IV.UDK
ULUSAL DAHİLİYE KONGRESİ

22-25 Mayıs 2025 / Susesi Luxury Resort, Antalya



KONGRE KİTABI

Ben varım, çünkü biz varız.



K2 KONGRE VE ETKİNLİK HİZMETLERİ

K2 Kongre ve Etkinlik Hizmetleri
Koşuyolu Mh. Mahmut Yesari Cd.
No: 25 / 34718 Kadıköy-İSTANBUL
Tel: +90 216 428 95 51
Faks: +90 216 428 95 91
E-posta: dahuder@k2-events.com

www.dahiliyekongresi.com

İÇİNDEKİLER

Önsöz	.....	3
Kurullar	.....	4
Program	.....	5 – 20
Sözlü Bildiri Listesi	.....	21 – 25
Sözlü Bildiriler	.....	26 – 126
Poster Bildiri Listesi	.....	127 – 135
Poster Bildiriler	.....	136 – 337

DAVET

Sayın Meslektaşlarım,

Sizleri, **22-25 Mayıs 2024** tarihleri arasında **Susesi Luxury Resort Otel, Antalya**'da gerçekleşecek olan **4. Ulusal Dahiliye Kongresi**'ne katılmaya davet etmekten büyük mutluluk duyuyoruz.

"Ben varım; çünkü biz varız!" sloganıyla düzenlediğimiz üçüncü kongremiz, bilimsel ve sosyal içerikleriyle büyük ilgi görerek önemli bir marka haline gelmiştir. Dahiliye hekimlerinin buluşma noktası olma yolunda emin adımlarla ilerleyen UDK, her geçen gün büyümekte ve güçlenmektedir.

DAHUDER olarak, kuruluşumuzdan bu yana branşımızın güçlenmesi adına Sağlık Bakanlığı ve SGK ile çeşitli görüşmeler gerçekleştirdik. Meslektaşlarımızın sahada karşılaştığı sorunların çözümü için idari ve hukuki destek sağladık. Akademik alanda ise çok merkezli çalışmalar yapılmakta, kitap yazımları devam etmekte ve üç ayda bir yayınlanan DAHUDER Medical Journal dergimizle bilgi paylaşımını sürdürüyoruz. Akademik çalışma gruplarımız, dahiliye hekimlerine yönelik uzlaşı raporları hazırlamak için çalışmalarına hız vermiştir.

Dahiliye uzmanlarının sadece poliklinik yapan hekimler değil, aynı zamanda yurtdışındaki meslektaşlarımız gibi tanıya yardımcı olan tıbbi araçları kullanabilen hekimler olması gerektiğine inanıyoruz. Bu amaçla, kongrelerimizde ve yıl boyunca farklı illerde interaktif kurslar düzenlemeye devam edeceğiz.

Dahiliye branşının güçlenmesi için tüm meslektaşlarımızı derneğimize üye olmaya ve dernek faaliyetlerine aktif olarak katılmaya davet ediyoruz.
Hepimizin kongresi UDK'da, 2025'te yeniden görüşmek üzere.

Saygılarımızla,

Kongre Başkanı
Prof. Dr. Seyit UYAR

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Kongre Başkanı
Dr. Seyit Uyar

Bilimsel Sekreterya
Dr. Yasin Şahintürk
Dr. Hamit Yıldız

Kurs Koordinatörü
Dr. İsmail Demir
Dr. Nizameddin Koca

Kongre Bildiri Sekreteryası
Dr. Teslime Ayaz
Dr. Kamil Konur
Dr. Gökhan Köker

Düzenleme Kurulu
Dr. Eşref Araç
Dr. Refik Demirtunç
Dr. Nalan Okuroğlu
Dr. Alihan Oral
Dr. Sibel Ocak Serin
Dr. Hasan Sözel
Dr. Hilmi Erdem Sümbül
Dr. Gökhan Tazegül
Dr. Ulaş Serkan Topaloğlu
Dr. Selçuk Yaylacı
Dr. Gizem Zorlu Görgülügil

BİLİMSEL PROGRAM

22 Mayıs 2025, Perşembe

KURSLAR

HABABAM SINIFI

İnteraktif Eğitim: Kardiyak, Torasik, Abdominal USG & Elastografi

14:00 - 14:15 Açılış
Kurstan Beklentiler, Neden POCUS?
Dr. Alper Tuna GÜVEN, Dr. Gökhan TAZEGÜL

14:15 - 14:30 USG Görüntülemenin Temelleri, Artefaktlar, Fizyoloji ve Anatomi
Dr. Gökhan TAZEGÜL

14:30 - 14:45 POCUS Uygulamalarında Kardiyak Görüntüleme – FoCUS
Dr. Sibel OCAK SERİN

14:45 - 15:00 POCUS Uygulamalarında Abdomen Görüntüleme
Dr. Ahmet Şükrü ALPARSLAN

15:00 - 15:15 Elastrografi ve Temelleri
Dr. Alper Tuna GÜVEN

15:15 - 15:30 Kahve Arası

HABABAM SINIFI

15:30 - 17:00 Uygulamalı USG ve Elastrografi Eğitimi (4 İstasyon)
Dr. Alper Tuna GÜVEN, Dr. Gökhan TAZEGÜL
Dr. Sibel OCAK SERİN, Dr. Nazif YALÇIN, Dr. Ahmet Şükrü ALPARSLAN

22 Mayıs 2025, Perşembe

KURSLAR

GÜLEN GÖZLER

İnteraktif Eğitim: Hemodiyaliz

14:00 - 14:30 Akut ve Kronik Diyaliz Reçetelendirilmesi
Dr. İsmail DEMİR

14:30 - 15:00 Diyaliz Hastalarında Kalsiyum, Fosfor, Parathormon ve Kontrolü
Dr. Yasin ŞAHİNTÜRK

15:00 - 15:30 Diyalizde Anemi ve Tedavi Seçenekleri
Dr. Selçuk YAYLACI

15:30 - 16:00 Kahve Arası

GÜLEN GÖZLER

16:00 - 16:30 Diyaliz Yeterliliği Klinik ve Laboratuvar Değerlendirme
Dr. Mehmet Serdar YILDIRIM

16:30 - 17:00 Cihaz Başı Eğitim

22 Mayıs 2025, Perşembe

KURSLAR

AL YAZMALIM

Yoğun Bakım Kursu

13:30 - 13:50 **Kritik Hasta Bakımının Temelleri**
Oturum Başkanları: **Dr. H. Levent YAMANEL, Dr. Hayriye CANKAR DAL**
Dr. H. Levent YAMANEL

13:50 - 14:10 **Kardiyopulmoner Resusistasyon**
Oturum Başkanları: **Dr. H. Levent YAMANEL, Dr. Hayriye CANKAR DAL**
Dr. Mehmet Hakan MAT

14:10 - 14:30 **Hava Yolu Yönetimi**
Oturum Başkanları: **Dr. H. Levent YAMANEL, Dr. Hayriye CANKAR DAL**
Dr. Hayriye CANKAR DAL

14:30 - 15:00 Kahve Arası

AL YAZMALIM

15:00 - 15:20 **Non-invaziv Mekanik Ventilasyon Stratejileri**
Oturum Başkanları: **Dr. H. Levent YAMANEL, Dr. Nizameddin KOCA**
Dr. Ercan GÜNDÜZ

15:20 - 15:40 **Mekanik Ventilasyonun Temelleri**
Oturum Başkanları: **Dr. H. Levent YAMANEL, Dr. Nizameddin KOCA**
Dr. Hayriye CANKAR DAL

15:40 - 16:00 **Sepsis ve Septik Şok Yönetimi**
Oturum Başkanları: **Dr. H. Levent YAMANEL, Dr. Nizameddin KOCA**
Dr. H. Levent YAMANEL

16:00 - 16:15 Kahve Arası

16:15 - 17:30 **Cihaz Başı Pratik Uygulamalar**

22 Mayıs 2025, Perşembe

KURSLAR

ÇİÇEK ABBAS

İnteraktif Eğitim: İnsülin Pompası

14:00 - 18:00 **Eğitmen:** Dr. Enver GÖNCÜOĞLU

1- Diyabet Teknolojileri Tarihçesi ve Ana Terminoloji

2- Sürekli Glukoz Monitörizasyon Sistemleri

- **a.** CGMS Verisi Neler İçerir, PDF'den Kliniğe
- **b.** Sensörle KŞ Regülasyonu
- **c.** Sık Rastlanan Sorunlar

3- Bazal-Bolusdan Sürekli Subkutan İnfüzyona Geçiş Süreci

- **a.** Karar Verme
- **b.** Doz Modifikasyonu
- **c.** Cihaz Eğitimi

4- Kapalı Devre Sistemlerle Glisemi Yönetimi

- **a.** Hedef Belirleme (KŞ, Aktif İnsülin, Bazal/Bolus)
- **b.** Egzersiz Yönetimi
- **c.** Profiller Belirleme

5- KH Sayımı

- **a.** Temel Tabirler, KH/İ, İDF
- **b.** KH Dışı Makronütrientleri Saymak
- **c.** Sık Karşılaşılan Hatalar

23 Mayıs 2025, Cuma

HABABAM SINIFI

08:30 - 09:00 **Kongre Açılışı**

09:00 - 10:00 **Diyabet Paneli: Dahiliye Uzmanı Gözüyle Diyabette Zor Sorular**

Oturum Başkanları: **Dr. Mustafa CESUR, Dr. Hamit YILDIZ**

İnteraktif Soru - Cevap Oturumu

Panelistler: **Dr. Aysun ŞEKER, Dr. Rıfat BOZKUŞ, Dr. İmge Bortay TEKİN, Dr. Mehmet Selim MAMİŞ**

10:00 - 10:15 **Kahve Arası**

HABABAM SINIFI

10:15 - 11:00 **Uydu Sempozyumu**

Tip 2 Diyabette Çok Yönlü Yaklaşım

Tek Hedef: Calira & Diyatix Plus

Dr. Teslime AYAZ, Dr. Begüm Şeyda AVCI

Sanovel

11:00 - 11:15 **Kahve Arası**

11:00 - 11:15 **Mini Uydu Sempozyumu**

Doç. Dr. Kadem ARSLAN ile Toujeo Sohbet Köşesi: Türkiye'de Bulunan Tek Ultra Uzun Etkili Bazal İnsülin

sanofi

HABABAM SINIFI

11:15 - 12:15 **Endoskopi ve Kolonoskopi Normal, Demir Hala Eksik**

Oturum Başkanları: **Dr. Refik DEMİRTUNÇ, Dr. Burak KARADAĞ**

Anormal Menstrüel Kanama

Dr. Aysel TOÇOĞLU

Emilim Eksiklikleri

Dr. Muhammet ÖZBİLEN

Nadir Nedenler

Dr. Seher KIR

Tartışma

12:15 - 13:30 **Öğle Yemeği**

23 Mayıs 2025, Cuma

HABABAM SINIFI

13:30 - 14:30 **Dahiliye'nin Ülkemizdeki Durumu ve Sorunları**
Oturum Başkanları: **Dr. Mehmet PALA, Dr. Eşref ARAÇ**
İnteraktif Soru-Cevap Oturumu
Panelistler: **Dr. Seyit UYAR, Dr. Mehmet Serdar YILDIRIM, Dr. Fatih Türker ÇİÇEK**

14:30 - 14:45 **Kahve Arası**

HABABAM SINIFI

14:45 - 15:30 **Uydu Sempozyumu**
Tip 2 Diyabet Tedavisinde
Bugün ve Gelecek için Ozempic®
Dr. Nizameddin KOCA, Dr. Attila ÖNMEZ

novo nordisk®

15:30 - 15:45 **Kahve Arası**

15:30 - 15:45 **Mini Uydu Sempozyumu**
25 Yıllık Klinik Deneyimle:
Ator ile Hiperlipidemiye Bilimsel Yaklaşım
Dr. Gökhan TAZEGÜL

Sanovel

23 Mayıs 2025, Cuma

HABABAM SINIFI

15:45 - 16:30 **Obezite Paneli: Obezitede Zor Sorular**
Oturum Başkanları: **Dr. Alihan ORAL, Dr. İhsan SOLMAZ**
İnteraktif Soru - Cevap Oturumu:
Panelistler: **Dr. Tamer GÜN, Dr. Demet YALÇIN KEHRİBAR, Dr. Aysun IŞIKLAR**

16:30 - 16:45 **Kahve Arası**

16:30 - 16:45 **Bir Mümessilin Anıları**
Can Kuvvet YILDIZ

HABABAM SINIFI

16:45 - 17:30 **Olgularla Tiroid Yönetimi**
Oturum Başkanları: **Dr. Emine BİNNETOĞLU, Dr. İhsan ATEŞ**
Hipotiroidi
Dr. Özden YILDIRIM
Hipertiroidi
Dr. Nalan OKUROĞLU
Nodül
Dr. Oğuzhan ZENGİN
Tartışma

HABABAM SINIFI

17:30 - 18:00 **Özel Oturum: TÜSEB-DAHUDER Oturumu**
Oturum Başkanları: **Dr. Seyit UYAR, Dr. Hilmi Erdem SÜMBÜL**
Sağlıkta Ar-Ge ve İnovasyon Ekosistemi: TÜSEB'in Stratejik Rolü
Dr. Ümit KERVAN - Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanı

23 Mayıs 2025, Cuma

14:30 - 14:45 Kahve Arası

GÜLEN GÖZLER

15:45 - 16:30 **HİPERÜRİSEMİ ve GUT**
Oturum Başkanları: **Dr. Yıldız OKUTURLAR, Dr. Osman İNAN**
Ürik Asit Yüksekliğine Yaklaşım
Dr. Aycan ACET
GUT Tanı ve Tedavisi
Dr. Tahir SAYGIN ÖĞÜT
Tartışma

16:30 - 16:45 Kahve Arası

GÜLEN GÖZLER

16:45 - 17:30 **Parazitozlar**
Oturum Başkanları: **Dr. Fatih BORLU, Dr. Nevzat GÖZEL**
E. Vermicularis (Kıl Kurdu)
Dr. Gökhan KÖKER
S. Scabies (Uyuz)
Dr. Bilgin Bahadır BAŞGÖZ
E. Hystolytica (Amip)
Dr. Osman ÖZÜDOĞRU
Tartışma

GÜLEN GÖZLER

18:00 - 19:00 **Sosyal Program**
Birlikte Yarışıyoruz!
Moderatörler: **Dr. Yasin ŞAHİNTÜRK, Dr. Gizem ZORLU GÖRGÜLÜGİL**

24 Mayıs 2025, Cumartesi

HABABAM SINIFI

09:00 - 10:00 **Hipertansiyon Paneli:**
Dahiliye Uzmanı Gözüyle Hipertansiyonda Zor Sorular
Oturum Başkanları: **Dr. Mehmet Birhan YILMAZ, Dr. Nizameddin KOCA**
İnteraktif Soru - Cevap Oturumu:
Panelistler: **Dr. Hüseyin Ali ÖZTÜRK, Dr. Ayşegül ERTINMAZ, Dr. Ömer Faruk ALAKUŞ, Dr. Betül TOPAL**

10:00 - 10:15 **Kahve Arası**

HABABAM SINIFI

10:15 - 11:00 **Dahiliye Pratiğinde Diyabetik Yağlı Karaciğer Yönetimi Çalıştay Sonuç Raporu**
Moderatör: **Dr. Yasin ŞAHİNTÜRK**
Dr. Selçuk YAYLACI,
Dr. Hamit YILDIZ,
Dr. Ali KIRIK, Dr. Hilmi Erdem SÜMBÜL

11:00 - 11:15 **Kahve Arası**

11:00 - 11:15 **Mini Uydu Sempozyumu**
DAPA-S: T2D Tedavisinde Ülkemizdeki Güncel Durum
Dr. Derun Taner ERTUĞRUL

SANDOZ

24 Mayıs 2025, Cumartesi

HABABAM SINIFI

11:15 - 12:15 **MASLD Oturumu**

Oturum Başkanları: **Dr. Esra ATAOĞLU, Dr. Yusuf YILMAZ**

MASLD ve Klinik Önemi

Dr. Ali KIRIK

Dahiliye Polikliniğinde MASLD'a Yaklaşım

Dr. Sibel OCAK SERİN

MASLD'da Gelecek Tedaviler

Dr. Gökhan TAZEGÜL

Tartışma

12:15 - 13:30 **Öğle Yemeği**

HABABAM SINIFI

13:30 - 14:30 **Kardiyovasküler Hastalıklarda Yeni Patofizyolojik Gelişmeler**

Oturum Başkanları: **Dr. Teslime AYAZ, Dr. Aydın ÇİFÇİ**

İnflamasyon ve Kalp Hastalıkları

Dr. Zekaver ODABAŞI

KVS Hastalıklarda Antiinflamatuvar Tedaviler

Dr. Ali Kemal OĞUZ

LDL Dışı Antilipid Tedavileri

Dr. Selçuk YAYLACI

Tartışma

14:30 - 14:45 **Kahve Arası**

24 Mayıs 2025, Cumartesi

HABABAM SINIFI

14:45 - 15:30 **Uydu Sempozyumu**
Jardiance ile Kardiyo Renal Metabolik Hastalıklara
Trajenta ile Diyabete Çözüm Var
Kaybedecek Zaman Yok
Dr. Ebru GÖK OĞUZ, Dr. Miraç VURAL KESKİNLER

Boehringer Ingelheim

15:30 - 15:45 **Kahve Arası**

15:30 - 15:45 **"Söz KAHEV'de (Kadın Hekimler Eğitime Destek Vakfı)"**
Dr. Fatma Yeşim TAN

HABABAM SINIFI

15:45 - 16:30 **Nutrisyon Paneli: Nutrisyonda Zor Sorular**
Oturum Başkanları: **Dr. Kubilay İŞSEVER, Dr. Irmak SAYIN ALAN**
İnteraktif Soru - Cevap Oturumu:
Panelistler: **Dr. Zeynep Irmak KAYA, Dr. Nazif YALÇIN, Dr. Nur DÜZEN OFLAS**
Tartışma

16:30 - 16:45 **Kahve Arası**

HABABAM SINIFI

16:45 - 17:30 **Akademisyenlik Yolunda Yapay Zeka Kullanımı**
Oturum Başkanları: **Dr. Murat ÖZDEDE, Dr. Gizem ZORLU GÖRGÜLÜGİL**
Yapay Zeka ile Literatür Tarama ve Referans Yönetimi
Dr. Muhammet ÖZBİLEN
AI Destekli Akademik Yazım ve Görselleştirme
Dr. Ahmet Cihad GENÇ

24 Mayıs 2025, Cumartesi

GÜLEN GÖZLER

09:00 - 10:00 **Laboratuvar Oturumu**

Oturum Başkanları: **Dr. Cem ŞAHİN, Dr. Muhammed Murat ÇELİK**

Nt-pro BNP

Dr. Özhan AYDIN

ANA Pozitifliği

Dr. Kemal Ozan LÜLE

Fekal Elastaz, Fekal Kalprotektin

Dr. Banu AÇMAZ

Tartışma

10:00 - 10:15 **Kahve Arası**

GÜLEN GÖZLER

11:15 - 12:15 **AKUT Dahiliye Oturumu**

Oturum Başkanları: **Dr. H. Levent YAMANEL, Dr. Ercan GÜNDÜZ**

Akut Astım/KOAH

Dr. Yusuf Taha GÜLLÜ

Akut MI

Dr. Mustafa TİMURKAAN

Akut Pulmoner Emboli

Dr. Alper SARI

Tartışma

12:15 - 13:30 **Öğle Yemeği**

24 Mayıs 2025, Cumartesi

GÜLEN GÖZLER

13:30 - 14:30 **Dahiliye Pratiğinde Uygulamalar**
Oturum Başkanları: **Dr. Mehmet Akif BÜYÜKBEŞE, Dr. Murat AKARSU**
Sürekli Glukoz Ölçüm Sistemleri
Dr. İsmail DEMİR
Tansiyon Holter Takibi
Dr. Hakan ŞIVGIN
POCUS
Dr. Alper Tuna GÜVEN
Tartışma

14:30 - 14:45 **Kahve Arası**

GÜLEN GÖZLER

15:45 - 16:30 **Uzman Oturumu: Ya Yüksekse?**
Oturum Başkanları: **Dr. Tayyibe SALAR, Dr. Süleyman AHBAP**
Ferritin Yüksek
Dr. Mehmet ÇETİN
B12 Yüksek
Dr. Muhammed Ali COŞKUNER
D Vitamini Yüksek
Dr. Adil Furkan KILIÇ
Tartışma

16:30 - 16:45 **Kahve Arası**

GÜLEN GÖZLER

16:45 - 17:30 **Onkoloji Oturumu**
Oturum Başkanları: **Dr. Mehmet Akif ÖZTÜRK, Dr. Mehmet BANKİR**
Endokrin Paraneoplastik Sendromlar
Dr. Abdullah TANRIKULU
İmmünoterapilerin Yan Etkileri
Dr. Erhan BOZKURT
Febril Nötropeni
Dr. Sefer ASLAN
Tartışma

24 Mayıs 2025, Cumartesi

GÜLEN GÖZLER

13:30 - 14:30 **Dahiliye Pratiğinde Uygulamalar**
Oturum Başkanları: **Dr. Mehmet Akif BÜYÜKBEŞE, Dr. Murat AKARSU**
Sürekli Glukoz Ölçüm Sistemleri
Dr. İsmail DEMİR
Tansiyon Holter Takibi
Dr. Hakan ŞIVGIN
POCUS
Dr. Alper Tuna GÜVEN
Tartışma

14:30 - 14:45 **Kahve Arası**

GÜLEN GÖZLER

15:45 - 16:30 **Uzman Oturumu: Ya Yüksekse?**
Oturum Başkanları: **Dr. Tayyibe SALAR, Dr. Süleyman AHBAP**
Ferritin Yüksek
Dr. Mehmet ÇETİN
B12 Yüksek
Dr. Muhammed Ali COŞKUNER
D Vitamini Yüksek
Dr. Adil Furkan KILIÇ
Tartışma

16:30 - 16:45 **Kahve Arası**

GÜLEN GÖZLER

16:45 - 17:30 **Onkoloji Oturumu**
Oturum Başkanları: **Dr. Mehmet Akif ÖZTÜRK, Dr. Mehmet BANKİR**
Endokrin Paraneoplastik Sendromlar
Dr. Abdullah TANRIKULU
İmmünoterapilerin Yan Etkileri
Dr. Erhan BOZKURT
Febril Nötropeni
Dr. Sefer ASLAN
Tartışma

24 Mayıs 2025, Cumartesi

AL YAZMALIM

09:00 - 10:00 Sözlü Bildiri Oturumu - 5
Oturum Başkanı: **Dr. Gökhan KÖKER**
SS-22, SS-23, SS-24, SS-25, SS-26

10:00 - 10:15 Kahve Arası

AL YAZMALIM

11:15 - 12:15 Sözlü Bildiri Oturumu - 6
Oturum Başkanı: **Dr. Ahmet ÇİZMECİOĞLU**
SS-03, SS-28, SS-09, SS-30, SS-31

12:15 - 13:30 Öğle Yemeği

AL YAZMALIM

13:30 - 14:30 Sözlü Bildiri Oturumu - 7
Oturum Başkanı: **Dr. Hasan SÖZEL**
SS-32, SS-33, SS-34, SS-35, SS-36

14:30 - 14:45 Kahve Arası

AL YAZMALIM

15:45 - 16:45 Sözlü Bildiri Oturumu - 8
Oturum Başkanı: **Dr. Mehmet PALA**
SS-37, SS-38, SS-39, SS-40, SS-41

25 Mayıs 2025, Pazar

GÜLEN GÖZLER

09:00 - 09:45 **Asistan Oturumu: Akılcı İlaç Kullanımı**

Oturum Başkanları: **Dr. Attila ÖNMEZ, Dr. İsmail KIRLI**

Uzun Süreli Kullanımda PPI'ların Yan Etkileri

Dr. Murat Cemil TEKELİ

Akılcı İlaç Kullanımı; Ne Kadar Kullanalım? Ne Zaman Keselim?

Dr. Beyza Nur TUĞCAN

PPI'lar ve Polifarmasi

Dr. Cansu KAHRAMAN

Tartışma

09:45 - 10:00 **Kahve Arası**

GÜLEN GÖZLER

10:00 - 11:00 **Dünden Bugüne Tedavi Değişimi: Klasikler vs. Yeniler**

Oturum Başkanları: **Dr. Mustafa YENİGÜN, Dr. Ahmed Bilal GENÇ**

Furosemid vs. Torasemid

Dr. Ersin KULOĞLU

Polistiren Sülfonat vs. Sodyum Zirkonyum Siklosilikat

Dr. Özge KAMA BAŞÇI

Spironolakton vs. Finerenon

Dr. Mehmet KÖK

Tartışma

11:00 - 11:30 **Kapanış Oturumu**

SÖZLÜ BİLDİRİ LİSTESİ

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-02 **Diyabetik Hastalarda Covıd - 19 Enfeksiyonunda Oksidatif Stresle İlgili Faktörler ve Hastalık Şiddetiyle İlişkisi**
Derya Ünal, Sertaş Eraslan, Çağla Özdemir, Kevser Onbaşı, Salim Neşelioğlu, Özcan Erel

SS-03 **Tip 2 Diyabetli Hastalarda Trigliserid - Glukoz İndeksinin (TyG) Glisemik Kontrolü Öngörmedeki Rolü**
Aysun Şeker

SS-04 **Prostat Kanseri ve Pankreas Kanserinde Uzun Etkili İnsülin Analoglarının Hücrelerin Proliferasyonu ve Migrasyonu Üzerine Etkilerinin İn Vitro Değerlendirilmesi**
Taha Erkam Alptekin, Seher Kır

SS-05 **Okuryazarlık ile Glisemik Kontrol Arasında Anlamlı bir İlişki var mı?**
Müslüm Güneş

SS-06 **Obez 20 Hastamızda Tirzepatid Deneyimimiz**
Eşref Araç

SS-07 **Obezlerde Serum Ürik Asit Düzeyleri ve Ürik Asit İlişkili Çeşitli Oranların (Ürik Asit/Albümin, Ürik Asit/Kreatinin, Ürik Asit/HDL-Kolesterol, Ürik Asit/Lenfosit) Obezite ve Karaciğer Yağlanması ile İlişkisinin Değerlendirilmesi**
Orkide Kutlu, Fezanur Özel Erdem, Okan Dikker, İlknur Erkurt, Mustafa Şahin

SS-08 **Diyabetik Nefropatili Hastalarda Serum Proenkefalin A Düzeyinin Klinik ve Biyokimyasal Parametreler ile İlişkisi**
Feride Sevilmiş, Hanife Usta Atmaca, Çiğdem Usul Afşar, Hatice Özkul, Özlem Yılmaz Aykent, Zahide Adıyaman, Mahmut Başar Aykent

SS-09 **Magnezyum Seviyesinin Tiroid Nodülü İle İlişkisi**
Ahmet Aydın

SS-10 **Primer Biliyer Kolanjit Hastalarında D Vitamini Replasmanı Rutin Olmalı Mı?**
Ömer Faruk Alakuş, Jehat Kılıç

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-11 **Hemodiyaliz Reçetelendirilmesi ve Akut Böbrek Hasarı Nedeniyle Hastanede Yatan Hastalarda Kardiyak Arrest: Tek Merkez Bir Çalışma**
Hüseyin Döngelli, Mehmet Ası Oktan

SS-12 **Böbrek Yetmezliğinde Karar Noktası: Nakil mi, Diyaliz mi?**
Amil Huseynov, Muzaffer Sarıyer

SS-14 **Geriatrik Bireylerde Böbrek Fonksiyonları ve Kırılganlık Durumu**
Umut Karabay

SS-15 **Evre 3 Kronik Böbrek Hastalığı Olanlarda Serum Apolipoprotein A-1, Apoliprotein B-100, Apolipoprotein B-100/Apolipoprotein A-1 Düzeylerinin Glomerüler Filtrasyon Hızına Etkisinin Gösterilmesi**
Furkan Bertuğ Çetin, Gökhan Köker, Abdi Metin Sarıkaya

SS-16 **Hemodiyaliz Hastalarında Hepatit E Virüs Seroprevalansı ve Risk Faktörlerinin Araştırılması**
Hakkı Öztürk, Metin Özsoy, Ayşegül Tuna, Artuner Varlıbaş, Salih Cesur, Aydın Çifci, Altan Aksoy, Mehmet Demir

SS-17 **Akut Pankreatitte HALP Skorunun Hastane Yatış Süresi, Yoğun Bakım İhtiyacı ve Hastalık Şiddeti ile İlişkisi**
Rıfat Bozkuş

SS-18 **İskemik Kolit ile Başvuran Hastalarda Şiddeti Öngören Parametreler Nelerdir?**
Süleyman Dolu

SS-19 **Kolorektal Polip Patolojisinin Öngörülmesinde Kişiselleştirilmiş Modelleme Yaklaşımı**
Gizem Zorlu Görgülügil, Gökhan Köker

SS-20 **Resmetirom Reçetesi için Önerilen İnvaziv Olmayan Tanı Testlerinin Hedef Popülasyonu Belirlemedeki Performansı: Türkiye'den Biyopsi Kontrollü Bir Çalışma**
Eda Kaya, Sinem Aksoy, Nazlıcan Oruç, Çağla Taşdemir, Beyza Irem Cengiz,

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-28 **Hematoloji ve Onkoloji Kliniklerinde Yeni Tanı Almış Hastaların Kemoterapi, Radyoterapi ve Cerrahi Tedavi Öncesi ve Sonrasında Beslenme Parametrelerinin Karşılaştırılması**
Cihat Emül, Recep Bentli

SS-29 **Prospektif Çalışmada Diyabeti Olmayan Demir Eksikliği Anemisinde HbA1c, İnsülin ve Eritropoetin Dinamikleri: Oral ve İntravenöz Tedavilerin Etkileri (Yaşam Kalitesi ve Biyoelektrik İmpedans Analizi Perspektifi)**
Hande Nur Sarı, Hikmetullah Batgi, Ayşe Işık, Gül Gürsoy

SS-30 **Erişkin İndirek Hiperbilluribinemili Olgularda Glukoz 6 Fosfat Dehidrogenaz Eksikliğini (G6PD) Atlıyormuyuz ? Erişkin G6PD Eksikliği Tek Merkez Deneyimi**
Barış Emekdaş, Teslime Ayaz

SS-31 **Ankilozan Spondilitte MEFV'nin Parmak İzleri: Klinik ve Radyolojik Yansımalar**
Zeynep Irmak Kaya, Timuçin Kaşifoğlu

SS-32 **Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Deliryum Durumunun Sonlanım Üzerine Etkisi**
Nazif Yalçın

SS-33 **Beyaz Cevher Hiperintensite Gelişiminde Komorbid Risk Faktörleri**
Necip Nas

SS-34 **Sporcu Beslenmesinde Son Üç Dekadın Bibliyometrik Analizi**
Zeynep Irmak Kaya

SS-35 **Üniversite Öğrencilerinde Kilo Algısı Uygunluğu ve Uygunsuz Algı ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi**
Alper Tuna Güven, Kübra Yıldız Cömert, Mehmet Meriç İnan, Selma Yiğit, Zeynep Sude Binici, Deniz Taşkın, Göktuğ Gardiyanoğlu

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-36 **Klinik Parametreler Kullanılarak Diyabetik Retinopati Bulgularının R Tabanlı Makine Öğrenmesi Modelleri ile Öngörülmesi**
Gizem Zorlu Görgülügil, Gökhan Köker

SS-37 **Serum Homosistein Düzeyi ile Plazma Aterojenik İndeks Arasındaki İlişki**
Osman Erinç, Soner Yeşilyurt, Özgür Yılmaz

SS-38 **Akut Dekompanse Kalp Yetmezliği Tanısı İle Yatan Hastalarda Polifarmasinin Hastane Yatış Sıklığı, Süresi Ve Yoğun Bakım İhtiyacına Etkisi**
Ayşe Eylem Ağdar Kulan, Gulshat Mamedova, Refik Demirtunç

SS-39 **Plazma Aterojenik İndeksi (PAİ) Skoru ve Akut Böbrek Yetmezliği: Yeni Bir Prognostik Ölçüt Olarak Aterojeniteyi İnceleme**
Burak Göre, Oğuzhan Zengin, İhsan Ateş

SS-40 **Çevresel Kirlilik Tehlikeleri: PM10 ve SO2'nin Pulmoner ve Kardiyak Hastaneye Yatış Oranları Üzerindeki Etkileri**
Hüseyin Döngelli, Mehmet Yavuz, Melike Yüksel Yavuz

SS-41 **Dahiliye Kliniklerinde COVID-19'lu Hastaların Yoğun Bakım Ünitesine Kabulünü Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: Tek Merkezli Retrospektif Çalışma**
Aycan Acet, Türkan Paşalı Kilit, Sertaş Erarslan

SS-42 **Febril Nötropeni**
Dr. Sefer ASLAN

SÖZLÜ BİLDİRİ ÖZETLERİ

Yayın No: SS-02

Diyabetik Hastalarda Covıd-19 Enfeksiyonunda Oksidatif Stresle İlgili Faktörler ve Hastalık Şiddetiyle İlişkisi

Derya Ünal[1], Sertaş Eraslan[2], Çağla Özdemir[2], Kevser Onbaşı[3], Salim Neşelioğlu[4], Özcan Erel[4]

[1]Kütahya Şehir Hastanesi
[2]Kütahya Sğlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi
[3]Eskişehir Şehir Hastanesi
[4]Ankara Şehir Hastanesi

Giriş: 2019'da başlayarak etkisi gösteren Covid-19 pandemisinin yeni başladığı ve aşının uygulanmadığı 13 Ocak 2021 tarihinden önceki dönemde mortalite hızı Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Ekim 2021 verilerine göre %30 düzeylerinde, WHO verilerine göre dünyada 2020-2021 tahmini ölüm 14,91 milyon kişi olarak belirtilmişti. Mortalitesi oldukça yüksek olan bu hastalıkta araştırmalar artmış çeşitli antiinflamatuar ilaçlar kullanılmış ancak kesin tedavi keşfedilememişti. Günümüzde pandeminin etkileri halen devam etmektedir. Altta endotel hasarına sekonder gelişen oksidatif stres aslında bazı kronik hastalıklarda, komplikasyonların oluşumunda ve mortalitede rol oynadığı bilinmektedir.

Amaç: Vakaları şiddetli görmesekte zorlu geçen pandemi döneminde klinik tecrübemiz ve patofizyoloji bilgimize ek olarak literatürde benzer hipotezlerle karşılaşmamız sonucunda alfa lipoikasitin(ALA) faydası olabileceği düşüncelerimizi değerlendirmek için gözlemsel çalışma planlamak istedik. Çalışmaya göre 2022 yılı içinde diyabetik ve nondiyabetik hastaların takibi, ALA kullanan hastalar ile farkını diğer enfektif ve enfektif olmayan hastalıklarda da faydalanabilmek amacıyla hastalar çalışmaya alındı.

Gereç ve Yöntem: Toplam 132 hasta diyabetik(DM) (n=75) ve DM (n=57) olarak iki gruba ayrıldı. DM hastalar 600mg ALA kullananlar (n=28) ALA+ ve kullanmayanlar (n=47) ALA- olarak gruplandırıldı. Hastalar çalışma hakkında bilgilendirildi ve onam formu imzalatıldı. Oksidatif stres ve ilgili faktörlerin ölçümü için 1., 5. günde ve 10. günde kan örnekleri alındı. Tiyol/disülfid homeostaz testleri Erel ve Neselioğlu'nun spektrofotometrik yöntemiyle ölçüldü. Bunlar arasında nativ tiyol, total tiyol, disülfit, nativ/total tiyol, disülfit/nativ tiyol, disülfit/total tiyol, IMA bulunmaktaydı. Değerlendirmelerde $p<0,05$ anlamlı kabul edildi, gerekli yerde Bonferroni düzeltmesi yapıldı.

Bulgular: Gruplar arasında yaş ve HbA1c açısından anlamlı fark bulunmadı. DM ve DM olmayan gruplar arasında yatışta nativ tiyol, total tiyol ve IMA açısından fark bulunmazken, disülfit ($p= 0.004$), disülfit/nativ tiyol oranı ($p<0.001$), disülfit/total tiyol oranı ($p<0.001$), nativ/total tiyol oranı ($p<0.001$) arasında 10. günde olduğu gibi anlamlı bir fark bulundu ($p<0.001$). DM grupta günlere bağlı olarak nativ tiyol, total tiyol ve İMA'da fark bulunmazken, 5. ve 10. gün takipleri arasında disülfit ($p= 0,007$), disülfit/nativ tiyol oranı ($p =0,007$), disülfit/total tiyol oranı

(p=0,006), nativ/total tiyol oranı (p=0,005) açısından anlamlı fark vardı. DM olmayan grupta sadece 1. ve 5. günler arasında anlamlı olan nativ tiyoldü (p=0,032)(Tablo1). ALA+ ve ALA- arasında nativ tiyol ve total tiyol oranı 10. günde anlamlıydı (p<0.001). Başvuruda ALA+ ve ALA- olan hastalar arasındaki disülfit değeri farkı 10. günde de anlamlıydı (p=0,024). Disülfit/total tiyol değerinde 10. günde fark vardı(p<0.001). ALA+ grubunun disülfit değerleri DM olmayan gruba benzer seviyelerde kalmıştır. ALA+ grubunda günlere bağlı nativ tiyol, total tiyol ve İMA değerlerinde fark bulunmazken, 5. ve 10. gün takipleri arasında disülfit (p= 0.026), disülfit/total tiyol oranı (p=0.010), nativ/total tiyol oranı (p<=0.010) ve 1. ve 10. gün takipleri arasında disülfit/nativ tiyol oranı (p =0.001) açısından fark vardı, ALA- grubunda ise anlamlı olan herhangi bir nokta bulunmamaktadır (Tablo 2).

1., 5. ve 10. günlerde Diyabetik ve Nondiyabetik Hastalarda Tiyol/disülfit Homeostazındaki Farklar

		Diyabetik Hastalar⁺ **(n=75)**	**Nondiyabetik Hastalar⁺** **(n=57)**
Native Tiyol	1. gün	319.82±22.42	326.32±24.59
	5. gün	290.20±19.56	281.28±17.7
	10. gün	284.49±17.25	310.37±28.23
		NS	A*B*C
Total Tiyol	1. gün	372.02±24.36	362.63±26.48
	5. gün	338.37±20.89	323.96±19.75
	10. gün	341.05±17.86	356.26±30.11
		NS	NS
Disulfit	1. gün¶	26.09±1.22	18.15±1.96
	5. gün	24.08±1.20	21.33±1.39
	10. gün¶	28.27±0.98	22.94±1.38
		AB*C*	NS
Disulfit/Nativ Tiyol	1. gün¶	8.65±0.31	5.99±0.71
	5. gün	8.96±0.55	7.77±0.39

	10. gün¶	10.74±0.56 AB*C*	8.20±0.57 NS
Disulfit/Total Tiyol	1. gün¶ 5. gün 10. gün¶	7.33±0.23 7.49±0.38 8.74±0.39 AB*C*	5.19±0.56 6.68±0.30 6.95±0.41 NS
Nativ/Total Tiyol	1. gün¶ 5. gün 10. gün¶	85.32±0.46 85.00±0.76 82.51±0.78 AB*C*	89.61±1.12 86.64±0.60 86.09±0.82 NS
IMA	1. gün 5. gün 10. gün	0.725±0.009 0.727±0.008 0.725±0.007 NS	0.743±0.004 0.725±0.009 0.713±0.011 NS

¶: p<0.05 diyabetik ve nondiyabetik hastaların karşılaştıması, *:p<0.05 aynı grupta 1., 5., 10. Günlerin karışılaştırması. ∔:Mean±sd; çiftyönlü karşılaştırma , Normal dağılım için Student T Test, normal olmayan dağılım için Mann Withney U, normal dağılımda üçlü karşılaştırma için Tekrarlı Anova, normal olmayan dağılımda üçlü karşılaştırma için Friedman kullanıldı, IMA: iskemik modifiye albumin NS: Non-significant. A: 1. ve 5. gün karşılaştırması, B: 1. ve 10. gün karşılaştırması, C: 5. ve10. gün karşılaştırması

1., 5. ve 10. günlerde ALA Alan ve Almayan Hastalarda Tiyol/disülfit Homeostazındaki Farklar

		ALA (+)∔ (n=28)	**ALA (-)∔ (n=47)**
Nativ Tiyol	1. gün 5. gün	326.32±24.59 281.28±17.75	321.74±32.84 384.60±32.11

	10. gün	310.37±28.23 NS	285.30±32.64 NS
Total Tiyol	1. gün 5. gün 10. gün	362.63±26.48 323.96±19.75 356.26±30.11 NS	372.59±35.86 332.44±34.28 337.26±34.11 NS
Disülfit	1. gün 5. gün 10. gün	18.15±1.96 21.33±1.39 22.94±1.38 AB*C*	25.42±1.84 23.92±1.64 25.98±1.01 NS
Disulfit/Nativ Tiyol	1. gün 5. gün 10. gün	5.99±0.71 7.77±0.39 8.20±0.57 AB*C*	8.39±0.50 9.28±0.90 10.11±0.89 NS
Disulfit/Total Tiyol	1. gün 5. gün 10. gün	5.19±0.56 6.68±0.30 6.95±0.41 AB*C*	7.15±0.36 7.71±0.61 8.30±0.59 NS
Nativ/Total Tiyol	1. gün 5. gün 10. gün	89.61±1.12 86.64±0.60 86.09±082 AB*C*	85.70±0.73 84.57±1.22 83.38±1.19 NS
IMA	1. gün 5. gün 10. gün	0.732±0.008 0.740±0.007	0.717±0.018 0.709±0.014

		0.737±0.006 NS	0.714±0.013 NS

⁋:p<0.05 diyabetik ve nondiyabetik hastaların karşılaştırması, *:p<0.05 aynı grupta 1., 5., 10. Günlerin karışılaştırması. ⁜:Mean±sd; çiftyönlü karşılaştırma , Normal dağılım için Student T Test, normal olmayan dağılım için Mann Withney U, normal dağılımda üçlü karşılaştırma için Tekrarlı Anova, normal olmayan dağılımda üçlü karşılaştırma için Friedman kullanıldı, IMA: iskemik modifiye albumin, ALA: Alfa lipoikasit, NS: Non-significant. A: 1. ve 5. gün karşılaştırması, B: 1. ve 10. gün karşılaştırması, C: 5. ve10. gün karşılaştırması

Tartışma: DM hastalarda oksidatif stresin yüksek izlenmesi, hastalarda Covid-19 sırasında oksidatif hasarın artması bilinen ve beklenen bir durumken ALA+ hastalarda ALA- gruba göre 1. günde anlamlı düşüklük olması ALA'nın Covid-19'un oksidatif hasardan koruyucu olabileceğini göstermektedir. Çeşitli literatür bilgileri bulunmakta ve başka viral enfeksiyonlarda da oksidatif hasarın etkisine değinilmektedir. Çalışmamızda hasta sayımızın azlığı ana kısıtlamamız olmakla birlikte enfektif ve nonenfektif hastalıklarda ALA kullanımının zamanla mümkün olacağını düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetes mellitus, Covid-19, Oksidatif stres, Alfa lipoikasit, Disülfit

Yayın No: SS-03

Tip 2 Diyabetli Hastalarda Trigliserid-Glukoz İndeksinin (TyG) Glisemik Kontrolü Öngörmedeki Rolü

Aysun Şeker

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Giriş: Tip 2 Diyabet Mellitus (T2DM), insülin direnci ve/veya insülin sekresyonundaki bozukluklar sonucu gelişen kronik hiperglisemi durumudur. Diyabetin uzun dönem komplikasyonlarını önlemek için glisemik kontrolün sağlanması büyük önem taşır. Günümüzde glisemik kontrolü değerlendirmek için en yaygın biyokimyasal belirteç hemoglobin A1c (HbA1c) seviyesidir. Ancak, glisemik kontrol ve insülin direncini değerlendirmek için farklı biyobelirteçlere ihtiyaç devam etmektedir.Trigliserid-glukoz (TyG) indeksi, insülin direncini değerlendirmek için giderek daha fazla kullanılan bir parametredir. Açlık plazma glukozu ve trigliserid seviyelerinin kombinasyonu ile hesaplanan bu indeksin, Homeostatic Model Assessment for Insulin Resistance (HOMA-IR) ile güçlü korelasyon gösterdiği ve insülin direncini öngörmede etkili olduğu bildirilmiştir. Ancak, TyG indeksinin glisemik kontrol ile ilişkisi ve klinik kullanımdaki rolü henüz tam olarak netleşmemiştir.

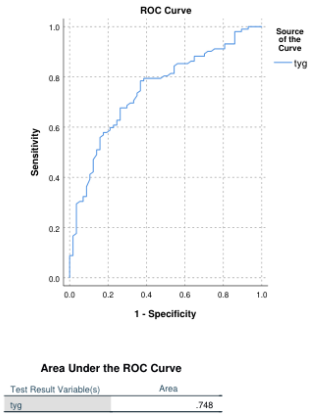
Amaç: Bu çalışmanın amacı, Tip 2 Diyabetli hastalarda TyG indeksinin HbA1c seviyeleri ile olan ilişkisini değerlendirmek ve bu indeksin glisemik kontrolü öngörmedeki potansiyel rolünü belirlemektir. Bu doğrultuda, TyG indeksinin HbA1c düzeyleri ile olan korelasyonu analiz edilmiş ve bu parametrenin kötü glisemik kontrolü öngörme gücü incelenmiştir. Ayrıca, TyG indeksinin HbA1c seviyeleri üzerindeki bağımsız etkisi çok değişkenli regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Çalışmadan elde edilen bulguların, TyG indeksinin klinik pratikte glisemik kontrolün izlenmesinde yeni bir biyobelirteç olarak kullanım potansiyelini ortaya koyması beklenmektedir.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif kesitsel çalışmaya T2DM tanısı almış 160 hasta dahil edilmiştir. TyG indeksi, açlık plazma glukozu ve trigliserid düzeyleri kullanılarak hesaplanmıştır. Hastalar, HbA1c seviyelerine göre iyi kontrollü (HbA1c <7%) ve kötü kontrollü (HbA1c ≥7%) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. HbA1c ve TyG arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Gruplar arasındaki TyG farklılıkları bağımsız örneklem t-testi ile incelenmiş ve TyG indeksinin kötü glisemik kontrolü öngörme kapasitesi ROC eğrisi analizi ile belirlenmiştir. Ayrıca, çok değişkenli lineer regresyon analizi kullanılarak TyG indeksinin HbA1c üzerindeki bağımsız etkisi değerlendirilmiştir.

Bulgular: HbA1c ile TyG indeksi arasında anlamlı ve güçlü bir pozitif korelasyon tespit edilmiştir (Pearson r = 0.586, p<0.001). Bu bulgu, TyG indeksinin glisemik kontrol ile doğrudan ilişkili olduğunu ve glisemik regülasyon bozuldukça arttığını göstermektedir. Ayrıca, HbA1c düzeyine göre yapılan analizlerde, kötü kontrollü diyabet grubunda (HbA1c ≥%7) TyG indeksinin anlamlı

derecede yüksek olduğu bulunmuştur (9.65±0.66 vs. 9.09±0.51, p<0.001).ROC analizi, TyG indeksinin kötü glisemik kontrolü ayırt etme gücüne sahip olduğunu göstermiştir (AUC: 0.748, %95 GA: 0.671-0.826, p<0.001). En uygun cut-off değeri 9.29 olarak hesaplanmış olup, duyarlılık %91,2 ve özgüllük %77,2 bulunmuştur. Bu yüksek duyarlılık oranı, TyG indeksinin HbA1c ≥%7 olan hastaları belirlemede etkili bir belirteç olduğunu desteklemektedir.Çok değişkenli regresyon analizi, TyG indeksinin HbA1c seviyelerinin bağımsız bir belirleyicisi olduğunu göstermiştir (β = 0.421, p<0.001). Bu sonuç, TyG indeksinin yalnızca glisemik kontrolle ilişkili bir gösterge değil, aynı zamanda bağımsız bir öngörücü olduğunu ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, TyG indeksinin diyabet hastalarında glisemik kontrolün değerlendirilmesi ve takibinde önemli bir biyobelirteç olarak kullanılabileceği düşünülmektedir.

TyG İndeksinin Kötü Glisemik Kontrolü Öngörme Gücü (ROC Analizi)



HbA1c Gruplarına Göre Klinik ve Laboratuvar Özellikler

Tablo 1:HbA1c Gruplarına Göre Klinik ve Laboratuvar Özellikler

Parametre	HbA1c <7% (N=58)	HbA1c ≥7% (N=103)
Ortalama Yaş (yıl)	58.47 ± 9.97	60.15 ± 8.90
BMI (kg/m²)	28.7±4.2	29.4±4.7
Ortalama HbA1c (%)	6.20 ± 0.49	8.92 ± 1.92
Ortalama Açlık Glukozu (mg/dL)	122.53 ± 20.26	187.70 ± 69.38
Ortalama Trigliserid (mg/dL)	163.21 ± 82.29	199.97 ± 111.31
Ortalama TyG	9.09 ± 0.07	9.66 ± 0.07
TyG Standart Sapma	0.50	0.67

Tartışma: Bu çalışmanın bulguları, TyG indeksinin HbA1c seviyeleri ile güçlü bir ilişki gösterdiğini ve glisemik kontrolün değerlendirilmesinde önemli bir biyobelirteç olarak kullanılabileceğini ortaya koymaktadır. Regresyon analizi sonuçları, TyG indeksinin HbA1c düzeylerini BMI ve yaş gibi faktörlerden bağımsız olarak öngörebileceğini desteklemektedir. Gelecekte yapılacak prospektif çalışmalar, TyG indeksinin klinik kullanımdaki yerini daha iyi belirleyerek, glisemik kontrolün izlenmesine yönelik yeni yaklaşımlar geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Trigliserid-glukoz indeksi, HbA1c, Tip 2 Diyabet Mellitus, insülin direnci, glisemik kontrol.

Yayın No: SS-04

Prostat Kanseri ve Pankreas Kanserinde Uzun Etkili İnsülin Analoglarının Hücrelerin Proliferasyonu ve Migrasyonu Üzerine Etkilerinin İn Vitro Değerlendirilmesi

Taha Erkam Alptekin, Seher Kır

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Genel Dahiliye BD

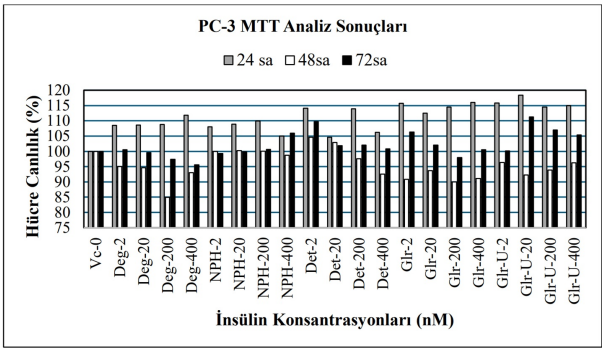
Giriş: Diyabet hastaları hayatları boyunca hem endojen hem de eksojen hiperinsülinemiye maruz kalabilirler (1). Özellikle tip 2 diyabette olmak üzere diyabetli bireylerde bazı kanserlerin görülme riski artmıştır. Kanser risk artışının hiperglisemi, hiperinsülinemi, insülin direnci ve artmış inflamasyon gibi mekanizmalar ve diyabet süresi ve tedavisinde kullanılan ilaçlar gibi faktörlerle olan bağlantısı halen netlik kazanmamıştır (1,2). Diyabetin kanserle olan ilişkisi, insülinin büyüme faktörü özellikleri taşıması nedeniyle oluşan mitojenik sinyallerin hücre proliferasyonunu aktive etmesine dayandırılmaktadır (1).

Amaç: Bu çalışmanın amacı, pankreas (MIA PaCa-2) ve prostat (PC-3, DU145) kanseri hücre serileri kullanılarak uzun etkili farklı insülin analoglarının hücre proliferasyonu ve migrasyonu üzerine etkilerinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız BAP proje desteği alınarak Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kök Hücre Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde gerçekleştirildi. Çalışmamızda PC-3, DU-145 ve MIA PaCa-2 hücre serilerine uzun etkili insülin analogları [Degludeg (Deg), NPH, Detemir (Det), Glargine U-100 (Glr), Glargine U-300 (Glr-U)], 2nM&20nM&200nM&400nM konsantrasyonlarında uygulanarak; 24-48-72. saatlerde MTT analizi ile hücre canlılığı ölçüldü. Uzun süre maruziyetin hücrelerin canlılığına etkisi PC-3 hücre serisinde 24 saatte bir insülin uygulaması yapılarak 3-7. gün MTT analizi şeklinde deney tekrarlandı. Aynı insülin analoglarının hücre migrasyonuna etkileri PC-3 hücre serisinde wound healing testiyle 2nM ve 400nM konsantrasyonlarında 0-18-24. saatlerde değerlendirildi.

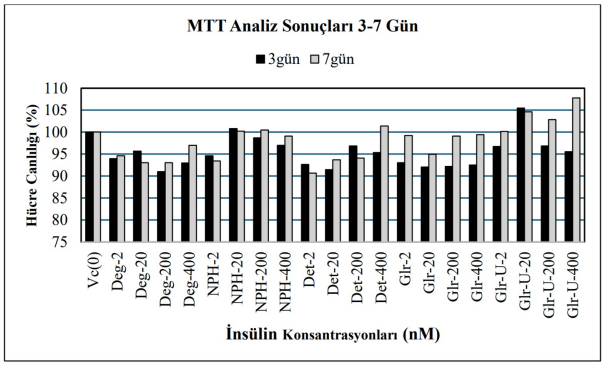
Bulgular: MIA PaCa-2 ve Du-145 hücre serilerinde Vc'ye göre hiçbir insülin ile hücre canlılığında anlamlı artış saptanmamıştır. PC-3 hücre serisinde tek doz insülin uygulanması sonrası 24. saatte Det insülin hariç tüm insülinlerde hücre canlılığında anlamlı artış olmuştur (Şekil 1). Bu artış Glr ve Glr-U insülinlerde diğer insülinlere göre anlamlı fazladır ($p<0,05$). Tekrarlı insülin uygulamasının etkileri değerlendirildiğinde 3 ve 7. günlerde Vc'ye göre hücre artışı olan tek insülin analoğu Glr-U olsa da bu artış istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (Şekil 2 ve 3). Tüm insülinlerin 400 nM konsantrasyonlarında 3. güne göre 7. günde hücre canlılığında artış olsa da sadece Glr-U 400nM konsantrasyonda anlamlı düzeydedir ($p=0,001$). Wound healing testinde 18. saatte tüm insülinlerde kontrole göre hücre migrasyonunda artış gözlenmiş olsa da bu artış Det insülin için anlamlılık düzeyinde olmamıştır.

Şekil 1



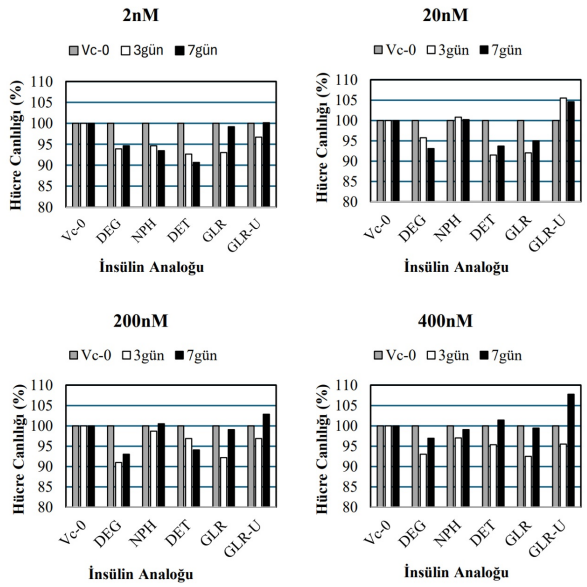
PC-3 hücre serisinde MTT Analiz 24-48-72. saat sonuçları grafiği. Vc:Vehicle control, nM:nanoMolar, Deg:Degludeg, NPH:Nötral Protamin Hagedorn, Det:Detemir, Glr:Glargin U100, Glr-U:Glargin U300.

Şekil 2



PC-3 hücre serisinde her gün insülin uygulama ile MTT analizinde 3. ve 7. gün ölçümlerinin grafiksel gösterimi. Vc:Vehicle control, nM:nanoMolar, Deg:Degludeg, NPH:Nötral Protamin Hagedorn, Det:Detemir, Glr:Glargin U100, Glr-U:Glargin U300.

Şekil 3



İnsülin analoglarının aynı konsantrasyonda MTT sonuçlarının grafiksel gösterimi. Vc:Vehicle control, nM:nanoMolar, Deg:Degludeg, NPH:Nötral Protamin Hagedorn, Det:Detemir, Glr:Glargin U100, Glr-U:Glargin U300.

Tartışma: Çalışmamız Du- 145, MIA PaCa-2 ve PC-3 hücre serilerinde 5 farklı uzun etkili insülin ile yapılmış ilk çalışmadır. Çalışmamızda, PC-3 hücre serisinde bakılan uzun etkili insülinlerle değişen oranlarda hücre canlılığı ve migrasyon artışı izlenmiş olup Glr-U proliferatif yanıtın en tutarlı şekilde izlendiği analog olmuştur. Hem insülin hem de insülin benzeri büyüme faktörü-I (IGF-I), hedef hücrelerde reseptör tirozin kinaz sinyal yolaklarını aktive eden tipik büyüme faktörleri sınıfında yer almaktadır. Bu nedenle yalnızca hücre büyümesi ve farklılaşmasını değil, aynı zamanda hücreye özgü metabolik süreçleri de tetikleyebilmektedirler. İnsülin, daha çok metabolik sinyal iletiminde etkili olurken, IGF-I, mitojenik sinyal iletiminde insüline göre daha belirgin etkilere sahiptir (3). İnsülinin hem normal hem de malign hücreler üzerindeki mitojenik etkisi farklı çalışmalarda bildirilmiştir (1,4-7). Çalışma verilerimize ve literatüre dayanarak farklı hücre serilerinde farklı insülinlerin hücre canlılığı ve migrasyon potansiyelinin önemli değişkenlikler göstermekte olduğunu ve kanser hücreleri üzerinde insülin analoglarının etkilerinin dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Bu konuda farklı kanser hücreleri üzerinde daha uzun süreli ve kapsamlı aynı metodolojiyi içeren yeni çalışmalara ihtiyaç vardır. Özellikle kanser tanısı almış olan hastalarda insülin tedavisi seçiminin bu konuda yapılmış olan çalışmalar ışığında yapılmasını önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: PC-3, Prostat kanseri, Pankreas kanseri, insülin, hücre canlılığı, migrasyon

Yayın No: SS-05

Okuryazarlık ile Glisemik Kontrol Arasında Anlamlı Bir İlişki Var mı?

Müslüm Güneş

SBÜ Diyarbakır Gaziyaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Sağlık okuryazarlığı diyabet bilgisinde önemli bir rol oynar. Diyabetle ilgili bilgi, öz bakım ve glisemik kontrol sağlık okuryazarlığıyla ilişkilidir. Sağlık okuryazarlığı ile diyabet öz bakım davranışları arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Literatürde de diyabetle ilgili bilgi, öz bakım ve glisemik kontrol açısından sağlık okuryazarlığının önemi vurgulanmaktadır.

Amaç: Birçok diyabetli hastanın, özellikle bayan hastalarımızın, sağlık okuryazarlığından ziyade, okuryazarlıktan bile mahrum olduğunu görmekteyiz. Bu durumun glisemik kontrol ile ilişkili olup olmadığını bilmiyoruz. Bu nedenle, çalışmamızda okuryazarlık ve glisemik kontrol arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye polikliniğinde prospektif olarak yürütüldü. Aralık 2024-Mart 2025 tarihlerinde, rutin kontrol amacıyla başvuran tip-2 diyabetli hastalar değerlendirildi. Onayları alındıktan sonra verileri kaydedilip çalışmaya dahil edildiler. Hastalar, ilkokul mezunu olup okuryazar olan (Grup 1) ve herhangi bir okul mezuniyeti olmayıp okuryazar da olmayan (Grup 2) olmak üzere iki gruba ayırıldı. Gruplar, glisemik kontrol ile ilişkili olduğu bilinen bazı faktörler açısından eşleştirildi. Böylece, diğer potansiyel etkilerden mümkün olduğunca arındırılmış olarak, sadece okuryazarlık ile glisemik kontrol arasındaki etkileşim gözlemlenmeye çalışıldı. Böylece gruplar yaş, cinsiyet,vücut kitle indeksi (VKI), meslek, diyabet süresi, tedavi türü, komorbiditeler gibi çeşitli faktörler açısından eşleştirildi. Kadın, ev hanımı, onay veren, iletişimi normal, oral antidiyabetik kullanan, kontrol hastaları dahil edildi.Erkek, geriatrik (>64 yıl), insulin kullanan, psikolojik sorunu olan, lise veya üniversite mezunları, yeni tanılı diyabet hastaları dışlandı.Sonuç olarak okuryazar olan (n=26) ve olmayan (n=28) diyabetli hastaların verileri istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Okuryazar olan (n=26) ve olmayan (n=28) hastaların verilerinin dağılımı ve istatistiksel karşılaştırılma sonuçları Tablo 1'de özetlenmiştir. Gruplar arasında yaş, VKI, diyabet süresi ve incelenen laboratuvar değerler açısından istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p>0.05$). Gruplar açlık glukozu, HbA1c ve Triglyceride-Glucose Index (TyG Index) açısından da benzerlik gösterdi ($p>0.05$) (Tablo 1).

Tablo 1. Okuryazar olan ve olmayan hastaların verilerinin karşılaştırılması

	Okuryazar (n=26)	Okuryazar değil (n=28)	P
Yaş(yıl)	54.58±6.91	55.54±5.80	0.582*
VKI(kg/m²)	30.28±3.49	30.21±3.83	0.947*
DM süresi(yıl)	7.38±4.61	5.71±4.44	0.137
WBC	7.90±2.02	7.68±1.86	0.586
RBC	4.77±0.38	4.86±0.50	0.723
HGB	13.24±1.01	13.23±1.20	0.983*
PLT	307.35±62.69	275.61±73.71	0.119
MCV	86.79±5.11	86.46±7.64	0.556
Glukoz	155.77±60.99	172.36±106.66	0.904
AST	19.96±7.53	22.21±9.41	0.487
ALT	21.00±6.01	26.64±15.52	0.550
GGT	27.81±15.07	31.79±24.56	0.910
Kreatinin	0.67±0.23	0.64±0.14	0.876
Albumin	41.69±2.74	41.54±3.91	0.972
Ürik asit	4.23±1.16	4.21±0.95	0.954*
B12vit	342.21±115.98	370.68±290.95	0.350
Mg	1.93±0.19	1.87±0.25	0.264
Dvit	18.79±6.91	19.32±10.12	0.742
TG	161.08±72.90	181.75±109.46	0.597
HbA1c	7.42±0.68	7.60±0.81	0.959
TyG index	9.28±0.68	9.38±0.81	0.624*

*: Student-t test

Tartışma: Bu karşılaştırmalı gözlemsel çalışmada, okuryazar olan (n=26) ve olmayan (n=28) hastaların, özellikle glisemik kontrol açısından, farklılık gösterip göstermediği incelendi. Yapılan istatistiksel karşılaştırmaların sonuçlarına göre, glisemik kontrol belirteçleri açısından okuryazar olan ve olmayan diyabet hastaları benzerdi. Bu sonuç, okuryazarlığın diyabet kontrolünde anlamlı bir avantaj sağlamayabileceğini göstermektedir.Diyabette sağlık okuryazarlığının önemi literatürde vurgulanmış. Diyabetle ilgili bilgi, öz bakım ve glisemik kontrolün sağlık okuryazarlığıyla ilişkili olduğu gösterilmiş ve sağlık okuryazarlığı ile diyabet öz bakım davranışları arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ancak, poliklinik pratiğimizde diyabetli bayan hastalarımızın birçoğu, bırakın sağlık okuryazarlığı, okuryazar bile olmadığını görmekteyiz. Sonuçlarımıza göre, okuryazar olan ve olmayan diyabet hastaları arasında glisemik kontrol belirteçleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı. Bu sonuç, okuryazar diyabet hastalarının bile yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olmadığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, glisemik indeks, okuryazar

Yayın No: SS-06

Obez 20 Hastamızda Tirzepatid Deneyimimiz

Eşref Araç

Dicle Üniversitesi

Giriş: Obezite, günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olup, medikal ve cerrahi tedavi seçenekleri ile yönetilmektedir. Glukagon benzeri peptid-1 (GLP-1) ve glukoz bağımlı insülinotropik polipeptid (GIP) reseptör agonistleri, son yıllarda kilo kaybında etkili bir tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır.

Amaç: Bu çalışmada, obezite tedavisinde tirzepatid kullanan 20 hastamızın klinik deneyimlerini paylaşmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif olarak değerlendirilen 20 obez hasta (BMI ≥30 kg/m²), endokrinoloji polikliniğimize başvuran ve tirzepatid tedavisi başlanan bireylerdir. Hastaların demografik özellikleri, başlangıç ve takip ağırlıkları, yan etki profilleri ve laboratuvar parametreleri kaydedildi.

Bulgular: Ortalama yaş: 42 ± 10 yıl Başlangıç BMI: 36.5 ± 4.2 kg/m²Tedavi süresi: 3 ayOrtalama kilo kaybı: %12.3 ± 3.8 (başlangıç ağırlığına göre)En sık yan etkiler: Bulantı (%10), hafif gastrointestinal semptomlar (%20)HbA1c'de anlamlı düşüş (diyabetik hastalarda)

Tartışma: Tirzepatid, obezite tedavisinde etkili bir farmakolojik seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızda, hastaların önemli bir kısmında kilo kaybı sağlandığı ve yan etkilerin genellikle hafif-orta şiddette olduğu gözlemlenmiştir. Uzun dönem sonuçları ve daha geniş hasta gruplarında çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Tirzepatid, GLP-1 agonist, kilo kaybı

Yayın No: SS-07

Obezlerde Serum Ürik Asit Düzeyleri ve Ürik Asit İlişkili Çeşitli Oranların (Ürik Asit/Albümin, Ürik Asit/Kreatinin, Ürik Asit/HDL-Kolesterol, Ürik Asit/Lenfosit) Obezite ve Karaciğer Yağlanması ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Orkide Kutlu, Fezanur Özel Erdem, Okan Dikker, İlknur Erkurt, Mustafa Şahin

Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş: Obezite, anormal kilo alımıyla ortaya çıkan ve insülin metabolizmasını bozan epidemik bir rahatsızlıktır. Kardiyovasküler hastalık, hiperlipidemi ve karaciğer yağlanmasının etyopatogenezinde önemli bir rol oynar. Ürik asit ise pürin metabolizması sonucu oluşan ve insülin direnciyle ilişkisi son yıllarda ortaya konmuş bir son üründür.

Amaç: Çalışmamızda yetişkinlerde serum ürik asidiyle ilişkili oranların—ürik asit-albümin oranı (uric acid-to-albumin ratio, UAR), ürik asit-kreatinin oranı (uric acid-to-creatinine ratio, UCR), ürik asit-HDL kolesterol oranı (uric acid-to-high-density lipoprotein cholesterol ratio, UHR) ve ürik asit-lenfosit oranı (uric acid-to-lymphocyte ratio, ULR)—obez bireylerde BMI ve karaciğer yağlanması ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız retrospektif olarak tasarlanmıştır. Araştırmamıza yaşları 18-64 arasında değişen 269 yetişkin olgu (119 obez ve 150 sağlıklı kontrol) dahil edilmiştir. Olgular öncelikle iki gruba ayrılmıştır: (1) obezler ve (2) obez olmayan sağlıklı kontroller. Obezler ayrıca kendi içlerinde iki gruba ayrılmıştır: (1) karaciğer yağlanması olanlar ve (2) karaciğer yağlanması olmayanlar. Obezite, vücut kitle indeksinin (VKİ) >30 olmasıyla tanımlanmıştır. Demografik ve laboratuvar verileri (serum glukozu, kreatinin, ürik asit, albümin, AST, ALT, CRP, total kolesterol, trigliserid, HDL kolesterol, LDL kolesterol, TSH, insülin ve tam kan sayımı) laboratuvar bilgi yönetim sisteminden elde edilmiştir. İnsülin direnci için homeostatik model değerlendirme (HOMA-IR) kullanılmış ve ürik asit ile ilişkili oranlar hesaplanmıştır.

Bulgular: Obez olmayan gruba kıyasla, obez grupta daha yüksek UCR ve daha düşük ULR düzeyleri saptanmıştır ($p < 0,05$). Ancak iki grup arasında serum ürik asit, UAR ve UHR düzeyleri istatistiksel olarak farklılık göstermemiştir ($p > 0,05$). Obezite ve karaciğer yağlanması olan grupta, obezite olup karaciğer yağlanması olmayanlara kıyasla serum ürik asit, UAR, UCR ve UHR düzeyleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). İki grup arasında ULR düzeyleri açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p > 0,05$). Ayrıca, HOMA-IR ile UHR arasında pozitif bir ilişki gözlenmiştir ($p < 0,05$). BMI ile serum ürik asit veya ürik asitle ilişkili oranlar arasında korelasyon bulunamamıştır.

Tartışma: Artmış UCR oranları metabolik sendrom ile ilişkili olmasına rağmen, obezitenin şiddeti ile olan ilişkisi kafa karıştırıcıdır. Yüksek UCR ve düşük ULR düzeylerinin obeziteyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Xie ve arkadaşları, UHR ile yağlı karaciğerin şiddeti arasında bir ilişki saptamıştır. Benzer şekilde, çalışmamızda UAR, UCR ve UHR'nin obez hastalarda karaciğer hasarı için prognostik faktör olarak kullanılabileceği görülmüştür. Bulgularımıza göre, ürik asit ile ilişkili çeşitli oranlar obezite, karaciğer yağlanması ve bu durumların komplikasyonlarıyla ilişkilendirilebilir ve tanısal ya da tarama amaçlı kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Metabolik Sendrom

Yayın No: SS-08

Diyabetik Nefropatili Hastalarda Serum Proenkefalin A Düzeyinin Klinik ve Biyokimyasal Parametreler İle İlişkisi

Feride Sevilmiş[1], Hanife Usta Atmaca[2], Çiğdem Usul Afşar[3], Hatice Özkul[2], Özlem Yılmaz Aykent[2], Zahide Adıyaman[4], Mahmut Başar Aykent[5]

[1]Sağlık Bakanlığı, Murgul Devlet Hastanesi
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Onkoloji Kliniği
[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Biyokimya Kliniği
[5]S.B.Ü Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Giriş: Enkefalinler, endojen opioid peptitler olup ve deltaopioid reseptörleri aracılığı ile etkilerini göstermektedir.Bu aktif peptitlerden daha büyük ve stabil olan molekül ise proenkefalin A dır. Yarılanma ömrü uzun olup yaş ve cinsiyetten etkilenmez. Proenkefalin A son dönem böbrek yetersizliği gelişmemiş, diyabetik nefropatili hastalarda, böbrek fonksiyonlarını göstermede yeni bir biyobelirteç olabilirliği çalışmalarda gösterilmiştir.

Amaç: Proenkephalin (pro-ENK) akut böbrek yetersizliğinde gerçek zamanlı değeri göstermek açısından önemli bulunmuştur ve bazı kararlı olmayan klinik durumlarda prognostik gösterge kabul edilmiştir, Bu çalışmanın amacı Serum Proenkefalin A düzeyinin diyabetik nefropatili hastaklarda böbrek yetersizliği , klinik ve laboratuar parametreler ile olan ilişkisinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 0cak-Haziran 2024 tarihlerinde diyabet polikliniğinden insülin bağımlı olmayan Diyabetes Mellitus ve diyabetik nefropati tanılı eGFR 30 ve üstü olan hafif ve orta düzey böbrek yetersizliği mevcut hastalardan seçilmiştir. Hastaların yaş, cinsiyet, comorbiditeleri diyabete bağlı SGLT- 2 kullanım varlığı kayıt edilmiştir. Tüm hastaların başvuru anında sekiz saatlik açlığı takiben venöz kan örnekleri alınmıştır. Alınan venöz kan örneklerinden Proenkefalin A, glukoz , Hba1c, EAG(estimed avarege glukoz), üre, kreatinin, eGFR,total kolesterol, HDL-Kol, LDL-kol, Trigliserit, ve proenkefalin A düzeyi bakılmıştır. Hastaların elde edilen klinik ve laboratuar verileri sağlıklı gönüllülerde elde edilen veriler ile istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Diyabetik nefropatili hastalarda Proenkefalin A düzeyinin sağlıklı gönüllülere göre arttığı(2.31 (Mean: 2.59±1.25) vs pmol/L gösterilmiştir. İleri yaş hastalarda ve eGFR düşük hastalarda serum Proenkefalin A düzeyi yüksek bulunmuştur. Vaka ve kontrol grupları arasında hastaların yaşı, cinsiyet dağılımı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Vaka grubunda proenkephalin, glucose, estimed avarege glucose, HbA1c, urea, creatinin değeri kontrol grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Vaka grubunda eGFR, triglycerides/ glucose değeri kontrol grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşüktü.Vaka ve kontrol

grupları arasında total-chol, LDL-chol, HDL-chol, triglycerides, trig/ HDL-chol değeri anlamlı (p>0.05) farklılık göstermemiştir(Tablo 2).

Tablo 1

		Min-Max	Median	Mean±sd/n-%
Yaş		38.0 - 76.0	56.0	56.4 ± 9.6
Cinsiyet	Female			71 59.2%
	Male			49 40.8%
Hipertansiyon (HT)	(-)			27 30.0%
	(+)			63 70.0%
İskemik kalp hastalığı	(-)			69 76.7%
	(+)			21 23.3%
Periferik vasküler hastalık	(-)			82 91.1%
	(+)			8 8.9%
SGLT-2	(-)			53 58.9%
	(+)			37 41.1%
Mikroalbuminüri	(-)			66 73.3%
	(+)			24 26.7%
Proenkephalin A(pmol/L)		0.28 - 7.19	2.12	2.41 ± 1.16
Proenkephalin A(pmol/L)	< 2.25			67 55.8%
	≥ 2.25			53 44.2%
eGFR		41.4 - 125.2	97.4	92.3 ± 18.9
Glukoz (mg/dL)		77.0 - 353.0	129.5	142.9 ± 59.6
EAG (Estimated Avarege Glucose) (mg/dL)		79.0 - 329.0	149.5	162.9 ± 51.0
HbA1c		4.40 - 13.10	6.85	7.31 ± 1.78
Üre (mg/dL)		14.8 - 62.3	29.6	30.9 ± 10.2
Kreatinin (mg/dL)		0.41 - 1.63	0.78	0.81 ± 0.22
Total -kol (mg/dL)		88.0 - 438.0	184.0	190.9 ± 50.2
LDL-kol (mg/dL)		15.0 - 356.0	106.5	110.7 ± 42.3
HDL-kol (mg/dL)		27.0 - 86.0	48.0	48.7 ± 12.2
Triglycerides/Glukoz		0.19 - 4.57	0.98	1.18 ± 0.75
Trigliserit (mg/dL)		56.0 - 614.0	121.5	152.3 ± 92.0
Trig/HDL-kol		0.76 - 20.47	2.59	3.52 ± 2.85
Grup	Kontrol			30 25.0%
	Vaka			90 75.0%

Tablo 2

Tablo 1 grupların klinik ve laboratuvar değerlerinin karşılaştırılması

		Kontrol Grup (n=30)		Vaka grup (n=90)		p	
		Mean±sd/n-%	Median	Mean±sd/n-%	Median		
Yaş		53.7 ± 6.7	53.0	57.3 ± 10.2	58.0	0.135	m
Cinsiyet	Kadın	22 73.3%		49 54.4%		0.068	X²
	Erkek	8 26.7%		41 45.6%			
Proenkephalin		1.88 ± 0.57	1.89	2.59 ± 1.25	2.31	*0.001*	m
eGFR		104.0 ± 10.0	105.7	88.4 ± 19.6	92.4	*0.000*	m
Glukoz (mg/dL)		94.8 ± 10.7	91.5	158.9 ± 60.6	148.0	*0.000*	m
EAG (mg/dL)		114.6 ± 10.9	114.0	179.1 ± 48.9	168.0	*0.000*	m
HbA1c		5.62 ± 0.38	5.60	7.88 ± 1.70	7.50	*0.000*	m
üre(mg/dL)		25.1 ± 7.8	22.8	32.9 ± 10.2	31.5	*0.000*	m
Kreatinin (mg/dL)		0.71 ± 0.14	0.70	0.85 ± 0.23	0.80	*0.003*	m
Total -kol (mg/dL)		197.6 ± 43.4	200.0	188.7 ± 52.3	183.0	0.175	m
LDL-kol (mg/dL)		117.0 ± 29.9	119.5	108.5 ± 45.7	102.5	0.087	m
HDL-kol (mg/dL)		50.8 ± 12.0	50.0	48.0 ± 12.3	47.0	0.221	m
Trigliserit /glukoz		1.46 ± 0.92	1.22	1.08 ± 0.67	0.89	*0.009*	m
Trigliserit (mg/dL)		137.8 ± 82.5	115.0	157.2 ± 94.9	127.0	0.241	m
Trig/HDL-kol		2.92 ± 2.10	2.42	3.73 ± 3.05	2.67	0.270	m

m Mann-whitney u test / X² Chi-square test (Fischer test)

Tartışma: Bu çalışmada, diyabetik nefropati tanılı hastalarda serum pro enkefalinA düzeyinin daha yüksek olduğu ve serum proenkefalin A düzeyi yüksekliğinde yaşın daha ileri ve eGFR nin ise daha düşük olduğu gösterilmiştir. Enkefalinlerin renal etkileri henüz tam olarak tanımlanmasada stres ve inflamasyon durumlarında nörohumoral aktivasyonun sonucu olarak salındığı düşünülmektedir. Çalışmamızda diyabetik nefropatili hastalarda düzeyinin sağlıklı gönüllülere göre yüksek bulunmuştur (2.59±1.25 ort2.31 versus 1.88±057 ort 1.89)bu düzeyin böbrek fonksiyonlarındaki azalmayla ilişkili olması dışında başka hangi faktörlerdende etkilendiği henüz net değildir.Serum kreatinin düzeyi eGFR'deki erken azalmalara duyarlı değildir. KBH evre 3 olan kişilerin yaklaşık yüzde 75'inde albüminüri yoktur. Proenkefalin A nın gerçek zamanlı böbrek fonksiyonları göstermesi, serum değerlerinin inflamatuar proçes ve komorbiditelerden etkilenmemesi, enkefalinlerin böbrek dışı başka yerden atılmaması, ve proteinlere bağlanmaması kan protein düzeyinden etkilenmemesi, monomerik peptit olması ve glomerüllerden serbestçe süzülmesi nedeniyle böbrek fonksiyonlarını göstermede fonksiyonel biyobelirteç olabilirliği düşünülerek özellikle akut böbrek yetersizliğinin geliştiği klinik durumlarda çeşitli çalışmalar yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: proenkefalin A, Diyabetes mellitus, Kronik Böbrek Yetersizliği, Diyabetik Nefropati

Yayın No: SS-09

Magnezyum Seviyesinin Tiroid Nodülü ile İlişkisi

Ahmet Aydın

Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

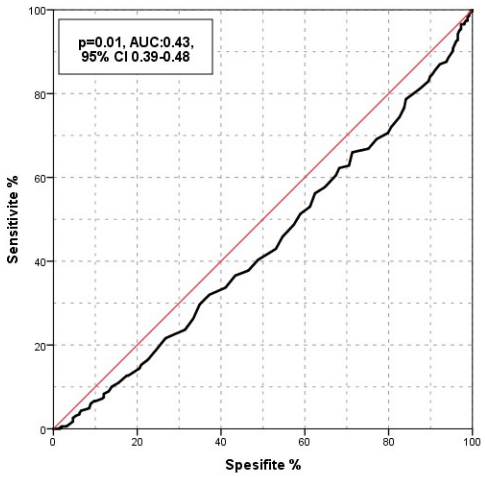
Giriş: Tiroid nodülleri toplumda sık rastlanan ve malignite riskleri de olabilen lezyonlardandır. Tiroid fonksiyonlarının düzenlenmesinde çeşitli magnezyum, selenyum, çinko gibi eser elementlerin rol oynadığı bilinmektedir. Magnezyum çoğu enzimin kofaktörü olup önemli bir katyondur. Magnezyumun (Mg) tiroid fonksiyonları ve guatr etkisi araştırılmış ancak tiroid nodullleriyle ilişkisi tam net belirlenememiştir.

Amaç: Çalışmamızda Mg seviyelerinin tiroid nodülleriyle ilişkisi araştırılmıştır.

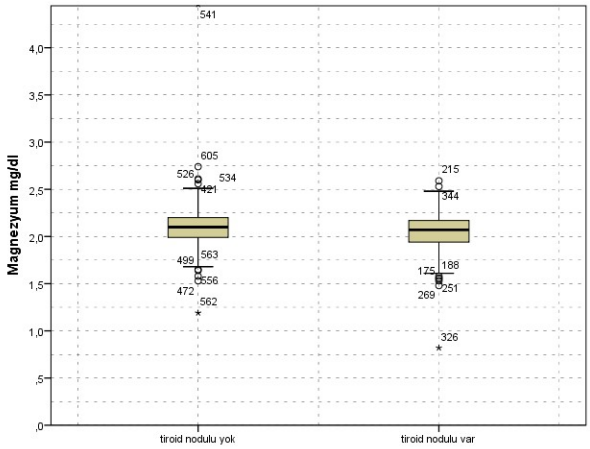
Gereç ve Yöntem: İstanbul Medipol Üniversitesi'ne Ocak 2023-Şubat 2025 tarihleri arasında check-up amaçlı başvuran, bilinen tiroid hastalığı olmayan ve magnezyum preparatı kullanmayan; sT3, sT4, TSH, Mg seviyeleri ve tiroid ultrasonu olan 610 hasta dahil edildi. Veriler için dağılım analizi yapıldı. Mann Whitney U, Lojistik regresyon, ROC analizleri SPSS v.24 ile yapıldı. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların %42,3 (n=258) kadın, %57,7 (n=352) erkek olup, median yaş 54 (aralık 33-93)idi. Tiroidde nodul olanların sayısı 349 (%57,2) ve tüm hastalar ötiroiddi. Tiroid nodul varlığı ile yaş ($p<0,001$), TSH ($p=0,01$) ve Mg ($p=0,01$) düzeyi arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunurken, sT3, sT4 ile anlamlı ilişki bulunmadı. Tiroid nodulu varlığında magnezyum median 2,07 mg/dL (aralık 0,82-2,59), nodulu olmayanlarda ise median 2,1mg/dL (aralık 1,19-4,46) bulundu. Lojistik regresyon analizinde; TSH ve yaş için istatistiksel anlamlılık bulunmazken, Mg düzeyi arttıkça tiroid nodülü görülme olasılığının azaldığı gösterildi ($p=0.005$, exp(b)=0,29, %95 GA: 0.12-0.69). ROC analizinde Mg:89 mg/dL cut-off için sensitivite %83, spesivite %11 bulundu ($p=0,01$, AUC:0,43, %95 GA: 0,39-0,48).

ROC analizi: Tiroid nodul varlığı belirlemede magnezyum değeri



Tiroid nodülü olan ve olmayan hastalarda magnezyum düzeyi



Tiroid Nodül Varlığını Predikte Edebilecek Faktörler

Değişken	B	Wald	p	Exp(B) (OR)	95% Güven Aralığı
Magnezyum	-1.20	7.909	**0.005**	**0.299**	0.129 – 0.694
TSH	-0.05	2.330	0.127	0.949	0.888 – 1.015
Yaş	0.00	0.000	0.987	1.000	0.994 – 1.006
Sabit (Constant)	2.94	10.193	**0.001**	18.931	-

Tartışma: Oksidatif streste tiroid hücreleri, reaktif oksijen radikalleri üretimini katalize eden enzimler salgılar; bu serbest radikallerin fazlalığı yapısal hücre hasarına neden olarak genomik stabiliteyi zayıflatır. Oksidatif stres sonrası magnezyum takviyesinden sonra tiroid morfolojisinin yeniden sağlanabileceği gösteren çalışmalar mevcuttur .Wang ve arkadaşları magnezyumun antiinflamatuvar ve antioksidan özellikleri tiroid kanserlerinde önleyici olabiliceğini ortaya koymuşlardır. Çalışmamızda magnezyumun tiroid nodülu üzerine istatistiksel anlamlı ve bağımsız prediktif belirteç olduğunu gösterdik. Sonuç olarak çalışmamız magnezyumun tiroid hücre proliferasyonu ve nodül gelişimini baskılayabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Magnezyum, Tiroid nodülü, TSH

Yayın No: SS-10

Primer Biliyer Kolanjit Hastalarında D Vitamini Replasmanı Rutin Olmalı mı?

Ömer Faruk Alakuş, Jehat Kılıç

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

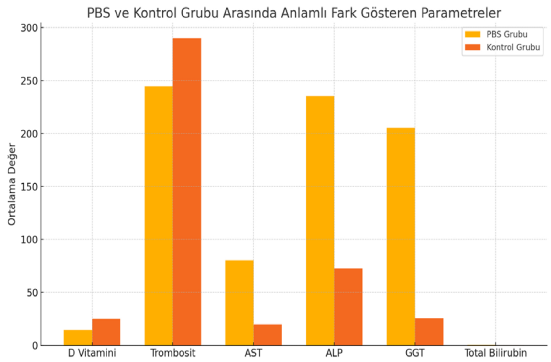
Giriş: Primer biliyer kolanjit (PBK), küçük intrahepatik safra kanallarının otoimmün yıkımı ile karakterize, kronik ve ilerleyici bir kolestatik karaciğer hastalığıdır. Zamanla siroz ve karaciğer yetmezliği gelişebilir. Hastalığın tedavisinde ursodeoksikolik asit (UDCA) ilk basamakta tercih edilir, ancak bazı hastalarda tedaviye yetersiz yanıt alınmaktadır. Son yıllarda D vitamini eksikliğinin PBK hastalarında sık görüldüğü ve bu eksikliğin hastalık aktivitesi, tedavi yanıtı ve mortaliteyle ilişkili olabileceği bildirilmiştir. D vitamini, immünmodülatör, antifibrotik ve antiinflamatuvar etkileri nedeniyle karaciğer hastalıklarının seyrini etkileyebilecek potansiyele sahiptir. Ayrıca kolestaz nedeniyle yağda çözünen vitaminlerin emilim bozukluğu, D vitamini eksikliğini daha da artırabilmektedir.

Amaç: Bu çalışmada PBK hastalarında D vitamini düzeylerinin sağlıklı bireylerle karşılaştırılması, eksikliğin biyokimyasal ve hematolojik parametrelerle ilişkisi değerlendirilerek, D vitamini replasmanının klinik gerekliliği tartışılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif kesitsel çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışmamızda, 01.01.2021–01.01.2024 tarihleri arasında PBK tanısı almış ve D vitamini düzeyi ölçülmüş 21 hasta ile kronik hastalığı bulunmayan, D vitamini replasmanı almayan, iç hastalıkları polikliniğine farklı şikayetlerle başvuran ve D vitamini düzeyi çalışılmış kontrol grubundaki 21 hastanın verileri analiz edilmiştir. Her iki grupta D vitamini, karaciğer enzimleri (AST, ALT, ALP, GGT), total bilirubin, albümin, lipid profili ve hemogram parametreleri incelenmiştir. Verilerin gerekli istatistiksel analizleri yapılarak sonuçlar değerlendirilmiştir.

Bulgular: PBK grubunda ortalama D vitamini düzeyi anlamlı şekilde daha düşüktü (14,50 ± 8,72 vs. 25,12 ± 14,59 ng/mL, $p = 0.006$). Trombosit sayısı PBK grubunda daha düşüktü ($p = 0.044$). Karaciğer enzimleri (AST, ALP, GGT) ve total bilirubin düzeyleri PBK grubunda anlamlı şekilde daha yüksek bulundu ($p < 0.05$). ALT ve trigliserid değerlerinde sınırda anlamlılık saptandı. Diğer parametrelerde anlamlı fark gözlenmedi.

Grafik 1



Grafik 1: PBK ve Kontrol Grubu Arasında Anlamlı Fark Gösteren Parametreler

Tartışma: Bu çalışma, PBK hastalarında D vitamini eksikliğinin yaygın olduğunu ve bu eksikliğin karaciğer fonksiyonlarındaki bozulma ve trombositopeni ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Elde edilen veriler, literatürde yer alan Ebadi ve arkadaşlarının çalışmasıyla uyumlu olup, D vitamini eksikliğinin UDCA tedavisine yanıtsızlık ve hastalık progresyonuyla bağlantılı olabileceğini düşündürmektedir. D vitamini düzeylerinin düşüklüğü, hem karaciğer hasarının bir göstergesi hem de hastalık seyrini etkileyebilecek bir faktör olabilir. Bu nedenle PBK hastalarında D vitamini düzeylerinin rutin olarak değerlendirilmesi ve eksiklik saptanan bireylerde replasman tedavisinin gündeme alınması uygun bir yaklaşım olabilir. Daha geniş örneklemli ve prospektif çalışmalar ile PBK ve D vitamini ilişkisinin netleştirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Primer biliyer kolanjit, D vitamini, Karaciğer fonksiyon testleri

Yayın No: SS-11

Hemodiyaliz Reçetelendirilmesi ve Akut Böbrek Hasarı Nedeniyle Hastanede Yatan Hastalarda Kardiyak Arrest: Tek Merkez Bir Çalışma

Hüseyin Döngelli, Mehmet Asıı Oktan

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi

Giriş: Kardiyak arrest, rutin hemodiyalizi gören hastalar arasında yaygın bir ölüm nedenidir; ancak akut böbrek yetmezliği (ABY) sırasında kardiyak arrestin prevalansı ve risk faktörleri detaylı bir şekilde incelenmemiştir.

Amaç: BU çalışmada ABH nedeniyle hemodiyalize alınan hastalarda hemodiyaliz seansı sırasında ani kardiyak arrest gelişim sıklığını ve buna etki eden klinik faktörleri araştırmayı hedefledik.

Gereç ve Yöntem: Son on yıl içinde ABY nedeniyle hemodiyaliz uygulanan hastalar, hemodiyaliz sırasında kardiyak arrest geçiren hastalar (Grup A) ve hastanede hemodiyaliz dışında kardiyak arrest geçiren hastalar (Grup B) olarak sınıflandırılmıştır. Gruplar, klinik özellikler açısından karşılaştırılmış ve hemodiyaliz sırasında kardiyak arrestin risk faktörleri lojistik regresyon analizi ile belirlenmiştir.

Bulgular: Grup A, ABY nedeniyle hemodiyaliz görenlerin %0.02'sini oluşturan 33 hastadan oluşurken; Grup B, %0.06'lık bir oranla 100 hastadan oluşmuştur. Grup A'da atriyal fibrilasyon daha yaygın bulunmuş (13 [%39] vs. 19 [%19], p=0.017). Metabolik asidoz daha şiddetli, serum kan üre azotu ve kalsiyum seviyeleri Grup B'de daha yüksek bulunmuştur (p<0.05). Ultrafiltrasyon oranları, Grup A'da anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (10.6±4.4 mL/saat/kg vs. 6.2±3.1 mL/saat/kg, p<0.001).Spontan dolaşımın geri kazanılması (ROSC), Grup A'da 16 (%48) hasta ve Grup B'de 57 (%57) hasta ile sağlanmış; ancak yalnızca 2 (%6) ve 3 (%3) hasta taburcu olabilmiştir. Genel mortalite açısından anlamlı bir fark bulunmazken (p=0.597), 24 saatlik mortalite Grup A'da daha yüksek olmuştur (%79 vs. %48, p<0.05).Çok değişkenli regresyon analizi, atriyal fibrilasyon (OR=4.72, CI 1.34–16.69, p=0.016), düşük serum kalsiyum seviyeleri (OR=2.91, her 1 mg/dL azalma için, CI 1.39–6.06, p=0.004) ve yüksek ultrafiltrasyon hacmi (OR=11.28, her 1 L artış için, CI 4.02–31.64, p<0.001) ile hemodiyaliz sırasında kardiyak arrestin bağımsız prediktörleri olarak tanımlanmıştır.

Tartışma: : Atriyal fibrilasyon öyküsü bulunan, düşük serum kalsiyum seviyelerine sahip ve daha yüksek ultrafiltrasyon hacmi olan hastalar, hemodiyaliz sırasında kardiyak arrest geçirme riski açısından, hemodiyaliz dışında kardiyak arrest geçiren hastalardan daha yüksek risk taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: akut böbrek hasarı, kardiyak arrest, hemodiyaliz, ultrafiltrasyon

Yayın No: SS-12

Böbrek Yetmezliğinde Karar Noktası: Nakil mi, Diyaliz mi?

Amil Huseynov[1], Alihan Oral[2], Muzaffer Sarıyer[1]

[1]Medicana İstanbul
[2]Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

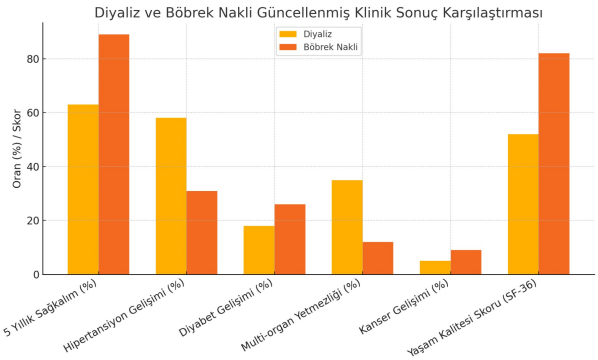
Giriş: Kronik böbrek yetmezliği (KBY), dünya genelinde giderek artan bir halk sağlığı sorunu olup, yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen ve mortalite oranlarını artıran ilerleyici bir hastalıktır. Hastalarda yaşamı sürdürebilmek için renal replasman tedavisi zorunlu hale gelir. Günümüzde bu tedavi seçenekleri temel olarak hemodiyaliz, periton diyalizi ve renal transplantasyon olmak üzere üç ana başlık altında toplanmaktadır. Bu yöntemler, hastanın yaşam süresi, komplikasyon riski ve yaşam kalitesi üzerinde farklı etkiler göstermektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, kronik böbrek yetmezliği (KBY) tedavisinde iki ana yaklaşım olan böbrek nakli ve diyaliz yöntemlerini uzun dönem sonuçlar açısından karşılaştırmak; özellikle sağkalım oranları, hipertansiyon, diyabet ve kanser gelişimi, multi-organ yetmezliği ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini analiz etmektir.

Gereç ve Yöntem: 2020–2024 yılları arasında üç merkezde takip edilen 1.200 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların 600'ü böbrek nakli, 600'ü ise kronik hemodiyaliz uygulananlardan oluşuyordu. Gruplar yaş, cinsiyet ve komorbiditeler açısından benzer özelliklere sahipti. Analiz parametreleri 5 yıllık sağkalım, hipertansiyon, diyabet, malignite ve organ yetmezliği oranları ile SF-36 yaşam kalitesi skorlarını içerdi.

Bulgular: Beş yıllık sağkalım oranı böbrek nakli hastalarında %89, diyaliz hastalarında ise %63 olarak kaydedildi ($p<0.001$). Hipertansiyon ve multi-organ yetmezliği oranları diyaliz grubunda sırasıyla %58 ve %35 ile daha yüksekken; bu oranlar nakil grubunda %31 ve %12 idi. Buna karşılık, böbrek nakli yapılan hastalarda diyabet gelişimi %26, kanser insidansı ise %9 olarak saptanarak, diyaliz grubundaki sırasıyla %18 ve %5'lik oranlara göre daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Yaşam kalitesi değerlendirmelerinde nakil grubunun SF-36 skoru ortalama 82 iken, diyaliz grubunun skoru 52 idi.

Diyaliz ve Böbrek Nakli Klinik Sonuç Karşılaştırması



Böbrek nakli hastalarında diyabet ve kanser gelişimi oranlarının daha yüksek olduğunu, ancak sağkalım ve yaşam kalitesinde hala belirgin üstünlük sağladığını göstermektedir. Diğer komplikasyonlar ise diyaliz grubunda daha yaygındır.

Diyaliz Ve Böbrek Nakli Sonuçları

Sonuçlar	Diyaliz (%) / Skor	Böbrek Nakli (%) / Skor
5 Yıllık Sağkalım (%)	63	89
Hipertansiyon Gelişimi (%)	58	31
Diyabet Gelişimi (%)	18	26
Multi-organ Yetmezliği (%)	35	12
Kanser Gelişimi (%)	5	9
Yaşam Kalitesi Skoru (SF-36)	52	82

Tartışma: Bu çalışmada, kronik böbrek yetmezliği tedavisinde böbrek nakli ve diyaliz yöntemleri karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiş, elde edilen sonuçlar böbrek naklinin sağkalım süresi ve yaşam kalitesi açısından önemli avantajlar sunduğunu ortaya koymuştur. Beş yıllık sağkalım oranlarının nakil grubunda %89, diyaliz grubunda ise %63 olarak bulunması, transplantasyonun mortaliteyi anlamlı ölçüde azalttığını göstermektedir.Nakil grubunda hipertansiyon ve multi-organ yetmezliği oranlarının anlamlı derecede düşük olması, fonksiyonel bir böbreğin hemodinamik stabilite üzerindeki olumlu etkisini desteklemektedir. Çalışmamızda böbrek nakli yapılan hastalarda diyabet (%26) ve kanser (%9) gelişme oranlarının diyaliz grubuna kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun, immünsüpresif ilaçların uzun dönem kullanımına bağlı metabolik değişiklikler ve bağışıklık sisteminin baskılanması sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. Özellikle posttransplant diyabet, son yıllarda transplantasyon sonrası morbidite açısından dikkat çeken bir komplikasyon haline gelmiştir. Benzer şekilde, transplant alıcılarında immünsüpresyon ilişkili lenfoproliferatif hastalıklar ve solid organ tümörlerine yatkınlık da artış göstermektedir.Yaşam kalitesi açısından değerlendirildiğinde, SF-36 ölçeğine göre nakil hastalarının fiziksel fonksiyon, genel sağlık algısı, sosyal uyum ve ruhsal iyilik halleri açısından anlamlı şekilde daha yüksek

skorlar aldığı gözlemlenmiştir. Bu da, transplantasyonun sadece fizyolojik değil, psikososyal olarak da hastalar üzerinde pozitif bir etki yarattığını göstermektedir.Ancak çalışmanın bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. İmmünsüpresyon rejimleri, donör tipi (kadavra/yaşayan), ilaç uyumu ve sosyoekonomik durum gibi faktörlerin detaylı olarak analiz edilememiş olması, verilerin genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Bununla birlikte, geniş örneklem büyüklüğü ve çok yönlü klinik parametrelerin değerlendirilmiş olması çalışmanın gücünü artırmaktadır.Sonuç olarak, böbrek nakli kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda hem sağkalım hem de yaşam kalitesi açısından belirgin avantajlar sunmaktadır. Ancak, diyabet ve malignite gelişimi gibi uzun dönem komplikasyon riskleri nedeniyle hasta seçimi, takip protokolleri ve immünsüpresif tedavi stratejileri dikkatle planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek yetmezliği, böbrek nakli, diyaliz, sağkalım, diyabet, kanser, yaşam kalitesi

Yayın No: SS-14

Geriatrik Bireylerde Böbrek Fonksiyonları ve Kırılganlık Durumu

Umut Karabay

Department Of Internal Medicine, Gulhane Training And Research Hospital, Ankara, Turkey

Giriş: Yaşlanma süreciyle birlikte fizyolojik rezervlerin azalması, yaşlı bireylerde kırılganlık (frailty) sendromunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Kırılganlık, yaşlılarda sağlık durumu üzerinde belirgin etkiler yaratarak, düşme, hastaneye yatış, fonksiyonel kayıp ve mortalite gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmektedir. Literatürde, kırılganlığın nedenleri ve sonuçları hakkında çok sayıda çalışma yer almakta olup, özellikle kronik hastalıklarla olan ilişkisi giderek daha fazla araştırılmaktadır. Kronik böbrek hastalığı da bu süreçte önemli bir faktör olup, glomerüler filtrasyon hızındaki (GFH) düşüşün kırılganlık gelişimine katkı sağlayabileceği öne sürülmektedir. Bu bağlamda, yaşlı bireylerde böbrek fonksiyonlarının kırılganlıkla olan ilişkisini değerlendirmek klinik açıdan önemli bir gereksinim haline gelmiştir.

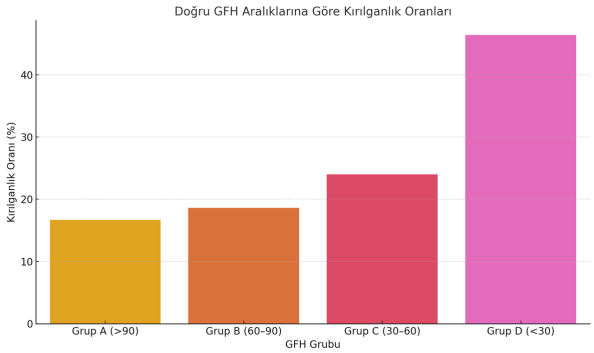
Amaç: Bu çalışmanın amacı, yaşlı hastalarda glomerüler filtrasyon hızı (GFH) ile kırılganlık arasındaki ilişkiyi araştırmak ve GFH düzeylerinin kırılganlık üzerindeki olası etkilerini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif ve kesitsel çalışma, 2024 yılı Şubat ayında bir üçüncü basamak hastanenin iç hastalıkları polikliniğine başvuran 386 hastayı kapsamaktadır. Çalışmaya dahil edilen hastaların GFH düzeyi ve kırılganlık durumu kayıtlıydı. Akut böbrek hasarı olan ya da diyaliz tedavisi gören hastalar dışlandı. GFH, CKD-EPI formülü kullanılarak hesaplandı.Kırılganlık durumu, modifiye Fried kriterlerine göre değerlendirildi. Kilo kaybı, yorgunluk, yavaş yürüme hızı, fiziksel aktivite kısıtlılığı ve kas gücünde azalma (el kavrama gücü) olmak üzere beş kriter esas alındı. Bu kriterlerden üç ya da daha fazlasına sahip olanlar 'kırılgan', bir veya iki kritere sahip olanlar 'kırılganlık öncesi', hiçbir kritere sahip olmayanlar ise 'sağlam' olarak sınıflandırıldı.Hastalar GFH düzeylerine göre dört gruba ayrıldı:Grup A: >90 mL/dk (n=96)Grup B: 60–90 mL/dk (n=97)Grup C: 30–60 mL/dk (n=96)Grup D: <30 mL/dk (n=97)Tüm hastalara ayrıca geriatrik değerlendirme testleri (Mini Nütrisyonel Değerlendirme, Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Mini Mental Durum Testi) uygulandı. Veriler istatistiksel olarak analiz edildi ve anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 76 yıl (dağılım: 62–95) olup, %59,8'i kadın bireylerden oluşuyordu. GFH ortalamaları, kırılgan grupta 64 mL/dk (min–maks: 10–105), kırılganlık öncesi grupta 76 mL/dk (15–110), sağlam grupta ise 83 mL/dk (30–108) olarak bulundu ($p<0.001$).Kırılganlık oranları GFH gruplarına göre şu şekildeydi:Grup D (<30): %46,4Grup C (30–60): %24,0Grup B (60–90): %18,6Grup A (>90): %16,7Lojistik regresyon analizinde GFH <30 mL/dk olan bireylerde kırılganlık gelişme riskinin anlamlı şekilde arttığı gösterildi (OR: 2.41; %95 GA: 1.39–4.12; $p<0.001$). Ek olarak, yaşın artışı (OR: 1.09), kadın cinsiyet (OR: 2.45),

diyabet (OR: 1.65) ve demans tanısı (OR: 5.92) da kırılganlık ile bağımsız olarak ilişkili bulundu (hepsi p<0.05).

GFH Gruplarına Göre Kırılganlık Oranları



GFH Gruplarına Göre Kırılganlık Verileri

GFH Grubu	Katılımcı Sayısı	Kırılganlık Oranı (%)	GFH Ortalaması (mL/dk)
Grup A (>90)	96	16.7	95
Grup B (60-90)	97	18.6	75
Grup C (30-60)	96	24	45
Grup D (<30)	97	46.4	20

GFH: Glomerüler filtrasyon hızı

Tartışma: Bu çalışmada elde edilen veriler, ileri yaş grubundaki bireylerde GFH düzeyindeki azalma ile kırılganlık arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. GFH değeri düştükçe kırılganlık oranlarının belirgin biçimde arttığı görülmüştür. Bu bulgu, kronik böbrek hastalığının, kırılganlık gelişiminde önemli bir risk faktörü olabileceğini desteklemektedir. Ayrıca kadın cinsiyet, ileri yaş, diyabet ve demans gibi bilinen risk etmenlerinin de kırılganlıkla ilişkili olması, çalışmamızın önceki literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir.Kırılganlık, yaşlı bireylerde tanı ve yönetim açısından özel dikkat gerektiren bir durumdur. GFH'nin rutin izlenmesi, kırılganlık riski yüksek bireylerin erken tanımlanmasına katkı sağlayabilir. Ancak bu ilişkinin nedenselliğini net olarak ortaya koyabilmek için prospektif ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Kırılganlık, Glomerüler Filtrasyon Hızı, Geriatri, Fried Kırılganlık Kriterleri

Yayın No: SS-15

Evre 3 Kronik Böbrek Hastalığı Olanlarda Serum Apolipoprotein A-1, Apoliprotein B-100, Apolipoprotein B-100/Apolipoprotein A-1 Düzeylerinin Glomerüler Filtrasyon Hızına Etkisinin Gösterilmesi

Furkan Bertuğ Çetin[1], Gökhan Köker[1], Abdi Metin Sarıkaya[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Kliniği

Giriş: Kronik Böbrek Hastalığı, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de tedavi ve izlemi hem hasta hem de hekimler açısından zor ve yüksek maliyeti olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle hastalarda yıllık glomerüler filtrasyon hızının(GFR) kaybının azaltılması maliyeti de olumlu yönde etkileyecektir.

Amaç: KBH hastalarında renal arter hastalığı ve renal iskemiye yol açan ATS'un, KBH'daki etkisini görmeyi ve ATS'un yıllık GFR kaybında ne kadar rolü olduğunu göstermeyi düşünerek serum apolipoprotein düzeyleri ile yıllık GFR kaybı arasındaki ilişkiyi göstermeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Polikliniği'ne düzenli olarak 2014-2019 yılları arasında en az 3 yıldır takibe gelen ve her birine ait geçmişe dönük gerek bilgisayar, gerekse dosya kayıtlı verileri toplanan hastalara yapılmıştır. Dosya taramaları neticesinde uygun görülen 25-65 yaş arası 56 hastada çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastalarda Apo B100, Apo A1 ve Apo B100/Apo A1 oranlarına bakılarak, bu değerlerin Evre-3 KBH hastalarında, hastalık progresyonunda etkisinin ne derecede hızlı olduğu görülmeye çalışıldı. Elde edilen veriler uygun istatistik yöntem ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastalar NKF/KDOQI ve KDIGO kılavuzlarında belirtilen kriterlere göre, yıllık GFR kaybını hızlı ve yavaş olarak nitelendirdik. Hastalarda yıllık GFR takibine göre ≥4 ml/dk fonksiyon kaybı olanlar hızlı, yıllık GFR <4 ml/dk fonksiyon kaybı olanları ise yavaş GFR kaybı olarak iki gruba ayrıldı. Çalışmaya 28-65 yaş arası hastalar dahil edildi. 56 hastadan 29'u erkek ve 27'si kadındı. Erkeklerin yaş ortalaması 51,07±11,71 ve kadınların yaş ortalaması 53,46±9,80 olarak bulundu. LDL, HDL, Apo A1, Apo B100 ve Apo B100/Apo A1 değişkenleri bakımından GFR kaybının yavaş ve hızlı olan gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). LDL, Apo B100 ve Apo B100/ApoA1 değerleri yıllık hızlı GFR kaybı olan grupta yıllık yavaş GFR kaybı olan gruba göre daha yüksekti. HDL, Apo A1 değerleri yıllık yavaş GFR kaybı olan grupta yıllık hızlı GFR kaybı olan gruba göre daha yüksekti.

Tartışma: Çalışmamızın sonuçları kardiyovasküler hastalıklarda olduğu gibi, böbreklerde de aterojenik faktörlerin GFR kaybı ve serum kreatinin artışında önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Bu konuda daha yüksek hastanın daha uzun süre gözlemine dayanan ek çalışmalara ihtiyacımız vardır.

Anahtar Kelimeler: Kronik Böbrek Hastalığı, Ateroskleroz, Apolipoprotein B100, Apolipoprotein A1, Glomerüler Filtrasyon

Yayın No: SS-16

Hemodiyaliz Hastalarında Hepatit E Virüs Seroprevalansı ve Risk Faktörlerinin Araştırılması

Hakkı Öztürk[1], Metin Özsoy[2], Ayşegül TUNA[3], Artuner Varlıbaş[4], Salih Cesur[2], Aydın Çifci[4], Altan Aksoy[5], Mehmet Demir[6]

[1]Özel Balgat Diyaliz Merkezi, Enfeksiyon Hastalıkları Epidemiyolojisi Uzmanı, Ankara, Türkiye
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye
[3]Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye
[4]Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye
[5]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye
[6]Atılım Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Medicana Ankara Hastanesi, Ankara, Türkiye

Giriş: Türkiye'de hemodiyaliz hastalarında hepatit E virüsü (HEV) seroprevalansı ve bulaşıyla ilişkili risk faktörlerine ilişkin sınırlı sayıda çalışma mevcuttur.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, hemodiyaliz hastalarında hepatit E virüs (HEV) IgG antikor seroprevalansın belirlenmesi ve seropozitif saptanan hastaların yaş, cinsiyet, hemodiyaliz süresi, eşlik eden hastalıklar, yaşadığı bölge (kent veya kırsal), kan transfüzyonu öyküsü, hayvancılıkla uğraşma, içme suyu kaynağı, pişmemiş et tüketimi gibi risk faktörleri açısından araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Etik kurul onayı alındıktan sonra başlanan çalışmaya Ankara'da hemodiyalize giren 61 kadın (%38,1), 99 erkek (%61,9) olmak üzere toplam 160 hemodiyaliz hastası dahil edildi. Hastalarda HEV-IgG antikoru ELISA yöntemiyle ticari kitlerle araştırıldı. Hastalara ait demografik veriler ve risk faktörleri anket formları ile sorgulandı. Veri analizleri SPSS for Windows, sürüm 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, Amerika Birleşik Devletleri) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Sürekli veriler ortalama±SD ve medyan (çeyrekler arası aralık) minimum ve maksimum değer olarak tanımlanmıştır. Kategorik veriler vaka sayısı (%) olarak tanımlanmıştır. Kategorik değişkenler Pearson ki-kare testi veya Fisher's exact testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde p-değeri <0.05 anlamlı düzey olarak kabul edilmiştir

Bulgular: Hemodiyaliz hastalarının yaş aralığı 25-74 yaş aralığında değişiyordu, hastaların yaş ortalaması 59,62 ±10,61 yıl idi. Hastaların 42 (%26,25)'sinde antiHEV-IgG pozitifliği saptandı. AntiHEV-IgG pozitif saptanan hastaların 25 (%59,5) 'i erkek, 17 (%40,4)'si kadındı. Anti HEV-IgG pozitif olan hastalarda yaş ortalaması istatistiksel olarak yüksek iken, HEV-IgG pozitifliği ile

cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. HEV Igg seropozitifliği ile eşlik eden hastalık, yaşadığı bölge (kent veya kırsal bölgede yaşama), kan transfüzyonu, hayvancılık öyküsü, içme suyu kaynağı ve çiğ et tüketimi açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı.

Tartışma: Endemik bölgelerde HEV akut ve kronik karaciğer yetmezliğinin önemli bir nedenidir. Solid organ nakli alıcılarında, hematolojik malignitelerde, HIV hastalarında ve hemodiyaliz hastalarında kronik HEV infeksiyonu ve ilerleyici hastalık bildirilmiştir. Olguların yaklaşık olarak üçte birinde, özellikle T hücrelerini hedef alan immünsüpresif tedavinin azaltılmasından sonra HEV'in temizlendiği rapor edilmiştir. İmmünsüpresif tedavinin azaltılamadığı ve immünsüpresif tedavi azaltıldıktan sonra viral klirens sağlanamayan hastalarda antiviral tedavi verilebilir. Şiddetli enfeksiyonu, fulminan karaciğer yetmezliği ve akut-kronik enfeksiyonu olan hastalarda viral klirensi ve iyileşmeyi hızlandırmak için tek başına ribavirin veya ribavirin ve pegile interferon kombinasyonu verilebilir. Korunma amacıyla HEV aşısı, naif gezginlerde (naive travellers) veya yüksek riskli grup popülasyonlarında koruyucu olabilir. Kronik HEV enfeksiyonunun oluşma mekanizmaları ve hastalığın ciddiyeti şimdiye kadar tam olarak anlaşılamamıştır.Rekombinant teknoloji ile üretilen kapsid aşısı birkaç ülkelerde kullanılmasına rağmen rutin kullanıma girmemiştir. Sonuç olarak, HEV nadirde olsa fulminan hepatite, immünyetmezlikli hastalarda HEV (genotip 3) kronikleşebileceğinden HEV IgG pozititif saptanan hastaların karaciğer fonksiyon testlerinin aralıklı takibi, HEV bulaşına yönelik risk faktörleri açısından hemodiyaliz hastaların ve takip eden hekimlerin bilgilendirilmesinin yararlı olacağı görüşündeyiz.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, hepatit E, seroprevalans, risk faktörleri

Yayın No: SS-17

Akut Pankreatitte HALP Skorunun Hastane Yatış Süresi, Yoğun Bakım İhtiyacı ve Hastalık Şiddeti İle İlişkisi

Rıfat Bozkuş

Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

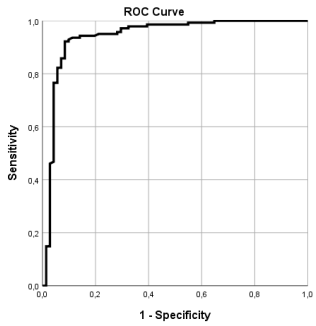
Giriş: Akut pankreatit (AP), klinik seyri hafif formdan ciddi komplikasyonlara kadar değişebilen inflamatuar bir hastalıktır. AP prognozunu değerlendiren çeşitli skorlama sistemleri genellikle hastanın başvurusundan 48 saat sonra uygulanmaktadır. Bu nedenle, zaman kaybını önlemek için başvuru anında kullanılabilecek güvenilir bir biyobelirteç veya skorlama sisteminin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır.

Amaç: Bu çalışmada, Hemoglobin, Albümin, Lenfosit ve Trombosit (HALP) skorunun AP hastalarında hastane yatış süresi, yoğun bakım ihtiyacı ve hastalık şiddeti ile olan ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

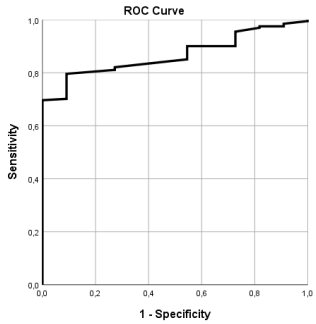
Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, 1 Ocak- 31 Aralık 2024 tarihleri arasında Etlik Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniğinde AP tanısı alan 212 hasta dahil edildi. Hastaların demografik verileri, laboratuvar parametreleri (hemoglobin, hematokrit, beyaz kan hücresi, lenfosit, albümin, C-reaktif protein, trombosit, amilaz, lipaz) ve klinik sonuçları (hastane yatış süresi, yoğun bakım yatışı, Atlanta sınıflamasına göre hastalık şiddeti) kaydedildi. HALP skoru, (Hemoglobin × Albümin × Lenfosit) / Trombosit formülü ile hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 54,09 ± 18,60 yıl olup, %62,7'si kadındı. Atlanta sınıflamasına göre hastaların %66,5'i hafif, %33,5'i orta-ağır şiddetteydi. Orta-ağır pankreatit grubunda yaş ortalaması, CRP, CRP/albümin oranı, WBC düzeyi daha yüksek; lenfosit sayısı ve HALP skoru ise daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Orta-ağır grupta yatış süresi daha uzundu ($p<0,05$). Polifarmasi ve Charlson Komorbidite İndeksi bu grupta anlamlı olarak daha yüksekti. Hastaların %5,2'sinin yoğun bakım gereksinimi olup, HALP skoru düşük olan hastalarda yoğun bakım ihtiyacı daha yüksekti. HALP skorunun hastalık şiddetini öngörmedeki AUC değeri 0,942 olup, kesme değeri 19,75 olarak belirlendi. Yoğun bakım yatışını öngörmede AUC değeri 0,867 olup, kesme değeri 14 olarak belirlendi (Şekil 1, 2) (Tablo 1, 2, 3).

Şekil 1. HALP skorunun Atlanta sınıflandırmasına göre hastalık şiddetini öngörme ROC'si (AUC=0,942 %95 (0,900-0,983))



Şekil 2. HALP skorunun yoğun bakım yatışını öngörme ROC'si(AUC=0,867 %95 (0,806-0,929))



Tablo 1: Atlanta Sınıflandırmasına Göre Hastaların Bazı Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Parametre	Hafif (n=141)	Orta-Ağır (n=71)	Toplam (n=212)	p değeri
Yaş (yıl, ort±SS)	52,43 ± 18,36	57,90 ± 19,15	54,09 ± 18,60	0.001
Cinsiyet (Kadın, n/%)	93 (66,0%)	42 (59,2%)	135 (63,7%)	0,331
Etyoloji (n/%)				
- Bilier	69 (47,5%)	33 (40,8%)	102 (48,1%)	
- Etanol	12 (8,5%)	10 (14,1%)	22 (10,4%)	
- Hiperlipidemi	7 (5,0%)	4 (5,6%)	11 (5,2%)	
- İlaç	19 (13,5%)	10 (14,1%)	29 (13,7%)	0,486
- İdiopatik	34 (24,1%)	14 (19,7%)	48 (22,6%)	

Toplam yatış süresi (gün, ort±SS)	5,04 ± 1,87	11,86 ± 5,57	-	0.001
Polifarmasi (n/%)	113 (80,1%) / 28 (19,9%)	42 (59,2%) / 29 (40,8%)	-	0,001

Tablo 2. Atlanta Sınıflandırmasına Göre Bazı Parametrelerin Karşılaştırılması

PARAMETRE	Hafif	Orta-Ağır	P
CRP/Albumin	7,56 ±11,65	18,97 ±21,78	<0,001
CRP	28,71 ±43,35	68,9 ±79,18	<0,001
Albumin	3,89 ±0,37	4,36 ±4,21	0,351
Hematokrit	40,95 ±5,39	40,43 ±5,75	0,517
Hemoglobin	13,47 ±1,59	13,16 ±1,09	0,091
WBC	10510,43 ±3815,71	11687,46 ±4125,54	0,04
Lenfosit	1858,72 ±842,91	1216,9 ±570,34	<0,001
Trombosit	266,88 ±70,75	268,08 ±77,94	0,91
HALP Skoru	38,82 ±15,51	17,29 ±14,18	<0,001
Lipaz	2431 ±2215,3	2502,06 ±3110,44	0,796
Amilaz	1102 ±1289,89	1150,85 ±1102,19	0,785

Tablo 3.Yoğun Bakıma Yatan ve Yatmayan Hastalarda Bazı Parametrelerin Karşılaştırılması

PARAMETRE	YB YATIŞ+	YBÜ YATIŞ-	P
Yaş	57,39+22,29	54,09+18,59	<0,001
CRP/Albumin	28,34+29,69	10,45+15,19	0,008
CRP	99,63+102,94	39,02+56,3	0,008
Albumin	3,62+0,51	4,06+2,51	0,095
Hematokrit	42,76+4,31	40,66+5,54	0,16
Hemoglobin	13,78+1,04	13,34+1,46	0,191
WBC	13692,73+3958,82	10752,04+3904,01	0,009
Lenfosit	1241,82+392,25	1665,77+831,5	0,093
Trombosit	321+95,9	264,34+70,73	0,053
HALP	13,87+3,3	32,57+18,14	<0,001
Lipaz	3193,73+2926,35	2414,36+2522,46	0,168
Amilaz	1338,55+947,09	1106,31+1242,07	0,222

Tartışma: Bulgularımız, HALP skorunun AP hastalarında hastalık şiddeti, hastanede kalış süresi ve yoğun bakım ihtiyacını öngörmede güçlü bir biyobelirteç olarak kullanılabileceğini göstermektedir. HALP skorunun yüksek tanısal doğruluğa sahip olması, özellikle erken dönemde klinik karar alma ve hasta takibi süreçlerine önemli katkılar sağlayabilir. Ayrıca, inflamatuar belirteçlerden CRP ve CRP/albümin oranının AP prognozunu belirlemede önceki çalışmalarla uyumlu şekilde kullanılabileceği saptanmıştır. Benzer şekilde WBC yüksekliği ve lenfosit düşüklüğünün sistemik inflamatuar yanıtın bir göstergesi olduğu ve hastalık şiddetiyle anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu düşünüldü.İleri yaş, polifarmasi ve komorbiditelerin AP hastalarında klinik sonuçları olumsuz etkileyebileceği, literatürdeki önceki çalışmalarla tutarlı şekilde tespit edilmiştir. Çalışmamız retrospektif tasarımı ve tek merkezli olması nedeniyle bazı sınırlılıklar içermekle birlikte, HALP skorunun AP prognozunda potansiyel bir belirteç olabileceğini ortaya koymaktadır. Gelecekte, daha geniş hasta gruplarında ve prospektif tasarımlarla gerçekleştirilecek çalışmalar, HALP skorunun klinik kullanım alanlarını daha iyi anlamamıza ve doğrulamamıza katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Akut pankreatit, HALP skoru, yoğun bakım, inflamatuar belirteçler

Yayın No: SS-18

İskemik Kolit ile Başvuran Hastalarda Şiddeti Öngören Parametreler Nelerdir?

Süleyman Dolu

Dokuz Eylül Üniversitesi, Gastroenteroloji Bilimdalı

Giriş: İskemik kolit, özellikle ileri yaş grubunda sık karşılaşılan, genellikle kendi kendini sınırlayan ancak bazı durumlarda ciddi komplikasyonlara yol açabilen bir acil bir durumdur. Hastalığın klinik spektrumu geniş olup, bazı olgularda cerrahi müdahale ve yoğun bakım takibi gerekebilmektedir. Bu nedenle, başvuru anında hastalığın şiddetini öngörebilecek klinik ve laboratuvar belirteçlerin tanımlanması önemlidir. .

Amaç: Bu çalışmada, iskemik kolit tanısıyla başvuran hastalarda şiddetli hastalık ile ilişkili olabilecek demografik, klinik ve biyokimyasal parametrelerin belirlenmesi amaçlanmıştır

Gereç ve Yöntem: 2015–2024 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi hastanesineacil servisine başvuran ve iskemik kolit tanısı konulan 125 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar, klinik seyirlerine göre hafif (n=91) ve şiddetli (n=34) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Şiddetli hastalık kriterleri olarak: cerrahi gereksinimi, yoğun bakım ihtiyacı, perforasyon, sepsis gelişimi ve/veya ölüm varlığı kabul edildi. Gruplar; yaş, cinsiyet, komorbiditeler (hipertansiyon, diyabet, koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalık vb.), kullanılan ilaçlar ve başvuru semptomları açısından karşılaştırıldı. Laboratuvar parametreleri (WBC, Nötrofil, Lenfosit, Hemoglobin, Trombosit, BUN, Kreatinin, Albümin, LDH, CRP vb.) analiz edildi. Ayrıca albümin ile normalize edilmiş oranlar olan BUN/ALB, LDH/ALB, NEU/ALB, PLT/ALB, CRP/ALB hesaplandı. BUN/ALB ve LDH/ALB için ROC analizi yapılarak tanısal performansları değerlendirildi.

Bulgular: Şiddetli hastalık grubu istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yaşlıydı (medyan yaş: 77 vs. 73 yıl, p=0.034). Komorbiditelerden diyabet (p=0.005), koroner arter hastalığı (p=0.019) ve serebrovasküler hastalık (p=0.004) şiddetli grupta anlamlı olarak daha sık görüldü. Laboratuvar bulguları değerlendirildiğinde, şiddetli hastalık grubunda bazı parametrelerin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptandı. Lenfosit düzeyleri bu grupta belirgin olarak daha düşük bulunurken (p<0.001), trombosit sayısında da anlamlı bir azalma gözlendi (p=0.034). Ayrıca, BUN ve LDH seviyeleri şiddetli hastalık grubunda anlamlı şekilde daha yüksek tespit edildi (p<0.001). Albümin düzeyleri ise bu grupta istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktü (p<0.001). Özellikle BUN/ALB ve LDH/ALB oranları, hastalığın şiddeti ile güçlü bir ilişki göstermekteydi. BUN/ALB oranı, şiddetli hastalığı olan hastalarda anlamlı olarak daha yüksek olup (medyan 11.77'ye karşı 6.21; p<0.001), ROC analizinde AUC: 0.753, cut-off: 87.07, duyarlılık: %88 ve özgüllük: %63 olarak hesaplandı. LDH/ALB oranı ise AUC: 0.802, cut-off: 86.13, duyarlılık: %85 ve özgüllük: %67 değerleri ile hastalığın şiddetini öngörmede en güçlü laboratuvar belirteçlerinden biri olarak öne çıktı (Tablo-1 ve tablo-2)

Şiddetli ve Hafif İskemik Kolit Grubundaki Klinik Parametrelerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	**Hafif hastalık n=91**	**Şiddetli hastalık n:34**	**P-value**
Yaş, ort±SD, yıl	73.0 (30–97)	77.0 (55–89)	0.034
cinsiyet (E/K), n(%)	30 (33.0%) / 61 (67.0%)	15 (44.1%) / 19 (55.9%)	0.344
Komorbidite			
Hipertansiyon, n(%)	62 (68.1%)	28 (82.4%)	0.176
Diyabet, n(%)	14 (15.4%)	14 (41.2%)	0.005
Koroner arter hastalığı, n(%)	15 (16.5%)	13 (38.2%)	0.019
Kronik Böbrek Yetmezligi, n(%)	16 (17.6%)	11 (32.4%)	0.123
Atrial Fibrilasyon, n(%)	8 (8.8%)	1 (2.9%)	0.442
Serebrovasküler hastalık, n(%)	7 (7.7%)	10 (29.4%)	0.004
İlaç			
NSAİİ, n(%)	4 (4.4%)	1 (2.9%)	1.000
Aspirin, n(%)	20 (22.0%)	13 (38.2%)	0.108
Klopidogrel, n(%)	7 (7.7%)	2 (5.9%)	1.000
YOAK, n(%)	4 (4.4%)	0 (0.0%)	0.574
Warfarin, n(%)	4 (4.4%)	2 (5.9%)	0.663
Başlangıç Şikayeti			
Karın ağrısı, n(%)	65 (71.4%)	21 (61.8%)	0.412
Bulantı kusma, n(%)	21 (23.1%)	9 (26.5%)	0.873
Ishal, n(%)	33 (36.3%)	11 (32.4%)	0.844

tablo-1

Şiddetli ve Hafif İskemik Kolit Grubundaki Laboratuvar Parametrelerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	**Hafif hastalık n=91**	**Şiddetli hastalık n:34**	**P- value**	
Laboratuvar [median (min-max)]				
WBC (u/L)	12.10 (3.80-45.50)	10.10 (2.30-52.60)	0.164	
NEU (u/L)	10.40 (2.20-43.00)	8.40 (1.60-50.90)	0.244	
LYM (u/L)	1.50 (0.20-4.50)	0.80 (0.10-7.80)	< 0.001	
HB (g/dL)	11.90 (6.70-112.00)	12.40 (7.00-16.10)	0.704	
PLT (u/L)	244.00 (22.00-557.00)	218.00 (23.00-386.00)	0.034	
BUN(mg/dl)	18.40 (6.30-99.50)	32.50 (10.00-92.00)	< 0.001	
KRE(mg/dl)	0.80 (0.42-6.33)	1.11 (0.22-4.87)	0.214	
ALB (g/dl)	2.95 (1.59-4.47)	2.44 (2.00-4.09)	< 0.001	
LDH (u/L)	195.00 (102.00-1015.00)	387.00 (128.00-546.00)	< 0.001	
NA (mmol/L)	139.00 (129.00-153.00)	139.50 (122.00-154.00)	0.028	
K (mmol/L)	3.94 ± 0.52	3.81 ± 0.68	0.246	
CRP (mg/L)	72.80 (1.20-400.90)	80.90 (3.80-231.70)	0.754	
NLR	6.95 (0.93-98.50)	10.62 (0.22-127.25)	0.126	
PLR	159.00 (10.48-1235.00)	203.64 (2.95-630.00)	0.051	
LDH/alb	70.91 (29.03-399.61)	149.36 (31.30-232.34)	< 0.001	
BUN/alb	6.21 (2.14–44.82)	11.77 (3.70–45.54)	< 0.001	

tablo-2

Tartışma: İskemik kolit ile başvuran hastalarda yaş, bazı komorbiditeler ve özellikle BUN/ALB ile LDH/ALB oranları hastalığın şiddetini öngörmede anlamlı parametreler olarak bulunmuştur. Bu oranların, iskemik kolitin erken dönemde risk sınıflamasında ve hasta yönetiminde kullanılması, gereksiz cerrahi müdahalelerin önlenmesi ve kaynakların etkin kullanımı açısından değerli olabilir. Bulgularımız, ileriye dönük daha büyük, çok merkezli çalışmalara ışık tutacak niteliktedir.

Anahtar Kelimeler: Kolit, İskemik, kolonoskopi, şiddet

Yayın No: SS-19

Kolorektal Polip Patolojisinin Öngörülmesinde Kişiselleştirilmiş Modelleme Yaklaşımı

Gizem Zorlu Görgülügil[1], Gökhan Köker

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları, Antalya, Türkiye

Giriş: Kolorektal polipler, malign transformasyon potansiyellerine göre adenom ve hiperplastik olarak sınıflandırılmaktadır. Adenomlar, kolorektal kanserin öncüsü olabilecek lezyonlardır. Bu nedenle adenomları erken evrede tanıyabilmek, gereksiz girişimlerden kaçınarak hasta yönetiminde zaman ve kaynak tasarrufu sağlayabilir.

Amaç: Kolorektal kanser taramaları, güncel kılavuzlarda genellikle 45 yaş ve üzerindeki bireyler için önerilmektedir. Ancak bireylerin yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıklarının risk profiline etkisi göz önüne alındığında, kişiselleştirilmiş tarama yaklaşımları gündeme gelebilir. Bu çalışmanın amacı, kolorektal poliplerin patolojisini (adenom vs. hiperplastik) makine öğrenmesi modelleri ile tahmin etmek ve özellikle adenomların doğru sınıflandırılmasında etkili değişkenleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 167 birey dahil edilmiş olup her birey için 31 değişken kaydedilmiştir. Değişkenler arasında yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, ailede polip öyküsü, egzersiz, sigara, alkol, aspirin kullanımı ve detaylı beslenme alışkanlıkları yer almaktadır. Hedef değişken polip patolojisidir (adenom/hiperplastik). Veriler %70 eğitim ve %30 test seti olarak ayrılmış; eğitim seti üzerinde 500 ağaçlı bir Random Forest sınıflandırma modeli kurulmuştur. Test seti tahmin sonuçları confusion matrix ve sınıflandırma metrikleri (accuracy, recall, precision) ile değerlendirilmiştir. Değişken önem düzeyleri Gini katsayısı ile hesaplanmıştır.

Bulgular: Model test setinde %77,5 doğruluk oranına ulaşmıştır. Test seti 50 hastadan oluşmakta olup, bunların 36'sı adenom, 14'ü hiperplastik olarak etiketlenmiştir. Model, adenomlu hastaların 34'ünü doğru olarak tahmin etmiş (Recall: %94,4), sadece 2 adenom vakasını hiperplastik olarak sınıflandırmıştır. Ayrıca, model 6 hiperplastik vakayı yanlışlıkla adenom olarak tahmin etmiş, sadece 4 hiperplastik vakayı doğru sınıflayabilmiştir (Recall: %30,8). Adenom sınıfı için precision değeri %79 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlar, modelin adenomları yakalamada oldukça yüksek başarı gösterdiğini; buna karşın hiperplastik sınıfında düşük duyarlılık sergilediğini göstermektedir.Değişken önem sıralamasında bulgur tüketimi, yaş, BMI, balık ve pirinç tüketimi öne çıkan faktörler olmuştur. Özellikle bulgur tüketiminin modeldeki ağırlığı dikkat çekicidir. Bu bulgular, bireylerin beslenme örüntülerinin kolorektal poliplerin histopatolojik tipleri üzerinde belirleyici olabileceğine işaret etmektedir.

Tartışma: Çalışmada geliştirilen model, adenom poliplerin tahmininde yüksek başarı göstermiştir. Klinik olarak adenomların gözden kaçırılmaması önemli olduğu için bu performans dikkate değerdir. Hiperplastik poliplerdeki düşük duyarlılık, veri dengesizliği ve örneklem büyüklüğüne bağlanabilir. Değişken önem düzeyleri, bireylerin beslenme alışkanlıklarının polip tipi ile ilişkili olabileceğini ortaya koymuştur. Özellikle bulgur, baklagil, balık ve yumurta tüketimi gibi geleneksel öğün örüntülerinin adenom tahmininde belirleyici rol oynadığı görülmüştür. Bu sonuçlar, kolorektal kanser tarama yaşının sabit bir eşik yerine bireysel risk faktörlerine göre esnetilmesini gündeme getirebilir. Gelecekte geniş örneklemli, prospektif çalışmalarda bu tür modellerin validasyonu yapılmalı; hiperplastik sınıfı daha güçlü tahmin edebilmek için veri dengeleme yöntemleri ve farklı algoritmalar (XGBoost, LASSO) denenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal polip, Adenom, Makine öğrenmesi, Random Forest, Beslenme

Yayın No: SS-20

Resmetirom Reçetesi İçin Önerilen İnvaziv Olmayan Tanı Testlerinin Hedef Popülasyonu Belirlemedeki Performansı: Türkiye'den Biyopsi Kontrollü Bir Çalışma

Eda Kaya[1], Sinem Aksoy[2], Nazlıcan Oruç[2], Çağla Taşdemir[2], Beyza Irem Cengiz[2], Çağlayan Keklikkıran[3], Yusuf Yılmaz[3]

[1]İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Knappschaftskrankenhaus Üniversite Hastanesi, Ruhr-Universitesi Bochum, Bochum, Almanya
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Rize, Türkiye
[3]Gastroenteroloji Bilim Dalı, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Rize, Türkiye

Giriş: Resmetirom, metabolik ilişkili steatotik karaciğer hastalığı (MASLD) tedavisi için klinik çalışmalarda gösterdiği başarılı sonuçlar nedeniyle 2024 yılında Amerika'da koşullu onay alarak MASLD için onaylanan ilk ilaç olmuştur. Tedavi endikasyonu, metabolik disfonksiyona bağlı steatohepatit (MASH) ve F2–F3 düzeyinde fibrozis tanısının histolojik olarak doğrulanmasını ve sirozun dışlanmasını gerektirmektedir. Ancak ilacın reçetelenmesi için invaziv olmayan tanı kriterlerinden oluşan bir algoritma önerilmiştir. Bu algoritmanın doğruluğu ise henüz netlik kazanmamıştır. İlacın maliyetinin yüksek olması sebebiyle gereksiz yere reçete edilmesi, sigortaya binen yükün artmasına yol açacaktır.

Amaç: Bu çalışma, biyopsi ile doğrulanmış bir Türk MASLD kohortunda, önerilen invaziv olmayan testlerin hedef popülasyonu belirlemedeki etkinliğini ve doğruluğunu değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmamıza, Türk NAFLD Biyobankası veritabanında bulunan 266 hasta dahil edilmiştir. Resmetirom tedavisine uygunluk, histolojik olarak doğrulanmış MASH tanısına sahip hastalarda, Steatosis, Activity, and Fibrosis (SAF) – Fatty Liver Inhibition of Progression (FLIP) algoritması ve F2–F3 düzeyinde fibrozis varlığına göre belirlenmiştir. İnvaziv olmayan tanı kriterleri iki aşamalı olarak uygulanmıştır. İlk olarak, kadın hastalarda aspartat transaminaz (AST) düzeyinin >17 U/L, erkek hastalarda ise >20 U/L olması ve controlled attenuation parameter (CAP) değerinin ≥280 dB/m olması şartı aranmıştır. İkinci adımda ise, liver stiffness measurement (LSM) değerinin 10–19.9 kPa aralığında olması ya da FAST skorunun ≥0.67 olması durumunda; siroza ait klinik bulguların veya <140.000/µL trombosit sayısının dışlanmasının ardından tedaviye uygunluk öngörülmüştür. Son olarak, bu algoritmanın histolojik tanı ile uyumu analiz edilmiş ve resmetirom reçetelenmesinde bu stratejinin doğruluğu değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışma popülasyonu arasında 130 hasta (%48,9), F2–F3 fibrozis ile birlikte MASH tanısına sahiptir. Bu hastalardan 83'ü (%31,2) LSM'ye göre, 58'i ise (%21,8) FAST skoru

kriterlerine göre tedaviye uygun bulunmuştur. LSM kriteri kullanıldığında 81 hasta (%30,5) eksik tanı almış, 34 hasta ise (%12,8) gereksiz yere tedaviye uygun olarak değerlendirilmiştir. Benzer şekilde, FAST skoru ile 95 hasta (%35,7) eksik tanı alırken, 23 hasta (%8,6) gereksiz yere tedavi adayı olarak belirlenmiştir. Uygunluk düzeyini gösteren kappa katsayısı, hem LSM (0,128) hem de FAST skoru (0,101) için karaciğer biyopsisi ile düşük düzeyde uyum olduğunu ortaya koymuştur.

Çalışmadaki hastaların genel özellikleri (N=266)

Tablo 1. Çalışmadaki hastaların genel özellikleri (N=266)

Parametre	Değer
Yaş (yıl)	51 [19-71]
Cinsiyet (erkek/kadın)	141 (53%) /125 (47%)
Diyabet (evet/hayır)	169 (63,5%) /97 (36,5%)
Hipertansiyon (evet/hayır)	116 (43,6%) /150 (56,4%)
Trombosit (x10^3/µl)	230 [89-543]
Vücut Kitle İndeksi (VKİ), kg/m^2	32.0 [23.7-48.2]
Bel Çevresi (cm)	105 [79-141]
Kalça Çevresi (cm)	108 [85-143]
Alanin Aminotransferaz (ALT), U/L	61 [13-209]
Aspartat Aminotransferaz (AST), U/L	40 [11-162]
Alkalin Fosfataz (ALP), U/L	82 [11-226]
Gamma Glutamil Transferaz (GGT), U/L	48 [8-216]
Toplam Bilirubin, mg/dL	0.7 [0.1-2.8]
Albumin, g/dL	4.6 [3.4-5.9]
Toplam Kolesterol, mg/dL	200 ± 46
Trigleseritler, mg/dL	160 [31-463]
HDL Kolesterol, mg/dL	45 [5.6-84]
LDL Kolesterol, mg/dL	126 [15-400]
Steatosis (S1/S2/S3)	43 (16.2%)/85 (32%)/138 (51.9%)
Aktivite (A1/A2/A3/A4)	15 (5.6%)/64 (24.1%)/95 (35.7%)/92 (34.6%)
Fibrozis (F0/F1/F2/F3/F4)	34 (12.8%)/82 (30.8%)/61 (22.9%)/72 (27.1%)/17 (6.4%)
Anlamli fibrozis (F≥2)	150 (56.4%)
İleri fibrozis (F≥3)	89 (33.5%)
Siroz	17 (6.4%)
MASH	133 (50%)
MASH+F2-F3	130 (48.9%)
FAST Skoru ile Uygunluk	58 (21.8%)
LSM ile Uygunluk	83 (31.2%)

Tablo 2. MASH+F2-F3'ü Tespit Etme Stratejilerinin Performansı

Tablo 2. MASH+F2-F3'ü Tespit Etme Stratejilerinin Performansı

	Sensitivite	Spesifisite	Pozitif Prediktif Değer	Negatif Prediktif Değer	Kappa
CAP+LSM	58%	52%	0.543	0.557	0.128
CAP+FAST	54%	54%	0.543	0.543	0.101

Tartışma: Resmetirom için hedef popülasyonu belirlemede tanımlanan invaziv olmayan testler, uygun hastaları doğru şekilde tespit etme konusunda düşük performans göstermiştir. Bu nedenle, resmetirom tedavisine başlanmadan önce karaciğer biyopsisi yapılması maliyetin gereksiz yere artmasını önleyecek ve tedavinin ekonomik yükünü ciddi oranda azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: Resmetirom, MASLD, MASH, Fibrozis

Yayın No: SS-21

Gastrointestinal Sistemin Boyunca Dieulafoy Lezyonlarının Mortalite ve Tekrar Kanama Oranı

Hüseyin Döngelli, Eren Yalçın, Süleyman Dolu, Göksel Bengi

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İzmir

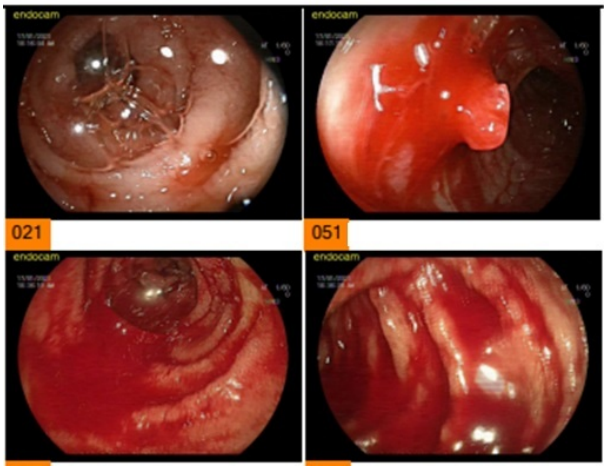
Giriş: Giriş/Amaç: Dieulafoy lezyonu (DL), nadir görülen ancak potansiyel olarak hayatı tehdit edebilen bir gastrointestinal kanama nedenidir (1,2).

Amaç: Bu çalışmada, son yirmi yıl içinde DL tanısı almış tüm hastalar retrospektif olarak analiz edilerek tekrar kanama ve mortalite gibi klinik sonuçlara odaklanılmıştır. Bu durumla ilişkili faktörleri belirleyerek DL'nin daha iyi anlaşılmasını ve yönetimini geliştirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, gastrointestinal kanama nedeniyle hastaneye yatırılmış ve endoskopi ile Dieulafoy lezyonu tanısı almış 39 hasta dahil edilmiştir. Veriler retrospektif olarak toplanmış ve tüm nedenlere bağlı mortalite ile tekrar kanama oranlarıyla ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 39 hastanın ortalama yaşı 64 olup, 13'ü (%33) kadındı. En sık başvuru şikâyeti hematemez (%41) olarak tespit edilmiştir. DL'lerin en sık lokalize olduğu bölge mide olup, toplam 25 (%64,1) hastada mide yerleşimli DL saptanmıştır. Bir hafta içinde tekrar kanama oranı %33, 90 günlük mortalite oranı ise %28 olarak bulunmuştur. Tek değişkenli analizde, özofageal lokalizasyon (HR: 3,398, p = 0,042), düşük hemoglobin seviyeleri (HR: 0,758, p = 0,030) ve yüksek Glasgow-Blatchford skoru (HR: 1,179, p = 0,035) tekrar kanama ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Çok değişkenli analizde, yaş, cinsiyet ve komorbidite indeksi için düzeltme yapıldıktan sonra, duodenal lokalizasyon bağımsız olarak daha yüksek mortalite ile ilişkilendirilmiştir (HR: 27,276, p < 0,001).

Şekil 1: Çift Balonlu Enteroskopi: Duodenumun 3. Kısmında Dieulafoy Lezyonu



Tartışma: Dieulafoy lezyonları en sık mide lokalizasyonunda görülmekle birlikte, jejunum veya herni kesesi gibi atipik bölgelerde de bulunabilmektedir. Özellikle ince bağırsağın atipik bölgelerinde yerleşen DL'lerin tanı ve tedavisinde enteroskopi kritik bir rol oynamaktadır. Lezyonun lokalizasyonu, hem tekrar kanama hem de mortalite oranlarını öngörmede önemli bir belirleyicidir.

Anahtar Kelimeler: Dieulafoy lesion, Enteroskopi, Duedenum

Yayın No: SS-22

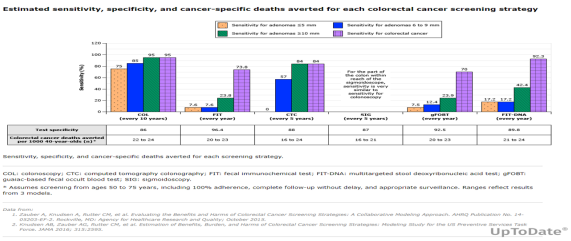
Gaitada Gizli Kan Pozitif Saptanmış Olan Hastaların Demir Durumlarına Göre Kolonoskopik ve Patolojik Bulgularının İncelenmesi

Mustafa Burak Yıldırım, Feyzi Bostan

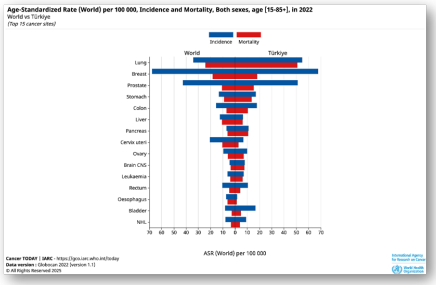
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Dünya Sağlık Örgütü, yetişkinlerde hemoglobin konsantrasyonunun Kadınlarda 12 gram/desilitre (g/dL), Gebelerde 11 g/dL'nin, Erkeklerde 13 g/dL'nin altında olmasını anemi olarak tanımlamıştır. Serum ferritini, demir eksikliğini gösteren en güçlü test olduğu için çalışmamızda serum ferritini kullandık. Tanı için sınır değeri 15 mikrogram/litre (µg/L) olarak belirlenmiştir. Bu değer eşlik eden kronik hastalık yoksa geçerlidir. Eğer eşlik eden kronik hastalık varsa sınır değer 50 µg/L'dir.Rutin kolon kanseri taraması risk gruplarına göre değişmektedir. Herhangi bir risk faktörü bulunmayan bireyler için 45 yaşından başlamak üzere yıllık gaitada gizli kan testi (fekal immunokimyasal test veya multitarget stool DNA yöntemi ile) ve her 10 yılda bir kolonoskopi ile tarama önerilir.

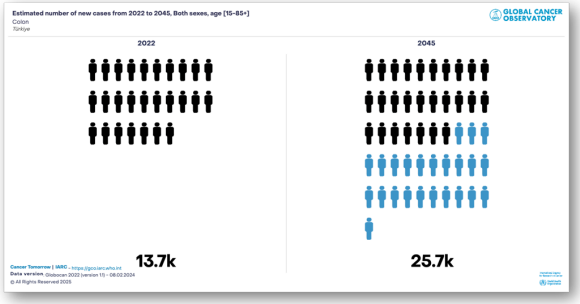
Gaitada Gizli Kan Testleri ve Kolonoskopi Ne Kadar Sensitif ve Spesifik?



Kolon Kanseri Epidemiyoloji



Kolon Kanseri Epidemiyoloji



Amaç: Çalışmamız gaitada gizli kan testi pozitif çıkan ancak daha önce bu duruma neden olabilecek bir hastalık tanısı almamış bireylerin demir durumlarına göre kolonoskopi ve biyopsi sonuçlarını incelemeyi amaçlıyor. Demir eksikliğinin ve demografik özelliklerin kolonoskopi ve biyopsi sonuçları üzerindeki etkisi dikkate alınarak, özellikle yüksek riskli grupların belirlenmesi amaçlanmıştır.Hipotezimiz Gaitada gizli kan pozitif ve demir eksikliği anemisi olan hastalar dikkatle izlenmelidir.Gaitada gizli kan pozitif saptanmış her hastaya kolonoskopi yapmalı mıyız?Gastrointestinal patolojiler ile hastaların demir durumları arasında bir ilişki var mı?Kadınlarda gastrointestinal malignite tarama için ortalama cutt of değeri verebilir miyiz?sorularına cevap verme amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: 01.01.2016-31.12.2022 tarihleri arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi dahiliye polikliniklerinde takipli, fekal immünokimyasal test yöntemiyle gaitada gizli kan pozitif saptanmış 1817 hasta dahil edilmiştir. 890 hasta kolonoskopi sonuçlarına erişilememesi nedeniyle, 280 hasta da dışlama kriterlerini (18 yaşından genç hastalar, bilinen inflamatuar barsak hastalığı olanlar, bilinen kolon kanseri olanlar, bilinen mide kanseri olanlar, bilinen ince bağırsak kanseri olanlar) taşıdığı için çalışma dışı bırakıldı. 647 hasta dosyası istatistiksel değerlendirmeye alındı. Hastaların demografik bilgileri, hemoglobin, ferritin değerleri, kolonoskopi bulguları ve kolondan alınan biyopsi bulguları kaydedildi. Demir durumlarına göre hastalar: Demir durumu normal (DDN), Demir Eksikliği ve Demir Eksikliği Anemisi olarak 3 gruba ayrıldı: 1. Demir durumu normal olanlar (Anemi yok, ferritin normal) 2.Demir eksikliği durumu olanlar (Hemoglobin normal, ferritin düşük) 3.Demir eksikliği anemisi olanlar (Hemoglobin düşük, ferritin düşük) Hastaların kolonoskopi ve biyopsi sonuçları incelenerek gruplar arasındaki farklar analiz edildi.

Bulgular: Demografik veriler, yaş ve cinsiyetin kolon patolojileri ile ilişkili olduğunu gösterirken, ferritin ve hemoglobin düzeyleri düştükçe ciddi kolon hastalıklarının görülme oranının arttığı saptandı.Çalışmamızda ise 60,5 yaş üzerindeki kadın hastalarda malignite riskinin anlamlı şekilde arttığı tespit edilmiştir. Bu bulgu, kadınlarda kolorektal malignite açısından ileri yaşın önemli bir faktör olabileceğini ve kadınlar için bu yaş grubunda kolorektal maligniteler için daha dikkatli olunması gerektiğini göstermektedir.

Kolonoskopi Sonuçlarının Gruplarda İncelenmesi

Kolonoskopi	Genel Sonuçlar n (%)	Demir Durumu Normal n (%)	Demir Eksikliği n (%)	Demir Eksikliği Anemisi n (%)
Normal	244(37,7)	139(41,7)	47(32,6)	58(34,1)
Polip	134(20,7)	75(22,5)	33(22,9)	26(15,3)
Hemoroid	72(11,1)	39(11,7)	14(9,7)	19(11,2)
Ülseratif Kolit	50(7,7)	22(6,6)	10(6,9)	18(10,6)
Divertikül	35(5,4)	15(4,5)	11(7,6)	9(5,3)
Ülser	22(3,4)	8(2,4)	4(2,8)	10(5,9)
Kolon kanseri	27(4,2)	7(2,1)	9(6,3)	11(6,5)
Noduler Görünüm	11(1,7)	7(2,1)	3(2,1)	1(0,6)
Chron Hastalığı	7(1,1)	4(1,2)	1(0,7)	2(1,2)
Anal Fissür	6(0,9)	4(1,2)	2(1,4)	0(0)
Rektit	7(1,1)	4(1,2)	2(1,4)	1(0,6)
Rektum Kanseri	13(2)	3(0,9)	0(0)	10(5,9)
Nonspesifik Kolit	9(1,4)	3(0,9)	4(2,8)	2(1,2)
Anjiodisplazi	6(0,9)	1(0,3)	2(1,4)	3(1,8)
İntestinal Parazitoz	1(0,2)	1(0,3)	0(0)	0(0)
Nonspesifik İleit	2(0,3)	1(0,3)	1(0,7)	0(0)
İndetermine Kolit	1(0,2)	0(0)	1(0,7)	0(0)
Total	Total n=647 (%100)	333 (%100)	144 (%100)	170 (%100)

Patoloji Sonuçlarının Gruplarda İncelenmesi

Patoloji	Genel Sonuçlar n(%)	Demir Durumu Normal n(%)	Demir Eksikliği n(%)	Demir Eksikliği Anemisi n(%)
Biyopsi Alınmamış	365(56,4)	203(61)	74(51,4)	88(51,8)
Tübüler Adenom	53(8,2)	33(9,9)	12(8,3)	8(4,7)
Tübülovilloz Adenom	20(3,1)	12(3,6)	1(0,7)	7(4,1)
Adenokarsinom	39(6)	12(3,6)	8(5,6)	19(11,2)
Ülseratif Kolit	31(4,8)	10(3)	6(4,2)	15(8,8)
Adenomatoz Polip	22(3,4)	7(2,1)	12(8,3)	3(1,8)
Nonspesifik Kolit	26(4)	12(3,6)	7(4,9)	7(4,1)
Hiperplastik Polip	19(2,9)	13(3,9)	2(1,4)	4(2,4)
Nonspesifik Değişiklik	20(3,1)	10(3)	3(2,1)	7(4,1)
İnflamatuar Polip	9(1,4)	5(1,5)	2(1,4)	2(1,2)
Eozinofilik Kolit	1(0,2)	0(0)	1(0,7)	0(0)
Soliter Rektal Ülser	2(0,3)	1(0,3)	0(0)	1(0,6)
Karsinoma İn-Situ	1(0,2)	0(0)	0(0)	1(0,6)
Melanozıs Koli	2(0,3)	0(0)	2(1,4)	0(0)
Lenfoid Hiperplazi	2(0,3)	1(0,3)	0(0)	1(0,6)
Submukozal Lipomatozis	2(0,3)	0(0)	1(0,7)	1(0,6)

Ödemli Kolon Mukozası	4(0,6)	2(0,6)	1(0,7)	1(0,6)
Kronik Aktif İnflamasyon	7(1,1)	4(1,2)	2(1,4)	1(0,6)
Villöz Adenom	6(0,9)	3(0,9)	2(1,4)	1(0,6)
Chron Hastalığı	2(0,3)	0(0)	1(0,7)	1(0,6)
İleit	8(1,2)	4(1,2)	3(2,1)	1(0,6)
Normal Kolon Mukozası	6(0,9)	1(0,3)	4(2,8)	1(0,6)
Total	647 (%100)	333 (%100)	144 (%100)	170 (%100)

Tartışma: Bu çalışma, gaitada gizli kan pozitif hastaların demir durumlarına göre sistematik olarak gruplandırıldığı, kolonoskopik ve histopatolojik bulgularla ilişkisinin ayrıntılı şekilde değerlendirildiği ilk çalışmalardan biri olup,bulgularımız literatürle parallellik göstermekte ve literatüre yeni bir bakış açısı kazandırmaktadır. Demir eksikliği ve Demir Eksikliği Anemisi varlığının; premalign lezyonların, kolorektal kanserin daha sık görülmesi, bu hasta grubunun daha yakından izlenmesi ve tarama programlarına daha erken dahil edilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: gaitada gizli kan, hemoglobin, demir, kolonoskopi, biyopsi

Yayın No: SS-23

Metabolik İlişkili Yağlı Karaciğer Hastalığı (MASLD) Tanısı Almış Türk Hastalarda Anlamlı Yüksek FAST Skoru ve Yüksek Riskli MASH'İ Predikte Eden Parametreler

Sudenaz Çelik[1], Ahmet Kadir Özdöl[1], Birsen Bal[1], Zeliha Keskin[1], Eda Kaya[2], Çağlayan Keklikkıran[3], Yusuf Yılmaz[3]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Rize, Türkiye
[2]İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Knappschaftskrankenhaus Üniversite Hastanesi, Ruhr-Universitesi Bochum, Bochum, Almanya
[3]Gastroenteroloji Bilim Dalı, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Rize, Türkiye

Giriş: Metabolik disfonksiyon ile ilişkili steatotik karaciğer hastalığı (MASLD), dünya çapında en yaygın olan kronik karaciğer hastalığı olup, dünya nüfusunun yaklaşık %30'unu etkilemektedir. MASLD genellikle iyi bir seyir izlese de, bazı hastalar daha ileri düzeyde karaciğer hastalığına ilerleme riski taşımaktadır. Bu özel alt grup, histolojik olarak ≥4 NAFLD Aktivite Skoru (NAS) ve ≥2 fibrozis aşaması (F) ile tanımlanır. Bu yüksek riskli hastaları karaciğer biyopsisi yapılmadan tanımlamak amacıyla FAST skoru geliştirilmiş ve ≥0.67 eşiğinin, metabolik disfonksiyon ile ilişkili steatohepatit (MASH) ve anlamlı fibrozisi tahmin etmede başarılı olduğu gösterilmiştir.

Amaç: Bu çalışmada, daha önce MASLD tanısı almış Türk hastalarında FAST ≥0.67'yi öngören parametrelerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Türk NAFLD Biyobankası veritabanını kullanarak, Fibroscan ölçümleri olmayan hastalar dışlandıktan sonra, 272 hasta analizimize dahil edilmiştir. Her bir hasta için FAST skoru, çevrimiçi uygulama (https://www.mashscan.com) kullanılarak hesaplanmıştır. Kategorik değişkenler için Ki-kare testi ve parametrik olmayan sürekli değişkenler için Mann-Whitney U testi kullanılarak tek değişkenli analiz yapılmıştır. FAST skoru ≥0.67 ile anlamlı ilişki gösteren parametreler daha sonra ikili lojistik regresyon analizine dahil edilmiştir.

Bulgular: Hastaların genel özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir (medyan yaş 51 yıl (aralık: 19–71) ve 146 erkek (%53.7)). Tek değişkenli analizde, aspartat transaminaz (AST), alanin transaminaz (ALT), alkalen fosfataz (ALP), gama-glutamil transferaz (GGT), laktat dehidrogenaz (LDH), total bilirubin, total protein, hemoglobin A1c (HbA1c) ve trombosit sayısının, FAST ≥0.67 olan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı farklar gösterdiği bulunmuştur (p-değerleri sırasıyla <0.001, <0.001, <0.001, <0.001, <0.001, 0.001, 0.027 ve 0.001). İkili lojistik regresyon analizinde, AST, ALP, total bilirubin ve total protein, FAST ≥0.67 için anlamlı prediktörler olarak kalmıştır; odds oranları (OR) sırasıyla 1.16, 1.02, 3.9 ve 3.0 olarak bulunmuştur. Bu model, FAST ≥0.67 vakalarının %79'unu ve FAST <0.67 vakalarının %92.5'ini doğru tahmin etmiştir. Youden'in indeksine göre, bilirubin değeri >0.7 mg/dL (AUROC=0.620, CI: 0.549-0.691) ve ALP

>80 U/L (AUROC=0.666, CI: 0.600-0.731), FAST ≥0.67'yi öngörücü parametreler olarak belirlenmiştir.

Hastaların genel özellikleri (N=272)

Tablo 1. Hastaların genel özellikleri (N=272)

Parametre	FAST<0.67	FAST≥0.67	P Değeri
Yaş (yıl)	51 [23-68]	51 [19-71]	0.955
Cinsiyet (erkek/kadın)	100/80	46/46	0.441
Vücut kitle indeksi (VKI), kg/m²	32.0 [23.7-44.9]	32.3 [24.2-48.2]	0.831
Hipertansiyon (evet/hayır)	82/98	35/57	0.247
Bel çevresi, cm	106 [79-135]	104 [79-141]	0.845
Kalça çevresi, cm	110 [89-143]	107 [85-135]	0.291
Aspartat transaminaz (AST), U/L	33 [11-91]	67 [28-168]	<0.001
Alanin transaminaz (ALT), U/L	52 [13-195]	105 [18-245]	<0.001
Alkalen fosfataz (ALP), U/L	78 [11-226]	93 [53-190]	<0.001
Gama-glutamil transferaz (GGT), U/L	41 [8-216]	62 [20-188]	<0.001
Laktat dehidrogenaz (LDH), U/L	195 [15-659]	232 [69-365]	<0.001
Total bilirubin, mg/dL	0.6 [0.1-2.8]	0.8 [0.2-7.6]	<0.001
Toplam protein, g/L	7.6 [6.4-8.6]	7.7 [4.8-9.0]	0.027
Albumin, g/L	4.6 [3.7-5.9]	4.5 [3.4-5.5]	0.114
Toplam kolesterol, mg/dL	200 [74-303]	201 [83-419]	0.467
Dislipidemi (evet/hayır)	110/69	52/40	0.436
Trigliserit, mg/dL	163 [31-647]	155 [37-1314]	0.440
Yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL), mg/dL	45 [5.5-82]	45 [26-84]	0.757
Düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL), mg/dL	126 [15-400]	126 [28-400]	0.489
Glukoz, mg/dL	104 [72-307]	114 [79-342]	0.252
Hemoglobin A1c, %	5.9 [4.5-10.2]	6.2 [4.5-11.1]	0.001
Diyabetes mellitus (evet/hayır)	108/72	63/29	0.187
Hemoglobin, g/dL	14.3 [9.3-17.5]	14.6 [8.5-18.2]	0.373
Trombosit, x10³/µL	235 [89-543]	224 [105-389]	0.014

Tartışma: Kohortumuzda, AST, ALP, total bilirubin ve total protein, FAST ≥0.67 ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Fibroscan'ın mevcut olmadığı klinik ortamlarda, basit laboratuvar parametrelerini içeren alternatif modeller, potansiyel tarama araçları olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: MASLD, Fibrozis, FAST

Yayın No: SS-24

Biyopsi İle MASLD Tanısı Almış Hastalarda, Resmetirom Reçetesi İçin Yüksek Riskli Hastaların Belirlenmesinde Kullanılan İnvaziv Olmayan Tanı Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Hatice Karataş[1], Melike Başkan[1], Selin Karaman[1], Eda Kaya[2], Çağlayan Keklikkıran[3], Yusuf Yılmaz[3]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Rize, Türkiye
[2]İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Knappschaftskrankenhaus Üniversite Hastanesi, Ruhr-Universitesi Bochum, Bochum, Almanya
[3]Gastroenteroloji Bilim Dalı, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Rize, Türkiye

Giriş: Metabolik ilişkili steatotik karaciğer hastalığı (MASLD), dünyada en sık görülen kronik karaciğer hastalığıdır. Çoğunlukla iyi seyirli olsa da bazı durumlarda ileri evre karaciğer fibrozu, siroz ve karaciğer transplantasyonu gibi karaciğerle ilişkili komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bu nedenle, yüksek riskli hastaların tespit edilerek ileri merkezlere yönlendirilmesi gerekmektedir. Bu amaçla, birinci basamakta Fibrozis-4 (FIB-4) indeksi ve NAFLD Fibrozis Skoru (NFS) hesaplanarak, değeri sırasıyla 1.3'ün ve -1.445'in üzerinde olan hastaların ileri sağlık merkezlerine sevk edilmesi öngörülmüştür. MASLD'nin bu yaygınlığı ve komplikasyon riskine rağmen, ancak geçtiğimiz yıl "Resmetirom" adlı bir ilaç, klinik çalışmalardaki başarısı sayesinde Amerika Birleşik Devletleri'nde koşullu onay almıştır. İlacın reçete edilebilmesi için, invaziv olmayan yöntemleri içeren—örneğin FibroScan ve FAST skoru gibi—bir algoritma önerilmiştir. İlacın ülkemize gelmesi halinde, bu algoritmaların uygulanması durumunda kaç kişinin ilaca doğru şekilde ulaşabileceği ise henüz bilinmemektedir. Ayrıca, bu invaziv olmayan tanı yöntemlerinin kullanımıyla birlikte ilacın gereksiz kullanımının artacağı ve bunun da sigorta sistemine ek bir mali yük getireceği öngörülmektedir.

Amaç: Bu çalışmamızda, biyopsi ile tanı almış MASLD hastalarını içeren Türk NAFLD biyobankasını analiz etmeyi, farklı algoritmaların etkinliğini karşılaştırmayı ve öngörülen algoritmalar doğrultusunda resmetirom reçetelenmesinin klinik seyrini incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya dahil edilen hastaların genel özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. FibroScan verileri eksik olan hastalar analiz dışında bırakıldıktan sonra, Türk NAFLD Biyobankası veritabanından toplam 242 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Resmetirom tedavisine uygunluk, histolojik olarak doğrulanmış MASH tanısına sahip hastalarda, Steatosis, Activity, and Fibrosis (SAF) – Fatty Liver Inhibition of Progression (FLIP) algoritması temel alınarak ve F2–F3 düzeyinde fibrozis varlığına göre belirlenmiştir. İnvaziv olmayan tanı kriterleri üç aşamalı bir algoritma şeklinde uygulanmıştır. İlk basamakta, FIB-4 skoru <1.3 ve NFS <-1.455 olan hastalar değerlendirme dışı bırakılmıştır. İkinci aşamada, kadın hastalarda aspartat transaminaz (AST) düzeyinin >17 U/L, erkek hastalarda ise >20 U/L olması ve

controlled attenuation parameter (CAP) değerinin ≥280 dB/m olması şartı aranmıştır. Üçüncü aşamada ise, liver stiffness measurement (LSM) değerinin 10–19.9 kPa aralığında olması ya da FAST skorunun ≥0.67 olması durumunda; siroza ait klinik bulguların veya <140.000/µL trombosit sayısının olmaması koşuluyla tedaviye uygunluk öngörülmüştür. Son olarak, bu algoritmanın histolojik tanı ile uyumu analiz edilmiştir.

Bulgular: Toplamda 139 hasta (%57,4) FIB-4 <1,3 değerine sahip olup, 103 hasta (%42,9) ise bir sonraki basamağa geçememiştir. Bu hastaların sırasıyla 56'sı (%40,3) ve 37'si (%35,9) MASH+F2–F3 kriterlerine uymaktadır. FIB-4 ile birlikte LSM algoritması takip edildiğinde 42 hasta (%17,4), FAST algoritması takip edildiğinde ise 33 hasta (%13,6) kriterleri karşıladı. LSM algoritması 28 hastayı (%23,3) doğru olarak ilaç reçete ederken, 14 hasta (%11,5) yanlış yere ilaç almıştır. FAST algoritmasında bu değerler sırasıyla 21 hasta (%17,5) ve 12 hastadır (%9,8). NFS algoritmasında da benzer değerler gözlenmiştir. Her iki algoritma da altın standartla zayıf uyum göstermiştir (Kappa değeri sırasıyla FIB-4 için 0,119 ve 0,077, NFS için 0,080 ve 0,080). FIB-4 ve ya NFS ön elemesi olmadığında uyum artsa da yine zayıf uyum gözlemlenmiştir (Kappa değeri sırasıyla LSM ve FAST içeren algoritmalar için 0,130 ve 0,122).

Hastaların genel özellikleri

Tablo 1. Hastaların genel özellikleri (N=242)

Parametre	Değer
Yaş (yıl)	51 [23-68]
Cinsiyet (erkek/kadın)	112 (%46,3) /130 (%53,7)
Vücut kitle indeksi (VKI), kg/m²	32,0 [23,7-48,2]
Hipertansiyon (evet/hayır)	138 (%57) /104 (%43)
Aspartat transaminaz (AST), U/L	40 [15-162]
Alanin transaminaz (ALT), U/L	62 [13-209]
Alkalen fosfataz (ALP), U/L	83 [11-226]
Gama-glutamil transferaz (GGT), U/L	49 [8-216]
Laktat dehidrogenaz (LDH), U/L	206 [15-659]
Total bilirubin, mg/dL	0,7 [0,1-2.8]
Albümin, g/L	4,6 [3,4-5,9]
Toplam kolesterol, mg/dL	200±45
Dislipidemi (evet/hayır)	144 (%59,8) /97 (%40,2)
Trigliserit, mg/dL	162 [31-463]
Yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL), mg/dL	45 [26-84]
Düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL), mg/dL	127 [15-400]
Hemoglobin A1c, %	6 [4,5-11,1]
Diyabetes mellitus (evet/hayır)	154 (%63,6) /88 (%36,4)
Trombosit, x10³/µL	230 [89-543]
FIB-4	1,2 [0,3-6,3]
Liver stiffness measurement, kPa	7,4 [4-69]
FAST skoru	0,6 [0,02-0,95]
MASH+F2-F3	120 (%49,6)

Tartışma: Bu bulgular, invaziv olmayan tanı algoritmalarının klinik rutin kullanım için yeterince uygun olmadığını; resmetirom reçetelendirilmesinin karaciğer biyopsisine dayalı olarak yapılmasının, sağlık sigortası açısından daha rasyonel bir yaklaşım olacağını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: MASLD, FIB-4, FAST, Fibrozis, NFS

Yayın No: SS-25

Anti-HCV Pozitif Bireylerde Farkındalık, Risk Faktörleri ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ile Etkileşim: Anket Temelli Geniş Katılımlı Bir Kesitsel Çalışma

Merve Eren Durmuş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği

Giriş: Hepatit C virüsü (HCV), dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Tedavi edilebilir bir hastalık olmasına rağmen birçok birey tanı aldığından habersizdir veya tedaviye ulaşamamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2030 yılına kadar viral hepatitleri ortadan kaldırma hedefi, toplumda farkındalığın artırılması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğini gerektirmektedir. Özellikle tanı sonrası süreçte bireylerin bilgi düzeyleri, bulaş yollarına dair algıları ve sağlık hizmetlerine erişimi hastalığın yönetimini doğrudan etkilemektedir. HCV pozitif bireylerde bu parametrelerin değerlendirilmesi, sağlık sisteminin eksik yönlerinin belirlenmesi açısından önemlidir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Anti-HCV pozitif bireylerin sosyodemografik özelliklerini, HCV hakkında bilgi ve farkındalık düzeylerini, hastalığa dair bulaş yollarına ilişkin algılarını, riskli temas öykülerini ve aile hekimliği ile olan temaslarını değerlendirmektir.

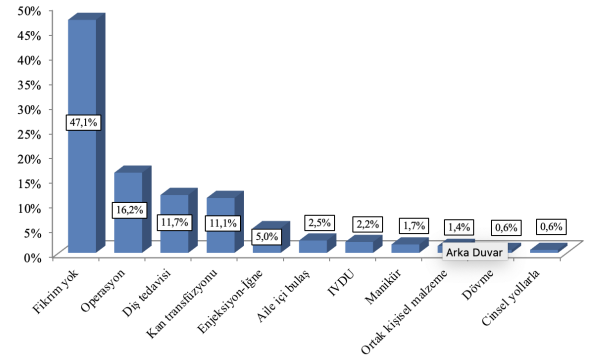
Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte tasarlanan bu çalışmada, 2019–2023 yılları arasında Anti-HCV pozitif olarak saptanan 3924 hastadan ulaşılabilen 359 bireye yüz yüze anket uygulanmıştır. Anket formu; katılımcıların demografik verilerini, HCV-PCR sonuçlarını, tedavi durumlarını, farkındalık düzeylerini, bulaş yolları ve riskli temas öykülerine dair görüşlerini ve aile hekimliği ile etkileşimlerini değerlendirecek şekilde yapılandırılmıştır. Elde edilen veriler tanımlayıcı istatistiklerle analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 54,5±17,5 yıl olup, %57,4'ü kadın ve %92,5'i Antalya'da ikamet etmekteydi. Katılımcıların %62,7'si HCV-PCR pozitifti; bu grubun %42,2'si hiç tedavi almamıştı. Eğitim düzeyleri incelendiğinde, %47,6'sının lise, %27'sinin üniversite mezunu olduğu, gelir düzeyinin ise çoğunlukla orta (%69,6) olduğu belirlendi. Katılımcıların yalnızca %29,2'si HCV hakkında iyi düzeyde bilgiye sahipken, tedavi almayan bireylerin %83,2'si HCV hakkında fikir sahibi olmadığını belirtti.Bulaş yollarına ilişkin yanlış algılar dikkat çekiciydi; %11,4 öpüşmek/sarılmak, %14,8 öksürmek/hapşırmak ve %17 kişisel eşyaların ortak kullanımını bulaşma yolu olarak değerlendirmişti. Operasyon, diş tedavisi veya anjiyo gibi invaziv işlemlere maruz kalma oranı %84,1 gibi yüksek bir düzeydeydi. Hastaların yalnızca %10,6'sı HCV için koruyucu bir aşının olduğunu düşünürken, %69,4'ü tedavi olduğunu bilmekteydi. Aile hekimlerinin hepatit ile ilgili test isteme (%7,8), bilgilendirme (%6,9) ve ileri merkeze yönlendirme (%5,8) oranlarının oldukça düşük olduğu saptandı.Katılımcıların %73'ü

Anti-HCV pozitifliğinden haberdardı. En sık bilgilendiren bölümler enfeksiyon hastalıkları (%26), gastroenteroloji (%19,8), dahiliye (%19,5) ve hematoloji (%17,6) olarak belirlendi.

Hastaların kendilerine Hepatit C virüsünün nasıl bulaştığı ile ilgili görüşleri

Şekil 1. Hastaların kendilerine Hepatit C virüsünün nasıl bulaştığı ile ilgili görüşleri



Tablo 1. Hastaların HCV bulaş yolları ile ilgili görüşleri

Tablo 1. Hastaların HCV bulaş yolları ile ilgili görüşleri

Bulaş yolu (n= 359)	**n**	**%**
Korunmasız cinsel ilişki		
Fikrim yok	154	42,9
Hayır	18	5,0
Evet	187	52,1
Kan yolu		
Fikrim yok	118	32,9
Hayır	4	1,1
Evet	237	66,0
Öpüşmek veya sarılmak		
Fikrim yok	131	36,5
Hayır	187	52,1
Evet	41	11,4
Öksürmek veya hapşırmak		
Fikrim yok	130	36,2
Hayır	176	49,0
Evet	53	14,8
Ortak mutfak eşyalarını kullanmak		

Fikrim yok	132	36,8
Hayır	174	48,5
Evet	53	14,8
Aynı tuvaleti kullanmak		
Fikrim yok	131	36,5
Hayır	190	52,9
Evet	38	10,6
Kişisel eşyaların ortak kullanımı		
Fikrim yok	132	36,8
Hayır	166	46,2
Evet	61	17,0

Tablo 2. Hastaların Hepatit C hastalığı ile ilgili bilgi durumları

Tablo 2. Hastaların Hepatit C hastalığı ile ilgili bilgi durumları

Bilgi durumları (n= 359)	**n**	**%**
Hepatit C için koruyucu aşı var mıdır?		
Fikrim yok	124	34,5
Hayır	195	54,3
Evet	38	10,6
Yanıt belirtilmemiş	2	0,6
Hepatit C için tedavi var mıdır?		
Fikrim yok	97	27,0
Hayır	12	3,3
Evet	249	69,4
Yanıt belirtilmemiş	1	0,3
Tedavinin başarısı ile ilgili bilginiz var mı?		
Hayır	132	36,8
Evet	226	62,9
Yanıt belirtilmemiş	1	0,3

HCV' nin siroz/karaciğer tümörüne (HCC) neden olabileceğini biliyor musunuz?		
Hayır	141	39,3
Evet	216	60,1
Yanıt belirtilmemiş	2	0,6

Tablo 3. Hastaları Anti-HCV pozitifliği hakkında bilgilendiren branşların dağılımı

Tablo 3. Hastaları Anti-HCV pozitifliği hakkında bilgilendiren branşların dağılımı

Bilgilendiren Branş (n= 262)	**n**	**%**
Enfeksiyon	68	26,0
Gastroenteroloji	52	19,8
Genel Dahiliye	51	19,5
Hematoloji	46	17,6
Aile hekimi	8	3,1
Kadın doğum	7	2,7
Genel cerrahi	6	2,3
Dış merkez	6	2,3
Romatoloji	4	1,5
Ortopedi	3	1,1
Nefroloji	2	0,8
Acil servis	2	0,8
KBB	2	0,8
Cildiye	1	0,4
Göz	1	0,4
Anestezi	1	0,4
Onkoloji	1	0,4
FTR	1	0,4

Tartışma: Çalışmamız, HCV pozitif bireylerin önemli bir kısmının hastalıkla ilgili bilgi düzeyinin düşük olduğunu ve bulaş yollarına dair ciddi bilgi eksikliği ve yanlış inanışlar bulunduğunu göstermektedir. Özellikle tedavi almayan bireylerde farkındalık düzeyinin son derece düşük olması, toplum temelli müdahale programlarının önemini ortaya koymaktadır. Aile hekimlerinin HCV tanı, bilgilendirme ve yönlendirme sürecindeki katkısının sınırlı kalması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu alanda daha etkin kullanılması gerektiğini düşündürmektedir. Bu veriler, HCV eliminasyonu için hedeflenen stratejilere toplum temelli katkı sağlayacak niteliktedir.

Anahtar Kelimeler: Hepatit C Virüsü; Farkındalık; Risk Faktörleri; Aile Hekimliği; Anket Çalışması; Viral Hepatit Eliminasyonu; Birinci Basamak Sağlık Hizmeti

Yayın No: SS-26

Kolestaz Nedeniyle Hastaneye Yatan Olguların Etiyolojik Profili: Retrospektif Bir İnceleme

Muhammed Ali Coşkuner

Antalya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Kolestaz, safra akışının bozulması sonucu safra asitlerinin vücutta birikmesiyle karakterize edilen bir klinik durumdur. Kolestaz, çeşitli nedenlerle gelişebilir ve hem benign hem de malign etiyolojilerden kaynaklanabilir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, kolestaz nedeniyle hastaneye yatan 65 yaş ve üzeri hastaların etiyolojik profillerini incelemek ve benign ile malign etiyolojiler arasındaki farkları değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, 2022-2024 yılları arasında kolestatik karaciğer hastalığı nedeniyle hastaneye yatan 65 yaş ve üzeri bireyler üzerinde retrospektif olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya dahil edilen toplamda 160 hasta bulunmakta olup, kolestaz nedeniyle yatan hastalar etiyolojik nedenlere göre iki ana gruba ayrılmıştır: benign ve malign etiyoloji. Benign etiyolojiye sahip 98 hasta (%61), malign etiyolojiye sahip 58 hasta (%36,25) ve etiyolojisi belirlenemeyen 4 hasta (%2,5) yer almıştır. Benign ve malign grupların yaş ortalamaları 75 olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Bulgular: Kolestaz nedeniyle hastaneye yatan hastaların büyük bir kısmı benign etiyolojilerden kaynaklanmaktadır. Benign etiyolojilerde en sık karşılaşılan neden koledokolitiazis olup, bu etiyoloji %32,5 oranla ilk sıradadır. Diğer benign etiyolojiler arasında pankreatit (%9,4), sepsis (%4,4) ve belirsiz etiyoloji (%2,5) yer almaktadır. Malign etiyolojilerde ise oranlar daha yüksektir ve en yaygın nedenler kolanjiyoselüler karsinom (%13,1) ve pankreas kanseri (%11,9) olarak belirlenmiştir. Malign etiyolojilerin toplam oranı %36,25 ile oldukça yüksektir.Cinsiyet dağılımı açısından malign etiyolojilere sahip hastaların 32'si erkek, 26'sı kadındır. Benign etiyolojilerde ise erkek hasta oranı %52,04 (51 erkek), kadın hasta oranı ise %47,95 (47 kadın) olarak belirlenmiştir. Benign ve malign etiyolojik gruplar arasında yaş ortalamasında anlamlı bir fark bulunmazken, malign hastalarda biyokimyasal parametreler, benign gruptan daha yüksek seviyelerde ölçülmüştür. Malign hastaların ortalama total bilirubin değeri 11,8 mg/dL, direkt bilirubin değeri ise 7,2 mg/dL olarak bulunurken, benign hastalarda bu değerler sırasıyla 3,9 mg/dL ve 2,1 mg/dL olarak ölçülmüştür. Bilirubin seviyeleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).

Tartışma: Bu retrospektif inceleme, kolestaz nedeniyle hastaneye yatan hastaların büyük çoğunluğunun benign etiyolojilerden kaynaklandığını ortaya koymuştur. Bununla birlikte, malign etiyolojilerin oranı %36,25 gibi yüksek bir değere ulaşmıştır ve kolanjiyoselüler

karsinom ile pankreas kanseri en yaygın malign nedenler olarak bulunmuştur. Ayrıca, malign hastalarda bilirubin seviyelerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kolestazın etiyolojisinin belirlenmesi, uygun tedavi ve prognoz açısından büyük önem taşımaktadır. Çalışmamız, kolestazın etiyolojik profilinin belirlenmesine yönelik daha geniş ve prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kolestaz, Sarılık, Etiyoloji

Yayın No: SS-27

İç Hastalıkları Kliniğinde Yatan Geriatrik Hastalarda Anemİnin Prevalansı ve Etiyolojisi

Aslı Akbaba, Şirin Şanlı, Refik Demirtunç

SBU Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi SUAM, İstanbul

Giriş: Anemi, geriatrik yaş grubunda sık görülen bir sorundur. Anemi düşük hemoglobin düzeyi ve vücudun fizyolojik ihtiyaçlarını karşılamak için yetersiz oksijen taşıma kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Yaşlılarda hastaneye yatış, morbidite, mortalite için risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Yaşlılarda anemi fizyolojik bir durum olarak düşünülerek gözden kaçabilmektedir. Diğer taraftan yaşlı hastalarda aneminin etiyolojisini bulmak komorbid hastalıklar nedeni ile zorlaşmaktadır.

Amaç: Çalışmada iç hastalıkları kliniğinde yatan geriatrik (65 yaş ve üzeri) hastalarda anemi prevalansı ve etiyolojisini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma iç hastalıkları kliniğinde yatan 65 yaş ve üzeri hastalarda anemi prevalansı ve etiyolojisini araştırmayı amaçlayan tanımlayıcı, retrospektif ve kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırma havuzunu SBÜ İstanbul Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi İç Hastalıkları kliniğinde yatarak tedavi edilen 513 geriatrik hasta oluşturuldu. Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 452 hasta ile çalışma tamamlandı. Hemoglobin seviyesi kadınlarda 12 gr/dl ve erkeklerde 13 gr/dl nin altında olması anemi olarak kabul edildi. Aneminin şiddeti, aneminin yaş ile ilişkisi araştırıldı.

Bulgular: Araştırmamıza toplam 452 kişi katıldı. Katılımcılar yüksek oranda %54,9 kadın, %45,1 oranda erkek olduğu bulunmuştur. Hastaların %67'sinde (n=303) anemi olduğu saptanmıştır. Anemi yaşa göre ayrıldığında 65-74 yaş (genç-yaşlı) grubunda %39 (n=118), 75-84 yaş (orta-yaşlı) grubunda %41 (n=124),85 yaş ve üzeri (ileri-yaşlı) grubunda %20 (n=61) oranda bulunmuştur. Nutrisyonel anemisi olan hastaların; en çok %21' inin (n=63) demir eksikliği anemisi olduğu bulunmuştur. Kronik hastalık anemisi olan hastaların en çok %20'sinin solid tümör olduğu bulunmuştur. Hematolojik malignitelere bağlı anemisi olan hastalarda %4 (n=12) miyelodisplastik sendroma bağlı anemi olduğu saptanmıştır. Kanamaya bağlı anemisi olan hastaların %4'ünde (n=11) gastrointestinal sistem kanamasına bağlı anemi olduğu belirlendi. Demir eksikliği anemisi tanısı alanların %66,7' si kadın, %33,3 erkek olarak saptandı ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,018).

Tartışma: Geriatrik yaş grubunda anemi %67 gibi yüksek bir oranda bulunmuştur. Bu durum geriatrik grubun yaklaşık '2/3' ünü oluşturmaktadır. Yaşlılarda bu kadar sık görülen anemi fizyolojik olarak kabul edilip gözardı edilmemelidir. Özellikle bu anemik grubun %23'ü nutrisyonel anemi olup tanı ve tedavi profili görece basit bir durumdur.

Anahtar Kelimeler: Anemi, Yaşlı hasta, Anemi paterni, Anemi sıklığı

Yayın No: SS-28

Hematoloji ve Onkoloji Kliniklerinde Yeni Tanı Almış Hastaların Kemoterapi, Radyoterapi ve Cerrahi Tedavi Öncesi ve Sonrasında Beslenme Parametrelerinin Karşılaştırılması

Cihat Emül[1], Recep Bentli[2]

[1]Refahiye dr FU ilçe devlet hastanesi
[2]Malaya turgut özal üniversitesi

Giriş: HEMATOLOJİ VE ONKOLOJİ KLİNİKLERİNDE YENİ TANI ALMIŞ HASTALARIN KEMOTERAPİ, RADYOTERAPİ VE CERRAHİ TEDAVİ ÖNCESİ VE SONRASINDA BESLENME PARAMETRELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Amaç: : Nütrisyonel değerlendirme kanser hastalarında temel roldedir ve kas kütlesi kaybı başta olmak üzere beden kompozisyonunun değerlendirilmesi bunun ayrılmaz parçası niteliğindedir. Hematoloji ve Onkoloji kliniklerinde yeni tanı almış hastaların tedavi sürecindeki beslenme durumu değişimini değişik tarama araçları ve ölçümler ile prospektif olarak değerlendirip her bir aracın ve ölçümün hem kendi içindeki değişimini hem de birbiri ile olan ilişkilerini incelemeyi amaçladık

Gereç ve Yöntem: : İnönü Üniversitesi İç Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji kliniklerinde yaptığımız çalışmada tedavi öncesi ve sonrası MNA, SGA, CONUT, NRS-2002 testleri ile yeni tanılı hastaların beslenme durumu hakkında bilgi topladık. Hastalarımızı 18 yaş üzeri yeni tanı almış hematoloji ve onkoloji hastalarında seçtik. Toplam 76 hastayı çalışmamıza kattık. Hastaların tanı anındaki ve tanıdan sonraki tedavi sürecinin üçüncü ayındaki antropometrik ölçümlerini(üst orta kol ve baldır çevresi, el kavrama gücü, beden kitle indeksi), tam kan sayımını, elektrolitlerini, karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerini, kolesterol düzeyini kayıtlarımıza ekledik

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 56,0±15,3 idi. Hastaların %51,3'ünde hematolojik, %48,7'sinde onkolojik solid malignite tanısı vardı. Hastaların tedavi sonrasında öncesine göre MNA, SGA, CONUT, NRS-2002 skorlarında, antropometrik ölçümlerinde(el kavrama gücü, üst orta kol ve baldır çevresi, ağırlık, BKİ), laboratuvar ölçümlerinde(total lenfosit sayısı, hemoglobin, trombosit, magnezyum ve kalsiyum) anlamlı bir değişiklik izlendi. MNA testi referans alınarak yapılan analizde SGA'nın malnütrisyonu göstermedeki duyarlılığının diğer iki testten daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tartışma: Hastaların MNA testine göre tanı anında %43,4'ünde, tedavi sonrası ise %70,6'sında malnütrisyon vardı. Testler arasında; malnütrisyonu, laboratuvar ve antropometri ölçümlerindeki değişimi göstermede istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı. Yeni tanı almış hematoloji ve onkoloji hastalarının malnütrisyon durumu tedavi sonrası değişebildiğinden bu konuda hastaların özellikle MNA, NRS-2002 ve SGA ile düzenli olarak, laboratuvar tetkikleri ve antropometrik ölçümlerle değerlendirilmesi yararlı bilgiler sağlamaktadır.Onkolojiden takipli hastalar tümörün kendisine ek olarak malnütrisyonla da mücadele halindedir. Kanser hastaları arasında beslenme yetersizliği prevalansı tahminen %20 ila %70 arasında değişmektedir. Bu değişikliğe farklı kanser tipleri, malnütrisyonu ayırt etmek için kullanılan değişik yaklaşımlar sebep olabilmektedir (32). Besinlerin bünyeye alınması veya orada kullanılmasındaki yetersizlikten ötürü karşımıza çıkan malnütrisyon, kanser hastalarının belirgin bir özelliğidir. Malnütrisyon, kanserin tipine göre hastalarının yüzde 75 kadarını etkileyecek kadar geniş bir yelpazede görülebilir. Solid tümörler (akciğer, pankreas kanseri) gibi belli kanser türleri malnütrisyon ve kaşeksi gelişimi ile daha yakın ilişkilendirilmiştir. Bu durum azaltılmış tedavi yoğunluğu, tedaviye bağlı artmış toksisite, düşmüş hayat kalitesi olarak neticelenmektedir. Erken dönemde yapılan müdahale ile en iyi sonuçlar alındığı iyi bilindiğinden dolayı beslenmeye yönelik girişimin etkisi zamanlamasına bağlıdır. Hastaların beslenme sorunları periyodik olarak tedavinin farklı dönemlerinde irdelenmelidir. Kanser hastalarının doğru yönetilmesi için beslenme yetersizliğinin erkenden tanınması elzemdir. Beslenme değerlendirmesi için doğrulanmış araçlardan biridir MNA ve bu test sayesinde malnütrisyonu olan ve bu riski taşıyan hastalar tedaviden önce ayırt edilebilmektedir (33). Kilo yitirme, besin alma ve beslenme riski hususunda bilgi sunan NRS-2002; yatarak tedavi alan hastalarda önerilen, geçerliliği doğrulanmış, kullanımı rahat bir uygulamadır ve kanser hastalarında da seçilmektedir.

Anahtar Kelimeler: : Beslenme, Kemoterapi, MNA, NRS-2002, CONUT, SGA, Hematoloji, Onkoloji

Yayın No: SS-29

Prospektif Çalışmada Diyabeti Olmayan Demir Eksikliği Anemisinde HbA1c, İnsülin ve Eritropoetin Dinamikleri: Oral ve İntravenöz Tedavilerin Etkileri (Yaşam Kalitesi ve Biyoelektrik İmpedans Analizi Perspektifi)

Hande Nur Sarı[1], Hikmetullah Batgi[4], Ayşe Işık[3], Gül Gürsoy[2]

[1]Ankara Etlik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları
[2]Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı
[3]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Hematoloji Polikliniği
[4]Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Hematoloji Bilim Dalı

Giriş: Demir eksikliği anemisi, toplumda sık rastlanan bir durumdur ve diyabet tanı ve tedavisinde altın standart olarak kullanılan HbA1c değerlerini etkileyebilmektedir. Demir eksikliği, HbA1c'de yanıltıcı artışlara yol açarak klinik karar süreçlerini zorlaştırabilmektedir.

Amaç: Demir eksikliği anemisinin (DEA) tedavisi sonrasında açlık glukoz, insülin, HbA1c ve eritropoetin (EPO) düzeylerindeki değişiklikleri; HbA1c ile EPO arasındaki ilişkiyi; ayrıca EQ5D-3L ve EQ-VAS ile değerlendirilen yaşam kalitesi üzerindeki etkileri incelemeyi amaçladık. Bu çalışma, DEA durumunda HbA1c'nin yanıltıcı yüksek ölçümünü aydınlatarak, klinik tanı ve tedavi süreçlerine yön vermeyi hedeflemektedir.

Gereç ve Yöntem: 2019–2021 tarihleri arasında Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Dahiliye Polikliniği'ne başvuran, diyabeti bulunmayan, hemoglobin <12 g/dL ve ferritin <15 µg/L olan DEA hastaları çalışmaya dahil edildi. Vitamin B12 veya folik asit eksikliği, inflamatuar hastalık, aktif enfeksiyon, malignite, hemoglobinopati, renal fonksiyon bozukluğu veya yakın dönemde kan transfüzyonu öyküsü bulunanlar dışlandı. Demir tedavisinin (oral: her gün veya gün aşırı; intravenöz) öncesi ve tedavi sonrasında (ortanca kontrol süresi 4,25 [3–13] ay) demir parametrelerine ek olarak açlık glukoz, insülin, HbA1c ve EPO serum düzeyleri ölçüldü; EQ5D-3L ve EQ-VAS anketleriyle yaşam kalitesi; biyoelektrik impedans analiziyle de vücut ağırlığı ve kompozisyonu değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 46 hastanın tamamı kadın olup, 14 hasta intravenöz, 32 hasta oral (21 hasta her gün, 11 hasta gün aşırı) demir tedavisi aldı. Tedavi sonrasında HbA1c ve EPO düzeylerinde anlamlı azalma ($p<0,001$) gözlenirken, açlık glukoz, açlık insülin ve HOMA-IR'de anlamlı değişim saptanmadı (sırasıyla $p=0,976$; $p=0,673$; $p=0,773$). Her bir tedavi grubunda benzer değişim desenleri izlenmiştir. HbA1c'deki azalma, total demir bağlama kapasitesindeki (TDBK) azalma ile (%18, ß=0,427, $p=0,006$) ilişkilendirilirken, EPO'daki düşüş hemoglobindeki artışla (%59, ß=-0,768, $p<0,001$) korele olmuştur. Ancak, HbA1c ve EPO düzeylerindeki değişimler arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır ($p=0,174$). Demir tedavisi sonrasında EQ5D-3L indeks ve EQ-VAS skorlarında anlamlı artış gözlenmiş, ancak vücut ağırlığı

ve beden kitle indeksinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır (p=0,411; p=0,364).

Tartışma: DEA hastalarında HbA1c yüksekliği, demir eksikliği nedeniyle ortaya çıkan yanıltıcı bir durum olarak değerlendirilmelidir. Bu nedenle, diyabet tanı ve tedavi kararları öncesinde DEA taraması yapılmalı ve gerekirse tedavi uygulanmalıdır. Demir tedavisiyle elde edilen sonuçlar, HbA1c'deki azalmayı demir parametreleri üzerinden; EPO'daki düşüşü ise aneminin düzelmesiyle ilişkilendirirken, her iki parametrenin birbirleriyle doğrudan ilişkili olmadığını göstermiştir. Bulgular, DEA yönetiminde HbA1c'nin yorumlanmasında dikkatli olunması gerektiğini ve tedavi sürecinin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiler yapabileceğini ortaya koymaktadır. Bu çalışma, DEA'nın tanı ve yönetiminde klinik uygulamalara önemli katkılar sağlayarak, ilerleyen araştırmalara temel oluşturabilir.

Anahtar Kelimeler: Demir eksikliği anemisi, eritropoetin, ferrik karboksimaltoz, glukoz, HbA1c, insülin direnci

Yayın No: SS-30

Erişkin İndirek Hiperbilluribinemili Olgularda Glukoz 6 Fosfat Dehidrogenaz Eksikliğini (G6PD) Atlıyormuyuz ? Erişkin G6PD Eksikliği Tek Merkez Deneyimi

Barış Emekdaş, Teslime Ayaz

İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Glukoz 6 Fosfat Dehidrogenaz eksikliği (G6PD) Türkiye genelinde %0.5, Çukurova bölgesinde %8.2 sıklıkta görülen en sık eritrosit enzim eksikliğidir. Enzim düzeyi ve klinik bulgulara göre beş sınıfa ayrılmıştır. G6PD eksikliğine farklı klinik şekiller ve şiddetlerde erişkin yaşlarda kimi zaman çocukluk yaşlarında tanı almış kişinin büyümesi, kimi zaman tanısız şekilde polikliniklerde karşılaşılmaktadır.

Amaç: Bu araştırmada merkezimizde Glukoz 6 Fosfat Dehidrogenaz enzim düzeyi istenme endikasyonları, hangi klinikler tarafından bu testin istendiği ve düzeyleri irdelenmiştir. Bu hastalığın erişkin dönem farklı prezentasyonlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Hastanemizde son bir yılda istenen G6PD enzim düzeyi tetkiklerinin 36 sının erişkin yaşta hastaya ait olduğu saptandı.Bu hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri incelendi.

Bulgular: Enzim isteyen kliniklere bakıldığında %44 ü genel dahiliye, %27.8 hematoloji, %22.2 si dermatoloji şeklinde dağılımı olduğu görüldü. Enzim istenme nedenleri incelendiğinde %11.1 inda favizm, %25 inde aile öyküsü, %11 inde ilaç kullanımı sonrası sarılık, %19.4 ünde asemptomatik indirek hiperbilluribinemi, %22.2 si dermatoloji kliniğinde farklı nedenli tedaviye dapson eklenmeden önce kontrol amaçlı, %11.1 hemolitik anemi ayırıcı tanısı nedenli istendiği görülmüştür.

Tartışma: Erişkin dönemde farklı klinik prezentasyonlarda pokikliniklerde nadir olmatacak sıklıkta karşımıza çıkan bu hasta grubunun klasik favizm öyküsü ve hemolitik anemi kliniklerinden farklı yüzlerle daha sık gelmesi dikkat çekicidir. Asemptomatik indirek hiperbilluribinemili ile günlük pratikte prezente olan çoğu vakaya Gilbert sendromu tanısı koymadan, siprofloksasin nitrofurantoin vb birçok ilaç kullanımı sonrasında gelişen karın ağrısına ülser dispepsi denilip geçilmeden önce akla G6PD eksikliğini getirmeyi hatırlamak gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Glukoz 6 Fosfat Dehidrogenaz, Favizm, İndirek hiperbilluribinemi

Yayın No: SS-31

Ankilozan Spondilitte MEFV'nin Parmak İzleri: Klinik ve Radyolojik Yansımalar

Zeynep Irmak Kaya[1], Timuçin Kaşifoğlu[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Eskişehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İç Hastalıkları Kliniği
[2]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı

Giriş: Ankilozan spondilit (AS), sakroiliak eklemleri ve omurgayı tutan kronik inflamatuar bir hastalıktır; HLA-B27 ile güçlü bir genetik ilişki taşır [1]. Türkiye'de AS hastalarının %70'inde HLA-B27 pozitifliği bildirilmişse de, bu oran popülasyonlar arasında değişir [3]. Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) ile bağlantılı MEFV mutasyonları, inflamatuar hastalıklarda sıklık artışı ve klinik etkilerle ilişkilendirilmiştir [2]. Türkiye'de FMF taşıyıcılığı %20 civarındayken [4], MEFV'nin AS'deki rolü tartışmalıdır; bazı çalışmalar artan sıklık ve hastalık şiddetiyle bağlantı önerir [6]. Bu durum, AS patogenezinde MEFV'nin katkısını araştırmayı gerekli kılıyor.

Amaç: Bu çalışmada, AS hastalarında MEFV mutasyonlarının sıklığını belirlemeyi ve bunların klinik bulgular ile radyolojik şiddete etkisini değerlendirmeyi hedefledik.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Romatoloji Bilim Dalı'nda Mart-Aralık 2015 arasında yürütüldü. Modifiye New York Kriterleri ile AS tanısı alan hastalar seçildi; FMF öyküsü olanlar dışlandı. Kontrol grupları, 2010 ACR/EULAR Kriterleri ile tanı alan RA hastaları ve sağlıklı gönüllülerden (SK) oluştu. Klinik bulgular ve Bath Ankilozan Spondilit Radyolojik İndeksi (BASRI) ile radyolojik hasar analiz edildi. MEFV mutasyonları FMF Pyrosequencing Testi ile, AS grubunda ESH ve CRP düzeyleri ölçüldü. Veriler SPSS 21.0 ile analiz edildi ($p<0,05$ anlamlı).

Bulgular: AS grubunda 129 hasta incelendi; 85'i erkek (%65,9), 44'ü kadın (%34,1). Yaş ortalaması 40,4±10,9 yıl, tanı yaşı 30,93±9,09 yıl, hastalık süresi 15,14±9,85 yıldı. HLA-B27 pozitifliği %81,4'tü. MEFV mutasyonu AS'de %29,5 (n=38), RA'da %29,4 (n=15), sağlıklı kontrollerde %22,4 (n=13) oranında saptandı; gruplar arası fark anlamlı değildi ($p=0,582$). AS'de M694V %11,6 (n=15), E148Q %7,0 (n=9) oranında gözlendi. M694V taşıyıcılarında BASRI total 9,80±3,76 ile anlamlı derecede yüksekti ($p=0,030$), ancak genel MEFV pozitiflik BASRI total ile ilişkili değildi (ortalama 6,59±4,20, $p=0,78$). Diğer klinik-radyolojik bulgular ve inflamasyon belirteçleri Tablo 1, Tablo 2 ve Tablo 3'te sunulmuştur.

AS'de Klinik Bulgular ve MEFV Mutasyonu ile İlişkisi

Klinik Bulgu	Toplam n (%)	MEFV Pozitif n (%)	MEFV Negatif n (%)	p Değeri
Entesopati	31 (24,0)	12 (31,6)	19 (20,9)	0,284

Periferik Artrit	30 (23,3)	9 (23,7)	21 (23,1)	1,000
Renal Taş	30 (23,3)	8 (21,1)	22 (24,2)	0,877
Üveit	24 (18,6)	8 (21,1)	16 (17,6)	0,831

AS hastalarının klinik bulguları ve MEFV pozitif-negatif gruplar arasındaki ilişki (p<0,05 anlamlı).

AS'de İnflamasyon Belirteçleri

İnflamasyon Belirteci	MEFV Pozitif (ortalama±SD)	MEFV Negatif (ortalama±SD)	p Değeri
ESH (mm/saat)	12,03±6,72	17,12±12,41	0,11
CRP (mg/dL)	0,85±0,58	1,20±2,08	0,93

AS hastalarında MEFV pozitif ve negatif gruplarda inflamasyon belirteçlerinin karşılaştırması

AS hastalarında BASRI totalin cinsiyet ve HLA-B27 durumuna göre dağılımı

	BASRI Total (ortalama±SD)	**p Değeri**
Cinsiyet Erkek Kadın	 7,32±4,42 5,18±3,38	 0,009
HLA-B27 Pozitif Negatif	 6,92±4,10 5,10±4,44	 0,023

Tartışma: Çalışmamızda, AS hastalarının %81,4'ünde HLA-B27 pozitifliği gözlendi; bu, Türkiye'de bildirilen %70'lik oranın üzerinde bir değerdir [3]. MEFV mutasyon sıklığı %29,5 ile toplumdaki taşıyıcılık oranına (%20) yakın çıktı [4]; ancak sağlıklı kontrollerle anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,582). Bu durum, MEFV'nin AS patogenezinde temel bir rol oynamadığını, fakat inflamatuar süreçleri dolaylı olarak etkileyebileceğini düşündürmektedir [5]. Klinik bulgular, MEFV pozitifliğiyle ilişkili değildi; bu, literatürdeki benzer gözlemlerle tutarlıdır [2]. Buna karşın, M694V taşıyıcılarında BASRI totalin anlamlı derecede yüksek olması (p=0,030), 2017'de yayımlanan bir meta-analizin AS duyarlılığını artırdığına dair bulgularını destekler [6]. Literatürde, 2019'da Türk ve İran popülasyonlarında MEFV'nin AS riskini artırdığı öne

sürülmesine rağmen [7], çalışmamızda bu ilişki istatistiksel olarak doğrulanmadı; bu farklılık, popülasyon yapıları veya yöntemsel yaklaşımlardan kaynaklanabilir. HLA-B27 pozitif hastalarda BASRI totalin yükselmesi (p=0,023), genetik faktörlerin radyolojik şiddetteki kritik etkisini gösterirken, erkeklerdeki yüksek değerler (p=0,009) cinsiyetin bu süreçteki önemini ortaya koydu [1]. Bulgularımız, AS'de MEFV mutasyonlarının genel klinik ve radyolojik şiddetle bağlantılı olmadığını, ancak M694V'nin radyolojik hasarı artırabileceğini göstermektedir. HLA-B27 ve erkek cinsiyet, hastalığın seyrinde belirleyici unsurlardır. MEFV'nin etkisi popülasyonlara göre değişebilir; bu ilişkiyi aydınlatmak için daha geniş çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan Spondilit, MEFV Mutasyonu, HLA-B27, BASRI, Klinik Şiddet, Radyolojik Hasar

Yayın No: SS-32

Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Deliryum Durumunun Sonlanım Üzerine Etkisi

Nazif Yalçın

Bursa Şehir Hastanesi

Giriş: Dahiliye yoğun bakım üniteleri (YBÜ) ciddi hasta olan ve çok sayıda ciddi müdahalelere maruz kalan hastalara hizmet etmektedir. Dolayısıyla YBÜ'leri hastanenin diğer bölümlerine kıyasla en yüksek mortaliteye sahiptir. Yoğun bakım ünitesinde mortalite oranları altta yatan hastalığa bağlı değişmekle birlikte genellikle hastanenin diğer servislerine göre yüksektir. Özellikle enfeksiyonlar başta olmak üzere, ek hastalık varlığı, hastaya yapılan yüksek riskli müdahaleler ve hastanın ileri yaşı mortaliteyi artırmaktadır. Birleşik Devletler'de bildirilen ortalama YBÜ mortalite oranı %8 ile %19 arasında ve yıllık ölüm yaklaşık 500,000 kişi olarak rapor edilmiştir. Ülkemizden bildirilen çalışmalarda YBÜ mortalite oranı %20,5-40,2 arasında bildirilmiştir. Ancak ulusal YBÜ mortalite verileri sınırlı olup kayıtlar sınırlıdır. Biz de bu çalışmamızda yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda deliryum ve komorbiditelerin mortalite üzerine etkisini araştırdık.

Amaç: Dahiliye yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda deliryumun ve hastaların sahip oldukları ek hastalıkların sonlanım üzerine etkisinin araştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya dahiliye yoğun bakım ünitesinde 2023-2024 tarihleri arasında yatmış 200 hasta dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların deliryum durumları ve sahip oldukları komorbid hastalıkları kayıt altına alındı. Çalışmada sonlanımda 28 günlük akut mortalite araştırıldı. Taburcu olan ve exitus olan hastalar kayıt altına alındı ve bilimsel istatistiksel yöntemler ile veriler incelendi

Bulgular: Çalışmaya 200 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 88 tanesi kadın 112 tanesi erkek cinsiyetteydi. Çalışmaya dahil edilen hastaların komorbid durumlarına göre ve deliryum gelişme durumlarına göre sonlanımları incelendi. Sonlanım exitus ve yoğun bakımdan taburculuk şeklinde 2 grup olarak belirlendi. Çalışma sonucuna göre yoğun bakım yatışlarında deliryum gelişen hastalarda mortalite daha yüksek saptandı ($p<0,001$). Hastalardan kronik böbrek yetmezliği, anemi ve sepsis olanlarda mortalite daha yüksek saptanmıştır ($p:0,05$; $p: 0,03$; $p:<0,01$). Çalışma sonuçlarına göre diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve nörolojik hastalık varlığında sonlanım açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

Deliryum ve komorbiditelerin sonlanım ile ilişkisi

Tablo: Deliryum ve komorbiditelerin sonlanım ile ilişkisi

		Taburcu	Exitus	P değeri
Deliryum	Var	13	42	<0,001
	Yok	88	57	
Komorbid	Var	93	91	0,967
	Yok	8	8	
DM	Var	30	20	0,121
	Yok	71	79	
Ht	Var	28	23	0,466
	Yok	73	76	
KBY	Var	24	36	0,05
	Yok	77	63	
Anemi	Var	23	36	0,03
	Yok	78	63	
Nörolojik hast	Var	10	11	0,780
	Yok	91	88	
Sepsis	Var	37	70	<0,01
	Yok	64	29	
KAH	Var	13	12	0,873
	Yok	88	87	

KBY:kronik böbrek yetmezliği, KAH: koroner arter hastalığı *ki-kare testi

Tartışma: Bu çalışmada yoğun bakım mortalite oranı % 49 olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmalara göre farklı çalışmalarda farklı mortalite oranları saptanmıştır. Ülkemizdeki farklı yoğun bakım ünitelerinde yapılan çalışmalarda mortalite oranlarının %20, 5-60,4 aralığında olduğu rapor edilmiştir. Yoğun bakım ünitelerinde, takip edilen hastaların farklı klinik tanıları ve farklı ek hastalıklarının olması ve değişken yaş gruplarında olması nedeniyle farklı mortalite oranları olabilmektedir.Deliryum dikkatsizlik, bilinç düzeyi değişiklikleri ve dezorganize düşünmeyle karakterize bir akut bilişsel değişiklik olup yoğun bakım hastalarında sık rastlanılan bir patolojidir. Akut bilişsel değişiklik olan deliryum yoğun bakımda hasta bakım süreçlerini etkilemektedir. Yoğun bakımda gelişen deliryum tablosunun mortalite ve morbiditeyi arttırdığı, hastanede, yoğun bakımda kalış süresini uzattığı ve maliyeti yükselttiği bilinmektedir. Bizim çalışmamızda da yoğun bakım takiplerinde deliryum gelişen hastalarda mortalite arttığı saptanmıştır.Sonuç olarak; deliryum yoğun bakımda yatan hastalarda sık karşılaşılabilen ve mortalite-morbiditeyi etkileyen önemli bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: yoğun bakım, mortalite, deliryum, komorbid

Yayın No: SS-33

Beyaz Cevher Hiperintensite Gelişiminde Komorbid Risk Faktörleri

Necip Nas

Siirt Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Beyaz Cevher Hiperintensitesi (WMH), özellikle hipertansiyon hastalığına sahip olan ve ileri yaş grubundaki bireylerde görülen, beyin manyetik rezonans görüntülemesi (MRI) sırasında, periventriküler veya subkortikal bölgelerde tanımlanan küçük damar hastalığıdır . WMH, inme geçirme olasılığını artırabilir ve inme sonrası hastaların klinik sonuçlarını olumsuz yönde etkileyebilir. WMH, stroke, demans ve ölüm riskinin artmasıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir.

Amaç: Beyaz Cevher Hiperintensitesi (WMH), stroke, demans ve ölüm riskinin artmasıyla ilişkilioldığu bildirilmiştir. Bu nedenle, WMH nedenlerinin anlaşılması, serebrovasküler hastalıkların önlenmesi veyönetimi için kritik bir öneme sahiptir. Erken teşhis ve müdahale, bu durumun ilerlemesini durdurabilir veyayavaşlatabilir. Bu çalışma, komorbid risk faktörlerinin WMH ile olan ilişkisini araştırmayı ve hastalık içinrisk faktörü olup olmadığını belirlemeyi amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, 2022 ile 2025 yılları arasında farklı serebrovasküler semptom veşikayetler ile hastanemize başvuran ve beyin manyetik rezonans görüntülemesi (MRI) olan 257 hastanınverileri retrospektif olarak incelendi. WMH varlığı ve derecesini değerlendirmek için beyin MRI kullanıldı.Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş, cinsiyet ve klinik risk faktörleri belirlendi. Hipertansiyon tanımlamakriterleri sistolik kan basıncı ≥ 140 mm Hg, diyastolik kan basıncı ≥ 90 mm Hg veya antihipertansif ilaçkullanımıydı. Dislipidemi, kardiyovasküler öyküsü olan hastalarda toplam kolesterol düzeylerinin ≥ 5,0mmol/L ve olmayanlarda toplam kolesterol düzeylerinin ≥ 6,0 mmol/L olmasıyla belirlendi. Diyabet mellitus(DM) için tanımlama, açlık kan şekeri seviyesinin ≥7,0 mmol/L olması veya hipoglisemik ajan kullanımıolarak belirlendi. Strok ve koroner arter hastalığı öyküsü olan bireyler tespit edildi.

Bulgular: WMH'si olan hastalar (69.2±13.1), WMH'si olmayan hastalara (56.5±19.2) göre dahayaşlıydı ve iki grup arasında belirgin bir yaş farkı vardı ($p < 0.001$). WMH'si olan hastalar daha yüksek, HT(%71'e karşı %29), DM (%60.3'e karşı %39.7), hiperlipidemi (%78.8'e karşı %21.2), CVD (%76.8'e karşı%23.2) ve inme öyküsüne (%71.7'e karşı %28.3) sahipti ($p < 0.05$). Çok değişkenli regresyon analizde yaş(OR, 0.96; 95% CI, 0.94-0.98), HT (OR, 2.26; 95% CI, 1.24-4.10) ve strok öyküsü (OR, 2.13; 95% CI, 1.21-3.74) WMH gelişimi için bağımsız risk faktörleri olarak belirlendi ($p< 0,05$). Değerlendirilen parametrelerinWMH şiddeti ile ilişkisi saptanmadı ($p>0.05$).

Tartışma: Çalışma bulgularımız, yaş, HT ve strok öyküsünün WMH gelişimi için bağımsız risk faktörleriolduğunu gösterdi. WMH'nin patogenezinde yer alan bu klinik özellikler göz önüne alındığında, bu riskfaktörlerin belirlenmesi artmış riske sahip kişilerin tespit edilmesine yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Beyaz cevher hiperintensitesi, manyetik rezonans görüntüleme, hipertansiyon, diabetes mellitus, hiperlipidemi

Yayın No: SS-34

Sporcu Beslenmesinde Son Üç Dekadın Bibliyometrik Analizi

Zeynep Irmak Kaya

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Eskişehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İç Hastalıkları Kliniği

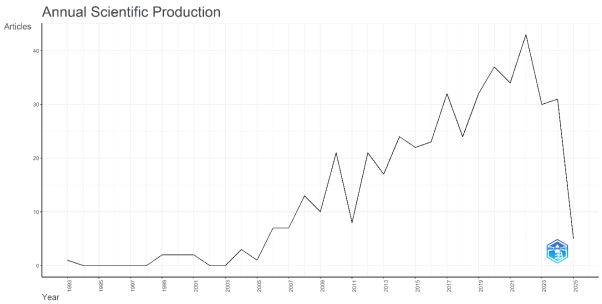
Giriş: Sporcu beslenmesi ve takviyeler, atletik performansı arttırma ve egzersiz sonrası toparlanmayı destekleme amacıyla gelişen, spor bilimlerinin dinamik bir alanıdır. Ergojenik yardımcıların yaygın kullanımı, klinik etkiler ve yan etki profilleri nedeniyle iç hastalıkları uzmanlarının dikkatini gerektiren önemli sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Kafein ve kreatin gibi takviyeler yaygın olarak kullanılmakla birlikte, yüksek doz uygulamalarına bağlı riskler ve kontaminasyon tehditleri bu alanda öne çıkan endişeler arasındadır.

Amaç: Bu çalışmanın temel amacı, sporcu beslenmesi ve takviyelerle ilgili literatürü bibliyometrik analiz yöntemiyle inceleyerek, alanın gelişimsel eğilimlerini ve tematik odak noktalarını belirlemektir. Ayrıca, iç hastalıkları uzmanlarının bu alandaki güvenlik, klinik etkiler ve yan etki değerlendirmelerindeki potansiyel rolünü vurgulamak hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Web of Science Core Collection veri tabanında “athlete nutrition”, “sports nutrition” ve “supplement” anahtar kelimeleri kullanılarak 452 yayın taranmış (08.02.2025) ve analiz edilmiştir. R programı ve Bibliometrix-Biblioshiny paketi kullanılarak yapılan analizde, yalnızca İngilizce dilindeki araştırma makaleleri, derlemeler, bildiriler, kitap bölümleri ve editöryal materyaller dahil edilmiş; İngilizce dışı yayınlar (n=37) ve düzeltmeler (n=3) dışlanmıştır. Tematik haritalar için yazar anahtar kelimeleri kullanılmış olup, analiz minimum beş kez tekrar eden 100 kelimeyi içermektedir ve Walktrap algoritması uygulanmıştır [1].

Bulgular: Analiz edilen 452 yayın, yıllık %5,16 oranında bir artış göstermiş olup, çalışmaların %52,6’sı Journal of the International Society of Sports Nutrition dergisinde yayınlanmıştır. Yayınların %40,9’unun ABD kaynaklı olduğu belirlenmiş ve ortalama atıf oranının 25,92 olduğu hesaplanmıştır.Yayınların yıllara göre dağılımı incelendiğinde yayın hacmi 1993’te 1 iken, 2022’de 43 ile en yüksek seviyesine ulaşmış, 2025 itibariyle 5 yayın olarak kaydedilmiştir (şekil 1).En sık rastlanan anahtar kelimeler sports performance (n=52), ergogenic aid (n=45), exercise (n=39) ve caffeine (n=31) olup, bunları recovery (n=19) ve resistance training (n=17) izlemektedir. Şekil 2'de kelime bulutunda anahtar kelimelerin dağılımı görülmektedir. Tematik haritada temel temalar “caffeine, creatine” ve “recovery, muscle damage” olarak belirlenmiş; motor temalar body composition, resistance training ve cycling; niş temalar oxidative stress ve cortisol; yeni temalar ise whey protein olarak saptanmıştır (şekil 3). Takviye kullanımının prevalansı %40-100 arasında değişim gösterirken, etkinlik ve risk dengesi giderek daha belirgin hale gelmiştir.

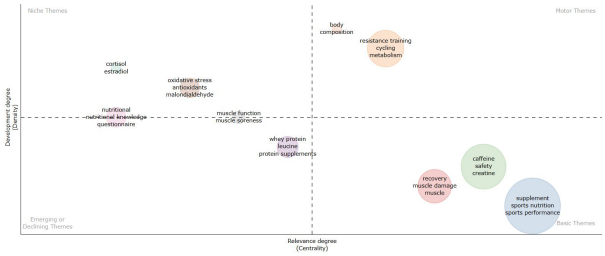
Şekil 1: Yayınların Yıllara Göre Dağılımı



Şekil 2: Kelime Bulutu



Şekil 3: Tematik Harita



Tartışma: Literatürdeki yayın artışının, diyetisyenlerin sporcu beslenmesi alanındaki belirgin etkisini yansıttığı görülmektedir. Ancak, takviyelerin farmakolojik etkileşimleri, yan etki profilleri (örneğin, renal ve kardiyovasküler komplikasyonlar) ve kontaminasyon riskleri üzerine yapılan çalışmalar hâlâ yetersizdir [2,3]. Bu bağlamda, spor hekimleri ve iç hastalıkları uzmanları, bilimsel bilgi birikimi ve klinik deneyimleri ile bu alandaki boşlukları doldurmada önemli bir rol oynayabilir. Özellikle iç hastalıkları uzmanları, yetişkin fizyolojisi konusundaki uzmanlıkları sayesinde takviyelerin farmakokinetik ve farmakodinamik özelliklerini değerlendirebilir, ilaç-takviye etkileşimlerini inceleyebilir ve sistemik sağlık üzerindeki uzun vadeli etkilerini araştırarak multidisipliner bir yaklaşımı teşvik edebilir [4,5]. Bu doğrultuda, takviyelerin güvenli kullanımı için klinik rehberlerin geliştirilmesi ve bireysel sağlık değerlendirmelerinin standardize edilmesi gerekmektedir. Hepatotoksisite, doping riski ve takviye güvenliği gibi faktörler göz önüne alındığında, bu ürünlerin bilinçli ve hekim

kontrolünde kullanılması büyük önem taşımaktadır [6,7]. Tek bir veri tabanı kullanımı, çalışmanın sınırlılıklarından biri olsa da, elde edilen bulgular iç hastalıkları uzmanlarının bu alanda daha aktif rol alarak, güvenlik ve etkinlik değerlendirmelerine katkıda bulunabileceğini göstermektedir. Mevcut boşlukların giderilmesi için daha fazla multidisipliner çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: takviyeler, performans, Sporcu beslenmesi, bibliyometrik analiz, ergojenik yardımcılar, güvenlik

Yayın No: SS-35

Üniversite Öğrencilerinde Kilo Algısı Uygunluğu ve Uygunsuz Algı ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Alper Tuna Güven[2], Kübra Yıldız Cömert[1], Mehmet Meriç İnan[3], Selma Yiğit[3], Zeynep Sude Binici[3], Deniz Taşkın[3], Göktuğ Gardiyanoğlu[3]

[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD
[2]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD Genel Dahiliye BD
[3]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Uygunsuz kilo algısı erişkinlerde sık izlenen ve olumsuz sağlık sonuçları ile ilişkilendirilen bir durumdur. Daha önceki iki çalışmamızda genel popülasyonda kilo algısı uygunsuzluğu ve ilişkili faktörler ile tedavi yaklaşımlarını ortaya koymuştuk.

Amaç: Bu çalışmamızda homojen bir grup olan üniversite çağındaki genç insanlarda kilo algısı uygunluğu ve uygunsuzluk ilişkili faktörleri değerlendirmeyi hedefledik.

Gereç ve Yöntem: Başkent Üniversitesi kampüsünde çalışma yürütücüleri tarafından yüz yüze anket yapılarak veri elde edilmiştir. Katılımcıların yaş, cinsiyet, boy, kilo, alışkanlıklar, hastalıklar, üniversitedeki dönemleri, bölüm türleri, ailelerinin eğitim durumları, beslenme özellikleri, subjektif beslenme ve sağlık algıları, egzersiz yapma ve kilo koruma çabaları, sosyal medyada geçirilen ekran süreleri ile sözel ve görsel vücut algıları değerlendirilmiştir. Katılımcılar vücut kitle indeksi (VKİ) ile sözel ve görsel algıları arasındaki uyuma göre görsel ve/veya işitsel olarak ağırlığı ile uyumlu, olduğundan düşük, ya da olduğundan yüksek algılayanlar olarak 3 gruba ayrılmıştır. Değişkenlerin gruplar arasındaki farkları ve değişkenlerin gruplar üzerindeki etkileri analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 748 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların ortanca yaşı 21 (2), üniversitedeki yılı 3 (1) olup %58.4'ü kadındı. Katılımcıların sözel, görsel ve hem sözel hem görsel uygun vücut algısına sahip olanları sırasıyla %74.6, % 65.4 ve %54.7 idi. Katılımcıların sözel, görsel ve hem sözel hem görsek olarak kendilerini olduklarından yüksek algılama oranları sırasıyla %8.6, % 18.2 ve %4.1 iken olduklarından düşük algılama sırasıyla %16.8, % 16.4 ve %9.1 idi. 3 algılama türünde de uygun algı kadınlarda daha yüksek iken ($p<.001$) erkekler kendilerini olduklarından daha düşük, kadınlar ise daha yüksek algılamaktaydı. VKİ her 3 algı türünde de gruplar arasında anlamlı farklılık göstermiş olup olduğundan daha düşük algılayanlar daha yüksek algılayanlara göre daha yüksek VKİ'ye sahipti. Multinomial lojistik regresyon analizinde de cinsiyet ve VKİ'nin hem sözel hem de görsel algıda olduğundan daha düşük algılama ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Tartışma: Kişilerin vücut algıları gerçekte olduklarından farklılaşarak tıbbi yaklaşımları etkileyebilir. Kendilerini olduğundan daha yüksek algılayanlar obezite ilaçlarını suistimal etme

ihtimali taşırken daha düşük algılayanlarda ise obezite ilaçlarından fayda görebilecekken tedaviyi talep etmeme durumu görülebilir. Kişilerin vücut kitle indekslerinin saptanmasının yanı sıra vücut algılarının da sözel ve görsel yöntemlerle değerlendirilmesi hem kilo verme tedavisi endikasyonu olmayan ancak bu beklentide olan hastaların tespitini sağlayarak endikasyonu olmayan tedavilerin verilmesinin önüne geçecek, hem de kilo verme tedavisi endikasyonu olan ancak algı uygunsuzluğu nedeniyle bunu reddeden hastalarla iletişimi sağlayarak tedaviye ulaşabilmelerini sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Beden Algısı, Vücut Algısı

Yayın No: SS-36

Klinik Parametreler Kullanılarak Diyabetik Retinopati Bulgularının R Tabanlı Makine Öğrenmesi Modelleri ile Öngörülmesi

Gizem Zorlu Görgülügil, Gökhan Köker

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları, Antalya, Türkiye

Giriş: Diyabetik retinopati, diyabetin sık görülen ve görme kaybına yol açabilen mikro-vasküler komplikasyonlarından biridir. Erken tanı, komplikasyonların önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Amaç: Bu çalışma; cinsiyet, yaş, diyabet süresi, oral antidiyabetik (OAD) kullanımı, insülin kullanımı, kronik böbrek hastalığı (KBH) varlığı, HbA1C, proteinüri ve kreatinin düzeyleri gibi klinik parametreler kullanarak diyabetik retinopati varlığını makine öğrenmesi modelleri ile tahmin etmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif çalışmada, 147 diyabet hastasına ait veriler kullanıldı. Bağımsız değişkenler olarak cinsiyet, yaş, DM süresi, OAD ve insülin kullanımı, KBH varlığı, HbA1C, proteinüri ve kreatinin düzeyleri değerlendirildi. Bağımlı değişken olarak retinopati varlığı (0 = yok, 1 = var) alındı. Veri seti %70 eğitim ve %30 test olacak şekilde ayrıldı. Tüm istatistiksel analizler ve makine öğrenmesi modellemeleri R programlama dili kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmada caret, randomForest, pROC, rpart ve rpart.plot paketlerinden yararlanılmıştır. Lojistik regresyon ve random forest modelleri kullanılarak tahmin yapıldı. Model doğrulukları, ROC eğrisi ve confusion matrix sonuçlarıyla değerlendirildi.

Bulgular: Lojistik regresyon analizinde en anlamlı değişkenin proteinüri olduğu bulundu ($p = 0.0107$). Test setinde modelin doğruluk oranı %79 olarak hesaplandı. ROC eğrisine göre AUC değeri 0.6714 bulundu. Random forest modelinde out-of-bag (OOB) hata oranı %24 olarak hesaplandı. Test setinde doğruluk oranı %79 olurken, retinopati yok olanları tahmin etmede yüksek başarı gözlendi. Retinopati var olanları tahmin etmede sınırlılıklar bulunmakla birlikte modelin klinik öngörüde yardımcı olabileceği görüldü.

Tartışma: R programlama dili kullanılarak gerçekleştirilen hem lojistik regresyon hem de random forest modelleri, diyabetik retinopati öngörüsünde orta derecede ayırt edici ve klinik olarak anlamlı tahmin performansı göstermiştir. Dengesiz veri seti nedeniyle modellerin, retinopati var sınıfını tahmin etme başarısı düşük kalmıştır. Proteinüri, insülin kullanımı ve diyabet süresi, retinopati gelişimi için önemli belirteçler olarak ön plana çıkmıştır. Periferde göz hekimine erişimin zor olduğu, göz dibi değerlendirmesinin yapılamadığı koşullarda, bu tür makine öğrenmesi algoritmalarıyla geliştirilecek klinik karar destek sistemlerinin, klinisyenlerin yüksek riskli hastaları zamanında göz hekimine yönlendirmesinde önemli katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir. Daha geniş örneklem büyüklüğüne ve dengeli sınıf dağılımına sahip veri setleriyle gerçekleştirilecek ileri çalışmaların, modellerin doğruluk ve ayırt edici gücünü belirgin şekilde artıracağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik retinopati, makine öğrenmesi, klinik karar destek, random forest, lojistik regresyon

Yayın No: SS-37

Serum Homosistein Düzeyi ile Plazma Aterojenik İndeks Arasındaki İlişki

Osman Erinç[1], Soner Yeşilyurt[2], Özgür Yılmaz[1]

[1]Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Koroner kalp hastalıkları, yüksek mortalite ve morbidite oranıyla tüm dünyada ciddi bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir (1). Serum homosistein düzeyi yüksekliği koroner kalp hastalıkları için bağımsız bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (2,3). Yüksek trigliserit (Tg) ve düşük yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) düzeyleri kardiyovasküler hastalıklarda kötü prognozla ilişkili olup, bu iki parametreden formülize edilen plazma aterojenik indeks (PAİ) ile kardiyometabolik risk arasında pozitif korelasyon mevcuttur (4,5).

Amaç: Çalışmamızda serum homosistein seviyesi ile PAİ arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Hastanemiz ayaktan tedavi polikliniklerine başvuran hastaların verileri, hastane bilgi sisteminden retrospektif olarak tarandı. Verilerine ulaşılabilen 79 hasta çalışmaya dahil edildi. Gebeler, pediyatrik popülasyon, son dönem böbrek ve karaciğer yetmezliği olanlar ve onkolojik hastalığı olanlar çalışma dışı bırakıldı. PAİ; log10 [Tg/HDL)] formülü ile hesaplandı (6).

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 79 hastanın yaş ortalaması 44.6 ± 13,5 olarak bulundu. Hastaların 44'ü kadın (55%) cinsiyetteydi. Hastalar, PAİ değerlerine göre Grup 1 (n=32, PAİ < 0.21) ve Grup 2 (n=47, PAİ ≥ 0.21) olmak üzere ikiye ayrıldı. Gruplar arasında serum homosistein seviyeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptandı (8.75 (6.87-10.97), 11.6 (8.95-16.5), $p<0.001$, sırasıyla). Homosistein düzeyleri ile Tg ve PAİ arasında istatistiksel anlamlı pozitif korelasyon ($r=0.433$, $r=0.455$, $p<0.001$, sırasıyla) bulunurken; HDL düzeyi ile negatif korelasyon saptandı ($r=-0.39$, $p<0.001$). Homosistein ile LDL ve total kolesterol seviyeleri arasında korelasyon tespit edilmedi.

Tablo 1. Gruplar arasında demografik ve laboratuvar verilerin karşılaştırılması.

	Grup 1 (n=32)	**Grup 2 (n=47)**	***p***
Yaş, yıl	39 ± 15	47 ± 11	0.01
Cinsiyet, K/E (%)	23/9 (72/28)	21/26 (45/55)	0.018
Trigliserit, mg/dl	70 (53-83)	142 (112-210)	<0.001
HDL, mg/dl	63 (52-70)	41 (36-46)	<0.001
LDL, mg/dl	97 (78-110)	109 (86-139)	0.1
Total Kolesterol, mg/dl	164 (157-189)	180 (157-218)	0.152
Homosistein, µmol/L	8.75 (6.87-10.97)	11.6 (8.95-16.5)	**0.002**
PAİ	0.05 (0.043-0.164)	0.573 (0.389-0.724)	<0.001
HDL: yüksek dansiteli lipoprotein, LDL: düşük dansiteli lipoprotein, PAİ: plazma aterojenik indeks.			

Tablo 2. Serum homosistein seviyesi ile laboratuvar parametreleri arasında korelasyon analizi.

		Tg	**HDL**	**PAİ**	**LDL**	**Total Kolesterol**
Homosistein	*r*	0.433	-0.390	0.455	0.175	0.212
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	0.127	0.061
Tg: trigliserit, HDL: yüksek dansiteli lipoprotein, LDL: düşük dansiteli lipoprotein, PAİ: plazma aterojenik indeks. İstatistiksel anlamlılık <0.05 kabul edilmiştir.						

Tartışma: Retrospektif çalışmamızda, rutin poliklinik pratiğinde yaygın olarak kullanılan, kolay ulaşılabilir ve uygulanabilir olan serum lipid profilinden türetilen plazma aterojenik indeks ile serum homosistein düzeyleri arasında yüksek korelasyon ilişkisi saptadık. Bu sonuç ışığında, PAİ`in, kardiyovasküler risk değerlendirmesinde düşük maliyetli ve pratik bir belirteç olarak kullanılması düşünülebilir. Daha geniş örneklem büyüklüğüne sahip, daha kapsamlı ve prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Homosistein, plazma aterojenik indeks, trigliserit, HDL, kardiyometabolik risk

Yayın No: SS-38

Akut Dekompanse Kalp Yetmezliği Tanısı ile Yatan Hastalarda Polifarmasinin Hastane Yatış Sıklığı, Süresi ve Yoğun Bakım İhtiyacına Etkisi

Ayşe Eylem Ağdar Kulan, Gulshat Mamedova, Refik Demirtunç

SBU Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Suam,İstanbul

Giriş: Akut dekompanse kalp yetmezliği, son yıllarda iç hastalıkları kliniğine yatışı gittikçe artan önemli bir sağlık sorunudur. Kalp yetmezliği tedavisinde; RAS blokörleri, Beta blokörler, MRA'lar , SGLT-2 inhibitörleri ve diüretikler sıkça kullanılmaktadır.

Amaç: Polifarmasi, genelde 5 veya daha fazla ilacın birlikte kullanımı olarak tanımlanır. Akut dekompanse kalp yetmezliği hastalarında polifarmasinin etkilerine dair sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışmamızda Akut dekompanse kalp yetmezliği ile iç hastalıkları servisine yatan hastalarda yatış süresi, yatış sıklığı, yoğun bakım ünitesine sevk ihtiyacı ve mortalite üzerine etkilerini incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma iç hastalıkları kliniğine akut dekompanse kalp yetmezliği ile yatan hastalarda yürütülen retrospektif, kesitsel bir çalışmadır. Hastaların hastanede yatış sayıları, süreleri, yoğun bakım ünitesine sevk ihtiyaçları, eşlik eden hastalıkları, vefat durumları, başvuruda kendi kullandıkları ve taburculuk sırasındaki ilaçları kaydedilmiştir. Polifarmasi, 5 veya daha fazla ilaç kullanımı, hiperpolifarmasi 10 veya daha fazla ilaç kullanımı olarak kabul edilmiştir. Veriler, IBM SPSS Statistics 23 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışma 221 hasta ile yapılmış olup hastaların %49,77 (n=110) kadın, %50,23 (n=111) erkektir. Hastaların yaş ortalaması 75,38±11,58 yıl olup %80,54'ü (n=178) 65 yaş ve üzerindedir. Polifarmasi sıklığı başvuru sırasında %52,04 (n=115) iken taburculukta %68,18 (n=135)'dir. Hİperpolifarmasi sıklığı başvuru sırasında %10,86 (n=24) iken taburculuk sırasında %16,16 (n=32)'dır. Polifarmasi olmayan hastaların %17,08'inde (n=14), polifarmasi olan hastaların %36,53'nde (n=42), hiperpolifarmasi olanların ise %37,50'sinde (n=9) hastaneye tekrarlayan yatışı istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0.05$). Polifarmasi olmayan hastaların ortalama yatış süresi 8,40±6,28 gün iken, polifarmasi olanlar 9,80±8,46 gün, hiperpolifarmasi olanlar ise 11,25±8,24 gün olarak bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0.05$). Polifarmasi olmayan hastaların %25,61'inde (n=21), polifarmasi olanların %32,17'sinde (n=37) ve hiperpolifarmasi olanların %25'inde (n=6) yoğun bakım ünitesi ihtiyacı oluşmuştur($p>0.05$). Mortalite oranları polifarmasi olmayan hastalarda %9,76 (n=8), polifarmasi olanlarda %15,65(n=18), hiperpolifarmasi olanlarda %8,33(n=2) olarak yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır($p>0.05$).

Tartışma: Bu çalışmada, akut dekompanse kalp yetmezliği hastalardan polifarmasi ve hiperpolifarmasi olanlarda tekrarlayan yatışlar daha fazladır. Ancak polifarmasi ve hiperpolifarmasi varlığının hastane yatış gün sayısı, Yoğun bakım ünitesi sevk ihtiyacı ve mortalite yüksek olmasına rağmen istatiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Komorbidite skoru yüksek hastalarda polifarmasi görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Akut dekompanse kalp yetmezliği, polifarmasi, hiperpolifarmasi

Yayın No: SS-39

Plazma Aterojenik İndeksi (PAİ) Skoru ve Akut Böbrek Yetmezliği: Yeni Bir Prognostik Ölçüt Olarak Ateroje niteyi İnceleme

Burak Göre[1], Oğuzhan Zengin[2], İhsan Ateş[2]

[1]Çerkeş Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Çankırı
[2]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

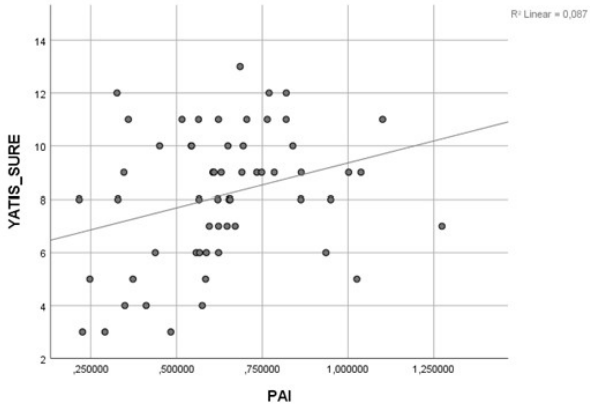
Giriş: Akut böbrek yetmezliği (ABY) böbreğin fonksiyon bozukluğu ile seyreden, elektrolit ve asit-baz dengesi bozukluklarına sebep olan, hayatı tehdit edici ciddi bir durumdur. Yapılan bazı çalışmalarda plazma aterojenik indeksinin (PAİ) son dönem böbrek yetmezliği olan çocuklarda oksidatif stres ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca bir diğer çalışmada kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda bakılan PAİ düzeyinin hastalıkla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ancak ABY gelişen hastalarda bu indeksin prognozu belirleyici özelliğini gösteren yeterince çalışma yoktur.

Amaç: Çalışmamızda ABY hastalarında PAİ skorunun prognostik bir belirteç olarak rolünün araştırılması planlanmıştır. Ayrıca ABY gelişen vakalarda laboratuvar parametrelerine de bakılarak mortalite ve prognoz ile PAİ skoru üzerinden aralarındaki ilişkinin gösterilmesi hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız retrospektif, tek merkezli bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışmaya Ankara Bilkent Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Poliklinik ve Servislerinde takip edilen Akut Böbrek Yetmezliği gelişen 18-80 yaş arasındaki kadın ve erkek hastalar dahil edilmiştir. G*Power software programı ile gereken en az örnek sayısı hesaplanmıştır. En az gereken örnek sayısı 35 vaka olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda hastaların laboratuvar parametreleri değerlendirilerek PAİ skoru hesaplanmıştır. Plazmanın aterojenik indeksi (PAİ) Skoru; açlık trigliseritlerinin yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterolüne (HDL-C) oranının logaritmik dönüşümünden PAİ = lg (Trigliserid / HDL-C) formülü kullanılarak elde edilmiştir. Bu skorun mortalite ve yatış süresi ile ilişkisi değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların ortlama yaş aralığı 68.59 ± 22.48 olarak bulundu. Kadın hasta sayısı 38 (%65.5) iken erkek hasta sayısı 20 (%34.5) olarak gözlemlendi. Ortalama yatış süresi 8.14 ± 2.53 olarak bulunurken, 7 (%12.1) hastada mortalite gelişti. Hastaların ortalama plazma aterojenik indeksi 0.6339 ± 0.2251 olarak bulundu. Yaş ve laboratuvar değerleri ile PAİ arasında anlamlı bir korelasyon tespit edilmezken hemoglobin, üre ve sodyum değeri ile PAİ arasında anlamlı bir korelasyon tespit edildi (hemoglobin; r=0.325 ve p=0.013, üre; r=0.361 ve p=0.005, sodyum; r=0.289 ve p=0.028). Mortalite ve yatış süresi ile PAİ arasında da anlamlı bir korelasyon gözlendi (yatış süresi; r=0.311 ve p=0.017, mortalite; r=0.324 ve p=0.013).

Plazma aterojenik indeksi ve yatış süresi arasındaki ilişki



Tablo 1: Hastaların demografik özellikleri

	Tüm hastalar(n=58)
Yaş (Ortalama ± SS)	68.59 ± 22.48
Yatış Süresi (Ortalama ± SS)	8.14 ± 2.53
Cinsiyet	
Kadın	38 (65.5%)
Erkek	20 (34.5%)
Mortalite	7 (12.1%)

Tablo 2: Laboratuvar değerleri

	Minimum-Maksimum	Ortalama ± SS
Üre (mg/dL)	73 - 437	176.2 ± 68.2
Kreatinin (mg/dL)	1.53 - 10.17	3.55 ± 1.97
Sodyum (mEq/L)	122 - 187	141.69 ±12.9
Potasyum (mEq/L)	2 - 8	4.8 ± 1.05
Aspartat Aminotransferaz (U/L)	7 - 409	42.6 ± 65.5
Alanin Aminotransferaz (U/L)	2 - 727	36.05 ± 97.1
Gama-glutamil transferaz (U/L)	7 - 409	38.9 ± 58.7
Laktat Dehidrogenaz (U/L)	12 - 727	288.55 ± 127.43
Hemoglobin (g/dL)	6.3 - 15.6	11.7 ± 2.1
Platelet (x10^9/L)	60 - 599	270.7 ± 118.03
Lökosit (x10^9/L)	1.93 - 60.2	12.93 ± 8.34
Trigliserid (mg/dL)	45 - 432	143.5 ± 65.5
Low density lipoprotein Kolesterol (mg/dL)	33 - 208	86.2 ± 30.9
High density lipoprotein Kolesterol (mg/dL)	15 - 69	32.3 ± 11.6
Plazma aterojenik indeksi (PAİ)	0.2164 - 1.2737	0.6339 ± 0.2251

Tablo 3: Plazma aterojenik indeksi ile mortalite, yatış süresi, demografik özellikler ve laboratuvar parametrelerinin ilişkisi

Plazma aterojenik indeksi			
	r		p
Yaş	0.129		0.334
Yatış Süresi	0.311		**0.017**
Kreatinin	0.052		0.696
Mortalite	0.324		**0.013**
Lökosit	0.251		0.057
Platelet	-0.039		0.771
Üre	0.361		**0.005**
Sodyum	0.289		**0.028**
Glukoz	0.178		0.182
Aspartat Aminotransferaz	0.172		0.196
Alanin Aminotransferaz	0.209		0.115
Laktat Dehidrogenaz	0.106		0.426
Gama-glutamil Transferaz	0.235		0.075
Hemoglobin	0.325		**0.013***
Potasyum	-0.96		0.471*

Spearman Korelasyon Analizi Testi *Pearson Korelasyon Analizi Testi r: örneklem korelasyon katsayısı p: popülasyon korelasyon katsayısı

Tartışma: PAİ birçok hastalıkta prognoz ve şiddet ile ilişkili bulunmuştur. Özellikle koroner arter hastalığında yapılan çalışmalarda hastalık şiddeti ile korelasyon gösterdiği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Ayrıca kronik böbrek yetmezliği ile PAİ indeksi arasında ilişki tespit edilmiştir. Tip 2 diyabet hastalarında PAİ indeksinin erken dönemde karaciğer ve böbrek hasarını tespit etmede kullanılabileceğine dair literatürde çalışmalara yer verilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada PAİ indeksindeki artışın kronik böbrek yetmezliği gelişmesi riskini arttırdığı gösterilmiştir. Biz de çalışmamızda akut böbrek yetmezliği gelişen hastalarda bu indeksin yatış süresi ve mortalite ile korelasyon gösterdiğini tespit ettik. Literatürde kısıtlı olan ve akut böbrek yetmezliği hastalarında bu indeksin prognozu belirlemedeki rolünü inceleyen bir çalışma olmaması nedeniyle bulgularımızın bu hasta grubunun takibinde değerli olacağını düşünmekteyiz. Akut böbrek yetmezliği gelişen hastalarda PAİ indeksinin hesaplanması ile prognostik süreç hakkında fikir edinilebileceği ve bu sayede tedaviye yön verilebileceği değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: plazma aterojenik indeksi, akut böbrek yetmezliği, indeks

Yayın No: SS-40

Çevresel Kirlilik Tehlikeleri: PM10 ve SO2'nin Pulmoner ve Kardiyak Hastaneye Yatış Oranları Üzerindeki Etkileri

Hüseyin Döngelli[1], Mehmet Yavuz[1], Melike Yüksel Yavuz[2]

[1]Buca Seyfi Demirsoy EAH Izmir
[2]Katip Çelebi Üniversitesi Göğüs Hastalıkları ABD

Giriş: Çevresel kirlilik, özellikle partikül madde (PM10) ve kükürt dioksit (SO2), küresel ölçekte halk sağlığı açısından önemli bir sorun haline gelmiştir (1). Bu kirleticiler, solunum ve kardiyovasküler hastalıklar da dahil olmak üzere çeşitli olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmektedir (2). Önceki çalışmalar, hava kirliliği ile pulmoner ve kardiyak hastalıklar nedeniyle hastaneye yatışlar arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir (3).

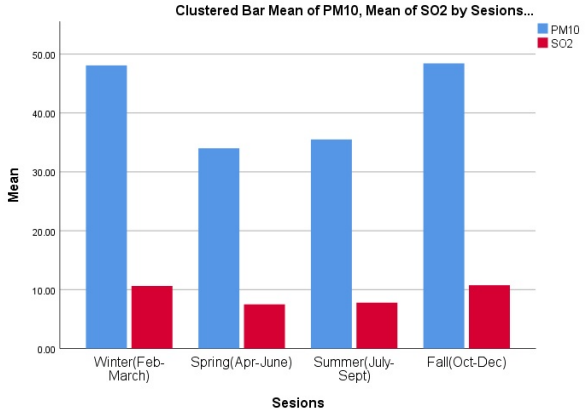
Amaç: Bu çalışmada, PM10 ve SO2 maruziyetinin pulmoner ve kardiyak hastaneye yatış oranları üzerindeki etkileri değerlendirilmektedir.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif, tek merkezli çalışma, 2012-2019 yılları arasında Yoğun Bakım Ünitesine (YBÜ) kabul edilen hastalara ait veriler kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Toplamda 6.112 YBÜ kabulü incelenmiş olup, analiz kapsamına 227 pulmoner ve 344 kardiyak hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya, belirlenen dönem içinde pulmoner veya kardiyak hastalık tanısı alarak YBÜ'ye kabul edilen hastalar dâhil edilmiştir.Her hasta için, YBÜ'ye kabul edildiği ayda ikamet ettiği bölgede ölçülen PM10 ve SO2 seviyelerinin aylık ortalamaları kaydedilmiştir. Ayrıca, aynı ay içinde YBÜ'ye kabul edilen hastalar arasındaki pulmoner veya kardiyak vaka oranları da hesaplanmıştır. Çevresel kirleticilerin hastaneye yatış oranları üzerindeki etkilerini analiz etmek amacıyla genelleştirilmiş doğrusal model (GLM) kullanılmıştır.

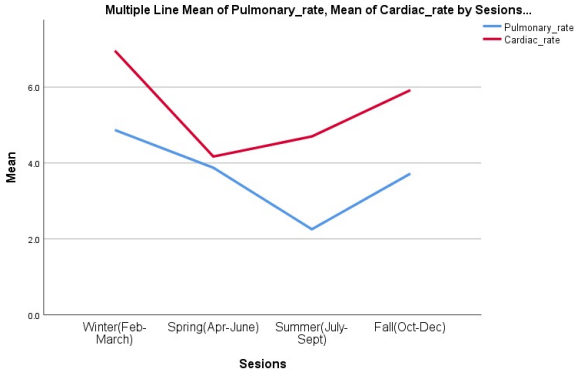
Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 571 hastanın medyan yaşı 70 olup, %60'ı kadındı. YBÜ mortalite oranı %41,1, hastane içi mortalite oranı ise %36,2 olarak tespit edildi.Tek değişkenli analizde, yaş ve PM10 maruziyeti pulmoner hastaneye yatış oranları ile anlamlı şekilde ilişkili bulundu. Yaş her yıl arttıkça hastaneye yatış olasılığı hafifçe artarken (OR = 1,011, p = 0,310), PM10 seviyelerindeki yükselme de hastaneye yatış riskini artırdı (OR = 1,016, p = 0,006). Ancak, çok değişkenli analizde yalnızca yaş anlamlı bir faktör olarak kaldı (OR = 1,019, p = 0,013) ve PM10 (OR = 0,984, p = 0,521) ile SO2 (OR = 1,007, p = 0,500) seviyelerinin etkileri anlamlı bulunmadı. Kardiyak hastaneye yatış oranlarının tek ve çok değişkenli analizlerinde yalnızca PM10 Lag1 (bir önceki aya ait PM10 maruziyeti) anlamlı bir faktör olarak bulundu (OR = 1,015, p = 0,011). Yaş, SO2 seviyeleri ve mevsimsel değişikliklerin kardiyak hastaneye yatış oranları üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı gözlendi (p > 0,05). PM10 seviyelerinin etkisi ise yalnızca gecikmeli maruziyet (lag effect) dikkate alındığında marjinal olarak anlamlı bulundu.Tek değişkenli analizde sağkalımın önemli belirleyicileri arasında yaş (HR = 1,009, p = 0,008), SAPS skoru (HR = 1,016, p < 0,001), kardiyak tanı (HR = 1,316, p = 0,004), enfeksiyon (HR = 0,768,

p=0,004) ve kronik böbrek hastalığı (KBH) (HR = 1,506, p < 0,001) yer aldı. Çok değişkenli analizde ise yalnızca SAPS skoru (HR = 1,012, p < 0,001) ve KBH (HR = 1,309, p=0,027) anlamlı faktörler olarak kaldı; kardiyak tanı (HR = 1,143, p = 0,375) ve yaş (HR = 1,006, p = 0,116) ise anlamlı bulunmadı.

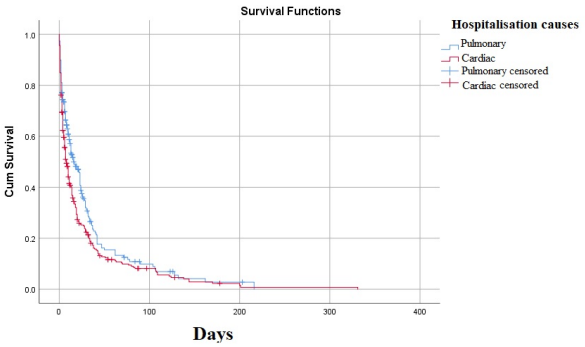
Şekil 1. PM10 ve SO2 mevsimsel ortalamaları.



Şekil 2. Akciğer ve kardiyak yatış oranları mevsimlere göre dağılımı.



Şekil 3. Kardiyak ve pulmoner yatış nedenlerine göre hastane içi sağkalım çizgileri.



Tartışma: PM10 seviyelerinin tek değişkenli analizde pulmoner hastaneye yatış oranlarını artırdığı gözlemlenmiştir. SO2 seviyelerinin ise her iki hastalık grubunda da hastaneye yatış oranları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Ayrıca, kardiyak tanıya sahip hastalar ve pulmoner hastalıkları olan bireyler daha yüksek mortalite oranlarına sahip olup, kritik hastalar arasında altta yatan komorbiditelerin önemini vurgulamaktadır. Bu bulgular, çevresel faktörler ile hastaneye yatışlar arasındaki karmaşık ilişkiyi ve bireysel sağlık durumlarının kritik bakım süreçlerindeki belirleyici rolünü ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: çevre kirliliği, pnömoni, kalp yetmezliği, yoğun bakım, mortalite

Yayın No: SS-41

Dahiliye Kliniklerinde COVID-19'lu Hastaların Yoğun Bakım Ünitesine Kabulünü Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: Tek Merkezli Retrospektif Çalışma

Aycan Acet, Türkan Paşalı Kilit, Sertaş Erarslan

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: COVID-19 hastalarının yoğun bakım ünitelerine kabulü, komorbiditeler, klinik özellikler ve laboratuvar bulguları dahil olmak üzere çok sayıda faktörden etkilenmektedir. Bu faktörleri değerlendirmek, sağlık hizmetlerinde hasta yönetimini optimize etmek için çok önemlidir.

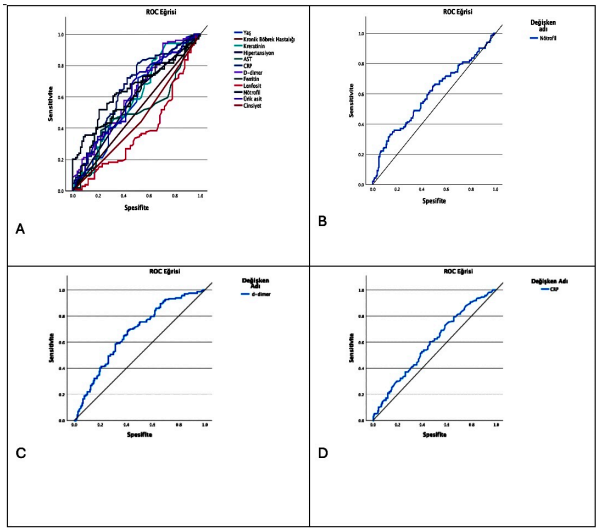
Amaç: Bu çalışmada, COVID-19 tanısı konularak iç hastalıkları servislerine yatırılan hastalarda yoğun bakım ünitesine kabulü etkileyen klinik ve laboratuvar parametrelerini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif gözlemsel tasarlanan bu çalışmada 404 hastanın demografik, klinik ve laboratuvar verileri incelendi. Hastalar, yoğun bakım gereksinimine göre iki gruba ayrıldı ve gruplar arasında istatistiksel karşılaştırmalar yapıldı. Toplanan ve karşılaştırılan veriler arasında yaş, cinsiyet, eşlik eden hastalıklar (Hipertansiyon, diyabet, kronik böbrek hastalığı, koroner arter hastalığı, malignite, KOAH/Astım), laboratuvar parametreleri (kreatinin, ürik asit, AST, ALT, CRP, D-dimer, lökosit, nötrofil) bulunmaktaydı. Gruplar arasındaki farkları belirlemek için Ki-Kare Testi ve Mann-Whitney U Testi kullanıldı. Lojistik regresyon analizi ile yoğun bakım yatışını öngören değişkenler belirlendi, ROC analizi ile değişkenlerin tanısal gücü değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Bu çalışmada 404 hasta incelenmiş olup, yaş ortalaması 65.9 ± 15.8 yıl ve kadın hasta oranı %46'dır. Hastaların %46'sının yoğun bakıma kabul edildiği saptandı. En sık görülen komorbiditeler hipertansiyon (%57.8), Tip 2 Diyabet (%40.6) ve kronik böbrek hastalığı (%24.3) idi. Hastanede kalış süresi 16.3± 8.2 gün olup, tüm nedenlere bağlı ölüm oranı %30.4 saptandı (Tablo 1).Yoğun bakım hastalarının yaş ortalaması yoğun bakım gerektirmeyen hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek (69.8 vs 62.6 yıl, $p<0.001$) ve hastanede kalış süresinin daha uzun olduğu tespit edildi (18.8± 8.9 vs 14.2± 7.0 gün, $p<0.001$). Hipertansiyon (%66.7 vs %50.2, $p<0.001$) ve kronik böbrek hastalığı (%29 vs %20.2, $p=0.039$) yoğun bakım grubunda daha yüksek saptandı. Tüm nedenlere bağlı ölüm oranı da yoğun bakım grubunda anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi (%46.8 vs %16.5, $p<0.001$). Laboratuvar sonuçları açısından, yoğun bakım hastalarında ürik asit ($p=0.011$), AST ($p=0.008$), nötrofil ($p=0.001$), ferritin ($p=0.002$), CRP ($p=0.002$) ve D-dimer ($p<0.001$) düzeyleri anlamlı olarak yüksek bulunmuş, lenfosit düzeyi ($p<0.001$) ise daha düşük saptanmıştır (Tablo 2). Lojistik regresyon analizinde, hipertansiyon ($p=0.071$, OR=1.988), ürik asit düzeyleri ($p=0.032$, OR=1.164) ve CRP ($p=0.027$, OR=1.006)

önemli değişkenler olarak saptandı. Kreatinin, cinsiyet, lenfosit, AST düzeyleri logistik regresyon analizinde yoğun bakım gereksinimiyle anlamlı ilişkisi saptanmadı (Tablo 3). ROC analizinde, yoğun bakım ihtiyacını en iyi öngören parametreler nötrofil (AUC=0.664), CRP (AUC=0.654) ve D-dimer (AUC=0.620) olarak belirlenmiştir. Yaş, cinsiyet ve kronik böbrek hastalığı (AUC ≈ 0.5) yoğun bakıma gidiş için düşük prediktif güce sahip olduğu tespit edildi (Şekil 1).

Şekil 1. ROC Analizi.



A:Çok değişkenli ROC eğrisi Yaş/AUC: 0.579, Cinsiyet/AUC: 0.453, KBH/AUC: 0.501, Kreatinin/AUC:0.585, HT/AUC: 0.570, AST/AUC:0.502, CRP/AUC: 0.654,D-dimer/AUC: 0.620, Ferritin/AUC: 0.596, Lenfosit/AUC: 0.380, Nötrofil/AUC:0.664, Ürik asit/AUC: 0.607; B:Nötrofil/AUC: 0.664; C:D-dimer/AUC: 0.620; D:CRP/AUC: 0.654

Tablo 1. Hasta grubuna ait özellikler

Klinik - Laboratuvar -Demografik Özellikler	**Hasta (n=404)**)
Yaş[a]	65.9 ± 15.8
Cinsiyet(K)	186 (%46)
Komorbiditeler	
KAH	67 (%16.6)
KKY	30 (%7.4)
Tip 2DM	164 (%40.6)
HT	233 (%57.8)

KBH	98 (%24.3)
KOAH/Astım	70 (%17.3)
Malignite	48 (%11.9)
Hastanede Kalış Süresi (gün)[a]	16.3± 8.2
Yoğun Bakıma Kabul	186 (%46)
Sağ/Ölü (Ölü)	123 (%30.4)
Kreatinin (mg/dl)*	1.0 (0.2-9.8)
Ürik asit (mg/dl)*	6.2 (0.9-30.9)
AST (U/L)*	29 (10-3021)
ALT (U/L)*	21 (5-366)
Lökosit (10^9/L)*	7610 (130-34310)
Nötrofil (10^9/L)*	5960 (100-32190)
Lenfosit (10^9/L)*	950 (20-9300)
CRP (mg/dl)*	73 (1-392)
D-dimer (ng/ml)*	1029 (169-9873)
Ferritin (ng/ml)*	199 (6-1500)

*Medyan (minimum-maksimum),amean ± SD, KAH: Koroner arter hastalığı, KBH: Kronik böbrek hastalığı, KKY: Kronik kalp yetmezliği, HT: Hipertansiyon, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, AST:Aspartat amino transferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, CRP: C reaktif protein

Tablo 2. Hasta gruplarının klinik ve laboratuvar özellikleri bakımından karşılaştırılması

	Yoğun bakım (+) (n=186)	Yoğun bakım (-) (n=218)	*p* değeri
Yaş[a]	69.8 ± 13.3	62.6± 15.8	***<0.001***
Cins (Kadın)	79 (%42.5)	107 (%49.1)	*0.184*
Komorbid Hastalıklar			
KAH	35 (%18.8)	32 (%14.7)	*0.274*
KBH	54 (%29)	44 (%20.2)	***0.039***
KKY	12 (%6.5)	18 (%8.3)	*0.482*
Tip2DM	76 (%40.9)	88 (%40.6)	*0.950*
HT	124 (%66.7)	109 (%50.2)	***<0.001***
KOAH/Astım	33 (%17.7)	37 (%17.1)	*0.855*
Malignite	26 (%14)	22 (%10.1)	*0.235*
Hastanede kalış süresi[a]	18.8± 8.9	14.2± 7.0	***<0.001***
Sağ/Ölü (Ölü)	87 (%46.8)	36 (%16.5)	***<0.001***
Kreatin (mg/dl)*	1.1 (0.4-5.3)	1.0 (0.3-9.8)	*0.072*
Ürik asit (mg/dl)*	6.0 (2.0-30.9)	5.1 (0.9-18.1)	***0.011***
AST (U/L)*	31.5 (14-3021)	32.5 (13-178)	***0.008***
ALT (U/L)*	21.5 (5-366)	20 (5-219)	*0.306*
Nötrofil (10^9/L)*	6760 (1070-32190)	4600 (100-11110)	***0.001***
Lenfosit (10^9/L)*	795 (190-8680)	1100 (20-3320)	***<0.001***
Ferritin (ng/ml)*	301 (6-1500)	166 (7-1500)	***0.002***
CRP (mg/dl)*	102 (3-378)	56 (1-302)	***0.002***
D-dimer (ng/ml)*	1358 (188-4563)	978 (179-4241)	***<0.001***

*Medyan (minimum-maksimum),amean ± SD, KAH: Koroner arter hastalığı, KBH: Kronik böbrek hastalığı, KKY: Kronik kalp yetmezliği, HT: Hipertansiyon, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, AST:Aspartat amino transferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, CRP: C reaktif protein

Tablo 3. Hastaların Logistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

	B	S.E.	OR	%95 Güven Aralığı	P değeri
Yaş	0.002	0.016	1.002	(0.971- 1.034)	*0.891*
Cinsiyet	-0.284	0.377	0.752	(0.360 – 1.574)	*0.450*
Kreatinin	-0.324	0.188	0.723	(0.501 - 1.046)	*0.085*
Ürik asit	0.151	0.070	1.164	(1.013 – 1.336)	***0.032****
AST	0.000	0.002	1.000	(0.997 – 1.003)	*0.992*
Nötrofil	0.000	0.000	1.000	(1.000 – 1.000)	***0.003****
Lenfosit	0.000	0.000	1.000	(0.999 – 1.000)	*0.090*
Ferritin	0.000	0.001	1.000	(0.999 – 1.001)	*0.400*
CRP	0.006	0.003	1.006	(1.001 – 1.011)	***0.027****
D-dimer	0.000	0.000	1.000	(1.000 - 1.000)	*0.294*
Hipertansiyon	0.687	0.381	1.988	(0.943 – 4.192)	*0.071*
KBH	-0.210	0.490	.811	(0.310 – 2.117)	*0.668*

* p<0.05, KBH: Kronik böbrek hastalığı, CRP: C reaktif protein, AST: Aspartat aminotransferaz, Hosmer-Lemeshow p=0.430, Omnibus testi χ^2=44.5, p<0.001, Nagelkerke R^2 %28.5, Cox & Snell R^2 %21.3

Tartışma: Bu çalışmada, COVID-19 hastalarında yoğun bakıma kabulü etkileyen faktörleri değerlendirdik. İleri yaş ve kronik böbrek hastalığı yoğun bakım ihtiyacını artırsa da, yaş; çok değişkenli analizde bağımsız bir prediktör olarak saptanmamıştır. Karşılaştırmalı testlerde yoğun bakım hastalarında nötrofil, C-reaktif protein (CRP), ferritin, ürik asit, d-dimer seviyelerinin yüksek saptanması bunun hiperinflamatuar yanıtın bir göstergesi olabileceğini akla getirmektedir. Ancak, ROC analizi bu parametrelerin tek başına yoğun bakım ihtiyacına karar vermede yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır. Yoğun bakım hastalarında yüksek saptanan D-dimer seviyeleri trombotik komplikasyonları işaret ederken, artmış ürik asit seviyeleri oksidatif stres ve endotel disfonksiyonuyla ilişkili olabilir. Sonuç olarak, inflamatuvar ve trombotik belirteçler yoğun bakıma gidiş açısından kritik önemde olup, yüksek riskli hastaların erken tanınması ve tedavi süreçlerinde önemli rol oynayabilir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, yoğun bakım, komorbidite, inflamasyon

Yayın No: SS-42

Febril Nötropeni

Dr. Sefer ASLAN
Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Giresun, Türkiye

Giriş

Nötrofiller,enfeksiyonlara karşı konak savunması sağlamada kritik öneme sahiptir. Mutlak nötrofil sayısında (ANC) azalma, kemoterapi alanlarda sıklıkla görülür. FN hastalarının büyük çoğunluğunda tanı anında enfeksiyon odağı belli değildir. Bu nedenle ateş enfeksiyonun tek belirtisi olabilir. Febril nötropeni(FN) vakalarında sadece %20-30'nda klinik olarak odağı belli enfeksiyon saptanır. İnflamatuar reaksiyon olmaması nedeniyle enfeksiyon belirti ve bulguları zayıf olur. Enfeksiyon riski; nötropeninin derinliği ve süresiyle artar.

Patogenez:

Kemoterapinin mukozal bariyerler üzerindeki doğrudan etkileri,altta yatan malignite,tedavilerle ilişkili bağışıklık yetersizlikleri veya diğer immün süpresif durumlar patogenezde rol alır.

Tanım

Ateş: Oral/aksiller: Bir kez ≥ 38,3 °Cya da en az 1 saat süren ≥ 38,0 °C ölçülen ateş

Nötropeni ise;500/mm3 altında veya 1000 /mm3 altında veya 48 saat içinde 500/mm3 altına inmesi öngörülüyor ise

Malignite hastalarında febril nötropeni (FN) sıklığı nedir?

Kemoterapi alan hastaların FN sıklığı;

Hematolojik malignitelerin %80

Solid tümörlü hastaların %10-50

FN bağlı mortalite oranı %2-12

Risk Sınıflaması

Febril Nötropeni risk sınıflamsında en çok 3 skorlama sistemi kullanılır. Bunlar:Talcott sınıflaması, MASSC skorlama sistemi ve Cisne skorlama sistemleridir.Febril nötropeni hastalarında komplikasyon gelişimi ve prognozu belirleyen çok sayıda risk faktörü mevcuttur. En kritik belirleyici nötropeni süresi ve nötropeni derinliğidir

Düşük riskli hasta: a) Beklenen nötropeni süresi ≤7 gün b) Nötrofil sayısı >100/mm3

c) Eşlik eden ağır semptomlar yok.

Yüksek riskli hasta: a) Beklenen nötropeni süresi >7 gün b)Nötrofil sayısı <100/mm3

c) Eşlik eden ağır semptomlar (hipotansiyon, nörolojik bozukluk vb)

Febril Nötropeni Hastalarında Skorlama Sistemleri

Temel kullanım amacı:Ayaktan veya yatarak tedavi kararında yol göstericidir. Tek başına skor ile karar vermek doğru değil, çünkü; Talcott Grup 4 olan %7 olguda ve MASCC ≥21 olan %11 olguda ciddi komplikasyon gözlenmiş. Hasta bazında değerlendirme yapmak esastır. Klinik, laboratuvar ve sosyal bütün faktörler de göz önünde tutularak karar verilmelidir.

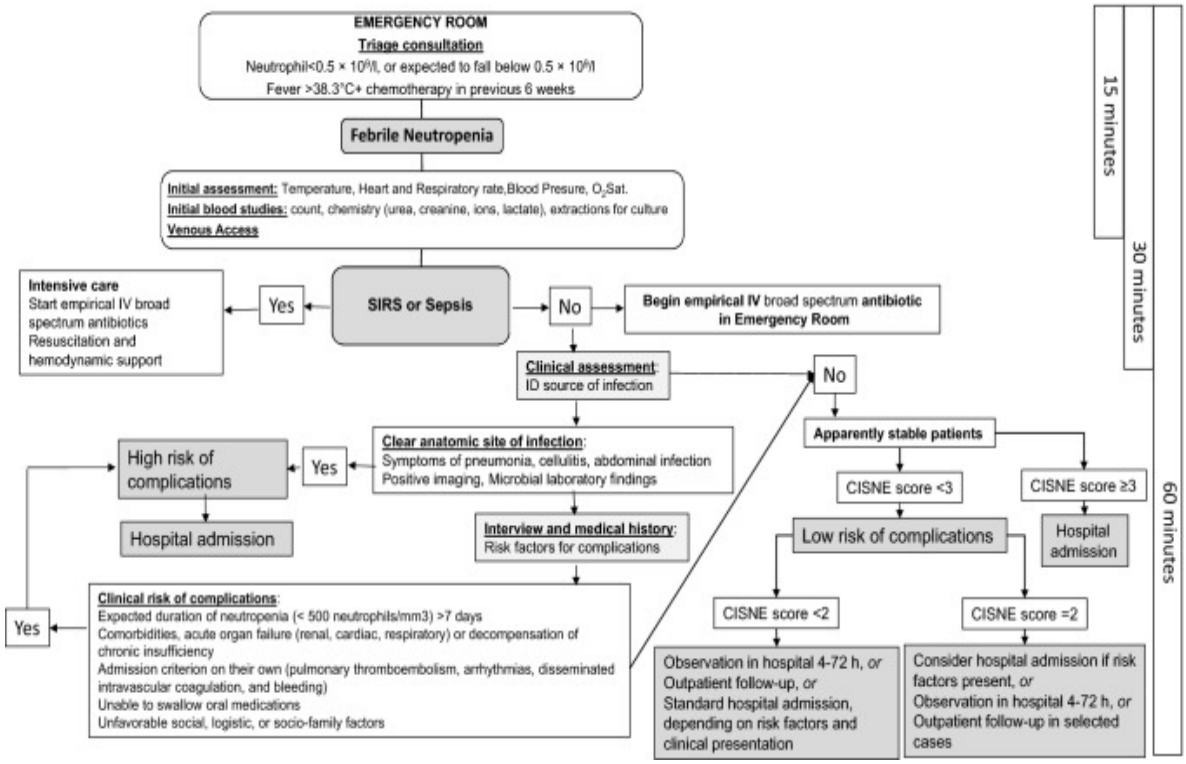
Hasta Yönetimi

a) Yüksek riskli hasta yatarak tedavi

*Klinik değerlendirme kriterleri *MASCC<21 *Talcott 1-3 Grup

b) Ayaktan tedavi

*Klinik Kriter yokluğu *MASCC Skoru≥21 *Talcott Grup 4



Başlangıç ampirik anti-mikrobik tedavi spektrumu hangi etkenleri kapsamalıdır?

a) Başlangıç anti-mikrobik tedavi spektrumu s.aureus, streptokoklar, enterobacteriaceae, p.aeruginosa gibi etkenleri kapsamalıdır.

b) Parenteral antibiyotikler: İmipenem, meropenem, piperasilin-tazobaktam, seftazidim,sefepim başlangıç ampirik tedavide verilebilir.

Düşük Riskli Hasta Grubunda Antimikrobiyal Tedavi Önerileri

İlk Basamak Tedavi:

Ayakta tedavi verilecek hastalarda; Amoksisilin/klavulanat + siprofloksasin,klindamisin + siprofloksasin,sefuroksimaksetil + siprofloksasin ve moksifloksasin verilebilir.

İkinci Basamak Tedavi

Ayakta tedavi rejiminin başarısız olması durumunda ise;Seftazidim, sefepim,3./4. KSS + aminoglikozid,imipenem, meropenem,piperasilin/tazobaktam grubu antibiyotikler verilebilir.

Antibiyotik Tedavisi Ne Kadar Süre Verilmeli

1. Düşük Riskli Hasta

*Belirgin bir enfeksiyon odağı yok *Ateş düştü *Klinik düzeliyor *Nötrofil sayısı ≥500/mm3
En az 48-72 saat klinik iyilik halinden sonra tedavi kesilebilir.

*Belirgin bir enfeksiyon odağı yok *Ateş düştü *Klinik düzeliyor *Nötrofil sayısı <500/mm3
En az 7 gün ateşsiz dönem sonunda kesilebilir.

2. Yüksek Riskli Hasta

ECIL: En az 3 gün klinik iyilikve en az 48 saat ateşsiz dönem sonunda kesilebilir

German Guideline: En az 7 günlük ateşsiz dönem sonunda kesilebilir.

Alternatif: Kinolon profilaksisi ile devam edilebilir.

ESMO: Nötrofil sayısı ≥500/mm3 olana kadar devam edilmelidir.

Alternatif: Klinik olarak stabil hastada başlangıç antibiyotik tedavisi kesilip, nötrofil sayısı ≥500/mm3 olana kadar oral kinolon profilaksisi verilebilir (IDSA 2010)

Tedaviye Yanıtsızlık

2 günden daha uzun süredir devam eden ateş,hemodinamik dengesizlik gösteren hastalarda;

Ampirik antimikrobiyal spektrum;Dirençli gram-negatif basilleri, gram-pozitif bakterileri, anaerobları kapsayacak şekilde genişletilmelidir.Ampirik antibiyotik tedavisinin bir veya daha fazla bileşenine dirençli patojenlerin saptanması durumunda antibiyotik revizyonu gereklidir.

Granülosit koloni stimülan faktörü (G-CSF) kimlere verilmelidir?

Hastanın hastalığı, kemoterapi türü,aldığı kemoterapinin doz yoğunluğu,tedavinin amacı,kalıcı nötropeni, tümörün kemik iliği invazyonu ve organ yetmezlikleri gibi durumlarda verilmelidir.

Kemoproflaksi

*Aktif solid tümörleri olan, kemoterapi gören ve bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda her yıl influenza ve pnömokok aşıları yapılmalıdır.

*Kemoterapi başlamadan >2 hafta önce veya son kt'den en az 7 gün sonra uygulanmalıdır.

POSTER BİLDİRİ LİSTESİ

EP-01 Yaşlı Tip 2 Diyabetli Hastalarda Kırılganlık ile Hemoglobin-Albumin-Lenfosit-Platelet (HALP) Skoru ve Sistemik İnflamatuar İndex (SII) Arasındaki İlişki

Gülali Aktaş, Murat Pehlivan, Burçin Meryem Atak Tel, Satılmış Bilgin, Elif Başaran, Atiqa Khalid, Emre Çimenden, Tuba Taslamacıoğlu Duman

EP-02 Empagliflozin Tedavisi Altında Kilo Veren Diyabetik Hastada Tespit Edilen Meme Kanseri

Murat Baş

EP-03 Yaşlı Hastada Beklenmeyen Hipoglisemi Nedeni: Faktisyöz Hipoglisemi Olgusu

Burak Özmen, Utku Talu, Tansel Meriç Eroğlu, Yusufcan Yılmaz, Tolga Canlı, Betül Erişmiş, Osman İnan

EP-04 Diyabetik Hastalarımızda Semaglutide Deneyimlerimiz: Ekstrem 2 Vaka

Eşref Araç

EP-05 Alfa Lipoik Asit Kullanımı ile Gerileyen Tinnitus Olgusu

Fatma Betül Bulut, Sibel Demiral Sezer

EP-06 Tansiyon Değerleri Kontrol Altında mı? İkinci Basamak Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi

Muhammet Erdem

EP-07 Homozigot Ailevi Hiperkolesterolemi Tedavisinde Karaciğer Transplantasyon Tedavi Önerisi

Ahmet Altınışık, Muhammed Kemal Kahyalar

EP-08 Extübasyon Başarısızlığının Nadir Bir Nedeni Hipotiroidizm

Ömer Umut Koçak, Umut Sabri Kasapoğlu, Erdem Yalçınkaya, Sait Karakurt

EP-09 Poliklinik Pratiğinde Gözden Kaçan Subakut Granülomatöz Troidit Olgusu

Sevgi Yıldırım Uğurlu, Sibel Demiral Sezer, Hamiyet Yılmaz Yaşar

EP-10 Hipokaleminin Nadir Bir Nedeni: Tirotoksik Periyodik Paralizi Olgusu

Feyza Nur Nane, Sefa Mert Aygur, Hüseyin Ali Öztürk

EP-11 Oral Tedavi Dirençli Hipotiroidi:Tanı ve Tedavi Yöntemi ile Bir Olgu Sunumu

Elif Bozkuş, Menekşe Duru Erdoğan, Halil Durantaş, Emin Gemcioğlu, Erman Çakal

EP-12 İnflamatuar Bağırsak Hastalığı İlişkili Pankreatit

Orkide Kutlu, İlknur Erkurt

EP-13 Parenteral Demir (Ferric Karboksi Maltoz) Tedavisinin İndüklediği Hipofosfatemi Olgusu

Ahmet Uludağ

EP-14 Geriatrik hastalarda parmak ucu hemoglobin testi

Günay Yıldız, Cihan Bedel, Fatih Selvi, Ökkeş Zortuk

EP-15 Multipl Myeloma Tanısı Konulan Olguda Görülen Hiperviskozite Sendromu

Fikret Sütçü, Sıdıka Betül Petekkaya, Burak Bekir Sütçü

EP-16 Psödo-TTP Tablosu ile Kendini Gösteren Pernisiyöz Anemi Olgusu

Seda Ceberut Temiz

EP-17 Omeprazol Kullanımı Sonrası Gelişmiş Otoimmün Hemolitik Anemi Olgusu

Cantürk Kaya

EP-18 İntravenöz Demir Tedavisi Sonrası Demir Ekstravazasyonu: Olgu Sunumu

Bilge Ada Özcan, Abidin Gündoğdu, Gökhan Tazegül

EP-19 Demir Eksikliği Anemisinden Endometriyum Kanseri Tanısı

Çağla İpek Sayın

EP-20 Döküntü ve Ateş Birlikteliğinde Akla Gelmesi Gereken Nadir Bir Tanı: Erişkin Still Hastalığı

Ahmet Emin Yayla

EP-21 Empagliflozinin Diyabeti Olmayan Hastalarda Renal Progresyona Etkisi

Ayşe Çevik, Kemal Ozan Lüle, Hamit Yıldız

EP-22 Multiple Myelom; Kemik Ağrısına Yaklaşım

Yusuf Kutlu, İbrahim Fuat Yalman, Kemal Ozan Lüle, Hamit Yıldız

EP-23 Pansitopeni ile Seyreden B12 Vitamin Eksikliği Anemisi Olgusu

Duygu Kıymet Ağrıman, Aslıhan Çalım, Çiğdem Yazıcı Ersoy

EP-24 Gizlenen Tehdit: pnömoni Gerçekten pnömoni mi?

Çağrı Mustafa Dönmezer, Muhammed Yasir Ceyhan, Yıldız Okuturlar, Sevgi Şahin, Zeynep Karaali

EP-25 Gebelikte Görülen Taşlı Yüzük Hücreli Mide Kanseri: Olgu Sunumu

Name Çığra Coşkun, Ayşenur Burcu Emetli, Sabin Göktaş Aydın, Şengül Aydın Yoldemir

EP-26 Psödotrombositopeni: Tanısal Önemi ve Klinik Karar Sürecine Etkileri

Ant Uzay, Başak Büyükkürkçü, Yıldız Okuturlar

EP-27 Sebebi Bilinmeyen Ateş: Erişkin Still Hastalığı Tanısı Konan Bir Olgu

Kamil Konur

EP-28 Karaciğer Enzimleriniz Yüksek, Peki Neden?

Makbule Fulya Tutar Selçuk

EP-29 İmmünsuprese Bir Hastada Kan Kültüründe Bacteroides Thetaiotaomicron Olgusu

Sevgi Yıldırım uğurlu, Beyza Nalbant, Süheyla Serin Senger

EP-30 El, Ayak, Ağız Hastalığı

Ahmet Emin Yayla

EP-31 Biyopsiden Tanıya:Erişkin Visseral Leishmaniazis Olgusu

Selin Ügü, Hacer Erbay, Gül İlhan, Bilgin Bahadır Başgöz

EP-32 Hemokromatosis Ön Tanısı ile Yönlendirilen Bir Olguda Visseral Leishmaniasis Tanısı

Gülşah Fidan Özkumur, Hasan Mert Bişkiner, Ayşen Yavuz, Özlem Ceren Günizi, Gülsüm Özlem Elpek

EP-33 İntestinal Tüberkülozun Tanısal Zorlukları: Granülomatöz Lezyonlar ve Multipl Trombozlarla Seyreden Nadir Bir Olgu

Yıldız Okuturlar, Mustafa Güldan, Ömer Faruk Öztürk, Başak Büyükkürkçü, İffet Beril Gökmen, Fatih Oğuz Önder

EP-34 Peritoneal Metastaz Görünümü ile Tanı Alan Genitoüriner Tüberküloz Olgusu

Betül Çiğdem Yortanlı

EP-35 Kronik Hepatit B Tanılı Hastada Leptospiroz Enfeksiyonunun Ayırt Edici Tanısı: Olgu Sunumu

Handan Doğan Çakmak, Furkan Çakmak

EP-36 İmmün Trombositopenisi Olan Yaşlı Bir Hastada Nadir Görülen Pneumocystis Jirovecii Pnömonisi (PCP) ve Sitomegalovirüs (CMV) Ko-Enfeksiyonu

Ant Uzay, Mustafa Güldan, Başak Büyükkürkçü, İffet Beril Gökmen, Yıldız Okuturlar

EP-38 Genç Bir Erkekte Nadir Bir Enfektif Endokardit Olgusu: Multidisipliner Yaklaşımın Önemi

Başak Büyükkürkçü, Mustafa Ertuğrul Mercan, Yıldız Okuturlar, Semih Ayten, Mustafa Güldan, Bahar Temur, İftihar Köksal

EP-39 VCA ve EBNA: EBV Tanısında Serolojik Belirteçler

Yıldız Okuturlar, Başak Büyükkürkçü, Semih Ayten, Can Boynukara, Sevgi Şahin

EP-40 Nadir Kalıtsal Bir Tübülopati: Gitelman Sendromu

Taner Aydın

EP-41 Tekrarlayan Elektrolit Bozukluklarının Altında Yatan Sessiz Tehlike: Çölyak Hastalığı

Yücel Arman

EP-42 Hipovolemi Prezentasyonlu Nadir Bir Vaka: Crohn ile İndüklenen Kapiller Kaçış Sendromu

Bahar Çakır

EP-43 Hipomagnezemiye Sekonder Tetani Olgusu

Sıdıka Betül Petekkaya

EP-44 Hipoparatiroidizm Nedenli Hipokalsemiye Bağlı Epileptik Nöbet Olgusu

Mehmet Selim Mamiş, Abdullah Tanrıkulu, İbrahim Halil Sezgin

EP-45 Her Yaşın Bir Hipofizi Var

Sercan Atıcı, Sevnaz Şahin

EP-46 Akut Nöropsikiyatrik Bozukluklarda Nadir Bir Neden: Fahr Sendromu

Hikmet Gök, Kemal Ozan Lüle, Hamit Yıldız

EP-47 Diyalize Yeni Başlayan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastasında Gelişen Disequilibrium Sendromu

Betül Çiğdem Yortanlı

EP-48 Kolonoskopi Sonrası Görülen Akut Fosfat Nefropatisi Olgusu

Nurten Peynirci, Esra Yenikurtuluş, Erkan Şengül, Eda Altun

EP-49 Kemoterapi Port Kateter Yerleştirilmesinden Sonra Gelişen Siyanoz: Lokal Prilokainle İlişkili Methemoglobinemi

Esra Rızaoğulları Güzel

EP-50 Temporal Artrit;Görme Kaybına Yaklaşım

İbrahim Fuat Yalman, Yusuf Kutlu, Ömer Yıldırım, Kemal Ozan Lüle, Hamit Yıldız

EP-51 Kronik İshal ile Prezente Olan Lenfoma; Ayırıcı Tanıda Unutulmaması Gereken Bir Neden

Gülsüm Gülçin İçtin, Kemal Ozan Lüle, Ömer Yıldırım, Hamit Yıldız7

EP-52 Kaza Sonucu Cıva Aspirasyonuna Bağlı Gelişen Nadir Bir Cıva İntoksikayon Olgusu

Yıldız Okuturlar, Gersi Alisha, Ömer Faruk Öztürk, Mustafa Güldan, Salih Serdar Erturan

EP-53 Fentanil Bant Kullanımına Bağlı Gelişen Anaflaksi ve Solunum Arresti: Nadir Bir Olgu Sunumu

Betül Çiğdem Yortanlı

EP-54 Gebeliğin Unutulmaması Gereken Acili: Gebeliğin Akut Yağlı Karaciğeri

Betül Çiğdem Yortanlı

EP-55 RYR1 Gen Mutasyonu ile İlişkili Rhabdomyoliz: Klinik Bir Olgu Sunumu

Aslı Gökay, Yıldız Okuturlar

EP-56 Nadir Bir Klinik Olgu: Posterior Nutcracker Sendromuna Bağlı Renal Ven Trombozu

Duygu Sanay, Muhammed Emre Sevim, Yaşar Yıldırım, Zülfükar Yılmaz, Emre Aydın

EP-57 Yan Ağrısının Nedenlerinden Biri: İki Renal İnfarkt Hikayesi

Hatice Beyazal Polat, Kamil Konur

EP-58 Statin İlişkili Nekrotizan Miyopati: Anti-SRP Pozitif Nadir Bir Olgu Sunumu

Mert Öztaş, Mustafa Güldan, Murat Aksu, Sidelya Ecem Yiğit, Yıldız Okuturlar

EP-59 Akut Çölyak Krizi: Yetişkinlerde Nadir Ancak Yaşamı Tehdit Eden Bir Komplikasyon

Enis Akça, Ayşe Kevser Demir, Ahmet Veli Şanibaş

EP-61 Diş İmplantı Sonrasında Gelişen Yaygın Boyun Ekimozu

Ant Uzay, Can Boynukara, Yıldız Okuturlar

EP-62 Baş Dönmesi ile Acile Gelen Bir Hasta: Acaba Neler Gözden Kaçıyor?

Can BOYNUKARA, Elif Beyza KÜTÜKÇÜ, Bahar TEMUR, Nurgül NAURZVAI, Yıldız OKUTURLAR

EP-63 Allopurinol İlişkili Agranülositoz: Olgu Sunumu

Mert Metin Can

EP-64 Kronik Hemodiyaliz Hastasında Gelişen Tekrarlayan Akut Pankreatit: Olgu Sunumu

Gülfidan Atan, Erol Karavar, Özge Kitapçı, Kamil Konur, Hatice Beyazal Polat

EP-65 Antipsikotik Tedavi Sonrası Gelişen Şiddetli Hipertrigliseridemi ve Akut Pankreatit: Bir Olgu Sunumu

Muhammed Ali Coşkuner

EP-66 Hiperglisemi Her Zaman Masum mudur

Ömer Umut Koçak, Çağla Eyüpler Akmercan

EP-67 Anemik Hastada Pulmorenal Sendrom

Sümeyra Koyuncu

EP-68 Nadir Bir Klinik Olgu:Bilateral Adrenal Tutulum ile Seyreden Primer Adrenal Lenfoma

Duygu Sanay, Mehmet Orhan Ayyıldız, Esra Pirinççi, Gülizar Tekçe, Zafer Pekkolay, Alparslan Tuzcu, Dilek Geneş Kaya

EP-69 Hepatik Adenomdan Hepatosellüler Karsinoma: Olgu Sunumu

Mert Özdemir, Fadime Yılmaz, Mehmet Guri Tekin, Gökhan Tazegül

EP-70 Bilateral Alt Ekstremitede Palpabl Purpura, Nekrozitan Lezyonlar ve Şişlik ile Başvuran Hasta: Olgu Sunumu

Murat Ay

EP-71 Geriatrik Hastalarda Diyabetes Mellitus, Hipertansiyon Hastalıkları Arasındaki Prevelans İlişkisi ve Kardiyovasküler Hastalıklar Üzerine Etkileri

Hakkı Hamid Doğru

EP-72 Rino-Orbito-Serebral Mukormikoz Olgusu

Elif Şen, Deniz Temeller, Gökhan Köker

EP-73 Behçet Hastalığında Nörolojik Tutulum; Nörobehçet

Ömer Yıldırım, Kemal Ozan Lüle, İbrahim Fuat Yalman, Hamit Yıldız

EP-74 Normokalsemik Hastada Tekrarlayan Üriner Sistem Taşları: Paratiroid Adenomu Olgusu

Ahmet Serdaroğlu, İbrahim Erbay, Kamil Konur

EP-75 Etanole Maruz Kalan Ratlarda Bupropionun Bazı Biyokimyasal Parametreler Üzerine Etkisi

Ali Türeyen

EP-76 Gizemli Ateşin Ardındaki Tanı: Erişkin Still Hastalığı

Özlem Menken, Serkan Çakır, Mehmet Yamak

EP-77 Sistemik Semptomlarla Gizlenen Büyük Damar Hastalığı: Takayasu Arteriti

Serkan Çakır, Özlem Menken, Mehmet Yamak

EP-78 Nadir Bir Vasküler Patoloji: Çölyak Arter Diseksiyonu ve Tromboz Olgusunda Konservatif İzlem Deneyimimiz

Bilal Saygın, Esra Demir, Yunus Can Özalp

EP-79 Brucella Epididimiti-Orşit; Nadir Bir Komplikasyonun Klinik ve Laboratuar Değerlendirmesi

Beyza Nur Tuğcan, Kemal Ozan Lüle, Gülsüm Gülçin İçtin, Hamit Yıldız

EP-80 Paraneoplastik Kaşıntı ve Vena Cava Superior Sendromu ile Prezente Olan B Hücreli Lenfoma Olgusu

Meryem Didem GÖKDAŞ, Enes Seyda Şahiner, Nazlı Pelin Kırkayak, Fatma Afranur Sönmez, Huriye Arıkan, Muhammed Mete Hız, Gülsüm Özet

EP-81 Kronik Lenfositik Lösemi Yaş Sınırı Tanır mı?

Musa Caner Yılmaz, Fahire Esma Önal Tören, Fatih Serdar, Tolga Canlı, Osman İnan, Betül Erişmiş

EP-82 Brucella Epididimo-Orşit; Nadir Bir Komplikasyonun Klinik Ve Laboratuar Değerlendirmesi

Beyza Nur Tuğcan, Kemal Ozan Lüle, Gülsüm Gülçin İçtin, Hamit Yıldız

EP-83 Kalp Yetmezliğinin Nadir Bir Nedeni: Lamda Monotipisi Gösteren Smoldering Myelom

Orkide Kutlu, İlknur Erkurt

EP-84 Pembrolizumab'a Bağlı Primer Hipotiroidi ve Adrenalit Gelişen Meme Kanserli Kadın Olgu

Görkem Gültekin, Aysel Mammadyarzada, Melih Bektaş, Buse Apatarkan Dimdork, Ezgi Ulaş, Banur Şarer Yürekli, Mehmet Erdoğan

EP-85 Nadir Bir Siroz Nedeni: Hemokromatozis

Kübra Çerçi, Seyit Uyar

EP-86 Lityum'a Bağlı Diabetes İnsipidus Olgusu

Uğur Karaca, Ramazan Erkoç

EP-87 Talasemi Major Tanılı Bir Hastada Endokrin Bozukluklar

Beril Betül Çam

EP-88 Kronik Diyabetik Nefropati Temelinde Gelişen Edinilmiş Perforan Dermatoz: Bir Olgu Sunumu

Elif Demir, Tülin Akagün, Sevinç Hakyemez, Kubilay İşsever, Gülsüm Ceren Civcan

EP-90 Atipik Hüs Vakası

Esra Yenikurtuluş, Nurten Peynirci, Eda Altun, Erkan Şengül

EP-91 Parsiyel Empty Sella Sendromuyla Birlikte Görülen Akromegali Olgusu

Betül Özdemir Öztürk, Menekşe Duru Erdoğan, Elif Bozkuş, Halil Durantaş, Bekir Uçan, Erman Çakal

EP-92 Poliserözit tespit edilen hastalarda gözden kaçan tanı MİS-A (multisistemik inflamatuvar sendrom)

Muhammed Yasir Ceyhan, Çağrı Mustafa Dönmezer, Yıldız Okuturlar, Sevgi Şahin

EP-93 Non-Biliyer Pankreatit ön tanısı ile interne edilen ileri evre Hodgkin Lenfoma vakası

İlke Kaya, Çağla Ecem Kılıç

EP-94 Karın Ağrısı ve İshal İle Başvuran Hastada Nadir Görülebilecek Bir Klinik Tablo Olarak Igg4 İlişkili Hastalık Olgu Sunumu

Hande Kapçi

EP-95 65 Yaş ve Üstü Bireylerde Ağır Metal Düzeyleri ile Fonksiyonelliğin Değerlendirilmesi

Hatice Betül Hafızoğlu

EP-96 Ateş Yüksekliği ile Başvuran Subakut Tiroidit Olgusu

Engin Gönültaş

EP-97 Vildagliptin Kullanımına Bağlı Gelişen Bir Büllöz Pemfigoid Olgusu

Muharrem Özden, Enes Gürbüz

POSTER BİLDİRİ ÖZETLERİ

Yayın No: EP-01

Yaşlı Tip 2 Diyabetli Hastalarda Kırılganlık ile Hemoglobin-Albumin-Lenfosit-Platelet (HALP) Skoru ve Sistemik İnflamatuar İndex (SII) Arasındaki İlişki

Gülali Aktaş[1], Murat Pehlivan[2], Burçin Meryem Atak Tel[2], Satılmış Bilgin[1], Elif Başaran[3], Atiqa Khalid[4], Emre Çimenden[1], Tuba Taslamacıoğlu Duman[1]

[1]Abant Izzet Baysal Üniversitesi, İç hastalıkları departmanı, Bolu
[2]Hacettepe Üniversitesi, Geriatri departmanı, Ankara
[3]Patnos Devlet hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ağrı
[4]Tehsil Headquarter Hospital, Jahanian, Pakistan

Giriş: Kırılganlık, azalmış fizyolojik rezervler ve artmış kırılganlık ile karakterize klinik bir sendrom olup, tip 2 diyabet mellitus (T2DM) yönetiminde önemli bir endişe kaynağıdır. Sistemik inflamatuar indeks (SII) ve hemoglobin-albümin-lenfosit-trombosit (HALP) skoru gibi biyobelirteçler, kırılganlığın altında yatan inflamatuar ve beslenme faktörlerini anlamada umut vaat etmektedir.

Amaç: Bu çalışmada, yaşlı diyabetik hastalarda kırılganlık, HALP ve SII arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, kurumsal polikliniklere başvuran 65 yaş ve üzeri diyabetik hastalar dahil edilmiştir. Katılımcılar, Edmonton Kırılganlık Ölçeği kullanılarak kırılgan veya kırılgan olmayan olarak sınıflandırılmıştır. Kırılgan ve kırılgan olmayan diyabetik bireylerin SII ve HALP skorları karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Kırılgan ve kırılgan olmayan gruplarda sırasıyla 112 ve 189 hasta yer almıştır. Kırılgan hastaların ortalama SII düzeyi, frajil olmayan diyabetik hastalara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (911 ± 322 vs 568 ± 286), ($p<0.001$). Kırılgan grubun medyan HALP skoru (35 [7-142]), kırılgan olmayan grubun HALP skorundan (54 [6-143]) anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p<0.001$). ROC analizlerine göre, HALP skorunun 38.7'nin altında olması durumunda kırılganlığı tespit etme duyarlılığı ve özgüllüğü sırasıyla %76 ve %59 olarak belirlenmiştir. SII'nin 652'nin üzerinde olması durumunda ise kırılganlığı tespit etme duyarlılığı %60, özgüllüğü %73 olarak saptanmıştır. Multivariate analizler, hem SII hem de HALP skorunun kırılganlık için bağımsız risk faktörleri olduğunu ortaya koymuştur.

Tartışma: Diyabetik bireylerde SII ve HALP skorunun değerlendirilmesi, kırılganlık tanısı açısından önerilmektedir. T2DM hastalarında yükselmiş SII ve azalmış HALP skorunun, olası kırılganlık açısından hekimleri uyarması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: kırılganlık, HALP skoru, inflamasyon, SII, tip 2 diabetes mellitus

Yayın No: EP-02

Empagliflozin Tedavisi Altında Kilo Veren Diyabetik Hastada Tespit Edilen Meme Kanseri

Murat Baş

Konya Şehir Hastanesi

Giriş: Tip 2 Diyabetes Mellitus (DM) hiperglisemi, insülin rezistansı ve insülin sekresyonunda bozulmayla karakterize, obezitenin artmasıyla birlikte ve sedanter yaşam tarzına yönelmeye bağlı olarak prevalansı belirgin şekilde artan yaygın bir hastalıktır. Empagliflozin; sodyum glukoz ko-transporter 2 (SGLT2) inhibitörüdür; üriner glukoz atılımını arttırarak kan şekerini düşürür; kan basıncında düşme ve viseral yağ dokudaki azalmaya bağlı kilo kaybı sağlar. Kötü huylu tümörler (özellikle gastrointestinal, pankreas, akciğer, lenfoma, böbrek ve prostat kanserleri) sıklıkla kilo kaybına neden olur. Kanser hastalarında kilo kaybını açıklayan birden fazla mekanizma vardır. Anoreksiya ve kilo kaybı, tüm kanser hastalarının %15 ila %40'ında tanı anında mevcuttur.

Olgu: 65 yaşında kadın hasta kan şekeri regülasyonu için dahiliye polikliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde boyu 160 cm kilosu 90 kg ölçüldü. Yapılan tetkiklerinde HBA1c düzeyi %7,5 tespit edildi. Hastaya metformin 2000mg, empagliflozin 25mg ve diyet tedavisi başlandı. Son 1 yıllık takipte ilaç ve diyetle hastanın HBA1c düzeyi %5,7'ye geriledi ve kilosu 72 kg'a düştü. Hastada takipte empagliflozin dozu 10 mg'a düşüldü ancak kilo kaybı devam etti ve hasta sonraki 3 ayda 65 kg'a düştü. Kilo kaybının beklenenden fazla olması nedeniyle malignite taraması planlandı ve tetkikler sırasında metastatik meme kanseri (torakal vertebraya metastaz yapmış invaziv lobuler karsinom) tespit edildi.

Tartışma: SGLT2 inhibitörlerinin plasebo ile karşılaştırıldığı uzun süreli çalışmaların (bir ila iki yıl) meta analizinde, SGLT2 inhibitörleri ile kiloda belirgin bir azalma olduğu gösterilmiştir (iki yılda ortalama fark -2,99 kg, %95 CI -3,64 ila -2,34). Kilo kaybı zamanla devam ediyor gibi görünmektedir. İstemsiz kilo kaybı olan hastalarda malignite, ileri yaş, erkek cinsiyet, aktif sigara kullanımı ve daha fazla kilo kaybı ile ilişkilendirilmiştir. Bu hastalarda en sık görülen maligniteler gastrointestinal sistem (yemek borusu, mide, bağırsak, karaciğer, pankreas, safra), akciğer, lenfoma ve idrar yolu (böbrek, üreter, mesane) ile ilişkili olup prostat, meme ve yumurtalık kanserleri çok daha az sıklıkla teşhis edilmiştir.

Sonuç: SGLT2 inhibitörü kullanan hastalarda sıklıkla kilo azalması görülmekle birlikte kilo azalması beklenenin üzerinde olanlarda maligniteye bağlı kilo kaybı ihtimali unutulmamalı ve hastalar gereğinde uygun şekilde taranmalıdır.

Anahtar Kelimeler: meme kanseri, empagliflozin, kilo kaybı, DM, SGLT2 inhibitörü

Yayın No: EP-03

Yaşlı Hastada Beklenmeyen Hipoglisemi Nedeni: Faktisyöz Hipoglisemi Olgusu

Burak Özmen, Utku Talu, Tansel Meriç Eroğlu, Yusufcan Yılmaz, Tolga Canlı, Betül Erişmiş, Osman İnan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Hipoglisemi, kan şekerinin 70 mg/dL'nin altına düşmesi olarak tanımlanır ve adrenerjik aktivasyon belirtileri ile nöroglikopenik semptomlara yol açabilir. Diyabet hastalarında hipoglisemi genellikle insülin veya oral antidiyabetik ilaçların uygunsuz ya da fazla miktarda kullanımı sonucu gelişir.

Amaç: Yaşlı bireylerde, eşlik eden hastalıklar ve polifarmasi, hipoglisemi riskini artıran önemli faktörlerdendir. İatrojenik ve endojen nedenlerin dışında, hipoglisemi ile başvuran hastalar arasında yaklaşık %0,5-5 oranında görülen faktisyöz hipoglisemi ise genellikle genç hastalarda bildirilmiştir. Ancak burada, geriatrik yaş grubunda faktisyöz hipoglisemi tanısı konulan nadir bir olguyu sunmaktayız.

Gereç ve Yöntem: 75 yaşında, bilinen diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi, atrial fibrilasyon, koroner arter hastalığı ve demans tanıları olan, ailesiyle birlikte yaşayan ve walker desteğiyle günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilen kadın hasta, yüksek HbA1c seviyeleri nedeniyle 4'lü insülin tedavisine başlanmasının ardından birkaç gün sonra bilinç bulanıklığı ve genel durum bozukluğu gelişmesi üzerine yakınları tarafından acil servise getirilmiş. Vital bulgularında nabız 110/dk olan hastanın diğer fizik muayene bulguları ise doğal olarak saptanmış. Akut nörolojik olayların ekartasyonu açısından çekilen bilgisayarlı tomografi ve difüzyon MR incelemelerinde patoloji saptanmamış. Parmaktan bakılan kan şekeri değerinin 23 mg/dL olarak görülmesi üzerine ise hipoglisemi etiyolojisi açısından tarafımıza danışıldı. Acil şartlarda değerlendirilen ve uygun dekstroz tedavisi sonrası kan şekeri değerlerinin 100 mg /dl üzerinde görüldüğü hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı iç hastalıkları servisimize interne edildi.

Bulgular: Servis takibi sırasında, kan şekeri zaman zaman 250-300 mg/dL seviyelerine kadar yükseldi ve hastaya aralıklı insülin tedavisi uygulandı. Ancak takip sürecinde hipoglisemi ataklarının devam etmesi üzerine insülin tedavisi tamamen kesildi. Buna rağmen hipoglisemi atakları sürdü ve kan şekeri 40 mg/dL'nin altına indiğinde alınan laboratuvar tetkiklerinde; kortizol: 8,8 µg/dL, ACTH: 17,7 pg/mL, IGF-1: 71 µg/L, C-Peptit: 0,84 µg/L, açlık insülini: 943,8 mU/L olarak tespit edildi. İnsülinoma ekartasyonu amacıyla trifazik kontrastlı abdominal BT ve pankreas MR incelemeleri yapıldı, ancak herhangi bir patoloji saptanmadı. Saatlik kan şekeri takiplerine göre dekstroz infüzyon dozu ayarlanarak tedaviye devam edildi. Takipte tekrar gelişen bir hipoglisemi atağı esnasında alınan laboratuvar tetkik sonuçları; kortizol: 18,4 µg/dL, ACTH: 9,9 pg/mL, C-Peptit: 0,82 µg/L, açlık insülini: 200,1 mU/L, Anti-insülin antikor ise negatif olarak görüldü. Bunun üzerine faktisyöz hipoglisemi ihtimali açısından hasta yakınları sorgulandı, ancak hemşire bilgisi dışında kendiliklerinden herhangi bir insülin

uygulamadıklarını ifade ettiler. Takipte hipoglisemi atakları devam eden ve bu nedenle dektroz infüzyonu hiç kesilemeyen hasta, ek organik bir patoloji saptanamaması üzerine yakınlarından uzaklaştırılmak amacıyla yoğun bakım ünitesine alındı. Yoğun bakım ünitesinde 5 gün boyunca insülinsiz takip edilen hastanın takipte dektroz ihtiyacının azaldığı ve tekrar hipoglisemi atağı yaşamadığı görüldü. Bunun üzerine tekrar servise devralınan hasta, yakınlarının bilgilendirilmesi ve uyarılması sonrası ek problemi olmaması üzerine önerilerle taburcu edildi.

Tartışma: Faktisyöz hipoglisemi, çoğunlukla genç hastalarda görülen nadir bir durum olmakla birlikte, yaşlı hastalarda özellikle yakınları veya bakım veren kişiler tarafından yapılan müdahaleler sonucunda ortaya çıkabilmekte ve ciddi sonuçlara yol açabilmektedir. Çeşitli sosyoekonomik ve sosyokültürel faktörler, bazı hasta yakınlarının hastalarının hastaneden taburcu olmasını istememelerine ve bu nedenle uygunsuz müdahalelere eğilim göstermelerine neden olabilir. Bu nedenle, inatçı hipoglisemi vakalarında, hasta yaşlı ve kendi başına herhangi bir tıbbi uygulama yapamayacak durumda olsa dahi, bakım veren kişilerin olaya olası katkıları mutlaka detaylı olarak değerlendirilmeli ve faktisyöz hipoglisemi ayırıcı tanıda her zaman akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Faktisyöz hipoglisemi, nöroglikopenik semptom

Yayın No: EP-04

Diyabetik hastalarımızda Semaglutide deneyimlerimiz: Ekstrem 2 vaka

Eşref Araç

Dicle Üniversitesi

Giriş: Giriş:Tip 2 diyabetes mellitus (T2DM) tedavisinde GLP-1 reseptör agonistleri, hem glisemik kontrol hem de kilo kaybı sağlamadaki etkinlikleriyle öne çıkmaktadır. Semaglutid, uzun etkili bir GLP-1 analoğu olup, özellikle obezite eşlik eden diyabetik hastalarda önemli avantajlar sunmaktadır. Bu sunumda, semaglutid ile dramatik yanıt alınan iki ekstrem vakayı paylaşmayı amaçladık.

Amaç: Vaka 1: Yeni Tanılı, Ağır Hiperglisemik Diyabetik Hastada Semaglutid EtkinliğiHasta Bilgileri:Yaş/Cinsiyet: 42, ErkekBaşvuru Şikayeti: Poliüri, polidipsi, halsizlikLaboratuvar:Açlık kan şekeri (AKŞ): 470 mg/dLHbA1c: %14,6VKİ: 35 kg/m²Tedavi: Semaglutid (titrasyonla 1 mg/hafta), metformin/pioglitazon kombinasyonuTakip:3. ay sonu:AKŞ: 118 mg/dLHbA1c: %6,7Kilo kaybı: 9 kgTartışma:Yeni tanılı, ağır hiperglisemik bir hastada semaglutid, insülin gereksinimi olmadan hızlı glisemik kontrol sağlamış ve belirgin kilo kaybına katkıda bulunmuştur.

Gereç ve Yöntem: Vaka 2: Uzun Süreli İnsülin Kullanan, Obez Diyabetik Hastada İnsülinsiz RemisyonHasta Bilgileri:Yaş/Cinsiyet: 54, KadınDiyabet Süresi: 8 yılMevcut Tedavi: Bazal-bolus insülin (günde 4 enjeksiyon)Laboratuvar:HbA1c: %8,6C-peptid: 4,2 ng/mLVKİ: 41 kg/m²AKŞ: 190 mg/dLYeni Tedavi: Semaglutid (1 mg/hafta), metformin, empagliflozin + İNSÜLİN KESİLDİTakip:3. ay sonu:AKŞ: 102 mg/dLHbA1c: %6,1Kilo kaybı: 17 kgTartışma:Uzun süreli insülin kullanımına rağmen kontrolsüz diyabeti olan obez bir hastada, semaglutid ile insülin kesilerek remisyon sağlanmış ve anlamlı metabolik iyileşme gözlenmiştir.

Bulgular: Uzun süreli insülin kullanımına rağmen kontrolsüz diyabeti olan obez bir hastada, semaglutid ile insülin kesilerek remisyon sağlanmış ve anlamlı metabolik iyileşme gözlenmiştir.Yeni tanılı, ağır hiperglisemik bir hastada semaglutid, insülin gereksinimi olmadan hızlı glisemik kontrol sağlamış ve belirgin kilo kaybına katkıda bulunmuştur.

Tartışma: Sonuç:Semaglutid, ağır hiperglisemik yeni tanılı hastalarda insülin gerektirmeden etkin glisemik kontrol sağlayabilir.Uzun süreli insülin kullanan obez diyabetiklerde, insülini keserek remisyon mümkün olabilir.Belirgin kilo kaybı, tedaviye uyumu artıran önemli bir ek avantajdır.

Anahtar Kelimeler: Semaglutid, Tip 2 diyabet, insülin kesilmesi, obezite, GLP-1 agonist

Yayın No: EP-05

Alfa Lipoik Asit Kullanımı İle Gerileyen Tinnitus Olgusu

Fatma Betül Bulut, Sibel Demiral Sezer

İzmir Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları

Giriş: Diyabetik Nöropati, periferik sinir sistemi disfonksiyonundan kaynaklanan çok çeşitli klinik patolojileri kapsayan bir durumdur. (1)Sık görülen semptomlar arasında ekstremitelerde uyuşma karıncalanma ve yanma bulunur,diyabetli olgularda yaygınlığının %6-%51 arasında değiştiğini gösteren çalışmalar vardır. (2)Aynı zamanda Diyabetus mellituslu bireylerde gelişen makro ve mikro komplikasyonlar belirgin periferik ve /veya merkezi işitsel ve vestibüler uç organ bozukluklarına sebep olmaktadır.Bu nedenle diyabetli bireylerde işitme kaybı,kulak çınlaması ve baş dönmesi olasılığı daha yüksektir.(3)Diyabetik nöropatide en yaygın olarak kabul gören teori,hipergliseminin neden olduğu mitokondride oksidatif stresin indüklenmesidir.(4)Diyabetik Nöropatinin tedavisinde kullanılan Alfa lipoik asit , hem kendisi hem de indirgenmiş formu olan dihidrolipoik asit antioksidan özellik gösterir. Ağır metaller ile şelat oluşturarak vücuttaki toksin etkilerini azaltabilir. Ayıca insülin sinyal yolaklarında yer almaktadır. Bu özellikleri sayesinde önemli bir antioksidan olarak kabul edilmektedir. (5)Kaynaklar: 1.Bansal, V., J. Kalita, and U. K. Misra. "Diabetic neuropathy." Postgraduate medical journal 82.964 (2006): 95-100.2. Hicks, Caitlin W., and Elizabeth Selvin. "Epidemiology of peripheral neuropathy and lower extremity disease in diabetes." Current diabetes reports 19 (2019): 3. Kumar P, Singh NK, Apeksha K, Ghosh V, Kumar RR, Kumar Muthaiah B. Auditory and Vestibular Functioning in Individuals with Type-2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review. Int Arch4.Bodman MA, Dreyer MA, Varacallo MA. Diabetic Peripheral Neuropathy. 2024 Feb 255. Ziegler D. Treatment of diabetic polyneuropathy: Update 2006.

Amaç: Bu olgu ile diyabet tanısı alan hastalarda diyabetik nöropatinin bilinen yaygın semptomları dışındaki atipik semptomlarının da göz önünde bulundurulması ve alfa lipoik asit tedavisinin nöropati semptomları üzerindeki etkisinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Hastadan poliklinikte anamnez ile değerlendirildi.Hasta bilgi kayıt sisteminden geriye dönük taramalar yapılarak ek bilgiler ile anamnez genişletildi.

Bulgular: 42 yaşında kadın,bilinen kronik hastalık öyküsü ve sürekli ilaç kullanım öyküsü yok. 1.5 yıl önce geçirdiği üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası geçmeyen ve sosyal hayatını ciddi şekilde etkileyen kulak çınlaması şikayeti ile Genel Dahiliye Polıklınığıne başvurdu. Bu süreçte Nöroloji , Kulak Burun Boğaz ve Dahiliye Birimleri tarafından tetkik edildiğini , ek patoloji saptanmadığını ifade etti.31/01/2024 ve 21/09/2024 tarihlerinde çekilen Beyin MRG ve Ses Odiyometrisinde görülen akut/kronik spesifik bulgu yoktu.Ek şikayet yok, fizik muayenesinde genel durumu iyi, sistem muayeneleri olağandı.Ateş:36.7 Tansiyon:130/85 mmhg Nabız:78/dk Solunum Sayısı:18 idi.Kan tetkiklerinde;Wbc:8,13 hgb:13.3 plt:290 neu:4.67 tkş:178 hba1c:%8.6 sedim:18 krea:0.62 gfr:112 , idrarda nitrit negatif saptandı.Yeni tanı Diyabet olarak

değerlendirilen hastaya Metformin,Sglt-2,Vildagliptin başlandı. 4 hafta sonra kontrole kan şekeri takipleri ile başvuran hastanın akş:90-110 tkş:130-140 arasında idi.Kan şekeri regülasyonu sağlanan hasta, asıl şikayeti olan kulak çınlamasının geçmediğini ifade etti. Hastaya , diyabetin sinir sistemi üzerindeki etkisi düşünülerek Diyabetik Nöropati ön tanısı ile alfa lipoik asit başlandı. Alfa lipoik asit kullanımı sonrası polıklınık kontrolünde kulak çınlamasının tamamen geçtiğini ifade eden hasta ,hayat kalitesinin dramatik şekilde arttığını beyan etti

Tartışma: Henüz tanı almamış diyabet hastalarının da diyabet komplikasyonları ile karşı karşıya olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.Diyabet komplikasyonları ile uyumlu semptomlarla gelen hastalarda ; tanı konulmamış ise öncelikle buna yönelik uygun tetkiklerinin yapılması oldukça önemlidir. Diyabetik nöropati ön tanısı düşünülen hastalarda diğer organik patolojiler dışlanmış ise alfa lipoik asit kullanımının semptomatik olarak ciddi fayda sağlayacağı bu olgu sunumu ile vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Alfa lipoik asit, Dıyabetus mellitus, tinnitus

Yayın No: EP-06

Tansiyon Değerleri Kontrol Altında mı? İkinci Basamak Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi

Muhammet Erdem

Bursa Çekirge Devlet Hastanesi

Giriş: Bir poliklinik gününde (25/12/2024) iç hastalıkları polikliniğine başvuran 55 hastanın tamamı çalışmaya alınmıştır. Hastaların yaş ve cinsiyet gibi demograf verileri, HT, DM, HL, KAH tanısı varlığı gibi komorbiditeleriyle birlikte 2024 ESC artmış kan basıncı ve hipertansiyon tedavi kılavuzuna uygun şekilde 2 kez ölçülen tansiyon değerleri incelenmiştir.

Amaç: Dahiliye poliklinik kontrolünde değerlendirilen hastaların tansiyonlarının kontrol altında olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Hastaların tansiyon ölçümleri değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yapılan ölçümlerde tansiyon ortalaması kılavuzun hipertansiyon sınırı olan 140/90 değerini aşan toplam 13 (%23.6) hasta saptandı. 55 hastanın demografik analizinde; dahil edilen hastaların 35'i kadın (%63.6) ve 20'si erkek (%36.3) olup; kadınlarda tansiyon yüksekliği %20 (7/35), erkeklerde ise %30 (6/20) oranında saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 51.4, medyanı 53, en düşük yaş 18 en yüksek yaş 85 olarak saptanmıştır. 55 hastadan 25 tanesinde (%45.5) herhangi bir komorbidite yokken, 10 hastada 1, 7 hastada 2, 6 hastada 3 ve 7 hastada 4 farklı komorbidite izlenmiştir. Komorbidite sıklığı değerlendirildiğinde 24 hastada (%43.6) HT, 24 hastada (%43.6) DM, 13 hastada HL (%23.6) ve 9 hastada KAH (%16.3) tanısı olduğu saptanmıştır. Ölçülen tansiyonun yüksekliği ile komorbidite sayısı değerlendirildiğinde; ek hastalığı olmayanlarda %16 (4/25), 1 komorbiditesi olanlarda %20 (2/10), 2 komorbiditesi olanlarda %28 (2/7), 3 komorbiditesi olanlarda %66 (4/6), 4 komorbiditesi olanlarda %14 (1/7) oranında saptanmıştır. Bilinen HT tanısı olmayan hastalarda tansiyon yüksekliği oranı %16 (5/31) olarak saptanmıştır. HT tanılı hastaların kullandığı ilaç sayıları değerlendirildiğinde; 6 tanesi tekli, 8 tanesi ikili, 7 tanesi üçlü, 2 tanesi dörtlü ve 1 tanesi beşli antihipertansif kullanmaktaydı. Bilinen HT tanılı 24 hastadan 8 tanesinin (%33.3) tansiyonu yüksek saptandı. Tansiyonu yüksek olan hastaların kullandıkları ilaç sayılarına göre dağılımı; tekli ilaç kullanan 6 hastadan 2 tanesinin (%33.3), ikili ilaç kullanan 8 hastadan 3 tanesinin (%37.5), üçlü ilaç kullanan 7 hastadan 3 tanesinin (%42.8) tansiyonu yüksekken dörtlü ve beşli ilaç kullanan hastalarda tansiyon yüksekliği saptanmadı. DM tanılı hastaların aldığı medikal tedaviler değerlendirildiğinde; 18 tanesi sadece OAD, 5 tanesi OAD + insülin ve yalnız 1 tanesi sadece insülin kullanmaktaydı. SGLT-2i kullanım sıklığı %58.3 (14/24) oranındayken, SGLT-2i kullanan bireyler arasında tansiyon yüksekliği %38.4 (5/14) saptandı. HL tanılı 13 hasta değerlendirildiğinde tansiyon yüksekliği %30 (4/13) oranındayken, KAH tanılı 9 hasta tansiyon yüksekliği %22 (2/9) oranında görüldü. Bir günlük analizimizde halihazırda HT

tanılı hastaların tansiyon kontrol oranı %66.7 saptandı. HT tanısına ek olarak DM tanısı olan hastaların tansiyon kontrol oranı ise %63.1 (12/19) saptandı. HT + DM tanılı hastalar arasında SGLT-2i kullananlarda arasında tansiyon kontrol oranı ise %60 (6/10) oranında saptandı.

Tartışma: Hastaların tansiyon kontrol oranları, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de istenilen seviyede değildir. Eğitimle bilincin arttırılması, ilaç uyumunun sağlanması ve rutin kontrollerle bu oranın arttırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, sglt2-i

Yayın No: EP-07

Homozigot Ailevi Hiperkolesterolemi Tedavisinde Karaciğer Transplantasyon Tedavi Önerisi

Ahmet Altınışık[1], Muhammed Kemal Kahyalar[2]

[1]Beyşehir Devlet Hastanesi, Dahiliye Kliniği
[2]Gazi Mustafa Kemal Mesleki ve Çevresel Hastalıklar Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

Giriş: Erken aterosklerozu için önemli bir risk faktörü olan ailevi hiperkolesterolemi(AH), genetik olarak karaciğerde düşük dansiteli lipoprotein (LDL) reseptörlerinin olmaması veya işlevsel yetersizliği sonucu gelişen bir metabolik bozukluktur. Hastalığın homozigot olan formu (HoAH) kan kolesterol seviyeleri çok daha yüksek (500-1000 mg/dl) düzeyler ile seyreden daha nadir görülen tipi olup, erken çocukluk döneminden itibaren ciddi ateroskleroza neden olmaktadır.(1-4) Tüm dünyada HoAH, 160.000 ila 300.000'de 1 arası kişiyi etkileyebilmektedir. Bu sunumda HoAH tanılı yaklaşık 1.5 yıllık takibinde medikal tedavilere ve afereze rağmen yeterince düşürülemeyen ısrarcı LDL yükseklikleri olması üzerine, karaciğer transplantasyon cerrahi tedavi seçeneğini önerdiğimiz vakayı anlattık.

Olgu: 41 yaşında erkek hasta tarafımıza göğüs ağrısı,arada olan baş ağrıları şikayeti ile başvurdu. Hiperlipidemi hastası olduğunu Asa 100 mg ve 40 mg atorvastatin tedavisi aldığını, ailesinde de hiperlipidemi hastaları olduğunu belirtti. Sigara içiciliği 30 paket/yıl dışında, ksantomlarından dolayı opere olduğunu ifade etti. Eklem bölgelerinde ksantomları(Resim-1), göz kapakları ve çevresinde ksantelezmaları izlendi, kardiyak muayenesinde aort odakta 2/6 sistolik üfürüm mevcuttu. Elektrokardiyografisi(EKG) normal sinüs ritmi idi. Transtorasik ekokardiyografide (TTE) orta derecede aort darlığı ile uyumlu bulgular saptandı. Egzersiz testi pozitif olarak değerlendirilen hastaya antiiskemik tedavisi düzenlenerek koroner anjiografi yapıldı ve koroner arter hastalığı ile uyumlu non kritik darlıklar saptandı. Hastanın statin tedavisini 80 mg çıkarılıp ezetimib 10 mg tedavisine eklendi. Hastanın takiplerinde lipid değerlerinde yeterli düşme maksimum doz statin ve ezetimib ile sağlanamadı. Bunun üzerine lipid aferez için üst merkeze yönlendirildi. Haftada bir lipid aferezine rağmen lipid değerlerinde, özellikle LDL değerinde gerileme sağlanamaması üzerine üst merkez tarafından evolocumab tedavisi için bir çalışmaya dahil edildi. Yapılan dış merkez genetik testinde Apo E genetik çalışması negatif saptanmış olup LDL reseptör geninde mutasyonlar, apolipoprotein (apo) B'yi kodlayan APOB (MIM 107730), proproteinkonvertazsubtilisin/keksin tip 9'u (PCSK9) kodlayan PCSK9 (MIM 607786) ve LDL reseptörü adaptör protein 1'i kodlayan LDLRAP1 (MIM 695747) genleri(5) finansal nedenler yüzünden bakılmamış. Evolocumab tedavisi ile de beklenen düşüş sağlanamaması üzerine hastaya karaciğer transplantasyonu önerildi.(Tablo -1) Hasta bu tedaviyi reddetti.

Resim-1



Tablo-1

	Total kolesterol	LDL	
26.09.2018	591 mg/dl	513 mg/dl	Max doz statin ve ezetimib başlandı.
21.12.2018	423 mg/dl	365 mg/dl	Tedavi sonrası kontrol
27.03.2019	508 mg/dl	453 mg/dl	Aferez kararı alındı.Ayda 1 olarak başlanmış.
21.06.2019	596 mg/dl	519 mg/dl	Aferez sıklığı artırıldı.Ay da 2 olarak düzenlenmiş.
23.09.2019	640 mg/dl	550 mg/dl	Kontrol
06.12.2019	685 mg/dl	612 mg/dl	Aferez haftada 1 olarak düzenlenmiş.
13.01.2020	567 mg/dl	490 mg/dl	

Tartışma: Karaciğer transplantasyonu, LDL'nin temizlenmesinde en etkin olan karaciğerdeki moleküler kusuru düzelterek LDL-K düzeylerinde belirgin bir iyileşme sağlar.(6) Literatürde Japonya'da 1985'ten beri HoAH nedeniyle karaciğer transplantasyonu uygulanan 44 hasta belirlenmiş(7) olup bu hastaların 10'una karaciğer ile birlikte kalp transplantasyonu

uygulanmış çünkü bazılarında hiperkolesterolemiye bağlı koroner arter hastalığı gelişmiş.(8) 2015 yılında İran'da 2008-2014 yılları arası karciğer nakli yapılan 36 ailevi kolesterolemi hastanın retrospektif çalışması bildirilmiştir.(9) Yakın zamandan Türkiye'den HoAH nedeniyle karaciğer nakli yapılan 8 hasta bildirilmiştir.(10) Bu raporlar, karaciğer transplantasyonunun HoAH için terapötik bir seçenek olarak kabul edildiğini göstermektedir. Avrupa Ateroskleroz Derneği'nin HoAH'ye ilişkin konsensüs paneli, karaciğer naklinin LDL klirensinin moleküler kusurlarını düzelterek LDL-C seviyelerinde belirgin bir iyileşme sağlayacağına dikkat çekti; fakat, cerrahi komplikasyonlar ve ömür boyu immünsüpresif tedavi gerekliliği dahil olmak üzere dezavantajları da vardır (11). Bu nedenle karaciğer naklini sınırlı yönetim seçeneği olarak sadece seçilmiş hastalarda geçerli olarak konumlandırdılar.

Sonuç: Homozigot ailevi hiperkolesterolemi hastalığı nadir görülen ve özellikle tendinöz ksantomları olan genç hastalarda aklımızda olması gereken hastalıktır. Erken yaşta tanı konulması tedavisine direk başlanılması gereken hastalıktır. Agresif medikal tedavilere ve lipid aferezine rağmen beklenen lipid düşüşü sağlanamaması durumunda karaciğer transplantasyon seçeneği de tedavide mutlaka düşünülmesi gereken bir seçenektir.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer Trasnplantasyonu, Genetik, Homozigot Ailevi Hiperkolesterolemi, Ksantom, LDL

Yayın No: EP-08

Extübasyon Başarısızlığının Nadir Bir Nedeni Hipotiroidizm

Ömer Umut Koçak, Umut Sabri Kasapoğlu, Erdem Yalçınkaya, Sait Karakurt

Marmara Üniversitesi İç Hastalıkları

Giriş: Hipotiroidizm, mekanik ventilatörden ayırma sürecini olumsuz etkileyen nadir görülen ancak klinik açıdan oldukça önemli bir faktördür. Özellikle kritik hastalarda ve yaşlı bireylerde hipotiroidizmi klinik olarak teşhis etmek zor olabilir, çünkü semptomlar genellikle belirsizdir ve diğer durumlarla örtüşebilir.Hipotiroidizm, nadir bir ventilatör bağımlı solunum yetmezliği nedeni olmasına rağmen, insidans oranı %3 civarındadır ve bu durum, tedavi edilebilir olması nedeniyle dikkatli bir değerlendirme gerektirir. Bu olgu sunumunda mekanik ventilatörden ayırma başarısızlığının bir nedeni olan hipotiroidizm literatürler eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: Sistemik bir hastalık öyküsü olmayan 36 yaşında erkek hasta dış merkez acil servise ayaklarda şişlik ve nefes darlığı şikayeti ile başvurmuş. Hastanın yapılan EKO'sunda EF %25 olarak saptanmış ve hastaya noniskemik kardiyomiyopati tanısı konulmuştur. Hastanın servis takibinin 4. gününde solunum sıkıntısında artış, bilinç bulanıklığı ve karbondioksit retansiyonu olması üzerine yoğun bakım ünitesine devir edilerek entübe edilmiştir. Hasta yoğun bakım takibinde iki kez başarısız ekstübasyon öyküsü olması üzerine entübe bir şekilde yoğun bakım ünitemize devir alındı. Hastada ekstübasyon başarısızlığı etyolojisine yönelik olarak yapılan tetkiklerinde TSH: 59 mU/L. fT4: 0.4 ng/dl fT3: 0.73 pg/ml olarak saptanması üzerine hastaya 300 mcglevotiroksin başlandı ve hastada ekstübasyonn başarısızlığının nedeni olarak hipotiroidizm düşünüldü. Hasta kliniğimizdeki entübasyonunun ikinci gününde ekstübe edildi ve yoğun bakım yatışının üçüncü gününde servise devir edildi.

Tartışma: : Hipotiroidizm, tiroid bezinin yeterli miktarda tiroid hormonu üretememesi nedeniyle ortaya çıkan yaygın bir endokrin bozukluktur ve bu durum, solunum sistemi üzerinde önemli etkiler yaratabilir. Hipotiroidizmli hastalarda hiperkapni ve hipoksiye karşı normal ventilatör yanıtlanı bozulabilir. Bu durum, diyafram ve iskelet kası disfonksiyonuna, plevral efüzyona ve obstrüktif uyku apnesine yol açarak solunum yetmezliği ve ventilatör bağımlılığına neden olabilir. Özellikle mekanik ventilatörle uzun süre desteklenen hastalarda hipotiroidizm, ventilatörden ayrılma sürecini zorlaştırabilir ve başarısızlıklara neden olabilir. Ancak, hipotiroidizmin tanınması ve tiroid hormon replasman tedavisi ile düzeltilmesi, bu hastaların mekanik ventilasyondan başarılı bir şekilde ayrılmalarına yardımcı olabilir. Bu nedenle, ventilatörden ayrılma güçlüğü yaşayan hastalarda klinisyenlerin geri döndürülebilir bir neden olarak hipotiroidizmi göz önünde bulundurmaları kritik öneme sahiptir. Hipotiroidizmin zamanında tanınması ve uygun tedavi ile ventilatörden ayırma başarısını artırmak mümkün olabilir. Bu, hastaların iyileşme sürecini hızlandırarak, uzun vadeli komplikasyonları önlemeye yardımcı olabilir.

Sonuç: Hipotiroidizmin zamanında tanınması ve uygun tedavi ile ventilatörden ayırma başarısını artırmak mümkün olabilir.

Anahtar Kelimeler: Hipotiroidizm; Ekstübasyon başarısızlığı; Mekanik Ventilasyon

Yayın No: EP-09

Poliklinik Pratiğinde Gözden Kaçan Subakut Granülomatöz Troidit Olgusu

Sevgi Yıldırım Uğurlu[1], Sibel Demiral Sezer[1], Hamiyet Yılmaz Yaşar[2]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları
[2]İzmir Şehir Hastanesi, Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları

Giriş: Poliklinik Pratiğinde Gözden Kaçan Subakut Granülomatöz Troidit Olgusu Giriş: Subakut tiroidit ; viral enfeksiyonlar ve/veya postviral inflamatuvara yanıt sonucunda ortaya çıkar. Hastaların çoğunlukla tiroidit bulgularının ortaya çıkışından 2-8 hafta önce geçirilmiş bir viral üst solunum yolu hikayesi vardır. İyileşmesi bazen haftalar bazen ise ayları bulabilen tiroid bezi inflamasyonudur.Klinik olarak ; palpasyonla tiroid bezi ağrılı, hassas ve serttir.Hastaların neredeyse yarısı ilk haftalarda taşikardi, tremor, terleme, sinirlilik, sıcak intoleransı gibi tirotoksikoz semptomları gösterebilir(1) Poliklinik pratiğinde sedim ve crp yüksekliği ile seyrettiğinden enfeksiyonlar ve maligniteler,romatolojik hastalıklarla karışabilir.Bu olgu sunumuyla gözden kaçabilen troidit vakalarına dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Olgu: Olgu: 54 yaşında erkek, bilinen kronik hastalık öyküsü yok,sürekli ilaç kullanımı yok.10 paket/yıl sigara içmiş,son 12 yıldır exsmoker.Hasta boğaz ağrısı şikayetiyle enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvuruyor.Fizik Muayenesinde genel durumu orta, bilinç açık, oryante ve koopere. Solunum sesleri dinlemekle olağan, batın rahat defans ve rebound ve pretibial ödem yokmuş.Ateş:36,7 Tansiyon:147/69 Nabız:94 Solunum sayısı:18 .Hastanın ek enfektif bir şikâyeti yokmuş.Yapılan kan tetkiklerinde sfiliz dahil elisa testleri negatif sonuçlanmış.Brusella negatif, tit olağan , CRP:27 Sedim:38 Wbc:11,99 Hgb:14,1 Plt:449bin #NE:8,5 saptanıyor, hastaya amoksisiklin+klavunik asit reçete ediliyor.Hasta 2 hafta kullanıyor ; boğaz ağrısı,gece terlemeleri,taşikardi şikayetleri geçmemesi üzerine tekrar başvuruyor.Hastaya yapılan kontrol kan tetkiklerinde CRP:33 Sedim:39 wbc:13,14 hgb:13,6 plt:416bin #NE:7,9 saptanıyor ; bu defa hastaya sefiksim reçete ediliyor ; hasta sefiksimi 2 hafta kullandıktan sonra şikayetlerinin hafif azalması ancak gerilemediğinden tekrar enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvuruyor.Hastaya yapılan kontrol tetkiklerde idrar kültüründe üreme saptanmıyor , CRP:95 Wbc:16,23 Hgb:13,2 Plt:510bin #NE:10,7 saptanması üzerine hasta göğüs hastalıklarına,romatojiye ve dahiliyeye konsulte ediliyor.

Tartışma: Göğüs hastalıklarında ; öksürük,gece terlemeleri , kilo kaybı olması üzerine pa akc ve toraks bt isteniyor ; tetkikler olağan saptanıyor.Romatoloji de yapılan tetkiklerde RF negatif,CCP negatif C3 ve C4 normal,spot idrar protein/kreatinin normal ; romatolojik fizik muayene bulguları normal,CRP:108 Sedim:41 Wbc:13,14 Plt:489bin TSH<0,005 T4:1,98 saptanması üzerine hasta dahiliye polikliniğinden fizik muayenede boyun dokunmakla ağrılı , hipertroidik Sedim ve CRP yüksekliği saptanmasıyla Troid Doppler Usg istenerek Endokrin Polikliniğine yönlendiriliyor. Endokrin polikliniğinde ; hastaya steroid başlanıyor ; ve steroid kullanımı sonrası hastada dramatik düzelme saptanıyor.Ultrasonografi: Tiroid bezi sağ lob lateral kesimde net sınır vermeyen 20x15 mm boyutunda hipoheterojen alan (subakut

granülomatöz tiroidit?) izlenmiştir. RDUS incelemede bu düzeyde vaskülarizasyonda artma izlenmiştir. Tiroid gland sağ lob AP çapı 28 mm, sol lob AP çapı 22 mm, isthmus AP çapı 3 mm ölçülmüş olup tiroid bezi sınırda büyük izlenmiştir. Bez parankimi heterojendir. Bez içerisinde değişik lokalizasyonlarda septa formasyonları ve mikronodüler doku değişiklikleri izlenmiştir (lenfositer tiroidit?).Bilateral submandibular ve servikal zincirde santral ekojenitesi bulunan en büyüğü 11x7 mm boyutunda reaktif büyümüş lenf bezi izlenmiştir.

Sonuç: Sonuç:Troidit vakaları sık görülmekle birlikte ,tirotoksikoza bağlı kilo kaybı , gece terlemeleri yapması açısından malignitelerle,akut faz reaktanlarının yüksek seyretmesi,boğaz ağrısı yapması ile enfeksiyonlarla ,sedimentasyonu yükselttiğinden romatolojik hastalıklarla karışabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.Hastaların nonsteroid veya steroid tedavisine geç başlanmasına,gereksiz yere tetkik edilmesine,gereksiz antibiyotik kullanımına,hastane başvuru sayılarının artmasına sebep olabilmektedir.Bu olgu sunumuyla poliklinik pratiğinde troidit vakalarının erken tanınmasına dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: troidit, tirotoksikoz, sedim yüksekliği

Yayın No: EP-10

Hipokaleminin Nadir Bir Nedeni: Tirotoksik Periyodik Paralizi Olgusu

Feyza Nur Nane[1], Sefa Mert Aygur[1], Hüseyin Ali Öztürk[1]

Adana Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adana

Giriş: Tirotoksik periyodik paralizi (TPP), genellikle tirotoksikoz ile ilişkilendirilen nadir bir komplikasyondur, özellikle Graves hastalığı ile beraber ortaya çıkar.Genellikle erkeklerde ve Asyalı bireylerde daha yaygın görülür. TPP genellikle belirli faktörlerle tetiklenebilir, bunlar: aşırı egzersiz,stres, aşırı karbonhidrat alımı ve bazı ilaçlardır(Özellikle tiroit fonksiyonunu etkileyebilecek ilaçlar)Tanı, akut flask paralizi durumunda şiddetli hipokalemi ve yükselmiş tiroid hormonları ile doğrulanır. Acil tedavi, hipokalemiyi düzeltmekle başlarken, uzun vadeli yönetim tiroid düzeylerinin normalleştirilmesine odaklanmaktadır

Olgu: 43 yaş erkek hasta acil servise alt ekstremitede güçsüzlük, halsizlik nedeni ile başvuruyor.Hastanın bilinen kronik hastalık öyküsü ve düzenli ilaç kullanım öyküsü yok. Fizik muayenede, tüm extremitelerde, özellikle alt ekstremitede kas gücü kaybı tespit edilmiştir. Acil serviste alınan tetkiklerinde hastada hipokalemi saptanmıştır: K:2.6 mmol/L(referans aralığı 3,5-5,5mmol/L)olarak ölçülmüştür. Hastaya intravenöz hipopotasemi tedavisi uygulanıp hipokalemi etyolojisi amacı ile interne edilmiştir.Başlangıç testlerinde, laboratuvarda TSH: <0.005ng/L (referans aralığı 0.34-5.6ng/L) sT3: 9.94ng/L (referans aralığı 2.6-4.37) sT4: 2.38ng/L (referans aralığı 0,61-1.38) antiTPO: 130.1 IU/mL(referans aralığı 0-9IU/mL)düzeyleri saptanmıştır .Hastada belirgin hipokalemi ve baskılanmış tiroid stimüle edici hormon (TSH) ile yüksek serbest triiodotironin (T3) ve serbest tiroksin (T4) seviyeleri bulunan biyokimyasal tirotoksikoz saptanmıştır.EKG sinüs taşikardisi ile uyumlu bulunmuştur.Hastanın yapılan tiroid ultrasonunda her iki lobta parankim ekosunun yama tarzı azaldığı ve parankimde psödonodüler görünüm olduğu izlenmektedir(tiroidit)Belirgin sınırlandırılabilen nodül izlenmemiştir. TPP tanısı konduktan sonra hastaya oral ve intravenöz potasyum infüzyonları verilmeye devam edilmiş ve antitiroid tedavilerine başlanmıştır, özellikle beta (β)blokörleri kullanılmıştır. Akut tedavi sonrasında potasyum seviyeleri normale dönmüş ve kas fonksiyonu tamamen geri kazanılmıştır. Son olarak, hastanın taburculuk sonrasında gelecekte oluşabilecek semptomları önlemek ve ötiroid durumu korumak için antitiroid ilaçlarla tedaviye devam edilmiştir

Tartışma: Tirotoksik periyodik paralizinde hedef potasyum desteği sağlamak ve tiroid hormanlarının seviyesini düşürmektir. Bunu yaparken refrakter hiperkalemi ve hiperfosfatemi açısından dikkatli olunmalıdır.Bu hastalarda glukokortikoidler gibi hipokalemiye neden olabilecek ilaçlardan kaçınılmalıdır. Asıl hedef ise hastayı ötroid hale getirmektir. Bu amaçla antitroid ilaçlar, radyoaktif iyot tedavisi veya cerrahi gerekebilir.Yüksek karbonhidratlı diyet ve aşırı yorucu egzersizler gibi tetikleyici faktörlerden kaçınılmalıdır.

Sonuç: Tirotoksik periyodik paralizi düzgün bir şekilde tedavi edilmezse, hastada ciddi kalp ve kas komplikasyonlarına yol açabilir. TPP'nin erken ve hızlı yönetimi, ciddi kardiyopulmoner komplikasyonları önleyebilir.Akut flask paralizi ile başvuran hastalarda, potasyum seviyeleri ve tiroid fonksiyon testleri araştırılmalı, tirotoksikoz komplikasyonlarını hızla teşhis etmek ve erken uygun tedavi başlatmak için gerekli adımlar atılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Graves, erkek hasta, güçsüzlük, hipokalemi

Yayın No: EP-11

Oral Tedavi Dirençli Hipotiroidi:Tanı ve Tedavi Yöntemi ile Bir Olgu Sunumu

Elif Bozkuş[1], Menekşe Duru Erdoğan[1], Halil Durantaş[2], Emin Gemcioğlu[1], Erman Çakal[2]

[1]Ankara Etlik Şehir Hastanesi,İç Hastalıkları Kliniği
[2]Ankara Etlik Şehir Hastanesi,Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği

Giriş: Primer hipotiroidi vakalarında tiroid stimülan hormon (TSH) düzeyi,tedaviye yanıtın ve hastanın takibinin önemli bir parametresidir.Günlük 1.6–1.8 µg/kg levotiroksin sodyum (LT4) replasman tedavisi önerilen doz aralığıdır.Dirençli (refrakter) hipotiroidi,standart LT4 dozlarından daha yüksek (>1,9 mcg/kg) kullanılmasına rağmen TSH seviyesinin normalin üst sınırının üzerinde kaldığı durumdur.Bu hastalarda en sık karşılaşılan sebeplerden biri tedaviye uyumsuzluktur.Tedaviye uyum tam olmasına rağmen dirençli hipotiroidi devam ediyorsa,psödomalabsorpsiyon dışlanmalı ve levotiroksin yükleme testi ile gerçek malabsorpsiyon doğrulaması yapılmalıdır.Eğer gerçek malabsorpsiyon saptanırsa,malabsorpsiyon sendromları ve hipotiroidi ile ilişkili diğer sistemik hastalıklar araştırılmalıdır

Amaç: Bu vaka sunumunda, oral LT4 tedavisine yanıtsız, refrakter hipotiroidili bir hastada tanı ve tedavi süreçleri klinik gözlem ve tanısal testlerle bildirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu vaka sunumunda, oral LT4 tedavisine yanıtsız, refrakter hipotiroidili bir hastada tanı ve tedavi süreçleri klinik gözlem ve tanısal testlerle bildirildi.

Bulgular: Dış merkezde tiroid nodülü saptanan 45 yaşında kadın hastanın yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi "malignite açısından şüpheli" olarak raporlanmış.Hastaya total tiroidektomi uygulanmış.Tiroidektomi materyali lenfositik tiroidit ve nodüler hiperplazi lehine saptanmış,malignite saptanmamış.Postoperatif dönemde hastaya, vücut ağırlığına uygun olarak oral LT4 replasman tedavisi başlanmış.Hastanın LT4 tedavisini düzenli almasına rağmen TSH seviyesinin optimal aralığa (0.4-4.0 mIU/L) ulaşmadığı görülmüş. Morisky skoru 8 olup,tedaviye uyumsuzluk gözlenmemiş.Eş zamanlı kullandığı başka ilaç mevcut değilmiş.Tedavisi, eğitimli hemşire gözetiminde uygulanmış ancak hala hedeflenen TSH düzeyine ulaşılamamış.Tedavisine triiyodotironin (T3) eklenmiş.Düzenlenen 700 mcg/gün LT4 ve 3x25 mcg T3 tedavisine rağmen hastada aşikar hipotiroidi devam etmiş.Çölyak otoantikorları,primer biliyer kolanjit otoantikorları negatif bulunmuş;kalp yetmezliği,nefrotik sendrom,karaciğer sirozu,geçirilmiş gastrointestinal operasyon veya gebelik öyküsü saptanmamış.Üst gastrointestinal endoskopide pangastrit saptanmış.Helicobacter pylori pozitif bulunmuş ve eradikasyon tedavisi verilmiş. Tedavi sonrası gaitada antijen negatifliği görülmüş ancak eradikasyon sonrası hipotiroidi tablosu devam etmiş.Tarafımıza yönlendirilen hastanın alınan anamnezinde LT4 tedavisini vitamin C ile beraber aldığı ve glutensiz beslendiği dönemlerde bile TSH değerlerinin gerilemediği görüldü.Başvuru esnasında mevcut tedavisi olan 700 mcg/gün LT4 ve 3x25 mcg T3 altında yapılan TFT sonuçları TSH:99.40 mIU/L,sT4:0.11

ng/dL,sT3:0.39 ng/dL olarak görüldü.Fizik muayenede ciltte kuruluk, makroglossi, periorbital ödem,kaşların 1/3 lateralinde dökülme,bacaklarda gode bırakmayan miksödem, este kalınlaşma,saçlarda dökülme ve derin tendon refleklerinde yavaşlama bulguları mevcuttu.Hastanın vitalleri stabil,glaskow koma skalası 15 ve kardiyak muayenesi normal idi.Ön planda akut miksödem tablosu düşünülmedi.Hemşire gözetiminde ilaç uygulamasına devam edildi.Levotiroksin absorbsiyon testi 1000 mcg LT4 ile yapıldı (Tablo-1). Bu sonuçlar, oral LT4 emiliminde bozukluk olduğunu gösterdi.Hastaya dirençli hipotiroidi tanısı konularak intravenöz levotiroksin tedavisi gün aşırı 200 mcg olacak şekilde başlandı. Uzun dönem tedavisi için yurtdışı temin ile 500 mcg levotiroksin başlandı ve haftalık uygulamaya geçildi. Bu tedavi altında hipotiroidi semptomları olmayan hasta, ötiroid olarak izlemine devam ediliyor.

Tablo-1

	TSH(0.35-5.50 mIU/L)	sT4 (0.89-1.76 ng/dL)	sT3(2.3-4.2 ng/L)
1.saat	113.78	0.25	0.91
2.saat	102.54	0.38	1.18
3.saat	106.83	0.40	1.11
4.saat	122.07	0.46	1.09

Oral Levotiroksin Yükleme Testi Sonuçları

Tartışma: Dirençli hipotiroidi düşünülen olgularda psödomalabsorpsiyonu dışlamak adına hastanın tedaviye uyumu gözetilmesine rağmen optimal TSH aralığına ulaşılamıyorsa levotiroksin absorbsiyon testi (yükleme testi) yapılmalıdır.Test sırasında hastanın kardiyak bulgular açısından takibi önerilir.Oral uygulanan LT4 sonrası kanda ölçülen serbest T4 (sT4) düzeyinde bazal ölçüme göre 0,40 ng/dL (5,14 pmol/L) üzerinde artış olması durumunda LT4 absorbsiyonu normal olarak tanımlanır.Olgumuzda yapılan LT4 oral yüklemesine rağmen hastanın sT4 değerinde artış olmaması gerçek malabsorpsiyonu düşündürdü. Malabsorpsiyon yapan nedenler araştırıldı,etyoloji saptanmadı.Oral tedaviden fayda göremeyeceği sebebiyle intravenöz LT4 replasman tedavisi uygulanmaya başlandı,ötiroid seyre ulaşıldı.Levotiroksin replasman tedavisinin ayrıca subkutan, rektal, transdermal, sublingual uygulanabilen formları mevcut olup intravenöz tedavi haricinde denenebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: psödomalabsorbsiyon, gerçek malabsorbsiyon, miksödem, intravenöz levotiroksin sodyum

Yayın No: EP-12

İnflamatuar Bağırsak Hastalığı İlişkili Pankreatit

Orkide Kutlu, İlknur Erkurt

Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş: Kronik pankreatit, pankreas parankiminde ilerleyici inflamatuar değişikliklerin neden olduğu yapısal hasar sonucu ortaya çıkan ciddi bir sağlık problemidir. Bu durum ekzokrin ve endokrin fonksiyonlarda bozulmaya yol açabilir. Etiyolojik faktörler arasında genetik ve çevresel unsurlar, özellikle alkol kullanımı, otoimmün hastalıklar, pankreas kanalında tıkanıklıklar, hiperkalsemi ve hiperlipidemi bulunmaktadır. Patogenezde rekürren veya kalıcı inflamasyon, pankreas parankiminde fibrozise sebep olurken sindirim enzimlerinin üretiminde ve hormonal pankreas fonksiyonlarında bozulmalara yol açabilir. Tanıda kronik karın ağrısı, serumda amilaz ve/veya lipaz yüksekliği, fekal elastaz düşüklüğü, pankreasta kalsifikasyonlar, steatore ve diabetes mellitus gelişimi önemli göstergelerdir. Görüntüleme yöntemleri olarak erken dönemde endoskopik ultrasonografi (EUS) başta olmak üzere bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans kolanjiyopankreatografi (MRCP) ve endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) kullanılabilir. İnflamatuar bağırsak hastalığı (İBH) ilişkili kronik pankreatit başlıca otoimmün ve immünolojik faktörler ile tedavide kullanılan ilaçlara (mesalazin, azatioprin, metotreksat, metronidazol gibi), primer sklerozan kolanjit ve Crohn hastalığında görülen striktürlerin neden olduğu anatomik değişikliklere bağlı olarak gelişebilir. Çölyak hastalığı ise, genetik yatkınlığa sahip bireylerde tahıllardaki gluten bileşenine karşı gelişen antikorların, epitel ve lamina proprianın inflamatuar hücrelerle infiltrasyonu ve villöz atrofi ile karakterize edilen bir durumdur. Yapılan birçok çalışmada, çölyak hastalığı ile İBH arasında çift yönlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Büyük bir meta-analiz, İBH hastalarında çölyak hastalığı riskinin dört kat, çölyak hastalığı olan bireylerde ise İBH riskinin on kat arttığını ortaya koymuştur. Artan riskin mekanizması tam olarak anlaşılamasa da, her iki durumda da IL-23 reseptör genindeki ortak bir proinflamatuar polimorfizmin sorumlu olabileceği düşünülmektedir. Bu bildiride, uzun yıllar fonksiyonel bağırsak hastalığı tanısı ile takip edilen bir hastada pankreatitin nedeni olarak Crohn hastalığı ve muhtemel çölyak birlikteliği bildirilmektedir.

Olgu: 23 yaşında, kadın, öğrenci olan hastanın bilinen bir kronik hastalık öyküsü bulunmamaktadır. Son yıllarda karın ağrısı, kabızlık ve dışkılamada zorlanma şikayetleriyle başvuran hasta, irritabl bağırsak sendromu tanısı almış ancak tedavilerle şikayetlerinde gerileme sağlanamamıştır. 2021 yılından itibaren yapılan tahlillerde lipaz değerlerinin yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 1). Vital bulguları: TA: 102/62 mmHg; Nabız: 78/dk; Ateş: 36,0°C. Sistem muayeneleri doğal olarak değerlendirilmiştir. Laboratuvar sonuçlarında sedimantasyon, CRP, hemogram, glikoz, kreatinin, AST, ALT, GGT, bilirubinler, albümin, amilaz ve elektrolitler normaldir. Anti-endomisyum antikor: 1,36 birim (< 1:10 Negatif) Anti-gliadin IgA-IgG normaldir. Fekal elastaz değeri: 506 µg/ml (>200). Gastroskopide antral gastrit gözlenmiştir. Kolonoskopide terminal ileum, sigmoid kolon ve rektumda milimetrik ülserler

tespit edilmiştir. Alınan biyopsiler kronik iltihaplı mukozaya işaret etmektedir. Mesalazin 4 gm/gün tedavisi ile klinik ve laboratuvar bulgularında gerileme sağlanmış olup, hastanın halen poliklinik takibinde olduğu ve tekrarlanacak endoskopide bulbustan biyopsi alınmasının planlandığı bildirilmiştir.

Tartışma: İBH tedavi planı oluşturulurken pankreatit riskini artıran ilaçlar dikkatle uygulanmalıdır. İBH tanılı hastalarda çölyak hastalığı birlikteliğini değerlendirmek amacıyla antikor testleri ve duodenal biyopsi yapılması gereklidir. Gluten eliminasyonu hem semptomların kontrolünde hem de intestinal neoplazilerin önlenmesinde önemli rol oynayabilir.

Sonuç: Kronik pankreatitli hastalarda pankreas ekzokrin ve endokrin yetersizliği açısından rutin laboratuvar takibi ve gereğinde görüntüleme yöntemleri kullanılarak psödokist, malnütrisyon, diyabet ve pankreas kanseri gibi ciddi sağlık risklerinin izlenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik pankreatit, Crohn hastalığı, Çölyak hastalığı

Yayın No: EP-13

Parenteral Demir (Ferric Karboksi Maltoz) Tedavisinin İndüklediği Hipofosfatemi Olgusu

Ahmet Uludağ

Ceyhan Devlet Hastanesi

Giriş: GİRİŞ:Demir eksikliği anemisi olan hastalarda ferric karboksi maltoz (FCM)hipofosfatemiyi indüklediği bildirilmiştir.Biz bu olguda parenteral demir tedavisi sonrası semtomatik hipofosfatemi ortaya çıkan 34 yaş kadın hastayı sunmak istedik.

Amaç: OLGU:34 yaşında bayan hasta halsizlik çabuk yorulma toprak yeme isteği şikayetleri ile dahiliye polikliniğimize başvurdu.Yapılan tetkiklerinde Demir(Fe):40 ug/dl,Demir bağlama:384ug/dl,Ferritin:4.3 ng/dl, Hgb:9.1 g/dl,htc:30, Mcv:74.3 fl tesbit edilmesi üzerine hastaya 2 (iki) flakon FCM 250 ml izotonik sıvı içerinde 15 dk 'da IV şeklinde verildi.Hasta 3(üç) gün sonra kendisini daha kötü hissetiğini söyleyerek tekrar tarafımıza başvurdu.Kas eklem ağrıları ve yürümede zorluk çektiğini söyledi.hastanın yapılan tetkiklerinde FOSFOR(P):1.7 mg/dl bulunması üzerine şikayetleri HİPOFOSFATEMİ'ye bağlandı.Fosfor içerem gıda ürünleri ve konoskopi temizliğinde kullanılan oral fosfosoda çözeltisi örerilerek kontyrole çağrıldı.Hasta 3 hafta sonra başvurduğunda fosfor:3.54 mg/dl, Ferritin:118.1 demir :138,demir bağlama:174.9,hgb:12.5,htc:38.5 bulundu.Hastanın şikayetleri geçmiş ve kendisini daha iyi hissediyordu.

Gereç ve Yöntem: TARTIŞMA:Demir eksiklşiği anemisi(DEA) menopoz öncesi kadınlarda ve gebelerde karşımıza çıkan bir halk sağlığı sorunudur.DEA tedavisinde oral ve parenteral demir preperatları kullanılır.Oral tedavinin GİS yan etkileri nedeniyle kesilmesi sık olarak görülür.Bunun dışında inflamatuvar barsak hastalıkları,gastrektomi gibi emilim bozukluklsrında ve fonksiyonel demir eksikliğinde (kronik böbrek yetmezliği,maligniteler) parenteral demir tedavisi tercih edilmelidir.

Bulgular: FCM yeni kuşak parenteral demir preperatıdır.20 dk kısa infüzyon şeklinde uygulanır ve tek seferde 1000mg dozda verilebilir.Anaflaktik reaksiyonlar oldukça nadirdir.mide bulantısı,enjeksiyon bölgesi reaksiyonları,baş ağrısı,hipertansiyonşbaşdönmesi kusma ve ishal gibi yan etkiler.FCM tedavisine bağlı hipofosfatemi bilinen bir yan etkidir.Erken dönemde geçici olarak tanımlamıştır.Emrich ve ark'nın yaptığı çalışmada hipofosfatemi (P<2mg/dl) FCM de %75 bulunmuştur.Endüşük fosfor değeri 7 ve 2.günlerde görülmüş olup 35.güne kadar devam ettiği gözlenmiştir.

Tartışma: SONUÇ:FCM,DEA tedavisi için günlük pratiğimizde kullanılmaktadır.Çoğunlukla hipofosfatemi asemptomatik seyreder.Şuan için rutin fosfor takibi önerilmemektedir.Özellikle bazal fosfor düzeyi düşük olan ve yüksek dozlarda FCM kullanımında hipofosfatemi açısından dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: FERRİC KARBOKSİ MALTOZ, HİPOFOSFATEMİ

Yayın No: EP-14

Geriatrik Hastalarda Parmak Ucu Hemoglobin Testi

Günay Yıldız[1], Cihan Bedel[1], Fatih Selvi[1], Ökkeş Zortuk[2]

[1]Acil Tıp Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya, Türkiye
[2]Acil Tıp Kliniği, Hatay Defne Devlet Hastanesi, Hatay, Türkiye

Giriş: Giriş: Hematoloji için parmak ucu hemoglobin testleri, aynı zamanda bakım noktası testi (POCT) olarak da bilinir, kan örnekleri almak ve çeşitli hematolojik analizler yapmak için kullanışlı ve minimal invaziv bir yöntem sunar. Geriatrik hastalarda parmak ucu hemoglobin düzeylerini değerlendiren literatürdeki çalışmaların azlığı ve yöntemin basitliği göz önüne alındığında, bu çalışmanın amacı geriatrik popülasyonda parmak ucu kan hemoglobin düzeylerini ölçmekti.

Amaç: Geriatrik hastalarda parmak ucu hemoglobin düzeylerini değerlendiren literatürdeki çalışmaların azlığı ve yöntemin basitliği göz önüne alındığında, bu çalışmanın amacı geriatrik popülasyonda parmak ucu kan hemoglobin düzeylerini ölçmekti.

Gereç ve Yöntem: Yöntemler: Çalışma, üçüncü basamak bir eğitim ve araştırma hastanesinin acil servisine başvuran geriatrik hastalar üzerinde yürütüldü. Çalışmada, katılımcılardan parmak ucu venipunktur yöntemi ile periferik kan örnekleri toplandı. Bu, geleneksel hemoglobin sonuçlarıyla karşılaştırıldı.

tablolar

TABLES

Table 1: Descriptive information

Spesification	N=130
Gender, female (n, %)	74 (56.9%)
Age (mean±SD)	77,91±8,86
SBP (mean±SD)	121,73±13,28
DBP (mean±SD)	78,16±13,80
Temperature (mean±SD)	80,53±21,00
Pulse (mean±SD)	36,47±0,5
Haemoglobin (mean±SD)	11,68±2,66
Hematocrite (mean±SD)	36,58±8,83
Device haemoglobin (mean±SD)	10,82±3,01

Device hematocrite (mean±SD)	31,79±9,34

Table 2: Bland-Altman Test for Haemoglobin and Hematocrite

	Hb	Htc
Arihmetic mean	-0,8615 (-1,1864 to -0,5367)	-4,7969 (-5,9248 to -3,6690)
p-Value	<0,001	<0,001
Lower limit	-4,5309 (-5,0875 to -3,9743)	-17,536 (-19,469 to -15,604)
Upper limit	2,8078 (2,2512 to 3,3645)	7,9428 (6,0102 to 9,8753)

Table 3: Correlation with vital sign

Spesification		AGE	SBP	DBP	Pulse	Temperatur
Haemoglobin	Pearson Correlation	-,077	,099	-,009	,079	,000
	p-Value	,386	,261	,922	,371	,999
Hematocrite	Pearson Correlation	-,018	-,032	-,109	,033	,059
	p-Value	,840	,718	,217	,711	,503

Bulgular: Bulgular: Çalışmaya 130 geriatrik hasta dahil edildi. Konvansiyonel yöntemle belirlenen ortalama korpüsküler hemoglobin değeri 11,68 ± 2,66 g/dL olarak bulunurken, parmak ucu ölçümü ile elde edilen ortalama değer 10,82 ± 3,01 g/dL olarak bulundu. Hemoglobin için ortalama değer -0,8615 (95% güven aralığı: -1,1864 ila -0,5367) iken, hematokrit için ortalama değer -4,7969 (95% güven aralığı: -5,9248 ila -3,6690) olarak bulundu.

Figure 1

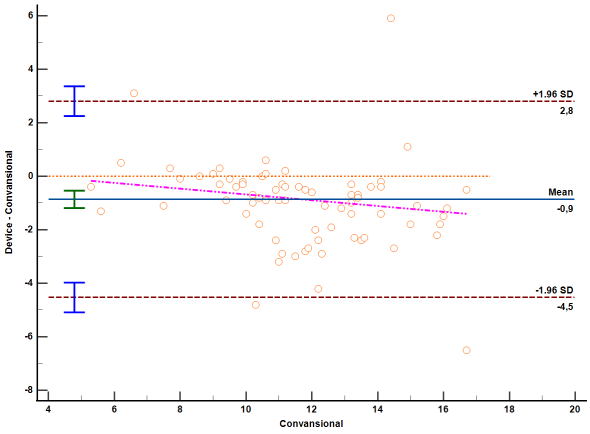
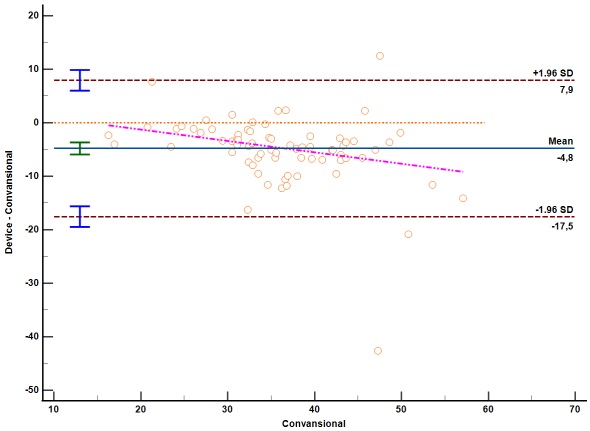


Figure 2



Tartışma: Parmak ucundan kan alınarak yapılan hemoglobin testleri, geleneksel kan örnekleme yöntemlerine pratik bir alternatif sunarak, hasta başı tanılamada önemli bir ilerlemeyi temsil etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Parmak ucu, hemoglobin, tanı

Yayın No: EP-15

Multipl Myeloma Tanısı Konulan Olguda Görülen Hiperviskozite Sendromu

Fikret Sütçü[1], Sıdıka Betül Petekkaya[2], Burak Bekir Sütçü[3]

[1]Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırrma Hastanesi, İç Hastalıkları, İzmir
[2]İzmir Demokrasi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İzmir
[3]Humanitas Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Milano, İtalya

Giriş: Multipl miyeloma, plazma hücrelerinin malign bir hastalığıdır. Bu hastalık, kemik iliğinde anormal plazma hücrelerinin birikimi ve bu hücrelerin aşırı miktarda immünoglobulin üretmesi ile karakterizedir. Nadir bir komplikasyon olarak hiperviskozite sendromu görülebilir. Hiperviskozite sendromu, kanın akışkanlığındaki artmış direnç nedeniyle mikrosirkülasyonda bozulmaya yol açar ve acil müdahale gerektirebilir.

Olgu: 65 yaşında erkek hasta, son üç aydır artan baş ağrısı, çift görme, kulak çınlaması ve sersemlik hissi ile başvurdu. Fizik muayenede solukluk ve halsizlik dikkat çekiciydi. Fundoskopide retinal venlerde belirgin genişleme ve kanamalar saptandı. Laboratuvar incelemesinde hemoglobin 8.9 g/dL, eritrosit sedimantasyon hızı (ESR) 110 mm/saat olarak bulundu. Serum protein elektroforezinde monoklonal immünoglobulin (IgG tipi) artışı tespit edildi. Serum total protein düzeyi 9.5 g/dL ve serum viskozitesi normal sınırların üzerindeydi.Hastaya multipl miyeloma tanısı koymak amacıyla kemik iliği aspirasyonu yapıldı. Plazma hücre oranı %35 olarak saptandı ve multipl miyeloma tanısı doğrulandı. Hiperviskozite sendromu nedeniyle acil olarak plazmaferez uygulandı. Semptomlarında belirgin düzelme sağlanan hasta, sonrasında kemoterapi protokolüne alındı.

Tartışma: Hiperviskozite sendromu, multipl miyeloma hastalarında nadir görülen ancak yaşamı tehdit edebilecek bir komplikasyondur. Baş ağrısı, görme bozuklukları ve nörolojik semptomlarla ortaya çıkabilir.

Sonuç: Erken tanı ve plazmaferez gibi hızla uygulanacak tedavi yöntemleri, semptomların düzelmesi ve prognozun iyileşmesi açısından kritik öneme sahiptir. Multipl miyeloma tedavisinde uygulanan kemoterapi, uzun dönemde hiperviskozitenin kontrol altına alınmasına katkıda bulunur.

Anahtar Kelimeler: Multipl miyeloma, hiperviskozite sendromu, Plazmaferez, Retinal kanama, Kemik iliği aspirasyonu, Nörolojik semptomlar.

Yayın No: EP-16

Psödo-TTP Tablosu ile Kendini Gösteren Pernisiyöz Anemi Olgusu

Seda Ceberut Semiz

İzmir Urla Devlet Hastanesi

Giriş: Pernisiyöz anemi, B12 vitamini eksikliğine bağlı gelişen megaloblastik anemi tablosuyla karakterizedir. Psödo-TTP, mikroanjiyopatik hemolitik anemi ve trombositopeni ile kendini gösterebilir, ancak klasik TTP'den farklı olarak nörolojik ve renal tutulum izlenmez. Bu olgu sunumunda, derin anemi ve trombositopeni ile başvuran bir hastada pernisiyöz anemiye sekonder gelişen psödo-TTP tablosu ele alınmaktadır.

Amaç: TTP tedavisine başlamadan önce hasta ayırıcı tanı açısından değerlendirilmelidir. Literatür incelemelerinin de önerdiği gibi, bu benzerlik nedeniyle, bildirilen psödo-TTP vakalarının çoğu terapötik plazma değişimi almıştır.B12 eksikliğine bağlı gelişen bu tablo, plazma değişimine cevap vermez.Psödo-TTP veya TTP olsun, mikroanjiyopatik hemolitik anemi çok çeşitli hastalıklarla ilişkilidir. Bu olgu sunumunda trombositopeni ve hemolitik anemisi olan bir hastayla karşılaşıldığında, tedavisinin oldukça kolay olması nedeniyle B12 eksikliğinin de ayırıcı tanıda ilk akla gelen patolojilerden biri olması gerektiğinin öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Halsizlik, baş dönmesi ve mide bulantısı şikayetleri olan 46 yaşındaki kadın hasta poliklinikte değerlendirildi. Hemoglobin 5,8 g/dL, trombosit 91.000/mm^3 , total bilirubin 1,72 mg/dl , indirekt bilirubin 1,46 mg/dl olarak saptandı. Periferik yaymada şistositlerin (8 adet) görülmesi üzerine mikroanjiyopatik hemolitik anemi düşünüldü. Dahiliye kliniğine yatışı yapılarak ileri tetkikler planlandı.

Bulgular: Yapılan laboratuvar tetkiklerinde, düşük B12 vitamini (24 pg/mL), yüksek homosistein (49,2 µmol/L) ve yüksek metilmalonik asit (44,48 ng/mL) seviyeleri saptandı.Hastanın yüksek LDH seviyesi 1583 IU/l, düşük haptoglobulin seviyesi 7 mg/dl ve düşük retikülosit yüzdesi %0.33 saptandı.Hastanın görüntülemelerinde ve fizik muayenesinde patoloji saptanmadı.Dış merkeze gönderilen ADAMTS13 aktivitesi normaldi ve PNH paneli negatif saptandı.Dış merkezde yapılan kemik iliği biyopsisinde hiperplastik eritropoez ve megaloblastik değişiklikler gözlendi. Bu bulgularla hastaya pernisiyöz anemi tanısı konuldu ve B12 replasman tedavisi başlandı. Tedavi sonrası hemoglobin 10,9 g/dL'ye yükselirken LDH düzeyi düştü ve retikülosit sayısında artış gözlendi. Anti-parietal antikor pozitifliği saptanan hastadan daha sonrası için açlık serum gastrini bakılması ve gastroskopi yapılması planlandı.Hastanın bakılan tiroid otoantikorlarının da pozitif olması nedeniyle Hashimoto tiroiditi tanısı da konuldu.Otoimmun poliglandüler sendrom açısından ileri tetkik planlanıldı.

Tartışma: Derin hemolitik anemi, trombositopeni ve TTP'ye çok benzer bir senaryo oluşturan şistosit kan yayması ile kendini gösteren pernisiyöz anemi, psödo-TTP tablosuna yol açabilir ve TTP ile karışabilir. ADAMTS13 aktivitesinin normal olması/PNH panelinin negatif olması ve nörolojik/renal tutulumun olmaması, patolojik purpuranın olmaması tanıda kritik rol oynar. Retikülosit sayısı, hastalığın başlangıcından itibaren TTP'de yüksek olduğundan, TTP ve psödo-TTP'nin ayrımında yararlı bir parametredir. Bu vaka, pernisiyöz aneminin atipik hematolojik bulgularla başvurabileceğini ve psödo-TTP'den ayırt edilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pernisiyöz Anemi, Trombotik Trombositopenik Purpura, Moshkowitz Sendromu, Mikroanjiopatik Hemolitik Anemi, Psödo-Trombotik Trombositopenik Purpura, Şistosit, B12 Eksikliği

Yayın No: EP-17

Omeprazol Kullanımı Sonrası Gelişmiş Otoimmün Hemolitik Anemi Olgusu

Cantürk Kaya

Kadirli Devlet Hastanesi

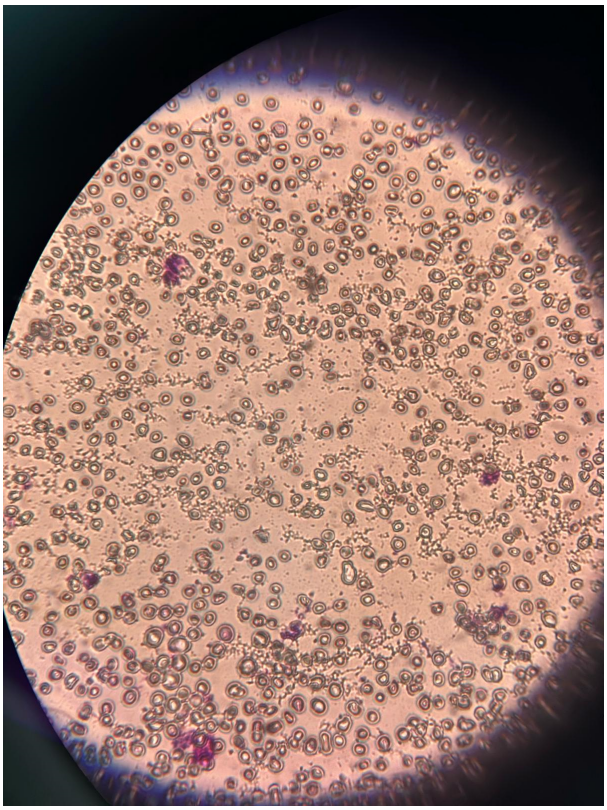
Giriş: Otoimmun hemolitik anemi (OİHA), vücudun kendi eritrositlerine karşı antikor yapması sonucu, bu eritrositlerin parçalanması ve anemi ile ortaya çıkan bir durumdur. Genellikle idyopatik olan bu durum, bazı otoimmun hastalıklarla da birlikte görülebilmektedir.

Amaç: Acil servise ya da polikliniğe gelen tüm anemi vakaları içinde nadir de olsa ortaya çıkabilen hemolitik anemilerin dahiliye uzmanları tarafından tanınması, tedavisinin düzenlenmesi ve gerekirse hematoloji uzmanına yönlendirilmesi önem arz etmektedir.

Gereç ve Yöntem: Bu olgumuzda acil servise başvuran bir hemolitik anemi vakası sunulmuştur.

Bulgular: 59 yaşındaki kadın hasta yorgunluk halsizlik nefes darlığı çarpıntı vucutta kaşıntı bacaklarda döküntü şikayetiyle acil servise başvurdu, bilinen Hipertansiyonu vardı ve antihipertansif ilaç kullanıyordu. Yaklaşık 1 haftadır midede yanma mide ağrısı şikayetleri nedeniyle aile hekimliği tarafından reçete edilmiş omeprazol etken maddeli bir mide ilacı kullandığını söyledi. Acil serviste bakılan kan değerlerinde hemoglobin 5.7 hg/dl htc 16 mcv 81 wbc 14 crp 16 ldh 1147 dilue total bilirubin 2.2 direkt 0.6 indirekt 1.7 1 ay önceki hemogram değerininde 13 g/dl olduğu görüldü, hasta yoğun bakıma yatışı yapıldı, yakın hemodinami takibine başlandı. Hastadan alınan direkt coombs testi ++++ pozitif geldi. Hastaya abdominal ultrason yapıldı splenomegali saptanmadı, periferik yayması görüldü. Yaymada polikromazi , sferositoz ve hemolize bağlı retikülositoz görüldü. Hastada omeprazol kullanımı sonrası gelişen OİHA ön tanısıyla tedavi planlandı. Hastaya 2mg/kg/gün metilprednizolan tedavisi başlandı. Hastada streoid tedavisine klinik ve labaratuar olarak dramatik yanıtı görüldü. Vital stabilite sağlanan hasta ertesi gün servise alındı. Günlük bakılan hemoglobin değerleri 1. Gün 6,9 g/dl 3. Gün 7.9 g/dl 4. Gün 8.5 g/dl 5. Gün 8.8 g/dl olarak seyretti tedavinin 7. Günü hemoglobin 10.4 g/dl direkt coombs ++ geldi streoid dozu 1mg/kg/gün e düşülerek 10 gün sonra kontrol ve steroid dozunun ayarlanması planlanarak taburcu edildi.

Periferik yayma görüntüsü



Periferik yaymada polikromazi , sferositoz.

Tartışma: Otoimmün hemolitik anemi nadir görülse de, tüm anemilerin ayırıcı tanısında mutlaka düşünülmesi gereken tanılardan olmalı, özellikle LDH değerine bakılmalı ve yüksekliği uyarıcı olmalı, bu hastalardan direkt coombs testi mutlaka istenmelidir. Kronik hastalıklar, kollojen doku hastalıkları, lenfoproliferatif hastalıklar ilaç kullanım öyküsü sorgulanmalıdır. Steroid tedavisine iyi yanıt alınabildiğinden tedavi erken dönemde etkili dozda başlanmalıdır, vital instabilite durumlarında eritrosit süspansiyonu replasmanı da düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hemolitik anemi, Otoantikor, Steroid

Yayın No: EP-18

İntravenöz Demir Tedavisi Sonrası Demir Ekstravazasyonu: Olgu Sunumu

Bilge Ada Özcan[1], Abidin Gündoğdu[1], Gökhan Tazegül[2]

[1]Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Genel Dahiliye BD, İstanbul

Giriş: Demir eksikliği anemisi öncelikle oral demir ile tedavi edilir. Ancak inflamasyon, atrofik gastrit, gastrektomi, cerrahi öncesi ve sonrası gözlenen anemi, oral demir tolere edilememe durumlarında intravenöz tedavi yolu tercih edilebilir. İntravenöz demir tedavisi sırasında görülen akut komplikasyonlar arasında ekstravazasyon, sık görülen ve tedavisi tartışmalı bir yan etkidir. Biz bu olgu sunumunda, kliniğimizde infüzyon sonrası ekstravazasyon gelişen bir hastanın seyrini sunmayı amaçladık.

Olgu: 47 yaşında erkek hasta halsizlik, yorgunluk ve çarpıntı şikayetleri ile başvurdu. Hastanın uzun süredir aralıklı hemoroidal kanamaları nedeniyle anemisi mevcut olup oral demir ile tedavi edilmekteydi. Hastanın muayenesinde, konjonktivalar soluk saptandı, rektal tuşesinde hemoroid pakeleri mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde, Hgb 9,7 g/dL, MCV 65,7 fL ve ferritin 5,5 µg/L saptandı. Uzun süreli anemisi olan, oral demir tedavisine yanıtsız aktif gastrointestinal kanaması olan hastaya, 1000 mg intravenöz demir karboksimaltoz tedavisi uygulandı. İnfüzyon sonrası hastanın kontrol başvurusunda sağ antekübital fossa üzerinde damar yolu çevresinden başlayan kahverengi renk değişikliği olduğu, kızarıklık ve ısı artışı olmadığı izlendi, hastada ekstravazasyon düşünülerek lazer tedavisi önerildi, ancak hasta maddi sebepler gerekçesi ile yaptırmak istemedi. Hastanın üç ay sonraki kontrolünde anemisi tamamen düzelen hastanın (Hgb 13,9 g/dL) ekstravazasyona bağlı renk değişikliğinin sebat ettiği izlendi (Figür 1).

Figür 1



Tartışma: İntravenöz demir ekstravazasyonunda oluşan hemosiderine bağlı olan hiperpigmentasyon, infüzyon sırasında veya infüzyondan saatler-günler sonra ortaya çıkabilen, 1 yıla kadar da devam eden kozmetik bir yan etkidir. Ekstravazasyonun tedavisi tartışmalı olup, riski en aza indirmek için yakın damar yolu takibi ve infüzyon sırasında ciltte lekelenme saptanması halinde infüzyon durdurulması önerilmektedir. Ekstravazasyon tedavisinde topikal tedaviler ve lenfatik drenaj gibi uygulamalar başarısız olup, tedavide sadece lazer tedavisi etkin bulunmuştur. Hastamızda intravenöz demir ekstravaze olmasına rağmen, tedavi sonrası süreçte demir eksikliğinin başka bir tedavi uygulanmadan düzelmiş olması olgumuzun ilginç bir özelliğidir.

Sonuç: İntravenöz demir ekstravazasyonundan saatler-günler sonra ortaya çıkabilen, 1 yıla kadar devam eden kozmetik bir yan etkidir ve bilinen tek etkin tedavisi lazer tedavisidir. Demir ekstravazasyonu olan hastalarda, ekstravaze olan demirin metabolizması ve hastaların demir eksikliği açısından doğal seyri hakkında ileri çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Anemi, demir eksikliği anemisi, deri pigmentasyonu, ekstravazasyon, istenmeyen etkiler

Yayın No: EP-19

Demir Eksikliği Anemisinden Endometriyum Kanseri Tanısı

Çağla İpek Sayın

Kepez Devlet Hastanesi

Giriş: Demir eksikliği anemisi ile başvuran erkek ve postmenapozal dönemdeki kadın hastalarda, kan kaybı açısından mutlaka gastrointestinal sistemin araştırılması gerekir. Bu gruptaki hastalarda kan kaybının en sık nedeni gastrointestinal sistem kaynaklı kronik kan kaybıdır ve malignite dışlanmalıdır. Premenapozal dönemdeki kadınlarda demir eksikliği anemisi saptadığımızda da öncelikle beslenme yetersizliği, menstruasyon süresi ve miktarı açısından sorgulamalıyız. Menstruasyon miktarının fazla olması durumunda mutlaka kadın hastalıkları ve doğum uzmanına yönlendirmeliyiz.

Amaç: Demir eksikliği anemisi ile başvuran hastalarda etyolojiye önem vermek; buna yönelik tetkik ve yönlendirmeleri yapmaya dikkat çekmek.

Gereç ve Yöntem: .

Bulgular: 52 yaşında kadın hasta, dahiliye polikliniğimize 1 yıldır devam eden halsizlik, yorgunluk ve efor dispnesi ile başvuruyor. Fizik muayenede soluk ve solgun olan hastanın kan tetkiklerinde hemoglobin:4,1gr/dL MCV:68 fL ferritin:1ug/L olarak saptanıyor. Semptomatik anemisi olan hasta eritrosit replasmanı plananarak dahiliye kliniğine yatırılıyor. Anemi etyolojisi açısından sorgulandığında menorajisi olduğu öğreniliyor. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanından konsultasyon istendiginde, hastadan endometriyal biyopsi alınıyor ve pelvik MR isteniyor. Pelvik MR 'Uterin kavite içerisinde yoğun sekresyon ekümülasyonu izlenmiş olup çift kat endometriyum kalınlığı en genis yerinde 26 mm ölçülmüş olup artmıştır.' şeklinde raporlanıyor Eritrosit replasmanı sonrası demir tedavisi başlanan hasta patoloji raporu ile polikliniğe basvuruyor. Endometriyal biyopsi patoloji sonucu endometrioid karsinom olarak raporlanan hasta, ileri tetkik ve tedavi plan için tıbbi onkolojiye yönlendirildi.

Tartışma: Tüm hasta gruplarında demir eksikliği anemisi saptandığında sadece tedavi vererek takip edilmemeli, eşzamanlı etyoloji açısından da araştırılmalı ve gerek halinde yönlendirilmelidir. Erkek ve postemenapozal gruptaki hastalar gastrointestinal sistem açısından; premenapozal gruptaki hastalar kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından değerlendirilmelidir. Yapacağımız yönlendirmeler, hastaya erken tanı ve tedavi şansı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: demir eksikliği anemisi, endometriyum karsinomu, premenapozal dönem

Yayın No: EP-20

Döküntü ve Ateş Birlikteliğinde Akla Gelmesi Gereken Nadir Bir Tanı: Erişkin Still Hastalığı

Ahmet Emin Yayla

Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği

Giriş: Erişkin Still Hastalığı (ESH) ateş, artrit, döküntü, hiperferritinemi, lökositoz, sedimantasyon yüksekliği ile karakterize bir hastalıktır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Tanısı enfeksiyon, malignite ve bahsedilen belirti ve bulgulara neden olabilecek diğer romatolojik hastalıkların dışlanması ile konur. Ateş ve artralji en sık görülen semptomlardır. Döküntünün de hastaların yarısından çoğunda görüldüğünü belirten klinik seriler mevcuttur.

Amaç: Erişkin Still Hastalığı (ESH) ateş, artrit, döküntü, hiperferritinemi, lökositoz, sedimantasyon yüksekliği ile karakterize bir hastalıktır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Tanısı enfeksiyon, malignite ve bahsedilen belirti ve bulgulara neden olabilecek diğer romatolojik hastalıkların dışlanması ile konur.Aynı klinik şikayetler ve bulgular diğer hastalıklarda da görülebileceği için olgumuzu sunmak istedik.

Gereç ve Yöntem: Enfeksiyon,malignite ve bahsedilen belirti ve bulgulara neden olabilecek diğer romatolojik hastalıklar dışlandıktan sonra tanı konuldu.

Bulgular: 23 yaşında kadın hasta, kronik hastalık öyküsü yok, bekar, seksüel ilişkisi yok, ailede özellik yok. 5 gündür olan eklem ağrısı, boğaz ağrısı, gece terlemesi ve döküntü şikayeti ile dahiliye polikliniğine geldi. Sorgusunda 5 gün önce üst solunum yolu enfeksiyonu düşünülerek semptomatik tedavi verildiği öğrenildi. Şikayetlerinde gerileme olmaması üzerine bize başvuran hastanın ölçülen ateşi yoktu ama gece olan üşüme titremesi mevcuttu. Döküntüleri 2 gündür bulunan hastanın yaygın eklem ve boğaz ağrısı vardı. Romatolojik sorgulamasında ilave özellik yoktu. Fizik muayenesinde orofarinks doğaldı, solunum sistemi, kardiyovasküler sistem, batın ve lenfadenopati muayenesinde özellik yoktu. Sağ dirsekte, dizlerin üstünde somon rengi döküntüleri vardı. Sol dirsek, bilateral el ve el bilek, dizlerinde artriti saptandı. Tetkiklerinde CRP:326, ESR:94 mm/h Ferritin:2000 WBC:16740 ANS:14620 (nötrofil yüzdesi 87) yüksek bulundu; karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, trigliserit normaldi, Brusella negatif, hepatit paneli ve Anti-HIV negatifti, idrarda enfeksiyon ve proteinüri yoktu, RF ve ANA negatifti. Hastanın yapılan torakoabdominal BT'sinde özellik yoktu. Hastanın kliniği, labaratuvar bulguları neticesinde romatolojik patoloji düşünülerek romatoloji polikliniğine yönlendirildi. Hastada ön planda ESH düşünüldü, metilprednizolon 80 mg iv uygulandı ve azaltılan dozda steroid ve non-steroid başlandı. 1 hafta sonra poliklinik kontrolüne gelen hastanın döküntüleri ve artriti gerilemişti. Labaratuvar olarak ESR ve CRP değerleri normale geldi. Tedavisine metotreksat eklenerek poliklinik kontrolüne çağrıldı.

Tartışma: ESH eklem ağrısı, ateş, döküntü ile seyreden nadir bir hastalıktır. Tanı için enfeksiyon, malignite ve diğer romatolojik hastalıkların dışlanması gerekmektedir. ESH seyrinde ateş, döküntü ve artralji birçok hastada görülmekte olup başlangıçta tüm semptomlar bir arada olmayabilir. Döküntü hastalığın başlangıcında yüksek ateşe eşlik edebilir ya da hastamızda olduğu gibi ateş, poliartralji şikayetlerinden sonra da ortaya çıkabilir. Ayrıca nedeni bilinmeyen ateş etiyolojisi araştırılan hastalar sıkı takip altında tutulmalı ve ESH açısından yeni gelişen bulgulara dikkat edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: ateş, artralji, döküntü, sedimantasyon, hiperferritinemi

Yayın No: EP-21

Empagliflozinin Diyabeti Olmayan Hastalarda Renal Progresyona Etkisi

Ayşe Çevik, Kemal Ozan Lüle, Hamit Yıldız

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş: Empagliflozin, SGLT2 inhibitörleri sınıfına ait bir ilaç olup başlangıçta tip 2 diyabet tedavisinde kullanılmak üzere onaylanmıştır. Ancak son yıllarda yapılan klinik çalışmalar, ilacın böbrek hastalıkları ve kardiyovasküler hastalıklar üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koymuştur. SGLT2 inhibitörleri, proksimal tübülden glukoz ve sodyumun geri emilimini engelleyerek glukozüri ve natriürez oluşturmaktadır. Bu etki, kan basıncında düşüşe ve vücut ağırlığında azalmaya katkıda bulunur. Makula densaya ulaşan sodyum miktarının artması, tübüloglomerüler geri bildirim mekanizması aracılığıyla afferent arteriyolde vazokonstrüksiyona neden olarak intraglomerüler basınçta azalma ve dolayısıyla proteinüride düşüş sağlamaktadır

Amaç: Bu bildiride, diyabeti olmayan ve proteinüri saptanan hastalarda empagliflozin tedavisinin böbrek fonksiyonları üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca, empagliflozinin proteinüriyi azaltma potansiyeli, renal fonksiyonlar üzerindeki koruyucu etkileri ve klinik sonuçlara olan katkısı incelenerek, kronik böbrek hastalığı (KBH) yönetimindeki rolü tartışılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Olgu sunumu, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde izlenen 51 yaşındaki erkek hastaya aittir. Veriler retrospektif olarak hasta dosyası ve otomasyon sisteminden elde edilmiştir. Tanı sürecinde yapılan fizik muayene, laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri ve ilgili branşların değerlendirmeleri göz önüne alınmıştır. Multidisipliner yaklaşım ile tanı konulmuş, tedavi süreci planlanmış ve hasta düzenli olarak takip edilmiştir. Olgu sunumu için hastadan bilgilendirilmiş onam alınmış, kişisel verilerin gizliliği korunmuştur.

Bulgular: Hasta, ayaklar ve ellerde şişlik şikayeti ile başvurdu. Hastanın öyküsünde bilinen kronik hastalığı, düzenli ilaç kullanımı veya ameliyat öyküsü yoktu. Aile öyküsünde, babasında koroner arter hastalığı mevcuttu. Başvuru sırasında tansiyonu 110/65 mmHg olarak ölçülmüştü. Tetkiklerinde açlık glukoz: 80 mg/dL HbA1c: %5.2 Kreatinin: 1.33 mg/dL MDRD-GFR: 59 mL/dk/1.73m² olarak saptandı. Tam idrar tetkiki: +2 protein olup diğer tetkikleri normal değerlerdeydi. Yapılan ileri tetkiklerde IgA, C3 ve C4 düzeyleri normal sınırlarda saptanmıştı. 24 saatlik idrar proteini: 1.7 gr/gün olup ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu (EF) %55 olarak ölçülmüştür. Hastaya günde 10 mg empagliflozin tedavisi başlandı. Üç ay sonraki kontrolde; 24 saatlik idrarda protein miktarı 1.2 gr'a, kreatinin değeri ise 1.20 mg/dL'ye gerilemişti.

Tartışma: Empagliflozin, tip 2 diyabet tedavisinde kullanılan bir SGLT2 inhibitörü olmasının yanı sıra, son dönemlerde diyabet dışı kronik böbrek hastalığı (KBH) popülasyonlarında da nefroprotektif etkiler göstermiştir. EMPA-KIDNEY çalışması, empagliflozinin kronik böbrek hastalığı olan hastalarda, diyabet durumu ne olursa olsun, böbrek fonksiyonlarının korunmasında ve kardiyovasküler ölüm riskinin azaltılmasında etkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca, Japonya'daki alt grup analizleri de, empagliflozinin renoprotektif etkilerinin farklı demografik ve klinik özelliklere sahip hasta gruplarında da benzer olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgular, empagliflozinin KBH yönetiminde geniş bir hasta popülasyonu için güvenli ve etkili bir tedavi seçeneği olduğunu desteklemektedir. Packer ve arkadaşlarının 2020 yılında yaptığı çalışmada SGLT2 inhibitörlerinin hipoksi benzeri bir etki yaratarak dolaylı yoldan sirtuin 1 (SIRT1) ve hipoksi ile indüklenebilir faktör-2 alfa (HIF-2α) sinyal yolunu aktive ettiği ileri sürülmüştür. Bu mekanizma, eritropoietin üretimi ve doku oksijenlenmesinde artışa, böbrek dokusunun otofaji kapasitesinde iyileşmeye yol açmaktadır. Diyabetik olmayan hastalarda empagliflozinin proteinüriyi azaltma mekanizması; glomerüler hemodinamik düzenlemeler, tübüloglomerüler geri bildirim aktivasyonunun iyileştirilmesi ve antiinflamatuar–antifibrotik etkilerle açıklanabilir. Ayrıca, ilacın böbrek dokusunda oksidatif stresin azalması ve fibrozis süreçlerinin yavaşlaması yoluyla uzun vadeli renal koruma sağlaması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: SGLT2 inhibitörleri, kronik böbrek hastalığı, proteinüri

Yayın No: EP-22

Multiple Myelom; Kemik Ağrısına Yaklaşım

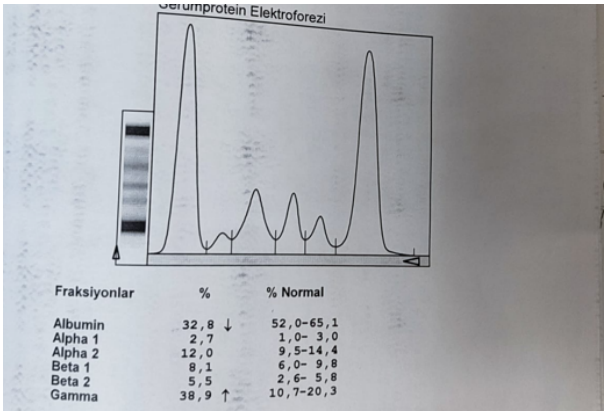
Yusuf Kutlu, İbrahim Fuat Yalman, Kemal Ozan Lüle, Hamit Yıldız

Gaziantep Üniversitesi

Giriş: Multipl miyelom (MM), monoklonal immünoglobulinlerin anormal artışıyla karakterize klonal plazma hücresi proliferasyon hastalığıdır.Kontrol edilmediğinde, bu plazma hücrelerinin aşırı üretimi nihayetinde belirli uç organ hasarına yol açabilir.Hiperkalsemi, böbrek disfonksiyonu, anemi veya litik lezyonlarla birlikte kemik ağrısı görülebilir.Bu semptomlardan ve/veya bulgulardan herhangi biriyle tanı koymak zordur ama erken dönemde teşhis edildiğinde ve zamanında müdahale yapıldığında iyileştirilmiş sonuçlar elde edilebildiği için MM'nin ayırıcı tanılarda akılda tutulması gerekmektedir.

Olgu: 74 yaşında kadın hasta,bilinen Ankilozan spondilit,HT,DM tanıları mevcut.Dahiliye polikliniğe tansiyon ilaçlarının raporlarını yenilemek üzere tekerlekli sandalyede getiriliyor.Yaklaşık 150 kilo olan hastanın şikayetleri;halsizlik,yorgunluk,baş ağrısı,kemik ağrısının tüm vücuda yayıldığını söylüyor.Hastadan rutin tetkikleri isteniyor alınan kanlarında ESR:140 mm/saat,Kreatinin değerinin 0,85,Albumin:2,8 g/dl,Total protein:8,8 g/dl,Globulin:60 g/L Hemoglobin:9,5 g/dl Kalsiyum:10.10 mg/dl olduğu görülüyor.Hasta MM ön tanısı ile genel dahiliye servise yatırılıyor.Hastadan ileri tetkikler isteniyor.B2-mikroglobulin düzeyi 9,87 mg/L,lgG:43,60 g/L olarak geliyor.Bakılan periferik yaymasında rulo formasyonu gözlenen hasta hematolojiye de danışılarak KİAB yapılıyor.KİAB sonucunda Multiple Myelom tanısı alan hasta tedavi ve takip için hematolojiye devir edildi.

SERUMPROTEİN ELEKTROFOREZİ



A/G ORANI:0,49

Tartışma: Multipl miyelom (MM), tümöral plazma hücrelerini içeren hematolojik lenfoid malignitedir ve genellikle monoklonal bir immünoglobulin proteininin varlığıyla karakterize edilir. MM, artan küresel insidansa sahip ikinci en yaygın hematolojik malignitedir.Erken tanı koyulup tedaviye başlanması önem arz etmektedir.İleri evrede tanı alan vakalarda gelişen uç organ hasarları tedaviye olan direnci arttırmakla beraber sağ kalım oranını azaltmaktadır.Genç vakalarda nakil ile tedavi ön planda düşünülürken ileri yaşlarda medikal tedavi ile takip edilmekte ve çoğu hastada prognoz iyi olmaktadır.

Sonuç: Multiple myelom nonspesifik bulgular ile kendini gösterebilir,tanısı için bulgu ve/veya semptomlar bir araya getirilerek bütüncül bir bakış açısıyla çözümlenebilir.

Anahtar Kelimeler: Multiple Myelom, kemik ağrısı, böbrek bozukluğu

Yayın No: EP-23

Pansitopeni ile Seyreden B12 Vitamin Eksikliği Anemisi Olgusu

Duygu Kıymet Ağrıman, Aslıhan Çalım, Çiğdem Yazıcı Ersoy

SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Vitamin B12, vücutta önemli tepkimelerde koenzim olarak, hücre bölünmesi ve çoğalması için gerekli olan, DNA yapımında rol alan, suda eriyen bir vitamindir. B12 vitamini, DNA sentezi, eritrosit üretimi ve miyelin kılıf sentezi gibi birçok işlemde folik asitle birlikte çalışmaktadır. Vitamin B12 eksikliği prevalansı yaşlı hastalarda ve gebelik durumunda artmıştır. Vitamin B12 eksikliğinde gelişen en sık bulgu anemidir, anemiyi takiben hastalarda bitkinlik, çarpıntı ve nefes darlığı görülebilir. Vitamin B12 eksikliğinde anemi semptomlarının yanı sıra nörolojik semptomlar da görülebilir. Kişilik değişikliği, unutkanlık, his kaybı ve depresyon ile kendini gösterebilir.Vitamin B12 eksikliğinin laboratuvar bulgularında ise MCV yüksekliğinin görülmesi, vitamin B12 seviyesinin <100 pg/mL olması, serum bilirubin düzeyinin ve laktik dehidrogenaz (LDH) enziminin yüksek olması tanı koymada yardımcı olan markerlardır. Vitamin B12 eksikliği trombositopeni ve nötropeninin eşlik ettiği megaloblastik anemi ile de kendini gösterebilir.

Olgu: 78 yaşında kadın hasta bir haftadır olan oral alımda azalma, genel durumda bozulma şikayetleriyle acile başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon ve 10 sene önce geçirilmiş serebrovasküler hadise mevcut idi.Kullandığı ilaçlar Nexium 40mg 1x1, Sevikar 20/5 mg 1x1. Fizik muayenede genel durumu orta, tansiyon 135/85mmHg, nabız 84/dk, ateş:36,4. Bilinç açık oryante koopere. Sağ pretibial ödem negatif, sol üst ve alt ekstremitede 1+ ödem mevcut.Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Tetkiklerinde HGB=4.6, MCV:105, LDH:1785 WBC 2.140/mm3, 580 PLT:15.000mm3/ml saptandı. Hastanın periferik yayması incelendi. PY'de Her 5 alanda 1 şiştosit,her 1 alanda 3 trombosit, hipersegmente nötrofiller, makrositoz, polikromazi saptandı. Hastanın bilinç durumundaki bulanıklık sebebiyle nörolojiye konsülte edildi; hastanın mevcut lezyonları hemodinamik/altta yatan hematolojik tabloya sekonder olarak değerlendirildi. Alınan geniş rutin tetkiklerinde VITAMIN B12=<100pg/ml saptanması üzerine pansitopeni tablosunun B12 vitamin eksikliğine bağlı olduğu düşünüldü. Hastanın tedavisine i.m siyanokobalamin eklendi. Takiplerinde toplam 3Ü Eritrosit süspansiyonu, 2Ü Havuzlanmış trombosit replasmanı yapıldı. Kontrol hemogram tahlilinde; Hgb=8.8, WBC=5750, Plt=55000 olarak sonuçlandı.

Tartışma: Pansitopeni;anemi, lökopeni ve trombositopenin birlikte olmasıdır. Pansitopeni yapan en sık nedenler;malign miyeloid hastalıklar, malign lenfoid hastalıklar,aplastik anemi ve megaloblastik anemi olarak bildirilmiştir.Megaloblastik anemilerde pansitopeniye oldukça sık rastlanır ve beslenme bozukluğuna bağlı olarak megaloblastik anemi hem gençlerde hem de yaşlılarda gelişebilir. Hastamızın da kırmızı et tüketiminin yetersiz olduğu öğrenildi.

Sonuç: Hemogram sonucunda pansitopeni tespit edilen hastalarda anamnez ve fizik muayeneden sonra periferik yayma yapılarak değerlendirilmesi ve bunun sonucuna göre ileri tetkiklerin planlanıp yapılması son derece önemlidir. B12 vitamini eksikliği nörolojik, hematolojik, gastrointestinal ya da psikiyatrik belirtilerle karşımıza çıkabilir. Kolestiramin, metformin, kolşisin ve asetilsalisilik asit kullanımı B12 vitamini eksikliği ile ilişkili olabilir. NSAİ ilaçlar da gastrik mukozal hasar yaparak B12 vitamini emilimini bozabilirler. Kötü beslenme ve emilim bozuklukları da B12 vitamini eksikliği ile sonuçlanabilir.B12 eksikliğinin anemiden pansitopeniye kadar geniş bir yelpazede ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pansitopeni, B12 Vitamin Eksikliği, Megaloblastik Anemi

Yayın No: EP-24

Gizlenen Tehdit: Pnömoni Gerçekten Pnömoni mi?

Çağrı Mustafa Dönmezer[1], Muhammed Yasir Ceyhan[1], Yıldız Okuturlar[1], Sevgi Şahin[2], Zeynep Karaali[3]

[1]Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Kliniği, İstanbul
[3]Acıbadem Maslak Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Pulmoner tromboemboli (PTE), genellikle alt ekstremite veya pelvik derin ven trombozunun komplikasyonu olarak gelişen, pulmoner arterin trombüsle tıkanmasıyla karakterize bir hastalıktır.[1] Etyolojide genetik yatkınlıklar (Faktör V Leiden, protrombin mutasyonları) ve immobilite, malignite, cerrahi, oral kontraseptif kullanımı gibi edinilmiş faktörler rol oynar.[2] Şüphe durumunda Wells skoru veya Cenevre skoruyla PTE olasılığı belirlenir.[3] Yüksek olasılıklı hastalarda pulmoner arter bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografi veya akciğer perfüzyon sintigrafisine başvurulur.[3] Tedavide direkt oral antikoagülanlar ilk seçenek olmakla birlikte, heparinler, warfarin, trombolitik tedavi veya embolektomiye başvurulabilir.[3]

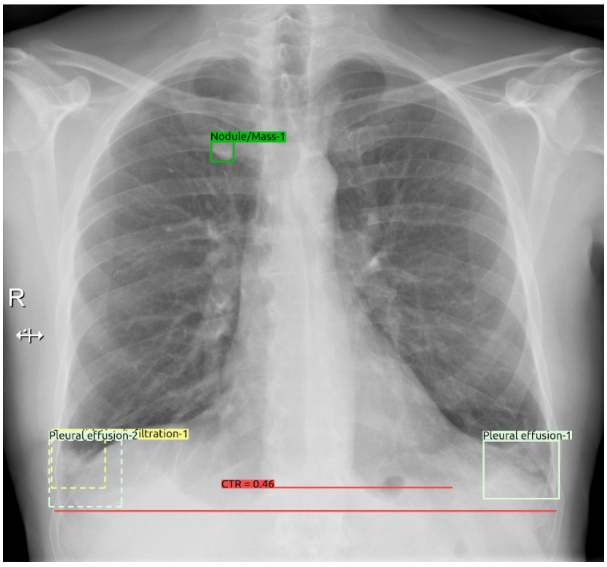
Amaç: Bu olgu sunumunda, pnömoni gibi sık görülen hastalıkların takibi ve hastalığın minimal progresyonunda, klinik gürültülü olmasa dahi ayrıntılı değerlendirme ve klinik şüphenin, ciddi morbidite ve mortaliteleri engelleyebileceği vurgulanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu olgu sunumunda, pnömoni ön tanısı ile değerlendirilen ancak submasif PTE tanısı alan bir hasta incelenmiştir.

Bulgular: Elli yedi yaşında erkek hasta, halsizlik, nefes darlığı ve ateş şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenede kan basıncı 150/80 mmHg ve solunum seslerinde hafif azalmıştı. Tetkiklerde lökosit 12620/uL, nötrofil 9440/uL, C-reaktif protein 63 mg/L, prokalsitonin 0.06 ug/L, laktat dehidrogenaz (LDH) 196 IU/L, alanin aminotransferaz (ALT) 105 IU/L, aspartat aminotransferaz 71 IU/L, gama glutamil transferaz 78 IU/L, alkalen fosfataz 98 IU/L görüldü. CURB-65 ve Wells' kriterlerine göre düşük risk grubunda saptandı ve ayaktan takip için uygundu.[4,5] Akut faz yüksekliği nedeniyle pnömoniden şüphelenildi. Akciğer grafisi ve toraks BT'de pnömonik infiltrasyon ve buzlu cam dansitelerinin bu şüpheyi doğrulaması üzerine interne edildi.[Figür-1]Antibiyotik tedavisi altında klinik kötüleşme gösterdi. SARS-CoV-2 hızlı antijen testi negatif, ancak Coronavirus HKU1 pozitif bulundu. Takipte hemoptizi gelişmesi üzerine D-dimer düzeyi 4.2 mg/L ölçüldü. Pulmoner BT anjiyografide ve kontrastlı BT'de submasif PTE saptandı.[Figür-2] Enoksaparin tedavi başlandı. Alt ekstremite venöz doppler ultrasonografide (RDUS) rekanalize trombüs bulguları izlendi. Anamnez derinleştirilince babada genç yaşta tromboflebit olduğu öğrenildi. Faktör V Leiden ve Faktör II (protrombin) gen analizi normal görüldü.Takipte ALT/LDH <1.5 olması iskemik hepatiti düşündürdü. Portal ven RDUS incelemesinde portal ven duvarında hafif düzensizlikler ve hafif heterojen hepatosteatoz

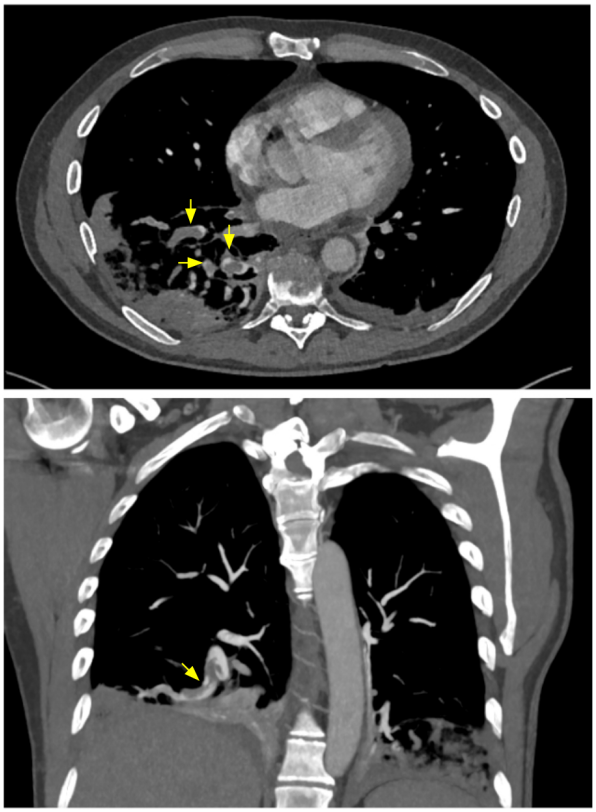
saptandı. Romatolojik markerlar ve hepatit ayrıcı tanı tetkikleri, 10 kata ulaşan karaciğer enzim yüksekliğini aydınlatamadı. Yine iskemik hepatit ön tanısı ile abdomen kontrastlı BT çekildi. İncelemeye dahil her iki akciğer alt loblarda pulmoner iskemi enfarktı temsil edebilecek plevral geniş tabanlı konsolide alanlar dikkati çekti.[Figür-3] Bu bulgular 4 gün önceki görüntülemelere göre daha net görüldü. Transtorasik ekokardiyografide pulmoner arter basıncı normaldi. Balgam kültüründe üreme görülmemesi, konsolide alanların infarkt alanlarıyla uyumlu olması nedeniyle antibiyoterapi sonlandırıldı.Şikayetleri düzelen, akut fazlar ve karaciğer enzimleri regrese hasta rivaroksaban 15 mg 2x1 ile taburcu edildi. 15 gün sonra kontrol muayenede karaciğer enzimleri ve D-dimer normal sınırlarda, akciğer grafide minimal effüzyon görüldü. Rivaroksaban 20mg 1x1 ile takibe devam edildi.

Figür-1. Yapay Zeka Destekli Posteroanterior Akciğer Grafisi



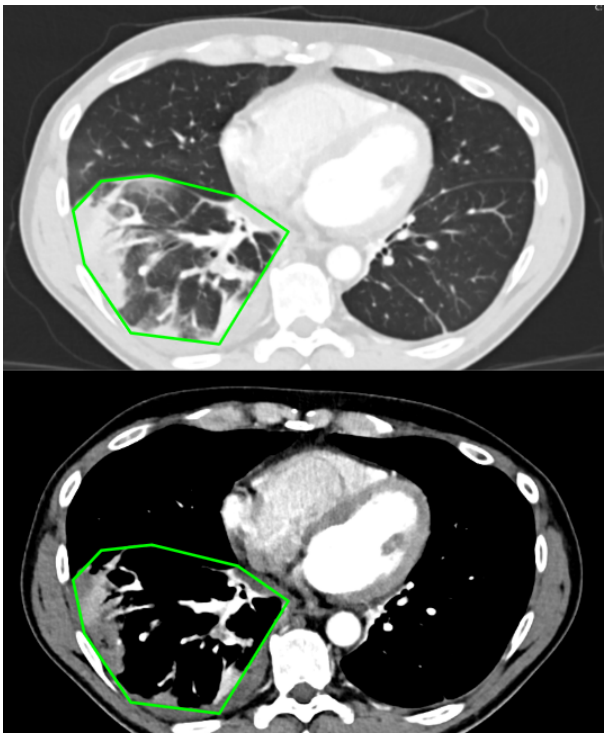
Poliklinikte görülen akciğer grafisinde bilateral plevral efüzyon ve pnömonik infiltrasyon alanları

Figür-2. Pulmoner Bilgisayarlı Tomografi Anjiyografi



Sağ ve sol hemitoraksta plevral sıvı, her iki akciğerin alt lob lober ve segmental pulmoner arter dallarında ve sağ akciğer orta lob lober pulmoner arter dalında pulmoner emboli bulguları, sağ akciğer alt lob ve sol akciğer alt lobda posterobazal segmentlerde konsolidasyon şeklinde infiltrasyonlar, bir önceki incelemeye kıyasla artış

Figür-3. İntravenöz Kontrastlı Batın Bilgisayarlı Tomografi



İncelemeye dahil her iki akciğer alt loblarda pulmoner iskemi enfarktı temsil edebilecek plevral geniş tabanlı konsolide alanlar ve her iki akciğerin alt lob segmenter ve subsegmental pulmoner arter dallarında yer yer rekanalize görünüm trombüs materyalleri

Tartışma: Enfeksiyonların, hiperkoagülabilite ile PTE'ye neden olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.[2] Pnömoni gibi sık görülen hastalıkların takibi ve hastalığın minimal progresyonunda, ayrıntılı değerlendirmek önem arz etmektedir. PTE açısından düşük risk grubundaki hastalarda dahi şüphe ile erken tanı ve uygun tedavi, morbidite ve mortaliteyi azaltmada kritik öneme sahiptir. Hastamızda polikliniğe başvuruda hafif klinik tablo ve fizik muayene bulguları, hemoptizi öyküsü olmaması, ayrıca CURB-65 ve Wells' Skoru düşük olması ilk bakışta hafif bir bronkopnömoni düşündürdü. Her hastaya şüphe ile yaklaşmak değerlidir ve ön tanıyı güçlendirmek gerekir.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner emboli, pnömoni, klinik şüphe, malpraktis

Yayın No: EP-25

Gebelikte Görülen Taşlı Yüzük Hücreli Mide Kanseri: Olgu Sunumu

Name Çığra Coşkun, Ayşenur Burcu Emetli, Sabin Göktaş Aydın, Şengül Aydın Yoldemir

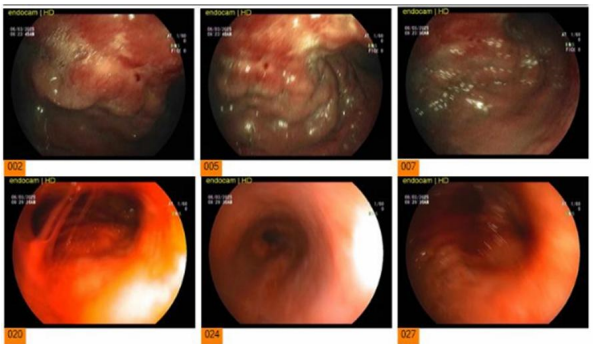
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Mide kanserleri dünyada kansere bağlı ölüm nedenleri arasında ikinci sırada olup,hastaların beş yıllık yaşam beklentileri yüzde 15'tir. Taşlı yüzük hücreli mide kanseri ise tümmide kanserleri içerisinde yüzde 3-4 oranında görülen, prognozu kötü kanserler olup lenfatik yayılımı diğer mide kanserlerine göre daha belirgindir. Bu nedenle hastaların endoskopik olarak erken tanı almaları submukozal rezeksiyon ile kür sağlanabilme ihtimali olduğundan hayati önem taşımaktadır.

Amaç: Bu vakada iç hastalıkları polikliniğimize izole dispeptik şikayetler ile başvuran hastanın erken gastroskopi planlanması sonrası tanı ve tedavi sürecini sunmayı hedefledik.

Gereç ve Yöntem: 29 yaş, ek hastalığı bulunmayan kadın hasta, medikal tedaviye refrakter dispeptik şikayetler ile iç hastalıkları polikliniğine başvurması sonrası laboratuvar değerlerinde anlamlı özellik saptanmamış olup gastroskopi tetkiki planlandı. Hastanın b semptomları, gece terlemesi ve kilo kaybı yok, ailede kız kardeşinde lenfoma öyküsü mevcut. Gastroskopi sonucunda incisura küçük kurvatur düzensiz geniş alan mevcut olup bölgeden multiple biyopsiler alınarak ön tanıda gastrik ülser ve malignite düşünülmüş.

endoskopi



endoskopi görüntüsü

Bulgular: Hasta bir ay sonra poliklinik kontrolüne patoloji sonucu ile başvurdu. Kontrol başvurusu sırasında iki haftalık gebeliği mevcut olup, patoloji sonucu taşlı yüzük hücreli karsinom olarak raporlandı. Hastanın gebelik terminasyonu kadın doğum tarafından sağlanarak küretaj materyali örneklemesi malignite açısından negatif bulundu. Toraks

görüntülemede anlamlı patoloji olmayıp, abdominopelvik görüntülemesinde mide korpusunda diffüz duvar kalınlaşması ve batında minimal serbest sıvı izlendi. Evreleme amaçlı PET çekimi yapılmış olup mide büyük kurvatur düzeyinde bilinen tümöral proses ile uyumlu hipermetabolik duvar kalınlık artış sahası görülmüş ve mide antrum-pilor düzeyi minimal hipermetabolik olarak değerlendirilmiş. Hasta dahiliye, onkoloji, gastroenteroloji ve genel cerrahi tarafından multidisipliner olarak konseye sunularak değerlendirildi. Hastanın neoadjuvan kemoterapi rejimi sonrası total gastrektomi yapılması ve adjuvan kemoterapi tedavisi alması planlandı. Hastaya neoadjuvant FLOT (Folinik asit, Fluorasil, Oksaliplatin ve Taksan) kemoterapi rejimi tedavisi verilmiş olup 2 hafta sonra total gastrektomi operasyonu planlandı. Hastada kemoterapi tedavisi sonrası yan etki ve komplikasyon gözlenmemiş olup onkoloji ve cerrahi takipleri devam etmektedir.

CT



Tomografi görüntülemesi

Tartışma: Hikayesinde ppi tedavisine yanıtsız dispeptik şikayetler ile polikliniğe başvurmasısonrası üst gastrointestinal sistem endoskopisinde malign ülser görülen hastanın tanı ve tedavi süreci sunulmuştur. Hastamız gebelik sırasında mide kanseri tanısı almış olup iç hastalıkları, genel cerrahi ve kadın doğum kliniklerinin ortak çalışmasıyla tanı ve tedavisi planlanmıştır.Dispeptik yakınmalar ile başvuran hastaların gastrik malignite açısından erken endoskopik tetkiklerinin ve multidisipliner yaklaşımın tanı ve tedavideki önemi akılda tutulmalıdır. Bu vakayı sunmadaki amacımız klinisyenlerin bu konudaki farkındalığını arttırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: taşlı yüzük hücreli karsinom, gastroskopi, Dispepsi

Yayın No: EP-26

Psödotrombositopeni: Tanısal Önemi ve Klinik Karar Sürecine Etkileri

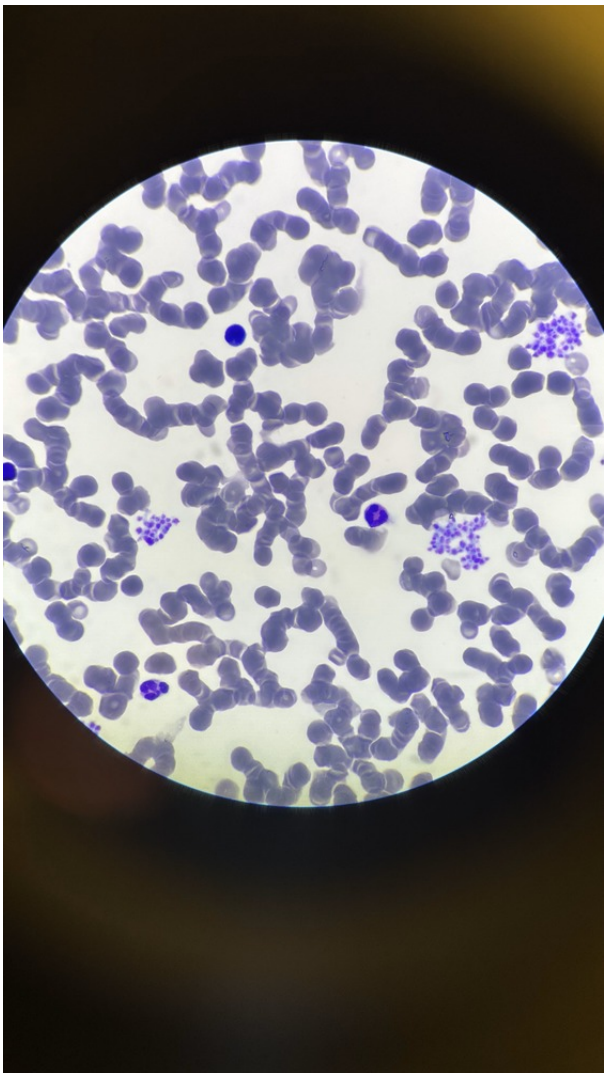
Ant Uzay[1], Başak Büyükkürkçü[2], Yıldız Okuturlar[2]

[1]Acıbadem Üniversitesi, Atakent Üniversite Hastanesi, Dahiliye Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı
[2]Acıbadem Üniversitesi, Atakent Üniversite Hastanesi, Dahiliye Anabilim Dalı,

Giriş: Psödotrombositopeni, özellikle EDTA ile antikoagüle edilmiş kan örneklerinde trombositlerin in vitro agregasyonu sonucu ortaya çıkan ve otomatik kan sayım cihazlarında yanlış düşük trombosit değerlerine yol açan bir laboratuvar artefaktıdır[1,2]. EDTA'ya bağımlı psödotrombositopeni, hastanın serumundaki antiplatelet antikorların etkisiyle gelişir. Bu antikorlar, yalnızca EDTA varlığında glikoprotein IIb/IIIa'nın konformasyonel değişime uğramasıyla açığa çıkan gizli bir antijeni hedef alır[2,3]. Bu laboratuvar fenomeni, özellikle immün trombositopenik purpura(ITP), aplastik anemi ve kemik iliği yetmezlik sendromları gibi ciddi hematolojik hastalıklarla karışabileceği için, doğru tanı konulması büyük önem taşımaktadır. Yanlış tanı, gereksiz trombosit transfüzyonlarına ve kortikosteroid gibi immünsüpresif tedavilerin başlanmasına yol açabilir. Bu nedenle, özellikle asemptomatik hastalarda düşük trombosit değerleri saptandığında, psödotrombositopeni olasılığı akılda tutulmalıdır. Olgu sunumunda, psödotrombositopeni tanısının nasıl konulabileceğini, tanıda kullanılan laboratuvar yöntemlerini ve klinik yönetimi ele almayı amaçladık.

Olgu: Otuz dört yaşında kadın hasta, dış merkez ateş ve boğaz ağrısı nedeniyle başvurmuş, trombosit düzeyinin 4000 /mm3. saptanması üzerine hastane yatışı yapılmış. Özgeçmişinde benzer bir öykü bulunmayan hastanın, iki buçuk ay önce yapılan kan tetkiklerinin normal olduğu anamnezde belirtildi. Dış merkezdeki takipleri sırasında şikayetleri ikinci günde gerilemiş ancak trombositopeni nedeniyle 80 mg/gün metilprednizolon tedavi başlanmış. Hasta 15 gün boyunca yatırılarak 80-250 mg/gün metilprednizolon ile takip edilmiş ve bu sırada havuzlanmış trombosit replasmanı uygulanmış. Hasta kliniğimize başvurmadan 2 hafta önce kortikosteroid dozunu tedrici azaltarak tedaviyi tamamlamış. Hastanın 3 hafta boyunca trombosit düzeylerinin 4.000-20.000/ mm3 arasında seyretmesi üzerine üniversite hastanesinde hematolojiye yönlendirilmiş. Burada yapılan tetkiklerde psödotrombositopeni olduğu söylenen hasta ikinci bir görüş için tarafımıza başvurdu. Hastadan periferik yayma ve tam kan tetkikleri alındı. Hastanın fizik muayenesinde splenomegali ,oral mukozada hemorajik bül, dermatolojik muayenesinde peteşi ve purpura saptanmadı,diğer sistem muayenesi doğaldı. Hastanın tedirgin olması nedeniyle mavi kapaklı sitratlı tüpe de örnek alındı. Yapılan analizlerde eilendiamintetraasetik asitli (EDTA) mor tüpte trombosit değeri 9.000 10^3/uL olarak ölçülürken, mavi kapaklı sitratlı tüpte bu değerin 135.000 10^3/uL olduğu görüldü. Periferik yayma ile yapılan incelemede ise çok sayıda küme yapmış trombositlerin varlığı saptandı, diğer serilerde patoloji saptanmadı. Hastanın enfeksiyon öyküsü ve trombosit kümelenmesi göz önüne alındığında, hastalığın sekonder bir süreç olabileceği düşünülerek poliklinik takibine alındı.

Trombosit Kümeleri, hematoksilen eozin boyasu x100



Tartışma: Psödotrombositopeni; klinik pratikte, tanıda zorluk getiren ancak erken fark edildiğinde gereksiz müdahalelerin, hatta ciddi yan etkilerin önlenebileceği bir laboratuvar fenomenidir. Hastamızda başlangıçta ciddi trombositopeni düşünülerek hastane yatışı, kortikosteroid tedavisi ve trombosit transfüzyonu uygulanmıştır. Özel merkezlerde periferik yayma imkanının kısıtlı olması nedeniyle psödotrombositopeniyi ayırt etmek amaçlı mavi kapaklı sitratlı tüpler kullanılabilir. Kısa bir süre önce trombosit düzeyi normalken üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası bu durumun gelişmiştir. Psödotrombositopeninin tanınmaması, hastaların gereksiz olarak immünsüpresif tedaviye maruz kalmasına, yanlış hematolojik tanılar almasına ve psikolojik olarak etkilenmesine yol açmaktadır.

Sonuç: Trombositopeni saptanan hafif semptomlu hastalarda özellikle klinik uyumsuzluk varsa, kanama diyatezi açısından öyküsü ve fizik muayene bulguları desteklemiyorsa tanının doğrulanması için alternatif antikoagülanlarla tekrar test yapılmalı ve periferik yayma değerlendirilmelidir[4].

Anahtar Kelimeler: Psödotrombositopeni, EDTA, hematoloji

Yayın No: EP-27

Sebebi Bilinmeyen Ateş: Erişkin Still Hastalığı Tanısı Konan Bir Olgu

Kamil KONUR

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı

Giriş: Ateş, kas-eklem ağrıları ve boğaz ağrısı şikayetleriyle başvuran hastalarda enfeksiyon ve romatolojik hastalıklar ayırıcı tanıda değerlendirilmelidir. Bu sunumda, ayırıcı tanı sürecinde diğer sebepler dışlanarak erişkin Still hastalığı tanısı alan bir vaka ele alınmaktadır.

Amaç: Bu vaka sunumu, ateş ve kas-eklem ağrılarıyla başvuran bir hastanın klinik değerlendirme sürecini, tanıya giden aşamaları ve tedavi yaklaşımını özetlemektedir.

Gereç ve Yöntem: Vaka takdimi yapılmaktadır.

Bulgular: 61 yaşında erkek hasta, boğaz ağrısı, ateş, yaygın kas-eklem ağrıları ve çarpıntı şikayetleriyle acil servise başvurdu. Hastanın tıbbi öyküsünde hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği, konjestif kalp yetmezliği ve epilepsi mevcuttu. Kullandığı ilaçlar arasında levetirasetam, metoprolol, spironolakton + hidroklorotiyazid ve perindopril + indapamid bulunuyordu. Hastanın ayrıca 5 yıl önce aort anevrizma operasyonu geçirdiği ve sigara içme öyküsünün olduğu öğrenildi. Son üç ayda 15-20 kg kilo kaybı olduğu bildirildi.Hastanın boğaz ağrısı ve ateş şikayetleri başvurudan 10 gün önce başlamıştı. Çeşitli antibiyotik tedavileri uygulanmış ancak hastanın semptomları düzelmedi.Laboratuvar incelemelerinde CRP 366 mg/L, sedimentasyon 47 mm/saat, WBC 21.1x10^3/µL, nötrofil 18.8x10^3/µL olarak saptandı. Enfeksiyon odağı araştırılması amacıyla kan, idrar ve balgam kültürleri ile Borellia, Coxiella burnetii, EBV, VDRL, TPHA, RPR ve Brucella serolojisi istendi. Hastanın ateş atakları sırasında üst ekstremitelerinde pembe renkli döküntüler gözlendi ve el bileği ile dördüncü parmak ekleminde geçici hareket kısıtlılığı öyküsü alındı.Ayırıcı tanıda romatolojik değerlendirme yapılarak ferritin, otoimmün panel (RF, ANA, Anti-dsDNA, ANCA), tiroid fonksiyon testleri ve immün globulin seviyeleri incelendi. Kan kültürlerinde üreme saptanmazken ferritin 16.500 ng/mL olarak bulundu. Borellia IgM negatif, IgG pozitifti. Lenfadenopati ve splenomegali saptanmadı.Hastanın ateş, döküntü ve yüksek ferritin seviyeleri erişkin Still hastalığını düşündürdü. Prednizolon 1 mg/kg dozunda başlandı ve 3. günde ateş atakları geriledi. Hasta prednizolon, doksisiklin ve pantoprazol tedavileriyle taburcu edilerek enfeksiyon ve romatoloji polikliniklerine yönlendirildi. Sonraki kontrollerde Borellia konfirmasyon testi negatif geldi ve doksisiklin tedavisi kesildi. Romatoloji polikliniğinde hastaya deltacortil ve metotreksat başlandı.

Tartışma: Erişkin Still hastalığı, nedeni bilinmeyen ateş, döküntü ve eklem tutulumuyla seyreden inflamatuvar bir hastalıktır. Özellikle yüksek ferritin düzeyi tanıda önemli bir biyomarkerdir. Bu vakada hastanın enfeksiyon dışlanarak erişkin Still hastalığı tanısı konmuş ve kortikosteroid tedavisi ile semptomları düzelmiştir. Benzer tablolarla gelen hastalarda enfeksiyon ve romatolojik hastalıklar ayırıcı tanıda dikkatle değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ateş, Still Hastalığı, İnflamasyon

Yayın No: EP-28

Karaciğer Enzimleriniz Yüksek, Peki Neden?

Makbule Fulya Tutar Selçuk

Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi

Giriş: Karaciğer enzim yüksekliği denilince akla genel olarak AST, ALT, ALP, GGT gelmekle birlikte, aslında bu enzimlerin karaciğerin fonksiyonlarından öte karaciğerin mevcut yangısal durumunu, hepatobilier hasarı yansıttığını bilmekteyiz. Aile ve acil hekimlerince biz dahiliye hekimlerine hastaların konsülte edilmelerinin en sık nedenlerinden birisi şüphesiz ki karaciğer enzim yüksekliğidir. Dahiliye pratiğinde bu yüksekliğin sebebini bulabilmek tanı ve tedavinin sağlanabilmesi için en temel unsur olup çalıştığımız kurum ve koşullarına göre etiyolojiye yönelik araştırma yapmak temel bir görevimizdir. Etiyoloji araştırmaları; detaylı anamnez ve fizik muayene ardından viral belirteçler, demir parametreleri, hepatobilier USG, obezite-alkol-ilaç gibi geri döndürülebilir sebeplerin sorgulanması, otoimmün ve metabolik hastalıklar açısından tetkikler ve gereğinde karaciğer biyopsisine dek sürebilmektedir.

Amaç: Tanı koyabilmek için iyi bir dahiliye bakış açısına sahip olmak yeterli değildir; hastanın sürece kooperasyon sağlaması da elzemdir. Hasta anamnezinde bilgi saklarsa hekimin tanı koyma süreci güçleşecektir. Bu vakada gerek 2.basamak hastanede tarafımca; gerekse konsülte ettiğim 3.basamak hastane gastroenteroloji polikliniğince etiyolojiye yönelik araştırmalar yapıldı. Ancak karaciğer enzim yüksekliğinin sebebi yaklaşık başvurudan 2 ay sonra tespit edilebildi ki bu aralıkta hasta ile 6 defa poliklinikte görüşülmüştü. Hasta ısrarla sorulmasına rağmen sebebini bilmediğim sebeplerle olası hepatotoksik ajanı belirtmemişti.

Gereç ve Yöntem: 43 yaş, bilinen kronik hastalığı ve düzenli kullandığı ilaç olmayan kadın hasta, Aile Sağlığı Merkezi'nden tarafıma karaciğer enzim yüksekliği ile yönlendirilmiş. Başvuru öncesi AST ve ALT normalin 2.5 katı olup GGT, ALP, LDH, Total ve Direkt Bilirubin düzeyleri normal referans aralıklarındaydı. Ötiroid olan hastanın viral hepatit belirteçleri negatif geldi, demir parametreleri doğal izlendi. Hepatobilier USG doğal raporlandı. Romatolojik tetkikleri (ANA ve sedimentasyon) ve Çöliak tarama testlerinin de negatif gelmesi üzerine 3.basamak merkeze yönlendirdim. Orada bakılan Seruloplazmin, AMA-ASMA-LKM, alfa-1-antitripsin düzeyleri de normal sonuçlandı. Ancak hastanın 2 kat AST ve ALT yüksekliği 2 ay kadar sebat etti. Hasta alkol, ilaç, bitkisel ürün-toz-çay-karışım açısından mükerrer sorgulandı. Hasta 2.ayın sonunda 2 ayı aşkın süredir kilo verme amacıyla her gün 2 bardak yeşil çay tükettiğini ifade etti. Yeşil çayı bırakması istenip kontrollere çağırıldığında karaciğer enzimlerinin giderek düştüğü gözlemlendi. Son vizitte hastanın karaciğer enzimleri normal aralıkta izlendi.

Bulgular: Tablo

Hastanın Laboratuar Seyri

Hastanın Laboratuar Seyri	
Vizit No	AST/ALT (U/L)
1	92/100
2	75/70
3	73/72
4	78/70
5	75/68
6	70/73
7	60/58
8	55/50
9	38/36

Tartışma: Literatür incelendiğinde, yeşil çaydan elde edilen metanolik asidin, preklinik çalışmalarda belli ajanlarla (tioasetamid) oluşturulan karaciğer toksisitesine karşı koruyucu olduğu, siroza gidişi önlediği gösterilmiş olmakla birlikte, yeşil çayın karaciğer ve karaciğer enzimleri üzerindeki etkilerini inceleyen araştırmalarda çelişkiler mevcuttur. HLA-B*35:01 geniyle yeşil çayın hepatotoksisite riskinin yakın ilişkili olduğu savunulmaktadır. Yeşil çaya bağlı gelişen karaciğer enzim yüksekliği idiosenkrazik ve immün-aracılıdır. Bu vakada hastanın karaciğer enzim yüksekliği için yapılan etiyolojik araştırmalar neticesinde hastanın yeşil çay tüketimi bu durumdan sorumlu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: karaciğer, hepatotoksisite, yeşil çay, karaciğer enzim yüksekliği

Yayın No: EP-29

İmmünsuprese Bir Hastada Kan Kültüründe Bacteroides thetaiotaomicron Olgusu

Sevgi Yıldırım Uğurlu, Beyza Nalbant, Süheyla Serin Senger

İzmir Şehir Hastanesi

Giriş: İMMÜNSUPRESE BİR HASTADA KAN KÜLTÜRÜNDE Bacteroides thetaiotaomicron OLGUSU

Olgu: Elli beş yaşında kadın hasta, 4 gündür olan ishal, bulantı şikayetiyle acil servise başvurdu.Dışkılamasının günde 4-5 kez, koyu kahve renkli,kan-mukus içermediği öğrenildi. Hastanın aldığı yiyeceklerde bir özellik yoktu.Ailede benzer yakınması olan başka kişiler yoktu. Bir hafta önce öksürük ve balgam yakınmalarının olduğu, bu nedenle başvurduğu sağlık kuruluşunda moksifloksasin ve sefaklor reçete edildiği öğrenildi.İlaçları 3 gün kullandıktan sonra bulantı kusma ishal yakınmalarının başladığı,ilaçları kullanmayı bıraktığı öğrenildi.Özgeçmişinde hipertansiyon,hipotiroidi tanılarının olduğu,5 yıl önce sağ meme üst orta iç kadranda ele gelen kitle olması üzerine invaziv duktal karsinom tanısı aldığı öğrenildi.2020 yılında total mastektomi+ aksiller lenf nodu diseksiyonu olduğu,operasyon sonrası bulantı kusma baş dönmesi şikayetleri olması üzerine çekilen beyin magnetik rezonans görüntülemesinde sol frontal lobda karsinom metastazı saptandığı öğrenildi.Aynı yıl içerisinde sol frontal lob eksizyonu yapıldığı;sonrasında 10 fraksiyon radyoterapi aldığı;2022 de kontrollerinde kemik metastazı saptandığı,radyoterapi aldığı öğrenildi.Mayıs 2024 de karaciğer metastazı da saptanan hastaya vinorelbine başlandığı öğrenildi.Fizik muayenesinde genel durumu düşkün,sistem muayeneleri olağandı.Vücut sıcaklığı:37,7 oC Kan basıncı:145/78 mmHg Nabız:64/dakika Solunum sayısı:18/dakika idi.Hasta genel durumu düşkün olması sebebiyle yatırılarak takibe alındı.Kan tetkiklerinde WBC:10.040 103/µL HGB:11,6 g/dL PLT:229 103/µL CRP:154 mg/L saptandı.Gaita direkt bakısında lökosit ve eritrosit görülmedi.Gaita kültüründe üreme olmadı.Hastaya ampirik seftriakson 1x2 gr başlandı. Yapılan batın ultrasonografi: ‘’Karaciğerde multipl, yaygın yerleşimli en büyüğü 40x48 mm boyutlarda hipoekoik solid lezyonlar izlenmiştir (METASTAZ?). Perisplenik, perihepatik, pelvik,parauterin alanda yaygın sıvı izlenmiştir.’’ şeklinde yorumlandı.Ateş yakınması olması üzerine eş zamanlı alınan 2 set kan kültüründe Bacteroides thetaiotaomicron üredi. Antibiyogramda meropenem imipenem ve metronidazol duyarlıydı.Üreme olması üzerine seftriakson kesilip, metronidazol 4x500 mg intravenöz tedavi başlandı.Antibiyoterapisinin 3.gününde alınan kontrol kan kültüründe üreme olmadı.Takiplerinde genel durumu ve vitalleri stabil seyreden,yapılan görüntülemelerinde yaygın metastazları olan hasta onkoloji takip tedavisinin devamı için Tıbbi Onkoloji servisine nakledildi.Onkoloji servis takibinin 3.gününde genel durumu kötüleşen, hipotansif seyreden hastaya inotrop desteği başlanıp yoğun bakıma nakledildi.Yoğun bakım takiplerinde hasta ex oldu.

Tartışma: Bakteriyemiler morbidite ve mortalitesi oldukça yüksek enfeksiyonlardır.Pozitif kan kültürlerinin yaklaşık %0,5-13'ünden anaerop bakteriler sorumludur.Mukozal yüzeylerde özellikle gastrointestinal sistem mikrobiyotasında baskın olarak bulunurlar.Anaerop bakteriyemi gelişen hastalarda altta yatan en sık komorbiditenin solid ve hematolojik maligniteler olduğu belirlenmiştir.Bu yazıda solid organ malignitesi olan ve kan kültüründe anaerop bakteriyemi saptanan bir olgu anlatılmıştır.

Sonuç: Sonuç: Anaerop bakteriyemi insidansı aerop bakteriyemilere kıyasla düşük olsa da mortalite oranları yüksektir.Özellikle vinorelbin gibi immunsupresif tedavilerin,mukozal hasara yol açarak,bakteriyemi yapabileceği akılda tutulmalıdır.Uygun antimikrobiyal tedavinin prognoza etkisi,son yıllarda anaerop bakterilerde direncin gittikçe artması gibi nedenlerle,sağlık kuruluşları anaerop bakteriyemi prevalansını ve ilişkili faktörleri düzenli olarak incelemelidir.

Anahtar Kelimeler: İmmunsuprese, Malignitede enfeksiyonlar, Bacteroides

Yayın No: EP-30

El, Ayak, Ağız Hastalığı

Ahmet Emin Yayla

Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği

Giriş: El, ayak, ağız hastalığı daha çok 5 yaş altı çocuklarda gözüken venadir olarak da yetişkinlerde gözlenebilen bir hastalıktır. En sık neden olan virüsenterovirüs ailesinden koksakivirüs A16'dır. Daha çok cilt döküntüleri, yüksekateş, tonsillerde kızarıklık,ağız içinde aft ile başvurulur. Özellikle yaz ve sonbaharaylarında salgınlara dönüşebilir. Solunum, tükrük, yakın temas ve dışkı yoluylabulaşabilir.

Amaç: Özellikle yaz ve sonbahar aylarında ateş ve makülopapüler lezyonlarla başvurup teşhis konulmayan özellikle yakın temas öyküsü olan mesleğe sahip kişilerde el, ayak,ağız hastalığı düşünülmelidir. Hastalığın belirgin tedavisi ve aşısı olmayıp bulaştırıcılığı önlemek için koruyucu önlemler aileye anlatılmalıdır.

Gereç ve Yöntem: Dermatolojik bulgularla başvuran hastamızda detaylı anamnez alarak el ayak ağız hastalığı tanısı koyduk.

Bulgular: Olgu: 32 yaşında 4 gün önce başlayan halsizlik ve ateş yüksekliği ve 2 günönce de ağız içinde, dilde, dudak içinde, parmakların lateralinde ve ayak tabanındamaküler lezyonlarla başvurdu. Ateş 37.5 dereceydi, tonsiller kızarıktı,lenfadenopati yoktu solunum sesleri doğaldı, akciğer semptomu yoktu, batınmuayenesinde organomegali yoktu. Kan tetkiklerinde lökosit, trombosit, eritrositnormaldi, sedimantasyon, crp ve biyokimya tetkikleri normaldi. Hastanınilaç ve cerrahi operasyon öyküsü yoktu. Diş hekimi olarak görev yapıyordu.Hastanın 7-8 gün önce 9 aylık bebeğinde ve 5 gün önce 5 yaşındaki çocuğundada ateş ve cilt döküntülerinin olduğunu söyledi. Hastanın semptom ve anamnezindenhastamıza el, ayak, ağız hastalığı teşhisi konuldu. Hastaya semptomatiktedavi verildi ve şikayetleri 1 hafta içinde geriledi.Tartışma ve Sonuç: El,ayak,ağız hastalığı daha çok 5 yaş altı çocuklardagözlenen daha çok solunum ve yakın temasla bulaşan viral bir hastalık olmasınarağmen nadir olarak erişkinlerde de gözükmektedir. El, ayak, ağız hastalığı 3-7 günlük inkübasyon periyodundan sonra en sık el, avuç içi, ayak tabanı veağızda veziküler eritemli döküntü ile ortaya çıkar ve 7-10 günde iyileşir.

Tartışma: Özellikle yaz ve sonbahar aylarında ateş ve makülopapüler lezyonlarla başvurup teşhis konulmayan özellikle yakın temas öyküsü olan mesleğe sahip kişilerde el, ayak,ağız hastalığı düşünülmelidir. Hastalığın belirgin tedavisi ve aşısı olmayıp bulaştırıcılığı önlemek için koruyucu önlemler aileye anlatılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: el, ayak, eritem, makül, vezikül, papül, aft, ateş

Yayın No: EP-31

Biyopsiden Tanıya: Erişkin Visseral Leishmaniazis Olgusu

Selin Ügü, Hacer Erbay, Gül İlhan, Bilgin Bahadır Başgöz

Antalya Şehir Hastanesi

Giriş: Leishmaniazis, enfekte dişi tatarcık sineği ısırığıyla bulaşır. Tutulum yerine göre, kutanöz leishmaniazis (KL) (Şark çıbanı), mukokutanöz leishmaniazis ve visseral leishmaniazis VL) (kala-azar) olarak üç grupta sınıflandırılır (1). Ülkemizde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre hem KL hem de VL endemiktir (2). VL'nin sebep olduğu klinik ve laboratuvar bulgular ateş, iştahsızlık, kilo kaybı, halsizlik anemi, lökopeni, trombositopeni ve hepatosplenomegali olarak sayılabilir (2). Bu yazıda ateş ve kilo kaybı etyolojisine yönelik değerlendirilen bir erişkin hastada saptanan VL olgusu bildirilmiştir.

Amaç: .

Gereç ve Yöntem: .

Bulgular: Kırk beş yaşındaki kadın hasta altı haftadır olan ateş yüksekliği, gece terlemesi, kilo kaybı ve karın ağrısı şikâyetleriyle başvurdu. Hipertansiyon dışında hastalığı olmayan hastanın vital bulguları vücut sıcaklığı 38,5 °C, kan basıncı 110/70 mm/hg, nabız 102 vuru/dk ve solunum sayısı 20/ dk olarak saptandı. Fizik muayenesinde karaciğer kot altında 4 cm ağrısız palpe edildi, traube kapalı saptandı, karın muayenesinde palpasyonla yaygın istemli defans bulundu ve rebound izlenmedi. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar değerlendirmede beyaz küre 1900/mm3, nötrofil 1900/mm3, hemoglobin 10,7g/dl, trombosit 105000/mm3, albümin 2,1 g/dl, CRP 51,9 mg/dl, potasyum 3,2 mEq/l, sodyum 131 mEq/L ölçüldü. Karaciğer transaminazları, kolestatik enzimleri, hepatit belirteçleri ve diğer rutin laboratuvar tetkikleri normal saptandı. Ultrasonografinde splenomegali (142 mm) ve hepatomegali (170 mm) dışında patoloji saptanmadı. Pansitopeni nedeniyle yapılan periferik yaymada rulo formasyonu izlendi ve yapılan kemik iliği aspirasyonunda makrofaj artışı, biyopside Leishmania amastigotlarına benzer yapılar saptandı. Ateş, kilo kaybı, hepatosplenomegali, pansitopeni ve hipoalbuminemisi olan hastada leishmania IgG IFAT (immunfloresan antikor testi) 1/1000 titrede pozitif ve leishmania polimeraz zincir reaksiyonu (PZR) pozitif saptandı. Hastaya VL tanısıyla lipozomal amfoterisin B 1x3 mg/kg/gün intravenöz 1- 5, 14 ve 21. günlerde verildi. Tedavinin üçüncü gününde ateşi düşen ve tekrarlamayan hastanın ikinci haftanın sonundan lökopeni, trombositopeni ve hipoalbüminemisi ve üçüncü haftanın sonunda anemisi ve hepatomegalisi düzeldi ve takipte nüks saptanmadı.

Tartışma: VL vakalarında klinik yakınmalar ateş, güçsüzlük, kilo kaybı, hepatosplenomegaliye bağlı karında şişkinlik olarak sayılabilir(1). DSÖ 2023 verilerine, ülkemizde KL ve VL endemik olarak görülmektedir (2). Öte yandan hastalar genellikle pediyatrik yaş grubu hastalardan oluştuğundan erişkinlerde ayırıcı tanıda dikkatten kaçabilmektedir.VL tanısında parazitolojik,

serolojik ve moleküler yöntemlerden faydalanılabilir. Parazitolojik tanı spesifitesinin yüksek olması nedeniyle altın standart yöntemdir. Dalak, lenf nodu ve kemik iliği aspiratlarının boyalı preparatları incelenerek amastigot formları görülebilir. Dalak aspiratının %93,1-98,7, kemik iliğinin %52-85 ve lenf nodunun ise %52-58 oranlarında özgüllüğü bildirilmiştir (3). IFAT ile %96 özgüllük ve %98 duyarlılık ile enfeksiyonun erken dönemlerinde ortaya çıkan antikorlar saptanabilir (3). Ayrıca tanıda PZR tanı testleri de yüksek özgüllük ve duyarlılık ile kullanılabilmektedir (3). VL'in klasik tedavisi 5 değerli antimon bileşikleri olmasına rağmen, yüksek direnç, kardiyak, renal, gastrointestinal yan etkiler ve uzun tedavi süresi kullanımını zorlaştırmaktadır. Lipozomal amfoterisin B, VL tedavisinde güvenle kullanılabilen, düşük yan etki profiline sahip ve hastanede yatış süresini kısaltan güncel ve iyi bir seçenektir.Sonuç olarak ülkemizde ateş, pansitopeni ve hepatosplenomegalisi olan hastaların ayırıcı tanısında VL mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Tanısına yönelik serolojik testler, IFAT, PZR ve doku aspirat örnekleri kullanılabilir. Lipozomal amfoterisin B, diğer tedavi seçeneklerine göre, yan etkilerinin az olması ve tedavi süresinin daha kısa olması nedeniyle, iyi bir tedavi seçeneğidir.

Anahtar Kelimeler: leishmania, hepatomegali, splenomegali, ateş

Yayın No: EP-32

Hemokromatosis Ön Tanısı ile Yönlendirilen Bir Olguda Visseral Leishmaniasis Tanısı

Gülşah Fidan Özkumur[1], Hasan Mert Bişkiner[2], Ayşen Yavuz[3], Özlem Ceren Günizi[3], Gülsüm Özlem Elpek[3]

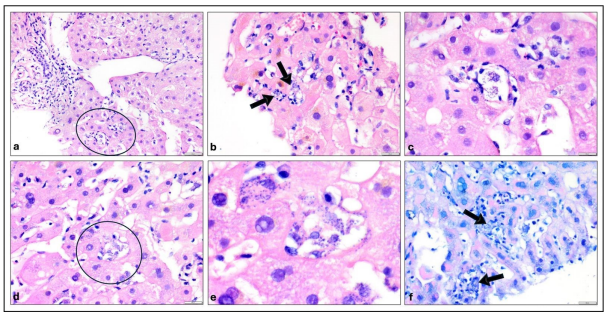
[1]Akdeniz Üniversitesi Gastroenteroloji Kliniği
[2]Akdeniz Üniversitesi İç Hastalıkları Kliniği
[3]Akdeniz Üniversitesi Patoloji Kliniği

Gülşah Fidan Özkumur / Akdeniz Üniversitesi Gastroenteroloji Kliniği

Giriş: Leishmaniasis, kum sineği (yakarca) aracılığı ile bulaşan zoonatik paraziter bir hastalıktır, kutanöz ve visseral olmak üzere iki formu bulunmaktadır(1). Visseral leishmaniasis (Kala-azar) ise leishmania donovani veya infantum paraziti ile bulaşır. Viseral leishmaniasis (VL) ateş, kilo kaybı, hepatosplenomegali, lenfadenomegali, trombositopeni, anemi, lökopeni, hipergamaglobulinemi gibi bulgularla saptanabileceği gibi tamamen asemptomatik de olabilir (2). VL tanısı doku tanısında karakteristik amastigotların gösterilmesi, invitro kültürde parazit izolasyonu, parazit DNA'sının moleküler tespiti veya serolojik testlerle koyulabilir (3).

Olgu: 56 yaşında, emekli, Antalya'da yaşayan erkek hasta dış merkeze gece terlemesi ve halsizlik nedeniyle başvurmuş. Öyküsünde bu şikayetlerinin 20-30 gün önce başladığı, bilinen bir hastalığı ya da ilaç kullanımının olmadığı tespit edilmiş. Yapılan tetkiklerinde ferritin yüksekliği saptanan hasta hemokromatosis açısından değerlendirilmesi amacıyla kliniğimize yönlendirilmiş. Hastanın alkol veya sigara kullanımı yoktu. Aile öyküsünde özellik saptanmadı. Fizik muayenesinde hepatosplenomegali dışında patoloji saptanmadı. Tetkiklerinde hemoglobin: 11,9 g/dl, lökosit 5,7 × 103/µl, trombosit 154×103/µl, ferritin 1467 µg/L, transferrin saturasyonu %9,4, crp 92,7mg/L, açlık glukozu 92 g/dl saptandı. Malignite taraması amacıyla yapılan toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografisinde 4 ve 5 mm çapında pulmoner nodüller ve hepatosplenomegali dışında bulgu saptanmadı. Gastroskopisinde gastrik ülser saptanan hastanın kolonoskopisi normal olarak değerlendirildi. Fizik muayanesinde ve tetkiklerinde enfeksiyon odağı saptanmayan hastaya malignite ve gaucher hastalığı tanısı açısından karaciğer biyopsisi yapıldı. Karaciğer biyopsisinde visseral leishmaniasis tanısı alan hastaya (şekil 1) amfoterisin B tedavisi başlandı. Takibinde yakınmaları geçen hastanın tedavi tamamlandıktan 1 hafta sonra alınan tetkiklerinde crp normal, ferritin düzeyi 124 µg/L olarak saptandı.

Şekil 1 Leishmania enfeksiyonu tanısı alan olguda histopatolojik bulgular



(a-e) H&E boyama, (f) Leishman boyası kullanılmıştır.(a, d) H&E (x20), histiyositlerin amastigotları barındırdığı bölgeler daire içine alınmıştır.(b) H&E (x40), histiyositlerin içinde belirgin Leishmania amastigotları (siyah oklar) izlenmektedir.(c, e) H&E (x60), histiyositler içinde çok sayıda amastigot görülmektedir.(f) Leishman boyası (x40), amastigotlar (siyah oklar) mavi renkte yuvarlak yapılar olarak dikkati çekmiştir.

Tartışma: Hemakromatosis, transferrin saturasyonununda (TSAT) yükselmeyle karakterize, karaciğeri etkileyen önemli derecede demir yüklenmesiyle sonuçlanan bir hastalıktır. Kadınlarda TSAT >%45 ve ferritin> 200 µg/L, erkeklerde ve postmenapozal kadınlarda ise TSAT >%50 ve ferritin > 300 µg/L olmasıyla tanı koyulur (4). Ferritin yüksekliği nedeni ile yönlendirilen olguların sadece %10'unda demir yüklenmesi ile giden hastalıklar bulunmuştur. Hastaların geri kalan çoğunluğunda ise inflamasyon, metabolik sendrom, kronik alkol kullanımı, hücre hasarı ve malignite gibi nedenler saptanmıştır (4,5). Hiperferritinemi nedenleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

TABLO 1: HİPERFERRİTİNEMİ NEDENLERİ

Demir yüklenmesi olmadan hiperferritinemi	Hücre Hasarı Metabolik Sendrom ve Obesite İnsulin Direnci/Diyabetes Mellitus Aşırı Alkol Tüketimi İnflamatuvar veya İnfeksiyöz hastalıklar (Septik şok, COVİD 19 vb) Malignite (Solid veya hematolojik)

	Benign Hiperferritinemi/Herediter Hiperferritenimi Katarakt Sendromu Hemofagositik lenfohistiyosis (Primer veya Sekonder) Erişkin Still Hastalığı Gaucher Hastalığı
Demir yüklenmesi ile beraber görülen hiperferritinemi	Hemokromatosis Dismetabolik Demir Yüklenme Sendromu İatrojenik Demir Yüklenmesi (Eritrosit Transfüzyonu, Parenteral demir tedavisi) Ferroportin Hastalığı Aseruloplasminemi/Hiposeruloplasminemi Atransferrinemi/Hipotransferrinemi
Diğer sebepler (Demir yüklenmesi olabilir veya olmayabilir)	Kronik Karaciğer Hastalığı (Siroz, alkolik karaciğer hastalığı, Non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı, viral hepatit, porfiria kutanea tarda)

Sonuç: Bizim vakamızdaki gibi ferritin düzeyinin yüksek, TSAT'nun düşük olması durumunda enfeksiyöz hastalıklar ve malignite gibi başka hastalıklarda akla gelmeli ve araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: hiperferritinemi, visseral leishmaniasis, hemokromatosis

Yayın No: EP-33

İntestinal Tüberkülozun Tanısal Zorlukları: Granülomatöz Lezyonlar ve Multipl Trombozlarla Seyreden Nadir Bir Olgu

Yıldız Okuturlar, Mustafa Güldan, Ömer Faruk Öztürk, Başak Büyükkürkçü, İffet Beril Gökmen, Fatih Oğuz Önder

Acıbadem Üniversitesi, Atakent Üniversite Hastanesi, Dahiliye Anabilim Dalı, İstanbul/Türkiye

Giriş: : Ekstrapulmoner tüberkülozun nadir görülen bir formu olan intestinal tüberküloz (TB), genellikle tanısı güç bir klinik tabloya yol açar. Nonspesifik abdominal semptomlar, mezenter lenfadenopati, granülomatöz inflamasyon ve gastrointestinal ülserler, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, vaskülitler, maligniteler veya diğer granülomatöz hastalıklarla karışabilir. Bu vaka, intestinal TB'nin multipl arteriyel ve venöz trombozlarla ve granülomatöz patoloji ile komplike olduğu nadir bir sunumunu ve ayırıcı tanı sürecini ortaya koymaktadır.

Olgu: 64 yaşında kadın hasta, abdominal herni operasyonu sonrası 15 kilogramlık kilo kaybı, karın ağrısı, gaitaya çıkamama ve sol alt ekstremitede iskemi bulgularıyla acil servise başvurdu. Hastanın bilinen hikayesinde pulmoner embolisi mevcuttu. Fizik muayenede batın genelinde yaygın hassasiyetin yanı sıra sol bacakta solukluk, soğukluk ve nabız kaybı saptandı. Yapılan arteriyel anjiyografi sonrasında sol iliak arterde tromboz saptandı. Yüzeysel ve derin ven trombozu (DVT) ile birlikte kardiyovasküler cerrahi tarafından opere edildi.Hastanın geçmiş öyküsünde iki kez ileus atağı olduğu ve her iki cerrahi sonrası alınan patoloji örneklerinde nekroz odaklı granülomatöz lezyonlar raporlandığı öğrenildi. Bu bulgular eşliğinde Behçet hastalığı, sarkoidoz, ANCA ilişkili vaskülitler, sifiliz, malignite ve tüberküloz gibi hastalıklar ayırıcı tanıda değerlendirildi.Hastanın klinik tablosunda ayrıca yüksek ateş, pulmoner ödem ve pnömoni bulguları mevcuttu. Kan kültürlerinde üreme saptanmazken, kontrastlı abdominal BT'de ileusa uyumlu bağırsak dilatasyonu ve mezenter lenf nodlarında belirgin büyüme görüldü. Endokardit olasılığı nedeniyle transözofageal ekokardiyografi (TEE) yapıldı ve sonuç negatif saptandı. Granülomatöz hastalıkların ayırıcı tanısı için yapılan endobronşiyal ultrason (EBUS) sırasında paratrakeal lenf nodu örneklemesi alındı.Akciğerden alınan sıvı örneklerinde asidorezistan basil (ARB) ve adenosin deaminaz (ADA) negatif bulunmasına rağmen, QuantiFERON testi ilk değerlendirmede indetermine gelirken tekrarlanan test pozitif sonuçlandı. Hastanın takiplerinde melena gelişmesi üzerine yapılan endoskopik incelemelerde ince bağırsak ve kolonda muscularis tabakasına kadar ilerleyen, multipl ülserler tespit edildi. Bu lezyonların histopatolojik değerlendirmesinde granülomatöz inflamasyon saptandı ve intestinal tüberküloz tanısı konuldu.Hastanın aile öyküsünde babasının tüberküloz nedeniyle vefat ettiği, ancak kendisinin daha önce TB tanısı veya tedavisi almadığı öğrenildi. Akciğerden alınan lenf nodu biyopsilerinde de nekrotizan granülomatöz lezyonlar görüldü. Gastroenteroloji ve genel cerrahi birimleriyle multidisipliner takip edilen hasta, persistan kanlı ishal ve abdominal semptomları nedeniyle yakın izlem altına alındı, antitüberküloz tedavi başlandı. Hastanın her gün 2-3 birim eritrosit süspansiyonu ihtiyacı devam etmektedir.

Tartışma: İntestinal tüberküloz, tanısal güçlükleri ve çeşitli granülomatöz hastalıkları taklit eden klinik tablosu nedeniyle dikkatli bir ayırıcı tanı gerektirir. Olgumuzda arteriyel ve venöz trombozların eşlik ettiği rekürren ileus epizodları, vaskülit veya inflamatuvar bağırsak hastalığı gibi patolojileri düşündürmüş, ancak detaylı incelemeler sonucunda intestinal TB tanısına ulaşılmıştır. Mezenter lenf nodu tutulumu, nekrotizan granülomatöz inflamasyon ve multipl bağırsak ülserleri, tüberkülozun karakteristik ancak tanıda gecikmeye yol açabilecek bulgularıdır. Bu olgu, aile öyküsü pozitif olan ve immünosupresyon öyküsü bulunmayan bireylerde dahi intestinal TB'nin ayırıcı tanıda değerlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Sonuç: İntestinal tüberküloz, nadir ve tanısı zor bir ekstrapulmoner TB formu olarak klinik pratiğe zorluklar getirmektedir. Bu vaka sunumu, abdominal semptomlar, multipl trombozlar ve granülomatöz inflamasyon ile karşımıza çıkan TB'nin erken tanı ve tedavisinin multidisipliner yaklaşım ile sağlanmasının kritik önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: intestinal tüberküloz, arteriyel tromboz, bağırsak ülseri, mezenter lenfadenopati, venöz tromboz

Yayın No: EP-34

Peritoneal Metastaz Görünümü ile Tanı Alan Genitoüriner Tüberküloz Olgusu

Betül Çiğdem Yortanlı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Şehir Hastanesi, Dahiliye Kliniği, Konya, Türkiye

Giriş: Genitoüriner tüberküloz (GÜTB), tüberküloz enfeksiyonunun en sık görülen ekstrapulmoner formlarından biridir ve kadın genital sistem tüberkülozlarının %0.5–1 oranında görülmesine rağmen, tanı konulması oldukça zordur. Çünkü GÜTB sıklıkla asemptomatik seyretmekte veya özgül olmayan karın ağrısı, adet düzensizliği, infertilite, pelvik kitle, asit ve sistemik semptomlar gibi bulgularla karşımıza çıkmaktadır. Özellikle CA-125 düzeyinde yükselme ile birlikte saptanan pelvik kitleler, over kanseri başta olmak üzere maligniteleri düşündürmektedir. Ancak son yıllarda, granülomatöz inflamasyonun en önemli nedenlerinden biri olarak peritoneal tüberkülozun bu tür klinik tabloları taklit edebileceği anlaşılmıştır.

Amaç: Bu olguda, peritoneal metastaz şüphesi ile değerlendirilen ancak yapılan ileri tetkikler sonucunda genitoüriner tüberküloz tanısı konulan hastanın tanı süreci ve klinik seyri paylaşılmıştır. Amaç, GÜTB'nin ayırıcı tanıda dikkate alınması gerekliliğini vurgulamaktır.

Gereç ve Yöntem: Sunulan olgu retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastanın klinik başvuru öyküsü, fizik muayene bulguları, laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri, laparoskopik cerrahi bulguları, histopatolojik incelemeleri ve tedavi süreci detaylı olarak incelenmiştir. Tanısal süreç multidisipliner yaklaşımla yönetilmiştir.

Bulgular: 55 yaşında kadın hasta, karın ağrısı ve karında şişkinlik şikayetleriyle dahiliye polikliniğine başvurdu. Bilinen kronik hastalığı olmayan hastanın batın muayenesinde matite saptandı. Laboratuvar testlerinde yalnızca CA-125 düzeyinin yüksek (231 U/mL) olduğu görüldü. Abdominal USG'de yaygın serbest sıvı ve pelvik bölgede hipoekoik solid alanlar saptandı. Malignite şüphesiyle jinekolojik onkolojiye yönlendirilen hastaya laparoskopi ile periton biyopsisi ve sol salpenjektomi yapıldı. Patolojik incelemede nekrotizan granülomatöz inflamasyon saptandı. PAS ve Ziehl-Neelsen boyamaları negatifti. Klinik ve patoloji bulguları doğrultusunda genitoüriner tüberküloz ön tanısıyla tedavi başlandı. İzoniazid, rifampisin, etambutol ve pirazinamidden oluşan dört ilaçlı tedaviye başlanan hastanın, beş ay sonraki kontrol BT'sinde serbest sıvı ve peritoneal kontrastlanmanın kaybolduğu, sadece perisplenik hafif sıvı ve mezenterik lenf nodlarının kaldığı görüldü. Klinik şikayetlerinde belirgin düzelme izlendi. Tedavisi halen sürmektedir.

Tartışma: GÜTB, klinik olarak maligniteyi taklit edebilen nadir fakat önemli bir enfeksiyöz hastalıktır. Pelvik asit, kitle ve CA-125 yüksekliği gibi jinekolojik kanser bulgularını taklit etmesi nedeniyle çoğunlukla yanlış tanı ile yönetilebilir. Literatürde, granülomatöz inflamasyon saptanan olgularda malignite dışlandıktan sonra tüberkülozun akılda tutulması gerektiği vurgulanmaktadır. Tanıda histopatoloji ve klinik şüphe çok değerlidir. Bu olguda olduğu gibi, immün boyamalarda mikobakteri saptanamasa dahi nekrotizan granülom ve tedaviye yanıt, tanıyı destekleyicidir. Özellikle tüberkülozun endemik olduğu ülkelerde, GÜTB ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Genitoüriner tüberküloz, Periton hastalıkları, Ekstrapulmoner tüberküloz, Tüberküloz

Yayın No: EP-35

Kronik Hepatit B Tanılı Hastada Leptospiroz Enfeksiyonunun Ayırt Edici Tanısı: Olgu Sunumu

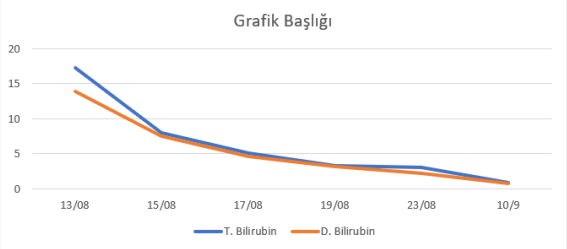
Handan Doğan Çakmak[1], Furkan Çakmak[2]

[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
[2]Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Kronik hepatit b, genellikle asemptomatik seyreden ve uzun yıllar fark edilmeyebilen bir hastalıktır. Karaciğer fonksiyon testlerinde (kcft) yükselmeler hbv ile ilişkili olabilse de, izole bilirubin yüksekliği daha az görülür ve farklı etiyolojileri akla getirmelidir(1). Leptospiroz, kemirgen kaynaklı bulaşan ve karaciğer yetmezliği, renal disfonksiyon gibi sistemik etkileri olan bir enfeksiyondur(2). Bu çalışmada, izole bilirubin yüksekliği nedeniyle araştırılan ve leptospiroz tanısı alan bir hbv hastasının tanı süreci ve yönetimi tartışılmıştır.

Olgu: 47 yaşında erkek hasta nefes darlığı şikayeti ile başvurduktan sonra dış merkezde takip edilmiş, takiplerinde karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk gelişmesi üzerine ileri tetkik amacıyla hastanemize sevk edilmiştir. Hastanemizde yapılan tetkiklerde hastanın 25 yıl önce kronik hepatit b tanısı aldığı ancak takipsiz olduğu öğrenilmiştir. Fizik muayenede bilinç açık, genel durumu orta, skleralar ikterik olarak değerlendirilmiştir. Laboratuvar tetkiklerinde; kreatinin:1.22 mg/dl, alt: 41 u/l, ast: 31 u/l, total bilirubin: 17 mg/dl, direkt bilirubin: 13 mg/dl,albümin 2.55 gr/dl, ınr: 1.02 hemoglobin: 10 g/dl, trombosit: 117 bin/mm3, lökosit: 14 bin/mm3 saptanmıştır. Hepatit b viral markerlarından hbsag (+), anti-hbc total (+), hbv dna: 190 ıu/ml tespit edilmiştir. Hastanının hepatobiliyer ultrasonografisi ve manyetik rezonans kolanjiyopankreatografisinde (mrcp) safra yollarında patoloji izlenmemiştir.Hastanının etiyolojiye yönelik yapılan ek tetkiklerinde otoimmün hepatit paneli ve çölyak testleri negatif bulunmuş, a1-antitripsin: 2,1 g/l, seruloplazmin: 0,43 g/l, 24 saatlik idrar bakır düzeyi: 51,42 µg/dl olarak saptanmıştır. Hastadan etyolojiye yönelik olarak leptospiroz serolojisi istendi ve mat testi iki farklı serovar için 1/200 titrede pozitif bulundu. Hastada leptosipiroz ilişkili kcft yüksekliği düşünüldü. Hastaya amoksisilin 10 gün süreyle başlandı. Hastanın takiplerinde kcft değerleri geriledi.

Tablo 1 laboratuar paremetrelerinin seyri



Bilirubin değerlerinin seyri

Tartışma: Leptospiroz, leptospira interrogans tarafından oluşturulan ve sıklıkla su ve kemirgenlerle temas sonucu bulaşan bir enfeksiyondur. Klinik spektrumu hafif gribal semptomlardan weil hastalığı gibi ciddi multisistemik tutulumlara kadar değişebilir(2).Leptospirozun karaciğer tutulumu genellikle hepatosellüler hasar ile seyrederken, bu olguda olduğu gibi izole bilirubin yüksekliği ile de karşımıza çıkabilmektedir . Bu durumun mekanizması tam olarak açıklanamamış olmakla birlikte, leptospiranın direkt hepatosit hasarı oluşturması ve intrahepatik safra akımında fonksiyonel bozulmaya yol açması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir(3). Hastamızda hepatit b tanısı mevcut olmakla birlikte, düşük viral yük ve normal ınr seviyesi nedeniyle mevcut klinik tablonun hepatit b'ye bağlı olmadığı değerlendirilmiştir .Ayırıcı tanıda otoimmün hepatit, wilson hastalığı ve alfa-1 antitripsin eksikliği gibi metabolik hastalıkların dışlanması önemlidir. Bu olguda otoimmün panel, immünoglobulinler ve çölyak taraması negatif bulunmuştur. Wilson hastalığını dışlamak için 24 saatlik idrar bakır düzeyi ve seruloplazmin değerlendirilmiş ve normal sınırlarda saptanmıştır . Ayrıca, mrcp ile ekstrahepatik ve intrahepatik safra yollarında patolojik bir bulgu saptanmamış olup, izole bilirubin yüksekliğinin obstrüktif bir neden ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir. Safra yolları patolojilerinin dışlanması, benzer klinik tablolarda doğru tanıya ulaşmak için kritik bir adımdır.

Sonuç: Bu vaka, kronik hbv hastalarında izole bilirubin yüksekliğinin her zaman hbv'ye bağlı olmayabileceğini ve alternatif etiyolojilerin araştırılması gerektiğini göstermektedir. İzole bilirubin yüksekliği ile başvuran olgularda safra yolu patolojileri dışlandıktan sonra enfeksiyöz nedenler de araştırılmalıdır. Leptospiroz gibi nadir enfeksiyonlar karaciğer fonksiyon bozukluğu ile prezente olabilir ve uygun tedavi ile tamamen gerileyebilir.

Anahtar Kelimeler: hepatitis b, leptospira, Cholestasis, Liver Function Tests

Yayın No: EP-36

İmmün Trombositopenisi Olan Yaşlı Bir Hastada Nadir Görülen Pneumocystis Jirovecii Pnömonisi (PCP) ve Sitomegalovirüs (CMV) Ko-Enfeksiyonu

Ant Uzay, Mustafa Güldan, Başak Büyükkürkçü, İffet Beril Gökmen, Yıldız Okuturlar

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Atakent Üniversite Hastanesi, İç Hastalıkları

Giriş: Pneumocystis jirovecii pnömonisi (PCP) ve sitomegalovirüs (CMV) gibi oportunistik enfeksiyonlar, genellikle derin immünsüpresyon altındaki hastalarda ortaya çıkar. İmmün sistemi baskılanmış kişiler arasında kemoterapi alanlar, organ nakli sonrası immünsüpresif tedavi gören hastalar ve ileri evre HIV/AIDS hastaları yer almaktadır. Bununla birlikte, bilinen bir primer ya da sekonder immün yetmezlik olmaksızın bu tür enfeksiyonların yaşlı popülasyonda görülmesi oldukça nadir bir durumdur. Olayların nadirliği ve klinik belirtilerin özgün olmaması nedeniyle bu enfeksiyonlar çoğunlukla geç tanınmakta ve tedavide zorluklar yaşanmaktadır.

Olgu: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) öyküsü bulunan 76 yaşındaki kadın hasta, akut alevlenme ve hiperkapnik solunum yetmezliği ile acil servise başvurdu. Başlangıç tedavisi olarak furosemid infüzyonları ve non-invaziv mekanik ventilasyon (NIMV) uygulandı. Ancak hastada hipoksemi ve karbon dioksit retansiyonu devam etti. Bunun üzerine enfeksiyonun altında yatan nedenin belirlenmesi için ileri tetkikler başlatıldı. Derin trakeal aspirat örneği alındı ve serolojik testler yapıldı. Test sonuçları Pneumocystis jirovecii ve CMV ko-enfeksiyonunu ortaya koydu. Hastanın immünoglobulin düzeyleri normal sınırlar içerisindeydi ve HIV serolojisi negatifti, bu da sekonder immün yetmezlik nedenlerini dışladı. Kan periferik yayması alınarak psödotrombositopeni dışlandı. Hastanede yattığı süre boyunca hastada ciddi bir trombositopeni gelişti; trombosit sayısı 4.000/µL seviyesine düştü. Bunun üzerine hastaya hematolojik bir inceleme yapıldı ve diğer trombositopenik nedenler dışlanarak immün trombositopeni (ITP) tanısı konuldu. Pseudotrombositopeni, trombotik mikroanjiyopati ve diğer potansiyel nedenler dışlandıktan sonra, ITP tanısı doğrulandı. Bunun üzerine hastaya metilprednizolon (1 mg/kg/gün) tedavisi başlandı, eğer düzelme olmaz ise kemik iliği aspirasyon biyopsisi önerildi. Bu tedavi sonucunda trombosit değerleri kademeli olarak yükselmeye başladı ve altıncı gün itibariyle trombosit sayısı 97.000/µL'ye ulaştı. Aynı zamanda, PCP ve CMV enfeksiyonları için trimetoprim-sulfametoksazol ve valgansiklovir tedavileri uygulandı.Tedavi sürecinde hastanın solunum durumu düzeldi ve oksijen ihtiyacı azaldı. Ayrıca, C-reaktif protein (CRP) gibi inflamatuar belirteçler normal seviyelere geriledi; CRP düzeyi 1,44 mg/dL'den 0,20 mg/dL'ye düştü.

Tartışma: Bu olgu, PCP ve CMV gibi oportunistik enfeksiyonların yalnızca immün yetmezlik öyküsü olan hastalarda değil, yaşa bağlı immün senesans nedeniyle yaşlı hastalarda da ortaya çıkabileceğini vurgulamaktadır. KOAH gibi kronik akciğer hastalıkları da bu tür enfeksiyonlar için önemli bir risk faktörü oluşturabilir. Yaşlı popülasyonda immün yanıtın zayıflaması, hastaları PCP ve CMV gibi enfeksiyonlara daha duyarlı hale getirebilir.Olgunun bir diğer önemli noktası ise, kritik hastalık sırasında ani gelişen ciddi trombositopenidir. Hastada trombositopeninin altında yatan nedenin araştırılması sırasında, ITP tanısı trombotik mikroanjiyopati ve pseudotrombositopeni gibi diğer nedenler dışlanarak konulmuştur. Bu, hematolojik komplikasyonların ayrımının ve doğru tedavinin önemini göstermektedir. Kortikosteroid tedavisine erken başlanması, trombosit düzeylerinin hızla düzelmesini sağlamış ve olası kanama komplikasyonlarının önüne geçilmiştir.

Sonuç: Bu olgu, multidisipliner bir yaklaşımın ve erken tanının, kompleks enfeksiyonlar ve hematolojik komplikasyonlarla seyreden vakaların yönetiminde kritik bir rol oynadığını göstermektedir. PCP ve CMV enfeksiyonları ile birlikte ITP tanısı alan yaşlı bir hastada, hem immün disregülasyonun hem de yaşlanmanın enfeksiyonların ve otoimmün komplikasyonların patogenezinde nasıl bir etkileşimde bulunabileceği üzerinde durulması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu karmaşık etkileşimlerin daha iyi anlaşılabilmesi için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pneumocystis jirovecii pnömonisi (PCP), Sitomegalovirüs (CMV), İmmün trombositopeni (ITP), Oportunistik enfeksiyonlar, Geriatrik populasyon

Yayın No: EP-38

Genç Bir Erkekte Nadir Bir Enfektif Endokardit Olgusu: Multidisipliner Yaklaşımın Önemi

Başak Büyükkürkçü[1], Mustafa Ertuğrul Mercan[2], Yıldız Okuturlar[1], Semih Ayten[1], Mustafa Güldan[1], Bahar Temur[3], İftihar Köksal[4]

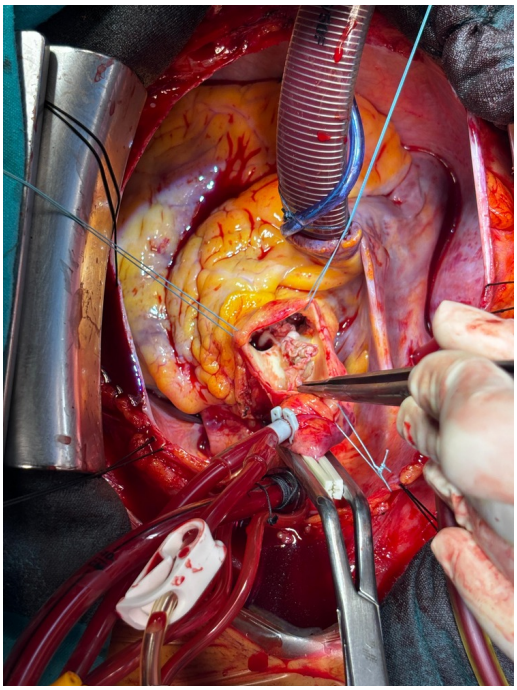
[1]Acıbadem Üniversitesi, Atakent Üniversite Hastanesi, Dahiliye Anabilim Dalı
[2]Acıbadem Üniversitesi, Atakent Üniversite Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı
[3]Acıbadem Üniversitesi, Atakent Üniversite Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı
[4]Acıbadem Üniversitesi, Atakent Üniversite Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Giriş: Enfektif endokardit, kalbin endokardiyal yüzeyini etkileyen ve genellikle altta yatan kardiyak anormalliklerle ilişkili bir durumdur. Çoğunlukla streptokoklar ve enterokoklar etken olup, bakteriyel yapıların dolaşım sistemi dokularına yapışması inflamatuar bir yanıtı tetikler. Sitokin üretiminin artması monositler ve trombositleri çekerek fibronektin üretimini arttırır, trombus oluşumuna yol açar. Birikmiş trombüsler, bakteriler için uygun bir ortam sağlayarak vejetasyonun oluşmasına neden olur. Erken klinik şüphe ve hızlı tanı, doğru tedaviye erişimi sağlayarak komplikasyon ve mortalite oranlarını azaltmada kritiktir. Bu vakada, kardiyak hastalık öyküsü olmayan genç bir erkekte tanısal süreci, mikrobiyolojik etkenleri ve cerrahi yönetimi tartışmayı amaçladık.

Olgu: Otuz bir yaşında erkek hasta; nefes darlığı, öksürük, çarpıntı ve iki ayda 8 kilogramlık kilo kaybı şikayetleri ile dahiliye polikliniğe başvurdu. İki gün önce aynı şikayetlerle kardiyolojiye başvuran hastada kardiyak patoloji saptanmamış. Özgeçmişinde hastalık öyküsü bulunmazken, babasında aort kapak replasmanı hikayesi olan hastanın anamnezinde uçuş personeli olarak çalıştığı öğrenildi. Fizik muayenesinde bilateral solunum seslerinde azalma, bazallerde ral ve kalpte galo ritmi duyuldu. Subfebril ateşi (37.2°C) olan hastanın taşikardik, takipneik ve dispneik olduğu görüldü.Laboratuvar incelemelerinde; CRP 6.50 mg/dL, eritrosit sedimentasyon hızı 29 mm/sa, alanin aminotransferaz 141 IU/L, aspartat aminotransferaz 137 IU/L, kreatinin 1.06 mg/dL, d-dimer 1.82 mg/L, troponin I 0.140 ng/mL, B-natriüretik peptid 9994 ng/L ve laktat dehidrogenaz 525 saptandı. Kan ve idrar kültürleri alındı. D-dimerin yüksek olması sebebiyle Toraks BT anjiyografide pulmoner emboli dışlandı. Transtorasik ekokardiyografi(TTE) yapılması amacıyla tekrar kardiyoloji konsültasyonu istendi. Aynı gün yapılan TTE ile aort kapağın ventriküler yüzünde 25x10 mm boyutlarında kapağın fonksiyonunu bozan vejetasyon lehine bulgular saptandı.Endokardit etiyolojisini belirlemek amacıyla antibiyoterapi başlamadan saatlik aralıklarla üç set periferik kan kültürü, HIV, hepatit serolojileri, fırsatçı enfeksiyonlar, Coxiella, Brucella, Legionella ve Quantiferon testleri yapıldı(3). Hastaya ampirik antibiyoterapi başlandı. Diş hekimine danışılarak diş çürükleri tespit edildi. Kan kültürlerinde Streptococcus anginosus üremesi görüldü.Hasta, kalp damar cerrahisi, kardiyoloji, enfeksiyon hastalıkları ve iç hastalıkları konseyinde değerlendirildi.

Antibiyoterapi sonrası operasyon planlandı. Bir haftalık tedavi sonrası kontrol EKOsunda, aort kapağın non-koroner küspisinde 12x9 mm boyutlarında, ileri derecede yetersizlik ve hafif darlığa neden olan mobil vejetasyonun küçüldüğü ancak devam ettiği gözlendi.Bu bulgular doğrultusunda hasta cerrahi operasyona alındı ve aort kapak (mekanik biyoprotez) replasmanı yapıldı [figür 1]. Postoperatif 2. haftada ateş kontrolü sağlanmış olup hastanın antibiyoterapisi devam etmektedir.

Aort kapağı ventriküler yüzündeki enfektif vejetasyon



Tartışma: Subakut enfektif endokardit; tanısı zor konulan, teşhis edilemediğinde ciddi komplikasyonlara yol açabilen bir hastalıktır. Bu vaka; klinik bulgular doğrultusunda istenen mikrobiyolojik testlerin ve ekokardiyografi ile yapılan hızlı tanının önemini vurgulamaktadır. Streptokokların genç yaş grubunu etkileyen, sıklıkla romatizmal kalp hastalığı ile ilişkili endokarditte görüldüğü bilinse de, bu vakada nadir bir patojen olan Streptococcus anginosus enfeksiyonu sağlıklı bir hastada bildirilmiştir. Diş çürüklerinin olası enfeksiyon kaynağı olduğu gösterilmiştir. Hızlı ilerleyen vejetasyon, ciddi kapak disfonksiyonuna ve kalp yetmezliğine sebep olduğundan cerrahi müdahale gerektirmiştir.

Sonuç: Erken teşhis ve uygun tedavi, subakut enfektif endokarditte mortaliteyi önemli ölçüde azaltmaktadır. Multidisipliner yaklaşım, tanı ve tedavi sürecindeki başarıda belirleyici olmuştur.

Anahtar Kelimeler: enfektif endokardit, ateş

Yayın No: EP-39

VCA ve EBNA: EBV Tanısında Serolojik Belirteçler

Yıldız Okuturlar[1], Başak Büyükkürkçü[1], Semih Ayten[1], Can Boynukara[1], Sevgi Şahin[2]

[1]Acıbadem Üniversitesi, Atakent Üniversite Hastanesi, Dahiliye Anabilim Dalı
[2]Acıbadem Üniversitesi, Atakent Üniversite Hastanesi, Dahiliye Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Epstein-Barr Nükleer Antijen (EBNA) ve Viral Kapsid Antijen (VCA), Epstein-Barr Virüsü (EBV) enfeksiyonunun serolojik tanısında kritik öneme sahiptir. EBNA antikorları genellikle enfeksiyonun geç döneminde pozitifleşirken, VCA antikorları enfeksiyonun erken ve geç dönemlerinde farklı paternler gösterir. Erken antijen(EA) akut enfeksiyonda ve reaktivasyonda görülebilir. EBV'nin neden olduğu enfeksiyöz mononükleoz başta olmak üzere, latent ve reaktivasyon dönemlerinin ayırt edilmesinde bu serolojik belirteçler önemli rol oynar. Serolojik profillerin doğru yorumlanması, akut enfeksiyon ile geçirilmiş enfeksiyonun ayırt edilmesine ve EBV ile ilişkili malignitelerin değerlendirilmesine katkı sağlar. Bu olgu sunumu,, EBNA ve VCA'nın tanısal değerini, pozitifleşme zamanlarını ve klinik önemini detaylı şekilde ele almaktadır.

Olgu: 21 yaş erkek hasta dahiliye polikliniğine 1 haftadır süren boğaz ağrısı, yaygın vücut, kas ağrısı ve yutkunamama şikayeti ile başvurdu. Bir hafta klaritromisin kullanan hastanın şikayetlerinin gerilemediği öğrenildi. Fizik muayenesinde boğazında kriptik ve hiperemik tonsil, boyunda lenfadenopati, hepatosplenomegali görüldü. İstenen kanlarda lökosit 18.10x10^3/uL (%64.8 lenfosit hakimiyetinde), ferritin 598 ng/mL, alanin aminotransferaz (ALT) 305 IU/L, aspartat aminotransferaz(AST) 196 IU/L, gama glutamil transferaz(GGT)128 IU/L, alkalen fosfataz (ALP)221 IU/L, laktat dehidrogenaz (LDH) 622 IU/L, C reaktif protein(CRP) 2.98 mg/dL. Hastanın mevcut klinik bulgularıyla EBV enfeksiyonundan şüphe edilip heterofil antikor (monospot) ve EBV profili istendi. Yatışı yapılan hastada sonuçlar beklenirken periferik yayma(PY) bakıldı, lenfositoz, monositoz ve atipik lenfositler gözlendi. Batın ultrasonun istenen hastada muayene ile uyumlu splenomegali(206 mm), hepatomegali (173 mm) ve peripankreatik alanda reaktif lenf nodları görüldü. Masif splenomegalisi olan hastada rüptür riski nedeniyle aktivite kısıtlaması uygulandı. Hastanın viral panelinde monospot pozitif, EBNA IgG negatif, EBNA IgM pozitif, EA IgG pozitif, EA IgM negatif, VCA IgG pozitif VCA IgM pozitif EBV DNA PCR 6383 IU/mL olarak sonuçlandı. EBNA IgG'nin negatif, VCA IgM ve IgG'nin pozitif bulunması, akut EBV enfeksiyonunu destekleyiciydi. Hastada analjezi ve hidrasyon ile semptomatik kontrol sağlandı. Karaciğer fonksiyon testlerinin gerilemesi ve klinik iyileşmeyle taburcu edildi. Hastanın bir ay sonra görülen kontrol abdomen ultrasonografisinde dalak boyutunun 126 milimetreye gerilediği görüldü.

Tanı anındaki EBV profili

	Test Adı	Sonuç	Birim/Yöntem	Referans Değer
12642	**Heterofil Antikor (Monospot)³**	**↑ POZİTİF**	**AGLUTİNASYON**	**NEGATİF**
	Klinik şüphe durumunda EBV Profili ile birlikte değerlendirilmesi uygundur.			
12642	Epstein-Barr Virus (EBV) Profili³	.	İMMUNOBLOTTİNG	
	EBV antikoru - EBNA, IgG	NEGATİF		NEGATİF
	EBV antikoru - p22 Ag	NEGATİF		NEGATİF
	EBV antikoru - EA, IgG	**↑ POZİTİF, 1+**		**NEGATİF**
	EBV antikoru - VCA, IgG , p19	**↑ POZİTİF, 1+**		**NEGATİF**
	EBV antikoru - VCA, IgG , gp125	**↑ POZİTİF, 3+**		**NEGATİF**
	EBV antikoru - VCA ,IgM, gp125	**↑ POZİTİF, 3+**		**NEGATİF**
	EBV antikoru - VCA, IgM, p19	**↑ POZİTİF, 2+**		**NEGATİF**
	EBV antikoru - EA, IgM	NEGATİF		NEGATİF
	EBV antikoru - P22 Ag,IgM	NEGATİF		NEGATİF
	EBV antikoru - EBNA, IgM	**↑ POZİTİF, 1+**		**NEGATİF**

Hastanın serolojik test sonuçları AKUT EBV enfeksiyonu ile uyumludur. Takip önerilir.

Akut EBV infeksiyonu ile uyumlu

1 ay sonraki EBV profili

	Test Adı	Sonuç	Birim/Yöntem	Referans Değer	15.12.23 7228106254
12642	Epstein-Barr Virus (EBV) Profili³	.	İMMUNOBLOTTİNG		.
	EBV antikoru - EBNA, IgG	NEGATİF		NEGATİF	***NEGATİF***
	EBV antikoru - p22 Ag	NEGATİF		NEGATİF	***NEGATİF***
	EBV antikoru - EA, IgG	NEGATİF		NEGATİF	***POZİTİF, 1+***
	EBV antikoru - VCA, IgG , p19	NEGATİF		NEGATİF	***POZİTİF, 1+***
	EBV antikoru - VCA, IgG , gp125	**↑ POZİTİF, 3+**		**NEGATİF**	***POZİTİF, 3+***
	EBV antikoru - VCA ,IgM, gp125	**↑ POZİTİF, 2+**		**NEGATİF**	***POZİTİF, 3+***
	EBV antikoru - VCA, IgM, p19	NEGATİF		NEGATİF	***POZİTİF, 2+***
	EBV antikoru - EA, IgM	NEGATİF		NEGATİF	***NEGATİF***
	EBV antikoru - P22 Ag,IgM	NEGATİF		NEGATİF	***NEGATİF***
	EBV antikoru - EBNA, IgM	NEGATİF		NEGATİF	***POZİTİF, 1+***

Takip önerilir.

Geçirilmiş EBV infeksiyonu ile uyumlu

Tartışma: Bu vaka, EBV enfeksiyonunun tanısında serolojik belirteçlerin nasıl kullanılması gerektiğini göstermektedir. EBV tanısında monospot testi, hızlı ve pratik bir tarama yöntemi olmakla birlikte yalancı negatif veya pozitif sonuçlar verebilir. Bu nedenle, kesin tanı için EBV serolojik profili detaylı olarak değerlendirilmelidir. Akut EBV enfeksiyonunda VCA IgM ve IgG pozitif, EBNA IgG negatif bulunur; bu serolojik örüntü, hastalığın erken döneminde olduğuna işaret eder. VCA IgG ömür boyu pozitif kaldığından, reaktivasyonun değerlendirilmesinde tek başına yeterli olmaz ve erken antijen (EA) testi önem kazanır. EA IgG'nin pozitifliği aktif viral replikasyon veya reaktivasyonu düşündürebileceğinden, klinik ve laboratuvar bulgularla birlikte yorumlanmalıdır. EBV enfeksiyonlarının tanısında serolojik testlerin dikkatli değerlendirilmesi önemlidir; ancak kesin tanıya ulaşmak için hastanın semptomları ve laboratuvar değerleriyle birlikte bütüncül yaklaşım gereklidir.

Sonuç: EBV enfeksiyonunun tanısında serolojik belirteçlerin doğru yorumlanması büyük önem taşır. Bu vakada olduğu gibi, EBV nin erken ve geç dönem belirteçlerinin dikkatle değerlendirilmesi yanlış tanıların önünü geçerek doğru tedavi yaklaşımını sağlar. Akut EBV enfeksiyonları genellikle semptomatik ve destekleyici tedavi ile klinik olarak iyileşir. Ancak hepatosplenomegali gibi komplikasyonların varlığında hastalar yakından izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ebstein Barr Virus, EBV, VCA, EBNA

Yayın No: EP-40

Nadir Kalıtsal Bir Tübülopati: Gitelman Sendromu

Taner Aydın

Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Gitelman sendromu (GS), tiyazide duyarlı sodyum-klorür kotransporterini(NCC) etkileyen nadir otozomal resesif bir hastalıktır ve tahmini görülme sıklığı 40.000 kişide birdir. Bu transporter distal kıvrımlı tübülde bulunur ve renal sodyumun geri emiliminin %5-10'una katkıda bulunur. NCC'nin fonksiyonel eksikliği, toplayıcı tübülde mevcut sodyum miktarını arttırır, potasyum ve hidrojenin idrarla atılımını arttırır ve idrarla kalsiyumun geri emilimini ve magnezyumun atılımını arttırır. Klinik olarak bu hastalarda hipokalemi, metabolik alkaloz, hipomagnezemi, hipokalsiüri ve hiperreninemik hiperaldosteronizm görülür. Burada semptomatik hipokalemisi olan ve GS tanısı alan genç bir erkek hastayı, doğal patofizyolojiyi tamamen yansıtan çeşitli biyokimyasal bulgular gösteren bir olgu ele alınıyor.

Amaç: Sıvı-elektrolit bozuklukları klinik pratikte oldukça sık karşılaşılmaktadır. Hasta yönetimi açısından etyolojiler arasında nadir görülen tübülopatileri de akılda tutmak gerekmeketdir.

Gereç ve Yöntem: İç hastalıkları polikliniğine başvuran bir hasta ele alınmıştır.

Bulgular: 41 yaşında erkek hasta, yorgunluk, el-ayaklarda uyuşma, asteni, miyalji ve genel kas güçsüzlüğü şikayetleriyle hastanemizin dahiliye bölümüne başvurdu. İlk başvuru anında bakılan K değeri 1.8 mEq/L saptandı. Hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı iç hastalıkları kliniğine yatırıldı. Hasta laksatif yada diüretik kullanımı tariflemiyordu. Ayrıca kusma yada diyare öyküsü de yoktu. İki kardeşinde de benzer semptomlar vardı ve onların da hipokalemilerinin olduğu öğrenildi. Hastanın fizik muayensinde özellik yoktu. Vitalleri olağandı.Serum ve idrar biyokimyasal bulguları Tablo 1, Tablo 2 ve Tablo 3'te özetlenmiştir.EKG değerlendirmesinde hipokaleminin karakteristik bulguları olmaksızın sinüs ritmi görüldü. Abdominal ultrasonografi yapıldı ve nefrokalsinozis veya yapısal idrar yolu anormallikleri izlenmedi. Renal kayba bağlı hipokalemi, metabolik alkaloz, hipomagnezemi varlığı ve ailede 2 kardeşte hipokalemi öyküsü göz önüne alınarak herediter tübülopati tanısı düşünüldü. Gitelman sendromuna yönelik yapılan genetik analizde SLC12A3 geninde homozigot patolojik varyant tespit edildi. Bu şekilde tanı doğrulanmış oldu.Hastaya parenteral potasyum ve magnezyum verildi. Hasta potasyum sitrat 40 mmol tb 120 mmol/gün, magnezyum tb 365 mg/gün, spironolakton 100 mg/gün ile taburcu edildi. İzlemde potasyum takibine göre potasyum sitray240 mmol/güne çıkıldı ve tedaviye triemteran 50 mg/gün (+ 25 mg hidroklotrotiyazid) eklendi. Takiplerde potasyum ve magnezyum değerlerinin hedefte olduğu görüldü.

Tablo 1. Biyokimyasal testler

Parametre	Hasta değeri	Referans değer
Hemoglobin (g/dL)	18.0	13 - 17
Wbc (/uL)	11.39	4 - 11
Platelet (/uL)	295	150 - 450
Üre (mg/dL)	34	17 - 43
Kreatinin (mg/dL)	0.93	0.7 – 1.2
Sodyum (mEq/L)	*136*	135 - 148
Potasyum(mEq/L)	1.8	3.5 – 5.5
Klor(mEq/L)	91	98 - 106
Magnezyum(mg/dL)	1.62	1.7 – 2.5
Kalsiyum(mg/dL)	9.8	8.8-10.6
Albümin(g/dL)	4,7	3.5 – 5.3
Fosfor(mg/dL)	0.1	2.5 - 4.5
25-OH Vit D(mg/L)	21.6	30 – 100
PTH(ng/L)	16	15 - 65

Tablo 2. Kan gazı analizi

Parametre	Hasta değeri	Referans değer
pH	7.43	7.31 – 7.41
$HCO3^-$(mmol/L)	27.9	22 - 26
Potasyum(mEq/L)	1.6	3.5 – 5.3
Klor(mEq/L)	92	98 - 106
Magnezyum(mg/dL)	1.83	1.7 – 2.5
İyonize kalsiyum(mEq/L)	1.04	1.13 – 1.32

Tablo 3 . 24-saatlik idrar sonucu

Parametre	Hasta değeri	Referans değer
İdrar hacmi(ml)	4600	-
Sodyum(mmol/24h)	257.6	40 - 220
Potasyum(mmol/24h)	139.4	25 – 125
Kalsiyum(mg/24h)	243.8	0 - 250
Kreatinin(mg/24h)	690	800 – 2000

Tartışma: Gitelman sendromu, tipik olarak hipokalemi, metabolik alkaloz, hiperreninemik hiperaldosteronizm, hipomagnezemi ve hipokalsiüri varlığıyla karakterize nadir, heterojen bir hastalıktır, ve değişken klinik görünüm ve şiddet ile ortaya çıkabilir. Hastaların çoğuna ergenlik veya yetişkinlik döneminde tanı konur, ancak neonatal prezentasyon ve tanı da ortaya çıkabilir. Klinik olarak bu hastalarda bulunan biyokimyasal anormalliklere bağlı olarak çeşitli semptomlar ortaya çıkabilir. En sık görülen şikayetler arasında kramplar, kas güçsüzlüğü, yorgunluk ve tetani yer alır. Biyokimyasal bulgular GS tanısı için çok önemlidir ve bu hastada uygunsuz renal potasyum kaybıyla birlikte hipokalemi, metabolik alkaloz ve hipomagnezemi gibi bu sendromla ilişkili klasik bozukluklar görülmüştür. Hipokalsiüri ve eş zamanlı hipomagnezemi, GS varlığının güçlü belirleyicileridir ancak hipokalsiüri varlığı değişkendir ve hipomagnezemi her zaman mevcut değildir. Bu vakada idrarla kalsiyum atılımı normaldi ve bu, düşük düzeyde 25-hidroksikolekalsiferol varlığına ve renal kalsiyum geri emiliminin azalmasına bağlı olabilir. GS'li hastaların tedavisi liberal tuz diyetini (hipertansif olmayan kişilerde) ve potasyum ve magnezyum replasmanını içerir. Potasyum tutucu diüretikler, renin-anjiyotensin-

aldosteron sistemi (RAAS) blokerleri ve nonsteroidal anti-inflamatuar ilaçlar gibi diğer farmakolojik tedaviler de düşünülebilir. Bu olguda potasyum takviyesi alırken semptomatik hipokaleminin tekrarlaması nedeniyle aldosteron reseptör antagonisti başlandı. İzlemde hipokaleminin devam etmesi üzerine tedaviye triamteren eklendi.

Anahtar Kelimeler: gitelman sendromu, tuz kaybettiren tübülopati, metabolik alkaloz, hipokalemi, hipomagnezemi

Yayın No: EP-41

Tekrarlayan Elektrolit Bozukluklarının Altında Yatan Sessiz Tehlike: Çölyak Hastalığı

Yücel Arman

Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş: Hipopotasemi, serum potasyum düzeyinin 3.5 mmol/L'nin altına düşmesi olarak tanımlanır. Hafif (3.0–3.5 mmol/L), orta (2.5–3.0 mmol/L) ve şiddetli (<2.5 mmol/L) olmak üzere sınıflandırılabilir. Hastane yatışlarının %20'sinde ve yoğun bakım ünitelerinin %50'sinde hipopotasemi görülebilir. Hipopotasemi genellikle üç ana mekanizma ile ortaya çıkar:1.Azalmış Potasyum Alımı 2.Artmış Potasyum Kaybı 3.Hücre İçi Potasyum Girişinin Artması Klinik BulgularHipopotaseminin klinik belirtileri genellikle serum potasyum düzeyi ve gelişim hızına bağlıdır:•Kas ve Sinir Sistemi: Hafif hipopotasemide belirti olmayabilir veya hafif halsizlik görülebilir. Orta-şiddetli hipopotasemide kas güçsüzlüğü, kramplar, miyopati, paralizi gelişebilir.•Kardiyovasküler Sistem: Aritmiler ve EKG değişiklikleri olabilir •Gastrointestinal Sistem: Bağırsak hipomotilitesi, paralitik ileusTedaviHipopotasemi tedavisi altta yatan nedene göre şekillenir ve hafif vakalarda oral replasman yeterli olabilirken, şiddetli vakalarda intravenöz tedavi gerekebilir.1.Oral Potasyum Replasmanı:oHafif hipopotasemi (3.0–3.5 mmol/L) genellikle diyet veya oral potasyum takviyeleri ile düzeltilir.2.İntravenöz Potasyum Replasmanı:oŞiddetli hipopotasemi (<2.5 mmol/L) veya semptomatik hastalarda gerekir.3.Altta Yatan Nedenin Tedavisi:

Olgu: 22 yaşında kadın hasta, ellerde kasılma ve çenede kilitlenme şikayeti ile başvuruyor. 5 yaşından beri özellikle ateşlendiği zamanlar ellerinde kasılma ve çenede kilitlenmesi olduğunu ifade ediyor. Şikayetleri yaklaşık senede bir kez tekrarlıyormuş. Bu şikayetleri her zamankinden daha uzun sürünce acil servise başvuruyor. Potasyum düzeyi düşük gelen hasta tetkik ve tedavi amacı ile interne edildi. Öz geçmişinde ARA ?, soy geçmişine özellik yok. GD. iyi, TA:110/65 mmHg, KTA: 78/ritmik, sistem muayenelerinde özellik yok. Tetkiklerinde potasyum: 2,93 mEq/L, sodyum: 137 mEq/L, magnezyum 1,1 mg/dL, Hb:11,4 g/L, Htc: %35, MCV:78,2 fL, demir: 23,6 mcg/dL, TDBK: 472 mcg/dL, transferrin satürasyonu: %5, ferritin:5,8 mcg/L. EKG: Normal sinüs ritmi olup, anormal bir bulgu içermiyor. Hastaya 40 mEq potasyum içeren tabletlerden 2*1, 36 mg (yaklaşık 9 mEq) elemental magnezyum içeren preparattan 3*1 başladık. Hipopotaseminin altta yatan nedeni için araştırdık. Hastanın potasyumunun hücre içine kaymasına neden olan durum olmadığı için 24 saatlik idrarda potasyum baktık. Sonuç 78,4 mEq/L geldi ve renal kayıp olarak değerlendirdik. Bakılan kan gazında pH ve bikarbonat normaldi. Olası tanılar arasında hastamızda olan magnezyum eksikliği yer alıyordu. Hastanın magnezyum eksikliğinin kaynağı için bakılan 24 saalik idrarda magnezyum düzeyi gastrointestinal kayıpla uyumlu olarak 4,48 mg/gün olarak geldi. Magnezyum eksikliğinin olası nedenlerini gözden geçirdik. Transglutaminaz IgA > 300 U/ml pozitif (<12), Anti-endomisyum antikoru pozitif, Anti-gliadin antikoru pozitif olarak geldi. Gastroskopi: Antral gastrit,

duodenum 1. kısımda granüler tarzda lezyonlar saptandı. Duodenal biyopside intraepitelyal lenfosit, kript hiperplazisi, villuslarda kısalma ve küntleşme saptanıyor. Bu sonuçlarla hastaya gluten enteropatisi teşhisi koyduk. Tedavi olarak glutensiz diyet, oral potasyum, magnezyum tedavisi başladık. Kontrollerde hastanın potasyumunu kestik ve magnezyum tedavisine devam ettik.

Tartışma: Hipopotasemi ve hipomagnezemi birlikteliği, elektrolit bozukluklarının değerlendirilmesinde dikkate alınması gereken bir durumdur. Magnezyum eksikliği, renal potasyum kaybını artırarak sekonder hipopotasemiye neden olabilir. Vakamız hipopotaseminin sadece serum potasyum düzeyi üzerinden değil, altta yatan etiyolojinin de titizlikle araştırılması gerektiğini vurgulamaktadır. Elektrolit bozukluklarının tedavisinde yalnızca replasman yapmak yerine, malabsorpsiyon sendromları gibi sistemik nedenlerin göz önünde bulundurulması, kalıcı tedavi için kritik öneme sahiptir.

Sonuç: Hipopotasemi, hipomagnezemi ve demir eksikliği anemisi ile başvuran bir hastada, altta yatan sebebin çölyak hastalığı (gluten enteropatisi) olduğunu göstermesi açısından önemlidir

Anahtar Kelimeler: Hipopotasemi, Hipomagnezemi

Yayın No: EP-42

Hipovolemi Prezentasyonlu Nadir Bir Vaka: Crohn ile İndüklenen Kapiller Kaçış Sendromu

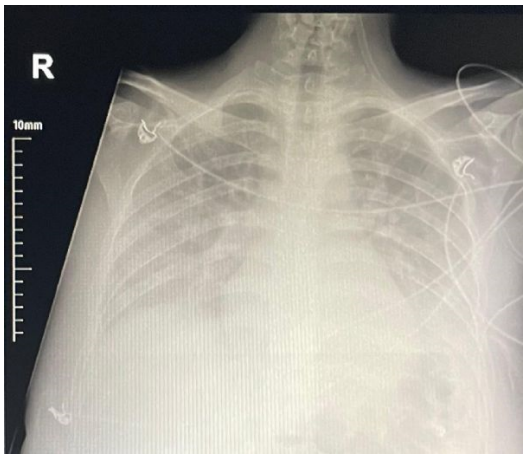
Bahar ÇAKIR

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi

Giriş: Kapiller Kaçış Sendromu (KKS), nadir ancak potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir hastalıktır. Endotel hücrelerinin disfonksiyonu sonucu plazma, damar dışına sızarak interstisyel boşluklara geçer ve hipotansiyon, hemokonsantrasyon, hipoalbüminemi ile yaygın ödem tablosuna yol açar. KKS'nin tanısı, klinik pratikte zorluk arz etmekte olup erken tanı ve tedavi hayat kurtarıcıdır. Kortikosteroidler, intravenöz immünoglobulin (IVIG) ve destekleyici tedavilerin etkinliği bildirilmiştir. Hipovolemi ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulması gereken bu sendromun nadir bir olgusunu sunmayı amaçladık.

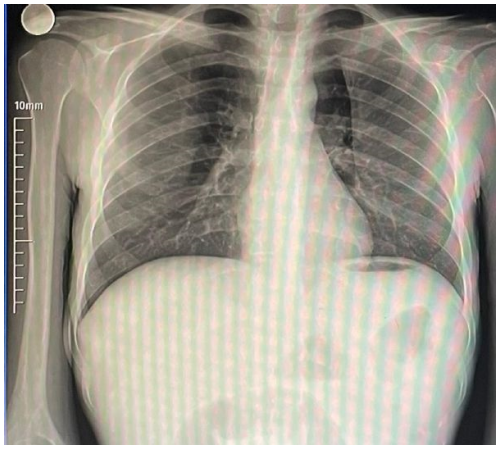
Olgu: Dört yıldır Crohn hastalığı tanısı ile takip edilen 24 yaşındaki erkek hasta, iki gündür süren günde 10 kez bol sulu ishal şikayetiyle acil servise başvurdu. Hastanın, 2020 yılından itibaren azatioprin ve mesalazin kullandığı, ancak son altı aydır tedaviye uyumsuz olduğu öğrenildi. Başvuru anında halsizlik ve uykuya meyil gösteren hastanın laboratuvar tetkiklerinde belirgin metabolik asidoz, hiponatremi, hipoalbüminemi ve hemokonsantrasyon saptandı(Tablo 1). Vital bulgularında hipotansiyon(72/37 mmHg) ve taşikardi(127/dk) mevcuttu. Acil serviste takip sırasında bilinç durumu progresif olarak kötüleşen ve derinleşen metabolik asidozu nedeniyle mekanik ventilasyon ihtiyacı gelişen hasta, septik şok ön tanısıyla yoğun bakıma alındı. Farklı setlerle alınan kan kültürlerinde anlamlı üreme saptanmazken, görüntülemelerde üçüncü boşluklarda sıvı birikimi tespit edildi(Şekil 1). Hipotansiyonun devam etmesi ve yaygın periferik ödemin eklenmesi, damar içi efektif hacmin azaldığını düşündürdü. Bu tablo, hipoalbüminemi ile birlikte değerlendirildiğinde KKS ön tanısını akla getirdi. Ayrıca, hastanın kreatin kinaz(CK) düzeyi belirgin şekilde yüksek olup(10.522 U/L), bu durum nadir de olsa KKS'ye eşlik eden rabdomiyoliz ile uyumlu bulundu. Kan kültürlerinde üreme olmaması ve enfeksiyon odağı saptanmaması nedeniyle septik şok dışlandı(Tablo 2). Multidisipliner değerlendirme sonrası hastaya KKS ön tanısıyla 1 g/gün metilprednizolon(3 gün) ve 2 g/kg toplam dozda IVIG tedavisi başlandı. Takip sürecinde hastanın periferik ödemi belirgin şekilde geriledi, hemodinamik parametreleri tedavinin son iki gününde stabil seyretti ve inotrop ihtiyacı ortadan kalktı. Oksijen desteği kesildi ve beslenme desteği sağlandı. Tedavi sonrası laboratuvar değerlerinde düzelme izlendi (Tablo 3), görüntülemelerde üçüncü boşluk sıvı hacminde regresyon görüldü(Şekil 2). Hastanın Crohn hastalığı aktivasyonu ile KKS'nin tetiklendiği düşünüldü ve ileriye dönük gastroenteroloji takibi planlandı.

Şekil 1



Yoğun bakım takibi başında akciğer grafiği

Şekil 2



Tedavi sonrası kontrol akciğer grafiği

Tablo 1

LDH	499 U/L
Kreatinin	3,43 mg/dl
Glukoz	137 mg/dl
Üre	73 mg/dl

Sodyum	129 mEq/L
Albumin	24,3 g/L
Kreatin Kinaz	10522 U/L
Potasyum	4,25 mmol/L
Hgb	16,7 g/dl
WBC	22700 /uL
Nötrofil	18950 /uL
Trombosit	546000 /uL
CRP	299 mg/L
Ph	7,2
Bikarbonat	8,9 mmol/L

Acil servis başvurusundaki laboratuvar bulguları

Tablo 2

Kan kültürü 1	Üreme olmadı
Kan kültürü 2	Üreme olmadı
İdrar kültürü	Üreme olmadı
Gaita kültürü	Üreme olmadı

Yoğun bakımda alınan kültürler

Tablo 3

LDH	187 U/L
Kreatinin	0,37 mg/dl
Glukoz	125 mg/dl
Üre	35 mg/dl

Sodyum	141 mEq/L
Albumin	26,1 g/L
Kreatin kinaz	15 U/L
Potasyum	3,9 mmol/L
Hgb	12,5 g/dl
WBC	5000 /uL
Nötrofil	2300 /uL
Trombosit	306000 /uL
CRP	0,99 mg/L
Ph	7,37
Bikarbonat	24,3 mmol/L

Tedavi sonrası laboratuvar

Tartışma: KKS, endotel bariyerinin bozulması sonucu gelişen ve sıvının damar dışına kontrolsüz geçişi ile karakterize edilen, tanı ve yönetimi zor bir sendromdur. Primer(idiyopatik) veya sekonder formları tanımlanmış olup, otoimmün hastalıklar ile ilişkisi bildirilmiştir. Bizim olgumuzda, Crohn hastalığının aktivasyonu ile KKS'nin tetiklendiği düşünülmüştür. KKS'de en önemli tanısal kriterler; hemokonsantrasyon, hipoalbüminemi ve yaygın ödemin eşlik ettiği hipovolemidir. Ayırıcı tanıda sepsis, anaflaksi, nefrotik sendrom ve kardiyojenik şok gibi durumlar göz önünde bulundurulmalıdır. Literatürde kortikosteroid ve IVIG'in etkili olduğu bildirilmiş olup, erken müdahale morbidite ve mortaliteyi belirgin şekilde azaltmaktadır.

Sonuç: Otoimmün süreçlerin aktif olduğu hastalarda, klinik ve laboratuvar parametrelerinde beklenenden daha şiddetli progresyon görülmesi, üçüncü boşluklarda hızla sıvı birikimi gelişmesi ve efektif damar içi hacmin azalması durumunda KKS ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: hipovolemi, hipoalbuminemi, immünolojik mekanizmalar, kapiller kaçış sendromu

Yayın No: EP-43

Hipomagnezemiye Sekonder Tetani Olgusu

Sıdıka Betül Petekkaya

Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Magnezyum, birçok biyokimyasal reaksiyonda yer alan hayati bir mineraldir ve kas-iskelet sistemi, sinir iletimi, kalp ritmi ve enerji üretiminde önemli roller üstlenir. Eksikliği, genellikle gözden kaçan bir elektrolit bozukluğu olan hipomagnezemiye yol açar. Bu durum, klinik tabloda ciddi nörolojik, kas-iskelet sistemi ve kardiyovasküler belirtilerle karşımıza çıkabilir. Hipomagnezemi sıklıkla malnütrisyon, alkol bağımlılığı, gastrointestinal kayıplar veya bazı ilaçların uzun süreli kullanımı ile ilişkilidir. Erken tanı ve uygun tedavi, bu bozukluğun komplikasyonlarının önlenmesi için kritik öneme sahiptir.

Olgu: 58 yaşında erkek hasta, ani başlayan ve giderek şiddetlenen kas spazmları, halsizlik, el ve ayaklarında karıncalanma şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Hasta, özellikle akşam saatlerinde spazmlarının arttığını ve günlük aktivitelerini yaparken zorlandığını ifade etti. Öyküsünden, son 20 yıldır yoğun alkol kullandığı ve dengesiz beslendiği öğrenildi. Ayrıca, hastanın son birkaç aydır kilo kaybı yaşadığı ve iştahsız olduğu da belirtildi.Fizik muayenede nöromüsküler irritabilite bulguları dikkat çekiciydi. Chvostek ve Trousseau testleri pozitif saptandı; bu, hipokalsemiye bağlı olarak kaslarda tetani gelişimini işaret ediyordu. Nörolojik muayenede derin tendon reflekslerinde artış gözlemlendi. Kas güçsüzlüğü belirgindi, ancak motor fonksiyonlarda kalıcı bir kayıp yoktu.Laboratuvar sonuçlarında serum magnezyum düzeyinin 0.8 mg/dL (normal: 1.7-2.2 mg/dL) olduğu, hipokalsemi (7.5 mg/dL) ve hipokalemi (3.1 mEq/L) ile birlikte hipomagnezemi bulguları taşıdığı görüldü. Hastanın EKG incelemesinde QT mesafesinde uzama ve hafif T dalga düzleşmesi saptandı. Bu durum, ciddi kardiyak komplikasyonların gelişme riskini artırıyordu. Hastaya, intravenöz magnezyum sülfat tedavisi acilen başlatıldı. İlk infüzyondan sonra kas spazmları hızla azaldı ve QT mesafesi normale dönmeye başladı. Magnezyum replasman tedavisine ek olarak, hipokalsemi ve hipokalemi için kalsiyum glukonat ve potasyum klorür infüzyonları uygulandı. Tedavi süresince düzenli elektrolit ve EKG takibi yapıldı.Hastanın semptomları üç gün içinde tamamen düzeldi. İyileşen hasta, alkol bağımlılığı tedavisi ve beslenme danışmanlığı için ilgili birimlere yönlendirildi. Diyetisyen desteği ile magnezyum ve diğer temel besin ögelerinin yeterli alımını sağlayacak bir beslenme planı hazırlandı.

Tartışma: Hipomagnezemi, alkol bağımlılığı olan hastalarda sık görülse de çoğu zaman gözden kaçan bir durumdur. Magnezyum eksikliği, diğer elektrolit dengesizlikleriyle bir arada bulunabilir ve bu da tanıyı zorlaştırabilir. QT uzaması gibi kardiyak bulgular erken tanı için önemli ipuçları sunar. Tedavi edilmediği durumlarda kardiyak aritmiler, kas güçsüzlüğü ve nörolojik komplikasyonlar gelişebilir. Klinikte sık karşılaşılmasına rağmen gözden kaçan bir elektrolit bozukluğu olan hipomagnezemi atlanmamalı ve ivedilikle iv ve oral tedavi seçenekleri başlanmalıdır.

Sonuç: Bu vaka, hipomagnezemi ile ilgili erken tanının ve multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamaktadır. Özellikle alkol bağımlılığı olan hastalarda düzenli magnezyum düzeyi takibi, mortaliteyi ve morbiditeyi azaltmada hayati öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Alkol kullanımı, hipomagnezemi, elektrolit bozukluğu, malnütrisyon, nöromüsküler irritabilite, tetani

Yayın No: EP-44

Hipoparatiroidizm Nedenli Hipokalsemiye Bağlı Epileptik Nöbet Olgusu

Mehmet Selim Mamiş[1], Abdullah Tanrıkulu[1], İbrahim Halil Sezgin[2]

[1]Siirt Üniversitesi Tıp Fakültesi
[2]Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: GİRİŞ: Hipoparatiroidizm (hipoPTH), biyokimyasal olarak kan serumunda düzeltilmiş düşük kalsiyum seviyesine eşlik eden uygunsuz serum paratiroid hormon (PTH) düşüklüğü veya yokluğu ile karakterize nadir bir hastalıktır (1,2,3). HipoPTH prevelansı ülkemizde bilinmemekle birlikte, Amerika'da 37/100.000 ve Danimarka'da 22/100.000 olduğu bildirilmiştir (2). HipoPTH ilişkili akut hipokalsemide semptomlar, hücrelerin depolarizasyona geçişte yavaşlamasına sekonder artan nöromüsküler irritabiliteden kaynaklandığı kabul edilir (1,4,5).

Amaç: Bu yazımızda ilk epileptik atak şikayeti ile başvuran hipoparatiroidizm olgusunu sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Olgu: 43 yaşında kadın hasta, acil servise; aniden gelişen vücutta yaygın kasılma, ağızda beyaz köpüklenme, şuur kaybı, ellerde ve ayaklarda kasılma şikayetleri ile başvuruyor. Bilinen herhangi bir komorbiditesi olmayan hastanın, son 2 aydır devam eden el, kol ve ayaklarda uyuşuk ve karıncalanma şikayetleri varmış. Özgeçmiş ve soy geçmişinde her hangi bir özellik olmayan hastanın, kullandığı herhangi bir ilacının olmadığı öğrenildi. Hastanın bakılan vital değerlerinden vücut ısısı:36.8°C, nabız 80/dk, solunum sayısı 14/dk, kan basıncı: 115/75 mmHg ve parmak oksimetre ile O2 saturasyonu %97 olarak ölçüldü. Hastanın bilgisayarlı beyin tomografi ve manyetik rezonans görüntülenmesinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinin detaylı sonuçları tablo 1'de gösterilmiştir.

Bulgular: Hastada düşük serum kalsiyum ve 25-OH vitamin D durumuna rağmen düşük ölçülen iPTH olması, ön planda hastada hipoparatiroidizme bağlı akut hipokalsemi düşünüldü. Hastaya kalsiyum glukonat 100 mg/saat infüzyon, magnezyum sülfat 3x2 amp intravenöz (İV) ile beraber, 1000 mg kalsiyum karbonat+ 880 IU vitamin D 3x1 ve kalsitriol 0.5 mcg 2x1 oral şeklinde başlandı.

Tablo 1. Hastanın detaylı tetkik sonuçları

Tablo 1. Hastanın detaylı tetkik sonuçları

Biyokimya ve hormon			
Açlık glukoz (mg/dL)	114	CRP	2
Üre (mg/dL)	21	Sedimentasyon (mm/saat)	18
Kreatinin (mg/dL)	0.7	Serbest T3 (ng/dL)	3.1
eGFR (ml/dk/1.73 m2)	91	Serbest T4 (ng/dL)	1.8
Na+ (mmol/L)	143	TSH (mU/L)	1.0
K+ (mmol/L)	3.8	**iPTH**	**3.8**
Kalsiyum (mg/dL)	**4.9**	Ferritin (ng/mL)	14
Magnezyum (mg/dL)	**1.2**	**25-hidroksi vitamin D**	**8**
Fosfor (mg/dL)	4.1	Transferin satürasyonu (%)	29
Albümin (gr/dL)	4.2	Srum bakır düzeyi (gr/dL)	87
Total protein (gr/dL)	7.3	Serum serüloplazmin (mg/L)	305
AST (U/L)	28	Sabah kortizol (gr/dL)	14.6
ALT (U/L)	27		
ALP (U/L)	30		
GGT (U/L)	32	**Tam idrar tahlili**	
Hemogram		**pH**	6.4
WBC (10^3/mm^3)	9	Dansite	1.017
HGB (gr/dL)	13.2	Lökosit	Negatif
HCT (%)	40	Glukoz	Negatif
PLT (10^3/mm^3)	246	Nitrat	Negatif
LYM (10^3/mm^3)	0.57	Protein	Negatif

Tartışma: Sonuç: HipoPTH hastalarının klinik semptomları, hipokalseminin şiddetine ve gelişme süresine göre asemptomatik ya da vakamızda olduğu gibi hayatı tehdit edebilen epileptik nöbet şeklinde olabilir. Otoimmün hipoPTH'da kronik PTH düşüklüğü olmasına rağmen, hastalar genellikle akut hipokalsemi kliniği ile hastaneye başvururlar. Kronik hipoPT hastalarında paratiroid bezlerinin otoimmün harabiyeti nedeniyle hipokalsemi yavaş gelişir ve çoğunlukla İV kalsiyum replasmanına ihtiyaç duyulmaz; ancak hastamız kronik hipoPT olmasına rağmen, İV kalsiyum replasmanı gerektirecek ağır akut hipokalsemi ile başvurmuştu.

Anahtar Kelimeler: Hipoparatiroidizm, hipokalsemi, epileptik nöbet

Yayın No: EP-45

Her Yaşın Bir Hipofizi Var

Sercan ATICI[1], Sevnaz ŞAHİN[2]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Geriatri Bilim Dalı

Giriş: Hiponatremi klinik işleyişte sık karşılaşılan bir durumdur. Hastanın volüm durumuna göre hipovolemik, övolemik ve hipervolemik hiponatremi olarak sınıflandırılır. Övolemik hiponatremi; hipotiroidi, adrenal yetmezlik, uygunsuz ADH sendromu ve ilaçlara bağlı olarak gelişebilir. Bu yazıda hipotiroidiye ve adrenal yetmezliğe sebep olan komorbiditeleri sebepli cerrahi planlanmayan geriatrik hastada hipofiz MR ile saptanmış olan hipofiz makroadenomu vakası sunulmuştur.

Amaç: Hiponatremiye sebep olan endokrinolojik bir vaka sunmak.

Gereç ve Yöntem: .

Bulgular: 87 yaşındaki erkek hasta 6 aydır devam eden son 2 aydır artan oral alımda azalma, konuşmada ve hareketlerde yavaşlama şikâyetleriyle başvurdu. Son 6 ay içerisinde 15 kg kaybı var. 7 yıl önce abdominal aort anevrizması sebepli stent öykülü, 5 yıl önce geçici iskemik atak sebepli karotis endartektomi öykülü. 3 yıl önce melena sebepli yapılan endoskopide yaygın cameron ülseri, mide corpusunda anjiodisplazi; kolonoskopide diverticulozis coli saptanmış.Fe: 36 µg/dL, TDBK: 242 µg/dL, TS:%15 eşlik eden kilo kaybının da olması sebebiyle endoskopi-kolonoskopi planlandı. Antrumdan alınan biyopside kronik atrofik gastrit + alkalen reflü gastriti saptandı. Çıkan kolonda anlamsız hemorajik odaklar saptandı.Sıvı-yumuşak diyet ve lavman uygulaması sonrası hiponatemisi gelişti. Na:129 mEq/L, ürik asit: 4.53 mg/dL, idrar Na: 27 mmol/L, idrar dansitesi:1013, serum osmolaritesi: 268 mOsmol/lt. İzlemde Na:126 mEq/L'ye kadar geriledi. Klinik açıdan övolemik olarak değerlendirildi. Uygunsuz ADH sendromu ile uyumlu olmadığı için ACTH, kortizol, TSH, sT4, sT3 istendi. ACTH: 10.1 ng/L, Kortizol: 4.16 µg/dL, TSH: 5.38 mU/L, sT4: 0.71 ng/L, sT3: 2.03 ng/L olarak saptanınca diğer ön hipofiz hormonları da gönderildi. FSH: 2.68 U/L, LH: 1.19 U/L, Prolaktin: 21.19 µg/L, GH:0.112 µg/L, DHEAS:20 µg/dL. Adrenal yetmezlik ve hipotiroidi tedavisi başlandı. Hipofiz MR çekildi. 3.2x2.8x2.5 cm boyutlarında optik kiazmaya inferiordan bası yapan hipofiz makroadenomu lehine değerlendirilen nodüler lezyon izlendi. Görme ve nörolojik problemi olmayan hasta nöroşirurji, endokrinoloji ve göz hastalıkları ortak kararıyla eşlik eden komorbiditeler göz önüne alınarak hormonal tedavi ile izlemi uygun görüldü. İdame 50mcg L-tiroksin ve 10 mg sabah, 5 mg akşam hidrokortizon tedavisi ile her üç poliklinik kontrolleri önerildi.

Tartışma: Hipofiz adenomlarında hormonal tedavi, radyoterapi veya cerrahi tedavi önerilir. Görme problemi olan, görme alanı defekti bulunan, optik kiazma basısı olan, hormonal tedaviye dirençli nörolojik semptomu olan hastalarda cerrahi tedavi önerilmekle beraber komorbiditelere ve ileri yaşlılığa bağlı medikal tedavi ya da radyoterapi tercih edilebilir. Fonksiyonsuz adenomların progresyon riski sebebiyle belli aralıklar ile takiplerin gerektiği ve tümörün progresyon riskini belirleyen en önemli faktörün yönetim yaklaşımları olduğu bilindiği için hasta aralıklı endokinoloji, nöroşirurji ve göz hastalıkları takibine alındı.

Anahtar Kelimeler: hiponatremi, adrenal yetmezlik, hipotiroidi, hipofiz makroadenomu

Yayın No: EP-46

Akut Nöropsikiyatrik Bozukluklarda Nadir Bir Neden: Fahr Sendromu

Hikmet Gök, Kemal Ozan Lüle, Hamit Yıldız

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Fahr sendromu, beyinde kalsiyum ve diğer minerallerin anormal birikimi ile karakterize edilen, nadir görülen nörodejeneratif hastalıklardan biridir. Bu kalsifikasyonlar en sık bazal ganglionlar, serebellum ve talamus gibi beyin bölgelerinde saptanır ve geniş bir klinik spektrumda nörolojik ve psikiyatrik semptomlara yol açabilir. Hastalığın klinik belirtileri oldukça değişkendir ve bireyler arasında farklılık gösterebilir. En sık gözlenen semptomlar arasında nöropsikiyatrik bozukluklar, epileptik nöbetler, konuşma güçlükleri, bilişsel gerileme, ekstrapiramidal disfonksiyonlar ve serebellar bozukluklar yer almaktadır. Hastalığın seyri ve klinik tablosu, altta yatan genetik ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterebilir.

Amaç: Nöropsikiyatrik semptomlar ve elektrolit bozukluğu ile başvuran bir hastada Fahr sendromunun ayırıcı tanıda dikkate alınmasının önemi

Gereç ve Yöntem: Olgu, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde takip edilen bir hastaya ait olup, veriler retrospektif olarak hasta dosyası ve otomasyon sisteminden elde edilmiştir. Tanı sürecinde fizik muayene, laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri ve ilgili branşların değerlendirmeleri dikkate alınarak multidisipliner bir yaklaşım benimsenmiştir. Hastanın tedavi süreci bu doğrultuda planlanmıştır. Olgu sunumu için hastadan bilgilendirilmiş onam alınmış ve kişisel verilerin gizliliği korunmuştur.

Bulgular: 49 yaşında kadın hasta bilinç bulanıklığı, konuşma bozukluğu ve kasılma şikayetleri ile acil servise başvuru sonrası bakılan kan biyokimyasında potasyum değeri 3,11 mmol/L, kalsiyum değeri 5,7 mg/dL olması ve hastanın genel durumu kötü olması üzerine tarafımıza danışıldı. Acil serviste yapılan ilk değerlendirmede hastanın bilinen kronik hastalığının olmadığı, hastaneye başvurusundan önce yaklaşık 10 dakika süren ve tekrarlayan kasılmaların olduğu, şikayetlerinin birkaç gün önce başladığı ve giderek arttığı öğrenildi. Hasta dezoryante ve kısmi koopere idi. Fizik muayenesinde sağ fasial asimetri, kas gücü sol ekstremitelerde 3/5, sağ ekstremitelerde 4/5 idi. Tansiyon 110/70 mm/hg, oksijen satürasyonu oda havasında %96, nabız 94, ateş 36,5 ölçüldü. Hastaya uygun dozlarda elektrolit replasmanları yapıldı. Serebrovasküler hastalık ön tanısı ile hastaya nöroloji konsültasyonu ve kraniyal BT ile diffüzyon MR görüntüleme istendi. MR da akut iskemi lehine diffüzyon kısıtlaması ve BT de hemoraji lehine bulgu mevcut değildi. BT'de bazal ganglion düzeyinde bilateral yaygın kalsifikasyonlar izlenen ve elektrolit replasmanı sonrası nörolojik bulguları gerileyen hastada, kontrol kraniyal görüntülemelerde serebrovasküler hastalık lehine bulgu saptanmadı. Klinik tablo Fahr sendromu ile uyumlu değerlendirildi. Hasta interne edilerek günlük elektrolit takibi yapıldı ve gerekli replasmanlar yapıldı. Takiplerinde genel durumu düzelen şikayetleri gerileyen, kan elektrolit düzeyleri normal aralıkta seyreden hastaya parathormon düzeyi 3,8

ng/L (referans aralığı 12-88) olduğundan oral kalsiyum ve aktif d vitamini desteği ve nöroloji önerisi ile levatrisetam reçete edilerek taburcu edildi.

Kraniyal BT Görüntüsü



Bazal ganglion düzeyinde kalsifiye alanlar görülmektedir

Tartışma: Fahr sendromu, genetik, idiopatik veya endokrin hastalıklara bağlı olarak gelişebilen nadir bir nörodejeneratif hastalıktır. Hipoparatiroidizm, hipotiroidizm, ağır metal zehirlenmesi ve enfeksiyonlar gibi nedenler, bazal gangliyon kalsifikasyonuna yol açabilir. Bu durumun erken teşhisi, geri dönüşü olmayan nörolojik hasarları önleme açısından önem taşımaktadır. Fahr sendromunun tedavisi genellikle semptomatik olup, altta yatan hastalığın yönetimine odaklanmaktadır. Bu olguda olduğu gibi özellikle hipoparatiroidizm gibi tedavi edilebilir nedenlerin tespiti ve yönetimi, semptomların hafifletilmesine katkı sağlayabilir. Bu olguda, hipoparatiroidiye neden olabilecek tiroid/paratiroid cerrahisi, radyoterapi, otoimmün veya konjenital hastalık öyküsünün bulunmaması ve klinik bulguların akut başlangıçlı olması, hipoparatiroidinin edinilmiş ya da geçici bir form olabileceğini düşündürmektedir. Hastanın uzun dönem takip edilerek elektrolit dengesi, paratiroid fonksiyonları ve nörolojik semptomlarının seyri değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Fahr sendromu, elektrolit bozuklukları, hipokalsemi, nörolojik bozukluklar

Yayın No: EP-47

Diyalize Yeni Başlayan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastasında Gelişen Disequilibrium Sendromu

Betül Çiğdem Yortanlı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Şehir Hastanesi, Dahiliye Kliniği, Konya, Türkiye

Giriş: Diyaliz disequilibrium sendromu (DDS), hemodiyalize yeni başlayan hastalarda görülebilen, merkezi sinir sistemi semptomları ile karakterize ciddi bir klinik tablodur. DDS, ilk kez 1962 yılında tanımlanmış olup, esas olarak kan ve beyin arasındaki ani ozmotik değişiklikler sonucunda gelişen beyin ödemine bağlı olarak ortaya çıkar. Üremik hastalarda kan üre düzeylerinin hızla düşürülmesiyle, beyin omurilik sıvısı (BOS) ile plazma arasında geçici bir ozmotik dengesizlik oluşur. Bu durum, BOS'taki ürenin plazmaya oranla daha yavaş temizlenmesine bağlı olarak gelişen ters ozmotik gradyan sonucu beyin hücrelerine sıvı geçişine ve sonuç olarak beyin ödemine yol açar. DDS nadir görülse de mortalite ve morbidite riski nedeniyle klinik farkındalık ve erken tanı büyük önem taşır. Özellikle bilinç değişikliği, baş ağrısı, ajitasyon, nöbet gibi nörolojik bulgularla başvuran ve yeni diyalize başlayan hastalarda DDS mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Olgu: 68 yaşında erkek hasta, 15 yıllık tip 2 diyabet öyküsü ile takip edilmekteydi. Yaklaşık 20 gün önce nefroloji kliniği tarafından kronik böbrek yetmezliği (KBY) tanısı ile yatırılarak hemodiyaliz (HD) başlandı. Sol kolda arteriyovenöz fistül oluşturulmuş, geçici juguler kateter ile HD'ye başlanmıştı. Taburcu sonrası dış merkezde HD'ye devam eden hasta, son seans sonrası başlayan halsizlik, yorgunluk ve konuşma bozukluğu şikayetleriyle acil servise başvurdu. Nörolojik muayenesinde bilinç açık, oryante-kooperatif, ancak konuşması dizartrikti. Fokal nörolojik defisit izlenmedi. Difüzyon MR'da bilateral borderzone bölgelerde laküner infarktlar saptandı. Nöroloji tarafından aspirin tedavisi başlandı. Ancak semptomların diyaliz sonrası başlaması, görüntüleme bulgularının yaygın olması ve hızlı üre temizliği öyküsü nedeniyle DDS düşünüldü. Nefroloji tarafından izleme alınan hastanın diyaliz programı düzenlendi. Klinik bulgularında düzelme gözlenen hasta önerilerle taburcu edildi.

Tartışma: DDS, sıklıkla hemodiyalize yeni başlayan hastalarda görülse de zaman zaman kronik diyaliz hastalarında da ortaya çıkabilir. En sık risk faktörleri arasında yüksek prediyaliz üre düzeyleri, hipernatremi, hiperglisemi, yaşlılık, çocukluk çağı, önceden var olan nörolojik hastalıklar ve hızlı solüt temizliği yer alır. Literatürde, DDS patofizyolojisinde "ters üre etkisi" en yaygın olarak kabul gören teoridir. Bu mekanizmada, hemodiyaliz sırasında plazmadaki üre hızlı şekilde düşerken, BOS'taki üre düzeyinin daha yavaş azalması nedeniyle plazma ile BOS arasında ozmotik bir gradyan oluşur. Bu da beyin hücrelerine su geçişini artırarak beyin ödemine neden olur. Son çalışmalarda, aquaporin (AQP4, AQP9) ve üre taşıyıcı protein (UT-B1) ekspresyonlarındaki değişimlerin de DDS gelişiminde rol oynayabileceği öne sürülmektedir. Ayrıca, hızlı metabolik asidoz düzeltmesinin serebral asidoza yol açabileceği ve

bu durumun da DDS riskini artırabileceği belirtilmektedir.Bu olguda olduğu gibi, HD sonrası ani gelişen nörolojik semptomların varlığında DDS akılda tutulmalı, hastalar yavaş diyaliz programlarıyla izlenmelidir. DDS tanısının kesinliği için spesifik bir biyobelirteç yoktur; tanı genellikle dışlayıcıdır ve klinik iyileşme süreci, tanının doğruluğuna katkı sunar. DDS tedavisi semptomların şiddetine göre planlanır; hafif semptomlarda izlem yeterli olabilirken, ağır tablolarda mannitol, hiperventilasyon veya hipertonik salin gibi intrakraniyal basıncı azaltıcı tedaviler uygulanabilir. Ancak asıl önemli olan, DDS'nin önlenmesidir. Yavaş kan akım hızlarıyla başlanan ve kademeli solüt temizliği sağlayan HD protokolleri, özellikle yüksek riskli hastalarda etkin bir korunma stratejisidir.

Sonuç: DDS, özellikle tedaviye yeni başlayan hastalarda gelişebilecek ciddi bir komplikasyondur. Erken tanı ve uygun diyaliz planlaması ile semptomlar gerileyebilir. Bu nedenle riskli hastalarda dikkatli izlem ve yavaş diyaliz protokolleri büyük önem taşır.

Anahtar Kelimeler: Diyaliz, Disequilibrium sendromu, Kronik böbrek yetmezliği, Beyin ödemi

Yayın No: EP-48

Kolonoskopi Sonrası Görülen Akut Fosfat Nefropatisi Olgusu

Nurten Peynirci, Esra Yenikurtuluş, Erkan Şengül, Eda Altun

Kocaeli Şehir Hastanesi

Giriş: Akut fosfat nefropatisi (APN) kolonoskopi öncesi bağırsak temizliği için kullanılmakta olan oral sodyum fosfat (ONaP) içeren purgatiflere bağlı görülen bir akut böbrek hasarı formudur. Genellikle kolonoskopi yapılacak olan hastalara işlemden 12-24 saat önceden başlayarak iki kez 45 ml'lik ONaP verilmektedir. İntestinal emilim olmakta ve geçici hiperfosfatemi ile hipokalsemi hemen her hastada görülmektedir. Bunun yanı sıra ciddi hiperfosfatemi, semptomatik hipokalsemi, hipernatremi, semptomatik hiponatremi; hipokalemi, yüksek anyon açıklı metabolik asidoz ve akut böbrek hasarı (ABH) görülebilmektedir.

Amaç: Bu sunumda, ONaP kullanımı sonrası gelişen APN tanısı alan bir hastayı literatür eşliğinde sunarak, bu komplikasyonun önemini vurgulamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Kocaeli Şehir Hastanesi Nefroloji Kliniği'nde takip edilen ve ONaP kullanımı sonrası böbrek fonksiyonları bozulan 64 yaşındaki erkek hastaya ait tek bir olgu sunumudur. Klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Tip 2 diyabet, kronik böbrek hastalığı (8 aydır) tanıları ile takip edilen 64 yaş, erkek hasta, bir haftadır devam eden karın ağrısı ve bir kez siyah renkli dışkılamasının olması nedenli dış merkezde endoskopi kolonoskopi planlanmış. İşlem hazırlığı sırasında sodyum fosfatlı lavman kullanılmış. Endoskopide antral gastrit saptanmış. Kolonoskopide patoloji saptanmamış. İşlem öncesi kreatinin değeri normal sınırlarda olan hastanın, işlem sonrası 5. ayda kreatinin yüksekliği saptandı(Tablo 1.) Fizik muayenesinde özellik saptanmadı. Üriner ultrasonografi; Sağ böbrek uzun aksı 100 mm. Sol böbrek uzun aksı 107 mm. Sağ böbrek üst pole yakın orta kesimde 20x18 mm boyutlarında basit kortikal kist izlendi. Her iki böbrek parankim ekosu grade 1 artmıştır şeklinde yorumlandı. Takiplerinde renal fonksiyon testleri aynı düzeyde seyreden hastadan bilgilendirilmiş onam formu alınarak nedeni bilinmeyen KBH sebebiyle böbrek biyopsisi yapıldı. Biyopsi sonucunda tubüluslarda yer yer kalsifikasyon (kalsiyum fosfat çökeltileri) nadir global sklerotik glomerül (1/15) varlığı , hafif tubüler atrofi saptandı. Hasta fosfat nefropatisi tanısı ile nefroloji poliklinik takibine alındı.

İşlem Öncesi ve Sonrası Laboratuvar Bulguları

Laboratuvar değerleri	İşlem öncesi	İşlem sonrası (5. Ay)
Kreatinin (0.5-0.9 mg/dl)	0.8	2.06
Üre (6-20 mg/dl)	34	72
Sodyum (135-145mmol/l)	137	137
Potasyum (3.5-4.5mmol/l)	3.7	4.1
Fosfor (3.5-4.5mg/dl)	4.0	4.1
24 saatlik Protein/kreatinin mg/gün	-	56
ANA	-	Negatif
ANCA	-	Negatif
ELISA	-	Negatif

Tartışma: APN'ye bağlı böbrek hasarı genellikle kalıcı olmaktadır. Hastalar ya kronik böbrek hasarı ya da son dönem böbrek yetmezliği olarak hayatlarını devam etmek zorunda kalmaktadırlar. Kolonoskopi hazırlığı için ONaP kullanmak etkili bir yöntemdir. Ancak olası komplikasyonları azaltmak için APN açısından yüksek riskli hastalarda başka alternatiflerin düşünülmesi veya kullanılacaksa da öncesinde yeterli hidrasyon, ACE-I ve ARB kullanımına ara verilmesi gibi önlemlerin alınması uygun olacaktır. APN için yüksek risk grubundaki hastalar; ileri yaş, hipertansiyon, diüretik; ACE-I veya ARB kullanma, dehidratasyon, obstrüksiyon ve aktif kolit gibi alt gastrointestinal sistem hastalığı olanlar; diyabet, aterosklerotik damar hastalığı ve kronik böbrek hasarı olanlar şeklinde özetlenebilir.

Anahtar Kelimeler: fosfat nefropatisi, kolonoskopi

Yayın No: EP-49

Kemoterapi Port Kateter Yerleştirilmesinden Sonra Gelişen Siyanoz: Lokal Prilokainle İlişkili Methemoglobinemi

Esra Rızaoğulları Güzel

Antalya Şehir Hastanesi

Giriş: Hemoglobin (Hb), oksijeni solunum organlarından vücudun diğer bölgelerine taşıyan bir moleküldür. Normalde demir, Hb'de ferröz (Fe2+) formunda bulunur, ancak oksidatif stres durumunda demir, ferrik (Fe3+) forma dönüşebilir. Bu durumda oluşan methemoglobin (MetHb), oksijene bağlanamaz ve methemoglobinemi adı verilen durum ortaya çıkar. Methemoglobinemi, hemoglobinopatiler, kalıtsal enzim eksiklikleri ve ilaç maruziyeti gibi nedenlerle gelişebilir. İlaçlar arasında nitrit, nitrat, anilin, benzokain ve prilokain gibi lokal anestezikler önemli bir yer tutar.

Olgu: 47 yaşında meme kanseri olan bir kadın hasta, nefes darlığı, çarpıntı ve baygınlık hissi ile acil servise başvurdu. Hastaya 1 saat önce kemoterapi için port kateteri takılmış, lokal anestezi için prilokain kullanılmış. Fizik muayenede siyanoz, taşikardi ve düşük oksijen satürasyonu (%75) tespit edildi. Arteriyel kan gazı analizinde pH, 7.36; pO2, 93mmHg; sO2, %75; pCO2, 38 mmHg; HCO3 seviyesi, 24 mmol/L ve methemoglobin seviyesi, %12,8 olarak ölçüldü. Hastaya oksijen tedavisi başlandı ve yoğun bakıma alındı. Siyanozun devam etmesi üzerine metilen mavisi (1-2 mg/kg) intravenöz olarak uygulandı. 8 saat sonra methemoglobin düzeyi %2'ye düştü ve hasta taburcu edildi.

İdrar görüntüsü



Hastanın metilen mavisi tedavisi sonrası idrar görüntüsü

Tartışma: Prilokain kaynaklı methemoglobinemi genellikle yenidoğanlarda ve çocuklarda görülür, yetişkinlerde nadirdir. Prilokainin terapötik dozu 1-2 mg/kg olarak belirtilse de, düşük dozlarda bile methemoglobinemi gelişebilir. Bu olguda, kemoterapi portu takılması sırasında prilokain kullanımına bağlı methemoglobinemi gelişmiştir. Methemoglobinemi tanısı, arteriyel kan gazı analizi ile konulur ve pulse oksimetre ile parsiyel oksijen basıncı arasındaki tutarsızlık tanıyı destekler. Tedavide metilen mavisi ilk seçenektir, ancak G6PD eksikliği olan hastalarda kontrendikedir.

Sonuç: Prilokain kaynaklı methemoglobinemi, lokal anestezi sonrası nadir görülen ancak ciddi sonuçlar doğurabilen bir durumdur. Oksijen tedavisine yanıt vermeyen gri-mavi siyanoz durumunda methemoglobinemi akla gelmeli ve metilen mavisi ile tedavi edilmelidir. Bu olgu, kemoterapi portu takılması sırasında prilokain kullanımına bağlı methemoglobineminin ilk vakası olması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: methemoglobinemi, prilokain, metilen mavisi

Yayın No: EP-50

Temporal Artrit; Görme Kaybına Yaklaşım

İbrahim Fuat Yalman[1], Yusuf Kutlu[1], Ömer Yıldırım[1], Kemal Ozan Lüle[1], Hamit Yıldız[1]

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

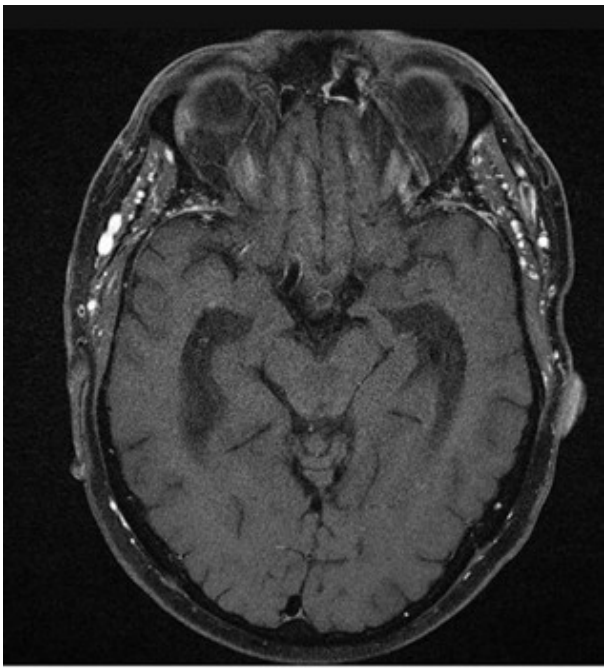
Giriş: Temporal arterit (TA) veya dev hücreli arterit, 50 yaş üstü hastaları etkileyen sistemik bir otoimmün vaskülittir. Yaşlı yetişkinlerde hızlı, geri döndürülemez bilateral görme kaybına neden olabilir ve bu nedenle oftalmolojik bir acil durum olarak kabul edilir. TA'nın birçok semptom ve belirtisi spesifik değildir ve başlangıçta kademeleri olabilir. Bu sebeple genellikle gecikmiş veya yanlış tanıya yol açabilir. TA için tedaviye erken başlamak görme kaybının önlenmesi açısından hayati öneme sahiptir. Hastalığın kötü seyrinin durdurulması için hekimlerin hastalığın klinik farkındalığında olması, yönetimi konusunda gerekli bilgiye sahip olması önemlidir.

Amaç: Temporal arteritin kalıcı görme kaybı yapabileceği konusunda farkındalık yaratmak

Gereç ve Yöntem: Olgu, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde takip edilen bir hastaya aittir. Hastanın verileri retrospektif olarak hasta dosyası ve otomasyon sisteminden sağlanmıştır. Tanı sürecinde yapılan fizik muayene, laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri ve ilgili branşların değerlendirmeleri dikkate alınmıştır. Multidisipliner yaklaşım ile tanı konulmuş ve tedavi süreci planlanmıştır, hasta tarafımızca takip edilmektedir. Olgu sunumu için hastadan bilgilendirilmiş onam alınmış olup, kişisel verilerin gizliliği korunmuştur

Bulgular: 59 yaş kadın hasta, bilinen HT, DM, hipotiroidi tanıları ile dahiliye poliklinik kontrolünde sol gözde görme kaybından bahsetmekteydi. Dış merkezde diyabetik retinopati düşünülen hastanın öyküsünde kısa sürede gelişen görme kaybı olması üzerine nörolojiye yönlendirilmiş, Optik nörit ön tanısı ile prednol başlanmış, kan şekeri regülasyonu açısından dahiliye poliklinik kontrol önerilmiş. Hasta regülasyon amacıyla genel dahiliye servise interne edildi. Yakın zamanda baş ağrısı şikayeti olan hastanın baş boyun muayenesinde sol temporal bölgede palpasyonla hassasiyet saptandı. Muayenesinde hassasiyet saptanan, öyküsünde çene kladikasyonu ve proksimal kas güçsüzlüğü tarifleyen hastada mevcut kliniği ile ön planda temporal arterit düşünüldü. Hasta nörolojiye danışıldı, beyin bt anjiografi, kontrastlı beyin MR çekildi, sözel yorum ile iskemik optik nörit açısından ASA 100mg başlandı. MR venografi çekildi, tıkanıklık izlenmedi. Nöroloji tarafından yapılan LP de kafaiçi basınç normal olarak değerlendirildi. EMG çekildi, sinir ileti çalışması sonucu üst ve her iki alt ekstremitede iletiler normaldi. Kollajen markerlar negatif, ANA, C-ANCA, P-ANCA ve diğer romatolojik markerlar negatif olarak geldi. TA ve iskemik optik nörit açısından protokole uygun şekilde prednol başlandı. Görme kaybı düzelen , vitaller stabil seyreden hasta prednol tedavisi ardından 2 hafta sonra yapılan biyopsi temporal arterit tanısını kesinleştirmiştir.

kraniyal görüntüleme



Tartışma: Dev hücreli arterit potansiyel olarak körlüğe yol açabilen bir hastalık olduğundan erken teşhisi körlüğü önlemede kritik önem taşımaktadır. Bu açıdan çeşitli göz bulgularını tanımak önemlidir. Gizli dev hücreli arterit körlüğün potansiyel bir nedeni olduğundan, erken tanısı körlüğü önlemenin anahtarıdır; dev hücreli arterit ve görme kaybı olan hastaların %21,2'sinin dev hücreli arteritin herhangi bir sistemik semptomuna sahip olmadığını bilmek önemlidir. Bu nedenle, 55 yaşından büyük kişilerde, amorozis fugaks veya görme kaybı, akut oküler iskemik lezyon gelişimi (özellikle arteritik anterior iskemik optik nöropati) ve anormal CRP seviyesi, yüksek sedimantasyon ve sistemik semptomlarla birlikte veya bunlar olmadan, dev hücreli arterit için yüksek bir şüphe indeksi oluşturmalıdır. Hastamızda da yakın zamanda gelişen görme kaybı açısından multidisipliner yaklaşım ile görme kaybının ortadan kaldırılması hastalık konusunda farkındalığın yeti kayıplarının önüne geçebileceğini göstermiştir. Bu tarz hastalarda görme kaybına sebep olabilecek diğer sebeplerin dışlanması önem arz etmektedir. Yapılan ayrıntılı tetkikler sonucunda hastamızda diğer sebepler dışlanmış ve hızlıca tedaviye başlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Temporal artrit, optik nörit, çene kladikasyonu

Yayın No: EP-51

Kronik İshal ile Prezente Olan Lenfoma; Ayırıcı Tanıda Unutulmaması Gereken Bir Neden

Gülsüm Gülçin İçtin, Kemal Ozan Lüle, Ömer Yıldırım, Hamit Yıldız

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş: Lenfoma, 90'dan fazla alt tipten oluşan lenfositlerin kötü huylu neoplazmaları grubudur. Tipik olarak ağrısız lenfadenopati ile ortaya çıkar ve ateş, açıklanamayan kilo kaybı ve hastalığın ileri evrelerinde görülen gece terlemeleri gibi sistemik semptomlar eşlik edebilir. Lenfoma, vücudun herhangi bir bölgesinde gelişebilir ve bazı alt tipler, gastrointestinal sistem, cilt veya merkezi sinir sisteminden kaynaklanabilir. Tanı için açık lenf nodu biyopsisi tercih edilir. Lugano sınıflandırma sistemi, lenfomayı evrelemek için semptomları ve pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografide görülen hastalığın yaygınlığını dikkate alır ve sonrasında tedavi planlaması için kullanılır.

Amaç: Lenfomanın ekstranodal tutulumlarının farkındalığı

Gereç ve Yöntem: Olgu, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde takip edilen bir hastaya aittir. Hastanın verileri retrospektifolarak hasta dosyası ve otomasyon sisteminden sağlanmıştır. Tanı sürecinde yapılan fizik muayene, laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri ve ilgili branşların değerlendirmeleri dikkate alınmıştır. Multidisipliner yaklaşım ile tanı konulmuş ve tedavi süreci planlanmıştır, hasta tarafımızca takip edilmektedir. Olgu sunumu için hastadan bilgilendirilmiş onam alınmış olup, kişisel verilerin gizliliği korunmuştur.

Bulgular: 55 yaş erkek hasta bilinen kronik hepatit b tanısı mevcut. 6 aydır olan geçmeyen günde 21 kez olan ishal, kilo kaybı şikayetleri ile iç hastalıkları polikliniğe başvurdu. Daha önce dış merkezde ishal için farklı tedaviler uygulanan hastanın şikayetleri geçmemesi üzerine hastanın ileri tetkik ve tedavi için servis yatışı yapıldı. İlk yatışı sırasında yapılan tetkiklerde; crp:184, sedim:104, wbc:12300, neu:9900, plt:620b, hgb:10,3 olarak gözlendi. Gaita mikroskopi ve kültürü antibiyoterapi öncesinde alındı, üreme olmadı. Crohn hastalığı, tüberküloz(tbc), lenfoma ön tanıları ile hastaya kolonoskopi yapıldı, hemoroid dışında patoloji gözlenmedi. Tbc açısından balgamda arb çalışıldı, negatif olarak sonuçlandı. Boyun, toraks, abdomen kontrastlı bt çekildi. Hastanın bt'sinde yaygın lenfadenopatiler(lap) gözlendi. Beta-2 mikroglobulin, LDH tetkikleri istendi, yüksek olarak sonuçlandı. Boyun bt de lap ları olan hastaya boyun usg ile koreasyon yapıldı;''sol subraklavikuar bölgede büyüğü 40x17 mm boyutunda yağlı hilusu silik sferik çok sayıda lenf nodu izlendi. (pat-lap?)'' olarak sonuçlandı. KBB'ye lenfoma ön tanısı ile eksizyonel biyopsi için danışıldı. Yapılan biyopsi sonucu klasik Hodgkin lenfoma mixt sellüler tip olarak sonuçlandı. Hastaya hematoloji tarafından kemoterapi başlandı. Hasta dahiliye, hematoloji, hepatoloji bölümleri kontrolünde takip edilmektedir.

Tartışma: Bu olguda uzun süreli ve tedaviye dirençli kronik ishal ile başvuran hastada lenfoma tanısı konulması dikkat çekicidir. Kronik ishalin etyolojisinde enfeksiyoz, inflamatuar, malabsorptif ve neoplastik nedenler yer almaktadır. Ancak lenfoma gibi maligniteler, özellikle gastointestinal tutulum olmadığında genellikle daha az düşünülmektedir.Literatürde, özellikle ekstranodal tutulum gösteren lenfomaların, kronik ishal ile prezente olabileceği bildirilmekle birlikte, bu durum nadir olarak görülür ve tanı sıklıkla gecikmektedir. Bu olguda da kronik ishal ile daha önce birçok merkezde araştırılan hastanın multidisipliner yaklaşım ile lenfoma tanısına konulmuştur.Bu durum kronik ishal etyolojisinde lenfoma gibi malign hastalıklarında akılda tutulması gerektiğini göstermektedir. Özellikle ayırıcı tanının geniş tutulması, tedaviye dirençli olgularda detaylı inceleme yapılması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Lenfoma, kronik ishal, lenfadenopati, ekstranodal tutulum

Yayın No: EP-52

Kaza Sonucu Cıva Aspirasyonuna Bağlı Gelişen Nadir Bir Cıva İntoksikayon Olgusu

Yıldız Okuturlar[1], Gersi Alisha[2], Ömer Faruk Öztürk[1], Mustafa Güldan[1], Salih Serdar Erturan[2]

[1]Acıbadem Üniversitesi, Atakent Üniversite Hastanesi, Dahiliye Anabilim Dalı, İstanbul/Türkiye
[2]Acıbadem Üniversitesi, Atakent Üniversite Hastanesi, Göğüs hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul/Türkiye

Giriş: Cıva toksisitesi, inhalasyon, yutma veya deri teması yoluyla maruziyet sonucu ciddi sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Elementel cıva, inhalasyon yoluyla vücuda alındığında lipit çözünürlülü sayesinde hücre zarlarını geçerek pulmoner ve sistemik toksisiteye yol açabilir. Akut ve kronik tablolar akciğer, merkezi sinir sistemi ve çeşitli diğer organları etkileyebilir. Bu olguda, şelasyon tedavisi ve bronkoalveolar lavaj (BAL) ile yönetilen, uzun süreli solunum semptomları gösteren bir cıva aspirasyonu vakası anlatılmaktadır.

Olgu: 28 yaşındaki kadın hasta, hastanemize Cezayir'den başvurdu. Bir yıldır devam eden öksürük ve son günlerde ortaya çıkan yan ağrısı ile başvurdu. Öksürük bir yıl önce sıvı cıva içmeye çalışması sonucu aspire etmesine bağlı gelişmiş ve o dönemden beri öksürük krizleri ile ara ara cıva partikülleri peçeteye çıkartmaya devam etmiş. Hasta cıva içme nedenini, geleneksel bir şifacının hastalıklarını tedavi edeceğini söyleyerek bir kaşık aracılığı ile içirdiğini ifade etti. Aspirasyon sonrasında kalıcı öksürük gelişen hasta, 20 gün süreyle ülkesinde bir hastanede yatırılmış. O dönemde her öksürdüğünde çok sayıda partikül çıkardığını ifade etti. Hastanede yattığı dönemde yapılan laboratuvar incelemelerinde kan ve idrarda belirgin şekilde yüksek cıva düzeyleri saptanmış. Şubat 2024 tarihindeki idrar cıva düzeyi 406 µg/L, Aralık 2024 tarihindeki kan cıva düzeyi 735 µg/L (referans değer <10 µg/L) olarak tespit edilmiş.Hastaya Fransa'dan temin edilen meso-2,3-dimerkaptosüksinik asit (DMSA) ile şelasyon tedavisi başlatılmıştır. Hasta, 15 gün süreyle günlük 4x400 mg dozu ile 3 kür şelasyon tedavisi almıştır. Üçüncü kürünü yedi gün önce tamamlayan hasta kurumumuza ileri tetkik ve tedavi amacı ile başvurdu.Ocak 2025 tarihinde tarafımıza başvurduğunda PA akciğer grafisinde her iki hemitoraksta ve hemidiafragma konturunda kümeşmiş şekilde metalik yoğunlukta yabancı cisimler izlendi. Kan cıva düzeyinin akciğer parankim içeisinde olan cıva partiküllerinin sürekli kan cıva düzeyinin yüksek kalmasına neden olduğu düşünülerek kalıcı çözüm arayışı planlandı. Ön planda Girişimsel Radyoloji ile konsülte edilerek likit biyopsi tekniği ile partiküllerin alınabileceği düşünüldü ancak grafiye bakıldığında partiküllerin çok fazla sayıda ve dağınık yerleşik olması nedeni ile vazgeçildi.Hastada kalıcı cıva yükünü azaltmak amacıyla bronkoalveolar lavaj (BAL) ile yıkama planlandı. Bir hafta ara ile 2 kez BAL yapıldı. BAL sıvılarından bakılan cıva düzeylerinde anlamlı bir düşüş gözlendi. Ocak 2025 tarihinde idrarda cıva düzeyi 603 µg/L olan hastanın, BAL sıvısındaki cıva düzeyi ilk yapılanda 12,38 µg/L, ikinci

yapılanda 2,55 µg/L'ye düşmüştür. Hasta, düzenli izlem ve cıva düzeylerinin yakından takibi amacıyla düzenli poliklinik takibine alındı.

Tartışma: Bu olgu, akciğere aspirasyon yoluyla alınan elementel cıvanın solunum sistemi üzerindeki çok yönlü toksisitesini göstermektedir. Cıva aspirasyonu, pulmoner birikimlere yol açarak sistemik maruziyetin sürekli bir kaynağı haline gelmektedir. DMSA ile şelasyon tedavisinin cıva atımını artırdığı bilinse de, pulmoner metalik partiküllerin varlığı ek müdahaleler gerektirebilir. Bu vakada BAL ve şelasyon tedavisinin birleştirilmesiyle cıva düzeylerinde ve semptomlarda belirgin düzelme hedeflenmiştir.

Sonuç: Cıva aspirasyonu, nadir görülen ancak ciddi bir ağır metal toksisitesi olup erken tanı, şelasyon tedavisi ve bazı durumlarda bronkoalveolar lavaj gerektirebilir. Klinik hekimler, solunum semptomlarının ön planda olduğu kazara cıva yutma olgularında şelasyon tedavisi yanında BAL ile yıkama tedavisi de düşünebilir.

Anahtar Kelimeler: Cıva aspirasyonu, elementel cıva, şelasyon tedavisi, DMSA, bronkoalveolar lavaj, ağır metal toksisitesi

Yayın No: EP-53

Fentanil Bant Kullanımına Bağlı Gelişen Anaflaksi ve Solunum Arresti: Nadir Bir Olgu Sunumu

Betül Çiğdem Yortanlı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Şehir Hastanesi, Dahiliye Kliniği, Konya, Türkiye

Giriş: Fentanil, fenilpiperidin türevi güçlü bir opioid olup, kronik ağrı tedavisinde transdermal bant formuyla yaygın olarak kullanılır. Pratik ve sabit dozda ilaç salınımı sağlaması nedeniyle tercih edilse de nadiren ciddi advers reaksiyonlara yol açabilir. Anaflaksi, IgE aracılı, ani gelişen ve yaşamı tehdit eden sistemik bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Fentanil ile ilişkili anaflaksi genellikle intravenöz formda bildirilmiş olup, transdermal uygulamaya bağlı anaflaksi çok daha nadirdir. Bu yazıda, daha önce bilinen alerjisi olmayan bir hastada fentanil bant uygulamasını takiben gelişen anaflaktik reaksiyon ve solunum arresti sunulmaktadır.

Olgu: 50 yaşında kadın hasta, yaygın vücut ağrısı nedeniyle öneri üzerine reçetesiz temin ettiği 12 mcg/saat Durogesic® fentanil bandını kendisine ve çocuğuna uygulamıştır. İki saat içinde baş dönmesi, nefes darlığı ve bilinç kaybı gelişmiş, yakınları tarafından hareketsiz halde bulunarak 112 çağrılmıştır. Olay yerine ulaşan ekip hastayı solunum arresti halinde bulmuş, entübasyon ve CPR sonrası hastaneye sevk etmiştir.Acil serviste ciltte yaygın eritem, taşikardi ve hipotansiyon izlenmiş; anaflaksi ön tanısıyla epinefrin, steroid ve antihistaminik başlanmıştır. Hastanın medikal özgeçmişinde alerji veya kronik hastalık bulunmamaktaydı. Solunum desteği sürdürülen hasta yoğun bakıma yatırılmış, 48 saat sonra ekstübe edilmiştir. Klinik ve laboratuvar bulguları düzelen hasta servise alınarak önerilerle taburcu edilmiştir.

Tartışma: Transdermal fentanil, kontrollü analjezi sağlaması nedeniyle yaygın kullanılan bir opioid formudur. Ancak özellikle bariyer bütünlüğü bozulmuş ciltte aşırı emilim sonucu toksisite riski artar. Doris ve arkadaşlarının sunduğu olguda, egzamaya sahip bir bireyde fentanil bant sonrası opioid toksisitesi gelişmiş ve naloksonla dramatik yanıt alınmıştır. Dewachter ve arkadaşları ise transdermal fentanil sonrası gelişen, IgE aracılı olduğu düşünülen anaflaksiyi tanımlamışlardır. Bu tür reaksiyonlarda semptomların geç başlaması, transdermal emilim farmakokinetiğine bağlıdır.Sunulan olgu, fentanil bandı sonrası kısa sürede gelişen solunum arrestiyle seyreden, ciddi bir anaflaktik yanıtı göstermektedir. Bilinçsiz ilaç kullanımı, bu tabloyu daha da tehlikeli hale getirmiştir.

Sonuç: Transdermal fentanil, nadiren de olsa ciddi anaflaktik reaksiyonlara yol açabilir. İlk uygulamada dahi solunum arresti gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlar gelişebilir. Hekim dışı önerilerle opioid kullanımı kesinlikle engellenmeli, sağlık personeli ve toplum bu konuda bilinçlendirilmelidir. Anaflaksi şüphesinde hızlı tanı ve epinefrinle erken tedavi, hayati öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Fentanil, Anaflaksi, Transdermal ilaçlar

Yayın No: EP-54

Gebeliğin Unutulmaması Gereken Acili: Gebeliğin Akut Yağlı Karaciğeri

Betül Çiğdem Yortanlı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Şehir Hastanesi, Dahiliye Kliniği, Konya, Türkiye

Giriş: Gebeliğin akut yağlı karaciğeri (GAYK), üçüncü trimesterde görülen, nadir fakat hayatı tehdit edebilen obstetrik acillerden biridir. 1940 yılında Sheehan tarafından tanımlanan GAYK, gebelikte gelişen akut karaciğer yetmezliğinin önemli nedenlerindendir. Görülme sıklığı 1:7000–1:20000 arasındadır. Patogenezinde, fetüse ait uzun zincirli 3-hidroksi asil-KoA dehidrogenaz (LCHAD) eksikliğine bağlı mitokondriyal yağ asidi oksidasyon bozuklukları suçlanmaktadır.GAYK; bulantı, halsizlik, ikter gibi özgül olmayan semptomlarla başlar. İlerlemiş olgularda hipoglisemi, koagülopati, trombositopeni, ensefalopati ve çoklu organ yetmezliği gelişebilir. Tanı, çoğunlukla dışlayıcıdır. Swansea kriterleri yardımcı olabilir, ancak viral hepatit, HELLP sendromu ve intrahepatik kolestaz gibi tablolarla benzerlik göstermesi tanıyı güçleştirir. Erken tanı ve doğum, hem maternal hem de fetal prognoz açısından hayati öneme sahiptir.

Olgu: 21 yaşında Suriye uyruklu kadın hasta, 39 hafta 5 günlük gebeliğinde başlayan doğum ağrıları nedeniyle kadın doğum kliniğine başvurdu. Normal spontan doğumla sağlıklı bir bebek dünyaya geldi. Doğum sırasında komplikasyon yaşanmadı. Ancak doğumu gerçekleştiren hekim, hastanın cildinde belirgin ikter fark etti. Hastanın ifadesine göre, yaklaşık iki haftadır sarılık şikayeti mevcuttu. Ek olarak, bir hafta önce üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi. Karın ağrısı, bulantı veya kusma yoktu. Fizik muayenede bilinç açık, koopere ve oryante idi. Karaciğer ultrasonografisinde parankim ekosu artmış, grade 2 steatoz ile uyumlu görünüm izlendi.Laboratuvar incelemelerinde total bilirubin 10.4 mg/dL, direkt bilirubin 8.66 mg/dL, trombosit sayısı 70.000/mm^3, INR yüksek, KCFT yüksek saptandı. Periferik yaymada sola kayma, target hücreler, fragmente eritrositler, polikromazi ve gözyaşı hücreleri görüldü. Smudge cell varlığı, düşen PLT ve karaciğer enzimleri eşliğinde GAYK ve dissemine intravasküler koagülasyon (DİK) ön tanısıyla hasta yoğun bakıma alındı. Bilinç ve vital bulgular yakın takip edildi. Laktuloz, hepatoprotektif tedaviler ve koagülasyon desteği (kriyopresipitat) başlandı. Genel durumu düzelen, KCFT gerileyen ve trombosit sayısı artan hasta servise alındı ve önerilerle taburcu edildi.

Tartışma: Gebeliğin akut yağlı karaciğeri, multisistemik etki gösteren ve hızla ilerleyebilen bir hastalık tablosudur. Literatürde maternal mortalite oranları gelişmiş yoğun bakım yaklaşımları ve erken doğum kararları sayesinde %2–10 seviyelerine kadar düşürülmüştür. Ancak gecikmiş tanı ve yetersiz destek tedavileri hâlâ hem anne hem de fetüs için yüksek risk taşımaktadır.Patofizyolojik olarak, fetal LCHAD eksikliği sonucu oluşan toksik yağ asidi metabolitlerinin plasenta yoluyla anneye geçerek hepatotoksisite oluşturduğu düşünülmektedir. Gelişmiş gebelik haftalarında artan lipoliz ve fetal yağ depolanması, maternal metabolizmaya binen yükü artırmakta ve GAYK'nin klinik olarak ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Son çalışmalar, LCHAD gen mutasyonlarının tanısal değer taşıyabileceğini

ancak tüm GAYK vakalarının bu mutasyonla ilişkili olmadığını ortaya koymuştur.Thrombositopeni ise GAYK ile ilişkili olumsuz klinik sonuçların önemli bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Gao ve arkadaşlarının retrospektif analizine göre, düşük trombosit sayısı ($<100x10^9/L$), postpartum 42 günlük mortaliteyi anlamlı şekilde artırmakta ve yoğun bakım gereksinimi, postpartum kanama, MODS gibi komplikasyonlarla ilişkilidir.Bu olguda da sarılık şikayeti, karaciğer fonksiyon bozukluğu ve trombositopeni gibi bulgularla değerlendirilen hastaya GAYK tanısı konulmuş, yoğun bakım desteği ve hepatoprotektif tedaviler ile semptomatik iyileşme sağlanmıştır. GAYK'nin ayırıcı tanısında amniyon sıvı embolisi, sepsis ve obstetrik kolestaz gibi hastalıklar göz önünde bulundurulmalı ve gerekirse ileri görüntüleme ve laboratuvar testleriyle desteklenmelidir.

Sonuç: GAYK, geç gebelikte karşımıza çıkan ikter, hipoglisemi ve koagülopati gibi bulgularla seyredebilir ve ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Erken tanı, acil doğum kararı ve multidisipliner yaklaşım, hem anne hem de fetus için yaşam şansını artırır.

Anahtar Kelimeler: Akut yağlı karaciğer, Gebelik komplikasyonları, Trombositopeni

Yayın No: EP-55

RYR1 Gen Mutasyonu ile İlişkili Rhabdomyoliz: Klinik Bir Olgu Sunumu

Aslı Gökay, Yıldız Okuturlar

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Rhabdomiyoliz,iskelet kası dokusunun hasar görmesi sonucu miyoglobin ve diğer hücresel bileşenlerin kana salınmasıyla gelişen bir klinik durumdur.Bu durum, akut böbrek yetmezliği,elektrolit dengesizlikleri ve yaygın intravasküler pıhtılaşma gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir.Rhabdomiyoliz,çeşitli etiyolojik faktörlere bağlı olarak gelişebilir;bunlar arasında fiziksel travmalar, aşırı egzersiz,farmakolojik ajanlar, enfeksiyonlar ve genetik yatkınlıklar yer almaktadır.Genetik predispozisyonlar arasında RYR1 genindeki mutasyonlar önemli bir yer tutmaktadır.RYR1,kas hücrelerinde kas kasılmasının ve hücresel homeostazın düzenlenmesinde rol oynayan ryanodin reseptörünü kodlar.Bu genetik mutasyonlar,kalsiyum homeostazını bozarak çeşitli miyopatiler ve rhabdomiyoliz riskini artırabilir.Ayrıca,çevresel faktörler,aşırı egzersiz veya uzun süreli hareketsizlik gibi stresörler,genetik yatkınlığı olan bireylerde hastalığın ortaya çıkma riskini artırabilir.Doğru tanı ve etkili yönetim,genetik ve çevresel faktörlerin dikkatlice değerlendirilmesini gerektirir.

Amaç: Bu olgu sunumunun amacı,acil dahiliye pratiğinde rhabdomiyoliz vakalarının değerlendirilmesinde genetik yatkınlıkların göz ardı edilmemesi gerektiğine dikkat çekmek ve özellikle RYR1 genindeki heterozigot mutasyonun,genetik yatkınlıkla ilişkili olarak gelişen rhabdomiyoliz vakasında nasıl bir rol oynadığını incelemektir.RYR1 mutasyonları,genetik yatkınlığa sahip bireylerde rhabdomiyoliz riskini artırabilmektedir ve bu mutasyonların oranı,özellikle miyopatili hastalarda %20-30 arasında değişebilmektedir.Bu sunumda, çevresel stres faktörlerinin bu durumu nasıl tetiklediği ele alınacak ve genetik taramanın tanı sürecindeki önemi vurgulanacaktır. Ayrıca,bu tür hastaların yönetiminde daha etkili stratejiler geliştirilmesine katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Tanısal yaklaşımda kan gazı analizi,geniş biyokimya,serum amino asit testleri, tandem kütle spektrometrisi,idrar organik asit analizi,miyopati paneli,genetik testler ve ekokardiyografi gibi testler yapıldı.

Bulgular: Yirmi iki yaşında,188 cm boyunda ve 130 kg ağırlığında,vücut kitle indeksi 36,8 olan erkek hasta,şiddetli yorgunluk şikayetiyle acil servise başvurdu.Yapılan laboratuvar testlerinde hastanın Kreatin Kinaz (CK) düzeyinin 6246 IU/L olduğu tespit edildi.Bu, akut rhabdomiyoliz tanısını destekledi.Hastanın kronik hastalık öyküsü, düzenli ilaç kullanımı,madde bağımlılığı,alkol veya sigara kullanımı geçmişi bulunmuyordu.Son iki hafta boyunca aşırı fiziksel egzersiz yapmış ve yaklaşık 15 saat süren bir hava yolculuğuna çıkmıştı.Fiziksel muayenede kas gücü normal, tendon refleksleri intact, karında hassasiyet gözlemlenmedi ve hepatosplenomegali saptanmadı,kahverengi-pembe striaları tespit edildi.Laboratuvar testlerinde yüksek Kreatin Kinaz(CK) düzeyleri(6246 IU/L) tespit edildi.Karaciğer fonksiyon

testlerinde hafif artışlar gözlemlendi (Alanin Aminotransferaz (ALT): 80 IU/L, Aminotransferaz (AST): 120 IU/L). Hemoglobin (Hb) 13.5 g/dL, 0.88 mg/dL,HbA1c %4.8,TSH 1.79 mIU/L ve serbest tiroksin 16.4 pmol/L normal sınırlar içinde bulundu.Serum amino asit profili normal sınırdayken, alfa-aminobütirik asit seviyesi 61.1 µmol/L ile yüksek bulundu.Tandem kütle spektrometrisi test sonuçları normal sınırlarda kaldı. Genetik analizlerde heterozigot RYR1 mutasyonu doğrulandı. Ek olarak, hastada çok uzun zincirli Açil-CoA Dehidrojenazı (VLCAD) için heterozigotluk da tespit edildi.

Tartışma: Rhabdomiyoliz,genetik ve çevresel faktörlerin bir kombinasyonu sonucunda gelişir. Bu vakada,heterozigot RYR1 mutasyonunun kas hasarına yatkınlık gösterdiği düşünülmektedir. RYR1,kas hücrelerinde kalsiyum salınımını düzenleyen önemli bir proteindir ve bu genin mutasyonları,kalsiyum regülasyonunu bozarak rhabdomiyoliz riskini artırabilir.Hastanın yoğun fiziksel egzersizi ve uzun süreli hava yolculuğu gibi çevresel stres faktörlerinin,RYR1 mutasyonu ile birlikte rhabdomiyolizi tetiklediği düşünülmektedir.Bu vaka,RYR1 ile ilişkili rhabdomiyolizin nadirliğini ve genetik taramanın tanı sürecindeki önemini vurgulamaktadır. Başlangıçta yapılan genetik tarama eksikliği,genetik yatkınlıkların belirlenmesindeki önemli bir boşluğu göstermektedir.Genetik taramanın tanıya dahil edilmesi, tanı doğruluğunu artırabilir ve daha etkili yönetim stratejileri geliştirilmesine olanak tanıyabilir.RYR1 gen mutasyonlarının ve çevresel faktörlerin etkileşiminin anlaşılması, rhabdomiyoliz yönetiminde kritik öneme sahiptir.Bu vaka, genetik ve klinik verilerin entegrasyonunun tanı doğruluğunu ve hasta bakımını iyileştirmedeki rolünü vurgulamaktadır.RYR1 ile ilişkili rhabdomiyolizin nadirliği ve genetik taramanın başlangıçta göz ardı edilmesi, kapsamlı tanı yaklaşımlarının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Rhabdomyoliz, Ryr1 mutasyonu, Akut böbrek yetmezliği

Yayın No: EP-56

Nadir Bir Klinik Olgu: Posterior Nutcracker Sendromuna Bağlı Renal Ven Trombozu

Duygu Sanay[1], Muhammed Emre Sevim[2], Yaşar Yıldırım[2], Zülfükar Yılmaz[2], Emre Aydın[2]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Abd
[2]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bd

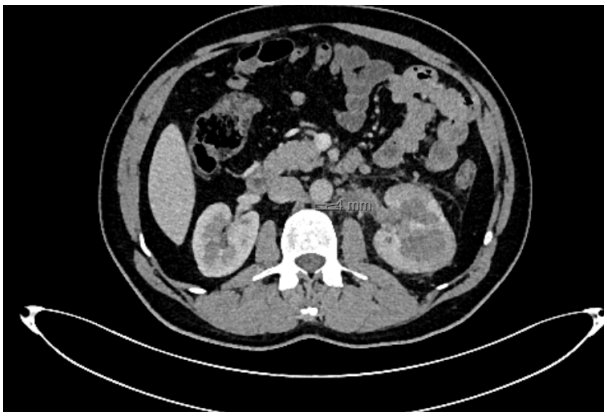
Giriş: Renal ven trombozu (RVT), renal ven veya dallarında meydana gelen trombüs varlığı ile karakterize nadir görülen bir klinik tablodur.Nutcracker sendromu, RVT'nin nadir nedenlerinden biridir. Sol renal venin seyrine göre anterior, posterior veya kombine (sirkumaortik) olabilir.. Tipik nutcracker sendromunda sol renal ven, aorta abdominalis ile superior mezenter arter (SMA) arasında, posterior nutcracker sendromunda ise aorta abdominalis ile vertebra arasında sıkışır.Tedavide; akut böbrek hasarı gelişen, ağrı ve hematürisi gerilemeyen hastalarda fibrinolitik tedavi veya trombektomi yapılır. İnsidental saptanan, komplikasyon gelişmeyen veya kliniği düzelen hastalarda INR 2-3 düzeyinde tutularak varfarin tercih edilir.

Amaç: abh tablosuyla gelen hastanın etyolojisinde renal ven trombozu da akla gelmeli ve renal ven trombozu varsa nedeni belirlenmelidir.

Gereç ve Yöntem: olgu

Bulgular: 39 yaşında erkek hasta, bir haftadır artan karın ve sol yan ağrısıyla başvurdu. Bilinen kronik hastalığı ve kullandığı ilaç öyküsü olmayan hastanın fizik muayenesinde nörolojik, solunumsal, kardiyak muayenesi doğal idi. Batın muayenesinde sol lomber bölgede hassasiyeti mevcut olup hastanın kitle ve üfürümü yoktu. Sol testiküler bölgede varikosel gözlenmekteydi. Hb 15.7 g/dL, lökosit 10.4 103/µl, trombosit sayısı 218 103/µl, kreatinin 1.4 mg/dL, üre 34 mg/dL, idrar analizinde blood negatif, protein negatif, lökosit negatifti. Kontrastlı batın BT'de sol renal ven retroaortik seyretmekteydi, ayrıca genişleme olması ve kontrastlanma izlenmemesi akut renal ven trombozu lehine yorumlandı. Periaortik renal ven izlenmedi, post aortik renal ven çapı 4 mm, pre aortik ise 16 mm olarak ölçüldü (şekil-1, şekil-2). Etiyolojiye yönelik bakılan laboratuvar testlerinde koagülasyon paneli, ANA, anti ds-dna, ANCA, diğer otoimmun panel testleri negatifti. Hiperkoagulabilite testleri (lupus antikoagulanı, anti kardiyolipin, homosistein, anti trombin 3, protein c ve s düzeyleri ile faktör 2 ve 5 leiden mutasyonları) normal sonuçlandı. Hastaya medikal tedavide enoksaparin sodyum ve varfarin eş zamanlı başlandı. INR 2-3 aralığına ulaştığında enoksaparin kesildi. Ağrıları ve kreatinini gerileyen (1 mg/dL) hasta varfarin tedavisi altında taburcu edildi.

Retroaortik renal venin sıkışması



Pre aortik renal venin dilatasyonu



Tartışma: RVT etiyolojisinde posterior nutcracker sendromu nadir görülen bir sebeptir (1, 2). Semptomatik hastalarda hematüri, ortostatik proteinüri ve sol yan ağrısı ön plandadır (3). Klinik şüphede venöz doppler ultrason, kontrastlı BT/MR anjiografi görülmelidir. Tanıda altın standart renal venografidir (4). Tedavi yaklaşımında ağrısı sebat eden, hematüri atakları olan, renal yetmezlik bulguları olan hastalarda stent implantasyonu yaygınlığı giderek artmaktadır. Açık cerrahi yaklaşımlarda özellikle LRV veya SMA transpozisyonu ve renal oto transplantasyon yapılabilir. Progresif hastalarda nefrektomi gerekebilmektedir (5, 6). RVT gelişen hastalarda ise akut dönemde ve renal yetmezlik bulguları eşlik ediyorsa trombektomi veya fibrinolitik tedavi verilir. İnsidental saptanan, asemptomatik hastalarda pulmoner emboli riski açısından profilaktik varfarin başlanıp tedavi süresi trombozun takibine karar verilmelidir (7).

Anahtar Kelimeler: Renal ven trombozu, Nutcracker sendromu

Yayın No: EP-57

Yan Ağrısının Nedenlerinden Biri: İki Renal İnfarkt Hikayesi

Hatice Beyazal Polat, Kamil Konur

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı

Giriş: Renal infarkt, nadir görülen böbrek dokusu hasarına neden acil arteryal vasküler bir durumdur. Etyolojide tromboemboli, kalp veya aorttan kaynaklanan trombüs, renal arter hasarı, protrombotik durumlar sayılabilir.

Amaç: Yan ağrısı, karın ağrısı, bulantı, kusma ve hematüri gibi belirtilerle kendini gösterebilir ancak tanı koymak zor olabilir. Farkındalık oluşturmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu vaka serisinde, renal infarkt tanısı almış iki farklı hastanın klinik seyri, tanı yöntemleri ve tedavi süreçleri ele alınmaktadır.

Bulgular: Vaka 1:58 yaşında erkek hasta, ani başlayan sağ yan ağrısı ve bulantı şikayetleriyle acil servise başvurdu. Bilinen bir hastalığı olmayan hastanın, sigara ve alkol alışkanlığı olmadığı öğrenildi. Travma öyküsü yoktu, ilaç kullanmıyordu. Soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede kan basıncı 152-85 mmHg, nabız 67/dakika, ateş: 36,7 °C , sağ lomber hassasiyeti vardı. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit 14500 beyaz küre/mm3, serum üre: 24 mg/dL, serum kreatinin: 1 mg/dL), serum alanin aminotransferaz (ALT): 26 U/L , AST: 48 U/L ve serum laktat dehidrogenaz (LDH): 476 U/L, C-reaktif protein (CRP): 4.3 mg/dL, tam idrar tahlili normaldi. EKG normaldi. Kontrastlı batın bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ böbrek üst ve orta pol'de renal enfarkt saptandı. Hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı kliniimize yatırıldı. Hastaya intravenöz izotonik infüzyonu, analjezik ve antikoagülan (DMAH-enoksaparin) tedavi başlandı. Girişimsel radyoloji ile görüşüldü. Ek tedavi önerilmedi.Vaskülit paneli çalışıldı. Patoloji saptanmadı. Protein C, protein S ve antitrombin 3 aktivitesi normal saptandı. Homosistein (28 mmol/L) yüksek saptandı. Kalıtsal trombofili için faktör V leiden mutasyonu (G1691A) ve protrombin (Faktör 2) gen mutasyonu (G20210A) bakıldı ve normal saptandı. Hastanın takiplerinde ağrısı geriledi, böbrek fonksiyonları bozulmadı. Orak antikoagülasyon başlanıp taburcu edildi.Vaka 2:68 yaşında hipertansiyon ve atriyal fibrilasyon öyküsü olan kadın hasta, şiddetli sol yan ağrısı, karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın ramipril ve apiksaban kullandığı öğrenildi. Fakat ilaçlarını düzenli almadığı öğrenildi. Tansiyon 168-80 mmHg, nabız 86, aritmikti. Solda lomber hassasiyeti vardı. Ateş: 37,2 °C , sol lomber hassasiyeti vardı. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit 17300 beyaz küre/mm3, serum üre: 38 mg/dL, serum kreatinin: 1,36 mg/dL), serum alanin aminotransferaz (ALT): 76 U/L , AST: 58 U/L ve serum laktat dehidrogenaz (LDH): 508 U/L, C-reaktif protein (CRP): 47 mg/dL, tam idrar tahlili 3+hematüri vardı. EKG atrial fibrilasyon vardı. Kontrastlı batın bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol renal enfarkt saptandı. Hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı kliniimize yatırıldı. Hastaya kontrollü intravenöz izotonik infüzyonu, analjezik ve antikoagülan (DMAH-enoksaparin) tedavi

başlandı. Girişimsel radyoloji ile görüşüldü. Ek tedavi önerilmedi.Vaskülit panelinde patoloji saptanmadı. Protein C, protein S ve antitrombin 3 aktivitesi ile kanda homosistein normal saptandı. Kalıtsal trombofili için faktör V leiden mutasyonu (G1691A) ve protrombin (Faktör 2) gen mutasyonu (G20210A) bakıldı ve normal saptandı. Hastanın takiplerinde ağrısı hafifledi, böbrek fonksiyon testleri takiplerinde kısmen geriledi. Hasta ve hasta yakınları bilgilendirildi. Orak antikoagülasyon başlanıp taburcu edildi.

Tartışma: Renal infarkt tanısı klinik şüphe gerektiren bir durum olup, piyelonefrit veya renal kolik gibi durumlarla karıştırılabilmektedir. Görüntüleme yöntemleri, özellikle kontrastlı BT ve BT anjiyografi, tanıda kritik öneme sahiptir. Tedavi yaklaşımı, altta yatan nedene bağlı olarak antikoagülan, trombolitik veya destekleyici tedaviyi içermektedir.Sonuç olarak, acil serviste akut yan ağrısı ayırıcı tanısında renal arter trombozu veya renal enfarkt göz önünde bulundurulmalıdır. Erken tanı ve uygun tedavi için kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Akut Böbrek Hasarı, Renal İnfarkt, Yan Ağrısı

Yayın No: EP-58

Statin İlişkili Nekrotizan Miyopati: Anti-SRP Pozitif Nadir Bir Olgu Sunumu

Mert Öztaş[1], Mustafa Güldan[1], Murat Aksu[2], Sidelya Ecem Yiğit[1], Yıldız Okuturlar[1]

[1]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Atakent Üniversite Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul/Türkiye
[2]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Atakent Üniversite Hastanesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul/Türkiye

Giriş: Statinler, hiperlipidemi tedavisinde yaygın olarak kullanılan ve kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde etkili ajanlardır. Ancak, statin kullanımı kasla ilişkili advers etkilerle bağlantılıdır. Statin kaynaklı miyopatiler, hafif miyaljiden potansiyel olarak yaşamı tehdit eden rabdomiyolize kadar geniş bir spektrumda yer alır. Miyopati vakalarının çoğu asemptomatik seyrederken, bazı durumlarda ciddi kas hasarı ve miyozit gelişebilir. Anti-Signal Recognition Particle (Anti-SRP) antikorları pozitifliği, statin ilişkili nekrotizan otoimmün miyopatinin (SİNOM) tanısında önemli bir biyobelirteçtir. Bu olgu sunumunda, statin ilişkili miyozit gelişen 68 yaşında bir kadın hasta üzerinden bu nadir ve ciddi komplikasyonun tanı, tedavi ve yönetim süreçleri tartışılacaktır.

Olgu: 68 yaşında kadın hasta, iki hafta önce geçirdiği anjiyoplasti ve stent uygulaması sonrası nefes darlığı, halsizlik, ve akut böbrek yetmezliği (ABY) şikayetleri ile enfeksiyon hastalıkları kliniğine yatırıldı. Başlangıçta pnömoni tanısı alan hastaya intravenöz (IV) sıvı tedavisi ve levofloksasin başlandı. Ancak böbrek fonksiyonlarında anlamlı bir düzelme sağlanamadı. Tedavi sürecinde hasta, yürümekte zorluk çektiğini bildirdi. Antibiyotik tedavisinin tamamlanmasının ardından ateşi düştüğü için taburcu edildi. Ancak, kısa süre sonra nefes darlığı ve halsizlik şikayetleriyle tekrar hastaneye başvurdu ve bu kez iç hastalıkları servisine yatırıldı. Yatış sırasında göğüs ağrısı şikayeti üzerine troponin, kreatin kinaz (CK), ve CK-MB değerleri ölçüldü. Troponin düzeyleri normal iken, CK düzeyi 7000 U/L olarak bulundu. Fizik muayenede hastada Gover bulgusu saptandı ve yürüyüş güçlüğü rapor edildi. Statin kullanımı göz önünde bulundurularak ilaç kesildi. Takiplerde hasta, kollarını kaldırmakta da güçlük çektiğini bildirdi. Hastaya böbrek koruyucu sıvı tedavisi (bikarbonat ve N-asetilsistein) başlandı. Ayrıca, nöroloji ve romatoloji bölümlerine danışılarak ileri tetkikler yapıldı. İstenilen otoantikor testinde Anti-SRP antikor pozitifliği saptandı, Anti-HMGCR negatif olarak sonuçlandı. CK seviyeleri başlangıçta 17.000 U/L'ye kadar yükseldi ancak tedavi ile progresif olarak 13.000, 6000, 2000, 1000, 300, 200 ve nihayetinde 30 U/L düzeyine düştü. Elektromiyografi (EMG) sonucunda enflamatuar miyozit ile uyumlu bulgular gözlendi ve hasta statin ilişkili nekrotizan miyozit tanısı aldı. Hasta yürüme güçlüğü ve fizyoterapisi devam etmektedir.

Tartışma: Statin ilişkili nekrotizan otoimmün miyopati, nadir görülen fakat ciddi bir kas hastalığıdır. Bu durumun patofizyolojisinde statinlerin immün sistemi aktive ederek otoantikor üretimine neden olması yer alır. Anti-SRP pozitifliği, kas hücrelerine yönelik otoimmün bir

yanıtın göstergesi olup, genellikle ağır ve tedaviye dirençli miyopati ile ilişkilidir. Olgumuzda da statin kullanımı sonrası gelişen progresif kas güçsüzlüğü ve CK yüksekliği dikkat çekici bulgulardı.Literatürde, Anti-SRP pozitif hastaların çoğunda proksimal kas güçsüzlüğü, yürüme güçlüğü ve CK düzeylerinde belirgin artış bildirilmiştir. Erken tanı ve uygun tedavi ile prognozun iyileştirilebildiği gösterilmiştir. Tedavi genellikle immünsüpresif ajanları (kortikosteroidler, intravenöz immünoglobulin [IVIG] veya rituksimab) içerir. Hastamızda ise statin kesilmesi ve böbrek koruyucu tedavi ile CK düzeylerinde anlamlı düşüş sağlanmıştır.Bu olgu, statin kullanan hastalarda kas şikayetlerinin önemini ve statin ilişkili miyopati vakalarında otoimmün mekanizmaların değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Sonuç: Statin ilişkili nekrotizan miyopati, nadir fakat potansiyel olarak ciddi bir durumdur. Anti-SRP pozitifliği bu hastalığın tanısında kilit bir rol oynar. Statin kullanımı sırasında kas güçsüzlüğü ve CK yüksekliği saptanan hastalarda erken tanı ve tedavi prognozu iyileştirebilir. Bu olgu, statinlerin potansiyel advers etkilerinin yakından izlenmesinin önemini ve otoimmün miyopati gelişme riskinin dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Statin ilişkili miyopati, Anti-SRP pozitifliği, Nekrotizan otoimmün miyopati, Proksimal kas güçsüzlüğü

Yayın No: EP-59

Akut Çölyak Krizi: Yetişkinlerde Nadir Ancak Yaşamı Tehdit Eden Bir Komplikasyon

Enis Akça, Ayşe Kevser Demir, Ahmet Veli Şanibaş

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Çölyak hastalığı, genetik yatkınlığı olan bireylerde gluten tüketimiyle tetiklenen otoimmün bir enteropatidir. Prevalansı %0,7-1,4 arasında olup, kadınlarda ve çocuklarda daha sıktır. Çölyak krizi ise çölyak hastalığının nadir akut ve yaşamı tehdit eden bir komplikasyonu olup, ciddi metabolik dengesizliklerle karakterizedir. Çölyak krizi ilk kez 1953 yılında tanımlanmıştır ve %9'luk mortalite oranı bildirilmiştir. Tüm çölyak hastalığı vakalarının yaklaşık %1'inde çölyak krizi geliştiği tahmin edilmektedir. Bu sunumda akut çölyak krizi ile acil servise başvuran yetişkin bir çölyak olgusu sunulmuştur. Bu olgu sunumu ile çölyak hastalığının nadir ve mortalitesi yüksek prezantasyonuna dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Olgu: 20 yaşında bilinen herhangi bir hastalığı olmayan kadın hasta, karın ağrısı, sulu ishal (günde 8-12 kez, kan içermeyen), kusma ve göğüs ağrısı ile başvurdu. Fizik muayenesinde kaşektik, ciddi dehidrate görünümde, cilt turgoru azalmıştı. Kan basıncı 70/50 mmHg, nabız: 98/dk, batın muayenesinde bağırsak seslerinde artış mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde kreatinin (1.74 mg/dL), metabolik asidoz (pH: 7.19, HCO3: 12.5 mmol/L), hipoproteinemi (albümin: 33 g/L), Troponin I ve CK-MB yüksekliği (1.42-13.94 ng/mL) izlendi. Ekokardiyografi (EKO)'sinde minimal perikardiyal mayi, elektrokardiyografi (EKG)'sinde yaygın T negatifliği saptandı. Hasta akut miyokardit ön tanısıyla takip amaçlı yatırıldı. Hasta kliniğinin düzelmesi üzerine taburcu edildi. Hasta taburculuk sonrası takip eden günlerinde baş dönmesi, ellerde bacaklarda kasılma ile başvurdu. Fizik muayenesinde dehidrate görünümde, cilt turgor azalmış ve karpopedal spazm saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde hipokalemi (2.3 mmol/L), hipokalsemi (düzeltilmiş 7.4 mg/dL), hipomagnezemi (1.43 mg/dL), hipofosfatemi (1,7 mg/dl) görüldü. EKG ve EKO incelemesi normal izlendi. Hastada miyokardit veya herhangi bir kardiyak patoloji düşünülmedi. Hastanın potasyum ve magnezyum replasmanına dirençli hipokalemi nedenli yatışı yapıldı. Spot idrarda potasyum 14 mmol/L, 25-OH vitamin D 3,4 ng/mL, parathormon 313 pg/mL, folat 0,9 mg/L vitamin B12 261 ng/L, Ferritin 1 µg/L idi. Hastada mevcut bulgularla çölyak hastalığı düşünüldü. Doku transglutaminaz IgA 65,2(+), anti-endomisyum antikoru (++) anti-gliadin IgA (++), anti-gliadin IgG: 34,3 (+) izlendi. Üst endoskopide duodenumda tarak dişi manzarası görüldü. Duodenal biyopsisinde komplet villöz atrofi, intraepitelyal lenfosit artışı, kript hiperplazisi (Marsh Oberhuber 3C) görüldü. Hastaya çölyak hastalığı tanısı konuldu. Takiplerinde glutensiz diyete uyumla beraber tam klinik düzelme sağlandı.

Tartışma: Çölyak krizi için tanı kriterlerini Jamma ve ark. tanımlanmıştır. (≥2 bulgu): Dehidratasyon, metabolik asidoz, elektrolit bozukluğu, hipoproteinemi, kilo kaybı, böbrek

fonksiyon bozukluğu, nörolojik bozukluklar. Çölyak krizinde agresif ve nadir görülen tablo pek çok hastalık ve durumla karışabilir. Patofizyolojisinde şiddetli mukozal inflamasyon sonucunda gelişen malabsorpsiyon, diyare, protein kaybı, hipovolemi ve elektrolit kayıpları yer alır. Enfeksiyon, cerrahi ve diyet uyumsuzluğu ile tetiklenebilir. Tedavisi sıvı-elektrolit dengesini sağlamak, enteral/parenteral beslenme ve glutensiz diyettir. Dirençli olgularda kortikosteroidler gibi immunsuprese ajanlar kullanılabilir. Multisistemik bulgular nedeniyle kardiyak ve nörolojik semptomlar yanıltıcı olabilir.

Sonuç: Sonuç olarak çölyak hastalığının, yetişkinlerde klasik gastrointestinal semptomların yanı sıra birçok sistemi etkileyen hastanın kliniğini bozan atipik akut bulgularla da ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. Erken tanı ve uygun tedavi ile yaşamı tehdit eden ciddi komplikasyonlar önlenebilir. Bu nedenle, özellikle kronik semptomları olan hastalarda çölyak hastalığına yönelik tarama ve tanı süreçleri dikkatle yürütülmelidir ayrıca ishal, dehidratasyon ve dirençli elektrolit bozuklukları ile başvuran ileri yaşlardaki hastalarda da çölyak krizi olma olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Çölyak krizinin erken tanınması ve uygun tedavi stratejilerinin hızla uygulanması, hastaların prognozunu iyileştirmede büyük rol oynar.

Anahtar Kelimeler: çölyak hastalığı, çölyak krizi, gluten enteropatisi, malabsorbsiyon, miyokardit, hipokalemi, ishal, glutensiz diyet

Yayın No: EP-61

Diş İmplantı Sonrasında Gelişen Yaygın Boyun Ekimozu

Ant Uzay[1], Can Boynukara[2], Yıldız Okuturlar[2]

[1]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı
[2]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş: Yeni gelişen ekimozlarda dikkatli sistem sorgulaması ve ayırıcı tanı yapılmalıdır. Bu olgu bildirimde diş implantı sonrası ateş ve çenede yaygın ekimozla acil servise başvuran bir hasta tartışılmaktadır.

Olgu: 65 yaşında erkek hasta diş implantı yapıldıktan bir hafta sonra alından ölçümle 39 dereceyi bulan ateş ve mandibuladan başlayıp boyuna kadar uzanan ekimoz ile acil servise başvurdu. Muayenesinde ağız içi hemorajik bülleri ve boyunda yaygın ekimozu olan hastanın solunum seslerinde bibaziler ralleri mevcuttu. Batın muayenesinde hepatosplenomegalisi olmayan, batını rahat ve yumuşak olan hastanın kardiyak muayesinde ek üfürüm duyulmadı. İlk basamakta hastadan tam kan sayımı, CRP, tam idrar analizi istendi. Hastanın bilinen hipertansiyon, tip 2 diabetes mellitus, hiperlipedemi ve koroner arter bypass grefti mevcuttu. Rosuvastatin, fosinopril, hidroklorotiyazid, asetilsalisilik asit, metformin ve empaglifazon kullanımı mevcuttu. İmplant işlemi sonrasında asetilsalisilik asit kullanımının kesilmediği öğrenildi. Ön tanıda asetilsalisilik aside bağlı cilt altı kanama düşünüldü. Tam kan sayımı sonucunda pansitopeni saptanan (lökosit 1,5 x103/uL, nötrofil 0,78 x103/uL, trombosit 27 x103/uL, eritrosit 2,7 x106/uL) hasta, iç hastalıkları servisine febril nötropeni tanısıyla yatırıldı. Kan tablosu görüldükten sonra periferik yayma istenen hastanın yaymasında, blast morfolojisinde hücre görülmedi ancak displastik nötrofillerin dikkati çekti. Kemik iliği aspirasyon biyopsisi yapıldı. Kemik iliği aspirasyon sonucunca her üç seride ağır displastik değişimler dikkati çekti. Kemik iliği aspirasyonun %29 u blastik hücre popülasyonu olarak saptandı. Myelodisplastik sendrom-akut myeloid lösemi transformasyonu tanısı konan hasta hematoloji kliniğine devredildi.

Mandibuladan başlayan boyuna yayılan ekimoz



Agız içi hemorajik büller



Tartışma: Bu olgu sunumu, diş implantı sonrası gelişen ateş ve ekimozların altında yatan nedenlerin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Hasta, diş implantı sonrası gelişen sistemik belirtilerle acil servise başvurmuş, yapılan tetkikler sonucunda pansitopeni ve displastik hücre değişimleri saptanmıştır. Bu durum, hematolojik bir sorunun varlığını düşündürmektedir. Diş implantı gibi invaziv işlemler öncesinde, hastaların kullandığı anti-agregan ve anti-koagülan tedavi dikkatlice sorgulanmalıdır. Bu olgu, asetilsalisilik asidin kesilmediği ve bu durumun potansiyel komplikasyonlara yol açabileceği bir örnek teşkil etmektedir.

Sonuç: Girişimsel işlemlerden önce anti-agregan ve anti-koagülan tedavisi dikkatlice sorgulanmalıdır. İşlem öncesinde veya sonrasında anti-agregan ve anti-koagülan tedavi tekrar düzenlenmelidir. Bu vakada hemorajik büller, ağız içi kanamaları ve hatta cilt altı ekimoz olmasına rağmen anti-agregan tedavi hasta acil servise başvurana kadar sorgulanmamış ve hasta kullanmaya devam etmiştir. Bu hastalara işlem öncesi hemogram kontrolü de yapılmalı ve trombositopeni mutlaka akılda bulundurulmalıdır. Trombositopeni veya pansitopenisi olan hastalarda periferik yaymada blast görülmese bile kemik iliği aspirasyonu mutlaka planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut Myeloid Lösemi, Pansitopeni, Ekimoz, Hematoloji, Febril Nötropeni

Yayın No: EP-62

Baş Dönmesi ile Acile Gelen Bir Hasta: Acaba Neler Gözden Kaçıyor?

Can Boynukara[1], Elif Beyza Kütükçü[2], Bahar Temur[3], Nurgül Naurzvaı[4], Yıldız Okuturlar[1]

[1]Acibadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Acibadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Tıp Fakültesi
[3]Acibadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi Atakent Hastanesi, Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kardiyovasküler Cerrahi Bilim Dalı
[4]Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi Atakent Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı

Giriş: Baş dönmesi; metabolik, vasküler ve nörolojik patolojiler barındırabilen önemli bir semptomdur. Bu olgu sunumunda, acil servise birkaç kez tekrarlayan baş dönmesi semptomu olan bir hastada ayırıcı tanıya yaklaşım tartışılmaktadır.

Olgu: 59 yaşında erkek hasta, doğa yürüyüşü sonrasında baş dönmesi şikâyeti ile acil servise başvurdu. Hastanın bilinen kronik bir hastalık veya sürekli kullandığı bir ilaç öyküsü bulunmamaktaydı. Aynı şikayetle 3 gündür başka acil servislere de başvurduğunu açıkladı. Muayenesinde solunum sesleri doğal, kardiyak oskültasyonunda ek üfürüm duyulmadı, batını rahat palpe edildi. Diğer sistem muayenesinde patoloji saptanmadı. Hastaya acil serviste semptomatik dimenhidrat infüzyonu başlatıldı ancak semptomlarında bir düzelme görülmedi. Bunun üzerine hastadan ek tetkikler istenildi. Serum kreatinin değeri 3,57 mg/dL olarak görüldü ve akut böbrek yetersizliği (ABY) ön tanısıyla hasta iç hastalıkları servisine yatırıldı. ABY etiyolojisi olarak, yapılan güneş altındaki doğa yürüyüşüne bağlı gelişmiş olabilecek dehidratasyon düşünüldü ve hasta hidrate edilmeye başlandı. Hastanın d-dimer değeri>35.000 ug/mL olarak görüldü. D-dimer değerinden sonra akut pulmoner emboli ve hipoksemiye bağlı baş dönmesi olarak değerlendirilen hastanın pulmoner embolisini ispatlamak için kontrastlı pulmoner arter anjiografisi çekilmesi düşünüldü. Ancak hastaneye geliş anından beri anürik olan hastaya öncelikle bilateral alt ekstremite venöz doppler ve ekokardiyografi yapıldı. Venöz dopplerinde derin ven trombozu saptanmayan hastanın ekokardiyografisinde pulmoner arter basıncı 90 mmHg olarak ölçüldü. Hastanın hemodinamisi stabil olmasına rağmen aralıklı desatürasyonları oluşmaya başladı. IV sıvı resüstasyonu yapılmasına rağmen tedrici olarak kan basıncındaki düşüş nedeniyle bilgisayarlı tomografi eşliğinde pulmoner arter anjiyografisi çekildi. Çekilen görüntülemede her iki pulmoner arteri neredeyse tamamen tıkayan masif pulmoner emboli saptandı. Hasta acilen kardiyovasküler cerrahi bölümüne danışıldı. Hastaya acilen EKOS işlemi başlatıldı. Tek taraflı pulmoner arter kataterizasyonu ile mekanik tromboliz işlemi tamamlandıktan sonra kardiyopulmoner arrest gelişmesi üzerine 30 dakika kardiyopulmoner resüsitasyon yapılan hasta, ECMO'ya alındı. Sonrasında işleme devam edilerek diğer pulmoner artere de katater yerleştirildi. Her iki pulmoner arter oklüzyonu başarılı bir şekilde açılan hasta beş gün ECMO takibi sonrası ekstübe edilerek servise alındı. İşlem öncesinde anürik olan hasta işlem sonrasında iki gün boyunca hemodiyafiltrasyon ile izlendi.

Tartışma: Bu olgu sunumu, baş dönmesi gibi yaygın bir semptomun, potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir durumu gizleyebileceğini göstermektedir. 59 yaşındaki hastanın doğa yürüyüşü sonrası acil servise başvurması, baş dönmesinin etiyolojik nedenlerini araştırmak için detaylı bir yaklaşım gerektirdiğini açıkça ortaya koymaktadır. Hastanın geçmiş tıbbi öyküsünde kronik hastalık veya düzenli ilaç kullanımı olmaması, ayırıcı tanı sürecini daha da karmaşık hale getirmiştir. Bu olgu, baş dönmesi gibi basit görünen bir semptomun arkasında ciddi bir patoloji olabileceğini ve bu tür durumların titizlikle değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Sonuç: Bir hasta aynı semptom ile birkaç sağlık kuruluşuna başvuruyor ise bu hastayı dikkatlice incelemek gerekir. Bu vakada olduğu gibi basit düşünülen bir baş dönmesi ölümcül bir hastalığın habercisi olabilir. EKOS sistemi, ses dalgası yardımlı ve katater eşliğinde tromboliz yaparak minimal komplikasyon ile pulmoner emboli tedavisinde yenilikçi ve altın standart bir tedavidir. EKOS sisteminin en önemli katkısı minimal sistemik trombolitik ve anti-koagülan ile kanama diyatezini en aza indirmesidir. Mortal olabilecek pulmoner emboli olgularında EKOS akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: pulmoner emboli, EKOS, akut böbrek yetmezliği

Yayın No: EP-63

Allopurinol İlişkili Agranülositoz: Olgu Sunumu

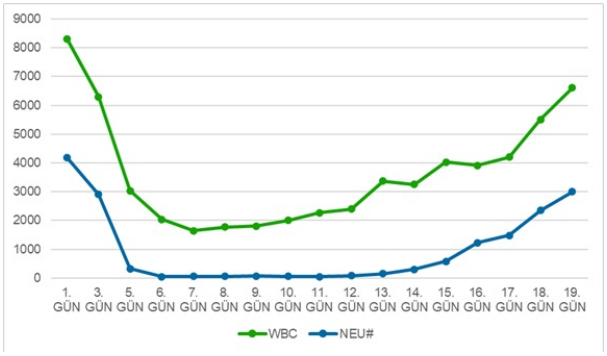
Mert Metin Can

Dörtyol Devlet Hastanesi

Giriş: İlaç kaynaklı agranülositoz, periferik nötrofil sayısının immünolojik veya sitotoksik mekanizmalar nedeniyle 0.5x109/L'nin hücre/mL'nin altına düşmesiyle karakterizedir. Allopurinol kaynaklı hematolojik toksisite, özellikle nötropeni, son derece nadir olup olgu sunumlarıyla bildirilmiştir. Bu advers reaksiyonlar arasında Stevens-Johnson sendromu (SJS), toksik epidermal nekroliz (TEN), hipersensitivite sendromu ve hepatotoksisite bulunmaktadır. Bu sunumda alllopurinol kullanımı sonrası gelişen agranülositoz olgusu sunulmuştur.

Olgu: Bilinen kronik iskemik kalp hastalığı, kronik atriyal fibrilasyon, kalp yetmezliği, kronik böbrek hastalığı, nefrolityazis, benign prostat hiperplazisi ve geçirilmiş prostat adenokarsinomu tanılı 90 yaşında erkek hasta, akciğer ödemi nedeni ile dahiliye servisine yatırıldı. Meropenem 3x1 gr ve diüretik başlandı. Yatışının 19. gününde idrar kültüründe kandida üremesi olması nedeni ile enfeksiyon hastalıklarının önerisi ile antibiyoterapisi meropenem, siprofloksasin ve flukonazol olarak düzenlendi. Yatışının 36. gününde üroloji tarafından nefrolitiyazis nedeni ile operasyon yapıldı. Yatışının 38. gününde meropenem, siprofloksasin, flukonazol, spironolakton, furosemid, apiksaban, silodosin, dutasterid tedavisi altında iken tedavisine allopurinol 1x150 mg eklendi. Allopurinol tedavisi başlandıktan 4 gün sonra alınan kan tetkiklerinde wbc:3.04x109/l, neu#:0.33x109/l, lym#:2.07x109/l olarak saptandı. Allopurinol ve antibiyotikleri kesildi. Hastadan kan kültürleri ve idrar kültürü gönderildi ve pa akciğer grafisi çekildi. Kültürlerinde mikroorganizma üremesi olmadı. Hastaya piperasilin+tazobaktam 4.5 gr 4x1 ve tigesiklin 2x50 mg başlandı. Filgrastim 30 1x1 sc uygulandı ancak yanıt alınamadı. Derin nötropenisi 7 gündür devam eden ve metilprednizolon başlanması düşünülen hastaya antifungal profilaksisi olarak kaspofungin 1x1 başlandı. Allopurinol kesildikten 9 gün sonra nötrofil sayısı yükseldi. Kademeli olarak artan nötrofil sayısı 13. günde normal değerlerine ulaştı. Beyaz küre ve nötrofil sayıları stabil seyreden, akut faz değerleri normale dönen hasta hastaneden taburcu edildi.

Alopurinol İlişkili WBC ve NEU# Değişimi



Allopurinol başlandığı günden taburcu edilene kadar yapılan kan sayımı ölçümlerinin kronolojik sıralaması.

Laboratuar Bulguları

	1. GÜN	3. GÜN	5. GÜN	19. GÜN
WBC	8.30x10^9/l	6.30x10^9/l	3.04x10^9/l	6.61x10^9/l
NEU#	4.18x10^9/l	4.18x10^9/l	0.33x10^9/l	3.00x10^9/l
LYM#	2.66x10^9/l	2.66x10^9/l	2.07x10^9/l	2.44x10^9/l
KREATİN	1.23 mg/dl	1.00 mg/dl	0.98 mg/dl	0.98 mg/dl
ÜRİK ASİT	14.1 mg/dl	12.0 mg/dl	10.7 mg/dl	4.6 mg/dl

Hastanın önemli tarihlerde yapılan laboratuar verilerinin karşılaştırılması

Tartışma: İlaç kaynaklı agranülositoz, periferik nötrofil sayısının immünolojik veya sitotoksik mekanizmalar nedeniyle 0.5x109/L'nin altına düşmesiyle karakterizedir. Agranülositozun ortaya çıkmasında birden fazla faktör rol oynayabileceğinden, belirli bir ilacın sorumlu olduğuna dair güçlü şüphe uyandıran durumlar ilacın başlanmasını takiben yedi gün içinde veya tedavi sürecinde agranülositoz gelişmesi, ilacın kesilmesinden sonra bir ay içinde nötrofil sayısının 1.5 x10^9 /L'ye ulaşması, ilacın tekrar kullanılmasıyla agranülositozun yeniden ortaya çıkması ve konjenital nedenler, kemoterapi veya yakın zamanda geçirilmiş enfeksiyonlar gibi diğer olası nötropeni nedenlerinin dışlanmasıdır. İleri yaş, ilaç ilişkili agranülositoz için başlıca risk faktörlerinden biridir. İlaç kaynaklı agranülositozun gerçek insidansı bilinmemektedir. Klinik tablo, kullanılan ilaca bağlı olarak değişkenlik gösterir.Allopurinol, gut hastalığı ve hiperüriseminin tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir ksantin oksidaz inhibitörüdür. Ana metaboliti oksipurinol olup, ilacın terapötik etkisinden ve çoğu yan etkisinden sorumludur. Allopurinol aşırı duyarlılığı esas olarak oksipurinole özgü T hücre yanıtı ile gerçekleşmektedir.

Allopurinol aşırı duyarlılığı için risk faktörleri arasında eş zamanlı diüretik kullanımı, böbrek yetmezliği ve HLA-B5801 aleli gibi genetik faktörler yer almaktadır. Olguda yaşın ileri olması, allopurinol başlandığı sırada agranülositoz yapabilecek çoklu ve uzun süreli antibiyotik kullanımının bulunması ve allopurinolün terapötik etkisini ve yan etkilerini arttıran risk faktörleri olan kronik böbrek hastalığının bulunması ve diüretik kullanılması ile ilaç kesildikten sonra agranğlositozun düzelmesi allopurinol ilişkili agranülositoz tanısını işaret etmektedir.

Sonuç: Olgu sunumu, allopurinol tedavisi ile ilişkili şiddetli agranülositoz vakasını tanımlamaktadır. Nadir de olsa, bu advers etki önemli klinik komplikasyonlara yol açabilir. Tedavide allopurinol kullanımı sırasında bu yan etkinin bilinmesi ve özellikle birden fazla kemik iliği baskılayıcı ilaç kullanan ve kronik böbrek yetmezliği bulunan hastalarda kan sayımlarının takibi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: hiperürisemi, allopurinol, agranülositoz

Yayın No: EP-64

Kronik Hemodiyaliz Hastasında Gelişen Tekrarlayan Akut Pankreatit: Olgu Sunumu

Gülfidan ATAN[2], Erol KARAVAR[2], Özge KİTAPÇI[3], Kamil KONUR[1], Hatice BEYAZAL POLAT[1]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[3]Terme Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Son Dönem Böbrek Hastalığı (SDBH) tanılı, hemodiyaliz ya da periton diyalizi ile tedavi görmekte olan hastalarda, hem hastalık hem de tedavi kaynaklı vasküler, metabolik, hematolojik, endokrinolojik ya da gastrointestinal sistemi ilgilendiren komplikasyonlar sık gelişmektedir. Akut pankreatit de bu hastalarda gelişebilecek komplikasyonlardan biridir ve özellikle tedavisinde karşılaşılabilecek güçlükler nedeniyle normal toplumda tespit edilen vakalara göre daha ağır seyretmektedir.

Amaç: Bu olguda hemodiyaliz seansı sırasında gelişen tekrarlayan akut pankreatit vakası ele alınmıştır.

Gereç ve Yöntem: Vaka takdimi yapılmıştır.

Bulgular: Son dönem böbrek hastalığı tanısı ile 7 yıldır haftanın 3 günü hemodiyalize girmekte olan, bilinen 20 yıldır hipertansiyon, 8 yıl önce nefrolitiazis nedenli nefrektomi, 6 yıl önce akut miyokard enfarktüsü(AMI) sonrası koroner arter bypass greft(CABG) operasyonunun olduğu koroner arter hastalığı (KAH) ve 3 yıldır atrial fibrilasyon (AF) tanıları olan 61 yaşında erkek hasta; hemodiyaliz seansı sırasında aniden gelişen ve bulantı kusmanın da eşlik ettiği sol üst kadranda şiddetli ağrı ile acile başvurdu. Kullandığı ilaçlar arasında varfarin, metoprolol, amlodipin, diltiazem, kalsitriol, darbepoetin alfa ve doksazosin bulunduğu görüldü. Öyküsünde özellikle son 3 aydır hemodiyaliz seansları sırasında karın ağrısının olduğunu ama bu kadar şiddetli hiç olmadığını ve 1 yıl önce de pankreatit nedenli hastane yatışının olduğunu belirtti. Fizik muayenesinde tansiyon 140/90, nabız 73, ateş:36.7 solunum sayısı 18 olarak tespit edildi. Batında palpasyonda sol üst kadran ve epigastrik bölgede defans ve rebound olmayan bir hassasiyeti mevcuttu. Solunum seslerinde bazallerde ince ralleri mevcut olmakla birlikte nefes darlığı tariflememekte, sklera ve cilt rengi doğal, kaşıntı tariflememekte. Laboratuvar tetkiklerinde lökositoz, artmış karaciğer fonksiyon testleri ve normalin 10-15 katı arasında artmış serum amilaz ve lipaz değerleri dikkati çekmekte. Hastanın batın tomografisinde "Pankreas dansitesi heterojen olup, pankreas başı ve gövdesi çevresinde inflamatuar dansite artışları izlendi. Görünüm pankreatit ile uyumludur. Pankreasta yağlı atrofik değişiklikler izlendi" şeklinde yorumlanarak pankreatit ile uyumlu bulgular tespit edildi. SIRS Skoru 0 olarak değerlendirilen ve tomografi bazlı skorlama olan Balthazar Skoru da 2 olarak hesaplanan hasta

hafif şiddette akut pankreatit olarak değerlendirilerek servise yatışı yapıldı. Klinik takibinde şikayetleri tamamen geçen hasta yatışının 10. gününde taburcu edildi. Akut pankreatitin geç komplikasyonlarının atlanmaması amacıyla 6 hafta sonra kontrol batın tomografi ile değerlendirilmek üzere poliklinik kontrolüne gelmesi önerildi.

Tartışma: SDBH tanılı hastalarda akut pankreatit prevelansının normal toplumdan daha fazla olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir. Otopsi verileri üzerinde yapılan araştırmalarda ise uzun süredir hemodiyaliz almakta olan üremik hastaların yaklaşık olarak %60 ının pankreaslarında histopatolojik değişimler tespit edilmiştir. Birçok farklı araştırma sonucunda elde edilen verilerle bu hasta grubunda akut pankreatit insidansı %0.06 ile %6 arasında değiştiği görülmekle birlikte periton diyalizi alan grupta hemodiyaliz alan gruba göre akut pankreatit insidansının 5-10 kat daha fazla olduğu bilinen bir istatistiktir. Tedavi prensipleri normal popülasyondaki akut pankreatit vakaları ile aynı şekildedir. Sıvı resüsitasyonu ve altta yatan nedene yönelik tedavi şeklinde iki basamaklı tedavi olarak belirlenebilir. Altta yatan etyolojiye yönelik tedavilerde etyolojide en sık faktör olan safra taşlarına yönelik uygulanabilecek ERCP, yine etyolojide yer alan hiperkalsemi veya hipertrigliseridemi gibi durumlara yönelik spesifik tedaviler sayılabilir. Takip eden hekim tarafından kliniğe göre karar verilecek bir süre hastanın beslenmesinin durdurulması da önemli tedavi aşamalarındandır.

Anahtar Kelimeler: Akut Pankreatit, Kronik Hemodiyaliz, Kronik Böbrek Yetmezliği

Yayın No: EP-65

Antipsikotik Tedavi Sonrası Gelişen Şiddetli Hipertrigliseridemi ve Akut Pankreatit: Bir Olgu Sunumu

Muhammed Ali Coşkuner

Antalya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: İkinci nesil antipsikotik ilaçlar, özellikle olanzapin gibi ajanlar, glukoz ve lipid metabolizmasında bozulmalara yol açabilir. Hipertrigliseridemiye bağlı pankreatit nadir görülmekle birlikte, hayatı tehdit edebilecek düzeyde ciddi bir komplikasyondur. Bu nedenle antipsikotik kullanan hastalarda metabolik parametrelerin izlenmesi büyük önem taşır.

Amaç: Bu olgu sunumunda, olanzapin tedavisi başlandıktan kısa süre sonra gelişen şiddetli hipertrigliseridemi ve buna bağlı akut pankreatit tanısı alan genç bir hastanın klinik sürecini paylaşmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Sunulan olgu, dahiliye kliniğimize başvuran ve klinik, laboratuvar ile görüntüleme bulguları doğrultusunda hipertrigliseridemiye bağlı akut pankreatit tanısı alan 25 yaşında erkek hastanın retrospektif olarak değerlendirilmesiyle sunulmuştur.

Bulgular: Yirmi beş yaşında erkek hasta, epigastrik bölgede şiddetli karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile başvurdu. Yaklaşık üç hafta önce şizofreni tanısıyla olanzapin (10 mg/gün) tedavisine başlandığı öğrenildi. Özgeçmişinde alkol kullanımı, safra taşı ya da bilinen bir dislipidemi öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde epigastrik hassasiyet dışında özellik saptanmadı.Laboratuvar tetkiklerinde amilaz 512 U/L, lipaz 1.280 U/L, trigliserid düzeyi 3.560 mg/dL, total kolesterol 624 mg/dL, glukoz 142 mg/dL ve CRP 76 mg/L olarak saptandı. Karaciğer enzimleri ve kalsiyum düzeyleri normaldi. Abdominal ultrasonografide pankreasta ödem ve peripankreatik sıvı artışı tespit edildi.Hasta aç bırakılarak intravenöz sıvı tedavisi, analjezi ve insülin infüzyonu başlandı. Olanzapin tedavisi derhal kesildi. Plazmaferez planlandı. Trigliserid seviyesi üçüncü günde 500 mg/dL altına düştü ve hastanın klinik durumu belirgin olarak düzeldi. Şikayetleri gerileyen hasta yedinci gün taburcu edildi.

Tartışma: Olanzapin gibi atipik antipsikotikler iştah artışı, insülin direnci ve lipogenez uyarımı yoluyla metabolik sendroma zemin hazırlayabilir. Bu vakada herhangi bir ön risk faktörü olmaksızın, sadece üç haftalık kullanım sonrası gelişen ciddi dislipidemi ve pankreatit, olanzapinin metabolik etkilerini çarpıcı şekilde ortaya koymaktadır. Bu durum, özellikle psikiyatrik tedavi başlanan hastalarda düzenli metabolik izlem gerekliliğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Antipsikotik, Hipertrigliseridemi, Pankreatit, Olanzapin, Metabolik Yan Etki

Yayın No: EP-66

Hiperglisemi Her Zaman Masum mudur?

ÖMER Umut Koçak, Çağla Eyüpler Akmercan

Sultanabdülhamid Han Eah

Giriş: Pankreas duktal adenokarsinomu, erken teşhis stratejisi olmadan kanserden ölümlerin önde gelen tek nedenidir. Retrospektif çalışmalarda, biyokimyasal olarak tanımlanmış diyabeti yeni tespit edilen 50 yaş üstü bireylerin %0,5-1'ine, yeni başlangıçlı hiperglisemi ve diyabet (NOD) kriterlerini karşıladıktan sonraki 3 yıl içinde pankreas duktal adenokarsinomu tanısı konmuştur. Yapılan bazı araştırmalarda yeni tanı diyabet hastalarının pankreas adenokarsinomu açısından taranması gerektiği tartışılmaktadır. (1, 2)Biz olgumuzda sizlere tip 2 diyabetes mellitus tanısı olan, kontrolsüz kan şekeri(hiperglisemi) ile acil servise başvurusu sonrasında pankreas duktal adenokarsinomu tanısı alan hastamızdan bahsedeceğiz.

Olgu: Yetmiş iki yaş erkek hasta, acil servise halsizlik, ağız kuruluğu, bulantı kusma şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde bilinen tip 2 dm hastası olduğu, son 2 ayda 10 kilogram kaybı bulunduğu, oral antidiyabetik tedavisine rağmen kan şekerinin kontrol altında olmadığı öğrenildi. Fizik muayenede patolojik bulguya rastlanmadı. Hastanın yapılan laboratuvar incelemesinde; Glukoz - 481 mg/dL(75 - 106 mg/dL), Total Bilirubin - 0,7 mg/dL, Direkt Bilirubin - 0,24 mg/dL (<0.3 mg/dL), Ürik Asit - 3,7 mg/dL (3,5 - 7,2 mg/dL), AST - 14,6 U/L (<40 U/L), ALT - 19,7 U/L (<41 U/L),, Alkalen Fosfataz (ALP) - 56 U/L (40-130 U/L), GGT - 42 U/L (10-71 U/L), LDH (Laktik Dehidrogenaz) - 176 U/L (135-225 IU/L), Amilaz - 73 U/L (28¬100), Albümin - 44 g/L (3,5 - 5,2 g/dL), Sodyum (Na) - 130 mmol/L (136-145 mmol/L), Potasyum - 4,7 mmol/L (3,5-5,1 mmol/L), Klor (Cl) - 92,8 mmol/L, Kalsiyum (Ca) - 9,17 mg/dL (8,8 - 10,6 mg/dL) , Fosfor(P) - 3,52 mg/dL (2,5 - 4,5 mg/dL), Magnezyum - 1,6 mg/dL (1,8 - 2,6 mg/dL) , CRP (Nef. veya Türbid.) - 9,7 mg/L (<5), Hb A1c (HPLC) - 13,8 % saptandı. Abdomene yönelik yapılan bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde ; Kraciğer parankim ekosu grade I steatoz lehine artmıştır. Pankreas baş komşuluğunda 49x38mm boyutlu heterojen iç yapıda lobüle kontürlü hipoekoik yer kaplayıcı lezyon izlenmiştir (mass?) saptanmıştır. Hasta iler tetkik amacı ve hiperglisemik tedavisinin düzenlenmesi amacıyla dahiliye servisine interne edildi. Hastaya bazal+ bolus insülin tedavisi başlandı. Malignite tetkik amacıyla yapılan MR Kolanjiografi (MRCP) ; ‘Pankreas gövde kesimden kuyruk kesime doğru uzanmış, dinamik incelemelerde hipovasküler karakterde, yaklaşık 70x35 mm boyutlu, portal ven konfluen seviyesine girmiş,portal vende yaklaşık 25 mm'lik segmenti tamamen sarmış, SMA'ya proksimal kesimde yaklaşık 16 mm'lik segmentte yakın yerleşimli ve üstten SMA'ya yaslanmış, çölyak trunkus bifurkasyon seviyesine oturmuş,splenik arteri sarmış, hepatik arteri iç kesimden sarmış, hepatik artere bifurkasyon seviyesinde kısa segmentte girmiş ve sarmalamış malign görünümlü kitle lezyon izlenmiştir.Aorta invazyon saptanmamıştır.’ şeklinde yorumlandı. EUS eşliğinde kitleden histopatolojik tanı amacıyla örnek alındı. Hastaya onkoloji kliniği tarafından kemoterapi planlandı. Takip ve tedavisi devam etmektedir.

Tartışma: Pankreas duktal adenokarsinomu, erken teşhis stratejisi olmadan kanserden ölümlerin önde gelen tek nedenidir. Olgumuzda da olduğu gibi, tip 2 diyabetes mellitus tanısı olan, kontrolsüz kan şekeri(hiperglisemi) ile acil servise başvuran hastalarda mutlaka malignite akla gelmeli ve hastalar taranmalıdır.

Sonuç: tip 2 diyabetes mellitus tanısı olan, kontrolsüz kan şekeri(hiperglisemi) ile acil servise başvuran hastalarda mutlaka malignite akla gelmeli ve hastalar taranmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HİPERGLİSEMİ, DİYABET, PANKREAS CA, ADENOCANCER

Yayın No: EP-67

Anemik Hastada Pulmorenal Sendrom

Sümeyra Koyuncu

Kayseri Şehir Hastanesi

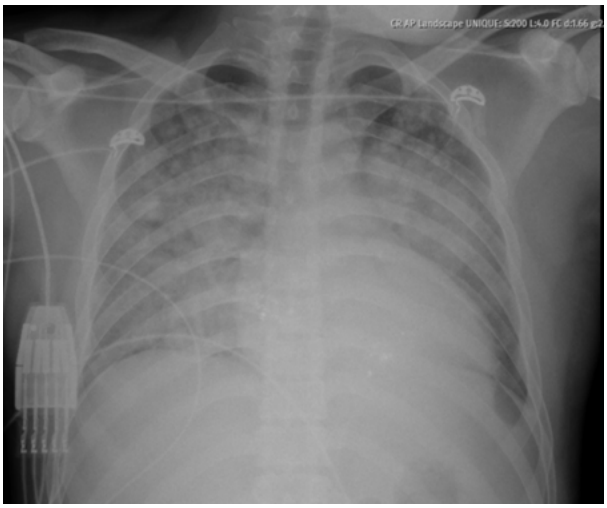
Giriş: Pulmorenal sendrom (PRS), immünolojik mekanizmalarla akciğerlerde alveoler hemoraji ve böbreklerde hızlı ilerleyici glomerülonefrit ile karakterize, hayatı tehdit eden bir klinik sendromdur. PRS genellikle otoimmün hastalıklarla ilişkilidir ve en sık ANCA ilişkili vaskülitler (AİV) ve anti-GBM hastalığı (Goodpasture sendromu) neden olur. Daha nadir olarak sistemik lupus eritematozus (SLE), IgA vasküliti ve diğer bağ dokusu hastalıkları da PRS'ye yol açabilir.Klinik olarak nefes darlığı, hemoptizi, proteinüri, hematüri ve hızla kötüleşen böbrek fonksiyonları ile kendini gösterir. Hastalar çoğunlukla akut böbrek hasarı (AKI) ve hipoksik solunum yetmezliği ile başvurur. Tanıda serolojik testler (ANCA, anti-GBM), akciğer görüntülemesi ve böbrek biyopsisi kritik öneme sahiptir.PRS, hızlı progresyon gösterdiğinden erken tanı ve agresif immünsüpresif tedavi gerektirir. Kortikosteroidler, siklofosfamid veya rituksimab ve plazmaferez gibi tedaviler hastalığın gidişatını belirleyebilir.Bu olgu sunumunda, nefes darlığı ve hemoptizi şikayetleriyle başvuran, böbrek biyopsisinde kresentik glomerülonefrit tespit edilen bir hastanın klinik seyri ve tedavi süreci ele alınacaktır.

Amaç: Bu olguda , nefes darlığı ve hemoptizi ile başvuran genç bir hastada tanımlanan pulmorenal sendromun klinik özelliklerini, tanısal süreçlerini ve tedavi yönetimini vurgulamaktır.Pulmorenal sendrom, hızlı ilerleyen ve hayatı tehdit eden bir durum olup erken tanı ve agresif tedavi gerektirir. genç erkekhastalarda saptanan aneminin mutlaka ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalı

Gereç ve Yöntem: acil servise nefes darlığı ile başvuran 22 yaşındaki erkek hasta

Bulgular: 2 haftadır öksürük balgam şikayetleri olan 22 yaşındakı erkek hasta, nefes darlığı ve hemoptzi şikayeti ile acil servise başvuruyor. Hastanın hemoglobin düşük PA Akc grafisinde hemoptzi saptanması nedeniyle göğus hastalıkları yoğun bakım ünitesine yatırılıyor. Steroid tedavisi veriliyor.Takiplerinde hb düşmesi devam etmemesi üzerine taburcu ediliyor. Poliklinik kontrolünde Cr yüksek saptanması üzerine nefroloji servisine yatırılıyor. Böbrek bx yapılıyor. Pulmonorenal sendrom ön tanısı ile hastanın otoimmün tetkikleri isteniyor. Hastanın böbrek bx: kresentik glomerülonefrit olarak geliyor ve Anti gbm antikoru pozitif saptanıyor. Hastaya IV siklofosfamid ve pulse steroid tedavisi başlanıyor. Takiplerinde Cr geriliyor. Hemoptizi düzeliyor.

PA Akc grafisi



hemoglobin

↓	HGB	9.4	13
↓	HGB	8.2	13
↓	HGB	8.3	13
↓	HGB	8.9	13
↓	HGB	9.6	13
↓	HGB	9.8	13
↓	HGB	9.7	13
↓	HGB	9.1	13
↓	HGB	9.2	13
↓	HGB	9.2	13
↓	HGB	8.1	13
↓	HGB	8.5	13
↓	HGB	9.7	13
↓	HGB	6.5	13
↓↓	HGB	5.5	13
↓	HGB	6.8	13

böbrek fonksiyonları

↑	Kreatinin	1.39
↑	Kreatinin	1.50
↑	Kreatinin	1.76
↑	Kreatinin	1.74
↑	Kreatinin	2.20
↑	Kreatinin	2.04
↑	Kreatinin	1.63
↑	Kreatinin	1.62
↑	Kreatinin	1.73
↑	Kreatinin	1.81
↑	Kreatinin	1.33
↑	Kreatinin	1.46
↑	Kreatinin	1.25
↑	Kreatinin	1.50
↑	Kreatinin	1.51

Tartışma: Pulmorenal sendrom, hızla ilerleyen glomerülonefrit ve alveoler hemoraji ile karakterize, yaşamı tehdit eden bir sendromdur. Bu olguda, nefes darlığı ve hemoptizi ile başvuran genç bir hastada kresentik glomerülonefrit saptanmış ve ANCA ilişkili vaskülit/anti-GBM hastalığı ayırıcı tanıda değerlendirilmiştir.Hastalığın erken tanınması, ANCA ve anti-GBM serolojisinin hızlı değerlendirilmesi ve böbrek biyopsisi ile kesin tanıya ulaşılması kritik öneme sahiptir. Tedavide, yüksek doz kortikosteroidler, immünsüpresif ajanlar (siklofosfamid/rituksimab) ve ağır vakalarda plazmaferez uygulaması temel yaklaşımlardır.Bu vaka, pulmorenal sendromun genç hastalarda da görülebileceğini ve agresif immünsüpresif tedavi ile klinik iyileşme sağlanabileceğini göstermektedir. Ancak, geç tanı ve tedaviye yanıt vermeyen olgularda böbrek yetmezliği ve solunum yetmezliği gelişme riski yüksek olup, erken müdahale hayat kurtarıcıdır.

Anahtar Kelimeler: anemi, RPGN, pulmorenal

Yayın No: EP-68

Nadir Bir Klinik Olgu: Bilateral Adrenal Tutulum ile Seyreden Primer Adrenal Lenfoma

Duygu Sanay[1], Mehmet Orhan Ayyıldız[2], Esra Pirinççi[2], Gülizar Tekçe[3], Zafer Pekkolay[3], Alparslan Tuzcu[3], Dilek Geneş Kaya[3]

[1]Dütf İç Hastalıkları
[2]Dütf Hematoloji
[3]Dütf Endokrinoloji

Giriş: Primer adrenal lenfoma (PAL) son derece nadir görülen agresif seyirli lenfomadır. Tüm Non-Hodgkin lenfomaların %1'inden azını oluşturmakta ve ağırlıklı olarak ileri yaş erkeklerde görülmektedir. En sık görülen histolojik tipi diffüz büyük B hücreli lenfomadır. Primer adrenal lenfoma nadir görülmesi nedeniyle klinik, patolojik özellikleri ve tedavi seçenekleri ayrıntılı olarak açıklanamamıştır. Başvuru semptomları arasında ateş, kilo kaybı, karın ağrısı, bel ağrısı ve/veya adrenal yetmezlik semptomları yer almaktadır. PAL tedavisinde diğer lenfoma tiplerinde kullanılan tedavi rejimleri tercih edilmektedir. Prognozu genellikle kötüdür, hastaların yalnızca üçte biri tedaviden sonra tam veya kısmi remisyona ulaşabilirmektedir ve uzun süreli remisyon nadirdir. Olgumuzda da karın ağrısıyla başvuran hastanın bilateral adrenal kitlesi saptanmış olup yapılan biyopsi sonucu yüksek grade B hücreli lenfoma olarak raporlanmıştır

Amaç: üm bunların sonucunda , özellikle ileri yaşta ve büyük sürrenal kitleleri olan hastalarda PAL dan şüphenilmelidir

Gereç ve Yöntem: olgu

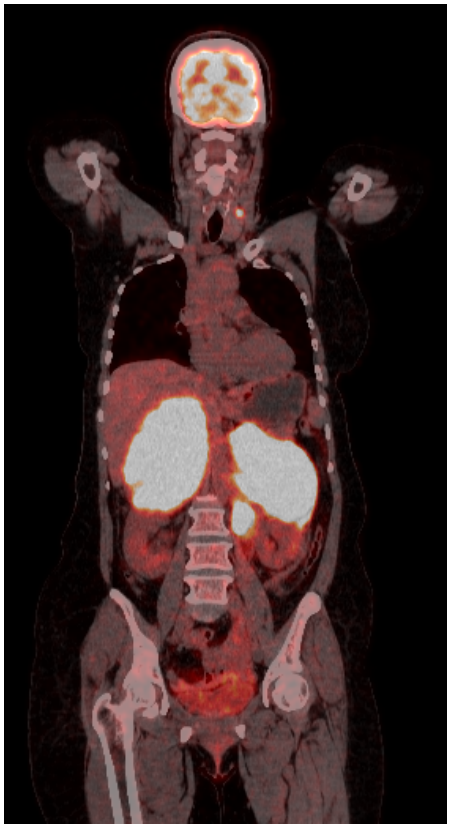
Bulgular: 47 yaşında kadın hasta son 6 ayda yaklaşık 20 kilo kaybı ve son bir aydır var olan karın ağrısı şikâyetleri ile başvurduğu sağlık merkezinde abdominal ultrasonografi (USG)'de Sağ sürrenal loj düzeyinde yaklaşık 160x65 mm ebatlı, Sol sürrenal loj düzeyinde büyüğü yaklaşık 165x80 mm ebatlı solid kitleler saptanması üzerine kliniğimize başvurdu. Baş ağrısı, hipertansiyon atakları, flashing ttariflemeyen olgunun fizik muayenesinde arteriyel kan basıncı 110/70 mmHg, batında distansiyon ve ele gelen kitle mevcuttu. Lenfadenopati ve cilt hiperpigmentasyonu yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde böbrek fonksiyon testleri normal, sodyum:139 mmol/L, potasyum:4.1 mmol/L, LDH: 597 U/L ,hemoglobin: 12.1 g/dL ,platelet: 283 10e3/uL ,WBC:5.88 10e3/uL , sabah kortizol düzeyi:13 µg/dL, adrenokortikotropik hormon (ACTH) düzeyi:153 pg/mL, deksametazon supresyon testi sonrası kortizol düzeyi: 1.1 µg/dL, renin:1.16 ng/mL/saat , aldosteron:2.2 ng/dL, yirmi dört saatlik idrarda metanefrin, normetanefrin ve vanilmandelik asit düzeyleri normal idi. Dinamik fazda çekilen adrenal bilgisayarlı tomografide sağ adrenal lojda 13 cm çapında sol sürrenal glanddan kaynaklandığı düşünülen yaklaşık 11 cm çapında heterojen iç yapıdanodüler lezyon mevcuttu. (Şekil-1)

Mutlak yıkama yüzdesi <%60 olması nedeniyle hastaya pozitron emisyon tomografi-bilgisayarlı tomografi (PET-BT) çekildi. Bilateral adrenal kitlelerde yoğun FDG tutulumu gösterildi (Şekil-2). Ultrasonografi eşliğinde hastanın surrenal kitlesinden biyopsi alındı. Yüksek dereceli B hücreli lenfoma olarak raporlandı. (bcl2, bcl6, cd20, c-myc :pozitif , cd5, cd10, cd3, kromogranin, siklin d1, tdt :negatif) .Ki-67 (MIB-1 antijeni) ile tespit edilen proliferatif fraksiyon : % 80di. Hastaya kemoterapi kombinasyonu DA-EPOCH-R (rituksimab-etoposid-prednol-vinkristin-siklofosfamid-doksorubisin) kürü başlandı.

(Şekil-: Bilateral sürrenal kitle)



(Şekil-2: Bilateral sürrenal kitlenin FDG tutuumu)



Tartışma: PAL, tüm NHL vakalarının %1'inden daha azını oluşturan nadir bir primer adrenal neoplazidir [1]. Adrenal bezin primer diffüz büyük B hücreli lenfoması (PADLBCL), kötü prognoza sahip nadir bir malign tümör olmakla beraber patogenezi belirsizdir.. (2). Oldukça nadir görülen ancak agresif seyirli olan bu lenfomanın litertürde en geniş incelemesinde 200 den az vaka bulunmuştur (3). Agresif seyir göstermesi ve kemoterapi ile hastalığın kalıcı olarak kontrol altına alınamaması nedeniyle prognozu oldukça kötüdür [4]. Tüm bunların sonucunda , özellikle ileri yaşta ve büyük sürrenal kitleleri olan hastalarda PAL dan şüphenilmelidir. Ancak tipi olmayan prezentasyonların da mevcut olabileceği akılda tutulmalıdır.Klinik ve görüntülemelerde PAL şüphesi olan hastalarda adrenal fonksiyonel değerlendirme yapıldıktan sonra USG eşliğinde kitleden biyopsi yapılmalıdır. Böylece morbiditesi ve mortalitesi yüksek olan gereksiz bilateral sürrenalektomiden kaçınılmasına ve PAL gibi erken tedavi gerektiren hastalığın tanısının gecikmemesine yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: BİLATERAL ADRENAL KİTLE, PRİMER ADRENAL LENFOMA

Yayın No: EP-69

Hepatik adenomdan hepatosellüler karsinoma: Olgu sunumu

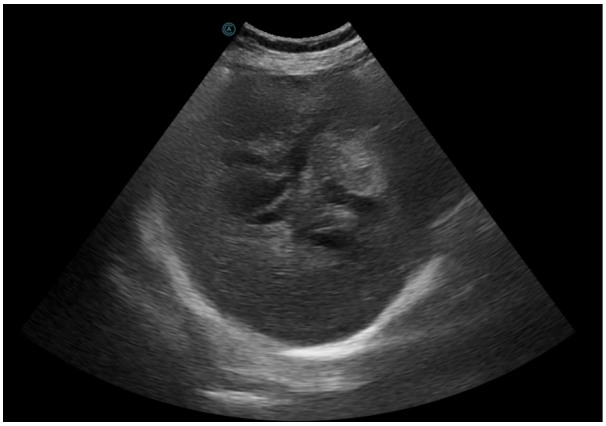
Mert Özdemir, Fadime Yılmaz, Mehmet Guri Tekin, Gökhan Tazegül

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

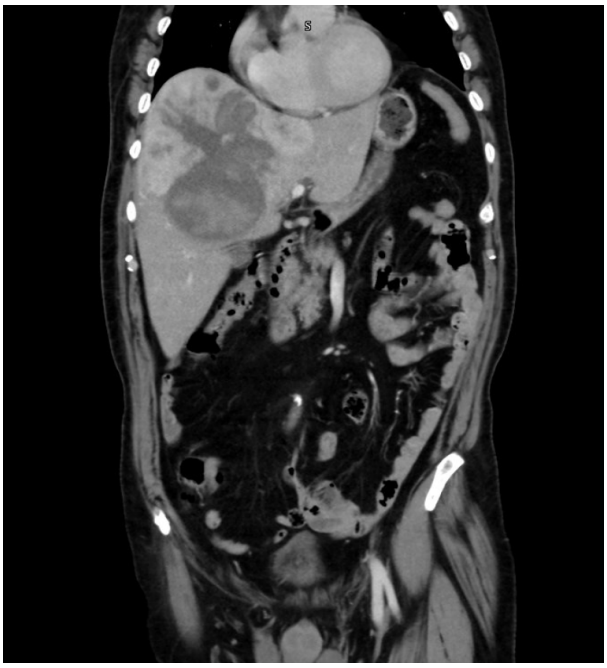
Giriş: Hepatik adenomlar kadınlarda daha sık görülen benign tümörlerdir. Erkek cinsiyet, β-catenin mutasyon bulunması, adenom boyutunun >5 cm olması durumlarında hepatik adenomların hepatoselüler karsinoma transforme olma olasılığı artar. Bu olgu sunumunda, büyük bir hepatik adenom içerisinde hepatosellüler karsinom odakları saptanan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 70 yaşında erkek hasta halsizlik ve yorgunluk şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş. Yapılan tahlillerinde ALP 600 U/L, GGT 328 U/L, CRP 137 mg/L ve sedimentasyon 120 mm/saat saptanan hasta, ileri tetkik için tarafımıza yönlendirildi. Poliklinikte POCUS değerlendirmesi yapılan hastada karaciğerde 13 cm'lik kitle görülmesi üzerine (Figür 1), çekilen kontrastlı batın BT'de karaciğer segment 4A ve 8'i büyük oranda kaplayan, 14x10 cm boyutlu, düzgün sınırlı lobüle konturlu, içerisinde yaygın kanama alanları içeren, kontrast sonrası arteriyel fazda yoğun heterojen kontrastlanan ve geniş nekroz alanları içeren kitlesel lezyon saptandı (Figür 2). Hepatik adenom olarak değerlendirilen hastada, PET-BT'de karaciğer segment 4A ve 8'de en geniş yerinde 103 mm çapa ulaşan içerisinde genişçe hiperdens-ametabolik alanlar gözlenen lezyonun periferinde, geç görüntülerde belirginleşen, malignite düşündüren, hafif-orta düzey hipermetabolizma izlenen (SUVmax:4.51) odaklar saptandı (Figür 3). Hepatoselüler karsinom şüphesi olan olguda, hipermetabolik alandan yapılan biyopside, yoğun p53 ekspresyonu ve yüksek Ki-67 indeksi (%30) saptanan hastanın bulguları iyi diferansiye hepatoselüler karsinom ile uyumlu saptandı. Hasta ilk değerlendirmede inoperabl kabul edildi, tümör boyut küçültmesi açısından transarteryel kemoembolizasyon ve üç ay sonrasında eksizyonel cerrahi uygulandı.

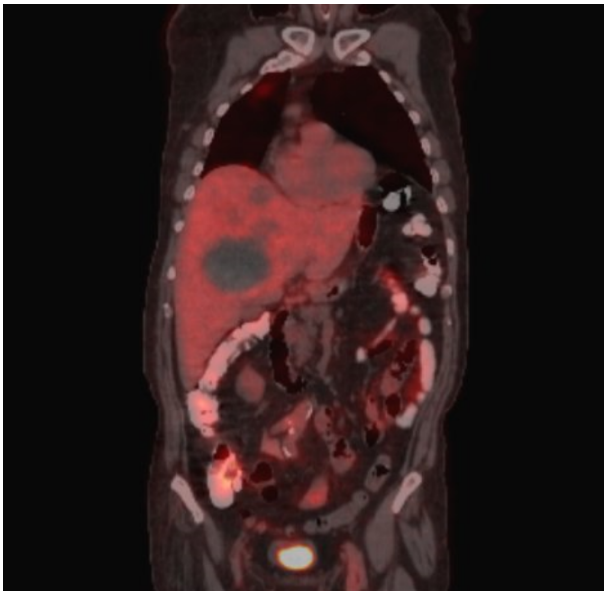
POCUS



Batın BT



PET-BT



Tartışma: Hepatik adenomların yaklaşık %4-8'inde malign transformasyon meydana gelmektedir, hepatoselüler kansere transforme olan hepatik adenomlarda malignitenin vasküler invazyon veya satellit lezyon olma ihtimali klasik hepatoselüler kansere göre daha düşüktür. Hepatik adenomlarda erkek cinsiyet, >5 cm olma, β-catenin mutasyonu bulunması durumlarında hepatoselüler karsinom gelişme olasılığı artar. Ancak adenom zemininde gelişen hepatoselüler kanserin radyolojik ve patolojik tanısı zordur. Olgumuzda PET-BT, malign potansiyeli olan lezyonları göstermesi açısından faydalı olabilir.

Sonuç: Hepatik adenomlar zemininde gelişen iyi diferansiye hepatoselüler karsinomların radyolojik ve patolojik tanısı zorludur. Risk faktörü olan hastaların malign transformasyon açısından takibi gereklidir; şüphe halinde PET-BT tanısal katkı sunabilir.

Anahtar Kelimeler: Ayırıcı tanı, hepatik adenom, hepatoselüler kanser, malign transformasyon

Yayın No: EP-70

Bilateral Alt Ekstremitede Palpabl Purpura, Nekrozitan Lezyonlar ve Şişlik ile Başvuran Hasta: Olgu Sunumu

Murat Ay

Kütahya Şehir Hastanesi

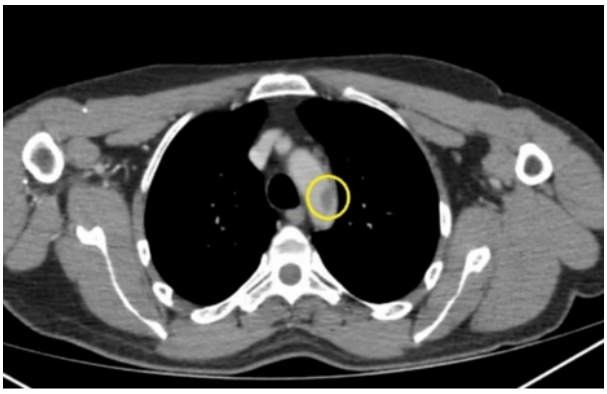
Giriş: Purpura eritrositlerin deri içerisine sızması sonucu oluşan, kanamalı olmayan cilt, mukozal ve serozal yüzeylerde görülebilen lezyonlarıdır. Palpabl purpura, ciltten kabarık, yuvarlak veya oval şekilli, kırmızı ve/veya mor papüller veya plaklardan oluşurken, retiform purpura ise köşeli veya geometrik şekle sahip bazen dallanabilen lezyonlar olarak tariflenir. Purpuralar, kutanöz vasküler yapılarında tam vasküler oklüzyon ve vasküler hasarın bir sonucu olarak gelişir. Vakada yakın zamanlı üst solunum yolu enfeksiyonu nedenli semptomatik ilaç kullanım öyküsü olması, tipik sistemik tutulum bulgularının görülmemesine rağmen uygulanan görüntülemelerde yaygın trombüslerin enfarktların görülmesinin ayırıcı tanılarda literatürde görülen nadir ilaç ilişkili vakalardan sistemik görülebilen hastalıklara kadar olan spektrumu kapsayacak şekilde vakaya yaklaşım ve vakanın yakın takip uygulanmasının ayırıcı tanı ve hızlı tedavi gerektirebilen süreçlerdeki önemini ortaya koyduğu düşünülmektedir.

Olgu: 49 yaş erkek, bilinen kronik hastalık öyküsü ve düzenli ilaç kullanım öyküsü yok. Hastanın fizik muayene bulgularında, hastada poliartralji saptandı, hastada intestinal anjina olmadığı tespit edildi ve bilateral ayak bilekleri ve bilateral alt ekstremite ön yüzden başlayıp femur ve üst ekstremiteye kadar uzanım gösteren basmakla solmayan palpabl purpuralar ve bilateral ayak bileklerinde krutlu nekrotizan lezyonlar tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerinde; CRP: 294.9 mg/dL, Sedimentasyon: mm/saat, kreatinin: 1.1 mg/dL, IgA: 466 mg/dL, D-dimer: 21.9 mg/L, lökosit(WBC): 16.880 103 uL, hipokomplementemi yok, Anti-ds DNA negatif, ANA ve ANA-blot paneli negatif, ANCA negatif, Quantiferon negatif, Antifosfolipid antikor sendromu(AFAS) açısından tetkikleri negatif, trombofiili paneli negatif, 24 saatlik idrarda 0.87 gram/gün proteinüri olarak saptandı. Toraks tomografi bulgularında, arkus aorta distalinde sol subklavyen arter orijin düzeyi komşuluğunda aksiyel planda yaklaşık 17x8 mm yüzen trombüs görünümü; Abdomen tomografi bulgularında, Dalak üst pol medialinde yaklaşık 35x33 mm dalak enfarktı; sağ böbrek alt pol korteks ve medullayı etkileyen enfarkt tespit edildi. Hastaya renal biyopsi uygulandı ve arkuat arterde trombüs ve immünfloresan bulguları ile birlikte IgA-nefropatisi bulguları düşünüldü. Punch biyopsi patoloji raporunda hem damar duvarlarında hem stromada seyrek eozinofil içeren şiddetli polimorf nüveli lökosit infiltrasyonu izlendi. Vaskülit olarak değerlendirildi. Tedavide, hastaya antikoagülan ajan olarak Varfarin, antiproteinürik etki açısından Ramipril, immünüpresif olarak 0.5 mg/kg/gün Metilprednizolon taper planı ile devam edildi ve Siklofosfamid+MESNA başlandı. Tedavi protokolü sonrasında hastanın purpurik döküntüleri ve nekrotizan lezyonlarında anlamlı klinik gerileme oldu, akut faz reaktanları ve proteinüri normal düzeyde olarak saptandı.

Resim-1. Bilateral alt ekstremitede krutlu nekrotizan lezyonlar(solda) ve palpabl purpuralar(sağda)



Resim-2. Arkus aorta distalinde sol subklavyen arter orijininde trombüs



Resim-3. Sağ böbrek alt pol ve medulla bölgesinde enfarkt alanları



Tartışma: IgA-vaskülitinde klinik olarak özellikle poliartralji, abdominal kramp ve intestinal anjina, palpabl purpura ve renal tutuluma sekonder mikroskopik hematüri ve genelde nefrotik düzeyde olmayan proteinüri görülebilmektedir. Olguda başvuruda palpabl purpura, poliartralji ve proteinüri görülmekle birlikte, prezantasyonda mikroskopik hematüri ve abdominal kramp bulgularına rastlanmadı ve ek olarak görüntülemelerinde yaygın trombüsler bulundu. Vaskülitler, maligniteler, bağ doku hastalıkları ve herediter nedenler gibi birçok hastalıkta

tromboz görülebilmesine karşın literatürde IgA vasküliti ilişkili tromboza ve özellikle trombüs ile prezante olan IgA vasküliti vakalarına nadiren rastlanmaktadır.

Sonuç: IgA-vasküliti, daha az sıklıkta da olsa erişkin çağda da görülebilmekte olup tipik abdominal kramp, artralji, palpabl purpura ve renal tutulum klinik tetradı ile prezante olmamaktadır. Özellikle trombüs formasyonlarının yaygın olarak gözlendiği IgA-vasküliti vakalarına nadir olarak rastlanmaktadır. Lokalize bulguların sistemik açısından değerlendirilmesinin ve sistemik bulgulara etiyolojik açıdan yaklaşırken nadir görülen tüm sistemik nedenlerin de göz önünde bulundurulması ve klinik bulguların ve gözlemin yakın analizinin teşhis ve erken tedavi sürecinde önemi anlaşılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Palpabl Purpura, Vaskülit, trombüs, enfarkt

Yayın No: EP-71

Geriatrik Hastalarda Diyabetes Mellitus, Hipertansiyon Hastalıkları Arasındaki Prevelans İlişkisi ve Kardiyovasküler Hastalıklar Üzerine Etkileri

Hakkı Hamid Doğru

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Diyabet mellitus ve hipertansiyon, yaşlı yetişkinlerde (65 yaş ve üzeri) sık görülen kronik hastalıklardır ve bu iki hastalığın birlikte görülmesi oldukça yaygındır. Her iki hastalık da kardiyovasküler hastalık riskini artırır, bu nedenle yaşlı nüfusta bu hastalıkların prevalans ilişkisi ve kardiyovasküler hastalık üzerindeki etkilerini anlamak, efektif yönetim stratejileri geliştirmek için kritik öneme sahiptir.

Amaç: Bu makale, amacı; bir bu hastalıkların prevalansını, aralarındaki ilişkiyi ve kardiyovasküler sistem üzerindeki etkilerini incelemektedir.

Gereç ve Yöntem: İç Hastalıkları polikliniğe başvuran ve içlerinden randominize seçilen 65 yaş üstü 1255 hastada (Mart 2024 ve Eylül 2024 arası) kadın erkek oranı eşite yakın bir çerçevede belirlenen bir popülasyon tarandı.Ananmnez, dosya bilgisi ve geçmişe yönelik raporlar tarandı.Hastalar hipertansiyon , Diyabetes mellitus hastalıklarından en az birine eşlik eden veya hiç eşlik etmeyen olarak gruplandırıldı.

Bulgular: Erkek hasta oranı %50,8 , kadın hasta oranı %49,2 idi.Toplam 65 yaş ve üzeri yetişkinlerde diyabet prevalansı yaklaşık %24.2, hipertansiyon prevalansı ise %69,3 olarak saptandı.Burada kadın ve erkek ayrı oranlama yapıldığında benzer istatiksel sonuçlar vardı.Ayrıca bu iki hastalığın birlikte görülme prevelansı %15,5 idi.Dikkat çekici bulgu bu iki hastalığın beraber olduğu popülasyonda kardiyovasküler hastalık ve koroner geçmiş hastaları %78,2 sinde vardı. Bu oran, bu hastalıkların sık sık birlikte ortaya çıktığını ve komorbidite yükünün yüksek olduğunu göstermektedir.

Tartışma: Bulgular, diyabet ve hipertansiyonun yaşlı yetişkinlerde önemli bir sağlık yükü oluşturduğunu ve kardiyovasküler hastalıklar üzerindeki etkilerinin derin olduğunu göstermektedir.Kapsamlı yönetim ve önleyici önlemler, bu riskleri azaltmak ve bu büyüyen popülasyonda sağlık sonuçlarını iyileştirmek için kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetes mellitus, Geriatri, hipertansiyon

Yayın No: EP-72

Rino-Orbito-Serebral Mukormikoz Olgusu

Elif Şen, Deniz Temeller, Gökhan Köker

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Abd

Giriş: Mukormikoz, bağışıklık sistemi baskılanmış bireylerde ortaya çıkan, ölüm oranı yüksek olan nadir bir mantar enfeksiyonudur. En sık görülen beş klinik formu; rino-orbito-serebral, pulmoner, kutanöz, gastrointestinal ve dissemine olmak üzere sınıflandırılır. Özellikle terminal evre kanser, solid organ nakli ve edinsel immün yetmezlik gibi durumlarda dissemine ya da pulmoner, diyabetik hastalarda ise rino-orbito-serebral form (ROSC) daha belirgin şekilde gözlenmektedir.

Amaç: Bu çalışma, dahiliye servisimizde takip edilen diyabetik bir hastada rino-orbito-serebral mukormikoz vakasının prospektif olarak incelenmesini amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Servisi'nde takip edilen diyabetik mukormikoz olgusunu değerlendiren prospektif bir vaka analizidir. Hastanın klinik öyküsü, fizik muayene bulguları, laboratuvar sonuçları, mikrobiyolojik kültür testleri, radyolojik görüntüleme sonuçları ve uygulanan tedavi süreçleri incelenmiştir.

Bulgular: 20 yıllık diyabet öyküsü bulunan 70 yaşındaki erkek hasta, sol gözde şişlik ve bulanık görme şikayetleriyle acil servise başvurmuştur. Hastanın ateşi 38°C, laboratuvar değerleri ise CRP: 218 mg/L, WBC: 16.000/mm^3 ve HbA1c: 9.6 olarak saptandı. Endoskopik incelemede, sol nazal pasajda yaygın siyah renkli krut saptanmış ve bu bulgu mukormikoz tanısını desteklemiştir. Hastaya lipozomal amfoterisin B tedavisine başlandı. Kulak Burun Boğaz tarafından değerlendirilen hastaya ethmoidektomi ve sol maksiller nekrotik dokuların debridmanını gerçekleştirildi; orbital bölgeye ilerlemenin tespit edilmesi üzerine Göz Hastalıkları değerlendirmesi sonrasında sol göz enükleasyonu uygulandı. Ek olarak, seftriakson ve vankomisin ile antibiyotik tedavisi başlatılmıştır. 6 haftalık intravenöz tedavinin ardından hastanın klinik durumu stabil seyreden hastaya; posakonazol ve sefiksim ile idame tedavisi uygulandıktan sonra hasta taburcu edildi. Diyabet yönetimi kapsamında hastanın mevcut oral antidiyabetik tedavisi bazal-bolus insülin tedavisi şeklinde düzenlendi. Taburculuktan bir hafta sonra halsizlik, oral alım bozukluğu, konuşma bozukluğu, bilinç değişiklikleri, ateş şikayetleriyle acil servise yeniden başvuran hasta, operasyon bölgesinde kızarıklık, ısı artışı olması, laboratuvar testlerinde kreatinin 3.14 mg/dl (taburculukta 1.17), CRP 148 mg/L saptanması üzerine yara yeri enfeksiyonu, akut böbrek yetmezliği tanıları ile hospitalize edildi. Antibiyotik tedavisi genişletilmiş; piperasilin-tazobaktam, seftriakson ve antifungal ajan olarak amfoterisin B başlandı. Ancak, amfoterisin B'ye bağlı gelişen alerjik reaksiyon sonrasında tedaviye posakonazol ile devam edildi. Takibinde, yara kültüründe Stenotrophomonas maltophilia üremesi olan hastanın piperasilin-tazobaktam tedavisi kesilip, tigesiklin ve levofloksasin tedavisine geçildi. Kontrol kültürlerinde aynı etkenin devamı akut faz reaktan yüksekliği devam

eden hastanın mevcut tedavi rejimine 160 mg trimetoprim ve 800 mg sülfametoksazol eklendi. Vital bulguları düzelen, akut faz reaktanları gerileyen, böbrek fonksiyonları düzelen hasta; levofloksasin, trimetoprim-sülfametoksazol ve posakonazol tedavileriyle taburcu edildi.

Mukormikozis



Tartışma: Rino-orbito-serebral mukormikoz, sporların inhalasyonu ile başlayıp, sinonazal tutulum sonrası gelişen anjiyo-invazyon neticesinde arter trombozları ve doku nekrozuna yol açar. Bu durum, orbita ve beyne hızla ilerleyerek; göz hareketlerinde kısıtlılık, görme kaybı, proptozis ve kraniyal sinir paralizileri gibi ciddi klinik belirtilere neden olmaktadır. Sfenoid sinüsler üzerinden kavernöz sinüslere yayılım ise kraniyal sinir felçleri, sinüs trombozu ve karotis arter tutulumu riskini artırır. Ayrıca, diyabet gibi kan şekeri kontrolünü zorlaştıran durumlar hastalığın kontrolünü daha da güçleştiren etkenlerdendir. Tedavide ilk tercih lipozomal amfoterisin B (5 mg/kg/gün) olup, durumun ciddiyetine göre doz 5-10 mg/kg/gün aralığına çıkarılabilmektedir. Mukormikoz, tanı ve tedavi stratejilerindeki ilerlemelere rağmen yüksek mortalitesi nedeniyle, risk altındaki hastalarda erken tanı, altta yatan hastalıkların etkin kontrolü, yüksek doz antifungal tedavi ve zamanında cerrahi debridmanın kritik öneme sahip olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Mukormikozis, Diyabetik ketoasidoz, Rino-orbito-serebral mukormikoz

Yayın No: EP-73

Behçet Hastalığında Nörolojik Tutulum; Nörobehçet

Ömer Yıldırım, Kemal Ozan Lüle, İbrahim Fuat Yalman, Hamit Yıldız

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

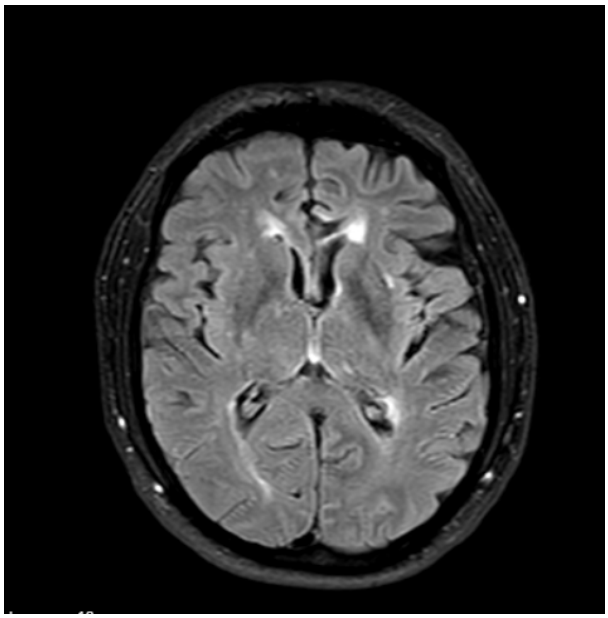
Giriş: Behçet hastalığı, kronik, poligenik, otoinflamatuar multisistemik bir hastalıktır. Otoimmun kaynaklı olduğu düşünülen bu hastalıkta tekrarlayan oral ve genital aftlar, artrit, kutanöz lezyonlar, göz lezyonları, gastrointestinal tutulum ve santral sinir sitemi (SSS) tutulumuyla karakterizedir. Nadir bir prezentasyon olsa da SSS tutulumu, anevrizma ve trombozlara bağlı olarak nörobehçet durumu açısından dikkatli olunmalıdır. Bu durum morbidite ve mortalitenin önemli nedenleri arasında yer almaktadır (1).

Amaç: Behçet hastalığının nörolojik tutulumu konusunda farkındalığın sağlanması

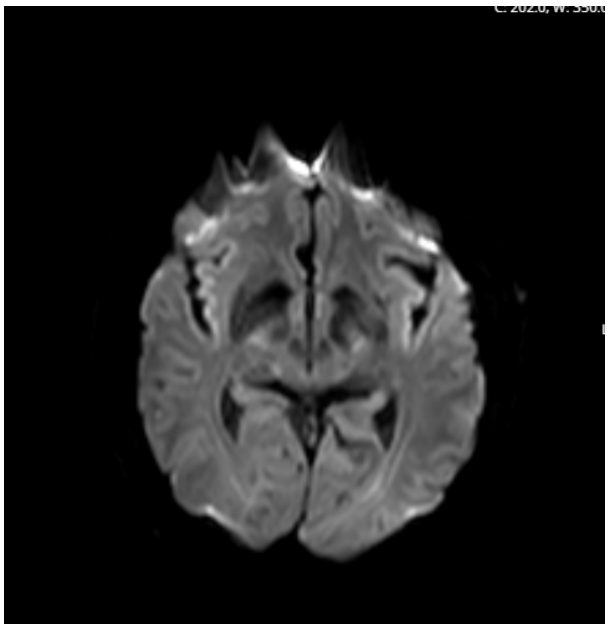
Gereç ve Yöntem: Olgu, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde takip edilen bir hastaya aittir. Hastanın verileri retrospektif olarak hasta dosyası ve otomasyon sisteminden sağlanmıştır. Tanı sürecinde yapılan fizik muayene, laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri ve ilgili branşların değerlendirmeleri dikkate alınmıştır. Multidisipliner yaklaşım ile tanı konulmuş ve tedavi süreci planlanmıştır, hasta tarafımızca takip edilmektedir. Olgu sunumu için hastadan bilgilendirilmiş onam alınmış olup, kişisel verilerin gizliliği korunmuştur.

Bulgular: 54 yaş erkek hasta, dahiliye polikliniğine 1 haftadır olan sağ el parmaklarında uyuşma, konuşurken zorlanma, son dönemlerde artan tansiyon ölçümleri sebebiyle başvurdu. Bilinen hipertansiyon(HT), kronik böbrek hastalığı(KBH) tanıları mevcuttu. Hastanın yaklaşık 8-9 yıldır olan eklemlerinde şişlik öyküsü bulunmaktaydı. Başvuru esnasında tansiyon 230/120 olarak ölçüldü. Tansiyon regülasyonu amacıyla servise yatırıldı. Semptomları ve hipertansif olması sebebiyle hastaya serebrovasküler hastalık(SVH) ön tanısı ile kraniyal BT ve diffüzyon MR görüntülemeleri yapıldı. MR'da sol talamik düzeyde diffüzyon kısıtlaması mevcuttu. Nöroloji konsültasyonu sonrası, hasta subakut SVH olarak değerlendirildi ve klopidogrel tedavisine başlandı. İntravenöz nitrogliserin infüzyon ile hastanın tansiyonu SVH protokolüne göre düzenlendi. Hastanın tedavisinin 8. gününde sol kolda ve dirsekte artrit ile uyumlu şişlik gelişti. Akut artrit açısından tetkik edildi, septik artrit ve brucella dışlandı. Laboratuvar tetkiklerinde CRP ve sedimantasyon yüksekliği bulundu. ANA, CCP, RF, ANTİ-SSA, ANTİ-SSB negatif bulundu. Hastada behçet hastalığından şüphelenilerek HLA- B51 genetik tetkiği yapıldı, pozitif olarak sonuçlandı. Artrit bulgularının eşlik ettiği behçet hastalığı tanısı olan hastaya hidroksiklorokin, metotreksat, folik asit, leflunomid, metilprednisolon, asetilsalisilik asit tedavisi başladı. Artrit bulguları azaldı. Nörobehçet tanısı ile takiplerine devam edildi.

Kranyal görüntülemeler



Kranyal görüntülemeler



Tartışma: Küçük, orta ve büyük çaplı damarları etkilenebilir (2). Vasküler tutulum, Behçet hastalığında morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerindendir (3). Behçet hastalığında nörolojik tutulum sıklığı %2.2 ile %47 arasında değişmektedir (4). Behçet hastalığının tanısı, uluslararası Behçet çalışma grubunun belirlediği klinik bulgulara dayanan kriterler ile konur. Ancak, tanı koymak için özel bir laboratuvar testi yoktur. Tanı kriterlerine uyan klinik bulguların henüz ortaya çıkmadığı hastalığın erken dönemlerinde veya nörolojik tutulumla başlayan

durumlarda laboratuvar desteği gereklidir (5). Behçet hastalarının yaklaşık yarısında, özellikle alevlenmeler sırasında, erozyonsuz, asimetrik, genellikle deforme olmayan bir artrit görülür. Artrit en sık diz, ayak bileği ve bilek gibi orta ve büyük eklemleri etkiler (6). Birçok hastada, artrit aralıklıdır ve bir ila üç hafta sürer, ancak belirtileri kalıcı olabilir (7). Behçet hastalığında, merkezi sinir sistemi (MSS) tutulumları, parankimal ve non-parankimal olmak üzere sınıflandırılır ve genellikle periferik sinir sistemi tutulumundan daha sık görülür. MSS tutulumu, sinir sisteminin tüm bölümlerini etkileyebilir ve genellikle parankimal yapılar üzerinde sıklıkla odaklı tutulum veya yaygın hafif bir inflamasyon şeklinde görülür. En sık etkilenen bölgeler ise beyin sapı, bazal ganglionlar, talamus ve internal kapsül gibi alanlardır(8).Olgumuzda olduğu gibi Behçet hastalığı oral aft genital ülser gibi klasik tutulumlardan ziyade nörolojik tutulumlar ile de belirti verebilir.

Anahtar Kelimeler: behçet, nörobehçet, artrit, serebrovasküler hastalık

Yayın No: EP-74

Normokalsemik Hastada Tekrarlayan Üriner Sistem Taşları: Paratiroid Adenomu Olgusu

Ahmet Serdaroğlu[1], İbrahim Erbay[1], Kamil Konur[2]

[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Rize

Giriş: Giriş ve amaç: Paratiroid bezinin fonksiyonel bozuklukları, klinik pratikte çeşitli endokrin hastalıklar ve üriner sistem taşları ile ilişkilendirilebilir. Paratiroid adenomu, genellikle hiperparatiroidi ve hiperkalsemi ile karakterize edilen ancak normal serum kalsiyum (Ca) seviyeleriyle de görülebilen bir hastalıktır.

Amaç: Tekrarlayan üriner sistem taşları, paratiroid fonksiyon bozukluğuyla ilişkili önemli bulgulardan biridir ve bu hastaların yönetiminde serum parathormon (PTH) ve Ca seviyeleri normal saptansa dahi paratiroid adenomu olasılığı göz ardı edilmemelidir.

Gereç ve Yöntem: Olgu sunumu: Üriner sistem enfeksiyonu nedeniyle Dahiliye polikliniğinde gördüğümüz 27 yaşında kadın hastanın anamnezinden, 2–4 ay aralıklarla tekrarlayan üriner sistem taşlarının olduğu öğrenildi. Polikistik over sendromu ve obezite (beden kitle indeksi 32 kg/m2) dışında komorbid durumu yoktu. Daha önce yapılan paratiroid sintigrafisi ve ultrason değerlendirmeleri normal saptanmış olan hastanın üriner sistem enfeksiyonu için tedavisi tamamlandıktan sonra yapılan tahlillerinde serum Ca (düzeltilmiş: 9,2 mg/dL), fosfor (3,7 mg/dL), 25-hidroksi D vitamini (28 ng/mL) ve parathormon (32 pg/mL; referans: 15–65 pg/mL) değerleri normal aralıkta saptandı. Yirmi dört saatlik idrarda Ca atılımı yüksek (657 mg/24h; referans 100-300 mg/24h) olarak tespit edildi. Ca/Kre klirensi yüksek (0,028; referans 0,01-0,02) olarak hesaplandı.

Bulgular: Tekrarlayan taş öyküsü göz önüne alınarak, hastanın paratiroid adenomu açısından tekrar değerlendirilmesi planlandı ve tecrübeli bir radyolog tarafından yapılan ultrasonografik değerlendirmede sağda 7 mm boyutunda bir paratiroid adenomu saptandı. Hastaya uygulanan radyofrekans ablasyon tedavisi sonrası takip tetkiklerinde 24 saatlik idrarda Ca atılımı 145 mg/24h olarak ölçüldü, Ca/Kre klirensi normal (0,014; referans 0,01-0,02) olarak hesaplandı. Ayrıca hastanın üriner sistem taşlarına bağlı şikayetleri tamamen kaybolmuştu ve ilerleyen takiplerinde yeni taş gelişimi gözlenmedi.

Paratiroid adenomu RF ablasyon öncesi ve sonrası laboratuvar değerleri

Parametre (birim)	İşlem öncesi	İşlem sonrası	Referans aralıkları
PTH (pg/mL)*	32/47,2	36	15-65
25-OH D-vit (mcg/L)	28	23	20-180
Ca (mg/dL)*	9/10,5	9/9,9	8,6-10,2
Albumin (g/L)*	45/48,8	43/46,2	35-52
Düzeltilmiş Ca*	8,7/10,1	8,7/9,4	8,5-10,5
Fosfor (mg/dl)	3,7	3,5	2,5-4,5
Kreatinin (mg/dL)	0,8	0,96	0,66-1,09
İdrar Ca (mg/24h)	654,67	145	100-300
İdrar Kreatinin(mg/24h)	1938	995	740-1570
Ca/Kre klirensi	0,028	0,014	0,01-0,02

*Tekrar eden ölçümlerin en yüksek ve en düşük değerleri yazılmıştır.

Tartışma: Tartışma: Literatürde, normokalsemik primer hiperparatiroidizmin tanısal zorluğuna dikkat çekilmekte, özellikle üriner sistem taşlarının tekrarladığı hastalarda göz ardı edilmemesi gereken bir durum olarak vurgulanmaktadır (1). Bu vaka ise serum Ca ve P değerlerinin normal saptanmasına ek olarak PTH düzeyinin de normal aralıkta olmasına rağmen tekrarlayan üriner sistem taşları ve yüksek idrar Ca atılımının paratiroid adenomu varlığına işaret etmesi bakımından dikkat çekicidir. Zira literatürde normokalsemik primer hiperparatiroidi sık görüldüğü halde hem PTH hem de serum Ca değerleri normal olan hastalarda paratiroid adenomu saptanması oldukça nadirdir. Vakamız özellikle üriner sistem taşlarının tekrarladığı hastalarda, paratiroid bezinin tecrübeli hekimler tarafından detaylı değerlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Parathormon, Normokalsemi, Adenom, Rekürren nefrolitiazis

Yayın No: EP-75

Etanole Maruz Kalan Ratlarda Bupropionun Bazı Biyokimyasal Parametreler Üzerine Etkisi

Ali Türeyen

Eskişehir Şehir Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

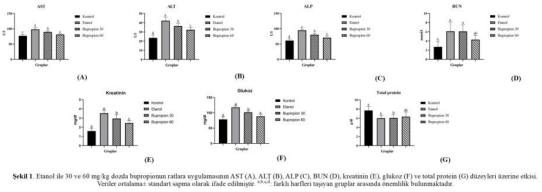
Giriş: Alkol tüketimi, başta sindirim sisteminin üst kısımları ve karaciğer olmak üzere çeşitli dokularda hasara neden olur. Bupropion, dopamin ve noradrenalinin geri alımını bloke eden, merkezi nikotinik asetilkolin reseptörlerine non-kompetitif antagonistik etkiye sahip depresyon tedavisinin yanı sıra ülser tedavisine de yardımcı olduğu bilinen bir ilaçtır.

Amaç: Bugüne kadar bupropionun biyokimyasal parametreler üzerine etkisini gösteren bir çalışmaya rastlanılmadığından, yapılan bu çalışmada alkol verilen sıçanlarda bupropionun bazı biyokimyasal parametreler üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada, 2 aylık (180-200 g) 36 adet Sprague Dawley erkek sıçan ve AKUHADYEK Etik Kurulu'nun onayı (49533702/76) ile gerçekleştirildi. Deneysel aşamada kullanılacak etanol (1) ve bupropion (2) dozları daha önce yürütülen çalışmalara uygun olarak belirlendi. Hayvanlar kontrol grubu, alkol grubu, 30 ve 60 mg/kg bupropion uygulanan gruplar olmak üzere her biri 6 erkek sıçandan oluşan 4 gruba ayrıldı. Sıçanlara haftada iki kez (8 g/kg) etanol (%56) oral yoldan verildi. Normal ve model gruplarına da aynı protokole göre fizyolojik tuzlu su oral yoldan verildi. Dört hafta sonrasında, bupropion yedi günlük bir süre boyunca günde bir kez uygulandı ve son uygulamadan 2 saat sonra hayvanlar izofluran ile genel anestezi altına alındı. Gerekli kan örnekleri toplanarak plazma aspartat aminotransferaz (AST), alanin aminotransferaz (ALT), alkalen fosfataz (ALP), toplam protein, glikoz, kan üre (BUN) ve kreatinin parametreleri ticari şirketlerden satın alınan kitler (Human Diagnostics, Wiesbaden, Almanya) ile spektrofotometrik olarak belirlendi.

Bulgular: Etanolün plazma AST, ALT ve ALP düzeylerini kontrol grubuna göre artırdığı, bupropionun ise bu değerleri azalttığı görüldü ($p<0,001$; Şekil 1A-B-C). Kontrol grubuna göre etanolün plazma total protein düzeylerini ($p<0,01$; Şekil 1D) azalttığı, BUN ($p\leq0,001$; Şekil 1E), kreatinin ($p<0,001$; Şekil 1F) ve glukoz ($p<0,001$; Şekil 1G) düzeylerini arttırdığı, bupropionun ise bu değerleri tersine çevirdiği belirlendi.

Etanol ile 30 ve 60 mg/kg bupropionun ratlardaki biyokimyasal parametrelere etkisini gösteren grafikler



Tartışma: Alkole maruziyet kandaki AST, ALT, BUN ve kreatinin değerlerinin arttırır. Bu çalışmada etanol verilen sıçanlarda AST, ALT, ALP, BUN, kreatinin ve glukoz düzeylerinde artışların olduğu ve bupropion verilmesinin bu düzeyleri azalttığı görüldü. Bu durum bupropionun dokulardaki hücresel membran bütünlüğünün korunmasına katkıda bulunarak, glukoz metabolizması ve/veya insülin salgılanması üzerindeki düzenleyici etkisi ile alkolün karaciğer ile böbrek üzerindeki olumsuz etkilerini azalttığını gösterdi. Ayrıca, yapılan diğer çalışmalara benzer şekilde, etanol uygulamasının total protein miktarında azalmaya neden olduğu, alkol grubuyla karşılaştırıldığında bupropion uygulanan sıçanlarda total protein seviyesinde hafif bir artış gözlendi. Sonuç olarak, dört hafta boyunca etanol uygulanan sıçanlarda biyokimyasal parametrelerin normal sınırları aştığı, değişen bu parametrelerin 30 ve 60 mg/kg dozlarındaki bupropion uygulamalarıyla normal seyrine yaklaştığı gözlendi. Bupropionun antidepresan olarak kullanılmasının yanı sıra alkol kaynaklı doku hasarını azaltabileceği ve tedavisel yaklaşımda dikkate alınmasının yararlı olacağı sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Biyokimyasal parametreler, Bupropion, Etanol, Rat

Yayın No: EP-76

Gizemli Ateşin Ardındaki Tanı: Erişkin Still Hastalığı

Özlem Menken, Serkan Çakır, Mehmet Yamak

İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Erişkin Still Hastalığı (ESH), sistemik juvenil artritin erişkin formudur. Sebebi bilinmeyen ve nadir görülen bir inflamatuar hastalıktır. Aynı zamanda sebebi bilinmeyen ateşin de önemli nedenlerinden biridir. Hastalığın tanısı enfeksiyon, malignite ve romatolojik hastalıkların dışlanmasıyla konur. Artmış ferritin seviyesi hastalığı tahmin etmede oldukça önemlidir.

Amaç: Biz, bu olgumuzda, enfeksiyon tedavisine rağmen düşmeyen ateş, eklem ağrısı ile gelen etiyolojik yönden araştırılıp steroid ve metotreksat tedavisi uyguladığımız ESH vakasını sunacağız.

Gereç ve Yöntem: Yamaguchi kriterlerine dayanarak ESH tanısı koyduğumuz olgu sunumu

Yamaguchi Kriterleri

Yamaguchi ve arkadaşları	Fautrel ve arkadaşları
MAJOR KRİTERLER	
➢ Ateş ≥39°C; 1 hafta veya daha uzun süren ➢ Artralji; 2 hafta veya daha uzun süren ➢ Tipik cilt döküntüsü; ateşle birlikte makülo-papüler, kaşıntısız, somon-pembe renkli ➢ Lökositoz ≥10.000/mm³, nötrofil ≥% 80	➢ Pik yapan ateş ≥39°C ➢ Artralji ➢ Gezici eritem ➢ Farenjit ➢ Nötrofil ≥% 80 ➢ Glikolize ferritin ≤% 20
MİNÖR KRİTERLER	
➢ Farenjit veya boğaz ağrısı ➢ Lenfadenopati ve/veya splenomegali ➢ Transaminaz yüksekliği ➢ RF veya ANA negatifliği	➢ Tipik cilt döküntüsü ➢ Lökositoz ≥10.000/mm³
DIŞLAMA KRİTERLERİ	
➢ Enfeksiyon bulunmaması; özellikle sepsis ve EBV ➢ Malign hastalık bulunmaması; özellikle lenfoma ➢ İnflamatuvar hastalık bulunmaması; özellikle poliarteritis nodoza	Yok
İkisi major olmak üzere en az beş kriterin varlığı ve dışlama kriterlerinin bulunmaması	Dört major veya üç major ve iki minör kriterin bulunması

Bulgular: Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan 27 yaş erkek hasta acil servise ateş , üşüme titreme , eklem ağrıları ve döküntü nedeniyle başvurmuş. Benzer şikayetlerle dış merkez acil servis mükerrer başvurularında hastaya moksifloksasin, metronidazol ve seftriakson reçete edilmiş. Hastanın dış merkezde diz ağrısı sebebiyle ortopediye başvurduğu ponksiyon ile sıvı analizi yapıldığı ve patoloji saptanmadığı görülmüş. Antibiyotiklerini düzenli kullandığını beyan eden ancak şikayetlerinin devam ettiğini söyleyen hasta hastanemiz acil servisine başvurmuş. Hastanın anamnezinde seyahat öyküsü, çiğ süt tüketme öyküsü ve hayvan temas öyküsü yok. Hasta eklem ağrılarının gezici tarzda olduğunu ve ateşli olduğu dönemlerde maküler tarzda döküntüleri olduğunu tarifledi. Hastanın ölçülen ateş:39 ta:110/70 kta:74 spo2:96 Fizik muayenesinde proksimal kas güçsüzlüğü, her iki el bileğinde ve sol dizinde hassasiyet ve şişlik, sol el 1. metakarpofalangeal eklemde hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde crp:324 wbc:13800 neu:12100 lym:1130 sedimentasyon:91 tit'de piyürisi yoktu. Toraks ve abdominal

bt'de patoloji yoktu. Hasta sebebi bilinmeyen ateş ile interne edilerek tetkik edildi. Hastaya enfeksiyon hastalıkları önerisi ile ampirik ampisilin sulbaktam başlandı. Hastadan alınan kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. Hastadan istenen anti hiv , hbsag, anti hcv , brucella rose bengal , ebv , vdrl , tpha negatif saptandı. Ferritin:7553 RF, ANA, anti CCP, C3, C4, anti dsDNA, ENA profili testi negatif saptandı. Hastaya yapılan eko'da patoloji saptanmadı. Hastanın yapılan bilateral aksiller ve inguinal yüzeyel usg'de; Her iki aksiller ve inguinal bölgede patolojik lenf nodu izlenmedi. Boyun usg'de ise bilateral servikal bölgede büyüğü sağda 21x11 mm boyutlarında olmak üzere ekojen hilusundan kanlandığı izlenen ve solda bazılarının hilusu silikleşmiş olmak üzere ovoid şekilli lenf nodları izlendi. Hastanın periferik yaymasında; trombosit sayısı normal, atipik hücresi yok, nötrofil hakimiyeti var, rulo formasyonu ve hipokromi mevcut olarak değerlendirildi. Boyun usg'de hilusu silikleşmiş lenf noduna eksizyonel biyopsi yapıldı ve patoloji saptanmadı. Şikayetleri gerilemeyen etiyolojik neden araştırılan hastaya pet-ct görüntüleme yapıldı. Raporunda kemik iliğinde diffüz yoğun hipermetabolizma izlenmiş olup ayırıcı tanıda öncelikli lösemi/lenfoma gibi patolojiler düşünülerek hasta için hematoloji önerisi alındı. Pet-ct'de sadece kemik iliğinde tutulum saptanmış olup reaktif olabileceği şeklinde değerlendirildi. Kemik iliği biyopsisi yapıldı. Kemik iliği yaymasında infiltrasyon görülmedi. Enfeksiyon ve malignite ekartasyonu yapılan hastaya romatoloji görüşü alındı. Ateş, döküntü ve artraljisi olan hastaya erişkin still hastalığı tanısı ile prednol ve metotreksat başlandı. Hastanın sedimentasyon, crp ve klinik takibi yapıldı. Hastanın artrit kliniği ve mevcut şikayetleri geriledi. Kontrol crp:71 sedimentasyon:64 ferritin:928'e geriledi. Hastanın steroid dozu azaltılarak romatoloji takibi önerildi ve taburcu edildi.

Tartışma: ESH, yüksek ateş, artralji (± artrit) ve geçici deri döküntüsünden oluşan klinik bir üçlü ile karakterize, etiyolojisi bilinmeyen nadir görülen sistemik bir inflamatuar bozukluktur. ESH'nin yönetimi, tanıdaki zorluk ve sınırlı tedavi seçenekleri de dahil olmak üzere çeşitli zorluklar ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Erişkin Still Hastalığı, Artralji, Ateş, Döküntü

Yayın No: EP-77

Sistemik Semptomlarla Gizlenen Büyük Damar Hastalığı: Takayasu Arteriti

Serkan Çakır, Özlem Menken, Mehmet Yamak

İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Takayasu Arteriti(TA), etiyolojisi tam olarak bilinmeyen aorta ve ana dalları olmak üzere büyük damarları etkileyen kronik granülomatöz büyük damar vaskülitidir.

Amaç: Bu vakada sebebi bilinmeyen ateş ve kilo kaybı şikayetleriyle başvuran FDG PET-BT ile TA tanısı konulan hastayı sunacağız.

Gereç ve Yöntem: Amerikan Romatoloji Koleji Takayasu Arteriti tanı kriterleri ölçek alındı.

Amerikan Romatoloji Koleji Takayasu Arteriti Tanı Kriterleri

ABSOLUTE REQUIREMENTS	
Age ≤ 60 years at time of diagnosis	
Evidence of vasculitis on imaging[1]	
ADDITIONAL CLINICAL CRITERIA	
Female sex	+1
Angina or ischemic cardiac pain	+2
Arm or leg claudication	+2
Vascular bruit[2]	+2
Reduced pulse in upper extremity[3]	+2
Carotid artery abnormality[4]	+2
Systolic blood pressure difference in arms ≥ 20 mm Hg	+1
ADDITIONAL IMAGING CRITERIA	
Number of affected arterial territories (select one)[5]	
One arterial territory	+1
Two arterial territories	+2
Three or more arterial territories	+3
Symmetric involvement of paired arteries[6]	+1
Abdominal aorta involvement with renal or mesenteric involvement[7]	+3

Sum the scores for 10 items, if present. A score of ≥ 5 points is needed for the classification of TAKAYASU ARTERITIS.

Bulgular: 43 Yaş erkek hasta bilinen kronik hastalık öyküsü ve düzenli kullanılan ilaç öyküsü yok. Dahiliye polikliniğimize 3 aydır ara ara olan ateş yüksekliği, gece terlemesi ve son 1 ayda 10 kg kilo kaybetmesi şikayetleriyle başvurmuş. Yapılan fizik muayenesinde, bilinç açık, oryante-koopere, ateş:38.2 sağ kol ta:135/70 sol kol ta:125/70 kta:57 spo2:97 sistem muayeneleri olağan görüldü. Laboratuvar testlerinde Kreatinin:0.65 Ast:18 Alt:29 Ggt:132 Alp:173 Ldh:140 Crp:189.8 Sedimantasyon:105 Prokalsitonin:0.08 Hgb:10.2 Wbc:11610 Plt:490 bin Neu:7960 Lym:2320 Mcv:76.8 Ferritin:291.7 TİT :normal Hasta sebebi bilinmeyen ateş(SBA) ön tanısıyla ileri tetkik amaçlı servisimize interne edildi. Hastaya servis takiplerinde yakın ateş takibi yapıldı. Kan ve idrar kültüründe üreme olmadı. Elisa tetkikleri negatif saptandı. İndüklenerek 3 gün üst üste sabah aç alınan balgam ARB, TBC PCR negatif sonuçlandı. Rose Bengal testi, tüp aglutinasyon testi, VDRL ve TORCH grubu negatif sonuçlandı. ANA, ASMA, AMA, ANTİ-LKM, Çölyak paneli, tümör markerları negatif sonuçlandı. Enfektif endokardite yönelik yapılan EKO'da: EF normal, kapaklar normal. Hafif Mitral yetmezlik mevcut. Vejetasyon saptanmadı. Anemisi olan hastanın periferik yaymasında; Trombosit sayısı artmış.Atipik hücresi yok. Nötrofil hakimiyeti, rulo formasyonu var. İmmunglobulinler ve

serum protein elektroforezi istenmiş. M protein piki saptanmamış. Demir parametreleri kronik hastalık anemisi ile uyumlu bulundu. Kontrastlı batın ve toraks bt'de patoloji saptanmadı. Gastroskopi-Kolonoskopi'de patoloji saptanmadı. Hastanın takiplerinde sol postauriküler bölgede başa vuran ağrı şikayeti olması üzerine tektik edilen kranial mr'da maksiler sinüs mukozal kalınlaşma dışında patoloji görülmedi. Hastadan istenilen kontrol Sedimantasyon:96 C3,C4:normal, CCP:negatif ACE Düzeyi: normal, ANTİ dsDNA, ENA Profili, PR3 ANCA, MPO ANCA, ANA ve ANCA İFA negatif sonuçlandı. Boyun ve yüzeyel usg: Patolojik lenf nodu görülmedi. Submandibular ve servikal zincirde reaktif lenf nodları mevcut. Servikal zincirdeki 1cm altı reaktif nodüllerden biyopsi yapılması uygun görülmedi. FDG PET-BT sonrası değerlendirme önerildi. FDG PET-BT: Sol parotis glandda 1 cm çaplı nodüler lezyon, bilateral aksiller mm multipl lap, benign görünümlü, sol surrenal benign adenom. Bilateral karotis internadan başlayarak common iliak arterlere kadar özellikle torasik aorta seviyesinde, abdominal aorta seviyesinde ve bilateral subklavyen arterlerde diffüz duvar kalınlaşması ve yoğun fdg akümülasyonu mevcut olup öncelikle vasküliti düşündürmektedir. Hastada tekrarlayan baş ağrısı, ara ara olan ateş, kilo kaybı, gece terlemesi şikayetleri bize büyük damar vaskülitlerinden takayasu arteritini düşündürdü. Hasta romatolojiye yönlendirilerek tedavisi başlandı.

Tartışma: Büyük damar vaskülitleri SBA etiyolojisi içinde yer almaktadır. Ayırıcı tanıda FDG PET-BT destekleyici olup inflamasyon bölgesini ve hastalık aktivite derecesini belirlemede faydalıdır. Takayasu hastalığında hastalık aktivitesinin belirlenmesinde sedimantasyon hızı ve C-reaktif proten düzeyleri önemli 2 parametre olduğundan takipler bunlar ile yapılır.

Anahtar Kelimeler: Sebebi Bilinmeyen Ateş, Takayasu Arteriti, Vaskülit

Yayın No: EP-78

Nadir Bir Vasküler Patoloji: Çölyak Arter Diseksiyonu ve Tromboz Olgusunda Konservatif İzlem Deneyimimiz

Bilal Saygın[1], Esra Demir[2], Yunus Can Özalp[3]

[1]Arnavutköy Devlet Hastanesi
[2]Medipol Acıbadem Bölge Hastanesi
[3]Medipol Mega Üniversite Hastanesi

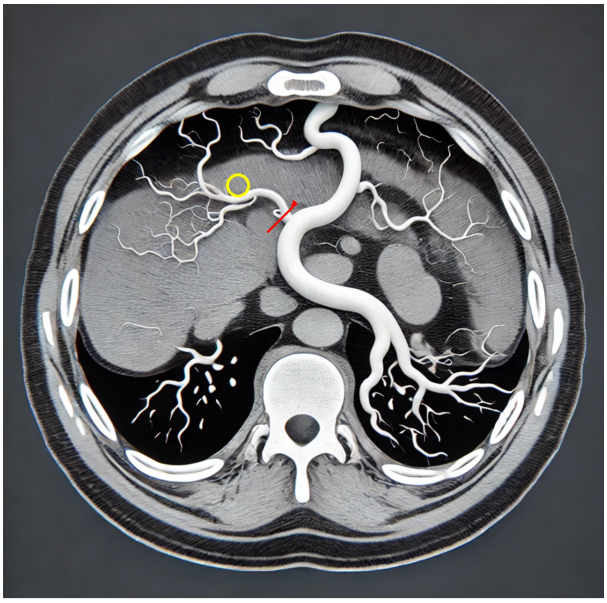
Giriş: Çölyak arter diseksiyonu (ÇAD), viseral arterlerin nadir görülen bir patolojisidir ve ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Gelişen görüntüleme teknikleri sayesinde tanı sıklığı artmış olsa da, optimal tedavi yöntemi konusunda kesin bir görüş birliği bulunmamaktadır.

Amaç: Bu olgu sunumunun amacı, median arkuat ligament sendromu (MALS) ile ilişkili bir ÇAD vakasının konservatif yönetimini ve klinik seyrini paylaşarak literatüre katkıda bulunmaktır.

Gereç ve Yöntem: 43 yaşında erkek hasta, sırta vuran epigastrik karın ağrısı şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde kontrolsüz hipertansiyon ve hipotiroidi mevcuttu. Bu durumlar için sırasıyla ramipril + hidroklorotiyazid ve levotiroksin sodyum kullanmaktaydı. Fizik muayenede epigastrik hassasiyet dışında patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde amilaz 85,5 U/L (referans: 25–125 U/L) ve lipaz 92 U/L (referans: 10–140 U/L) seviyelerinde hafif yükselmeler tespit edildi. Abdominal ultrasonografi nonspesifik bulununca, kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) yapıldı. BT'de çölyak arter diseksiyonu ve trombozu saptandı. Koagülasyon testleri ve romatolojik vaskülit taramaları normaldi. 18F-FDG PET-BT'de çölyak arter düzeyinde orta derecede FDG tutulumu izlendi.

Bulgular: Hasta hemodinamik olarak stabildi. Konservatif tedavi planlandı; parenteral beslenme başlatıldı, antikoagülan (düşük molekül ağırlıklı heparin) ve antiagregan (asetilsalisilik asit) tedavi uygulandı. Sıkı kan basıncı kontrolü sağlandı. Semptomları gerileyen hasta, oral antikoagülan ve antiagregan tedavi ile taburcu edildi. Taburculuk sonrası birinci ay kontrol BT anjiyografide, çölyak trunkus orifisinde median arkuat ligament kompresyonuna bağlı kritik stenoz ve splenik arterde yeni tromboz saptandı. Önceden mevcut çölyak arter trombozunda %80 oranında gerileme izlendi. Semptomları olmayan hastada klinik takibe devam edildi.

Çölyak Arter Diseksiyonu ve Median Arkuat Ligament Kompresyonunu Gösteren BT Anjiyografi Görüntüsü



Kontrastlı abdominal BT anjiyografi görüntüsünde, çölyak arterin proksimal segmentinde intimal flap ile uyumlu diseksiyon hattı (kırmızı ok) ve yalancı lümende tromboz izlenmektedir. Ayrıca, median arkuat ligamentin çölyak trunkusa yaptığı extrensek basıya bağlı daralma bölgesi (sarı daire) görülmektedir. Görüntü, çölyak arter diseksiyonunun ve median arkuat ligament sendromunun birlikte seyrettiği nadir bir olguyu temsil etmektedir.

Tartışma: ÇAD nadir görülen ve potansiyel olarak ciddi sonuçları olan bir durumdur. Tedavi yaklaşımı hastanın klinik durumuna ve komplikasyon varlığına göre belirlenir. Stabil, semptomları kontrol altında olan ve organ perfüzyonu korunmuş hastalarda konservatif tedavi güvenli ve etkili bir seçenektir. MALS, ÇAD gelişiminde predispozan bir faktör olabilir. Bu olgu, konservatif yönetimin başarıyla uygulanabileceğini ve dikkatli radyolojik takip gerekliliğini göstermektedir.Bu olgu, konservatif yönetimin başarıyla uygulanabileceğini ve dikkatli radyolojik takip gerekliliğini göstermektedir. Multidisipliner yaklaşımla erken tanı ve konservatif tedavi, yüksek riskli olgularda bile invaziv girişim gereksinimini azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: Çölyak arter diseksiyonu, konservatif tedavi, median arkuat ligament sendromu, vasküler hastalıklar

Yayın No: EP-79

Brucella Epididimiti-Orşit; Nadir Bir Komplikasyonun Klinik Ve Laboratuar Değerlendirmesi

Beyza Nur Tuğcan, Kemal Ozan Lüle, Gülsüm Gülçin İçtin, Hamit Yıldız

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş: Bruselloz, Brucella türlerinin neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır. Bu hastalık, ondülan ateş, gezici eklem ağrıları, gece terlemeleri gibi semptomlarla kendini gösterebilir. Pastörize edilmemiş süt ve süt ürünlerinin tüketilmesi, az pişmiş etlerin yenmesi veya çiftlik hayvanlarıyla temas eden kişilerin derisi yoluyla insanlara bulaşabilir. Bruselloz, genellikle genç nüfusta daha sık görülür. Kadınlara kıyasla erkeklerde daha yaygın bir hastalık olarak ortaya çıkmaktadır.

Amaç: Brucella hastalığı, yalnızca eklem tutulumuyla sınırlı kalmayıp, multisistemik tutulum gösterebilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Bu hastalık, çeşitli organları etkileyebilir ve klinik tablo, vücutta birden fazla sistemin tutulumunu içerebilir. Bu nedenle, brucellozun tanısında sadece eklem ağrıları ve inflamasyonunun göz önünde bulundurulması, hastalığın diğer sistemik etkilerinin gözden kaçmasına yol açabilir. Farkındalık oluşturulması, doğru tanı ve tedavi sürecinin erken aşamalarda başlatılabilmesi için büyük önem taşımaktadır.

Gereç ve Yöntem: Olgu Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde takip edilen bir hastaya aittir. Hastanın verileri retrospektif olarak hasta dosyası ve otomasyon sisteminden sağlanmıştır. Tanı sürecinde yapılan fizik muayene laboratuvar testleri görüntüleme yöntemleri ve ilgili branşların değerlendirilmeleri dikkate alınmıştır. Multidisipliner yaklaşım ile tanı konulmuş ve tedavi süreci planlanmıştır. Hasta tarafımızca takip edilmektedir. Olgu sunumu için hastadan bilgilendirilmiş onam formu alınmış olup kişisel verilerin gizliliği korunmuştur.

Bulgular: 57 yaş erkek hasta 1 haftadır olan ateş, gece terlemesi, halsizlik, eklem ağrısı şikayetleri ile dahiliye polikliniğine başvurdu. Hastanın köy ürünleri tükettiği öğrenildi. Tetkiklerinde CRP yüksekliği ve ateşin 38.5 derece olması üzerine hastanın dahiliye servis yatışı yapıldı. Bilinen ek hastalık mevcut değil. Sistemik muayenesi yapıldığında scrotumda şişlik, kızarıklık, ısı artışı ve dokunma ile hassasiyet mevcuttu. Ayrıca kalça ekleminde ağrı tarifleyen hastanın eklem hareketlerinde ağrı mevcuttu. Scrotal USG'de epididimiorşit uyumlu olduğu gözlendi. Üroloji bölümüne danışıldı; scrotal elevasyon, soğuk uygulama önerildi. Antibiyoterapi için enfeksiyon hastalıklarına danışıldı; seftriakson ve levofloksasin tedavisi başlandı. Hastanın geliş şikayetlerinden brucella ön tanısı ile tetkik edildi, brucella tüp aglütinasyon testi 1/320 olarak sonuçlandı. Bu sonuçlarla enfeksiyon hastalıkları tarafından yeniden değerlendirilen hastaya ciprofloksasin ve rifampsin tedavi başlandı. Hastanın tedavi

sonrası epididimiorşit bulguları geriledi, gece terlemesi azaldı. Dahiliye, üroloji, enfeksiyon hastalıkları tarafından multisistemik yaklaşım ile takip edilmektedir.

Tartışma: Brucella hastalığının inkübasyon süresi genellikle 1-4 hafta arasında değişmektedir. Asemptomatik bir durumdan ciddi ve ölümcül hastalıklara kadar geniş bir klinik spektruma sahip olan bu enfeksiyon, sistemik bir hastalıktır. Nedeni bilinmeyen ateşi olan hastalarda Brucella enfeksiyonu mutlaka akılda bulundurulmalıdır. Brucella enfeksiyonu, lokalize bir enfeksiyon olarak da ortaya çıkabilir ve bu durum %30 oranında gözlemlenmektedir. Fizik muayene bulguları değişken olup, spesifik değildir. Bruselloz, multisistemik bir hastalık olup, iskelet sistemi tutulumunda osteoartiküler etkilenme en sık görülen bulgudur ve %20-60 arasında bir prevalansa sahiptir. Özellikle sakroiliak eklemler ve büyük eklemler sıklıkla etkilenir. Genitoüriner sistem tutulum oranı ise %2-20 arasında değişmekte olup, en sık görülen durum orşit ve epididimittir. Sakroiliak eklem tutulumu açısından ankilozan spondilit varlığı akla getirilmeli ve gerekli tetkikler yapılmalıdır. Hastamızda da görüntüleme ve HLA-B27 ile sakroiliak eklem tutulumu ayırıcı tanısı yapıldı, eklem aralığında daralma olmayan HLA-B27'si negatif gelen hastada romatolojik patolojiler dışlandı.

Anahtar Kelimeler: Brucella, Epididimiorşit, Ondülan Ateş

Yayın No: EP-80

Paraneoplastik Kaşıntı ve Vena Cava Superior Sendromu ile Prezente Olan B Hücreli Lenfoma Olgusu

Meryem Didem GÖKDAŞ[1], Enes Seyda Şahiner[1], Nazlı Pelin Kırkayak[1], Fatma Afranur Sönmez[1], Huriye Arıkan[1], Muhammed Mete Hız[1], Gülsüm Özet[2]

[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği
[2]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Hematoloji Kliniği

Giriş: Paraneoplastik kaşıntı (pruritus), altta yatan malignite ile ilişkili kronik ve inatçı kaşıntı olup, genellikle lenfoproliferatif hastalıklarda, özellikle Hodgkin lenfoma, non-Hodgkin lenfoma (NHL) ve T-hücreli lösemilerde görülmektedir [1]. Diğer nedenler arasında polisitemia vera, solid organ tümörleri (mide, akciğer, meme, pankreas kanseri), paraneoplastik dermatozlar ve bazı hematolojik hastalıklar yer almaktadır [2]. Paraneoplastik kaşıntının mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte, sitokinler, nöropeptidler ve immünolojik mediyatörlerin rol oynadığı düşünülmektedir [3].

Amaç: Bu olguda, uzun süreli kaşıntısı olan ve farklı merkezlerde alerjik nedenler düşünülerek tedavi edilen, ancak tanısı konulamayan bir hastada paraneoplastik kaşıntının B hücreli NHL ile ilişkisini sunmayı amaçlıyoruz.

Gereç ve Yöntem: Hastanın klinik öyküsü, fizik muayene bulguları, laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri ve histopatolojik incelemeleri değerlendirilerek tanı ve tedavi süreci incelendi.

Bulgular: Yirmi dokuz yaşında kadın hasta, yüz ve boyun ödemi ile düz yatarken solunum sıkıntısı şikayetleriyle iç hastalıkları polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde bilinen herhangi bir hastalık bulunmayan hastanın öyküsü sorgulandığında; altı aydır devam eden, alerjenle tetiklenmeyen ve oral antihistaminik tedaviye yanıtsız kaşıntı ve kızarıklık şikayetlerinin olduğu, dış merkezde son bir aydır omalizumab (Xolair) tedavisi başlandığı ancak semptomlarında düzelme sağlanamadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde sağ boyun venlerinde genişleme, yaygın kollateral damarlar ve vücudunda ekskoriasyon alanları tespit edildi. İnatçı kaşıntıya eklenen obstrüksiyona sekonder vena cava superior sendromu ön tanısı ile malignite araştırmak amacıyla yatırıldı.Hastanın yatışında yapılan fizik muayenesinde sol supraklaviküler bölgede palpe edilebilen lenf nodu mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde eozinofil ve IgE düzeyi normal, laktat dehidrojenaz (LDH) yüksek (417 U/L) olup, diğer biyokimyasal parametreler normaldi. Periferik yaymada atipik hücreler izlenmedi, tümör belirteçlerinden CA-125 yüksek saptandı. Toraks BT'de anterior mediastende 89x78x51 mm boyutlarında büyük bir kitle ile superior vena kava sendromuna yol açan kompresyon bulguları izlendi. Hastadan alınan sol supraklaviküler lenf nodu biyopsisi, B-hücreli NHL ile uyumlu raporlandı. Bası semptomlarının artması nedeniyle hastaya 1 mg/kg steroid başlandı ve tümör lizis

profilaksisi verildi. Evreleme amacıyla yapılan PET-CT'de mediastinal kitlede hipermetabolizma (SUVmaks: 6,66) ve kemik iliğinde artmış metabolik aktivite izlendi. Kemik iliği biyopsisinde retikülin artışı ve hafif hiposellüler kemik iliği saptandı. Tedavi olarak R-CHOP rejimi başlandı. İlk kür sonrası hastanın boyundaki şişlik geriledi ve solunum semptomları düzeldi. Tedavinin 14. gününde çekilen kontrol toraks BT'de mediastinal kitlenin belirgin şekilde küçüldüğü görüldü.

Şekil1:Fizik muayene bulgusu olarak tarif edilen sağ boyun venlerinde genişleme ve ekskoriasyon alanları



Şekil 2. Tedavi öncesi akciğer grafisi



Şekil 3. Tedavi sonrası 14. gün akciğer grafisi

Tartışma: Paraneoplastik kaşıntı, özellikle hematolojik malignitelerin bir belirtisi olabilir ve tanı konulana kadar uzun süre yanlış değerlendirilerek hastanın gecikmiş tanı almasına neden olabilir [4]. Paraneoplastik kaşıntı, genellikle Hodgkin lenfoma ve T hücreli lenfomalarda sık görülürken, B hücreli lenfomalarda daha nadir rastlanmaktadır [5]. Bu vakada, inatçı kaşıntıya ek olarak obstrüksiyona bağlı gelişen ve onkolojik acil durum olarak kabul edilen superior vena kava sendromu ile başvuran hastada, B hücreli non-Hodgkin lenfoma tanısı konulmuştur.İnatçı kaşıntı vakalarında paraneoplastik sendromların göz önünde bulundurulması, hastalar için erken tanı ve tedavi fırsatı sunabilir.

Anahtar Kelimeler: Pruritus, paraneoplastik sendromlar, non-Hodgkin lenfoma.

Yayın No: EP-81

Kronik Lenfositik Lösemi Yaş Sınırı Tanır mı?

Musa Caner Yılmaz, Fahire Esma Önal Tören, Fatih Serdar, Tolga Canlı, Osman İnan, Betül Erişmiş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

Giriş: Kronik lenfositik lösemi (KLL), Batı ülkelerinde en sık görülen erişkin lösemisidir ve çoğunlukla ileri yaş hastalığı olarak kabul edilmektedir. Tanı konulan hastaların medyan yaşı yaklaşık 70 olup, hastaların büyük çoğunluğu 60 yaş üzerindedir. Ancak nadir de olsa genç erişkinlerde de KLL tanısı konulabilmektedir ve bu durum, genç yaş grubunda ayırıcı tanıyı güçleştirebilmektedir. Genç yaşta saptanan KLL olguları, hastalığın seyri ve tedavi stratejileri açısından farklılıklar gösterebilir. Bu olgu sunumunda, 38 yaşında genç erişkin bir erkekte KLL tanısına götüren klinik süreç paylaşılmıştır.

Olgu: 38 yaşında erkek hasta, birkaç haftadır devam eden halsizlik ve grip benzeri semptomlar nedeniyle sağlık ocağında tetkik edilmiş ve lökositoz saptanması üzerine dahiliye polikliniğimize yönlendirilmiş. Poliklinikte değerlendirilen hasta, bilinen kronik bir hastalığı veya düzenli ilaç kullanımı olmadığını, evli ve iki çocuk babası olduğunu, mühendis olarak özel bir şirkette çalıştığını ifade etti. Cerrahi operasyon öyküsü olmayan hastanın, sigara kullanımının 15 yıldır günde 1 paket olduğu ve alkolü ise sosyal içici olarak tükettiği öğrenildi. Fizik muayenede vital bulguları stabil olan hastada, bilateral aksiller ve inguinal bölgelerde yaklaşık 1 cm çapında palpabl lenfadenopatiler tespit edildi; ancak hepatosplenomegali saptanmadı. Hastanemizde yapılan hemogramda beyaz küre sayısı 34.000/µL, mutlak lenfosit sayısı ise 28.000/µL olarak bulundu, diğer hemogram bulguları ise normal aralıkta idi. KLL ve akut lösemi ön tanılarıyla istenen periferik yaymada matür lenfosit artışı ve basket hücreleri ile belirgin lenfositoz gözlendi. Matür lenfositlerin hakim olması nedeniyle KLL tanısı ön planda düşünüldü ve hastadan periferik kandan akım sitometri ile immünfenotipleme istendi. Akım sitometri incelemesinde, CD45/SSC grafiğinde lenfosit oranı %81,5 olarak bulundu ve bu hücrelerin %84,1'inin CD5 ve CD19 pozitif olduğu görüldü. Ayrıca lenfosit popülasyonunda CD5, CD19, CD20, CD23, CD43 ve CD22 pozitifliği saptandı ve B-hücre kaynaklı lenfoproliferatif hastalık lehine immünfenotipik bulgular olarak raporlandı. Eşlik edebilecek hemolitik anemi ve immün yetersizlik açısından yapılan direkt Coombs, indirekt Coombs ve serum IgG düzeyleri normal olarak değerlendirildi. Evreleme amacıyla yapılan abdominal ultrasonografide hepatosplenomegali izlenmedi ve hasta Rai sınıflamasına göre evre 2 KLL olarak değerlendirildi. Prognoz ve ileri dönemde ihtiyaç olabilecek tedavi planlamasına yönelik yapılan sitogenetik ve moleküler incelemelerde ise t(11;14)(q13;q32), 13q14.3/13q34 delesyonu, 11q23.3 (MLL/KMT2A), 17p13 (TP53) ve 11q22.3 (ATM) mutasyonları açısından herhangi bir patoloji saptanmadı. Şu aşamada sitoredüktif tedavi endikasyonu bulunmayan hasta için 3-6 ay aralıklarla düzenli poliklinik kontrolleri planlandı ve hasta takibe alındı.

Tartışma: KLL sıklıkla ileri yaş hastalığı olarak bilinmekle birlikte, genç erişkinlerde de görülebilmekte ve bu durum ayırıcı tanıyı zorlaştırabilmektedir. Literatürde 30-39 yaş arası bildirilen nadir olgular mevcuttur ve genç hastalarda prognoz ve tedavi yaklaşımları farklılık gösterebilir. Klinik pratikte, enfeksiyon bulgusu olmaksızın yalnızca lökositoza dayanarak KLL hastalarına yanlış antibiyotik tedavisi verildiği sıkça gözlemlenmektedir. Lökositozla başvuran tüm olgularda alt grup değerlendirmesi yapılmalı ve mutlak lenfositoz (lenfosit >5000/mm^3) saptanan her yaş grubunda KLL, ayırıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Sonuç: Mutlak lenfositoz saptanan her yaş grubundaki hastada Kll ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: : Kronik lenfositer lösemi, lenfositoz, lenfadenopati

Yayın No: EP-82

Brucella Epididimo-Orşit; Nadir Bir Komplikasyonun Klinik ve Laboratuar Değerlendirmesi

Beyza Nur Tuğcan, Kemal Ozan Lüle, Gülsüm Gülçin İçtin, Hamit Yıldız

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş: Bruselloz, Brucella türlerinin neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır. Bu hastalık, ondülan ateş, gezici eklem ağrıları, gece terlemeleri gibi semptomlarla kendini gösterebilir. Pastörize edilmemiş süt ve süt ürünlerinin tüketilmesi, az pişmiş etlerin yenmesi veya çiftlik hayvanlarıyla temas eden kişilerin derisi yoluyla insanlara bulaşabilir. Bruselloz, genellikle genç nüfusta daha sık görülür. Kadınlara kıyasla erkeklerde daha yaygın bir hastalık olarak ortaya çıkmaktadır.

Olgu: 57 yaş erkek hasta 1 haftadır olan ateş, gece terlemesi, halsizlik, eklem ağrısı şikayetleri ile dahiliye polikliniğine başvurdu. Hastanın köy ürünleri tükettiği öğrenildi. Tetkiklerinde CRP yüksekliği ve ateşin 38.5 derece olması üzerine hastanın dahiliye servis yatışı yapıldı. Bilinen ek hastalık mevcut değil. Sistemik muayenesi yapıldığında scrotumda şişlik, kızarıklık, ısı artışı ve dokunma ile hassasiyet mevcuttu. Ayrıca kalça ekleminde ağrı tarifleyen hastanın eklem hareketlerinde ağrı mevcuttu. Scrotal USG'de epididimiorşit uyumlu olduğu gözlendi. Üroloji bölümüne danışıldı; scrotal elevasyon, soğuk uygulama önerildi. Antibiyoterapi için enfeksiyon hastalıklarına danışıldı; seftriakson ve levofloksasin tedavisi başlandı. Hastanın geliş şikayetlerinden brucella ön tanısı ile tetkik edildi, brucella tüp aglütinasyon testi 1/320 olarak sonuçlandı. Bu sonuçlarla enfeksiyon hastalıkları tarafından yeniden değerlendirilen hastaya ciprofloksasin ve rifampsin tedavi başlandı. Hastanın tedavi sonrası epididimiorşit bulguları geriledi, gece terlemesi azaldı. Dahiliye, üroloji, enfeksiyon hastalıkları tarafından multisistemik yaklaşım ile takip edilmektedir.

Tartışma: Brucella hastalığının inkübasyon süresi genellikle 1-4 hafta arasında değişmektedir. Asemptomatik bir durumdan ciddi ve ölümcül hastalıklara kadar geniş bir klinik spektruma sahip olan bu enfeksiyon, sistemik bir hastalıktır. Nedeni bilinmeyen ateşi olan hastalarda Brucella enfeksiyonu mutlaka akılda bulundurulmalıdır. Brucella enfeksiyonu, lokalize bir enfeksiyon olarak da ortaya çıkabilir ve bu durum %30 oranında gözlemlenmektedir. Fizik muayene bulguları değişken olup, spesifik değildir. Bruselloz, multisistemik bir hastalık olup, iskelet sistemi tutulumunda osteoartiküler etkilenme en sık görülen bulgudur ve %20-60 arasında bir prevalansa sahiptir. Özellikle sakroiliak eklemler ve büyük eklemler sıklıkla etkilenir. Genitoüriner sistem tutulum oranı ise %2-20 arasında değişmekte olup, en sık görülen durum orşit ve epididimittir. Sakroiliak eklem tutulumu açısından ankilozan spondilit varlığı akla getirilmeli ve gerekli tetkikler yapılmalıdır. Hastamızda da görüntüleme ve HLA-B27 ile sakroiliak eklem tutulumu ayırıcı tanısı yapıldı, eklem aralığında daralma olmayan HLA-B27'si negatif gelen hastada romatolojik patolojiler dışlandı.

Sonuç: Brucella hastalığı, yalnızca eklem tutulumuyla sınırlı kalmayıp, multisistemik tutulum gösterebilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Bu hastalık, çeşitli organları etkileyebilir ve klinik tablo, vücutta birden fazla sistemin tutulumunu içerebilir. Bu nedenle, brucellozun tanısında sadece eklem ağrıları ve inflamasyonunun göz önünde bulundurulması, hastalığın diğer sistemik etkilerinin gözden kaçmasına yol açabilir. Farkındalık oluşturulması, doğru tanı ve tedavi sürecinin erken aşamalarda başlatılabilmesi için büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Brucella, Epididimo-orşit, Ondülan Ateş

Yayın No: EP-83

Kalp Yetmezliğinin Nadir Bir Nedeni: Lamda Monotipisi Gösteren Smoldering Myelom

Orkide Kutlu, İlknur Erkurt

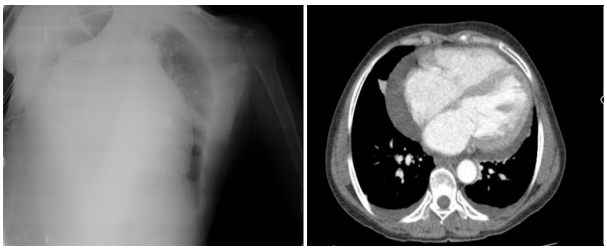
Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş: Primer amiloidoz(AL amiloidoz) multipl myeloma(MM) hastalarında görülen neoplastik plazma hücrelerinin monoklonal immun globulin hafif zincirleri üretimi ve fibriler yapı oluşturacak şekilde birleşerek organlarda çökmesi sonucu ortaya çıkan sistemik bir hastalıktır. AL amiloidozda en sık bulgu böbrek tutulumuna bağlı gelişen nefrotik sendrom olup ikinci sıklıkla kardiyak infiltrasyon görülebilir. Küçük damarların/yumuşak dokuların infiltrasyonu sonucu periorbital purpura;nöronal infiltrasyon sonucu ortostatik hipotansiyon;gastrointestinal sistem infiltrasyon sonucu makroglossi,ishal,malabsorpsiyon, kabızlık ve motilite bozuklukları gelişebilir. Kardiak amiloidoz şüphesinde ekokardiyografi birincil görüntüleme yöntemi olup; ventriküler volüm değişiklikleri, duvar kalınlaşması gibi yapısal değişiklikler, global longitudinal strain bulgusu (orta-bazal kesimlerinde azalan, apikal kesimlerinde korunan kalp kasılması) tanıda önemli bulgulardır. Kardiak MR,miyokard özelliklerinin ve infiltratif süreçlerin değerlendirilebildiği, kardiyak amiloidoz tanısında %100 duyarlılık,%80 özgüllük sunan önemli bir görüntüleme yöntemidir. Ekokardiyografide sol ventrikül hipertrofisi gösterilen bir hastanın EKG'sinde düşük voltajlı QRS kompleksleri ve psödoinfarkt paterni görülmesi amiloidoz açısından ayırt ettirici bir bulgudur. Eskiden tanıda altın standart kabul edilen endomiyokardiyal biyopsi yüksek morbidite-mortalite riski taşıyan bir yöntem olması nedeniyle yerini radyonüklit görüntüleme(kemik sintigrafisi ajanları ile) ile miyokardiyal tutulumun gösterilmesine bırakmıştır. Burada kalp yetersizliği etyolojisinde kardiak amiloidozu,IgA-lamda hafif zincir üretiminin smoldering myeloma nedenli oluşunu ve deneysel birtamimab tedavi çalışma grubuna dahil edilen hastamızın remisyonda takibini bildirmek istedik.

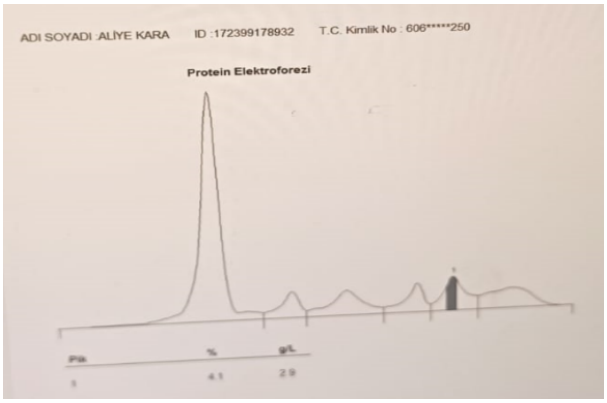
Olgu: HT ve hipotiroidi dışında bilinen hastalığı olmayan 61 yaş kadın kliniğimize başvurusundan 10 ay kadar önce dış merkez ilçe acil polikliniğine göğüs ağrısı,nefes darlığı,çarpıntı şikayetleri ile başvurduğunda saptanan supraventriküler aritmi ve akciğer grafisinde kardiotorasik oranda belirgin artış nedeniyle ileri bir sağlık merkezine sevk edilmiş.Toraks BT'de perikardial 24 mm kalınlıkta mai (Resim1), bilateral plevral minimal mai, komşu akciğer parankiminde pasif atelektaziler izlenen hastanın EKO'da sol ventrikül hipertrofik, belirgin perikardiyal efüzyon,global hipokinezi,EF:%38,hafif AY,hafif MY,orta TY,biatrial dilatasyon,PAB:55 saptanmış.Kalp yetersizliği etyolojisi amaçlı yapılan anjiografide koronerler nonkritik plaklı görülüp hastaya RAS bloker,beta bloker,ASA,statin,kolşisin reçete edilerek aylık ekokardiografi kontrolleri planlanarak taburcu edilmiştir. Kontrol ekokardiografilerde perikardiyal efüzyonun gerilememesi üzerine istenen kardiak MR 'amiloidoz' uyumlu saptanmıştır. Sedimentasyon:11(1-20)mm/h, kreatinin:0.77(0.51-0.95)

mg/dL, kalsiyum:7.5(8.2-10) mg/dL, Hbg:16.6(11-16), total protein:6.97g/dl(6,4-8,3), albumin:34(35-52)g/l.RF, ANA, dsDNA,ENA profili,ANCA,serum Amiloid A,viral parametreler;Tbc, Brucella testleri normal saptanmıştır hasta amiloidoz açısından ileri incelemeler amaçlı iç hastalıkları kliniğimize yatırıldı.TA:90/60mmHg,Nb: 76/dak,Ateş:360C.Gözde konjonktival hipertrofik lezyon,makroglossi, submandibuler bölgede sınırları düzenli kitle,tırnak distrofileri saptanan hastanın sistem muayene bulguları doğaldı(Resim2). Protein elektroforezinde beta2 bandında artış (Resim3) saptanan hastada IgA:604.9 mg/dL(70–400),IgM 110.6mg/dL(40–230), IgG:1013 mg/dL(700–1600).Serbest kappa/lambda hafif zincir:0,841(1,4-6,2).Serum ve idrar IFE'de IgA lamda monoklonal bant saptandı.Beta-2 mikroglobülin: 2,96 mg/L(0,8 - 2,2).Kemik iliği biopsisinde lambda monotipisi gösteren myeloma hücreleri infiltrasyonu izlendi.PET BT'de anal kanalda diffüz hipermetabolik görünümden alınan biopsi,karın cildi altındaki dokudan ve gözden alınan biopsiler amiloidoz uyumlu değerlendirildi.EMG'de karpal tünel bulguları saptandı.Kemik sintigrafisinde myokardda belirgin artmış oranda radyoaktivite saptandı. IgA-lamda hafif zincir smoldering myelomu tespit edilerek hasta birtamumab çalışma grubuna dahil edilerek remisyonda takip ve tedavi altındadır.

Akciğer grafisi ve toraks BT'de masif perikardial effüzyon görünümü.



Hastanın protein elektroforezindeki monoklonal bant görünümü.



Hastanın fizik muayenesinde saptanan makroglossi, submandibular kitle, gözde konjonktival lezyon ve tırnak distrofileri görünümleri.



Tartışma: Kardiak amiloidozu da olan MM'lu hastalarda Dara+CyBorD (Daratimumab, Cyclophosphamide, Bortezomib, Dexamethasone) ve Birtamimab ile kemo-immünoterapide amaç, altta yatan plazma hücre klonunu baskılayarak amiloidojenik immunglobulin hafif zincirlerinin üretimini azaltmak ve böylelikle toksik amiloid öncü proteinini yok ederek amiloid birikimine engel olmaya dayanmaktadır.Amiloid birikiminin sonlanmasının dokudaki depozitlerin azalmasına olanak sağlayacağı düşünülmektedir.

Sonuç: Dara+CyBorD ve Birtamimab ile kemo-immünoterapi umut vaad eden bir tedavi alternatifi olarak düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Multiple myeloma, Amiloidoz

Yayın No: EP-84

Pembrolizumab'a Bağlı Primer Hipotiroidi ve Adrenalit Gelişen Meme Kanserli Kadın Olgu

Görkem Gültekin[2], Aysel Mammadyarzada[3], Melih Bektaş[3], Buse Apatarkan Dimdork[2], Ezgi Ulaş[3], Banur Şarer Yürekli[3], Mehmet Erdoğan[3]

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi/ İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi/ Endokrinoloji ve metablizma Bilim dalı

Giriş: İmmün kontrol noktası inhibitörleri (İCİ), birçok kanserin tedavisinde umut vaat eden bir yaklaşım olmakla birlikte, ciddi yan etki risklerini de beraberinde getirmektedir. Bu yan etkiler arasında adrenal yetmezlik, hipofizit, tiroidit ve diyabet gibi endokrin sistemle ilişkili komplikasyonlar bulunmaktadır. Pembrolizumab kullanımına bağlı adrenal yetmezlik (AI) görülme sıklığı %0,98 olup, bu durum oldukça nadir görülmektedir. Biz de , meme kanseri nedeniyle pembrolizumab tedavisi alan ve tedavi sonrası otoimmun tiroidit ve adrenal yetmezlik gelişen bir vakayı sunmak istedik.

Olgu: VAKA: 46 yaş kadın hasta. Sağ memede ele gelen 4.5 cm kitle nedeniyle yapılan biyopsisi invaziv duktal karsinom gelmesi üzerine hastaya neoadjuvan tedavi olarak Paklitaksel+Carboplatin ve pembrolizumab başlanmış. Tedavi başlanmadan önce bakılan tetkiklerinde TSH:1,7mU/L fT4:1,21 ng/dl Anti tpo:30,8 IU/ml saptanmış. Tedavinin birinci ayında TSH:0,129mU/L , T4 değeri 2,59 ng/dL saptanması üzerine hasta tiroidit ön tanısı ile yakın takibe alınmış. Tedavinin üçüncü ayında TSH:264 mU/L, fT4:<0,1 ng/dL ve anti-tpo 282 IU/ml saptanmış.Adrenal yetmezlik dışlamak amaçlı tetkikleri istenen hasta genel durum bozukluğu ve ateş yüksekliği nedeniyle acil servise başvurmuş.Başvurusunda tansiyon arteriyel:104/83 na:125 K:4,1 olan hastaya adrenal yetmezlik şüphesi ile İV hydrocort ve oral levotiroksin 100mcg/gün başlanmış. Genel durumu iyileşen ve hiponatremisi düzelen hasta levotiroksin 100mcg/gün ve hidrokortizon 20mg/gün ile taburcu edilmiş. Genkortu düzenli alamaması nedenli sık sık ateş ve genel durumu bozukluğu ile acil servise ve polikliniğe başvuran hastanın o zaman bakılan biokimyada ACTH (Sabah): 357Kortizol (Sabah) < 0,109TSH: 23,9 mU/L FT3: 1,98 ng/L FT4: 1,52 ng/dL FSH: >200LH: 124 Prolaktin: 42 E2:< 25 olarak saptanmış.Hipofizit tanısı dışlanan hastaya surrenal metastaz, atrofi,kanamaya yönelik çekilen abdominal MR görüntülemede her hangi bir patoloji saptanmamış (resim 1).Mevcut değerler ve görüntüleme ile primer hipotiroidi ve primer adrenal yetmezlik olarak değerlendirilen hastanın tedavisi 100 mcg LT4 ve genkort 20+10 mg olarak düzenlenmiş . Tedavi yanıt kontrolünde uygun replasman tedavisi ile klinik iyileşme sağlanmış olup hasta ötiroidik izlenmektedir.

Tartışma: İCİ ilişkili adrenal yetmezlik semptomları genelde nonspesifiktir. Hastaların çoğu şiddetli adrenal yetmezlik ile tanı almaktadır. Her ne kadar bir immun sistem ile ilişkili advers olayların gelişmesinin immünoterapinin etkinliği ile ilişkili olabileceği öne sürülse de özellikle adrenal yetmezlikte bu hastalarda erken tanı hayat kurtarıcıdır .

Sonuç: Biz de pembrolizumab sonra otoimmün tiroidit ve adrenal yetmezlik gelişen bu olguyu sunarak immunoterapi tedavisi alan olgularda otoimmün endokrinopati gelişebileceğinin akılda tutulması gerektiğini ve bu olguların endokrinopatiler açısından izleminin önemini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Adrenal Yetmezlik, pembroluzumab, hipotiroidi

Yayın No: EP-85

Nadir Bir Siroz Nedeni: Hemokromatozis

Kübra Çerçi[2], Seyit Uyar[1]

[1]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Antalya
[2]Kütahya Yoncalı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, İç Hastalıkları, Kütahya

Giriş: Hemakramotozis kavramı literatüre ilk olarak 1865 yılında Trousseau tarafından diyabet, siroz ve bronz renkli cildi olan bir olgunun sunumu ile girdi. 1889'da Von Recklinghausen, karaciğerdeki artan pigmentin demir olduğunu belirledi ve bu hastalığa "hemokromatozis" adını verdi (1). Hemokromatozisin klinik belirtileri hastalığın evresine bağlıdır ve erken evrelerde genellikle asemptomatik seyirlidir. Yorgunluk ve eklem ağrısı yaygın görülen başlangıç semptomlarındandır. Biz bu yazımızda, heterozigot H63D mutasyonu taşıyan siroza ilerlemiş primer hemokromatozis tanısı koyduğumuz olgu ile ülkemizde nadir görülen bu hastalığı güncel literatür eşliğinde gözden geçirmeyi amaçladık.

Olgu: 60 yaşında erkek hasta kliniğimize halsizlik şikayeti ile başvurdu. Hastanın öz geçmişinde diabet öyküsü, 20 paket-yıl sigara ve alkol kullanımı vardı. Soy geçmişinde bilinen herhangi bir özellik yoktu. Hastanın bilinci açıktı ve koopere idi. Fizik muayenesinde skleraları subikteriktı. Kardiyovasküler ve solunum sistemi muayenelerinde özellik yoktu. Hastanın organomegali ve lenfadenomegalisi yoktu. Laboratuvar bulguları: Hemoglobin:13.5g/dL, hematokrit:%39, lökosit:14.100/mm3, trombosit:103.000 /mm3, demir:49ug/dL, totaldemirbağlamakapasitesi:103ug/dl, transferrinsaturasyonu:%47, ferritin:1318µg/ml ölçüldü. Yapılan batın ultrasonografisinde karaciğer 15,5 cm, ince granüler tarzda heterojen ve lobüleydi. Bu bulgular ile siroz düşünüldü. Kronik karaciğer hastalığı etyolojisini belirlemek için viral markırlara bakıldı; negatifti. Otoimmun hepatit ekarte edilmesi için istenen tetkikler negatifti. Yapılan gastroduodenoskopide antral eroziv gastropati ve özefagusta venöz belirginleşme saptandı. Hastadan gen analizi istendi. HFE geninde C282Y, H63D ve S65C olmak üzere 3 farklı varyant çalışıldı. Heterozigot H63D varyantı tespit edildi. Hastaya furasemit 40mg 1x1 ve spironolakton 100 mg 1x1başladı ve taburcu edildi.

Tartışma: Hemokromatozis, bağırsaktan demir emiliminin ve makrofajlardan demir salınımının artmasıyla karakterize edilen bir demir homeostaz bozukluğudur. Primer ve sekonder olmak üzere 2 temel tipi bulunmaktadır. Primer hemokromatoz, spesifik genlerdeki mutasyonlar nedeniyle oluşurken, sekonder hemokromatoz ise diğer hastalıklar veya durumlar sonucu gelişir. Dünyada C282Y mutasyonu daha sık görülmesine karşın ülkemizde nadiren görülmektedir. H63D mutasyonu popülasyonumuzda daha yüksek bir prevalansa sahiptir (2,5). Hemakromatozis tanısı hastalığın erken evrelerinde asemptomatik seyretmesi sebebiyle zor olabilir. Semptomlar genellikle 30-50 yaşları arasında başlar ancak daha erken yaşlarda da ortaya çıkabilir. Tanı alan hastalar iskelet, endokri, kardiyak, genitoüriner stem başta olmak üzere karaciğer dışı belirtiler için klinik olarak değerlendirilmelidir. Özellikle hiperferritinemi nedeni belirsiz olan hastalarda hepatik dışı organ tutulumunu değerlendirmek

için manyetik rezonans görüntülemesi kullanılmalıdır (6). Demir yükünü gösteren laboratuvar bulgular arasında ise yüksek transferi satürasyonu ve yüksek ferritin değeri bulunur. Transferin satürasyonu yüksekliği ilk ortaya çıkan laboratuvar bulgusudur. Erkeklerde %50 ve kadınlarda %45'ten fazla olması yüksek olarak tanımlanmıştır ve ölçüm için kan örnekleri sabah alınmalıdır. Genetik test tanıda altın standarttır. Demir yüküne dair biyokimyasal bulguları olan hastalarda hemokromatoz semptomları olmasa bile mutlaka yapılmalıdır. Karaciğer biyopsisi siroz tanısı net konulan hastalarda önerilmemektedir. Ancak ferritin düzeyi 1000 µg/L'nin altında olup serum transaminaz düzeylerinde artış mevcutsa diğer kronik karaciğer hastalığı yapabilecek sebepleri dışlamak için karaciğer biyopsisi yapılabilir .

Sonuç: Hemakromatozis tedavisinde birinci basamak ferritin düzeyi 50-100µg/L aralığında olacak şekilde flebotomidir. Eritrosit aferezi flebotomiye bir alternatiftir. İleri evrelerde flebotomi fibrozis regresyonunu indükleyebilir ve erken evre sirozun gerilemesini sağlayabilir. Flebotomi mümkün değilse demir şelasyon tedavisine başlanabilir. Hastalar HCC açısından her 6 ayda bir görüntüleme ile serum alfa-fetoprotein birlikte değerlendirilerek taranmalıdır. Hastanın birinci derece akrabalarında hemokromatozis açısından genetik test yapılmalıdır(5).

Anahtar Kelimeler: Hemokromatozis, aşırı demir birikimi, HFE geni

Yayın No: EP-86

Lityum'a Bağlı Diabetes İnsipidus Olgusu

Uğur Karaca, Ramazan Erkoç

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Diabetes insipidus(Dİ), poliürik-polidipsik hastalıklar spektrumunda yer alan herediter ya da edinsel olabilen bir hastalıktır. 'Antidiüretik hormon' olarak da adlandırılan Arginin Vasopressin (AVP)hormonunun yetersiz sekresyonu (santral Dİ) ya da AVP'e renal tubuluslarda cevapsızlık (nefrojenik Dİ) nedeniyle ortaya çıkar. Etyoloji, multifaktöriel olmakla beraber başlıca sebepleri arasında; travmatik beyin hasarı, enfeksiyonlar, ilaçlar bulunmaktadır. Bu olgumuzda, acile bilinç bulanıklığı ile başvuran ve devamında yoğun bakım takiplerinde hipernatremi, akut böbrek yetmezliği gelişen hastamızda lityum nedenli gelişen diabetes insipidus tanısı konulan bir hastamızı anlatacağız.

Amaç:
Gereç ve Yöntem: .

Bulgular: 58 yaş erkek hasta, bilinç bulanıklığı şikayeti ile 112 tarafından acile getirilmiş. Geliş fizik muayenesinde GKS:13, bilinç uykuya meyilli, Ptö -/-, solunum seslerinde her iki akciğerde yaygın ronküsler duyuldu. Özgeçmişte bilinen hipertansiyon ve bipolar bozukluk tanıları bulunan hasta amlodipin 10 mg /gün ve lityum 2x1/gün (son 1 aydır) kullandığı öğrenildi. Hastanın akciğer görüntülemesinde pnömoni saptandı. Bilinç bulanıklığı nedenli acil serviste yapılan lomber ponksiyon incelemesi, difüzyon MR, kontrastsız beyin BT tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Alınan kan tahlillerinde Üre:80 Kre:2,84 Gfr:25 Na:151 olarak saptanması üzerine hasta akut böbrek yetmezliği-hipernatremi-pnömoni tanıları ile yoğun bakım ünitesine interne edildi. Hastaya hipernatremi nedenli dekstroz infüzyonu ve nazogastrik sonda ile çeşme suyu tedavileri başlandı ancak hastanın takiplerinde sodyum değerinde progresyonu olması ve hastanın poliürik olması nedeni ile hastaya lityum sekonder diabetes insipidus ön tanısı ile desmopressin 2x120 mg/gün tedavisi başlandı. Desmopressin sonrası hastanın idrar çıkışları normal balansta kaldı ve sodyum 4 günlük takip sonrası normal aralığa geriledi. Hasta desmopressin yanıtlı olması nedenli hasta lityum sekonder gelişen santral Dİ kabul edildi. Çekilen Hipofiz Mr'ında patolojiye rastlanmadı. Hastanın takiplerinde pnömonisi regrese oldu ve nefroloji servisine devir edildi.

Tartışma: Diabetes İnsipidus, poliüri-polidipsi ile karakterize, bir çok etyolojik faktöre bağlı olabilen, birçok faktörün etkili olabileceği bir hastalıktır. Hastaların anamnezlerinde ilaç sorgusu önem arz etmektedir. Bu hastalar poliüri nedenli hipovolemiye yatkındırlar. Lityum, Sisplatin, Metoksiflurangibi ilaçlara sekonder Dİ görülebileceği unutulmamalıdır. Santral Dİ desmopressin tedavisine yanıt verirken, nefrojenik Dİ tedavisinde tiyazid diüretikler etkilidir.

Anahtar Kelimeler: diabetes insipidus, sodyum, hipernatremi, akut böbrek yetmezliği, desmopressin

Yayın No: EP-87

Talasemi Major Tanılı Bir Hastada Endokrin Bozukluklar

Beril Betül Çam

Sbü İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma

Giriş: Talasemi majör, şiddetli anemiye neden olan kalıtsal bir hemoglobin sentez bozukluğudur.Bu hastalarda demir yüklenmesi tedavi sırasında karşılaşılan önemli bir komplikasyondur.Aşırı demir birikimi kalp, karaciğer ve endokrin organlar başta olmak üzere birçok dokuya zarar verir. Demir şelasyonu ile bu komplikasyonların önüne geçilmeye çalışılır. Ancak hastalarda büyüme geriliği, hipogonadizm, diyabet, hipotiroidi gibi birçok endokrin bozukluk sık görülmektedir.(1. Al-Elq AH, Al-Saeed HH. Endocrinopathies in patients with thalassemias. Saudi MedJ. 2004)Bu olgu sunumunda, multipl endokrin komplikasyon gelişen talasemi majör tanılı bir hasta sunulmaktadır.

Olgu: 25 yaşında, talasemi majör tanılı kadın hasta acil servise halsizlik şikâyetiyle başvurdu.Çocuk hematoloji tarafından takipli olan hastaya düzenli kan transfüzyonu uygulanmaktaydı. Acil serviste yapılan tetkiklerde glukoz: 640 mg/dL, idrar ketonu +4, pH:7.38, PCO2: 37, HCO3: 21.6 olarak bulundu. Diyabet tanısı olmayan hastaya,hemokromatozise sekonder diyabet tanısı ile intravenöz insülin infüzyon tedavisi başlandı ve keton negatifleşinceye kadar devam edildi.Anamnezde hastanın 3 haftada bir transfüzyon aldığı, ancak endokrin poliklinik kontrollerini aksattığı öğrenildi. En son ferritin düzeyi 8000 ng/mL olarak ölçülmüştü. Daha önce yapılan kardiyak ve abdominal MR'da demir birikimi saptanmıştı. Yatış süresince AST ve ALT düzeylerinde ılımlı yükseklik, EKG'de yaygın T negatiflikleri izlendi. Troponin takibi ve kardiyoloji konsultasyonu ile akut koroner sendrom dışlandı.Hastanın adet düzensizliği nedeniyle hormon profili istendi. HbA1c: %13.8, C-peptid: 0.24ng/mL, TSH: 12 µIU/mL, T3-T4: normal, bazal kortizol: 5.17 µg/dL, FSH: 0.18 U/L, LH: 0.06U/L olarak bulundu. Endokrinolojiye danışılarak estradiol valerat/norgestrel ve levotiroksin tedavisi başlandı. Bir ay sonra poliklinik kontrolü önerildi.Komplikasyonların görüntülemesi amacıyla beyin MR, kardiyak MR, abdominal USG ve DEXA istendi. DEXA sonucu osteopeni ile uyumluydu. Beyin MR'da patoloji izlenmedi, karaciğerde ise hipertrofi görüldü.Çocuk hematoloji ile görüşülerek oral demir şelasyonuna ek olarak intravenöz deferoksamin başlandı. Ancak hasta 24 saatlik infüzyonu tolere edemediği için tedavi 3.günde sonlandırıldı. Oral tedavi dozu artırılarak devam edildi. Kan şekeri, c-peptit düzeyi de düşük olması nedeniyle insülinlerle regüle edildi, hastaya insülin kullanımı ve diyabetik beslenme eğitimi verildi.

Tartışma: Talasemi majör hastalarında uzun süreli kan transfüzyonları nedeniyle gelişen demir birikimi, çoklu endokrin bozukluklara neden olabilir. Bu hastada görülen hipotiroidi,hipogonadizm, diyabet ve osteopeni, hemokromatozis ile ilişkiliydi.

Literatürde,hipogonadotropik hipogonadizm en sık rastlanan endokrin disfonksiyon olarak bildirilmiştir ve genellikle puberte döneminde başlar (3. De Sanctis V, et al. Hypogonadism in thalassemia major: diagnosis andmanagement. Pediatr Endocrinol Rev. 2004)Ayrıca, talasemili hastalarda glukoz intoleransı ve diyabet gelişme oranı, demir birikiminin pankreas beta hücrelerine toksik etkisiyle açıklanmıştır (4.Farmaki K, et al. Glucose metabolism disturbances and iron overload in patientswith beta-thalassaemia major. Pediatr Endocrinol Rev. 2006)Hipotiroidizm ise sıklıkla subklinik olarak seyretmekte ve tiroid peroksidaz aktivitesinin bozulmasıyla ilişkilendirilmektedir. Kemik mineral yoğunluğundaki azalma ve osteopeni, hem endokrin disfonksiyonlara hem de kemik iliği ekspansiyonuna bağlıdır. Bu komplikasyonların erken tanısı ve uygun tedavi ile hastaların yaşam kalitesi belirgin şekilde artırılabilir.

Sonuç: Talasemi majör hastalarında düzenli endokrin değerlendirmeler yapılmalıdır. Tanı anından itibaren hastalar 3 ay aralıklarda boy ve ağırlık ve pubertal gelişim;10 yaş üzerinde yıllık oral glukoz tolerans testi, tiroid fonksiyon testleri ,kemik yoğunluğu ölçümü ile değerlendirilmeli(5. Türk Hematoloji Derneği 2011 Beta Talasemi Kılavuzu)Erken tespit ve müdahale ile yaşam kalitesi artırılabilir. Multidisipliner yaklaşım, bu hastaların yönetiminde esastır.

Anahtar Kelimeler: Talasemi major, Endokrin komplikasyonlar, Hipogonadizm, Diyabet, Demir şelasyonu

Yayın No: EP-88

Kronik Diyabetik Nefropati Temelinde Gelişen Edinilmiş Perforan Dermatoz: Bir Olgu Sunumu

Elif Demir[1], Tülin Akagün[1], Sevinç Hakyemez[1], Kubilay İşsever[1], Gülsüm Ceren Civcan[2]

[1]Giresun Üniversitesi Giresun Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Giresun Üniversitesi Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş: Edinilmiş perforan dermatoz (APD); kollajen, elastik lifler ve keratin gibi dermal bağ dokusu materyallerinin epidermisten transepidermal yolla eliminasyonu ile karakterize, kaşıntılı deri lezyonları ile seyreden bir grup hastalıktır. Perforan dermatoz, transepidermal eliminasyon mekanizmasına göre dört klasik formda tanımlanmıştır: Reaktif Perforan Kollajenoz (RPC), Elastosis Perforans Serpiginosa (EPS), Perforan Folikülit (PF) ve Kyrle Hastalığı (KD).Hastalığın karakteristik lezyonları, genellikle ekstremitelerin ekstansör yüzeylerinde görülen, merkezi keratotik kabuk veya tıkaçlı, pruritik göbekli papüller ve nodüllerdir. APD için çok sayıda yol tanımlanmıştır ancak transepidermal eliminasyonun patogenezi hala belirsizdir. Yatkın hastalarda kronik pruritusun kollajen liflerinin yırtılmasına ve bunun sonucunda ortadan kalkmasına neden olabileceği düşünülmektedir. APD genellikle diabetes mellitus ve kronik böbrek hastalığı gibi sistemik hastalıklar ile birlikte görülür [1].

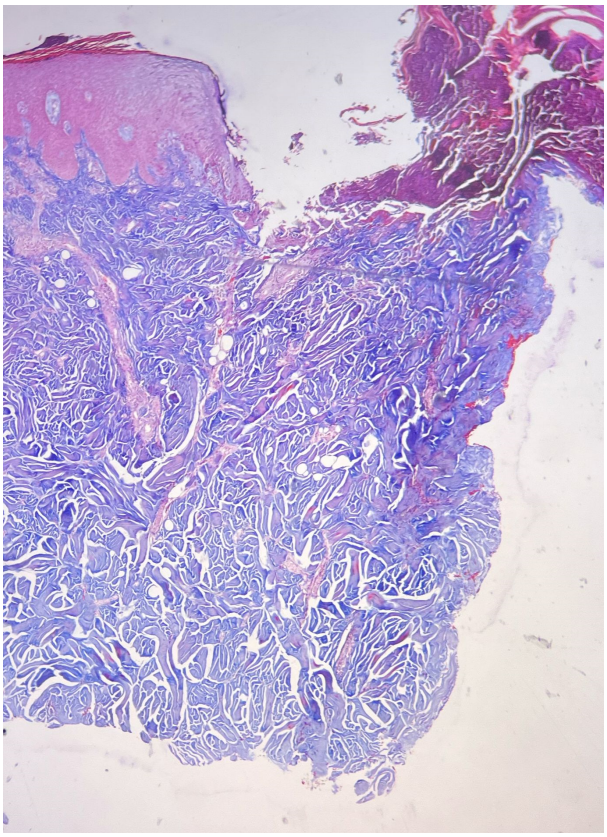
Amaç: Bu olgu sunumunda, diabetes mellitus ve kronik böbrek hastalığı ile takip edilen hastada kaşıntı şikayetine yaklaşım ve ayırıcı tanıda perforan dermatozun düşünülmesinin önemini vurgulamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Nefroloji kliniğimize başvuran diabetes mellitus ve kronik böbrek hastalığı ile takip edilen hastada kaşıntı şikayetine yaklaşım ve ayırıcı tanıda perforan dermatozun düşünülmesine dair olguyu sunduk.

Bulgular: OlguKronik böbrek yetmezliği ile takip edilen 59 yaşında kadın hasta, rutin kontrol için nefroloji polikliniğine başvurdu. Altı aydır devam eden kaşıntı ve vücutta döküntü şikayetleri vardı. Hastanın 20 yıldır diabetes mellitus, 25 yıldır hipertansiyon tanısı vardı. Kan şekeri, evde insülin ve oral antidiyabetik ilaçlar ile regüle ediliyordu. Kan tetkiklerinde kreatinin: 1.31 mg/dL, üre: 52 mg/dL , potasyum: 5.2mmol/L , 24 saatlik idrarda protein: 342 mg/gün idi. Yapılan üriner ultrasonografi raporu incelendiğinde, her iki böbreğin konturları düzenli ve böbrek boyutları normal olarak izlendi. Hastanın kan tetkik ve görüntüleme sonuçları diyabetik nefropati ile uyumluydu. Kaşıntı şikayeti için muayene edildiğinde, inspeksiyonda ekstremitelerde ve gövdede çok sayıda orta derecede kaşıntılı lezyonlar mevcuttu. Bu lezyonlar 2 mm ile 2 cm çapında yaygın kırmızı renkli papüller ve plaklardı. Bu lezyonların bir çoğunun ortasında nekrotik kabuklar bulunmaktaydı. Hastanın nefrolojik açıdan tedavisi düzenlendikten sonra perforan folikülit ön tanısı ile dermatoloji birimine yönlendirildi. Dermatolog tarafından hastaya punch biyopsi işlemi yapıldı. Mikroskopik olarak epidermiste

fokal ülserasyon, nekrotik debris ve fibrinli eksuda ile dolu, folikül olduğu düşünülen alan izlendi. Histokimyasal olarak PAS ve Masson trikrom boyalar ile boyanan doku, patoloji anabilim dalı tarafından perforan dermatoz olarak raporlandı

Masson trikom boyama



Dermiste kollajen

Cilt Bulguları



Cilt bulguları

Cilt Bulguları



Karın Bölgesi Cilt Bulguları

Tartışma: Edinilmiş perforan dermatoz (APD), yetişkinlerde ortaya çıkan çeşitli tipteki perforan hastalıkları tanımlayan kapsamlı bir terimdir ve genellikle altta yatan sistemik bir hastalıkla, en yaygın olarak diabetes mellitus ve kronik böbrek yetmezliği ile ilişkili bulunmaktadır [2,3]. Hastamızda da görülen kaşıntı en belirgin semptomdu. Pruritusun şiddetinin hastalığın şiddeti ve tedaviye yanıt ile ilişkili olduğu, literatürde farklı çalışmalarla gösterilmiştir [4,5].Kronik böbrek yetmezliği ile takip edilen hastalarda kaşıntı şikayeti çoğunlukla akla ilk olarak üremik semptomları getirmektedir. Hastanın ek hastalıklarının sorgulanması, kaşıntıya döküntü bulgularının eşlik edip etmediğinin araştırılması ve hastanın dermatolojik olarak muayene edilmesi, perforan dermatozun ayırıcı tanıda düşünülmesinde önemlidir. Perforan dermatozun erken teşhisi, tedaviye yanıt açısından değerlidir. Özellikle kronik böbrek yetmezliğine eşlik eden diyabetes mellitus tanısı olan hastalarda kaşıntı semptomu derinlemesine sorgulanarak hastanın dermatolojiye yönlendirilmesi, hastanın tanı ve tedavi sürecini hızlandıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Perforan Dermatoz, Kronik Böbrek Yetmezliği, Diyabetes Mellitus, Pruritus

Yayın No: EP-90

Atipik Hüs Vakası

Esra Yenikurtuluş, Nurten Peynirci, Eda Altun, Erkan Şengül

Kocaeli Şehir Hastanesi Nefroloji Kliniği

Giriş: Trombotik mikroanjiyopati (TMA) arteriol ve kılcal damarların damar duvarındaki anormalliklerin mikrovasküler tromboza yol açtığı spesifik bir patolojik lezyonu tanımlar .1 Atipik hemolitik üremik sendrom (aHÜS), TMA grubunda yer alan, kompleman sistemi disregülasyonu ile ilişkili nadir fakat ciddi seyirli bir hastalıktır. Klasik (Shiga toksin ilişkili) HÜS'ten farklı olarak aHÜS, genellikle genetik veya edinsel kompleman düzenleyici protein anomalilerine bağlı gelişir.

Amaç: aHÜS temel olarak mikroanjiopatik hemolitik anemi, trombositopeni ve akut böbrek hasarı üçlüsü ile tanımlanan bir klinik tablodur. Anemi ve trombositopeni derecesini değerlendirmek için tam kan sayımı , hemoliz veya organ hasarını takip etmek için laktat dehidrogenaz (LDH), böbrek fonksiyon bozukluğunun şiddetini ve ilerlemesini takip etmek için serum kreatinin ve böbrek hasarı olan hastalarda günlük idrar çıkışı izlenmelidir.

Gereç ve Yöntem: Atipik hemolitik üremik sendrom (aHÜS), nadir görülen ancak ciddi seyirli bir trombotik mikroanjiyopati türüdür ve erken tanı ile uygun tedavi, hastalığın prognozunu belirlemede kritik rol oynar.Hastanın klinik, laboratuvar ve histopatolojik bulguları değerlendirilerek aHÜS tanısı konmuş ve plazmaferez, kortikosteroid ve eculizumab tedavisi uygulanmıştır.

Bulgular: 49 yaşında kadın hasta, sol yan ağrısı, ateş, genel durum bozukluğu ve vücudunda yaygın morluk şikayetleriyle dış merkez acil servise başvurmuş. Özgeçmişinde bilinen ek hastalık, operasyon öyküsü , ilaç ya da madde kullanımı yok. Acil başvurusunda hipotansif ve taşikardik seyretmiş. Laboratuvar değerleri (Tablo 1. ve Tablo 2.) gösterilmiştir. Bilgisayarlı tomografi raporunda: Sol proksimal üreterde yaklaşık 6 mm çapında grade II hidronefroza neden olan kalkül ve sol böbrek çevresinde perirenal yağ planlarında kirli görünüm izlenmesi üzerine taşlı piyelonefrit sebepli ürosepsise sekonder trombotik mikroanjiopati ön tanılarıyla 2.basamak yoğun bakım yatışı yapılmış olup, takibinde sol nefrostomi takılmış. İleri tetkik için 8 gün sonra hastanemiz 3.basamak yoğun bakım ünitesine sevki yapıldı.Periferik yaymada şistosit görülmüş olup Hemolitik Üremik Sendrom(HÜS) ve Trombotik Trombositopenik Purpura(TTP) ayırıcı tanısı yönünden değerlendirildi. Shiga Toksin negatif, ADAMTS13 aktivitesi >%97 görüldü. Hastaya, plazmaferez ve prednizolon tedavisi başlandı. Takibinde aralıklı hemodiyaliz seanslarına alındı. Böbrek biyopsisi uygulandı. Biyopsi sonucu TMA bulgularını destekledi. aHÜS olarak kabul edilen hastaya eculizumab tedavisi başlandı.

Tablo 1

Labaratuvar Sonuçları	06.01.25	22.02.25*	04.03.25	27.03.2025
Hemoglobin(11.2-15.2 g/dl)	12.6	9.9	8.1	9.1
Trombosit (150-450 10^3/ul)	30	98	187	256
Serum Kreatinin(0.5-0.9 mg/dl)	2.65	3.67	2.82	2.56
Serum BUN (6-20 mg/dl)	35	43	44	31
LDH (135-235 u/l)	1485	385	275	167
Total Bilirubin (0.1-1.2 mg/dl)	0.99		0.49	

*Eculizumab tedavisi başlandı

Tablo 2

C3 (0.9-1.8)	0.91
C4 (0.1-0.4)	0.08
ANA	Negatif
ANCA	Negatif
ANTİ_DSDNA	Negatif
ANTİ-FOSFOLİPİD	Negatif
BETA-2 GLİKOPROTEİN-1 ANTİKORLARI	Negatif

Otoantikor Sonuçları

Tartışma: Atipik hemolitik üremik sendromda erken tanı konması ve tedaviye başlanması, mortaliteyi ve morbiditeyi önlemede kritik bir öneme sahiptir. Hastalığın her yaşta görülebileceği unutulmamalı, TTP ile ayrımında ADAMTS 13 aktivitesi <5 olmaması, Shiga toksin negatifliği tanıda önemlidir. Hastalık tekrarlayabileceğinden, gerekirse tedaviye ömür

boyu devam edilmelidir. Plazmaferez gibi destek tedavileri erken dönemde başlanmalı, eculizumab gibi hedefe yönelik ajanlar düşünülmelidir. Eculizumab ile tedavi edilen bireyler kapsüllenmiş organizmalara karşı aşılanmalıdır .2 Klinik şüphe halinde genetik test sonuçları beklenmeden tedavi başlanması, böbrek fonksiyonunu korumada kritik rol oynar.

Anahtar Kelimeler: aHüs, trombotik mikroanjiopati, eculizumab

Yayın No: EP-91

Parsiyel Empty Sella Sendromuyla Birlikte Görülen Akromegali Olgusu

Betül Özdemir Öztürk[1], Menekşe Duru Erdoğan[2], Elif Bozkuş[2], Halil Durantaş[3], Bekir Uçan[3], Erman Çakal[3]

[1]Barking,Havering and Redbridge University NHS Trust,Londra
[2]Ankara Etlik Şehir Hastanesi,İç Hastalıkları Kliniği
[3]Ankara Etlik Şehir Hastanesi,Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği

Giriş: Akromegali genellikle hipofiz adenomlarından kaynaklanan nadir bir hastalıktır. Hipofizer odak tespit edilemeyen hastalarda ektopik odaktan salınan büyüme hormonu (GH) ile gelişen veya empty sella sendromuyla birlikte görülen akromegali olguları bildirilmiştir. Bu olguda,akromegali ve empty sella sendromu birlikteliğinin görüldüğü bir klinik tablo sunulmaktadır.

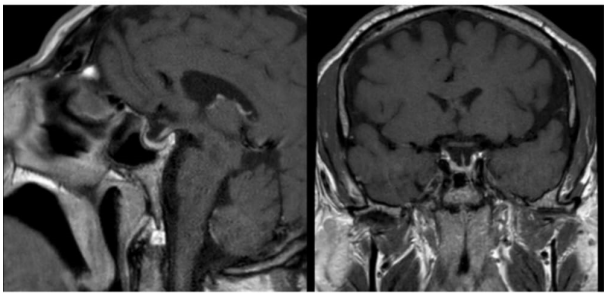
Amaç: Bu olguda,akromegali ve empty sella sendromu birlikteliğinin görüldüğü nadir bir klinik tablo sunulması amaçlandı

Gereç ve Yöntem: Bu olguda,akromegali ve empty sella sendromu birlikteliğinin görüldüğü nadir bir klinik tablonun gözlem tanısal testlerle sunulması amaçlandı

Bulgular: Bilinen obstrüktif uyku apne sendromu tanılı 43 yaşında erkek hasta göğüs hastalıkları kliniği başvurusunda fenotipinden şüphelenilerek akromegali açısından endokrinolojiye yönlendirilmiş.Hastanın başvuru anındaki sorgulamasında el ve ayaklarda büyüme,yüz kemiklerinde genişleme ve parmak kalınlaşması,yüzüğünün parmağına olmaması şikayetlerimevcuttu.Baş ağrısı, görme alanı defekti, aşırı terleme, bulantı veya kusma gibi semptomları yoktu. Özgeçmişinde nöroşirürjik girişim,travma veya radyoterapi öyküsü bulunmamaktaydı.Fizik muayenede akromegaliyi düşündüren fenotip olması nedeniyle yapılan IGF-1: 368 ng/mL (normal referans aralığı: 90.5-218 ng/mL) saptandı. Akromegali araştırması amacıyla yapılan oral glukoz tolerans testi (OGTT) sırasında en düşük GH değeri 30.dakikada 1.31 ng/mL olarak ölçüldü. OGTT sırasında GH supresyonunun olmaması nedeniyle GH hipersekresyonu doğrulandı.Odak saptama amacıyla çekilen kontrastı hipofiz manyetik rezonans görüntüleme(MR) incelemesinde, hipofiz bezinin kraniokaudal boyutu santral kesimde 2.6 mm olarakizlendi ve süperior yüzeyin konkav görünümde (parsiyel empty sella) olarak raporlandı (şekil1).Diğer ön hipofiz aksı normal saptandı.Hastada akromegalinin en sık sebebi olan hipofizer odak bulunmaması sebebiyle ektopik GH salınımı araştırıldı.Öncelikle hastaya torakoabdominopelvik BT çekildi, sağ akciğer üst lob anterior segmentte 35x35 mm boyutunda düzensiz konturlu bir yumuşak doku lezyonu saptandı(Şekil-2).Sonrasında nöroendokrin tümör ileri incelemesi için çekilen Ga-68 PET-BT incelemesinde sağ akciğer üst lob anteriordaki şüpheli lezyonda tutulum saptanmadı.Bu lezyona yönelik solid maligniteler açısından 18-FDG PET-BT çekildi,patolojik tutulum saptanmadı (Şekil-3).Sonuçlarla göğüs hastalıkları kliniği ile birlikte değerlendirildi.Eski toraks BT görüntüleri

incelendiğinde hastadaki lezyonun granülomatöz hastalık sekeliyle birlikte bronşiektazi alanı ve bronkoselle uyumlu olabileceği düşünüldü.İleri inceleme uygun görülmedi. Sonuçlarla hastada ektopik GH sekresyonu düşünülmedi.Başka nöroendokrin odak saptanmayan hastada nadiren görülen parsiyel empty sellayla akromegali birlikteliği düşünüldü.Hastaya medikal tedavi başlanmasına karar verildi. Öncesinde kolelitiazisi olan hastaya kolesistektomi yapılarak 28 günde bir olacak şekilde lanreotid 90 mg tedavisi başlandı.

Şekil-1



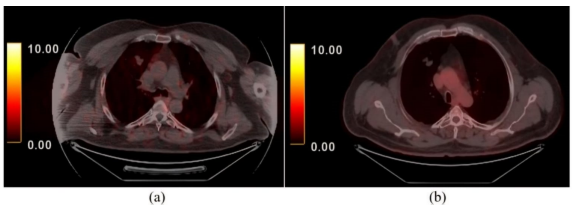
Hipofiz MR'da görülen parsiyel empty sella

Şekil-2



Toraks BT'de görülen takipte stabil 35x35 mm boyutunda lezyon

Şekil-3



Patolojik tutulum saptanmayan Ga-68 PET-BT (a) ve 18-FDG PET-BT (b) görüntüleri

Tartışma: Akromegali,ekstremitelerin büyümesi,yüz kemiklerinin genişlemesi,el ve ayakların ilerleyici büyümesi ve yumuşak dokuların kalınlaşması ile karakterizedir.Tanı, OGTT sırasında GH supresyonunun olmaması ile konur.Klinik pratikte akromegalinin en sık nedeni hipofizadenomu iken,parsiyel empty sella ile birlikteliği nadirdir.Bizim olgumuzda da akromegali tanısı konulmasına rağmen,hastada hipofizer adenom veyaektopik GH salgılayan bir odak tespit edilememiştir.Parsiyel empty sella sendromu, araknoid materin sella tursika içine doğru herniasyonu sonucu hipofiz bezinin kısmen veya tamamen basıya uğramasıyla oluşan bir tablodur.Genellikle tesadüfen saptanır ve hipofiz fonksiyonlarını etkileyebilir,ancak akromegali ile ilişkisi tam olarak aydınlatılmış değildir.Literatürde, bu durumun çoğunlukla önceki bir hipofiz adenomunun spontan nekrozundan kaynaklandığı öne sürülmektedir.Akromegali ve empty sella birlikteliği daha önce hipofiz cerrahisi geçiren hastalarda da bildirilmiştir.Bizim olgumuzda ise hastanın hipofiz cerrahisi öyküsü bulunmamaktaydı.Bu da eskiden olan bir hipofiz adenomunun nekroze olduğu ve tespit edemediğimizi düşünmemize sebep oldu.Akromegali ve empty sella sendromunun birlikteliği tanısal güçlük ortaya çıkarabilmektedir.Sistematik tanı yaklaşımı bu tür zorlu vakalarda klinisyenler için yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: akral büyüme, hipofizer adenom, ektopik hormon salınımı, parsiyel empty sella

Yayın No: EP-92

Poliserözit Tespit Edilen Hastalarda Gözden Kaçan Tanı MİS-A (Multisistemik İnflamatuvar Sendrom)

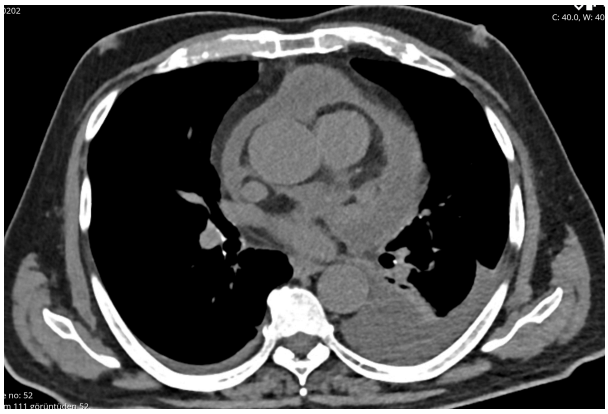
Muhammed Yasir Ceyhan[1], Çağrı Mustafa Dönmezer[1], Yıldız Okuturlar[1], Sevgi Şahin[2]

[1]Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Kliniği, İstanbul
[3]Acıbadem Maslak Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı,Romatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Bu olguda nadir bir vaka olan multisistemik inflamatuvar sendrom(mis-a) incelenmiştir. Multisistemik İnflamatuvar Sendrom-A (MIS-A), COVID-19 enfeksiyonunun geç döneminde veya post-enfeksiyöz süreçte gelişen hiperinflamatuvar tablodur. MIS-A nın patofizyolojisinde, post-viral dönemde bağışıklık cevabının aşırı aktivasyonu (sitokin fırtınası) ve vasküler disfonksiyon temel roller oynamaktadır. MIS-A, şiddetli inflamasyona bağlı olarak kardiyak, pulmoner, gastrointestinal, nörolojik ve hematolojik tutulumlarla karakterizedir. Tanı kriterleri kesin olarak netleşmemiş olsada CDC önerilerine göre: Ateş, döküntü, alternatif tanının olmaması,yakın zamanda geçirilmiş COVID-19 enfeksiyonu (PCR/antikor pozitifliği), akut faz reaktanı yüksekliği, kardiyak tutulum, nörolojik, gastrointestinal problemler,trombositopeni tanıya rehberlik eden faktörler olarak kabul edilmektedir. [1] Bu vaka sunumu, MIS-A'nın tanı zorluklarına ve nadir görülen poliserözit ile ilişkisine dikkat çekmektedir. [2]

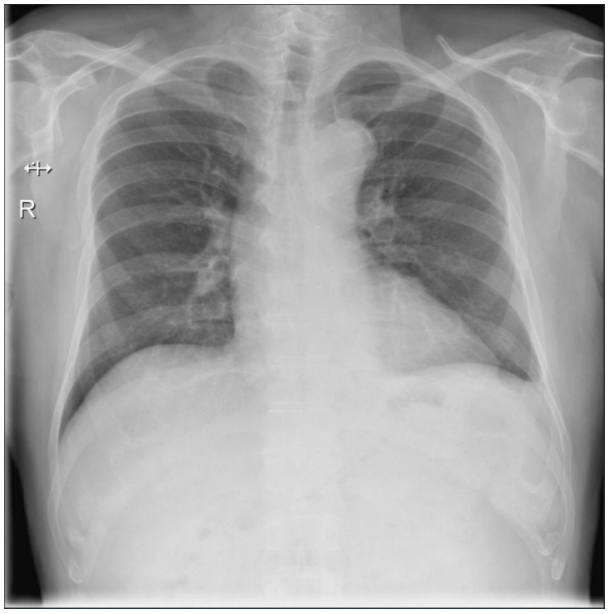
Olgu: 66 yaş erkek hasta nefes darlığı, 9 gündür özellikle omuzlarda ve ense bölgesinde geceleri artan egzersizle ilişkisiz ağrısı mevcut. 1 ay öncesinde kızında influenza gelişmiş. Aynı evde yaşamıyorlar ancak kızı ve torunu ile görüşüyorlarmış. O dönemde göğüs ağrısı yaşamış. Muayenesinde sol bazalde solunum sesi alınamadı, kalp sesleri derinden gelmekteydi. Diğer fizik muayene bulguları ise normal saptandı.Vital bulguları stabildi. Hasta yatırılarak takip edilmeye başlandı ve takiplerinde ateşi 38.2 görüldü. Çekilen bt de plevral ve perikardiyal sıvı saptandı. [Figüre 1]Kan tetkiklerinde hemoglobin 11.1 g/dL, trombosit 418 bin, ESR 77 mm/saat, kreatinin 1.20 mg/dL, ALT 80 IU/L,CRP 263 mg/L, TSH 1.49 mmIU/L, fT4 17.1 pmol/L.Plevral sıvı mayisi eksudatif vasıfta ve ADA 10.4 IU/L saptandı. Ekosunda hafif sol ventrikül hipertrofisi görüldü. Ciddi düzeyde perikardiyal sıvıya, perikardit lehine bulguya rastlanmadı. Plevra sıvı sitopatolojisi malignite için negatif geldi. Hiperferritinemisi olan hastaya MAS açısından profilaktik olarak testler sonuçlanasıya kadar metilprednizolon 20 mg olarak başlandı.ANA 1/80 titre, anti-ds DNA negatif, anti c-ANCA negatif, anti p-ANCA negatif, C3 219 mg/dL(yüksek), c4 57 mg/dL (yüksek), gaitada gizli kan negatif, Serum amiloid A 143 mg/dL(yüksek), LDL 90 mg/dL trigliserit 132 mg/dL, ferritin 756 ng/mL, CRP 17,2, protein elektroforezinde normal saptandı. PET/CT sonucunda anlamlı bulguya rastlanmadı. Steroid başlandıktan sonra perikardiyal ve plevral sıvısı, akut faz reaktanları daha da regrese oldu. [Figür 2]Hastanın steroid dozu azaltılarak 5 gün sonra kontrole çağrıldı. Kontrole geldiğinde CRP nin arttığı saptandı. Hastada aynı zamanda DM olduğu için anakinra tedavisine başlandı.

pulmoner bilgisayarlı tomografi



Sol hemitoraksta 4cm kalınlığa ulaşan plevral sıvı,perikardda diffüz duvar kalınlaşmaları ve perikardiyal 2.2 cm kalınlığa ulaşan sıvı, sağ hemitoraksta minimal plevral sıvı dikkati çekmiştir.

posteroanterior akciğer grafisi



Kardiofrenik ve kostofrenik sinüsler açık olarak izlenmiştir.Aorta topuzu ve aorta segmentleri belirgindir

Tartışma: Bu olgu orta yaş üstü erkek hastada post enfeksiyöz süreç sonrası poliserözit bulguları (perikardiyal ve plevral), antibiyoterapiye yanıt alınamaması, malignite ve otoimmun serolojinin negatif, hiperinflamasyon, yüksek ferritin değerleri[3] ve steroide [4] yanıt ile karakterize olması nedeniyle multisistemik inflamatuvar sendrom A yı düşündürtmüştür. Steroid azaltıldıktan sonra CRP de artma olması tanıyı kuvvetlendirmiştir. Metilprednizolonun diyabet regülasyonunu zorlaştırmasından kaynaklı IL-1 inhibisyonu yapan tedavi anakinra tercih edilmiştir. Literatürde mis-a sendromlu hastalarda nörolojik bulgular, gis semtomplar, kardiyak/plevral tutulum sık bildirilmiştir. Ancak bu olguda eklem ağrıları, ferritin yüksekliği, poliserözit dikkat çekicidir. Poliserözit vakalarında diğer tanılar ekarte edildikten sonra ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekmektedir. Tedavi sürecinde hastaların ek komorbid durumları göz önünde bulundurularak immunsupresif ajan tedavisinin düzenlenmesi ve enfeksiyon, kemik iliği baskılanması açısından hastaların yakın takibi kritik önem taşımaktadır.

Sonuç: Bu olgu, multisistemik inflamatuvar sendrom A (MIS-A) tanı ve tedavisindeki zorluklara dikkat çekmekte olup, özellikle nadir görülen poliserözit tablosu ile literatüre katkı sağlamaktadır. Ayırıcı tanıda malignite, enfeksiyon ve otoimmun hastalıkların dışlanması ön planda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Multisistemik inflamatuvar sendrom (mis-a), hiperinflamasyon, hiperferritinemi, steroide yanıt, klinik şüphe

Yayın No: EP-93

Non-Biliyer Pankreatit Ön Tanısı ile İnterne Edilen İleri Evre Hodgkin Lenfoma Vakası

İlke Kaya, Çağla Ecem Kılıç

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş: Hodgkin hastalığı, lenf nodu biyopsisinde uygun reaktif hücresel zeminde Reed Stenberg hücrelerinin gösterilmesiyle tanı alır. Malign hücreler, germinal merkezin B lenfositlerinden köken alır. İlk piki 20'li yaşlarda ve ikincisi 50 yaşın üzerinde olmak üzere bimodal yaş dağılımı söz konusudur. Çoğu hasta boyunda ağrısız kitle nedeniyle araştırılırken tanı almasına karşın bizim hastamızda olduğu gibi ateş, kilo kaybı veya gece terlemesi gibi yapısal semptomlarla gelip ileri tetkikler sonucu da tanı alabilmektedirler.

Amaç: 51 yaşında bilinen hastalığı ve sürekli kullandığı ilacı olmayan hasta acile 10 gündür olan sarılık, kilo kaybı şikâyeti ile başvurmuş. Biyokimyasında ALT: 409 U/L AST:459 U/L ALP:1609 U/L GGT:646 U/L Amilaz:326 U/L Lipaz: 1260 U/L Bilirübin/D. Bilirübin:20,4/20mg/dL değerleri ile artmış olup, biliyer pankreatit ön tanısı ile gastroenteroloji servisine yatışı yapıldı. Hastanın detaylı anamnezinde kilo kaybı (40 günde 18 kg), gece terlemesi, ateş şikayetlerinin ve 1 yıldır boyun bölgesinde ağrısız ele gelen büyüyüp küçülen kitleleri olduğu öğrenildi. Serviste belirgin ikterik olarak görüldü.

Gereç ve Yöntem: Tümör belirteçleri; AFP, CEA, CA19-9 normaldi. Hastanın batın USG sonucu doğaldı. MRCP TETKİKİ: Koledok çapı 5,5 mm ölçülmüş olup doğal görünümdedir. IHSY sol lob dallarında minimal düzensizlik izlenmektedir.Dalak kraniokaudal 13.8 cm ölçülmüş olup artmıştır (splenomegali). olarak raporlandı. yorumlandı. Hastanın malignite tetkik açısından yapılan gastroskopi sonucu: Eritematoz antral gastrit ampuller patoloji? (ileri tetkik önerilir) ve kolonoskopisi Evre 2-3 hemoroid olarak görüldü. Toraks ve abdomen BT'si normal sınırlarda olarak yorumlandı. Hastanın takibinde T. Biüribin(32mg/dL), D. Bilüribin(29mg/dL) ve ALP(2398 U/L) artışı; amilaz lipaz değerlerinin normal seviyeye inmesi dışında anlamlı değişiklik görülmedi. Boyun BT: Bilateral servikal zincirde büyüğü 12*6 mm ve solda posteriorda büyüğü 27*18 mm olmak üzere çok sayıda LAP şeklinde yorumlandı. Boyun USG sonucu: Sol servikal zincirde büyüğü seviye 4'te 30*15 mm boyutlarında yağlı hilusu hafif silinmiş, kortikal kalınlaşması izlenen lobüle kontürlü multiple konglomere lenf nodları şeklinde görüldü. Bunun üzerine hastaya Tru-Cut biyopsi yapıldı, PET-BT planlandı. PET-BT Raporu: YORUM:-Servikal, supraklaviküler, torakal ve batın içi hipermetabolik multipl lenf nodları. -Midede yoğun hipermetabolik görünüm.-Kemik ve kemik iliğinde hipermetabolik tutulumlar.-Dalakta hafif hipermetabolik odak. -Tanımlanan bulguların ilk planda lenfoproliferatif patolojiler ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Klinik gereklilik halinde histopatolojik verifikasyon önerilir. -Pankreasta heterojen karakterde hipermetabolik görünüm (enflamatuar süreçler? malign süreçler?)

Bulgular: Sol posterior servikal lenf nodundan alınan Tru-Cut biyopsi sonucu: ''Klasik tipte hodgin lenfoma, Histopatolojik ve immünhistokimyasal bulgular “Nodüler slerozan subtip Grade 2” ile uyumludur.” şeklinde yorumlandı. Hasta hodgkin lenfoma tanısı ile hematoloji servisine devir edildi. Karaciğer, trucut biyopsi sonucunda; ‘’Hafif şiddette portal ve lobüler inflamasyon, orta şiddette portal-periportal fibrozis, Zone 3'te belirginleşen parankimal hasar ve kolestaz bulguları’’ izlendi. ‘’ Olguda Hodgkin Lenfoma infiltrasyonu görülmemiştir’’

Tartışma: Hodgkin hastalığı farklı semptom ve bulgularla başvurabileceğinden, ancak ayrıntılı anamnez ile ön tanılarımız arasına girebileceği akılda tutulmalıdır. Nadir olmasına rağmen, başka bölgelerde malign hastalık kanıtı olan bir hastada pankreas metastazı tanısı düşünülebilir. Vakamızın PET-BT görüntülmesinde de kuvvetle muhtemel malign süreçlere sekonder hipermetobolik tutulumlar tespit edilmiştir. Bu özellik klinikte pankreatik atak ve primer pankreatik lenfoma benzeri semptomlar olarak kendini göstermiştir. Primer pankreatik lenfoma olasılığını düşündüren ipuçları arasında sarılık, yapısal semptomlar (kilo kaybı, ateş ve gece terlemeleri), yüksek serum laktat dehidrojenaz (LDH) veya beta-2 mikroglobulin seviyesi ve normal bir serum karbonhidrat antijeni bulunur (CA 19-9)

Anahtar Kelimeler: ''pankreatit, ikter, ateş, biyopsi, hipermetabolik, lenfoproliferatif, lenfoma, hodgkin''

Yayın No: EP-94

Karın Ağrısı ve İshal İle Başvuran Hastada Nadir Görülebilecek Bir Klinik Tablo Olarak Igg4 İlişkili Hastalık Olgu Sunumu

Hande Kapçi

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş: IgG4 ile ilişkili hastalık (IgG4-RD) hemen hemen her anatomik bölgede ortaya çıkabilen fibroinflamatuar lezyonlarla ilişkili immün aracılı bir durumdur. Başlıca tükürük ve gözyaşı bezleri, pankreas ve safra yolları, akciğerler, böbrekler, aort ve retroperiton, meninksler ve tiroid bezini etkiler.Tanı için klinik, serolojik, radyolojik ve patolojik veriler arasındaki korelasyon gereklidir. IgG4-RD' de serum IgG4 düzeyinde artış görülebilir ancak hastaların önemli bir yüzdesinde serum IgG4 düzeyleri normaldir. Bu yazıda karın ağrısı ile gelen hastada nadir görülen IgG4-RD olgusunu sunuyoruz.

Amaç: Igg4 ilişkili nadir görülen hastalık tablosuyla ilgili vaka olgusu üzerine farkındalık uyandırmak

Gereç ve Yöntem: Hastanemiz romatoloji servisindeki nadir görülen hastalık tablosu üzerine dikkat uyandırmak amacıyla tanı sürecini anlatmak

Bulgular: 55 yasında erkek hasta günde 4 defa ishal (kan ve mukus yok) şikayetiyle başvurdu. Hastanın bilinen hastalık öyküsü, ilaç, alkol ve sigara kullanımı yoktu, gece terlemesi, ateş ve kilo kaybı yoktu.Fizik muayenede vitalleri stabil(dört ekstremite anlamlı tansiyon farkı yok),bilinç açık, oryante koopereydi .Solunum sistemi muayenesi doğal izlendi. Batında hassasiyet var, defans-rebound yoktu. Eklem kısıtlılığı, döküntü, artrit, artralji yoktu. Hastanın tetkiklerinde kontrastsız BT'de abdominal aorta iliak bifurkasyon düzeyinde sağ ana iliak arterde daha belirgin olmak üzere hafif dilatasyon ve çevresinde kirlenme bulguları vardı. Abdominal BT anjiyografide distal abdominal aorta ve sağ ana iliak arter duvarını çevreleyen 1,5 cm kalınlığa ulaşan yumuşak doku dansitesinde görünüm ve çevre yağ dokuda arterit, vaskülit(aortit) ile uyumlu olabilecek kirlenme bulguları görüldü.Hastanın kan tetkiklerinde karaciğer enzimleri ve böbrek fonksiyon değerleri normaldi. Wbc:12570/L hgb :11.7g/dl ,Plt:260.000/L , sedimantasyon :86 mm/h crp:99 mg/l, prokalsitonin:0.08 ng/ml, ANA :+ 1/320 nükleolar patern, pr3ANCA: 177 ,mpo-ANCA:negatif , IgG:17.39 g/l , IgG4 :1.87 g/l (0.03-2.1). ENA paneli :negatif, tümör markerları ve C3-C4 normaldi. T.pallidium negatifti. Ekokardiyografisinde patoloji saptanmadı. Malignite tetkik amaçlı yapılan endoskopisinde antral gastrit ; kolonoskopisinde de inen kolonda polip dışında özellik yoktu. PET-CT 'de: Distal abdominal aorta sağ ana iliak arter çevresinde hipermetabolik dansite artışı ve kısmen kitlesel görünüm mevcuttu. Retroperitonela fibrozis ile uyumlu olabileceği düşünüldü. Hastada histopatolojik tanı adına girişimsel radyoloji görüşü alındı. Ancak lezyon yerinin biyopsi alınmaya uygun olmadığı belirtildi. Hastada infrarenal aorta seviyesinde aortu çevreleyen kitle

tipik tutulum yeri sebebi ile ön planda IgG4-RD düşünülerek metilprednizolon 60 mg/gün tedavisine başlandı. Karın ağrısı ve ishal şikayetleri azalan ve CRP değeri normale dönen hastaya idame tedavi olarak azatiopurin 150 mg/gün başlandı.

Tartışma: IgG4-RD toplumda az görülen bir hastalıktır, klinik bulgular değerlendirilerek diğer ayırıcı tanılar yapıldıktan sonra, görüntüleme yöntemlerinde genellikle infrarenal aorta seviyesinde aortu çevreleyen kitle tespit edilmişse akla gelmesi gereken durumlardan bir tanesidir. Kesin tanısı doku biyopsi ile histopatolojik olarak tanımlanır. Tedavide glukokortikoidler ilk tercih olarak kullanılır . Organ disfonksiyonu eşlik ediyorsa immunsupresif ajanlar eklenir.(MMF,Azotioprin,Siklofosfomid,Rituximab vb.)

Anahtar Kelimeler: Vaskülit, Igg4 ilişkili hastalık, aort etrafı kalınlaşma, ishal

Yayın No: EP-95

65 Yaş ve Üstü Bireylerde Ağır Metal Düzeyleri ile Fonksiyonelliğin Değerlendirilmesi

Hatice Betül Hafızoğlu

Muğla Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Fonksiyonellik, kişinin günlük aktiviteleri, boş zaman aktivitelerini, enstrümantal yeteneğini ve bağımsız hareket olanağını tanımlayan geniş bir kavramdır. Yaş ile birlikte fonksiyonellikte yaşanan azalma belirginleşmektedir. Ağır metaller, yoğunluğu 5 gr/cm³ üzerinde olan ve düşük dozlarda bile toksisiteye neden olabilen elementlerdir. Ağır metal maruziyeti güncel tetkik ve tedaviler üzerinde henüz belirleyici bir role sahip değildir ancak medikal alanda yaşanan yenilikler bu durumun önemini artırmaktadır.

Amaç: Çalışmamızın temel amacı, 65 yaş üstündeki bireylerde yaş grupları arasında serum ağır metal düzeyleri ile fonksiyonel durum arasındaki ilişkinin olup olmadığını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: .Bu çalışma ile litartüre yaşlı populasyonda ağır metal maruziyeti ile bağlantılı fiziksel ve fonksiyonel değişimlerin belirlenmesi ve olası komplikasyonların yönetimi acısından da farklı veriler kazandırması amacı hedeflenmiştir. Beck Depresyon Envanteri, Charlson Komorbidite İndeksi, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, Lawton-Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteler Ölçeği, Mini Mental Test, Kırılganlık Ölçeği ve Mini Nütrisyonel Değerlendirme Formu hastaya okundu ve doldurduldu.Veri toplama formundaki ölçekler hasta ile yüz yüze görüşme şeklinde ve araştırmacının kendisi tarafından doldurduldu. Olguların serum ağır metal düzeyleri ;Kurşun, nikel, kobalt, kadmiyum ve bakır miktarı Agilent marka GTA 120 model Grafit Fırınlı Atornik Absorpsiyon Spektrometresiyle (GFAAS) belirlendi.Selenyum ve arsenik tayini esnasında Hidrür Oluşturmalı Atomik Absorpsiyon Spektrometrisi (HG-AAS) kullanıldı (Agilent marka, VGA77 model).Cıva tayini esnasında soğuk buhar atomlaştırma tekniği kullanıldı. İç hastalıkları klniğinde yatarak tedavi gören 65 yaş ve üstü bireylerde yaş gruplarına göre 65-74 yaş arası ve > 75 yaş ve üstü olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Gruplar arasında serum ağır metal düzeyleri ile fonksiyonellik durum parametreleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmamız 20.07.2024 ile 01.10.2024 tarihleri arasında Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Servisi'ne yatışı yapılan 65 yaş ve üzeri, 45 kadın ve 64 erkek olmak üzere 109 hasta üzerinde yapıldı.Hastalar yaşa göre 65-74 yaş ve 75 yaş ve üzeri olmak üzere iki gruba ayrıldı. 65-74 yaş grubunun oranı %57,8, 75 yaş ve üzeri grubun oranı ise %42,2 olarak hesaplandı.Yaş gruplarına göre değerlendirme yapıldığında 75 yaş ve üzeri grupta Barthel, MMT ve MNA değerleri 65-74 yaş grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olarak izlenirken, CCI, KKS ve IADL Parametreleri 75 yaş ve üzeri grupta istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olarak izlendi (tablo 1)Yaş Gruplarına Göre Serum Ağır

Metal Düzeylerinin Karşılaştırılması tablo 2 de gösterilmektedir. Çalışmamızda yaş gruplarına göre serum ağır metal düzeyleri arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Tartışma: Hastaların yaş dağılımı ile Charlson Komorbidite İndeksi, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, Lawton-Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteler Ölçeği, Mini Mental Test, Kırılganlık ölçeği ve Mini Nütrisyonel Değerlendirme Formu arasında anlamlı ilişki bulundu. ($p<0,001$) Yaş arttıkça 75 yaş üstü grup hastaların performans skorlarında düşme ve fonksiyonellikte azalma tespit edildi. Yaş ile Beck Depresyon Envanteri arasında anlamlı ilişki saptanmadı.Yaş grupları arasında serum ağır metal düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Serum cıva düzeyi ile yaş arasında pozitif korelasyon olsa bile anlamlı olarak değerlendirilmedi Çalışmamızdan elde edilen sonuçların ileri çalışmalar ile geliştirilmesi yararlı olacaktır. Örnekleme açısından periferik kan dışında farlı numuneler üzerinden çalışma yapılması daha doğru sonuçlar verebilir

Anahtar Kelimeler: 65 yaş üstü bireyler, ağır metaller, fonksiyonel durum

Yayın No: EP-96

Ateş Yüksekliği ile Başvuran Subakut Tiroidit Olgusu

Engin Gönültaş

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Subakut granülomatoz tiroidit (De Quervain tiroiditi), tiroid bezinin akut, inflamatuar hastalığıdır. Viral bir enfeksiyonu takiben ortaya çıkan ateş yüksekliği, yutma güçlüğü ve boğaz ağrısı ile prezente olur. Laboratuar olarak hipertiroid, hipotiroid ve ötiroid dönemden oluşur. Akut faz reaktanları artış gösterebilir. Graves toksikozu ile ayrım yapmak için tiroid sintigrafisi kullanılır. Azalmış iyot uptake'i subakut granülomatöz tiroid için tanısaldır. Tedavisinde NSAİİ ve steroidlerden faydalanılır. Anti-tiroid ilaçların tedavide yeri yoktur.

Olgu: 36 yaş kadın hasta Dahiliye polikliniğine ateş yüksekliği ile başvurdu. Ateş 38.1 C Nb 98 TA 140/70 olarak izlendi. Solunum ve batın muayenesi normal izlendi. PTÖ izlenmedi. Tiroid bezi palpasyonla ağrılıydı, servikal LAP izlenmedi. Bilinen bir hastalık yada ilaç kullanma öyküsü yoktu. Kısa bir süre önce ÜSYE geçirme sonrası boyun ön hatta ortaya çıkan ağrı ve son birkaç gündür gelişen çarpıntı ile yüksek ateş şikayeti mevcutmuş. Tahlillerinde Hb: 12.1 gr/dl MCV:81 WBC: 10.300 CRP: 150 mg/L Sedim:57 mm/h sT3: 11.38 pg/ml sT4: 4.73 ng/dl TSH<0.005 IU/ml olarak izlendi. Tiroid USG: Tiroid parankimi heterojen, ekosu azalmış. Tiroid sintigrafisi: Düşük düzeyde aktivite tutulumu gösteren tiroid dokusu olarak geldi. Hastaya eldeki mevcut verilerle subakut tiroidit teşhisi konularak NSAİİ başlandı. Tedavi ile kısa süre içinde şikayetleri gerilemeye başladı. Terleme şikayetleri devam eden hastanın kontrol akut faz reaktanları düşmeyince hastaya 0.5 mg/kg/gün steroid tedavisi başlandı. sT3, sT4 baskılandı, akut faz reaktanları normale geriledi. Hastanın steroid dozu 28 gün sonra azaltılmaya başlandı, kontrol TFT normal sınırlara geldi, steroid dozu 52. gün sonunda doz azaltılarak tamamen stoplandı. 6 ay sonra TFT ve tiroid USG kontrolü önerildi.

Tartışma: Subakut tiroidit viral orijinli olduğu düşünülen tiroid bezinin inflamatuar hastalığıdır. Kadınlarda erkeklerden daha sık görülür. Anamnez doğru alınmadığı taktirde ÜSYE ile kolayca karışabilmekte ve gereksiz antibiyotik ve anti-tiroid ilaç kullanılmasına sebebiyet vermektedir. Bizim vakamız kliniğe yüksek ateş ve boyunda ağrı şikayeti ile başvurmuş bir kadın hastadır. Ayırıcı tanısında akut süpüratif tiroidit ve Graves düşünülmüş ve onlara yönelik ileri inceleme yapılmıştır. Hasta takiplerde hipotiroid olarak seyredip tedaviler sonrasındaki takiplerinde ötiroid kliniğine dönmüştür.

Sonuç: Anamnezinde yakın zamanda (2-8 hafta) geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonunu takiben ani başlayan boğaz ağrısı, yutma güçlüğü, çarpıntı, ateş yüksekliği ve terleme şikayeti olan hastalarda subakut tiroidit akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Subakut Granülomatöz Tiroidit, De Quervain Tiroiditi

Yayın No: EP-97

Vildagliptin Kullanımına Bağlı Gelişen Bir Büllöz Pemfigoid Olgusu

Muharrem Özden[1], Enes Gürbüz[2]

[1]Osmancık Devlet Hastanesi
[2]Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: GİRİŞ: Büllöz pemfigoid, subepidermal otoimmun büllöz hastalıklar içinde en sık görülen ve deride büllerle seyreden bir hastalıktır. Genellikle yaşlı popülasyonda ortaya çıkar. Dipeptidil peptidaz-4 (DPP-4) ihhibitörleri ile ilişkili büllöz pemfigoid vakaları daha önce bildirilmiş olsa da, etyopatogenezi tam olarak bilinmemektedir. Bu vakada DPP-4 inhibitörleri ilişkili bir büllöz pemfigoid olgusunu sunmayı amaçladık.

Amaç: GİRİŞ: Büllöz pemfigoid, subepidermal otoimmun büllöz hastalıklar içinde en sık görülen ve deride büllerle seyreden bir hastalıktır. Genellikle yaşlı popülasyonda ortaya çıkar. Dipeptidil peptidaz-4 (DPP-4) ihhibitörleri ile ilişkili büllöz pemfigoid vakaları daha önce bildirilmiş olsa da, etyopatogenezi tam olarak bilinmemektedir. Bu vakada DPP-4 inhibitörleri ilişkili bir büllöz pemfigoid olgusunu sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: GİRİŞ: Büllöz pemfigoid, subepidermal otoimmun büllöz hastalıklar içinde en sık görülen ve deride büllerle seyreden bir hastalıktır. Genellikle yaşlı popülasyonda ortaya çıkar. Dipeptidil peptidaz-4 (DPP-4) ihhibitörleri ile ilişkili büllöz pemfigoid vakaları daha önce bildirilmiş olsa da, etyopatogenezi tam olarak bilinmemektedir. Bu vakada DPP-4 inhibitörleri ilişkili bir büllöz pemfigoid olgusunu sunmayı amaçladık.

Bulgular: OLGU: 73 yaş erkek hasta gövde ve alt-üst ekstremitede ,özellikle kıvrım bölgelerinde olan kaşıntılı, eritemli plak ve büllöz deri lezyonları ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde tip 2 Diyabetes mellitus ve kronik böbrek hastalığı olan hastanın diyabetes mellitus tedavisi için yaklaşık 4 yıldır vildagliptin 2x50mg/gün kullandığı ve cilt lezyonlarının son dönemde arttığı öğrenildi. Klinik değerlendirme sonucunda, lezyonların vildagliptine bağlı gelişen büllöz pemfigoid ile uyumlu olabileceği düşünüldü. Hasta ileri tetkik amacı ile dermatoloji kliniğine yönlendirildi ve hastanın cilt lezyonlarından biyopsi alındı. Patoloji sonucu büllöz pemfigoid ile uyumlu gelen hastanın vildagliptin ilacı kesilerek tedavisine gliklazid 30mg/gün ile devam edildi. Patlamış bülleri de olan hastaya doksisiklin 2*100 mg/gün, topikal kortikosteroidli krem 2*1/gün başlandı takiplerinde yeni büller ortaya çıkması üzerine tedaviye sistemik kortikosteroid eklendi, doz azaltım şemasına uygun olarak kesildi. Hastanın 1 ay içerisinde deri lezyonlarında gerileme gözlendi ve takip sürecinde tam iyileşme sağlandı.

cilt lezyonları



eritemli plaklar



büller



Tartışma: Sonuç: DPP-4 inhibitörleri yan etki profilinin düşüklüğü ve geniş kullanım endikasyonuna sahip olmalarından dolayı özellikle yaşlı hastalarda sık tercih edilmektedirler. Literatüre bakıldığında DPP-4 kullanan hastalarda büllöz pemfigoid görülme sıklığının arttığı dikkat çekmektedir. Sonuç olarak DPP-4 inhibitörü kullanan hastaların olası cilt lezyonları açısından bilgilendirilmesi ve poliklinik şartlarında fizik muayene ile değerlendirilmesi uygun olacaktır

Anahtar Kelimeler: vildagliptin, büllöz pemfigoid



K2 Kongre ve Etkinlik Hizmetleri
Koşuyolu Mh. Mahmut Yesari Cd.
No: 25 / 34718 Kadıköy-İSTANBUL
Tel: +90 216 428 95 51
Faks: +90 216 428 95 91
E-posta: dahuder@k2-events.com