sonuçlarla nefrolog değerlendirmesi
- Üç ayda bir ev ziyareti

KAYNAKLAR

1. FHN Trial Group, Chertow GM, Levin NW, Beck GJ, Depner TA, Eggers PW, Gassman JJ, Gorodetskaya I, Greene T, James S, Larive B, Lindsay RM, Mehta RL, Miller B, Ornt DB, Rajagopalan S, Rastogi A, Rocco MV, Schiller B, Sergeyeva O, Schulman G, Ting GO, Unruh ML, Star RA, Klinger AS. In-center hemodialysis six times per week versus three times per week. N Engl J Med. 2010 Dec 9;363(24):2287-300.
2. Ok E, Duman S, Asci G, et al. Comparison of 4- and 8-h dialysis sessions in thrice-weekly in-centre haemodialysis: A prospective, case-controlled study. Nephrol Dial Transplant 2010; 26: 1287-1296.
3. Perl J, Chan CT. Home hemodialysis, daily hemodialysis, and nocturnal hemodialysis: Core Curriculum 2009. Am J Kidney Dis. 2009 Dec;54(6):1171-84.
4. Culleton BF, Walsh M, Klarenbach SW, et al. Effect of frequent nocturnal hemodialysis vs conventional hemodialysis on left ventricular mass and quality of life: a randomized controlled trial. JAMA. 2007; 298:1291-1299.
5. Lindsay RM, Heidenheim PA, Nesrallah G, Garg AX, Suri R; Daily Hemodialysis Study Group London Health Sciences Centre. Minutes to recovery after a hemodialysis session: a simple health-related quality of life

question that is reliable, valid, and sensitive to change. Clin J Am Soc Nephrol. 2006 Sep;1(5):952-9.

6. Arkouche W, Traeger J, Delawari E, Sibai-Galland R, Abdullah E, Galland R, Leitiene P, Fouque D, Laville M. Twenty-five years of experience with out-center hemodialysis. Kidney Int. 1999 Dec;56(6):2269-75.
7. Pauly RP, Gill JS, Rose CL, Asad RA, Chery A, Pierratos A, Chan CT. Survival among nocturnal home haemodialysis patients compared to kidney transplant recipients. Nephrol Dial Transplant. 2009 Sep;24(9):2915-9.
8. Ledebro I, Ronco C. The best dialysis therapy? Results from an international survey among nephrology professionals. NDT Plus. 2008 Dec;1(6):403-408.
9. Halpern SD, Berns JS, Israni AK. Willingness of patients to switch from conventional to daily hemodialysis: looking before we leap. Am J Med. 2004 May 1;116(9):606-12.
10. Cafazzo JA, Leonard K, Easty AC, Rossos PG, Chan CT. Patient-perceived barriers to the adoption of nocturnal home hemodialysis. Clin J Am Soc Nephrol. 2009 Apr;4(4):784-9.
11. Heidenheim AP, Leitch R, Kortas C, Lindsay RM. Patient monitoring in the London Daily/Nocturnal Hemodialysis Study. Am J Kidney Dis. 2003 Jul; 42 (1 Suppl):61-5.
12. McFarlane PA, Bayoumi AM, Pierratos A, Redelmeier DA. Kidney Int. The impact of home nocturnal hemodialysis on end-stage renal disease therapies: a decision analysis 2006 Mar;69(5):798-805.

Ülkemizde ilk ev hemodiyalizi 1983 yılında Saray Halı Patronu Lütfü Özdemir'in oğlu Ahmet Özdemir'e İstanbul'da eğitim gören bir hemşire tarafından Saray Halı Fabrikası'na getirilen bir makine ile uygulanmıştır. Takibini Prof. Dr. Enver Hasanoglu yapmıştır.

4 sene sonra da annesinden canlı böbrek transplantasyonu yapılmıştır.

Evde hemodiyaliz uygulamasının klinik sonuçlarının daha iyi olmasının yanı sıra, esnek diyaliz planlaması, daha iyi iş ve sosyal yaşam, daha gevşek diyet, özgüven artışı, çok daha az intradiyalitik sorun, çok daha az makine alarmı, daha uzun damar yolu ömrü gibi ek yararları olduğu da bir gerçektir.

Yapılan çalışmalarda majör komplikasyonların yok deneye kadar az ve sonuçta uygulamanın oldukça güvenli olduğu saptanmıştır. On-line monitorizasyon ile 4098 "hasta gecesi"nin değerlendirildiği bir gece hemodiyalizi hasta serisinde majör komplikasyon hiç gözlenmemiştir (11). İğne çıkması ve kan sızıntısı, korku kaynağı olan bir komplikasyon olmasına karşın, pratikte son derece enderdir. Üstelik buna önlem olarak alarm sistemleri de kullanılmaktadır (nem-sıvı algılayan ya da renk algılayan dedektörler).

Ev hemodiyalizinin maliyet açısından değerlendirildiği çalışmalarda, ilaç kullanımı ve hospitalizasyonda ciddi azalma olması nedeniyle toplam maliyet önemli oranda düşüktür (12).



HAYATLAR KAZANMAK İÇİN BÖBREKLERİNİ BAĞIŞLA...

Diyaliz sanıldığı kadar korkunç bir tedavi yöntemi değildir.



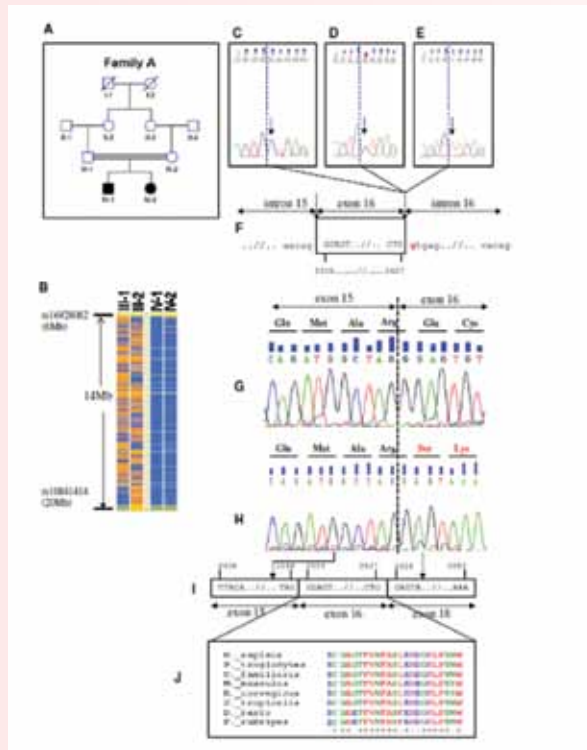
Doç. Dr. Fatih Özalın
Hacettepe Üniv. Tıp Fak.
İhsan Doğramacı
Çocuk Hast. Çocuk Sağlığı
ve Hastalıkları A. D.
Nefroloji Romatoloji

Nefrotik sendrom, idrarla yoğun protein kaybı ve buna ikincil hipoalbuminemi, ödem ve hiperlipidemi ile karakterli bir hastalıktır.

İdrarla protein kaybını önleyen antiproteinürik mekanizmaları bozan herediter ve kazanılmış nedenler nefrotik sendroma neden olmaktadır. Nefrotik sendrom, steroid tedavisine verdiği yanıtı göre steroid duyarlı ve steroid dirençli nefrotik sendrom olmak üzere 2 klinik alt tipe ayrılır. Çocuklarda görülen nefrotik sendromun %90'ını steroid duyarlı nefrotik sendrom, %10'unu steroid dirençli nefrotik sendrom oluşturmaktadır. Steroid duyarlı nefrotik sendrom ile steroid dirençli nefrotik sendromun yoğun immunosupresif tedaviye yanıt veren ve/veya transplantasyon sonrası rekürrens gösteren küçük bir kısmında dolaşımda bulunan ve glomerüller geçirgenliği arttıran bir faktör patogeneze sorumludur. Çok yakın zamanda bu faktörün dolaşımda bulunan solubl tirokinaz reseptörü (suPAR) olduğu gösterilmiştir. Steroid dirençli nefrotik sendromun büyük bir kısmında antiproteinürik mekanizmaları oluşturan yapısal proteinlerde herediter defektler patogeneze sorumludur. Steroid dirençli nefrotik sendromun herediter formları otozomal dominant ve resesif kalıtım paterni sergileyebilir. Şimdiye dek mutasyonları sendromik olmayan herediter steroid dirençli nefrotik sendroma neden olan 9 gen tanımlanmıştır. Bunlar NPFS1 (nefrin), NPFS2 (podosin), NPFS3 (PLCE1; fosfolipaz C epsilon 1), ACTN4 (alfa aktinin 4), CD2AP (CD2 associated protein), TRPC6 (Transient Receptor Potential Cation Channel 6), INF2 (Inverted Formin 2), Myo1E (Myosin 1E) ve ARHGAP24 (Rho GTPase-Activating Protein 24). Şimdiye dek bilinen genetik nedenler hastaların ancak %25-30'luk bir kısmını açıklayabilmektedir. Bu nedenle steroid dirençli nefrotik sendromun genetik olarak oldukça heterojen olduğunu ve aynı fenotipe neden olan ve halen bilinmeyen çok sayıda genin bulunduğunu söylemek yanlış olmaz.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Nefroloji Ünitesi Nefrogenetik Laboratuvarı'nda (www.nephrogenetics.hacettepe.edu.tr) steroid dirençli nefrotik sendroma neden olan yeni genleri bulmak amacıyla bir çalışma yürütmekteyiz. Bu çalışma Avrupa Birliği 6.Çerçeve Programı kapsamında bir E-RARE projesi olarak yürütülmekte ve TÜBİTAK tarafından desteklenmektedir (Proje No: 108S417). Projenin adı PodoNet olup konsorsiyum ortakları Türkiye yanı sıra Almanya, Fransa ve İtalya'dır (www.podonet.org). Bu proje kapsamında bilinen nefrozis genlerinde mutasyonların direkt dizi analizi ile ekarte edildiği 17 otozomal resesif steroid dirençli nefrotik sendrom ailesinden 29 hasta ve 22 normal bireye SNP çip analizi ile genom boyu tarama yapılarak homozigot bölgelerin haritası çıkarılmıştır. Bunlardan bir aile (Şekil 1 A) 12.kromozomun kısa kolunda 14 megabazlık bölge içerisinde bulundurduğu aday gen nedeniyle ön plana çıkmıştır (Şekil 1 B). Aday gen yaklaşımı kullanılarak bu bölge içerisinde bulunan PTPRO geninin tüm ekzonları dizilenmiştir. Ebeveynler arasında akrabalık bulunan ailenin 2 nefrotik sendromlu çocuğu vardır.

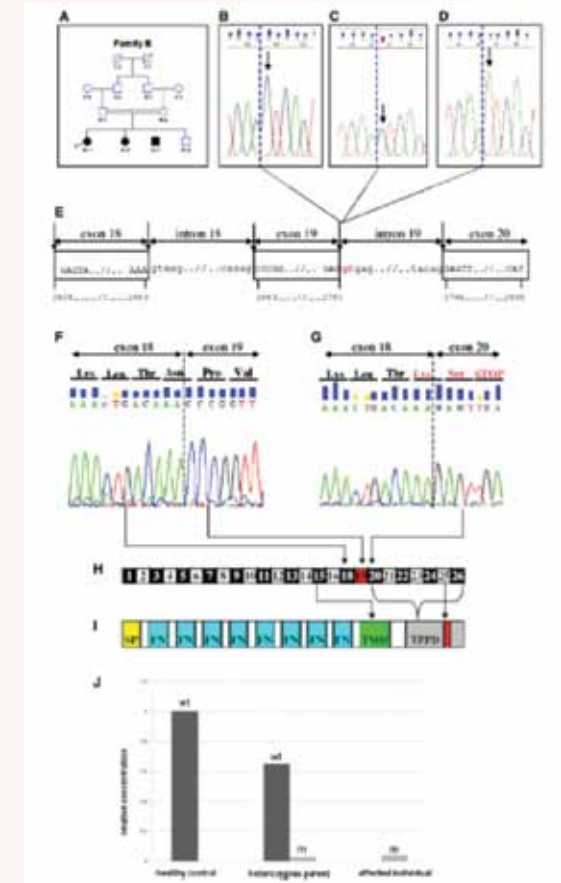
Bunlar sırasıyla 7 ve 5 yaşlarında tanı almış, yoğun immunosupresif tedavi ile parsiyel remisyon sağlanmış, şu anda 11 ve 7 yaşlarında ve normal böbrek fonksiyonları ile yaşamlarını sürdürmektedir. Bu ailenin iki hasta bireyinde homozigot c.2627+1G>T (p.Glu854_Trp876del) mutasyonu saptanmış (Şekil 1E), ebeveynlerde aynı mutasyon için taşıyıcılık gösterilmiş (Şekil 1D) ve bu mutasyon 180 sağlıklı kontrolün hiçbirisinde olmadığı teyit edilmiştir (Şekil 1C). Bulunan mutasyon bir "splice" mutasyon olduğundan "splicing" olayını nasıl etkilediğini araştırmak için mRNA taslak olarak kullanılarak cDNA elde edilmiş ve bunun dizilenmesi ile söz konusu mutasyonun ekzon 16'nın ve dolayısıyla kodladığı 23 aminoasidin atlanmasına neden olduğu gösterilmiştir (Şekil 1G-J). Bu aminoasitler F.rubripes'e kadar evrim boyunca korunmuş kritik aminoasitlerdir ve proteinin normal fonksiyonu için kritik bir rol üstlendikleri anlaşılmaktadır.



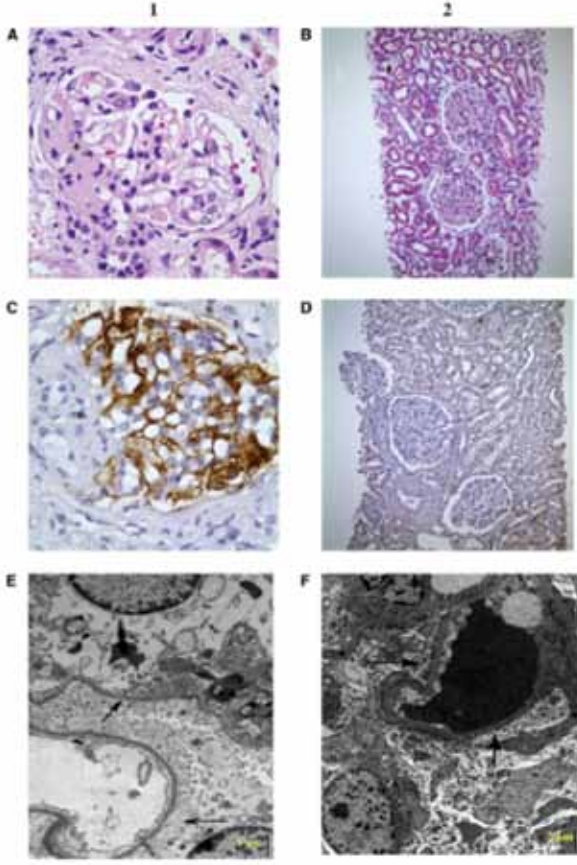
Şekil 1. (A) İndeks ailenin pedigrisi. Kare sembol erkekleri, yuvarlak sembol kadınları temsil etmektedir. İçi dolu semboller hasta bireyleri, çift yatay çizgi akrabalık varlığını göstermektedir. (B) Homozigotluk verisinin şematik gösterimi. İndeks vakadan (IV-1) elde edilen genotip ile aynı homozigot genotip mavi ile temsil edilmektedir. Zıt homozigot genotip beyaz ile gösterilirken heterozigot SNP'ler turuncu ile temsil edilmektedir. İki etkilenmiş bireyde ortak homozigot bölge yaklaşık 14 Mb büyüklüğünde olup 12.kromozom üzerinde rs16928082 ile rs10841414 markırları arasındadır. (C-E) PTPRO geninin 16.ekzonunun sekans elektroforegramı. Sağlıklı kontroldeki normal sekans soldaki elektroforegramda görülmektedir (C, ok). Sağlıklı ebeveynler mutasyon için taşıyıcı iken (D, ok), her iki etkilenmiş birey periferik kan lenfosit ve böbrek dokularından elde edilen PTPRO cDNA sekansı, ekzon 15'i ekzon 16'nın izlediğini gösteriyor (normal splicing). Kesik çizgi ekzon-ekzon sınırını belirtiyor. (H-J) c.2627+1G>T mutasyonu 16.ekzonun ve bunun kodladığı 23 aminoasidin atlanmasına neden olmaktadır. Am J Hum Genet dergisinde basılı orijinal figürden alınmıştır.

İndeks ailenin tanımlanmasından sonra ilave aileleri bulmak için steroid dirençli nefrotik sendrom kohortumuz taranmıştır. Bunun için gen içinde olan ve yüksek oranda polimorfik bir markır olan D12S1303 kullanılarak toplam 133 birey homozigotluk açısından taranmış ve bu çalışmayla direkt dizilemeye aday 17 ilave aile bulunmuştur. Bu ailelerin direkt dizi analizi ikinci ailenin bulunmasını sağlamıştır (Şekil 2A). Bu ailede indeks vaka 14 yaşında çoklu ilaç tedavisine dirençli nefrotik sendrom tanısı almış ve 18 yaşında son dönem böbrek yetmezliğine ilerleyerek böbrek nakli uygu-

lanmıştır. Ebeveynler arasında akrabalık ve kardeş öyküsü nedeniyle diğer 2 kardeş sırasıyla 11 ve 9 yaşında asemptomatik dönemde proteitüri taramasıyla tanı almış, yoğun immunosupresif tedavi ile parsiyel remisyon sağlanmış ve son dönem böbrek yetmezliğine gidişat önlenmiştir. Bu ailenin son çocuğu sağlıklıdır. Ailenin dizi analizi her 3 hasta kardeşinde homozigot c.2745+1G>A (p.Asn888Lysfs*3) mutasyonu gösterirken ebeveynler aynı mutasyon için taşıyıcı saptanmıştır (Şekil 2D, E). Sağlıklı kardeş ve 180 sağlıklı kontrol normal dizi göstermektedir (Şekil 2C). Bu mutasyonun "splicing" üzerine etkileri de mRNA üzerinde araştırılmış ve söz konusu mutasyonun 19.ekzonun atlanmasına neden olduğu gösterilmiştir. Bu durum 20.ekzonun başında erken bir stop kodona neden olmaktadır (Şekil 2F, G). Bunun 2 sonucu olabilir: 1) 20.ekzondan sonraki ekzonlar tarafından kodlanan tirozin protein fosfataz domain ve substrat bağlanma bölgesinin kaybı (Şekil 2H, I), 2) mRNA'nın yıkılması. Bunun için mutant ve normal allellerin ekspresyon analizi yapılarak mRNA'nın "non-sense mediated decay" ile yok olduğu gösterilmiştir (Şekil 2J).



Şekil 2. PTPRO mutasyonu taşıyan ikinci ailenin tanımlanması. (A) İkinci ailenin pedigrisi. Kare sembol erkekleri, yuvarlak sembol kadınları temsil etmektedir. İçi dolu semboller hasta bireyleri, çift yatay çizgi akrabalık varlığını göstermektedir. (B-D) PTPRO'nun 19.ekzonunun sekans elektroforegramı. Ailenin sağlıklı çocuğu ile sağlıklı kontrollere ait normal sekans (B, ok). Sağlıklı ebeveynler mutasyon için taşıyıcı iken (C, ok), tüm etkilenmiş bireyler homozigot c.2745+1G>A (p.Asn888Lysfs*3) mutasyonu göstermektedir (D, ok). Mavi kesik çizgiler ekzon-intron sınırlarını temsil ediyor. (E) Mutasyonun genomik dizi üzerindeki pozisyonu kırmızı ile gösterilmektedir. Yatay oklar ardışık olarak gelen intron-ekzonları temsil ederken dikey oklar intron-ekzon sınırını göstermektedir. 4 basamaklı sayılar ilgili ekzonun başlangıç ve bitiş nükleotidini belirtiyor. (F) Sağlıklı kontrol periferik kan lenfositleri ve nefrektomi örneklerinden elde edilen PTPRO cDNA'sının dizi analizinde ekzon 18'in ekzon 19 ile devam ettiği görülmektedir (normal splicing). (G-I) Hastalarda tanımlanan mutasyon evrim boyunca korunmuş 19.ekzonun atlanmasına ve ekzon 20'nin hemen başında erken bir stop kodonunun oluşmasına neden olmaktadır. Kesik çizgi ekzon-ekzon sınırını göstermektedir. (H-I) Ekzonların organizasyonları ve ilgili "domain"lerin şematik gösterimi. SP, sinyal peptid, FN, fibronektin tip III; TMD, transmembran "domain", TPPD, tirozin protein fosfataz "domain". (J) Normal ve mutant PTPRO transkriptlerinin sağlıklı çocuk (IV-4), heterozigot ebeveyn (III-2) ve etkilenmiş bireyde (IV-2) allelik ekspresyon analizi. Karşılaştırmalı kantitatif analizine göre mutant transkript etkilenmiş birey ve heterozigot ebeveynde yaklaşık 30 kat azalmış görünmektedir (wt: wild-type allele (normal allele), m: mutant allele). Am J Hum Genet dergisinde basılı orijinal figürden alınmıştır.



Şekil 3. Böbrek biyopsilerinin histopatolojik değerlendirmeleri. (A ve B) Işık mikroskopi, (C ve D) immunohistokimyasal ve (E ve F) elektron mikroskopi bulguları. 1.ve 2.kolon sırasıyla A ailesinin IV-2 numaralı bireyi ile B ailesinin IV-2 numaralı bireyine aittir. (A) Segmental skleroze glomerüllerden biri asteriks ile gösterilmektedir (HE, 500x). (C) Podositler PTPRO'ya karşı monoklonal antikorlarla kuvvetli boyanma göstermektedir (immunohistokimya, antiGLEPP1 antikor, 500x). (E) Podositlerin ayaklı çıkıntılarında yaygın füzyon ve glomerüller bazal membranlarda yaygın incelleme (15000x). (B) Işık mikroskopik olarak normal glomerüller (HE, 100x). (D) PTPRO'nun tamamen yokluğu (immunohistokimya, antiGLEPP1 antikor, 100x). (F) Ayaklı çıkıntılarda yaygın düzleşme ve yassılaşıma (oklar) ve yoğun mikrovillus transformasyonu (8000x). Am J Hum Genet dergisinde basılı orijinal figürden alınmıştır.

Tanımlanan genetik bozukluğun doku düzeyindeki etkilerini araştırmak için her iki aileden birey bireye böbrek biyopsisi yapılmıştır (Şekil 3). Işık, immunofloresan, elektron mikroskopik inceleme yanı sıra PTPRO'ya karşı monoklonal antikor antiGLEPP1 kullanılarak immunohistokimyasal çalışma da yapılmıştır. İlk ailede histopatolojik tanı fokal segmental glomeruloskleroz ile uyumludur (Şekil 3A). İmmunohistokimyasal analizde antiGLEPP1 antikor ile podositlerde kuvvetli bir boyanmanın varlığı gösterilmiştir (Şekil 3C). Bu durum ekzon 16'nın ve kodladığı 23 aminoasit kaybının proteinin ekspresyonunu etkilemediğini ancak evrim boyunca korunmuş kritik aminoasitler olması nedeniyle proteinin fonksiyonunun olmayacağını düşündürmektedir. Diğer taraftan ikinci ailede ışık mikroskopide minimal lezyon hastalığı tanısı konulmuştur (Şekil 3B). Ancak immunohistokimyasal olarak antiGLEPP1 ile hiçbir boyanma saptanmamıştır (Şekil 3D). Bu da mRNA'nın "non-sense mediated decay" ile yıkıldığı gerçeği ile uyumlu bir sonuçtur. Her iki ailede de ultrastrüktürel olarak podositlerin ayaklı çıkıntılarında kılcalma ve yassılaşıma (effacement) ve mikrovillus transformasyonu gösterilmiştir (Şekil 3C, E). Böylelikle PTPRO genindeki mutasyonların her iki ailede hastalıktan sorumlu olduğu kanıtlanarak 9.gen olarak literatüre geçmiş (Ozaltın F et al. Am J Hum Genet 2011;89(1):139-47), NPHS6 sinonimi ile OMIM'de yer almıştır (MIM #614196).

PTPRO 26 ekzondan oluşan bir gendir. Bir integral membran proteini olan reseptör tipi protein tirozin fosfataz kodlar. Tek bir intraselüler katalitik "domain"i vardır. Birçok alternatif "splice" transkript varyantı mevcuttur ancak böbrekte sadece varyant 1 ve varyant 2 ekspresyon edilir. Varyant 1 en uzun izoformu kodlar ve 8 adet fibronektin tip 3 benzeri motif tekrarından oluşan büyük bir ekstraselüler "domain"i vardır. Varyant 2'yi varyant 1'den ayıran temel özellik jukstamembran bölgesinin eksikliği ile sonuçlanan ekzon 17'nin yokluğudur. PTPRO, podositlerin ayaklı çıkıntılarının apikal membranında ekspresyon olur. Sıkı bağlantı (tight junction) proteinlerinin tirozin fosforilasyonu, paraselüler permeabilite, hücre sinyali ve aktin hücre iskelet "remodelling" olaylarında temel rol oynar. Slit diaframın temel komponentleri olan nefrin ve ZO1'in tirozin fosforilasyonu membranında diğer slit por proteinleri ile etkileşimlerini değiştirir. Bozuk PTPRO ekspresyonu, insanlarda fokal segmental glomeruloskleroz ve IgA nefropati-

si yanısıra deneysel modellerde gösterilmiştir. Puromisin aminonükleozid nefropatisinde PTPRO "downregülasyonu" proteinüri başlamadan önce meydana gelmektedir. PTPRO'nun deneysel modellerde spesifik antikorlarla blokajı proteinüriye neden olmaktadır. PTPRO "knock-out" sıçanlarda ultrastrüktürel bulgular bizim hastalarımızdaki ultrastrüktürel bulgularla uyumludur. Tüm bunlar PTPRO'nun glomerüler seçici geçirgenlikte kritik rol üstlendiğinin objektif kanıtlarıdır.

Çalışmamızda ilginç bulgulardan birisi de 2 aileden 5 hasta bireyin 4'ünde yoğun immunosüpresif tedavi ile parsiyel cevap elde edilmiş olmasıdır. Puromisin aminonükleozid nefropati modelinde steroid tedavisinin PTPRO "downregülasyonu" azalttığı daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir. Birçok biyolojik sistemde glikokortikoid etkisinin önemli mekanizması fosfatazların regülasyonu üzerindedir. Bu nedenlerle PTPRO mutasyonları hücre sinyalizasyonunda görev alan fosfolipaz C epsilon (PLCE1) mutasyonları olan bireylerde görüldüğü gibi immunosüpresif tedaviye parsiyel cevaplı diğer bir herediter podosit fonksiyon bozukluğu nedeni gibi görünmektedir. Daha önceleri podosit yapı ve fonksiyonlarında bozukluğa neden olan genetik nedenlerin immunosüpresif tedavilere dirençli olacağı ve bu tedavilerin verilmemesi gerektiği düşüncesi hakim iken, PTPRO ve

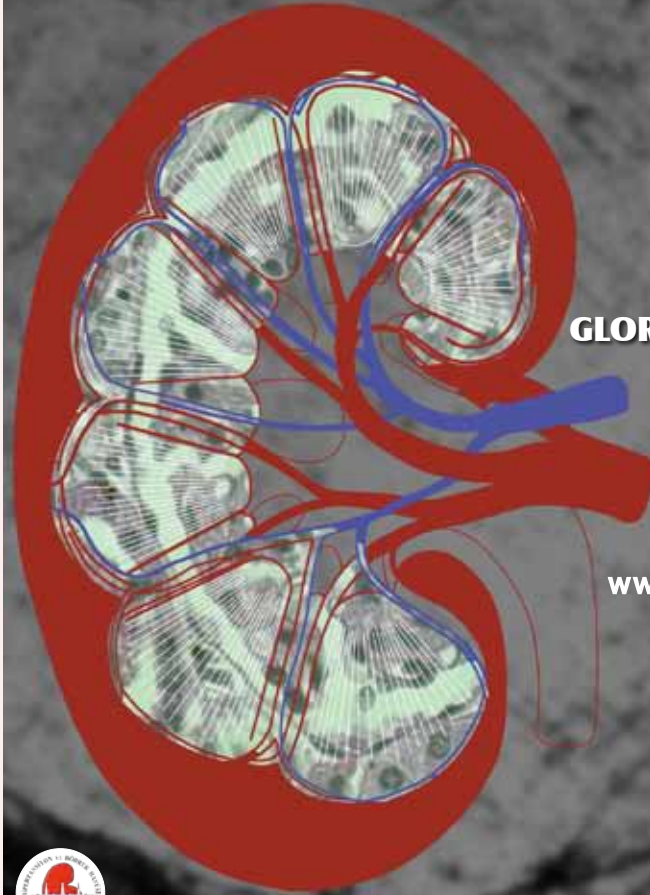
PLCE1 örnekleri her genetik bozukluğun aynı kategoride değerlendirilmemesi gerektiği gerçeğini gözler önüne sermektedir.

Sonuç olarak biz bu çalışma ile mutasyonları çocuklarda nefrotik sendrom ve tedavi edilmediği takdirde son dönem böbrek yetmezliğine neden olan PTPRO genini tanımladık ve NPHS6 sinonimi ile literatüre kaydettik. PTPRO herediter nefrotik sendromların spektrumu genişletirken proteinürik hastalıkların altında yatan patojenetik mekanizmaların daha iyi anlaşılması ve nefrotik çocukların klinik yönetim stratejilerinin daha iyi belirlenmesine katkıda bulunacaktır.



14.

ULUSAL HİPERTANSİYON ve BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ



16 - 20 Mayıs 2012
GLORIA GOLF RESORT HOTEL
ANTALYA

www.turkhipertansiyon.org



BİLİMSEL SEKRETERYA
Dr. Şule SENGÜL

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği*
Konur Sokak 38/11
Kızılay ANKARA / TÜRKİYE
Tel : +90 312 417 31 25
Faks : +90 312 417 31 26
E-posta : sule.sengul@medicine.ankara.edu.tr



ORGANİZASYON SEKRETERYASI
DMR Kongre Organizasyon Hizmetleri
Turizm İnş. Taah. ve Tic. Ltd. Şti.
Barbaros Bul. Akdoğan Sok. No:23/2
Beşiktaş - İSTANBUL
Tel : +90 212 258 50 28
Faks : +90 212 258 50 29
Web: www.dmrтурizm.com.tr
E-posta : esin.ozcan@dmrturizm.com.tr
gulhun.sav@dmrturizm.com.tr

* Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Dünya Hipertansiyon Ligi üyesidir.



Değerli Okurlar

Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Derneği Yönetim Kurulu Kurulu olarak, 10-13 Eylül 2011 tarihleri arasında tarihi ve doğal güzelliklerle bezenmiş bir dünya şehri olan Slovenya'da gerçekleşmiş olan 40. EDTNA/ERCA Kongresi ile ilgili bilgiler vermek istiyoruz. Bu fırsatı sağlayan Prof. Dr. Ayla San Hocamıza teşekkür ediyoruz.

Geçen yıl TND'mizin desteği ile 25 Nefroloji hemşiresinin EDTNA/ERCA'ya üyeliğini sağlamıştık. KM üyeliğimizin devam etmesi için en az 25 üyemizin olması gerekmektedir. Ancak üyelikler bir yıl olduğu için şu anda en az üye sayısına sahip olan ülkeler arasında yer almaktayız. Umarız üye sayımızı arttırabileceğimiz olanaklara sahip olabiliriz.

Bu Kongre'ye Türkiye'den 20 Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşiresi katılmıştır. Her yıl olduğu gibi, Kongrenin bilimsel programı, Nefroloji, diyaliz ve transplantasyon alanındaki güncel gelişmeler dikkate alınarak hazırlanmış Program bünyesinde oturumla-

rın yanı sıra Nefroloji hemşirelerinin bilimsel çalışmalarının takdim edildiği sözlü ve poster sunumlarına da yer verilmiş ve bilgiler paylaşılmıştır.

40. EDTNA/ERCA Kongresi'ne dört sözlü sunum, yedi poster ile toplam 11 bilimsel çalışma ile Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon hemşiresimiz Ülkemizi yurt dışında başarı ile temsil etmişlerdir. Ancak belirtmek istiyoruz geçmiş yıllarda bu sayı çok daha fazla idi.

**Hemşire Köşesi**

Kongre programı içinde her yıl yapılan Avrupa Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Dernek Başkanları toplantısına katılan Başkanımız Prof. Dr. Birsen Yürüngen Ülkemizde ki Nefroloji hemşireliği alanındaki gelişmelerden söz etmiş ve diyaliz hemşireliği sertifikasyon programlarını kapsamını ve uygulanması ile ilgili bir açıklama yapmış ve diğer ülke uygulamalarına benzer olmayan model dikkatleri çekmiştir. Ayrıca ülkemizde ev diyaliz tedavileri ile ilgili açıklama yapan Başkan'ımızın konuşması ilgi ile izlenmiştir. Ortak yapılması planlanan araştırmalar için önerilerde bulunulmuş ve toplantı başkanına sunulmuştur. Türk Nefroloji Hemşireleri adına Şenay Özer Özkan da Nefroloji alanındaki çalışmalarımızla ilgili hazırladığı posterini göndermiştir.

Saygılarımızla
Ayten KARAKOÇ
TNDTHD Adına Yönetim Kurulu Üyesi

Deprem Bölgesi Van'dan Son Durum

Van'da 23 Ekim 2011 tarihinde meydana gelen 7.2 lik deprem sonrasında Van Yüzcüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemodiyaliz Merkezi,

Van Yüksek İhtisas Hastanesi Hemodiyaliz Merkezi ve Van Özel Diyaliz Merkezi acil ve rutin diyaliz ihtiyacı olan hastalara hizmet vermeye devam etmiştir.

Fakat 9 Kasım 2011 tarihinde meydana gelen 5.6 şiddetindeki deprem sonrası, Van Yüzcüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemodiyaliz Merkezi, Van Yüksek İhtisas Hastanesi Hemodiyaliz Merkezi içinde buldukları binaların hasar görmesi sonucu hizmet veremez hale gelmiştir. Van Özel Diyaliz Merkezi ise binanın hasar tespiti yapılması için geçici olarak kapanmıştır. Bundan dolayı diyalize girmekte olan hastalar çevre illere sevk edilmiştir.

Çevre illere sevk edilemeyen ve acil diyaliz ihtiyacı olan hastalar için ise Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesine, Türk Nefroloji Derneği Kordinatörlüğünde bölgeye gelen Prof.Dr.Reha Erkoç (Bezmi Alem Üniversitesi, Prf.Dr. Ekrem Doğan(Sütcü İmam Üniversitesi) ve Uz.Dr. Hasan Kayabaşı (Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi) hocalarımızın da desteği ile acil olarak 19 yataklı hemodiyaliz merkezi (14 Negatif, 3 Hepatit C, 2 Hepatit B) kurulmuştur.

Halihazırda, yeni kurulan Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Merkezi (toplam 19 makina ile) ve bina etüdlerinin de sağlam olduğu tespit edilen Van Özel Diyaliz Merkezi (40 makina ile) diyaliz hizmetlerini yürütmektedir Nefroloji / Hemodiyaliz ünitelerinde çalışan hekimler: Yrd. Doç. Dr. Yasemin Usul Soyoral, Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Beğenik, Uz. Dr. Habib Emre, Uz. Dr. Fatih Mehmet Erdur (Y.Y.Ü.), Uz. Dr. Sibel Ada'dır (Nefrolog- Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi). Ayrıca Yüzcüncü Yıl Üniversitesi'nden 9, Yüksek İhtisas Hastanesi'nden de 10 hemşire ile hizmet verilmektedir.



Gizem, Ayla San



Sapanca Kırkpınar - Atatürk Heykeli, Ergün Ertuğ



Sessizliğin Sesi - Yedigöller, Ayla San



Arap Atı (Kahire), Taner Çamsarı



Mahsun Kedi, Ergün Ertuğ

Laparoskopik Donör Nefrektomi; Böbrek Nakli Cerrahisinde Ulaşılan Son Kale



Doç. Dr. Acar Tüzüner
Ankara Üniv. Tıp Fak.
Genel Cerrahi A.B. Dalı
İbn-i Sina Hast. Ank.

Son dönem böbrek yetmezliğinde böbrek nakli altın tedavi standardı haline gelmiştir. Diyaliz seçeneklerine göre daha ucuzdur. Yaşam kalitesi transplantasyon ile kıyaslanamayacak kadar yüksektir. En önemli bilgi ise transplantasyon yapılan hastalarda rölatif ölüm riskinin post-operatif üçüncü ayda oldukça azalmasıdır.

Richard Herrick'e Joseph E. Murray tarafından böbrek nakli yapılmasının

üzerinden yarım asırdan daha fazla zaman geçmiştir. Alıcı ameliyatı zaman içerisinde teknik açıdan oldukça standart hale gelmiştir. Modern immünespresif tedavi protokolleri ile greft sağkalımı belirgin ölçüde uzamış, akut rejeksiyona bağlı greft kaybı nadir görülen bir durum haline gelmiştir. Günümüzde renal transplantasyon açısından erken dönem cerrahi ve medikal problemler büyük ölçüde çözülmüş gibi gözükmemektedir.

Günümüzde kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastalarında renal transplantasyonu sınırlayıcı faktör ne cerrahi teknik nadir medikal komplikasyonlardır. En önemli problem yeterli allogreftin olamamasıdır. Henüz xenotransplantasyonun klinikten uygulamalardan çok uzak olduğu ve yapay organlar ile ilgili olan çalışmaların, uluslararası kongrelerde gelecek on yıllara sadece perspektif olarak sunulduğu günümüzde organ havuzu oldukça kısıtlıdır. Organlar beyin ölümü gerçekleşmiş vericiler ve canlı vericiler dışında kardiyak ölümden sonra donasyon özellikle İngiltere ve Hollanda'da oldukça sık olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ancak Türkiye'nin de içinde bulunduğu beyin ölümünden sonra donasyonun oldukça düşük olduğu Doğu Avrupa ve Asya ülkelerinde birinci seçenek canlı vericilerdir.



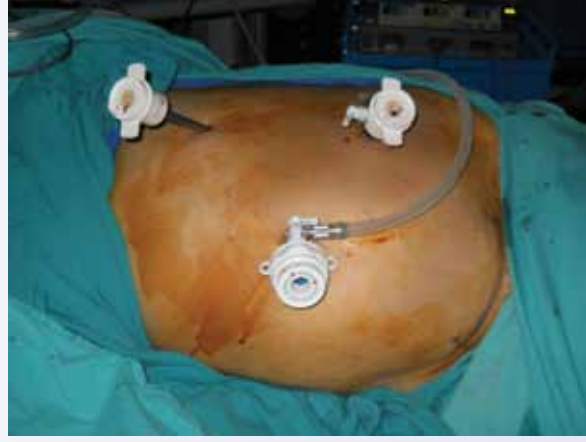
Canlı vericilerden böbrek naklinin şüphe götürmeyen avantajları mevcuttur. Canlı vericisi olan alıcılar için organ bekleme listesinde zaman kaybı söz konusu değildir. Gecikmiş greft fonksiyonu oldukça nadir görülür. Soğuk iskemisi süresi dakikalarla ölçülecek kadar kısadır. Greft sağ kalımı beyin ölümü sonrası donasyona göre daha uzundur. Tüm bu avantajlarına rağmen canlı vericiler tamamen sağlıklı bireyler olmaları yönünden etik tartışma konusudur. "Primum Non Nocere" (Önce zarar verme) tüm tıp öğrencilerine öğretilen ilk öğretilerden biridir. Canlı vericilerin direkt bir tıbbi fayda sağlamalarına rağmen ameliyat edilmeleri en önemli tıbbi paradoksu içinde barındırır. Ancak günümüzde, özellikle ülkemizde canlı vericiler renal transplantasyon açısından vazgeçilmezdirler. Organ havuzunu arttırmak için farklı seçenekler bulunana kadar, canlı vericilerde morbidite ve mortaliteyi düşürmek için ama en önemlisi geçirdikleri ameliyat tecrübesini mümkün olduğu kadar iyileştirmek için her türlü çaba sarf edilmelidir.

Açık donör nefrektomi ameliyatı oldukça standart hale gelmiş bir ameliyattır. Flank kesi ile gerçekleştirilir. Ameliyat sırasında direkt olarak retroperitoneal bölgeye girilerek üreter, renal ven ve renal arter ortaya konulur. Nefrektomiye takiben allogreft backtable'la (arka masa) alınarak saklama solüsyonları ile soğutulur ve alıcı ekibine teslim edilir. Mortalitesi oldukça düşüktür (<0.03%). Ancak ağrı, pnömotoraks, kesi yeri fitikleri, kronik kesi yeri ağrısı gibi ciddi morbiditeler oluşabilmektedir. Günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde canlı donör için gönüllü olmak isteyen bireylerin önündeki en önemli engel olarak görünmektedir.

Cerrahi Teknik:

Laparoskopik donör nefrektomi(LDN) ilk kez Ratner ve ark. tarafından 1995'de Baltimore'da Maryland Üniversitesinde gerçekleştirilmiştir. Zaman içerisinde yaygınlaşmış ve özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde %50'den fazla merkezde standart hale gelmiştir. Cerrahi teknik açısından bakıldığında laparoskopik donör nefrektomi üç grupta incelenebilir:

1. Cerrahi giriş yolu
 - a. Transperitoneal
 - b. Retroperitoneal
2. Cerrahi Teknik
 - a. Pür LDN
 - b. El Yardımlı LDN
 - c. Robot Yardımlı LDN



Retroperitoneal yaklaşımda transperitoneal yaklaşımın aksine trokarlar flank bölgeye direkt retroperitoneal ulaşılabilecek şekilde yerleştirilir. Retroperitoneal yaklaşımda retroperitoneal bölgeye direkt girildiği için komşu organlarda iatrojenik yaralanmaları azaltması yönünde potansiyel bir avantajı olabilir ancak yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda böyle bir avantaj ortaya çıkmamaktadır. Çalışılan alanın oldukça dar olması ise bu teknik ile ilgili en önemli problemdir ve çoğu zaman ameliyat süresinin uzamasına yola açar. Bu sebeplerden dolayı transplant merkezleri arasında yaygınlaşmamıştır.

El yardımcı LDN tekniğinde ise cerrah genellikle 5-6 cm'lik bir orta hat kesinden hand-port (el trokarı) olarak adlandırılan elini sokabileceği ve aynı zamanda pnömoperitoneumu koruyan bir port yerleştirir. Subkostal alandan kamera için bir adet 10 mm'lik trokar ve pelvik bölgeden bir adet 5 mm çalışma trokarı yerleştirir. Cerrah el yardımı ve bir el aleti ile ameliyatı gerçekleştirir. Allogrefti hand-porttan dışarı alarak ameliyatı sonlandırır. El yardımcı LDN'nin avantajı laparoskopide bir cerrahın eksikliğini hissettiği en önemli duyu olan dokunma duyusunun sağlanmasıdır. LDN cerrahisine yeni başlayan merkezlerde tercih edilebilmektedir. Ayrıca laparoskopik tecrübesi olmayan transplant cerrahları arasında tercih edilebilmektedir. Pür laparoskopik LDN cerrahisini ve el yardımcı LDN'yi karşılaştıran çalışmalar kanama, açığa dönme, ağrı, taburculuk süresi arasında anlamlı bir fark bulamamıştır. Ancak 5 cm'lik bir orta hat insizyonun kalması laparoskopinin ruhuna aykırı düşebilir. Ayrıca periton boşluğu dar olan vericilerde(erkek hastalar) cerrahın eli içerdeyken çalışması oldukça güç olabilmektedir.

Yaygın olan LND tekniği bizimde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Transplantasyon Ünitesinde uyguladığımız Transperitoneal Pür Laparoskopik tekniktir. Bu teknikte hasta lateral dekübit pozisyonunda iken cerrah subkostal bölgeden bir adet 5 mm, göbek altından bir adet 10 mm (kamera için) ve alt kadrandan (sağ yada sol) 5 mm'lik üç adet trokar yerleştirir. Harmonik bistüri veya diğer damar mühürleyici cihazların yardımı ile sırasıyla üreter, renal ven ve arteri ortaya koyar. Böbreğin gerota fasyasından tamamen serbestlenmesinden sonra üreter kliplenerek kesilir. Renal ven ve arter laparoskopik staplerler yardımı ile kesilir. Böbrek bir laparoskopik torba yardımı ile daha önceden hazırlanmış 4-5 cm'lik phannenstiel (bikini kesisi olarak da adlandırılır.) kesinden çıkarılır. AÜTF Transplantasyon ünitesinde uyguladığımız kendi modifiye tekniğimizde ise maliyeti azaltmak açısından laparoskopik torba kullanmamaktayız. Böbreği el yardımı ile phannenstiel kesisinden çıkarmaktayız. Ayrıca arter ve ven için ayrı ayrı stapler kullanmak yerine tek stapler kullanılmaktadır.

Sonuçlarımız:

AÜTF Transplantasyon ünitesinde 2005 yılından itibaren LND yapılmaktadır. Son 5 yıldır LDN donör cerrahisi için standart hale gelmiştir ve tüm donörler bu teknikte yapılmaktadır. Günümüze kadar yapılan LND sayısı 173'dür. Sadece 3 hastada açığa dönülmüştür (iki hastada kanama, bir hastada dev böbrek kisti nedeniyle ileri derecede yapışıklık). Sadece bir allogreft renal arter trombozu nedeniyle kaybedilmiştir. Gecikmiş greft fonksiyonu ve diyaliz ihtiyacı bir hastada görülmüştür. Donör mortalitesi yoktur. Serimizin erken dönemlerinde ameliyat süresi 80.35 ± 15 dk iken son vakalarımızda bu süre 52 dk'ya kadar düşmüştür. Daha önce yayınladığımız bir çalışmamızda (Transplant Proc. 2011 Apr;43(3):791-4) greft fonksiyonu, kanama ve komplikasyonlar açısından açık nefrektomi ile LDN arasında bir fark bulunamazken ameliyat süresi belirgin olarak LDN grubunda kısadır. Post-operatif erken dönem komplikasyonlar açısından her iki grup arasında fark yok iken SF-36 ile yapılan yaşam kalitesi çalışmasında LDN grubunda açık donör nefrektomiye göre üstünlükler bulunmuştur.

Tartışma:

Günümüzde LDN kısa hastanede kalış süresi, daha az post-operatif ağrı, iyi kozmetik sonuç ve yaşam kalitesi açısından açık donör nefrektomiye göre üstündür. Allograft fonksiyonu, greft kaybı ve gecikmiş greft fonksiyonu açısından ise farklılık yoktur. Tüm bu nedenlerden dolayı dünyadaki pek çok transplant merkezinde altın standart haline almıştır. LDN uygulayan merkezler, özellikle Kuzey Amerika'da Transplantasyon Cerrahisi Üst İhtisası veren programlar arasında cazibe merkezi haline gelmiştir. LDN açık donör nefrektomisine göre olan avantajları tartışmasıdır. Canlı donör havuzunu arttırmadaki en önemli gelişmelerden biridir. Biz kendi kliniğimizde son beş yıldır tüm donörleri standart olarak LND tekniği ile ameliyat etmekteyiz. Kanımızca bu tekniğin tek dezavantajı transplantasyon cerrahisi eğitimi alan cerrahların açık donör nefrektomi şansını ellerinden almasıdır. Sonuç olarak LAPAROSKOPIK DONÖR NEFREKTOMI canlı donörler ve alıcıları için en iyi ameliyat seçeneğidir.



1



Türk Nefroloji Derneği Akdeniz Bölgesi Genel Kurul Toplantısı (11 Ekim 2011, Antalya)

Akdeniz Üniversitesi Kampüsü'ndeki Teknik Bilimler Yüksek Okulu yanında bulunan "Akdeniz Restoran"da düzenlenen genel kurul toplantısı Akdeniz Bölgesi'nde Nefroloji'nin sorunları üzerinde tartışma olanağı sağlarken ayrıca yeni dönem çalışmaları için öneriler dile getirilmiştir.

2



Akdeniz Üniversitesi Prof. Dr. Tuncer Karpuzoğlu Enstitüsü'nün Kuruluşu Sebepiyle Transplantasyon 2011 / Tonkkd VIII. Kongresi 12-16 Ekim 2011 Tarihleri Arasında Antalya Belek'te Düzenlendi

Türkiye Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği (TONKKD), T.C. Sağlık Bakanlığı, Akdeniz Üniversitesi, The Transplantation Society (Organ Nakli Derneği) ve Eurotransplantation International Foundation'ın (Avrupa Uluslar arası Organ Nakli Vakfı) katkıları ile gerçekleştirilen Kongreye 400'ün üzerinde bilim insanı katıldı. Katılan bilim insanları arasında dünyaca tanınan Dr. Francis Delmonico (Harvard Üniversitesi), Dr. Mark Barr (Güney Carolina Üniversitesi), Dr. Enver Akalın (Albert Einstein Tıp Fakültesi), Dr. Ayşe Ataman (SUNNY), Dr. Henrik Ekberg (Lund Üniversitesi), Dr. Şükrü Emre (Yale Üniversitesi), Dr. Richard Flavell (Yale Üniversitesi), Dr. Mario Paulo Gomez (Pare Cientific de Barcelona), Dr. Barry D. Kahan (Transplantation Proceedings Dergisi Genel Yayın Yönetmeni), Dr. Marti Manyalich (Barcelona Üniversitesi), Dr. Canel Susal (Heidelberg Üniversitesi), Dr. Georg Weiselthaler (Viyana Tıp Üniversitesi), Dr. Moncef Zouali (Paris Üniversitesi) bulunmaktadır.

Toplantı kapsamında şu bilimsel konulara ve aktivitelere yer verilmiştir: 12 Ekim 2011: Açılış Konuşmaları: Tuncer Karpuzoğlu (Kongre Başkanı), Uluğ Eldegez (TONKKD) Başkanı, İsrail Kurtcephe (Akdeniz Üniversitesi Rektörü), Ahmet Altıparmak (Antalya Valisi), Recep Akdağ (Sağlık Bakanı), Sunu: Cengiz Işık: "Anadolu'nun Tanıkları", Klasik Müzik Dinletisi ve Dans Gösterisi: Akdeniz Üniversitesi Antalya Devlet Konservatuarı,

Kongrenin açılış konuşmasını yapan Akdeniz Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. İsrail Kurtcephe, TONKKD Başkanı Prof. Dr. Uluğ Eldegez'e ve adını Organ Nakli Enstitüsü'ne verdikleri Prof. Dr. Tuncer Karpuzoğlu'na plaket takdim etmiştir. Kurtcephe, "Yaşamımı organ nakli konusuna adanmış Prof. Dr. Tuncer Karpuzoğlu'nun adını enstitüye vermek, tarafımızdan bir hakkın teslimidir" demiştir. Beş gün boyunca düzenlenen konferans ve panellerle organ nakli ile ilgili yeni bilgilerin paylaşıldığı Kongrede her yıl olduğu gibi en iyi bildirilerde ödüllendirilmiştir.

3



Türk Nefroloji Derneği'nin 28. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi 19-23 Ekim 2011 tarihleri arasında Antalya'da düzenlenmiştir. Kongre yüksek bir katılımcı sayısı ve yüksek bilimsel düzeyi ile hafızalarda iz bırakmıştır. Konular; güncel gelişmeler ışığında çalışma gruplarının ve üyelerin görüş ve önerileri de dikkate alınarak saptanmıştır. 20 Ekim 2011 tarihinde ERA-EDTA desteğinde "Kardiyorenal Sendrom (KRS) Kardiyologlarla Nefrologlar Arasında Bir Tartışma" Başlıklı CME Kursu verilmiştir.

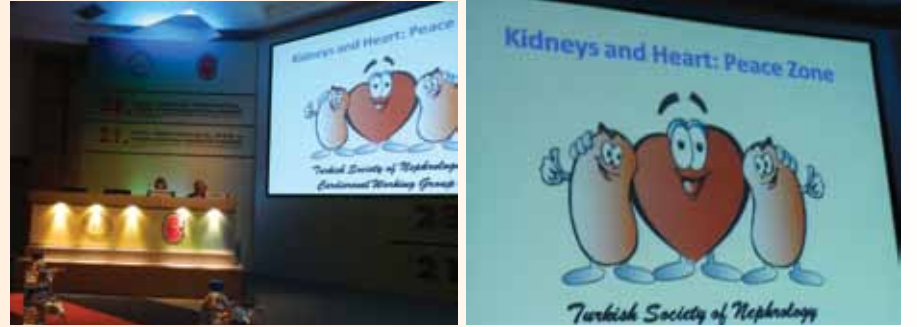


ERA-EDTA STE Kursu tarafından düzenlenen / organized by

Türk Nefroloji Derneği Kardiyorenal Sendrom Çalışma Grubu

Kardiyorenal Sendrom (KRS): Kardiyologlarla nefrologlar arasında bir tartışma

20 EKİM 2011AÇILIŞ KONUŞMALAR: Gültekin Süleymanlar (Türk Nefroloji Derneği Başkanı), Mustafa Arıcı (Türk Nefroloji Derneği Kardiyorenal Sendrom Çalışma Grubu Başkanı) KARDİYORENAL SENDROM: TANIMI VE KAPSAMI: Kardiyolojik görünüm: Peter A. McCullough, Nefrolojik görünüm: Claudio Ronco, Tartışma yapılmış ve kongrenin en güzel konularından biri olmuştur.



20 Ekim 2011 Tarihinde Yapılan 2. Panelde Prof. Dr. Ayla San ve Prof. Dr. Zeki Tonbul Oturum Başkanlığını Üstlenmişlerdir. Panelde "Ülkemizde İlk Ev Hemodiyalizi Deneyimleri" Prof. Dr. Ercan Ok ve "Hangi Faktörler Hemodiyalizde Membran Biyouyumluluğunu Etkiler?" Prof. Dr. Joerg Vienken Tarafından Anlatılmıştır.

Bilimsel Program: 20 Ekim 2011- Kurs Programı: Hemodiyaliz Kalitesini Nasıl Artırabiliriz? Su Kalitesi Önemlidir! Hemodiyalizde Iso Gereklilikleri: Joerg Vienken, Hemodiyaliz Cihazlarında Fonksiyonel Güvenlik: Üretici, Kullanıcı ve Teknik Servisin Rolü: Hans-Dietrich Polaschegg, Biyomedikal Cihazların Kalibrasyonu ve Direktifleri: Abdurrahim Türkmen, Ülkemizde İlk Ev Hemodiyalizi Deneyimleri: Ercan Ok, Hangi Faktörler Hemodiyalizde Membran Biyouyumluluğunu Etkiler?: Joerg Vienken, Uydu Sempozyum: Vdr Aktivasyonu ve Kardiyovasküler Sağlık: Parikalsitol'ün Sekonder Hiperparatiroidizm Tedavisindeki Yeri: Alaattin Yıldız, Kardiyorenal Korumada Parikalsitol: Kenan Ateş, Türkiye'de Kronik Böbrek Hastalığı (Kbh): Toplumsal Boyutu ve Çözümleri: Türkiye'de Kbh Epidemiyolojisi: Gültekin Süleymanlar, Kbh Ulusal Önleme Programı İlkeleri: Kenan Ateş tarafından devam etmiştir.



Prof. Dr. Mehmet Şükrü Sever'in; "1933 üniversite Reformu ve Prof. Dr. Erich Frank" konulu konuşması büyük beğeni toplamış, pek çok katılımcı kendisini kutlamıştır. Prof. Dr. Erich Frank'ın Türk Tıbbı'na ve Türk Nefrolojisi'ne hizmetleri yadsınmaz bir gerçektir. Prof. Dr. Ekrem Ere de 2005 yılında yayınladığı "Erek Nefroloji" kitabının (5. Baskı) Giriş ve Tari

hiçe Kısmı'nda şunları belirtmişti: "Türkiye'de tıbbi böbrek hastalıkları ile ilgili yayınlar ve özellikle kitap yazımı bir hayli eskilere gitmektedir. Bu kitaplar arasında 1939'da Osman Barlas'ın "Hasta Böbrek Fonksiyonları ve Fonksiyon Testleri Kitabı", 1941'de İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi 2. Dahiliye Kliniği Direktörü Erich Frank ve yardımcısı Nebil Bilhan tarafından yazılan ve İstanbul Üniversitesi'nce yayınlanan "Dahili Böbrek Hastalıkları Kitabı", 1951 ve 1961'de iki defa basılan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden Cavit Sökmen'in yazdığı "Dahili Böbrek Hastalıkları Kitabı", 1958'de İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden Kemal Önen tarafından yazılan "Su ve Elektrolit Metabolizmasının Bozukluklarının Esasları Kitabı", 1967 yılında İstanbul Üniversitesi tarafından neşredilen "Tıbbi Cerrahi Böbrek Hastalıkları



rı Kitabı" içinde Kemal Önen, Necdet Koçak ve Muhlis Özen'in yazdığı "Tıbbi Böbrek Hastalıkları, Su ve Elektrolit Bozuklukları ve Hipertansiyon" bölümlerini görmekteyiz. Nefroloji ismini kullanan ilk eser de elinizdeki kitabın yazarı tarafından yine bu kitabın birinci baskısı olarak 1981'de neşredilmiştir."

4 Kronik Böbrek Yetmezliğinde Vasküler Kalsifikasyon- Güncel Tedavi Yaklaşımları Konulu Eğitim Toplantısı (27.10.2011, Crowne Plaza Otel, Ankara)

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından düzenlenen toplantının oturum başkanlığını Prof. Dr. Şükrü SINDEL yapmıştır. Prof. Dr. Siren SEZER, KBY'de Vasküler Kalsifikasyon: Güncel Tedavi Yaklaşımları konulu bir konuşma yapmıştır. Ardından soru ve katkılara geçilerek toplantı sona ermiştir.



5 Bir Kardiyovasküler Risk Faktörü Olarak D Vitamini Eksikliği Konulu Toplantı (28.10.2011, Güral Otel, Sapanca-Sakarya)

Prof. Dr. Ergün Ertuğ'un oturum başkanlığında düzenlenen toplantıda Prof. Dr. Kenan Ateş, Bir Kardiyovasküler Risk Faktörü Olarak D Vitamini Eksikliği konusunda bir konuşma yapmış ardından soru ve katkılara geçilerek toplantı sona ermiştir.



2012 Yılında Yapılacak Önemli Kongre ve Toplantılar

1. Türk Nefroloji Derneği "Transplantasyon Nefrolojisi" konulu yan dal toplantısı 24-25 Şubat 2012, Point Barbaros Otel, İstanbul
2. Türk Nefroloji Derneği Nefroloji Kış Okulu, 29 Mart- 1 Nisan 2012, Acapulco Beach Klub and Resort Hotel, Girne, K.K.T.C.
3. "Ülkemizde Düünden Bugüne Hemodiyalizde Kalite Konulu V. Kalite Kongresi", 26-29 Nisan 2012, Kaya Artemis Otel, K.K.T.C.
4. IV. Çapa Nefroloji Günleri, 3-6 Mayıs 2012, Klassis Resort Hotel, İstanbul
5. 14. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Kongresi, 16-20 Mayıs 2012, Gloria Golf Resort Hotel, Antalya
6. 49th ERA/EDTA Congress, 24-27 Mayıs 2012 Palais des Congrès at Porte Maillot, Paris, France
7. 13rd Annual IFKF Conference, August 22-26, 2012 (Probably), Budapest, Hungary
8. 14th Congress of the International Society for Peritoneal Dialysis, 9th-12th September 2012, Kuala Lumpur Convention Centre, Malaysia
9. 29. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi, 14-18 Kasım 2012, Rixos Sungate Otel ve Kongre Merkezi, Antalya
10. ISN World Congress of Nephrology 2013, May 31 - June 4, 2013, Hong Kong

Anadolu Böbrek Vakfı Sağlık, Eğitim, Araştırma Merkezi

ÜLKEMİZDE DÜNDEN BUGÜNE DİYALİZDE KALİTE
V. KALİTE KONGRESİ
26-29 NİSAN 2012, Kaya Artemis Otel, BAĞRA, KIBRIS

1. DUYURU

www.abdiibrahim.com.tr

VENOFER
DMR
YOLLARI

Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz.

ABDİİBRAHİM

Venofer®
i.v. demir sukroz

Tarihten Sayfalar Erich Frank (1884-1957) Nefroloji'nin Tanınmayan Öncüsü



Erich Frank 1884 yılında doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Breslau'da yaptı ve aynı şehirde Tıp Fakültesine girerek, 1908 yılında bitirdi. 1908-1911 yılları arasında Wiesbaden Hastahanesinde çalışan Frank'ın bu sırada, Salvarsan'ın klinik denemelerinde önemli rolü oldu. 1910 yılında Hayvan ve İnsanda Renal Diyabet üstüne yaptığı çalışmalarıyla üniversitede asistanlık hakkını kazandı. 1911-1918 yılları arasında Breslau Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kliniğinde asistanlık yaptı ve Ortostatik Albüminüri konulu doktora tezini sunarak 1913'de doçent, 1919'da profesör oldu. 1933 yılına kadar başarılı çalışmalar yapan Frank, ülkesinden ayrılmak zorunda kalınca 1934 yılında İstanbul Üniversitesinin Tıp Fakültesi kürsü direktörlüğüne atandı. 1934 yılından 1957 yılında ölünceye kadar İstanbul Üniversitesinde çalışan Prof. Frank, bir bilim adamı olarak geniş bilgisi, araştırmacı ve öğretici kabiliyeti, ders ver-

me gücü yanında, kliniğini de kusursuz biçimde yönetmiştir. Çeyrek yüzyıl kadar Türk hekim topluluğuna binlerce öğrenci, yüzlerce uzman ve hoca yetiştirdi. Bir süre sonra Türk vatandaşlığına geçti. İç Hastalıkları Klinik Ders Kitabı (üç cilt), Karbonhidrat Metabolizması Patolojisi, Vejetatif Sinir Sisteminin Patolojisi, Dahili Böbrek Hastalıkları, Az Tanınmış Hastalıklar gibi çok değerli eserleri vardır. Frank, bir karaciğer rahatsızlığı sonucu 13 Şubat 1957 günü kendi kliniğindeki çalışma odasında öldü. Vasiyeti üzerine cenazesi Rumelihisarı'ndaki İslam mezarlığına gömüldü.

2. Dünya Savaşı döneminde önemli jeopolitik huzursuzluklar nedeni ile Nefroloji'de içe kapalı bir tomurcuklanma dönemi yaşandı. Erich Frank (1884-1957) döneminde Nefroloji önemli bir anlam kazanır. Frank; kariyerine Breslau, Almanya'da başlamıştır. Onun ilk

tezi ve ilk tıbbi yayını ortostatik proteinürinin iyi huylu doğası üzerineydi. O renal hipertansiyon, diyabetes insipidus, posterior hipofiz rolü için sunulan kanıtları ve temelleri tanımlamak ve ayırt etmek yoluna gitti ve ilk oral hipoglisemik ajan üzerine çalıştı. Bütün klinisyen bilim adamları gibi Frank da diğer tıp alanlarında katkıda bulunmuştur. Almanya'da Nazizm başlayınca Frank Türkiye'ye taşındı ve yeni kurulan İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi bölümüne eş başkan olarak atandı. 23 yıl boyunca yeni nesil eğitilmiş modern doktorların yetişmesine ve tıp dallarının temelini atılmasına katkıda bulundu. Kendisi ilk Türk Nefroloji Ders Kitabı Yazarı, İlk Kuşak Türk Nefrologlarına ilham veren bir öğretmendi, Frank kendisini evlat edinen yeni ülkesinde Nefroloji'nin yeni bir disiplin olarak kurulmasında öncülük yaptı.



ERICH FRANK'IN TIBBA KATKILARI

Nefroloji

- Ortostatik proteinürinin açıklanması (1908)
- Esansiyel ve renal parankimal hipertansiyon kavramı (1911)
- Hipertansif nefroskleroz kavramı (1911)
- Renal glikozürinin açıklanması (1913)
- Nefroloji Ders Kitabı (Türkçe) (1941)
- İlk Türk Tıp Dergisi olan "İstanbul Contribution to Clinical Science"ın kurucusu ve o dönemdeki editörüdür.

Tıbbın Diğer Dalları

- Kan şekeri tayini için mikrometod (1910)
- Diabetes insipidusun patogenezi (1912)
- Aplastik anemi ve esansiyel trombositopeninin patogenezi (1915)
- Antikoagülasyonda trombositin rolü (1915)
- Hipersplenizmin Tanımı (1915)
- Bir oral antidiyabetiğin keşfi: Synthaline B (1925)
- Faktör VIII ve Hemofili patogenezinin açıklanması (1927)

Erich Frank'ın "Dahili Böbrek Hastalıkları Kliniği" Ders Kitabı'nın İçeriği:

1. Böbrek hastalığının patofizyolojisi: Glomerüler filtrasyon ve tübüler fonksiyon (hastalıkta ve sağlıkta).
2. Böbrek fonksiyonunun değerlendirilmesi: Üre ve kreatinin klirensi ve bunların ölçülmesi üzerinde yoğunlaşmaktadır.
3. Ortostatik proteinüri: Uzun süreli ilgi alanı olmuş, bu konuya kendini adanmıştır.
4. Akut glomerulonefrit: Nedeni, patogenezi, klinik ve laboratuvar bulguları, akut glomerulonefrit.
5. Böbrek hastalığının belirli türleri: Renal değişiklikler, enfeksiyonlar, bakteriyel endokardit ve karaciğer sirozunu içerir.
6. Nefrotik sendrom: Nedeni, klinik bulgular, laboratuvar değeri anormallikleri ve amiloidoz ve gebelik de dahil olmak üzere proteinürik nefropatiler ve tedavileri anlatılmaktadır.
7. Hipertansiyon: Temel ve malign hipertansiyon, tıbbi ve cerrahi tedavisi, hipertansiyon ve diyet idamesini kapsar.
8. Üremi: Bir vaka üzerinde üreminin üç kısımdan oluştuğu anlatılmaktadır: Böbrekte amonyak üretimi, kronik üremik sendrom ve akut üremi
- 9 - Çeşitli kronik nefrit türleri.

1933 ÜNİVERSİTE REFORMUNA GİDEN YOL VE ERICH FRANK'IN VAKIF GUREBA YILLARI

Cumhuriyet'i kuranların eğitim anlayışı; bir fikre körü körüne saplanmamış, arayıp soran ve eleştiren bağımsız kafalar, Atatürk'ün deyimi ile "Fikri hür, vicdani hür, irfanı hür" kuşaklar yetiştirebilmektir. Cumhuriyetin ilanından günümüze kadar üniversitelerimiz ilki 1933, ikincisi 1946 ve üçüncüsü 1981'de olmak üzere üç büyük reform hareketi yaşamıştır. Bu reform hareketlerinin üçünün de temelinde bilimsellik ve demokrasi ilkelerinin korunması amacı yatmaktadır.

Cumhuriyet öncesi ve Cumhuriyet döneminin ilk on yıllık süresince tek yükseköğretim kurumu olan İstanbul Darülfünunu adeta bir Ortaçağ yalıtılmışlığıyla zamanının bilimsel gelişmelerinden uzaktı ve dış dünyadan tamamen kopmuştu. Oysa Genç Cumhuriyet'in korunması, yaşatılması ve geliştirilmesi gerekiyordu. Bizzat Atatürk'ün talimatıyla Türkiye'ye çağrılan İsviçreli Profesör Albert Malche'nin verdiği rapor doğrultusunda ilk üniversite reformunun yapılması için girişimlere başlandı. Çağdaş anlamda bir üniversite oluşturmayı amaçlayan 2252 sayılı Kanun 1933 yılında çıkarılan İstanbul Darülfünunu lağvedilip yerine İstanbul Üniversitesi'nin kurulması kararı alınmıştır. 157 kişilik eğitimci kadrosundan 74'ünün görevine son verilmiştir.

Bu dönemde Almanya'daki Nazi Rejimi'nden kaçarak Türkiye'ye gelen çoğunluğu Yahudi asıllı bilim adamlarının ülkemizde bilimsel ve çağdaş demokratik esaslarına dayalı üniversite kurulmasında büyük katkıları olmuştur.

İstanbul Darülfünunu kapatılıp yerine İstanbul Üniversitesi'nin 18 Kasım 1933'te resmen açılmasından sonra Guraba Hastanesi içinde 2. Dâhiliye Kliniği de kurulmuştur. Bu kliniğin direktörlüğüne de Ord. Prof. Tefvik Sağlam (Salim) atanır. Bu kliniğe Doç. Dr. Muzaffer Şevki (Yener) ve Doç. Dr. Ekrem Şerif (Egeli) de öğretim üyesi olarak atanırlar. 1934 Eylül ayında Ord. Prof. Dr. Tefvik Sağlam, Şişli'deki 3. Dâhiliye Kliniğine naklen tayin edilir. Böylece Aşağı Guraba'da boşalan 2. Dâhiliye Kliniği başkanlığına Ord. Prof. Dr. Erich Frank atanır. 2. Dâhiliye kliniğine iki doçent daha atana-

rak doçent sayısı dörde çıkarılır. Yeni atanan doçentler Doç. Dr. Arif İsmet Çetingil, Doç. Dr. Nebil Bilhan'dır.

Frank kliniğinde eğitim ve hasta bakımının yanı sıra bilimsel araştırma için de tüm alt yapıyı hazırlamıştır. Frank'ın dersleri ve viziteleri diğer kliniklerin de dikkatini çektiği için diğer kliniklerin asistanları da fırsat buldukça Frank'ın klinik faaliyetlerine katılmayı ihmal etmemişlerdir. Frank yetiştirdiği asistanların belli alanlarda uzmanlaşması için elinden geleni yapmış, böylece yetiştirdiği hocaların bazıları kendisi gibi dünya çapında ün kazanmışlardır (Prof. Dr. Orhan Nuri Ulutin, Prof. Dr. Muzaffer Aksoy gibi). Frank klinik hocaların laboratuvar çalışması yapmaları ve temel bilim hocaları ile işbirliği içinde olmaları gerektiğine inandığı için gençleri bu anlayış doğrultusunda yönlendirmiştir. Daha 1934'ler'de Frank tıp fakültesi öğretim üyelerinin üç ana görevi olduğunu dile getirmiştir: 1) Eğitim, 2) Hizmet, 3) Araştırma

Frank Almanya'da Ord. Prof. derecesine kadar yükselmiş, uluslararası bilim çevrelerinde saygınlığı olan bir hoca iken ülkemize gelmiştir. Onun çocuk ve fakir hastalara insancıl yaklaşımı, hekim olarak çok başarılı olması, birlikte çalıştığı hekimlere üst düzeyde katkısı olması kısa zamanda onu efsanevi hoca haline getirmiştir. O dönemde Almanya'dan ülkemize sığınmak için gelen hocaların katkısı ile İstanbul Üniversitesi dünyanın önde gelen üniversitelerinden birisi haline gelmiştir.

Frank Türkiye'yi çok sevmişti. Yaşamının son 20 yılında Türkiye dışına hiç çıkmamıştır. 2. Dünya Savaşı'ndan sonra Alman Tıp Akademisi üyeliğine seçilmesi, altın lilyakat madalyası ile onurlandırılması ve Almanya ve ABD'de defalarca göreve çağrılması onu bu ülkeden ayıramamıştır.

"Türk nefroloji tarihi ile ilgili çalışmaların 1940'lı yıllara dayandığı görülmektedir. 1939'da Osman Barlas'ın Hasta Böbrek Fonksiyonları ve Fonksiyon Testleri Kitabı, 1941'de İ.Ü. Tıp Fakültesi 2. Dahiliye Kliniği Direktörü Erich Frank ve yardımcısı Nebil Bilhan tarafından yazılan ve İstanbul üniversitesince yayınlanan Da-

hili Böbrek Hastalıkları Kitabı, 1951 ve 1961'de iki defa basılan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden Cavit Sökmen'in yazdığı Dahili Böbrek Hastalıkları Kitabı, 1958'de İ.Ü. K. Önen tarafından yazılan Su ve Elektrolit Metabolizmasının Bozulmalarının Esasları Kitabı, gösterilebilir. İlk Renal Biyopsi Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (Dr. S. Koloğlu 1954), ilk peritoneal diyaliz çalışmaları 1950 yılları başında İstanbul Haseki Hastanesi'nde Tedavi Kliniği (C. Öker, T. Artunkal) 1958 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (N. Sipahi) tarafından ilk kıpırdanışlar başlamıştır." (Prof. Dr. Ayla San)

Türk Nefroloji Tarihinde gerçekleri yakalamamızı sağlayan değerli Prof. Dr. Mehmet Şükür Sever'e teşekkürlerimizi sunarız.

KAYNAKLAR:

1. Sever M. Ş., Namal A.F, Eknayan G, Erich Frank (1884-1957): Unsung Pioneer in Nephrology, American Journal of Kidney Diseases, Volume: 58, Issue: 4, Pages: 654-665, October 2011.
2. San A., Ülkemizde Hemodiyaliz Tarihçesi, Sayfa 1589-1609, Erdemir A.D., Öncel Ö., Küçükdağ Y., Okka B., Erer S., 1. Uluslararası Türk Tıp Tarihi Kongresi Bildiri Kitabı, 2008.
3. <http://guncel.tgv.org.tr/journal/35/pdf/364.pdf>
4. <http://www.boardturk.com/ansiklopedi/120842-erich-frank.html>
5. <http://yayim.meb.gov.tr/dergiler/160/korkut.htm>
6. Arslan M., Cumhuriyet Dönemi Üniversite Reformları Bağlamında Ülkemizde Demokratiklik Tartışmaları, Erciyes Üni. Eğitim Fak. Kayseri, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Sayı : 18 Yıl : 2005/1 (23-49 s.)

