

19. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ



ELEXUS OTEL GİRNE,
K.K.T.C. 10-14 Mayıs 2017

GAZETE TANSİYON

13 Mayıs 2017, Cumartesi
www.turkhipertansiyon.org



Prof. Dr. Şevki ÇETİNKALP

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve
Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı-İZMİR

Diyabet Tedavisinde Yeniler

Diyabet tedavisinde yer alan unsurlar eğitim, yaşam tarzı değişikliği, oral antidiyabetikler ve enjektabl ajanlar (insülin, GLP1R agonistleri)'dir. Diyabet tedavisinde eskiler, kristalize insülin, NPH insülin, sülfonilüreler, glitazonlardır. Yeniler ise DPP4 inhibitörleri, GLP1 analogları ve SGLT2 inhibitörleridir. Yıllar geçtikçe eskimeyen; hatta değeri artan farmakolojik

ajan metformin'dir. Yıllar geçse de önemi tartışmasız ama başarılması güç olan eğitim; değiştirilmesi zor olan yaşam tarzı değişikliğidir.

Ne yazık ki, diyabet dünyada epidemik olarak artmaktadır. 2015 yılı IDF verilerine göre dünyada her 11 kişiden biri diyabetlidir. Maalesef 6 saniyede 1 kişi de diyabete bağlı herhangi bir sebepten vefat etmektedir. Türkiye'de durum ise daha vahimdir. 2013 yılı verilerine göre yurdumuzda diyabet prevalansı % 14.84 olup; bu durum ne yazık ki diyabet yoğunluğunda Avrupa birinciliği anlamına gelmektedir. 2014 yılında da CREDIT 2 çalışmasında da prevalans %18.3 olarak bildirilmiştir. IDF tahmin sistemine göre bu artış ile 2025 yılında %31.5 rakamına ulaşılmaktadır. Bu korkunç bir tahmindir. Tabii ki diyabeti zorlaştıran morbidite ve mortalite artışına yol açan mikro ve makro komplikasyonlarıdır. Diyabet harcamalarına bakıldığında aslında maliyetin %25'ini tedavi, %75'ini ise komplikasyonlar oluşturmaktadır.

Diyabetli bireylerde mortaliteyi belirleyen faktör koroner arter hastalıklarıdır. Diyabet tanısı alan ve myokard infarktüsü geçirmemiş bireyin; diyabeti olmayan ancak myokard infarktüsü geçirmiş olan bireyden daha fazla infarktüs geçirme riski bulunmaktadır. Bu durum tip 2

Günün Notları:

13 Mayıs Cumartesi

Sözlü Bildiriler

13:30-16:10

Salon B (SS 015-SS018)

15:30-16:00

Salon B (SS 019-SS021)

16:15-17:15 Ödül Töreni,
Gelecek Kongre Dilek ve
Temenniler, ve Kapanış

19. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ



ELEXUS OTEL GİRNE,
K.K.T.C. 10-14 Mayıs 2017

13 Mayıs 2017, CUMARTESİ

2



diyabetli bireylerde tanı gecikmesi ve tanıdan önce 5-7 yıl süren insülin direnci ile ilişkilendirilmiştir. İnsülin direnci ile birlikte gelen hipertansiyon ve hiperlipidemiye, hipergliseminin de eklenmesi ile ateroskleroz ivme kazanmaktadır. Bu durum yetmezmiş gibi, diyabetli bireylerde kullanılan ilaçların yan etkileri de bu duruma katkıda bulunabilmektedir. Acı tecrübe rosiglitazon'da yaşanmıştır. 2010 yılına kadar tedavi de kullanılır iken; myokard infarktüsünde %43 artışlara yol açtığından piyasadan çekilmiştir. Diyabetli bireylerde rutin kullanılması önerilen statinlerin %9 IGT'den diyabete geçişi hızlandığı belirlenmiştir.

Diyabetli bireylerde komplikasyonların gelişmemesi veya ilerlememesi için A1c hedefi, 6.5 ve altında olmalıdır.

İlginç olarak bu hedefe 3 ay içinde yoğun bir tedavi ile ulaşıncaya mortalitenin arttığı gözlenmiştir. 2008 yılında açıklanan ACCORD ve VADT çalışma sonuçlarına göre kardiyovasküler açıdan yüksek riskli diyabetli bireylerde A1c hedefine ulaşılmaya çalışılır iken; ortaya çıkan hipoglisemiler kardiyovasküler ölümü %35, total mortaliteyi %22 artırmaktadır. Bu çalışmalarda kullanılan ajanlar metforminin sülfonilüre, glitazon, insülin ile birlikte olan kombinasyonlardır.

2008 yılında diyabette hipogliseminin, hiperglisemi kadar tehlikeli hatta daha çok mortal olduğunun ön plana çıkması ile yeni antidiyabetik ajanlar sahnede yerini almaya başladı. DPP4 inhibitörlerini takiben GLP1 analogları ve son birkaç yıldır da SGLT2 inhibitörleri

19. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ



ELEXUS OTEL GİRNE,
K.K.T.C. 10-14 Mayıs 2017

13 Mayıs 2017, CUMARTESİ

3

diyabette yeni tedaviler olarak sunuldu. Ortak özellikleri aynı düzeyde etkin iken; hipoglisemiye yol açma risklerinin belirgin az olmasıydı. Eskilerden sülfonilüre ve glitazonlar kilo alımına yol açarken; yenilerden DPP4 inhibitörleri nötr, SGLT2 inhibitörlerinin orta, GLP1 analoglarının belirgin kilo verdirici özellikleri vardı. Ancak bu tedavilerin eksik yanları A1c üzerine eski tedaviler kadar etkin olmayışları ve bir takım yan etkilere sahip olmalarıydı. DPP4 inhibitörleri ile ÜSYE da artış riskli değildi; ancak akut pankreatit açısından dikkatli olunması uyarısı halen geçerliliğini sürdürmektedir. SAVOR çalışmasında saxagliptin (p değeri anlamlı), EXAMINE çalışmasında ise alogliptin (p değeri sınırda) kalp yetmezliğinden hastaneye yatışlarda %29 ve %19 artışlara yol açmıştır. TECOS çalışması ise sitagliptinin kardiyovasküler güvenliğini ortaya koymuştur. Linagliptin için kardiyovasküler güvenlik çalışmaları CARMELINA bu yıl ve CAROLINA 2018 yılı sonu açıklanacaktır. SGLT2 inhibitörlerinin kilo kaybettirirken, tansiyonu da düşürmeleri hastaya özgün anlamlılık kazandırırken; yan etki profilleri ne yazık ki giderek artmaktadır. Bunlar arasında poliüri, noktüri, dehidratasyon, idrar yolları enfeksiyonunda artış, hipotansiyon, öglisemik ketoasidoz, akut böbrek hasarlanması ortak yan etkiler iken; moleküle özgün osteoporoza bağlı kırık, ayak parmak gangreni, LDL artışı, mesane ve meme kanseri riski yer almaktadır. Ancak empagliflozinin, EMPA-REG çalışmasında kardiyovasküler ölümleri %38 azalttığının ortaya konması bu gruba bakış açısını yeniden şekillendirmiştir. 2016 yılında da yine empagliflozinin serum kreatinin 2 kat artışını %44, renal replasman tedavisinin %55 azalttığı bildirilmiştir.

Tedavi de hipoglisemiden kaçınma davranışı, A1c hedefine ulaşan hasta yüzdesini ne yazık ki azaltmıştır.

Bunun sebebi yeni antidiyabetik ajanların muhtemelen insüline geçişi geciktirmesidir. İşte bu noktada hipoglisemi riski az ama eski insülinlerle aynı etkinlikte yeni insülinler geliştirilmiş ve piyasaya sunulmuştur. Bunlar U300 ve degludec uzun etkili bazal insülinlerdir. Artık eski insülinler olarak anılacak NPH, glarjin ve detemir insülinlerin yerini alacak olan bu yeni tip insülinlerde en belirgin özellik, etkinlik değişmeden nokturnal hipogliseminin oldukça anlamlı azalma göstermesidir.

Sonuç olarak diyabet tedavisinde; hipoglisemi ve kilo alımı yaratmadan, kardiyovasküler güvenlik içinde A1c hedefine ulaşmak açısından çeşitlilik artmaktadır. Bu durum tedavi de bireyselleştirme imkanı sağlamaktadır. Ancak eğitim, beslenme ve egzersiz programlarındaki eksiklik tamamlanmadıkça daha çok yeni ajana ihtiyaç duyacağımız kesindir.





Doç. Dr. Ali İhsan GÜNAL

Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi, Nefroloji

Kardiyovasküler Hastalıklar

Kardiyovasküler hastalıklar, kronik böbrek yetmezlikli hastalarda morbidite ve mortalitenin ana nedeni olmaya devam etmektedir. Bu durum tek başına geleneksel risk faktörlerinin bir arada bulunmasıyla açıklanamamaktadır. Son zamanlarda, kronik böbrek yetmezlikli hastalarda yaygın olarak var olan nitrik oksit biyoyararlanımındaki değişiklikler, endotel tamir mekanizmalarındaki bozulmalar, inflamasyon ve oksidatif stres gibi diğer mekanizmalar, kardiyovasküler riskin artmasında önemli sorumlulukları olduğu görüşü giderek önem kazanmaktadır. Düzenli fiziksel aktivite, genel popülasyonda ve kronik böbrek hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesinde artma ve morbidite-mortalitede azalmaya neden olmaktadır. Fiziksel aktivite, kardiyorespiratuvar dayanıklılık ve kas kitlesi kronik böbrek hastalığının erken evrelerinde bile azalmaya başlar, KBH progresyonuyla fitness kapasitesi daha da azalır ve renal transplantasyonla bile tam olarak geri kazanılamaz. Üremi ve fiziksel hareketsizlik birlikte kas kitlesi kaybına neden olan en önemli faktörlerdir. Düzenli fiziksel aktivite, kronik böbrek hastalığının tüm

evrelerinde kardiyometabolik, nöromusküler ve bilişsel fonksiyonların iyileşmesine fayda sağlar ve bu nedenle KBH popülasyonunun multimorbiditesini ele alan bir yaklaşım sunmaktadır. Düzenli fiziksel egzersiz, kardiyovasküler hastalıkların birincil ve ikincil korunmasında değerli bir nonfarmakolojik girişimdir. Aynı şekilde, düzenli fiziksel egzersizin, KBH'li hastalarda egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesi üzerine olan yararları artan bir şekilde kabul edilmektedir. Ayrıca, fiziksel egzersizin, ateroskleroz ve arteriyoskleroz ile ilgili olası mekanizmaları da geri döndürülebileceği gösterilmiştir. İlginç olarak, kas sağlığının korunması, renoprotektif etkiler ile ilişkilidir. Birçok randomize kontrollü çalışmada, düzenli fiziksel aktivitenin kronik böbrek hastalığı progresyonunu yavaşlattığı gösterilmiştir. Yararlarının kanıtlarına rağmen, fiziksel aktivite ve egzersiz yönetimi, KBH hastalarının bakımında düzenli olarak ele alınmamaktadır. Fiziksel aktivitenin optimum sıklığı, süresi ve yoğunluğunu tanımlayan çalışmalar eksik olsa da, ilgili alanlardan elde edilen kanıtlar renal hastalığı olan hastaların bakımına yönelik pratik yaklaşımları yönlendirebilir. Metabolik ve beslenme durumunun optimizasyonunun yanı sıra fiziksel aktivitenin optimizasyonu da önerilir. Davranışsal yaklaşımlar, hastaların yaşam tarzı değişikliklerini benimsemelerine yardımcı olmakta önemli rol oynamaktadır ve fiziksel aktiviteyi böbrek bakımına entegre etmede değerli olabilmektedir.



Doç. Dr. Melda DİLEK

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Nefroloji - Samsun

KBH ve Kemik Mineral Bozuklukları: Yeni Kılavuzun Yeni Önerileri

Kronik böbrek hastalığında glomerüler filtrasyon hızının 30ml/dak/m²'nin altına inmesiyle mineral kemik metabolizması bozuklukları belirgin hale gelmeye başlar ve hastaların morbidite, mortalitesine olumsuz katkıda bulunur. Klinik pratikte bu bozuklukların tanı, izlemi ve tedavisine dair ideal yöntemlerin belirlenmesine yönelik bilimsel çalışmalar devam etmektedir.

Üremik mineral kemik metabolizması bozukluklarının tanı ve tedavisine dair daha önce yayınlanan kılavuzlarda yer alan öneriler büyük oranda sonradan yapılan çalışmalarla da desteklense de bu kılavuzlar yayımlandıktan sonra elde edilen yeni veriler kılavuzların güncelleştirilmesi gereksinimini doğurmaktadır. Bu nedenle Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) tarafından 2016 yılında bir ön çalışma yayınlanmıştır. Bu yeni çalışmada en göze çarpan değişiklik evre 3-5 kemik mineral hastalığı veya osteoporoz risk faktörleri olan hastalarda tedavi girişimini etkileyecekse kırık riskini değerlendirmek üzere kemik mineral yoğunluğu ölçümünün önerilmesidir. Yine aynı grup hastada tedavi kararını etkileyecekse kemik biyopsisi yapılabileceği önerisi yer almaktadır. Bunun dışında tanı ve

izlemde: Tedavi kararının biyokimyasal parametrelerin birlikte değerlendirildiği ardışık ölçümlere göre verilmesi, Hiperkalsemiden kaçınılması, artan fosfor düzeylerinin normale doğru çekilmesi, Fosfor düşürücü tedaviye hiperfosfateminin ilerleyici veya inatçı olması halinde karar verilmesi, Diyetle fosfor kısıtlamasının yalnız veya diğer tedavilerle beraber yapılması, kalsiyum içeren fosfor bağlayıcıların kullanımının kısıtlanması, Optimal parat hormon (PTH) düzeyi bilinmemekle beraber, artışı durumunda buna neden olabilecek faktörler açısından hastanın değerlendirilmesi, Kasitriol veya D vitamini analoglarının rutin değil, evre 4-5 hastalarda ilerleyici veya şiddetli hiperparatiroidizm varlığında kullanılması, Diyaliz uygulanan hastalarda PTH düşürücü olarak kalsimimetik, kalsitriol veya D vitamini analoglarının veya kombinasyonlarının kullanılması, Evre 1-5 osteoporoz risk faktörleri olan hastalarda tedaviyi değiştirecekse kemik mineral yoğunluğu ölçümü yapılması, Böbrek naklinden 12 ay sonra glomerüler filtrasyon hızı 30ml/dak/m²'nin üzerinde olan hastalarda kemik mineral yoğunluğu azalmışsa vitamin D, kalsitriol/alfakalsidol veya bifosfanatlarla tedavi edilmesi, önerileri yer almaktadır.

Renal osteodistrofi tanısında kemik biyopsisinin yerini alacak alternatif tanısal yöntemlerin geliştirilmesi, klinik pratikte kullanılan ve henüz kullanılmayan biyokimyasal bozuklukların tanı ve tedavideki yeri, hastaların takip ve tedavi seçenekleri hala üzerinde daha çok çalışılması gereken alanlardır.



13 Mayıs 2017, CUMARTESİ

6

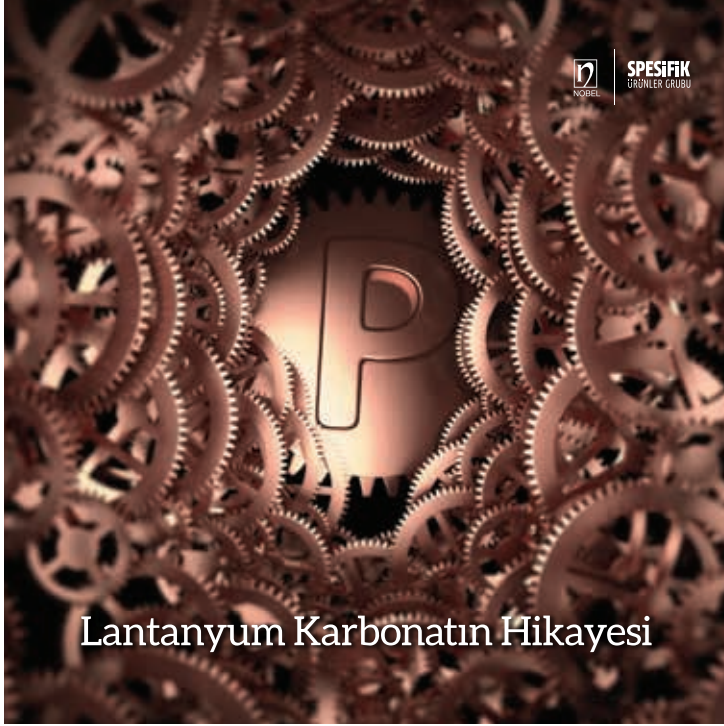
Kongre'den Kareler





13 Mayıs 2017, CUMARTESİ

7



Nasıl Bağlayalım bu Fosforu? Lantanyum Karbonatın Hikayesi

Tarih:

13 Mayıs 2017, Cumartesi

Saat:

11:15 - 12:00

Yer:

Salon A

Konuşmacılar:

Prof. Dr. Mustafa Arıcı

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

Prof. Dr. Kenan Ateş

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı



Yer : 19. Ulusal Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Kongresi
Elexus Otel Girne, K.K.T.C.

Tarih: 13 Mayıs 2017, Cumartesi

Saat : 14:15



Sayın Sağlık Mesleği Mensubu, Sağlık Bakanlığı Tanıtım Yönetmeliği ve buna bağlı AİFD Tanıtım İlkeleri kuralına göre, ilaç firmaları bilimsel kongrelerde bildir, yayın, poster gibi bilimsel çalışma sunumunda bulunanlar ve toplantılara eğitim amaçlı katılanlar dışındaki kişilerin katılımı konusunda finansal katkıda bulunmazlar. Bu kapsamın dışındaki kişilere yapılacak katkılar ağır hukuki yaptırımlara bağlanmıştır. Bu nedenle toplantıya ve bağlı aktivitelere refakatçi getirmemenizi özellikle rica ederiz. Sağlık sektörünün yüksek standartlarını koruma konusunda göstereceğimiz duyarlılık ve destek için teşekkür ederiz.

Bu davetiye bir kişiliktir.
Saygılarımızla.



İ.E. Uygulay İlaç Sanayi Türk A.Ş.
Menarini: Hastalık Mah. Sumer Sok. No: 4 Hastalık Office Building (HOB) Kat: 7/8 34488 Hastalık, Sarıyer / İstanbul
Üretim Tedariği: Devirgözü Cad. No: 12 34010 Topkapı, Zeytinburnu / İstanbul
T +90 212 467 11 11 • F +90 212 467 12 12 • www.menarini.com.tr



19. ULUSAL HİPERTANSİYON VE BÖBREK HASTALIKLARI KONGRESİ



ELEXUS OTEL GİRNE,
K.K.T.C. 10-14 Mayıs 2017

13 Mayıs 2017, CUMARTESİ

8

BOWLING TURNUVASI



BOWLING



11-12-13 Mayıs 2017 / 17:30-19:00 Game Center