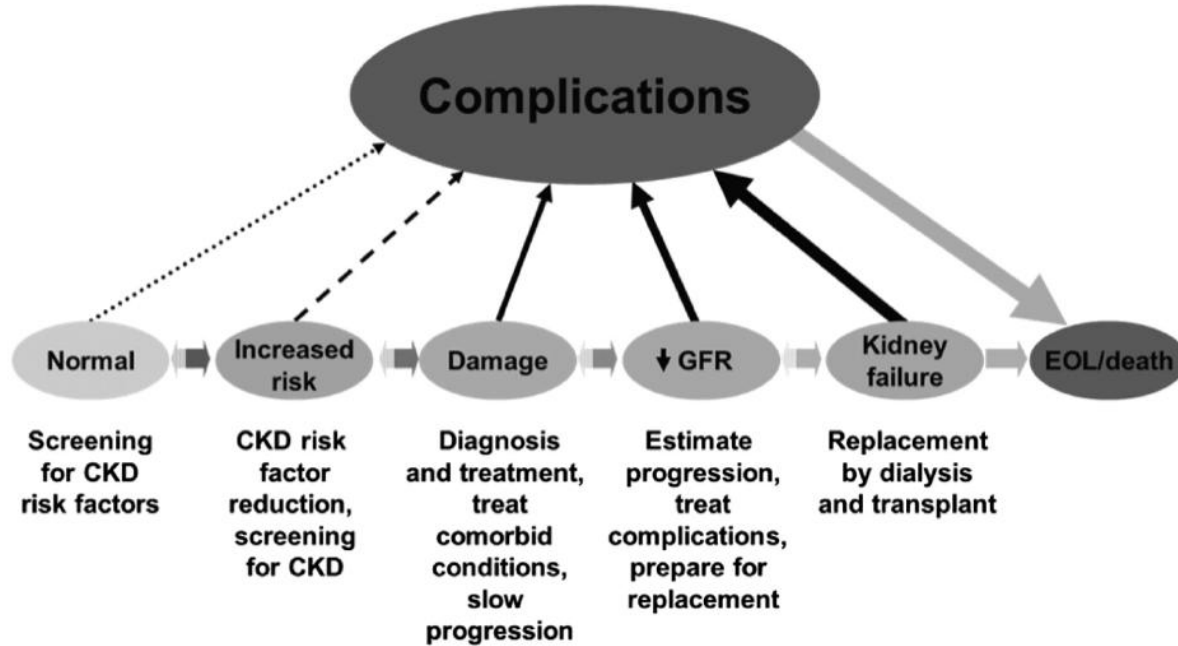


# **Periton Diyalizi Neden Yapılmalı?**

KBY, temelde yatan böbrek hastalığının etyolojisi ne olursa olsun en az 3 ay süren objektif böbrek hasarı ve/veya glomerüler filtrasyon hızının (GFH) 60 ml/dk/1,73 m<sup>2</sup> nin altına inmesi durumu olarak tanımlanmaktadır.

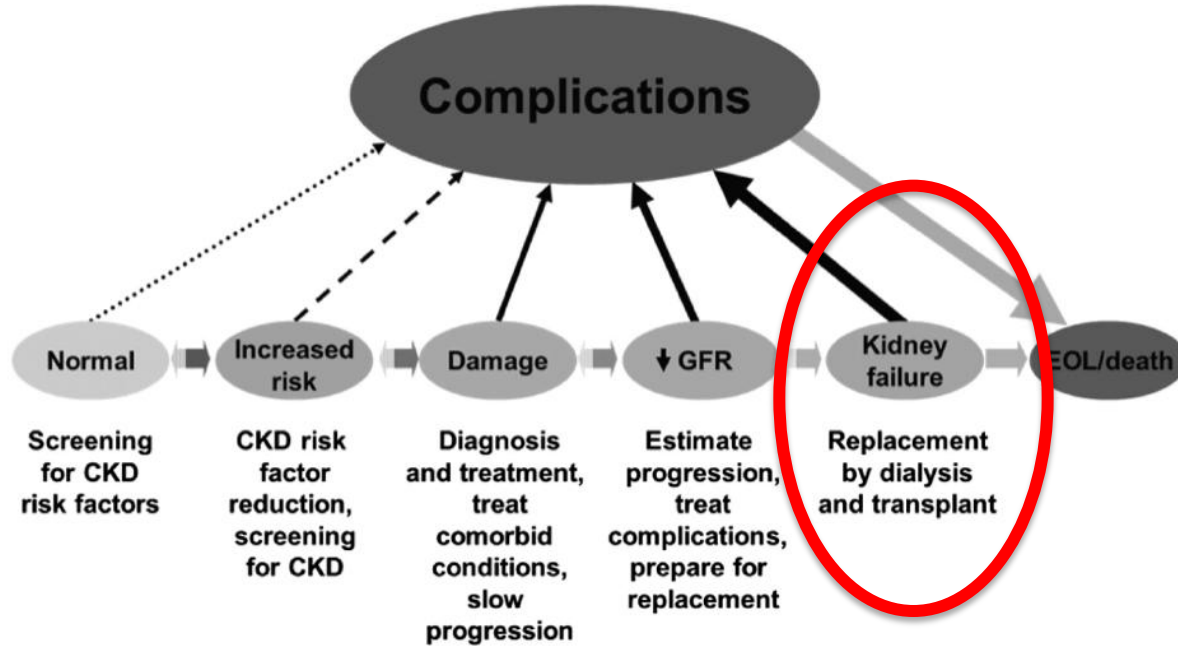
# Kronik Böbrek Hastalığı

## SDBY Aşaması



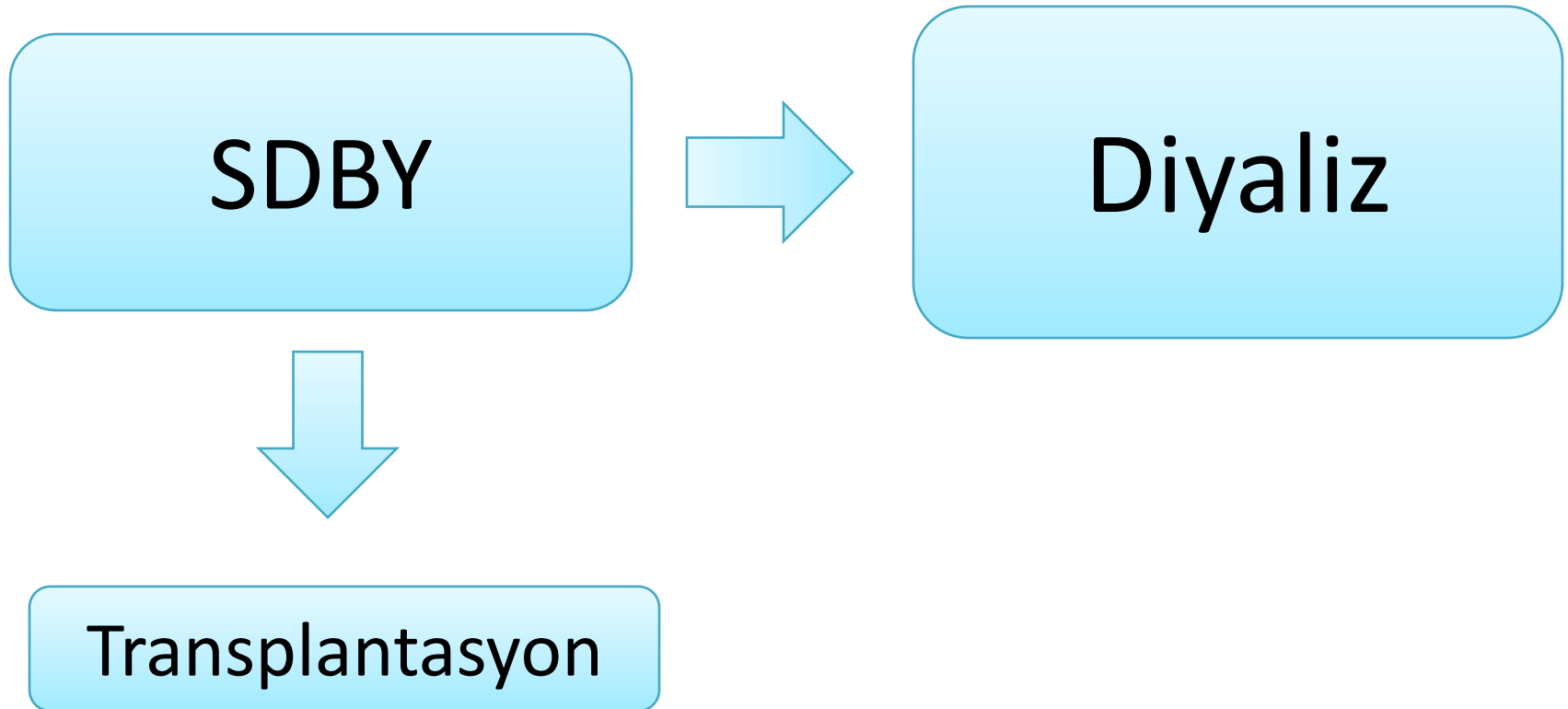
Böbreğin yerini tutan tedaviler başlanmazsa  
ölüme yol açar!

# Kronik Böbrek Hastalığı SDBY Aşaması

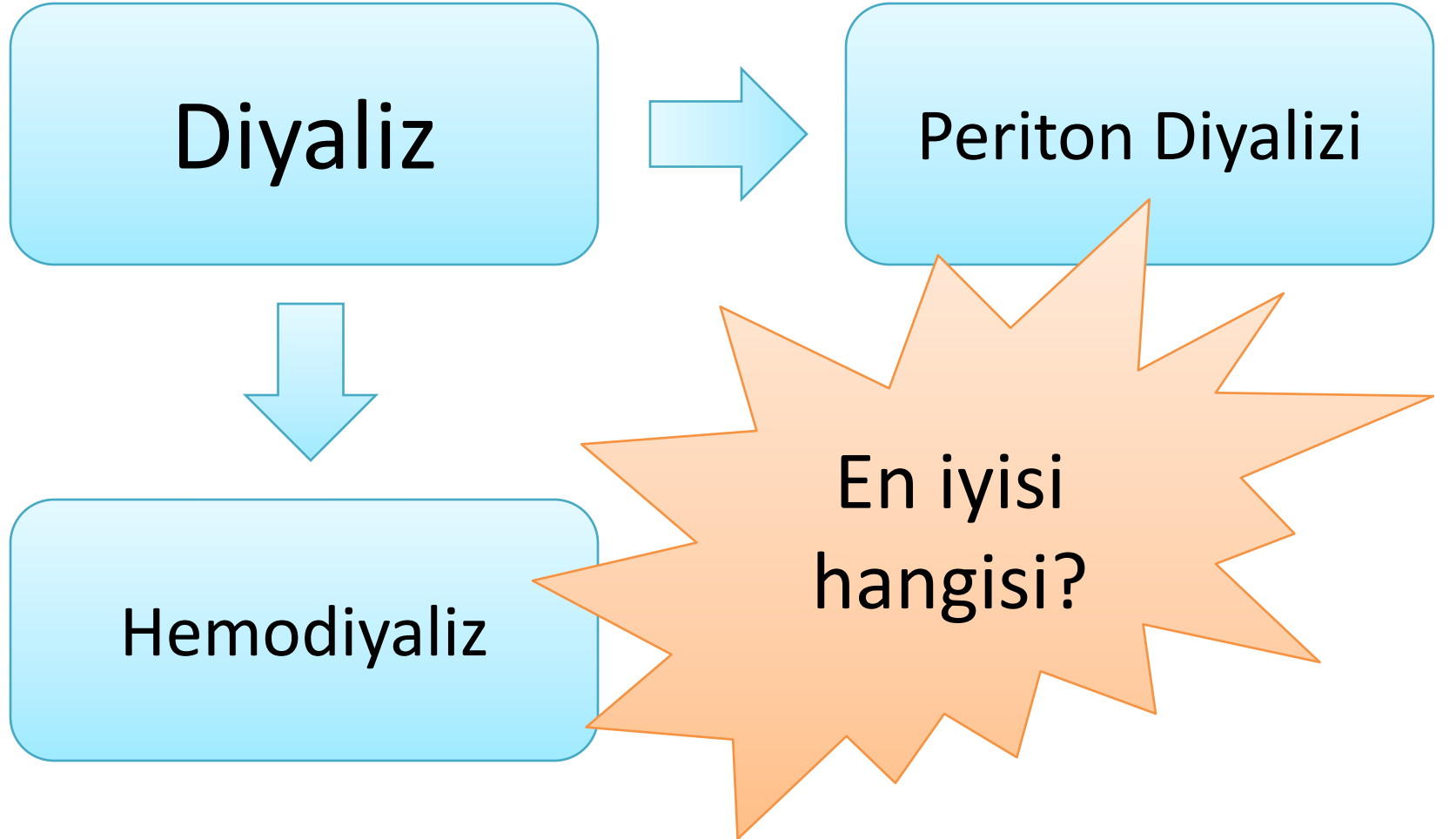


Böbreğin yerini tutan tedaviler başlanmazsa  
ölüme yol açar!

# Renal Replasman Tedavisi



# Renal Replasman Tedavisi



# SDBY Aşamasına Erişen Hasta İçin İdeal Planlama

- Renal transplantasyona hazır tutulmalı
- Diyalize zamanında başlamalı (erken değil!)
- Diyalize başlanacağı zaman öncelikle PD tercih edilmeli
- Hemodiyalizle başlangıç yapanlarda AVF tercih edilmeli
- Rezidüel renal fonksiyonlar olabildiğince korunmalı
- Tedavi bireyselleştirilebilmeli
- Hayat kalitesi önemsenmeli → Hedef: minimal yan etki
- Diyaliz tipinin seçimi ve sıralanışı önemli

Davies et al, Perit Dial Int. 2001;21 Suppl 3:S269-74.

Van Biesen et al, Nephrol Dial Transplant. 2001;16 Suppl 6:7-9.

J Gen Intern Med. Aug 2002; 17(8): 659–663.

# Diyalizden Beklenen

Hayat süresinin uzaması

Hayat kalitesinin yükselmesi

Yeterince klirens

Volüm dengesi / KB kontrolü

Elektrolit ve asit-baz dengesi

Kalan böbrek işlevinin korunması

Anemi kontrolü

İyi beslenme



# Diyaliz tipinin seęimi

- Tıbbi endikasyonlar
- Eşlik eden hastalıklar
- Sosyal durum
- Lojistik deęerlendirmeler
- Avantajlar ve dezavantajlar...

# Neden Önce Periton Diyalizi?

PD rezidüel renal fonksiyonu daha iyi korur  
(1-2)

PD ile erken dönemde daha iyi sağkalım (3-4)

Transplantasyona ilerlerken PD avantaj sağlar (5-6)

Vasküler erişim korunur (7-8)

PD ile hasta memnuniyeti yükselir (9-10)

1. Moist et al, JASN Vol 11, 2000
2. Jansen et al, Kidney International, Vol 62, 2002, pp. 1046-1053
3. Yeates et al, NDT (2012) 27: 3568-3575
4. Heaf et al, NDT (2002) 17: 112-117
5. Goldfarb et al, AJKD, Vol 46, N 3 (September) 2005:pp 537-549
6. Perez-Fontan, Adv in PD, Vol 12,1996
7. Ethier et al. Nephrol Dial Transplant. 2008;23:3219-3226
8. Xue et al., Am J Kidney Dis. 2013 ;61:123
9. Lindsay et al, Clin J Am Soc Nephrol. 2006;1:952-959
10. Frimat et al. Perit Dial Int 2006;26:231-239

# Rezidüel Renal Fonksiyonların Korunması

# Rezidüel Renal Fonksiyon (RRF)

Rezidüel GFR

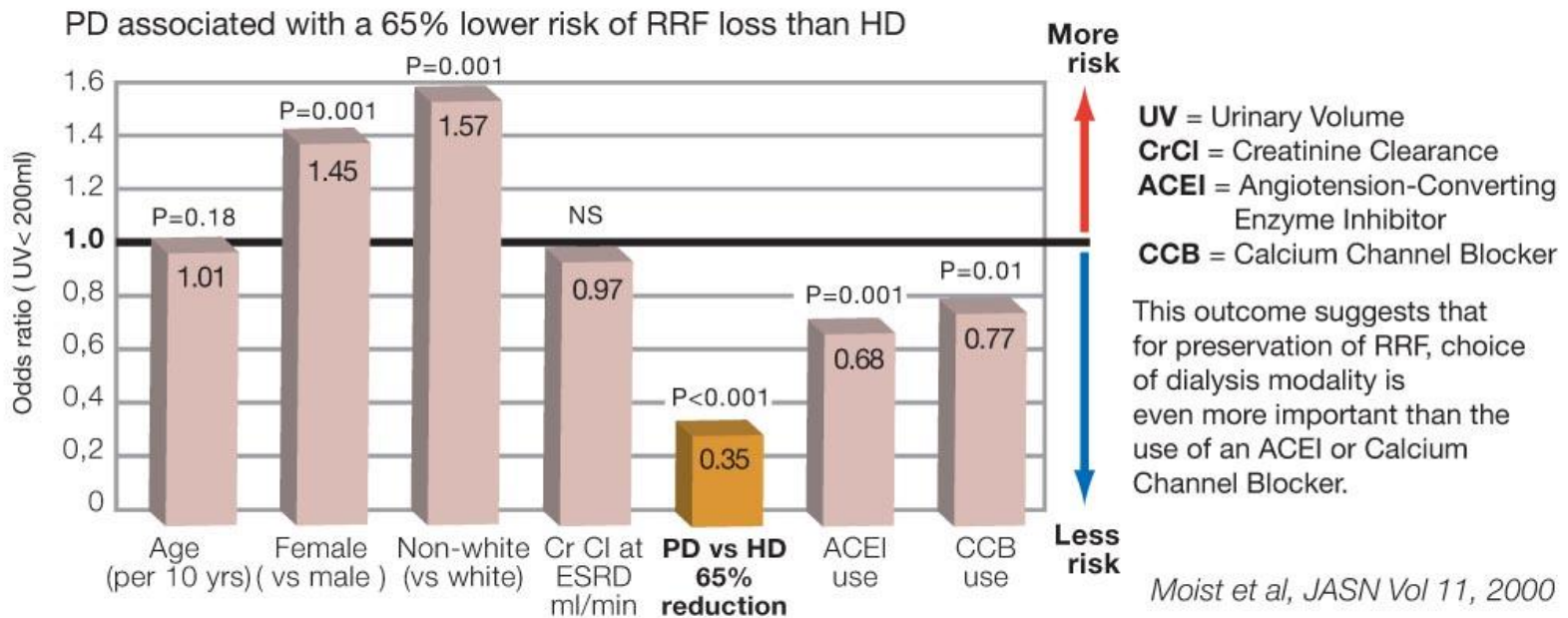
Rezidüel endokrin fonksiyon  
EPO üretimi, Ca/P/ vit D homeostazisi

Volüm kontrolüne katkı  
Küçük-orta moleküllerin klirensine katkı

RRF kaybı

Nutrisyonel parametrelerde bozulma  
Azalan hayat kalitesi  
Morbidite artışı

# Rezidüel Renal Fonksiyon (RRF)

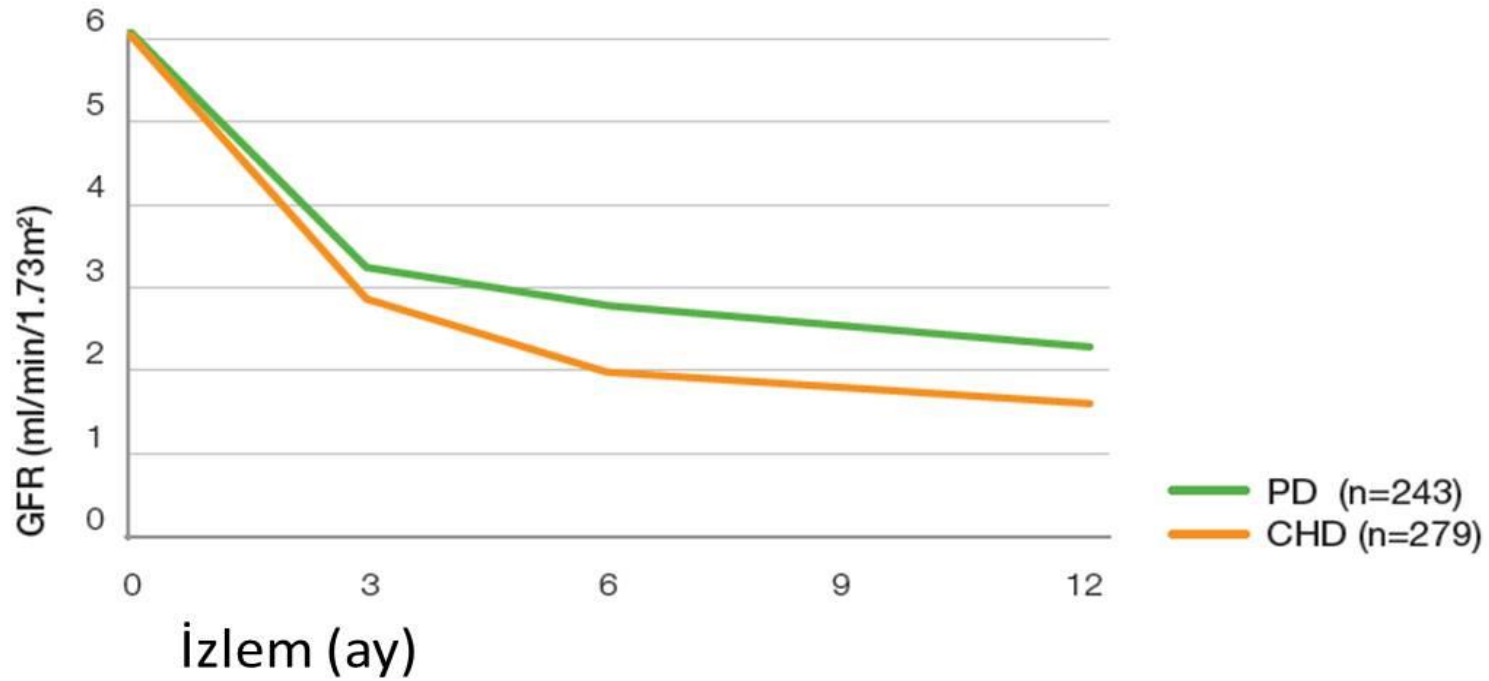




## Predictors of the rate of decline of residual renal function in incident dialysis patients

**MAARTEN A.M. JANSEN, AUGUSTINUS A.M. HART, JOHANNA C. KOREVAAR,  
FRIEDO W. DEKKER, ELISABETH W. BOESCHOTEN, and RAYMOND T. KREDIET,  
for the NECOSAD STUDY GROUP<sup>1</sup>**

- 522 insidan HD (279) ve PD (243) hastasında rGFR düşüşünün 1 yıl süreli olarak izlendiği prospektif kohort çalışma
- Diyaliz tedavisinden 4 hafta ve hemen diyaliz öncesinde rGFR ölçülmüş
- Diyaliz başlangıcından sonra 3, 6, 12. ayda değerlendirilerek karşılaştırılmış



**PD hastalarında RRF, CHD hastalarına göre (standart diyaliz solüsyonu ile) daha iyi korunmuştur**

# Diyaliz Hastalarında RRF'nin Korunması

- SDBY tanısı konan 45 hastalık bir klinik çalışma
- Tedavi seçimleri:
  - SAPD 15 hasta
  - HD 30 hasta
- Nefroksik ilaç kullanmamaya özen gösterilmiş

PDI JANUARY 2001 - VOL. 21, NO. 1

RESIDUAL RENAL FUNCTION IN DIALYSIS

## **PRESERVATION OF RESIDUAL RENAL FUNCTION IN DIALYSIS PATIENTS: EFFECTS OF DIALYSIS-TECHNIQUE-RELATED FACTORS**

---

Susanne M. Lang, Albrecht Bergner, Marcel Töpfer, and Helmut Schiffli

*Department of Nephrology, Medizinische Klinik, Klinikum Innenstadt der  
Universität München, Munich, Germany*



# Diyaliz Hastalarında RRF'nin Korunması

- HD hastaları iki gruba randomize edilmiş:
  - Grup I : Biyouyumlu membran
  - Grup II : Biyouyumsuz membran kullanılmış
- HD uygulaması:
  - 3/hafta, her biri 4-5 saat
  - Kan pompası hızı: 200 – 280 mL/dk
  - Diyalizat akım hızı: 500 mL/dk.

# Diyaliz Hastalarında RRF'nin Korunması

- Çalışma sonunda RRF'de azalma hızı HD hastalarında iki kat daha fazla!

TABLE 2

Decline in Residual Renal Function (mL/min/1.73 m<sup>2</sup>; Mean±SD) in Patients Receiving Different Renal Replacement Modalities

Months	0	6	12	24
CAPD	7.4±1.2	6.8±1.2 <sup>a</sup>	6.0±1.2 <sup>a</sup>	3.1±0.5 <sup>a</sup>
Hemodialysis				
Cellulosic, low-flux	7.4±1.8	3.8±1.0 <sup>a,b</sup>	3.0±0.7 <sup>a,b</sup>	1.2±0.3 <sup>a,b</sup>
Polysulfone, high-flux	7.6±1.6	5.7±1.2 <sup>a,c</sup>	4.5±1.0 <sup>a,c</sup>	2.3±0.5 <sup>a,c</sup>

<sup>a</sup>  $p < 0.05$  compared to corresponding value at recruitment.

<sup>b</sup>  $p < 0.05$  compared to corresponding value for CAPD or biocompatible polysulfone hemodialysis.

<sup>c</sup>  $p < 0.05$  compared to corresponding value for CAPD.

# Hasta Sağkalımı

# Sağkalım

**Periton Diyalizi hastalarında hemodiyaliz hastalarına göre erken sağkalım daha iyidir.**

*Original Article*

**Hemodialysis and peritoneal dialysis are associated with similar outcomes for end-stage renal disease treatment in Canada**

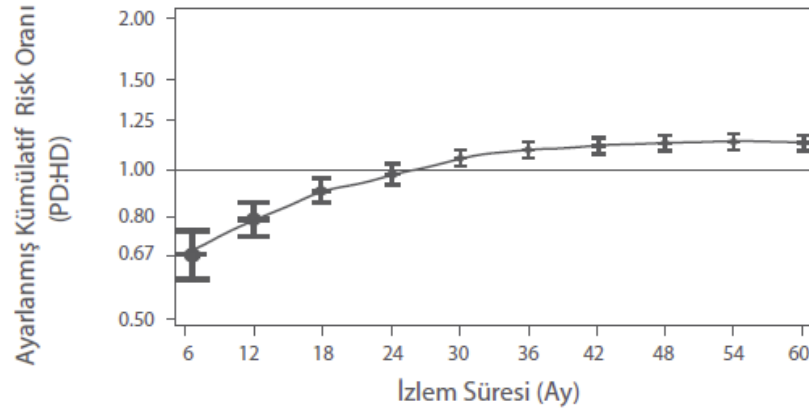
Karen Yeates<sup>1</sup>, Naisu Zhu<sup>2</sup>, Edward Vonesh<sup>3</sup>, Lilyanna Trpeski<sup>4</sup>, Peter Blake<sup>5</sup> and Stanley Fenton<sup>6</sup>

- 46,839 insidan hasta
  - 32,531 HD (%69,5)
  - 14,308 PD (%30,5)
- 1991-2004 yılları arasında HD-PD hasta sağkalımını değerlendirmek üzere yapılmış çalışma 3 ayrı takvim dönemlerinde incelenmiş ve karşılaştırmalar yapılmış

**Sonuçlar:**

- 1991-1995
  - 1996-2000
  - 2001-2004 kohortunda
- Sağkalım ilk 18 ay PD lehinde**
- sağkalım ilk 2 yıl PD lehinde sonuçlanmış**

**PD hastalarında ilk 2 yıl sağ kalımın,  
Hemodiyaliz hastalarına oranla daha iyi olduğu görülmektedir.**<sup>1,2,6,7</sup>



Yeates K et al.<sup>2</sup>'den uyarlanmıştır.

\*Yukarıdaki grafik, 1991-1995, 1996-2000 ve 2001-2004 Kohort Periyotlarında yapılan çalışmaların toplam sonucunu vermektedir.

**Referanslar**

1. Yeates K et al., Nephrol Dial Transplant 2012;27:3568-3575 2. Mehrotra R et al., Arch Intern Med 2011;171:110-118 3. Jansen MA et al., Kidney Int 2002;62:1046-1053 4. Schwenger V et al., Nephrol Dial Transplant 2011;26:3761-3766 5. Molnar MZ et al., Clin J Am Soc Nephrol 2012;7:332-341 6. Heaf JG et al., Nephrol Dial Transplant. 2002;17:112-117. 7. Liem YS et al., Kidney Int. 2007;71:153-158.

*Original Article*

## **Initial survival advantage of peritoneal dialysis relative to haemodialysis**

James G. Heaf<sup>1</sup>, Hans Løkkegaard<sup>1</sup> and Melvin Madsen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Nephrology, Herlev Hospital, Copenhagen University and <sup>2</sup>Department of Nephrology, Skejby Hospital, Aarhus University, Denmark

- Danimarka Kayıt Sistemi'nde 1990-1999 tarihleri arasında 4568 HD ve 2443 PD hastası diyaliz türünün prognoza etkileri açısından retrospektif olarak analiz edilmiş
- Sonuçlar: Diyaliz tedavisinin ilk 2 yılında PD sağkalım avantajı göstermektedir.

# Hasta Sağkalımı

Van Biesen ve ark.

- Tedaviye PD ile başlayıp daha sonra HD'e transfer edilen hastaların sonuçları baştan beri HD uygulananlardan daha iyi!

J Am Soc Nephrol 11: 116–125, 2000

## An Evaluation of an Integrative Care Approach for End-Stage Renal Disease Patients

WIM VAN BIESEN, RAYMOND C. VANHOLDER, NIC VEYS,  
ANNEMIEKE DHONDT, and NORBERT H. LAMEIRE  
*Renal Division, Department of Internal Medicine, University Hospital Gent, Belgium.*



# PD ve Renal Transplantasyon

# Pre-Transplant RRT Modalitesinin Önemi

- Birçok çalışma PD hastalarında renal transplantasyon sonrası greft fonksiyonlarının daha iyi korunduğunu göstermiştir.

Goldfarb et al, AJKD, Vol 46, N 3 (September) 2005:pp 537-549

Perez-Fontan, Adv in PD, Vol 12,1996

Molnar et al, Clin J Am Soc Nephrol. 2012;7:332-341

<http://www.usrds.org/atlas12.aspx>

# Pre-Transplant RRT Modalitesinin Önemi

- Transplantasyon öncesi dönemde HD uygulanan hastalarda greft fonksiyon bozukluğuna daha sık rastlanmaktadır.

*American Journal of Kidney Diseases*, Vol 46, No 3 (September), 2005: pp 537-549

## **The Role of Pretransplantation Renal Replacement Therapy Modality in Kidney Allograft and Recipient Survival**

Alexander S. Goldfarb-Rumyantzev, MD, PhD, John F. Hurdle, MD, PhD, John D. Scandling, MD,  
Bradley C. Baird, MS, MStat, and Alfred K. Cheung, MD

- **Background:** The effect of pretransplantation renal replacement therapy (RRT) modality on allograft and recipient survival outcome is not well understood. **Methods:** We studied allograft and recipient survival by using US Renal Data System records from January 1, 1990, to December 31, 1999, with a follow-up period through December 31, 2000 (n = 92,844; 60% males; 70% white; 23% black). Pretransplantation and predominant RRT modality during the end-stage renal disease (ESRD) period and number and specific combinations of RRT modalities were evaluated

# Diyaliz Modalitesi ve Greft – Hasta Sağkalımı

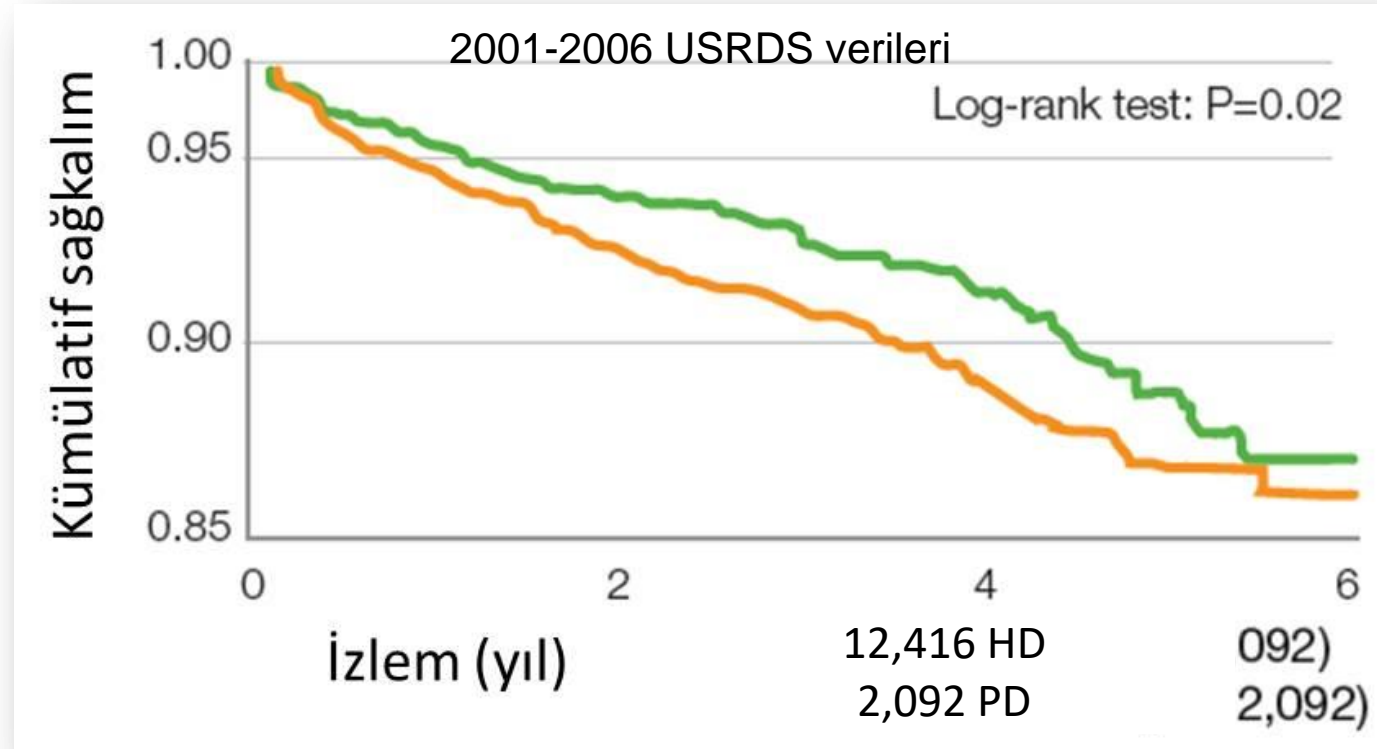
- HD hastalarına kıyasla PD hastalarında greft fonksiyonları daha az gecikmektedir.

Delayed graft function		
Graft function	Group A (PD, n=92)	Group B (HD, n=587)
Immediate graft function	68.5%	46.5%
Delayed graft function	22.5%	39.5%
Never any function	9%	14%

Delayed graft function after renal transplantation in patients undergoing PD and HD.  $P < 0.001$

*Perez-Fontan, Adv in PD, Vol 12, 1996*

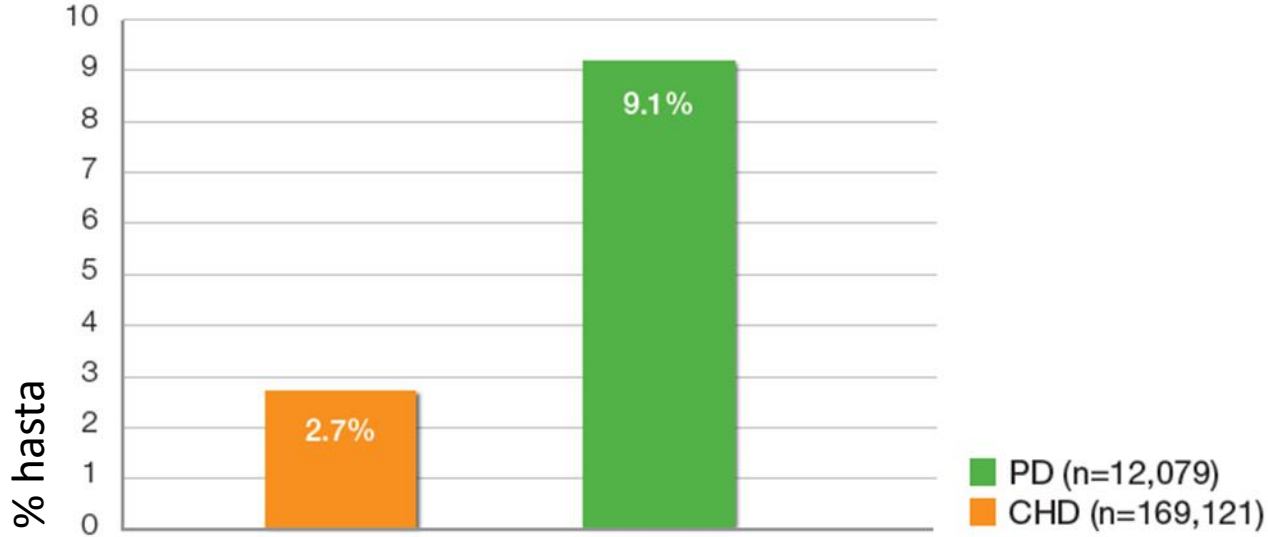
# Transplant sonrası sağkalım: PD vs HD



Böbrek nakli öncesi PD tedavisi alan hastalar,  
HD hastalarına göre daha iyi sağkalım, benzer greft fonksiyonuna sahiptir

# Transplanta Giden Köprü

2012 USRDS raporuna göre, HD hastaları ile karşılaştırıldığında, daha fazla sayıda PD hastasına Böbrek nakli yapılmıştır.



90. Günde diyaliz modalitesine göre

# Vasküler erişimin korunması

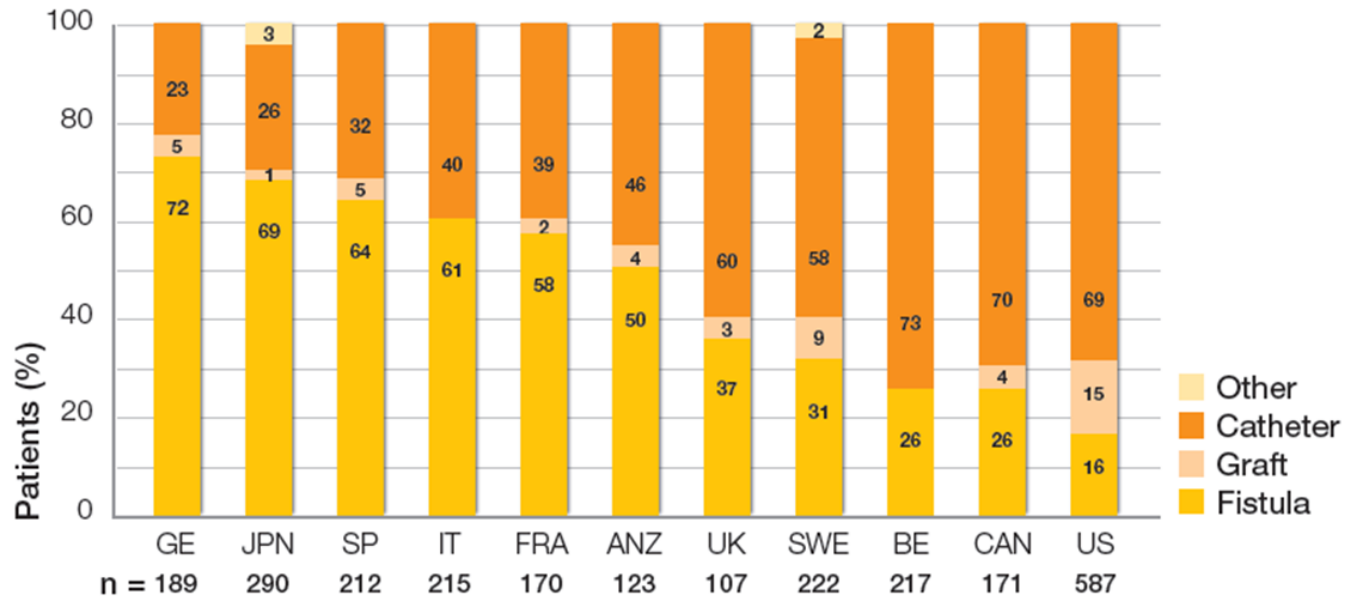
- PD tedavisi, kronik hastalık yönetiminde uzun dönemde HD gerekebilecek hastalar için vasküler erişim yollarını korur.



# Vasküler erişimin korunması

Yüksek mortalite riskine rağmen, santral kateter kullanım oranı yüksektir

Ükelere göre insidan HD hastalarında damar erişimi



Source: Ethier, et al. *Nephrol Dial Transplant.* 2008;23:3219-3226.

Ethier et al. *Nephrol Dial Transplant.*  
2008;23:3219-3226

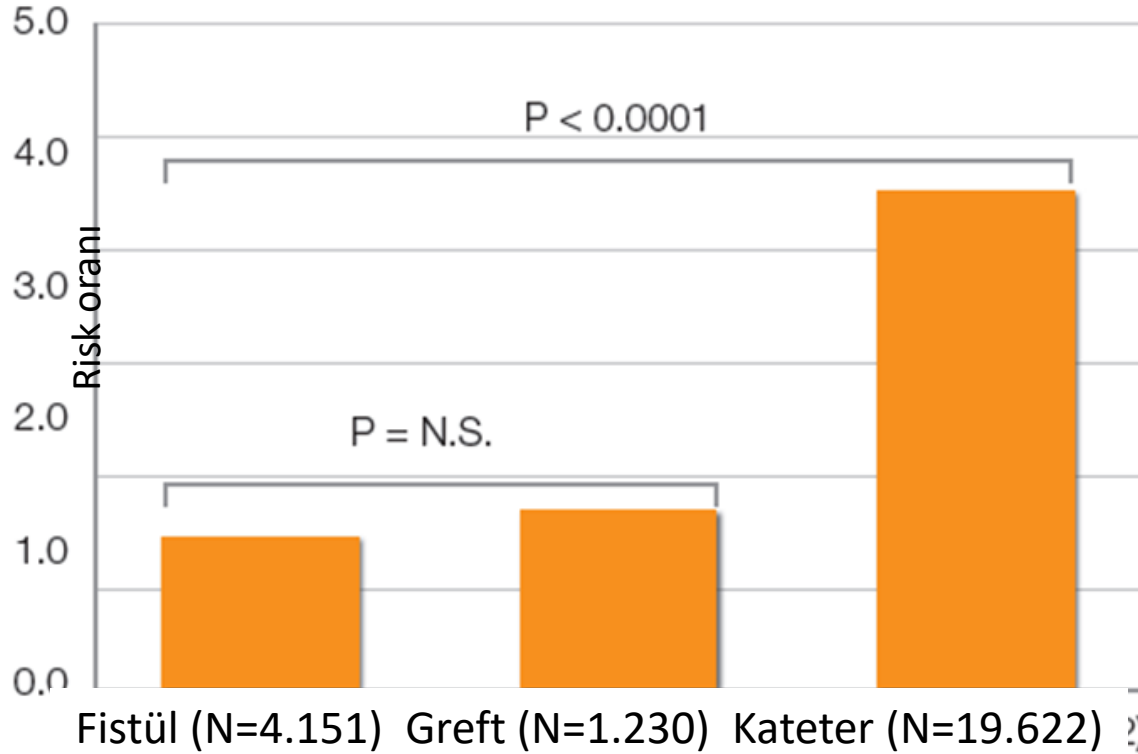
# Vasküler erişimin korunması

2012 yılında, yeni kronik HD hastalarında, HD başlangıcında damar erişim yolu

	N	%
AV Fistül	4874	56,99
AV Greft	42	0,50
Kalıcı (tünelli) kateter	1644	19,22
Geçici (tünelsiz) kateter	1992	23,29
Toplam	8552	100

# Vasküler erişimin korunması

HD'in ilk yılında, damar erişimine türüne göre, kan dolaşımı kaynaklı enfeksiyonların sayısının tespiti



2007 yılı  
ABD'de 130 merkez  
25,003'insidan HD hasta  
kohort çalışma

# Hasta Memnuniyeti

## Hayat Kalitesi

# Hasta Memnuniyet Oranları

HD / PD / TX

## The Renal Treatment Satisfaction Questionnaire (RTSQ): A Measure of Satisfaction With Treatment for Chronic Kidney Failure

Shalleen M. Barendse, BSc, Jane Speight, PhD, and Clare Bradley, PhD

Table 3. Satisfaction by Treatment Group

Item No. and Label	Hemodialysis (n = 35)	CAPD (n = 57)	Transplantation (n = 46)
1. Current treatment	4.5 ± 1.6	5.1 ± 1.1	5.6 ± 0.8*†
2. Control	4.7 ± 1.7	5.0 ± 1.1	5.5 ± 0.9*‡
3. Convenience	4.1 ± 1.7	4.6 ± 1.1	5.6 ± 0.8*§
4. Flexibility	4.3 ± 1.4	4.6 ± 1.3	5.5 ± 0.9*§
5. Freedom	4.3 ± 1.6	4.3 ± 1.6	5.7 ± 0.9*§
6. Understand	4.9 ± 1.6	4.3 ± 1.6	5.7 ± 0.9*†
7. Time	4.3 ± 1.6	4.3 ± 1.3	5.7 ± 0.7*§
8. Discomfort	4.2 ± 1.5‡	5.0 ± 1.0	5.5 ± 0.9*†
9. Lifestyle	3.7 ± 1.6	4.3 ± 1.5	5.7 ± 0.7*§
10. Recommend to others	4.5 ± 1.7‡	5.4 ± 0.9	5.9 ± 0.5*§
11. Wish to continue	4.6 ± 1.6	5.2 ± 1.1	5.8 ± 0.8*§
Treatment satisfaction	48.5 ± 12.9	52.9 ± 9.2	

NOTE. Values expressed as mean ± SD. RTSQ items 1 to 11 are scored 0 to 6; satisfaction = 66.

\* $P < 0.001$ , significant differences in satisfaction compared with hemodialysis.

† $P < 0.05$ , significant differences in satisfaction compared with CAPD.

‡ $P < 0.01$ , significant differences in satisfaction compared with CAPD.

§ $P < 0.001$ , significant differences in satisfaction compared with CAPD.

|| $P < 0.01$ , significant differences in satisfaction compared with hemodialysis.

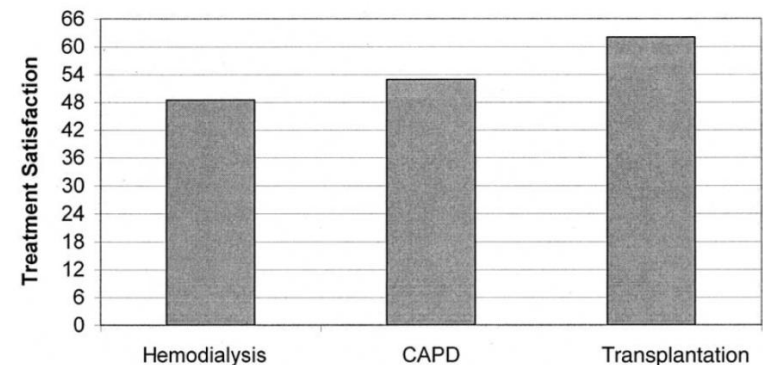


Fig 3. Total satisfaction with renal treatment (by treatment type).

$\chi^2 34.97$ ,  $df=2$ ,  $p<0.0001$

# Hasta Memnuniyeti

- Cevap veren hasta oranı:
  - 736 hastadan 656'sı (%89)
- Tedavi süresi 7 hafta

ORIGINAL CONTRIBUTION

JAMA®

Online article and related content  
current as of May 12, 2008.

## Patient Ratings of Dialysis Care With Peritoneal Dialysis vs Hemodialysis

Haya R. Rubin, MD, PhD

Nancy E. Fink, MPH

Laura C. Plantinga, ScM

John H. Sadler, MD

Alan S. Kliger, MD

Neil R. Powe, MD, MPH, MBA

**Context** In light of conflicting evidence of differential effects of dialysis modality on survival, patient experience becomes a more important consideration in choosing between hemodialysis and peritoneal dialysis.

**Objective** To compare patient satisfaction with hemodialysis and peritoneal dialysis in a cohort of patients who have recently begun dialysis.

**Design and Setting** Cross-sectional survey at enrollment in a prospective inception cohort study of patients who recently started dialysis at 37 dialysis centers participating in the Choices for Healthy Outcomes in Caring for End-stage Renal Disease (CHOICE)

# Hasta Memnuniyeti

Diyalizin hasta hayatı üzerine etkisi ne düzeydedir?

**Table 2.** Probabilities of Excellent Ratings by Hemodialysis (HD) and Peritoneal Dialysis (PD) Patients

Satisfaction Domain and Item	No. of Excellent Ratings/ No. of Respondents (%)*		PD Adjusted % (95% CI)†	PD/HD	
	HD Patients	PD Patients		Unadjusted Relative Probability (95% CI)	Adjusted Relative Probability (95% CI)
		Nephrologist			
Caring of team	226/397 (57)	187/188 (99)	75 (56-84)	1.11 (1.02-1.20)	1.58 (1.10-2.16)
Response to pain	213/396 (54)	138/191 (72)	67 (56-76)	1.34 (1.17-1.48)	1.25 (1.05-1.42)
Technical aspects					
Amount of fluid removed	100/377 (27)	85/191 (45)	38 (29-48)	1.68 (1.35-2.02)	1.44 (1.10-1.81)
New medical problems	134/390 (34)	126/191 (66)	61 (51-70)	1.96 (1.67-2.20)	1.76 (1.48-2.02)
Attention to cleanliness of access site	213/392 (54)	152/192 (79)	75 (65-83)	1.47 (1.31-1.59)	1.39 (1.19-1.54)
Availability					
Ease of reaching staff	185/396 (47)	140/192 (73)	68 (57-77)	1.57 (1.38-1.73)	1.45 (1.23-1.64)
Staff available in emergency	200/395 (51)	132/190 (70)	67 (56-75)	1.36 (1.18-1.52)	1.31 (1.11-1.49)
Ease of seeing social worker	145/392 (37)	130/192 (68)	64 (55-73)	1.83 (1.60-2.03)	1.74 (1.48-1.97)
Information					
Amount of information on choosing HD or PD	99/382 (26)	134/193 (69)	69 (57-78)	2.72 (2.35-3.04)	2.65 (2.21-3.02)
		<b>Overall Ratings</b>			
Quality of dialysis care	224/398 (56)	163/193 (85)	82 (74-89)	1.50 (1.36-1.59)	1.46 (1.31-1.57)
How much could be better?‡	155/394 (39)	112/186 (60)	67 (55-77)	1.59 (1.31-1.83)	1.70 (1.39-1.95)
Would you recommend your center?§	298/400 (75)	175/192 (91)	90 (83-94)	1.22 (1.15-1.27)	1.20 (1.11-1.26)
How much could be better?‡	155/394 (39)	112/186 (60)	67 (55-77)	1.59 (1.31-1.83)	1.70 (1.39-1.95)
Would you recommend your center?§	298/400 (75)	175/192 (91)	90 (83-94)	1.22 (1.15-1.27)	1.20 (1.11-1.26)

Abbreviation: CI, confidence interval.

\*The number of respondents included complete and partially complete questionnaires.

†Models for each item are adjusted for age (<40, 40-65, >65 years), sex, race (white vs nonwhite), education (high school degree vs not), marital status (currently married vs not married), employment status (currently employed full-time or part-time vs not employed), Index of Coexistent Disease score (0-1 vs 2-3), Medical Outcomes Study Short-Form 36 Mental Component and Physical Component scores, distance from center (<48 km vs not), and time since starting dialysis.

‡Percentages and probabilities of the best possible response, "nothing at all."

§Percentages and probabilities of the best possible response, "definitely yes."

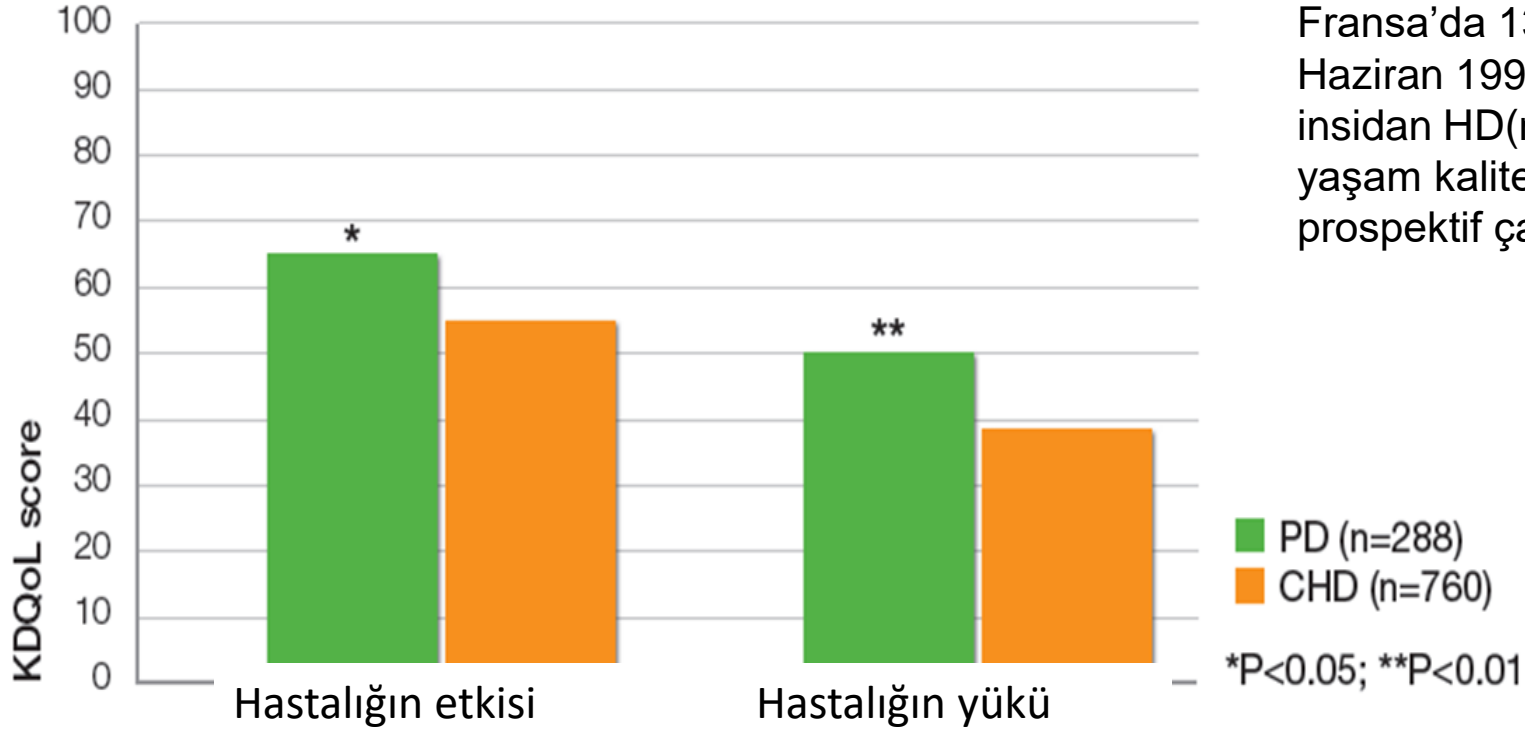
PD hastalarında memnuniyet oranları belirgin olarak yüksek  
PD hastalarında tedaviden memnun olma oranı % 85  
HD hastalarında tedaviden memnun olma oranı % 56

# Yaşam Tarzının Korunması

- PD, HD ile karşılaştırıldığında daha kolay başedilebilecek bir yaşam biçimi değişikliği yaratır.



# -Yaşam Tarzının Korunması- tedavi başlangıcından 12 ay sonra hasta üzerinde hastalığın etki ve yükü



HD hastaları ile karşılaştırıldığında, PD hastaları böbrek hastalığının yaşamları üzerine etkisinin daha az olduğunu söylemektedirler.

# Yaşam Tarzının Korunması

Sürekli tedavi olması nedeniyle PD, HD tedavisinde karşılaşılan diyaliz sonrası uzamış iyileşme süresini önler (4-8 saat)

## PD ve HD hastalarında diyaliz sonrası derlenme süresi



Ortalama derlenme süresi 7 saat



Sürekli Tedavi (Derlenme süreci gerekmez)

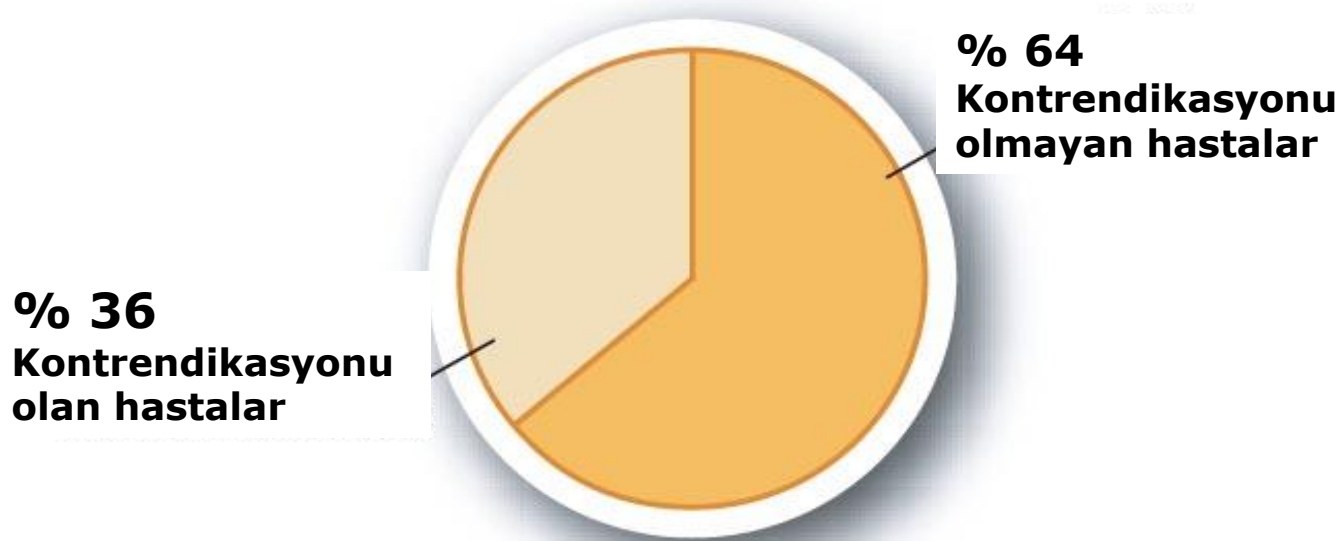
PD ve HD hastalarında diyaliz sonrası derlenme süresi

Kaynak: Lindsay, et al. Clin J Am Soc Nephrol. 2006;1:952-959

HD ile karşılaştırıldığında, PD hastalarında çalışma hayatına devam olasılığı artmaktadır.

# PD Endikasyonları ve Kontendikasyonları

**Diyaliz modalitesine göre kontrendike olan ve olmayan hastalar**



*Jager et al (NECOSAD), AJKD Vol 43, No 5, 2004*

# RRT tipinin seçimi

## Kılavuzlar ne diyor?

### 5.2: CARE OF THE PATIENT WITH PROGRESSIVE CKD

- 5.2.1: We suggest that people with progressive CKD should be managed in a multidisciplinary care setting. (2B)
- 5.2.2: The multidisciplinary team should include or have access to dietary counseling, education and counseling about different RRT modalities, transplant options, vascular access surgery, and ethical, psychological, and social care. (Not Graded)

### 5.3: TIMING THE INITIATION OF RRT

- 5.3.1: We suggest that dialysis be initiated when one or more of the following are present: symptoms or signs attributable to kidney failure (serositis, acid-base or electrolyte abnormalities, pruritus); inability to control volume status or blood pressure; a progressive deterioration in nutritional status refractory to dietary intervention; or cognitive impairment. This often but not invariably occurs in the GFR range between 5 and 10 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>. (2B)
- 5.3.2: Living donor preemptive renal transplantation in adults should be considered when the GFR is < 20 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>, and there is evidence of progressive and irreversible CKD over the preceding 6–12 months. (Not Graded)

Hastayı farklı RRT seçenekleri hakkında bilgilendirin

# RRT tipinin seçimi

## ERBP 2010

### Initial dialysis modality selection

#### *Clinical advice*

There is insufficient evidence to support a general preference of haemodialysis (HD) over PD, or *vice versa*, for medical reasons. Therefore, the initial modality choice should be made primarily by the well-informed patient.

(i) As a consequence, all RRT centres should try and provide, or support in collaboration with other centres, all available treatment options: PD (including CAPD and

Hastayı bilgilendirin ve kararı ona bırakın.

the modality that is most suitable for them.

Adrian Covic<sup>1</sup>, Bert Bammens<sup>2</sup>, Thierry Lobbedez<sup>3</sup>, Liviu Segall<sup>1</sup>, Olof Heimbürger<sup>4</sup>, Wim van Biesen<sup>5</sup>, Denis Fouque<sup>6</sup> and Raymond Vanholder<sup>5</sup>

Modality  
Practice

# Diyaliz Tipi Seçimi

## NICE 2012

### Choosing dialysis

1.1.9 Offer all people with stage 5 CKD a choice of peritoneal dialysis or haemodialysis, if appropriate, but consider peritoneal dialysis as the first choice of treatment modality for:

- children 2 years old or younger
- people with residual renal function

Evre 5 KBH olanlara PD veya HD seçeneklerini sunun.

İki yaş altı çocuk hastalara,  
kalan böbrek işlevi olanlara,  
önemli komorbiditesi olmayanlara,  
uygun olduğu sürece PD'yi ilk tedavi olarak önerin.

# SDBY tedavisi

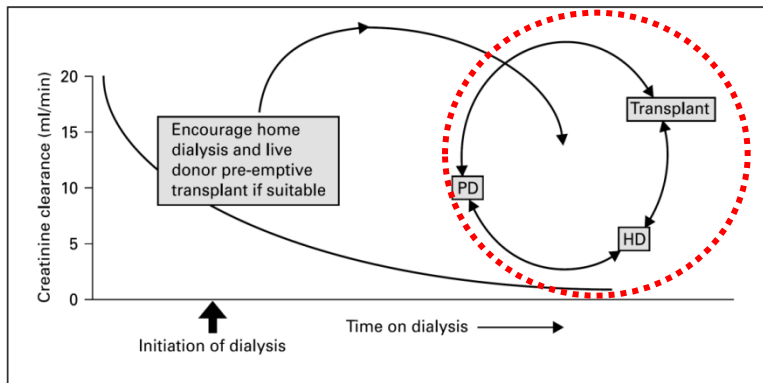
## Bütünleyici yaklaşım



- Nefroloji klinikleri entegre PD/HD programları içermelidir. (Görüş)
- Tedavi tiplerinin birbirlerini tamamlayıcı yönünden faydalanmak gerekir. (Görüş)
- Tedavi tiplerine bağlı sağkalım, hastanın hayat kalitesi algısıyla birlikte değerlendirmeli ve başlangıç tedavisi buna göre seçilmelidir. (Görüş)

# SDBY hastalarında bütünlüeyici tedavi

1. Zamanında sevk
2. Hastalık ilerleyişinin yavaşlatılması
3. Kardiyovasküler risk ve komordite tedavisi
4. Zamanında hazırlık
5. Zamanında başlangıç



*A reformulated  
version of  
integrated care*

*Mendelssohn DC, Pierratos A.  
Reformulating the integrated  
care concept for the new  
millennium.  
Perit Dial Int 2002;22:5-8.*



## Referanslar;

- KDOGO; Kidney International Supplements (2013) 3, 5–14
- Am J Kidney Dis. 2009; 53:S4-16
- Davies et al, Perit Dial Int. 2001;21 Suppl 3:S269-74.
- Van Biesen et al, Nephrol Dial Transplant. 2001;16 Suppl 6:7-9.
- J Gen Intern Med. Aug 2002; 17(8): 659–663.
- KDIGO; volume 3 | issue 1 | JANUARY 2013
- Gürsu M, Haseki Tıp Bülteni 2011; 49: 123-5
- Süleymanlar, G. (2013). Kronik Böbrek Hastalığı. F. Ersoy (Dü.) Periton Diyalizi Başvuru Kitabı (s. 1-27). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Moist et al, JASN Vol 11, 2000
- Jansen et all, Kidney International, Vol 62, 2002, pp. 1046-1053
- Yeates et al, NDT (2012) 27: 3568-3575
- Heaf et al, NDT (2002) 17: 112-117
- Goldfarb et al, AJKD, Vol 46, N 3 (September) 2005:pp 537-549
- Perez-Fontan, Adv in PD, Vol 12,1996
- Ethier et al. Nephrol Dial Transplant. 2008;23:3219-3226
- Xue et al., Am J Kidney Dis. 2013 ;61:123
- Lindsay et al, Clin J Am Soc Nephrol. 2006;1:952-959
- Frimat et al. Perit Dial Int 2006;26:231-239

- Jansen et al, Kidney International, Vol 62, 2002, pp. 1046-1053
- Ates K, TND Dergisi, 2007; 16 (Ek2) 12-20
- Lang et al, PDI, January 2001, Vol. 21 N 1
- Heaf et al, NDT (2002) 17: 112-117
- Van Biesen et al, JASN, 11: 116-125, 2000
- Goldfarb et al, AJKD, Vol 46, N 3 (September) 2005:pp 537-549
- Perez-Fontan, Adv in PD, Vol 12,1996
- Molnar et al, Clin J Am Soc Nephrol. 2012;7:332-341
- <http://www.usrds.org/atlas12.aspx>
- Molnar et al, Clin J Am Soc Nephrol. 2012;7:332-341
- TND Registry, 2012
- *Mendelssohn DC, Pierratos A. Perit Dial Int 2002;22:5–8.*