

İstanbul Tıp Fakóltesi
Geleneksel
İç Hastalıkları Günleri
İnteraktif Güncelleştirme 2021



11 - 14 Mart 2021

İç Hastalıkları Eğitim ve
Yardımlaşma Derneği

**ONLINE
SEMPOZYUM**

14.
İç Hastalıkları
Hemşireliği Günleri
13 Mart 2021



BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

www.ichastaliklarigunleri.org

#capaichastaliklari

BİLİMSEL SEKRETERYA



İç Hastalıkları ve Yardımlaşma Derneği

Prof. Dr. Kıvanç Çefle

Prof. Dr. Tufan Tükek

İstanbul Üniversitesi

İstanbul Tıp Fakültesi

İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Tel: 0212 414 20 00

E-posta: kcefle@gmail.com

E-posta: drtukek@gmail.com

ORGANİZASYON SEKRETERYASI



D Event Turizm Organizasyon Hiz. Ltd. Şti.

Kolektif House, Barbaros Mah. Begonya Sk. NidaKule Batı

No:1/2 34746 Ataşehir – İstanbul

Tel: 0216 573 18 36

E-posta: info@ichastaliklarigunleri.org

IV

ÖNSÖZ

V

KURULLAR

VI

BİLİMSEL PROGRAM

1

KONUŞMACI METİNLERİ

25

SÖZLÜ BİLDİRİLER

62

POSTER BİLDİRİLER

88

YAZAR DİZİNİ

Değerli Meslektaşlarımız;

Hepinizin bildiği gibi, COVID-19 pandemisi bütün dünyayı olduğu gibi ülkemizi de etkilemiştir. Tüm meslektaşlarımız, hemşirelerimiz ve diğer sağlık çalışanlarımız canlarını ortaya koyarak bu salgınla baş etmeye çalışmaktadır. Biz de, bu güç şartlar altında sizlerle elektronik ortamda buluşma seçeneğini değerlendirdik. *İç Hastalıkları Eğitim ve Yardımlaşma Derneği* tarafından düzenlenen “*Geleneksel İç Hastalıkları Günleri - İnteraktif Güncelleştirme*” toplantısını, 2021 yılında 11 -14 Mart tarihleri arasında online olarak yapma kararını aldık.

Toplantılarımıza daha önce de katılmış meslektaşlarımızın çok iyi bildiği üzere, “*Geleneksel İç Hastalıkları Günleri - İnteraktif Güncelleştirme*” toplantıları, bilgilerini tazelemek isteyen asistan ya da uzman hekimler için kaçırılmaması gereken bir fırsattır. Toplantılarımız, yine ağırlıklı olarak “*İnteraktif Oturum*” ve “*Uzmanına Danış*” formatında olacaktır. İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları kliniğinin “önce hastaya dokunmak” ilkesini her zaman göz önünde tutan, en yeni gelişmeleri bu ilke ışığında hastanın teşhis ve tedavisi için kullanan hocalarımız, bilgi ve deneyimlerini sizlere on line ortamda aktaracaklardır. Her yıl olduğu gibi, bu yıl da meslektaşlarımıza sözlü bildiri olanağı sunulacaktır.

Sizleri, 11 - 14 Mart 2021 tarihleri arasında yapılacak “*Geleneksel İç Hastalıkları Günleri - İnteraktif Güncelleştirme*” toplantısına bir kez daha davet etmekten mutluluk duyuyoruz.

Prof. Dr. Kerim Güler & Prof. Dr. Şükrü Palanduz

ONURSAL BAŞKAN

Prof. Dr. Murat Dilmener
(1942-2020)

DÜZENLEME KURULU

Eş Başkanlar

Prof. Dr. Kerim Güler

Prof. Dr. Şükrü Palanduz

Prof. Dr. Meliha Nalçacı

Prof. Dr. Tufan Tükek

ÜYELER

Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu (1952-2020)

Prof. Dr. Ahmet Gül

Prof. Dr. Mehmet Akif Karan

Prof. Dr. Kubilay Karşıdağ

Prof. Dr. Sabahattin Kaymakoğlu

Prof. Dr. Mehmet Ş. Sever

Prof. Dr. Nevin Dinççağ

Prof. Dr. Aydın Türkmen

Prof. Dr. Mustafa N.Yenerel

Prof. Dr. Sezai Vatansever

SEKRETER

Prof. Dr. Kıvanç Çefle

11 Mart 2021 Perşembe <i>Salon A</i>	
16:45 - 17:00	AÇILIŞ KONUŞMALARI
17:00 - 17:50	İTERAKTİF OTURUM - 1 Ortogeriatri Konuşmacılar: Mehmet Akif Karan, Gülistan Bahat Öztürk, Nezahat Müge Çatıkkaş
17:50 - 18:00	Ara
18:00 - 18:50	UYDU SEMPOZYUMU Tip 2 Diyabet'in Bermuda Üçgeni: HbA1c, Kalp ve Böbrek Moderatör: Kerim Güler Konuşmacılar: Serpil Salman, Alaattin Yıldız 
18:50 - 19:00	Ara
19:00 - 19:50	İTERAKTİF OTURUM - 2 Kontrast nefropatisi Moderatör: Aydın Türkmen Konuşmacı: Halil Yazıcı
19:50 - 20:00	Ara
20:00 - 20:50	UYDU SEMPOZYUMU Hipertansiyon Tedavisinde Birlikte Daha Güçlü Konuşmacılar: Kerim Güler, Tufan Tükek 
20:50 - 21:00	Ara
21:00 - 21:50	Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Oturumu İnteraktif Oturum - 3 Vaka ortada kalmasın Moderatör: Mehmet Akif Karan Konuşmacılar: Sevgi Kalayoğlu Beşışık, Murat İnanc, Halil Yazıcı, Bülent Saka, Mustafa Altınkaynak

12 Mart 2021 Cuma Salon A	
17:00 - 17:50	İTERAKTİF OTURUM 4 Olgularla trombositopeni Konuşmacılar: Mustafa Nuri Yenerel, İpek Yönel Hindilerden, Simga Erdem
17:50 - 18:00	Ara
18:00 - 18:50	UYDU SEMPOZYUMU Empagliflozin/Metformin Fiks Doz Kombinasyonu ile T2DM Tedavisinde Yeni Başlangıçlar: Kombinasyonla Gelen Çoklu Fayda Konuşmacılar: Kubilay Karşıdağ, Tufan Tükek, Ayşe Kubat Üzüm 
18:50 - 20:00	İTERAKTİF OTURUM 5 Yuvarlak Masa-Multidisipliner Değerlendirme Hepatik Venöz Çıkış Obstrüksiyonları; Budd-Chiari sendromu ve Konstriktif Perikardit Vaka Tartışmaları Moderatör: Sabahattin Kaymakoğlu Tartışmacılar: Sabahattin Umman, Mustafa Yenerel, Bahar Artım Esen
20:00 - 20:50	UYDU SEMPOZYUMU Gerçek Yaşamdan Vakalarla Ryzodeg® Pratiğı Moderatör: Ayşe Kubat Üzüm Konuşmacı: Meral Mert 
20:50 - 21:00	Ara
21:00 - 21:50	İTERAKTİF OTURUM - 6 Osteoporozun güncel tanı ve tedavisi Moderatörler: Refik Tanakol, Ferihan Aral Konuşmacılar: Ayşe Kubat Üzüm, Hülya Hacıahinoğulları

13 Mart 2021 Cumartesi

***Uzmanına Danışın Oturumları zoom üzerinde yapılacaktır.**

09:00 - 10:00 Salon 1	UZMANINA DANIŞIN OTURUMLARI-1 Yaşlıda diyabet Moderatör: Gülistan Bahat Konuşmacı: Mehmet Akif Karan
09:00 - 10:00 Salon 2	UZMANINA DANIŞIN OTURUMLARI-2 Onkonefroloji Moderatör: Halil Yazıcı Konuşmacı: Özgür Akın Oto
09:00 - 10:00 Salon 3	UZMANINA DANIŞIN OTURUMLARI-3 Ürik asit ve böbrek Moderatör: Savaş Öztürk Konuşmacı: Ayşe Serra Artan
09:00 - 10:00 Salon 4	UZMANINA DANIŞIN OTURUMLARI-4 Bağışıklık yetersizliği kimde hangi bulgularla; hematolojinin yeri Moderatör: Meliha Nalçacı Konuşmacı: Sevgi Kalayoğlu Beşışık
09:00 - 10:00 Salon 5	UZMANINA DANIŞIN OTURUMLARI-5 Asitli Hastanın Yönetimi Moderatör: Filiz Akyüz Konuşmacı: Sabahattin Kaymakoğlu
09:00 - 10:00 Salon 6	UZMANINA DANIŞIN OTURUMLARI-6 IgG4 ilişkili Hastalık Moderatör: Lale Öcal Konuşmacı: Murat İnanc
09:00 - 10:00 Salon 7	UZMANINA DANIŞIN OTURUMLARI-7 Kalp yetersizliği: Güncel tedavi Moderatör: Ahmet Kaya Bilge Konuşmacılar: Ahmet Kaya Bilge, Samim Emet

13 Mart 2021 Cumartesi**Salon A**

10:00 - 10:50	PROF. DR. MURAT DAL OTURUMU İTERAKTİF OTURUM - 7 Anjiyoödem: tanı, seyir, tedavi Konuşmacılar: Aslı Akkor, Semra Demir	
10:50 - 11:00	Ara	
11:00 - 11:50	UYDU SEMPOZYUMU İkinci Nesil Bazal İnsülin – Toujeo Moderatör: Tufan Tükek Konuşmacı: Mine Adaş	SANOFI 
11:50 - 12:00	Ara	
12:00 - 12:50	İTERAKTİF OTURUM 8 Klinik pratiğimizde diyabetik bireylerde karşılaşılan özel durumlara nasıl yaklaşmalıyız? Moderatörler: M. Temel Yılmaz, Nevin Dinççağ Konuşmacılar: İlhan Satman, Nurdan Gül	
12:50 - 14:00	Öğle Arası	
14:00 - 14:50	UYDU SEMPOZYUMU 2 Metabolik Kavram: Hipertansiyon ve Hiperürisemi Moderatör: Tufan Tükek Hipertansiyon Konuşmacı: Tevfik Ecder Hiperürisemi Konuşmacı: Halil Yazıcı	 MENARINI Türkiye
14:50 - 15:00	Ara	
15:00 - 15:50	İTERAKTİF OTURUM - 9 Sarılık / Kolestazlı Hastaya Yaklaşım: Neler Değişti? Moderatör: Aslı Örmeci i. Hepatokanaliküler Kolestazlı Hastaya Yaklaşım Konuşmacı: Kadir Demir ii. Mikroskopik Safra Yolu Hastalıklarına Yaklaşım Konuşmacı: Aslı Örmeci iii. Makroskopik Safra Yolu Hastalıklarına Yaklaşım Konuşmacı: Filiz Akyüz	
15:50 - 16:00	Ara	
16:00 - 16:50	UYDU SEMPOZYUMU Diyabetik Nöropati Moderatör: Kerim Güler Konuşmacı: Tufan Tükek	 acino
16:50 - 17:00	Ara	
17:00 - 17:50	İTERAKTİF OTURUM - 10 Hipertansif aciller Konuşmacılar: Tufan Tükek, Kerim Güler	
17:50 - 18:00	Ara	
18:00 - 18:50	İTERAKTİF OTURUM - 11 Bel ağrısı: Klinik, görüntüleme ve tedavi Konuşmacılar: Yasemin şahinkaya, Ahmet Gül	
18:50 - 19:00	Ara	
19:00 - 20:00	UYDU SEMPOZYUMU 21.yy Pandemisi: Obezite Obezite Tedavisinde Pratik Deneyimler Moderatör: Kerim Güler Konuşmacı: Mine Adaş, Murat Köse	 novo nordisk
20:00 - 20:15	Ara	
20:15 - 21:30	Konferans: Erişkinde aşılama Konuşmacı: Atahan Çağatay	

14 Mart 2021 Pazar

***Uzmanına Danışın Oturumları zoom üzerinde yapılacaktır.**

09:00 - 10:00 Salon 1	UZMANINA DANIŞIN OTURUMLARI-8 Gebelikte karaciğer hastalıklarına olgular eşliğinde yaklaşım Moderatör: Mehmet Akif Karan Konuşmacı: Fatih Beşışık
09:00 - 10:00 Salon 2	UZMANINA DANIŞIN OTURUMLARI-9 Erişkin hastada immün yetmezlik ne zaman düşünelim? Sık enfeksiyon öyküsü yeterli mi? Moderatör: Aslı Akkor Konuşmacılar: Aslı Akkor, Semra Demir
09:00 - 10:00 Salon 3	UZMANINA DANIŞIN OTURUMLARI-10 Tiroid nodülüne klinik yaklaşım Moderatör: Ayşe Kubat Üzümlü Konuşmacı: Gülşah Yenidünya Yalın
09:00 - 10:00 Salon 4	UZMANINA DANIŞIN OTURUMLARI-11 D vitamini replasman tedavisinin eğrileri, doğruları Moderatör: Nurdan Gül Konuşmacı: Özlem Soyluk Biricik
09:00 - 10:00 Salon 5	UZMANINA DANIŞIN OTURUMLARI-12 Kime, ne zaman, hangi oral antidiyabetik Moderatör: Nevin Dinççağ Konuşmacı: Kubilay Karşıdağ
09:00 - 10:00 Salon 6	UZMANINA DANIŞIN OTURUMLARI-13 Endoskopik biyopsilerde patoloğ ne söyler, klinisyen nasıl takip eder? Barrett özofagusu, intestinal metaplazi, kolon polipleri Moderatör: Aslı Örmeci Çiftçi Konuşmacı: Bilger Çavuş
09:00 - 10:00 Salon 7	UZMANINA DANIŞIN OTURUMLARI-14 Pansitopeniye yaklaşım Moderatör: Sevgi Kalayoğlu Beşışık Konuşmacı: Meliha Nalçacı

14 Mart 2021 Pazar
Salon A

10:00 - 10:50	İTERAKTİF OTURUM 12 Oral Aftlardan Behçet Hastalığına Tanı ve Ayırıcı Tanı Konuşmacı: Ahmet Gül
10:50 - 11:00	Ara
11:00 - 12:30	PROF. DR. MURAT DİLMENER OTURUMU İTERAKTİF OTURUM 13 Pandeminin birinci yılında COVID-19: Öğrendiklerimiz, öğrenmek istediklerimiz Moderatör: Ahmet Gül Konuşmacılar: Murat Köse, Serap Yavuz, Sevgi Kalayoglu Beşışık
12:30 - 12:40	Ara
12:40 - 13:40	UYDU SEMPOZYUMU Fonksiyonel Bağırsak Hastalığı ve Hipertansiyon: Kesişen Yönler Moderatör: Tufan Tükek Konuşmacı: Kerim Güler, Filiz Akyüz
13:50 - 14:35	NADİR HASTALIKLAR Moderatör: Şükrü Öztürk Gaucher Hastalığı Konuşmacı: Nurdan Gül Fabry Hastalığı Konuşmacı: Alaattin Yıldız
14:35 - 14:40	Ara
14:40 - 15:25	Geçmişten Geleceğe İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Emekli Öğretim Üyeleri Plaket Töreni & Romatizma Derneği Prof. Dr. Nihat Dilşen Bildiri Ödül Töreni
15:25 - 15:30	Ara
15:30 - 17:30	PROF. DR. SEYİT MEHMET KAYACAN OTURUMU Acil Dahiliye Pratiği Moderatörler: Vakur Akkaya, Murat Köse i. Diyabetik ketoasidoz Konuşmacı: Ayşe Kubat Üzümlü ii. Hepatorenal sendrom Konuşmacı: Halil Yazıcı iii. Akut Koroner sendromlar Konuşmacı: Hasan Kudat iv. Pulmoner emboli Konuşmacı: Mustafa Erelel
17:30 - 17:40	Kapanış Konuşmaları



KONUŞMACI METİNLERİ

ORTOGERİATRİ

Mehmet Akif KARAN, Gülistan BAHAT ÖZTÜRK, Nezahat Müge ÇATIKKAŞ

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, İstanbul

Ortogeriatri kavramı ve önemi

Ortogeriatri, frajilite kırığı olan özellikle kırılğan ve komplike hastaların optimal tedavisi için yeterli ve zamanında müdahale olanağı sağlayan multidisipliner bir yaklaşımdır (Wilson,2017). Ortopedi ve geriatri işbirliği, Norveç, Avustralya, Amerika, İspanya, Birleşik Krallık ve Yeni Zelanda'da uygulanmakla birlikte ülkemiz de dahil olmak üzere diğer ülkelerin sağlık sisteminde de bu yönde çabalar mevcuttur (Ranhoff,2019).

Düşmeler, 65 yaş üzeri yetişkinler arasında yaralanmaya bağlı ölümlerin önde gelen nedenidir. Kalça kırıklarının %90'ı da düşme sonrası meydana gelmektedir (Fuller,2000). Kalça kırığı sonrası hastaların %42'si kırık öncesi fonksiyonlarına kavuşamamaktadır (Bertram,2011). Norveç, dünyada kalça kırığının en sık görüldüğü ülkedir (Stoen,2012). Norveç'te yapılan çalışmalar, ortogeriatrik yaklaşımın maliyet etkin olup daha iyi mobilite, fonksiyonellik ve yaşam kalitesi sağladığını, daha az düşme korkusu ve hastane başvurusuna neden olduğunu göstermiştir (Sletvold,2011, Watne,2014). Ayrıca, geriatristin sürece katılımının ve interdisipliner yaklaşımın hastane yatış süresini ve mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir (Grigoryan,2014).

İnterdisipliner ekipte, ortopedist, geriatrist, anesteziist, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, iş-ugraşı terapisti ve klinik eczacı gibi alanında yetkin uzmanlar bulunmalıdır. Geriatristin görevi, perioperatif komorbidite ve komplikasyonların tedavisi, ilaçların düzenlenmesi, düşmeler ve osteoporozun değerlendirilmesidir.

Kalça kırığı olan hastalar genelde yaşlı, kognitif bozukluğu olan ve düşme riski yüksek hastalar olduğu için, servisler deliryum ve düşmeleri önleyecek ve mobilizasyonu teşvik edecek şekilde tasarlanmalıdır (Ranhoff,2019).

Ortogeriatri yapılandırması, kalça kırığı olan hastaların kırık öncesi fonksiyonelliklerini en kısa sürede tekrar kazandırması, yaşam kalitesini eski haline getirmesi, disabilite ve mortalite oranlarını azaltması bakımından oldukça önemli multidisipliner bir yaklaşım biçimidir. Ayrıca, düşmeler ve yeni kırık oluşumunun önlenmesi ile osteoporozun tanı ve tedavisinin sağlanmasına da katkıda bulunmaktadır. Bu yaklaşımın içerikleri şu şekildedir:

Preoperatif Dönem

Hastaneye kabul ve radyolojik incelemeler

Kazanın geçirilme yeri, kazaya kadar olan süreçte fonksiyonellik, düşme ve kırığa neden olan faktörler, bilinç durumu, kafa travması, diğer kırıklar, enfeksiyon, inme, anemi, aritmi, kalp ve solunum yetersizliği, dehidratasyon, malnütrisyon, polifarmasi ve alkol tüketimi gibi parametreler değerlendirilmelidir. Kırık açısından şüpheli bölgeler radyolojik olarak görüntülenmelidir.

Kan - idrar tahlilleri ve EKG

Tüm hastalardan geniş rutin kan tahlilleri, spot idrar tetkiki ve üriner enfeksiyon kuşkusunda idrar kültürü istenmelidir. Her hastaya yatış sırasında EKG çekilmelidir.

Preoperatif değerlendirme

Bir geriatrist hastayı tercihen operasyon öncesi değerlendirmelidir; geriatrist mevcut değilse operasyon ertelenmemelidir. Erken operasyon (1-2 gün içinde) ve mobilizasyonun kalça kırığı hastalarında mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir (Moja,2012). Norveç ilk 48 saat içinde, NICE kılavuzu 36 saat içinde operasyon önermektedir. Optimal şartların sağlanması için operasyonun ertelenmesi önerilmez.

--Ağrı yönetimi

İstirahatte hastanın ağrısız /hafif ağrısı olması, hareket halinde ise ağrı yönetimiyle giderilebilen hafif/orta şiddette ağrı olması kabul edilebilir. İleri evre bilişsel bozukluğu olan veya konuşma yeteneği olmayan hastalarda, solunum hızının artması, huzursuzluk, deliryum, postür değişikliğine direnç, yüz ifadeleri ve ağlama, ağrıyı gösteren bulgulardır. Temel prensip, parasetamol ve sinir blokajı ile ağrı tedavisi yapmak ve gerekirse opioidlerle desteklemektir.

Analjezikler

Parasetamol

Temel ilaçtır. Karaciğer yetersizliğinde dikkatli kullanılmalıdır. 14 günden uzun süre kullananlarda, 80 yaş üzeri bireylerde ve çok düşük vücut ağırlığında doz azaltılmalıdır.

Opioidler

Tramadolden kaçınılmalıdır; ancak titre edilmiş dozlar da verilebilir. Morfin, böbrek yetmezliğinde dikkatli verilmelidir, oksikodon alternatif olabilir. Meperidin kullanımı uygun değildir (nörotoksisite, deliryum riski, özellikle kronik böbrek yetmezliğinde risk artar) (Bahat,2020). Solunum depresyonu, deliryum, üriner retansiyon, bulantı, kabızlık, düşme eğilimi gibi yan etkiler sıktır.

Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ)

Güçlü analjeziklerdir; ancak böbrek yetmezliği, hipovolemi, gastrointestinal kanama ve/veya kalp yetersizliği, hipertansiyon olan hastalarda standart tedavide önerilmemektedir. Ağrı tedavisinin yetersiz olduğu durumlarda ve diğer analjezikler tolere edilemediğinde alternatiftir.

Periferik sinir blokajı

Preoperatif öncelikle tercih edilen yöntemdir. Preoperatif femoral veya fascia iliaka kompartman (FIK) blokajı önerilir.

--Anestezi

Rutin yöntem genelde spinal anestezi; ancak hasta veya cerrahın tercihi ise veya kanama, antikoagülan kullanımı, geçirilmiş sırt cerrahisi veya lokal patoloji varsa genel anestezi tercih edilebilir.

--Antitrombotik tedavi

Her ne kadar YOAK kullanımının perioperatif kanama ve mortaliteyi artırmadığı gösterilse de (Mullins,2018), YOAK'ların hastaneye yatışta spinal anestezi 24-48 saat önce kesilmesi önerilir. Spinal anestezi öncesi, warfarin kullananlarda INR <1,8 olmalıdır. Aspirin ve dipiridamol, spinal anestezi için güvenilirken; klopidogrel, tikagrelor ve prasugrel kullanımında spinal anestezi kaçınılmalıdır. Yatış süresi boyunca derin ven trombozu profilaksisi için düşük molekül ağırlıklı heparin 1x1 subkutan ve kasığa kadar antiembolik çorap uygulanmalıdır.

Preoperatif değerlendirmede diğer önemli hususlar

Günde 4 kez vital fonksiyon takibi, riskli hastalara satürasyon takibi yapılmalıdır. Sıvı dengesi takip edilmelidir (postoperatif 1 gün sonda ile). Konstipasyon sıktır, profilaktik laksatif verilmelidir. Üriner retansiyon sıktır, inkontinansa yönelik ilaçlar hasta mobilize oluncaya kadar kesilmelidir, sonda çekildikten sonra rezidü idrar takibi ve gerekirse tekrarlayan mesane kateterizasyonu yapılmalıdır. Polifarmasi, düşme ve deliryum riski açısından ilaçlar değerlendirilmelidir.

Malnütrisyon taranmalıdır. Tüm hastalar enerji-protein içeriği yüksek öğünlerle beslenmelidir. Malnütrisyon riski/malnütrisyon durumundan bağımsız oral nutrisyon destek ürünü 2x1 başlanmalıdır (Bahat,2020). Preoperatif açlık olabildiğince kısa tutulmalıdır, >4-6 saat bekleme süresi olanlarda preoperatif oral nutrisyon ürünleri düşünülebilir.

Deliryum için risk faktörleri gözden geçirilmelidir. Hiperaktif deliryumda ajitasyon varlığında haloperidol kullanılabilir; fakat profilaksi önerilmemektedir. Hipoaktif deliryum atlanmamalıdır. Uyku için melatonin harici ilaç kullanılmamalıdır. Bası yaraları değerlendirilmelidir. Her hastaya havalı yatak temin edilmeli ve pozisyon değişimi önerilmelidir. Düşmeler açısından risk faktörleri gözden geçirilmelidir. Hastalar, kemik iyileşmesi sağlandıktan sonra tercihen taburculuktan 3 ay sonra geriatri/düşme poliklinik kontrolüne çağrılmalıdır.

Kardiyovasküler sorunlar değerlendirilmelidir. AKS şüphesinde troponin takibi zor olabilir (troponin kalça kırığında da yükselebileceğinden). Postoperatif atrial fibrilasyon sıktır. Yatış sırasında mümkün olduğunca beta blokerler kesilmemelidir. Respiratuvar sorunlar değerlendirilmelidir. KOAH alevlenmesi sıktır. Postoperatif mukus tıkaçı bakımından dikkatli olunmalıdır. Kan kaybı ve transfüzyonu değerlendirilmelidir. Kardiyak hastalık, serebral ve pulmoner disfonksiyonda hemoglobin hedefi 9-10 g/dl olmalıdır.

Hipoksi değerlendirilmelidir. Deliryum riskinde artışa sebep olması nedeniyle satürasyon < %90 ise O2 desteği verilmelidir; fakat profilaktik O2 önerilmemektedir. Osteoporoz değerlendirilmelidir. Düşük enerjili travmalar sonrası oluşan kırıklar osteoporoz tedavisi gerektirir. Tedavide oral bifosfonat, denosumab, zoledronik asit tercih edilebilir. Bu ajanlar yatış sırasında dahi uygulanabilir. Günlük yaşam ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri, ortostatizm semptomları, depresyon varlığı, kırılabilirlik durumu, laboratuvar sonuçları ve el kavrama kuvveti de değerlendirilmelidir.

Postoperatif Dönem:**Postoperatif Değerlendirme**

Yeterli sıvı ve besin alımı sağlanmalıdır. Defekasyon, miksiyon takip edilmelidir. Ağrı kontrolü sağlanmalıdır. Transfüzyon ihtiyacı değerlendirilmelidir. Erken mobilizasyon sağlanmalıdır. Deliryum açısından dikkatli olunmalıdır. Cerrahi profilaksi amaçlı Sefazolin IV başlanmalıdır. Minimum günde 2 kez vital fonksiyon takibi yapılmalıdır. Ayakta 3 dk. durabilir hale geldikten sonra ortostatizm açısından değerlendirme yapılmalıdır. Bulantı sıktır, risk faktörleri sorgulanmalıdır. Tedavide ondasteron uygulanabilir. Hastanede kalış süresi mümkün olduğunca kısa ve uzun vadede en iyi sonuçları alacak kadar uzun olmalıdır (Nordstrom, 2015).

Kaynaklar

- 1- Wilson H. Orthogeriatrics in Hip Fracture. The Open Orthopaedics Journal 2017; 11: (Suppl-7, M2) 1181-1189.
- 2- Ranhoff AH , Saltvedt I, Frihagen F, Raeder J, Maini S, Sletvold O. Interdisciplinary care of hip fractures. Orthogeriatric models, alternative models, interdisciplinary teamwork. Best Practice & Research Clinical Rheumatology 2019; 33: 2, 205-226.
- 3- Fuller GF. Falls in the elderly. Am Fam Physician 2000;61(7):2159-68, 2173-4.
- 4- Bertram M, Norman R, Kemp L, Vos T. Review of the long-term disability associated with hip fractures. Inj Prev 2011;17(6): 365e70.
- 5- Stoen R.O et al. Hip fracture incidence is decreasing in the high incidence area of Oslo, Norway. Osteoporos Int 2012; 23:10, 2527-2534.
- 6- Sletvold O, Helbostad JL, Thingstad P, et al. Effect of in-hospital comprehensive geriatric assessment (CGA) in older people with hip fracture. The protocol of the Trondheim Hip Fracture Trial. BMC Geriatr 2011;11.
- 7- Watne LO, Torbergsen AC, Conroy S et al. The effect of a pre- and postoperative orthogeriatric service on cognitive function in patients with hip fracture: randomized controlled trial (Oslo Orthogeriatric Trial). BMC Med 2014; 12:63.
- 8- Grigoryan KV, Javedan H, Rudolph JL. Orthogeriatric care models and outcomes in hip fracture patients: a systematic review and meta-analysis. J Orthop Trauma 2014;28(3):e49e55.
- 9- Moja L, Piatti A, Pecoraro V, et al. Timing matters in hip fracture surgery: patients operated within 48 hours have better outcomes. A meta-analysis and meta-regression of over 190,000 patients. PLoS One 2012;7(10):e46175.
- 10- Bahat G, İlhan B, Erdoğan T, et al. Turkish Inappropriate Medication Use in the Elderly (TIME) criteria to improve prescribing in older adults: TIME to STOP/TIME to START. Eur Geriatr Med 2020 Jun;11(3):491-498.
- 11- Mullins B, Akehurst H, Slattery D, Chesser T. Should surgery be delayed in patients taking direct oral anticoagulants who suffer a hip fracture? A retrospective, case-controlled observational study at a UK major trauma centre. BMJ Open 2018;8(4):e020625.
- 12- Nordstrom P, Gustafson Y, Michaelsson K, Nordstrom A. Length of hospital stay after hip fracture and short term risk of death after discharge: a total cohort study in Sweden. BMJ 2015;350:h696.

OLGULARLA TROMBOSİTOPENİ

Simge ERDEM

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

Trombositler primer hemostazdan sorumlu periferik kanın en küçük hücreleridir. Erişkinde normal trombosit sayısı $150 \times 10^9/L$ 'dir. Bu değerın altı trombositopeni olarak adlandırılır. Azalmış trombosit üretimi, trombosit yıkımı ve tüketimi, dilüsyon, sekestasyon mekanizmalarının biri veya birkaçıyla hastalarda trombositopeni gelişebilir.

Olgu sunumları eşliğinde trombositopenik hastaya yaklaşım özetlenecektir.

Olgu-1:

21 yaşında kadın hasta halsizlik ve 2 haftada 3 kere olan burun kanaması şikayetiyle acil servise başvurdu. Kendisinde ve ailesinde kronik bir hastalık yoktu, hasta herhangi bir ilaç kullanmıyordu. Fizik muayenesinde konjunktivalarında solukluk, her iki alt ekstremitede peteşiler olduğu görüldü. Batın muayenesinde dalak 2cm palpabl, traube kapalı idi. Vital bulgularında tansiyon arteriyel 110/70mmHg, NDS 100/dk, solunum sayısı 16/dk, ateş $37,3^\circ C$ idi. Diğer sistem muayenelerinde özellik saptanmadı. Laboratuvar testleri aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Hb: 10g/dL	Nötrofil: $1,2 \times 10^9/L$	Kreatinin: 0,8mg/dL	T.Bilirubin: 1,1mg/dL	PT:13sn
Hct: 30%	Lenfosit: $3,6 \times 10^9/L$	AST: 25U/L	LDH: 300U/L	APTT:32sn
MCV: 90fL	Eozinofil: $0,1 \times 10^9/L$	ALT: 20U/L	HBsAg: (-)	Fibrinojen: 300mg/dL
PLT: $35 \times 10^9/L$	Bazofil: $0,1 \times 10^9/L$	ALP: 40U/L	Anti HCV: (-)	CRP: 30 mg/L
WBC: $5 \times 10^9/L$		GGT: 45U/L	Anti HIV: (-)	

Anemi, nötropeni ve trombositopenisi olan hastanın periferik kan yayması yapıldı. Normositik, normokromik eritrositler ve yer yer gözyaşı hücreleri izlendi. Trombositler ve nötrofiller sayıca azalmıştı. Nötrofil ve lenfositler normal görünümündeydi. Tetkikleri devam ederken $38,5^\circ C$ ateşi olması üzerine hastanın COVID19 PCR için nazofarengeal sürüntü örneği ile kan ve idrar kültürleri alındı. Enfeksiyon odağı aramak amacıyla PA akciğer grafisi çekildi, tam idrar tahlili yapıldı. COVID19 PCR negatif saptanması ve hastada herhangi bir odak saptanamaması üzerine Enfeksiyon hastalıkları birimi ile konsülte edilerek febril nötropeni protokolüne

piperasilin tazobaktam parenteral tedavisi başlandı. Sitopenilerinin etyolojisi için kemik iliği aspirasyon, biyopsi, sitogenetik ve flowsitometrik incelemeleri yapıldı. Aspirat yaymalarında %30 oranında blastik hücre infiltrasyonu olduğu görüldü. İmmünohistokimyasal ve flowsitometrik olarak blastik hücrelerde CD34(+), CD10(+), CD19(+), CD20(-), CD22(+), CD79a(+), HLADR(+), T hücre belirteçleri negatif bulunması üzerine B-hücreli Akut Lenfoblastik Lösemi tanısı konuldu. Toraks ve Batın BT görüntülemelerinde splenomegali ve retroperitonda patolojik lenfadenomegaliler görüldü. Standart risk olarak sınıflanan hastaya kemoterapisi verilmek üzere Hematoloji servisine yatış yapıldı.

Olgu-2:

37 yaşında erkek hasta 3. defa geçirdiği akut pankreatit atağı nedeniyle Anestezi ve Reanimasyon Birimi'ne yoğun bakım desteği için yatırıldı. Kronik alkol kullanımı dışında özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Anksiyetesi ve terlemesi olan hastanın fizik muayenesinde batında yaygın hassasiyet, bağırsak seslerinde azalma, belinin sol yanında 6x5cm ekimozunun olduğu görüldü. Hepatomegali veya splenomegali palpe edilmedi. Traubesi açık olan hastanın diğer sistem muayenelerinde özellik saptanmadı. Vital bulgularında tansiyon arteriyel 110/60mmHg, NDS 110/dk, solunum sayısı 16/dk, ateş $38^\circ C$ idi. Laboratuvar testleri aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Hb: 11g/dL	Lenfosit: $2,5 \times 10^9/L$	AST:40 U/L	Ca:6,5mg/dL	PT:15,1sn
Hct: 33%	Eozinofil: $0,4 \times 10^9/L$	ALT: 55U/L	Amilaz:1100U/L	APTT:42sn
MCV: 95fL	Bazofil: $0,1 \times 10^9/L$	ALP: 95U/L	Lipaz: 880U/L	Fibrinojen: 250mg/dL
PLT: $100 \times 10^9/L$	CRP: 300 mg/L	GGT:65 U/L	Anti HCV: (-)	D-dimer: 1000ng/mL
Lökosit: $16 \times 10^9/L$	Kreatinin: 1,1mg/dL	T.Bilirubin: 1,2mg/dL	Anti HIV: (-)	
Nötrofil: $13 \times 10^9/L$	LDH: 1000U/L	Albumin: 2,9g/dL	HBsAg: (-)	

Klinik ve laboratuvar bulguları ile hastanın genel durumu değerlendirildiğinde hemorajik pankreatit düşünülerek batın BT görüntülemesi yapıldı. Retroperitoneal kanama ile komplike olmuş akut hemorajik pankreatit

tanısı konuldu. Destek tedavisi başlandı. Hastadaki trombositopeni ve PT, APTT'deki uzama göz önüne alınarak hemogram ile beraber koagülasyon testleri 12 saatte bir takibe alındı. Karışım testi yapıldığında PT ve APTT'nin düzeldiği saptanınca faktör eksikliği ile uyumlu bulundu. Kontrol hemogramda trombosit sayısının $80 \times 10^9/L$ e gerilediği görüldü. Periferik kan yayması incelendiğinde normokrom normositer

eritrositler, polikromazi, şistositler izlendi. Trombosit sayısında azalma, nötrofillerde toksik granülasyon ve sola kayma görüldü. Tekrarlanan PT:17sn, APTT:46sn, Fibrinojen:120mg/dL olması üzerine disemine intravasküler koagülasyon (DİK) tanısı konuldu. Hayatı tehdit eden aktif kanaması olan hastanın trombosit sayısı $>100 \times 10^9/L$, fibrinojen $>150mg/dL$ olacak şekilde trombosit ve kriyopresipitat transfüzyonu planlandı.

KLİNİK PRATİĞİMİZDE DİYABETİK BİREYLERDE KARŞILAŞILAN ÖZEL DURUMLARA NASIL YAKLAŞMALIYIZ?-2

Dr. Nurdan GÜL

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

Diyabetli hastaların bazı özel durumlardaki takip ve tedavisi farklılık göstermektedir. Klinik pratiğimizde sık rastladığımız bazı özel durumlardaki yaklaşımlarımız aşağıda özetlenmiştir.

PET/BT çekimi uygulanan hastaların hazırlığı

Birçok kanser türünde Flor-18 Florodeoksiglukoz (^{18}F -FDG) PET/BT evreleme ve tedaviye cevabın değerlendirilmesinde oldukça sık kullanılan bir görüntüleme yöntemidir. Malign hücrelerde sitokinler ve bazı büyüme faktörlerinin de etkisi ile metabolizma hızı ve glukoz reseptörleri artmaktadır. Bunun sonucunda tümörün içine glukoz alımında artış olmaktadır. ^{18}F -FDG, yapısal olarak glukoz benzeyen ve glukoz reseptörleri aracılığıyla hücre içine aktif bir şekilde alınan bir moleküldür. Hücre içine alınırken glukoz ve ^{18}F -FDG birbirleriyle yarışır. Diyabetli hastalarda ya da kan glukoz düzeylerinin yüksek olduğu durumlarda tümör hücrelerinin ^{18}F -FDG alımında bozulma ve azalma gözlenebilir. Bu durum incelemenin duyarlılığını azaltmaktadır. Yöntemin duyarlılığını obezite, metformin ve insülin kullanımı gibi diğer durumlar da etkileyebilir.

Hiperinsülinemi, GLUT4 reseptörlerinde artışa neden olarak, iskelet ve kalp kaslarına hızlı bir şekilde ^{18}F -FDG'nin girişine neden olur. Bu nedenle ^{18}F -FDG uygulamasının hemen öncesi ve hemen sonrasında insülin uygulaması önerilmez.

Diyabetli hastalarda yaygın kullanılan bir ilaç olan metformin karaciğerden glukoz çıkışı azaltır, glukozun hücre içine alımını ve kullanılmasını artırır. Metformin kullanan hastalarda ince bağırsakta daha az, kolonda daha belirgin olmak üzere bağırsak boyunca, hem sindirim duvarında, hem lümen içinde yoğun, diffüz ve süreklilik gösteren FDG tutulum paterni gözlenmektedir. Bu durum özellikle intraabdominal lezyonlarda sorun oluşturabilir.

Öneriler:

- Çekimden 1 gün önce düşük karbonhidratlı diyet önerilir ve fizik aktiviteden kaçınılması uygundur.
- FDG-PET/BT çekiminden en az 4 saat önce aç olmak gerekir.
- Çekim öğleden sonra ise, çekimden 4 saat öncesinde aç olacak şekilde hafif bir kahvaltı yapılabilir.

- Çekim öncesi hidrasyon yeterli olmalıdır. Enjeksiyondan 2 saat önce 1 lt su tüketilmesi önerilir.
- Kahve ve kafeinli içecekler çekim öncesinde tüketilmemelidir.
- Parenteral beslenme ve glukoz içeren İV sıvılar FDG enjeksiyonundan en az 4 saat öncesinde kesilmelidir.
- FDG enjeksiyonu ve sonraki fazlarda hasta oturur veya yatar pozisyonda olmalı ve sıcak tutulmalıdır.
- PET/BT öncesi mesane aktivitesini önlemek için mesane boşaltılmalıdır.
- Plazma glukoz düzeyi >200 mg/dl ise çekim ertelenebilir veya hızlı etkili insülin ile düzey düşürülebilir ancak insülin uygulaması ile FDG uygulaması arasında 4 saatten az zaman olmamalıdır.

Oral Antidiyabetik Kullanan Hastalarda Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar

- Sülfonilüreler insülin salınımını artırdıkları için çekimden 24-48 saat önce kesilmelidir.
- Tiazolidinedionlar çekimi etkilemez.
- Çekimden 48 saat önce metforminin kesilmesi önerilmektedir.

Tip 1 Diyabet ve İnsülin Kullanan Tip 2 Diyabet Hastaları

- Çekim sabah ise, gece uzun etkili insülin yerine orta etkili insülin yapılır, sabah çekim sonrası hasta rutin insülin uygulaması ile kahvaltısını yapabilir.
- Öğleden sonra çekim yapılacak ise sabah rutin insülin yapıp kahvaltı edilebilir. -FDG hızlı etkili insülininden en az 4 saat, kısa etkili insülininden en az 6 saat sonra uygulanabilir. FDG uygulanan gün içinde enjeksiyon öncesi orta ve uzun etkili insülin yapılmamalıdır.
- Pompa kullanan hastalarda çekimin sabah yapılması tercih edilir. FDG uygulamasından en az 4 saat önce pompa kapatılmalıdır. Çekim sonrası hasta tekrar pompasını açarak insülin uygulayıp kahvaltısını yapabilir.

Total parenteral ve enteral nutrisyon tedavisi uygulanan hastalarda hiperglisemi tedavisi

Hiperglisemi hastanede yatan, daha önceden diyabeti olan ya da olmayan parenteral nutrisyon tedavisi uygulanan hastaların yaklaşık %50'sinde ve enteral nutrisyon tedavisi uygulanan hastaların yaklaşık %30'unda görülebilmektedir. Gözlemsel çalışmaların

çoğu beslenme desteği sırasında ortaya çıkan hipergliseminin artmış morbidite ve mortalite ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Enteral nutrisyon tedavisi uygulanan hastalarda hiperglisemiye yaklaşım

Enteral nutrisyon tedavisi sürekli, bolus ya da siklüsler halinde verilebilir. İnsülin tedavisi de bu farklılıklar gözetilerek verilmelidir. Diyabet hastalarına özgü genellikle lif içeriği artmış ve toplam karbonhidrat düzeyi azaltılmış formül gıdaları geliştirilmiştir. Bu gıdaların kullanımının glisemik kontrol üzerine olumlu etkisi vardır. Hastanede yatan hastalar için kan şekeri takiplerinin 6 saate bir yapılması ve genellikle 140 ila 180 mg/dl aralığında tutulması hedeflenir. İntravenöz infüzyon protokolleri ile optimal kontrol sağlanabilir, ancak çok sık kan şekeri takibinin sağlık personeli ve hasta açısından zorluğu nedeniyle s.c. insülin tedavisinin uygulandığı protokoller daha yaygın kullanılmaktadır.

İnsülin dozu hesaplanırken bazal ve nutrisyonel gereksinimler dikkate alınmalıdır. Bazal insülin ihtiyacı daha önceden insülin kullananlarda günlük ihtiyacın %30-50'si kadar olacak şekilde düzenlenir veya hastanın kilosuna göre doz hesabı yapılır. Önceden insülin kullanmamış hastalarda 2 x 5 IU NPH/Detemir ya da 1 x 10 IU Glarjin başlanması önerilir. Nutrisyonel ihtiyaçları karşılamak amacıyla da 10-15 g karbonhidrat için 1 IU insülin olacak şekilde bir hesaplama yapılır. Regüler insülin 6 saatte bir, Lispro, Aspart ya da Glulisin gibi hızlı etkili analog insülinler ise 4 saatte bir verilir. Günlük olarak doz ihtiyacı ayarlanır. Özellikle Tip 1 Diyabetli hastalarda hiperglisemiye önlemek için bazal dozun kesilmemesine dikkat edilmez.

Parenteral nutrisyon tedavisi uygulanan hastalarda hiperglisemiye yaklaşım

Parenteral nutrisyon tedavisi alan hastalarda hiperglisemi sık görülen bir durumdur. Günlük kalori alımının azaltılması ya da besinin dekstroza içeriğinin azaltılması gibi uygulamalar ile hiperglisemi sıklığı azaltılabilir. Başlangıçta insülin infüzyonu total parenteral nutrisyon solüsyonundan ayrı bir yol ile verilmelidir. Saatlik kan şekeri ölçümlerine göre insülin infüzyon dozu ayarlanıp stabil hale geldikten (genellikle 12-24 saat) sonra, son 24 saatte verilen toplam insülin dozu 4'e bölünüp 6 saatte bir total parenteral nutrisyon solüsyonuna katılabilir.

Diğer bir yaklaşım da 10 g karbonhidrat için 1 IU hesap edilerek regüler insülinin doğrudan TPN İV solüsyonuna eklenmesi ve insülin dozlarının günlük olarak ayarlanmasıdır. Gereğinde s.c. regüler insülin ile 6 saatte bir veya s.c. hızlı etkili analog insülin 4 saatte bir verilerek düzeltme yapılır.

Kaynaklar

1. Mirpour S, Metesatien P, Khandani AH. Does hyperglycemia affect the diagnostic value of 18F-FDG PET/CT? Rev Esp Med Nucl Imaging Mol 2012;31:71-7.
2. Boellaard R, Delgado-Bolton R, Oyen WJ, et al; European Association of Nuclear Medicine (EANM). FDG PET/CT: EANM procedure guidelines for tumour imaging: version 2.0. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2015;42:328-54.
3. Ozülker T, Ozülker F, Mert M, et al. Clearance of the high intestinal (18)F-FDG uptake associated with metformin after stopping the drug. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2010;37:1011-17.
4. TEMD Diabetes Mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu-2020. <https://temd.org.tr/>
5. Vennard KC, Selen DJ, Gilbert MP. The management of hyperglycemia in noncritically ill hospitalized patients treated with continuous enteral or parenteral nutrition. Endocr Pract 2018;24:900-6.

KAN ÜRÜNLERİ TRANSFÜZYON ENDİKASYONLARI

Dr. Tarık Onur TIRYAKI

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

Kan, her biri ayrı fonksiyona sahip son derece spesifik yapılardan oluşmuş bir bütün, canlı bir dokudur. Modern anlamda transfüzyon tıbbı tam kan yerine kanın sadece hastaya gerekli komponentlerinin belirlenip uygulanması prensibiyle hareket eder. Kan, bir doku olarak tanımlanmaktadır ve kan ürünü transfüzyonu basit bir sıvı tedavisi olarak düşünülmemelidir, doku nakline eş değerdir. Kan transfüzyonu, ihtiyaç halinde hayat kurtaran fakat hayatı tehdit eden yan etkileri de beraberinde bulunduran bir tedavi aracıdır.

Milattan sonra 160-200'lü yıllarda epilepsi tedavisinde kan transfüzyonu yapıldığı bilinmektedir. Tarihsel süreçte 1665'li yıllarda hayvandan hayvana transfüzyonla başlayan süreç, kan grup antijenlerinin tanımlanması, cross match testleri ve kan ürünlerinin uygun şartlarda saklanmasıdaki gelişmeler ve ayrıştırılabilir ürünlerin temin edilmesiyle gelişme göstermiştir.

Kan ürünü transfüzyonu öncesinde; 'Hastada gerçekten transfüzyon endikasyonu var mı? Endikasyon varsa ihtiyaç duyulan komponent hangisi? Hastaya kaç ünite transfüzyon yapılması gerekiyor? Verilecek kan ve kan ürününün hastaya yararları ve zararları ne olabilir?' soruları mutlaka yanıtlanmalı ve sonrasında transfüzyon kararı verilmelidir.

Aynı türün bireyleri arasında uygulanan transfüzyon allojenik kan transfüzyonu olarak adlandırılırken, hastanın kendi kanının yine kendine transfüzyonu olog kan transfüzyonu olarak adlandırılmaktadır.

Tam Kan ve Transfüzyon Endikasyonları

Vericiden alındıktan sonra kan dolabına girmeden (6-8 saat içinde) hastaya verilen kandır. Nadiren kullanılmaktadır.

Başlıca kullanım endikasyonları;

- ✓ Toplam kan volümünün %30'undan fazlasının kaybedildiği masif transfüzyon.
- ✓ Akut kan kaybı olan hastada ard arda 4 ünite eritrosit süspansiyonu ve sıvı verilmesine rağmen hastanın hemodinamik dengesi stabil hale gelmiyorsa (hipotansiyon, taşikardi, periferik soğukluk, idrar hacminde azalma) tam kan transfüzyonu endikasyonu doğar.
- ✓ Pediatrik hastalarda exchange amaçlı ve açık kalp operasyonlarında kullanılmaktadır.

Eritrosit Süspansiyonu ve Transfüzyon Endikasyonları

Eritrosit süspansiyonu transfüzyonunda, doku oksijenasyonu bozan durumların varlığı ile semptom varlığı temel belirleyici olarak yer almaktadır. Eritrosit süspansiyonu transfüzyonu ile ilgili yapılan çalışmalarda liberal veya sıkı-kısıtlı bir politika uygulama gibi seçenekler mevcuttur. Liberal politikada mevcut hemoglobin alt sınırı daha yüksek tutan bir yaklaşım benimsenirken, sıkı-kısıtlı politikada hastanın replasman sınırını daha düşük tutmak benimsenmektedir. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki; sıkı ve liberal politika arasında sağ kalım, enfeksiyon sıklığı ve hastanede kalış süre arasında belirgin bir fark gözlenmemiştir. Kan almayı reddeden postoperatif dönemdeki hastalarda yapılan gözlemsel çalışmalarda ise hemoglobinin 7 g/dl altında mortalitenin arttığı gözlenmiştir.

Masif kanamalarda eşik değer tanımı kullanılmazken genel yaklaşım hemoglobin 6 g/dl altında iken transfüzyon yapmak, hemoglobin 10 g/dl üzerinde iken transfüzyondan kaçınmaktır. Mevcut ara değerlerde ise hastanın yaşı, komorbiditeleri ve klinik duruma göre karar verilmektedir. Semptomatik hastada hemoglobin sınır değeri 10 g/dl kabul edilirken, koroner arter hastalığında sınır değeri 8 g/dl, akut koroner sendromda hastanın kliniğine göre 8-10 g/dl sınır olarak kabul edilmektedir. Hemodinamisi stabil olan yoğun bakım hastasında ve gastrointestinal sistem kanamalı hastada ise hedef hemoglobin değeri 7 g/dl üzerinde tutmak uygun olacaktır.

Trombosit Konsantresi ve Transfüzyon Endikasyonları

Hemostaz için sağlam bir koagülasyon sistemi ile beraber yeterli sayı ve fonksiyonda trombosit varlığı gereklidir. Trombosit süspansiyon endikasyonları temel olarak;

- ✓ Mevcut kanamanın durdurulması,
- ✓ İnvasiv işlem öncesi kanamanın önlenmesi amacıyla uygulama,
- ✓ Spontan kanamanın önlenmesidir.

'Hangi trombosit konsantresini, ne zaman kullanalım?' Sorusu ise klinisyenler arasında fikir karışıklığı oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda trombosit

süspansiyonlarının birbirlerine üstünlüklerini göstermemektedir. 1 ünite aferez trombosit süspansiyonu, 2 ünite 4'lü havuzlanmış trombosit ve 8 ünite random trombosit denktir. Aferez trombosit temin maliyeti daha yüksek olduğu bilinen bir gerçektir. Özellikle HLA alloimmünizasyonu bilinen olgularda HLA uyumlu tek donörden temin edilen aferez trombosit süspansiyonu kullanımı uygun bir seçenek olabilmektedir.

Kanamayı durdurma amacıyla trombosit süspansiyonu kullanımında hedef trombosit değeri 50.000 iken merkezi sinir sistemi kanamalarında hedef trombosit değerini 100.000 üzerine çıkarmaktır. Trombosit fonksiyon bozukluğu bilinen hastalarda ise kanama kontrol altına alınana kadar trombosit desteği sürdürülmesi önerilmektedir.

İnvaziv işlem öncesi trombosit süspansiyonu uygulamada farklı işlemlerde farklı sınır değerler esas alınmaktadır. Terapötik amaçlı yapılan endoskopide hedef 50.000 iken tanısal amaçlı endoskopide 20.000 eşik değeri yeterli olmaktadır. Majör cerrahi işlemde sınır 50.000 iken, merkezi sinir sistemi veya göz cerrahisinde sınır değer 100.000 gibi daha yüksek tutulmalıdır. Santral venöz kateter takılması ve lomber ponksiyonda 20.000 sınır kabul edilirken, epidural anestezi de eşik 80.000 ve üzeri hedeflenmektedir.

Spontan kanamanın önlenmesinde trombosit değeri 10.000 altındaki durumlarda hayati tehdit oluşturan kanama riski artmaktadır. Bu nedenle genel olarak sınır 10.000 kabul edilmektedir. Bazı hastalıklarda ve bazı yaş gruplarında kanama yatkınlığı daha fazla olduğu bilinen bir gerçektir. İmmün trombositopeni hastası kolay kanamazken, akut promiyelositer lösemi hastası kolaylıkla kanayabilir yine aynı şekilde çocuklarda kanama riskinin erişkinden yüksek olduğu bilinmektedir. Ateş, inflamasyon ve enfeksiyon gibi kanama yatkınlık oluşturan durumlarda eşik değeri daha yüksekte tutmak daha güvenlidir. Spontan kanama önlenmesinde eşik değer belirleme amacıyla yapılan 'STOP' çalışmasında; profilaktik replasman yerine kanama oluştuğunda trombosit konsantresi kullanımında hayati tehdit oluşturan kanamalar görülmüş ve çalışma erken sonlandırılmıştır. Bu gibi çalışmalardan da yola çıkarak hastaya göre, uygun eşik değer ile profilaktik replasman kullanımı önerilmektedir.

Taze Donmuş Plazma (TDP) ve Transfüzyon Endikasyonları

TDP kullanımının temel endikasyonu kanamanın durdurulması iken, yapılan çalışmalarda profilaktik kullanımın etkinliği gösterilememiştir. Bilinen en sık kullanım endikasyonları;

- ✓ Koagülasyon testlerinde bozulmaya neden olan pıhtılaşma faktörü eksikliklerinde ve alternatif tedavi uygun olmayan durumlarda kanama veya invaziv işlem öncesinde,
- ✓ Aktif kanama, invaziv işlem öncesi K vitamin eksikliği veya oral antikoagülan etkisinin hızla giderilmesinde,
- ✓ Karaciğer yetersizliği,
- ✓ Masif transfüzyon,

- ✓ Tüketim koagülopatisine bağlı kanamalar,
- ✓ Trombotik trombositopenik purpurada plazma değişiminde veya tedavisinde olan kullanımdır.

İhtiyaç dışı en sık kullanılan kan ürününün TDP olduğu bilinmektedir. Volüm replasmanında, hipoalbuminemi tedavisinde, nütisyonel destek amacıyla, bağışıklığı güçlendirmek gibi endikasyonları mevcut değildir.

Kriyopresipitat ve Transfüzyon Endikasyonları

TDP santrifüj edilip süpernatant uzaklaştırdıktan sonra kalan kan ürününe kriyopresipitat adı verilmektedir. 1 ünite kriyo 15-20 ml olup, uygulama dozu 1 torba/10 kg olarak kabul edilmektedir. Fibrinojen, von Willebrand Faktör, FVIII ve FXIII açısından zengin bir üründür. Temel endikasyonları;

- ✓ Disfibrinojenemi,
- ✓ Fibrinojen <100 mg/dl olan invaziv işlem uygulanacak veya kanamalı hastalar,
- ✓ FXIII eksikliği olan kanamalı, girişim yapılacak hastalar,
- ✓ vWF eksikliği olan kanamalı hastalardır.

Granülosit Konsantresi ve Transfüzyon Endikasyonları

Temel olarak kronik granülopatöz hastalık veya ciddi nötropeni durumunda ve uygun antibiyoterapiye rağmen yanıt vermeyen ağır enfeksiyon varlığında kullanım endikasyonu mevcuttur. Genellikle en az 4-7 gün transfüzyona devam edilmesi önerilmektedir ve HLA uyumlu donörden alınan granülosit konsantresi ile daha az reaksiyon görülmektedir.

Kaynaklar

1. Jeffrey I Carson et al. Transfusion thresholds and other strategies for guiding allogeneic red blood cell transfusion Cochrane Database of Systematic Reviews.
2. Lars B. Holst et al. Lower versus Higher Hemoglobin Threshold for Transfusion in Septic Shock. N Engl J Med 2014; 371:1381-1391
3. Cándid Villanueva et al. Transfusion Strategies for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. N Engl J Med 2013; 368:11-21
4. Marc S Zumberg et al. A prospective randomized trial of prophylactic platelet transfusion and bleeding incidence in hematopoietic stem cell transplant recipients: 10,000/L versus 20,000/microL trigger. Biol Blood Marrow Transplant. 2002;8(10):569-76.
5. Sherrill J Slichter et al. Dose of prophylactic platelet transfusions and prevention of hemorrhage. N Engl J Med. 2010 Feb 18;362(7):600-13.
6. A C Casbard et al. The role of prophylactic fresh frozen plasma in decreasing blood loss and correcting coagulopathy in cardiac surgery. A systematic review. Anaesthesia. 2004 Jun;59(6):550-8.
7. Hillman RS, Kenneth AA: Blood Component Therapy. In: Hematology in Clinical Practice . 3rd ed. 2002, 407-416.
8. Allain JP, Williamson LM. How can we best achieve optimal transfusion practice? Medical Journal of Australia 1997;167:462-463
9. Lane TA (ed.). Blood Components In: Blood Transfusion Therapy: A Physician Handbook. 5th ed. Bethesda, MD: American Association of Blood Banks, 1996: 3-33.
10. Gottschall JL, Menitove JE: Transfusion: Blood and Blood Components. In Manual of Clinical Hematology 3rd ed. Mazza JJ (ed). Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins. 2002: 369-88.
11. Goodnough LT, Brecher ME, Kanter MH et al. Blood transfusion (First of two parts). N Engl J Med. 1999, 340(6): 438-447.

KAN TRANSFÜZYONU REAKSİYONLARINDA OLGU SUNUMU

Hem. Fulya GÜLEN

İTF İç Hastalıkları Ototolog Nakil Ünitesi

Kan ürünleri transfüzyonu sırasında gerçekleşen reaksiyonlarda iyi bir ekip çalışması çok önemlidir. Hemşirenin hastasını iyi gözlemlemesi, erken teşhis ve hızlı organizasyon hayat kurtarır.

Olgu-1

Kemik İliği Nakli Ünitesinde yatmakta olan 56 yaşında, erkek hasta. Allogenik kök hücre nakli sonrası 23. Gününde. Pnömoni gelişmesi nedeniyle tedavisine devam ediliyordu. Tedavi ve bakımları sırasında hastada kanama bulguları olduğu hemşiresi tarafından gözlenerek hekimi bilgilendirildi. Hastanın her türlü invaziv girişimlerden sonra ve santral venöz kataterinin giriş yerinden sızıntı şeklinde kanaması oluyordu ve baskı uygulanmasına rağmen durmayabiliyordu. Bunun üzerine tüm vücudu kontrol edildiğinde peteşi ve purpuralarının da olduğunu gözlemlendi. Hastaya uygulanan tüm invaziv girişimler kısıtlandı. Hastanın tedavileri SVK'dan olacak şekilde düzenlendi. Hekim istemine göre kontrol kanları alındı. Kan sonuçları; PLT:45.000, HGB:8.9 HCT: 30, Aptt: 39, INR: 1.89, PT zamanı: 17, Fibrinojen:82, LDH: 310, Bilirubin: 1.8, D. Bilirubin: 0.3, İndirekt Bilirubin: 1.3 geldi. Hekimi hastada tüketim koagülopatisi: DİK tablosunun geliştiğini belirtti. Hekim orderi ile TDP replasmanı (doz:10-20 ml/kg); 6 saatte bir planlandı. TDP 'nin kan merkezinden temini sağlandı. Kontrolleri yapıldıktan sonra transfüzyona başlandı. Transfüzyonun 15. dakikasında hasta rahatsız olduğunu tanımladı; dudağı şiş, derisinde kabarık eritemli döküntüler gelişti. Kan ürünü transfüzyonu hemen durduruldu. Vital bulguları alındı. Başlangıca göre hafif hipotansiyon gelişti. Saturasyon:96 idi. İzotonik solusyon ile damar yolu açıklığı sağlandı. Hastanın hava yolu açıklığı sağlandı. Hekimine haber verildi. Hekim muayenesi sonucunda kan transfüzyonuna bağlı Anjiyonörotik ödem – alerjik reaksiyon geliştiği tanısı kondu. Hekim orderi ile antialerjik medikal tedavisi (Feniramin hidrojen maleat) IV yol ile uygulandı. 15 dakika aralıklar ile vital bulguları takip edildi. 30 dakika sonra hasta stabilleşti, döküntüleri geriledi. Aynı kan ürünü yeniden başlandı, transfüzyon komplikasyonsuz tamamlandı.

Olgu-2

Nefroloji servisinde yatmakta olan SLE + Böbrek yetmezliği tanılı 42 yaşında, kadın hasta. Diyalize bağımlı olan hasta standart tedavileri uygulanmaktaydı. Rutin kontrolleri sırasında kan sayımı HGB: 6.7 gr, WBC: 3200, PLT: 121.000 olarak görüldü. Sonuçları değerlendiren hekimi tarafından 1 Ü eritrosit süspansiyonu transfüzyonu planlandı. Bunun üzerine hastadan cross-match ve kan grubu kontrolü için kan örneği alınarak doktor istemiyle beraber kan merkezine gönderildi. Hazır olduğunda kan merkezinden temini sağlandı. Kontrolleri yapıldıktan sonra transfüzyona başlandı. Transfüzyonun 30. Dakikasında hastada fenalık hissi, nefes darlığı, öksürük şikayetleri oldu. Transfüzyon hemen durduruldu. Vital bulguları alındı. TA: 170/100 mm/hg, saturasyon: %91 idi. Oksijen desteği sağlandı. İzotonik solusyon ile damar yolu açık tutuldu. Hastaya dik oturur pozisyon verildi. Hekimine haber verildi. Düzenli aralıklarla vital bulguları takip edildi. Hekim muayenesi ile kan transfüzyonuna bağlı TACO (transfusion associated circulatory overload) geliştiği tanısı kondu. Diüretik (furosemid) infüzyonu ile kan basıncı stabil olunca transfüzyona yeniden başlandı. Transfüzyon süresince hastanın vital bulguları ve hastanın genel durumu düzenli takip edildi.

Olgu-3

Ototolog Nakil Ünitesi'nde yatmakta olan Akut Lösemi tanılı 27 yaşında erkek hasta. Allogenik nakil sonrası sitopenik dönem düzeline kadar yatışı devam etmekteydi. Hasta şiddetli ve giderek artan baş ağrısı ve baş dönmesi şikayetinde bulundu. Saat 20:00'da hastanın bakım ve tedavisi ile ilgilenirken hastada yürürken denge kaybı olduğunu fark edildi. Vital bulguları kontrol edildiğinde uyurken hipotansiyon, uyanırken hipertansiyonu olduğu fark edildi. Hekime hastanın durumunu haber verildi. Hasta yatağından kalkmaması için desteklendi, yalnız bırakılmadı. Hekim muayenesini yaptıktan sonra Nöroloji konsültasyonu istendi. Nörolojik muayenesi sonrasında acil kranial MRI, kan sayımı, biyokimya ve koagülasyon testlerinin kontrolü istendi. Kan sonuçlarında; WBC: 1200, HGB: 7, PLT:18.000 olarak görüldü. Kranial MR: kafa içi eski? kanama şüphesiyle tanı kondu. Nöroloji konsültan hekimi trombosit

sayısının 50.000 üzerinde tutularak takip edilmesini istedi. Hekim orderı ile 1 aferez Ü ışınlanmış, filtrelenmiş, trombosit süspansiyonu transfüzyonu planlandı. APLT'nin kan merkezinden temini sağlandı. Kontrolleri yapıldıktan sonra transfüzyona başlandı. Transfüzyon sorunsuz tamamlandı. Transfüzyonun 2. saatinde hastada titreme ve ateş yükselmesi gözlemlendi. Vital bulguları alındı. Kan basıncı 90/45 mmHg, Saturasyonu 95 bulundu.

Oksijen inhalasyonu başlandı. İzotonik solusyon ile damar yolu açık tutuldu. Hekime haber verildi. Hekim muayenesi ile hastada kan ürünü transfüzyonuna bağlı piretik reaksiyon geliştiği tanısı kondu. Kan kültürü ve idrar kültürü alındı. Kan sayımı yinelenildi. Enfeksiyon konsültasyonu istendi. Düzenli aralıklarla vital bulguları takip edildi. Hekim orderı ile tedavisi uygulandı. Hasta stabilizeşene kadar gözlemlendi.

KAN VE KAN ÜRÜNLERİ TRANSFÜZYONU

Uzm. Hem. Mahmure USLU

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

Kan, ayrı fonsiyonlara sahip spesifik yapılardan oluşan canlı bir dokudur. Sağlıklı bir kişinin kan bağışı yapması organlarından bir bölümünü vermesi olarak da tanımlanabilir. Bu nedenle kan transfüzyonuna organ transplantasyonu denilebilir.

Kan transfüzyonu kan ve kan bileşenlerinin dolaşım sistemine verilmesidir.

Hemşire kan transfüzyonunu uygulayan ve transfüzyon boyunca hastayı takip eden sağlık çalışanıdır. Transfüzyonun güvenli bir şekilde hastaya uygulanmasından sorumludur. O nedenle transfüzyon sırası istenmeyen etkiler gelişmesi durumunda yaklaşım ilişkili bilgi ve beceri sahibi olması gerekmektedir.

Transfüzyon tedavisinde amaç

- Azalan hemoglobin düzeyinin dolayısı ile doku oksijen azlığının giderilmesi (eritrosit transfüzyonu),
- Kanama kontrolü veya önlenmesi (trombosit transfüzyonu ve/veya pıhtılaşma faktörü transfüzyonu)

Kan merkezinden hasta yatağına kan ve kan ürününün yolculuğu

Hastanın hekimi klinik muayene ve tetkik sonuçlarını değerlendirdikten sonra kan ürünü transfüzyonu (transplantasyonu) planlamasıyla transfüzyon yolculuğu başlar.

Hasta başından kan merkezine, kan merkezinden hasta başına olan yolculuğun basamakları aşağıda bildirilmiştir.

- Hekim kan ürünü talebini yazılı ve elektronik ortamda yapar.
- Hekim kan ürünü isteminde ilgili ürünün ve uygulamanın özellikleri hekim kaşesi bilgileriyle birlikte belirtilir.
 - Işınlama, filtreleme, yıkanmış, vb
 - Veriliş tarihi
 - Veriliş süresi
- Hemşire hekim istem kağıdıyla ve kan ürünü uygunluk testi ve hasta kan grubu tayini için hastaya ait kayıt barkodları ile hasta başında 2 ayrı EDTA'lı tüpe kan alır.
- Kan tüplere alındıktan sonra barkodlar tüplere yapıştırılır (etiketleme).
- Etiketlenmiş kan örnekleri ve kan ürünü istemi kan merkezine ulaştırılır.

- Kan merkezi istem formunu ve kan tüplerini değerlendirdikten sonra kayıt yapar.
- Kan merkezi kan ürünü hazırlanması işlemleri tamamlandıktan sonra kan ürünü takibi ve kliniğe yönlendirilmesinde kullanılmak üzere takip pusulası verir.
- Kan ürünü hazırlandıktan sonra kan ürünü özelliğine uygun transfer çantası ile kan ürünü hasta başına bu konuda eğitim verilmiş sağlık personeli tarafından getirilir.

Kan ürününün kliniğe getirilmesi

Eğitim verilmiş sağlık personeli kan merkezine kan ürününü almaya göndermeden önce hastanın vital bulguları alınır. Hastanın kan basıncı 180/100 mm/Hg, vücut ısı 37,5°C'nin üzerinde ise transfüzyon ertelenir.

Diğer parenteral tedavileri planlanır.

Eğitim verilmiş sağlık personeli kan rezerv kağıdı ve kan ürünü taşıma çantası ile birlikte kan merkezinden kan ürününü getirmesi için görevlendirilir.

- Kan merkezinden çıkış tarihi ve saati, ürünün cinsi ve adedi kan ürünü çıkış teslim ve onay formunda kayıtlıdır.
- Kan bileşenleri saklama şartlarına uygun koşullarda taşınmalıdır.
- Kan merkezinden teslim alınan kan ürünü hastanın yattığı kliniğe en kısa sürede getirilmelidir.
- Isı takibi yapılabilen kan taşıma çantaları kullanılmalıdır.
- Hasta başında kan ürünü kontrol edilir.
 - Kan ürünü ve hekim istem formu uyumu
 - Kan ürünü etiketi ve hasta kimlik uyumu: Hastanın kimlik bilgileri hastaya sözlü sorularak kan bileşeni üzerindeki çapraz uyum (cross-match) etiketinden hasta dosyasındaki kayıtlardan kontrol edilir. Çapraz uyum etiketi bulunan kan torbasındaki bilgilerin hastanın kimlik bilgi kayıtları ve hastanın el bilekliğindeki kimliği ve protokol numarası ile tam olarak uyduğu kontrol edilir.
 - Hastanın kan grubu ve kan ürününün ABO ve RhD grupları arasında uyumu, çapraz uyum (cross match), filtrasyon ve ışınlama bilgileri son kullanma tarihi ve kan bileşeninin seri numarası kan merkezi kan ürünü çıkış formunda kayıtlı seri numarası ile karşılaştırılır.

Transfüzyonun başlatılması

Kan transfüzyonuna başlamadan önce hastaya anlayabileceği şekilde kan transfüzyonunun gerekliliği açıklanır.

Kan transfüzyonu sırasında alınan önlemlere rağmen transfüzyon ilişkili istenmeyen etkilerin gelişebileceği bilgisi verilir,

Ateş, titreme, fenalık, hissi, kaşıntı, nefes darlığı, baş ağrısı, deri döküntüleri, kızarma, baş dönmesi, bel ağrısı vb. belirtiler gelişebileceği ve gelişmesi halinde hemşireyi haberdar etmesi gerektiği bilgisi aktarılmalıdır.

Hasta bu bilgileri dinlemek istemeyebilir; bilgilendirilmek istemeyen hastalar kendi el yazıları ile bilgilendirilmek istemediklerini yazıp imzalamaları gerekmektedir.

Kan ürünü transfüzyonunu red eden hastalarda transfüzyonu kabul etmediklerine dair hasta, bir tanık, hemşire ve hekim imzası ile birlikte onam alınmalıdır.

Bilinci kapalı hasta ve 18 yaşından küçük hastalarda onay birinci derece yakınından alınır.

İmzalanmış kuruma ait “**Kan ve Kan Bileşenleri Nakli için Bilgilendirilmiş Onam Formu**” ile transfüzyon başlatılır.

Kan ve kan bileşenleri transfüzyonu

Hastaya damar yolu açılır.

Transfüzyondan önce damar yolundan herhangi bir ilaç ya da solüsyon gönderilmişse, damar yolu % 0.9'luk NaCl ile yıkanır.

Transfüzyonun ilk 10–15 dakikasında akış süresi 10–15 damla/dakika (2 mL/dakika) olacak şekilde yavaş ayarlanır.

Transfüzyonu başlatan hemşire transfüzyonun ilk 15 dakikası süresince hasta başında bekler.

Transfüzyon boyunca hastanın vital bulguları transfüzyonu yapan hemşire tarafından 30 dakikada bir takip edilerek “Transfüzyon Takip Formu”na kaydedilir. (çift nüsha)

Hayatı tehdit edici reaksiyonlar çoğunlukla transfüzyonun ilk 15 dakikasında, 10 mL kan transfüzyonuyla bile gelişebilir. Vital bulguları o nedenle ilk 15 dakikada yakın takip edilmelidir.

İlk 15 dakika içinde reaksiyon meydana gelmemişse infüzyon hızı planlanan şekilde artırılır.

Transfüzyonu yapan hemşire ve hekim tarafından hastanın transfüzyon öncesi, sırası ve sonrası hayati bulguları alınır ve “Transfüzyon Takip Formu”na kaydedilir.

Özellikle intravenöz giriş yeri ve akım hızı yakın takip edilmelidir. Eğer akım hızı yavaşlamışsa, öncelikle damar yolu kontrol edilmeli, damar yolunun açık olup olmadığı bakılmalı, intravenöz giriş yerinde şişme, kızarıklık varlığı araştırılmalıdır. Filtre içinde hava ve pıhtı varlığı kontrol edilir. Gerekirse yeni damar yolu açılmalıdır.

Transfüzyon boyunca kan torbası üzerindeki etiketler çıkarılmaz.

Transfüzyon tamamlandıktan sonra damar yolu yıkanır ve giriş yeri uygun şekilde kapatılır.

Ürün etiketi transfüzyon takip formuna yapıştırılır.

Transfüzyonun bitiş saati kayıt edilir

Takip formunun bir nüshası kan merkezine gönderilir diğeri hasta dosyasına kaldırılır.

Boş kan ürünü torbaları kurumun “Atık Yönetim Programı”na göre imha edilir.

Transfüzyon sırasında istenmeyen etki gelişmesi

Transfüzyon derhal durdurulur.

Hemen hastanın sorumlu hekimine haber verilir ve gerekli tedavi başlanır.

Hastanın vitalleri alınır.

Hastaya %0.9'lukNaCl infüzyonu başlanır.

Transfüzyonu gerçekleştiren hemşire tarafından transfüze edilen kan bileşeni ve hasta

kayıtlarının uygunluğu kontrol edilir.

Durum ayrıca Kan Merkezi ekibine bildirilir.

Transfüze edilen kan torbası ve infüzyon seti ve hastadan infüzyon yapılmayan taraftaki venden alınmış kan örneği (2 adet EDTA'lı kan tüpü, 1adet kuru tüp) kan merkezine gönderilir.

Tam kan sayımı, koagülasyon testleri, üre-kreatinin ve elektrolitler için kan örnekleri alınarak (2 adet EDTA'lı kan tüpü, 1 adet kuru tüp, 1 adet sıratlı tüp) Biyokimya Laboratuvarı'na, ateş gelişmesi halinde kan kültürü üründen ve hastadan olmak üzere Mikrobiyoloji laboratuvarına gönderilir.

Transfüzyon sırası/sonrası ilk idrar örneğini alınır, Biyokimya Laboratuvarı'na post-transfüzyon olduğu belirtilerek ‘idrarda kan tayini’ için gönderilir.

KAN ÜRÜNLERİ TRANSFÜZYON REAKSİYONLARI

Dr. Simgе ERDEM

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

Kan transfüzyonu genellikle oldukça güvenli bir uygulama olmasına rağmen risksiz değildir. Alıcıya, yabancı kan hücrelerinin verildiği ve birçok yan etkinin görülebileceği akılda tutulmalıdır. Ayrıca plazma ve plazmadan elde edilen ürünlerdeki yabancı proteinler alıcıda transfüzyon reaksiyonlarına yol açabilirken enfeksiyöz etkenlerin de transferi gerçekleşebilir.

Kan ürünü transfüzyonu sonrası ilk 24 saat içinde gelişen reaksiyonlar akut, 24 saatten sonra gelişenler ise gecikmiş transfüzyon reaksiyonu olarak sınıflandırılır

Akut hayatı tehdit edebilen transfüzyon reaksiyonları

- Akut hemolitik transfüzyon reaksiyonu
- Transfüzyon ilişkili akut akciğer hasarı (TRALI)
- Transfüzyon ilişkili dolaşım yüklenmesi (TACO)
- Transfüzyon ilişkili sepsis
- Anafilaktik transfüzyon reaksiyonu

Akut hayati riski olmayan transfüzyon reaksiyonları

- Ürtikeryal transfüzyon reaksiyonu
- Febril non-hemolitik transfüzyon reaksiyonu
- Primer hipotansif reaksiyonlar

Akut hemolitik transfüzyon reaksiyonu

Transfüze edilen eritrositlerin damar içinde parçalanması (hemoliz) ile karakterize hayatı tehdit eden bir reaksiyondur. Sıklıkla kan grubu uyumsuz transfüzyonlar nedeniyle görülür.

Transfüzyon başlangıcından genellikle hemen sonra ortaya çıkan belirtiler ateş, titreme, bel ağrısıdır. Transfüzyonun hemen durdurulması ve kan merkezi ile iletişime geçilerek yanlış etiketleme yapıp yapılmadığının kontrol edilmesi elzemdir. Bol hidrasyon ile beraber hastadaki idrar çıkışının yakinen takibi gerekir.

TRALI (Transfüzyon İlişkili Akut Akciğer Hasarı)

Akut akciğer hasarı ile ortaya çıkarak hayatı tehdit eden bir transfüzyon reaksiyonudur. Ateş, titreme, solunum sıkıntısı ile kendini gösterir.

- NHSN(National Healthcare Safety Network) TRALI tanımı:

1. Transfüzyon öncesi akut akciğer hasarı olmaması
2. Transfüzyon sırasında veya 6 saat içinde tablonun gelişmesi
3. Hipoksemi bulunması
4. Bilateral akciğer ödemi radyografi bulgusunun bulunması
5. Dolaşım yüklenmesi ve diğer akciğer ödemi nedenlerinin dışlanması

Durumu kritik hastalarda ve cerrahi hasta grubunda 50-100 kat fazla olduğu bilinmektedir. Klinik olarak dispne, takipne, hipotansiyon ve taşikardi ile kendini gösterir. Laboratuvar testleri tanıda yardımcı değildir.

TRALI tedavisinde ana yaklaşım solunum desteğidir. Entübasyon ve mekanik ventilasyon ihtiyacı olabilir. Steroidlerin etkisi tartışmalı ve diüretik kullanımı gerekli değildir. Genellikle solunum desteği ile 48-96 saatte düzelir.

TACO (Transfüzyon İlişkili Dolaşım Yüklenmesi)

Volüm yüklenmesi nedeni gelişen akut akciğer ödeme bağlı solunum yetmezliği ile karakterizedir. Kısa sürede fazla miktarda transfüzyon yapılan hastalarda görülür.

Transfüzyon ilişkili ölümlerde 2. sırada (FDA) bulunmaktadır. Kardiyak problemlili, yaşlı ve kronik anemisi olan hastalar özellikle risk altındadır. Transfüze edilen kan ürününün volümü, infüzyon hızı ve bireysel faktörler TACO gelişme riski ile doğrudan ilişkilidir.

TACO tedavisinde transfüzyonun durdurulması, hastanın dik oturur pozisyona getirilmesi, idrar çıkışının artırılması için diüretik tedavi ve solunum desteği ile oksijenasyonun sağlanması ana tedavi yaklaşımıdır.

Transfüzyon ilişkili sepsis

Transfüze edilen kan ürününün mikroorganizma içermesi nedeniyle oluşur. İlk belirtiler ateş, titreme ve hipotansiyondur. Tedavisi geniş spektrumlu antibiyotikler ile beraber dolaşım desteğidir.

Anafilaktik transfüzyon reaksiyonu

Hipotansiyon, anjioödem ve hırıltılı solunum ile karakterize hayatı tehdit edebilen bir alerjik reaksiyon çeşididir. Tedavisinde adrenalın, antihistaminikler kullanılır. Anafilaktik reaksiyonlar nadiren görülür.

Ürtikeryal transfüzyon reaksiyonu

Hırıltılı solunum, anjiyoödem ve hipotansiyon olmadan ciltte ürtikeryal döküntüler gelişmesi şeklinde ortaya çıkar. Sıklıkla donör serum proteinleri nedeniyle oluşur. Transfüzyonu devam ettirmekte sakınca yoktur. Antihistaminikler verilebilir. Sık görülen yan etkilerden biridir.

Febril non-hemolitik transfüzyon reaksiyonu

Titremenin eşlik ettiği ateş ile beraber başka sistemik belirtinin olmadığı transfüzyon reaksiyonu şeklindedir. Ateşin başlangıcında diğer sistemik belirtilerin gelişip gelişmeyeceği bilinmediği için ateşin görülebildiği diğer reaksiyonlar dışlandıktan sonra bu tanı konulmalıdır. Hastada akut hemolitik transfüzyon reaksiyonu, TRALI ve sepsis olmadığı kanıtlanmalıdır.

Febril reaksiyonun en sık nedeni ürün lökositlerinden salınan maddelerdir. Parasetamol ve antihistaminikler ile semptomatik tedavi verilir. Sık görülen reaksiyonlardandır.

Primer hipotansif reaksiyonlar

Başka hipotansiyon nedeni saptanmadan kan basıncının düşmesi durumudur. Transfüzyonla beraber dakikalar içinde kan basıncı 30mmHg veya daha fazla düşer ve transfüzyon durdurulduğunda bazal seviyesine geri döner.

Akut hemolitik transfüzyon reaksiyonu, TRALI, sepsis, anafilaksi gibi hipotansiyon ile ilişkili diğer reaksiyonlar dışlanmalıdır.

Primer hipotansif reaksiyonlar sıklıkla trombosit transfüzyonlarıyla beraber bildirilmiştir.

Akut transfüzyon reaksiyonundan ne zaman şüphelenelim?

Transfüzyon sırasında veya bittikten sonra 24 saat içinde yeni gelişen belirti ve bulgular görüldüğünde akut transfüzyon reaksiyonu düşünülmelidir. Ciddi reaksiyonların birçoğu transfüzyonun ilk 15dk'sında ortaya çıkar. En sık görülen belirtiler ateş (1°C artış), titreme, kaşıntı ve ürtikerdir. Daha ciddi olan belirtiler ise solunum sıkıntısı, bilinçte bozulma, bel ağrısı, sarılık, kanama, hipertansiyon, hipotansiyon, idrar çıkışında azalma ve renginde koyulaşmadır.

Acil müdahale olarak neler yapalım?

1. En kısa sürede transfüzyon durdurulmalı ve sorumlu hekime haber verilmelidir.
2. Transfüzyonu durdurulan ürün saklanmalı, kan grubu tekrarı ve mikrobiyolojik tetkikler için numuneler alınmalıdır.

3. İzotonik infüzyonu ile damaryolu açıklığı sağlanmalıdır.
4. Kan ürününün doğru kişiye takılıp takılmadığı, ürün üzerindeki etiketler tekrar kontrol edilmelidir.
5. Hastadan tetkik için kan ve idrar numuneleri alınarak, idrar çıkışı takibe alınmalıdır.
6. Hasta ateş, solunum sıkıntısı, göğüs ağrısı, bel ağrısı, kaşıntı, anjiyoödem belirtileri açısından kontrol edilmelidir.
7. Vital bulguları (tansiyon, nabız, parmak ucu O2 saturasyonu) kontrol edilmelidir.
8. Solunum sıkıntısı olan hastaya O2 desteği, anafilaksi durumunda epinefrin uygulanması, dolaşım yüklenmesi ve hipertansiyon durumunda diüretik uygulanması gibi acil müdahaleler gerekebilir.
9. Kan merkezi ile iletişime geçilerek durum hakkında bilgi verilmelidir.

Kaynaklar

1. Andrzejewski C, Casey MA, Popovsky MA. How we view and approach transfusion-associated circulatory overload: pathogenesis, diagnosis, management, mitigation, and prevention. Transfusion. 2013;53:3037-47.
2. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Atlanta (GA). CDC [2017 Jan]. National Healthcare Safety Network Biovigilance Component hemovigilance surveillance module, vol. 2.4.
3. Clifford L, Jia Q, Subramanian A, Yadav H, Schroeder DR, Kor DJ. Risk factors and clinical outcomes associated with perioperative transfusion-associated circulatory overload. Anesthesiology. 2017 126;409-18.
4. Clifford L, Jia Q, Subramanian A, Yadav H, Wilson GA, Murphy SP, et al. Characterizing the epidemiology of postoperative transfusion-related acute lung injury. Anesthesiology. 2015;122:12-20.
5. Food and Drug Administration, CBER [Internet]. Rockville (MD): FDA. Fatalities reported to FDA following blood transfusion and collection annual summary for FY2015.
6. Harvey AR, Basavaraju SV, Chung KW, Kuehnert MJ. Transfusion-related adverse reactions reported to the National Healthcare Safety Network Hemovigilance Module, United States, 2010 to 2012. Transfusion. 2015;55:715.
7. Jacobson CA, Anderson KC, Alyea EP. Transfusion-associated graft-versus-host disease. In: Popovsky MA, editör. Transfusion reactions. Bethesda (MD): AABB Press; 2012. P. 217-37.
8. Kopolovic I, Ostro J, Tsubota H, Lin Y, Cserti-Gazdewich CM, Hesnner HA, et al. A systematic review of transfusion-associated graft-versus-host disease. Blood. 2015;126:406-14.
9. McFarland JG. Posttransfusion purpura. In: Popovsky MA, editör. Transfusion reactions. Bethesda (MD): AABB Press; 2012. p. 263-87.
10. Refaai MA, Blumberg N. Transfusion immunomodulation from a clinical perspective: an update. Expert Rev Hematol. 2013;6:653-63.
11. Uchida S, Tadokoro K, Takahashi M, Yahagi H, Satake M, Juji T. Analysis of 66 patients definitive with transfusion-associated graft-versus-host disease and the effect of universal irradiation of blood. Transfus Med. 2013;23:416-22.
12. Vlaar AP, Juffermans NP. Transfusion-related acute lung injury-a clinical review. Lancet. 2013;382:990.

COVID-19 VE DİYALİZ HASTALARI

Özgür Akın OTO

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

An itibarıyla tüm dünyada konfirme COVID-19 vaka sayısı 80 milyonu aşmış durumdadır. Genel olarak mortalite oranları %2-3 civarında seyretmekte, ancak diabetes mellitus, hipertansiyon, böbrek yetmezliği, iskemik kalp hastalığı, obezite gibi morbiditelere sahip bazı hasta gruplarında mortalite belirgin olarak daha yüksek seyretmektedir.

Bu hasta grupları içinde diyaliz hastaları özel bir alt grup teşkil etmektedir. Ülkemizde 70000'i aşkın diyaliz hastası mevcuttur. Bu hastalar hem böbrek yetmezliğinin kendisi hem de böbrek yetmezliğine neden olan diyabet, hipertansiyon gibi komorbiditeler nedeniyle ek bazı risklere sahiptirler. Tüm bunların yanı sıra diyaliz hastaları tedavi süreçlerinin doğası nedeniyle diğer hastalardan bazı noktalarda dezavantajlı bir şekilde ayrılmaktadırlar. Bu durum kısaca şöyle özetlenebilir.

Haftada 3 gün sokağa çıkmaları, kalabalık bir servise evden diyalize, diyalizden eve kilometrelerce yolculuk yapmaları, kalabalık bir mekânda en az 5 saat geçirmeliler.

Bu özel durumlardan dolayı “Evde kal”, “Sosyal mesafe, izolasyon” gibi uyarıların bu hastaların dünyasında büyük bir karşılığı bulunmamaktadır. Öte yandan bu hastalardaki kronik immünsüpresyon da tanınan bazı sorunlara neden olmaktadır.

An itibarıyla etkili bir tedavisi bulunmayan bu hastalık tablosunda son zamanlarda aşılama ile ilgili umut verici gelişmeler olmaktadır. Bu sunumda COVID-19 pandemisinin diyaliz hastalarındaki seyrine dair ülke ve dünya verileri ile birlikte, tedavi seçenekleri ve aşılama ile ilgili güncel bilgiler de özetlenmiştir.

COVID-19 PANDEMİSİNDE ACİL SERVİSLERİN ROLÜ VE ORGANİZASYONU

Hem. Ayşegül BİLİCİ SEÇMELER

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Acil Dahiliye Birimi

Vaka sayısının ve ölüm oranlarının yüksek seyretmekte olduğu yeni korona virüs COVID-19 pandemisi sırasında acil servisler, hastane ve toplum temelli bakımın ön hattında yer almaktadırlar. Hem COVID-19 şüpheli vakaların tespiti ve yönetimi hem de diğer tıbbi acillerin tanı ve tedavi sürecinin devam ettirilmesinde kritik bir öneme sahiptirler. Pandemi süreçlerinde artması ön görülen hasta yoğunluğuna nasıl yanıt verileceği, bulaşın nasıl sınırlandırılacağı sorularına hazırlık yapılırken rutin işleyiş büyük oranda değişime uğrayacaktır. Bu süreçte en önemli konu yüksek kalitede ve etkin bakımın sağlanmasıdır. Bu nedenle acil servislerin değişen gereksinimlerini karşılamak için yeniden organize edilmesi ve yapılandırılması zorunluluk haline gelmiştir.

1. Acil servis organizasyonu

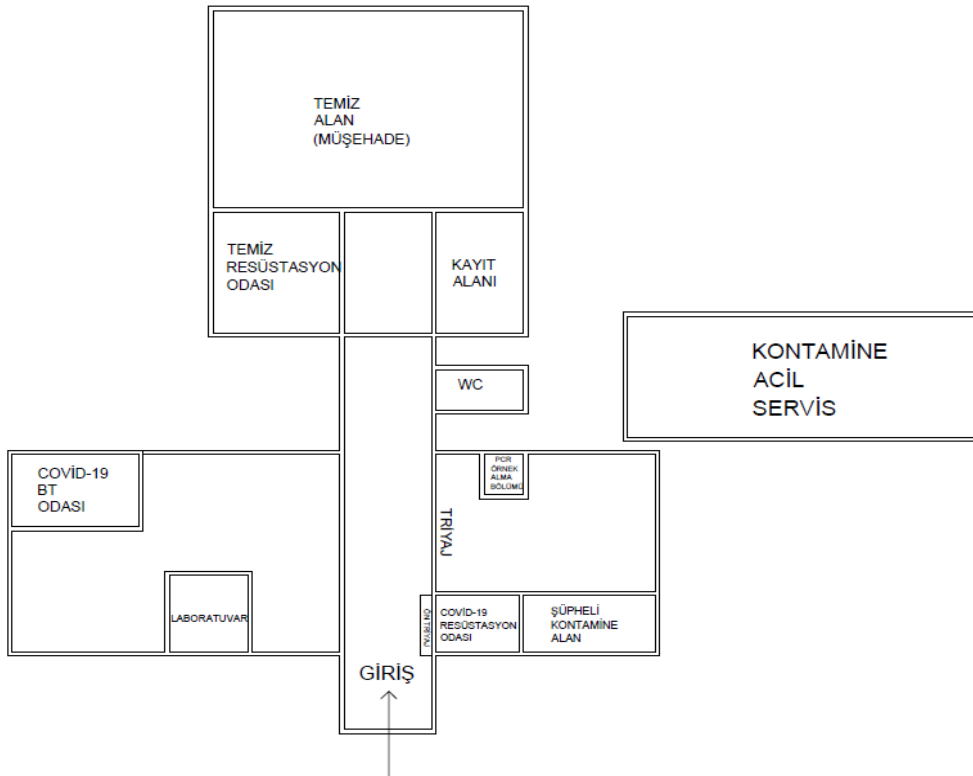
➤ Fiziki Ortam

- Temiz Alan

- Kontamine Alan
- Şüpheli Kontamine Alan
- Resüsitasyon Odası(COVID-19)
- Çalışanlar İçin Oluşturulan Alanlar

şeklinde düzenlenmesi planlanmıştır.

- 1- **Temiz Alan:** Temiz Alana alınan hastalar tanı ve tedavi işlemlerinden sonra taburculukları veya hastanenin yataklı servislerine transferleri planlandı.
- 2- **Şüpheli Kontamine Alan:** Şüpheli hastalar kesin tanı konulana kadar triyaj alanının içinde oluşturulmuş ayrı bir bölümde sosyal mesafe kuralları gözetilerek izlendi. Sonrasında evde izlem ya da servise yatışları yapıldı.
- 3- **Kontamine Alan:** Covid-19 kesin tanısı kesin tanısı konulmuş olup hastaların takip, tedavi ve bakımı için acil servis bölümünde tek kişilik odalar oluşturuldu.



Şekil 1. Ön triyaj alanı; Temiz, Kontamine ve Şüpheli Kontamine Acil Servis Krokisi

Covid-19 şüpheli hastalar için triyaj alanı oluşturulurken nelere dikkat edildi ?

- Acil servise ayakta ve ambulans ile başvurular için tek giriş kapısının olması hasta giriş çıkışlarının kontrollü olmasını sağladı.
- Hastalar triyaj alanına sırayla alındı.
- Hasta yakınları hastalarla birlikte içeri alınmadı.
- Sosyal mesafenin korunmasına azami şekilde dikkat edildi.
- İçeri giren tüm hastalara ateş ölçümü yapıldı ve maskelerinin doğru bir şekilde takılmış olmasına dikkat edildi.
- PCR Testi alınması için özel bir alan ayrıldı.
- Ulaşılabilir yerlere alkol bazlı el antiseptikleri konuldu.
- Uyulması gereken kurallara ait Sağlık Bakanlığı Rehberi ve Enfeksiyon Kontrol Komitesinin belirlediği kriterlere göre hazırlanmış talimatlar asıldı.
- 1 saat aralıklarla temizlik ve dezenfeksiyon işlemleri yapıldı.
 - Atıkların doğru şekilde ayrıştırmasının yapılması sağlandı.
 - Klima ve vantilatörlerin çalıştırılmadı.
 - Mesafe kurallarına uygun geçiş işaretlemeleri yapılarak mesafenin korunması sağlandı.

Trijaj alanı içinde covid-19 resüsitasyon alanı oluşturulması

Covid -19 şüpheli hastalar için resüsitasyon alanı oluşturulması sırasında dikkat edilmesi gereken noktalar aşağıda sıralanmıştır.

- Çalışan güvenliği!
 - Düşük aerolizasyon riski ile oksijenizasyon ve ventilasyon sağlamak !!
 - Uygun ekipman ve malzeme seçimi
 - ❖ Ayaktan ya da ambulans ile getirilen kardi-yopulmoner arrest hastalar aksi kanıtlanana kadar COVID-19 açısından yüksek riskli olarak kabul edilmelidir!!
 - Resüsitasyon odasının geniş ve havalandırılabilir bir oda olmasına dikkat edildi.
 - Tüm tıbbi cihaz ve malzemelerin temini yapıp eksiksiz bir şekilde hazır bulunduruldu.
 - Kişisel Koruyucu Ekipmanlar çalışanların rahat görebileceği ve kullanıma hazır bir şekilde odanın girişinde hazır bulunduruldu.
 - Ventilator cihazı sayısı artırılıp kullanıma hazır şekilde bırakıldı !
- COVID-19 Şüpheli Hastaların Endotrakeal Entübasyonunda Dikkat Edilecek Noktalar
- Resüsitasyon odasına girecek personeller önceden belirlendi ve minimum sayıda sağlık çalışanının resüsitasyon işlemi sırasında odada bulunması sağlandı. (3 kişi!)
 - Entübasyon sırasında KKE ile birlikte N95/FFP2 maske ve yüz siperliği kullanılması sağlandı. (damlacık+solunum+ temas)

- Entübasyon sırasında mümkün olduğunca hastanın yüzü şeffaf örtüyle örtüldü.
- Video larengoskop kullanılmasına dikkat edildi.
- Entübasyon başarıyla gerçekleştirildikten sonra inspiryum ve ekspiryum hattına virüs filtresi ve nemlendirme için ısı-nem filtresi (HME) takılmasına dikkat edildi.
- Mekanik ventilatörün önceden hazırlanmış olmasına dikkat edildi.
- Balon maske uygulamasından mümkün olduğunca kaçınıldı.
- Balon maske ile ventilasyon yapmadan hastayı entübe ettikten sonra hızla mekanik ventilatöre bağlanması sağlandı.
- Gerekli olmadıkça aspirasyon işleminden kaçınıldı.
- Hasta resüsitasyon odasından ayrıldıktan sonra oda havalandırılıp, tüm cihaz ve malzemelerin yer ve yüzey, temizlik ve dezenfeksiyon işlemleri yapıldı.
- Hasta çıkartıları ile kirlenmiş alanlar 1/10 sulandırılmış çamaşır suyu kullanıldı.
- Postmortem tanı ve bulaş riskinin belirlenmesi açısından resüsitasyon işlemlerinin tamamlanmasının ardından COVID-19 açısından numune alındı.
- Exitus olan hastanın morga transferi sırasında özel hazırlanan taşıma torbaları kullanıldı.
- Morg görevlisine hastanın bulaş riskinin olması önceden haber verildi.

2- Acil servis çalışanlarının organizasyonu

cCOVID-19 pandemisi ile mücadele sırasında ön safhalarda yer alan acil serviste görevli sağlık çalışanları bulaş açısından yüksek risk altındadır.

COVID -19 tanılı hastalara bakım veren tüm sağlık profesyonellerinin,

- Ağır iş yükü,
- Sürekli kişisel koruyucu ekipman kullanma zorunluluğu nedeniyle bunalmışlık ve bitkinlik hissi,
- Yorgunluk ve çaresizlik,
- Kişisel koruyucu ekipman yetersizliği (ilk zamanlar!)
- Çalışma arkadaşlarının COVID-19 tanısı almış olması,
- Enfekte olma ve ailesine bulaştırma korkusu,
 - Bakmakla yükümlü oldukları çocuklarının ve diğer akrabalarının bakma gereksinimlerini karşılayamayacağı nedeniyle endişe,
 - Hastalara yarar sağlayamama konusunda kendini güçsüz hissetme gibi olumsuz duyguları baskın yaşamaktaydı.

Bu Bağlamda;

Salgınlarda çalışanların aktif olarak desteklenmesi büyük önem arz etmektedir. Bu destek olmadan çalışanların önemli ölçüde stres, kaygı ve fiziksel yan etki yaşamalarının muhtemel olduğu bunların da tükenmişliğe ve iş gücü kaybına yol açabileceği unutulmamalıdır.

Acil Servis Çalışanları İçin Neler Yaptık?

- Salgının ilk gününden itibaren Enfeksiyon Kontrol Komitesinin düzenlediği eğitimler tüm çalışanlara

dijital ortamdan yapıldı.

- Uyulması gereken kurallarla ilgili hastane yönetiminin gönderdiği genelgeler iletili ve yazılı bilgilendirmeler yapıldı.
- Çalışanlar için temiz alan içinde sosyal mesafe kuralları gözetilerek dinlenme ve yemek yemek için ayrı bir oda oluşturuldu.
- Kişisel koruyucu ekipmanları her an ulaşılabilir şekilde çalışma alanlarına bırakıldı.
- Günlük yıkanmış temiz forma temini yapıldı.
- Nöbet listeleri oluşturulurken mutlaka yedek bir liste oluşturuldu.
- Tüm sağlık çalışanları semptom ve bulgular açısından sürekli takibi yapıldı.
- Ateş yüksekliği olan ya da yeni gelişen semptomları olan personel COVID-19 bulaşı açısından değerlendirildi ve sonuçlanana kadar izole edildi.
- Çalışma listeleri fazla maruziyeti engelleyecek şekilde oluşturuldu.
- Bulaş riski açısından evine gidemeyen çalışanlar için hastane yönetimi tarafından yurtlar ayarlandı .

Son Olarak;

Klinik ortamlarda COVID-19 ile mücadelede hemşireler, gerek acil servislerde COVID-19 şüphesiyle izlenen bireylerde triyajda, gerek pandemi kliniklerinde/hastanelerinde COVID-19 tanılı hastaların bütüncül bakımında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) tarafından 'Uluslararası Hemşire ve Ebe Yılı' olarak belirlenen 2020 yılı, COVID-19 pandemisi sırasında hemşirelerin gösterdikleri özveriyle sağlık bakım hizmeti sunumu ile daha fazla anlam kazanmıştır.

COVID - 19 ENFEKSİYONLU HASTANIN SUNUMU

Hem. Gamze BEKTAŞ

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

44 yaşında erkek hasta;

Şikayet-Hikaye: Dört gündür ateş, öksürük ve yaygın vücut ağrısı şikayeti ile başvuran hastanın kronik hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü yok.

30 paket/yıl sigara ve seyahat öyküsü mevcut. (10 gün önce İran)

Vital Bulgular: Genel durumu orta, Ateş: 38,2°C, SpO₂:%94, TA:140/70 mm/Hg, Nb:105 dk/rt, DSS:20

Laboratuvar bulguları

Lökosit: 8470 / μ l

Hemoglobin: 15,0 g/dl

Trombosit: 203000 / μ l

Nötrofil: 5900 / μ l

Lenfosit: 1500 / μ l

Monosit: 800 / μ l

Kre: 1,1 mg/dl

Na: 143 mmol/L

K: 4,5 mmol/L

Alb: 4,5 g/dl

AST: 79 U/L

ALT: 138 U/L

GGT: 50 U/L

ALP: 96 U/L

LDH: 342 U/L

CRP: 48 mg/L

Prokalsitonin: 0,20 ng/ml

Ferritin: 297 ng/ml

Troponin T: 5 pg/ml

Pro-BNP: 10 pg/ml

D-dimer: 730 μ g/L

Fibrinojen: 374 mg/dl

PCR testi: Pozitif

Tedavi ve klinik seyir

Toraks BT bulguları ve kliniği orta şiddette COVID-19 pnömonisi ile uyumlu saptandı.

- Hidroksiklorokin tb 2*400 mg PO yükleme dozu ardından 2*200 mg idame,
- Azitromisin tb 1*500 mg PO yükle me ardından 1*250 mg idame,
- D-Dimer <1000 mg/dl saptanması üzerine Enoksa-parin 1*4000 IU SC başlandı,
- Dipiridamol 2*75 mg PO tedaviye eklendi.
- EKG ve QT interval takibi yapıldı.
- Aynı gün oda havasında SpO₂ değeri %93'ün altına düşmesi üzerine 4 lt/ dk'dan nazal oksijen tedavisi başlandı. Ve acil dahiliye servise yatırıldı.
- Tedavinin ilk 5 günü boyunca her gün 38°C üzerinde, zaman zaman 40°C üzerinde ateşleri olan ve CRP progresyonu saptanan hastanın tedavisine 7.günde kan kültüründe Gram pozitif bakteri üreme sinyali olması üzerine Vankomisin 2*1 gr iv eklendi. 8. günde ateşleri devam eden, 6 lt/ dk oksijen altında SpO₂ değeri %96 olan,
- Laboratuvar tetkiklerinde AST:48 U/L, LDH:537 U/L, Ferritin:821 ng/mL, CRP:93 mg/L olarak saptanan hastanın tedavisine Favipravir 2*1600 mg yükleme sonrası 2*600 mg po eklendi ve 1*400 mg iv Tosili zumab infüzyonu uygulandı. Ertesi gün en yüksek ateş 37,1°C ölçülen, ferritin:673 ng/ml, D-dimer:890ug/L, ve CRP:52 mg / L saptanan hastaya ikinci doz tosilizumab verilmedi tedavisine Hidroksiklorokin ve Favipravir ile devam edildi.
- 10. günden itibaren hastanın ateşi kırıldı. Favipravir tedavisi 5 güne tamamlanarak kesildi, Vankomisin tedavisi 8.günde kesildi. Tedavinin 14. günü yapılan kontrol Toraks BT kontrolünde regresyon izlendi.
- Oksijen ihtiyacı azalan hastanın laboratuvar tetkiklerinde Lenfosit:2460 / μ l, D-dimer:780 μ g/L, LDH:216 U/L, Ferritin:505 ng/mL, CRP:2 mg/L olarak görüldü.
- Tedavinin 18. gününde 3 gündür ok sijen ihtiyacı olmayan, ateşi olmayan, genel durumu iyi olan hasta Enoksa parin 1*4000 IU sc ve Dipiradamol 2*75 mg tb tedavisi ile 14 günlük ev izolasyonu sonrası kontrole gelmek üzere taburcu edildi

Hemşirelik bakımı açısından; Viral akciğer enfeksiyonuna bağlı hipertermi, Havayolu direncinin artmasına bağlı gaz değişiminde bozulma, Enfeksiyon bulaştırma riski, Viral enfeksiyona bağlı akut ağrı, Bilgi eksikliği,Düşme riski,Kanama riski tanıları konulup,-hemşirelik girişimleri planlanarak uygulandı.

PANDEMİDE HEMŞİRELİK TRIYAJ KURULUMU

Raife ŞENEL

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

- Yeni keşfedilen bir Koronavirüsün neden olduğu COVID 19 hastalığına SAR-CoV-2 virüsü neden olmaktadır. İlk olarak Aralık 2019 da Çin'in Vuhan kentinde görülmüştür. Salgın başta hayvan pazarında çalışanlarda tespit edilmiş daha sonra insandan insana bulaşarak Vuhan başta olmak üzere Çin Halk Cumhuriyetinin diğer eyaletlerine ve diğer dünya ülkelerine yayılmıştır.
- 11 Mart 2020'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından **Küresel Pandemi** ilan edilmiştir.

T.C.Sağlık Bakanlığı Rehberi

https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/COVID-19_Rehberi.pdf?type=file

- Hemşireler tarih boyunca savaşlarda , afetlerde ve salgınlarda olduğu gibi COVID 19 pandemisi ile mücadelede de, sağlık hizmeti sunumunda en ön safhalarda yer almışlardır.
- Bunun en iyi örneği, Florance Nightingale'in 1854 yılında dizanteri ve kolera salgını, kötü hasta bakımı gibi nedenler ile binlerce askerin hayatını kaybettiği Kırım savaşı'nda hemşirelik uygulamaları ile mortalite hızını %42'den %2,2'ye düşürmesidir.

Covid 19 Pandemi Süreci: Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2020;17(3):279-83
doi:10.5222/KUHEAD.2020.34603

- COVID 19 ile mücadelede hemşireler ; acil servisler / triyaj/ pandemi klinikleri /pandemi hastaneleri / yoğun bakımlar da COVID 19 şüpheli/tanılı hastaların bütüncül bakımında öz verili, etkin, verimli bir sağlık bakım hizmeti sunmuşlardır.
- COVID 19 hastalığının kontrol altına alınmasında el hijyeni, sosyal mesafe ve yüzey dezenfeksiyonun önemli olduğu hemşirelerin 'enfeksiyonları önleme ve kontrol etme rolü' kritik önem taşımaktadır.
- Tüm Türkiye de olduğu gibi hastanemizde de T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan '**Corona Virüs Acil Durum Eylem Planı**' uygulamaya geçilmiştir.
- Bu kapsamda DSÖ, T.C. Sağlık Bakanlığı Rehberi, Kalite Standartları ve hastanemizin **Enfeksiyon Kontrol Komitemizin** kararları ve verdiği eğitimler sonucunda İ.Ü İ.T.F. Dekanlığı ve **Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü** koordinatörlüğünde Acil Triage /Pandemi müşahede birimi (Coronavirüs İleri Tetkik Merkezi) kurulmuştur.

Triage /Pandemi Müşahede Birimi (Coronavirüs İleri Tetkik Merkezi

Bulaş riskini en aza indirmek ve işleyişi hızlandırmak amacı ile;

- BT, YBÜ, Pandemi servis girişi
- Ayrıca normal poliklinik girişlerinin de ayrı bir girişinin olabileceği en uygun alana kuruldu

Fiziki Ortam Hazırlığı

- Güvenlik şeridi oluşturuldu
- Hasta kayıt /sekreterlik ilk girişe kuruldu
- Sadece hasta kişiler kabul edildi/immobil hastalar yakınları ile beraber koruma önlemleri uygulanarak alındı
- Hastalara cerrahi maske taktırdı
- Hekim ilk muayene alanı yapıldı
- Olası/kesin tanılı hastalar için bekleme alanları oturarak /yataklı ayrıldı
- Hemşire kan alma bölümü düzenlendi
- Hasta kayıt defteri oluşturuldu
- Malzeme depoları oluşturuldu
- Günlük sayımlar / her vardiyada yapıldı
- Teslim defterleri hazırlandı
- Tuvaletlerde sıvı sabun , tuvalet kağıdı ve havlu kağıt bulunduruldu
- Kirli / temiz çamaşır toplama alanları belirlendi
- Dinlenme alanları ayrıldı
- Hasta mahremiyeti açısından paravanlar temin edildi
- Triage giriş alanı önüne termal kamera yerleştirildi
- COVID 19 olası/kesin tanılı hastalar için asansörler ayrıldı
 - İlaç güvenliği sağlanacak şekilde tedavi alanları düzenlendi
 - Tüm çalışanların ihtiyacını karşılayabilmek için çay-kahve makineleri temin edildi
 - Her vardiya başlangıcında çalışanlara KKE ile beraber kahvaltılık ya da ara öğün niteliğinde kapalı paket gıdalar dağıtıldı

Tıbbi atık kutuları uygun yerlere konuldu

- Triage ilk giriş ve diğer uygun alanlara; El ve cilt dezenfektanlar ı yerleştirildi
- Triage ortak alanına; Isıtıcılar ve ortam temizleyici cihazlar konuldu
- Uygun alanlara bilgilendirme broşürleri asıldı

Triyaj alanı girişi; Hava akımlı sürüntü (PCR örneği) alma kabinleri kuruldu

Kişisel Koruyucu Ekipmanlar (KKE)

- a- Maske (N95-FFP 2
- b- Gözlük
- c- Eldiven
- d- Önlük /Tulum
- e- Yüz koruyucu (siperlik)
- f- Cerrahi maske

Tek kullanımlık olmayan malzemeler;

- Gözlük
- yüz koruyucu (siperlik)ler

%70 Alkol ile dezenfekte edilerek, kumaş /çok kullanımlık tekstil önlükleri de yıkanıp tekrar kullanılabilir

KKE Giyinme Aşamaları

- Önlük
- Maske
- Gözlük
- Yüz koruyucu (siperlik)
- Eldiven

KKE Çıkartılma Aşamaları

- Eldiven
- Gözlük
- Yüz koruyucu (siperlik)
- Önlük
- Maske

Triyaja başvuran hasta şikayetleri

En sık görülen şikayetler;

- Ateş, öksürük
- Boğaz ağrısı baş ağrısı, ishal, tat ve koku kaybı
- Ciltte kızarıklık, el ve ayak parmaklarında renk değişikliği

Şiddetli olgularda ise;

- Nefes almada zorluk veya nefes darlığı
- Göğüs ağrısı
- Konuşma veya hareket kaybı
- Böbrek yetmezliği

Ateş ve öksürük varsa;

Tüm triyaj personeli

- N95/FFP2 maske
- Önlük
- gözlük/yüz koruyucu kullanmalıdır
- hastaya da cerrahi maske takılır
- hasta COVID için ayrılmış alana alınır.

Diğer hallerde ise;

- tıbbi maske ve gözlük/yüz koruyucu yeterlidir.

Triyaja kabul edilen hastanın;

- Anemnezi alınır

- Vital bulgularına bakılır.(kalp hızı, ritmi, solunum sayısı, kan basıncı, vücut sıcaklığı, oksijen saturasyonu)
- Genel durumu stabil olmayan hastanın; solunum ve dolaşım desteği sağlanarak ilgili servise yatırılır.
- Durumu stabil olan hastanın ise muayenesi yapılır.
- Tetkikleri istenir.
- Triyajda hastadan istenen tetkikler;
- Kan tetkikleri (tam kan sayımı, üre, kreatinin,sodyum, potasyum, klor, AST, ALT, total billirubin, LDH, CPK, D-Dimer, ferritin, troponin, C-reaktif protein, venöz kan gazı)
- Görüntüleme (Akciğer grafisi, Akciğer BT'si)
- PCR örneği alma (boğaz ve burun sürüntüsü)

Olası/kesin tanılı hastalar

- Sonuçları çıkana kadar genel durumuna göre oturarak ya da yatarak uygun alanda bekletilir.
- Tetkik sonuçlarına göre evde ilaç tedavisi düzenlenir ise hastane eczanesinden personel tarafından ilaçlar alınarak hastaya verilir
- Yatış kararı verilmiş ise; hasta KKE lı personel eşliğinde, hastaya da cerrahi maske takılmış olarak, hemşire tarafından doldurulan kalıcı transfer formu ile pandemi servisine transfer edilir

Pandemi de Hemşirenin Rolü

- Tüm çalışanlar için uygun bir ortam hazırlama
- Hasta ve çalışanlara eğitim verme
- Hasta kimlik bilgilerini tanımlama /doğrulama
- Hasta bakımı / hasta takibi
- Güvenli hasta transferi
- Hasta dosyası / kayıtları düzenli tutma
- Hastadan alınan onamı kontrol etme
- Hastaya uygulanacak tüm tedavi, tedavi orderi, ilaç temini, saklanması, uygulanmasını
- Kolay anlaşılır, etkili iletişim sağlama
- Tüm ekip ile işbirliği içinde çalışma

Bu süreç hepimize; filimlerdeki süper kahramanlar ı ve gerçek hayattaki süper kahramanları tekrar hatırlattı Sağlık çalışanları!!!

Pandemide hemşirelerin yaşadığı zorluklar

- Kendileri ve sevdiklerine virüs bulaştırma riski
- Hastalığın belirsizliğe bağlı kaygı ve korku
- Mevcut servislerinden çekilerek pandemi alanlarına çekilmeleri
- Yoğun ve uzun çalışma saatleri
- Yeterli ve dengeli beslenememe endişesi
- Nöbet listelerinin sık değişimi
- Aileleri, çocukları ve sevdiklerinden uzak kalma
- KKE kullanımına bağlı sürekli giyip /çıkartma vücut şekillerindeki değişiklikler
- Mesleki tükenmişlik
- Ulaşım, konaklama sorunları

Biz Neler Yaptık!

- Triyajda bulunan ve hastaya kullanılan tüm cihaz ve malzemelerin temizliği ile ilgili hemşire-hastabakıcılara ön eğitim verildi
- Aralıklı tüm çalışanlar kurallara uyum yönünden kontrol edildi
- Hastalara kullanılan tüm cihaz ve malzemelerin temizliği hasta gönderildikten hemen sonra yaptırıldı
- KKE ve dezenfektanlara en hızlı şekilde ulaşım sağlanması için her shiftte görevli hemşire belirlenerek depo anahtarları teslim edildi
- Eğitici ve destekleyici eğitimler online, video ve broşür ve afişler ile verildi
- Tüm yeni gelişmeler ve bilgiler kurulan WhatsApp ağlarından anında paylaşıldı, istekleri halinde yazılı temin edildi
- Hastane Psikiyatri birimleri tarafından destek hatları kuruldu
- Yönetici hemşireler ile görüşülerek pandemi yoğunluğuna göre çalışma listeleri düzenlendi
- Tüm çalışanlar a aralıklı ve şikayetleri doğrultusunda test yapıldı
- Pandemi nedeni ile kapatılan ya da hasta sayısı azaltılan servislerden öncelikle mesleki deneyimi olan hemşireler ile çalışma listeleri hazırlandı
- Tulum, siperlik veya önlüklerin üzerlerine kişileri tanımak için görev tanımı ve isimleri yazıldı
- 12 saatlik çalışma saatleri, 24 saat mola verildi
- Yeme-içme, dinlenme alanları ayarlandı
- Evlerine gidemeyen sağlık çalışanları için konaklama yerleri ayarlandı.

SÖZLÜ BİLDİRİLER

TRAVMA SONRASI İNTRAKRANİYAL KANAMA GELİŞEN FAKTÖR V EKSİKLİĞİ

Mehmet Sami İslamoğlu

Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş: Faktör V (proakselerin) protrombinden trombin oluşumunda kofaktör olarak görev alan pıhtı oluşumunda önemli bir düzenleyicidir(1).Faktör V eksikliği otozomal resesif geçişli yaklaşık milyonda 1 oranında görülen nadir bir kanama bozukluğudur(2). Epistaksis,menoraji ve ağız boşluğuna olan mukozal kanamalar sıklıkla görülmektedir(3).Hastaların dörtte birinde hematoma ve hemartroz olmakta çok nadir olarak hayatı tehdit eden santral sinir sistemi kanamaları ve gastrointestinal kanamalar görülmektedir(4).Bu vaka takdiminde Faktör V eksikliği olan ve çok nadir görülen Faktör V eksikliğine bağlı intrakraniyal kanama ile başvuran vaka sunulmuştur.

Olgu: 16 yaşında erkek hasta araç dışı trafik kazası sonrasında şuur bulanıklığı ve genel durum bozukluğu ile acil servise başvurdu.Çekilen acil beyin tomografisinde Sağda frontal kemikte ve parietal kemikte nondeplase ince fraktür hatları izlendi.Sağda parietal lob düzeyinde kortikal - subkortikal bölgede kontüzyon - hematoma ile uyumlu hiperdens alanlar dikkati çekti.Solda temporal lob mediali anteromedialinde, frontobazal bölgede, sağda frontobazal bölgede derin ak madde düzeyinde, solda globus pallidusta benzer natürde hemoraji ile uyumlu spontal hiperdens alanlar dikkati çekti. Yaygın intraserebral kanaması olan ve Glasgow Koma Skoru (GKS:4) saptanan hasta entübe edilerek yoğun bakım ünitesine nakledildi.Anamnezinden 10 yıl önce tanı olarak Faktör V eksikliği olduğu öğrenilen hasta beyin cerrahisi tarafından frontal intraserebral ve temporal subdural hematoma boşaltıldı Hastaya ilk gün 15-20 ml/kg, diğer günlerde 5ml/kg olacak şekilde taze donmuş plazma infüzyonu başlandı.Günlük protrombin zamanı(PT) ve aktive parsiyel tromboplastin zamanı(APTT) yapılarak takibe devam edildi.Hastanın takiplerinde İnır değerlerinin stabil yüksek olması üzerine taze donmuş plazma infüzyonu artırıldı.Hastanın periyodik çekilen beyin tomografilerinde intraserebral kanamasında artma saptanmaması ve İnır değerinde yükselme olmaması üzerine faktör replasmanı yapılmadı.Vital bulguları stabilleşen ve PT:16.3 INR:1.6 APTT:34 saptanan hasta ekstübe edilerek servis takibine alındı.

Tartışma: Faktör V eksikliği nadir görülmekte ve daha çok mukozal kanamalar olmaktadır.Bizim vakamızda olduğu gibi intrakraniyal kanamalar nadir görülmektedir.Kanama olduğunda faktör V düzeyi %20-25 düzeyinde olacak şekilde 15-20ml/kg taze donmuş plazma infüzyonu verilmektedir.Gerektiğinde trombosit süspansiyonu ve aktif faktör VII verilebilmektedir.

Sonuç: Nadir görülen faktör V eksikliği selim gidişli olup çoğunlukla profilaksi gerektirmemektedir.Kanama olduğunda taze donmuş plazma verilmesi, protrombin time ve aktive parsiyel tromboplastin zamanı ile takip edilerek doz ayarlaması gerekmektedir. Kanama ile gelen vakalarda mutlaka koagülasyon bozuklukları ve olası faktör eksiklikleri olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: İntrakraniyal kanama,faktör V eksikliği,Taze Donmuş Plazma



Resim 1. Bilgisayarlı tomografi intrakraniyal kanama görüntüsü

Tablo 1. Koagülasyon Parametreleri ve Faktör Düzeyleri

Laboratuvar	Geliş	Taburculuk	Referans Aralıkları
Faktör V	<5.3		70-120
Faktör VIII	62.4		70-150
PT	85.2	16.3	8.5-12
INR	9	1.6	0.8-1.2
APTT	146	34	24-36

NON-ST ELEVASYONLU MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARDA GRACE SKOR İLE SYNTAX 2 SKOR ARASINDAKİ İLİŞKİ

Onur Baydar

Koç Üniversitesi Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü

Amaç: Non-ST elevasyonlu miyokard infarktüsü (NonSTEMİ) gelişmiş tanı ve tedavi seçeneklerine rağmen günümüz tıbbında halen önemli ölçüde mortalite ve morbidite sebeplerinden biridir. NonSTEMİ ile prezente olan hastalarda Global Registry for Acute Coronary Events (GRACE) skoru güncel klavuzlarda risk değerlendirilmesi ve tedavi stratejilerinin belirlenmesinde kullanılması önerilmektedir. The Synergy between PCI with Taxus and Cardiac Surgery (SYNTAX) 2 skoru ise angiografik bilgilere hastaların klinik bilgilerinin eklenerek, hastanın koroner bypass operasyonu ya da perkutan girişimden mi yarar göreceğinin kararının verilmesinde kullanılmaktadır. Çalışmamızın ana amacı NonSTEMİ hastalarında GRACE skoru ile SYNTAX 2 skorunun arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmamızda retrospektif olarak hastanemize başvuran ve NonSTEMİ tanısı konarak koroner anjio yapılan 359 hasta tarandı. Hastaların GRACE ve SYNTAX 2 skorları hesaplanarak aralarındaki korelasyona bakıldı.

Bulgular: Hastaların 189 (%52.1) adeti erkek ve ortalama yaşları 57.1 ± 10.9 idi. Genel klinik bilgiler Tablo 1’de verilmiştir. Has-

talarda ortalama Troponin T (normal değeri < 0.014 ng/mL)değeri: 2.2 ± 0.9 ng/mL, GRACE SKOR: 124.7 ± 11.6 ve SYNTAX 2 SKOR: 20.5 ± 11.1 saptandı. Koroner anjiyografi sonucunda 46 (%12.7) hastaya medikal takip, 271 (%74.7) hastaya koroner stent ve 40 (%11) hastaya koroner bypass kararı alındı. Ayrıca 17 (%4.7) adet hastada hastane içi mortalite saptandı. GRACE skor ile SYNTAX 2 skor ile iyi derecede pozitif korelasyon ($r:0.502$, $p<0.001$) saptandı.

Sonuç: NonSTEMİ hastalarında risk belirlemede kullanılan GRACE skor ile SYNTAX 2 skoru arasında iyi derece pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu da GRACE skorun bu hastalarda koroner anatomisinin ciddiyetini ve yaygınlığını saptamada faydalılığı olabileceğini gösterebilir.

Anahtar kelimeler: GRACE skor, Non-ST elevasyonlu miyokard infarktüsü, SYNTAX 2 skor

Tablo 1. Hastaların genel klinik özellikleri	
Yaş (yıl)	57.1 ± 10.9
Erkek (n%)	189 (% 52.1)
Kilo (kg)	75.8 ± 5.7
HT (n%)	218 (%60.1)
HL (n%)	129 (%35.5)
DM (n%)	128 (%35.3)
Geçirilmiş SVO (n%)	25 (%6.9)
Sigara (n%)	101 (%27.8)
Geçirilmiş Miyokard infarktüsü(n%)	112 (%30.9)
Geçirilmiş CABG(n%)	91 (%25.1)
Kreatinin (mg/dl)	1.02 ± 0.9
EF(n%)	53.8 ± 7.7
eGFR (ml /min 1,73 ²)	89.1 ± 16.3

Kardiyoloji

SS-03

Abstract:0015

DİYABETİK HİPERTANSİF HASTALARDA KRONİK BÖBREK HASTALIĞI VE KORONER ARTER HASTALIĞI PREVALANSININ ARAŞTIRILMASI VE KARŞILAŞTIRILMASI

Gülşay Aydın

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Darıca Farabi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, Kocaeli

Amaç: Diyabetik hipertansif hastalarda Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) ve Koroner Arter Hastalığı (KAH) prevalansının araştırılması ve karşılaştırılmasıydı.

Gereç ve Yöntem: Son üç ay içinde hastanemiz Kardiyoloji Polikliniği'ne başvuran diyabetik hipertansif ardışık 100 hasta çalışmaya alındı. Bütün hastaların demografik özellikleri, eşlik eden komorbiditeleri, Glomerular Filtrasyon Hızları (GFR), Elektrokardiyogramları, daha önce yapılmış olan koroner anjiyografilerinin raporları ve kullanmakta oldukları ilaçlar kayıt edildi. GFR değeri

<60 olan hastalar KBH olarak değerlendirildi. Hastalar KBH olan ve olmayanlar olarak iki gruba ayrıldı.

Bulgular: 100 hasta incelendiğinde 48 (%48) hastada KAH, 31 (%31) hastada KBH, 20 (%20) hastada atriyal fibrilasyon, 6 (%6) hastada geçirilmiş serebrovasküler hastalık öyküsü, 40 (%40) hastada hiperlipidemi tespit edildi. Çalışmaya alınan hastaların 50 tanesi kadın idi. KBH olan hastaların 20 (%64) si kadın idi. KBH olan hastaların 17 (%54.83) tanesinde KAH tespit edildi. Tüm hastaların yaş ortalaması 63.15 ± 11.54 idi. KBH olan gruptaki hastaların yaş ortalaması 68.81 ± 12.57 ; KBH olmayan gruptaki hastaların yaş ortalaması 61.17 ± 9.94 idi. İki grup karşılaştırıldığında KBH olan gruptaki hastalar daha yaşlıydı ve bu istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0.002$). Tüm hastaların ortalama GFR si 73.47 ± 13.62 ; KBH olan gruptaki ortalama GFR 39.81 ± 12.32 ve KBH olmayan gruptaki ortalama GFR 87.45 ± 14.58 idi. Bu iki grup karşılaştırıldığında KBH olan gruptaki GFR düşüklüğü istatistiksel olarak anlamlı idi. ($p<0.001$). Oral antidiyabetik kullanımı KBH olan grupta 21 (%67) hastada; KBH olmayan grupta 65 (%94) hastada tespit edildi. Gruplar karşılaştırıldığında KBH olmayan grupta oral antidiyabetik kullanımı daha fazla idi ($p<0.001$). İnsülin kullanan hastalar KBH olan grupta 13 (%41.9); KBH olmayan grupta 8 (%11.6) hastada tespit edildi. Her iki grup karşılaştırıldığında KBH olan grupta insülin kullanımı yüksekti ve istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0.001$).

Sonuç: Ülkemizde erişkin hastalarda Hipertansiyon (HT) prevalansı %31'e; Diyabetes Mellitus (DM) prevalansı %11,3'e çıkmıştır. KAH için geleneksel risk faktörleri olan DM, HT, Hiperlipidemi, yaş, obezite, sigara, aile öyküsü gibi KBH da majör risk faktörlerindendir. KBH olan bireyler geleneksel olmayan inflamasyon, oksidatif stres, anormal kalsiyum-fosfor metabolizması gibi üremi ilişkili kardiyovasküler risk faktörlerine de maruz kalarak KAH riskleri daha da artmaktadır. GFR<60 olan hastalarda KAH gelişme riski lineer olarak artmaktadır. Bizim yaptığımız çalışmada diyabetik hipertansif hastaların %48'inde KAH buna karşın KBH olan grupta %54.83 hastada KAH tespit edildi. Hatta bu hastalar kanıtlı KAH olan hastalardı. Bu nedenle KBH olan Diyabetik Hipertansif hastalarda gizli KAH'nın tespit edilmesi amacıyla kardiyovasküler stres test, miyokard perfüzyon sintigrafisi, koroner bilgisayarlı tomografik anjiyografi, invaziv koroner anjiyografi yapılması amacı ile yapılan yıllık Kardiyoloji Poliklinik kontrollerinin daha sık yapılması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Kronik Böbrek Hastalığı, Koroner Arter Hastalığı, Diyabetik Hipertansif Hastalar

Kaynaklar

- 1) The global epidemiology of hypertension, 2020 Apr;16(4):223-237. doi: 10.1038/s41581-019-0244-2. Epub 2020 Feb 5. Mills KT, Stefanescu A, He J. Nat Rev Nephrol. 2020
- 2) Diyabetik Hastalarda Hastalık Bilinç Düzeyi ve Farkındalık Consciousness Level and Disease Awareness among Patients with Diabetes Istanbul Med J 2015; 16:101-4 Özgün Araştırma / Original Investigation DOI: 10.5152/imj.2015.57625
- 3) Chronic Kidney Disease and Coronary Artery Disease Journal of the American College of Cardiology vol. 74, No. 14, 2019
- 4) Hypertension and chronic kidney disease, Richard Gargiulo, DO, Fatem Suhail, MD, Edgar V. Lermaz MD, http://dx.doi.org/10.1016/j.jdisamonth.2015.07.003 0011-5029/& 2015

Tablo 1. Hastaların Demografik Özellikleri

Değişkenler	KBH var n%	KBH yok n%	Total n%	p değeri
	SD±	SD±	SD±	
Hasta sayısı	31(%31)	69(%69)	100(%100)	<0.001
Yaş (yıl)	68.81 ± 12.57	61.17 ± 9.94	63.15 ± 11.54	<0.002
Kadın cinsiyet	20(%64)	30(%43)	50(%50)	0.083
Glomerüler filtrasyon hızı	39.81 ± 12.32	87.45 ± 14.58	73.47 ± 13.62	<0.001
Koroner arter hastalığı	17(%54.83)	31(%44)	48(%48)	0.393
Serebrovasküler hastalık öyküsü	3 (%9,6)	3(%4,34)	6(%6)	0.371
Hiperlipidemi	9(%29)	31(%44.9)	40(%40)	0.186
Atriyal fibrilasyon	6(%19.4)	14(%20.3)	20(%20)	1.000
oral antidiyabetik	21(%67.7)	65(%94.2)	83(%83)	<0.001
insülin	13(%41.9)	8(%11.6)	21(%21)	<0.001

n: number SD: Standart sapma

Kardiyoloji

SS-05

Abstract:0022

65 YAŞ ÜSTÜ METABOLİK SENDROMLU HASTALARDA EPİKARDİYAL YAĞ DOKUSU KALINLIĞI İLE CRP VE NÖTROFİL LENFOSİT ORANI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Gamze Üstüntaş¹, Sema Uçak Basat¹, Ali Nazmi Çalık², Rıdvan Sivri³, Okcan Basat⁴

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

³Beykoz Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

Amaç: Metabolik sendromlu (MS) geriatric hastalar nötrofil / lenfosit oranı (NLR) ve C-reaktif protein (CRP) ile epikardiyal yağ dokusu kalınlığı (EFTT) arasındaki ilişkiyi değerlendiren veri yoktur. Bu çalışmada 65 yaş üzeri metabolik sendromlu hastalarda EFTT ile CRP ve NLO arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamız kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya metabolik sendromlu 50 hasta (hasta grubu) ve metabolik sendromu olmayan 25 kişi (kontrol grubu) dahil edildi. Tüm parametreler hasta ve kontrol gruplarında karşılaştırıldı. NLO ve CRP ile EFTT arasındaki korelasyon değerlendirildi.

Bulgular: WBC ve nötrofil düzeyleri metabolik sendrom grubunda daha yüksekti (sırasıyla p = 0,020, p = 0,019). Metabolik sendromlu hastalarda hem transvers hem de longitudinal EFTT daha fazlaydı (p < 0,001). Metabolik sendrom grubunda EFTT ile NLO arasında anlamlı bir korelasyon vardı, ancak aynı korelasyon CRP ile saptanmadı (r = 0.4, p = 0.003). (Tablo-1)

Sonuç: 65 yaş üstü metabolik sendromlu hastalarda EFTT ile NLO arasında pozitif bir ilişki vardır. EFTT ile CRP arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Anahtar kelimeler: Epikardiyal yağ dokusu, Metabolik sendrom, Nötrofil lenfosit Oranı, Geriatri

Tablo 1: Hasta ve kontrol gruplarında EFTT ile CRP, Nötrofil, Nötrofil Lenfosit Oranı Arasındaki İlişki

	Grup	Transvers EFTT		Longitudinal EFTT	
		r	p	r	p
CRP (mg/dL)	Patient group	0,198	0,169	0,226	0,114
	Control group	0,304	0,139	0,028	0,441
Neutrophil (10xµL)	Patient group	0,279	0,049	0,368	0,009
	Control group	0,305	0,139	0,236	0,257
NLR	Patient group	0,406	0,003	0,416	0,003
	Control group	0,265	0,201	0,205	0,327

CRP: C reactive protein, EFTT: Epicardial fat tissue thickness NLR: Neutrophil to lymphocyte ratio

Romatoloji

SS-06

Abstract:0025

TİROİD OTOANTİKOR POZİTİFLİĞİ OLAN HASTALARDA SİSTEMİK OTOİMMÜN HASTALIKLARLA İLİŞKİLİ OTOANTİKORLARIN ARAŞTIRILMASI

Alev Çetin Duran¹, Ali Duran²

¹Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji/Temel İmmünoloji

²Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Otoimmün hastalıklar (OİH), patogenezinde genetik, enfeksiyon ve diğer çevresel pek çok faktörün etkili olduğu hastalıklardır. Farklı OİH'ların birlikteliği görülebilmektedir. Bu çalışmanın amacı tiroid otoantikorları olan hastalarda sistemik OİH'larla ilişkili otoantikorların araştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışmamızda 2019-2020 yılları arasında tiroid otoantikor pozitifliği (anti-TPO, anti-TG) olan hastalar ve bu hastaların ANA, ekstrakte nükleer antijen antikorları (ENA profil), ds-DNA, RF, anti-CCP sonuçları retrospektif olarak araştırıldı. Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi İmmünoloji Laboratuvarı'na rutin tanı için gönderilen ANA, ds-DNA testleri indirekt immüno Floresan (IIF) yöntemle [IIFT Mosaic: Hep-20-10/Liver (Monkey) kiti, Euroimmun, Almanya)], ENA profil testi ise immunblot (IB) yöntem (ANA Profile 3 plus kiti, Euroimmun, Almanya) ile çalışıldı.

Bulgular: Tiroid otoantikor pozitifliği olan 123 hastanın (yaş ort. 42.12 ± 15.51) %86.2'si (106/123) kadın, %13.8'i (17/123) erkek hastadan oluşmakta idi. Bu hastaların %78'inin (96/123) ANA testi negatif, %22'sinin (27/123) ANA testi pozitif olarak belirlendi. Ds-DNA pozitifliği saptanmadı. ANA pozitif hastaların %81.5'i (22/27) kadın, %18.5'i (5/27) erkek hastalardan oluşmakta idi. ANA paternleri nükleer, sitoplazmik ve mitotik paternler olmak üzere gruplandırıldı. En sık nükleer paternler ve bunlar içinde de sırasıyla granüler, homojen ve sentromer paternleri belirlendi (Tablo-1). Hastaların RF ve anti-CCP sonuçları tablo-2'de özetlendi.

Sonuç: Otoimmün hastalıklar tüm dünyada giderek daha sık gözlenmektedir. Organa özgü OİH'da en sık otoimmün tiroid hastalıklar (OTH) görülmektedir. Çalışmamızda bu hastaların %22'sinde ANA pozitifliği saptanmış olup en sık nükleer paternler belirlenmiştir. Hastaların %8.8'inde RF ve/veya CCP pozitifliği saptanmıştır.

Nükleer paterni olan hastaların ENA profilinde hedef antijenler olarak Sm/RNP, SS-A, SS-B, Ro-52, PCNA saptanmıştır. Anti-SSA, anti-SSB başta Sjögren sendromu (SS), SLE olmak üzere miksa bağ

doku hastalıklarında da görülebilir. Anti-Sm/RNP miks bağ doku hastalığı ve sistemik sklerozda belirlenmektedir. Anti-PCNA, SLE, skleroderma, otoimmün tiroidite saptanabilmektedir. Anti-Ro52 sıklıkla SS hastalarında anti-SSA, anti-SSB'ye eşlik etmektedir. İzole anti-Ro52 reaktivitesi öncelikle idiyopatik inflamatuvar miyopatiler (IIM), primer biliyer siroz (PBS), romatoid artrit (RA) ve SS hastalarında karşımıza çıkmaktadır. Homojen boyanma paterni saptandığında hedef antijenler çoğunlukla ds-DNA, histon ve nükleozomdur. Histon pozitifliği ilaca bağlı lupusta karşımıza çıkmaktadır. Anti-sentromer antikoru, CREST sendromu, PBS, reynaud fenomeninde saptanmaktadır. Sitoplazmik ve mitotik paternler daha az oranda saptanmış olup, bir hastada AMA benzeri boyanma paterni olan sitoplazmik retiküler boyanma görülmüştür. Genel olarak sistemik OİH ile organa özgü otoimmün hastalıkların bir arada görülme sıklığının az olduğu düşünülse de, çalışmalarda RA, SLE, SS gibi sistemik OİH'larda, OTH'larının beklenildiğinden daha sık (%15-20) olduğu bildirilmektedir. Bu durum bu hastalıkların patogeneziindeki genetik ve çevresel faktörlerin ortak olması nedeniyle olabilir. Sonuç olarak OİH'ların birliktelikleri sık karşımıza çıkmaktadır. Pek çok OİH ile birliktelik gösterebilen OİT hastalarında sistemik OİH'lar ile ilişkili otoantikorların araştırılması, erken teşhis ve tedaviye olanak sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Otoimmün tiroid hastalıkları, sistemik otoimmün hastalıklar, ANA, ds-DNA, RF, CCP

Tablo 1. Hastaların ANA paternleri ve ENA profil sonuçları				
ANA paternleri		n(%)	ENA Profil	n(%)
Nükleer (n:24) (%88.9)	Granüler	19 (70.4)	Sm/RNP	2 (7.4)
			SS-A, SS-B, Ro-52	2 (7.4)
			Ro-52	2 (7.4)
			SS-A	1 (3.7)
			SS-A, SS-B, Ro-52, PCNA	1 (3.7)
			PCNA	1 (3.7)
	Homojen	4 (14.8)	Histon	1 (3.7)
	Sentromer	1 (3.7)	CENP-B	1 (3.7)
Sitoplazmik (n:2) (%7.4)	Sitoplazmik benekli boyanma	1 (3.7)		
	Sitoplazmik retiküler boyanma (AMA benzeri)	1 (3.7)		
Mitotik (n:1) (%3.7)	Mitotik iğ iplikçiklerinde boyanma	1 (3.7)		

PCNA: Prolifere olan hücre nükleer antijeni-proliferating cell nuclear antigen, CENP-B: Sentromer B, AMA: Anti-mitokondriyal antikor

Tablo 2. Hastaların RF ve CCP sonuçları

Otoantikor	Sayı	%
RF(-) CCP(-)	72	91.1
RF(+) CCP(+)	5	6.3
RF(+) CCP(-)	2	2.5
Toplam	79	100

Nefroloji

SS-07

Abstract:0041

PROGRAMLI HEMODİYALİZ HASTALARINDA ANKSİYETENİN DEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİLERLE İLİŞKİSİ

Mustafa Topal

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Şehir Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı, Konya

Amaç: Hemodiyaliz, son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların renal replasman tedavi seçeneklerinden biridir. Hemodiyaliz hastalarında anksiyete sık görülen ruhsal bir sorundur. Anksiyete; kaygı, belirsizlik, dehşet ve korku ile karakterize bir ruhsal bozukluktur. Bu çalışmada rutin hemodiyaliz programında olan hastalarda anksiyeteyi etkileyen demografik ve klinik verilerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Konya merkezde kamu ve özel hemodiyaliz merkezlerinde takip edilen ve en az 3 aydır rutin hemodiyaliz programında olan 404 hastanın yazılı onamı alınarak çalışmaya dahil edildi. Aktif malignitesi, aktif enfeksiyonu, son 6 ayda kardiyovasküler hastalık geçirmiş olanlar ile 18 yaş altında olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Anksiyete değerlendirmesi için Hamilton anksiyete ölçeği kullanıldı. İstatistiksel normal dağılımı saptamak için Kolmogorov-Smirnov testi, normal dağılıma uyanlarda T-test, normal dağılımı olmayanlarda ise Mann-Whitney U testi uygulandı. P değeri <0.05 olması istatistiksel anlamlı olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil olan 404 hastadan 313'ünde (%77.5) anksiyete mevcuttu. 91 hastada ise (%22.5) anksiyete olmadığı saptandı. İleri yaş (p<0.001), kadın cinsiyet (p<0.001), çalışmıyor olması (p<0.001), ev hanımı olması (p<0.001), dul olması (p<0.001), sigara kullanmaması (p=0.015), diabetes mellitus tanısı olması (p<0.001), albümin düşük olması (p=0.033), C reaktif protein yüksekliği (p=0.041) olması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde anksiyete ile ilişkili saptandı.

Sonuç: Bu çalışmada hemodiyaliz hastalarında anksiyete sıklığı yüksek olarak saptandı. Anksiyetenin önlenmesi ve tanınması için hastaların medikal tedavisi yanısıra sosyoekonomik şartlarının da göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: anksiyete, hemodiyaliz, son dönem böbrek yetmezliği, ruhsal bozukluklar

Nefroloji

SS-08

Abstract:0044

60 YAŞ ÜSTÜ MEMBRANÖZ GLOMERÜLONEFRİTLİ HASTALARDA GLOMERÜLER C3 DEPOZİSYONUN KLİNİK VE PROGNOSTİK ÖNEMİ**Özgür Akın Oto**

İstanbul Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı

Giriş: Biz bu çalışmada 60 yaş üstü membranöz glomerülonefritli hastalarda glomerüler C3 depozisyonunun klinik, histopatolojik ve prognostik parametreler ile ilişkisini araştırdık.

Metod: Hastalar C3 boyanma yoğunluğuna göre iki gruba ayrıldı: Düşük yoğunluk [DY; (C3 1+)] ve yüksek yoğunluk [YY; (C3 2+ veya C3 3+)]. Çalışmanın primer son noktası, son dönem böbrek yetmezliği, sekonder son noktası ise parsiyel ve/veya komplet remisyon olarak belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil olan 105 (%63.8 erkek) hasta ortalama 48.2 ± 37.3 ay takip edildi. YY-C3 grubu daha yüksek yaş ortalaması (67.8 ± 5.0 vs 71.0 ± 6.1 , $p = 0.003$) ile karakterizydi. YY-C3 grubunda DY-C3 grubuna göre tanı anındaki hemoglobin (12.1 ± 1.8 gr/dl vs 13.1 ± 1.9 gr/dl, $p = 0.001$) ve serum albumin düzeyleri (2.5 ± 0.7 gr/dl vs 2.9 ± 0.8 gr/dl, $p = 0.004$) daha düşüktü. Takip sonunda YY-C3 grubu daha düşük GFR'ye [52 (IQR 40-88) mL/min/1.73 m² vs 71 (IQR 69-117) mL/min/1.73 m², $p < 0.001$] ve daha yüksek proteinüri düzeylerine [3.8 (IQR 1.3-4.7) g/g vs 2.1 (IQR 0.6-3.5) g/g, $p = 0.018$] sahipti. Toplam 10 hasta [DY-C3 1 (%2), YY-C3 9 (%16), $p = 0.015$] primer son noktaya ulaştı. Sekonder son noktaya ulaşma oranın DY-C3 grubunda YY-C3 grubunda kıyasla daha yüksekti (%71.4 vs %48.2, $p = 0.016$). Kaplan-Meire analizinde renal sağkalımın DY-C3 grubunda belirgin ölçüde daha uzun olduğu saptandı ($p = 0.013$). Univariet ve multivariet analizlerde son dönem böbrek yetmezliğini predikte eden herhangi bir parametre saptanamadı.

Sonuç: Yoğun C3 birikimine sahip 60 yaş üstü hastalarda daha yüksek proteinüri, daha düşük GFR ve daha kötü klinik sonuçları saptandı.

Anahtar kelimeler: Membranöz glomerülonefrit, C3 depozisyonu, Son dönem böbrek yetmezliği

Hematoloji

SS-09

Abstract:0053

NADİR BİR HEMOLİZ NEDENİ GRANİSETRON SONRASİ GELİŞEN OTOİMMUN HEMOLİTİK ANEMİ**Hakan Özer, Yasin Öztürk**

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı

İlaça bağlı immün hemolitik anemi herhangi bir ilaç tedavisi sırasında görülebilen nadir ancak tehlikeli bir klinik tablodur. Yıllık insidansı yaklaşık milyonda 1 vakadır (1,2). Granisetron, özellikle malign hastalarda ve post-operatif bulantı kusmalarda sıklıkla kullanılan, 5-HT₃ reseptörlerini hem santral hem de periferik yoldan bloke ederek etki gösteren bir anti-emetiktir. İlacın en sık görülen yan etkileri arasında baş ağrısı, uykusuzluk, ateş yüksekliği, kabızlık ve QT uzamasına neden olan EKG değişiklikleri bulunmaktadır. Literatür incelendiğinde bu zamana kadar sadece Berlin kaynaklı bir çalışmada granisterona bağlı bir hemolitik anemi vakası görüldüğü rapor edilmiştir(3). Granisetron kullanımı sonrasında otoim-

munhemolitik anemi gelişen bir hastamızı sunarak hem granisetron kullanımıyla daha önce sık karşılaşılmayan bir yan etkiye hem de her ilacın kullanımı sonrası hemoliz gelişebileceğine dikkat çekmek istedik

Vaka: Vezikoüretal reflüesekonder son dönem böbrek hastalığıyla haftada 3 kez HD tedavisi almakta olan hasta kateter enfeksiyonu nedeniyle yatırıldı. Servis takibinin 6. gününde bulantı kusma yakınması gelişen hastaya tek doz granisetron 3 mg i.v yapıldıktan sonra takip eden yaklaşık 12. saatten itibaren idrar renginde koyulaşma ve halsizlik şikayeti başladı. İdrar renginde koyulaşma olduğunu belirten hastanın dispstickle idrar analizi yapıldı. Hematüri olmadığı görüldü. Hemoglobulin düzeyi kademeli olarak 11,6 gr/dl den 8 gr/dl'ye geriledi. Aktif kanama odağı olmayan hastanın hemoliz parametrelerine yönelik istenen tetkiklerde LaktatDehidrogenaz (LDH) 1817 U/L(N<225 U/L), Haptoglobulin<0,1 gr/L (N≥2 gr/L), Retikulosit %, Direkt CoombslgG ++ olarak sonuçlandı. Periferik kan yaymasında hipokromikmikrositer eritrositler saptandı, şişosit izlenmedi. Hasta ilaca bağlı immunhemolitik anemi olarak değerlendirilerek kademeli olarak azaltılmak üzere üç gün pulsesteroid (500 mg/gün) ardından 1 mg/kg/gün metilprednizolon başlandı. Steroid tedavisi sonrasında hemolizparametreleri gerileyen hastanın takipte steroid tedavisi 8 haftada azaltılarak kesildi.

Sonuç: Granisetron sıklıkla OİHA'ye neden olan ilaçlar listesinde bulunmaması nedeniyle çoğu kez tanıda zorluklar yaşanabileceği bilinmelidir. Bu vakanın sunulma amacı anti-emetik olarak özellikle malign hastalarda ve post-operatif hastalarda sıklıkla kullanılan granisetronunhemolize neden olan ilaçlar listesinde üst sıralarda bulunmasa da, immunhemolitik anemi yapabileceğine dikkat çekmektir. Granisteronkullanımı sonrasında hemoliz bulguları gelişen hastalarda ilaca bağlı hemolitik anemi gelişebileceği mutlaka akılda tutularak erken dönemde hem ilacın kesilmesi hem de ek tedavilere başvurulması mortalitesi yüksek klinik hadiselerden uzaklaştırılabilir.

Anahtar kelimeler: Granisetron, hemolitik anemi, otoimmün

Kardiyoloji

SS-10

Abstract:0060

AKUT MİYOKARD ENFARKTÜSÜNDE ARİTMİLERİN ÖNLENMESİNDE MAGNEZYUM SÜLFAT**Sibel Koçak Yücel**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Akut miyokard enfarktüsünde (MI) ölümler daha çok ilk 24-48 içinde ve genellikle aritmiler nedeniyle olmaktadır. Hipomagnezemi, aritmiler ile ilişkili en yaygın elektrolit bozukluğudur. Bu aritmiler hem antiaritmik ilaçlara hem de kardiyoversiyona dirençlidir. Akut MI geçiren hastalara magnezyum (Mg) sülfat infüzyonu uygulayarak infarktın erken döneminde aritmilerin önlenmesindeki etkisinin araştırılması amaçlandı.

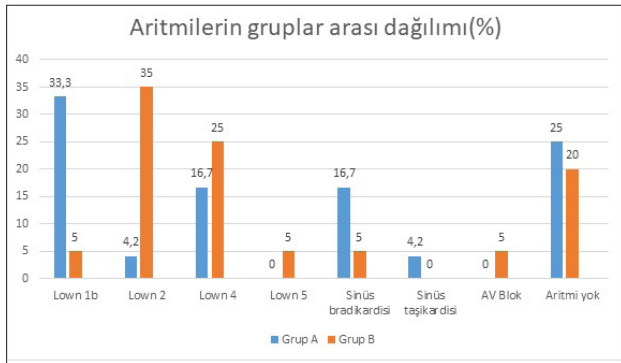
Yöntem: Çalışmaya Taksim İlyayardı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde akut MI tanısı ile yatırılıp trombolitik tedavi uygulanan 44 (9 kadın, 35 erkek) hasta alındı. Hastalar Mg sülfat uygulanan (grup A) ve Mg sülfat uygulanmayan (grup B) olarak sınıflandırıldı. Mg sülfat ilk yarım saatte 1,5 gr, sonraki 48 saatte 18 gr (19,5gr = 157,3mEq) infüzyon olarak uygulandı. Ventriküler ektopik vuruların sınıflandırılmasında Lown Sınıflaması kullanıldı. Sinüs taşikardisi, sinüs bradikardisi, atriioventriküler bloklar göz önünde bulundurulmadı. Lown derece 2'nin üzerinde aritmisi olanlara antiaritmik tedavi başlandı.

Hastaların tedavi öncesi ve sonrası serum Mg ve potasyum değerleri karşılaştırıldı. Veriler SPSS 22.0 ile analiz edildi.

Bulgular: 44 (%79,5 erkek) akut MI hastasının, Mg sülfat uygulanan (grup A) 19'u (%79,2) erkek, 5'i (%20,8) kadın (yaş ortalaması $53,17 \pm 10,74$ yıl); Mg sülfat uygulanmayan (grup B) 16'si (%80) erkek, 4'ü (%20) kadındı (yaş ortalaması $52,05 \pm 9,26$ yıl). Semptomların başlamasından acile başvuruya kadar geçen süre ortalaması $3,02 \pm 2,24$ saatti. Gruplar arasında yaş, cinsiyet ve başvuru süresi açısından farklılık saptanmadı $p > 0.05$. Akut MI lokalizasyonları 25'i (%56,8) inferior, 10'u (%22,7) anteroseptal, 5'i (11,4%) yaygın anterior, 4'ü (%9,1) inferolateralı. İki grup arasında MI lokalizasyonları açısından anlamlı fark bulunmadı. Başlangıç serum Mg düzeyleri açısından iki grup arasında fark yokken; 48. saatte fark anlamlı idi ($2,21 \pm 0,34$ mEq/Lt; $2,71 \pm 0,78$ mEq/Lt, $p < 0.05$). Gruplar arasında potasyum düzeyleri açısından anlamlı fark yoktu. (başlangıç potasyum: $4,06 \pm 0,59$ mEq/L vs $3,93 \pm 0,37$ mEq/L, $p > 0.05$; 48. Saat potasyum: $4,28 \pm 0,47$ mEq/L vs $4,12 \pm 0,30$ mEq/L, $p > 0.05$). Grup A'da seyrek ventriküler erken atımlar (VEA) sık iken, grup B'de sık VEA daha fazla gözlemlendi (sırasıyla %33,3 vs %5; %4,2 vs %35) Ardışık atım, kuplet ve ventriküler taşikardi grup A'da %16,7 iken grup B'de %25 idi (Grafik 1). Mg sülfat alan hastalarda almayanlara göre tedavi gerektiren aritmi sıklığı anlamlı olarak daha az bulundu (%20,8 (n=5); %65 (n=13), $p < 0.05$).

Sonuç: Akut miyokard infarktüsü hastalarda hipomagnezeminin yaygın olduğu ve ventriküler aritmi ile anlamlı ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada Mg sülfat infüzyonu ile akut MI geçiren hastalarda aritmilerin önlenildiği gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler: Akut miyokard infarktüsü, aritmiler, magnezyum sülfat infüzyonu



Grafik 1

İMMATÜR PLATELET FRAKSİYONU: TROMBOSİT FONKSİYONLARINI YANSITAN BU YENİ PARAMETRE, COVID-19 PNÖMONİLİ HASTALARDA HASTALIK ŞİDDETİ İÇİN ERKEN BİR BELİRTEÇ OLABİLİR Mİ?

Said İncir¹, Zeynep Komesli², Arzu Baygöl³, Zeynep Taşdemir⁴, Erhan Palaoğlu⁵, Hatice Kant¹, Mahir Kapmaz⁶, Süda Tekin⁶, Alparslan Kılıç⁷, Tuncay Dağel⁸, Ayşe Okan¹, Timur Selçuk Akpınar⁹

¹Koç Üniversitesi Hastanesi, Klinik Laboratuvar, İstanbul, Türkiye

²Koç Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

³Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

⁴Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

⁵Amerikan Hastanesi, Klinik Laboratuvar, İstanbul, Türkiye

⁶Koç Üniversitesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul, Türkiye

⁷Koç Üniversitesi Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

⁸Koç Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Nefroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

⁹Koç Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş: Pek çok hastalıkta immatür trombosit fraksiyonu (%IPF) koagülopati ve kötü sonuçla ilişkilidir. Bu çalışmanın amacı, Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19) enfeksiyonu olan hastalarda pnömoni şiddeti için %IPF'in prediktif değerini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntemler: COVID-19 enfeksiyonlu toplam 154 hasta çalışmaya alındı. Hastalar oksijen ihtiyacı yönünden pnömoninin şiddetine göre (şiddetli ve şiddetli olmayan) iki gruba ayrıldı.

Bulgular: Laboratuvar parametreleri göz önüne alındığında, medyan %IPF şiddetli grupta anlamlı olarak daha yüksekti (%11.9'a karşı %3.9, $P < 0.001$). Şiddetli grupta ortalama trombosit hacmi ($P < 0.001$), trombosit büyük hücre oranı ($P = 0.001$), trombosit dağılım genişliği ($P = 0.001$), olgunlaşmamış granülosit oranı ($P = 0.001$), lökosit ($P = 0.001$) ve nötrofil ($P < 0.001$) sayımları, nötrofil-lenfosit oranı ($P < 0.001$), CRP ($P = 0.024$), ferritin ($P = 0.016$), D-Dimer ($P < 0.001$), INR ($P = 0.003$), aPTT ($P = 0.007$) ve IL-6 ($P = 0,002$) anlamlı olarak daha yüksek bulundu ve hemogloblin ve lenfosit sayısı kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulundu (Sırasıyla $P = 0.001$ ve $P = 0.002$). IPF ($P = 0.014$, Odds oranı = 2.000, %95 CI: 1.149-3.482) hastalık şiddeti için bağımsız bir belirleyiciydi. ROC analizinden elde edilen eğri altındaki değer, pnömoninin şiddetini belirlemek için 0.879 ($P < 0.001$, %95 CI: 0.784-0.943) idi. IPF'in, duyarlılık ve özgüllük değerleri ise %69.5 ve %92.4 idi.

Sonuçlar: IPF, COVID-19 pnömonisinin ciddiyeti için bağımsız bir belirleyici olarak saptandı. IPF yüzdesinin değerlendirilmesi, hem COVID-19'u olan yüksek riskli hastaların erken dönemde belirlenmesine hem de doktorları uarmaya yardımcı olabilir.

Anahtar kelimeler: Tam Kan Sayımı, İmmatür Platelet Fraksiyonu, COVID-19, SARS-CoV-2, Klinik Sonuç:

Romatoloji

SS-12

Abstract:0063

DERİ PATERJİ TESTİNİN BEHÇET HASTALIĞI TANISINDAKİ DUYARLILIK VE ÖZGÜLLÜĞÜNÜN GELİŞTİRİLMESİ

Rabia Deniz¹, Zeliha Emrence², Yasemin Yalçinkaya Şahinkaya¹, Bahar Artım Esen¹, Murat İnanc¹, Mahdume Lale Öcal¹, Ahmet Gül¹¹Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı²Istanbul Üniversitesi Aziz Sancar Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsü (DETAE), Genetik Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Behçet Hastalığı (BH) tanısında giderek düşen pozitiflik oranı nedeniyle kullanımı giderek azalmakta olan, merkezler ve uygulayıcılar arasında önemli yöntem farkları bulunan deri paterji testinin (DPT) standardizasyonunun sağlanması, özgüllük ve duyarlılığının değişik uyarıcılarla yükseltilmesi, oluşan inflamatuvar yanıtın in vitro koşullarda tam kan analizi (WBA) yöntemi ile incelenmesi ve patogenezinde rol oynayan sitokinlerin üretim farklarının ortaya konması.

Yöntem: Yaygın kullanılan 20G iğne ile piküre ek olarak, 21G temas aktivasyonlu lansetler de kullanılarak, uyaransız ya da 23-valanlı polisakkarid pnömokok aşısı, Alum ve ATP uyarılarından biri ile ayrı ayrı pikürler yapılmış ve 24 ve 48. saatte tek okuyucu tarafından oluşan eritem ve endüryasyon skorlanmıştır. Aktif ve remisyonda olan Behçet hastalarına ek olarak, diğer romatolojik hastalığı, inflamatuvar bağırsak hastalığı, tekrarlayan oral aftı, BH kriterlerini doldurmayan klinik bulguları olan hastalar ve sağlıklı kontroller çalışma grubunu oluşturmuştur. Ayrıca, periferik tam kanda benzer uyarımlarla in vitro DPT modeli oluşturularak sitokin analizi yapılmıştır.

Bulgular: 20G iğne ucu ve polisakkarit pnömokok aşısı beraber kullanıldığında aktif BH için duyarlılık %80,3, özgüllük %100; tüm BH grubu için duyarlılık %64,3, özgüllük %100 ile en yüksek saptanırken, bunu 21G lanset ve pnömokok aşısının beraber kullanımı izlemiş, aktif BH da %30, tüm BH grubunda %25,9 duyarlılık saptanmıştır. BH dışı hastalık grupları ve sağlıklı bireylerde 24. saatte eritem gelişse de, 48. saatte sadece BH grubunda eritemin sebat ettiği ve test başarısının aktif hastalık bulgusu varlığı ve immünsupresif ajan alımından etkilendiği görülmüştür. WBA yöntemiyle oluşturulan in vitro modelde polisakkarit pnömokok aşısı ile aktif BH grubunda IL-1β ve IL-1RA anlamlı olarak fazla uyanılırken, LPS tüm gruplarda benzer uyarı oluşturmıştır.

Sonuç: Polisakkarit pnömokok aşısı ve 20G iğne ucu ile yapılan DPT günlük kullanımda mevcut DPT'ye göre testin duyarlılık ve özgüllüğünü belirgin olarak arttırmakta ve kolay uygulanabilir ve maliyet-etkin bir alternatif olarak görülmektedir. Yöntemin farklı etnik gruplarda ve kontrollerde tekrarlanması yöntemin geçerliliğinin kanıtlanması için yararlı olacaktır.

Anahtar kelimeler: Behçet hastalığı, Deri paterji testi, Pnömokok, İnflamazom, İnterlökin 1-beta

Tablo 1. Gruplara Göre Farklı Yöntemlerin Deri Paterji Testi Pozitifliği

Yöntemler Gruplar	20G iğne	20G iğne+ PS-23	21G lanset	21G lanset+ PS-23	20G iğne+ Alum	20G iğne+ ATP
Aktif BH (n, %)	4/66 (6,1)	53/66 (80,3)	3/64 (4,7)	15/50 (30,0)	1/20 (5,0)	0/16
Remisyon BH (n, %)	0/18	1/18 (5,6)	0/18	0/8	0/10	0/10
BH Tümü (n, %)	4/84, (4,8)	54/84 (64,3)	3/82 (3,7)	15/58 (25,9)	1/30 (3,3)	0/26
Sağlıklı (n, %)	0/24	0/24	0/23	0/6	0/21	0/18
TOA (n, %)	0/65	0/65	0/63	0/30	0/45	0/35
BHDRH n, (%)	0/28	0/28	0/27	0/12	0/21	0/16
BHKDB (n, %)	0/61	0/61	0/59	0/31	0/39	0/30
İBH (n, %)	0/11	0/11	0/11	0/2	0/11	0/9

Nefroloji

SS-13

Abstract:0065

DOĞUM SONRASI KANAMAYA BAĞLI RENAL KORTİKAL NEKROZ

Sibel Koçak Yücel¹, Gülrü Birce Sönmezöz², Arzu Özdemir Kayalar¹, Zeki Toprak¹, Erdem Baran¹, Mürvet Yılmaz¹¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

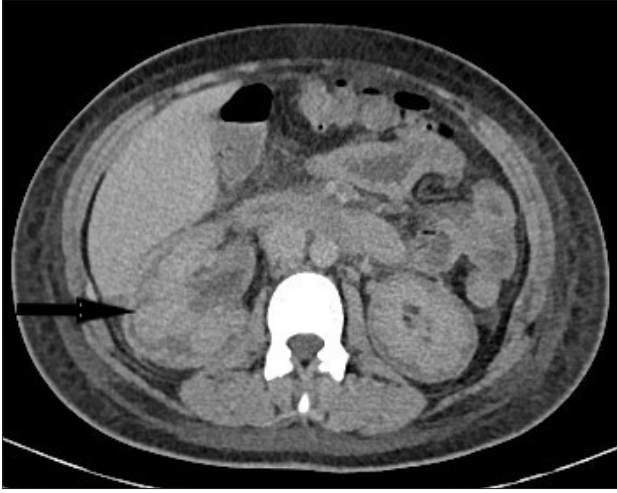
Giriş: Renal kortikal nekroz akut böbrek hasarının nadir görülen bir nedenidir ve çoğunlukla geri dönüşümsüzdür. Vasküler spazm, mikrovasküler hasar ve intravasküler koagülasyondan kaynaklanan azalmış renal arter perfüzyonu ile birlikte renal korteksin yamalı veya diffüz iskemik hasarı ile karakterizedir. Gelişmekte olan ülkelerde obstetrik nedenlere bağlı olarak reproduktif çağıdaki kadınlarda ve septik şokta sık görülmektedir. Bu yazıda gebelik sonrası nadir gelişen akut kortikal nekroz vakasını sunmayı amaçladık.

Olgu sunumu: 22 yaşında kadın hastaya 3 hafta önce plasenta dekolmanı ve mort fetalis nedeniyle sezeryan yapılmış. Takiplelerinde hemoglobin 5.5 g/dL'ye düşen, anüri ve üre ve kreatinin artışı olan hasta yoğun bakıma alınarak diyalize başlanmıştır. Masif abdominal kanama saptanarak tekrar opere edilen hasta akut böbrek hasarı tanısı ile servise alındı. Laboratuvar tetkiklerinde; üre 60 mg/dL, kreatinin 4.54 mg/dL, hemoglobin 8.7 g/dl, trombosit 218000 ul, C3-C4 normal, p-ANCA ve hepatit markerları negatifti. İdrar tetkikinde 390 eritrosit, 4 lökosit, +2glukoz, +3 protein ve 24 gr/gün proteinüri, 9.8 gr/gün albuminüri saptandı. Ultrasonografide sağ böbrekte grade II pelvikaliektazi ve üreter proksimalinde 12mm dilatasyonu vardı. BT'de her iki böbrek kortikal düzeylerde periferik alanlarda lineer hipodansiteler ve periferik alanlarda kontrastlanma olmaması, MR ürografide kortekste belirgin diffüzyon kısıtlanmaları saptanması üzerine akut kortikal nekroz tanısı kondu (Şekil 1-2). Anürisi devam eden, kreatinini düşmeyen hasta diyaliz programına alındı.

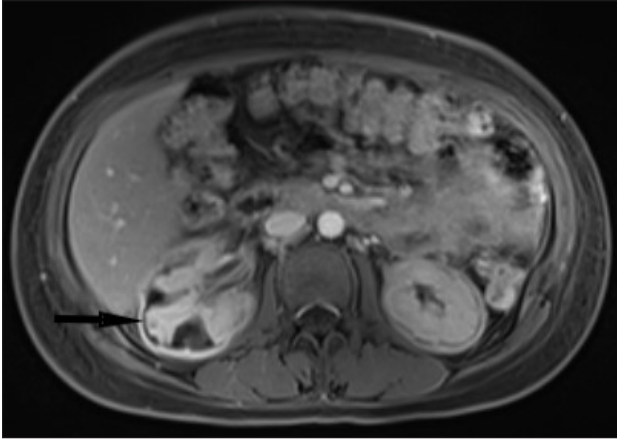
Tartışma: Gebelikte plasenta dekolmanı, plasenta previa ve amniyotik sıvı embolisi gibi ciddi komplikasyonlara bağlı masif kanama akut kortikal nekroza neden olmaktadır. Doğum sonrası kanamaya bağlı gelişen renal kortikal nekroz, son dönem böbrek hastalığına yol açabilir. Plasenta dekolmanı nedeniyle sezeryana alınan hastalarda operasyon sonrası gelişen anüri ve üre ve kreatinin artışında akut kortikal nekroz düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: Akut böbrek yetmezliği, gebelik, hemodiyaliz, renal

kortikal nekroz



Şekil 1. Kontrastlı Tomografi Geç faz 2.0: Kontrastlanmayan renal korteks ve normal kontrastlanan renal medulla (ters kenar işareti), kortekste yaygın hipodens alanlar



Şekil 2. Kontrastlı MR: Axial T2'de iki taraflı ve yaygın kortikal hipointensite

Kardioloji

SS-14

Abstract:0077

TRİGLİSERİT/HDL ORANI İNSÜLİN DİRENCİ BELİRTECİ OLABİLİR Mİ?

Dilay Karabulut¹, Umut Karabulut²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

²Acıbadem International Hastanesi, İstanbul

Amaç: İnsülin direnci, tip 2 diyabete giden öncül yolağı oluşturur ve diyabet teşhis edilmeden çok önce mevcuttur. Trigliserit/HDL oranı, son dönemlerde insülin direncinin taranmasında kullanılan basit, güvenilir, kolay ulaşılabilir, maliyet-etkin bir tarama yöntemidir. Çalışmamızın amacı kardioloji polikliniğine nonspesifik göğüs ağrısı ile başvuran 65 yaş altı genç erişkinlerde Trigliserit/HDL oranının insülin direnci belirteci olarak kullanılıp kullanılmayacağını araştırmaktır.

Yöntem: Hastanemiz kardioloji polikliniğine 1.Ekim.2018 ve 1.Mart.2019 tarihleri arası dönemde nonspesifik göğüs ağrısı ile

başvuran 65 yaş altı hastaların dosyaları geriye dönük tarandı. Koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, diabetes mellitus, malignite öyküsü olan, kronik akciğer hastalığı olan, ileri düzeyde kapak hastalığı olan insülin duyarlaştırıcı veya renal fonksiyonları etkileyecek herhangi bir ilaç kullanımı olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Kişilerden açık olarak değerlendirilen; tiroid fonksiyon testleri, açlık kan şekeri, insülin, kreatinin, kalsiyum, magnezyum, demir, 25 OH vitamin D, ürik asit, HgA1c değerleri kaydedildi. Vücut kitle indeksi değeri 30 ve üzeri olanlar obez kabul edildi. Homeostatic Model

Assesment of Insulin Resistance (HOMA-IR) değeri Açlık Glikoz (mg/dL) X Açlık insülin (uIU/mL) / 405 olarak hesaplandı ve HOMA skoru $\geq 2,5$ olan hastalar insülin direnci pozitif olarak kabul edildi. İstatistiksel analizde IBM SPSS Statistics 21.0 programı kullanıldı. İstatistiksel açıdan $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Retrospektif olarak taranan ve çalışmaya dahil edilen 145 hasta insülin direnci olan ve olmayan olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Hastaların yaş ortalamaları sırasıyla 32.23 ± 12.31 yıl, 30.92 ± 11.183 yıl olarak bulundu ($p = 0.508$). Cinsiyet, sigara kullanımı açısından gruplar arasında fark saptanmadı ($p = 0.84$, $p = 0.18$). Laboratuvar parametreleri açısından gruplar arasında fark gözlenmedi ($p > 0.05$). Tüm hastalarda HOMA-IR ile TG/HDL, TG, HDL, sedimentasyon, CRP ile korelasyonuna bakıldığında, HOMA-IR ile TG/HDL ve TG arasında istatistiksel açıdan orta düzeyde anlamlı pozitif korelasyon saptanırken ($r = 0.333$, $p = < 0.01$) HDL ile HOMA-IR arasında anlamlı orta düzeyde negatif korelasyon bulunmuştur ($r = -0.268$, $p = < 0.01$). TSH ile HOMA-IR arasında istatistiksel açıdan anlamlı zayıf pozitif korelasyon bulunurken ($r = 0.204$, $p = 0.01$), CRP ve sedimentasyon düzeyleri ile anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($p = 0.96$, $p = 0.30$). Çok değişkenli analizde TSH (OR: 1.471, 95%CI: 1.043-2.075, $p = 0.03$) ve TG/HDL oranı (OR: 2.422, 95%CI: 1.584-3.703, $p < 0.01$) insülin direncinin bağımsız öngördürücüsü olarak bulundu. Yapılan ROC curve analizinde AUC: 0.83 (95% CI: 0.77-0.90), $p < 0.01$ bulundu ve TG/HDL oranının insülin direnci varlığını güçlü bir şekilde predikte ettiği saptandı. Youden index kullanılarak cut-off değeri belirlendiğinde TG/HDL > 1.79 %79 sensitivite ve %77 spesifite ile insülin direncini predikte etmektedir.

Sonuç: Çalışmamız 65 yaş altı kardiyak patolojisi ve diabeti olmayan bireylerde TG/HDL oranının insülin direnci belirteci olarak kullanılabileceği ve rutin lipid paneline bakılarak insülin direnci varlığının öngörülebileceğini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: Trigliserid, insülin direnci, HDL

Romatoloji

SS-15

Abstract:0084

GRANULOMLU POLİANJİTİS TUTULUMUNA BAĞLI GELİŞEN BARSAK PERFORASYONUNUN PRİMER CERRAHİ ONARIM İLE TEDAVİSİ: VAKA SUNUMU

Begüm Güler Şentürk¹, Bahar Tekin¹, Kinyas Kartal², Nilüfer Alpay Kanitez³

¹Koç Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Koç Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

³Koç Üniversitesi Hastanesi Romatoloji Bilim Dalı

Giriş: Granülomatöz polianjit (GPA), başta üst solunum yolu ve akciğer olmak üzere neredeyse tüm organları tutabilen granülomatöz nekrotizan tipte sistemik küçük damar vaskülitidir (1). Gastrointestinal sistem (GİS) tutulumu GPA olgularında nadirdir ancak mortal seyredebilir (2). Bu olgularda mortaliteye sebep ve-

ren önemli komplikasyonlardan biri barsak perforasyonudur ve tedavisinde standart bir yaklaşım yoktur.

Olgu Sunumu: 40 yaşında erkek hasta, eklem ağrısı, halsizlik, iştahsızlık, gece terlemesi ve el ve ayaklarda nekrotik lezyonlar ile kliniğimize başvurdu. Hikayesinde iki yıldır burun tıkanıklığı ve postnazal akıntısı olduğu, üç hafta önce giderek artan halsizlik, eklem ağrısının başladığı ve 3 gündür el ve ayaklarda morarma ile nekrotik lezyonların geliştiği öğrenildi. Fizik muayenede, el ve ayak eklemlerini tutan simetrik poliartrit, el ve ayak parmaklarının distal uçlarında nekrozlaşma eğiliminde yer yer hiperemik lezyonlar saptandı (Resim 1). Laboratuvar testlerinde patolojik olarak yüksek akut faz (CRP 45mg/L, ESR 56 mm/sa), mikroskopik hematüri, yüksek titrede anti-PR3 pozitifliği [180 U/ml (<20)] tespit edildi. Nazal endoskopik muayenesinde, yoğun krut ve pürülan akıntı görüldü. Deri biyopsisinde lökositoklastik vaskülit saptandı. Tüm bu bulgularla GPA tanısı koyuldu ve 60 mg/gün IV metilprednisolon başlandı. Tedavinin 2. gününde karın ağrısı ve hematozezi gelişti. Kolonoskopide kolonda vaskülitik tutulum ile uyumlu ülserler görüldü (Resim 2). İşlem günün akşamında akut batın tablosu gelişti. Acil şartlarda yapılan laparotomide kolonda birden fazla bölgeden perforasyonu geliştiği görüldü. Primer cerrahi onarım ile tamir edildi. Post op 2. günde siklofosfamid 1 g IV pulse uygulandı. Takiplerinde oral alım kısa sürede açıldı, klinik bulgular günler ilerisinde geriledi. Sol el 2. parmak milimetrik otoamputasyon ile iyileşti. Steroid dozu tedricen azaltıldı ve siklofosfamid pulse tedavisine devam edildi.

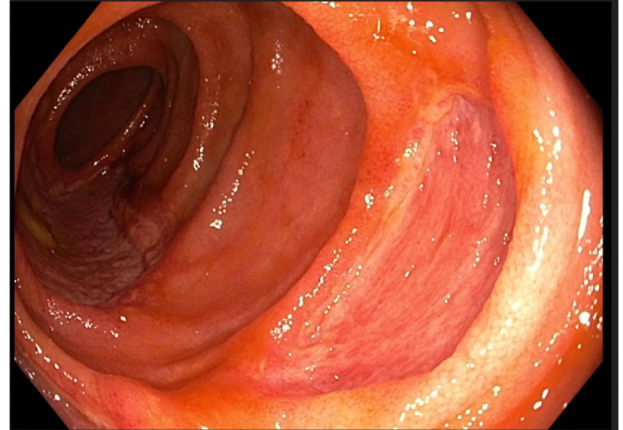
Beşinci ay vizitinde aralıklı karın ağrısı, 2 aydır devam eden nazal krutlanma, 15 gündür devam eden Artralji ve şiddetli baş ağrısı olduğu öğrenildi. Tedavi ile normale dönmüş olan CRP ve anti-PR3'ün yükseldiği görüldü (sırasıyla 15 mg/L, 37 U/L). Kranyal magnetik rezonans görüntüleme (MR)' de frontobazal menengial kalınlaşma görüldü. Beyin omurilik sıvısı (BOS) proteini hafif yükselmişti. Bulgular GPA'nın hastalık tutulumu olarak değerlendirildi. Karın ağrıları laparotomi sonrası gelişen yapışıklıklara bağlandı. Metilprednisolon dozu 36 mg/gün'e yükseltildi ve rituximab (iki hafta ara ile 1 gr) başlandı. İkinci yılını remisyonda tamamlayan hastamızda rituximab monoterapisi ile idame tedavi devam etmektedir.

Tartışma: GPA'da GİS tutulumu her zaman akılda tutulmalı, gerektiğinde perforasyon olasılığı gözetilerek uygun şartlarda endoskopi yapılmalıdır. GPA'da gelişen barsak perforasyonunda, henüz yeterince tecrübemiz olmamakla birlikte hastanın konforu, nutrisyonun korunması ve immunsupresif tedavinin daha etkin şekilde devam edebilmesi gibi faktörler dikkate alındığında primer cerrahi onarıma daha fazla şans verilebileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: granülomlu polianjit, perforasyon, primer cerrahi onarım



Resim 1. Granülomlu polianjit (GPA) olgusunda el sırtında nekrozlaşma eğiliminde olan purpura. Üçüncü parmakta şiddetli iskemi.



Resim 2. Granülomlu polianjit (GPA) olgusunda kolonoskopide görülen geniş tabanlı mukozal ülser.

Nefroloji

SS-16

Abstract:0086

COVID-19 ENFEKSİYONU HASTALARINDA ANTİHIPERTANSİF TEDAVİNİN AKUT BÖBREK HASARI ÜZERİNE ETKİSİ

Tuncay Dağel

Koç Üniversitesi Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Yeni bir ciddi akut solunum sendromu koronavirüs 2 (SARS-CoV-2)'nin neden olduğu COVID-19 enfeksiyonu pandemiye sebep olmuştur. COVID-19 enfeksiyonunda prognozu etkileyen en önemli bir komorbiditelerden birisinin hipertansiyon olduğu gösterilmiştir. Bu bilgiler ışığında antihipertansif tedavi alan ve almayan COVID-19 hastalarında akut böbrek yetmezliği gelişme sıklığının karşılaştırılması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza Nisan-Haziran 2020 tarihleri arasında hastanemizde COVID-19 tanısı alan 153 hasta dahil edildi. Hastaların demografik verileri ile kullandığı ilaçlar kayıt edildi. Hipertansiyon öyküsü olup antihipertansif tedavi alan 61 hasta(grup 1) ile hipertansiyon öyküsü olmayıp herhangi bir antihipertansif tedavi almayan 92 hasta(grup 2) çalışmaya alındı. Akut böbrek hasarı KDIGO tanım ve sınıflamasına göre; serum kreatinin düzeyinde 48 saat içinde ≥ 0.3 mg/dl artış veya serum kreatinin düzeyinde 7 gün içinde bilinen veya tahmin edilen bazal değere göre ≥ 1.5 kat artış veya son 6 saat için idrar volümü <0.5 ml/kg/saat olarak tanımlandı.

Bulgular: Tüm hastaların %57,5'i(88 kişi) erkek, %42,5'i (65 kişi) kadındı. Anti-hipertansif tedavi alan grupta 5 hastada(%8,06) akut böbrek hasarı geliştiği saptandı. Benzer şekilde anti-hipertansif tedavi almayan hasta grubunda da 8 kişide(%8,79) akut böbrek hasarı geliştiği saptandı. Akut böbrek hasarı gelişen ve antihipertansif ilaç kullanan hastaların ilaç kullanımına göre alt analiz yapıldığında; 1 hastanın losartan+hidroklorotiazid, 1 hastanın ramipril+hidroklorotiazid, 2 hastanın amlodipin, 1 hastanın ise spironolakton+furosemid kullandığı saptandı. Antihipertansif tedavi alan ve almayan her iki grup arasında akut böbrek hasarı gelişmesi açısından fark saptanmadı ($p=0.82$).

Sonuç: Bu çalışma ışığında hipertansiyon varlığının COVID-19 enfeksiyonuna sekonder akut böbrek hasarı gelişmesi için bir risk faktörü olmadığı tespit edilmiştir. Ek olarak antihipertansif ilaç tipi ile akut böbrek hasarı arasında ilişki saptanmamıştır. Bu konu ile ilgili çok merkezli daha büyük hasta ölçekli ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Akut böbrek hasarı, COVID-19, Hipertansiyon

Hematoloji

SS-17

Abstract:0113

ERİŞKİN KİŞİDE ÇENE KEMİĞİNDE LİTİK LEZYON; DIŞ HEKİMLİĞİNDEN İÇ HASTALIKLARINA MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM

Beliz Mehveş Beşişik Terzioğlu¹, Özden Özlük², Beyza Şen Oluk², Simge Erdem², Kıvanç Bektaş Kayhan³, Gülçin İpek⁴, Sevgi Kalayoğlu Beşişik²

¹Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları

²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları, Hematoloji

³Istanbul Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi

⁴Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Patoloji

Giriş: Çene kemiğinde ağrı veya şişlik nedeniyle hastaneye ilk başvuru genellikle diş hekimliği kliniklerine yapılır. Mandibula radyografisinde radyolusen görüntü kistik veya litik lezyon olarak tanımlanır. Odontojenik olmayan lezyonlar fibröz displaziden, mandibula metastazı, multipl miyeloma kadar geniş hastalık yelpazesini kapsar. Burada sık diş çektilme öyküsü olan erişkin hastada taniya gidiş yolculuğu sunuldu.

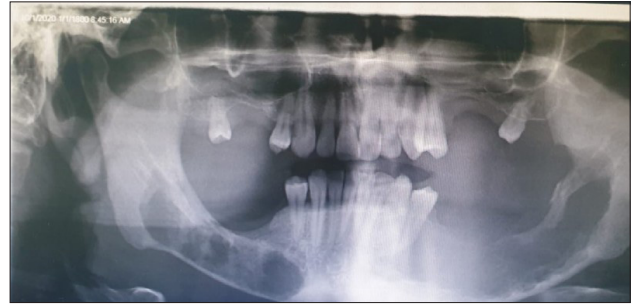
Olgu: 25 yaşında erkek hastada 3 yıl önce periodontal tedavilere yanıtı sık diş kaybı yakınması ile çekilen radyografik incelemede bilateral mandibula korpusunda radyolusen görüntü saptanmış. Diş çevresi doku biyopsi örneğinde mononükleer hücre infiltrasyonu gözlenmiş. CD68 boyaması ile monosit-makrofaj sistemine ait olduğu belirlenen hücrelerin CD1a ve langerin pozitifliği ile tanı Langerhans hücreli histiyositoz (LHH) olarak yorumlanmış. Litik lezyonun çene boyunca yaygın olması nedeniyle küretaj yapılmamış, izleme alınmış. Yakınmalarına ağrı eklenen hasta Diş Hekimliği Fakültesine başvurmuş, genel değerlendirme için kliniğimize yönlendirilmiş.

Baş ağrısı, çene ağrısı, diş kaybı yakınmaları olan hastanın fizik muayenesinde obezite ve hipertansiyon dışında özellik yoktu. Soygeçmişinde hipertansiyon, diyabet ve koroner arter hastalığı olan hastanın 5 paket/yıl sigara alışkanlığı vardı.

Kliniğimizde hastalığın yaygınlığı PET-BT ile araştırıldı. Kemik (okspital kemikte 5-6cm ve bilateral mandibula kemik doku kaybı) ve lenf düğümü (servikal zincir iki taraflı) tutulumu ile LHH'nin multisistemik multifokal olduğuna karar verildi. BRAF (V600E) mutasyonu pozitif idi. Deri, akciğer, santral sinir sistemi (SSS), göz, kulak, kemik iliği, mukoza, karaciğer, hipofiz tutulumu lehine bulgu yoktu. Semptomatik ve SSS tutulumu riski yüksek olması dikkate alınarak güncel etkili tedavi önerisi sitozin arabinozid ile başlandı. Antihipertansif verildi, kilo vermesi ve sigara içmemesi konusunda aydınlatıldı.

Yorum: LHH farklı sistemlerde gelişerek farklı klinik bulgularla karşımıza gelebilir. Tek bölge, deri veya lenf düğümü tutulumlu hastaların kür şansı vardır. Kemik iliği, dalak ve karaciğer tutulumu ise ölüm riski yüksek tutulumdur. Kemik tutulumlu olgularda osteoklast aktivasyonu ve/veya RANKL yolak inhibisyonu bifosfonat veya denosumumab, SSS tutulumu riski (yüz kemikleri) yüksek olgularda ise mutlaka tedavi başlanmalıdır. Sigara akciğer tutulumu şiddetini artıracağından sonlandırılması uyarılmalıdır.

Anahtar kelimeler: mandibula, litik lezyon, histiyositoz



Endokrinoloji

SS-18

Abstract:0005

VİRAL PNÖMONİ SONRASI İNSİDENTAL FEOKROMASİTOMA

Mehmet Sami İslamoğlu

Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş: Feokromasitoma nöral krest hücre kökenli katekolamin üretimiyle ilişkili nadir görülen bir tümördür(1).Yıllık insidansı 1.000.000 da (2-9) olup yüzde 60 adrenal insidentaloma şeklindedir(2). Özellikle paroksizmal hipertansiyon veya sürekli hipertansiyon,çarpıntı atakları,baş ağrısı,terleme ve anksiyete semptomları şeklinde ortaya çıkabilir(3).Tanı kan ve idrarda katekolamin metabolitlerinin tespiti ile olmaktadır(4).Bu vaka takdiminde viral pnömoni sonrası insidental olarak saptanan adrenal feokromasitoma vakası sunulmuştur.

Olgu: 37 yaşında erkek hastada 1 haftadır devam eden boğaz ağrısı,öksürük,halsizlik,çarpıntı semptomları mevcut.İnfluenza testi pozitif ve kovid pcr negatif olan hastanın çekilen toraks tomografisinde akciğerde viral pnömoni ile uyumlu hafif buzlu cam tutulumu ve sol surrenal bezde 9x8 cm boyutunda kistik düzgün sınırlı kitle lezyonu(feokromasitoma?) tespit edildi.Tansiyonu 220/120 tespit edilen hastaya alfa bloker başlandı.24 saatlik idrar ve kan katekolamin düzeyleri yüksek tespit edilen hastanın operasyon

sonrası patolojisi az diferansiye feokromasitoma ile uyumlu saptandı. Ameliyat sonrası tansiyon değerleri normal seyreden hasta endokrinoloji poliklinik takibine alındı.

Tartışma: Feokromasitoma sporadik veya herediter sendromlar içinde görülebilmektedir.(4) Tümörler çoğunlukla insidental olarak saptanırlar. Bizim vakamızda da aile öyküsü olmayıp terleme halsizlik gibi genel semptomlar dışında ek semptom yoktu. Vakamızda olduğu gibi katekolamin deşarjı sonrası feokromasitomaya bağlı adrenerejik kriz gelişebilmektedir.(5). Güçlü farmakolojik tedavi sonrası operasyon önerilmektedir.

Sonuç: Feokromasitoma adrenal medulla kaynaklı nadir görülen bir tümördür. Kesin tedavisi cerrahi olup sonrasında yaşam boyu takip önerilmektedir. Klinisyenler çarpıntı, terleme ve hipertansiyon atağı ile gelen hastada mutlaka feokromasitomayı akılda tutmalıdır.

Anahtar kelimeler: Terleme, Hipertansiyon, Feokromasitoma

Tablo 1. Feokromasitoma kan ve idrar laboratuvar parametreleri			
İDRAR	Laboratuvar Değerleri	Birim	Referans Aralıkları
Serbest Kortizol (24 sa idrar)	29.1	ug/24sa	<60
Vanilmandelik asit(VMA)(24 sa idrar)	43.9	mg/24sa	<8
Dopamin(İdrar)	2081	ug/24sa	<400
Noradrenalin(İdrar)	4822.9	ug/24sa	<80
Metanefrin(İdrar)	41	ug/24sa	<261
KAN			
Dopamin	173.8	pg/ml	<50
Noradrenalin	5459	pg/ml	<420
Normetanefrin	5662	pg/ml	<200
Metanefrin	29	pg/ml	<90

Genel Dahiliye

SS-19

Abstract:0007

ENOKSAPARİNE BAĞLI GELİŞEN PEKTORAL HEMATOM

Mehmet Sami İslamoğlu¹, Suna Koç²

¹Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Biruni Üniversitesi Anesteziyoloji Ana Bilim Dalı

Giriş: Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin (LMWH) grubunda yer alan enoksaparin pıhtı oluşumunun engellenmesinde, derin ven trombozu, pulmoner emboli ve miyokart infarktüsünün tedavisinde kullanılmaktadır. Heparine göre kanama, osteoporozis ve heparinle indüklenen trombositopeni riski daha azdır. Yaşlı ve böbrek yetmezliği olan hastalarda kanama riski daha fazladır. Bu makalede enoksaparine bağlı gelişen 2 tane pektoral hematom olgusu literatür eşliğinde değerlendirilmiştir.

Olgu 1: 87 yaşında bilinen hipertansiyon ve serebrovasküler hastalık öyküsü olan erkek hasta nefes darlığı ve genel durum bozukluğu ile acil servise başvurdu. Pnömoni ve sepsis tablosunda olan hasta yoğun bakım ünitesine alınarak, inotrop desteği ile takip edildi. Geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi ve serebrovasküler olay nedeniyle düşük molekül ağırlıklı heparin (LMWH) tedavisi başlandı. LMWH 1 ay boyunca tedavi alan hastada göğüs bölgesinde şişlik ağrı saptanması üzerine çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde bilateral pektoral bölgede sağda 3cm ve solda

2.5 cm hematom tespit edildi. LMWH tedavisi kesildi. Pnömoni ve sepsis tablosu ilerleyen hasta exitus oldu.

Olgu 2: 92 yaşında Alzheimer hastalığı mevcut oral alımı olmayan ve nazogastrik sonda ile beslenen kadın hasta ateş ve genel durum bozukluğu ile acil servise başvurdu. Pnömoni saptanan ve hipoksisi olan hasta noninvaziv mekanik ventilasyon amacıyla yoğun bakım takibine alındı. Kan kültüründe proteus üredi ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlandı. 15 gün düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi başlanan hastada göğüs duvarında şişlik saptanması üzerine çekilen yüzeyel ultrasonografide sağ toraks duvarında 5.5x3 cm hematom alanı izlendi. LMWH tedavisi kesilen hasta servis takibine alınarak taburcu edildi

Tartışma: Enoksaparin Heparin gibi Faktör Xa 'yı inhibe eder ve plazma proteinlerine daha az bağlanarak düşük dozda etkili olmaktadır. Literatürde hematüri, gastrointestinal kanama, retroperitonel kanama daha sık bildirilmişken enoksaparine bağlı pektoral hematom sadece 1 vaka bildirilmiştir. Bizim vakalarımızda da 2 ileri yaşı olguda nadir görülen pektoral hematom saptanmıştır.

Sonuç: Venöz tromboemboli tedavi edilmediğinde yüksek mortalite ve morbiditeye sebep olmaktadır. Tedavide sık kullanılan düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisinin heparine göre daha az yan etkisi mevcuttur. Bu avantajlara rağmen kanama riski nedeniyle yaşlı ve böbrek yetmezliği olan hastalarda düşük molekül ağırlıklı heparin dikkatli ve daha düşük dozlarda kullanılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Pektoral Hematom, Enoksaparin, Koagülasyon Bozukluğu

Genel Dahiliye

SS-22

Abstract:0028

DELİRYUM İLE ATİPİK ŞEKİLDE PREZENTE OLAN COVID-19 OLGUSU

Mehmed Burak Erdaş¹, Remzi Ekici²

¹Ankara Şehir Hastanesi, Psikiyatri, Ankara

²Ürgüp Devlet Hastanesi, Dahiliye, Nevşehir

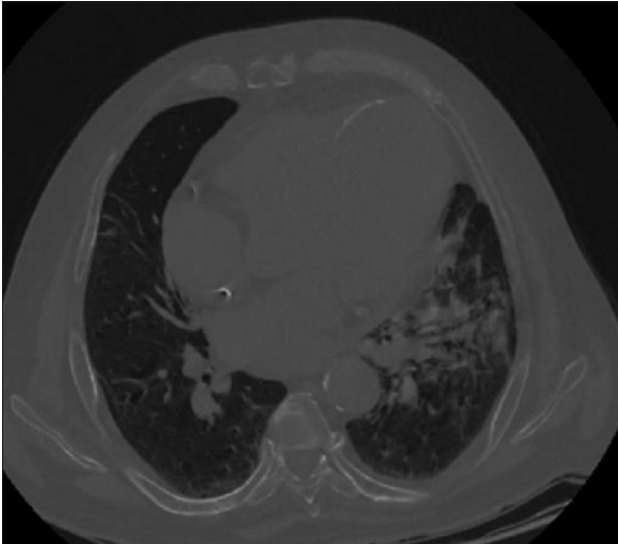
Giriş-Amaç: COVID-19 enfeksiyonunun büyük kısmı asemptomatik veya hafif semptomlarla seyretmekle beraber, yaygın belirtileri ateş, öksürük ve dispnedir. Daha ciddi olgularda, pnömoni, ağır akut solunum yolu enfeksiyonu, çoklu organ yetmezliği ve hatta ölüm gelişebilir. SARS-CoV-2'nin ilk tanımlanmasından bu zamana geçen sürede atipik semptomlarla prezente olan COVID-19 vakaları bildirilmiştir. Burada; 65 yaşında, ateş ve solunum yolu enfeksiyonuna dair herhangi bir semptom göstermeyen deliryum ile atipik şekilde prezente olan COVID-19 vakası klinik özellikleriyle sunulması amaçlandı.

Olgu: 65 yaşında erkek hasta kardiyak aritmisi ve intrakardiyak defibrilatör (ICD)'ü olması nedeniyle son dönemlerde endişesinin artması ve bu nedenle sürekli kendini gergin hissettiği için psikiyatri polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde iskemik kalp hastalığı, diyabetes mellitus, hipertansiyon ve anksiyete bozukluğu tanısı olan hastanın anksiyete bozukluğu yaklaşık beş yıl önce kardiyak aritmi tanısı aldığı dönemde başlamış. Tedavi uyumu yeterli olan hastanın aritmi nedeniyle son hastane yatış sürecinde anksiyete semptomlarının arttığı bu nedenle uykusuzluğunun da olduğu saptandı. Laboratuvar bulgularında dikkat çekici bir anormallik saptanmayan hastada ön planda anksiyete mizaçlı uyum bozukluğu düşünüldü. Psikoterapötik görüşme yapıldı, davranışçı önerilerde bulunuldu ve kontrol önerildi. Dört gün sonra akut bir şekilde başlayan konfüzyon ve evde odasını tuvalet zannedip defekasyonu odasına yapması sonucunda yakınları aracılığıyla

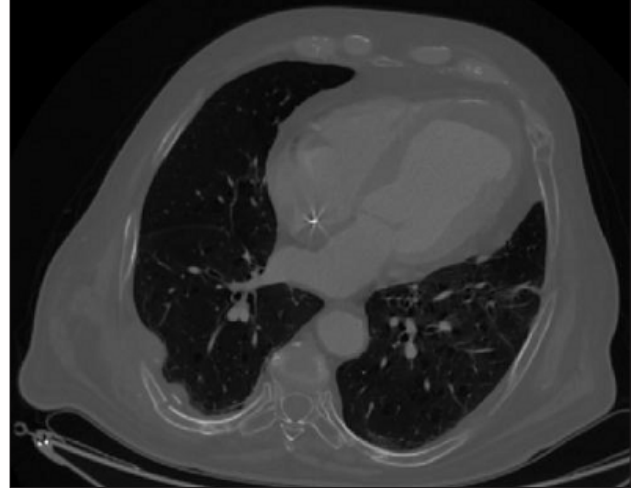
tekrar getirildi. Kişi, yer ve zaman oryantasyonu yetersiz olan hastanın bilinç durumunun dalgalı idi. Yapılan psikiyatrik muayenesi sonucunda miks tip deliryum tanısı konuldu. Deliryuma sebep olabilecek altta yatan sebeplerin tespit edilmesi için değerlendirilen hastanın bakılan vital bulguları kan basıncı 140/80 mmHg, nabız 87/dk, solunum sayısı 18/dk, vücut ısı 36,9°C ve oda havasında oksijen saturasyonu %98. Nörolojik ve kardiyolojik muayeneyi de içeren genel sistemik muayenesinde dikkat çekici herhangi bir bulgusu saptanmadı. Kranial BT sonucunda deliryumu açıklayacak intrakraniyal herhangi bir patoloji saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde lenfopeni ve CRP yüksekliği tespit edilen ve deliryuma sebep olabilecek altta yatan ek başka sebep bulunamayan hastada Covid-19 PCR testi yapıldı ve pozitif sonuçlandı. Ardından çekilen Toraks BT'de bilateral akciğer alt loblarda periferik prebronkovasküler yerleşimli fokal buzlu cam dansiteleri izlenmesi ve bulguların pandemik viral pnömoni açısından uyumlu bulundu. Favipiravir tedavisi başlandı. Hastanın yatışının üçüncü gününde deliryum bulguları geriledi ve kişi, yer ve zaman oryantasyonu stabil şekilde düzeldi. Takiplerde infektif markerlarında artış olan hasta değerlerinin düzelmesiyle 10. Günde taburcu edildi.

Tartışma-Sonuç: SARS-CoV-2 özellikle geriatrik popülasyonda bilinen tipik semptomları olan ateş, kuru öksürük ve nefes darlığı yerine atipik semptomlarla prezente olabilmektedir. Bu durum tanının gecikmesine yol açmakta ve mortalitenin artışına katkı sağlamaktadır. Deliryum, SARS-CoV-2 enfeksiyonunda en sık saptanan nöropsikiyatrik sendrom olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu olguda; deliryum ile günlük klinik pratikte özellikle yataklı ve acil servislerde çok sık karşılaştığımız göz önüne alındığında mevcut pandemi döneminde özellikle ileri yaşta ve/veya komorbiditeleri olan hastalar SARS-CoV-2 tipik semptomlarını göstermese dahi deliryumda olan, bilinç değişiklikleri sergileyen hastalarda pandemik SARS-CoV-2 virüsünün etyolojide akla gelmesi vurgulanmak istenmiştir. Bu durum tanının erken konulmasına yardımcı olarak hem mortalite oranının hem de virüsün yayılımının azalmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: COVID-19, SARS-COV2, Deliryum



Resim 1. Hastanın tedaviden önceki Toraks BT'si, Tarih: 05 Aralık 2020



Resim 2. Hastanın tedaviden sonraki Toraks BT'si, Tarih: 19 Aralık 2020

Endokrinoloji

SS-23

Abstract:0029

HİPOFİZER APOPLEKSİ İLE PREZENTE OLAN YENİ TANI HİPOFİZER MAKROADENOM OLGUSU

Mehmet Güven¹, Muhammed Akif Deniz²

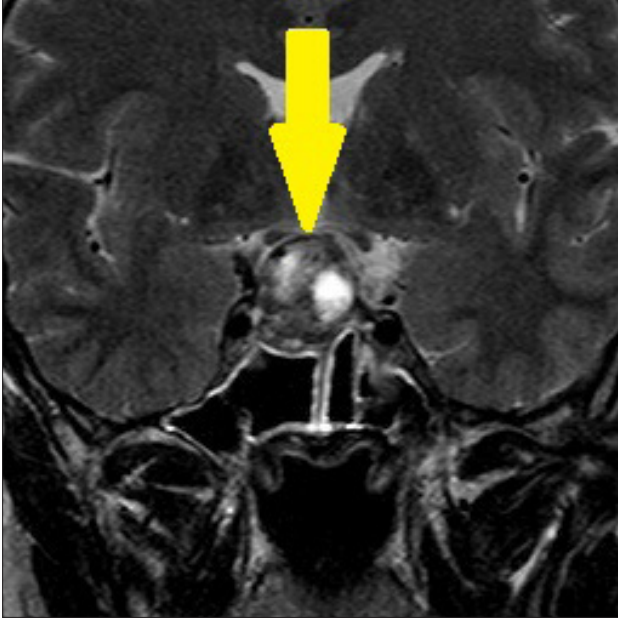
¹Şırnak Devlet Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, Şırnak
²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

Amaç: Hipofizer apopleksi, hipofiz bezinin enfarktüsü veya kanaması nedeniyle ortaya çıkan hayatı tehdit edebilen endokrin acil bir durumdur. Genellikle non-fonksiyone pituitar adenom içine kanama sonrasında gelişir. Bu olgumuzda ayakta başağrısı ve görme bozukluğu ile başvuran hipofizer apopleksi tanılı olguyu sunacağız.

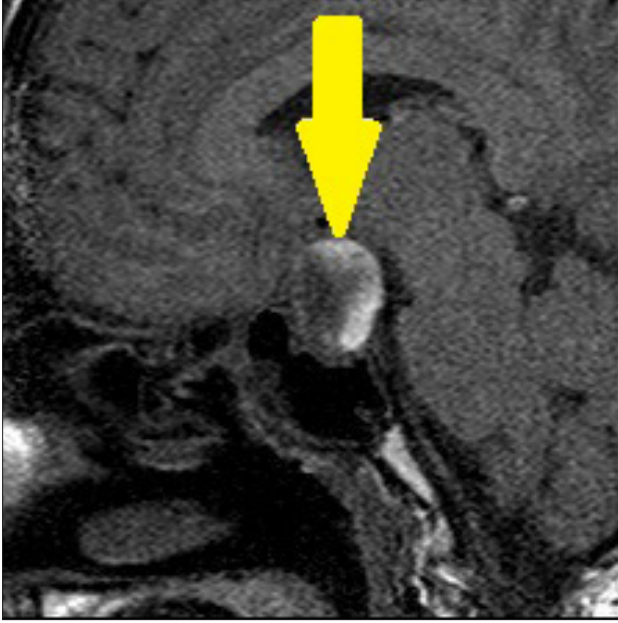
Olgu: 41 yaşında erkek hasta; daha önce bilinen bir hastalığı yok, şiddetli baş ağrısı ve görme bozukluğu olması nedeniyle tarafımıza yönlendirilmişti. Görme alanı muayenesinde bitemporal hemianopsi mevcuttu. Çekilen kontrastlı Hipofiz MR'da optik kiazmaya bası yapan 2x2.5 cm boyutunda makroadenom saptandı (Şekil 1A ve 1B). Ön hipofiz hormonlarında ACTH: 3.96 pg/ml, kortizol: 0.25 µg/dL, TSH: 0.7 uIU/mL, FT4: 10.9 pmol/L, FT3: 4.3 pmol/L bulundu. Diğer ön hipofiz hormonları normal izlendi. Hastada hipofizer apopleksi düşünüldü. Levotiroksin 50 mcg 1x1 ve deksametazon 8 mg 2x1 tedavisi sonrasında beyin cerrahisi tarafından transsfenoidal girişimle dekomprese edildi. Post-op dönemde panhipopituitarizm tablosu mevcut olan hastaya levotiroksin ve kortikosteroid tedavisi devam ettirildi. Takiplerinde görme bozukluğu düzeldi. Klinik tablosu toparlayan hasta levotiroksin tablet 100 mcg 1x1, prednisolon 5 mg 1x1 ve testosteron ampul 3 haftada bir uygulanması önerilerek ayakta takip edilmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: Hipofizer apopleksi, ani olarak ortaya çıkan hayatı tehdit edebilen bir klinik tablodur. Erken tanı ve tedavi edilmesi hayat kurtarıcıdır.

Anahtar kelimeler: Hipofizer apopleksi, kanama, makroadenom, hipofizer yetmezlik



Şekil 1A. Kontrastlı Mr görüntüleme (koronal kesit): hipofiz adenomu içine kanama (sarı ok işareti)



Şekil 1B. Kontrastlı Mr görüntüleme (sagittal kesit): hipofiz adenomu içine kanama (sarı ok işareti)

Endokrinoloji

SS-25

Abstract:0031

POSTMENAPOZAL KADIN HASTALARDA HİPOPARATİROİDİ VARLIĞININ KEMİK SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ: VAKA KONTROL ÇALIŞMASI

Mahmut Apaydın

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

Amaç: Hipoparatiroidizm, düşük PTH düzeyinin izlendiği kalsiyum ve fosfat homeostaz bozuklukları ile seyreden klinik durumdur. Etiyolojide en sık tiroid cerrahisi komplikasyonları ve idiyopatik nedenler yer almaktadır. Hipoparatiroidi tanılı hastalarda PTH analogu (1-84) tedavisinin kemik sağlığı üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmalarda kemik mineral dansitometre (KMD) değerleri hasta grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. 1,25- dihidroksivitamin D (kalsitriol) ve kalsiyum replasmanı alan hastalarda kemik sağlığını değerlendiren az sayıda çalışma mevcuttur.

Amacımız, postmenapozal kadın hastalarda hipoparatiroidinin kemik sağlığı üzerine etkisini kontrol grubu ile karşılaştırmak ve kırık riskini değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya, 55- 65 yaş aralığında cerrahiye sekonder gelişen hipoparatiroidi tanısı ile takipli 14 hasta ile yaş- (vücut kitlesi indeksi) VKİ eşleştirilmiş kontrol grubunu oluşturan 20 postmenapozal dönemdeki sağlıklı kadın birey alınmıştır. Osteoporoz tanısı ile tedavi alan hastalar ile kemik metabolizmasına etkisi olan ilaç kullanımı öyküsü olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Hipoparatiroidi grubu hastalar değişen dozlarda kalsitriol, kalsiyum replasmanı, levotiroksin sodyum ve/veya 25- hidroksi kolekalsiferol (vitamin D3) tedavisi almaktadır.

Lomber (L1- L4) ve femur boyun KMD ölçümleri, General Electric LUNAR DPX PRO cihazı kullanılarak yapılmış, g/cm² ve standart T- skorları değerlendirmeye alınmıştır. Venöz kan örneklerinden kalsiyum, fosfor, alkalen fosfataz, TSH, ser T4, parathormon, vitamin D, magnezyum tetkikleri çalışılmıştır.

İstatiksel analizler SPSS versiyon-22 yazılımı kullanılarak yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak incelendi. Sürekli değişkenler, dağılımlarının normalliklerine bağlı olarak, ortalama ($\pm$ standart sapma) veya medyan (çeyrekler arası aralık) olarak ifade edildi. Normal dağılım göstermeyen değişkenleri karşılaştırmak için Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Bulgu: Çalışmamızda hipoparatiroidi grubunun yaş ortalaması 59.7 ± 5.2 , kontrol grubunun yaş ortalaması 58.9 ± 2.6 yıldır ($p = 0.659$). VKİ değerleri ise sırasıyla 26.0 ± 4.9 , 25.4 ± 3.4 kg/m² dir ($p = 0.117$).

Lomber total T skoru, kontrol grubunda -1.35 ; hipoparatiroidi grubunda ise 0.1846 dir. Lomber vertebra yoğunluğu kontrol grubunda 0.9868 gr/cm², hipoparatiroidi grubunda ise 1.1747 gr/cm² dir. Gruplar arasındaki fark istatistiki olarak hasta grubu lehine anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $p = 0.001$; $p = 0.002$).

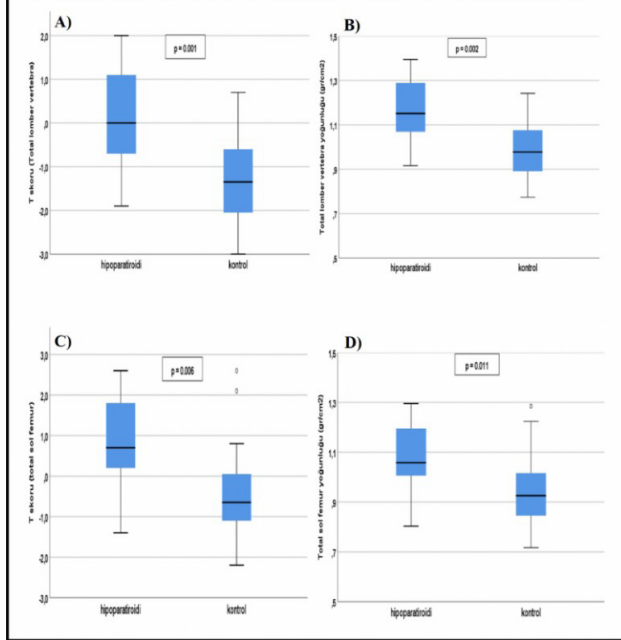
Femur total T skoru, kontrol grubunda -0.3750 ; hipoparatiroidi grubunda ise 0.8538 dir. Total sol femur yoğunluğu kontrol grubunda 0.9414 gr/cm², hipoparatiroidi grubunda ise 1.0799 gr/cm² dir. Gruplar arasındaki fark istatistiki olarak hasta grubu lehine anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $p = 0.006$; $p = 0.011$).

Sonuç: Çalışmamızda hipoparatiroidi grubunun KMD değerlerini anlamlı olarak yüksek saptadık, elde ettiğimiz sonuçlara göre hipoparatiroidi tanısı ile takip edilen postmenapozal kadın hastaların kırık riskinin daha düşük olduğu söylenebilmektedir. Ancak

hipoparatiroidinin kemik sağlığı üzerine olan etkilerini daha detaylı olarak ortaya koymak için geniş kapsamlı, uzun süreli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Hipoparatiroidi, kemik mineral dansitometrisi, KMD, osteoporoz.

1. Hipoparatiroidi ve kontrol gruplarının KMD sonuçlarına göre karşılaştırılması



A) Total lomber vertebra T skoru, B) Total lomber vertebra yoğunluğu, C) Total sol femur t skoru, D) Total sol femur yoğunluğu.

1. Hipoparatiroidi ve kontrol gruplarının demografik ve laboratuvar verilerinin karşılaştırılması

	Hipoparatiroidi (n=14)	Kontrol (n=20)	P değeri
Yaş, yıl	59.7±5.2	58.9±2.6	0.659
VKI, kg/m ²	26.0±4.9	25.4±3.4	0.117
TSH, mU/L	1.26 (0.38-4.34)	1.69 (1.12-2.68)	0.606
sT4, pmol/L	0.92 (0.87-1.00)	0.93 (0.8-1.0)	0.664
Kalsiyum, mg/dL	8.2±0.5	9.6±0.3	<0.001
PTH, pg/mL	11.8±15.0	65.2±26.7	<0.001
25-OH-D3, ng/mL	14.7±6.8	16.6±7.4	0.458
Albumin, gr/L	4.1±0.2	4.2±0.3	0.291
Fosfor, mg/dL	3.0±1.6	3.4±0.6	0.423
Magnezyum, mg/dL	4.2 (2.0-4.7)	2.1 (1.9-2.1)	0.026
ALP, IU/L	73.2±30.1	95.0±22.7	0.045

VKI; vücut kitle indeksi, TSH; tiroid stimulan hormon, sT4; serbest T4, PTH; paratiroid hormon, ALP; alkalin fosfataz.

COVID-19 SEYRİNDE KOAGÜLASYON PARAMETRELERİ VE İNFLAMATUAR BELİRTEÇLERDEKİ DEĞİŞİMLERİN HASTALIK ŞİDDETİYLE İLİŞKİSİ

Alpay Medetalibeyoğlu¹, Murat Kaytaş², Naci Şenkal¹, Alper Akın¹, Sema Genç², Beyhan Ömer², Oral Öncül³, Tufan Tükek¹

¹Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

³Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Dünya üzerinde hızla yayılan SARS-CoV-2 enfeksiyonu asemptomatik ve hafif vakalardan yüksek morbidite ve mortaliteye yol açabilecek kadar ağır vakaların da görüldüğü değişken klinik bir seyre sahiptir. Hastalığın ciddiyetinin ileri yaş, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar, diabetes mellitus dahil altta yatan komorbiditelerle ilişkili olduğu gösterilmiştir ancak ciddi vakalar genç hasta grubunda da görülebilmektedir. SARS-CoV-2 enfeksiyonu, hem immün sistemi hem de koagülasyon sistemini beraber aktive ederek, hastalığın ciddiyetiyle ilişkili anormal bir konak immün yanıtı oluşturur. Birkaç çalışmada koagülasyon testlerindeki anormallikler ile hastalık şiddeti ilişkisi gösterilmiştir.

Bu çalışmayla amacımız hastalık seyrinde protrombin zamanı (PT), aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT), fibrinojen, D-Dimer ve antitrombin III testleriyle hastalık şiddeti arasındaki ilişkiyi inceleyip bu testleri monitorizasyonda kullanmak; ayrıca C-reaktif protein (CRP), prokalsitonin ve interlekin (IL-6) gibi inflammatuar belirteçlerin hastanede kalış süresi ve sağkalım oranı ile ilişkilerini göstermektir.

273 hastadan (171 erkek ve 102 kadın) oluşan hasta örneklemimiz DSÖ tanı kriterlerine göre; 126'sı hafif, 97'si orta ve 50'si şiddetli vaka olarak sınıflandırıldı. Ağır vakaların PT aktivitesi, PT, aPTT ve D-Dimer düzeyleri hafif vakalara kıyasla önemli ölçüde yüksekti. Hafif vakaların fibrinojen seviyeleri, orta ve ağır vakalara kıyasla anlamlı şekilde daha düşüktü. Ayrıca sağ kalanlar ve kalamayanlar arasında PT aktivitesi, PT ve D-dimer seviyeleri önemli ölçüde farklıydı.

İnflammatuar belirteçler kıyaslandığında, CRP ve ferritin düzeyleri, orta ve ağır vakalarda hafif vakalara kıyasla anlamlı derecede daha yüksekti. Hayatını kaybedenlerde ferritin, CRP, prokalsitonin ve IL-6 seviyeleri sağ kalanlara oranla önemli ölçüde yüksekti.

Sonuç olarak, koagülasyon parametreleri, özellikle D-Dimer ve fibrinojen seviyeleri, PT aktivitesi inflammatuar parametrelerden ferritin, CRP ve IL-6 vakaların ciddiyetine bağlı olarak önemli değişiklikler göstermektedir. Bu sebeple COVID-19'lu hastaların klinik monitorizasyonu sırasında mutlaka göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: COVID-19, hastalık şiddeti, inflammatuar belirteçler, koagülasyon parametreleri

Endokrinoloji

SS-27

Abstract:0037

SUBAKUT TİROİDİTLİ HASTALARDA TİROİD OTOANTİKOR POZİTİFLİĞİ İLE HİPOTİROİDİ İLİŞKİSİ**Merve Çatak¹, Derya Köseoğlu², Özden Özdemir Başer³, Zeynep Çetin⁴**¹Tokat Devlet Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, Tokat²Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, Çorum³Yozgat Şehir Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, Yozgat⁴Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, Amasya

Amaç: Subakut tiroidit etyolojisi net olmamakla birlikte yüksek olasılıkla viral etkenlere bağlı olan, tiroid bezinin non-supuratif inflamasyonudur. Otoimmün bir hastalık olmamasına rağmen subakut tiroiditte tiroid otoantikor düzeylerinde artış görülebilmektedir. Hastalığın doğal seyrinde geçici hipotiroidi görülebilen, tiroid harabiyetine bağlı olarak uzun dönemde kalıcı hipotiroidi de izlenebilmektedir. Çalışmamızda subakut tiroidit tanılı hastalarda tiroid otoantikor pozitifliği ile hipotiroidi gelişimi arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık

Yöntem: Endokrinoloji polikliniğine başvuran klinik, fizik muayene, laboratuvar parametreleri ve ultrasonografik değerlendirme sonucu subakut tiroidit tanısı alan 119 vaka retrospektif olarak incelendi. Vakaların demografik özellikleri, tanı anında ve takipte 1, 3 ve 6 aylarda tiroid stimule edici hormon (TSH), serbest T4, serbest T3, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), C-reaktif protein (CRP), antitiroglobulin antikor (anti-TG), anti tiroidperoksidad antikor (anti-TPO) düzeyleri kaydedildi. Takipte TSH düzeyi 4-10 IU/mL olup semptomu olan ya da TSH düzeyi >10 IU/mL olan vakalar hipotiroidik olarak değerlendirildi ve levotiroksin replasmanı başlandı.

Bulgular: Subakut tiroidit tanısı alan 119 vakanın 90'ı kadın 29'u erkekti. Tanı anında TSH, serbest T4 ve serbest T3 düzeyleri sırasıyla 0,02 IU/mL (0,001-3,79), 2,6 ng/dL (0,8 - 6,1) ve 5,7 pg/mL (1,47-28,7) idi. Ortalama ESR ve CRP düzeyleri sırasıyla 64 mL/saat (17-110) ve 50 mg/L (1-245) idi. Tanı anında vakaların sırasıyla %18 ve %17,7'sinde anti-TPO ve anti-TG antikorları pozitif idi. Takipte vakaların %21'inde (26/119) hipotiroidi gelişti ve bu vakalara replasman başlandı. Tanı anında anti-TG pozitif olan vakaların %52,9'unda, negatif olan vakaların %18,3'ünde takipte hipotiroidi izlendi. Anti TPO pozitif olan vakaların %52,9'unda, negatif olan vakaların ise %17'sinde hipotiroidi izlendi. Tanı anında tiroid otoantikoru pozitif olan vakalarda hipotiroidi görülme sıklığı artmış olarak bulundu. Hipotiroidi gelişen vakalarda her iki tiroid otoantikoru da aynı oranda %40,9 pozitif saptandı (9/22). Hipotiroidi gelişenlerde başlangıç anti-TPO ve anti-TG pozitifliği daha sık olarak saptandı. (p=0,004 ve p=0,01)

Sonuç: Subakut tiroidit otoimmün bir hastalık değildir. Buna rağmen beklenilen aksine tiroid otoantikor pozitifliği görülebilmektedir. Bizim çalışmamızda da subakut tiroiditte tanı anında tiroid otoantikor pozitifliği saptanan hastalarda hipotiroidi görülme sıklığının artmış olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle otoantikor pozitifliği saptanan subakut tiroidit hastalarının hipotiroidi gelişimi açısından takibi önemlidir.

Anahtar kelimeler: anti TG, anti TPO, hipotiroidi, subakut tiroidit

Genel Dahiliye

SS-28

Abstract:0038

METASTATİK RENAL HÜCRELİ KARSİNOMDA VÜCUT KİTLE İNDEKSİ İLE NİVOLUMAB YANITI ARASINDAKİ İLİŞKİ**Merve Korkmaz Yılmaz¹, Mesut Yılmaz²**¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul²Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Prevalansı pandemik düzeyde olan ve sıklığı artmaya devam eden obezite, hem diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar için hem kanser için önlenemez ve değiştirilebilir önemli bir risk faktörüdür. Epidemiyolojik çalışmalarda obezitenin, genel sağkalım ve kansere bağlı sağkalımda negatif bağımsız bir prognostik faktör olduğu bildirilmiştir. Ancak renal karsinomlu hastalarda; vücut kitle indeksinin fazla olması daha iyi sağkalımla ilişkili değildir. "Obezite paradoksu", birçok ilerlemiş kanser ve hastalıkta bildirilmiş olmakla birlikte, bu beklenmedik ilişkinin arkasındaki mekanizmalar hala net değildir.

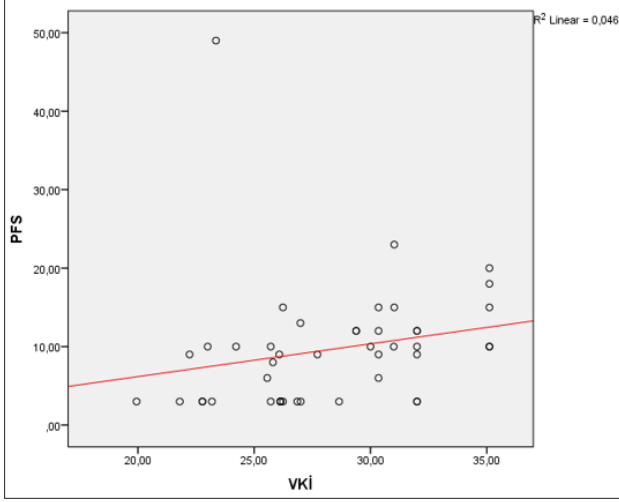
Bu çalışmanın amacı; nivolumab tedavisi alan metastatik renal hücreli kanserli (mRCC) hastalarda vücut kitle indeksi ile progresyonsuz sağkalım (PFS) arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Materyal-Metod: Çalışmaya Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği'nde mRCC tanısıyla takipli bir basamak anti-anjiyotik tedavi sonrası nivolumab ile tedavi edilen 45 hasta dahil edildi. Hasta dosyaları retrospektif olarak incelenerek; demografik özellikler, klinik yanıt, nivolumab tedavisi başlamadan önceki boy ve kilo kaydedildi. Vücut kitle indeksi (VKİ) = kilo (kg)/ boy²(m²) formülü ile hesaplandı. Hastalar VKİ'lerine göre 18.5-24.9 kg/m² ise normal kilolu, 25-29.9 kg/m² ise fazla kilolu, >30 kg/m² ise obez olarak sınıflandırıldı. PFS; nivolumab başlangıcından itibaren radyolojik progresyon, toksisite nedeniyle ilacın kesilmesi veya ölüme kadar geçen süre olarak tanımlandı.

Sonuçlar: Çalışmamıza dahil edilen 45 hastanın 30'u erkek, 15'i kadındı. Tüm hastaların yaş ortalaması 54.6 ± 11.9 yıldır. Otuz üç hasta nivolumab öncesi dönemde sunitinib tedavisi almıştı, 12 hasta ise pazopanib ile tedavi edilmişti. Yirmi dokuz hastanın ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) performans skoru (PS) 0, 16 hastanın ise 1'di. Hastalar en iyi radyolojik yanıtlarına göre sınıflandırıldığında 22'sinde progresif hastalık, 3'ünde stabil hastalık, 18'inde parsiyel yanıt ve 2'sinde ise tam yanıt saptandı. Tüm hasta grubunda ortalama progresyonsuz sağkalım (PFS) 9.6 ay (3.0 - 49.0 ay) saptandı. VKİ 18.5-24.9 kg/m² olan 9 hasta, VKİ 25-29.9 kg/m² arasında olan 17 hasta, VKİ >30 kg/m² olan 19 hasta saptandı. Hastaların demografik, patolojik ve klinik özellikleri Tablo-1'de gösterilmiştir. VKİ ile PFS arasında Spearman'a göre istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon (p<0.05) saptandı (Grafik 1). Obez (n:19) ve obez olmayan (n:26) hastalar arasında PFS için anlamlı fark görüldü.

Tartışma: Çalışmamızın sonuçlarına göre nivolumab ile tedavi edilen ve vücut kitle indeksi yüksek olan mRCC hastalarında daha uzun progresyonsuz sağkalım gözlenmiştir. Elde edilen verilerin daha güçlü sonuçlarla doğrulanması için daha fazla sayıda hastanın dahil edildiği prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: vücut kitle indeksi, immünoterapi, kanser, sağkalım



Grafik 1. Vücut kitle indeksi ile PFS arasındaki korelasyon eğrisi (Spearman, $p < 0,05$)

Tablo 1. Hastaların demografik, patolojik ve klinik özellikleri	
Yaş (yıl)	54,6 ± 11,9 (30-77)
Cinsiyet (n, kadın/erkek)	15 / 30
Metastaz yeri sayısı (n)	2,9
SSS metastaz (n)	3
Akciğer metastaz (n)	15
Karaciğer metastaz (n)	6
Kemik metastaz (n)	14
Birinci seri tedavi	
- Sunitinib (n)	33
- Pazopanib (n)	12
Nefrektomi	
- Evet	15
- Hayır	4
ECOG skoru	
- 0	29
- 1	16
Radyolojik Yanıt	
- Progresif hastalık (PD)	22
- Stabil hastalık (SD)	3
- Parsiyel yanıt (PR)	18
- Tam yanıt (CR)	2
VKİ	
- 18,5-24,9 kg/m ²	9
- 25-29,9 kg/m ²	17
- >30 kg/m ²	19
PFS total (ay)	9,6 (3-49)
- PFS (VKİ:18,5-24,9 kg/m ²)	10,3
- PFS (VKİ:25-29,9 kg/m ²)	8,1
- PFS (VKİ<30 kg/m ²)	11,6
- p değeri	<0,05

COVID-19 İLİŞKİLİ SUBAKUT TİROİDİT VAKASI

Ramazan Çakmak¹, Yunus Çatma²

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

²Hayrabolu Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları, Tekirdağ

Giriş: Çin'in Hubei Eyaletindeki bir şehir olan Wuhan'da 2019 yılının sonlarına doğru bir grup pnömöni vakasının nedeni olarak SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus-2) virüsü tanımlandı. Küresel bir salgına neden olan hastalığa Dünya Sağlık Örgütü, COVID-19 adını verdi ve pandemi olarak ilan etti. SARS-CoV-2, konakçı hücreleri enfekte etmek için anahtar moleküler kompleks olarak tiroid bezinde de yoğun olarak eksprese edilen "Transmembrane protease serine 2 (TMPRSS2)" ile birlikte "Angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2)" reseptörlerini kullanmaktadır. Potansiyel olarak hem pulmoner hem de sistemik inflamasyon nedeni olan COVID-19 ile tiroid bezi arasındaki ilişkiye dair veriler ortaya çıkmakta ve Mart 2020'den beri hızla artmaktadır. Subakut tiroidit, boyun ağrısı, yutma güçlüğü, çarpıntı, tremor, kilo kaybı, ateş, akut faz yüksekliği ve tirotoksikoz ile karakterizedir. Sıklıkla viral enfeksiyonların seyrinde veya sonrasında bildirilmiştir.

Amaç-Yöntem: Literatürde son zamanlarda nadir olarak bildirilen SARS-CoV-2 ilişkili subakut tiroidit olgusunu tartışmaktır.

Bulgular: Elli iki yaşında erkek, Nisan 2020'de bilgisayarlı tomografide viral pnömöni ile uyumlu enfeksiyon hikayesinden (SARS-CoV-2 Real-Time PCR negatif) 1 ay sonra ateş, boğaz ağrısı, kilo kaybı şikayetleri başlamış. Üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı ile 7 gün boyunca amoksisilin klavulanik asit kullanmış, ancak şikayetlerinde gerileme olmamış. Fizik muayenede hafif artmış kalp hızı (104/dk/r), 37,8 derece ateş, palpasyonda ağırlı tiroid bezi saptandı. Laboratuvar incelemelerinde tiroid stimulan hormon (TSH) baskılı, serbest tiroksin (fT₄) ve serbest triiyodotironin (fT₃) yüksekti. inflamatuvar belirteçleri c-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) ve lökosit sayısı nötrofil lehine yüksekti. Tiroid otoantikorlarından anti tiroid peroksidaz, anti tiroglobulin ve tiroid reseptör antikoru negatifti. Boyun USG de tiroid bezinde her iki lobda yaygın hipoekoik alanlar, parenkimde heterojenite ve servikal reaktif karakterde lenf nodları subakut tiroidit lehine yorumlandı. Pnömoni esnasında bakılan Covid PCR negatif gelmiş olan hastanın SARS-CoV-2 IgG antikorları pozitif saptandı. Non-streoid anti-inflamatuvar ilaç ve betabloker tedavisi sonrası 3. haftada klinik ve akut faz yanıtı, 8. haftada da tiroid hormon profili tamamen normale döndü (Tablo 1).

Sonuç: Literatürde subakut tiroidit, otoimmün tiroidit ve atipik tiroidit formları COVID-19 ile ilişkilendirilmiştir. SARS-CoV-2 pandemisinde elde edilen mevcut sonuçlara göre COVID-19 seyrinde tiroid fonksiyonlarının izlenmesini öneriyoruz. Hastalık iyileştikten sonra ortaya çıkan boyun-boğaz ağrısı, ateş ve akut faz yüksekliklerinde mutlaka subakut tiroidit akılda tutulmalıdır. COVID-19 enfeksiyonu sonrası gelişen bir subakut tiroidit vakasını değerlendirdiğimiz bu çalışmamızda klinisyenleri COVID-19 ile ilişkili olabilecek ek veya henüz bildirilmemiş klinik belirtiler açısından da uyarmak istedik.

Anahtar kelimeler: subakut tiroidit, COVID-19, hipertiroidi, SARS-CoV-2

Tablo 1. Laboratuvar Verileri

	İlk Başvuru	3. Hafta	8. Hafta
TSH (mIU/mL) (0.27-4.2)	<0.005	0.01	3.6
FT4 (ng/dL) (0.93-1.70)	6.62	1.65	1.23
FT3 (pg/mL) (2.6-4.4)	7.68	2.89	3.13
CRP (mg/L) (0-5)	60	4	1.9
ESR (mm/h) (0-20)	87	13	5
Lökosit ($10^9/L$) (3.91-10.9)	11.65	8.5	6.8

Gastroenteroloji

SS-30

Abstract:0048

AKUT BİLİYER PANKREATİTTE YENİ BİR PROGNOSTİK BELİRTEÇ: ALBI SKORU

Gökhan Tazegül¹, Mete Akın², Bülent Yıldırım²¹Ankara Polatlı Duapepe Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Amaç: Akut pankreatit, hafif veya mortalite ile sonuçlanabilecek derecede şiddetli seyir gösterebilen heterojen bir hasta grubunu ifade etmektedir. Bu nedenle, şiddetli seyri öngörebilmek, agresif tedavi gerektirecek hastaları belirlemek açısından önem taşır. Ancak hala şiddetli akut pankreatiti öngörebilen ideal bir skorlama sistemi yoktur. Hepatosellüler kanserde kullanılan albumin-bilirubin (ALBI) skorlaması, hepatobiliyer fonksiyonunun iyi bir göstergesidir. Bu çalışmada, akut biliyer pankreatitli hastalarda, revize edilmiş Atlanta sınıflandırmasına göre pankreatit şiddeti ve diğer prognostik skorlama sistemleri ile ALBI skoru arasındaki uyumun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmada, biliyer pankreatit tanısı almış toplam altmış altı hasta değerlendirilmiştir. Hastalar pankreatit şiddeti açısından 2012 Revize Atlanta Sınıflandırması'na göre sınıflandırılmıştır. Ranson skoru, Glasgow-Imrie skoru, Bedside Index of Severity in Acute Pancreatitis (BISAP), Harmless Acute Pancreatitis Score (HAPS), JSS (Japanese Severity Score), Acute Physiology and Chronic Health Evaluation-II (APACHE-II), Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) skoru, ve ALBI skoru değerlendirilmeye alınmıştır. Verilerin analizinde SPSS Windows sürüm 23.0 kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkilerini değerlendirilmesinde Spearman's rho korelasyonu, tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Altmış altı biliyer pankreatitli hastanın 46'sı (69.6%) hafif, 13'ü orta şiddette (19.6%), 7'si (10.8%) şiddetli pankreatit olarak sınıflandırılmıştır. Revize Atlanta sınıflandırmasına göre orta şiddetli ve şiddetli pankreatiti ayırt etmede en yüksek korelasyon katsayısına sahip skorlama sistemi BISAP'tır (R: 0.443). Glasgow-Imrie (R: 0.429) ALBI grade 3 (48.saat, R: 0.429), JSS skoru (R: 0.413) ve SOFA skoru (R: 0.308) da Revize Atlanta sınıflandırması ile orta derecede koreledir. ALBI grade 3 (başvuru) (R: 0.272) ve HAPS skoru (R: 0.259) düşük düzeyde koreledir. Ranson skoru ve APACHE skoru ile korelasyon izlenmemiştir. Regresyon analizinde, ALBI grade 3 (48. Saat) varlığının, orta

şiddette ve şiddetli pankreatit riskini 17 kat arttırdığı, BISAP skorunun ise riski 4.7 kat arttırdığı izlenmektedir.

Sonuç: Çalışmamızda, Revize Atlanta sınıflandırması ile orta şiddetli ve şiddetli pankreatiti ayırt etmede en yüksek korelasyon katsayısına sahip skorlama sistemi BISAP olmakla beraber hiç bir skorlama sistemi Revize Atlanta sınıflandırması ile yüksek korelasyon göstermemektedir. Pankreatit şiddetini öngörmeye ideal bir skorlama sisteminin olmadığı söylenebilir. Hastaların 48. saat takibinde ALBI grade 3 saptanmasının yüksek risk ile ilişkili olduğu gösterilmekle beraber, akut biliyer pankreatitte uzayan sarılık ve artmış sistemik inflamatuvar yanıt nedeniyle, negatif bir akut faz reaktanı olarak düşük albumin düzeylerinin izlenmesi, bu skorlamanın akut biliyer pankreatit grubunda kullanımı açısından bir yararlılık içerebilir. Bu sonuçlar özellikle akut biliyer pankreatitte ALBI skoru ile ilgili daha ileri çalışmalar gerektiğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: biliyer pankreatit, pankreatit, prognostik skorlar, prognoz

Genel Dahiliye

SS-31

Abstract:0051

COVID-19 HASTALARINDA KARACİĞER ENZİM YÜKSEKLİĞİ MORTALİTE BELİRTECİ MİDİR?

Göktürk Ögredici, Yasemin Gökden, Melis Kayılı, Mustafa Taner Yıldırım, Namıgar Turgut, Mine Adaş

Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: SARS-CoV-2'nin etken olarak kabul edildiği yeni koronavirüs hastalığı (COVID-19) pandemisi halen devam etmektedir. Yapılan klinik çalışmalarda; orta-ağır tutulumu olan birçok hasta da karaciğer hasarı da görülmektedir. Hem akciğer hem karaciğer hasarı ile giden, COVID-19 ilişkili multiorgan yetmezliğindeki hastalarda; karaciğer enzim yüksekliğinin mortalite açısından prognostik değerinin olup olamayacağı araştırılmaktadır.

Biz de çalışmamızda; hastanemize başvuran ve COVID-19 tanısı koyduğumuz hastalarda karaciğer enzim değişiklikleri ile mortalite arasındaki ilişkiyi gözden geçirmeyi amaçladık.

Yöntem-Gereç: Çalışmaya 763 hasta retrospektif olarak katıldı. Hastaların başvuru anındaki ve bir hafta sonraki AST,ALT,ALP,GGT,INR,LDH,albumin,ferritin,D-dimer ve bilirubin düzeyleri kaydedildi. Karaciğer malignitesi olan hastalar ve gebeler çalışmaya dahil edilmedi.Sonuçlar uygun istatistiksel analizlerle karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların %46'sı (n=354) kadın, %54'ü (n=409) erkek idi.Çalışmaya alınan olguların %17,4'ü (n=133) mortalite seyretti. Mortalite görülen olguların yaşları, mortalite görülmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksek saptanırken (p<0.01), cinsiyetler arası anlamlı fark saptanmadı(P>0,05).Mortalite görülen olguların ilk ve son AST ölçümleri, mortalite görülmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p<0.01). Ancak, mortaliteye göre olguların ilk ve son ALT ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (p>0.05).Mortalite görülen olguların ilk ölçüme göre son AST ölçümlerindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunurken (p<0.05). Mortalite görülen olgularda bu değişim anlamlı saptanmadı (p>0.05). Mortalite görülen ve görülmeyen olguların ilk ölçüme göre son ALT ölçümlerindeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.01).

Aynı zamanda; mortalite görülen olguların ilk ve son ALP, albumin, GGT, ferritin, D-dimer, INR ve LDH ölçümleri arasındaki fark, mortalite görülmeyen olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p<0.01).

Sonuç ve Tartışma: Çalışmamızın sonucu olarak; COVID-19 tanısı almış ve mortal seyri olan hastalarda, karaciğer fonksiyonunu gösteren enzimler ile kolestatik enzimlerde, başvuru anına göre belirgin bir artış saptanmıştır. ALT'ye oranla AST düzeyindeki artış farklılığı bizleri, hastalığın multiorgan tutulumunu düşünmeye yönlendirmektedir. Hastaların, COVID-19 ile teması öncesindeki hepatik disfonksiyon derecelerinin net bilinmemesi çalışmanın kısıtlılığını oluşturmaktadır. Aynı zamanda, hastalığın tedavisinde kullanılan ilaçların da hepatotoksik özellikleri göz ardı edilmemelidir. Özellikle ağır ve mortal seyreden hastalardaki enzim progresyonu, karaciğer enzimlerinin de ferritin ve lenfopeni gibi mortalite açısından prognostik önemi belirlenmiş parametrelerden biri olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: COVID-19, AST, ALT, Mortalite

Tablo 1: Mortaliteye göre laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi

		Mortalite			
		n	Yok	n	Var
AST	İlk Ölçüm	625	6-2600 (29)	132	9-2449 (40)
	Son Ölçüm	620	41,68±107,13	133	75,14±218,67
	İlk Ölçüm	620	7-176 (28)	133	10-5786 (44)
	Son Ölçüm	622	35,09±23,41	133	138,62±541,48
ALT	İlk Ölçüm	628	1-1128 (21)	131	4-777 (23)
	Son Ölçüm	622	31,34±52,47	133	44,56±83,10
	İlk Ölçüm	622	2-316 (27)	133	5-2073 (28)
	Son Ölçüm	622	39,24±39,46	133	79,77±206,81
ALP	İlk Ölçüm	424	9-2654 (66)	102	18-2150 (80)
	Son Ölçüm	379	83,27±134,35	125	119,66±216,62
	İlk Ölçüm	424	20-1144 (66)	102	17-1012 (76)
	Son Ölçüm	379	79,00±68,22	125	109,90±125,12
Albümün	İlk Ölçüm	630	0-50,4 (34,9)	133	0-47,2 (30,4)
	Son Ölçüm	457	26,07±17,82	127	25,64±13,94
	İlk Ölçüm	630	12,7-82 (34,7)	127	15,5-37,5 (26,2)
	Son Ölçüm	457	34,68±5,87	127	26,43±4,31
INR	İlk Ölçüm	630	0-13,2 (1)	133	0-14,4 (1,1)
	Son Ölçüm	324	1,01±1,34	121	1,17±1,46
	İlk Ölçüm	630	0-8-100,9 (1,1)	121	0,9-14,5 (1,3)
	Son Ölçüm	324	1,55±5,63	121	1,64±1,71
GGT	İlk Ölçüm	403	5-630 (27)	101	4-863 (40)
	Son Ölçüm	358	47,39±63,95	124	72,10±112,27
	İlk Ölçüm	403	7-376 (36)	101	8-955 (46,5)
	Son Ölçüm	358	53,98±53,82	124	90,94±136,19
T.Bilir	İlk Ölçüm	355	0-3,8 (0,6)	94	0,1-3,8 (0,6)
	Son Ölçüm	259	0,66±0,40	125	0,80±0,63
	İlk Ölçüm	355	0,1-3,8 (0,5)	94	0,1-8,6 (0,7)
	Son Ölçüm	259	0,60±0,38	125	1,12±1,44
			2,32±2,90		2,96±6,96

hastalardaki PCR negatiflik oranını, ilişkili olduğu faktörleri ve prognoza olan etkisini PCR pozitif grupla karşılaştırmayı planladık.

Materyel Metod: Retrospektif olarak yaptığımız çalışmaya hastanemiz dahiliye pandemi kliniklerinde Covid pnömonisi tanısıyla yatarak tedavi gören tüm hastalar alındı. Yatış anından itibaren 3 kez boğaz/nazal sürüntüsü negatif gelen hastalar negatif PCR grubu olarak tanımlandı. Her iki grubun demografik özellikleri, ek hastalıkları, başvuru semptomları, yatış süreleri ve klinik prognozları karşılaştırıldı. Sonuçların değerlendirilmesinde istatistiksel SPSS 25 yazılımı kullanıldı.

Bulgular: İki grup karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet ve BMI açısından istatistiksel farklılık saptanmadı. Diyabet, koroner kalp hastalığı, kronik akciğer hastalığı PCR+ grupta daha fazla saptandı (sırasıyla $p<0.019$; $p<0.028$; $p<0.001$). RAS blokeri, metformin, DPP4-İ, SGLT-2 ve insülin kullanımı PCR pozitif grupta daha fazlaydı (sırasıyla $p<0.001$; $p<0.001$; 0.020 ; $p<0.360$; $p<0.003$). Furasemid kullanımı PCR negatif grupta daha yüksek bulundu ($p<0.002$). BT bulgularının PCR+ grupta daha ileri, başvuruda ateş bulgusunun PCR negatif grupta, SaO2 düşüklüğünün ise PCR+ grupta daha fazla olduğu görüldü. Entübasyon, yoğun bakıma gidiş ve mortalite açısından fark saptanmadı. Hastane yatış süresinde PCR negatif hastalar lehine istatistiksel anlamlılık sınırında fark mevcuttu ($p<0.054$). (tablo 1)

Sonuç: PCR testi negatif olup Covid-19 kliniği gösteren hastalar triajda ve istatistiklerde sorunlara neden olmaktadır. Teknik hatalar ekarte edildikten sonra bile PCR negatifliği oldukça yüksek oranda kalmaktadır. Bu durumun nedeniyle ilgili çok sayıda kanıtlanmamış teori vardır. Orofaringeal bölgeden akciğere viral göç nedeniyle pnömoni gelişen vakalarda PCR negatifliğinin daha sık olacağı varsayımı çalışmamızda gösterilmemiştir. Negatif hastaların klinik gidişinin daha ağır olduğu yönünde yayımlar olsa da çalışmamızda biz böyle bir ilişki gösteremedik. Diyabet, koroner arter hastalığı ve kronik akciğer hastalığı olanlarda, RAS blokeri, metformin, DPP4-İ, SGLT-2 ve insülin kullananlarda PCR pozitifliği sıklığının anlamlı olarak daha yüksek bulunması çalışmamızın önemli sonuçlarındandır. Bu konuyu aydınlatabilecek daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır

Anahtar kelimeler: Covid-19, pandemi, PCR testi, prognoz

Genel Dahiliye

SS-32

Abstract:0052

COVID-19 OLGULARINDA PCR POZİTİFLİĞİNİN İLİŞKİLİ OLDUĞU FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE PROGNOZDA ÖNEMİ

Seydahmet Akın, Meryem Topal, Banu Böyük, Büşra Tomar, Dilan Karaca, Nazire Aladağ, Arzu Cennet Işık, Özcan Keskin

SBÜ Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İstanbul

Giriş-Amaç: Dünya Sağlık Örgütü, COVID-19 salgını ilk salgının başladığı Çin dışında 113 ülkede vakalarının görülmesi, virüsün yayılımı ve şiddeti nedeniyle 11 Mart'ta pandemi olarak tanımlanmıştır. COVID-19 olgularının tanısı gerçek-zamanlı reverse transkripsiyon polimeraz zincir reaksiyonu (rRT-PCR) gibi bir NAAT testi ile virus RNA'sının özgül dizilerinin saptanması yoluyla konulmaktadır. Toraks bilgisayarlı tomografisi (BT), PCR testi negatif COVID-19 hastalarında, erken dönemde duyarlı bir tanısal yaklaşımdır. Antikor yöntemleri diğer tanısal testler arasında olsa da hastalığın başlangıç döneminde genellikle negatif kalmaktadır. Ancak olası/kesin tanı ayırımında hala PCR pozitifliği geçerlidir. Yanlış negatif PCR oranı %20-%40 olarak azımsanmayacak orandadır. Çalışmamızda dahiliye pandemi servisinde izlediğimiz

Tablo 1. Covid PCR Pozitifliğine göre cinsiyet ve ek hastalıkların karşılaştırılması

	Covid PZR pozitif (n:413)	Covid PZR negatif (n:200)	p
Cinsiyet (K/E)	189/224	99/101	0,385
Hipertansiyon	188/225	75/125	0,06
DM	122/291	41/158	0,019
İKH	86/327	27/173	0,028
Kronik Akciğer Hastalığı	63/350	16/184	0,012
KBY	29/384	12/188	0,685
HL	28/385	6/194	0,055
Malignite	30/383	17/183	0,59
Nörolojik Hastalıklar	28/385	13/187	0,897

Tablo 2. PCR pozitifliğine göre kullanılan ilaçların karşılaştırılması

	Covid PZR pozitif (n:413)	Covid PZR negatif (n:200)	p		Covid PZR pozitif (n:413)	Covid PZR negatif (n:200)	p
ASA	58/351	18/182	0,069	Metformin	62/347	12/187	0,001
P2Y12 inh	11/398	4/196	0,606	Pioglitazon	3/410	0/199	0,228
YOKAK	5/404	3/196	0,772	Sulfonüre	12/401	2/197	0,141
Coumadin	6/404	7/192	0,100	DPP4	23/390	3/196	0,02
BB	37/376	10/189	0,087	SGLT2	9/404	0/199	0,036
ACE	37/376	7/192	0,015	İnsülin	27/386	2/197	0,003
ARB	49/364	11/188	0,014	Antitipid	19/391	3/196	0,052
KKB	39/374	16/183	0,57	Tiazid	15/398	10/189	0,415
Alfa bloker	7/406	0/199	0,065	Furosemid	3/410	9/190	0,002

Tablo 3. PCR varlığına göre demografik ve Toraks BT bulgularının karşılaştırılması

	Covid PZR pozitif (n:413)	Covid PZR negatif (n:200)	p
Yaş	58,21±15,91	59,73±17,96	
Yatış süresi	6,82±4,72	6,81±5,67	
Sistolik P	119,58±15,69	120,45±13,14	
Diastolik P	73,17±8,83	76,79±5,86	
Nabız	83,12±11,91	85,59±14,67	0,028
Ateş	36,90±2,73	36,71±0,58	
SaO2	93,44±4,20	95,23±2,77	0,00
BT bulguları	2,08±0,99	1,38±0,88	0,00

Tablo 4. PCR pozitifliğine göre laboratuvar değerlerinin karşılaştırılması

	Covid PZR pozitif (n:413)	Covid PZR negatif (n:200)	p
Lökosit	7559,95±5229,79	8701,52±6726,51	0,023
Lenfosit	1499,32±2491,06	1535,89±1041,35	
Trombosit	229,59±103,77	230,17±94,61	
Hemoglobin	13,26±3,54	12,60±3,92	
CRP	81,14±73,119	57,20±65,84	0,000
Prokalsitonin	2,04±8,46	0,59±2,79	0,005
D dimer	1400,50±1754,76	1604,22±2031,03	
Ferritin	558,70±706,79	197,08±254,71	0,000
LDH	335,83±194,74	306,26±252,12	
Troponin	0,021±0,0432	0,015±0,032	

Tablo 5. PCR pozitifliğine göre semptom ve laboratuvar korelasyon analizi

	Ateş	SaO2	BT	Lökosit	Prokalsitonin	Ferritin
COVID PZR	r	r	r	r	r	r
	0,242**	0,216**	0,323**	0,093*	0,127**	0,264**
P	0	0	0	0,023	0,005	0

Genel Dahiliye

SS-33

Abstract:0055

YATAN COVID HASTALARININ KOMORBİD HASTALIKLARI, YOĞUN BAKIMA GİDİŞ VE MORTALİTE ORANLARI

Arzu Cennet Işık, Özcan Keskin, Banu Büyük, Seydahmet Akın, Nazire Aladağ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Amaç: COVID-19 hastalarında; ciddi akut solunumsal enfeksiyon(SARI), ağır pnömoni ARDS ve sepsis meydana geldiğinde hastaların yoğun bakım ünitesinde(YBÜ) izlenmesi ve tedavisi gerekmektedir. Solunum yetmezliği sıklıkla hipoksemik solunum yetmezliği şeklindedir. İleri yaş, komorbid hastalık varlığı (koroner arter hastalığı-KAH, konjestif kalp yetmezliği-KKY, diyabetes mellitus-DM, kronik respiratuar hastalık, hipertansiyon, kanser), erkek cinsiyet ağır hastalık gelişimi için risk faktörleridir. Çalışmamızda servisimizde pandeminin ilk döneminde yatarak takip ettiğimiz hastaların komorbid hastalıkları, yoğun bakıma gidiş ve mortalite oranlarını sizlerle paylaşmak istedik.

Giriş: 442 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların %48,4'ü (n: 214) kadın idi. Hastalardan 110 kişide DM(%24,8), 60 kişide KAH(%13,5), 37 kişide malignite (%8,3), 27 kişide KBY(%6,1), 16 kişide dekompanze KKY(%3,6) vardı. Sigara içme oranı %24,8 (n:110) olarak bulundu. Klinik takibimizde YBÜ ihtiyacı olan 25 hasta oldu ve bunların 10'u (%40) kadın idi. YBÜ'de en uzun kalış süresi 60 gün iken; 16 hasta 1-10 gün, 7 hasta 11-21 gün ve 2 hasta >21 gün yatmıştır. YB yatışı olan hastaların bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları incelendiğinde; %24 (n:6) normal, %20 (n: 5) tek taraflı buzlu cam, %20 (n: 5) çift taraflı buzlu cam, %12 (n:3) tek taraflı infiltrasyon, %24(n: 6) çift taraflı infiltrasyon görüntüsü mevcuttu. YB hastalarının <55 yaş %20 (n: 5), %52'si (n: 13) 55-74 yaş arasında iken, %28'i (n: 7) 75 yaş ve üzerinde idi. Hastalarımızın 10'unda (% 40) DM, 6'sında (%24) KAH, 4'ünde (%16) KBY, 4'ünde (%16) malignite, 1 kişide (%4) KKY tanıları mevcuttu. Sigara içen 4 kişi (%16) vardı. Mortalite oranımız %60 (n: 15) idi. YBÜ takibinde vefat eden hastalarımızda %32 oranı ile DM ön planda iken; %32 (n: 8) ile 55-74 yaş aralığında en çok vefat oldu. Başvuru anındaki BT bulgularına göre normal ve çift taraflı infiltrasyonu olanlarda mortalite oranı aynı olup %20 idi.

Sonuç: COVID-19 dünya genelinde pandemi öncesi ve sonrası dönemler olmak üzere tüm hayatı etkilemiş ve etkileyecek gibi görünmektedir. COVID19'da hipertansiyon, KAH ve diyabet en sık görülen komorbid hastalıklardır. Çalışmamız genelinde ve vefat eden hastalarımızda da aynı şekilde DM oranımız yüksekti. Komorbid hastalıklar tedavi seyrinde önem arz etmekte olup daha dikkatli olunmalıdır. COVID-19'a karşı aşı çalışmaları ve tedavi edici ajanların etkisi hâlen netlik kazanmadığı için daha güçlü kanıtlar ile yeni kılavuzlar ışığında tedavi ve korunma sürecine ait bilgiler yenilenmeye devam edecektir.

Anahtar kelimeler: Covid 19, Yoğun Bakım, Mortalite

Tablo 1. Eşlik eden hastalıklar

HASTALIK	n
DM	110(%24.8)
KAH	60(%13.5)
MALİGNİTE	37(%8.3)
KBY	27(%6.1)
DEKOMPANZE KKY	16(%3.6)
H.LİPİDEMİ	5(%1.13)
SİGARA	110(%24.8)

Tablo 2. YBÜ yatışı olanlarda eşlik eden hastalıklar

HASTALIK	n
DM	10(%40)
KAH	6(%12)
KBY	4(%16)
MALİGNİTE	4(%16)
KKY	1(%4)
H.LİPİDEMİ	0(%0)
SİGARA	4(%16)

Tablo 3. YBÜ exitus gelişenlerde hastalık dağılımı

HASTALIK	DM	MALİGNİTE	KBY	KAH	DEKOM. KKY	H.LİPİDEMİ	SİGARA
n	8(%32)	3(%12)	2(%8)	1(%4)	1(%4)	0(%0)	4(%16)

Tablo 4. BT bulgularına göre exitus gelişenlerin dağılımı

BT Bulguları	Normal	Tek taraflı buzlu cam	Çift taraflı buzlu cam	Tek taraflı infiltrasyon	Çift taraflı infiltrasyon
n	5(%20)	2(%8)	2(%8)	1(%4)	5(%20)

Servis yatışları başlangıcında çekilen

Allerji

SS-34

Abstract:0056

YAYGIN DEĞİŞKEN İMMÜN YETMEZLİĞİ OLAN BİR HASTADA COVID-19 ENFEKSİYONU

Emre Emre¹, Gökhan Tazegül²¹Hatay Devlet Hastanesi²Ankara Polatlı Duantepe Devlet Hastanesi

Amaç: COVID-19, asemptomatik hastalıktan akut solunum sıkıntısı sendromu ve çoklu organ yetmezliği gibi yaşamı tehdit eden klinik durumlara kadar değişen çeşitli hastalıklara yol açabilir. COVID-19, 65 yaş üstü yaşlı bireylerde, hipertansiyon, obezite, kardiyovasküler hastalık, diabetes mellitus gibi komorbid hastalıkları olanlarda ve immünsuprese hastalarda şiddetli seyreder. Yaygın değişken immün yetmezliği (CVID) olan hastalarda COVID-19 enfeksiyonu ile ilgili veriler sınırlıdır. Bu vaka sunumunda, favipiravir ve intravenöz immünoglobulin (IVIG) ile tedavi edilen CVID ve COVID-19 pnömoni bir hasta sunulmuştur.

Yöntem: Vaka sunumudur.

Bulgular: CVID'li yirmi sekiz yaşında bir erkek hasta, IVIG replasmanı için başvurdu. Son IgG seviyesi 1177 mg/dL ve IgM 25 mg/dL idi, IgA ölçülemeyecek kadar düşüktü. Başvuruda burun akıntısı, hafif-orta dereceli miyalji ve hafif beyaz-sarı balgam ile

öksürüğü vardı. Oda havasında oksijen saturasyonu % 95 idi. Her iki akciğerde dinlemekle raller mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde, c-reaktif protein ve laktat dehidrojenaz seviyeleri yüksekti. Toraks tomografisi viral pnömoni ile uyumlu saptandı. SARS CoV-2 polimeraz zincir reaksiyonu testi pozitif. Hasta hastaneye yatmayı ve COVID-19 için uygulanabilir tedaviyi reddetti. IVIG reçete edildi. Hasta ilk başvurudan 5 gün sonra genel durumunun kötüleşmesi, nefes darlığı, takipne, nefes darlığı, öksürük ve ateş nedeniyle acil servise getirildi. Bölgedeki tedarik sorunları nedeniyle IVIG alamadığı öğrenildi. Hasta yatılarak favipiravir, IVIG, geniş spektrumlu antibiyoterapi, antiagregan ve antikoagulan tedavi başlandı. Hastanın yoğun bakım tedavisi gerekliliği ve entübasyon ihtiyacı gelişmedi. On beş gün tedavi sonrası, hastanın oksijen desteğine ihtiyacı yoktu ve hastaneden taburcu edildi. İki ay sonra kontrolünde hastanın asemptomatik olduğu izlendi.

Sonuç: Mevcut literatürde COVID-19 ile enfekte CVID hastalarına ilişkin birkaç vaka raporu ve iki vaka serisi olmasına rağmen, sonuçlar muhtemelen altta yatan genetik kusurlar nedeniyle birbirinden çok farklıdır. IVIG tedavisi almayan hastalarda olumlu sonuçlar bildirilmekle beraber, ciddi solunum yetmezliği gelişen vakalar da mevcuttur. Bu tezi destekler biçimde, agamaglobulinemili hastaların CVID'li hastalara göre daha hafif semptomlar ve daha kısa seyir olduğu da bildirilmiştir. CVID tanısı alan hastalarda COVID-19 enfeksiyonu için tedavi stratejilerinin belirlenmesi ve geliştirilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: COVID-19, immün yetmezlik, immünoglobulin, konvalesan plazma, yaygın değişken immün yetmezlik

Genel Dahiliye

SS-36

Abstract:0067

FONKSİYONEL BAĞIRSAK HASTALIKLARININ ALT ÜRİNER SİSTEM YAKINMALARI İLE İLİŞKİSİ

Sena Tokay Tarhan, Ayla Erdoğan

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Embriyolojik olarak aynı kökenden kaynaklı ve nöral bağlantısı olan gastrointestinal ve alt üriner organlarda fonksiyonel bozukluğun bir diğerini etkilediğini düşünülmektedir. Bu çalışmada, fonksiyonel bağırsak hastalıklarının (kabızlık, irritabl bağırsak sendromu, diyare, karın şişkinliği/gerginliği, spesifik olmayan barsak hastalığı) alt üriner semptomları ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: 2017-2020 yılları arasında fonksiyonel bağırsak hastalığı tanısı alan 18-75 yaş aralığındaki 167 kadın ve 43 erkek hastanın tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Fonksiyonel bağırsak hastalıkları Roma-4 kriterlerine göre değerlendirildi. Erkek hastaların alt üriner sistem yakınmalarının (AÜSS) değerlendirilmesi "International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form" (ICIQ-SF), "Overactive Bladder Questionnaire" (OAB-V8), "International Prostate Symptom Score" (IPSS) sorgulamaları, mesane günlüğü, fizik muayene, üriner sistem ultrasonografisi ve tam idrar tetkiki ile, kadın hastaların ise ICIQ-SF, OAB-V8, "Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms Questionnaire" (BF-LUTS) sorgulamaları, mesane günlüğü, fizik muayene, üriner sistem ultrasonografisi ve tam idrar tetkiki ile yapıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 54.04±12.19 idi (kadınlar: 54.12±11.61, erkekler: 53.76±14.14). Fonksiyonel konstipasyon 154 hastada (% 73.3), irritabl bağırsak sendromu (IBS) 48 hastada (% 22.9), fonksiyonel diyare 4 hastada (% 1.9), karın şiş-

liği ise 4 hastada (% 1.9) saptandı. Nonspesifik bağırsak hastalığı tanısı hiçbir hastaya konulmadı.

Kadınlarda ve erkeklerde en sık görülen AÜSS aşırı aktif mesane sendromu (AAM) (sırası ile % 61.7 ve %73.5, $p=0.202$) idi. Konstipasyonlu kadın ve erkeklerde AAM yüksek oranlarda idi (% 61.7 vs % 73.5, $p=0.229$). İBS'li hastalarda ise AAM kadınlarda erkeklerden daha fazla idi (% 75.6 vs % 28.6, $p=0.003$). Stres inkontinans erkeklerde görülmezken konstipasyonu olan kadınlarda % 26.7, İBS olan kadınlarda ise % 14.6 oranında saptandı ($p=0.139$).

Hastaların % 42.9'unda işeme disfonksiyonu (VD) görüldü. VD oranı kadınlarda %37.1 ve erkeklerde ise % 65.1 idi ($p=0.006$). Konstipasyonlu erkeklerde VD oranı kadınlardan daha yüksek olarak bulundu (% 67.6 vs %39.2, $p=0.006$). İBS'li hastalarda ise VD oranı erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermeyen yüksekliğe sahipti (% 42.9 vs % 29.3, $p=0.662$).

Erkek hastalarda kabızlık ile AAM ve işeme disfonksiyonu arasında pozitif korelasyon saptandı. (Sırası ile phi: 0.346, $p: 0.014$; phi: 0.285, $p: 0.044$). Kadın hastalarda ise sadece kabızlık ile AAM arasında pozitif bir korelasyon bulundu (phi: 0.005, $p: 0.046$).

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre erişkin hastalarda her iki cinsiyette de fonksiyonel bağırsak hastalıklarından konstipasyon ile aşırı aktif mesane sendromu birlikteliği saptanmıştır. İşeme disfonksiyonu ise sadece erkeklerde kabızlıkla ilişkili olarak bulunmuştur. Bu konuda kesin sonuç elde etmek için daha fazla sayıda hasta içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Alt üriner sistem semptomları, Aşırı aktif mesane sendromu, Fonksiyonel bağırsak hastalıkları, İşeme disfonksiyonu, Stres üriner inkontinans,

Tablo 1. Üriner inkontinans yakınmalarının fonksiyonel bağırsak hastalıklarına göre dağılımı.

	Normal n (%)	Aşırı aktif mesane n (%)	Stres üriner inkontinans n (%)
Konstipasyon (n:154)			
Kadın (n:120)	14 (11.6)	74 (61.7)	32 (26.7)
Erkek (n:34)	9 (26.4)	25 (73.5)	0
İBS (n:48)			
Kadın(n:41)	4 (9.8)	31 (75.6)	6 (14.6)
Erkek (n:7)	5 (71.4)	2 (28.6)	0
Toplam (n:202)			
Kadın (n:161)	18 (11.2)	105 (65.2)	38 (23.6)
Erkek (n:41)	14 (34.1)	27 (65.9)	0

Diyare ve karın şişkinliği hastalarının sayısı az olduğundan (n:8) tabloda verilmemiştir.

Tablo 2. İşeme disfonksiyonunun fonksiyonel bağırsak hastalıklarına göre dağılımı.

	Normal n (%)	İşeme disfonksiyonu n (%)
Konstipasyon (n:154)		
Kadın (n:120)	73 (60.8)	47 (39.2)
Erkek (n:34)	11 (32.4)	23 (67.6)
İBS (n:48)		
Kadın(n:41)	29 (70.7)	12 (29.3)
Erkek (n:7)	4 (57.14)	3 (42.9)
Toplam (n:202)		
Kadın (n:161)	102 (63.4)	59 (36.6)
Erkek (n:41)	15 (36.6)	26 (63.4)

Diyare ve karın şişkinliği hastalarının sayısı az olduğundan (n:8) tabloda verilmemiştir.

ERİTEMA NODOSUM İLE PRESENTE OLAN ATİPİK COVID-19 ENFEKSİYONU; OLGU SUNUMU

Müge Bilge¹, Işıl Kibar Akıllı¹, Şengül Aydın Yoldemir¹, Ayliya Yeşilova²

¹Prof Dr Murat Dilmener ADH

²Prof Dr Cemil Taşçoğlu Şehir Hastanesi

Amaç: Eritema nodozum (EN) kendi kendini sınırlayan, deri altı yağ dokusunun otoimmün inflamasyonu olarak tanımlanan en yaygın pannikülit tipidir. Koronavirüs ailesinden yeni tanımlanan SARS-CoV-2 virüsü pandemiye neden olarak ciddi global bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Burada 26 yaşında ateş ve artralji yakınmasıyla acil poliklinik başvurusunda iki kez Covid-19 PCR testi 'negatif' olarak saptanan erkek hastada takiben gelişen EN nodosum etyolojisinde Covid-19 enfeksiyonu saptanması üzerine olgu paylaşımında bulunmak istedik.

Bulgular: 26 yaşında erkek hasta 4-5 gün süren, 38,5 °C' yi bulan ateş ve yaygın gezici eklem ağrısı yakınması ile acil polikliniğine başvurmuş. Öz ve soy geçmişinde özellik bulunmayan, ilaç kullanımı tariflemeyen hastanın başvuru anında vücut sıcaklığı 37,8 °C, sistem muayeneleri normal olarak saptanmış. Laboratuvar tetkiklerinde C-reaktif protein düzeyi 142,16 mg/L, beyaz hücre sayısı 9,52 10e3/uL, nötrofil 7,49 10e3/uL, lenfosit 1,44 10e3/uL, trombosit: 467 10e3/uL, karaciğer fonksiyon testleri, üre, kreatinin, serum elektrolit düzeyleri, koagülasyon testleri ve tam idrar tetkiki normal saptanmış. Olası covid-19 enfeksiyonu nedeniyle nazofarenx sürüntü örneği (covid-19 PCR) alınarak ve semptomatik tedavi verilerek poliklinik kontrolü önerilmiş. Takiben sol bacak tibia ön yüzünde 4x5 cm yuvarlak, kırmızı morumsu renkli, hassas ve üzerinde ısı artışı olan nodüler lezyon gelişmesi üzerine polikliniğe başvurmuş (Resim 1). bu aşamada tarafımıza danışılan hastanın lezyonu EN olarak değerlendirildi ve covid-19 PCR testi negatif saptanan hastadan, kontrol covid-19 PCR örneği tekrarlandı. Ateşinin kaybolup eklem ağrılarının azaldığını ifade eden hastanın kontrol laboratuvar incelemelerinde lenfopeninin belirginleştiği (0,81 10e3/uL), C-reaktif protein düzeyinin gerilediği 22,43 mg/L, ferritin değerinin arttığı 1003 µg/L, trigliseridin hafif artmış (206,2 mg/dL), d-dimer 0,75 µg/mL, fibrinojen 641 mg/dL ve ılımlı transaminaz artışı (x2 kat) ile covid-19 enfeksiyonu ile uyumlu olabileceği düşünülerek akciğer görüntülemesi planlandı (resim 2). Kontrol covid-19 PCR testi de negatif saptanan hastanın eritrosit sedimentasyon hızı 28 mm/saat, viral seroloji negatif (HbsAg, AntiHCV, AntiHIV, CMV IgM), romatoid faktör, anti nükleer antikor (ANA) ve siklik sitrülize peptid (anti-CCP) antikorları negatif saptanan hastanın bilgisayarlı akciğer tomografi incelemesinde alt loblarda daha belirgin olmak üzere bilateral akciğerlerde predominant periferik yerleşimli buzlu cam dansiteleri, eşlik eden konsolidasyonlar ve interlobüler septal kalınlaşmalar görülmesi üzerine covid-19 enfeksiyonu ön tanısıyla 5 günlük favipiravir, düşük molekül ağırlıklı heparin (enoksaparin 0,4 ml/gün/sc) ve lezyon üzerine topikal steroidli krem olarak tedavi planlandı. 10 gün sonra kontrolde görülen hastanın lezyonunun gerilediği ve ek şikayetinin olmadığı görüldü.

Sonuç: Sonuç olarak covid-19 enfeksiyonu otoimmün mekanizmaları da tetikleyerek çok farklı klinik tablolar ile karşımıza çıkabilir ve eritema nodozum kendini sınırlayabilen bir hastalık olmakla beraber altta yatan nedenin bulunarak tedavi edilmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: covid-19, eritema nodozum, atipik sunum



Resim 1. Sol tibia ön yüzünde eritema nodozum



Resim 2. Bilgisayarlı akciğer tomografi incelemesinde alt loblarda daha belirgin olmak üzere bilateral akciğerlerde predominant periferik yerleşimli buzlu cam dansiteleri

Genel Dahiliye

SS-38

Abstract:0072

CRACK MI COVID MI?

İşıl Kibar Akıllı¹, Müge Bilge¹

¹SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²SBÜ Prof Dr Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi

Amaç: Kokain hidrokloridin bir alkaloit türevi olan ‘crack’ (taş) kokain, toz halinde olan kokainin küçük taşlara benzeyen şeklidir. Kokaine göre etkisi daha çabuk gelişmeye başlar ve ölümcül olma durumu daha fazladır. Crack kokaine bağlı akciğer hastalığı ‘crack lung’ olarak bilinmektedir. Öksürük, hemoptizi, plöretik göğüs ağrısı, nefes darlığı gibi solunum semptomları kullanımdan hemen sonra akut olarak ortaya çıkar. Radyolojik bulgular da klinik bul-

gular gibi dinamiktir. Burada, global sağlık sorunu haline gelen covid-19 pandemisinde, hastaların klinik ve radyolojik bulgularının yüksek oranda benzerlik gösterdiği ‘crack akciğer’ olgusu sunulmuştur.

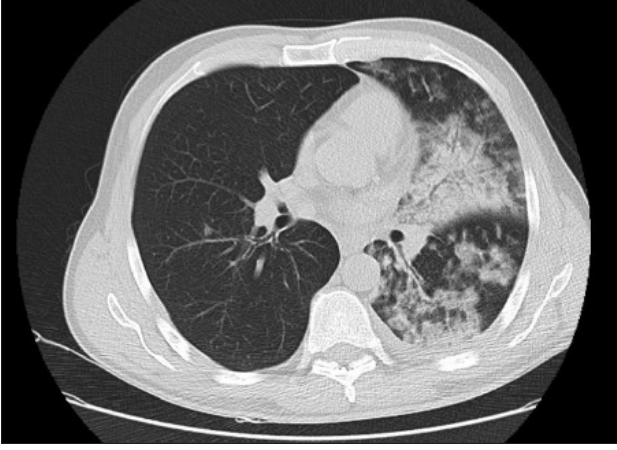
Bulgular: 44 yaşında erkek hasta acil polikliniğe son 3 gündür devam eden ateş, öksürük, nefes darlığı yakınmaları ile başvurdu. Takipneik görünümdeki hastanın istirahat halinde SDS 24, parmak ucu oksijen saturasyonu (SPO2)%90, ateş 37,7, AKB 124/69,NDS 92/ritmik olarak değerlendirildi. Sistem muayenelerinde yaygın expiratuvar ronküsler ve bibaziler krepitan raller dışında özellik saptanmadı. Uzun yol şoförü olan, 20 paket/yıl sigara ve 3 standart içki/hafta olmak üzere alkol kullanımı mevcut olan hastanın öz ve soy geçmişinde özellik saptanmadı. 5 litre/dakika oksijen altında SPO2 94 olan hastanın laboratuvar değerlendirmesinde; CRP 478, procalsitonin 3,28, lökosit 7,84, lenfosit 0,47, eosinofil 0,01, d-dimer 2,49, troponin I 36, LDH 1171, ferritin 4380, AST 343, ALT 98, dışında normal saptandı. Bilgisayarlı akciğer tomografi (BT) incelemesinde, sol akciğer üst lobda hava bronkogramı da içeren yaygın buzlu cam görünümü, solda minimal plevral efüzyon (13 mm), sol alt lobda multifokal yamalı buzlu cam ve nodüler infiltrasyon, sağ alt lob anteriorda buzlu cam görünümü izlendi. Pandemi şartlarında klinik, laboratuvar ve görüntüleme olarak ‘ağır covid-19 pnömonisi’ ön tanısı ile covid-19 PCR örneği alındı ve hastaneye yatırılarak izlenmesine karar verildi (Resim 1,2).Tedavi olarak favipiravir, ampirik antibiyoterapi, oksijen desteği ve parenteral metilprednisolon başlandı. Takip eden günlerde yakınmalarında azalma izlenen hastanın oksijen desteği ihtiyacı devam etti. Kontrol laboratuvar incelemelerinde akut faz yanıtında azalma, transaminazlarda artış ve d- dimer (3,9) değerinde artış izlendi. Olası pulmoner emboli ekartasyonu için BT anjiyografisi yapıldı; dolum defekti izlenmedi, parenkim görüntülemesinde soldaki infiltrasyonda belirgin gerileme ile birlikte sağ alt lobda yeni buzlu cam infiltrasyonlarının geliştiği görüldü (Resim 3,4). Dinamik BT bulguları nedeniyle klinik şüphe dahilinde hasta tekrar sorgulandı ve yatışından 3 gün önce ve 5 yıldır inhalasyon yoluyla kokain kullanımı öyküsüne ulaşıldı. Kontrol PCR incelemesi de negatif saptanan hastanın takip eden seri radyolojik görüntülemelerde ‘crack akciğer’ tanısı doğrultusunda tedavi planlaması yapıldı. 10 günlük takip sonunda poliklinik kontrol önerisiyle çıkışı yapıldı.

Sonuç: Covid-19’a odaklanarak çalıştığımız bugünlerde ayırıcı tanıda başta crack akciğer olmak üzere diğer hastalıklar da akla getirilmelidir.

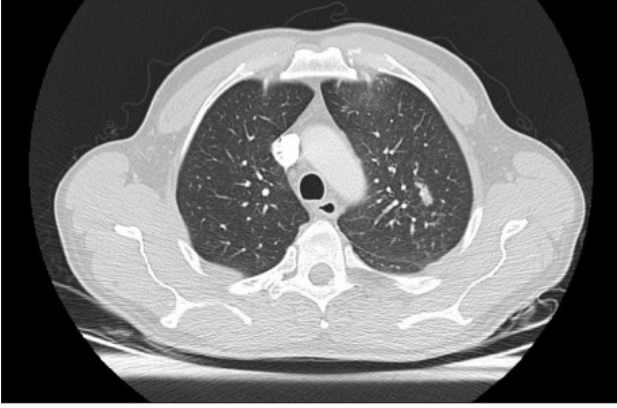
Anahtar kelimeler: crack akciğer, covid-19 pnömonisi, kokain, crack



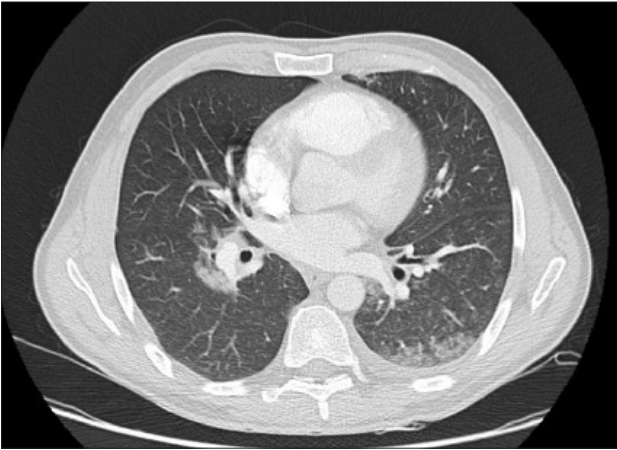
Resim 1. Sol akciğer perihiler bölgede daha yoğun olmak üzere üst lobda hava bronkogramı da içeren yaygın buzlu cam görünümü



Resim 2. Sol akciğer perihiler bölgede daha yoğun olmak üzere üst lobda hava bronkogramı da içeren yaygın buzlu cam görünümü, solda minimal plevral efüzyon (13 mm), sol alt lobda multifokal yamalı buzlu cam ve nodüler infiltrasyon, sağ alt lob anteriorda buzlu cam görünümü



Resim 3. Soldaki infiltrasyonda belirgin gerileme ile birlikte sağ alt lobda yeni gelişen buzlu cam infiltrasyonları



Resim 4. Soldaki infiltrasyonda belirgin gerileme ile birlikte sağ alt lobda yeni gelişen buzlu cam infiltrasyonları

Dişabet

SS-39

Abstract:0074

COVID 19 PANDEMİSİNİN İSTANBUL KARTAL BÖLGESİ DİİABETİK HASTA POPULASYONU ÜZERİNE OLAN ETKİLERİ

Seydahmet Akın, Banu Böyük, Onur Yılmaz, Nazire Aladağ, Arzu Cennet Işık, Özcan Keskin

SBÜ Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İstanbul

Giriş: SARS-CoV-2'nin etkeni olduğu COVID-19 pandemisi, ilk olarak Çin'de tanımlanan ve bulaşıcılık özelliği yüksek bir hastalıktır. Hastalığın mortalite ve morbiditesinde diabetes mellitus(DM) başta olmak üzere ek hastalıkların varlığı, erkek cinsiyet ve ileri yaş belirleyici olmaktadır. DM toplumun yaklaşık %15 -20'sini etkileyen kronik komplikasyonları ile sağlık sistemine yük getiren önemli bir hastalıktır. Yatan hastalarda DM yatış süresini ve hastane içi mortaliteyi artıran hastalıkların en başındadır. Pandemi döneminde hastalık geçirmemiş ve polikliniğimize düzenli takiplerine gelen diyabetik hastaların pandemiden nasıl etkilendiklerini saptamak için bu çalışmayı düzenledik

Materyel ve Metod: Çalışmaya Haziran 2020 tarihinde diyabet polikliniğine kontrol muayenesine gelen dosyası eksiksiz DM hastalar alındı. Bu hastalar arasında son viziti pandemi öncesi olan Mart 2020 ayında olan hastalar seçilerek verileri değerlendirildi. Pandemi sırasında diyabetik acil durum gelişip gelişmediği, yaşam tarzı değişikliklerine uyum gösterip göstermediği (egzersiz/diyet/ beslenme alışkanlığı değişkenliği), Hastanın Pandemi öncesine ait beden kitle indeksi, HbA1c, AKŞ, e GFR,lipid profili ve MAU değerleri ile güncel değerleri karşılaştırıldı. Hastanın pandemi nedeniyle hastalığı ile ilgili ilaçlara ve hekime erişiminde sorun yaşayıp yaşamadığı sorgulandı. Tüm istatistiksel analizler SPSS version 25 yazılımı (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) yöntemiyle değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dosyaları eksiksiz doldurulmuş 114 erkek(%50.2), 113 kadın (%49.8) tip 2DM'li 227 hasta alındı. Ortalama DM süresi 16,75 yıl ve yaş ortalaması 59,08±11.91 bulundu. 28 (%12,3)hasta Tip1,199 (%87,7)hasta tip 2DM tanılıydı. Hastaların açlık kan şekeri, HbA1c,BMI, kreatinin, GFR, trigliserid düzeyleri karşılaştırıldığında pandemi öncesi değerlere göre anlamlı bir fark saptanmadı. LDL kolesterol düzeyi ise pandemi sonrası değerlerle karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha düşük bulundu(110.63 vs 102.30, p<0.01).Kilo ve A1c artışı pandemi sürecinde sağlık sorunu yaşama sıklığı arasında pozitif, AKŞ ve A1c ile diyet uyumsuzluğu arasında pozitif, diyet uyumsuzluğu ile A1c artışı arasında pozitif, mikroalbuminüri ile egzersiz uyumsuzluğu arasında pozitif ilişki saptandı. Kilo alımı ile psikolojik sorun yaşama arasında negatif; GFR artışı ile ise pozitif ilişki saptandı.

Sonuç: Çalışma bize pandeminin erken döneminde diyabetik hastalarda pandemi öncesine göre glisemik parametrelerde ve kilo açısından önemli bir kötüleşme olmadığını göstermiştir. Laboratuvar bulguları değerlendirildiğinde benzer şekilde her iki grup arasında önemli bir fark saptanmamıştır. Pandemi döneminde diyet, egzersiz ve ilaç kullanımı açısından bir gevşeme olacağı beklenirken böyle bir sonucun alınması hastaların bu dönemde hastalıklarına daha konsantre olduklarını ve tedavilerine özellikle dikkat ettiklerini düşündürmüştür.

Anahtar kelimeler: pandemi, Covid-19,diabetes mellitus, glisemik regülasyon, HbA1c

Tanımlayıcı özellikler

Parametreler	Bulgular
Yaş (yıl)	23-88 (59,08 ±11,91)
Cinsiyet (E/K)	114 (%50,2) / 113 (%49,8)
DM tipi (Tip1/2)	28 (%12,3) / 199 (%87,7)
DM süresi (yıl)	16,75
Sigara (yok/var)	194/33
Alkol (yok/var)	221/6
Aşı (yok/var)	142(%62,6)/85(%37,4)

Covid öncesi/sonrası demografik ve laboratuvar özelliklerinin karşılaştırılması

	Covid öncesi	Covid sonrası	P
Kilo	80,91±13,19	79,92±12,80	0,41
VKI	33,00±9,71	29,98±4,92	0,13
AKŞ	163,57±63,09	153,20±55,04	0,062
HbA1C	8,76±8,81	8,08±1,65	0,25
LDL	110,63±35,55	102,30±30,57	0,009
Trigliserid	160,85±90,44	157,79±89,08	0,74
GFR	89,76±21,72	89,09±21,97	0,74
MAÜ	71,35±164,18	73,49±208,52	0,94

Korelasyon

COVID SONRASI	MEDİKAL PROBLEM	NONMEDİKAL PROBLEM	DİYET	EGZERSİZ	PSİKOLOJİK ETKİ
KİLO	r:-,150 p:0,024				r:-,147 p:0,026
VKI	r:-,165 p:0,014				
A1C	r:-,165 p:0,013		r:-,297 p:0,000		
AKŞ			r:-,152 p:0,022		
LDL		r:-,137 p:0,041			
GFR					r:-,150 p:0,024
MAÜ				r:-,152 p:0,022	

Genel Dahiliye

SS-40

Abstract:0075

NEDENİ BİLİNMEYEN TIBBİ SORUNLAR VE KLİNİK BULGULARI

Mustafa Altinkaynak

İstanbul Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Genel Dahiliye kliniklerine nedeni bilinmeyen tıbbi sorunlar sebebiyle birçok hasta yatmaktadır. Çalışmamızda kliniğimizde takip edilen bu hastaların tanı aşamaları ve sonuçları analiz edilmiştir.

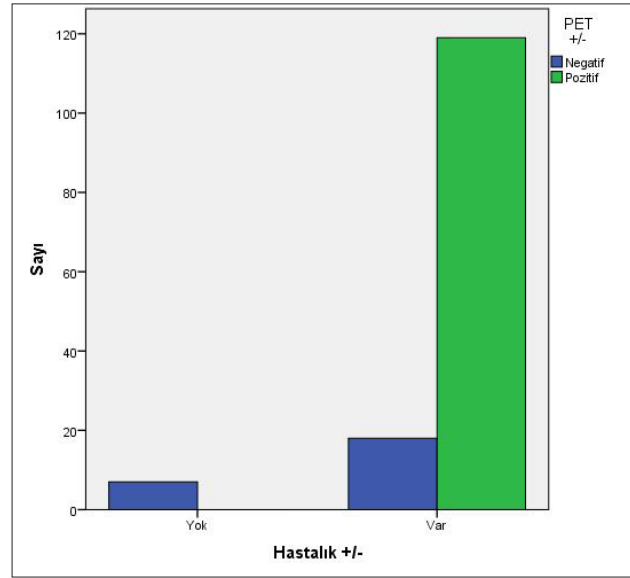
Gereç ve Yöntem: Son 3 yılda İstanbul Tıp Fakültesi Genel Dahiliye Bilim Dalı servisine nedeni bilinmeyen tıbbi sorunlar sebebiyle yatan, rutin biyokimyasal ve görüntüleme yöntemleriyle tanı konulamamış, PET-BT veya invaziv incelemeler uygulanmış hastaların tıbbi değerlendirme sonuçları paylaşıldı.

Bulgular: 144 hastada PET-BT görüntülemesi, 24 hastada bütünden laparoskopik örnekleme ve 4 hastada torakstan video yardımlı transtorasik örnekleme ile tanıya gidilebildi. Hastaların %54,8'inde malignite, %15,3'ünde inflamatuvar romatizmal hastalıklar, %13,3'ünde enfeksiyon hastalıkları, %12,4'ünde nadir hastalıklar ve gruplandırılmayan hastalıklar saptandı. En sık fizik muayene bulgusu hepatosplenomegali ve lenfadenomegali; laboratuvar bulgusu da LDH ve eritrosit sedimentasyon yüksekliği idi. PET-BT'de tutulumu olan hastaların hepsine tanı konulabildi

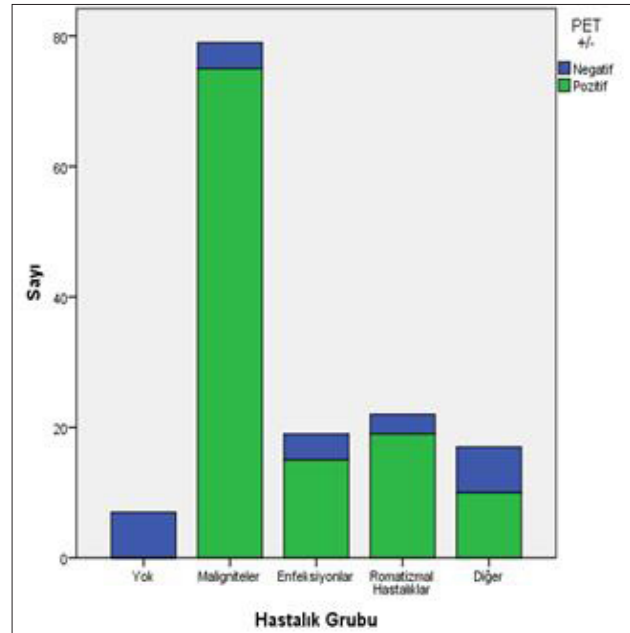
(Grafik 1). PET-BT de tutulum saptanmayan 25 hastanın 18'ine diğer yöntemlerle tanı konuldu ve en sık sebep gruplandırılmayan (nadir) hastalıklardı (Grafik 2). Tanı konulamayan 7 hastanın tümünde PET-BT'de de tutulum yoktu. Bu hastalarda tanıya gidilirken bulgu tespit etmede PET-BT duyarlılığı %86,9, özgüllüğü %100 bulundu.

Sonuç: Uzun süre tanı konulamayan tıbbi sorunların değerlendirilmesinde PET-BT ve ileri invazif girişimler en sık başvurulacak yöntemlerdir. Bu hastalarda PET-BT, mevcut sorunla ilgili bulgu elde edilmesinde yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahiptir. PET-BT'de herhangi bir tutulum saptanmayan hastalarda ileri inceleme ve multidisipliner yaklaşım ile tanı konulabilmektedir.

Anahtar kelimeler: Nedeni bilinmeyen ateş, PET-BT, konstitüsyonel semptomlar, malignite



Grafik 1. Hastalık tanı oranları ve PET sonuçlarının karşılaştırılması



Grafik 2. Hastalık grupları arasında PET sonuçlarının karşılaştırılması

Genel Dahiliye

SS-41

Abstract:0081

COVID-19 PCR+ GERİATRİK POPÜLASYONDA ELEKTROLİT İMBALANSININ SIKLIĞI VE MORTALİTE İLE İLİŞKİSİ

Semih Kalyon

Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Amaç: Covid-19 enfeksiyonu ile elektrolit imbalansı birlikteliği daha önce yapılan çalışmalar ile ortaya konulmuş olsa da geriatrik yaş grubunda daha önce yapılmış böyle bir çalışma literatürde henüz yoktur. Dolayısıyla özellikle orta ve ileri yaş geriatrik hasta popülasyonunda hastaneye başvuru esnasındaki mevcut elektrolit imbalansının sıklığını saptamak ve Covid-19 enfeksiyonuna bağlı mortaliteyi artırıp artırmadığını tespit etmek bu çalışmanın amacıdır.

Yöntem: Retrospektif olarak hastane kayıt sisteminden PCR pozitif Covid-19 enfeksiyonu ile yatan 75 ve üzeri yaşında olan tüm hastalar tarandı. Bu hastaların yaşları, cinsiyetleri, hastaneye ilk başvurularında alınan sodyum, potasyum, kalsiyum, magnezyum değerleri ve hayatlarını kaybedip kaybetmedikleri not alındı. Hastalar elektrolit seviyelerine göre sınıflandırıldı. Ayrıca tüm hastalar, Covid-19 enfeksiyonu sonrası hayatını kaybedenler ve iyileşip taburcu edilenler olmak üzere iki gruba ayrıldı ve bu iki grup arasındaki elektrolit seviyeleri SPSS programı yardımıyla kıyaslandı.

Bulgular: Çalışmaya 44'ü kadın 29'u erkek olmak üzere 73 hasta alındı. Hastaların yaş aralığı 75-95 iken ortalama yaş 82 idi. Hipokalsemi 36 (%49) hastamızda mevcut idi ve hastalarımız arasında en sık görülen elektrolit imbalansıydı. Hiponatremi 25 (%34) hastada, hipokalemi 11 (%15) hastada ve hipomagnezemi 9 (%12) hastada saptandı. Hipernatremi 6 (%8) hastada, hiperkalemi 5 (%6) hastada ve hipermagnezemi 9 (%12) hastamızda görülürken, hiperkalsemi hiçbir hastamızda yoktu. Hayatta kalan ve hayatını kaybeden hastaların elektrolit ortalama seviyelerinin kıyaslanması yapıldığında ise, her iki grup arasında tüm elektrolitler için istatistiksel anlamlılık tespit edilemedi. ($P>0.05$)

Sonuç: Covid-19 enfeksiyonu geçiren tüm orta-ileri yaşlı hasta grubunda elektrolit seviyelerinin kontrolü acil servise ilk başvuru anında bakılmalıdır. Özellikle en sık görülen hipokalsemi başta olmak üzere elektrolit seviyelerinin normalleştirilmesi ölümcül aritmiler gibi mortal komplikasyonların önüne geçmek için sağlanmalıdır. Orta ve ileri yaş geriatrik hasta grubunda hastaneye başvuru anındaki elektrolit seviyeleri ile mortalite arasında bir ilişkinin çalışmamızda saptanamaması gerek çalışmaya alınan hasta sayısının azlığı gerekse çalışmanın tek merkezde yapılmış olmasından dolayı olabilir. Bu yüzden daha çok sayıda hasta içeren çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Geriatri, Covid-19, Elektrolit

Tablo 1. Tüm hastaların elektrolit seviyelerine göre dağılımları			
	DÜŞÜK	NORMAL	YÜKSEK
Na (n, %) (136-145 mmol/L)	25 (%34)	42 (%57)	6 (%8)
K (n, %) (3.5-5.1 mmol/L)	11 (%15)	57 (%78)	5 (%6)
Ca (n, %) (8.6-10.3 mg/dl)	36 (%49)	37 (%51)	0 (%0)
Mg (n, %) (1.6-2.6 mg/dl)	9 (%12)	55 (%75)	9 (%12)

Tablo 2. Taburcu olan hastalar ile hayatını kaybeden hastaların elektrolit seviyelerinin karşılaştırılması

	Hayatını Kaybedenler (n:30)	Taburcu Olanlar (n:43)	p
Kalsiyum $\pm$ SD (mg/dl)	8.25 $\pm$ 0.7	8.57 $\pm$ 0.6	0.947
Magnezyum $\pm$ SD (mg/dl)	2.18 $\pm$ 0.50	2.15 $\pm$ 1	0.501
Potasyum $\pm$ SD (mmol/L)	4.44 $\pm$ 0.7	4.12 $\pm$ 0.5	0.052
Sodyum $\pm$ SD (mmol/L)	137 $\pm$ 8	137 $\pm$ 4	0.742

Endokrinoloji

SS-42

Abstract:0082

PAPİLLER TİROİD KARSİNOMU VE PARATİROİD ADENOMU BİRLİKTELİĞİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Murat Çalapkulu, Muhammed Erkam Sencar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği

Amaç: Primer hiperparatiroidizm (PHP) toplumun genelinde %0.1-0.7 oranında görülür ve hiperkalseminin en sık nedenlerinden birisidir. Bir veya birden fazla paratiroid bezinden uygunsuz olarak fazla parathormon üretimine bağlı olarak kalsiyum metabolizmasının regülasyonunda bozukluk sonucunda parathormon ve kalsiyum düzeylerinde artış ile karakterizedir. PHP'nin en sık nedeni paratiroid adenomudur. Papiller tiroid kanseri (PTK) tiroid bezinin en sık izlenen malignitesidir. Medüller tiroid kanseri ile PHP birlikteliğine Multipl Endokrin Neoplazi-2A sendromu içerisinde sık rastlanır. Ancak paratiroid adenomu ve PTK birlikteliği daha nadir olup genellikle cerrahi sonrası patolojik inceleme sonrası saptanmaktadır. Bu çalışmada amacımız PTK nedenli opere olan hastalarda paratiroid adenom sıklığını bildirmektir.

Yöntem: Bu çalışmada, 2012-2020 yılları arasında Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları kliniğinde opere olup PTK tanısı alan 1390 hasta retrospektif olarak tarandı. Biyokimyasal verileri eksik olan, patoloji sonucu paratiroid hiperplazisi ile uyumlu gelen hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların %84'ü kadın, %16'sı erkekti ve ortalama yaş 51.9 $\pm$ 17.1 yıl olarak saptandı. Hastaların 899'una total tiroidektomi, 385'ine total tiroidektomi+lenf nodu diseksiyonu ve 106'sına lobektomi uygulandı. Hastaların %37'sinde mikropapiller kanser mevcuttu. Hastaların 65 tanesinde (%4.7) paratiroid adenomu mevcuttu. Hastaların 316'sında (%22.7) postoperatif hipoparatiroidi saptandı. Paratiroid adenomu ve PTK birlikteliği olan hastaların %38.5'inde postoperatif hipoparatiroidi saptanırken sadece PTK olan olguların %21'inde postoperatif hipoparatiroidi saptandı (p:0.024).

Sonuç: Paratiroid adenomları ve diferansiye tiroid kanseri birlikteliği nadir görülmektedir. Bu birlikteliğin sebebi tartışmalıdır. Baş-boyun bölgesine alınan radyoterapi öyküsü ile pozitif aile öyküsünün hem tiroid kanseri hem de paratiroid adenomu için risk faktörü olduğunu gösteren çalışmalar mevcut olsa da bu doğrulanmamıştır. Bazı yayınlar bu iki durumun bir arada görülmesinin rastlantısal olduğundan bahsederken bazı yazarlar bu durumun artmış endojen kalsiyum seviyeleri, ya da epitelyal büyüme faktörü, insülin benzeri büyüme faktörü gibi büyüme faktörleri ile ilişkili olabileceğini ileri sürmüştür. Literatür incelendiği zaman opere edilen PHP hastalarının yaklaşık %2.4-3.7'sinde non medüller tiroid kanseri saptanmıştır. Katz ve Kong'un yaptıkları 800 hastayı içeren bir çalışmada tiroid hastalıkları için cerrahi uygulama

nan hastaların 36'sında prekllinik PHP saptanmıştır. Bu çalışmada saptanan PHP'li 36 hastanın 9'unda diferansiye tiroid kanseri saptanmıştır. Boyun eksplorasyonu ve tiroid lobektomisi yapılan 824 vakayı içeren bir çalışmada ise tiroid karsinomu olan hastaların %2,6'sında primer hiperparatiroidizme rastlanmıştır. PTK ve paratiroid adenomu birlikteliği nadir görülen bir durum olsa da yüksek komplikasyon oranından dolayı boyun bölgesinin reoperasyonlarından kaçınmak için bu birliktelik akılda tutulmalıdır. PTC ön tanısıyla total tiroidektomi planlanan hastalarda operasyon öncesi kalsiyum düzeyinin değerlendirilmesi reoperasyonları önleyebilir.

Anahtar kelimeler: Papiller tiroid kanseri, paratiroid adenomu, primer hiperparatiroidizm

Endokrinoloji

SS-43

Abstract:0091

TİROİD HORMON REPLASMANI ALIP DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ OLAN ÖTİROİD HASTALARIN PARENTERAL DEMİR TEDAVİSİ SONRASI REPLASMAN İHTİYACI AZALIR MI?: PROSPEKTİF BİR GÖZLEMSEL ÇALIŞMA

Mehmet Güven

Şırnak Devlet Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, Şırnak

Amaç: Demirin, tiroid hormon metabolizmasındaki enzimatik aktivitelerde rol oynaması ve enzimlerin yapısında bulunmasından ötürü; demir eksikliği, tiroid hormon düzeylerini etkileyebilmektedir. Ayrıca demir eksikliği anemisinin, oral alınan ilaçların gastrointestinal sistemden emilimini olumsuz etkilemesi de söz konusu olabilir. Bu çalışmamızda demir eksikliği anemisine sahip tiroid hormon replasmanı alan ve ötiroid olan primer hipotiroidili hastaların parenteral demir replasmanı sonrası tiroid hormon düzeylerinin ve kullandığı ilaç dozlarının değişimini gözlemlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: Etiyolojiden bağımsız olarak primer hipotiroidi nedeniyle tiroid hormon replasmanı alıp ötiroid olan ve hemoglobin düzeyi ≤ 13 g/dL, ferritin < 13 ng/mL olan 38 bayan hasta çalışmaya alındı. Daha sonra demir eksikliği anemisine yönelik demir karboksimaltoz (ferinject) parenteral (1000 mg-2000mg) uygulandı. Tedaviden 1 ay sonra tiroid fonksiyon testleri kontrol edildi. Sekonder hipotiroidi ve kronik gastrointestinal hastalığı olan hastalar ile çalışma günü kan testi vermeden tiroid hormon ilacını kullanmış olan hastalar haricinde 18 yaş üstü tüm hastalar çalışmaya alındı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 36 yıl (min-max, 18-51) idi. Tedavi öncesi medyan (minimum/maksimum) hemoglobin ve ferritin düzeyleri 9.49 g/dl ve 9.1 ng/ml idi. Parenteral demir tedavisinden 1 ay sonra ise medyan (minimum/maksimum) hemoglobin ve ferritin düzeyleri 11.91 g/dl ve 142.5 ng/ml 'ye yükselmişti. Tedavi sonrası medyan TSH düzeyi, tedavi öncesine göre anlamlı olarak azaldı (1.48'e karşı 1.9 μ U/mL, $p < 0.01$). Serbest T4 ve serbest T3 düzeyi ise parenteral demir replasmanı sonrası anlamlı olarak yükseldi ($p < 0.01$, $p < 0.05$). Hastaların haftalık kullandığı total levotiroksin dozu tedavi sonrasında 23 hastada değişmezken; 13 hastada azaldı, 2 hastada ise arttı. Parenteral demir tedavisi sonrası haftalık alınan total levotiroksin dozu, tedavi öncesine göre anlamlı olarak azaldı ($p < 0.01$). Hastalara ait klinik bilgiler Tablo 1' de gösterilmiştir.

Sonuç: Tiroid hormon replasmanı alan hastalarda demir eksikliği tedavisi unutulmamalıdır. Tiroid fonksiyon testleri düşük çıkan

hastalarda levotiroksin tablet dozu arttırılmadan önce demir eksikliğinin tedavisi yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Hipotiroidi, Levotiroksin sodyum, Demir eksikliği anemisi

Tablo 1. Hastalara ait klinik parametrelerin tedavi öncesi ve sonrası değişimi.

Parametreler	Referans Değerler	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	P değeri
TSH, μ U/mL	0.27 - 4.2	1.9 (IQR, 0.97 - 3.74)	1.48 (IQR, 0.97 - 2.43)	$< 0.01^{**}$
Serbest T4, ng/dL	0.93 - 1.7	1.31 (SD, 0.16)	1.38 (SD, 0.11)	$< 0.01^{*}$
Serbest T3, pg/mL	2 - 4.4	3.2 (SD, 0.57)	3.42 (SD, 0.44)	$< 0.05^{*}$
Ferritin, ng/ml	13 - 150	9.1 (IQR, 7.7 - 11.55)	142.5 (IQR, 110.3 - 175.9)	$< 0.001^{**}$
Hemoglobin, g/dl	10.8 - 14.9	9.49 (SD, 0.86)	11.91 (SD, 0.98)	$< 0.001^{*}$
Levotiroksin tablet haftalık total replasman dozu, mcg		700 (IQR, 581 - 800)	700 (IQR, 581 - 750)	$< 0.01^{**}$

SD: Standart deviasyon, IQR: Interquartile range (çeyrekler arası aralık). Normal olarak dağılan sürekli değişkenler ortalama değer ve SD olarak belirtildi. Normal olarak dağılmayan sürekli değişkenler medyan değer ve IQR olarak belirtildi. * Paired Sample T-Test kullanıldı. ** Wilcoxon signed-rank test kullanıldı.

Genel Dahiliye

SS-44

Abstract:0092

COVID-19 PNÖMONİSİ NEDENİYLE YATARAK TEDAVİ GÖREN HASTALARDA HİPERTANSİYONUN PRATİK İNFLAMASYON PARAMETRELERİ, HIZLI COVID CİDDİYET İNDEKSİ (QCSI) VE HASTALIK ŞİDDETİ İLE İLİŞKİSİ

Müge Bilge

SBÜ Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Amaç: Covid-19 enfeksiyonu sistemik inflamasyona ve çoklu organ disfonksiyonuna yol açan inflamatuvar sitokinlerin aşırı üretimi ile karakterizedir. Hipertansiyon covid-19 hastaları arasında en yaygın komorbiditelerdendir ve mortalitede artışa neden olmaktadır. Nötrofil/lenfosit (NLR), trombosit/lenfosit (PLR), monosit/lenfosit (MLR) ve lenfosit/c-reaktif protein (LCRPR) oranının sistemik inflamasyon belirteçleri olduğu bilinmektedir. Fibrinojen/albumin ve d-dimer/troponin I ise son dönemde kardiyak hasar ve embolik olaylarda pratik parametreler olarak karşımıza çıkmaktadır. Hızlı covid-19 ciddiyet indeksi (qCSI) yeni geliştirilen pratik skorlama olup yine yatak başı hızlı sepsis tarama skorunun (qSOFA) sepsis ve mortalite açısından güvenilir sonuçları da bilinmektedir. Bu nedenle mortaliteyi azaltmaya yönelik olarak covid-19 tanılı hastalar laboratuvar parametreleri kullanılarak hiperinflamasyon açısından taranmalıdır. Bu araştırmada covid-19 pnömonisi nedeniyle yatarak tedavi gören hastalarda hipertansiyonun pratik inflamasyon parametreleri ve qCSI, qSOFA skorlarının hastalık şiddeti ve sağ kalım ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya 01.09.2020-31.12.2020 tarihleri arasında Prof. Dr. Murat Dilmener ADH'de orta ve ağır covid-19 pnömonisi tanısıyla yatarak tedavi edilen hastalar dahil edilmiştir. Hastalık ciddiyeti; orta (ateş, hafif solunum semptomları varlığı, radyolojik bulguların olması) ve ağır (radyolojik bulgulara ve semptomlara ek olarak solunum dakika sayısı ≥ 30 ve istirahatte $SpO_2 \leq 93$) olarak tanımlanmıştır (Diagnosis and Treatment Protocol for Novel Coronavirus Pneumonia TV 7). Hastaların; yaş, cinsiyet, ateş,

nabız dakika sayısı, arter kan basıncı, parmak ucu oksijen satürasyonu (SpO₂), oksijen desteği ihtiyacı, laboratuvar değerleri, hızlı covid ciddiyet indexi (qCSI), yatak başı hızlı SOFA (qSOFA) skorları, toplam yatış süreleri ve sağ kalım durumları değerlendirilmeye alınmıştır.

Bulgular: Hipertansiyon tanılı 731 hastanın 479'u (%65,5) ağır, 247'si (%33,7) orta, 4'ü hafif olarak değerlendirildi. Hipertansiyonu olmayan 779 hastanın 435'i (%55,8) ağır, 334'ü orta (%42,8) ve 10 hasta hafif klinik tabloda idi. Hipertansif hastalarda yaş, kadın cinsiyet, ateş, oksijen desteği ihtiyacı oranı, arter kan basıncı ve hastanede yatış süresi anlamlı yüksek bulundu (<0,001). Glukoz, üre, kreatinin, LDH anlamlı yüksek; sodyum, magnezyum, albümin, fibrinojen ve ferritin anlamlı düşük bulundu. Lenfosit, hematokrit ve LCRPR anlamlı düşük, NLR anlamlı yüksek bulundu. Troponin I ve d-dimer anlamlı yüksek saptanırken d-dimer/troponin oranı anlamlı düşük bulundu. Hipertansiyon tanılı grupta qCSI, qSOFA indexi ve hastanede yatış süresi anlamlı yüksek bulundu. Hipertansiyonu olanlarda olmayanlara göre hastalık anlamlı olarak daha ağır seyretmekteydi (p<0,001). Hipertansiyonu olan hastalarda mortalite anlamlı daha yüksek bulundu (%12,6 versus %5,1, p<0,001). Hipertansiyonu olan hastalarda mortalite için OR değeri 1,50 (%95 CI:1,32-1,70) (Tablo 1, 2).

Sonuç: NLR, LCRPR ve d-dimer/troponin oranları hipertansiyon tanılı covid-19 pnömonili hastalarda hastalık şiddetini tahmin etmede basit, hızlı ve güvenilir laboratuvar belirteçleri ve qCSI ve qSOFA skorları güvenilir indeksler olarak kabul edilebilir.

Anahtar kelimeler: covid-19, hipertansiyon, NLR, d-dimer/troponin oranı, qCSI, qSOFA

Tablo 1. Hipertansiyon tanılı ve hipertansiyon tanısı bulunmayan hastaların karşılaştırılması			
	Hipertansiyon tanılı hastalar (N:731)	Hipertansiyon tanısı bulunmayan hastalar (N:779)	p
Yaş	67,94±11,98	54,72±14,69	<0,001
Cinsiyet			<0,001
Erkek (N,%)	348 (% 39,7)	527 (% 60,3)	
Kadın (N,%)	383 (% 60,3)	252 (% 39,7)	
Solunum dakika sayısı	21,76±5,37	20,34±5,08	<0,001
O ₂ desteği ihtiyacı (mL/dakika)	5,66±7,78	4,28±6,52	<0,001
Ateş (C)	36,97±0,72	36,85±0,61	<0,001
Sistolik kan basıncı (mmHg)	132,00±19,81	121,81±15,95	<0,001
Diastolik kan basıncı (mmHg)	71,60±10,86	69,68±10,02	<0,001
Nabız dakika sayısı	82,76±15,51	83,25±14,39	AD
SpO ₂	94,24±1,94	94,40±2,01	AD
Üre (mg/dL)	50,86±34,81	35,34±21,74	<0,001
Kreatinin (mg/dL)	1,08±0,91	0,91±0,88	<0,001
Sodyum (mmol/L)	136,80±4,42	137,50±3,54	0,001
Potasyum (mmol/L)	4,20±0,55	4,24±0,49	AD
Magnezyum (mg/dL)	1,96±0,30	2,08±0,27	0,001
Glukoz (mg/dL)	165,06±80,63	142,64±61,39	<0,001
C-reaktif protein (mg/L)	106,19±71,60	104,97±84,04	AD
Prokalsitonin (ng/mL)	0,85±9,74	0,55±4,55	AD
LDH (U/L)	365,87±184,62	346,89±146,15	0,02
Albümin (g/dL)	34,86±5,13	36,39±5,34	<0,001
Ferritin (mcg/L)	484,05±522,08	570,06±639,28	0,004
Fibrinojen (mg/dL)	511,22±132,34	516,89±137,74	AD
D-dimer (mcg FEU/mL)	0,96±1,29	0,81±1,17	0,02
Troponin I (ng/mL)	44,79±252,65	12,58±31,31	<0,001
qCSI	3,41±3,11	2,85±3,05	0,001
qSOFA	0,66±0,69	0,54±0,63	0,001
Fibrinojen/albumin oranı	15,04±4,83	14,65±4,97	AD
D-dimer/troponin oranı	0,10±0,18	0,18±0,41	<0,001
Hastanede yatış süresi (gün)	12,43±7,32	10,70±6,17	<0,001
Mortalite (n,%)	(%12,6)	(%5,1)	<0,001

Tablo 2. Hipertansiyonu bulunan ve bulunmayan hastaların hemogram parametrelerinin karşılaştırılması

	Hipertansiyon tanılı hastalar (N:731)	Hipertansiyon tanısı bulunmayan hastalar (N:779)	P
Nötrofil sayısı	5,60±2,94	5,48±3,07	AD
Lenfosit sayısı	1,15±0,60	1,21±0,58	0,04
Monosit sayısı	0,53±0,34	0,54±0,33	AD
Trombosit sayısı (10E3/uL)	245,58±105,73	249,16±105,08	AD
Htc%	36,54±5,10	38,29±4,37	<0,001
CRP (mg/L)	106,19±71,60	104,97±84,04	AD
NLR	6,60±6,36	5,97±5,36	0,03
MLR	0,14±0,15	0,15±0,18	AD
PLR	270,72±219,48	254,06±189,47	AD
LCRPR	0,04±0,11	0,06±0,26	0,03

Genel Dahiliye

SS-45

Abstract:0093

İNME NEDENİ OLARAK KRONİK SİSTEMİK KAPİLLER KAÇIŞ SENDROMU: OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR İNCELEMESİ

Hasan Sözel, Esin Avcı

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi

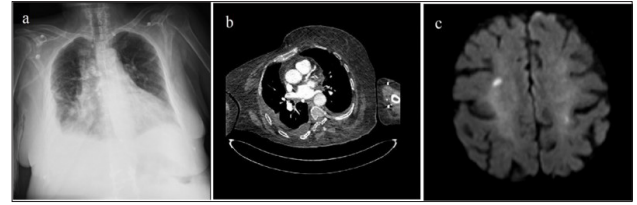
Sistemik kapiller kaçış sendromu (SKKS) nadir görülen, malign olmayan bir klinik durumdur ve açıklanamayan epizodik jeneralize ödem, şiddetli hipotansiyon, hipoproteinemi, paraproteinemi, hızlı kilo alımı, monoklonal gammopati ve çoklu organ yetmezliğine yol açan hemokonsantrasyon ile kendini gösterir. Bu sendromun ilk kez Clarkson tarafından tanımlandığı 1960 yılından bu yana, dünya çapında literatürde yüzlerce vaka bildirilmiştir. SKKS, iskemik miyonekroz, kas kompartmanlarının şişmesi ve kompartman basıncının artmasına bağlı olarak nadiren renal hasar ve rabdomiyoliz ile birlikte bulunabilir. Yaşamı tehdit eden bu sendromun patolojik mekanizması, plazma ve proteinlerin intravaskülerden ekstravasküler bölmeye hızlı bir şekilde kayması ve artmış sistemik kılcal geçirgenliktir. Bu sendromun altında yatan patogenezi bilinmemekle birlikte, G sınıfı (IgG) immünoglobulinlerin kapiller aşırı geçirgenlikte doğrudan bir rol oynadığına inanılmaktadır. Akut ve epizodik formun yanı sıra, SKKS'nin kronik formu, literatürde sadece birkaç vaka olarak bildirilen, sıklık olmayan, kalıcı, ilerleyici jeneralize ödem ile tanımlanmıştır. Bu sendromun tedavisi ve optimal yönetimi hakkında çok az şey bilinmektedir. Klinik özellikler, fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme bulguları ile kronik SKKS ile uyumlu bir kadın hastayı sunuyoruz.

70 yaşındaki hasta 3 aydır süren halsizlik, öksürük, nefes darlığı, tüm vücutta ödem şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 3 ay önce bel fıtığı nedeniyle opere edilmiş, 2 aydır nefes darlığı nedeniyle hastanede yatıyormuş ve trakeostomi uygulanmış, sigara, alkol ve herhangi bir ilaç kullanmıyordu. Başvuru anında yapılan fizik muayenede soluk konjunktiva, hafif taşikardi, bilateral alt akciğer alanlarında kaba raller, ekstremitelerde ve göz çevresinde ödem vardı. Nörolojik, abdominal ve kardiyovasküler muayenede bir anormallik görülmedi. Kan basıncı 100/60 mm Hg, sıcaklık 37,8°C, elektrokardiyogram sinüs ritmi ile uyumluydu. Akciğer grafisinde bilateral plevral efüzyon gözlemlendi ve

bilgisayarlı tomografi (BT) ile doğrulandı. Anemi mevcuttu lökosit sayısı ve dağılımı normaldi. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testi sonuçları, serum g-glutamyltranspeptidaz ve laktat dehidrojenazın hafif yükselmesi dışında referans aralığındaydı ve düşük total protein (4,82 mg / dL) ve serum albümin (1,47 mg / dL) düzeyleri görüldü. Tüm serolojik (HIV, hepatit B ve C) ve otoantikör testleri negatifti. İmmünoglobulin (Ig) A ve IgM seviyesi düşükken, IgG seviyeleri normal aralığın üzerindediydi. Serum protein elektroforezi monoklonal gammopati ile uyumluydu. Yatışının üçüncü gününde hastanın yer ve zaman oryantasyonu bozuldu, uykuya yatkinlıkla ortaya çıkan bilinç değişikliği başladı. BT ile intrakraniyal kanama dışlandı. Kraniyal manyetik rezonans incelemede, sağ periventriküler alan-korona radiata seviyesinde difüzyon kısıtlaması oluşturan 5 mm çapında enfarktüs odağı izlendi. Hasta, gelişen status epileptikus nedeniyle yoğun bakım ünitesine sevk edildi.

Bu sunum, klinisyenlere jeneralize ödem, tromboembolik olaylar, monoklonal gamopati ve hipoalbumineminin etiyolojisini araştırırken SKKS'yi akıldan tutmaları gerektiğini hatırlatmak içindir.

Anahtar kelimeler: Clarkson Hastalığı, İnme, Kronik Sistemik Kapiller Kaçış Sendromu



Resim 1.

Diyabet

SS-47

Abstract:0095

COVID-19 PNÖMONİSİ NEDENİYLE HASTANEYE YATIRILAN HASTALARDA DİABETES MELLİTUS SIKLIĞI VE PROGNOZA ETKİSİ

Banu Böyük, Seydahmet Akın, Büşra Tamar, Nevra Karademir, Meryem Topal, Dilan Kabaca, Arzu Işık, Nazire Aladağ, Özcan Keskin
SBÜ, Kartal Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Çin'in Wuhan kentindeki salgından bu yana, şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs 2'nin (SARS-CoV-2) neden olduğu yeni koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19), tüm dünyada 200'den fazla ülkede 96,2 milyondan fazla insanı etkiledi. Ciddi COVID-19 veya ölüm riski yüksek olan hastalar, ileri yaş ve erkek cinsiyeti dahil olmak üzere çeşitli özelliklere sahiptir ve kardiyovasküler hastalık (KVH), obezite ve / veya diyabetes mellitus (DM) gibi alta yatan sağlık sorunları vardır. Birkaç çalışmada, yoğun bakım ünitelerine kabul edilen COVID-19 hastalarında alta yatan KVH ve DM'nin yaygın olduğunu gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı, COVID-19 pnömonisi nedeniyle iç hastalıkları pandemi kliniğinde yatan hastalardan diyabetik bireylerin sıklığını belirlemek, PZR pozitif diyabetik ile diyabetik ve ek hastalığı olmayanlar arasındaki klinik belirtileri ve sonuçlarını karşılaştırmaktır.

Materyal-Metod: Bu retrospektif çalışmada, hastanemiz iç hastalıkları pandemi kliniğinde Covid-19 pnömonisi tanısıyla yatarak tedavi gören 635 hasta (413 PZR pozitif, 222 PZR negatif) değerlendirildi. Covid PZR negatif olan 222 hasta çalışma dışı bırakıldı. Covid-19 PZR pozitif olan 128 DM ile 135 DM ve ek hastalığı olmayan (kontrol) vakalar çalışmaya alındı. Tüm hastaların demografik özellikleri, ek hastalıkları, kullandıkları ilaçlar, semptom-

ları, biyokimyasal parametreler, BT bulguları, verilen tedavileri ve klinik prognozları karşılaştırıldı. Tüm istatistiksel analizler SPSS version 25 yazılımı (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan toplam 634 hastadan 170'si (%27) DM olduğu görüldü. Vakaların yaş ortalaması DM olan grupta $63,98 \pm 12,13$ iken kontrol grupta $49,82 \pm 15,36$ olup ($p < 0,00$) cinsiyetler arasında da kadın/erkek oranı DM de 62/67; kontrol 48/87 ($p < 0,007$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. DM grupta sistolik kan basıncı, açlık kan şekeri, HbA1C, kreatinin, lökosit, trombosit, D-dimer ve laktat düzeyleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek bulundu ($p < 0,016$; $p < 0,00$; $p < 0,00$; $p < 0,046$; $p < 0,013$). Satürasyon, sodyum, albumin, hemoglobin ve GFR düzeyleri; DM grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha düşüktü ($p < 0,00$; $p < 0,00$; $p < 0,041$; $p < 0,00$). Spearman korelasyon analizinde DM in varlığı ile mortalite, yoğun bakıma gidiş ve entübasyon arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmadı ($p > 0,05$). Ancak DM ile Toraks BT'de yaygın tutulum bulguları arasında pozitif korelasyon saptandı ($p < 0,025$).

Sonuç: Çalışmamızda elde edilen bulgularla, kesin tanı CO-VID-19 pnömonisi nedeniyle yatan hastaların dörtte birinden fazlasının diyabetik olduğunu saptadık. Diyabetik hastalarda daha fazla akciğer tutulumu ve hipoksemi olmasına rağmen prognoz daha olumsuz olmadığını gördük. Bu sonucun alınmasında takip edilen hastaların izleminin diyabet tedavisi konusunda deneyimli bir ekibe sahip olan iç hastalıkları kliniğinde yapılması rol oynamış olabilir. Bununla birlikte, diyabetik ve diyabetik olmayan bireylerde artan hastalık şiddetinin altında yatan mekanizmaları netleştirmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Covid-19, DM, prognoz

Genel Dahiliye

SS-48

Abstract:0096

PANDEMİ ÖNCESİ ANTIAGREGAN KULLANIMININ COVID-19 PNÖMONİSİNE ETKİSİ

Banu Böyük, Seydahmet Akın, Nevra Karademir, Meryem Topal, Büşra Tomar, Dilan Kabaca, Arzu Işık, Nazire Aladağ, Özcan Keskin
SBÜ, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) salgını, bugüne kadar 95,6 milyondan fazla bilinen vaka ve dünya çapında % 5,4'lük bir ölüm oranıyla küresel olarak devam eden bir sorundur. SARS-CoV-2'nin neden olduğu viral bir solunum hastalığı olan Coronavirus hastalığı-2019, aşırı inflamasyon, trombosit aktivasyonu, endotel disfonksiyonu ve staz nedeniyle hastaları hem venöz hem de arteriyel dolaşımda trombotik hastalığa yatkın hale getirebilir. Biz bu çalışmayla pandemi öncesi antiagregan tedavi kullanmanın Covid-19 pnömonisinin prognozuna etkisini araştırmayı amaçlamaktadır.

Materyal-Metod: Bu retrospektif çalışmada, hastanemiz iç hastalıkları pandemi kliniğinde PCR pozitif covid-19 pnömonisi tanısıyla yatarak tedavi gören 413 hasta alındı. Bu hastalardan daha önce antiagregan (ASA ve P2Y12 inhibitörleri) tedavisi alanlar ile almayanlar arasında demografik özellikleri, ek hastalıkları, biyokimyasal parametreler ve klinik prognozları karşılaştırıldı. Tüm istatistiksel analizler SPSS version 25 yazılımı (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya 216 erkek, 197 kadın toplam 413 hasta alındı. Olguların 62'si (%15) pandemi öncesi antiagregan kulla-

nan hastalardı. Yaş ortalaması, antiagregan kullananlarda 70,16 iken kullanmayanlarda 55,99 olup istatistiksel farklılık saptandı ($p < 0,00$). En sık rastlanan ek hastalıklar karşılaştırıldığında HT, DM, İKH ve nörolojik hastalıklar antiagregan kullanan grupta kullanmayanlara göre istatistiksel olarak daha fazlaydı ($p < 0,01$). Antiagregan kullananlarda istatistiksel anlamlı olarak sistolik kan basıncı yüksek, SaO2 daha düşük iken; BMİ, diyastolik kan basıncı, nabız ve ateş yönünden fark saptanmadı ($p < 0,01$; $p > 0,05$). Lenfosit sayısı antiagregan kullananlarda istatistiksel anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p < 0,05$). Diğer biyokimyasal parametrelerin düzeylerine bakıldığında (Lökosit, hemoglobin, trombosit, PT, aPTT, INR, fibrinojen, CRP, prokalsitonin, LDH, ferritin, D-dimer, AST, ALT, kreatinin) gruplar arasında fark bulunmadı ($p > 0,05$). Pearson korelasyon analizinde mortalite, entübasyon ve yoğun bakıma gidişte antiagregan kullanımınıyla bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$).

Sonuç: Covid-19 hastalarında erken dönemde aspirin (ASA) kullanımının bu ilacın virüs replikasyonunu, anti-platelet agregasyonunu, antiinflamatuvar ve anti-akciğer hasarını inhibe edici etkileri sayesinde ciddi ve kritik hastalık görülme sıklığını azaltabileceği düşünülmektedir. Bazı çalışmalarda ASA tedavisinin yatış süresini ve kardiyovasküler komplikasyonların görülme sıklığını azalttığı gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda hastalık öncesi ASA kullanan ve kullanmaya devam eden hastalarda böyle bir ilişki gösterilmedi. Halen devam etmekte olan ve ASA eklenerek devam etmekte olan RECOVERY çalışması bu konuya daha net bir yanıt verecektir.

Anahtar kelimeler: Antiagregan, covid-19 pnömoni, prognoz, aspirin

Genel Dahiliye

SS-49

Abstract:0097

YATAN HASTALARDA NÜTRİSYON DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Oguz Kagan Bakakloglu

İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa

Giriş-Amaç: Malnütrisyon; fiziksel ve mental fonksiyonların gerilemesi ve hastalıklardan iyileşmenin bozulmasına yol açan vücut kompozisyonundaki değişikliklerin oluşumuna neden olan yetersiz gıda alımından kaynaklanan durum olarak tanımlanabilir. Alım yetersizliğinin yanı sıra inflamasyonun yarattığı katabolik süreç de malnütrisyona katkıda bulunur.

Çeşitli çalışmalarda hastane yatışında malnütrisyon prevalansı %30-60 arasında saptanmıştır. Malnütrisyon riskinin ortaya konmasında tarama önemlidir.

Çalışmanın amacı 2011 - 2015 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesinde yatan erişkin yaş grubundaki hastaların nütrisyon durumlarının değerlendirilmesi ve MR tespit edilen hastaların nütrisyon destek tedavisi takiplerinin irdelenmesidir.

Materyal-Metod: Retrospektif kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanan bu çalışmada İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Nütrisyon Birimi tarafından 2011- 2015 yılları arasında tüm hastane erişkin hasta servislerinde gerçekleştirilen tarama sonuçları ve konsültasyonlar değerlendirildi.

Hastaların malnütrisyon risklerinin ortaya konması için yapılan NRS-2002 puanlamaları, albümin, CRP, kreatinin, VKİ değerleri, eşlik eden hastalıkları ve malnütrisyon riski saptanan hastalara başlanan nütrisyonel destek tedavileri değerlendirildi.

Bulgular: 5999 hastanın verisi değerlendirmeye alındı. Hastaların %85'i dahili servislerde yatmaktaydı. En sık görülen iki has-

talık %37 ile kanser ve %25.4 ile DM idi. Ortanca yaş 60, VKİ 24.9 kg/m²’ du. Malnütrisyon riski olan hastaların sıklığı %49.8, ciddi malnütrisyon riski olan hastaların sıklığı %17.3’ dü. İleri yaş, yüksek CRP, düşük kilo, VKİ ve albümin değerleri malnütrisyon riski ile ilişkili bulundu. Hastaların %64’üne enteral ve/ veya parenteral nütrisyon destek tedavisi verildiği görüldü.

Sonuç: Hastanede yatan hastalarda malnütrisyon riski belirgin olarak mevcuttur ve yatan hastaların taranması malnütrisyon riski olan hastaların ortaya konmasında ve destek tedavisi başlanmasında yararlıdır.

Anahtar kelimeler: Malnütrisyon, NRS-2002, yatan hasta,

Genel Dahiliye

SS-50

Abstract:0099

ASTIM BRONŞİYALE TANILI COVID-19 PNÖMONİSİ NEDENİYLE YATARAK TEDAVİ GÖREN HASTALARDA CURB-65 VE QSOFA İNDEKSLERİNİN HASTALIK ŞİDDETİ VE MORTALİTE İLE İLİŞKİSİ

İşıl Kibar Akıllı

SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Covid-19 enfeksiyonu seyrinde kronik akciğer hastalıkları hipertansiyon ve diyabetes mellitus sonrasında üçüncü sırada bulunan mortalite nedenidir. Viral enfeksiyonların astım alevlenmesine ve daha ağır klinik tabloya neden olduğu bilinmektedir. Covid-19 pandemisi seyrinde sistemik inflamasyonun astım tanısı varlığında klinik seyir üzerine etkisi halen araştırılmaktadır. Bu çalışmada covid-19 pnömonisi nedeniyle yatarak tedavi edilen hastalarda astım tanısı varlığının klinik seyir, laboratuvar parametreleri ve bakteriyel pnömonilerde güvenli bir şekilde kullanılan curb-65 ve sepsis tanısında kullanılan qSOFA skorunun mortalite ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 01,09,2020-31,12,2020 tarihleri arasında Prof. Dr. Murat Dilmener ADH’de orta ve ağır covid-19 pnömonisi tanısıyla yatarak tedavi edilen hastalar dahil edilmiştir. Hastalık şiddeti orta (ateş, hafif solunum semptomları varlığı, radyolojik bulguların olması) ve ağır (radyolojik bulgulara ve semptomlara ek olarak solunum dakika sayısı ≥ 30 ve istirahatte SpO₂ ≤ 93) tanımlanmıştır (Diagnosis and Treatment Protocol for Novel Coronavirus Pneumonia Trial Version 7). Tüm hastaların demografik verileri (yaş, cinsiyet), laboratuvar değerleri, ateş, arter kan basıncı, oksijen desteği ihtiyacı, nabız dakika sayısı, parmak ucu oksijen saturasyonu, curb-65 ve qSOFA skorları, toplam yatış süreleri ve sağkalım durumları değerlendirmeye alınmıştır.

Bulgular: Astım Bronşiyale tanılı 129 hastanın 82’si (%63,5) ağır, 47’si (%36,5) orta klinik tablo olarak değerlendirildi. Astım tanısı olmayan 170 hastanın 92’si (%54,1) ağır, 78’i orta (%45,9) tabloda idi. Her iki grup arasında yaş, cinsiyet, ateş, nabız dakika sayısı, sistolik ve diyastolik kan basıncı, nötrofil, lenfosit sayısı, hematokrit, CRP, prokalsitonin, glukoz, üre, kreatinin, ferritin, fibrinojen, d-dimer ve troponin değerleri arasında anlamlı fark yoktu. Nötrofil/lenfosit oranı (NLR) astımlı grupta anlamlı olarak yüksek saptandı (p=0,005). Astım tanılı hastalarda solunum dakika sayısı ve oksijen desteği ihtiyacı astım tanısı bulunmayan hastalara göre anlamlı derecede fazla bulundu (sırasıyla p=0,02, p=0,004). Toplam yatış süresi astım tanılı grupta anlamlı fazla bulundu (p=0,009). Curb-65 ve qSOFA skorları astım tanılı grupta anlamlı olarak yüksek saptanmış iken hastalık şiddeti ve mortalite açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunamadı (sırasıyla p=0,01, p=0,03) (Tablo 1).

Sonuç: Astım bronşiyale varlığı covid-19 pnömonisi seyrinde hastalık şiddeti ve mortalitede artışa neden olmamaktadır. Bu sonuç güncel verilerin yer aldığı literatür ile uyumludur.

Anahtar kelimeler: Astım bronşiyale, covid-19 pnömonisi, mortalite

Tablo 1. Astım tanısı bulunan ve bulunmayan hastaların karşılaştırılması

	Astım bronşiyale tanılı hastalar (N:129)	Astım bronşiyale tanısı bulunmayan hastalar (N:170)	p
Yaş	61,54± 13,79	59,42± 13,67	AD
Cinsiyet			AD
Erkek (N,%)	40 (%42,1)	55 (%57,9)	
Kadın (N,%)	89 (%43,6)	115 (%56,4)	
Ateş (C)	36,81±0,57	36,80±0,62	AD
Solunum dakika sayısı	21,38±5,10	20,10±4,51	0,02
SpO ₂	94,67±1,94	94,50±1,72	AD
Oksijen desteği ihtiyacı (lt/dk)	5,64±7,51	3,41±5,78	0,004
Sistolik Kan basıncı (mmHg)	126,56±17,09	126,62±19,31	AD
Diyastolik kan basıncı (mmHg)	70,27±9,26	69,78±10,90	AD
Nabız dakika sayısı	80,98±14,01	81,94±17,20	AD
Nötrofil sayısı	5,63±3,35	5,11±2,31	AD
Lenfosit sayısı	1,26±0,66	1,40±0,64	AD
NLR	6,37±6,99	4,60±3,65	0,005
Hct(%)	36,93±4,77	36,71±4,23	AD
Glukoz (mg/dl)	153,26±74,83	163,78±84,80	AD
Üre (mg/dl)	40,86±24,88	37,06±21,82	AD
Kreatinin (mg/dl)	0,93±0,98	0,88±0,54	AD
C-reaktif protein (mg/l)	95,04±72,26	101,43±69,32	AD
Prokalsitonin (ng/ml)	0,22±0,90	0,22±0,50	AD
Troponin I (ng/ml)	22,61±74,14	11,09±23,33	AD
D-dimer (µg FEU/mL)	0,84±1,19	0,75±0,93	AD
Fibrinojen (mg/dl)	495,69±130,37	512,92±129,58	AD
Ferritin (µg/L)	385,43±562,46	423,47±474,66	AD
Albümin (g/L)	35,64±5,85	36,73±5,02	AD
Hastanede yatış süresi (gün)	12,86±8,25	10,53±6,89	0,009
Mortalite (n,%)	(9,%6,9)	(6,%3,5)	AD
Curb-65	0,91±0,96	0,66±0,78	0,01
qSOFA	0,64±0,69	0,47±0,63	0,03

COVID-19 PNÖMONİSİNİ SONRASİ GELİŞEN NADİR KOMPLİKASYON: SPONTAN PNÖMOTORAKS

Sengül Aydın Yoldemir

Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

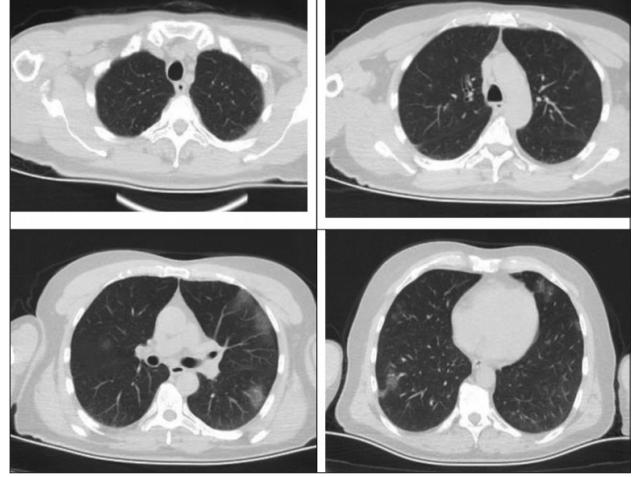
Giriş: İlk COVID-19 vakaları tanımlandığından beri pnömotoraks, nadir de olsa olası bir komplikasyon olarak bildirilmiştir. Pnömotoraksın hızlı bir şekilde tanımlanması ve yönetimi önemlidir. Hipoksemi nedeniyle hastaneye kaldırılan ancak mekanik ventilasyon gerektirmeyen, tipik bir COVID-19 pnömoni vakasını sunuyoruz. Başlangıçta tedavisi tamamlanıp taburcu edilen hastanın, hastalığın üçüncü haftasında, önceden bilinen bir risk faktörü olmamasına rağmen pnömotoraks nedeniyle genel durumu kötüleşti.

Olgu: 68 yaşında erkek hasta, bilinen kronik bir hastalık öyküsü yok. 160 cm boyunda, 75 kg ağırlığında sigara kullanımı öyküsü yoktu. 4 gündür devam eden kas ve eklem ağrısı, öksürük şikayeti ile başvurdu. Alınan nasofarengeal PCR sürüntü testi sonucunda COVID-19 tanısı alıp favipravir 2*8 (1. gün) tedavisine başlandı. 5. günde şikayetleri artan nefes darlığı gelişen hastanın tedavisine hastaneye yatırılarak devam edildi. TA:138/80, nabız: 88, satO2: %89, solunum sayısı: 24/dakika idi. Toraks BT'sinde her iki akciğerde tüm loblarda yaygın periferik yerleşimli konsolide eğilimde buzlu cam dansitesinde opasiteler izlendi (Resim 1).

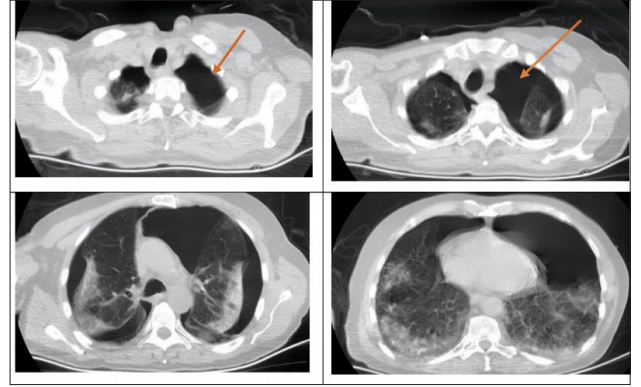
Yapılan laboratuvar testlerinde ferritin:1609 µg/L, LDH:366 U/L, CRP:160.7mg/L, troponin: 0,100ng/l, İL-6: 12.9, d-dimer: 4.47 µg/ml, prokalsitonin 0,06ng/ml idi. Favipravir tedavisi 10 güne tamamlanması planlandı. Eş zamanlı olarak enoksiparin 2*0.6ü, deks+ametazon 1*6 mg, seftriakson 1*2 gr, pantoprazol 1*4*mg ve rezervuarlı maske ile oksijen destek tedavisi başlandı. 48 saatlik ateşsiz ve oda havasında takip dönemi sonunda klinik ve laboratuvar olarak düzelen hasta yatışının 7. gününde taburcu edildi. Taburculuk sonrası 15. günde gece ani başlayan nefes darlığı şikayeti ile yeniden acil servise başvuran hastanın solunum sesleri azalmış, sat O2 %88(OH), taşipneik idi. Çekilen toraks BT' sinde, sol hemitoraksta belirgin olduğu düzeyde yaklaşık 9 cm derinliğinde ölçülen ve volümün %50-70'ini ilgilendiren, sağda belirgin olduğu düzeyde yaklaşık 25 mm kalınlığında ölçülen volümün yaklaşık %20-30 'luk kesimini ilgilendiren yaygın pnömotoraks görünümü izlendi (Resim 2). Çift taraflı toraks tüpü takılarak tedaviye başlandı. 3. günde tüpler çekildi. Birinci hafta sonunda eve taburcu edildi.

Sonuç: İlk COVID-19 vakaları tanımlandığından beri pnömotoraks, nadir de olsa olası bir komplikasyon olarak tanımlandı. SARS-CoV-2 ile indüklenen pnömoniden sonra tekrarlayan pnömotoraks meydana gelebilir. Virusun neden olduğu yaygın alveolar yarananmanın alveolar rüptüre neden olabileceği, hava kaçacağı ve interstisyel amfizeme neden olabileceği bildirilmiştir. Akciğerlerde sikatrisyel-fibroz yeniden şekillenme süreçleri ve şiddetli irritabl öksürüklerde artmış intratorasik basınçlar nedenler olarak tartışılabilir. Yaygın olmamakla birlikte, pnömotoraks, ani solunum dekompanasyonu olan COVID-19 hastaları için ayırıcı tanıda akla gelmelidir. COVID-19 hastalığının akut fazı yatıştıktan sonra bile, akut nefes darlığı durumunda acil bir klinik ve radyolojik muayene gereklidir.

Anahtar kelimeler: Covid-19, Pnömotoraks, Geç Komplikasyon



Resim 1. İlk hastaneye yatış sırasındaki torax BT



Resim 2. İkinci başvuruda acil serviste çekilen torax BT

COVID-19 ENFEKSİYONUNDA TİROİD HASTALIKLARI

Özgür Altun

T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Amaç: SARS-CoV-2 enfeksiyonu, asemptomatik, hafif solunum hastalığı ve şiddetli pnömoni gibi geniş bir klinik spektruma sahiptir (1). COVID-19 enfeksiyonu ile ilgili takipler arttıkça COVID-19 un sadece akciğerde enfeksiyon değil, akciğer dışı birçok organda da tutulum olduğu görülmüştür (1). COVID-19 enfeksiyonunun tiroid fonksiyonu üzerinde etkileri ile ilgili az sayıda çalışma vardır (2-5). COVID-19 enfeksiyonunda, tiroid fonksiyon testleri anormallikleri ve bunun, enfeksiyon şiddeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (2-5). Ayrıca enfeksiyondan sonra yüksek tirotoksikoz riskinin arttığı saptanmıştır(4).

Çalışmamızın amacı, tiroid fonksiyonları ile COVID-19 enfeksiyonu, arasındaki olası ilişkiyi araştırmaktır. Bu konuda yapılan çalışmalar,hem tedavi yönetimine katkısı ve hemde tiroid fonksiyonlarının COVID-19 için risk sınıflandırma modellerinde değerlendirilmesine neden olacaktır.

Metod: Çalışmaya 20-06-2020 ve 10-012-2020 tarihlerinde T.C Sağlık bakanlığı İstanbul il sağlık Müdürlüğü Prof.Dr.Cemil Taş-

çioğlu Şehir Hastanesi, dahiliye ve enfeksiyon servise COVID-19 pnömonisi tanısı ile yatan 641 çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik verileri, kreatinin, ALT, CRP, D-dimer, ferritin, hemogram verileri, TSH, ft3, ft4 değerleri hastanede yatış süresi, ölüm, taburculuk gibi hastaların çıkış bilgileri, retrospektif olarak dosyasından taranarak kayıt edildi. Taburcu olan ve ölen Hastaların verileri SPSS programına yüklenerek değerlendirildi.

Sonuçlar: Çalışmaya toplam 641 hasta dahil edildi. Hastaların %70 ötroid, %21 hipertroid, %7 hipotroidi idi. Hastaların 304'i (%47.4) erkek ve 337 (%52.6) kadındı.

Taburcu olan hastalar ile ölen hastalar karşılaştırıldığında, ft3 düzeyi ölen grupta daha düşük saptanmıştır. ($p < 0.001$). Mortalite oranı hipertroidi olan hastalarda %33, hipotroidide %28, ötroid hastalarda %19.3 idi. Kadın ve erkek arasında anlamlı fark yoktu Mortalite olan grupta hastanede yatış süresi daha uzundu (tablo1).

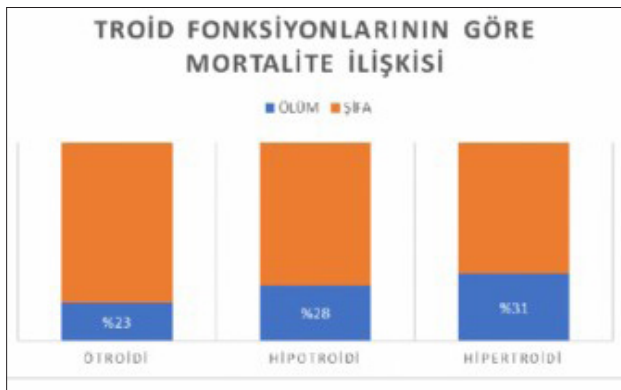
Hipertroidi olan hastalarda, mortalite oranı ötroid hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p = 0.001$). Hipotroidi ve hipertroidik gruplar arasında mortalite açısından fark yoktu. ($p > 0.001$) (Tablo 2).

Tartışma: Troid hastalıkları ile ilgili literatüre baktığımızda öncelikle hipotiroidizmi olan hastaların COVID-19 enfeksiyonu açısından artmış risk altında olmadığını göstermektedir. Bizim çalışmamızda da hipotroidi olan hastalar daha azdı ve ötroid ve hipertroidi olan hastalara göre mortalite riski artmamıştı.

Yapılan çalışmalarda COVID-19 hastalarında en çok ft3 düşüklüğü ve TSH düşüklüğü saptanmıştır ve bunun, enfeksiyonun siddeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur (2,3). Enfeksiyondan sonra, tirotoksik riskinin arttığı bildirilmiştir (4). Bizim bulgularımızda hipertroidi sıklığı %21 di. Ölen grupta ft3 daha düşüktü ve hipertroidi olan grupta mortalite sıklığı daha fazlaydı. COVID-19 enfeksiyonunda subakut troidit hipertroidi, sitokin fırtınasına bağlı olabilir. Virüsün direk etkisi ile olabilir. Virus reseptörü olan Anjiyotensin II dönüştürücü enzim, tiroid foliküllerinde saptanmıştır (5). COVID-19 enfeksiyonunda, hipertroidi artmış kardiyak aritmi tromboembolik hadiselerle yol açarak mortaliteyi artırabilir.

Sonuç olarak, troid disfonksiyonu özellikle hipertroidi ile ilgili farkındalık artışı hem tedavi yönetimi, hemde risk derecelendirilmesinde katkısı olacaktır.

Anahtar kelimeler: COVID-19, HİPERTROİDİ, MORTALİTE



Troid fonksiyonlarına göre mortalite ilişkisini gösteren grafik

Tablo 1: COVID-19 hastalarının demografik ve laboratuvar verileri			
	Hayatta Kalanlar N:493	Hayatta Kalmayanlar N:148	P değeri
YAŞ (yıl)	57,16 ± 13	69,7 ± 17	< 0.001
CİNSİYET kadın(n)	261	76	0,737*
erkek(n)	232	72	
YATIŞ SÜRESİ (gün)	11,1 ± 8	17 ± 15	0,001
KREATİN (mg/dL)	1,0 ± 1,1	1,6 ± 1,7	0,003
ALT (U/L)	34 ± 28	44 ± 25	0,054
D-DİMER (ug/mL)	868 ± 400	1449 ± 1200	< 0.001
FERRİTİN (µg/L)	524 ± 250	887 ± 352	< 0.001
ft3 (ng/L)	2,2 ± 0,75	1,8 ± 0,66	< 0.001
ft4 (ng/L)	11,7 ± 4,1	11,1 ± 3,7	0,125
TSH (mU/L)	1,83 ± 2,6	1,81 ± 4,1	0,053
CRP (mg/dL)	80 ± 78	120 ± 84	< 0.001
ÖTROİD n (%)	367 (%77)	88 (%23)	0,003*
HİPOTROİD n (%)	36 (%62)	14 (%28)	0,003*
HİPERTROİD n (%)	90 (%69)	46 (%31)	0,003*

Veriler ortalama, standart deviasyon olarak verilmiştir. Katagorik değişkenler için *ki kare testi yapılmıştır. p değeri < 0.005 istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 2. Troid fonksiyonlarına göre mortalite oranları					
*	Taburcu	Ölüm	p değeri	p değeri	p değeri
			a-b	a-c	b-c
hipertroid n(a)	90	46	0,451	0,001	0,192
hipotroid n(b)	36	14			
ötroid n(c)	367	88			

*Post-hoc ki kare testi yapılmıştır. p<0.001 istatistiksel olarak anlamlıdır.

Endokrinoloji

SS-53

Abstract:0104

POLİKİSTİK OVER SENDROMU (PKOS) HASTALARINDA ORTALAMA TROMBOSİT HACMİNİN ÖLÇÜLMESİ

Gülsüm Gönülalan

Karatay Üniversitesi Konya Medicana Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları, Konya

Amaç: Ortalama trombosit hacmi (OTH) trombositlerin ortalama boyutunun ölçümüdür ve trombosit fonksiyonunun değerlendirilmesinde kullanılır. Artmış OTH değerleri sistemik inflamasyonun göstergesi olarak kullanılır. Çalışmamızda amacımız basit ve ucuz kan tetkiki ile PKOS hastalarında ortalama trombosit hacminin ölçülmesi ile kardiyovasküler riskin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza hastanemiz endokrinoloji polikliniğine başvuran 74 PKOS tanısı konmuş hastalar ile 56 sağlıklı kontrol grubu alındı. Ortalama trombosit hacmi otomatik kan sayım cihazı ile ölçüldü.

Bulgular: PKOS hasta grubunda yaş ortalaması 25.1±5, kontrol grubu yaş ortalaması 30.7± 8.9 istatistiksel olarak anlamlı

fark vardı ($p<0.001$). PKOS hasta grubunda beden kütle indeksi (BKİ) 28.65 ± 6.59 kg/m² kontrol grubu beden kütle indeksi 25.88 ± 5.37 kg/m² olarak ölçüldü ve PKOS grubunda BKİ istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p=0.016$). Ortalama trombosit hacmi PKOS hastalarında 10.33 ± 1.01 , kontrol grubunda 10.61 ± 0.88 ve her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0.108$).

Sonuç: PKOS'un vasküler endotel fonksiyonundaki bozukluklar ve koagülasyon sistemindeki değişiklikler ile kardiyovasküler risk nedeni olabileceği söylenmektedir. Bu nedenle bu risk faktörlerinin değerlendirilmesi gelecekteki istenmeyen kardiyovasküler etkilerden korunmak açısından önem taşımaktadır. Trombositler inflamasyon ve immün aktivitede önemli görevlere sahiptir. OTH trombosit fonksiyonlarını değerlendirebilen ve rutin bir kan sayımında kolaylıkla elde edilebilen bir parametredir. OTH, trombosit aktivasyonunun bir göstergesidir ve kardiyovasküler komplikasyonların fizyopatolojisinde önemli bir role sahiptir. Büyük trombositlerin küçüklere oranla daha fazla trombosit potansiyel taşımakta olduğu, daha fazla yoğun granüller içerdiği ve metabolik ve enzimatik olarak daha aktif oldukları bilinmektedir.

Hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabetes mellitus, obstrüktif uyku apne sendromu, miyokart enfarktüsü (ME) ve aterosklerotik kalp hastalıklarında OTH'de artış olduğu gösterilmiştir.

Çalışmamızda PKOS hastaları ile kontrol grubu arasında OTH açısından anlamlı bir fark yoktu. Bu konuda daha fazla sayıda hasta katılımı ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Polikistik over sendromu, ortalama trombosit hacmi, inflamasyon, kardiyovasküler risk

Genel Dahiliye

SS-54

Abstract:0105

COVID-19 PNÖMONİSİ NEDENİYLE YATARAK TEDAVİ GÖREN KORONER ARTER HASTALIĞI TANILI HASTALARDA PLAZMA ELEKTROLİT DÜZEYLERİNİN MORTALİTE İLE İLİŞKİSİ

Ayliya Yeşilova

SBÜ Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi

Amaç: Covid-19 enfeksiyonu direkt solunum sistemi dışında inflamatuvar sitokinlerin salınımıyla multisistem etkileri ile global sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Koroner arter hastalığının (KAH) varlığı mortalite artışı ile birliktedir. Covid-19'un direkt kardiyak hasarının dışında elektrolit bozukluğu da fatal aritmilerin oluşumunu kolaylaştırarak mortalite artışına neden olabilmektedir. Bu çalışmada covid-19 pnömonisi nedeniyle yatarak takip edilen hastalarda KAH varlığının plazma elektrolitleri ve mortalite ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya 01.09.2020-31.12.2020 tarihleri arasında Prof. Dr. Murat Dilmener Acil Durum Hastanesi'nde covid-19 pnömonisi tanısıyla yatarak tedavi edilen hastalar dahil edilmiştir. Tüm hastaların yaş, cinsiyet, ateş, solunum dakika sayısı, sistolik ve diyastolik kan basıncı, kalp hızı, parmak ucu oksijen saturasyonu (SpO₂), oksijen desteği ihtiyacı, kan glukoz, üre, kreatinin, sodyum, potasyum, magnezyum, kalsiyum, d-dimer, INR, fibrinojen, troponin I değerleri, hastanede yatış süresi ve ölüm-sağ kalım durumları değerlendirilmiştir.

Bulgular: KAH tanılı 218 hasta ve KAH tanısı bulunmayan 1291 hasta değerlendirilmiştir. KAH bulunan hastalarda yaş, erkek cinsiyet, solunum dakika sayısı, oksijen desteği ihtiyacı, sistolik kan basıncı, kan glukoz, üre, kreatinin, INR ve troponin I anlamlı ola-

rak yüksek bulundu. İki grup arasında ateş, diyastolik kan basıncı, kan potasyum, kalsiyum, d-dimer ve fibrinojen değerleri arasında anlamlı fark yoktu. KAH tanılı grupta sodyum, diyastolik kan basıncı, kalp hızı ve parmak ucu saturasyonu anlamlı olarak düşük bulundu (Tablo 1). KAH tanılı grupta hastanede yatış süresi ve mortalite anlamlı olarak daha yüksek bulundu (Mortalite için OR: 0,376 %95 CI: 0,268-0,528) (Tablo 2).

Sonuç: Covid-19 pnömonisi seyrinde koroner arter hastalığı varlığında hipomagnezemi gelişimi olası fatal aritmileri indükleyebilir. Bu grup hastada plazma magnezyum değerleri yakın monitorize edilmelidir.

Anahtar kelimeler: covid-19 pnömonisi, koroner arter hastalığı, hipomagnezemi, hipokalsemi

Tablo 1. Koroner arter hastalığı tanılı ve koroner arter hastalığı tanısı bulunmayan hastaların karşılaştırılması

	Koroner arter hastalığı tanılı hastalar (N:218)	Koroner arter hastalığı tanısı bulunmayan hastalar (N:1291)	p
Yaş	69,69±11,092	59,66±15,072	<0,001
Cinsiyet			
Erkek (N,%)	141(%64,7)	734(%56,9)	0,03
Kadın (N,%)	77(%35,3)	557(%43,1)	
Ateş (C)	36,84±0,61	36,93±0,68	AD
SpO ₂	94,07±1,92	94,37±1,98	0,04
Solunum dakika sayısı	22,13±5,76	20,84±5,16	0,001
O ₂ desteği ihtiyacı (L/dakika)	5,98±7,82	4,77±7,07	0,02
Kalp hızı (atm/dakika)	80,84±16,04	83,38±14,726	0,02
Sistolik kan basıncı (mmHg)	129,67±20,79	126,25±18,20	0,01
Diyastolik kan basıncı (mmHg)	70,45±11,11	70,65±10,37	AD
Glukoz (mg/dL)	168,87±75,72	150,90±71,31	0,001
Üre (mg/dL)	54,90±37,89	40,83±27,77	<0,001
Kreatinin (mg/dL)	1,16±0,87	0,96±0,90	0,002
Sodyum (mmol/L)	136,61±4,18	137,25±3,97	0,03
Potasyum (mmol/L)	4,25±0,56	4,22±0,51	AD
Magnezyum (mg/dL)	1,97±0,30	2,03±0,29	0,004
Kalsiyum (mg/dL)	8,65±0,57	8,72±0,63	AD
INR	1,10±0,25	1,06±0,20	0,01
D-dimer (mcgFEU/mL)	1,05±1,51	0,85±1,17	AD
Fibrinojen (mg/dL)	521,21±132,55	512,91±135,63	AD
Troponin I (ng/mL)	88,51±435,35	17,74±61,69	<0,001

Tablo 2. Koroner arter hastalığı bulunan ve koroner arter hastalığı bulunmayan hastaların yatış süresi ve mortalite karşılaştırması

	Koroner arter hastalığı tanılı hastalar (N:218)	Koroner arter hastalığı tanısı bulunmayan hastalar (N:1291)	p
Hastanede yatış süresi (gün)	12,84±7,57	11,33±6,64	0,002
Mortalite (n,%)	41 (%18,9)	91 (%7)	<0,01

AKUT PANKREATİTTE SPLANKNİK VEN TROMBOZU: 2 YILLIK, TEK MERKEZ SONUÇLARI

Berrin Yalınbaş Kaya¹, Nuray Çanakçı², Hayrettin Dizen³, İsmail Yenilmez⁴

¹Eskişehir Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji, Eskişehir

²Afyonkarahisar İç Hastalıkları, İç Hastalıkları, Afyonkarahisar

³Osmangazi Tıp Fakültesi, Cerrahi Onkoloji, Eskişehir

⁴Eskişehir Teknik Üniversitesi, İstatistik bölümü, Eskişehir

Amaç: Akut pankreatit (AP), şiddetli lokal ve sistemik komplikasyonları olan, ani başlangıçlı ve yüksek morbidite ve mortalite oranına sahip, karın ağrısı ile ortaya çıkan pankreasın şiddetli bir inflamasyonudur. Splanknik ven trombozu (SVT), pankreatitin nadir fakat ciddi bir komplikasyonudur. SVT, birlikte veya ayrı olarak ortaya çıkan portal ven (PV), splenik ven (SplV) ve mezenterik veni (MV) içerir. Wenda Xu ve arkadaşlarının metaanalizinde %0,5 ile %62,1 arasında değişen pankreatitli hastalarda SVT prevalansını göstermiştir. Bizim tek merkezli, retrospektif çalışmamızın amacı SVT insidansını araştırmak ve bağlantılı risk faktörlerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: 2016-2018 yılları arasında Yunus Emre Devlet hastanesi gastroenteroloji, iç hastalıkları ve genel cerrahide takip edilen 291 akut pankreatitli (AP) hastalar çalışmaya dahil edildi. Veriler Ranson ve Atlanta Kriterleri'ne göre, şiddetine göre hafif, orta ve şiddetli olarak sınıflandırılmıştır. AP klinik (hastaneye yatmayı gerektiren akut karın ağrısı) ve biyokimyasal (serum amilaz veya lipaz ve seviyeleri normalin üst sınırının üç katını aşan) kriterlerine göre veya radyolojik olarak bilgisayarlı tomografi (BT) ile tanımlandı. Kronik pankreatit, bilinen malignite, siroz, miyeloproliferatif hastalığı olanlar, CT, MRI veya doppler USG görüntülemesi olmayanlar hariç tutulmuştur. SVT oluşumuyla yaş, cinsiyet, etyoloji, PT, albümin, CRP, hct, lökosit, trombosit, peripankreatik sıvı, pankreas nekrozu, psödoanevrizma, psödokist ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Bulgular: AP'li 291 hastanın 4'ünde (%1,37) SVT gelişti. SVT'nun bir PV, üç MV gelişti. Yaş ortalaması SVT olmayan grupta 63,2 ve SVT grubunda 59,2'di. SVT'li hastaların erkek 3 (%75) kadın 1 (%25) SVT olmayan grupta 115 (%40,2) erkek ve 172 (%59,8) kadın vardı. SVT grubunda pankreatit şiddeti orta 2 (%50) ve şiddetli 2 (%50) iken hafif şiddetde SVT yoktu. SVT olmayan hastaların 218 (%76,22) hafif şiddetliydi. SVT grubunda 3 (%75) nonbilier, bilier 1 (%25) iken SVT olmayan grupta non bilier 159 (%55,25), biliyerdi 128 (%44,75). SVT grubunda 4 (%100) hastada pankreas çevresinde, batında ve plevrada sıvı, SVT olmayanlarda 117 (%40,90) hastada görüldü. SVT'li hastalarda psödokist 2 (%50), SVT olmayanlarda 12 (%4,21). Psödoanevrizma SVT olanların 2 (%50) iken SVT olmayan hastalarda görülmüdü. SVT'li hastaların 2 (%50) pankreatik nekroz varken SVT olmayanlarda 22 (%7,69) dı. C-reaktif protein (CRP) düzeyi, SVT olmayan grupta 102,1 mg / dL iken, SVT grubunda 143,1 mg / dL idi. Hematokrit(Htc) SVT olmayan grupta 39,8, SVT grubunda 45,7 idi.

Sonuç: Akut Pankreatitte, SVT de dahil olmak üzere çeşitli vasküler komplikasyonlar görülmektedir. SVT genellikle pankreatik koleksiyon ve nekrozla ilişkilidir. Pankreatit takip ve tedavisinde vasküler komplikasyonlar akılda tutulmalı ve antikoagülan tedavi açısından hastalar değerlendirilmelidir

Anahtar kelimeler: Akut pankreatit, Splanknik trombüs, Hastalık şiddeti, Antikoagülan tedavi

Demografik veriler			
	SVT(+)	SVT-	TOPLAM
YAŞ	%59,25	%63,32	%63,26
CİNSİYET			
Kadın	%25(1)	%59,80(172)	%59,32(173)
Erkek	%75(3)	%40,20(115)	%40,68(118)
Pankreatit etyolojisi			
Nonbilier	%75(3)	%55,25(159)	%55,52(162)
Bilier	%25(1)	%44,75(128)	%44,48(129)
Pankreatit şiddeti			
Hafif	-	%76,22(218)	%74,91(218)
Orta	%50(2)	%19,93(57)	%20,61(59)
Şiddetli	%50(2)	%3,84 (12)	%4,48 (14)
Pankreatik sıvı			
Var	%100(4)	%40,90(117)	%41,72(121)
Yok	-	%59,10(170)	%58,28(170)
Psödokist			
Var	%50(2)	%4,21(12)	%4,83(14)
Yok	%50(2)	%95,79(275)	%95,17(277)
Psödoanevrizma			
Var	%50(2)	-	%0,69(2)
Yok	%50(2)	%100(287)	%99,31(289)
Pankreatik nekroz			
Var	%50(2)	%7,69(22)	%8,28(24)
Yok	%50(2)	%92,31(265)	%91,72(267)

Laboratuvar verileri			
	SVT(+)	SVT(-)	Toplam
Glukoz	(306-142)194,5000	(431-56)152,8706	153,4448
T.BİL	(2,9-0,7)1,4500	(33,2-0,2)1,9115	1,9115
D.BİL (	(1,7-0,1)0,6600	17,7-0,06)1,0021	0,9974
Kalsiyum	(10,5-9,6)9,9000	(11,4-7,5)9,3226	9,3307
Albumin	(4-3,8)3,9000	4,4-2,2)3,5536	3,5599
Pt	(18-11)13,7000	(45-10)13,5730	13,5754
Inr	(1,5-1,1)1,2000	(3,8-0,9)1,2263	1,2258
Ast	(158-28)85,2500	(1327-5)180,9858	179,6515
Alt	(158-30)96,0000	(878-5)146,5035	145,8020
Alp	(149-56)114,2500	(2133-25)145,8804	145,3843
Ggt	(629-17)291,7500	(1757-7)228,8056	229,8087
Amilaz	(4672-760)2711,2500	(4913-56)1547,1052	1563,2179
Lökosit	(20590-11200)15577,5	(30410-4980)13489,58	13518,3862
Hemoglobin	(17,5-10,9)14,2750	(20,3-8,7)16,7331	16,6991
Platelet	(367000-188000)203809,2500	(583000-103000)267495,2421	266613,7751
Crp	(378-2,49)143,1225	(479-1,18)102,1033	102,8015
LDH	(420-242)308,2500	(992-104)286,7816	287,2640
Hematokrit	(53,3-41)45,7000	(60,4-26)39,8122	39,8934

COVID-19 ENFEKSİYONU ESNASINDA EOZİNOFİL/LENFOSİT VE C-REAKTİF PROTEİN/ALBÜMİN ORANLARININ MORTALİTE TAHMİNİ ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Perihan Özkan Gümüşkaya

Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

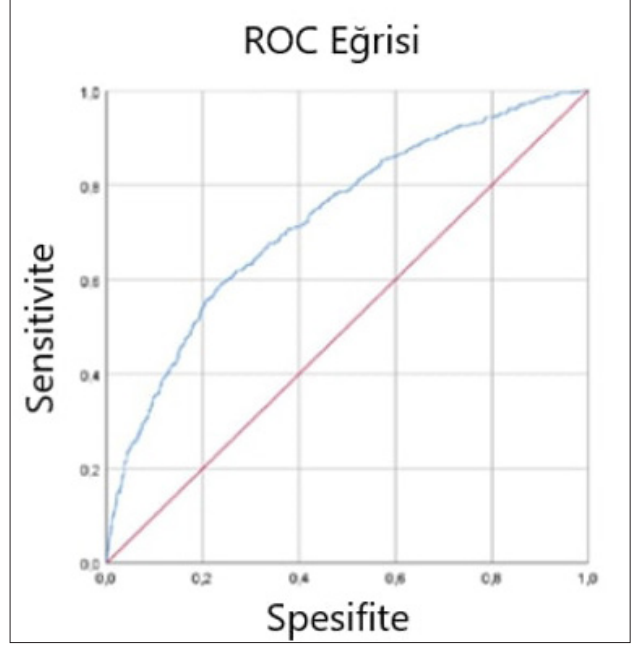
Amaç: Covid-19 enfeksiyonu 21. Yüzyılda dünya nüfusunu büyük bir yayılım hızı ve mortalite oranı ile etkileyen ve çok fazla can kaybına neden olan ciddi bir pandemidir. Dünya hafızasında derin izler bırakacağı kesin olan bu pandemide hastaların takip, tedavi ve mortalite öngörüsünde hematolojik değerlendirmeler ile C-reaktif protein/albumin oranı (CAR) önem arz eder. Hematolojik testlerde aynı anda pek çok parametre bir arada değerlendirilebilirken ucuz ve kolay ulaşılabilir olması da avantajdır. Kolayca saptanabilen eozinofil/lenfosit (ELR) ve CAR son yıllarda kronik inflamasyonun bir göstergesi olarak kullanılmaktadır. Biz de çalışmamızda Covid-19 enfeksiyonunda ELR ve CAR değerlerinin mortalite tahminindeki yerlerini saptamayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmamızda 2020 nisan ve aralık ayları arasında Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu şehir hastanesine Covid-19 tanısı ile yatırılan 4064 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalar, şifayla iyileşen (grup 1) ve ölümlü sonuçlanan (grup2) hastalar şeklinde 2 gruba ayrılarak ELR ve CAR değerleri karşılaştırıldı.

Bulgular: CAR için cut off değeri %70 sensitivite, %63 spesifite ile 2.40 olarak hesaplandı. Yaptığımız değerlendirmede grup 1'de CAR 5.0113 ± 4.23 iken, grup 2'de 2.3564 ± 2.43 olarak hesaplandı; iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.001$). ELR değerleri grup 1'de 0.0281 ± 0.086 ve grup 2'de 0.0383 ± 0.119 olarak hesaplandı. İki grup arasında ölüm oranı açısından anlamlı ilişki saptanmadı. ($p=279$). Hastalara ait demografik bulgular ve laboratuvar verileri tablo 1'de ve CAR için ROC eğrisi figür 1 de gösterildi.

Sonuç: Covid-19 enfeksiyonu seyri sırasında, CAR değerleri mortalite riski açısından öngörücü bir biyobelirteç olabilir, fakat ELR değerinin mevcut elde edilen veriler ışığında mortalite riski açısından bir biyobelirteç olduğunu söyleyemiyoruz.

Anahtar kelimeler: Covid-19, eozinofil/lenfosit, c-reaktif protein/albumin, prediktör, mortalite.



Resim 1. C-reaktif protein/Albumin oranı için ROC eğrisi

Tablo1. Covid-19 hastalarının demografik bulguları ve laboratuvar verileri

	GRUP 1 (n:561)	GRUP 2 (n:3503)	Toplam	Sig.
Yaş(yıl)	69±13.439	57±17.380		
Cinsiyet*				
Kadın(n)	226	1625	1851	
Erkek(n)	335	1878	2213	
Toplam(n)	561	3503	4064	
Lenfosit	0.939±0.4979	1.238±0.5018		
d-dimer (ug/mL)	3701.0363±9566.51	1029.9210±2779.82		
Ferritin (µg/L)	1290.9210±3476.93	467.3260±639.31		
Crp (mg/dL)	146.7518±99.85	76.0943±73.66		
CAR	5.0113±4.23	2.3564±2.43		,001
Yatış süresi (gün)	17.30±15.05	11.30±8.11		
ELR	0.0281±0.086	0.0383±0.119		,279

CAR: C-reaktif protein/Albumin oranı, CRP: C-reaktif protein ELR: Eozinofil/lenfosit oranı. Grup 1: Covid-19 enfeksiyonuna bağlı ölümlü sonuçlanan grup. Grup 2: Covid-19 enfeksiyonu sonucu şifa ile taburcu edilen grup, *ki kare testi uygulanmıştır.

POLİKİSTİK OVER SENDROMU HASTALARINDA VÜCUT KİTLE İNDEKSİ SINIFLAMALARINA GÖRE METABOLİK PARAMETRELERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Zeynep Ece Demirbaş

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Polikistik over sendromu (PKOS) olan hastalarda birçok farklı metabolik bozukluk görülebilmektedir. PKOS'nda fenotipik olarak çeşitli sınıflandırmalar bulunsa da, bu çalışmada, normal, kilolu ve obez olarak 3 farklı vücut kitle indeksi (VKİ) sınıflamasına göre, PKOS hastalarının metabolik değerlerindeki farklılıkların varlığının araştırılması amaçlanmıştır. Gereç ve Yöntem: 2018-2020 yılları arasında Dr. Siyami Ersek Göğüs kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalık-

ları polikliniğimize başvuran PKOS tanılı toplam 82 kadın hasta Dünya Sağlık Örgütü Obezite Sınıflamasına göre normal kilolu (VKİ<25), kilolu (VKİ: 25-29.9) ve obez (VKİ>30) olarak 3 gruba ayrıldı ve açlık glukoz, açlık insülin, HOMA-IR, HDL, LDL, trigliserit, DHEA-S, serbest ve total testosteron, FSH, LH, östradiol, prolaktin, TSH ve 25(OH) vitamin D düzeylerine bakıldı. Bulgular: Ortalama yaşları 26.89 (15-38) ve VKİ değerleri 29.5 (18.4-46) olan hastaları 20'si (%24.4) normal kilolu, 24'ü (%29.3) kilolu, 38'i (%46.3) obez grupta yer alıyordu. Gruplar arası farklılıklar açısından analiz edilen hastaların insülin, HOMA-IR, HDL ve trigliserit değerlerinde anlamlı farklılıklar ($p<0,05$) saptanırken, diğer metabolik parametrelerinde herhangi bir istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. Sonuç: PKOS hastaları vücut kitle indekslerine göre sınıflandırıldığında özellikle cinsiyet hormonlarında belirgin farklılık olmaması, hastalığın metabolik bozukluklar üzerinden ilerleyen patogenezini desteklemiştir.

Anahtar kelimeler: metabolik bozukluklar, polikistik over sendromu, vücut kitle indeksi

POSTER BİLDİRİLER

RABDOMİYOLİZİN NADİR BİR SEBEBİ: HİPOTERMİ

Merve Korkmaz Yılmaz, Rabia Hacer Hocaoglu, Seyda Bilgin

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Rabdomiyoliz, kas hücrelerinin yıkımı sonucu intraselüler materyalin sistemik dolaşıma katılmasıyla akut böbrek yetmezliği, elektrolit bozuklukları, kompartman sendromu, dissemine intravasküler koagülasyon, periferik nöropatiye yol açabilen ciddi bir klinik tablodur. Rabdomiyoliz travmatik veya nontravmatik nedenlere bağlı olarak sınıflandırılmaktadır. Nontravmatik sebepler içerisinde nadir görülen ama mortal seyredebilen bir neden de hipotermidir. Hipotermiye götüren süreçte 2 mekanizma önem kazanmaktadır. Bunlar uzun süreli üşüme-titreme sonucu oluşan kas hasarı ile hipotermiye direkt etkisi olan uzamış vazokonstriksiyon, generalize hipoksidir. Buna bağlı olarak sarkolemma membran bütünlüğü bozulmakta, intraselüler enzimler ve elektrolitler ekstraselüler alana çıkarak renal hasara yol açmaktadır.

Olgu: 31 yaşında erkek hasta, acil servise bilinç bulanıklığı ve genel durum bozukluğu ile başvurdu. Ek komorbid hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü yoktu. Anamnezinde mülteci olan hastanın 5 gün boyunca ince kıyafetlerle, gıda ve sıvı alımı olmadan sokakta kalma ve uzun mesafe yürüyüşü mevcuttu. Fizik muayenesinde ön planda hipotermiye sekonder olduğu düşünülen tüm vücutta yaygın eritem (1. derece yanık ile uyumlu), ödem, her iki ayak parmaklarında ve ayak tabanında siyah kuru nekroze alanlar saptandı (Resim 1). Glasgow koma skorlaması= 10 (E:2, M:4, S:4) olarak değerlendirilen hastanın laboratuvar değerleri Tablo 1’de özetlenmiştir.

Hastanın uzun süre soğuk maruziyeti, akut böbrek yetmezliği ve kreatinin kinaz (CK) yüksekliği nedeniyle rabdomiyoliz düşünüldü. İdrar tahlilinde 4+ eritrosit saptanmasına rağmen sedimentte eritrosit görülmemesi myoglobüniyi desteklemektedir. Hasta derin asidozu ve üremik ensefalopati nedeniyle 1 kez hemodiyalize alındı. Masif intravenöz hidrasyon tedavisi ile takip edildi.

Sonuç: Travma, metabolik bozukluklar, ilaçlar, toksinler, enfeksiyonlar, elektrolit bozuklukları ve inflamatuvar durumlar rabdomiyolizin bilinen en sık sebepleridir. Literatürü incelediğimizde hipotermiye bağlı rabdomiyoliz olgu sunumları bazında bildirilmiş olup nadir görülen bir etiyolojidir.

Olgumuzda kulak probunda normal (36.4 C) vücut sıcaklığı mevcuttu, ancak uzun süre soğuğa maruz kalma öyküsü vardı. Hipotermiye bağlı vazokonstriksiyon, hipoksi ve vücut sıcaklığını arttırmak için yaygın titremeye bağlı kas bütünlüğü bozulmuş olup açığa çıkan hücre içi enzimler başta akut renal hasar ve kompartman sendromu olmak üzere hayatı tehdit eden durumlara yol açmaktadır.

Klinisyenler; bu bilgiler ışığında yakın zamanda veya devam eden hipotermiye maruz kalma şüphesi olan hastaları rabdomiyoliz açısından değerlendirmelidir.

Anahtar kelimeler: rabdomiyoliz, hipotermi, akut renal hasar



Resim 1. Her iki ayak parmaklarında ve tabanlarında nekroze ülserler

Tablo 1. Hastanın başvuru anı ve tedavi sonrası laboratuvar değerleri

	Başvuru Anı	Tedavi Sonrası
Hb (g/dl)	15.6	10.3
WBC (109/l)	19	8.2
PLT (109/l)	343	561
Neut (109/l)	16	5.2
Üre (mg/dl)	180	98
Kreatinin (mg/dl)	4.6	2.9
Ürik asit (mg/dl)	22	6.1
LDH (U/l)	1617	186
AST (U/l)	824	14
ALT (U/l)	274	11
CK (U/l)	45338	25
Na (mmol/l)	124	135
K (mmol/l)	4.9	4.5
Ca (mg/dl)	7.8	9.5
CRP (mg/l)	82	5
Fosfor (mg/dl)	0.98	5.45
Amilaz (U/l)	197	177
Lipaz (U/l)	400	173
TSH / sT3/ sT4	0.38 / 2.0 / 0.9	0.38 / 2.0 / 0.9

BİLATERAL RENAL PELVİSİ DOLDURAN DEV STAGHORN TAŞLARI

Merve Korkmaz Yılmaz, Seyda Bilgin, Rabia Hacer Hocaoglu

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Staghorn taşları, renal pelvis ve kaliksin bir kısmını veya tamamını dolduran dallanma gösteren büyük taşlardır. Böbrek taşları erkeklerde daha sık görülmesine rağmen; staghorn taşları kadınlarda daha sık izlenmekte olup genellikle tek taraflıdır. Geyik boynuzu taşları olarak atfedilen bu antite morbidite ve mortalitede artış ile seyrettiğinden acil tanı ve etkin tedavi önemlidir.

Staghorn taşları tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarına, sepsise, uzun dönemde renal hasara neden olabileceğinden çıkarılması gerekmektedir. Perkütan nefrolitotomi (PNL) günümüzde staghorn taşlarının tedavisinde ilk seçenektir.

Olgu: 51 yaşında kadın hasta, acil servise bulantı-kusma, idrar çıkışında azalma, genel durum bozukluğu ile başvurdu. Anamnezinde nefrolithiazis dışında ek komorbid hastalık ve ilaç kullanım öyküsü yoktu. Glasgow koma skoru (GKS) = 15 olan hastanın fizik muayenesinde takipne, dispne ve her iki akciğer bazalinde ince krepitasyon gösteren raller saptandı. İdrar sondası takıldıktan sonra 100 cc makroskopik hematüri izlendi. Hastanın başvuru anındaki laboratuvar değerleri Tablo 1’de özetlenmiştir. Postrenal etiolojileri saptamaya yönelik yapılan üriner ultrasonografide (USG), bilateral böbrek toplayıcı sistemini tama yakın dolduran geyik boynuzu görünümüne taşlar ve sağ böbrekte grade 1, sol böbrekte grade 3 hidronefroz izlendi. Derin asidozu ve yüklenme bulguları ile akut renal yetmezliği olan hasta acil hemodiyalize alındı. Üroloji tarafından değerlendirilen hastanın sol böbreğine nefrostomi tüpü takıldı, sağ böbrek yaygın staghorn taşları nedeniyle nefrostomi için uygun bulunmadı. Yüklenme bulguları gerileyen, nefrostomi ile efektif idrar çıkışı olan, kreatininde düşüş izlenen hasta açık renal cerrahi için Üroloji’ye yönlendirildi.

Sonuç: Staghorn taşlar böbrek toplayıcı sisteminin büyük bir kısmını doldurmaktadır. Tipik olarak renal pelvisi kaplar ve kalikslere doğru dallanırlar. Staghorn taşların çoğu strüvit taşlarıdır. Proteus gibi özgün mikroorganizmaların ürettiği üreaz enzimi sayesinde oluşan alkali idrar ve yüksek amonyak konsantrasyonu sitrüt taşı kristalizasyonunu artırır.

Nefrolithiazis, en sık görülen postrenal akut böbrek yetmezliği sebebi olup kalıcı renal hasar oluşmadan erken tanı konulup tedavi edilmelidir. Bizim vakamızda; toplayıcı sistemin şeklini alarak büyüyen bilateral renal pelvisi dolduran dev staghorn taşlarına sahip bir olgu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: nefrolithiazis, staghorn taşı, postrenal akut böbrek yetmezliği



Resim 1. Kontrastsız Batın BT’de bilateral staghorn taşlar

Tablo 1. Hastanın başvuru anı ve tedavi sonrası laboratuvar değerleri		
	Başvuru Anı	Tedavi Sonrası
Üre (mg/dl)	199	80
Kreatinin (mg/dl)	6.02	2.3
Potasyum (mmol/L)	5.5	4.2
Sodyum (mmol/L)	129	137
Kalsiyum (mg/dl)	8.03	8.7
Albumin (g/L)	2.9	3.1
CRP (mg/L)	158	5
Hgb (g/dl)	7.8	9.5
WBC (109/L)	26.6	11.6
Neut (109/L)	22.3	10.2
Lenfo (109/L)	2.7	1.9
PLT (109/L)	248	326
Ph	7.19	7.35
HCO3- (mmol/L)	7.8	22.8
Laktat (mmol/L)	0.5	0.5
Tam İdrar Tahlili		
- İdrar dansite	1011	1010
- Lökosit	2+ / 40	1+ / 12
- Eritrosit	4+ / 200	1+ / 20
- Nitrit	Negatif	Negatif

Hematoloji

PP-03

Abstract:0021

MİYOKARDİYAL ENFARKTÜS İLE PREZENTE OLAN İTP OLGUSU

Edibe Sevde Eker, Rabia Kurt

SBU Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları

Giriş: İmmün (idiyopatik) trombositopenik purpura (İTP), erişkin ve çocuklarda trombositopeni ile karakterize, trombositopeniye neden olabilecek diğer hastalıkların dışlanması ile tanısı konulan akkız otoimmün bir hastalıktır.

İTP ile beraber miyokardiyal enfarktüs(Mİ) prezentasyonu, yönetilmesi güç bir durum oluşturabilir.

İTP hastalarında özellikle platelet artışından sonraki dönemde Mİ vakaları görece daha sık olarak görülmektedir.

Amaç: Bu olguda trombositopeni ile başvuran İTP vakasının, platelet yükseldikten sonra Mİ ile prezentasyonu anlatılacaktır.

Olgu: 67 yaş erkek hasta, bilinen diabetes mellitus tanısı olan hasta 2 gündür ağız içinde olan mukozal kanama nedeniyle başvurdu. İlaç kullanımı olmayan hastanın yapılan tetkiklerinde; trombosit 5000/uL, AST 17 U/L, ALT 16U/L Kreatin 0,6 mg/dL CRP 29.5 mg/L, PT:12,3 sn Aptt: 25,6 sn İNR:1 olarak saptandı. Hasta izole trombositopeni olarak dahiliye servisine interne edildi.

1mg/kg/günden metilprednizolon başlandı.

Yapılan periferik yaymada; normokrom anizotik formül lökosit normal dev trombositler izlendi. Trombosit sayısı 10-20 bin ile uyumlu olarak görüldü. Trombositopeni etiolojisine yönelik istenen

tetkiklerinde; Tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda, b12 253 ng/L folat 14,9 ve folat $\mu\text{g/L}$, ANA negatif, viral markerlar negatif olarak saptandı. Kemik iliği biyopsisinde patoloji saptanmadı.

1mg/kg/gün metilprednizolon altında trombositopenisi sebat eden hastaya 1gr/günden İVİG tedavisi başlandı. 1 hafta sonraki kontrol periferik yaymasında trombosit 20000/uL ile uyumlu gelen, aktif kanama bulgusu olmayan hasta oral metilprednizolon ve eltrombopag ile taburcu edildi.

1 hafta sonra gittiği hematoloji poliklinik kontrolünde trombosit 50000u/L olan hasta, rutin hematoloji poliklinik takibine alındı.

Ancak 1 ay sonra hasta göğüs ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. USAP tanısı ile koroner yoğun bakıma alınan hastaya yapılan anjiyografide CX: OM SONRASI %95 İNCE SEYİRLİ, OM %40 PLAK, RCA: DİSTAL %50, SONRASI %70 PLAK olarak görüldü. Hastaya RCAya girişim planlandı. Stent takıldı.

Göğüs ağrısı gerileyen, vitalleri stabil seyreden hastanın, hemogramında trombosit 200000 u/L görüldüğü için ikili antiagregan tedavi ile taburcu edildi. Hastanın antiagregan tedavisi hematoloji ve kardiyoloji kliniklerinin ortak karar ile kontrollerinde revize edilmeye devam etmektedir.

Sonuç: Literatürü incelediğimizde, özellikle İTP de verilen tedaviye cevap aşamasında, trombosit sayısı yükseldiği sırada Mİ riski arttığı görülmektedir. Verilen tedavilerin de bu duruma predispozan olabileceği düşünülmektedir. İTP tanısı alan tedavi başlanan hastalarda Mİ açısından dikkatli takip edilmelidir. Antiagregan tedavi hematoloji ve kardiyoloji kliniklerince ortak karar ile düzenlenmelidir.

Anahtar kelimeler: İmmün (idiyopatik) trombositopenik purpura (İTP), miyokardiyal enfarktüs, trombositopeni

Romatoloji

PP-04

Abstract:0023

İDİYO PATİK RETROPERİTONEAL FİBROZİS OLGUSU

Merve Korkmaz Yılmaz

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

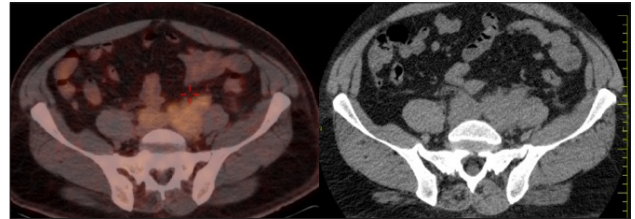
Giriş: Retroperitoneal fibroz (RPF) retroperitoneal dokuda fibroz ve/veya kronik enflamasyon ile kendini gösteren, nadir görülen bir hastalıktır. RPF olgularının üçte ikisinde altta yatan bir sebep bulunamazken [idiyopatik retroperitoneal fibrozis (iRPF)]; geri kalan kısımda ise otoimmün hastalıklar, ilaçlar, malignite, enfeksiyonlar, travma, cerrahi, aterosklerotik aort hastalıkları ve radyoterapi suçlanmaktadır. Son yıllarda ise immünglobulin G4 (IgG4) ilişkili hastalık; eskiden iRPF olarak kabul edilen olguların sebebi olarak görülmektedir. Bu yazıda kütlenin üreterlere yaptığı bası ve üreteral obstrüksiyon sonucu gelişen hidronefroz, üremi ve idrar miktarında azalma şikayetleri ile başvuran ve tetkik sonuçlarına göre idiyopatik RPF saptanan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 50 yaşında erkek hasta, acil servise bilateral yan ağrısı, ödem, idrar çıkışında azalma ve bulantı yakınmalarıyla başvurdu. Anamnezinde ek komorbid hastalık ve ilaç kullanımı öyküsü yoktu. Fizik muayenede glob saptanmayan hasta anürik izlendi. Hastanın başvuru anındaki laboratuvar değerleri Tablo 1’de özetlenmiştir. Postrenal etiyolojileri saptamaya yönelik yapılan üriner ultrasonografide (USG), sağ böbrekte grade 2, sol böbrekte grade 3 hidronefroz izlenirken; taş, kitle vb lezyon saptanmadı. Üroloji tarafından değerlendirilen hastaya bilateral nefrostomi tüpü takıldı. Çekilen batın tomografisinde (BT), her 2 böbrek pelvikalisyal sistemde belirgin dilatasyon, pelvis girim düzeyinde vertebral alanda aorta ve inferior vena kavyayı 360 derece saran, üreterleri çevreleyerek

kalibrasyonunu azaltan heterojen dansite artışları, retroperitonda kalınlaşma (fibrozis?) izlendi. Malignite ekarte etmek amacıyla çekilen PET/CT’ de infrarenal düzeyden preaortik ve aortakaval alandan her iki kommon iliak alana uzanım gösteren yumuşak doku dansitesinde (SUVmax: 8,4) artmış FDG tutulumu izlendi (Resim 1). Histopatolojik tanı amacıyla Genel Cerrahi tarafından hastaya açık cerrahi operasyon yapıldı. Operasyon esnasında retroperitonda ileri derecede fibrozis izlendi, 3x3 cm 2 adet blok eksizyonel biyopsi materyali alınarak patolojiye gönderildi (Resim 2). Patolojisi kronik inflamasyon, lenfoplazmositer hücrelerde artış ve fibrozis ile uyumlu gelen hastadan dokuda IgG4 boyaması istendi. Romatoloji ile konsülte edilen hastaya 1 mg/kg dan (80 mg/gün) metilprednizolon tedavisi başlandı. Tedavinin 2. haftasındaki değerleri Tablo 1’de gösterilmiştir. Laboratuvar ve klinik iyileşme sağlanan hasta takipleri için Romatoloji polikliniğine yönlendirildi.

Sonuç: RPF kronik enflamatuvar otoimmün bir hastalıktır. RPF organ tutulumuna bağlı üriner sistemde tıkanıklık, bağırsak disfonksiyonu, büyük damarlara bası ve tromboza neden olabilir. RPF’nin ciddi ve sık rastlanan komplikasyonu üreteral obstrüksiyona bağlı, genellikle iki taraflı gelişen hidronefroz ve renal yetersizliktir. Anüri ve bilateral hidronefroz nedeni ile başvuran hastalarda RPF akılda tutulmalıdır. Renal hasar oluşmadan yapılacak cerrahi girişim ya da üreteral kateterizasyon sonrası uygulanacak medikal tedavi ile hastaların büyük bölümünde fayda sağlanacağı unutulmamalıdır.

Anahtar kelimeler: retroperitoneal fibrozis, akut böbrek yetmezliği, hidronefroz, inflamasyon



Resim 1. PET/CT, Batın BT; pelvik girimde aorta ve IVC’yi saran, üreterlerin kalibrasyonunu azaltan heterojen dansite artışları, retroperitonda kalınlaşma, artmış FDG tutulumu



Resim 2. Retroperitonda ileri derecede fibrozis, 3x3 cm 2 adet blok eksizyonel biyopsi materyali

Tablo 1. Hastanın başvuru anı ve tedavi sonrası laboratuvar değerleri

	Başvuru Anı	Tedavi Sonrası
Hb (g/dl)	11.2	13
MCV (fL)	84.6	83.6
WBC (109)	8.9	12.6
Neut (109/l)	6.3	9.2
Lenfo (109/l)	1.6	2.1
PLT (109/l)	277	325
Üre (mg/dl)	142	53
Kreatinin (mg/dl)	9.8	1.2
Ürik asit (mg/dl)	9.07	3
LDH (U/l)	168	129
AST (U/l)	14	12
ALT (U/l)	19	30
Na (mmol/l)	142	136
K (mmol/l)	5.5	4.1
Ca (mg/dl)	8.5	8.9
Albümin (g/l)	4.1	3.8
CRP (mg/l)	60	3
Sedimentasyon (mm/h)	67	18
C3 (g/l)	0.5 (normal)	-
C4 (g/l)	0.3 (normal)	-
Serum IGG4 (g/l)	1.65	-
IGG / IGA / IGM (g/l)	12.6 / 3.3 / 0.7	-
Ferritin (ng/ml)	246	-
ANA / anti-dsDNA	Benekli + / Negatif	-
RF / anti- CCP	Negatif / Negatif	-

Nefroloji

PP-05

Abstract:0024

DENTAL İMPLANT SONRASI S. AUREUS BAKTERİYEMİSİNE BAĞLI TEKRARLAYAN ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU VE PERİNEFRİK APSE

Jale Ayaloğlu, Tahsin Karaaslan, Sabahat Alışır Ecder

İstanbul Göztepe Prof. Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Giriş: Perinefrik abse, renal kapsül ile gerota fasyası arasında olup, perirenal yağ nekrozundan kaynaklanmaktadır. Ekstrarenal bir odakten enfeksiyöz ajanın hematogen yolla yayılması veya bir üriner sistem enfeksiyonun lokal invazyonu sonucu perinefrik apse oluşabilir. Gerota fasyası genellikle apseleri perinefrik alanla sınırlar. Aynı zamanda bu apseler retroperitoneal organlara uzanabilir veya idrar toplayıcı sistemine açılabilir. Genellikle etken bir gram negatif enterik basil veya hematogen yayılım sonucu yayılan bir staphylococcus aureus olabileceği gibi polimikrobiyal ajanlardan da oluşabilir. Görüntüleme yöntemleri kullanılmadığı zaman hem idrar bulguları hemde klinik bulgulardan dolayı bu vakalar çoğunlukla idrar yolu enfeksiyonu kabul edilip antibiyoterapi ile

izlenmektedirler. Tanıdaki bu gecikmeler morbidite ve mortalitenin önemli oranlarda artışına sebep olmaktadır. Biz bu olguda enfekte diş implantına sekonder gelişen tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu ve perinefrik apse ile prezente olan hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: Diyabetes mellitus (DM), nefrolitiazis ve kronik böbrek hastalığı olan 48 yaşında erkek hasta. Halsizlik, yorgunluk, kilo kaybı, böğürlerde ağrı ve sık idrar yapma gibi konstitüsyonel semptomlarla gelen hastanın idrar kültüründe (kx) s. aureus üreme olması nedeniyle yatırıldı. Son 5 ayda idrar kx'de mükerrer s.aureus üremesi olan hastanın kan kültüründe de aynı bakteri üremesi nedeniyle piyogenik odak aranırken tüm batın ultrasonografisinde (USG) sağ böbrekte subkapsüler yerleşimli hipoekoik, kistik görünümlü bir alan tespit edildi. Batın MR'da sağ böbreği çepeçevre saran birbiriyle birleşme eğiliminde multiloküler içeriği olan bu kistik lezyon ilk planda apse olarak değerlendirildi. Bunun üzerine görüntüleme eşliğinde apse drenajı yapıldı ve apse kültüründe de staf aureus üremesi görüldü. Transezofagial eko-kardiyografi ile infektif endokardit ekarte edildi. Hastanın yaklaşık 10 ay evvel dental implant yaptırdığı öğrenilince tekrarlayan bu bakteriyemilerin odağı olabileceği düşünülerek hasta diş hekimliğine tedavi için refere edildi. Kültür sonucuna göre uygun antibiyoterapi ile 21 gün tedavi edilen hastanın kontrol kan ve idrar kx'lerinde bir üreme olmaması, semptomların kaybolması ve akut faz reaktanların tamamen normale dönmesi nedeniyle hasta taburcu edildi.

Tartışma: Perinefrik apseler için predispozan faktörler arasında DM, gebelik, vesikoureteral reflü, nörojen mesane, idrar yolu anomalileri ve tekrarlayan böbrek taşları mevcuttur. Hastamızda da DM ve nefrolitiazis öyküsü vardı. Tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları veya komplike üriner sistem enfeksiyonlarında muhakkak üriner sistem USG yapılması düşünülmelidir. Tedaviye yanıtız veya kısmen yanıt veren piyelonefrit vakalarında perinefrik apse ayıncı tanıda düşünülmelidir. USG ile tespit ettiğimiz ve BT ile doğruladığımız, görüntüleme eşliğinde apse drenajını sağladığımız rekürren idrar yolu enfeksiyonları ile atipik prezente olan perinefrik apse olgusuna dikkat çekti. Perinefrik apsenin nadir bir nedeni olan dental implantların, nedeni bilinmeyen ateş olguları araştırılırken hatırlanması ve buna yönelik uygun bir anamnez alınması gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar kelimeler: perinefrik apse, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu, perkutan apse drenajı

Genel Dahiliye

PP-06

Abstract:0047

SARS-COV-2 PNÖMONİSİYLE KARIŞAN TRİKÜSPİD İNFEKTİF ENDOKARDİT OLGUSU

Fırat Tari, Banu Böyük, Seydahmet Akın, Zeynep Şenel, Eda Aslan, Özcan Keskin

SBÜ, Kartal Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: İnfektif endokardit, yüksek mortalite ve morbidite ile seyreden bir hastalıktır. Sol taraflı infektif endokarditlerde ölüm oranı %20-30 arasında değişirken, sağ tarflı endokarditlerde %7-11 arasında değişmektedir. Sağ taraflı infektif endokarditlerin de büyük kısmını triküspid kapaktakiler oluşturur. Biz bu vakada Covid pnömonisi düşünülen yapılan tetkiklerinde triküspid infektif endokardite bağlı septik pulmoner emboli tanısı alan 36 yaşında kadın hastamızı sunduk.

Olgu: 36 yaşında kadın hasta, acil servise 1 haftadır süren halsizlik, ateş, bulantı ve nefes darlığı şikayetleriyle başvurmuş. Özgeçmişinde hipertansiyon, soygeçmişinde anne DM, baba HT tanıları mevcut. Yapılan tetkiklerinde lökosit 21400, lenfosit 700, hb:11.7, PLT:42.000, d-dimer 3600, INR:1.46, CRP 175,LDH 311 (n:0-275), AST159(n:0-35), alt:129(n:0-35), tot. Bil 3.87(n:0.2-1.2), Na 122(n:135-145), K 2.7 (n:3.5-5.1) olarak saptanmış. Çekilen toraks BT'de her iki akciğer parankiminde buzlu cam dansitesinde dağınık yerleşimli düzgün sınırlı fokal infiltrasyonlar izlenmiş. Ön planda covid pnömonisi düşünülerek pandemi servisine interne edilmiş. Burada 10 gün favipiravir ve hidroklorokin tedavisi almış. Seftriakson tedavisi altında çok sayıda alınan kan kültürlerinde staf.aureus üremesi üzerine hastaya meropenem ve teikoplanin tedavisi başlanmış. Şikayetleri gerilemeyen, ateşli seyretmeye devam eden hastaya yatışının 15. gününde çekilen yeni toraks BT'de sağ akciğer'de önceki bt'de görülmeyen; yeni oluşmuş 5.5 cm'ye varan sağ taraflı plevral effüzyon, global kardiyomegali ve 1.2 cm'ye varan perikardiyal effüzyon olduğu saptandı. Torasentezle örneklem yapılmış, plevral effüzyon eksüda ile uyumlu olup mayiden gönderilen kültürde üreme saptanmış. 2 kez daha covid PCR testi alınan hastanın negatif çıkması üzerine antibiyoterapisine devam edilmiş. Bu sırada gönderilen C- ANCA 110 (n:0-19), p-ANCA: negatif, ANA ve ENA paneli negatif, komplemanlar normal, RF negatif bulunmuş. Bronkoskopi normal olan hastadan yapılan BAL da ARB -, tüberküloz kültüründe üreme yok. Transtorasik ekokardiyografide normal sol ventrikül sistolik fonksiyonu, posterior komşuluğunda 12 mm perikardiyal effüzyon saptanmış. Hasta bu süreçte c-ANCA pozitifliği nedeniyle vaskülitler açısından dahiliyeye yatırıldı. Gelişinde kardiyovasküler sistem muayenesinde aort odağında 3-4/6 şiddetinde sistolodiyastolik, pulmoner odakta 2-3/6 şiddetinde diyastolosistolik üfürüm saptandı. Duke kriterlerinden 1 major, 2 minör kriteri sağlayan hastada ön planda infektif endokardit düşünüldü. Yapılan TEE'de; superior vena cava, sağ atrium bileşkesinden köken alan ve sağ atrial boşluğa uzanan mobil, 4.7 cm boyutunda ön planda vejetasyon ile uyumlu kitle saptandı. Bunun üzerine hasta antibiyoterapi tedavisi altında kardiyovasküler cerrahi bölümüne sevk edilerek taburcu edildi.

Sonuç: Günümüzde pnömoni kliniği ile gelen hastalarda Covid-19 pandemisi nedeniyle SARS-COV-2 pnömonisi ön planda düşünmekle birlikte ayrıca tanıda septik akciğer embolilere neden olan sağ infektif endokardit ayrıca tanıda yer almalıdır.

Anahtar kelimeler: Triküspid, infektif endokardit, covid pnömoni

Nefroloji

PP-08

Abstract:0062

AKUT FOSFAT NEFROPATİSİ: OLGU SUNUMU

Jale Ayaloğlu, Tahsin Karaaslan, Sabahat Alışır Ecder

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, İstanbul

Giriş: Akut fosfat nefropatisi (APN) bağırsak temizliği amacıyla kullanılan enema ve/veya oral sodyum fosfat (ONaP) maruziyeti sonrası akut ve ardından kronik böbrek yetmezliği gelişmesi ile karakterize klinik bir patolojik durumdur. ONaP maruziyeti akut böbrek hasarının (ABH) nadir nedenlerinden biri olup, genelde maruziyetten bir ay sonra ortaya çıkmaktadır. Kesin tanı böbrek biyopsisinde tubulo-interstisyel kalsiyum fosfat depositlerini içeren akut ve kronik tubuler hasarın gösterilmesiyle konur. Kolonoskopi öncesi böbrek fonksiyon testleri normal olan ve basak temizliği için ONaP kullanımı sonrası gelişen akut fosfat nefropatisi olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 58 yaşında kadın hasta, bulantı, kusma ve idrar miktarında azalma ile geldi. Bir ay evvel bazal kreatinin değerleri normal olan hasanın biyokimyasında serum üre değeri 139 mg/dL, kreatinin 4,7 mg/dL ve üriner ultrasonografisi normal olarak bulundu (Tablo1). Kronik bir hastalık öyküsü olmayan hastaya bir ay evvel kolonoskopi yapıldığı ve işlem öncesi purgatif amaçla 45 ml'lik ONaP solüsyonun iki kez kullanıldığı öğrenildi. Bu dönemde ek olarak herhangi bir kontrast madde maruziyeti, nefrotoksik ilaç veya herbal ürün alımı yoktu. Yapılan böbrek biyopsisinde tubul lümeninde kalsiyum fosfat kristalleri yanı sıra akut ve kronik tubuler hasar bulgularının gösterilmesi ile akut fosfat nefropatisi tanısı kondu. Bir aylık izlem süresi sonunda hastanın serum kreatinin değerleri 3 mg/dL seviyelerinde kaldı. Halen nefroloji polikliniğinde takip edilen hastanın kreatinin değeri 3,4 mg/dL ve eGFR 14 ml/dk olup son dönem böbrek hastalığı (SDBH) tanısı ile izlenmektedir.

Tartışma: Günümüzde kolonoskopi işlemi yaygın olarak kullanılmakta ve işlem öncesinde ONaP içeren purgatiflerle barsak temizliği yapılmaktadır. Bu amaçla ONaP kullanımını takiben barsaklarda aşırı fosfat emilimi sonucunda hiperfosfatemi ve hipokalsemi meydana gelir. Aşırı artan serum fosfatın ultrafiltratla tubulus lümenine fazlaca geçmesi sonucunda özellikle distal tubulus ve toplayıcı kanallarda hasara neden olmaktadır. Dehidratasyon, ileri yaş, diyabet, hipertansiyon, kadın cinsiyet, renin anjiyotensin aldosteron sistemi (RAAS) blokajı yapılması ve kalp yetmezliğinin olması yüksek risk grubunu oluşturmaktadır. Gelişen ABH geri dönüşümsüz olup sıklıkla SDBH ile sonuçlanmaktadır. Kolonoskopi hazırlığında kullanılan ONaP solüsyonları etkin bir yöntem olmasına rağmen bu tür ciddi bir durumla sonuçlanabileceği bilinmeli ve özellikle yüksek riskli gruplarda alternatif purgatiflerin kullanılması düşünülmelidir. Kullanılması durumunda agresif hidrasyon yapılmalı ve RAAS blokörlerinden uzak durulmalıdır.

Anahtar kelimeler: akut böbrek hasarı, akut fosfat nefropatisi, oral sodyum fosfat

Tablo 1. Hemogram ve biyokimyasal parametreler

Üre	mg/dL	141	21-43
kreatinin	mg/dL	4,78	0,57-1,1
Na	mEq/L	142	134-145
K	mEq/L	4,9	3,5-5,1
P	mg/dL	3,8	2,6-4,5
Mg	mg/dL	1,75	1,6-2,6
Glukoz	mg/dL	89	70-105
AST	U/L	16	<31
ALT	U/L	15	<37
LDH	U/L	286	135-214
CK	U/L	58	29-168
Ca	mg/dL	9,2	8,6-10,6
Albumin	g/dL	4,3	3,5-5,2
Total protein	g/dL	6,9	6,4-8,3
WBC	10 ³ /µL	6,68	4-10
Hb	g/dL	12,9	11-15
Hct	%	38,4	36-47
MCV	fL	84,7	80-100
PLT	10 ⁶ /µL	282	150-400
HbA1C	%	6,1	4-5,7
CRP	mg/dL	0,8	0-0,5
PTH	pg/mL	148	18,5-55
ANA		Negatif	Negatif
PR3-ANCA		<2	0-19
MPO-ANCA		<2	0-19
C3	mg/dL	95	83-193
C4	mg/dL	27	15-57
Spot PKO		0,705	<0,150
Protein Elektroforezi		M-spike gözlenmedi	
ESH	mm/saat	18	0-20

Spot PKO: Spot idrarda protein kreatinin oranı; ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı; PTH; Parathormon

Genel Dahiliye

PP-09

Abstract:0064

SUPERİOR MEZENTERİK ARTER DARLIĞI

Erhan Ayas, Hikmet Feyizoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları

Giriş: Superior mezenterik arterde darlık karın ağrısının ender ancak önemli bir nedenidir. Karın ağrısı ile birlikte sitofobi (yemek yemekten korkma), bulantı ve kusma, kilo kaybı sıklıkla eşlik eden klinik özelliklerdir. Tanıda anjiyografik yöntemler altın standarttır. Bu çalışmada hipokalsemi tedavisi sırasında süperior mesenter arterde darlık tanısı konan bir vakayı sunmak ve literatürü gözden geçirmeyi amaçladık.

Vaka: Fatma Memiş 67 yaş kadın hasta bilinen 9 yıldır hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği ve polistemia vera ayrıca son 4 yıldır multinodüler guatr tanısı mevcut. Multinodüler guatr nedeniyle 4 yıldır takipli olan ve yakın zamanda pilonjuan guatr gelişen hasta 27.10.2020 tarihinde total tiroidektomi olmuş sonrasında kesi yerinde hematoma gelişmiş ve aynı zamanda hipokalsemi saptanmış ve tedavi edilmiş. Hastanın bunun yanında son 2 aydır aralıklı haftada bir ya da iki defa olan genellikle yemek sonraları olan tüm batında ve sırta doğru yayıldığı hissedilen hafif bir karın ağrısı oluyormuş. Hastanın bunun yanında yemek yemekten kaçınma ve bulantısı da oluyormuş.

Nefroloji tarafından değerlendirilen ve polistemia vera tanısı olup hydrae kullanımı da olan hastaya renal arter trombozu olabileceği düşünüldüğü mr anjiyografi çekilmiş ve süperior mesenterik arterde darlık saptanmış.

Hastamız kardiyojoloji kliniği ile konsulte edildi ve mesenterik artere stent takılmasına karar verildi.

Anjiyografi öncesi laboratuvar değerleri:

Kreatin 1.13 mg/dL, GFR 50 mL/dk, AST 33 U/L, ALT 20 U/L, LDH 365 U/L, HbG 10.6 g/dL, HCT % 31.8, PLT 578.000 mm³

Hastamızda anjiyografide superior mesenterik arterde proksimal kesimde % 95 darlık saptandı ve başarılı bir şekilde stent takıldı.

Sonuç: Semptomatik mezenterik iskemi genellikle iki veya daha fazla arterin etkilenmesi veya proksimaldeki ciddi darlık sonucu görülür. En sık görülen semptom yemeklerden sonra ortaya çıkan karın ağrısı ile kilo kaybıdır. Sonuç olarak karın ağrısı ile başvuran ve klasik görüntüleme ve laboratuvar yöntemleri ile tanı konulamayan hastalarda

superior mezenterik arter darlığının ayırıcı tanıda bulunması ve tanıya yönelik testler yapılması gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: kilo kaybı, postprandial karın ağrısı, superior mezenterik arter darlığı, yemek yemekten kaçınma



Superior mezenterik arter darlığı

Genel Dahiliye

PP-10

Abstract:0068

MALİGNİTE VE HİPERKALSEMİ

Erhan Ayas, Mehmet Yamak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları

Giriş: Hiperkalsemi kanser hastalarında nispeten yaygındır, vakaların yaklaşık yüzde 20 ila 30'unda görülür ve kötü prognozla ilişkilidir. Hiperkalsemiye neden olan en yaygın tümörler meme kanseri, böbrek kanseri, multipl miyelom, lenfoma ve skuamöz hücreli kanserlerdir. Olgumuzda evre 3 skuamöz hücreli kanser ve kombine immün yetmezlik (TAP 2 gen mutasyonu) tanıları olan ve hiperkalsemi tespit edilen bir vakayı sunmak ve literatürü gözden geçirmeyi amaçladık.

Vaka: 71 yaş kadın, evre 3 skuamöz hücreli karsinom ve kombine immün yetmezlik (TAP 2 gen mutasyonu) ve hipertansiyon tanıları olan hasta 2 haftadır devam eden kabızlık, oral alım bozukluğu, idrar çıkışında azalma, anlamsız konuşma ve halüsinasyonlar görme şikayetleri ile dahiliye servisimize interne edildi.

Laboratuvar: kalsiyum 14.9 mg/dL, sodyum 132 mEq/L, potasyum 4 mEq/L, LDH 436, albümin 22g/L, kreatin 1.05 mg/dl GFR 54, WBC 22.91, CRP 77.3 mg/L

Hastanın bacaklarında bulunan kombine immünyetmezlik sendromu nedeniyle artış gösteren sirküler şekilde tüm bacağı kaplayan nekroze alanların gözleendiği ülserasyonlar enfeksiyon kaynağı olarak düşünüldü örnekleme yapıldıktan sonra antibiyoterapi başlandı. Hastanın skuamöz hücreli karsinom nedeniyle dış merkez takipli olduğu, konseyden cerrahi kararının çıkmadığı, radyoterapi ve intralezyonel kemoterapi aldığı öğrenildi. Mevcut hiperkalsemi etyolojisi malignitesine bağlı düşünülen hastaya albümin, yoğun sıvı replasmanı, furosemid, metilprednisolon ve zolendronik asit tedavileri uygulandı. Klinik ve laboratuvar değerleri düzelen ve ek patoloji gözlenmeyen hasta poliklinik kontrolüne gelecek şekilde taburcu edildi.

Sonuç: Hiperkalsemi, daha ileri evre maligniteleri olanlarda yaygındır. En yaygın nedenler arasında paratiroid hormonuna bağlı peptit aracılı malignitenin humoral hiperkalsemisi, osteolitik sitokin üretimi ve fazla 1,25-dihidroksi D vitamini üretimi yer alır. Özellikle ciddi hiperkalsemisi olan vakalarda malignitelerin ayıncı tanıda bulunması gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: hiperkalsemi, hiperkalsemik aciller, hiperkalsemi tedavisi, malignite



Resim 1. Kombine immün yetmezlik, semer burun deformitesi



Resim 2. Skuamöz hücreli kanser cilt bulguları



Resim 3. Skuamöz hücreli kanser cilt bulguları

Genel Dahiliye

PP-11

Abstract:0069

PİYOJENİK KARACİĞER APSESİ: OLGU SUNUMU

Ahmet Hüsrev Tekeli, Süleybe Elvan Zafer

Bursa Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Amaç: Bu olgu sunumu ile pyojenik karaciğer apselerine genel yaklaşım ve tedavi seçenekleri gözden geçirilmiş, karaciğer apsesinin uygun antibiyoterapi ve drenaj ile başarılı şekilde tedavi edilebileceği vurgulanmak istenmiştir.

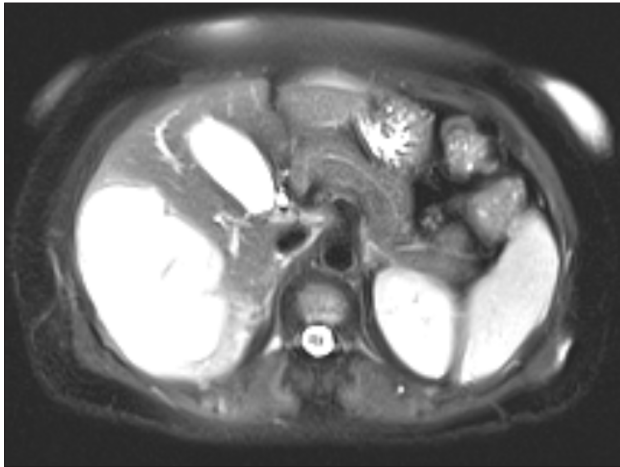
Bulgular: Kırk dört yaşında kadın hasta üç hafta önce halsizlik, sağ üst kadranda ağrısı, ateş şikayetleri ile acile başvurdu. Anamnezinde dış merkezde moksifloksasin kullandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durum iyi, ateş 36.1 °C, vital bulguları stabil, batında palpasyonla sağ üst kadranda hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde lökosit: 13860/mm³ (%73,8 nötrofil), glukoz: 452

mg/dl, aspartat aminotransferaz: 36 IU/L, alanin aminotransferaz: 79 IU/L, alkalen fosfataz: 352 IU/L, total bilirubin: 0,75 mg/dL, direkt bilirubin: 0,38 mg/dL, eritrosit sedimentasyon hızı: 65 mm/saat, C-reaktif protein: 338,3 mg/L (0-5) olarak tespit edildi. Daha önceden bilinen diyabeti olmayan hastaya insülin tedavisi başlandı. Hastaya ampirik olarak sefaperazon- sulbaktam 3 gr/gün iv tedavi başlandı. Karaciğer segment 7'den 6'ya doğru uzanan yaklaşık 9.5x7 cm boyutlarında heterojen görünümü, içerisinde milimetrik kistik odaklar bulunan, multilobüle, postkontrast görüntülerde öncelikle apse açısından şüpheli lezyon izlendi. (Şekil 1) USG eşliğinde karaciğerdeki apse ile uyumlu kolleksiyona girişim iğnesi ile girildi. Gelen aspirat pürülan özellikteydi, katater kullanımıyla kolleksiyon drene edildi. Apsenin içeriği gram boyamada bol lökosit görüldü. Bunda önceden kullanmış olduğu antibiyoterapinin de etkisi olabileceğini düşünüldü. Amip apsesi için gaita mikroskopisi ve serolojik testler negatif bulundu. Kan kültüründe üreme olmadı.

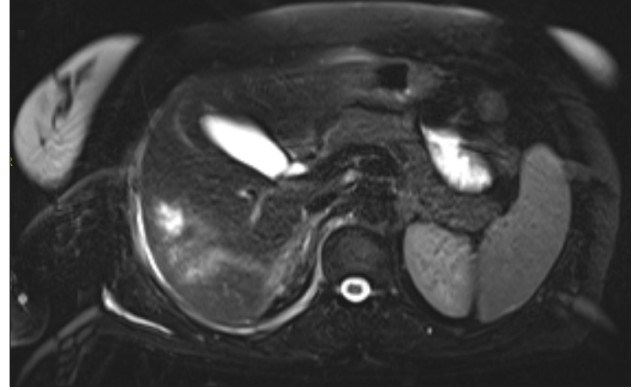
Apsenin içeriği patolojide incelendi. Pürülan eksuda apsenin içeriği ile uyumlu görüldü. Tümör markerları çalışıldı. Normal değerlerde görüldü. Kist hidatik (Echinococcus Antikoru) (İHA) negatif görüldü. Sefaperazon-sulbaktam tedavisinin 14. gününde crp değeri 55.4 mg/L'den 158.5 mg/L'ye yükselen hasta enfeksiyon hastalıkları ile konsülte edildi. Meropenem 3x1 gram, vankomisin 2x1 gram iv, metranidazol 3x1 iv olarak başlandı. Tedavinin 10. gününde laboratuvar parametreleri lökosit: 8210/mm³ (%49,8 nötrofil), aspartat aminotransferaz: 11 IU/L, alanin aminotransferaz: 11 IU/L, total bilirubin: 0,25 mg/dL, direkt bilirubin: 0,12 mg/dL, C-reaktif protein: 8, mg/L (0-5) olarak tespit edildi. Kontrol batin mr çekildi. Sağda plevral effüzyon izlendi, 1 ay önceki toraks bt de plevral effüzyonun olmadığı görüldü, göğüs hastalıklarına konsülte edildi, işlem sonrası reaktif bir sıvı olduğu düşünüldü. Paag si ile takibi önerildi. Karaciğer segment 7-6 düzeyinde parankimal ödem ve ödem zemininde yaklaşık 2x1cm'lik periferik kontrastlanımlı kaviter alan izlendi. (Şekil 2) Apsenin drenaj klinik öyküsü olan hastada görünüm rezidü apse loju açıdan anlamlıdır şeklinde raporlandı. Girişimsel radyoloji tarafından USG ile değerlendirilen hastadan 3 cc daha drene edildi. Klinik ve laboratuvar bulguları düzelen hastanın tedavisi oral olarak dört haftaya tamamlandı.

Sonuç: Bu olgu sunumu ile piyojenik karaciğer apselerine genel yaklaşım ve tedavi seçenekleri gözden geçirilmiş, karaciğer apselerinin uygun antibiyoterapi ve drenaj ile başarılı şekilde tedavi edilebileceği vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar kelimeler: piyojenik karaciğer apsesi, perkütan drenaj, antibiyoterapi



Şekil 1. kontrastlı batin mr da karaciğer segment 7'den 6'ya doğru uzanan yaklaşık 9.5x7 cm boyutlarında heterojen görünümü, içerisinde milimetrik kistik odaklar bulunan, multilobüle, postkontrast görüntülerde apse ile uyumlu lezyon



Şekil 2. kontrastlı batin MR'da 2x1 cm rezidü apse görünümü

Genel Dahiliye

PP-12

Abstract:0070

MORVAN SENDROMU

Erhan Ayas, Mehmet Çetin, Mehmet Yamak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları

Giriş: Nöromiyotoni, nadir görülen bir nörolojik durumdur. periferik sinir aşırı uyarılabilirliği ile karakterize edilmiştir. Morvan sendromu nadir otoimmün bir hastalıktır. Morvan sendromunda uzun kasların çoklu düzensiz kasılmaları, kramplar, halsizlik, kaşıntı, hiperhidrozis, uykusuzluk ve deliryum semptomları görülmektedir. Bu çalışmada morvan sendromu tanısı konan bir vakayı sunmak ve literatürü gözden geçirmeyi amaçladık.

Vaka: 68 yaş erkek hasta 2 aydır devam eden iştahsızlık, kilo kaybı ellerinde ve ayaklarında yanma hissi, kollarında ve bacaklarında kasılma, halsizlik, aşırı ve soğuk terleme, geceleri uyuyamama ve halüsinasyonlar görme şikayetleri ile dahiliye servisimize yatırıldı.

Hastanın çekilen toraks ve batin bilgisayarlı tomografisinde anlamlı patoloji saptanmadı.

Hastaya tüm vucut pozitron emisyon tomografisi çekildi anlamlı sonuç bulunamadı.

Yapılan endoskopide eritematöz pangastrit, bulber ülser ve özefajial candidiasis saptandı ayrıca kolonoskopide terminal ileum normal gözlenmiş olup kolondan polipektomi yapıldı patoloji sonucu ise tübüler adenoma lehine yorumlandı.

Laboratuvarde sedimentasyon 44, Ck: 214 albumin 3.1 g/L, globulin 4.9 g/L, total protein 8.3 g/L, koagülasyon parametreleri doğal, elisa normal, TSH 0.88 Uıu/ml, sT4 1.7ng/l, folat 4.14 µg/L, laktat dehidrogenaz 312, anti nükleer antikor +

Çekilen Emg yaygın miyokimik deşarjların varlığı ile uyumludur şeklinde yorumladı, hasta nörolojiye konsulte edildi periferik sinir hipereksitabilite sendromları olabileceği düşünüldü. Nöroloji tarafından lomber ponksiyon yapılan hastada anlamlı patoloji saptanmadı, çekilen kranial Mr normal geldi. Hastadan morvan sendromu açısından antikor paneli yollandı, antikor pozitif sonuçlandı. Nöroloji tafaından İvig tedavisine başlandı ve 5 güne tamamlandı ardından pulse steroid tedavisine geçildi. Klinik izleminde belirgin düzelme izlenen, morvan sendromu düşünülen hasta nöroloji poliklinik kontrolüne alınarak taburcu edildi.

Sonuç: Morvan sendromu hipereksitabilite sendromları arasındadır. Paraneoplastik sendromlarla birliktelik gösterebilmektedir.

Özellikle kas krampları, halsizlik, uykusuzluk, aşırı terleme şikayeti olan hastalarda ayrıncı tanıda bulunması gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: hipereksitabilite sendromları, hiperhidrozis, kas krampları, uykusuzluk

Nefroloji

PP-14

Abstract:0085

COVID ENFEKSİYON SONRASI SÜREKLİ HEMODİYALİZ GEREKTİREN ABY OLGU SUNUMU

Arzu Cennet Işık, Nazire Aladağ, Fırat Tari, Oğuz Fırat Bozkurt, Bahadır Karayel, Sıtkı Berat Tanfer, Oğuzhan Güngör, Emine Büşra Bahçavan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Giriş: Akut böbrek yetmezliği (ABY), COVID-19 enfeksiyonunun majör komplikasyonlarından biridir. ABY gelişen olgularda kalıcı böbrek hasarı riski artmıştır. Özellikle COVID-19 enfeksiyonu sırasında böbrek fonksiyonlarının dikkatle kontrol edilmesi ve yakın izlem gerekir. COVID-19 sonrası dirençli bulantı, kusma ile prezente olan ve kalıcı hemodiyaliz gerektiren bir olgumuzu paylaşmak istiyoruz.

Olgu: 57 yaş, erkek hasta; bilinen kronik bir hastalığı olmayan ancak başvuru anından 11 gün önce COVID-19 geçirme öyküsü mevcuttu. Enfeksiyon seyri esnasında 5. günde başlayan bulantı ve kusmanın gerilememesi nedeniyle acil dahiliye polikliniğine başvuruyor. Favipravir ve parasetamol dışında ağrı kesici, bitkisel ilaç kullanımı, kimyasal madde maruziyeti ve genetik hastalık öyküsü olmayan hastanın acil bakılan tetkiklerinde hb:13.1 htc:37 MCV:89.2, üre:376 mg/dl kreatinin:20.4 mg/dl, Na:140mmol/L K:7mmol/L Ca: 9,1mmol/L, ürik asit: 14,8 fosfor: 4,7 PTH:94,3, Arter kan gazında pH:7,1 HCO3:13,5 BE: -13.2 olarak saptanması üzerine acil hemodiyalize alınarak ABY etyolojisi açısından tetkikleri planlandı. İştahsızlık, kilo kaybı, gece terlemesi tariflemiyordu. Periferik yayma normal sınırlarda, idrar sedimenti normal, 24 saatlik idrarda 389mg/dl proteinüri vardı. Renal görüntüleme böbrek boyutları normal doppler incelemede damarsal patoloji saptanmadı. Hafif ve ağır zincir hastalıkları açısından protein elektroforezi normal ve otoimmün marker değerleri, PPD negatifti. Ekokardiyografik değerlendirme de normal idi. Malignite tarama açısından yapılan bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemelerinde toraks BT’de Covid ile uyumlu olup minimal plevral effüzyon vardı diğer BT bulguları normal sınırlarda idi. Klinik yatış takibinde renal fonksiyonlarında düzelme olmasına rağmen yeterli idrar çıkışı olmadı ve hemodiyaliz ihtiyacı devam etmesi üzerine hastanın fistül hazırlığı ile 3/7 hemodiyaliz programına alınarak nefroloji poliklinik takibine alındı.

Sonuç: SARS-CoV-2 virüsü böbrek dahil çoklu organ komplikasyonlarına neden olmaktadır. COVID19 enfeksiyonu ile özellikle hastanede yatanlarda ABY sıklıkla gelişebilirken morbidite ve hastane içi mortaliteyi önemli ölçüde arttırmaktadır. Ayrıca kalıcı sekel olarak kalabilmektedir. Covid enfeksiyonun takibinde sistemik etkilerinden renal fonksiyonlar açısından özellikle kalıcı hemodiyaliz gerektirebilmesinden dolayı dikkatli olunmalıdır.

Anahtar kelimeler: COVID-19, Böbrek, Hemodiyaliz

Hematoloji

PP-15

Abstract:0087

GRAFT VERSUS HOST HASTALIĞI KARACİĞER TUTULUMUNDA ELSTRAKORPOREAL FOTOFEREZ TEDAVİ SEÇENEĞİ

Begüm Güler Şentürk¹, Timur Selçuk Akpınar¹, Murat Akyıldız², Ümit Barbaros Üre³

¹Koç Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Koç Üniversitesi Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

³Koç Üniversitesi Hastanesi Hematoloji Bilim Dalı

Giriş: Graft-versus-host hastalığı (GVHH), kemik iliği naklinde hastaya kök hücrelerle birlikte verilen sağlıklı T-lenfositlerin konakçıyı yabancı olarak algılayıp dokulara hasar verdiği, organ fonksiyon bozuklukları ile giden bir sendromdur. En sık cilt, mucoza, gastrointestinal sistem, karaciğer ve akciğer tutulumuna sebep olur.

Olgu Sunumu: 31 yaşında kadın hasta göz ve ağız kuruluğu şikayetleriyle polikliniğe başvurdu. Öyküsünde 4 yıl önce t (9,22) B-Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL) tanısıyla haploidentik nakil olduğu öğrenildi. Etiyolojide diğer nedenler ekarte edildikten sonra graft-versus-host hastalığı (GVHH) deri tutulumu olarak değerlendirilerek lokal steroid tedavisi başlandı, takibinde hastanın şikayetleri geriledi. 3 ay sonra rutin kontrolleri sırasında karaciğer fonksiyon testlerinde karışık tip yükseklik saptandı, GVHH karaciğer tutulumu ön tanısıyla karaciğer biyopsisi yapıldı. Biyopside interlobüler safra kanal hasarı, grade 2 hemosiderozis saptandı ve GVHH karaciğer tutulumu olarak yorumlandı, oral metilprednizolon 8 mg başlandı. Tedricen karaciğer enzimleri geriledi. 6 ay sonra poliklinik kontrolünde allopesi, ağız- göz kuruluğunda artış, deride hipopigmentasyon ve sklerotik değişiklikler ortaya çıktığı gözlemlendi, siklosporin tedavisi başlandı (150 mg/gün). Deri lezyonları azaldı.

4 ay sonra kontrol amaçlı kliniğe başvurduğunda karaciğer enzimlerinde tekrar yükseklik gözlemlendi: alanin aminotransferaz (ALT) 100 IU/L; aspartat aminotransferaz (AST) 58 IU/L; [- glutamil transferaz (GGT) 578 IU/L; alkalin fosfat (AP) 315IU/L; serum total bilirubin 0.4 mg/dL; direkt bilirubin 0.2 mg/dL; international normalized ratio (INR) 0.96; platelet 209×109/L. Hastaya tekrar karaciğer biyopsisi yapıldı, periportal alanda hepatositlerde hafif derecede, portal makrofajlar ve Kupffer hücrelerinde orta derece demir birikimi, epitelde dejeneratif, GVHD ile uyumlu displastik değişiklikler ile beraber hafif safra duktus kaybı saptandı. Ekstra-korporeal fotoferez tedavisine başlandı. İlk ay haftada 1 seans (gün aşırı 2 gün), 2. ay 15 günde 1 seans, 3. ve 4. ayda ayda 1 seans olmak üzere Optia (UVA PIT oxaralen) IDL kesintisiz 140 ml fotoferez uygulandı. Takiplerinde KCFT normale dönerken ve deri lezyonlarında gerileme görüldü. Hastanın rutin kontrollerinde tekrar şikayeti olmadı. Takibi devam ediyor.

Tartışma: GVHH karaciğer tutulumu olan steroid dirençli hastalarda kesin bir tedavi şeması olamamakla birlikte farklı tedavi seçenekleri mevcuttur. ECP’nin karaciğer tutulumlu cGVHH’de steroid dirençli hastalarda kullanımına dair yararlı olduğuna dair veriler bulunmaktadır ve merkezin imkanları uygunsa ikinci basamak tedavi olarak kullanılabilir.

İkinci basamak GVHH yönetiminde tedavilerin etkinlik ve yan etkilerinin belirlenebilmesi için büyük, sistematik randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: ekstrakorporeal fotoferez, graft versus host hastalığı, haploidentik nakil

TEDAVİ SONRASI NÜKS EDEN EKSTRARENAL WILMS TÜMÖRÜ OLGU SUNUMU

Begüm Güler Şentürk¹, Kayra Somay¹, İrem Kapucu¹, Fatih Selçukbiricik²

¹Koç Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

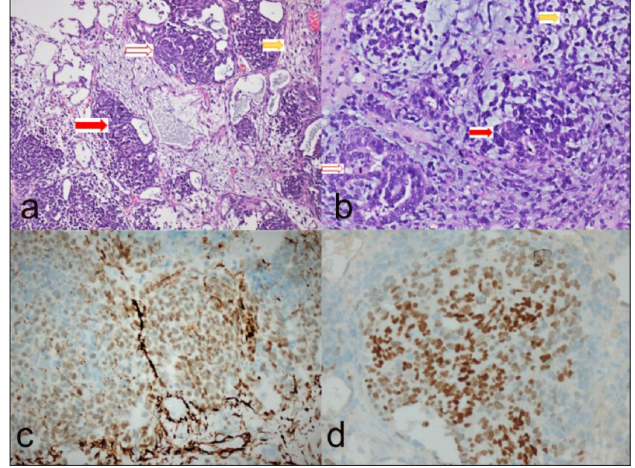
²Koç Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Bilim Dalı

Giriş: Nefroblastom olarak da bilinen Wilms tümörü, pediatrik yaş grubunda tahmini insidansı 10.000'de 1 ve pluripotent embriyonik renal prekürsör hücrelerinden kaynaklanan yetişkinlerde milyonda 0.2 vaka ile nadir görülen bir malign neoplazmadır. Ekstrarenal Wilms tümörü literatürde retroperitonum, testis, kasık kanal, lumbosakral bölge, prostat, yumurtalık, uterus, göğüs duvarı ve mediasten ve sigmoid mezokolonda bildirilmiştir. Wilms tümörünün mevcut tedavisi, evreye bağlı olarak cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi kombinasyonundan oluşurken hastalığın tedavi sonrası nüksü nadirdir.

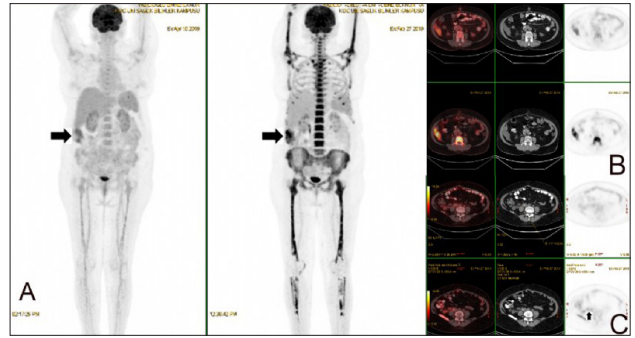
Olgu Sunumu: Bilinen kontrollü esansiyel hipertansiyon dışında hastalığı olmayan 59 yaşında kadın hasta, kliniğimize 1 aydır devam eden pelvik ağrı ve karın şişliği şikayeti ile başvurdu. Kadın hastalıkları ve doğum bölümünde yapılan ultrasonografide sağ hipogastrik bölgede kitle görülmesi üzerine abdominal bilgisayarlı tomografi çekildi ve 10cmx11cm heterojen pelvik kitle saptandı. Endometrial küretaj biyopsisi negatif saptandı ve CA-125 dahil tümör belirteçleri normal aralıktaydı. İntraoperatif frozen kesitlerde yüksek dereceli karsinom saptandığı için bilateral salpingo-oofektomi, total abdominal histerektomi, omentektomi ve pelvik ve paraaortik lenfadenektomi yapıldı. Kronik taş kolesistiti tanısı için intraoperatif kolesistektomi yapıldı. Histolojik olarak tümör, Wilms tümörünün klasik trifazik histolojik özelliklerini taşımaktaydı (blastemal, epitel ve mezenkimal dokular) (Şekil 1a-1b). Teratomatöz element saptanmadı, ancak anaplastik özellikler gözlemlendi. Blastemal bileşen, immünohistokimyasal boyamada WT-1 (Şekil 1c) ve SALL-4 (Şekil 1d) için pozitif. Lenfovasküler yapılarda büyük tümör embolileri görüldü. Ayrıntılı patolojik inceleme, Wilms tümörü teşhisi ile uyumluydu. Hastaya radyoterapi ve vinkristin, siklofosfamid ve etoposid içeren 3 kür kemoterapi verildi. 3. ay takibinde abdominal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile yaygın hastalık nüksü için şüpheli bulgular gözlemlendi. MRG'de görülen lezyonların metabolik profilini değerlendirmek için PET-BT yapıldı. Hastalığın olası nüksü ile uyumlu çoklu hipermetabolik peritoneal implantlar ve kapsüller karaciğer lezyonları saptandı (Şekil 2). Vinkristin-etoposid-siklofosfamid rejimi ile yetersiz terapötik yanıtın ardından, İfosfamid-Karboplatin-Etoposid (ICE) ile yeni bir kemoterapi rejimi planlandı. İlk kemoterapi rejimi sonrası hasta akut böbrek hasarı ile acil servise başvurdu ve haftada 3 kez hemodiyalize alınmaya başlandı (7.28 mg / dL kreatinin ve 6 ml / dak / 1.73 m2 GFR). Bu nedenle, kemoterapi rejimi ifosfamid ve etoposid olarak değiştirildi. Böbreğin altında bulunan infiltrasyondan BT kılavuzluğunda alınan tru-cut biyopside, peritonun ekstrarenal Wilms tümörü ile uyumlu az diferansiye malign hücreler izlendi (patolojik bulgular arasında desmin ve DO-7 negatif, WT1 fokal pozitif, PAX8 diffüz pozitif ve pan-sitokeratin için zayıf pozitif saptandı).

Tartışma: Bildiğimiz kadanyla olgumuz, tedavi sonrası nükseden ilk ekstrarenal Wilms tümörü olgusudur. Genitoüriner kitleyle başvuran hastalarda son derece nadir ve atipik olmasına rağmen ayırıcı tanıları arasında ekstrarenal Wilms tümörü düşünülmeli ve olası nüksler için tedavi sonrası dönemde hastalar takip edilmelidir.

Anahtar kelimeler: ekstrarenal, nefroblastom, nüks, over, wilms



Resim 1. Hematoksilin ve eozin boyama altında blastemal, epitelial ve stromal bileşenli bir Wilms tümörünün tipik trifazik histolojisi (a-b) (blastemal için kırmızı oklar, epitelial için beyaz ok ve stromal bileşenler için sarı ok). WT-1 (c) ve SALL4 (d) immünohistokimyasal boyama altında blastemal bileşenin boyanması.



Resim 2. Hastanın PET görüntülemesi, nüks anında (sağda) ve kemoterapi sonrasında (solda) (A). Sağ laterokonal fasya (B) üzerindeki karaciğer segment VI'da 81 mm x 37 mm düzensiz hipermetabolik lezyon ve en büyüğü 25 mm x 19 mm boyutlarında çok sayıda, psoas majör ve kolona komşu hipermetabolik mezenterik lenf nodları (C) ve kemoterapiden sonra kısmi ve tam metabolik yanıtları gösterilmiştir (aşağıda nüks anında PET taraması, yukarıdaki kemoterapiden sonra PET taraması).

TENOFOVİR DİSOPROKSİL FUMARAT İLE EDİNSEL FANCONİ SENDROMU VE NEFROJENİK DİABETES İNSİPIDUS GÖRÜLEN BİR OLGU SUNUMU

Ragıp Fatih Kural¹, Elif Ersen Kural¹, İbrahim Ertekin²

¹Izmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

²Izmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Edinsel Fanconi sendromu (FS) ya da tip 2 renal tübüler asidoz (RTA) proksimal tübülde bikarbonat, fosfat, glukoz, ürik asit ve aminoasitlerin reabsorbsiyon defektinden kaynaklanır. FS; miyelom, amiloidoz gibi bazı hastalıkların seyrinde ve tenofovir disoproksil fumarat (TDF) gibi bazı ilaçların kullanımında görülebilir. TDF ile ilişkili olarak görülen nefrojenik diabetes insipidus (NDİ) vakaları da bildirilmiştir. Olgumuzda TDF ilişkili FS ve NDİ gelişen hasta anlatılmaktadır.

Olgu: Bilinen kronik böbrek yetmezliği, kronik hepatit B enfeksiyonu olan 63 yaşında erkek hasta bulantı, kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Hastanın ilk değerlendirmesinde; vital bulgular ve fizik muayenesi olağandı. Son 1 yıldır TDF kullanan hastanın kullandığı başka ilaç yoktu. Başvurusunda kan gazında; pH 7.24, pCO₂ 25 mmHg, HCO₃ 11.8 mmol/L şeklinde olup serum Na⁺ 136 mmol/L ve Cl⁻ 114 mmol/L olarak saptandı. Serum anyon gap'ı (SAG) Na⁺-(HCO₃⁻+Cl⁻) formülü kullanılarak 10.2 mmol/L (normal değerleri: 12±2) olarak hesaplandı. Normal SAG olan metabolik asidoz düşünüldü. Son 3 ay içindeki kreatinin 1.5 mg/dL olan hastanın böbrek fonksiyon testleri; BUN 30 ve kr 3.21 mg/dL olarak görüldü. Diğer serum elektrolitleri K⁺ 2.9 mmol/L, fosfor 1.4mg/dL ürik asit 1.4 mg/dL, Ca²⁺ 7.7mg/dL, Mg²⁺ 1.68mg/dL şeklinde tübüler disfonksiyonu destekler biçimde azalmıştı. Tam kan sayımı, karaciğer ve tiroid fonksiyon testleri normaldi. Takiplerinde 10L/gün idrar çıkışı olan ve metabolik asidozu devam eden hastaya bikarbonat infüzyonu ve intravenöz hidrasyon başlandı. Tübülopati bulguları olan ve akut nöropatolojisi olmayan hastada NDI düşünüldü. İdrarda dansite 1004, pH 5, protein +, normoglisemik olan hastanın glukoz 3+, nitrit ve keton - idi. Hastada normal SAG olan metabolik asidoz, hipourisemi, hipokalemi, akut böbrek yetmezliği, asidemik idrar, proteinüri olması nedeni ile RTA düşünüldü. Hastadan gönderilen spot idrarda protein/kr 2214mg/gün, Na⁺ 31mmol/L, K⁺ 14mmol/L, Ca²⁺ <2mmol/L, Mg²⁺ 0.6mmol/L, Cl⁻ 30mmol/L olup idrar anyon gap (İAG) (Na⁺+K⁺)-Cl⁻ formülü kullanılarak 15 mmol/L hesaplandı. İAG <20mmol/L ve idrar pH<5.5 olması nedeniyle proksimal RTA/FS düşünüldü. TDF ilişkili NDI ve FS birlikteliği görülen hastada mevcut anti-viral tedavi TDF yerine tenofovir alafenamide olarak değiştirildi. Hastanın idrar çıkışı kademesi olarak 10L/gün den 2-3L/güne kadar düştü. Serum bikarbonat, serum elektrolitleri ve idrar pH seviyeleri normale gelen hasta taburcu edildi.

Tartışma: Olgumuzda TDF başlanmasından 1 yıl sonra nefropati ve tübülopati gelişen tetkikler neticesinde FS ve NDI tanısı alan hasta sunulmuştur. Bir nükleotid analogu olan TDF'nin; HIV ve hepatit B tedavisinde kullanımı yaygın olmakla birlikte bu hasta gruplarının TDF başlanması sonrasında kreatinin klirensi, metabolik asidoz, elektrolit imbalansı, proteinüri ve glikozüri yönünden aralıklı olarak takip edilmeleri gerekmektedir. Literatürde benzer vaka bildirimleri olmakla birlikte, prospektif çalışmalar ile TDF'nin terapötik ilaç izlemi ve risk faktörleri de belirlenmeli, gerektiğinde alternatif ilaçlarla değiştirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Fanconi Sendromu, tenofovir disoproksil fumarat, nefrojenik diabetes insipidus

Nefroloji

PP-18

Abstract:0098

ACİLE KAS GÜÇSÜZLÜĞÜ ŞİKAYETİ İLE GELEN TİP 1 RENAL TÜBÜLER ASİDOZ VE PRİMER SJÖGREN SENDROMLU HASTA

Hüseyin Semiz¹, Meltem Seziş Demirci²

¹Ege Üniversitesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı, İzmir

56 yaşında kadın bilinen kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküsü olmayan hasta; yaklaşık 10 gündür olan tüm vücudunda olan güçsüzlük, kas ağrıları ve halsizlik şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesi; kas gücü üst ekstremitelerde 4/5-4/5, alt ekstremitelerde 4/5-4/5 olması dışında normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde sodyum: 141 mEq/L(136 – 145), potasyum:1.9 mEq/L(3.5 – 5),

klorür:110 mEq/L(96 – 110), tam idrar tahlilinde pH: 8, spot idrar potasyum düzeyi: 22.5 mEq/L,arterial kan gazında hiperkloremik hipokalemi metabolik asidoz saptandı.Hastanın intravenöz ve oral potasyuma rağmen dirençli hipokalemi vardı. Mevcut bulgularla tip 1 distal renal tübüler asidoz olarak değerlendirildi.Hasta eşlik eden sistemik hastalıklar açısından irdelendiğinde bakılan antinükleer antikor(ANA) düzeyi granüler:1/2560, ANA profilinde ise Anti-SSB ve Anti-SSA 3 pozitif, RF: 15,7 IU/ML(<14) olarak geldi.Sc-hirmer testi 3mm/5dk(anestezisiz), gözyaşı kılma zamanı 4 saniye, minör tükürük bezi biyopsisi lenfosit skoru 3 olarak olarak saptandı. Sonuç olarak hastaya primer Sjögren sendromu tanısı kondu. Aktif eklem bulguları olmayan hastaya sadece göz kuruluğuna yönelik semptomatik tedavi verilerek rutin poliklinik takibine alındı.

Sonuç olarak dirençli hipokalemi renal tübüler asidozlar unutulmamalı ve eşlik edebilen sistemik hastalıklar nadir de olsa özellikle Sjögren sendromu gözden kaçırılmamalıdır.

Anahtar kelimeler: renal tübüler asidoz, refrakter hipokalemi, Sjögren sendromu

Genel Dahiliye

PP-19

Abstract:0106

NEFROTİK SENDROM İLE PRESENTE LUPUS NEFRİTİ

Mustafa Cem Bülbül¹, Tuncay Dağel²

¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Nefrotik sendrom, idrarla 3.5g/24saat`ten daha fazla protein atılımı ile prezente olan hipoalbuminemi, ödem ve hiperlipidemi ile karakterize bir böbrek hastalığıdır. Primer böbreğin kendi antijenlerine karşı gelişen nefrotik sendrom tipleri olduğu gibi sekonder nedenlere bağlı olarak da gelişebilir. Sistemik lupus eritematozus, nefrotik sendroma yol açan böbrek tutulumu yapabilen kronik otoimmün bir hastalıktır ve böbrek tutulumu hastalık prognozuyla doğrudan ilişkilidir. Burada, bacaklarda şişlik ve nefrotik sendrom kliniğiyle polikliniğe başvuran, biyopsisinde lupus nefriti tanısı konulan olgu sunuldu.

Olgu: Hipertansiyon ve koroner arter hastalığı (9 stent ve Bypass) tanıları bulunan hasta bilateral bacaklarda şişlik nedeniyle yapılan tetkiklerinde nefrotik düzeyde proteinüri (6.2g/g kreatinin) saptanması üzerine ileri tetkik amacıyla nefroloji servisine yatırıldı. Hastanın öyküsünde nefrotik düzeyde proteinüri ile alakalı anlamlı bulgu saptanmadı. Tüm batin ultrason(USG) ve renal Dopplerde her iki böbrekte minimal parankimal ekojenite artışı, sağ böbreğin orta polünde kortikal kist ve normal sınırlarda bilateral renal arterler saptandı. Hastaya 1500ml sıvı kısıtlaması yapılması planlandı. Nefrotik sendrom etioloji araştırma amacıyla böbrek biyopsisi yapıldı. Hastanın böbrek biyopsisinde lupus nefriti Tip V saptandı. Hastanın tetkiklerinde C3 kompleman düzeyi 0.53g/L(0.9-1.8), C4 kompleman düzeyi 0.12g/L(0.1-0.4), anti-dsDNA(609IU/mL), anti-nükleozom(++) ve anti-histon antikorları(++) pozitif, anti-fosfolipaz A2 reseptör antikorları (<1/10) negatif saptandı. İstenen total PSA düzeyi 0.294 ng/ml (0-2.5ng/ml), serbest PSA düzeyi 0.18ng/ml saptandı. Protein elektroforezi ve immünoefüksasyon testlerinde monoklonal gammopati saptanmadı. Hastaya nefrotik sendrom tedavisi olarak siklofosfamid 500mg ve prednol 64mg tedavisi başlandı. EKG`sinde QT uzaması olması nedeniyle hidroksiklorokin başlanmadı. Takiplerinde kreatinin değerinde azalma saptandı. Siklofosfamid 2. doz tedavisi öncesi tetkiklerinde ödeminde ciddi miktarda gerileme mevcuttu. Hastaya tedavi devamı amacıyla kontrol poliklinik önerildi. Tartışma: 50 yaş erkek nefrotik sendrom kliniği ile başvuran has-

tada primer ve sekonder nefrotik sendrom ayırıcı tanısı yapılması tedavi düzenlenmesi açısından önem taşımaktadır. Hastanın 50 yaşında olması nedeniyle maligniteye sekonder nefrotik sendrom olabileceği akılda tutulmalı ve gerekli tetkikler istenmelidir. Nefrotik sendrom tanısında patoloji büyük önem taşımakta ve biyopsi sonucu tedavide önem taşımaktadır. Lupus nefriti de nefrotik sendrom ayırıcı tanıları arasında düşünülmeli, gerekli tetkikler yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Lupus, nefrotik, sendrom

Genel Dahiliye

PP-20

Abstract:0107

DEHİDRATSYON, HİPERKALSEMİ VE SARKOİDOZ

Mustafa Cem Bülbül, Mehmet Gökhan Gönenli

Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Sarkoidoz çoğunlukla genç erişkinleri etkileyen patolojik olarak non-kazeöz granulomlarla presente olan multisistem tutulumlu seyredabilen granümatöz bir hastalıktır. Sıklıkla akciğer tutulumuna bağlı öksürük, nefes darlığı şikayetleriyle presente olabildiği gibi deri, eklem ve göz bulgularıyla da tanıya gidilebilir. Burada, ateş ve dehidratasyon bulgularıyla acil servise başvuran, hiperkalsemi saptandıktan sonra sarkoidoz tanısı konulup tedavi edilen bir olgu sunuldu.

Olgu: Esansiyel hipertansiyon, Tip2 diyabetes mellitus ve kronik böbrek yetmezliği tanıları bulunan hasta tansiyon yüksekliği, ateş ve idrar çıkışında azalma nedeniyle başvurdu. Öyküsünde kilo kaybı, gece terlemesi gibi konstitüsyonel bulguları yoktu. Fizik muayenede sol orta zonda kreptan ralleri mevcuttu. Yapılan tetkiklerinde hiperkalsemi (Ca:13mg/dl), akut faz yükseliği (CRP 146mg/L) ve kreatinin değeri 2.15mg/dl saptandı. Toplum kökenli pnömoni ve hiperkalsemi tanıları ile servise yatırıldı. Seftriakson ve klaritromisin tedavisi başlandı. Hastanın tam idrar tetkiki ve idrar kültüründe patoloji saptanmadı. Hastaya hiperkalsemi ayırıcı tanısı için 24 saatlik idrarda Ca, PTH, 25-OH Vit D, 1,25-OH Vit D, fosfor, albumin, protein elektroforezi, immunofiksasyon elektroforezi istendi. 24 saatlik idrar Ca 326mg/24saat(100-300), PTH 18 pg/ml(15-65), PTH-rP normal sınırlarda, 25-OH Vitamin D 25ng/ml, 1,25-OH Vitamin D 47ng/ml (26-95), fosfor 4mg/dl (2.5-4.5), albumin 4 saptandı. Kreatinin yüksekliği nedeniyle çekilen üriner ultrasonda kronik böbrek hasarına bağlı parankimal değişiklikler saptandı, post-renal bir patoloji saptanmadı. Hastanın hiperkalsemi tedavisi için hastaya 200ml/saat izotonik sıvı başlandı, sonrasında iv lasix yapılan hastanın kalsiyum düzeyi takiplerinde 10.3mg/dl`ye geriledi. Periferik yaymasında atipik hücre rulo formasyonu görülmedi. Hiperkalsemi ve kronik böbrek hasarı olması nedeniyle hematoloji bölümüne danışıldı, paraneoplastik sendroma bağlı patolojiler için PET-CT çekildi. PET-BT`de dalakta multipl hipermetabolik lezyonlar (SUVmax 9.8) ve iskelet sisteminde multipl kemik lezyonları (SUVmax 5.9) için tanıda ön planda tüberküloz, lenfoproliferatif hastalıklar, multipl myelom ve sarkoidoz düşünüldü. Protein elektroforezi ve immunofiksasyon elektroforezinde monoklonal band saptanmadı. Hiperamaglobulinemi saptandı. Kemik iliği biyopsisinde nekroz içermeyen granümatöz karakterde inflamatuvar infiltrasyon saptandı, plazma hücreli hastalıklar açısından anlamlı bulgu saptanmadı. Hastanın gönderilen Quantiferon tetkiki negatif sonuçlandı. Sarkoidoz düşünülerek prednol 4mg tedavi başlanan hastanın takiplerinde düzeltilmiş Ca değeri 10mg/dl`ye kadar geriledi, kreatinin değeri 1.51 mg/dl`ye geriledi.

Tartışma: Hiperkalsemi ayırıcı tanısında granümatöz hastalıklar da mutlaka akılda tutulmalıdır. Böbrek yetmezliği ve hiperkalsemi olan olgularda multipl myelom açısından mutlaka tetkik edilmelidir. Sarkoidoz ve tüberküloz tedavileri birbirine zıt iki tedavi olduğundan mutlaka ayırıcı tanıda dikkatle incelenmeli ve sarkoidoz düşünülen hastalarda quantiferon tetkiki istenmelidir. Lenfoma gibi lenfoproliferatif hastalıklar açısından ileri tetkik edilmesi ve şüphe durumunda ileri görüntüleme tetkikleri istenmelidir.

Anahtar kelimeler: Dehidratasyon, Hiperkalsemi, Sarkoidoz

Genel Dahiliye

PP-21

Abstract:0108

DİFFÜZ ALVEOLAR HEMORAJİNİN NADİR BİR NEDENİ: AMİODARON TOKSİSİTESİ

İlyas Kavak¹, Çağlar Özer Aydın², Mustafa Altınkaynak², Bülent Saka², Mehmet Akif Karan², Sebile Nilgün Erten²

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

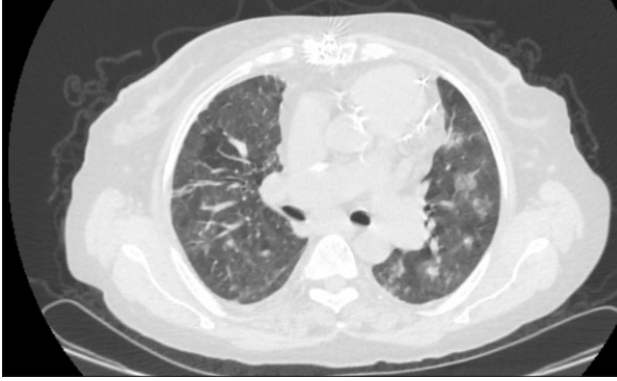
Giriş: Amiodaron, supraventriküler ve ventriküler aritmilerde kullanılan geniş spektrumlu bir antiaritmiktir. Aritmilerin tedavisi ve önlenmesinde mükemmel etkinlik ve kardiyak güvenilirlik profiline sahip olsa da; nörolojik toksite, hepatotoksite, korneal birikim, ciltte mavi-gri renk değişimi, tirodit ve akciğerde interstisyel fibrozis gibi ciddi yan etkileri görülebilmektedir. Yazımızda amiodaron kullanımına bağlı diffüz alveolar hemoraji ile başvuran hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: Esansiyel hipertansiyon, koroner arter hastalığı, paroksizmal atrial fibrilasyon, kronik böbrek yetersizliği tanılı 68 yaşında kadın hasta halsizlik, nefes darlığı ve hemoptizi şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. WBC: 5400/μl, Hb: 7.6 g/dL, MCV: 86 fL, Nötrofil: 4900/μl, Lenfosit: 200/μl Trombosit: 223000/μl, Kreatinin: 2.3 mg/dL, CRP: 3 mg/L, D-dimer: 230 μg/L saptandı. Tam idrar tahlilinde özellik saptanmadı. Sigara ve alkol kullanımı yoktu. On iki yıl önce koroner bypass operasyonu öyküsü mevcuttu. Bir aydır atrial fibrilasyon nedeniyle 75 mg/gün amiodaron tedavisi almaktaydı. Hastaya anemisinin derinleşmesi nedeniyle antikoagülan tedavi verilemedi. Gastroskopi ve kolonoskopide özellik saptanmadı. Kemik iliği biyopsisinde miyelodisplastik sendrom saptandı. Hafif düzeyde hemoptizisi olan hastanın kontrastsız Toraks BT'sinde pulmoner hemoraji lehine değerlendirilen, bilateral akciğer parankiminde tüm loblarda yamasal buzlu cam dansite artışları izlendi. CRP ve prokalsitonini normal olan hastada enfeksiyon düşünülmüdü. D-dimer normalliği, alt ekstremitte venöz Doppler USG'de patoloji saptanmaması ve akciğer ventilasyon perfüzyon sintigrafisinde infarkt lehine bulgu olmaması ile pulmoner emboli dışlandı. İnflamatuvar patolojiler açısından istenen anti-GBM antikorlar, c-ANCA, p-ANCA, antifosfolipid ve antinükleer antikorlar negatif saptandı. Quantiferon testi ve PPD negatif tespit edildi. Çekilen PET-BT'de malignite ya da enfeksiyon düşündürcek anlamlı tutulum saptanmadı. Sağ kalp yetmezliği, pulmoner hipertansiyon ve hipoksi nedeniyle bronkoskopi yapılamadı. Yapılan tetkiklerin bizi herhangi bir patolojiye yönlendirmemesi nedeniyle hastanın diffüz alveolar hemorajisinin amiodaronuna bağlı olabileceği düşünüldü. Amiodaron kesildi ve 40 mg/gün metilprednizolon tedavisi başlandı. Hastanın takibinde bir hafta sonra hemoptizisi sona erdi.

Sonuç: Hemoptizi ayırıcı tanısında amiodaronun diffüz alveolar hemorajiye neden olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: amiodaron, diffüz alveolar hemoraji, hemoptizi

Kontrastsız Toraks BT



Resim 1. Hemoptizi nedeniyle çekilen kontrastsız Toraks BT

Hematoloji

PP-22

Abstract:0111

TESTİS TUTULUMU İLE PREZENTE ROSAI DORFMAN OLGU SUNUMU

Ömer Vural Kaya, Mehmet Gökhan Gönenli, Timur Selçuk Akpınar, Emre Osmanbaşoğlu, Zeynep Komesli, Dilek Ertay Baydar, İbrahim Öner Doğan

Koç Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Rosai-Dorfman hastalığı, vücutta histiositlerin normalden fazla üretildiği ve özellikle lenf nodlarında biriken, nadir görülen histiositoz hastalıklarından biridir. Özellikle servikal lenfadenopati olarak karşımıza çıkan; ancak ektranodal vakaların da bildirildiği, spontan remisyona ile vital organ tutulumu arasında değişen klinik spektruma sahip bir hastalıktır.

Amaç: Rosai-Dorfman hastalığının nadir görülen şekli testis tutulumu olan vakamızı sunmak amaçlanmıştır.

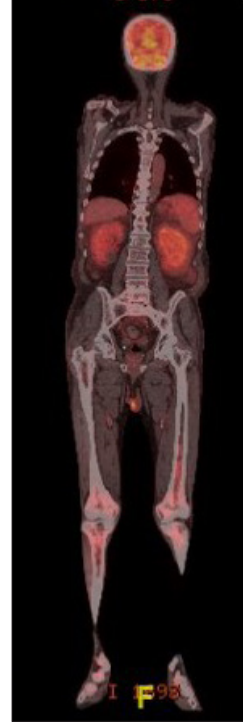
Olgu: 82 yaşında erkek hasta, her iki bacağına VAS skrolama sistemine göre 7/10 olan, giderek artan, hareketle ilişkisiz ağrı ve 10 ayda istemsiz 10 kilo kaybı şikayeti ile başvurdu. Sık ve ağrılı idrar yapma şikayeti eşlik ediyordu. Fizik muayenesi kaşektik soluk görünümdeydi. Periferik lenfadenomegali, hepatosplenomegali saptanmadı. Hemogloblin: 9.2 g/dL, MCV: 84 fL, Lökosit: 11.54 $10^3/\mu\text{L}$, Trombosit: 361 $10^3/\mu\text{L}$, Nötrofil: 5.2 $10^3/\mu\text{L}$, Lenfosit: 3 $10^3/\mu\text{L}$, Eozinofil: 2.7 $10^3/\mu\text{L}$, IgE: 6708 IU/mL olarak saptandı. Biyokimya değerlerinde Ca:14.4 mg/dL saptanan hastada ön planda hematolojik malignite düşünülerek periferik yayma yapıldı. Atipik karakterde hücre saptanmadı. Eozinofili görüldü. 3 kere gaitada parazit bakıldı negatif saptandı. Eozinofili yapacak ilaç anamnezi yoktu. Myeloproliferatif hastalıklar açısından bakılan BCR -ABL ve JAK-2 mutasyonları saptanmadı. Periferik kandan akım sitometrisi, protein elektroforezi istendi. Normal sınırlarda değerlendirildi. Periferik kandan FIP1L1-PDGFR gen füzyonu tarandı ve negatif saptandı. Romatolojik hastalıklar açısından sorgusunda özellik saptanmadı. ANA, c-ANCA, p-ANCA, RF tetkikleri negatif saptandı. Kemik iliği biyopsisinde, her seride fokal hiperplazik kolonizasyon, eozinofil granülositik seride artış, peri-paratrabeküler ve intertrabeküler nodüler lenfoid infiltrasyon alanları gösteren normosellüler kemik iliği olarak raporlandı. Malignite araştırmak amacı ile çekilen PET-BT' de ise bilateral aksiller, mediastinal, intraabdominal, bilateral inguinal çok sayıda hipermetabolik lenf nodu ve bilateral testislerde yoğun hipermetabolizma alanları (erken SUVmax 10.8, geç SUVmax 17.2) görüldü. Uygulanan Skrotal Doppler USG' de özellikle inferiorda yaygın in-

filtrasyon görüldü. Hasta Üroloji bölümü ile beraber değerlendirilerek genel anestezi altında tanısal unilateral orşiektomi planlandı. Orşiektomi materyalinin patolojik incelemesi sonucunda yaygın emperipolesis gösteren, CD68 VE S100 pozitif, dens histiositik infiltrasyon, Rosai-Dorfman hastalığı şeklinde raporlandı.

Tartışma: Rosai-Dorfman hastalığı ilk olarak 1965 yılında Fransız patolog Paul Destombes tarafından tanımlanmıştır. Özellikle çocuklar ve genç erişkinlerde görülen bir hastalıktır. Etiyolojisi net olarak ortaya konulamamıştır. Emperipolesis gösteren, immunohistokimyasal olarak S100 ve CD68 pozitif histiositlerin gösterilmesi ile tanı koyulur. Özellikle erkeklerde daha fazla görülmektedir. En sık prezente olma şekli bilateral, masif ve ağrısız lenfadenopatidir. En sık ektranodal tutulum gösteren bölgeler deri, yumuşak doku, üst solunum yolları, kemik dokular, merkezi sinir sistemi, genitoüriner sistem, gastrointestinal sistem, karaciğer, dalak, ve kardiyak dokulardır. Genellikle kendini sınırlayan bir hastalık olmakla beraber tedavisinde kortikosteroidler, kriyoterapi, radyoterapi, yüksek doz talidomid ve alkilleyici ajanlar kullanılabilir.

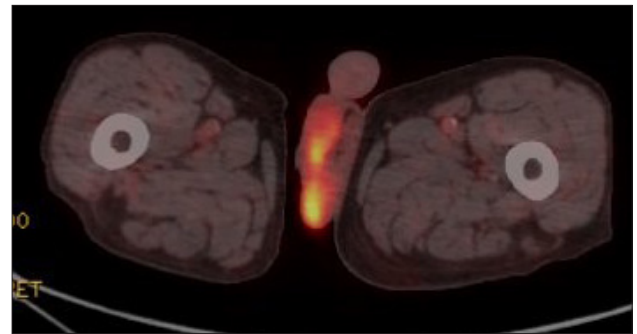
Anahtar kelimeler: Histiositoz, Rosai-Dorfman, Testis

PET-BT-1



Testis tutulumu Koronal Kesit

PET-BT-2



Testis tutulumu Aksiyel Kesit

İLERLEYEN YAŞ, KRONİK İNFLAMATUAR HASTALIK VE AMİLOİDOZ BULMACASINDA ÇÖZÜM YOLLARI

Aylin Çoşkun¹, Murat Bektaş², Ahmet Burak Dirim³, Mustafa Altınkaynak¹, Bülent Saka¹, Mehmet Akif Karan¹, Sebile Nilgün Erten¹, Sevgi Kalayoglu Beşışık⁴

¹Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilimdalı, İstanbul
²Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilimdalı, Romatoloji Bilimdalı, İstanbul
³Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilimdalı, Nefroloji Bilimdalı, İstanbul
⁴Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilimdalı, Hematoloji Bilimdalı, İstanbul

Giriş: Amiloid çözünmez protein fibrili olup başlıca hücre dışı alanda birikerek amiloidoz kliniğini oluşturur. Birçok protein gizlenmiş amiloidoide eğilim aminoasit dizisi içerir. Hatalı protein katlanması veya hatalı kesiliş bu dizinin ortaya çıkmasına neden olur. AA amiloidozda inflamasyon seyrinde başta interlökin-6 olmak üzere aşırı sitokin varlığıyla karaciğerden fazla serum amiloidA proteini (SAA) salınması, süregelen yüksek SAA, AL amiloidozda klonal plazma hücrelerince salınan fazla miktarda hafif zincir, yaşla birlikte gelişen mutasyonsuz transthyretin (TTR) amiloidozda ise TTR amiloidi birikir. Tüm amiloid tipleri yaşla birlikte artar.

Olgu: 78 yaşında kadın. Halsizlik ve kilo kaybı ile başvurdu. Solukluk, yaygın ödem ve bilateral el-ayak bileği ve küçük eklemlerinde deformiteleri vardı. Romatoid artrit tanısıyla 55 yıldır metotreksat ve prednizolon tedavisi altında olduğu öğrenildi. Pansitopeni, böbrek yetersizliği, proteinüri ve akut faz reaksiyonu (Tablo1) mevcuttu. Periferik yaymada rulo oluşumu, hipokromi ve mikrositoz saptandı. Sitopeni öncelikle ilaç ilişkili düşünülüp sonlandırıldı. Folik asit başlandı. Romatolojik hastalığı bilek ve distal interfalengeal eklemlerde ankiloz (Resim 1) olması, RF ve anti-CCP'nin negatif olması nedeniyle erişkin Still hastalığı kronik artiküler formu olarak değerlendirildi. Yaşı ve kronik inflamatuvar süreciyle ilişkili amiloidoz taramasında konsantrik sol ventriküler hipertrofisi ve interventriküler septum artışı ile kardiyak amiloidoz düşünülen hastada pro-bnp yüksek bulundu. Serum immunifikasyon elektroforezinde IgA lambda saptandı. Hastada kronik inflamatuvar hastalık eşliğinde AA amiloidoz, yaş ilişkili TTR amiloidoz ve AL amiloidoz ön tanısı ile araştırma başlatıldı. Cilt altı yağ aspirasyonu kaşektik olması nedeniyle elde edilemedi. Kemik iliğinde %7-8 lambda plazma hücre artışı ve amiloid A tipi boyanma özelliği gözlemlendi. Bu süreç içinde hastanın hızla sitopenisi (Tablo1) düzeldi. Hastanın tedavisine antiproteinürik ramipril, nefrotik sendrom tromboz profilaksisi için heparin eklendi. Tocilizumab, kolşisin ve Prednizolon erişkin Still Hastalığı idame tedavisi için başlandı.

Tartışma: Amiloidozlar arasında kesin ayırım zordur. Lokalize ve sistemik dahil yaş arttıkça her tip amiloidoz görülme sıklığı artar. Mutasyonsuz TTR amiloidozda technetium-99m kemik sintigrafisinde tutulum tanıya yönlendiricidir. Hastada AA ve AL amiloidoz birlikte bulunabilir.

Anahtar kelimeler: Amiloidoz, AA amiloidoz, AL amiloidoz, Erişkin Still hastalığı, TTR amiloidoz



Resim 1. Kronik inflamatuvar artrit ilişkili deformite

Tablo 1. İlaç toksisitesi ile uyumlu olarak, metotreksat kesilerek folik asit replasmanı başlanmasıyla pansitopeni hızla düzeldi.

	Başvuru anı	1. hafta	2. hafta
wbc (10 ³ /µl)	2700	9300	12700
neut (10 ³ /µl)	700	5200	9600
Hgb (g/dl)	8,3	10	9,8
Plt (10 ³ /µl)	61.000	1.470.000	842.000
Cre (mg/dl)	1,3	2	1,5
Total protein (g/dl)	4,9	4,6	5,8
Albumin (g/dl)	1,8	2,3	2,7
CRP (mg/l)	37	14	4
ESH (mm/h)	110		
Pro-BNP (pg/ml)	10.500	10.800	
Proteinüri (g/gün)	12	9	

MULTİPL TROMBOZ İLE PREZENTE OLAN TÜBERKÜLOZ OLGUSU

Murat Günealtı¹, Murad Guliyev², Bakhish Aghazada²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği
²Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş: Tüberküloz (TBC) ülkemizde halen önemli bir halk sağlığı sorunu olup farklı şekillerde prezente olabilmektedir. Venöz tromboembolizm TBC'nin nadir bir komplikasyonu olup akla getirilmediğinde tanıda gecikmelere yol açıp, ciddi morbiditelere neden olabilir.¹

Olgu: 37 yaşında erkek, halsizlik, bel ağrısı, bacakta şişlik ve ağrı şikayetleriyle dahiliye polikliniğine başvurdu. Hastanın daha önce dış merkezlere başvuru ve çeşitli antibiyotik kullanım öyküsü mevcuttu. Mesleği öğretmen, tekstil fabrikasında da çalışmış. Kronik hastalık, düzenli ilaç kullanımı yok. 10 yıl önce dış merkezde verem şüphesi nedeniyle 1-2 ay tedavi aldığını ancak tedaviye devam edilmediğini belirtiyor. Ailede öyküsünde özellik yok. Fizik muayenesinde sağ lomber bölgede skar, üzeri kurutlu lezyon ve cilt altında şişlik, ayrıca sağ alt ekstremitede şişlik ve hafif ısı artışı saptandı. Homans pozitif.

Tetkiklerinde sedimentasyon 102 mm, CRP: 84 mg/L, üre 70 mg/dL, kreatinin 1.45 mg/dL, rose bengal negatif saptandı. Viral serolojisinde özellik saptanmadı. Tekrarlayan antibiyotik kullanımlarına rağmen sebat eden akut faz yüksekliği nedeniyle yapılan ileri görüntülemelerinde Toraks BT'de bilateral hiler alanlarda 1cm'e varan lenf nodları ve bilateral akciğerde büyüğü 1cm kalsifik lenf nodları; Batın BT'de Karaciğerde milimetrik boyutlu multipl kalsifikasyonlar, sağ renal venin VCI'a açılma düzeyinde 5.5*4 cm boyutlarında sınırları net ayırt edilemeyen kitlesel lezyon izlendi. Sağ renal ven tromboze görünümde olup buna sekonder yaygın kollateraller saptandı. Lomber MR'da vertebra korpuslarında metastaz şüpheli lezyonlar izlendi. Alt ekstremitte doppler USG'de CFV ve eksternal iliak vende tromboz, popliteal ven lümeninde parsiyel obstrüksiyon oluşturan trombüs izlendi.

Malignite, TBC, IGG4 ilişkili hastalık, Trombofili, Behçet hastalığı ön tanıları ile servise yatırıldı. Behçet hastalığı açısından sistem sorgusunda bir özellik saptanmadı. Paterji negatif saptandı. PPD 12mm saptandı. Renal bölgedeki kitlesinden İİAB yapıldı. USG'de sağ lomber bölgede 4*3 cm yoğun içerikli koleksiyon izlendi. Abse drenajı denendi ancak yoğun içerik nedeniyle yapılamadı. Tru-cut biyopsi alındı.

PET-CT'de her iki akciğerde multipl nodüller milier TBC sekeli olarak değerlendirildi. Sağ sürrenal bölgede sınırları net olarak ayırt edilemeyen lezyon ilk planda aktif tüberküloz lehine değerlendirildi. Vertebralardaki lezyonlarda tüberküloz ilişkili düşünüldü.

İİAB patoloji sonucunda preparatlarda kazeifikasyon nekrozu saptandı. Kültür ve tru-cut biyopsi henüz sonuçlanmadı. İlaç etkileşimi nedeniyle trombozlara yönelik düşük molekül ağırlıklı heparin ile devam edilmesi planlandı. 4'lü anti-tbc tedavi başlanan hasta poliklinik kontrolüne çağırılarak taburcu edildi.

Tartışma: TBC'nin inflamasyon zemininde hiperkoagülabileteye yol açtığı ve tromboz gelişimi ile ilişkili olduğu literatürde bildirilmektedir.² Tromboz özellikle de tedavinin ilk haftalarında görülmektedir.³ TBC hastalarının trombozla prezentasyonu daha nadir olup, hekimin bu ilişkinin farkında olması tanıdan erken şüphelenmesini ve bu sayede ciddi morbidite ve mortalitenin önüne geçmesini sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Tüberküloz, Tromboz, Hiperkoagülabilete, İnflamasyon

Genel Dahiliye

PP-25

Abstract:0117

ERİŞKİN MULTİSİSTEMİK İNFLAMATUAR YANIT SENDROMU İLE PREZENTE OLGU SUNUMU

Ahmet Demirel¹, Timur Selçuk Akpınar, Bahar Tekin Çetin, Kardelen Cemhan

Koç Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Çocuk-Multisistemik İnflamatuvar Yanıt Sendromu(MIS-C) COVID-19 geçirdikten yaklaşık 2-4 hafta sonra çocuklarda ve adolesanlarda görüldüğü rapor edilen; şok, kardiyak tutulum, şiddetli gastrointestinal semptomlar, akut faz belirtilerinde yükselişin eşlik ettiği ciddi bir klinik tablodur. Erişkin-Multisistemik İnflamatuvar Yanıt Sendromu(MIS-A) ise benzer şekilde 21-yaş üstü erişkinlerde Covid-19 geçirdikten sonraki 12 hafta içinde akciğer dışı organ tutulumlarıyla, şok, ateş, göğüs ağrısı, karın ağrısı, ishal ve akut faz belirtilerinde yükselmenin gözlenebildiği klinik tabloyu tanımlamaktadır.

Olgu Sunumu: Bilinen sistemik hastalığı olmayan 35 yaşındaki erkek hasta hafif semptomlarla geçirdiği Covid-19 hastalığından 4 hafta sonra başlayan ateş, bulantı, karın ağrısı, ishal şikayeti

ile başvurduğu dış merkezde başlanan Siprofloksasin, Metronidazol antibiyoterapisine yanıt alınmaması üzerine ateş, ishal, karın ağrısı şikayetiyle başvurdu. İnce bağırsak tipi ishali mevcuttu. Kolik tarzda sağ alt kadranda yoğunlaşan ağrı ifade etmekteydi. Ateşi 38,1C, kan basıncı 153/84mmHg, nabız:107 dk/ritmik olan hastada Covid-PCR negatif, CRP:243,1mg/L saptandı. Batın bilgisayarlı tomografide(BT) terminal ileum, çekum ve çıkan kolonda duvar kalınlaşmaları saptandı ve crohn hastalığı ve tüberküloz ile uyumlu olabileceği yönünde raporlandı. Dışkı mikroskopisi ve kültürü, gaitada C.difficile antijen negatifti. Akut faz artışı devam eden; dispne ve desatürasyon gözlenen hastaya Toraks-BT Anjiyografi ve Transtorasik Ekokardiyografi çekilerek pulmoner emboli ekarte edildi, ancak perikardiyal efüzyon, plevral efüzyon gözlenmedi. Mediastinal kitle, lenfadenomegali saptanmadı. Genel durumu bozulan laboratuvar sonuçlarında CRP:424,8mg/L PCT:63,05ng/mL WBC:30,31K/uL Ferritin:2531ng/mL IL-6:18,5pg/mL D-Dimer:18890ug/L Pro-BNP:8127ng/L yükseklik tespit edilen; Covid-PCR(-), 2019-nCoV IgG(+) hastaya sistemik inflamatuvar yanıt sendromu etyolojisi açısından bakılan c-ANCA,p-ANCA,ANA negatif saptandı. Periferik yaymasında özellik görülmedi. Tomografi görüntülemelerinde lenfoproliferatif hastalık lehine bulgu görülmedi. Gastroskopi ve kolonoskopisinde patoloji saptanmadı. Enfeksiyöz patolojiler, malign süreçler, romatizmal hastalıklar, inflamatuvar bağırsak hastalıkları açısından klinik ve biyosimik bulgu saptanamayan hastaya MIS-A ön tanısı ile ilk olarak Metilprednisolon 60mg/gün verildi karın ağrısında gerileme gözlendi. Ardından 3 gün boyunca Metilprednisolon 1000mg/gün olarak intravenöz verildikten sonra 60mg/gün olarak sürdürüldü. Pulse steroid sonrası tedavisine İntravenöz İmmünglobulin (IVIG) eklendi. Hastanın akut fazları regrese oldu. Kliniğinde belirgin düzelme gözlendi. Takiplerinde halüsinasyonlar gözlenmesi üzerine yapılan kranial MR'da patoloji saptanmadı. Lomber ponksiyon ile beyin omurilik sıvısı örnekleme yapıldı; patoloji saptanmadı. Yatışının 14.gününde ateşi, karın ağrısı, ishali gerileyen; akut faz belirtileri düşen hasta Metilprednisolon 48mg/gün ile taburcu edildi.

Tartışma: Covid-19 enfeksiyonu sonrasında gelişen sistemik inflamatuvar yanıt sendromuna benzer bu tablonun fizyopatolojik süreçleri maalesef henüz açıklanabilmiş değil. Klinisyenlerin bu tür klinik antitelerde malign süreçleri, enfeksiyöz ve romatizmal hastalıkları hızlıca dışlayarak, Covid-19 enfeksiyonu geçirmiş hastalarda MIS-A tanısını akılda tutarak tedavi sürecine hızlıca başlamaları elzemdir. Bu tedavi bileşenlerinin nasıl kullanılacağı hangi hasta grubunda ne dozda verileceği yapılacak olan prospektif klinik çalışmalarla ortaya konacaktır.

Anahtar kelimeler: Covid-19, İnflamatuvar yanıt sendromu, MIS-A, MIS-C, İntravenöz İmmünglobulin

Nefroloji

PP-26

Abstract:0118

PEMBROLİZUMAB İLİŞKİLİ AKUT TUBULOİTERSTİSYEL NEFRİT

Emine Ayça Nalbantoğlu¹, Didem Tunalı², Tuncay Dağel³

¹Koç Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Koç Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

³Koç Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Onkoloji alanında immün checkpoint inhibitörleri olarak bilinen ilaçların kullanımı ve etkileri giderek daha fazla anlaşılmaktadır. Kontrol noktası inhibisyonundaki hedefler, programlanmış hücre ölümü-1 (PD-1) reseptörü, PD-1 ligandı (PD-L1) ve sitotoksik T-lenfosit ile ilişkili antijen 4'tür (CTLA-4). Nivolumab,

Pembrolizumab ve Cemiplimab, PD-1 reseptör monoklonal antikorlardır. Avelumab, Durvalumab ve Atezolizumab, PD-L1'e karşı monoklonal antikorlardır. Ipilimumab ve Tremelimumab, CTLA-4 reseptör monoklonal antikorlardır. Bugün, bu immün checkpoint inhibitörleri (ICPI), FDA tarafından metastatik melanom, akciğer kanseri, baş ve boyun kanserleri, renal hücreli karsinom ve Hodgkin lenfoma bu nedenle klinik uygulamamızda geniş bir kullanım alanına sahiptir. İmmüniteyle ilgili yan etkiler genellikle solunum sistemi (pnömoni), gastrointestinal sistem (otoimmün hepatit, mukozit) ve endokrin sistemlerde (tiroidit) görülür. Akut böbrek hasarı son derece nadir bir yan etkidir ve bu yan etki, immün checkpoint inhibitörlerinin monoterapisiyle % 1-2 ve kombine immün checkpoint inhibitörleri tedavisinde % 3-4'ünde görülür.

Vaka: 47 yaşında, kronik hastalığı olmayan erkek hasta, nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile polikliniğine başvurdu. Toraks BT çekildi, pulmoner metastazlar saptandı. Evreleme için PET-BT çekildi. Her iki akciğerde ve çevresinde yoğun hipermetabolik konsolidasyon alanları, mediastinal-abdominal multipl lenf nodları ve sağ böbrek üst polde SUVmax12.6 oluşum saptandı. Nisan 2020'de sağ omzundaki bu deri altı yağ dokusu metastazının biyopsisi ile renal hücreli karsinom teşhisi kondu. 27 Nisan'da hastaya 3 haftada bir Pembrolizumab 200 mg IV ve Axitinib günde 2x5 mg tablet kombinasyonu başlandı. Hastanın bazal kreatinin değeri 0,8-1,1 mg/dL idi. Hasta üçüncü kür için başvurduğunda hastanın kreatinin düzeyi 2,16 mg/dL olarak bulundu. Akut böbrek hasarına neden olacak bir sebep bulunamadı.

Pembrolizumab ile ilişkili akut böbrek hasarı, akut böbrek yetmezliğinin ayırıcı tanılarından biriydi, bu nedenle bir böbrek biyopsisi planlandı (ICPI tedavisinin sekseninci gününde). Biyopsi sonucu, "akut tübüler dejenerasyon / rejenerasyona eşlik eden akut tübülointerstisyel nefrit, glomerüllerde mezanjiyal IgA dominant immün kompleks birikimi" Bunun üzerine Pembrolizumab tedavisi kesilerek hastaya 32 mg metilprednizolon tablet tedavisi başlandı. Metilprednizolon tedavisinin devam şeması her sıklıkla öncesi 3 gün 32 mg, 2 gün 16 mg ve 2 gün 8 mg olarak planlandı. Ağustos ve Ekim ayları arasında 3 döngü daha Pembrolizumab tedavisi aldı. Kreatinin değerleri 1,32-1,35 mg/dL arasında seyir gösterdi.

Tartışma: Pembrolizumab ile ilişkili böbrek hasarı sırasıyla %41,6 akut böbrek hasarı, %30 akut interstisyel nefrit ve %16,6 minimal değişiklik hastalığı. AKI gelişimi için medyan süre 3 ay. AKI oranı, ICPI kullanımından sonra görülme sıklığı %4,9(ipilimumab %2,0, nivolumab %1,9 ve pembrolizumab %1,4)

Sonuç: Solid organ malignitelerinin tedavisinde ICPI kullanımı artmaktadır. Bu nedenle, ICPI'ye bağlı böbrek hasarının erken şüphesi, teşhisi ve tedavisi son derece önemlidir.

Anahtar kelimeler: akut interstisyel nefrit, pembrolizumab, renal hücreli Karsinom

KARIN AĞRISI İLE PREZENTE OLAN EKSTRAPULMONER TÜBERKÜLOZ

Seyda Bilgin, Merve Korkmaz Yılmaz, Rabia Hacer Hocaoglu

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Ekstrapulmoner tüberküloz, pulmoner tüberküloza göre daha nadir görülmektedir. Hastalığın ortaya çıkışı ve klinik seyri birçok hastalığı taklit edebilmektedir. Tutulum yerine göre tanıdaki zorluklar nedeniyle tedavi gecikebilmektedir.

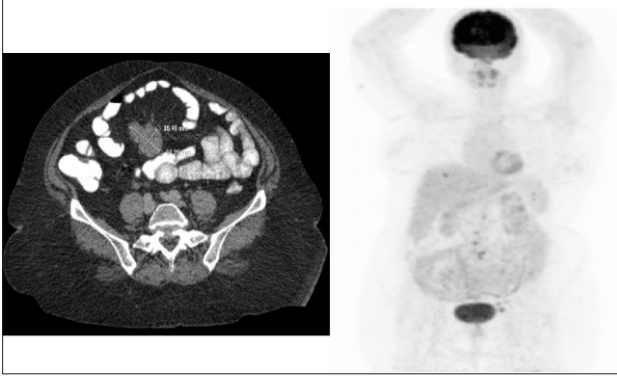
Akciğer dışı tüberküloz sıklığı son yıllarda giderek artmaktadır. Özellikle immün süpresyon yaratan böbrek yetmezliği, diyabetes mellitus, siroz, bağ dokusu hastalıkları gibi kronik hastalıklar, HIV başta olmak üzere enfeksiyon hastalıkları, steroid ve anti-tümör nekrozis faktör kullanımı, malignite, periton diyalizi, alkolizm tüberküloz için önemli risk faktörleridir. Bizim olgularımızda olduğu gibi risk faktörü olmadan da ortaya çıkabileceğinden ayırıcı tanıda mutlaka akla gelmelidir.

En sık ekstrapulmoner tutulum lenf bezi tutulumudur. Periton tüberkülozu; nadir bir tutulum olmakla birlikte zor tanı alması nedeniyle önemli bir mortalite ve morbidite sebebidir. Hastaneye başvuru şekli karında şişlik, rahatsızlık hissi, ağrı gibi non-spesifik yakınmalar ile olabilir. Tanıda biyopsi önemini korumaktadır. Histolojik olarak kazeifiye granülomların görülmesi patognomiktir. Biz de burada karın ağrısı etiyolojisi araştırılırken tüberküloz tanısı konulan bir olguyu sunmaktayız.

Olgu: 48 yaşında kadın hasta, acil servise karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Ek komorbid hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü yoktu. Fizik muayenede; batında hassasiyet, rebound ve defans saptanmadı. Çekilen batın tomografisinde (BT); periportal, mezenterik yağlı planlarda, paraaortakaval bölgede olmak üzere batın içi yaygın multiple lenfadenomegali (LAP) ve umblikus hizasında 5 cm boyutlu kitlesel lezyon izlendi (Resim 1). Malignite ve vaskülit dışlamak amacıyla çekilen PET/CT' de batın içinde multiple, ılımlı FGD tutulumu olan LAP' lar görüldü. Genel Cerrahi tarafından ekzisyonel LAP biyopsisi alınan hastanın patolojisi; nekrotizan granümatöz lenfadenit ile uyumlu geldi. İleri tetkik nedeniyle tarafımıza yönlendirilen hasta granümatöz hastalıklar açısından araştırıldı. Hastanın laboratuvar tetkikleri Tablo 1' de özetlenmiştir. Ayırıcı tanıda bulunan inflamatuvar barsak hastalığı yapılan gastroskopi ve kolonoskopi ile ekarte edildi. Normal ACE düzeyi, normal Toraks BT bulgusu, göz ve cilt tutulumu olmaması ile sarkoidoz tanısı dışlandı. Romatolojik hastalık sorgusunda özellik bulunmayan hastada bağdokusu patolojisi düşünülmeydi. Hastadan tüberküloz ön tanısıyla sırasıyla yapılan Quantiferon ve PPD testlerinin sonucu pozitif geldi. Bütün bu veriler ışığında hastaya ekstrapulmoner tüberküloz tanısı konularak 4'lü tüberküloz tedavisi başlandı.

Sonuç: Ülkemizde tüberkülozun sık görülen bir multisistemik hastalık olduğu, her türlü semptom ile kendini gösterebileceği akılda tutulmalı, açıklanamayan intestinal veya abdominal bir patoloji varlığında tüberküloz düşünülmelidir. Klinik uyumlu ise PCR negatif olsa dahi destekleyici testler yapılmalı, uygun dokulardan biyopsi alınmalı, yeterli kanıt varsa anti-tüberküloz tedavi başlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Tüberküloz peritoniti, ekstrapulmoner tüberküloz, tüberküloz



Resim 1. Batın BT ve PET/CT'de batın içi yaygın LAP

Tablo 1. Hastanın laboratuvar değerleri			
Üre/Kreatinin	25 / 0.6 mg/dl	CMV Ig G / EBV Ig G	Pozitif
AST / ALT	20 / 21 u/l	CMV Ig M / EBV Ig M	Negatif
CRP	6.4 mg/l	ALP / GGT	78 / 42 u/l
Sedimentasyon	11 mm/h	T.Bil / D. Bil	0.35 / 0.23 u/l
B2-Mikroglobulin	2.35 mg/l	ASMA	Negatif
Serum ACE Düzeyi	30 u/l	AMA	Negatif
Hgb / Hct	12.7 / 41.7	RF	Negatif
Amilaz	40 u/l	Anti CCP	Negatif
CA 15-3 / 19-9 / 125	22.5 / 9.01 / 82.5 u/ml	Anti SM	Negatif
C3 / C4	Normal	Anti SM / RNP	Negatif
IG A / G / M / E	Normal	Anti SS-A / B	Negatif
Protein Elektroforezi	Normal	Anti ds-DNA	Negatif
IG G Subtipleri	Normal	Anti SCL-70	Negatif
PR3 / MPO -ANCA:	Negatif	Anti JO1	Negatif
ANA	Negatif	Quantiferon	Pozitif
Otoinflamatuvar Gen Paneli	Negatif	PPD Testi (48. Saat)	23x35 mm

Genel Dahiliye

PP-28

Abstract:0012

PASSİFLORA'YA BAĞLI KARACİĞER HASARI: BİR OLGU SUNUMU

Gizem Pınar Şirin, Ece Çiftçi Öztürk, Hikmet Feyizoğlu

S.B.Ü Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: İlaça bağlı karaciğer hasarı; ilacı kullanan bireylerin az bir kısmında gelişen ve sıklıkla ani başlangıçlı karaciğer hasarıdır. Günümüzde yaşanan en büyük problemlerden biri de bitkisel ürünlerin ve tamamlayıcı veya alternatif tip ürünlerinin tüketimi nedeni ile gelişen karaciğer hasarıdır. Kadınlarda ve erişkinlerde daha sık görülmektedir. Olguların beşte birinin hastaneye yatışı gerekmektedir. Bu olguda bulantı ve kusma şikayetiyle başvuran 81 yaşında kadın hastada bitkisel ilaç kullanım öyküsüne bağlı gelişen karaciğer hasarından bahsedilmiştir.

Olgu Sunumu: Bilinen koroner arter hastalığı, hipertansiyon, diyabetes mellitus, kalp yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği, hiperlipidemi, serebrovasküler olay tanıları olan 81 yaşında kadın hasta

hastanemiz acil servisine aralık 2020'de bulantı, kusma, karın ağrısı ile başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde: AST:2028, ALT:1030, LDH:1770, TOTAL.BİL:1,9 DİREKT.BİL:1,25, GGT:406, ALP:434, INR: 1,0, FİBRİNOJEN:411, D-DİMER:5,9 ÜRE:53 KREATİN:1,36, TROP:0,015, CK:88, AMİLAZ LİPAZ NORMAL. EKG: normal sinüs ritmi. Batın tomografisinde ve ultrasonda karaciğer parankim ekojenitesi grade I steatoz ile uyumlu; karaciğerde lezyon izlenmedi. İntrahepatik safra yolları ve vasküler yapılar normal genişlikte; safra kesesi lokalizasyonu, boyutları ve duvar kalınlığı tabii, lümeninde milimetrik boyutlarda birkaç adet kalkül izlendi. Koledok ve vena porta, pankreas, dalak patolojisi görülmüdü. Batın içi serbest sıvı saptanmamıştır. Hasta akut kolesistit ekartasyonu için genel cerrahiye konsulte edildi. Akut kolesistit düşünülmedi. Hasta toksik hepatit ile dahiliye servisine interne edildi. Hastanın ekim 2020 tarihli tetkiklerinde AST:96,ALT:44,-GGT:126,ALP:478,LDH:278 saptanmış. Ensefalopati, koagulopati,sarıklık ve asit bulgusu yok. Anamnezde ilaçlarının yıllardır kullandığı ve her zamanki dozunda aldığı öğrenildi. Hastanın son bir haftada yakının aldığı passiflora incarnata ekstresinin etken madde olduğu Passiflora adlı ilaçtan uykusuzluk şikayetiyle kullandığı öğrenildi. Ekartasyon açısından hepatobiliyer ultrason, portal venöz doppler otoimmün hepatit için antikor testleri, viral hepatit paneli, demir paneli, seruloplazmin istendi. Tetkikleri normal sınırlarda. Alkol, madde ve mantar öyküsü yok. İskemik hepatit açısından kardiyoolojiye danışıldı,iskemi düşünülmedi. Batın Manyetik rezonans görüntüleme(MR) ve MR kolanjiografi çekilen hastada Karaciğer intensitesi out of phase sekansda hepatosteatoz ile uyumlu olarak azalmıştır. Safra kesesi lümeninde milimetrik multipl kalkül izlenmektedir. Hastada passiflora incarnata ekstresine bağlı karaciğer hasarı düşünüldü. Hastanın aldığı bitkisel ilaç kesildi. Hastanın enzimleri normal sınırlara geriledi. Şikayetleri geçti. Hasta önerilerle eksterne edildi.

Sonuç: Karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik ile başvuran hastamızda akut karaciğer hasarı etiyolojisine yönelik araştırma yapılmıştır. Hastadan alınan detaylı anamnez ile hastanın bitkisel ilaç kullanımı ortaya çıkmıştır. Klinik ve biyokimyasal parametreler dikkate alındığında hepatik hasarın spesifik ilaç kullanımına bağlı olduğu saptandı.Açıklanamayan karaciğer hasarından mutlaka bitkisel ilaç kullanım öyküsü sorgulanmalı ve etiyolojide aklımızda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: passiflora,bitkisel ilaca bağlı karaciğer hasarı,toksik hepatit

Gastroenteroloji

PP-29

Abstract:0016

GEBELİK KAYIPLARIYLA PREZENTE OLAN PROTEİN KAYBETTİREN ENTEROPATİ: ÇÖLYAK HASTALIĞI?

Seyda Bilgin, Rabia Hacer Hocaoglu, Merve Korkmaz Yılmaz

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

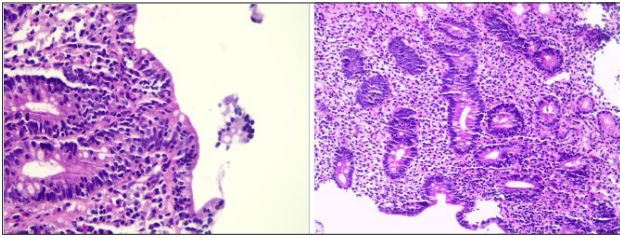
Giriş: Çölyak hastalığı (gluten enteropatisi), ince bağırsaklardaki absorbtif alanın azalmasına bağlı oluşan bir malabsorbsiyon sendromudur. Çölyak hastalığında başlıca problem bir protein olan glutene karşı artmış hassasiyettir. Gluten; buğday ve benzeri tahılların (yulaf, arpa, çavdar) gliadin içeren komponentidir. Hastalığın ilk belirtilerinin reproduktif sistemi ilgilendiren semptomlarla ortaya çıkabileceği de unutulmamalıdır. Tanısı konulmamış olgularda hastalık kendini amenore, erken menopoz ve vajinal kanama ile gösterebilir. Spontan abortuslar, intrauterin gelişme geriliği (İUGG), pre-eklamps gibi sorunlar normal popülasyona göre daha sıklıkla izlenmektedir.

Bu yazımızda, tekrarlayan 3 gebelik kaybı olan, asit, hipoalbuminemi, yaygın ödem, karaciğer enzim (KCFT) ve kolestatik enzim yüksekliği ile prezente olan protein kaybettiren enteropati kliniğinde Çölyak tanısı konulan gebe hasta sunulmuştur.

Olgu: 26 yaşında 13 haftalık gebe olan kadın hasta, acil servise bacaklarda şişlik, karın ağrısı şikayetleriyle başvurdu. Yapılan tetkikleri Tablo 1 de özetlenmiştir. Hastanın ek komorbid hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü bulunmamaktadır. Hastanın alt ekstremitelerinde venöz ve arteriyel renkli doppler ultrasonografisinde (USG) tromboz ve venöz yetmezlik saptanmadı. Tekrarlayan gebelik kayıpları nedeniyle hasta antifosfolipid sendrom (AFAS) başta olmak üzere romatolojik hastalıklar açısından tetkik edildi. Karaciğer enzim yüksekliği olan hastadan gönderilen viral hepatit serolojisi negatif sonuçlandı. Vital bulguları stabil olup, normotansifti. Hipoalbuminemi açısından tetkik edilen hastada spot idrarda proteinüri, hematüri ve aktif sediment bulgusu görülmedi, protein kaybettiren nefropati, tübülöpati ekarte edildi. Hasta protein kaybettiren enteropati ve malabsorbsiyon sendromları açısından ileri tetkik edildi. Etiyolojide sağ kalp yetmezliğini dışlamak için yapılan ekokardiyogramda (EKO) minimal perikardiyel efüzyon dışında patoloji saptanmadı. Kolonoskopik incelemede patoloji gözlenmedi. Gastroskopisinde yaygın duodenit, bulbus ve duodenum ikinci kısmında belirgin mukozal ödem, eritem ve yüzeysel erozyon izlendi (Resim 1). Bu bulgular Çölyak hastalığı açısından anlamlı bulundu. Çölyak otoantikörleri pozitif bulundu. Takiplerinde kalp atımı olmayan fetüs, medikal abort ile alındı. Morfolojik incelemede nöral tüp defekti saptandı. Hastaya tanı sonrası Çölyak diyeti başlandı, klinik ve laboratuvar remisyon görülen hastanın poliklinik takiplerine devam edildi.

Sonuç: Çölyak hastalığı; başta gastrointestinal sistem olmak üzere birçok sistemde bozukluk yaratmakta, infertilite ve gebelik komplikasyonlarına yol açmaktadır. Tekrarlayan abortus ve İUGG sıklığının normal popülasyona göre daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bu sebepten dolayı nadir bir hastalık olmasına karşın otoimmünitenin tetikleneceği gebe hastalarda akla gelmesi gereken bir durumdur.

Anahtar kelimeler: çölyak hastalığı, tekrarlayan abortus, protein kaybettiren enteropati, malabsorbsiyon, gebelik



Resim 1. Duodenit; villöz atrofi ve yaygın intraepitelyal lenfosit infiltrasyonu

Tablo 1. Hastanın başvuru anındaki laboratuvar değerleri

Hb (g/dl)	8.9	B12 vitamin (pg/ml)	130 (Düşük)
MCV (fL)	86.3	Folik asit (ng/ml)	1.96 (Düşük)
RDW (%)	24.1	25 OH-Dvit (ng/ml)	4 (Düşük)
WBC (109/l)	4.2	Demir (µg/dl)	20 (Düşük)
PLT (109/l)	205	Total Demir Bağlama (µg/dl)	250
Neut (109/l)	2.4	Ferritin (ng/ml)	8 (Düşük)
Üre (mg/dl)	4.5	HDL (mg/dl)	9 (Düşük)
Kreatinin (mg/dl)	0.3	LDL (mg/dl)	20 (Düşük)
Ürik asit (mg/dl)	3.8	Total Kolesterol (mg/dl)	52 (Düşük)
LDH (U/l)	599 (Yüksek)	Trigliserid (mg/dl)	116 (Normal)
AST/ALT (U/l)	204/85 (Yüksek)	ANA/ASMA/AMA/Anti LKM	Negatif
ALP/SGT (U/l)	187/158 (Yüksek)	İndirekt Coombs / Direkt Coombs	Negatif
Total Bilirubin (mg/dl)	1.42 (Yüksek)	CRP (mg/l)	2.3 (Normal)
Direkt Bilirubin (mg/dl)	0.42	Sedimentasyon (mm/h)	5 (Normal)
Na/K (mmol/l)	137/2.8	Fosfor (mg/dl)	2.58 (Normal)
Ca (mg/dl)	5.7	Amilaz/İlipaz (U/l)	22/18
Albumin/Total Protein (g/l)	1.3/3.1 (Düşük)	TSH / sT3/ sT4	1.79 / 2.08 / 0.98
IgA / Ig M / Ig G (g/l)	2.68 / 0.76 / 11.71 (Normal)	Anti TPO/TG	Negatif
Anti kardiyolipin IgG (GPL/ml)	Negatif	Hbs Ag	Negatif
Anti kardiyolipin IgM (MPL/ml)	Negatif	Anti Hbs	Pozitif (147)
Anti B-2 Glikoprotein IgG (IU/ml)	Negatif	Hbe Ag	Negatif
Anti B-2 Glikoprotein IgM (IU/ml)	Negatif	Anti Hbe	Negatif
Lupus Antikoagulan (sn)	34.8 (Normal)	Anti HCV	Negatif
C3/C4 (g/l)	0.13/0.9 (Normal)	Anti HAV Ig M	Negatif
Anti Endomisyum Ig A (U/ml)	Pozitif (74.9)	Anti HAV Total	Pozitif
Anti Endomisyum Ig G (U/ml)	Negatif	Anti HIV	Negatif
Doku Transglutaminaz Ig A (U/ml)	Pozitif (184.4)	Spot idrar protein (mg/l)	98 (Normal)
Doku Transglutaminaz Ig G (U/ml)	Negatif	Spot idrar kreatinin (mg/dl)	32.1 (Normal)
Anti Gliadin Ig A (U/ml)	Pozitif (170.5)	Spot idrar albumin	1.4 (Normal)
Anti Gliadin Ig G (U/ml)	Pozitif (225.9)	Albumin/Kreatinin (mg/g)	4 (Normal)

Genel Dahiliye

PP-30

Abstract:0017

LİTYUM İNTOKSİKASYONU SONUCU GELİŞEN ARİTMİ, POLİÜRİ VE TİROTOKSİKOZ

Rahman Köseoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Bilim Dalı, Trabzon

53 yaşında erkek hasta, bipolar duygulanım bozukluğu sebebiyle psikiyatri takipinde. Hasta lithuril 300 mg tb 3x2 kullanmakta ayrıca rexpain 10 mg tb 1x1, quet 150 mg tb 1x1 kullanmakta idi. Hipertansiyon tedavisi için indapamid ve amlodipin 5 mg kullanmakta.

01 Haziran 2020 tarihinde psikiyatri polikliniğine başvurmuş, son 3 aydır COVID19 pandemisi sebebiyle evde kalmakta imiş, sürekli uyku halinde olması sebebi ile yakınları tarafından getirilmiş. Yapılan tetkiklerinde TSH:0.021 BUN 25.5 kreatinin1.24 serum lityum düzeyi 3.84 (1-1.2) Hastanın çekilen EKG sinde QT süresi 550 olması ve nabız <50 olması ve şuur bulanık olması sebebiyle hasta iç hastalıkları yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Hastaya intravenöz mai başlandı. Aspirasyon riskine karşı oral stoplandı. 02.06.2020 yapılan tetkiklerinde TSH 0.019 ST4 2.19 ST3 4.28 lityum 3.43 vitamin D seviyesi 4 idi. Vitamin B12 139 FOLİK ASİT 11.3 idi. Hastanın şuur bulanıklığı olması EKG de bradikardisi olması ve tirotoksikozu olması sebebiyle hastaya geçici H.D katateri takılarak hasta hemodiyalize alındı. Takipinde lityum seviyesi 1.96 geriledi. Tekrar hemodiyaliz ihtiyacı olmadı. Takipinde nabızları 80-90 arasında seyretti. Ekg de

QT aralığı normale geldi. Hastada 24 saat süreyle poliüri gelişti (4500 cc idrar 24 saat). Ateşi olan hastanın katater girişi yeri kızamık olması ve h.d ihtiyacı olmaması üzerine katater çıkarıldı. Kan kültüründe gram (+) kok üremesi olması üzerine hastaya piperasilin tazobactam ve teikoplanin tedavileri başlandı. Takipinde solunum sayısı artan ve paag de akciğerinde infiltrasyon gelişen hastada bu tedavi 10 güne tamamlanıldı. Takipinde hasta servise çıkarılarak taburcu edildi.

Anahtar kelimeler: Lityum, Tirotoksikoz, Poliüri

Genel Dahiliye

PP-31

Abstract:0020

COVID-19 TEDAVİSİ SONRASINDA NÖROLOJİK KOMPLİKASYONLAR İLE SEYREDEN BİR VAKA

Rahman Köseoğlu, Dila Mete Peker

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Trabzon Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Bilim Dalı

57 yaşında erkek hasta 14 gün önce öksürük, eklem ağrısı ve ateş şikayetiyle başvurduğu dış merkezde yapılan tetkiklerinde covid-19 pcr testi negatif gelmesi fakat çekilen toraks tomografisi covid-19 pnömonisiyle uyumlu gelmesi üzerine yatırılarak tedavi edilmiş. 5 gün süre ile faviviravir ve clexane 0.4 ml s.c 1x1 verilen hasta 10.gününde genel iyilik hali ile taburcu edilmiş. Hastanın evinde sağ kolunda ve sağ bacağında gelişen şiddetli ağrı ve hissizlik şikayeti sonrası yakınları tarafından acil servise getirilmiş. Özgeçmişinde travmatik subaraknoid kanama olan hasta (1 yıl önce) epanutin, apikobal ve tamprost tablet kullanmakta idi. Hastaya bu şikayetler ile çekilen beyin tomografisi normal, torax ct viral pnömoni açısından tipik bulgular, diffüzyon mr normal, boyun ct normal, karotis ct anjiyografi normal olarak rapor edilmiş. Periferik saturasyonları

oda havasında 85 olan ve bilinç konfü olan, sağ tarafında kuvvet kaybı ve duyu kaybı olan hasta iç hastalıkları servisine yatırıldı. Hastaya nöroloji önerisiyle enoksaparin 0.4 ml s.c 1x1, asetilsalisilik asit 1x1, prednol 250 mg gün 3 gün süre ile başlandı. Beraberinde vitamin b12 düşük olan hastaya dodox i.m 7 gün süre ile ve folbiol tablet 1x1 başlandı. Nöroloji önerisiyle hastaya pirasetam intravenöz mai içinde infüzyon şeklinde başlandı. Hastanın fizik muayenesinde lateralizasyon bulguları olması sebebiyle nöroloji ile tekrar konsülte edilen hastanın talamik enfarkt düşünülerek (nöroloji tarafından çekilen görüntüler değerlendirildikten sonra) clexane ve asa tedavisine devam edildi. Takipinde bilinç durumu açılan ve oda havasında oksijensiz takip edilen hastanın steroid tedavisi azaltılarak kesilen ve akut faz değerleri normale gerileyen hastanın yatışının 10.gününde şiddetli baş ağrıları oldu. Hasta normotansif idi, periferik saturasyon 98 idi. Tekrar başlanan faviviravir tedavisi 5 gün daha verilmiş idi. Covid antikoru pozitif olarak gelmiş ve hastanın fizik tedavi merkezine transferi planlanmakta idi. Hastaya baş ağrısı devam edince tekrar beyin tomografisi çekildi. Ct de sol oksipitalde 7 cm lik hematoma ve çevresinde ödem alanı izlendi. Sol parietalde verteks düzeyinde yaklaşık 3.5 cm çapında çevresinde ödem alanı bulunan ödem alanı izlendi. Sol frontalde milimetrik birbiri ile birleşen ödem alanları bulunan hematoma alanları izlendi. Orta hattın sağa doğru yaklaşık 10 mm şift izlendi. Bunun üzerine hastanın enoksaparin ve asetilsalisilik asit tedavileri stoplandı. Hastaya anti-ödem tedavi olarak mannitol ve dekort i.v olarak başlandı. Takipinde bilinç durumu tekrar düzelen ve baş ağrıları düzelen hastanın kontrol ct de hematoma boyutlarının gerilediği görüldü, mannitol ve dekort tedavileri azaltılarak kesildi. Epanutin dozu artırıldı. Hasta nöroloji servisine devir edildi.

Anahtar kelimeler: Uzamış Covid, Enfarkt, Kanama

Tablo 1. Laboratuvar sonuçları

	BUN	KREATİNİN	CRP	TROPONİN	LENFOSİT	TSH	ST4	ST3	ALT	LDH	VİT-D	FERRİTİN	INR	D-DİMER
11.12.2020	21	1.00	203	3956	800	0.167	1.08	1.57	39	274	7.4	>2000	1.1	290
24.12.2020	43.1	2.90	95	310	1800	-	-	-	28	232	-	750	1.2	350
30.12.2020	21	1.2	23	152	1500	-	-	-	45	235	-	565	1.1	235

Genel Dahiliye

PP-32

Abstract:0026

İBANDRONİK ASİTE BAĞLI ÇENE OSTEONEKROZU

Merve Korkmaz Yılmaz¹, Mesut Yılmaz²

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: İbandronik asit hem kemik metastazı yapmış olan meme kanserinde hem de osteoporoz tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir bifosfonattır. Çene osteonekrozu bifosfonat kullanımının nadir görülen ancak yaşam kalitesini önemli derecede bozan bir toksisitedir.

Olgu: Elli beş yaşında postmenopozal kadın hasta sol memede ele gelen kitle şikayeti ile başvurdu. Sol memedeki kitleden yapılan biyopsi sonucunda östrojen reseptörü %100 pozitif, progesteron reseptör %90 pozitif ve HER-2 negatif invaziv duktal karsinomla uyumlu saptandı. Evreleme amacıyla yapılan PET/CT’de vertebral kolon boyunca multiple metastatik lezyon görüldü. Fraktür riski olan kemik metastazlarına palyatif radyoterapi uygulandı ve hastaya letrozol 2.5 mg/gün ve ibandronik asit 50 mg/gün peroral başlandı. Tedavinin 3. ayında hasta sol üst çenede ağrı, ülsere lezyon nedeniyle başvurdu. Yapılan muayenede hastanın sol üst

çenesinde osteonekroz olduğu görüldü (Resim 1). Çekilen kontrol PET/CT’ de tarifiilen lezyon bölgesinde maksillada artmış FDG aktivite tutulumu izlendi (Resim 2). Bifosfonat tedavisi kesilen hasta cerrahi müdahale için çene cerrahına yönlendirildi.

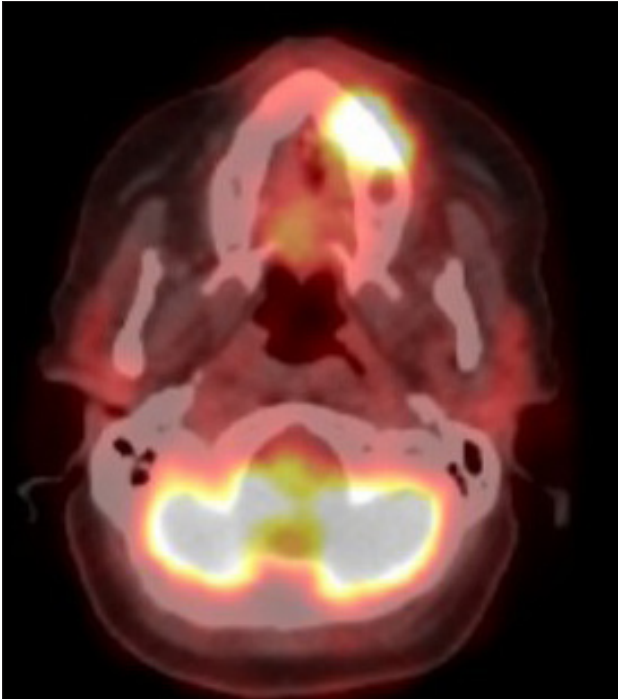
Tartışma: Bifosfonatlar metastatik kanserlerde ve osteoporozda iskelet ilişkili olayların engellenmesi amacıyla kullanılırlar. Çene osteonekrozu sıklıkla bifosfonatların intravenöz kullanıldığı kanser hastalarında daha sık görülen bir komplikasyondur. Oral bifosfonat kullanımına bağlı çene osteonekrozu literatürde daha nadir bildirilmiştir.

Klinisyenler oral bifosfonat kullanan hastalarda da osteonekroz gelişebileceğini akılda tutmalı, hastaları bu konuda bilgilendirmelidir.

Anahtar kelimeler: çene osteonekrozu, bifosfonat, ibandronik asit



Resim 1. Üst çenede osteonekroz



Resim 2. PET/CT'de maksillada artmış FDG tutulumu

HİPOTİROİDİ AYIRICI TANISINDA KRANİOFARENJİOMA

Erhan Ayas, Özlem Doğan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Giriş: Kraniofarenjiomalar; kranio-farenjial kanalın skuamöz epitelinin embriyolojik artıklarından kaynaklandığı düşünülen iyi huylu tümörlerdir. Yerleşim yerine göre ve hipotalamus, hipofiz bezi gibi çevre nöro-vasküler yapılara invazyonla klinik oluşturabilirler. Total cerrahi eksizyonun zor olması sebebi ile yüksek nüks potansiyeline sahiptirler. Bu olguda TSH düşüklüğü ile gelen ve kraniofarenjioma tanısı konulan bir hastayı sunduk.

Vaka: Bilinen bir kronik hastalık ve ilaç kullanımı öyküsü olmayan 21 yaşında erkek hasta 3 aydır devam eden halsizlik, kilo kaybı (109 kilodan 83 kiloya düşmüş) çok uyuma, baş ağrısı ve çok su içme şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde sT4 0.26 ng/dl, TSH 0.21 Uıu/ml saptanmış çekilen tiroid Usg doğal olan hasta kontrole çağrılmış, şikayetleri devam eden hasta kliniğimize başvurdu. Tetkiklerinde TSH:0.9 Uıu/ml, sT4: 6.09 ng/l, sT3 2.3ng/l, FSH:1.12 U/L, LH:0.3U/L, Total Testosteron:0,025µg/l, IGF-1 83,2 ng/mL ve prolaktin 18.5 µg/l saptandı ve panhipopituitarizm ile uyumluydu. Eş zamanlı bakılan serum Na:150, idrar dansitesi:1.011 olması nedeniyle susuzluk testine gerek duyulmaksızın diyabetes insipitus tanısı da kondu. Hastanın görme alanı muayenesinde sağ temporal hemianopsi tespit edildi. Çekilen hipofiz MRG’de sella içerisinde suprasellar alana uzanım gösteren, 30x38x22 mm boyutlarında, içerisinde hemorajik seviyelenme ve yer yer kistik alanlar da izlenen, heterojen kontrastlanan, optik kiazmayı çevreleyen ve kraniofarenjiom olduğu düşünülen kitle lezyonu saptandı.

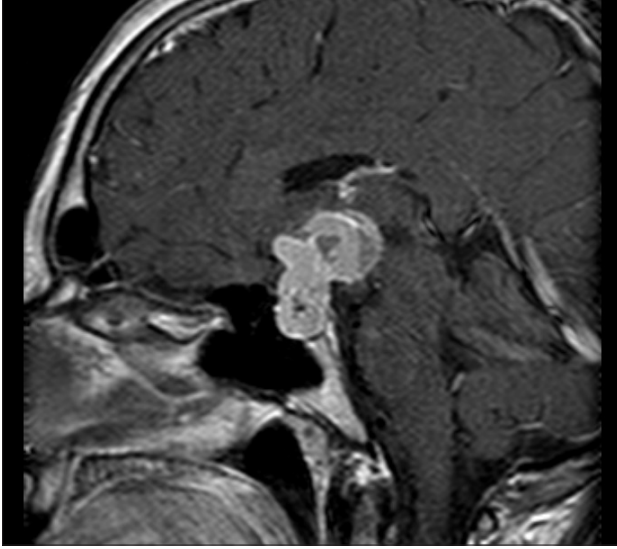
Hastaya prednizolon 5 mg tb 1x1, levotiroksin sodyum 75 mcg tb 1x1, testosteron propionat 1x250 mg/ay ve desmopressin tb 2x120 mcg başlandı ve steoid koruması altında transkranial hipofiz cerrahisi yapıldı. Çıkarılan kitlenin patoloji sonucu kraniofarenjioma olarak raporlandı.

Operasyon sonrası dönemde panhipopituitarizm ve diyabetes insipitus için tedavilerine devam etmektedir.

Sonuç: Kraniofarenjiomalar nadir tümörler olup solid, kistik yada mikst yapıda olabilirler. Beyin tümörlerinin %1-3 ünü oluştururlar. Histolojik olarak adenomatöz ve papiller tipleri mevcuttur. Tipik olarak yavaş büyürler. Vakaların %60-80’inde görme bozuklukları ve endokrin yetmezlikler saptanabilir. Büyüme hormonu eksikliği ni sıklığı azalan bir şekilde LH/FSH, ACTH, TSH yetmezliği takip eder. Tedavisi ön planda cerrahi olmakla birlikte radyoterapi ve özellikle papiller BRAF mutasyonlu tipte BRAF inhibitörleri kullanılabilir. Hipopituitarizmi olan vakalarda kraniofarenjioma da ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: hipotiroidi, kraniofarenjioma, tiroid fonksiyon testleri

Kraniofarenjioma



Resim 1. hipofiz mr sonucu: kraniofarenjioma

Acil Dahiliye

PP-34

Abstract:0039

CASTLEMAN HASTALIĞI'NIN NADİR BİR FORMU: TAFRO SENDROMU

Ece Ük¹, Burak Dirim², Alpay Medetalibeyoğlu¹, Alper Akın¹, Naci Şenkal¹, Simge Erdem³, Murat Köse¹, Sevgi Beşışık³

¹Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

³Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

Castleman Hastalığı, klinik olarak unisentrik veya multisentrik tutulum gösteren nadir görülen lenfoproliferatif bir hastalıktır. Unisentrik tip genellikle gençlerde mediastinal tutulumla giden lokal cerrahi eksizyonla tedavi edilen benign seyirli tiptir. Multisentrik tip ise HHV8 ilişkili ve HHV8 negatif (idiyopatik) olmak üzere 2 klinik formu olan kemoterapötik ve antiviral ajanlarla sistemik olarak tedavi edilen alt tiptir. TAFRO sendromu, lenfoproliferatif hastalıklardan idiyopatik multisentrik Castleman hastalığının trombositopeni, anazarka tarzında ödem, ateş, myelofibrozis, renal hasar ve organomegali ile giden nadir görülen bir alt tipidir.

Bu posterde yaygın generalize ödem ve nefes darlığı ile prezente olan 48 yaşında erkek hastanın kan tetkiklerinde bisitopeni saptanması ve yapılan görüntülemelerinde saptanan multipl lenfadenopati sonrası incelemelerle Castleman Hastalığı'nın nadir bir formu olan TAFRO sendromu tanısı alma süreci sunulacaktır.

Anahtar kelimeler: TAFRO, Castleman Hastalığı, LAP

Genel Dahiliye

PP-35

Abstract:0042

HEPATOSPLENOMEGALİ İLE PREZENTE OLAN SARKOİDOZ

Dilan Kalaycı Kabaca, Banu Büyük, Nazire Aladağ, Arzu Işık, Seydahmet Akın, Özcan Keskin

SBÜ, Kartal Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Sarkoidoz, nedeni bilinmeyen kronik, multisistemik ve granülomatoz bir hastalıktır. En sık akciğerler etkilenir. Bunu lenf nodları, gözler, cilt, karaciğer ve dalak izler. Bilateral hiler lenf adenopati (LAP) en sık görülen radyolojik paterndir. Abdominal tutulum nadirdir. Bu vakada hiperkalsemi ve akut böbrek hasarı nedeniyle tetkik edilen hepatomegali, splenomegali, akciğer ve dalakta nodüler lezyonlar tesbit edilip sarkoidoz tanısı alan 62 yaşında kadın hasta sunulmuştur.

Olgu: 62 yaşında kadın hasta beş aydır olan halsizlik, kilo kaybı, gece terlemesi şikayetleriyle polikliniğe başvuruyor. Yapılan tetkiklerinde hiperkalsemi (düzeltilmiş ca: 14,8) ve akut böbrek hasarı görülüp ileri tetkik amacıyla servisimize yatırılı yapıyor. Hastanın özgeçmişinde HT, SVH, kolesistektomi operasyonu mevcut. Kullandığı ilaçlar, amlodipin ve asetilsalisilik asit. Fizik muayenesinde; Batın muayenesinde karaciğer kot hizasını geçiyor. Traube kapalı. Laboratuvar incelemelerinde Hb: 12,9 g/dl MCV: 77 fl WBC: 7800 /ul Trombosit: 311.000 /ul Sedimentasyon:100 mm/saat C-reaktif protein 13mg/L Demir:35 TDBK:364 TS:%9 Ferritin: 123. Hiperkalsemi olan diüretik kullanımı olmayan mobil hastada vitamin D, parathormon değerine bakıldı. 25-OHD3 normal aralıkta, PTH:6,5; fosfor:3 olarak sonuçlanan hastanın parathormonu baskılanmış olarak görüldü. Batın ultrasonunda karaciğer boyutu 190 mm parankim ekojenitesi diffüz kaba heterojen granüler yapıda (kronik parankimal hastalık) olarak görüldü. Dalak boyutları normalden büyük olup ön axiller hatta 140 mm ölçüldü. Hepatomegali ve splenomegalisinin yanında dalak parankiminde birbiriyle birleşme eğilimi gösteren milimetrik boyutlarda nodüler lezyonlar izlenmekteydi. Hiperkalsemi olan hastanın gece terlemesi ve kilo kaybı da mevcuttu. Çekilen üç boşluk bilgisayarlı tomografisinde her iki akciğer parankiminde yaygın interstisyel nodüler formasyon mevcut olup batında HSM ve pelviste birkaç adet kalsifik lenf nodu saptandı. Yapılan gastroskopi ve kolonoskopi sonucu normaldi. Yüzeyel US ile değerlendirilmesinde her iki axillada ve inguinal bölgede lenf nodları mevcuttu. PPD anerjik sonuçlandı. Vücutta yaygın LAP olan, akciğer ve dalak parankiminde nodüler formasyonları olan hastada lenfoma veya sarkoidoz ön tanılarıyla biyopsi planlandı. Eksizyonel inguinal LAP biyopsisinin patoloji sonucu nonnekrotizan granülom yapılı olarak sonuçlandı. Karaciğer tru-cut biyopsisinin patoloji sonucu parankim hücrelerinde dejenerasyon ve rejenerasyon, portal alan ve parankimde yaygın granülom yapıları, granülom çevresinde fibrozis, seyrek yağlanma, inflamatuvar reaksiyon olarak sonuçlandı. Mevcut bulgularla hastaya sarkoidoz tanısı konularak steroid tedavisi başlandı ve takip alınarak taburcu edildi.

Sonuç: Böyle bir vakada tüberküloz başta olmak üzere diğer granülomatoz hastalıkları ayırıcı tanıda düşünmek gerekir. Batın tutulumu dikkate alındığında enfeksiyonları ve maligniteleri özellikle de metastatik olanları ve lenfomayı dışlamak gerekmektedir. En sık hiler lenfadenopati paterni ile karşımıza çıkan sarkoidoz bu vakada akciğer ve dalak parankiminde nodüllerle karşımıza çıkmıştır ayırıcı tanı da mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: Hiperkalsemi, hepatosplenomegali, sarkoidoz

Genel Dahiliye

PP-36

Abstract:0043

NADİR GÖRÜLEN HİPERKALSEMİ NEDENİ: HİPERKALSEMİK TİP OVARYAN KÜÇÜK HÜCRELİ KARSİNOM

Bahar Özbilgehan, Banu Böyük, Seydahmet Akın, Arzu Işık, Nazire Aladağ, Özcan Keskin

SBÜ, Kartal Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Hiperkalsemi vücuttaki kalsiyum seviyesinin normalin üzerinde olması durumudur. Hiperkalsemiye sebep olan nedenlerden biri de malignitedir. Malignansiye sekonder prezente olan hiperkalsemide genellikle serum kalsiyum düzeyi belirgin yüksek ve semptomatik seyretmektedir. Maligniteye bağlı hiperkalsemide bir çok mekanizma rol oynamaktadır. Paratiroid hormon ilişkili proteine bağlı humoral hiperkalsemi, osteolitik metastaza bağlı hiperkalsemi, 1,25 Vitamin D ile ilişkili hiperkalsemi ve paratiroid karsinomunda ve ekstra paratiroid kanserlerde görülen PTH ile ilişkili hiperkalsemilerdir. Biz bu vakada nadir görülen hiperkalsemik tip ovaryan küçük hücreli karsinom tanısını alan 37 yaşındaki kadın hastamızı sunduk.

Olgu: Olgu 37 yaşında bilinen panik bozukluk tanılı kadın hasta karın ağrısı, kabızlık ve karında şişlik şikayetleri ile kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvurmuş. Kullandığı bir ilaç olmayan hastanın yapılan tetkiklerde serum kalsiyum düzeyi 15,70 mg/dl olarak saptanmış yapılan batın ultrason ve MR görüntülemeleri sonucunda sağ adneksiyel kitle raporlanan ve tümör marker yüksekliği olan (CA 125 123.2 u/ml) hasta, kadın hastalıkları ve doğum tarafından opere ediliyor. Operasyonda alınan sağ overden kaynaklanan yaklaşık 20 cm boyutunda solid karakterde tümoral kitlenin, sağ parakolik alana ve rektosigmoid alana sıkı yapışık olduğu görülmüş. Hastaya preop kalsiyum düzeyini düşürmek için verilen izotonik infüzyonu sonrası opere edilen hastanın postop serum kalsiyum düzeyi 8.5 mg/dl ölçülmüş. Hastada postop ellerde kasılma ve genel durum bozukluğu olması ve operasyon sonrası hızla düşen kalsiyum seviyesi nedeniyle hasta iç hastalıkları kliniğine yatırıldı. Hastanın bakılan düzeltilmiş kalsiyum: 6.8 mg/dl olarak ölçüldü. Hastaya servis takibinde kalsiyum replasmanı yapıldı Hastanın serum PTH seviyesi 107.9 ng/dl (normal sınır 15-65), 25 OH vitamin D seviyesi <7 ve fosfor: 2.4 mg/dl (2.5-4.5mg/dl) ölçüldü. Fizik muayenede ve laboratuvar tetkiklerinde özellik saptanmayan hastanın preop parathormon değeri bilinmiyor. Planlanan hastanın boyun ultrasound incelemesinde her iki paratiroid lojunda adenom lehine kuşku sonografik görünüm izlenmedi. Hastaya yapılan kemik sintigrafisinde sol hemitoraks 5.kosta anterior ucunda fokal yoğun aktivite artışı saptanmış ileri tetkik olarak yapılan PET-CT raporunda kostada metastaz lehine bulgu saptanmamıştır. Alınan kitleden yapılan histopatolojik incelemede hiperkalsemik tip ovaryan küçük hücreli karsinom saptandı. Hasta kadın hastalıkları ve doğum kliniğine ve onkolojiye takip için yönlendirilerek servis takiplerinde replasman ihtiyacı ortadan kalkınca taburcu edildi.

Sonuç: Hiperkalsemi birçok sebebe bağlı olabileceği gibi maligniteye sekonder paraneoplastik olarak görülebileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Primer hiperparatiroidizm (PHP) ve malign hastalıklara bağlı hiperkalsemi, hiperkalsemi olgularının büyük bir çoğunluğunu kapsamaktadır ancak over kanserine bağlı hiperkalsemi daha nadir görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Hiperkalsemi, paraneoplastik sendrom, over kanseri

Gastroenteroloji

PP-37

Abstract:0073

İNSİDENTAL SAPTANAN METASTATİK DUODENAL NÖROENDOKRİN TUMOR

Rabia Hacer Hocaoglu, Seyda Bilgin, Merve Korkmaz Yılmaz

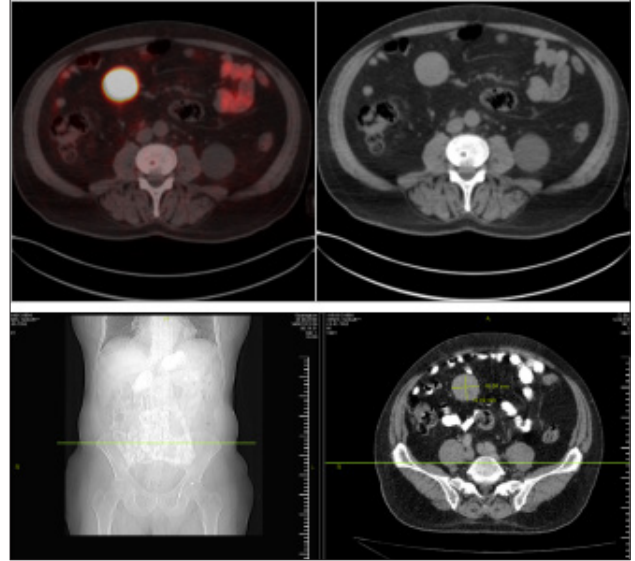
Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş: Nöroendokrin tümörlerin son yıllarda insidansı artmaktadır. İnce barsak kaynaklı malignitelerin en sık sebebidir. Yavaş büyüme paterni ve geç klinik prezentasyon sebebi ile hastalar metastaz geliştiğinde tanı almaktadırlar. Burada demir eksikliğiyle prezente olan metastatik ince barsak nöroendokrin tümör vakası sunulmaktadır.

Olgu: 55 yaş erkek hasta, son 1 yıldır demir eksikliği anemisi nedeni ile aralıklı eritrosit süspansiyonu replasmanı yapılmış, kolonoskopide patoloji saptanmamış; fakat özofagogastroduodenoskopide özofagus distali ve kardiya uzanan 6cm submukozal lezyon saptanmış. Hastanemizde endoskopik ultrasonografi yapıldı ve gastrointestinal stromal tümör?, leiomyom? değerlendirildi, metastaz açısından çekilen batın tomografisinde batın sağ alt kadranda 5cm düzenli sınırlı kitle lezyon görüldü. Alınan tamkat biyopside nöroendokrin tümör saptanan hastaya galyum-68 pozitron emisyon tomografi çekildi. Batında görülen lezyon dışında tutulum alanı izlenmedi. (Resim 1) Özofago-kardiyak bileşkede saptanan gastrointestinal stromal tümör? lezyon ile batın içindeki 5cm'lik lezyon cerrahi tarafından çıkarıldı. İnce barsak ile çıkarılan mezenterik kitlenin patoloji sonucu metastaz olarak değerlendirildi. Kardiyo-özofageal bileşke lezyonu leiomyom ve nöroendokrin tümör primer lezyonu duodenum olarak saptandı. Hasta onkoloji takibine alındı.

Sonuç: Vakamızda aralıklarla 2 kez özofagogastroduodenoskopi yapılan ve herhangi bir lezyon saptanmayan hastanın nöroendokrin tümör primer lezyonu duodenum kaynaklı olarak değerlendirildi. Nöroendokrin tümör primer lezyonlarının küçük olması ve genellikle metastaz geliştiğinde klinik gelişmesi dolayısıyla malignite tetkik edilen hastalarda ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: nöroendokrin tümör, metastaz, leiomyom



Resim 1. Mezenter Lezyonu Galyum-68 Pozitron Emisyon Tomografi (üstte) ve Batın Tomografi (altta) görüntüsü

Gastroenteroloji

PP-38

Abstract:0078

ÜLSERATİF KOLİT HASTASINDA MESALAMİN İLİŞKİLİ TROMBOSİTOPENİ: VAKA SUNUMU

İskender Ekinci, Mitat Büyükkaba, Murat Akarsu, Ömür Tabak, Abdulkaki Kumbasar

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

Giriş: Mesalamin, ülseratif kolitli hastaların hafif ve orta şiddette alevlenmelerinde ve remisyonun sürdürülmesinde kullanılan bir tedavi ajanıdır. Mesalamin ilişkili trombositopeni çok nadir bir yan etki olup literatürde vaka düzeyinde sunulmuştur.

Vaka: 21 yaşında bir erkek hasta, 3-4 aydır olan, günde 8-10 defa olan kanlı dışkılama, karın ağrısı ve kilo kaybı şikayetleri ile poliklinik başvurusunda bulundu. Fizik muayenesinde batındaki hassasiyet dışında herhangi bir bulgu yoktu. Laboratuvar incelemesinde lökosit $13 \times 10^9/L$, hemoglobin 12.1 g/dL , platelet $250 \times 10^3/uL$, CRP 3 mg/dL saptandı; karaciğer ve böbrek testleri normaldi. Dışkı mikroskopisinde bol miktarda lökosit ve eritrosit tespit edildi. Abdominal tomografide kolon duvarında diffüz bir kalınlaşma saptandı. Kolonoskopide pankolit tutulumlu ülseratif kolit tanısı konuldu ve oral mesalamine 3g/gün dozunda başlandı. Tedaviden 45 gün sonra yaygın peteşial döküntü sebebiyle poliklinik başvurusunda bulunan hastanın kolit ilişkili yakınmaları tamamen geçmişti. Yapılan analizlerde trombosit sayısı $7 \times 10^3/uL$ saptandı ve periferik yaymada gerçek trombositopeni olduğu gözlemlendi. Muhtemel tüm trombositopeni nedenleri araştırılan ama herhangi bir neden bulunamayan hastada trombositopeni tablosu kullanılan mesalamine bağlandı ve ilaç stoplandı. İlaç kesildikten sonra trombosit sayısı yavaş yavaş yükselerek normal sınırlara kadar yükseldi ve hastaya anti-TNF tedavisine geçildi. Hasta yakınmasız bir şekilde poliklinik takiplerine devam etmektedir.

Tartışma ve Sonuç: Altta yatan mekanizma tam olarak bilinmese de bu reaksiyonun otoimmünite ile ilişkili olabileceği ifade edilmektedir. Nadir olmakla birlikte mesalamine başlanan hastalarda trombositopeni açısından da dikkatli olunmalıdır.

Anahtar kelimeler: mesalamin, trombositopeni, ülseratif kolit

Endokrinoloji

PP-40

Abstract:0100

PSÖDOHİPOPARATİROİDİ TİP1A: OLGU SUNUMU

Ayşenur Miray Yarlıoğlu¹, İzzettin Günay², Günbay Noyan Dirlik¹, Sevim Bektaş¹

¹Kovancılar Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Elazığ, Türkiye

²Kovancılar Devlet Hastanesi, Ortopedi Kliniği, Elazığ, Türkiye

Psödohipoparatiroidizm (PHPT); hedef organın parathormona (PTH) yanıt vermediği kalıtsal bir bozukluktur. Biyokimyasal olarak; hipokalsemi, hiperfosfatemi ve PTH yüksekliği ile karakterizedir. PTH uygulamasına verilen yanıt belirgin derecede düşüktür. Tip 1A, biyokimyasal özelliklere ek olarak Albright herediter osteodistrofisi (AHO) olarak bilinen karakteristik somatik bir fenotipe de sahiptir. Bu fenotipin, kısa boy, yuvarlak yüz, frontal bombelik, brakidaktili, obezite özellikleri bulunmaktadır. Burada biz, hipokalsemi ve Albright herediter osteodistrofisi tanısı koyduğumuz; kalsiyum, aktif D vitamini ile tedavi ettiğimiz olgumuzu sunduk

34 yaş kadın hasta, polikliniğimize ellerde ve ayaklarda uyuşma nedeniyle başvurdu. Çocukluk yaşlarından beri ellerde ve ayaklarda uyuşma şikayeti mevcuttu. Soy geçmişinde anne-babada akraba evliliği olduğu, bir ablasının da kendisi gibi dış görünüşe sahip olduğunu belirtti. Fizik muayenede; boyu 153 cm, ağırlık 70 kg, vücut kitle indeksi 29.9 kg/m^2 idi. Boy kısalığı, yuvarlak yüz, frontal bombelik, brakidaktili dikkat çekmekteydi. Chowastek ve Trousseau bulguları pozitif.

Tetkiklerinde; kalsiyum: 7.8 mg/dl ($8.4\text{-}10.2 \text{ mg/dl}$), fosfor: 6 mg/dl ($2.5\text{-}4.5 \text{ mg/dl}$), albumin: 4 gr/dl ($4\text{-}5 \text{ gr/dl}$), parathormon: 112 pg/ml ($15\text{-}65 \text{ pg/ml}$), D vitamini: 34 µg/L ($10\text{-}60 \text{ µg/L}$), TSH: 1.46 uIU/mL ($0.27\text{-}4.2 \text{ uIU/mL}$), serbest T4: 14.63 pmol/L ($12\text{-}22 \text{ pmol/L}$), serbest T3: 4.73 pmol/L ($3.9\text{-}6.7 \text{ pmol/L}$), LH: 8.41 mIU/ml (foliküler faz $2.4\text{-}12.6 \text{ mIU/ml}$), FSH: 5.83 mIU/ml (foliküler faz: $3.5\text{-}12.5 \text{ mIU/ml}$), estradiol: 111.8 pg/mL (foliküler faz $12.5\text{-}166 \text{ pg/mL}$), progesteron 0.1 ng/mL (foliküler faz $0.2\text{-}1.4 \text{ ng/mL}$) saptandı. Hemogram, üre kreatinin değerleri normal bulundu. 24 saatlik idrarda kalsiyum atılımı $< 40 \text{ mg/dl}$ idi. Mevcut kan tetkiklerinde hipokalsemi, hiperfosfatemi, hiperparatiroidi göze çarpmaktaydı. El grafilerinde beşinci metakarpal kemiklerde; ayak grafilerinde üç, dört, beşinci metatarsal kemiklerde kısalık saptandı. (Resim 1,2)

Hipokalsemiye bağlı kasılmaları mevcut olan hastaya parenteral 2 ampul %10 kalsiyum glukonat %5 dekstroz içerisinde verildi ve kalsitriol 0.5 mcg 2x1 tablet başlandı. Tedavinin 2. gününde aktif D vitamini ve kalsiyum tedavisi ile olgunun yakınmalarının geçtiği, latent tetani göstergesi olan Chowastek ve Trousseau bulgularının kaybolduğu ve laboratuvar bulgularında düzelme olduğu gözlemlendi. Düzeltilmiş kalsiyum seviyesi 9 mg/dl seviyesine yükseldi. Tedavi sonrası hastanın şikayetleri geriledi. Klinik iyileşme sağlanan hastaya 1000 mg kalsiyum + 880 IU vitamin D3 effervesan tablet 2x1, kalsitriol 0.5 mcg kapsül 2x1 verilerek poliklinik kontrolüne gelmek üzere taburcu edildi

Bizim olgumuz belirtilen AHO fenotipine uymaktaydı. Kısa boy, frontal bombelik, yuvarlak yüz dikkati çekmekteydi. Brakidaktili, metakarp ve metatars kemiklerde kısalık mevcuttu. Sonuç olarak, hipokalsemi ve hiperfosfatemi ile gelen PTH yüksek ve karakteristik fenotipik görünümü olan hastalarda psödohipoparatiroidi tip 1A düşünülmelidir. Gereğinde önce parenteral sonrasında oral yoldan Ca ve D vitamini ile uygun replasman tedavisi ömür boyu verilmelidir

Anahtar kelimeler: Hipokalsemi, Hiperparatiroidi, Albright osteodistrofisi



Resim 1. Kısa olan beşinci el parmağı görüntüsü



Resim 2. Kısa olan 3,4,5. Ayak parmaklarının radyolojik görüntüsü



Resim 3. Kısa olan beşinci el parmağının radyolojik görüntüsü

Endokrinoloji

PP-41

Abstract:0102

LİTİK LEZYONLAR İLE TANI ALAN PRİMER HİPERPARATİROİDİZM OLGU SUNUMU

Arzu Cennet Işık, Emine Büşra Bahçavan, Ramazan Gökcan Güner, Canan Kaymaz, Dilan Kalaycı Kabaca, Gonca Karatosun, Buket Yürü

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Lütfi Kırdar Kartal Şehir Hastanesi

Giriş: Primer hiperparatiroidizm (pHPT) en sık 3. endokrin hastalıktır ve ayakta hastalarda hiperkalseminin en sık sebebidir. Geçmişte hastaların çoğu belirgin pHPT semptom ve bulguları ile başvuruydular. Otomatik kan analizörlerinin gelişmesi ve yaygın kullanılması ile günümüzde hastaların büyük bölümü diğer nedenlerle yapılan rutin biyokimyasal testlerle teşhis edilmektedir. Hastaların çoğunluğu minimal semptomatik veya asemptomatiktir. Sizlerle yaygın vücut ağrısı ile başvuran ve litik lezyonları nedeni ile tetkikinde hiperparatiroidi tanısı alan olgumuzu paylaşmak istiyoruz.

Olgu: 26 yaş kadın hasta; 2 yıldır devam eden aralıklı yaygın vücut ağrısı nedeniyle mükerrer poliklinik başvurusu mevcut ve bilinen kronik hastalık tanısı yoktu. En son dahiliye poliklinik kontrolünde kalsiyum değerinin 13.5 mg/dl olması nedeniyle acil dahiliye polikliniğine yönlendiriliyor. Kalsiyum değerinin kontrolü sonrasında hidrasyon ile takip altına alınan hasta yatırılarak ileri tetkikleri planlandı. Kan şekeri, renal ve karaciğer fonksiyon testleri normal; Ca:13.2 mg/dl, P:1.8 mg/dl, ALP:1649 U/L, PT-H:1557ng/L, D vit:<3µg/L, albumin: 4.3 g/dl, Kalsitonin:<2 pg/ml, 24 saatlik idrar ca atılımı: 749 mg/24 sa idi. Tiroid ve paratiroid USG görüntülemesinde şüpheli paratiroid adenom? sintigrafi önerildi. Kemik dansitometrisinde femur başı için T skoru -2,6 olarak kaydedildi. Kardiyak açıdan EKG, Ekokardiyografik değerlendirme normal sınırlarda; plazma hücre hastalıkları açısından periferik yayma ve protein elektroforezinde özellik yoktu. Malignite etyoloji taramasında çekilen kontrastlı bilgisayarlı tomografi incelemesinde yaygın litik lezyonlar (Resim 1) ve nefrolitiazis vardı; Boyun BT incelemesinde de sol tiroid lobu inferiorunda paratiroid adenomu ile uyumlu lezyon rapor edildi. Mamografi incelemesinde özellik saptanmadı. Sestamibi-Tc 99m ile çekilen paratiroid sintigrafisinde sol tiroid lobu komşuluğunda paratiroid adenomu ile uyumlu bulgular elde edildi ve hastamız cerrahi endikasyonlarını (tablo-1) karşılaması nedeniyle genel cerrahi takibinde operasyon hazırlıkları ile poliklinik takibimize alındı.

Sonuç: Kemiklerde litik lezyonlar ile karşılaştığımızda ilk aklımıza gelen malignite, metastaz olsa da benign nedenleride unutmamak gerekmektedir. Malignite taraması yapılırken özellikle kalsiyum yüksekliğinde paratiroid patolojileri ilk dışlanması gereken durumlardandır. Adenom saptandığında paratiroidektomi günümüzde preoperatif lokalizasyonun sağlanmasıyla, girişimin kısıtlı tutularak morbiditelerin minimuma indirildiği bir cerrahi şekli olarak uygulanmaktadır. Post-operatif takiplerde kalsiyum, D vitamin desteği özellikle önem arz etmektedir.

Anahtar kelimeler: Paratiroid, Kemik ağrısı, Litik lezyon, Hiperkalsemi

Litik Kemik Lezyonları



Resim 1. Vertebralar ve Sakrum(S2-3 Sağ yarımda büyük) litik lezyon

Tablo 1. Cerrahi Endikasyonları

Ölçüm	Cerrahi Endikasyon
Yaş	<50 yaş
Serum Ca (normalin üst sınırı)	>1 mg/dL (>0.25 mmol/L) normalin üst sınırının üzerinde
İskelet	A. DXA ile BMD: T-skoru < -2.5; lomber omurga, total kalça, femur boynu ya da distal 1/3 radius B. X-ray, BT, MRG, ya da VFA'da vertebra fraktürü
Renal	A. Kreatinin klirensi <60 cc/dk B. 24-h idrar kalsiyumu >400 mg/d (>10 mmol/d) ve biyokimyasal taş risk analizi ile yükselmiş taş riski C. X-ray, ultrason ya da BT ile nefrolitiazis ya da nefrokalsinozis varlığı

- A**
- Adaş, Mine 42
 Aghazada, Bakhish 76
 Akarsu, Murat 85
 Akıllı, Işıl Kibar 46, 47, 55
 Akın, Alper 39, 83
 Akın, Mete 42
 Akın, Seydahmet 43, 44, 48, 53, 54, 67, 83, 84
 Akpınar, Timur Selçuk 31, 71, 75, 77
 Akyıldız, Murat 71
 Aladağ, Nazire 43, 44, 48, 53, 54, 71, 83, 84
 Altınkaynak, Mustafa 74, 76
 Altınkaynak, Mustafa 49
 Altun, Özgür 56
 Apaydın, Mahmut 38
 Aslan, Eda 67
 Avşar, Esin 53
 Ayaloğlu, Jale 66, 67
 Ayas, Erhan 68, 69, 70, 82
 Aydın, Çağlar Özer 74
 Aydın, Gülay 27
- B**
- Bahçavan, Emine Büşra 71, 86
 Bakakloglu, Oguz Kagan 54
 Baran, Erdem 32
 Basat, Okcan 28
 Basat, Sema Uçak 28
 Başer, Özden Özdemir 40
 Baydar, Dilek Ertoy 75
 Baydar, Onur 26
 Baygöl, Arzu 31
 Bektaş, Gamze 21
 Bektaş, Murat 76
 Bektaş, Sevim 85
 Beşışık, Sevgi Kalayoğlu 35, 76, 83
 Bilge, Müge 46, 47, 51
 Bilgin, Seyda 63, 78, 79, 84
 Bozkurt, Oğuz Fırat 71
 Büyük, Banu 43, 44, 48, 53, 54, 67, 83, 84
 Bülbül, Mustafa Cem 73, 74
 Büyükkaba, Mitat 85
- C**
- Cemhan, Kardelen 77
- Ç**
- Çakmak, Ramazan 41
 Çalapkulu, Murat 50
 Çalık, Ali Nazmi 28
- Çanakçı, Nuray 59
 Çatak, Merve 40
 Çatıkkaş, Nezahat Müge 2
 Çatma, Yunus 41
 Çetin, Bahar Tekin 77
 Çetin, Mehmet 70
 Çetin, Zeynep 40
 Çoşkun, Aylin 76
- D**
- Dağel, Tuncay 31, 34, 73, 77
 Demirbaş, Zeynep Ece 61
 Demirci, Meltem Seziş 73
 Demirel, Ahmet 77
 Deniz, Muhammed Akif 37
 Deniz, Rabia 32
 Dirim, Ahmet Burak 76
 Dirim, Burak 83
 Dirlik, Günbay Noyan 85
 Dizen, Hayrettin 59
 Doğan, İbrahim Öner 75
 Doğan, Özlem 82
 Duran, Alev Çetin 28
 Duran, Ali 28
- E**
- Ecdar, Sabahat Alışır 66, 67
 Eker, Edibe Sevede 64
 Ekici, Remzi 36
 Ekinci, İskender 85
 Emre, Emre 45
 Emrence, Zeliha 32
 Erdaş, Mehmed Burak 36
 Erdem, Simge 5, 15, 35, 83
 Erdoğan, Ayla 45
 Ertekin, İbrahim 72
 Erten, Seville Nilgün 74, 76
 Esen, Bahar Artım 32
- F**
- Feyizoğlu, Hikmet 68, 79
- G**
- Genç, Sema 39
 Gökden, Yasemin 42
 Gönenli, Mehmet Gökhan 74, 75
 Gönülalan, Gülsüm 57
 Guliyev, Murad 76
 Gül, Ahmet 32
 Gülen, Fulya 11
 Gül, Nurdan 7
 Gümüşkaya, Perihan Özkan 60
 Günaltılı, Murat 76
 Günay, İzzettin 85
- Güner, Ramazan Gökcan 86
 Güngör, Oğuzhan 71
 Güven, Mehmet 37, 51
- H**
- Hocaoğlu, Rabia Hacer 63, 78, 79, 84
- I**
- Işık, Arzu 53, 54, 83, 84
 Işık, Arzu Cennet 43, 44, 48, 71, 86
- İ**
- İnanç, Murat 32
 İncir, Said 31
 İpek, Gülçin 35
 İslamoğlu, Mehmet Sami 26, 35, 36
- K**
- Kabaca, Dilan 53, 54
 Kabaca, Dilan Kalaycı 83, 86
 Kalyon, Semih 50
 Kanitez, Nilüfer Alpay 33
 Kant, Hatice 31
 Kapmaz, Mahir 31
 Kapucu, İrem 72
 Karaaslan, Tahsin 66, 67
 Karabulut, Dilay 33
 Karabulut, Umut 33
 Karaca, Dilan 43
 Karademir, Nevra 53, 54
 Karan, Mehmet Akif 2, 74, 76
 Karatosun, Gonca 86
 Karayel, Bahadır 71
 Kartal, Kinyas 33
 Kavak, İlyas 74
 Kaya, Berrin Yalınbaş 59
 Kayalar, Arzu Özdemir 32
 Kaya, Ömer Vural 75
 Kayhan, Kıvanç Bektaş 35
 Kayılı, Melis 42
 Kaymaz, Canan 86
 Kaytaç, Murat 39
 Keskin, Özcan 43, 44, 48, 53, 54, 67, 83, 84
 Kılıç, Alparslan 31
 Koç, Suna 36
 Komesli, Zeynep 31, 75
 Köse, Murat 83
 Köseoğlu, Derya 40
 Köseoğlu, Rahman 81
 Kumbasar, Abdalbaki 85
- Kural, Elif Ersen 72
 Kural, Ragıp Fatih 72
 Kurt, Rabia 64
- M**
- Medetalibeyoğlu, Alpay 39, 83
- N**
- Nalbantoğlu, Emine Ayça 77
- O**
- Okan, Ayşe 31
 Oluk, Beyza Şen 35
 Osmanbaşıoğlu, Emre 75
 Oto, Özgür Akın 17, 30
- Ö**
- Öcal, Mahdume Lale 32
 Ögredici, Göktürk 42
 Ömer, Beyhan 39
 Öncül, Oral 39
 Özbilgehan, Bahar 84
 Özer, Hakan 30
 Özlük, Özden 35
 Öztürk, Ece Çiftçi 79
 Öztürk, Gülistan BAHAT 2
 Öztürk, Yasin 30
- P**
- Palaoğlu, Erhan 31
 Peker, Dila Mete 81
- S**
- Saka, Bülent 74, 76
 Seçmeler, Ayşegül Bilici 18
 Selçukbiricik, Fatih 72
 Semiz, Hüseyin 73
 Sencar, Muhammed Erkam 50
 Sivritepe, Rıdvan 28
 Somay, Kayra 72
 Sönmezöz, Gülru Birce 32
 Sözel, Hasan 53
- Ş**
- Şahinkaya, Yasemin
 Yalçinkaya 32
 Şenel, Raife 22
 Şenel, Zeynep 67
 Şenkal, Naci 39, 83
 Şentürk, Begüm Güler 33, 71, 72
 Şirin, Gizem Pınar 79

T

Tabak, Ömür 85
Tanfer, Sıtkı Berat 71
Tarhan, Sena Tokay 45
Tari, Fırat 67, 71
Taşdemir, Zeynep 31
Tazegül, Gökhan 42, 45
Tekeli, Ahmet Hüsrev 69
Tekin, Bahar 33
Tekin, Süda 31
Terzioğlu, Beliz Mehveş
Beşışık 35
Tiryaki, Tarık Onur 9
Tomar, Büşra 43, 53, 54
Topal, Meryem 43, 53, 54
Topal, Mustafa 29
Toprak, Zeki 32
Tunalı, Didem 77
Turgut, Namigar 42
Tükek, Tufan 39

U

Uslu, Mahmure 13

Ü

Ük, Ece 83
Üre, Ümit Barbaros 71
Üstüntaş, Gamze 28

Y

Yamak, Mehmet 69, 70
Yarlıoğlu, Ayşenur Miray 85
Yenilmez, İsmail 59
Yeşilova, Aylia 46, 58
Yıldırım, Bülent 42
Yıldırım, Mustafa Taner 42
Yilmazer, Onur 48
Yılmaz, Merve Korkmaz 40,
63, 65, 78, 79, 81,
84
Yılmaz, Mesut 40, 81
Yılmaz, Mürvet 32
Yoldemir, Şengül Aydın 46,
56
Yücel, Sibel Koçak 30, 32
Yürü, Buket 86

Z

Zafer, Süleybe Elvan 69

