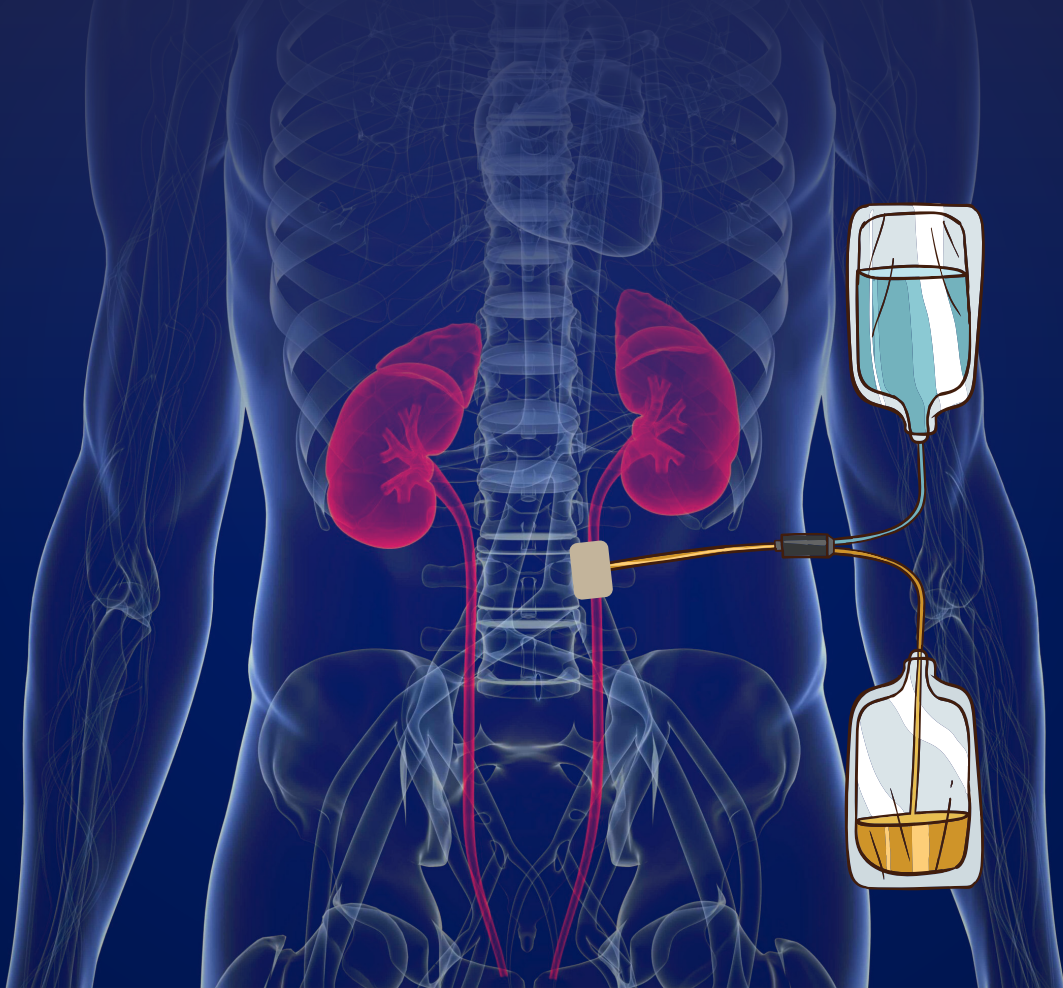




VII. PERİTON DİYALİZİ GÜNCELLEME TOPLANTISI

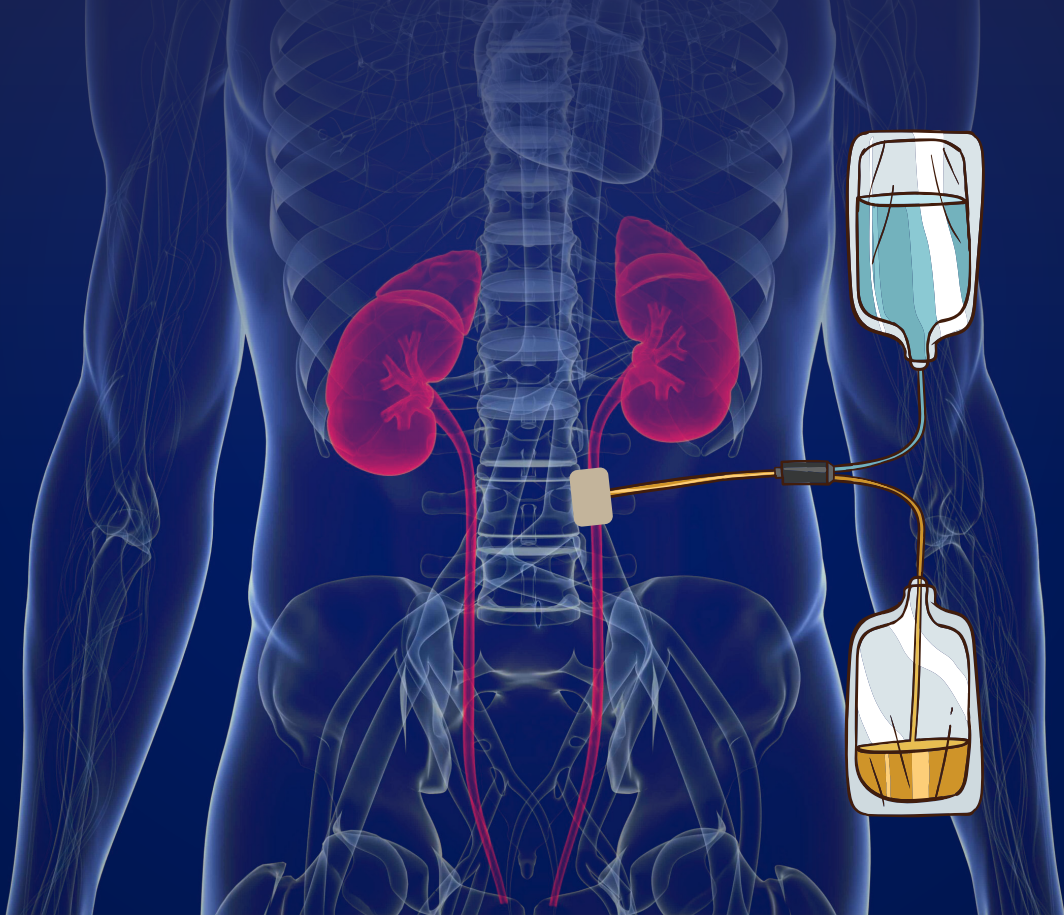
15 Şubat 2025 ▪ WYNDHAM ANKARA OTEL





VII. PERİTON DİYALİZİ GÜNCELLEME TOPLANTISI

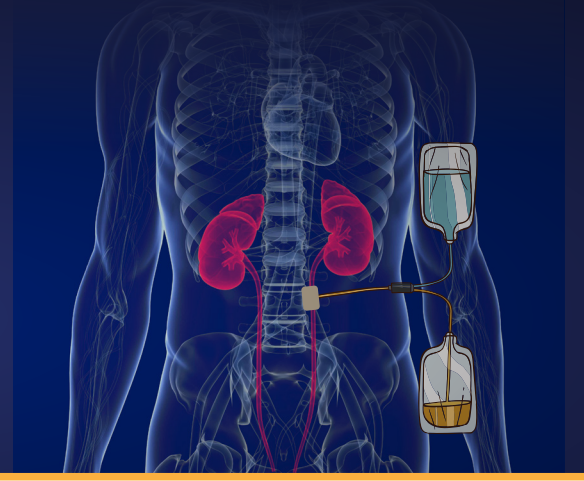
BİLİMSEL PROGRAM KİTABI





VII. PERİTON DİYALİZİ GÜNCELLEME TOPLANTISI

15 Şubat 2025 ▪ WYNDHAM HOTEL, ANKARA

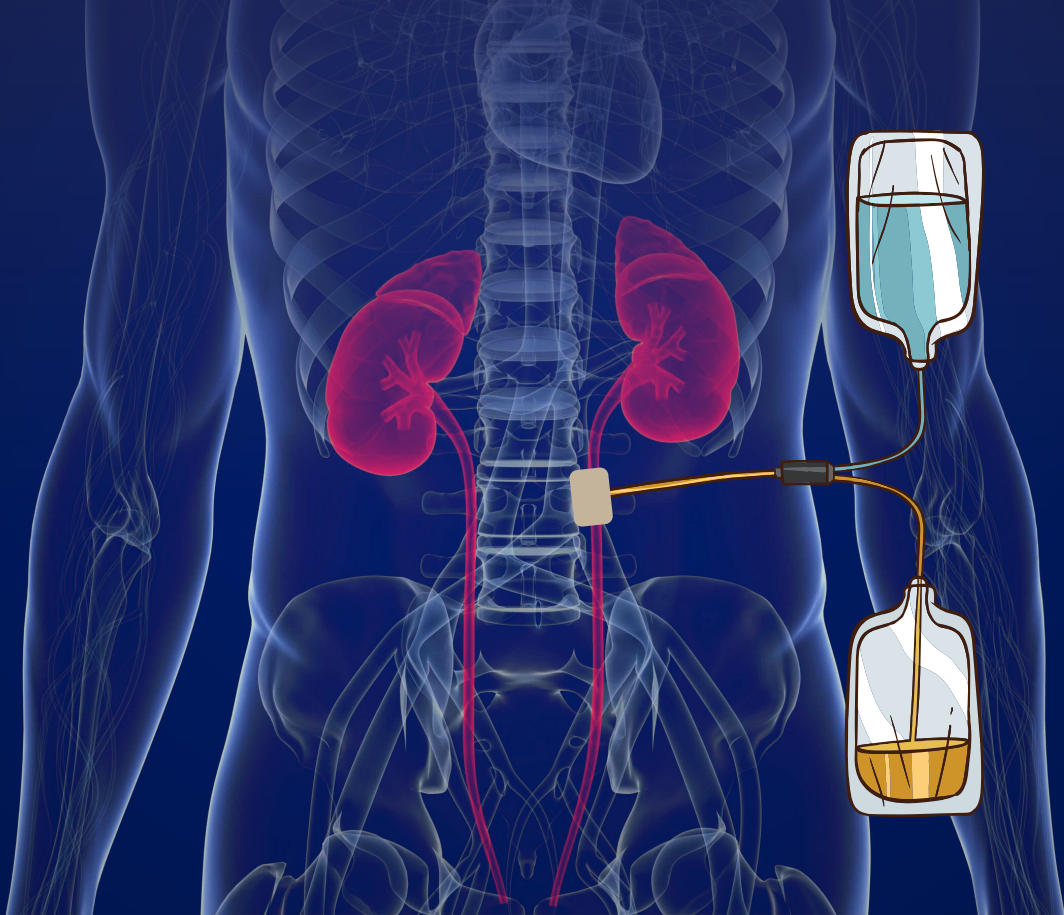


SAAT	KONU	KONUŞMACILAR
09:50-10:00	AÇILIŞ Prof. Dr. Alper Ceylan, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Şeref Rahmi Yılmaz, Türk Hipertansiyon Böbrek Hastalıkları Dernek Başkanı Prof. Dr. Kadriye Altok, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji BD Başkanı	
10:00-10:40	Periton Diyalizi Tercihini Nasıl Arttırılabilir? PD'de Bakımveren Desteği	Oturum Başkanları: Dr. Yasemin Erten, Dr. Hadim Akoğlu Dr. Ömer Faruk Akçay Hmş. Nurdan Çetin ve Hmş. Esin Pektaş
10:40-11:10	Transplantasyondan PD'ye Geçiş Hemodiyalizden PD'ye Geçiş	Oturum Başkanları: Dr. Fatih Dede, Dr. Ezgi Çoşkun Yenigün Dr. Gülay Ulusal Okyay Dr. Ahmet Murt
11:10-11:20	ARA	
11:20-12:00	Periton Diyalizi ve Obezite Periton Diyalizi Hastasında Metabolik Komplikasyonların Yönetimi	Oturum Başkanları: Dr. Galip Güz, Dr. Hayriye Sayarlıoğlu Dr. Emrah Günay Dr. Tamer Dinçer
12:00-12:40	Fellowlar Yarışıyor	Oturum Başkanı: Dr. Kadir Gökhan Atılğan Sunucu: Dr. Özant Helvacı
12:40-13:30	ÖĞLE YEMEĞİ	
13:30-14:10	ISPD Kongresi 2024; Yeni Ne Var? PD Peritonitinde Fungal Profilaksinin Yeri	Oturum Başkanları: Dr. Rümeyza Kazancıoğlu, Dr. Zülfiyar Yılmaz Dr. Şafak Mirioğlu Dr. Meryem Keleş
14:10-14:20	ARA	
14:20-14:40	PD Hastasında Anemiyi Düzeltmek	Oturum Başkanı: Dr. Serpil Müge Değer Dr. Hacı Hasan Yeter
14:40-14:50	ARA	
14:50-15:30	Tartışmacılar Eşliğinde Zorlu PD Vakaları	Moderatör: Dr. Ülver Derici Sunucu: Dr. Taha Enes Çetin
Salon B:	Sözlü Bildiriler (Sadece on-line)	



VII. PERİTON DİYALİZİ GÜNCELLEME TOPLANTISI

SÖZLÜ BİLDİRİLER



Çoklu Zorlayıcı Durum Mevcudiyetinde Başarıyla Uygulanan Periton Diyalizi

İlker Atay¹, Berfu Korucu¹, Yelda Deligöz Bildacı¹, Mehmet Ası Oktan¹, Serpil Müge Değer¹, Caner Çavdar¹

İlker Atay / Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

Sözlü Bildiri: AMAÇ: Periton diyalizi (PD), kronik böbrek yetmezliği olan hastalar için böbrek fonksiyonlarının yerine konması amacıyla kullanılan bir tedavi yöntemidir. Bu yöntem, karın boşluğuna yerleştirilen bir kateter aracılığıyla gerçekleştirilir. Karın boşluğuna infüze edilen diyaliz solüsyonu, periton zarını kullanarak kanın temizlenmesini sağlar. Periton zarı, vücutta doğal bir yarı geçirgen membran olarak görev yapar ve solüsyon burada atıkları, elektrolit dengesizliklerini ve fazla sıvıyı filtreler. Modaliteler arasında sürekli ayaktan periton diyalizi (CAPD) ve otomatik periton diyalizi (APD) bulunur. Ancak, uygun hasta seçimi ve dikkatli izleme gerektirir. Herni ve batında asit periton diyalizinde hasta seçiminde tartışmalı endikasyonlardan biridir. [1] Bu vakamızda bilinen karaciğer sirozu tanısı mevcuttu. Batından aralıklı parasentez öyküleri bulunan, bilateral inguinal herni ve umblikal hernisi mevcut hastamıza eş zamanlı olarak umblikal herni+ bilateral inguinal herni onarımı yapıldı ve periton diyaliz katateri takıldı. Hastamız post op takiplerinde periton diyalizine efektif devam edebilmiş olup; sizlerle vakayı paylaşmak istedik. OLGU: Bilinen diyabetes mellitus (15 yıl), NASH ‘e ikincil karaciğer sirozu (2 yıl) , kronik kalp yetmezliği (ef: % 40 orta derecede triküspit yetmezlik) komorbiditeleri bulunan evre 4 kronik böbrek hasarı nedeniyle merkezimizde takipli 85 yaş erkek hasta; nisan 2024 itibarıyla son dönem böbrek yetmezliği hastası olarak kabul edilmiş ve rutin hemodiyaliz (haftada 3 gün 4 saat) programına alınmıştır. Hastanın karaciğer sirozuna bağlı batında masif asit ve hipervolemi kliniği bulunmakta, tekrarlayan parasentez ihtiyacı olmaktadır. Hemodiyaliz seansları sırasında hipotansif seyreden ve kliniği kötüleşen hastaya efektif hemodiyaliz ve ultrafiltrasyon yapılamamaktaydı. Bu sebeple hastanın volüm durumunun düzenlenmesi, parasentez ihtiyacının azaltılması amaçlanarak, renal replasman tedavisi yeniden değerlendirildi. Genel cerrahi kliniği ile görüşülerek hastaya umblikal + inguinal herni onarımı yapılmasına ve aynı operasyon sırasında periton diyalizi katateri takılmasına karar verildi. Hastaya operasyon sonrası 1. haftada periton diyalizi başlandı. Hastaya 2 ay boyunca periton diyalizi komplikasyonsuz uygulandı. Hipervolemik bulgu ve semptomları geriledi. Hasta 2 ay sonunda pnömosepsis nedeniyle exitus oldu ve bu döneme kadar periton diyalizi hastaya başarıyla uygulandı. SONUÇ: Hipervolemisi bulunan, kronik kalp yetmezliği bulunan, hipotansiyona bağlı vital instabilite nedeniyle hemodiyaliz seanslarını tamamlamakta zorlanan hastalarda periton diyalizi düşünülmelidir. [2] Hastalarda umblikal, inguinal herni bulunması periton diyalizi için mutlak kontraendikasyon olmayıp, genel cerrahi ekibiyle koordineli şekilde hastalara periton diyalizi uygulanabilmektedir. KAYNAKÇA: 1. Hamburger R., et al. “A dialysis modality decision guide based on the experience of six dialysis centers. Dialysis and Transplantation 1990.” 2. Ersoy F., Çamsarı T. “Periton Diyalizi Başvuru Kitabı “ (2019), 2. baskı, 32-36

Periton Diyaliz Katater



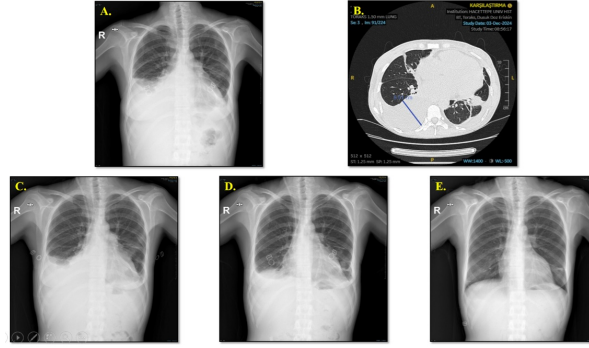
LUPUS HASTASINDA PERİTON DİYALİZİ İLİŞKİLİ PLEVRAL EFFÜZYON: BİR OLGU SUNUMU

Arda ERDUT¹, Hacı Hasan YETER¹

Arda ERDUT / Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

Sözlü Bildiri: Pnömoni ve lupus plevritinin de aralarında bulunduğu tanımlanmış altmıştan fazla plevrall effüzyon etiyojisinden biri olan periton diyalizi ilişkili plevrall effüzyon (PDİPE), insidansı %1-5,1 arasında değişen ancak klinik olarak periton diyalizi hastalarında nadir karşılaşılan bir durumdur. Raporumuzda Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) hastalığı aktif ve yakın zamanda pnömoni tedavisi alan hastada gelişen PDİPE olgusu bildirilmiştir. 39 yaşında kadın hasta 2011'den beri Sistemik Lupus Eritematozus'un cilt ve böbrek tutulumu nedeniyle uzun süre immünsüpresif tedavi almasına rağmen hastalığı tedavilere dirençli seyretti. Son dönem böbrek hastalığı gelişmesi üzerine Mart 2024'te periton diyalizine (PD) başlandı. Eylül 2024'te hasta peritonit nedeniyle yatırılarak intraperitoneal antibiyoterapi verildi. Taburcu olduktan iki hafta sonra ateş, öksürük ve balgam şikayetleriyle acil servise başvuran hastaya toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. BT'de sağda 20 mm, solda 55 mm plevrall effüzyon ve pnömoni izlendi. Pnömoniyeye yönelik intravenöz antibiyoterapi başlandı. Sol taraflı plevrall effüzyonundan yapılan örnekleme sonucunda sıvının eksudatif vasıfta olduğu, mikst iltihabi hücreler içerdiği görüldü. Kültürlerinde üreme olmadı. Hasta şifa ile taburcu edildi. Taburculuğundan bir ay sonra canlıdan böbrek nakli hazırlığı planıyla hastaneye yatırılan hastanın yatışında çekilen posteroanterior akciğer grafisinde (PA AG) sağ tarafta daha fazla olmak üzere bilateral plevrall effüzyon görüldü. Hipertansif de seyreden hastanın PD tedavisine (CAPD %1,36 glikoz, 1000 cc, 2 değişim/gün, %2,27 glikoz, 1000 cc, 2 değişim/gün), ikodekstrin ve intravenöz furosemid eklendi. Beş gün sonra çekilen toraks BT'de effüzyonun benzer miktarda sebat etmesi üzerine hastaya katater takılarak beş gün ultrafiltrasyon yapıldı. Yoğun ultrafiltrasyon sonrası çekilen PA AG'de plevrall effüzyonda belirgin azalma görüldü. Sağ taraftan 800 ml torasentez yapıldı. Örneklenen eksudatif sıvıda mezotel hücreleri, makrofajlar ve lenfositler görüldü. Kültürlerinde etken üremedi. Yatışından beri diyalizat boşaltım hacminde azalma olduğu dikkat çeken hastanın serum ile eş zamanlı plevrall sıvısından glikoz, kreatinin ve kan üre azotu çalışıldı. Hasta sonuçlarıyla birlikte PDİPE olarak değerlendirildi. Hastanın periton diyalizine ara verildi, hemodiyaliz programına alındı. Periton diyalizi ilişkili plevrall effüzyon (PDİPE), periton diyalizi hastalarında nadir görülen bir komplikasyondur. Birden fazla plevrall effüzyon etiyojisinin ayırıcı tanıda yer aldığı komplike olgumuzda hastanın son bir yıl içinde periton diyalizine başlaması, tanı anında asemptomatik olması, hipertansif seyretmesi, ultrafiltrasyon yetersizliğinin bulunması ve özellikle sağ taraflı plevrall effüzyonun tabloya eşlik etmesi PDİPE şüphesini attırmıştır. Torasentez, invaziv olmasına karşın hem tanısal hem de terapötik fayda sağladığından sintigrafi, bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans görüntüleme daha basit, hızlı ve etkin şekilde tanı koyulmasına yardımcı olmuştur. Optimal tedavi yöntemi hakkında yeterli veri olmamakla birlikte periton diyalizine ara verilerek defekt spontan düzeleneye kadar alternatif böbrek replasman tedavilerine geçilmesi faydalı olabilir.

Resim 1. Hastanın akciğer görüntülemeleri



A. Hastanın yatışında çekilen posteroanterior akciğer grafisi (PA AG), B. İkodekstrin ve intravenöz furosemid başlandıktan beş gün sonra çekilen toraks bilgisayarlı tomografi, C. Yoğun ultrafiltrasyon sonrası kontrol PA AG, D. Torasentez sonrası PA AG, E. Taburculuk öncesi PA AG

Tablo 1. Plevral sıvıların biyokimyasal analizi

	1. Torasentez		2. Torasentez	
	Plevral Sıvı	Serum	Plevral Sıvı	Serum
Glikoz (mg/dl)	80	75	90	102
Laktat dehidrogenaz (U/l)	410	322	295	229
Protein (g/dl)	2,73	5,62	3,2	5,73
Trigliserid (mg/dl)	31	244	12	104
Kreatinin (mg/dl)	-	-	7,04	6,89
Kan üre azotu (mg/dl)	-	-	55	52,2
Lökosit (/mm³)	245	-	1291	-

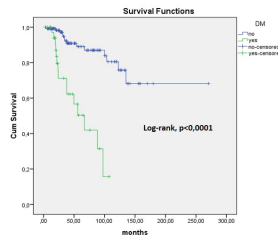
PRİMER SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ NEDENİ DİABETES MELLİTUS OLAN VE OLMAYAN PERİTON DİYALİZİ HASTALARINDA KLİNİK SONUÇLAR

Veysel Baran Tomar¹, Taha Enes Çetin¹, Ömer Faruk Akçay¹, Özant Helvacı¹, Ülver Derici¹

Veysel Baran Tomar / Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Sözlü Bildiri: Amaç: Diabetes Mellitus (DM), son dönem böbrek yetmezliği (SDBY)'nin en yaygın nedenlerinden biri olup, diyaliz hastalarında morbidite ve mortaliteyi etkileyen önemli bir faktördür. Çalışmamızda diyabetik ve diyabetik olmayan periton diyalizi (PD) hastalarının demografik verileri, biyokimyasal parametreleri, komplikasyon oranları ve diyaliz yeterlilikleri açısından farklılık gösterip göstermediğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Yöntem: Bu çalışmaya Gazi Üniversitesi Hastanesi PD ünitesinde takipli 173 periton diyalizi hastası dahil edildi. Hastaların demografik verileri, biyokimyasal parametreleri, komplikasyon oranları ve diyaliz yeterlilikleri hasta takip dosyalarından retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalarda takipte kardiyovasküler olay gelişimi açısından Kaplan-meier sağ kalım analizi yapıldı. Bulgular: Çalışmamızda yer alan hastaların 83'ü kadın, 90'ı erkekti. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri tablo 1'de verilmiştir. Diyabetik hastalar, diyabetik olmayan hastalara kıyasla daha yaşlıydı ($p<0,001$). Vücut kitle indeksi (VKİ) açısından da diyabetik hastaların daha yüksek değerler gösterdiği saptanmıştır ($p=0,004$). Hipertansiyon (HT) ve Koroner arter hastalığı (KAH) prevalansı, diyabetik grupta daha yüksek oranda gözlenmiştir. Hastaların bazal rezidü renal fonksiyon (RRF) varlığı, bazal ultrafiltrasyon (UF) miktarları ve bazal Kt/V oranları gruplar arasında benzer saptandı. Bazal idrar hacmi ise diyabetik grupta daha fazla olarak saptandı ($p<0,001$). Hastaların son kontrollerindeki RRF varlığı ($p<0,001$) ve idrar hacmi ($p=0,01$) diyabetik grupta daha fazla olarak bulundu. Hastaların son kontrollerdeki UF miktarları ve Kt/V oranları ise gruplar arasında benzerdi. Hastalarda takipte kardiyovasküler (KV) olay gelişimi açısından Kaplan-Meier eğrileri şekil-1 de verilmiş olup, diyabetik grupta daha fazla olarak saptandı ($p<0,001$). Tartışma: Diyabetik hastalarda bazal idrar hacminin daha yüksek olması, bu hastaların başlangıçta daha iyi korunan rezidüel renal fonksiyona sahip olabileceğini düşündürmekle birlikte takip sürecinde de diyabetik grupta rezidüel renal fonksiyonun ve idrar hacminin daha iyi korunmuş olması, bu hasta grubunda periton diyalizinin renal fonksiyon üzerindeki koruyucu etkisinin devam ettiğini göstermektedir. Bununla birlikte, ultrafiltrasyon kapasitesi ve diyaliz yeterliliği (Kt/V) açısından gruplar arasında belirgin bir fark saptanmamıştır. HT ve KAH sıklığının diyabetik grupta belirgin olarak daha yüksek olması, bu hasta grubunun artmış kardiyovasküler risk taşıdığını göstermektedir. Diyabetik hastalarda kardiyovasküler olay insidansının daha yüksek bulunması, bu hasta grubunda diyabetin neden olduğu vasküler hasar ve HT, KAH gibi ek risk faktörleri ile ilişkili olabilir. Bu sonuçlar, diyabetik PD hastalarının yakın kardiyovasküler izleme ve multidisipliner bir yaklaşımla yönetilmesi gerektiğini göstermektedir. Çalışmamız, PD hastalarında diyabetin klinik sonuçlar üzerindeki etkisini vurgulamakta olup, bu konuda daha geniş kapsamlı ve uzun dönemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Diabetes Mellitus varlığına göre takipte kardiyovasküler olay gelişimi



Son dönem böbrek yetmezliği nedeni diabetes mellitus olan ve olmayan hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

	Toplam hasta N=173	Var N=39 (%23)	Yok N=134 (%77)	P değeri
Cinsiyet (Kadın)	83 (%48)	14 (%35,9)	69 (%51,5)	0,1
Yaş (yıl)	44,2±16,9	54,4±12,2	41,2±17,0	<0,001
VKI	24,3 (21,7-28,1)	26,5 (23,8-29,0)	23,9 (21-27,5)	0,004
HT	147 (%85,0)	38 (%97,4)	109 (%81,3)	0,01
KAH	18 (%10,4)	89 (%23,1)	9 (%6,7)	0,003
Sigara	35 (%20,2)	9 (%23,1)	26 (%19,4)	0,77
PD seçim nedeni				<0,001
<i>Zorunlu</i>	17 (%10)	3 (%7,7)	14 (%10,4)	
Laboratuvar Değerleri				
Hb (g/dl)	10,5±1,7	10,6±1,5	10,5±1,8	0,79
Albumin (g/dl)	3,7±0,6	3,5±0,6	3,8±0,5	0,01
PTH (pg/ml)	334±327	253±219	360±352	0,04
PD modalite				
<i>SAPD</i>	136 (%78,6)	29 (%74,4)	107 (%79,9)	0,46
<i>APD</i>	37 (%21,4)	10 (%25,6)	27 (%20,1)	
Bazal RRF varlığı	143 (%86,1)	37 (%94,9)	106 (%83,5)	0,16
Bazal idrar hacmi (ml)	1000 (500-1500)	1300 (800-2000)	1000 (500-1500)	<0,001
Bazal UF (ml)	750 (500-1000)	700 (350-1000)	800 (500-1000)	0,44
Kt/v (bazal)	2,4±0,9	2,61±1,14	2,35±0,81	0,37
Peritonit hikayesi	73 (%42,2)	19 (%48,7)	54 (%40,3)	0,34
Tekrarlayan peritonit	29 (%16,8)	7 (%17,9)	22 (%16,4)	0,82
RRF varlığı- son kontrol	82 (%47,4)	29 (%74,4)	53 (%39,6)	<0,001
İdrar hacmi- son kontrol (ml)	100 (0-750)	500 (100-1100)	0 (0-600)	0,01
UF- son kontrol (ml)	1000 (650-1200)	900 (600-1000)	1000 (700-1200)	0,4

Kt/v (son kontrol)	1,9±0,7	2,0±0,5	1,9±0,7	0,87
Teknik Sağ kalım	43 (%24,9)	9 (%23,1)	34 (%25,4)	0,77
KV olay (takipte)	29 (16,8)	15 (%38,5)	14 (%10,4)	<0,001
Ölüm	18 (%10,4)	6 (%15,4)	12 (%9)	0,25
Takip süresi (ay)	37,2 (18,9-76,1)	23 (18-55,8)	38,7 (19,8-83,4)	0,04

Periton Diyalizinde Malnütrisyon Riski ile Peritonit Arasındaki İlişki; Tek Merkez Deneyimi

Aydan Mütiş Alan¹, Pelin Değirmenci², Ahmet Murt¹, Mevlüt Tamer Dinçer¹, Mehmet Rıza Altıparmak¹

Aydan Mütiş Alan / 1.İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Sözlü Bildiri: GirişGelişmekte olan ülkelerde periton diyalizi (PD) uygulayan hastalarının sayısı giderek artmaktadır. PD ile ilişkili peritonit, diyaliz sırasında ciddi bir komplikasyon olup, teknik başarısızlığın başlıca nedenlerinden biridir. Bu nedenle, PD'nin erken evresinde peritonit risk faktörlerinin belirlenmesi, PD ile ilişkili teknik başarısızlıkların ve mortalitenin azaltılmasına katkı sağlayabilir. Malnütrisyon PD hastalarının %30-50'sinde görülür. Malnütrisyon, kilo kaybına, bağışıklık sisteminin zayıflamasına ve mukozal hasara yol açarak, enfeksiyon riskini artırır. Çalışmamızın amacı malnütrisyon riski ve peritonit arasındaki ilişkiyi saptamaktır.MethodÇalışmamıza İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi periton diyaliz polikliniğininide takip edilen 23 hasta dahil edildi. Uzun amputasyonu, aktif enfeksiyon, veya aktif malignitesi olan hastalar ve diyaliz süresi üç aydan kısa olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Tüm hastaların Demografik ve Laboratuvar verileri ile antropometrik ölçümler kaydedildi. Tüm antropometrik ölçümler aynı araştırmacı tarafından baskın olmayan taraftan yapıldı ve iki kez tekrarlandı. Orta kol çevresi, baldır çevresi ve bel çevresi ölçüldü. Malnutrisyon durumu mini nutrisyonel değerlendirme formu ile değerlendirildi.BulgularHastaların %61'i kadındı ve ortalama yaş 50,2±14,9'ydı. %76 hasta aletli periton diyalizi (APD) uyguluyordu. Hastaların %52'si en az bir kez peritonit atağı geçirmişti. Medyan periton atağı sayısı 2'ydı (min 1-max 5). İlk peritonit gelişme zamanı diyaliz başlangıcından itibaren ortalama 34,6±28,1 aydı. %48 hastada malnütrisyon riski saptandı. Demografik özellikler Tablo 1'de özetlenmiştir. K.t/v oranı 2,1±0,38'di. Malnütrisyon riski olan ve olmayanlar arasında fark yoktu. (p:0,48). Ortalama albümin değeri 3.6± 0,3'ydı.İki grup arasında istatistiksel fark yoktu. Albumin düzeyi ve peritonit sayısı arasında ters ilişki vardı. (r:-0,63 p:0,03). Malnutrisyon riski olan hastalarda vücut kitle indeksi, üst kol ve baldır çevresi istatistiksel anlamlı şekilde düşüktü (sırasıyla p:0,01, p:0,01, p:0,01). Malnütrisyon riski olan hastaların %81'i en az bir kez peritonit atağı geçirmişti. Malnütrisyonu olmayanlarda bu oran %25'ti (p:0,006). Malnütrisyonu riski olan hastalarda ilk peritonit atağı zamanı periton diyalizi başlangıcından itibaren 21,4±17,9 aydı. Malnütrisyon olmayanlarda 66,7±17,6 aydı. Gruplar arasında istatistiksel anlamlılık saptandı (p:0.003)SonuçMalnütrisyon, son dönem böbrek hastalığı (SDBH) için önemli bir komplikasyondur. Araştırmalar, malnütrisyonun daha yüksek enfeksiyon riskine neden olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmamızda, malnütrisyon riski ile peritonit arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Literatür incelemesinde Prasad ve arkadaşlarının sürekli ayaktan peritoneal diyaliz (CAPD) hastaları üzerinde yaptığı çalışmada, bu hasta grubunda peritonit oranlarının yüksek olduğu ve peritonit riskini öngörmede malnütrisyon endekslerinin kullanılabileceği belirtilmiştir. Öztürk ve arkadaşlarının çalışması ise, albümin seviyelerindeki düşüşün, peritonit gelişme riskini anlamlı ölçüde artırdığını göstermiştir. Çalışmamızda albümin düzeyi ile peritonit sayısı arasında ters bir ilişki saptanmıştır.Sonuç olarak, PD hastalarında malnütrisyon riskinin belirlenmesi, peritonit riskinin azaltılmasında kritik bir öneme sahip olabilir.

Tablo-1) Demografik ve Klinik Özellikler