



parietal epitel hücrelerinde nükleer irileşme izlendi. Tanımlanan bulguların renal allografttaki viral enfeksiyonla uyumlu olabileceği düşünüldü. İmmünohistokimyasal olarak CMV negatif. Elektron mikroskopisindeyse tübüler epitel hücrelerde parakristalin sıra halinde yerleşen 30 nm çapında intranükleer sferik viral partiküller izlendi. Bu yönüyle, viral partikül ortalama çapı 80-100 nm olan adenovirustan ayrılmaktaydı (Resim 1,2). BK virüs nefropatisi tanısı konan hastanın immünsüpresif ilaç dozları azaltıldı, siprofloksasin 1x750 mg başlandı. Takipte hastanın greft fonksiyonları stabilize edildi.

Sonuç: Elektron mikroskopi BKV virion tespitinde çok duyarlıdır, hücre çekirdeği içerisinde BKV parçaları izlenebilmektedir. BKV ilişkili nefropati düşünülen hastalarda greft biyopsisinin elektron mikroskopik olarak incelenmesi birden fazla viral etkilenmenin ayırımında yol gösterici olabilir.

P19-PREEMPTİF BÖBREK NAKLİ SONRASINDA TEKRARLAYAN HİPOKALEMİ HİPOMAGNEZEMİ VE METABOLİK ALKALOZ BARTTER SENDROMU

Bardak S.¹, Turgutalp K.¹, Bircan Özdoğan A.¹, Esen K.², Özcan Kara P.³, Demir S.¹, Kıyıkım A.¹ Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Mersin-Türkiye¹ Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Mersin-Türkiye² Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Mersin-Türkiye³

Giriş: Preemptif böbrek nakli sonrasında nativ böbrekler fonksiyonlarını az miktarda devam ettirebilmekte, nativ böbreklerdeki tübüler bozukluklara ait klinik nakil sonrasında tekrarlayabilmektedir. Burada böbrek nakli öncesi primer böbrek hastalığı açısından yeterince değerlendirilmeyen ve muhtemel Bartter sendromu olan, nakil sonrasında nativ böbrekteki tübüler bozukluk sonucu tekrarlayan hipokalemi, kusma, metabolik alkaloz, hiponatremi nedeniyle izlenen bir vakayı sunduk.

Vaka: 32 yaşında primer böbrek hastalığı bilinmeyen, 1 sene önce dış merkezde ablasından preemptif böbrek nakili yapılan erkek hasta halsizlik, kusma şikayetleriyle başvurdu. Nakil öncesinde bulantı, halsizlik, kas kramp şikayetleri oluyormuş, TA:90/60mmHg civarındaymış. Bu açıdan hiç değerlendirilmemiş.

Nakil sonrası; prednizolon 10mg, mikofenolat sodyum 3x360mg, takrolimus 1.5mg kullanılmaktaymış. Hasta son 8 ayda; benzer klinikle 4 kez hastaneye yatırılmıştı. Fizik muayene: TA:115/65mmHg, sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar:Sodyum:119mEq/l, potasyum:2.46mEq/l, serum kreatinin:1.95mg/dl, pH:7.51, HCO₃:31mEq/L, 24 saatlik idrarda potasyum:60mmol/gün, magnezyum:72mg/gün, sodyum:263mmol/gün, protein:671mg/gün'dü. Ultrasonda bilateral böbreklerde medüller nefrokalsinozis, transplant böbrek normal izlendi (Şekil-1). Renal sintigrafide, nativ böbreklerin toplam klirensin %25'ini gerçekleştirdiği gözlemlendi. Donörde yapılan testlerde tübülopatiye düşündürülen bulguya rastlanmadı. Hasta bol sıvı alıp ısrarla tuzsuz diyet aldığından (5000-6500cc/gün), tabloya hiponatremi eşlik etmiş olabilir. Hastada nakil öncesinde silik klinik bulguları olan Bartter sendromu düşünüldü. Hastada böbrek yetmeliğinin ilerlemesiyle elektrolit bozukluğuna bağlı tablonun daha silik hale gelmiş olabileceği, nakil sonrasında kullanılan ilaçların katkısıyla nativ böbreklerdeki fonksiyona bağlı elektrolit bozukluğunun aşikar hale gelmiş olduğunu düşündük. Oral magnezyum ve potasyum replasmanı ile beraber spirinolakton başlanan hasta aseptomatik izlenmektedir.

Sonuç: Böbrek nakli öncesinde hastanın nefrolojik probleminin net olarak tanımlanması nakil sonrası dönemde takibini şekillendirecektir. Nakil öncesi nativ böbrek nefrektomisi, özellikle ağır veya dirençli olguların yaşam kalitesinin düzeltilmesine katkı sunabilir.

P20-RUTİN DIŞI CERRAHİ TEKNİKLE ACIL BÖBREK NAKLİ OLGU SUNUMU

Bayraktar A.¹, Cüçük Ö.¹, Bakkaloğlu H.¹, Aydın A.¹ İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı Transplantasyon Ünitesi, İstanbul-Türkiye¹

Giriş: Kronik böbrek yetmezliğine (KBY) giren hastalar için böbrek nakli en fizyolojik tedavi şekli kabul edilirken canlı vericisi olmayan hastalar kadavra verici için ulusal organ bekleme listesine alınmaktadır. Hem hemodiyaliz hem de periton diyalizi için uygun veya yeterli giriş yolu bulunmayan hastalar ise yapılan değerlendirme