



herhangi bir olgu tespit edilmemiştir.
Sonuç: Canlı verici sağ kalım sürelerinin literatürde kabul edilen oranların üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizdeki yüksek canlı nakil oranları göz önüne alındığında oldukça başarılı sonuçlar gözlenmekle beraber daha anlamlı değerlendirme için uzun dönem takip sonuçlarına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

P17-BÖBREK NAKİLLİ HASTALARDA TEKRARLAYAN AKUT BÖBREK HASARI TEK MERKEZ BİLGİLERİ

*Bardak S.¹, Turgutalp K.¹, Demir S.¹, Kıyıkım A.¹
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları
Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Mersin-Türkiye¹*

Amaç: Böbrek nakilli hastalarda nakil sonrası dönemde tekrarlayan akut böbrek hasarı (ABH) epizotları izlenebilmektedir. Risk faktörlerinin tespiti ve yönetimi ABH tekrarının engellenmesine yardımcı olacaktır. Bu çalışmada böbrek nakilli hastalarda tekrarlayan ABH yapan nedenleri ve hastaların klinik özellikleri araştırıldı.

Gereç-Yöntem: Nisan 2014'e kadar hastanemize başvuran böbrek nakilli hastalar değerlendirildi. ≥ 3 ABH epizodu olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Toplam 19 hasta, bu hastalara ait 79 ABH epizodu retrospektif incelendi. Bu hastalarda ABH sınıfı, etyolojisi, risk faktörleri araştırıldı.

Bulgular: Hastalar 18-68 yaş arasındaydı. 8'i kadın, 11'i erkekti. Pretransplant dönemde 2 hastaya periton diyalizi, 14'üne hemodiyaliz uygulanmıştı (3 tanesiyle ilgili kayıt yoktu). Donörler 11 hastada akrabaları, 5'inde akraba olmayan canlı vericiler, 3'ünde ise kadavraydı. Hastaların 4'ü akut rejeksiyon geçirmiş, 12'si geçirmemişti (3'ü bilinmiyordu). İlk 6 ayda sitomegalovirüs geçirme öyküsü hiçbirinde yoktu (1 tanesi bilinmiyordu). Posttransplant dönemde serum kreatinin değeri < 1 mg/dl olan 8, 1-1.5 mg/dl olan 9, > 1.5 mg/dl olan 3 hasta vardı. ABH epizotlarının ABH sınıfına göre dağılımı tablo 1'de, ABH etyolojisinde yer alan faktörlerin dağılımıysa tablo 2'de izlenmektedir. 2 hastada transplant böbrekte kistik değişiklik izlendi. Diğerlerinde transplant böbrekte anatomik sorun yoktu. 5 ABH epizotunda hemodiyaliz ihtiyacı (ortalama 3 seans) gelişti. 60'ında tam iyileşme, 16'sında kronik böbrek hastalığı, 3'ünde son dönem böbrek yetmezliği gelişti, 1'i ölümlle sonuçlandı.

Yatış süresi 2-63 gündü (ortalama 12.2 gün). 29 ABH epizoduysa ayaktan takip edildi.
Sonuç: Böbrek nakilli hastalarda tekrarlayan ABH nedenleri arasında enfeksiyonlar ön sırada dikkat çekmektedir. Özellikle idrar yolu enfeksiyonlarının kontrolü ABH sıklığını azaltabilir. ABH'nın transplant böbrekte kalıcı hasara yol açabileceği, hatta ölüm ile sonuçlanabileceği unutulmamalıdır.

P18-BÖBREK NAKLİ HASTASINDA BK VİRUS NEFROPATİSİ TANIDA ELEKTRON MİKROSKOPİSİNİN POTANSİYEL YERİ

*Bardak S.¹, Turgutalp K.¹, Ballı E.², Çoşkun Yılmaz B.², Gürses İ.³, Esen K.⁴, Demir S.¹, Kıyıkım A.¹
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları
Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Mersin-Türkiye¹ Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı, Mersin-Türkiye² Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Mersin-Türkiye³ Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Mersin-Türkiye⁴*

Giriş: BK polyomavirus (BKV), böbrek nakli alıcılarında greft fonksiyonlarında azalmaya neden olmakta, tanısında; PCR, idrar sitolojisi, serolojik testler, idrar elektron mikroskopi incelemesi yapılmakla birlikte kesin tanısı biyopsi incelemeleriyle konulmaktadır. Burada böbrek biyopsisi elektron mikroskopisinde BKV inklüzyon cisimciği görüntülenen böbrek nakilli bir hastayı sunduk.

Vaka: 2 sene önce, bir dış merkezde akraba olmayan canlı vericiden böbrek nakli yapılan 49 yaşında kadın hastanın, 3-4 ay içerisinde serum kreatinin değerleri 1.2 mg/dl'den 1.7 mg/dl'ye yükseldi. Klinik yakınması yoktu. Primer böbrek hastalığı bilinmeyen, akut rejeksiyon öyküsü olmayan hasta everolimus 2x0.50 mg, takrolimus 2+1 mg, prednizolon 5 mg, mikofenolat sodyum 3x360 mg kullanmaktaymış. Fizik muayenesi normaldi. Serum kreatinin:1.82 mg/dL, idrar mikroskopisi normaldi. 24 saatlik idrarda protein:154 mg/gün, ANA(+), Anti-dsDNA, Anti CMV IgM negatifti. BK/JC PCR kanda pozitif saptandı. Serum takrolimus düzeyi 9.5 ng/ml idi. Renal Doppler ultrasonografi normaldi. Biyopsi incelemesinde bazı tubulus epitel hücrelerinde sitoplazmik ve nükleer irileşmeye eşlik eden intranükleer inklüzyonlar, bazı glomerüllerde



parietal epitel hücrelerinde nükleer irileşme izlendi. Tanımlanan bulguların renal allografttaki viral enfeksiyonla uyumlu olabileceği düşünülürdü. İmmünohistokimyasal olarak CMV negatifti. 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 oldu.

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 HIPOMAGNEZEMİ 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 tübülopatiyi 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 düşünülürdü. Hastada böbrek yetmeliğinin ilerlemesiyle elektrolit bozukluğuna bağlı tablonun daha silik hal almış 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 ACİL 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